



## Multiprofessioneller Personalmix in der Langzeitpflege (PERLE) - Abschlussbericht -

Förderkennzeichen:	AZ: 80311/290/000/01/03-22
Laufzeit:	01. Januar 2015 - 31. Januar 2018
Fördersumme:	288.036 Euro
Leitung:	Herr Professor Dr. Hermann Brandenburg Frau Professorin Dr. Cornelia Kricheldorff
Kontaktdaten:	<b>Univ.-Prof. Dr. phil. Hermann Brandenburg</b> <i>Dekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar gGmbH</i> <i>Lehrstuhl für Gerontologische Pflege</i> Pallottistr. 3, 56179 Vallendar, Tel.: 0261-6402-276
	<b>Prof. Dr. phil. Cornelia Kricheldorff</b> <i>Prorektorin der Katholischen Hochschule Freiburg, Leiterin der Instituts für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung</i> Karlstr. 63 70104 Freiburg Tel. 0761-200-1450
Datum der Berichtserstellung:	15.02.2018
Projektmitarbeiter	Bianca Berger, M.Sc. Thomas Brijoux, M.Sc. Christian Grebe, M.Sc. Maren Kailer, Dipl. Sozialarbeiterin (FH) Alexandra Kobzew, B.A.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
1.1	Hintergrund - die aktuelle Situation in der stationären Langzeitpflege	1
1.2	Projektauftrag: Ziele und Fragestellungen	2
1.3	Überblick über dem vorliegenden Bericht	4
<b>2.</b>	<b>PROJEKTPHASEN UND PROJEKTKOORDINATION</b>	<b>6</b>
2.1	Organisatorischer Aufbau des Projekts	6
2.2	Projektphasen, Steuerung und Koordination	8
2.3	Ethikvotum	9
2.4	Workshops mit den beteiligten Modelleinrichtungen	9
2.5	Projektbeirat	9
2.6	Expertenhearings	10
<b>3.</b>	<b>THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>11</b>
3.1	Theoretische Modelle für Lebensqualität und Mitarbeiterbeanspruchung	11
3.1.1	Lebensqualität	11
3.1.2	Mitarbeiterbeanspruchung	15
3.2	Systematisches Review	17
3.2.1	Fragestellungen und Methodik	17
3.2.2	Ergebnisse	18
3.3	Ableitung der Fragestellungen mit Bezug auf die Methodik	24
<b>4.</b>	<b>FORSCHUNGSDESIGN UND METHODIK</b>	<b>26</b>
4.1	Forschungsdesign/ Mixed Methods	26
4.2	Auswahl der Modelleinrichtungen	27
4.2.1	„Haus am Pfarrgarten“, Willstätt	28
4.2.2	Wohnzentrum „Grüne Burg“, Pfullendorf	29
4.2.3	Haus Fehlatal, Burladingen	29
4.2.4	Das „Samariterstift Leonberg“	30
4.2.5	KWA Albstift, Aalen	30
4.2.6	Wohnheim St. Johann, Freiburg	31
4.2.7	DRK-Residenz, Bad Friedrichshall	31
4.2.8	Seniorenzentrum Konrad-Manopp-Stift, Riedlingen	31
4.3	Qualitativer Arm der Studie	33
4.3.1	Sampling und Datenerhebung	33
4.3.2	Datenanalyse	36
4.4	Quantitativer Arm der Studie	43
4.4.1	Sampling und Datenerhebung	43
4.4.2	Datenanalyse	51
<b>5.</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>53</b>
5.1	Stichprobe	53
5.1.1	Charakteristika der Modelleinrichtungen	53
5.1.2	Analyse der Stellenbeschreibungen der Modelleinrichtungen	59
5.1.3	Beschreibung der Bewohnerstichprobe der Online- Befragung	66

<b>5.2</b>	<b>Lebensqualität der Bewohner</b>	<b>68</b>
5.2.1	Strategien zur Erarbeitung eines Verständnisses von Lebensqualität zur praktischen Handlungsorientierung	68
5.2.2	Dimensionen von Lebensqualität	70
5.2.3	Dimensionsübergreifende und –verbindende Aspekte	103
<b>5.3</b>	<b>Beanspruchung der Mitarbeiter</b>	<b>110</b>
5.3.1	Emotionale Erschöpfung	111
5.3.2	Intrinsische Motivierung	114
5.3.3	Erlebte (Un-) Zufriedenheit in der Arbeit	116
5.3.4	Aversion gegen Klienten	118
<b>5.4</b>	<b>Entstehung und Auswirkungen des Personalmix</b>	<b>118</b>
5.4.1	Personalmix aus kontexturanalytischer Perspektive	119
5.4.2	Personalmix aus verschränkten qualitativen Perspektiven	152
5.4.3	Kritische Einschätzung und Perspektiven einer Weiterentwicklung	165
<b>5.5</b>	<b>Deskriptive Analyse der landesweiten Einrichtungsleiterbefragung</b>	<b>167</b>
<b>5.6</b>	<b>Zusammenhänge zwischen Einrichtungscharakteristika und bewohner- und mitarbeiterbezogenen Ergebnissen</b>	<b>173</b>
5.6.1	Analyse der Ebenenstruktur	173
5.6.2	Modellierung von Einflussgrößen auf die Lebensqualität	175
5.6.3	Modellierung von Einflussgrößen auf die Mitarbeiterbeanspruchung	180
5.6.4	Zusammenfassung und Fazit der Mehrebenen- Modellierung	196
<b>6.</b>	<b>DISKUSSION UND EMPFEHLUNGEN</b>	<b>198</b>
<b>6.1</b>	<b>Limitationen der Studie</b>	<b>198</b>
6.1.1	Limitationen des qualitativen Teils der Studie	198
6.1.2	Limitationen des quantitativen Teils der Studie	198
<b>6.2</b>	<b>Kurze Zusammenfassung und Einordnung ausgewählter Ergebnisse</b>	<b>199</b>
<b>6.3</b>	<b>Empfehlungen</b>	<b>201</b>
<b>7.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>204</b>

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektphasen.....	8
Tabelle 2: Dimensionen für die Bestimmung von Lebensqualität .....	13
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien des systematischen Reviews.....	18
Tabelle 4: Vorgehensmodell für die Kontexturanalyse (orientiert an Jansen 2013, und Jansen et al. 2015) .....	42
Tabelle 5: Heimleiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Einrichtung.....	44
Tabelle 6: Heimleiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Wohneinheiten.....	45
Tabelle 7: Heimleiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Teams.....	45
Tabelle 8: Vergleich zwischen den Bewohner der Heimstichprobe und der Heimbevölkerung nach Pflegestufen in der Pflegestatistik (2015) .....	46
Tabelle 9: Bewertungen der BHD-Rohwerte .....	48
Tabelle 10: Mitarbeiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Mitarbeiter .....	48
Tabelle 11: Mitarbeiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Bewohner.....	50
Tabelle 12: Vergleich zwischen Rücklauf zu Bewohner und Heimbevölkerung nach Pflegestufen .....	50
Tabelle 13: Einrichtungscharakteristika in den Modelleinrichtungen (Häufigkeiten) .....	54
Tabelle 14: Einrichtungscharakteristika in den Modelleinrichtungen (deskriptive Statistik) .....	55
Tabelle 15: Vorkommen der Berufsgruppen in den Modelleinrichtungen .....	55
Tabelle 16: Modelleinrichtungen: Vollzeitäquivalente pro 10 Bewohner nach Berufsgruppen .....	57
Tabelle 17: Mitarbeiter in den Modelleinrichtungen Häufigkeiten .....	58
Tabelle 18: Mitarbeiter in den Modelleinrichtungen: Deskriptive Statistik.....	59
Tabelle 19: Bewohner in den Modelleinrichtungen. Häufigkeiten zu soziodemographischen Angaben.....	66
Tabelle 20: Bewohnercharakteristika in den Modelleinrichtungen .....	68
Tabelle 21: Selbstbestimmung und Autonomie in den Modelleinrichtungen .....	72
Tabelle 22: Privatheit in den Modelleinrichtungen.....	77
Tabelle 23: Sicherheit in den Modelleinrichtungen.....	79
Tabelle 24: Erreichung der Dimension Sicherheit und eingeschränkte Alltagskompetenz.....	80
Tabelle 25: Soziale Beziehungen in den Modelleinrichtungen.....	82
Tabelle 26: Subjektiv bedeutsame Aktivitäten in den Modelleinrichtungen .....	86
Tabelle 27: Körperliches Wohlbefinden in den Modelleinrichtungen .....	90
Tabelle 28: Funktionale Kompetenz in den Modelleinrichtungen.....	94
Tabelle 29: Freude in den Modelleinrichtungen .....	97
Tabelle 30: Würde in den Modelleinrichtungen .....	99
Tabelle 31: Spiritualität in den Modelleinrichtungen.....	102
Tabelle 32: Gesamtwert Lebensqualität in den Modelleinrichtungen .....	106
Tabelle 33: Einrichtungsleiterbefragung (Häufigkeiten) .....	168
Tabelle 34: Einrichtungsleiterbefragung (deskriptive Statistik) .....	170
Tabelle 35: Vorhandene Berufsgruppen in der Einrichtungsleiterbefragung .....	171
Tabelle 36: Heimleiterbefragung: Vollzeitäquivalente pro 10 Bewohner nach Berufsgruppen.....	172
Tabelle 37: Relativer Einfluss der Variablen auf Lebensqualität im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >1% relativem Einfluss) .....	175
Tabelle 38: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für Lebensqualität.....	179
Tabelle 39: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für Lebensqualität .....	180
Tabelle 40: Relativer Einfluss der Variablen auf emotionale Erschöpfung im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >5% relativem Einfluss) .....	181
Tabelle 41: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für emotionale Erschöpfung .....	184
Tabelle 42: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für emotionale Erschöpfung.....	185
Tabelle 43: Relativer Einfluss der Variablen auf intrinsische Motivierung im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >5% relativem Einfluss) .....	186
Tabelle 44: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für intrinsische Motivierung .....	189

Tabelle 45: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für intrinsische Motivierung.....	190
Tabelle 46: Relativer Einfluss der Variablen auf arbeitsbezogene Unzufriedenheit im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >5% relativem Einfluss) .....	191
Tabelle 47: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für arbeitsbezogene Unzufriedenheit .....	192
Tabelle 48: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für arbeitsbezogene Unzufriedenheit.....	193
Tabelle 49: Relativer Einfluss der Variablen auf Aversion gegen Klienten im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >5% relativem Einfluss) .....	194
Tabelle 50: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für Aversion gegen Klienten .....	195
Tabelle 51: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für Aversion gegen Klienten .....	196

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Datenerhebungsschema .....	4
Abbildung 2: Organigramm des Projekts.....	7
Abbildung 3 Lebensqualität in der stationären Langzeitpflege.....	12
Abbildung 4: Modell der Beanspruchungs-/Belastungsentstehung in Humandienstleistungen (mit Bezug auf Social Exchange/Equity Theory (ebd. S. 11)).....	17
Abbildung 5: Flowchart des systematischen Reviews .....	19
Abbildung 6: Übersicht über Datenerhebung und Sampling im qualitativen Arm der Studie .....	33
Abbildung 7: Erreichung der LQ-Dimensionen.....	104
Abbildung 8: Bedeutung der LQ-Dimensionen.....	105
Abbildung 9: Gesamtwerte der LQ-Dimensionen.....	106
Abbildung 10: Häufigkeit des Gesamtwerts Lebensqualität .....	107
Abbildung 11: Häufigkeit Emotionale Erschöpfung in SON-Skalen .....	112
Abbildung 12: Häufigkeit Intrinsische Motivierung in SON-Skalen.....	115
Abbildung 13: Häufigkeit Erlebte (Un-) Zufriedenheit in SON-Skalen.....	116
Abbildung 14: Häufigkeit Klientenaversion in SON-Skalen.....	118
Abbildung 15: Anteil an der Varianzaufklärung der Lebensqualität im 3- Ebenen- Nullmodell.....	173
Abbildung 16: Anteil an der Varianzaufklärung der Mitarbeiterbeanspruchung im 3- Ebenen- Nullmodell .....	174
Abbildung 17: Anteil an der Varianzaufklärung der Lebensqualität im 2- Ebenen- Nullmodell.....	174
Abbildung 18: Anteil an der Varianzaufklärung der Mitarbeiterbeanspruchung im 2- Ebenen- Nullmodell .....	175

Nur aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Bericht auf die aktuelle gendergerechte Schreibweise verzichtet. Damit ist aber keinerlei Priorisierung oder Zurücksetzung verbunden, sondern sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Befragten und an der Studie Beteiligten, unabhängig vom Geschlecht.

# 1. Einleitung

Einleitend sollen der Hintergrund des Projekts (1.1), der Projektauftrag und die damit verbundenen Ziele und Fragestellungen (1.2) skizziert werden. Es schließt sich ein Überblick über den Aufbau des Endberichts an. Ziel dieser Ausführungen ist es, in die Gesamthematik einzuführen und eine Orientierung über die inhaltliche Systematik des Berichts zu ermöglichen.

## 1.1 Hintergrund - die aktuelle Situation in der stationären Langzeitpflege

Das Thema Personalmix muss verortet werden vor dem Hintergrund des aktuellen Personalnotstands (vor allem in der Altenpflege) und der Notwendigkeit einer inhaltlich-konzeptionellen Neuausrichtung der stationären Langzeitpflege. Es geht hier vor allem um eine stärkere Berücksichtigung der Interessen und Anliegen der Bewohnerschaft, der berufsgruppenübergreifenden Kooperation sowie der Öffnung der Heime ins Quartier. Vor allem in den USA wird diese Herausforderung unter dem Stichwort „culture change“ diskutiert und eine zum Teil grundlegende Reform des entsprechenden Versorgungssegments thematisiert.

Aktuell spielen veränderte Pflege- und Betreuungskonzepte, die Akzentuierung des Wohn- und Hausgemeinschaftsgedankens sowie Alternativen zu einer stark medikal orientierten Versorgungspraxis eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang geht es auch um die Neujustierung des Personalmix (unter Einbeziehung von sozialen und hauswirtschaftlichen Kompetenzen), im Unterschied zum klassischen pflegedominierten und am Vorbild des Krankenhauses orientierten Modells. Eine wichtige Rolle spielt die Überlegung, in welcher Art und Weise sich Heime in einer veränderten Versorgungslandschaft „neu aufstellen“. Einerseits ist nach wie vor in der Bevölkerung eine große Skepsis gegenüber institutionalisierter Versorgung vorhanden – und gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Alternativen zum Heim. Andererseits muss es als Herausforderung gesehen werden, die traditionelle Versorgungslogik (Klientel, Organisationsform, Personal) zu durchbrechen. Durch Kooperationen - auch mit Bildungs- und Kultureinrichtungen sowie mit Vereinen und bürgerschaftlich getragenen Initiativen - sollen neue Gesundheits-, Kultur und Versorgungsinstitutionen im Sozialraum entstehen, die auch die Pflege integrieren. Vorbilder gibt es bereits, aber die Hürden für eine nachhaltige Netzwerkbildung sind nicht zu unterschätzen.

Unsere Ausgangsthese lautet vor diesem Hintergrund, dass die entsprechenden Mixformen noch nicht wirklich ausgereift sind; sie oszillieren vielmehr zwischen einem Bewältigungsparadigma (im Hinblick auf den aktuellen Personalnotstand) und einer konzeptionellen Neuausrichtung, etwa im Hinblick auf die Quartiersöffnung. Der Mainstream favorisiert eine mehr oder weniger eindeutige Abgrenzung von Tätigkeitsprofilen dergestalt, dass der (Fach)-Pflegebehandlungspflegerische Aufgaben zugewiesen und der soziale und hauswirtschaftliche Bereich davon separiert werden sowie „neuen“ Berufsgruppen, z.T. mit geringer Qualifikation, überantwortet werden. Diese damit verbundene Funktionalisierung und Spezialisierung konterkariert ein „ganzheitliches“ Modell, was allerdings in der Pflege immer schon mit einer gewissen „Übergriffigkeit“ verbunden war. Aber immerhin – einige Einrichtungen haben sich auf den Weg gemacht und versuchen neue Kooperationsformen zwischen Pflege, Sozialarbeit und Hauswirtschaft zu entwickeln. Aber bei der Festlegung von Aufgaben- und Kompetenzprofilen und eines konkreten Skill- und Grademix tun sich die meisten Einrichtungen (noch) schwer. Mit welchen Strategien sie dies realisieren, welche Widersprüche dabei in Kauf genommen werden und welche Ergebnisse bereits vorliegen – diese Thematik wird von einem hochschulübergreifenden Forschungskonsortium von der Philosophisch-Theologischen Hochschule und der Katholischen Hochschule Freiburg ins Zentrum einer empirischen Untersuchung gerückt.

## 1.2 Projektauftrag: Ziele und Fragestellungen

Ein zentraler Aspekt in der Forschungsstudie war die Frage, wie das „Passungsgefüge“ zwischen der Lebensqualität der Bewohner und einem darauf abgestimmten Personalmix in der Langzeitpflege so gestaltet werden kann, dass einerseits die Lebensqualität der Bewohner erhöht und andererseits die Belastung der Mitarbeiter reduziert werden kann. Der Beitrag eines multiprofessionellen Personal- und Pflegemix kann als „Lernprozess mit Breitenwirkung für die Langzeitpflege“ (Klie 2013: 3) genutzt werden. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass man nicht bei Null anfangen muss und gegenwärtig bereits Erfahrungen zum Personalmix in den Heimen – mindestens ansatzweise – vorliegen. Aus diesem Grunde wurde diese Studie in Baden-Württemberg realisiert, in der folgende Fragestellungen fokussiert sind:

- Quantitative Aspekte: Wie hoch ist der Anteil der Fachkräfte? Welcher Qualifikationsmix liegt vor? Wie stellt sich das Verhältnis von jungen und älteren Mitarbeitern dar?
- Inhaltliche Aspekte: Welche Aufgaben- und Kompetenzprofile für die einzelnen Berufs- und Akteursgruppen (vor allem Pflege, Soziale Arbeit, Therapieberufe) wurden festgelegt? In welcher Art und Weise erfolgt die Einbindung von gering qualifizierten und zivilgesellschaftlich engagierten Personen? Wie gestaltet sich die Kooperation und Zusammenarbeit aller Akteure?
- Managerielle Aspekte: Wie wird der Personalmix gesteuert? Welche Verantwortungsbereiche gibt es? Wie erfolgt der Delegationsprozess?
- Prozedurale Aspekte: Gibt es multi- oder interdisziplinär organisierte Fallkonferenzen? Wenn ja, wie werden sie durchgeführt? Wer trägt welche Verantwortung?

Vorangegangen waren Überlegungen in einem Fach-Arbeitskreis, der sich über einen längeren Zeitraum mit der Frage eines besseren Mix von Professionen und Kompetenzen in der stationären Langzeitpflege beschäftigte, als eine mögliche Antwort auf den Fachkraftmangel in der Pflege. Zum Start der Studie, die über das Programm „Innovation Pflege“ vom Ministerium für Soziales und Integration in Baden-Württemberg von Anfang 2015 bis Ende 2017 gefördert wurde, erfolgte eine Ausschreibung zur aktiven Beteiligung stationärer Einrichtungen als Praxis- und Kooperationspartner. Aus den eingegangenen Bewerbungen konnten acht Pflegeeinrichtungen ausgewählt werden – vier davon arbeiten nach dem Hausgemeinschaftsmodell (KDA), die anderen haben eine eher traditionelle Organisationsform, wie sie sich als typisch in der Altenpflege entwickelt hat. Der gemeinsam mit dem Ministerium durchgeführte Auswahlprozess dieser kooperierenden Pflegeeinrichtungen erfolgte auch unter den Aspekten Trägervielfalt und räumliche Streuung.

Das Projekt wurde durch einen Fachbeirat unterstützt, in dem neben den Vertretern der Anstellungsträger (z.B. Liga der Wohlfahrtsverbände, private Träger) auch verschiedene Repräsentanten der Berufsgruppen ihre professionellen Interessen einbrachten (z.B. Pflege, Hauswirtschaft, Soziale Arbeit, therapeutische Berufe). So boten sich im Projekt unterschiedliche Resonanzräume, in denen die Erhebungsinstrumente und Zwischenergebnisse jeweils präsentiert und kritisch diskutiert werden konnten. Das hat zu guten Ergebnissen beigetragen. An dieser Stelle ergeht der Dank des wissenschaftlichen Projektteams an alle Beteiligten.

Die Studie besteht aus folgenden Teilbereichen:

**Systematische Literaturrecherche:** In den bekannten medizin-, pflege- und sozialwissenschaftlichen Datenbanken (z.B. Medline, Cinahl etc.) wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die den nationalen und internationalen Forschungsstand erfasst. Sie orientiert sich an dem von Kleibel & Mayer (2011) vorgeschlagenen Verfahren.

**Qualitativer Teilbereich:** Auf der Grundlage der Erstinformationen wurden – wie schon skizziert – nach festgelegten Kriterien acht Heime ausgewählt, in denen bereits mit einem innovativen Personal – und Pflegemix (unter Beachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen) gearbeitet wird. Diese Einrichtungen (Best-Practice-Modelle) sollten sich jeweils zur Hälfte auf die klassische Heimsituation sowie auf das Hausgemeinschaftsmodell beziehen. Diese Einrichtungen wurden im Rahmen des Projekts drei Jahre lang wissenschaftlich im Hinblick auf die Wirkungen des Personalmix begleitet. Damit war ein Einverständnis für Befragungen und Beobachtungen verbunden, aber auch die Zusicherung der fachlichen Begleitung zur weiteren Entwicklung des Personalmix. Die erklärte Bereitschaft und Unterstützung seitens der Heime war also maßgeblich für den Erfolg des Projektes.

Für die wissenschaftliche Begleitforschung standen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- *Welche Pflege-, Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe haben Bewohner in der Langzeitpflege?*

Diese Frage war deswegen wichtig, weil letztlich ein „Prüfkriterium“ bzw. Referenzrahmen gebraucht wurde, anhand dessen die Vor- und Nachteile verschiedener Modelle des Professionsmix eingeschätzt werden können. Die Erkenntnisse zur Datenerhebung in Heimen wurden beachtet (zusammenfassend Kelle et al. 2014). Im Zentrum stand dabei die mehrperspektivische Erfassung der Anliegen, Interessen und Bedürfnisse der Betroffenen zur Alltagsgestaltung. Konkret wurde dafür eine ethnografische (teilnehmende) Feldbeobachtung durchgeführt, kombiniert mit zehn leitfadengestützten Interviews von Heimbewohnern, Angehörigen, Mitarbeitern und Leitungen (in jeder Einrichtung). Die Gespräche wurden aufgezeichnet und exemplarisch transkribiert. Die Auswertung erfolgte auf Basis der Qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring und nach der Kontexturanalyse mit Unterstützung der Software MAXQdA zur systematischen Codierung.

- *Wie wird ein multiprofessioneller Personalmix zurzeit gestaltet, welche Erfahrungen sind dazu gemacht worden, welche Auswirkungen lassen sich beobachten?*

Die Beantwortung dieser Fragen war bedeutsam, um einen vertiefenden und empirisch fundierten Blick in die aktuelle Fachpraxis zu erhalten. Auch diese Frage wurde, basierend auf leitfadengestützten, problemzentrierte Experteninterviews mit Mitarbeitern aus den Pflege- und Betreuungsteams sowie mit der Heimleitung (in jeder Einrichtung) erhoben. Die Orientierung erfolgte hier am Verfahren von Witzel (1982) und die Auswertung erfolgte ebenfalls durch die oben erwähnten qualitativen Auswertungsverfahren, ebenfalls unterstützt durch MAXQdA.

	Methoden	Setting	4 Varianten des „klassischen“ Pflegeheims	4 Varianten des „Hausgemeinschaftsmodells“
Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe	Leitfadengestützte Interviews (kombiniert mit teilnehmender Beobachtung und standardisiertem Protokoll)		4 Bewohner  4 Mitarbeiter aus dem Pflege- und Betreuungsteam  2 Mitarbeiter aus der Heim- und Pflegedienstleitung	4 Bewohner  4 Mitarbeiter aus dem Pflege- und Betreuungsteam  2 Mitarbeiter aus der Heim- und Pflegedienstleitung
Gestaltung des Personalmix	Problemzentrierte Interviews		4 Mitarbeiter aus dem Pflege- und Betreuungsteam  2 Mitarbeiter aus der Heim- und Pflegedienstleitung	4 Mitarbeiter aus dem Pflege- und Betreuungsteam  2 Mitarbeiter aus der Heim- und Pflegedienstleitung

**Abbildung 1 Datenerhebungsschema**

**Quantitativer Teilbereich:** Die qualitativen Ergebnisse wurden ebenfalls dazu genutzt, einen standardisierten Fragebogen zu entwickeln. Hierbei werden erstens Informationen zum Personalmix erhoben (siehe die o.g. Kriterien). Zweitens ging es um mögliche Einflussfaktoren, die sich unter anderem auf strukturelle Aspekte der Heime (z.B. Größe und Lage), Bewohnerschaft (Gesundheitszustand, Grad der Pflegebedürftigkeit), Organisation der Pflege sowie Leitungs- und Führungskultur bezogen. Im Mittelpunkt der quantitativen Erhebung standen folgende Fragen:

- *Welche Arten und Formen des Personalmix gibt es und wie lassen sie sich differenziert beschreiben?*
- *Mit welchen Einflussfaktoren ist der Personalmix verbunden, welche Auswirkungen hat er?*

Damit sollte ein Überblick und eine differenzierte Einschätzung zur Ist-Situation im Land erhoben werden.

Die erhobenen Daten sind in vielfältiger Weise anschlussfähig an Vorarbeiten, die in Baden-Württemberg bereits realisiert wurden. Beispielsweise kann in diesem Kontext auf die Expertise des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) vom März 2013 verwiesen werden, die bereits den Personalbedarf in der Altenhilfe/ Altenpflege quantifiziert und für eine (Teil)-Akademisierung votiert hat (Naegele et al. 2013). Dabei ist u.a. auch das Thema der multidisziplinären Kompetenzprofile angesprochen worden, etwa im Hinblick auf Technik, Beratung, Qualitätsmanagement, Führung oder der Gestaltung des „welfare-mix“.

Insgesamt zielte die Untersuchung also darauf ab, einen innovativen Beitrag zur Weiterentwicklung der stationären Langzeitpflege zu leisten, vor allem durch neue Impulse für einen multiprofessionellen Personalmix in den Heimen. Damit sollen die aktuellen Reformdiskussionen in der stationären Altenpflege unterstützt werden.

### 1.3 Überblick über dem vorliegenden Bericht

Der vorliegende Bericht gibt in Kapitel 2 zunächst einen kurzen Überblick über die Organisation und Steuerung des Projekts. In Kapitel 3 werden die theoretischen Hintergründe der für

das Projekt zentralen Konzepte Lebensqualität und Beanspruchung entwickelt und die Ergebnisse der systematischen Sichtung nationaler und internationaler Forschungsliteratur dargestellt. Kapitel 4 erläutert das methodische Vorgehen, wobei zunächst das übergreifende Mixed-Methods Design dargestellt wird und anschließend die Methodik des qualitativen und des quantitativen Arms der Studie. Breiten Raum nimmt die Ergebnisdarstellung in Kapitel 5 ein. Nach der Beschreibung der Stichproben erfolgt im Ergebnisteil zunächst eine Darstellung der triangulierten qualitativen und quantitativen Ergebnisse bezogen auf die Lebensqualität der Bewohner und anschließend bezogen auf die Beanspruchung der Mitarbeiter. Daran schließen sich die Ergebnisse zur Entstehung und zu den Auswirkungen des Personalmix an, die zunächst aus kontexturanalytischer Perspektive und anschließend aus der Perspektive weiterer qualitativer Zugänge beleuchtet werden. Der Bericht schließt in Kapitel 6 mit der Diskussion und Einordnung der Ergebnisse sowie mit den Empfehlungen der Projektleitungen ab.

## 2. Projektphasen und Projektkoordination

### 2.1 Organisatorischer Aufbau des Projekts

Das dargestellte Organigramm (Abbildung 2) zeigt in einer Zusammenschau die personalen Strukturen und Verantwortlichkeiten auf. Das Projekt wurde von Herrn Prof. Dr. Brandenburg (Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar) und Frau Prof. Dr. Kricheldorf (Katholische Hochschule Freiburg) gemeinschaftlich geleitet.

An beiden Standorten waren je zwei wissenschaftliche Mitarbeiter, jeder mit einem Stellenumfang von 25% tätig. Ein Mitarbeiter war dem qualitativen Arm, der andere dem quantitativen Arm der Studie zugeordnet. Die Stellenanteile der Mitarbeiter orientierten sich an der zeitlichen Planung der jeweiligen Studienarme und variierten daher im Projektzeitraum.

Bei der Auswahl der Mitarbeiter wurde entsprechend dem Thema Personalmix darauf geachtet, dass unterschiedliche Berufsgruppen berücksichtigt wurden, um die Perspektivenvielfalt im Hinblick auf die Forschungsfrage zu ermöglichen.

Das Projektmanagement wurde von den beiden wissenschaftlichen Mitarbeitern am Standort Vallendar anteilig wahrgenommen. Entscheidend war hierbei, welcher Arm der Studie im Projektverlauf jeweils im Vordergrund stand und somit auch der Kontakt zu den Modelleinrichtungen intensiver gehalten werden musste. Die inhaltlichen Aufgaben werden folgend unter 2.2 Projektphasen, Steuerung und Koordination eingehender dargestellt.

An beiden Standorten waren darüber hinaus zahlreiche Praktikanten, wissenschaftliche Hilfskräfte sowie Promovenden tätig. Sie haben die Arbeit der wissenschaftlichen Mitarbeiter bei der Datenerhebung, Transkription, Datenauswertung und bei spezifischen Fragestellungen (z. B. Vergleich der Stellenprofile) sowie bei der Literaturrecherche unterstützt. Fachlich angeleitet und begleitet wurden diese Kräfte vornehmlich durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter.

Eine Auftragsarbeit wurde an einen Experten, Herrn Martin Dichter, zum Thema „Literaturreview“ vergeben. An dieser Auftragsarbeit war die Vallendarer Forschungsgruppe intensiv beteiligt (3.2). Im Rahmen des Projekts wurde zudem ein Projektbeirat als Begleitgremium installiert, um das Forscherteam zu beraten (2.7).

## Organigramm Projekt PERLE

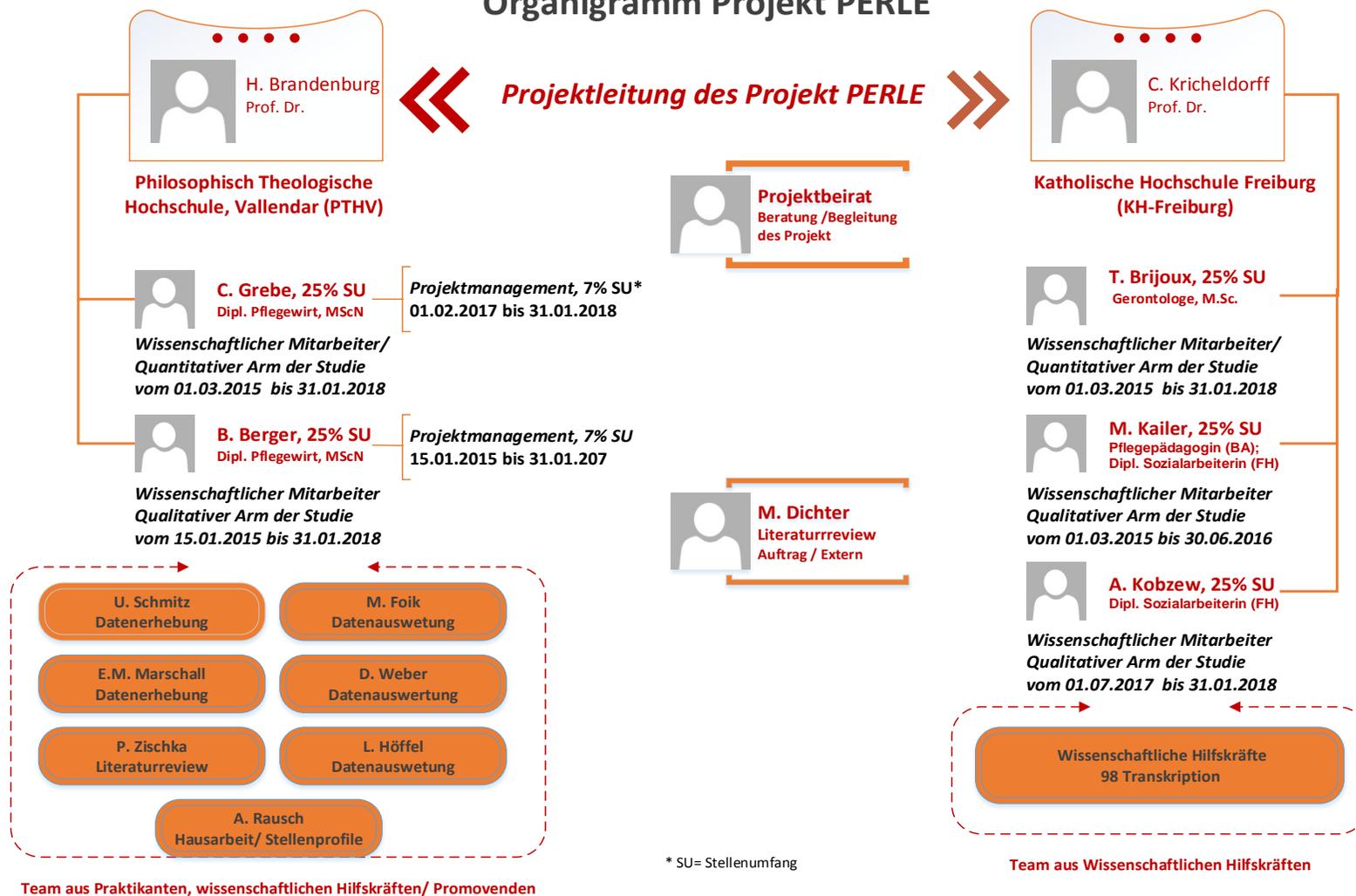


Abbildung 2: Organigramm des Projekts

## 2.2 Projektphasen, Steuerung und Koordination

Die Bearbeitung dieses Forschungsprojekts gliederte sich in 11 Projektphasen, die sich zeitlich überlappten. Diese sind in Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1: Projektphasen**

1	Aufbau der Projektstrukturen	01/15 bis 04/15
2	Auswahl und Information der Modelleinrichtungen	01/15 bis 08/15
3	Systematische Literaturrecherche	03/15 bis 11/15
4	Konkretisierung des qualitativen Designs	03/15 bis 08/15
5	Konkretisierung des quantitativen Designs	03/15 bis 03/16
6	Datenerhebung qualitativ	09/15 bis 02/16
7	Datenanalyse qualitativ	03/16 bis 12/17
8	Datenerhebung quantitativ	05/16 bis 03/17
9	Datenanalyse quantitativ	06/16 bis 12/17
10	Datentriangulation	04/17 bis 12/17
11	Abschlussbericht	10/17 bis 01/18

Die Studie umfasste verschiedene methodische und methodologische Zugänge, wurde an zwei Projektstandorten realisiert und fokussierte acht Modelleinrichtungen. Das Procedere musste sorgfältig gesteuert und koordiniert werden. Die Stelle des Projektmanagements war deshalb für die Organisation und Umsetzung der Projektziele bedeutsam. Folgende Aufgaben waren damit verbunden:

- Erstellung von Vorlagen, z. B. Protokollvorlage, Tagesordnung, Masterfoliensatz etc.
- Aufnahme und Aufrechterhalten der Kontakte mit den Modelleinrichtungen sowie die Koordination der Datenerhebung mit den Verantwortlichen
- Koordination und Abstimmung der Termine und der Besprechungsagenda innerhalb des Forschungsteams, z. B. für Telefonkonferenzen, Teamtreffen
- Vorbereitung und Nachbereitung von Veranstaltungen, z. B. Workshops mit den Modelleinrichtungen, Projektbeirat, in Kooperation mit allen wissenschaftlichen Mitarbeitern und in Abstimmung mit den Projektleitungen
- Überprüfung und Anpassung des Projektplans (inkl. Kostenplanung) und Information der Projektleitung

Entscheidend für diesen Prozess war, dass der aktuelle Stand der jeweiligen Arme der Studie erläutert, das weitere Vorgehen ausführlich diskutiert sowie die Aufgabenverteilung abgesprochen wurde. Der Dialog wurde über regelmäßige Telefonkonferenzen sichergestellt.

Ergänzend fanden halb- oder ganztägige Sitzungen statt, um wichtige Kernthemen abzustimmen und die jeweiligen Ergebnisse zu konsentieren. Folgende exemplarischen Schwerpunkte können benannt werden:

- Interviewleitfäden und Onlinebefragung
- Mixed-Methods-Design und Triangulation der Ergebnisse
- Rahmung des Konstrukts „Lebensqualität“
- Einsatz von Messinstrumenten

- Verhältnis der Methodologien zwischen Inhaltsanalyse (Freiburg) und Kontexturanalyse (Vallendar)

Die Besprechungsergebnisse bzgl. der Datenerhebung wie auch der Datenauswertung bildeten die Grundlage für die Präsentation der Gesamtergebnisse.

Zu guter Letzt erfolgten regelmäßig bilaterale Absprachen zwischen den wissenschaftlichen Mitarbeitern der Hochschulen. Wenn notwendig, wurden Arbeitstreffen vereinbart, um an einem Thema konsequent zu arbeiten, z. B. Onlinetool, Interviewleitfäden.

### **2.3 Ethikvotum**

Zum Studienvorhaben PERLE wurde ein Ethikantrag formuliert und bei der Zentralen Ethik-Kommission der Hildegard Stiftung und der Marienhaus Stiftung eingereicht. Das Vorhaben wurde eingehend geprüft und im Mai 2015 positiv beschieden. Ergänzungen und Verbesserungsvorschläge wurden in den Bereichen Stichprobenauswahl und adressatenbezogene Studieninformationen vorgenommen. Entsprechende Anregungen wurden aufgegriffen und der Ethikkommission erneut vorgelegt. Im September 2015 hat dieses Gremium ein abschließendes positives Votum mit dem Hinweis erteilt, dass „keine ethischen Bedenken“ vorliegen.

### **2.4 Workshops mit den beteiligten Modelleinrichtungen**

Die Workshops mit den Modelleinrichtungen wurden anhand einer ähnlichen Struktur geplant, die mit den Beteiligten abgestimmt war. Erstens sollte immer eine Rückmeldung aus den Einrichtungen erfolgen, wie die Datenerfassung aus Sicht der Einrichtung verlaufen war. Zweitens wurden erste Studienergebnisse präsentiert und diskutiert. Drittens wurden die folgenden Studienabschnitte inhaltlich und organisational abgestimmt. Viertens hatten die Einrichtungen die Möglichkeit, ihre jeweiligen Konzepte vorzustellen und zu diskutieren. Im Jahr 2017 wurde zudem die Möglichkeit eröffnet, Inputs zu den Themen „Organisationsentwicklung“ und „Changemanagement“ zu erhalten oder kollegiale Beratung in Anspruch zu nehmen. Hierzu wurde eine externe Beraterin zu zwei der Workshops eingeladen.

Insgesamt fanden, inklusive der Auftaktveranstaltung, vier Tagesworkshops in Freiburg und Vallendar statt. Diese Workshops haben sich sowohl für die Teilnehmer wie auch die Forscher als sehr hilfreich erwiesen, vor allem im Hinblick auf die Reflexion der Ergebnisse. Gleichzeitig waren die Einschätzungen aus der praktischen Erfahrung der Teilnehmer zu Themen wie Personalknappheit, Fachkraftquote oder Personalmix weiterführend für die Forschenden, um die Lage in den Einrichtungen konkret beurteilen zu können.

### **2.5 Projektbeirat**

Über die gesamte Laufzeit hinweg wurde das Projekt durch einen Beirat als beratendes Gremium begleitet. Ziel war es, bei einer Studie zum Thema Personalmix in der Langzeitpflege vom Expertenwissen anderer Berufsgruppen und Experten in der stationären Altenhilfe zu profitieren, die sich bereits intensiv mit dem Thema Personalmix auseinandergesetzt haben. Ein weiteres Anliegen bestand darin, Studienergebnisse mit den Beiratsmitgliedern zu diskutieren und von den konstruktiven Impulsen der berufsgruppenspezifischen Erfahrung und Perspektiven zu profitieren. Der Projektbeirat setzte sich aus Vertretern der Verbände und anderer Berufsgruppen, wissenschaftlichen Fachexperten sowie Vertretern der Berufsverbände zusammen.

Die Mitglieder des Expertenbeirats haben innerhalb von drei Sitzungen die Forschungsgruppe mit spezifischen Fragestellungen und Diskussionen dabei unterstützt, das weitere Vorgehen

sowie die bereits vorhandenen Ergebnisse kritisch zu bedenken. Wichtig waren zudem Rückmeldungen der Beiratsmitglieder zu den Projektergebnissen sowie Empfehlungen für den weiteren Erhebungs- und Auswertungsprozess. Die Experten werden sich auch im Rahmen des Fachtages im April 2018 zu den Projektergebnissen vor dem Hintergrund ihrer eigenen Profession äußern und diese Perspektiven in den Gesamtkontext des Personalmix in der Langzeitpflege einordnen.

## **2.6 Expertenhearings**

Zur Vorbereitung der Online-Befragung in Baden-Württemberg wurde es als sinnvoll erachtet, den Fragenkatalog von Experten beratend begleiten zu lassen. Hierbei ging es im Kern um die Verständlichkeit der Fragestellungen, die Struktur sowie den zeitlichen und inhaltlichen Umfang. Ziel war es, den Fragekatalog so zu gestalten, dass einerseits eine möglichst große Rückmeldequote erreicht wird und andererseits der Bearbeitungsaufwand überschaubar bleibt. Es wurden zwei Expertenhearings durchgeführt. Im Rahmen dieser Besprechungen wurden wertvolle Hinweise formuliert. Dabei ging es um inhaltliche Fragen wie auch um die praktische Umsetzung. Die Beratungen erwiesen sich als effektiv und haben dazu beigetragen, die eingesetzten Instrumente zu verbessern und an die Herausforderungen der Fachpraxis anzupassen.

## 3. Theoretischer Hintergrund

### 3.1 Theoretische Modelle für Lebensqualität und Mitarbeiterbeanspruchung

Die Studie im Projekt PERLE wurde vor dem theoretischen Hintergrund der drei Schwerpunkte Lebensqualität, Mitarbeiterbeanspruchung und Zusammenhänge zu mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika aufgebaut. Im Schwerpunkt Lebensqualität wurde mit Hilfe erster empirischer Ergebnisse ein theoretisches Rahmenmodell entwickelt. Als Orientierung für das Verständnis von Mitarbeiterbeanspruchung diente die theoretische Basis des BHD-Fragebogens (Hacker & Reinhold 1999). Und zur Konkretisierung des letzten Schwerpunktes wurde, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, ein systematisches Review in Auftrag gegeben. Im Folgenden wird der theoretische Hintergrund dargestellt, um eine Grundlage zur Einordnung der Ergebnisdarstellung zu geben.

#### 3.1.1 Lebensqualität

##### 3.1.1.1 *Einleitende Begriffsbestimmung*

Im Projekt PERLE wird auf dem theoretischen Verständnis von Lebensqualität nach Lawton (1991, 1999) und Kane & Kane et al. (2003) aufgebaut. Lawton definiert Lebensqualität als „multidimensional evaluation, by both intrapersonal and social-normative criteria, of the person-environment system of an individual in time past, current, and anticipated.“ (Lawton 1991, 6) In dieser Definition sind 4 wesentliche Merkmale von Lebensqualität enthalten, die auch für das Forschungsprojekt relevant sind. Lebensqualität ist nach dieser Definition ein Zusammenspiel von subjektiven und objektiven Aspekten (vgl. Lawton 1991), wobei objektiv die „Lebenssituation einer Person, die durch physische, ökonomische und soziale Bedingungen gekennzeichnet ist“ (Brandenburg et al. 2011: 16), meint und subjektiv sich auf den „Beurteilungs- und Bewertungsprozess des Individuums“ (ebd.) bezieht sowie persönliche Wert- und Normvorstellungen wie auch die Biografie berücksichtigt. Ergänzend ist anzumerken, dass das Projekt PERLE die Lebensbedingungen speziell im Alter und in der stationären Langzeitversorgung sowie den Einfluss darauf durch Personalmix in der Versorgung und Betreuung fokussiert. Lawton (1991) weist darauf hin, dass ein Konzept von Lebensqualität sowohl eine Struktur als auch den Entstehungsprozess erfassen muss. Hierauf gehen die nächsten beiden Unterkapitel ein, wobei die strukturellen Aspekte bereits ein Ergebnis aus dem Forschungsprojekt sind, jedoch aus Gründen der Lesbarkeit an folgender Stelle ausgeführt werden. Anschließend werden logische Konsequenzen für Empirie und Praxis abgeleitet.

##### 3.1.1.2 *Das Rahmenmodell von Lebensqualität*

Im Projekt PERLE wurde ein Rahmenmodell von Lebensqualität entwickelt, das die Struktur der Person-Umwelt-Passung nach Lawton (1991, 1999) mit den Dimensionen nach Kane & Kane et al. (2003) verbindet und mit Hilfe der empirischen Ergebnisse konstruiert wurde. Beide theoretische Modellansätze wurden nach der ersten Kodierung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse als geeignet ausgewählt, um die Ergebnisse aus dem qualitativen und quantitativen Arm auf einer gemeinsamen Basis zu konkretisieren und zu triangulieren.

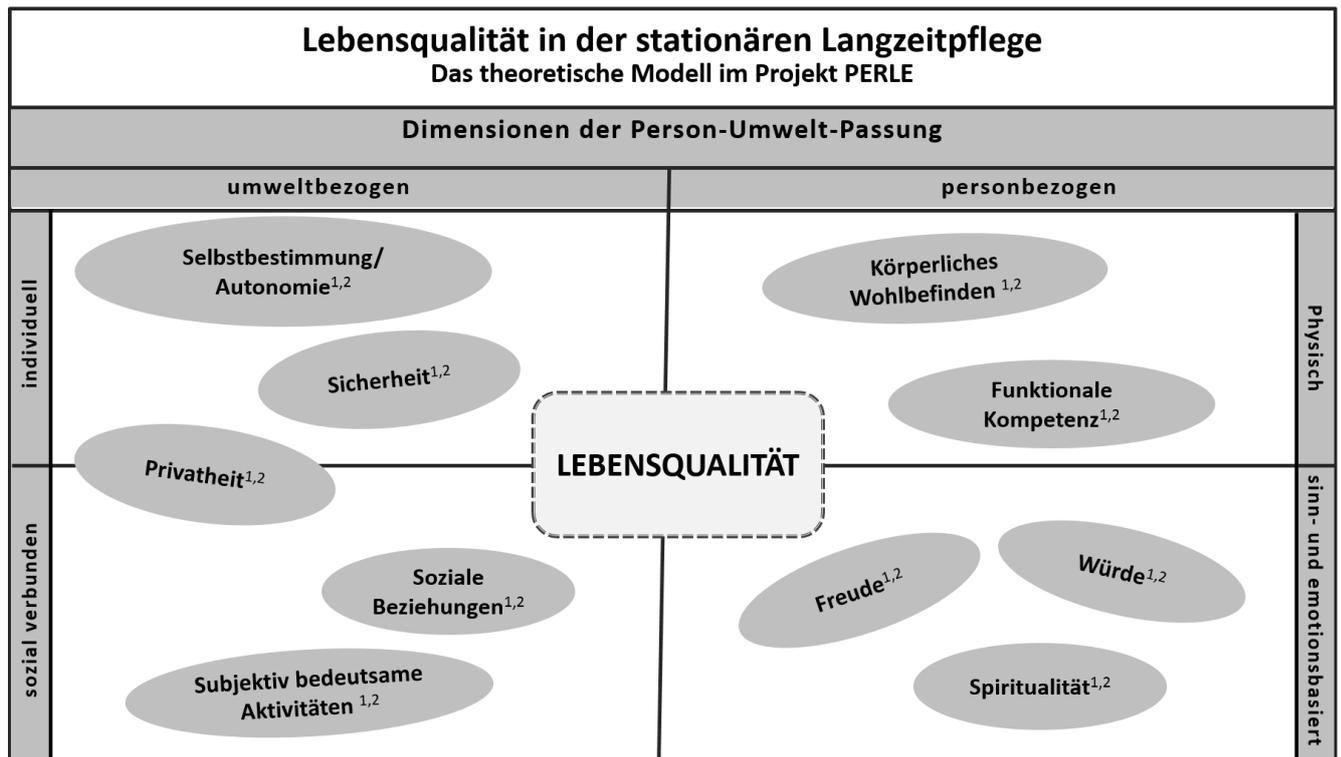
Lawton (1991) beschreibt die vier Sektoren innerhalb der Person-Umwelt-Passung:

- Verhaltenskompetenz (behavioral competence): objektive Einschätzung relevanter Alltagskompetenzen und Funktionen wie physische und kognitive Gesundheit oder soziale Kompetenzen sowie Performanz innerhalb sozialer Rollen

- empfundene Lebensqualität (perceived quality of life): subjektive Wahrnehmung und Gewichtung von Kompetenzkategorien relativ zur Umwelt
- objektive Umwelt (objective environment): gesellschaftlich bedingter Rahmen für Handlungen durch soziale und materielle Ordnungen, die Verhalten fördern oder hindern können
- subjektives Wohlbefinden (psychological well-being): Summe aus Kompetenzen und Ressourcen und individuell empfundener Lebensqualität (vgl. ebd., 7ff.)

Darauf aufbauend wurden drei Dimensionierungslinien im strukturellen Modell von Lebensqualität (s. Abbildung 3) entwickelt:

- Die Differenzierung zwischen umwelt- und personenbezogen umfasst Aspekte, die sich auf die Eingebundenheit in die soziale und materielle Umwelt oder auf individuelle Prozesse beziehen.
- Innerhalb der umweltbezogenen Dimensionen wird das Spannungsfeld zwischen individuell und sozial verbunden entfaltet, indem sich das Individuum als unabhängiges Subjekt und in der Verbundenheit zur Umwelt als soziales Wesen positioniert.
- Die personenbezogenen Dimensionen umfassen physische Aspekte, die objektiv messbar sind, und sinn- und emotionsbasierte Aspekte, die an eine subjektive Bewertung anknüpfen.



<sup>1</sup> nach Kane R.A. & Kane R.L. et.al. 2003:245 ; <sup>2</sup>Lawton M.P. 1999

**Abbildung 3 Lebensqualität in der stationären Langzeitpflege**

In diesen Rahmen wurden zehn Dimensionen der Lebensqualität nach Kane & Kane et al. (2003) eingefügt, ohne damit den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können. Oswald et al. (2007) haben gezeigt, dass die Befunde aus Nordamerika auf das Leben in deutschen Einrichtungen der Altenhilfe übertragbar sind (ebd.). Ihre Operationalisierung (siehe Tabelle 2)

erfolgte nach der ersten Kodierung der Kategorie Lebensqualität in der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews, die im qualitativen Arm der Studie geführt wurden.

**Tabelle 2: Dimensionen für die Bestimmung von Lebensqualität**

Dimension bei Kane & Kane et al. (2003)	Definitionsbereiche für Lebensqualität im Projekt PERLE
Selbstbestimmung/ Autonomie	Wahlmöglichkeiten für Bewohner zur Gestaltung ihres Alltags, Gewährleistung von Information und Mitbestimmung
Privatheit	Achten auf Privatsphäre, Gewährleistung von Persönlichkeitsschutz, Wahlmöglichkeit zwischen Rückzug in die Privatheit und Teilnahme an der Gemeinschaft
Sicherheit	Gewährleistung von Sicherheit in der Pflegesituation durch geeignete personelle und räumliche Bedingungen (Person-Umwelt-Passung), individuelles Erleben von Sicherheit im Alltag
Soziale Beziehungen	Bedeutsame Kontakte innerhalb und außerhalb des stationären Settings, Einbindung von Freunden und Angehörigen, sozialer Bezug ins Quartier
Subjektiv bedeutsame Aktivitäten	Gewährleistung von sozialer Teilhabe und biografischer Kontinuität im Tätig-Sein
Körperliches Wohlbefinden	well-being, Schmerzfreiheit, stressfreies Erleben von Alltag
Funktionale Kompetenz	Gewährleistung von Selbständigkeit auch bei Einschränkungen, Einsatz von Technik und Hilfsmitteln, Förderung von Alltagskompetenzen
Freude	Atmosphäre, in der Freude und Lachen Platz haben, Genuss beim Essen und Trinken, Freude im Alltag (Anlässe schaffen, Klima der Zugewandtheit)
Würde	Würdevoller Umgang, Achtung vor der Person, gegenseitiger Respekt – untereinander und zwischen Pflegenden, Angehörigen und Gepflegten
Spiritualität	Erleben von Sinngebung und/ oder Religiosität

Die Dimensionen können nicht als alleinstehende Kategorien gesehen werden, sondern müssen durch unterschiedliche Beziehungen untereinander ergänzt werden. So erwähnt Lawton (1999) beispielhaft die Autonomie-Sicherheit-Dialektik, die im Heimalltag im Idealfall ausbalanciert ist. Im Alltag wird sie durch etwa Erkrankungen aus dem Gleichgewicht gebracht und macht eine erneute Anpassungsleistung der Bewohner und des Personals innerhalb des Person-Umwelt-Gefüges erforderlich, um einen Zustand der Zufriedenheit zu erzeugen. Damit wird deutlich, dass das Modell durch die Beschreibung des Passungsprozesses ergänzt werden muss. In der Auswertung der Ergebnisse werden weitere Beziehungen zwischen den Dimensionen ausdifferenziert.

### **3.1.1.3 Prozesshafte Aspekte im Konzept von Lebensqualität**

Innerhalb der zehn verwendeten Dimensionen zur Beschreibung der Lebensqualität werden räumliche, soziale und infrastrukturelle Merkmale der Umwelt und Bedürfnisse und Wertvorstellungen des Individuums in einem Wechselspiel zu einem dynamischen System zusammengefügt (Person-Umwelt-Passung) (vgl. Lawton 1999, Brandenburg et al. 2011). Den Prozesscharakter bezeichnet Brandenburg (2013) als „konzeptionelles ‚Framework‘, das den Anspruch erhebt, nicht nur einzelne Dimensionen und Merkmale des Lebens abzubilden, sondern zentrale und grundlegende Aspekte in einem theoretischen Konstrukt zu integrieren.“ (ebd., 419) Damit führen Bewertungs- und Aneignungsprozesse zu Lebensqualität, wobei sie nicht das Ergebnis von Anpassungskompetenzen weder von Individuen noch von Rahmenbedingungen sind, sondern vielmehr das Outcome der gegenseitigen lebensweltbezogenen Passung darstellen (Vaarama & Pieper 2008). Lawton (1991) bezieht neben diesem Aspekt des Person-Umwelt-Systems den Faktor Zeit in seine Lebensqualitätsdefinition (s. Kapitel 3.1) ein, um die Wandelbarkeit der Prozesse während der Lebensspanne zu berücksichtigen. Zudem geht er davon aus, dass der Vergleich zwischen verschiedenen Vorstellungen von dem, was Lebensqualität ausmacht, während unterschiedlicher Lebensphasen Einfluss auf die Bewertung aktueller Lebensbedingungen nimmt. (ebd., 6f.)

Ein Prozesscharakter weitet den Blick auf die beteiligten Akteure an einem Passungsvorgang und deren Rollenverteilungen. Sowohl Vaarama und Pieper (2008) als auch Brandenburg (2013) benennen neben dem Personal in der stationären Langzeitpflege auch Bewohner selbst als wesentliche Akteure in der pflegebezogenen Lebensqualität und sprechen von einer Koproduktion. Während Brandenburg (2003) aufgrund der Bedeutung von verbalen und non-verbalen Willensäußerungen von Bewohnern zur Gestaltung ihrer Umwelt darauf schließt (ebd.: 420), begründen Vaarama und Pieper (2008) deren Beitrag auf Coping-Kompetenzen zur Bewältigung von Konflikten und Krisen (ebd.).

Neben dem Blick auf die Akteure wird im vorliegenden Forschungsprojekt die räumliche Perspektive konstitutiv. Die Wohnumgebung ist zentraler Ort, wo die Verbundenheit zur Umwelt und Individualität erfahrbar werden und die Person stimuliert wird, besonders bei Mobilitätseinschränkungen. Weiterhin bietet sie die Möglichkeit, sich selbst zu verwirklichen und ist eine Quelle für die persönliche Identitätsarbeit. Damit wird auch die Bedeutung der professionellen Begleitung bei der Gestaltung des Wohnumfeldes betont, um sich einer zufriedenstellenden Person-Umwelt-Passung anzunähern. (Lawton 1999: 355ff.).

Die Perspektive eines Prozesses wirft die Frage auf, welchen Wirkungen professionelle Interventionen in einer stationären Pflegeeinrichtung auf die Lebensqualität von Bewohner entfalten können und wie sich ein Personalmix förderlich auswirken kann. Die Auswirkungen der konzeptionellen Ausführungen auf Empirie und Praxis wird im Folgenden skizziert.

### **3.1.1.4 Theoretische Konsequenzen für die Empirie und Praxis**

Übertragen auf die Praxis in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege kann ein Konzept für Lebensqualität als Indikator für die Art und das Maß der Wirksamkeit von professionellen Interventionen herangezogen werden. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass Lebensqualität nicht mit dem Wert des Lebens gleichgesetzt werden kann, sondern nur die Güte von Handlungen von Personal anzeigt. Zudem kann eine ethische Diskussion darüber, wann eine Messung von Lebensqualität sinnvoll und verantwortbar ist, nicht ersetzt werden (Brandenburg und Güther 2014).

Die Subjektivität im Konzept begründet einen klientenzentrierten Ansatz in der Pflege und im alltäglichen Umgang mit Bewohnern (Brandenburg 2013, Brandenburg & Güther 2014). Mascenaere et al. (2016) ergänzen daran, dass Bewohner nicht in der vorgegebenen Logik, wie ein Pflegeheim die Versorgung organisiert, sondern von ihren individuellen Bedürfnissen her denken. Insofern bringen sie eine ganzheitliche Perspektive in den Alltagsprozess ein und sind wichtige Akteure im Alltag. Das bedeutet für Pflegeheime, dass konzipierte Angebote und Strukturen von einem Bewohner auch ganz anderes wahrgenommen und angeeignet werden können und ihre Perspektive bei der Planung entschieden zu berücksichtigen ist (vgl. ebd.) Dies kann auch so verstanden werden, dass Interventionen darauf abzielen können, die Zielgruppe zu einer aktiven und selbstbestimmten Lebensgestaltung mit höherer Qualität zu begleiten (Vaarama & Pieper 2008). Brandenburg und Güther (2014) weisen jedoch darauf hin, dass geäußerte Wünsche und Bedürfnisse nicht mit Bedarfen gleichzusetzen sind. „Die Einschätzung von Individuen ist immer abhängig von den institutionellen Umwelten, in denen sie leben. Darüber hinaus ist die Aussagekraft auch von Kognition und sprachlicher Kompetenz beeinflusst.“ (ebd.: 130). Zudem kritisieren sie, dass die Rolle der Angehörigen bei der Koproduktion von Lebensqualität stärker wahrgenommen werden muss (ebd.).

Zur weiteren empirischen Forschung am Konzept der Lebensqualität in Einrichtungen der Altenhilfe wird auf der einen Seite die Einbeziehung der Perspektive von Bewohnern auf Interventionen sowie ihre Rolle und Beteiligung an der Gestaltung ihres Wohnumfeldes zentral und daher im qualitativen Arm kontrastierend ausgewertet. Auf der anderen Seite wirft auch der Einfluss des Faktors Einrichtung mit ihren Rahmenbedingungen und in Deutschland speziell die Entwicklungen zum Personalmix in der stationären Langzeitpflege spezifische offene Fragen auf (Vaarama & Pieper 2008, Weidekamp-Maicher 2016), denen sich speziell der quantitative Arm der Studie widmete.

Die theoretischen Konzepte, die zum Verständnis von Lebensqualität im Projekt PERLE verwendet wurden wie auch andere enthalten noch keine Aussagen über unterschiedliche Bedeutungen der einzelnen Dimensionen für den Gesamtwert der Lebensqualität (Vaarama & Pieper 2008). Auch in diesem Bereich sollen die qualitativen Erhebungen und Auswertungen im Projekt PERLE differenzierende Einblicke ermöglichen.

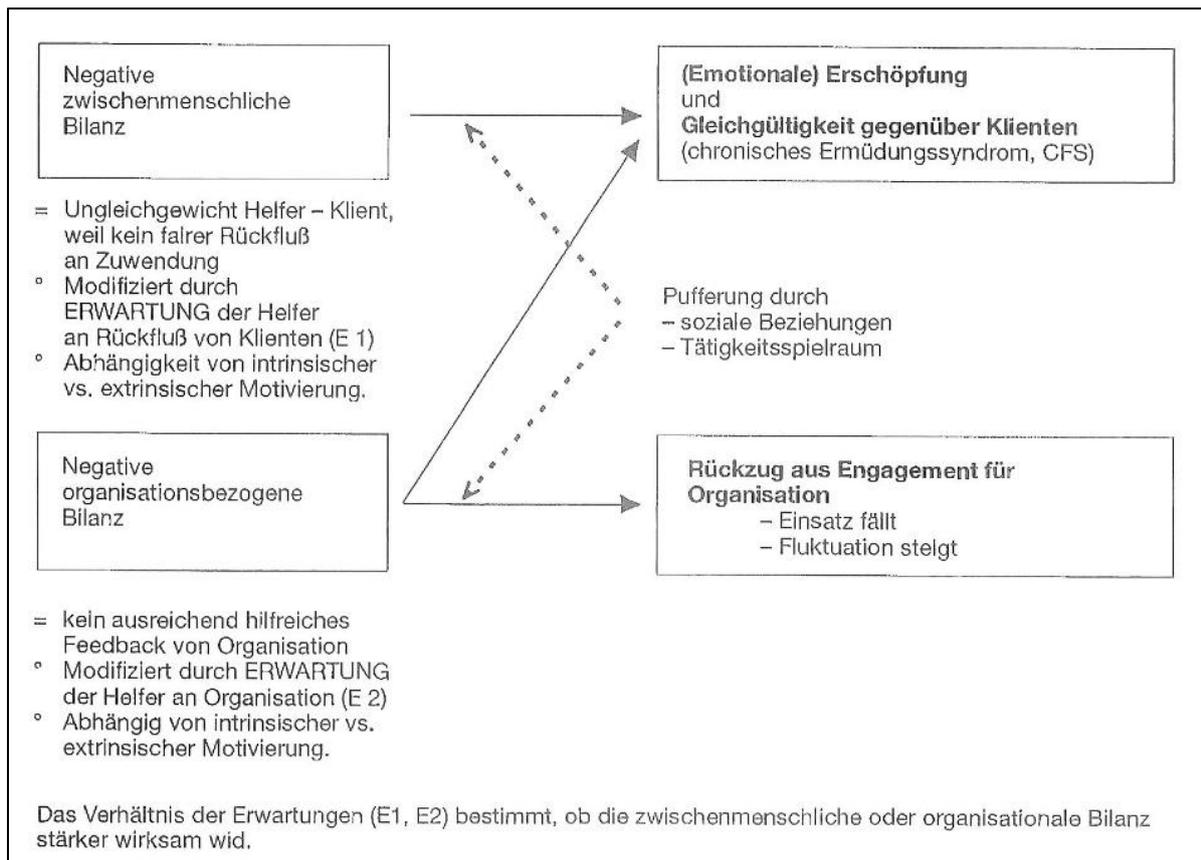
### **3.1.2 Mitarbeiterbeanspruchung**

Vor dem Hintergrund des bereits erwähnten Fachkräftemangels sind Kriterien, die einen Verbleib der Mitarbeitern in der Pflege ermöglichen, in den Fokus der Forschung gerückt. Hierzu zählen neben der Fluktuationsrate und dem Krankenstand auch die Beanspruchung und die Belastung der Mitarbeiter.

Zahlreiche Forschungsrichtungen befassen sich mit den Hintergründen zu Belastungen in der Pflege. Der theoretische Rahmen hierzu ist dabei weit gefasst und umfasst Konstrukte wie Beanspruchung, Stress, Burnout, Bewältigung oder Resilienz. Grundlegend lassen sich diese Konstrukte danach strukturieren, inwiefern sie ihre Blickrichtung entweder auf die objektiven Beanspruchungen in der Arbeitssituation richten oder erforschen, wie das Individuum subjektiv mit diesen Beanspruchungen umgeht. In der ersten Forschungsrichtung werden typischerweise die Auswirkungen von strukturellen Komponenten der Einrichtungen auf physische und psychische Beanspruchung von Mitarbeitern thematisiert. In Bezug auf die stationäre Langzeitpflege zeigte sich in entsprechenden Studien zum Beispiel, dass Mitarbeiter in segregativen Wohnbereichen für Menschen mit Demenz geringer belastet sind als in der übrigen stationären Langzeitversorgung (z.B. Werner et al. 2011) oder dass Mitarbeiter in ambulant be-

treuten Wohngruppen geringer belastet sind als in der stationären Langzeitversorgung (Regentin & Dettbarn-Regentin 2006). Auch in der Forschung zu Burnout existieren entsprechende Ansätze, die vorwiegend die Arbeitsbedingungen für den Verbleib im Beruf oder Berufswechsel verantwortlich machen (z.B. Maslach & Leiter 1997). Im Gegensatz hierzu entwickelte sich auch eine Forschung die sich primär mit der Bewältigung von Beanspruchungen auseinandersetzt, zentral sind hier sicherlich das Stress-Modell von Lazarus (1974) oder auch der Ansatz der Salutogenese von Antonovsky (Antonovsky & Franke, 1997) zu nennen. Fokussiert werden hier individuelle Bewältigungsressourcen und -kompetenzen der Individuen. Während in den genannten Ansätze Ursachen zur Überbeanspruchung von Mitarbeitern teilweise einseitig bei der Organisation oder dem Individuum gesehen wurden, wird in der Forschung zu Burn-Out-Prozessen in den letzten Jahren der Begriff der Passung zwischen Person-Kompetenzen und Umwelt-Anforderungen benutzt. „Es ist die mangelnde Passung, die das Problem darstellt“ (Burisch 2006: 104). Hier wird arbeitsbedingte Belastung stärker als das Ergebnis eines Zusammenspiels von Anforderungen und individuellen Bewältigungsmechanismen gesehen.

Mit dem Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD) (Hacker & Reinhold 1999) wurde sich im Forschungsprojekt PERLE für einen dieser verbindenden Ansätze entschieden, dessen theoretische Hintergründe nachfolgend kurz skizziert werden. Im hier zugrundeliegenden Modell der Belastungsentstehungen in Humandienstleistungen (ebd.) können Belastungen an den Schnittstellen Mitarbeiter–Klient und Mitarbeiter-Organisation entstehen. Bezugnehmend auf die Equity-Theorie können Ungleichgewichte auftreten, wenn an diesen beiden Schnittstellen das Gleichgewicht aus Geben und Empfangen gestört wird. In der Mitarbeiter-Klient-Schnittstelle erfolgt dies vor allem bei fehlendem Dank und Zuwendung und äußert sich vielmals in Erschöpfung oder Abwendung und Gleichgültigkeit oder sogar Aversion gegenüber den Klienten. Ungleichgewichte an der Schnittstelle Organisation-Mitarbeiter führen zu Rückzug aus dem Engagement für die Organisation bis hin zum Arbeitsstellenwechsel. Das Ausmaß des an beiden Schnittstellen empfundenen Ungleichgewichts hängt von den individuellen Erwartungen an das Gleichgewicht ab. Geringere Erwartungen an ein Gleichgewicht zum Klienten (etwa in der Schwerstpflege) erhöhen dabei die Erwartungen an die Organisation. Nicht nur die Erwartungen an ein Gleichgewicht in den beiden Schnittstellen sondern auch die individuelle Arbeitseinstellung moderieren das empfundene Ungleichgewicht. Eine stärkere Fokussierung auf das Klientenwohl bedingt eine höhere Sensibilität für das interpersonale Ungleichgewicht. Diese können durch soziale Beziehungen und eigene Entscheidungsspielräume gestaltet werden. Als Ergebnis eines länger erlebten Ungleichgewichts führen die Autoren eine emotionale Erschöpfung an, die einen Prozess der Müdigkeit, Motivationsverringering, Rückzug und Gleichgültigkeit gegenüber den Klienten umfasst. In den Reaktionen Rückzug und Gleichgültigkeit sehen die Autoren jedoch auch ein Coping-Verhalten der Mitarbeiter. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit neben emotionaler Erschöpfung auch Abwehrverhalten gegenüber Klienten als Belastungsindikatoren zu erfassen. Natürlich kommt es in dem Modell zu Wechselwirkungen. In der zwischenmenschlichen Schnittstelle führt Abwehrverhalten des Personals wieder zu geringerer Dankbarkeit, die wiederum das erlebte Ungleichgewicht für die Mitarbeiter verstärkt.



**Abbildung 4: Modell der Beanspruchungs-/Belastungsentstehung in Humandienstleistungen (mit Bezug auf Social Exchange/Equity Theory (ebd. S. 11))**

## 3.2 Systematisches Review

### 3.2.1 Fragestellungen und Methodik

Zu Beginn des Forschungsvorhabens wurde ein systematisches Review durchgeführt, um die folgenden Fragestellungen zu beantworten:

- *Gibt es einen Zusammenhang zwischen mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika und der Lebensqualität von Bewohnern stationärer Altenpflegeeinrichtungen?*
- *Gibt es einen Zusammenhang zwischen mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika und der Pflegequalität stationärer Altenpflegeeinrichtungen?*
- *Gibt es einen Zusammenhang zwischen mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika und der Mitarbeiterbeanspruchung in stationären Altenpflegeeinrichtungen?*

Da die ersten Recherchen bereits verdeutlichten, dass bezogen auf diese Thematik eine breite Studienlage vorliegt, wurde das systematische Review als Umbrella-Review umgesetzt. Eingeschlossen wurden somit ausschließlich systematische Übersichtsarbeiten im Setting der stationären Altenpflege, wobei Publikationen ab dem Jahr 2000 in englischer sowie in deutscher Sprache berücksichtigt wurden. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien des systematischen Reviews**

	<b>Einschlusskriterien für Literatur (beide Reviews)</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
Setting	E1: Stationäre Altenpflegeeinrichtungen	A1: Alle Settings, die nicht dem der stationären Altenpflege entsprechen
Inhalt der Literatur	E2: Systematische Übersichtsarbeiten zum Zusammenhang (auch Effekt) von Organisationscharakteristika stationärer Altenpflegeeinrichtungen und der Versorgungsqualität sowie Lebensqualität von Bewohnern dieser Einrichtungen E3: Systematische Übersichtsarbeiten zum Zusammenhang (auch Effekt) von Organisationscharakteristika stationärer Altenpflegeeinrichtungen und Beanspruchungen von Mitarbeitern dieser Einrichtungen	A2: Systematische Übersichtsarbeiten zum Zusammenhang zwischen Bewohnercharakteristika und der Versorgungsqualität, der Lebensqualität von Bewohnern und der Beanspruchung von Mitarbeitern stationärer Altenpflegeeinrichtungen. A3: Systematische Übersichtsarbeiten zum Zusammenhang zwischen Mitarbeitercharakteristika (z. B. Alter, Geschlecht, Berufserfahrung) und der Versorgungsqualität, der Lebensqualität von Bewohnern und der Beanspruchung von Mitarbeitern stationärer Altenpflegeeinrichtungen. A4: Systematische Übersichtsarbeiten zum Zusammenhang zwischen nicht-Mitarbeiterbezogene Organisationscharakteristika (z. B. Einrichtungsgröße, Inneneinrichtung wie etwa Böden) und der Versorgungsqualität, der Lebensqualität von Bewohnern und der Beanspruchung von Mitarbeitern stationärer Altenpflegeeinrichtungen.
Design	E4: Systematische Übersichtsarbeiten	A5: Nicht systematische Übersichtsarbeiten
Zeitraum	E5: 2000 bis aktuell	A6: vor 2000
Sprache	E6: Publikationen in englischer oder deutscher Sprache	A7: Publikationen in anderen Sprachen

Recherchiert wurde in den Datenbanken Medline [Pubmed], PsychINFO [OVID], CINAHL [EBSCO] und Cochrane Database. Die Suchstregie für Medline ist exemplarisch im Anlagenband dargestellt.

### **3.2.2 Ergebnisse**

Zehn Studien erfüllten die Einschlusskriterien und wurden in die Analyse einbezogen. Den Flowchart der Recherche zeigt Abbildung 5, die Charakteristika der einbezogenen Studien sind im Anlagenband dargestellt.

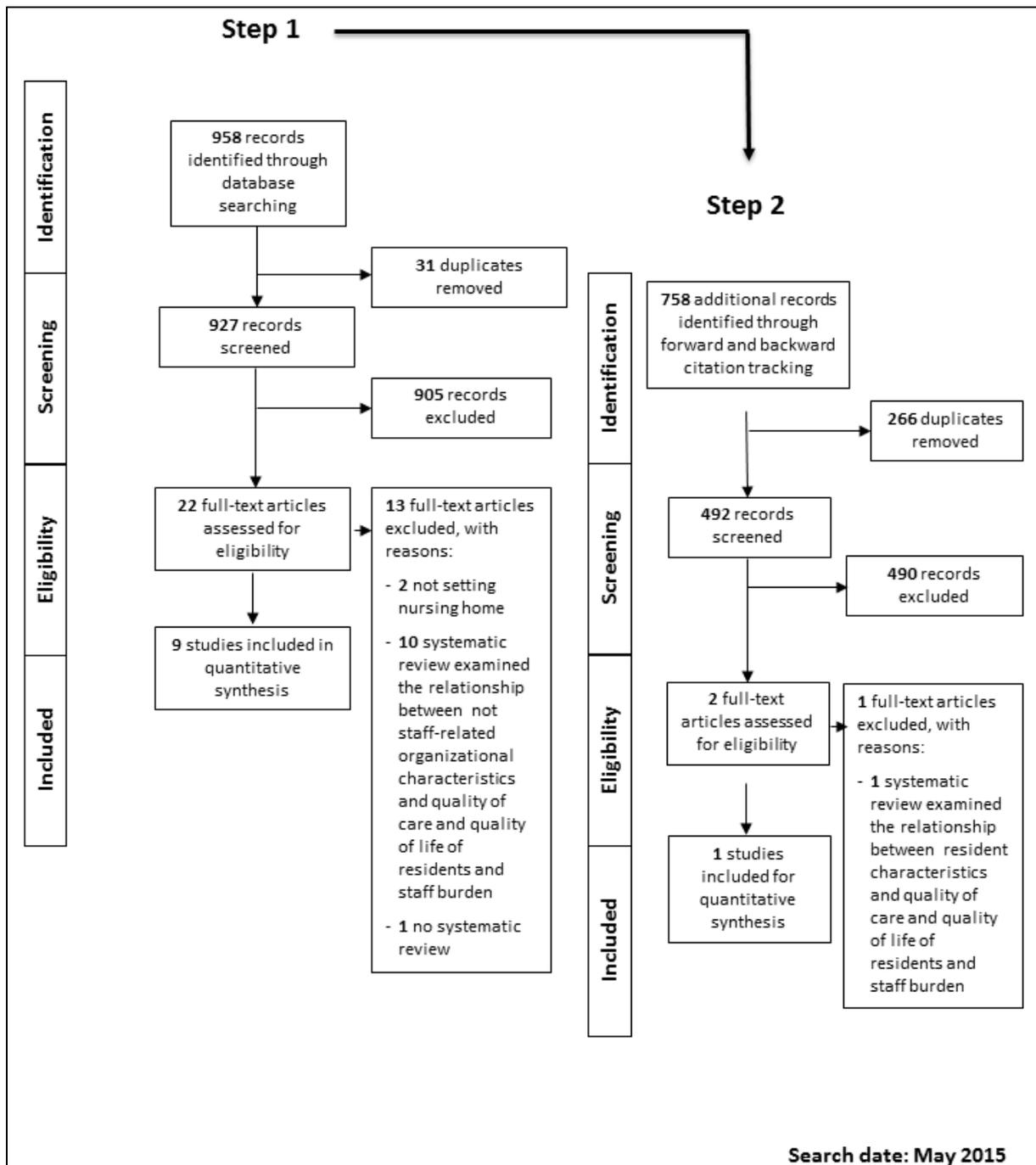


Abbildung 5: Flowchart des systematischen Reviews

### **3.2.2.1 Zusammenfassende Ergebnisse**

Ausgehend von einer umfassenden Literaturrecherche konnten insgesamt 10 Übersichtsarbeiten im Rahmen eines „Overview of Reviews“ eingeschlossen werden. Nachdem deren Charakteristika und methodische Güte bereits in tabellarischer Form dargestellt wurden, erfolgt anschließend eine inhaltliche Zusammenfassung der heterogenen Ergebnisse.

#### **3.2.2.1.1 *Zusammenhang zwischen mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika und Lebensqualität der Bewohner stationärer Altenpflegeeinrichtungen***

Zwei der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten haben den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika stationärer Altenpflegeeinrichtungen untersucht (Shin & Bae 2012; Xu, et al. 2013). Das Review von Xu et al. (2013) ist sehr breit angelegt und untersucht den Zusammenhang von Organisationscharakteristika und der Lebensqualität von Bewohnern in US-amerikanischen Altenheimen insgesamt. Anhand der eingeschlossenen Studien konnte keine Assoziation zwischen mitarbeiterbezogenen Charakteristika und Lebensqualität festgestellt werden. Insgesamt zeigte sich nur ein Zusammenhang zwischen der Art der Trägerschaft von Einrichtungen und der Lebensqualität von Menschen mit Demenz. So zeigte sich eine bessere Lebensqualität der Bewohner in nicht gewinnorientierten Einrichtungen (Xu et al. 2013). Im Review von Shin et al. (2012) wurden acht Studien hinsichtlich der Bewohnerlebensqualität zusammengefasst. Vier dieser Studien zeigen eine Korrelation zwischen Mängeln in der Lebensqualität und einer geringeren Anzahl an Stunden, die einer Pflegefachperson (RN) für einen Bewohner zur Verfügung stehen, der Kapazität an Pflegefachperson-Stunden sowie der Kapazität an Stunden durch Pflegehilfspersonen (z.B. Certified Nursing Assistants) (Shin & Bae 2012).

#### **Methodische Limitationen**

Die Ergebnisse beider Übersichtsarbeiten (Shin & Bae 2012; Xu et al. 2013) beruhen vorwiegend auf US-amerikanischen Beobachtungsstudien, in denen häufig Routinedaten retrospektiv ausgewertet wurden. Aufgrund der damit verbundenen Schwächen empfehlen beide Autoren die Durchführung von prospektiven und experimentellen Studien, in deren Rahmen valide Erfassungsinstrumente eingesetzt werden können. Insbesondere betonen beide Reviews auch die festgestellte Heterogenität in der Operationalisierung und Erfassung der Lebensqualität der Bewohner. Hier wird für zukünftige Studien die Selbsteinschätzung sowie bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen die sorgsame Fremdeinschätzung der Lebensqualität empfohlen (Shin & Bae 2012; Xu et al. 2013).

#### **3.2.2.1.2 *Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Pflegequalität in stationären Altenpflegeeinrichtungen***

Im Ergebnis zeigen die eingeschlossenen Übersichtsarbeiten hinsichtlich einer Assoziation von Pflegekapazität und Pflegequalität ein überwiegend heterogenes Bild (Backhaus et al., 2014; Collier & Harrington 2008; Scott-Cawiezell & Vogelsmeier 2006; Shin & Bae 2012; Spilsbury et al. 2011). So finden sich beispielsweise für die Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen und Katheterisierungen positive und auch negative Assoziationen zur Pflegekapazität (Backhaus et al. 2014; Spilsbury et al. 2011). Trotzdem schlussfolgern die Autoren von drei Übersichtsarbeiten (Bostick et al., 2006; Castle 2008; Spilsbury et al. 2011), dass man - alle Studienergebnisse zusammengenommen - tendenziell von einem positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl aller Pflegenden und der Pflegequalität ausgehen kann.

Dies heißt, dass in der Tendenz eine Steigerung der Anzahl aller Pflegenden auch zu einer besseren Pflegequalität führt. Hierbei wird betont, dass hieraus keine kausalen Rückschlüsse zu ziehen sind und dass ebenfalls unklar ist, welchen Beitrag unterschiedliche pflegerische Qualifikationen (z.B. Pflegefachperson, Pflegehilfsperson) zu diesem Zusammenhang leisten (Spilsbury et al. 2011). Daneben wird darauf hingewiesen, dass kein linearer Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität und der Pflegequalität besteht. Vielmehr müssen erst bestimmte Schwellenwerte der Pflegekapazität erreicht werden, bevor Auswirkungen für die Pflegequalität erkennbar werden. Eine genaue Definition dieser Schwellenwerte ist aber noch unklar (Spilsbury et al. 2011).

Nur in Bezug auf Dekubitalulcera konnte ein eindeutiger Zusammenhang identifiziert werden. Eine höhere Pflegekapazität zeigte hier eine reduzierte Anzahl (Backhaus et al. 2014).

Neben einer möglichen Assoziation zwischen Pflegekapazität und Pflegequalität wurde in einem Review auch eine Assoziation zwischen dem Skill Mix und der Pflegequalität untersucht. Hier zeigte sich tendenziell eine höhere Pflegequalität bei einem höheren Anteil an Pflegefachkräften (Shin & Bae 2012).

### Methodische Limitationen

Die eingeschlossenen Übersichtsarbeiten beruhen überwiegend auf Querschnittstudien (Castle 2008; Collier & Harrington 2008; Scott-Cawiezell & Vogelsmeier 2006; Spilsbury et al. 2011). Lediglich das Review von Backhaus et al. (2014) fokussierte auf Längsschnittstudien. So konnten hier 18 longitudinale Studien eingeschlossen werden. Wichtig ist hierbei jedoch, dass bereits von longitudinalen Studien ausgegangen wurde, wenn die abhängigen Variablen zur Pflegequalität mehrfach erhoben wurden. Eine mehrfache Erfassung von Merkmalen zur Pflegekapazität war nicht notwendig. Dies limitiert die Aussagekraft der eingeschlossenen Studien deutlich, da unklar bleibt, welche Auswirkungen Veränderungen in der Pflegekapazität (z.B. durch Fluktuation) auf die Pflegequalität hatten (Backhaus et al. 2014). Letzteres gilt erst recht für die übrigen Übersichtsarbeiten, in denen überwiegend Querschnittstudien eingeschlossen wurden. Daneben ist der Anteil von US-amerikanischen Studien in den Reviews überproportional hoch, wodurch fraglich ist, inwieweit die Ergebnisse auf andere Gesundheitssysteme übertragen werden können. Zu berücksichtigen ist hierbei vor allem, dass in den US-amerikanischen Querschnittstudien häufig auf Routinedaten zurückgegriffen wird und somit den Studien keine gut geplante prospektive Datenerhebung zugrunde liegt. Das heißt, hier bleibt unklar, ob die Datengrundlage tatsächlich die Qualität der Pflege oder aber „nur“ die Qualität der Dokumentation widerspiegelt (Castle 2008; Spilsbury et al. 2011). Eine weitere Limitation liegt in den eingesetzten heterogenen Indikatoren und deren Definition. So variiert die Definition von Indikatoren der Pflegequalität beispielsweise dahingehend, dass in manchen Studien nur neu im Pflegeheim aufgetretene Ereignisse (z.B. Dekubitalulcera) erfasst wurden, während in anderen Studien alle Dekubitalulcera erfasst wurden. Gleiches gilt auch für die Operationalisierung der Pflegekapazität. Hier gibt es Unterschiede dahingehend, ob nur die Pflegenden erfasst wurden, die tatsächlich gearbeitet haben oder alle, die auf dem Dienstplan stehen, berücksichtigt wurden (Backhaus et al. 2014; Spilsbury et al. 2011).

### Implikationen für zukünftige Forschung

Anhand der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zeigt sich ein enormer Bedarf an methodisch hochwertigen longitudinalen (Backhaus et al. 2014) und auch, soweit möglich, experimentellen Studien. Hierbei bedarf es sowohl einer longitudinalen sowie prospektiven Erfassung von Indikatoren der Pflegequalität und Pflegekapazität als auch der inhaltlich sinnvollen Definition dieser Indikatoren (Backhaus et al. 2014; Castle 2008; Collier & Harrington 2008;

Spilsbury et al. 2011). Daneben sollten zukünftige Studien den Zusammenhang zwischen definierten Schwellenwerten der Pflegekapazität und deren Auswirkungen auf die Pflegequalität untersuchen (Backhaus et al. 2014; Castle 2008; Spilsbury et al. 2011). Ebenfalls sollten in zukünftigen Studien Fragen hinsichtlich des richtigen Skill-Mixes untersucht werden. Hierzu treffen die vorliegenden Übersichtsarbeiten kaum Aussagen. Castle (2008) empfiehlt ferner die Entwicklung von adäquaten Messmodellen, welche die zahlreichen moderierenden Faktoren im Kontext einer Assoziation zwischen Pflegequalität und -kapazität berücksichtigen. Hierzu zählen beispielsweise Mitarbeiterfluktuation, der Mix an unterschiedlichen Mitarbeiterqualifikationen, Arbeitszufriedenheit, Pflegemodelle (z.B. Primary Nursing), die Organisation von Verantwortlichkeiten und Rollen im Mitarbeiterteam und Führungsqualität. Zusätzlich reicht eine reine Fokussierung auf klinische Endpunkte wie Dekubitus- oder Sturzraten nicht aus. Stattdessen müssen Prozessvariablen wie beispielsweise die Zeit, die eine Pflegefachperson tatsächlich pro Tag mit einem Bewohner verbringt oder die durch Bewohner wahrgenommene Unterstützung im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens bei der Messung von Pflegequalität berücksichtigt werden.

### 3.2.2.1.3 *Effektivität von Pflegemodellen hinsichtlich der Pflegequalität in stationären Altenpflegeeinrichtungen*

Hinsichtlich möglicher Effekte zwischen Pflegemodellen und der Pflegequalität konnten zwei Reviews identifiziert werden. Hierbei wurde der Zusammenhang von Primary Care Modellen wie beispielsweise bewohnerorientierte Pflege (Hodgkinson et al. 2011) und der Zuordnungspraxis von Pflegenden zu Bewohnern (Rahman et al. 2009) und der Pflegequalität untersucht.

Hinsichtlich der Primary Care Modelle konnten keine eindeutigen Ergebnisse ermittelt werden. Insgesamt basiert die Übersichtsarbeit auf zwei kleineren experimentellen Studien. Diese zeigen eine Tendenz hinsichtlich der Effektivität der Primary Care Modelle. Aufgrund der methodischen Limitationen der Studien sowie der nicht eindeutigen Studienergebnisse beider Primärstudien können jedoch keine generellen Aussagen hinsichtlich der Effektivität von Primary Care Modellen getroffen werden (Hodgkinson et al. 2011).

Das Review von Rahman, et al. (2009) basiert sowohl auf qualitativen und quantitativen Querschnittstudien als auch einzelnen experimentellen Studien. Insgesamt konnten vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich einer positiven Wirkung einer kontinuierlichen Zuordnung von Pflegenden zu Bewohnern in Bezug auf die Pflegequalität ermittelt werden. Gleichzeitig ist die Studienlage aber auch hier nicht eindeutig, so dass nur von einer Tendenz hinsichtlich des Zusammenhangs gesprochen werden kann. Eine kausale Aussage kann aufgrund der Ergebnisse nicht getroffen werden.

#### Methodische Limitationen

Beide Reviews basieren auf einer kleinen Anzahl von Studien, welche sich durch zahlreiche Limitationen auszeichnen. Diese sind vor allem in dem jeweiligen Studiendesign begründet (z. B. Fehlen einer Kontrollgruppe, kleine Stichprobe).

#### Implikationen für zukünftige Forschung

Ausgehend von den vorliegenden Reviews und der damit verbundenen heterogenen Studienlage sind weitere kontrollierte Interventionsstudien notwendig. Diese sollten vor allem auch bewohnerbezogene und von Bewohnern selbst eingeschätzte Ergebnisindikatoren wie Lebensqualität und Bewohnerpräferenzen berücksichtigen. Daneben sollten unterschiedliche Zuordnungsmodelle, beispielsweise basierend auf rotierenden interdisziplinären Teams oder

selbstorganisierten Teams mit wechselnden Bewohnerzuordnungen und Teams mit konstanter Bewohnerzuordnung hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Effektivität untersucht werden (Rahman et al. 2009).

#### 3.2.2.1.4 *Zusammenhang zwischen mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika und der Mitarbeiterbeanspruchung in stationären Altenpflegeeinrichtungen*

Im Rahmen des vorliegenden Overviews of Reviews konnten keine Übersichtsarbeiten identifiziert werden, die die Fragestellung einer möglichen Assoziation und deren Richtung zwischen mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika und der Mitarbeiterbeanspruchung systematisch untersucht haben. Im Rahmen der Reviews von Collier, et al. (2008) und Rahman, et al. (2009) finden sich Hinweise auf den Zusammenhang von mitarbeiterbezogenen Charakteristika wie der Führungsqualität und der Fluktuationsrate von Mitarbeitern. Diese wurden in den Arbeiten aber nicht systematisch untersucht, sodass dies nur als ein erster Hinweis gelten kann. Gleiches gilt für einen möglichen Zusammenhang zwischen der Fluktuation von Pflegenden und der Pflegekapazität in Altenpflegeeinrichtungen. In den beiden genannten Reviews finden sich Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang zwischen einer höheren Pflegekapazität und einer geringeren Fluktuation besteht.

#### Implikationen für zukünftige Forschung

Ausgehend von der limitierten Forschungslage besteht hinsichtlich der Wirkung von mitarbeiterbezogenen Organisationscharakteristika auf die Mitarbeiterbeanspruchung ein genereller Forschungsbedarf. Dieser kann im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht weiter expliziert werden. Hierzu wäre eine systematische Übersichtsarbeit möglicher Einzelstudien notwendig.

#### 3.2.2.1.5 *Operationalisierungen des Personalmix*

Eine Analyse der diversen Operationalisierungen des Personalmix in einzelnen Studien zu dieser Thematik liefert das Review von Spilsbury und Kollegen (Spilsbury et al. 2011), wobei zu beachten ist, dass dieses Review sich ausschließlich auf das *nurse staffing* bezieht, nicht-pflegerische Berufsgruppen also nicht berücksichtigt. Kennzahlen des Personalmix werden typischerweise entweder bezogen auf das gesamte Pflegepersonal ausgedrückt oder separat für die unterschiedlichen Qualifizierungsgrade (first level nurse/ registered nurse; second level nurse/ licensed practical nurse; nurse assistant). Teilweise finden sich auch zusammengefasste Messgrößen für zwei dieser drei Gruppen, und häufig verwenden Studien zugleich mehrere dieser Messgrößen.

Die mit Abstand häufigste Operationalisierung bezogen auf diese Gruppen, respektive bezogen auf das gesamte Pflegepersonal, stellen hours per resident day (HPRD) dar. Dabei handelt es sich um eine kalkulatorische Größe, die die Summe der vorgehaltenen Arbeitsstunden der betreffenden Gruppe durch die Anzahl der Bewohner teilt. Eine ähnliche Operationalisierung verzichtet auf das Herunterbrechen der Stellen auf die tägliche Arbeitszeit und drückt die Vollzeitäquivalente (FTE) pro Bewohner aus.

Neben diesen Messgrößen wird seltener auch auf dichotome Differenzierungen wie high nurse staffing/ low nurse staffing abgezielt, wobei dabei ebenfalls die HPRD zugrunde liegen, die an einem Schwellwert dichotomisiert werden (beispielsweise  $\geq 4,8$  HPRD als high nurse staffing). Einzelne Studien nutzen, der Analyse von Spilsbury et al. zufolge (vgl. ebd.) auch absolute Stellen (Köpfe) anstelle von Vollzeitäquivalenten oder HPRD. Selten finden sich auch aufwändigere Messgrößen wie die für direkte Pflege aufwendete Zeit, was eine Zeiterfassung voraussetzt. Neben den auf die Kapazität an Stellen oder auf Zeiten bezogenen Messgrößen wird

teilweise die Zeit auch nach Gehalt gewichtet und so eine kostenbezogene Größe konstruiert. Schließlich wird als Aspekt des Personalmix in mehreren Studien auch die Fluktuation (turnover) der einzelnen Qualifizierungsgrade gemessen.

### **3.3 Ableitung der Fragestellungen mit Bezug auf die Methodik**

In der Zusammenstellung der bestehenden Literatur werden sowohl inhaltliche als auch methodische Schwächen ersichtlich, die neuen Forschungsbedarf und neue Forschungsfragen aufzeigen.

Inhaltliche Schwächen betreffen speziell in der quantitativen Forschung eine Orientierung an Pflege im Krankenhaus und eine geringere Fokussierung der Altenpflege. Fragestellungen, die in der stationären Altenpflege von größerer Bedeutung als in der Krankenpflege sind, sind entsprechend weniger bearbeitet. Dies gilt besonders für Forschung, die sich auf Personal-konstellationen bezieht, bei denen häufig eine Fachkraftquote als vorwiegendes Mitarbeiter-charakteristikum verwendet wird, die in der Regel aus dem Quotienten von Pflegefachkräften und allen Mitarbeitern errechnet wird. Eine Ausdifferenzierung nach Berufsgruppen, tatsächlichen Aufgabenprofilen oder eine Unterscheidung in mehr als die zwei Ausprägungen „Fachkraft“ und „keine Fachkraft“ erfolgt in der Regel nicht. Die große Heterogenität verschiedener Berufsgruppen in der stationären Altenpflege wird daher in der aktuellen Forschungsliteratur nicht ausgedrückt. Auch die Outcomes der Forschung orientieren sich dementsprechend an der Versorgung im Krankenhaus. Auf der Bewohnerseite wird häufig die „quality of care“ als Zielkriterium analysiert. In der Lebenswelt der stationären Langzeitversorgung sind jedoch andere Parameter als die rein medizinische Betreuung von größerer Bedeutung. Hier rücken Parameter in den Mittelpunkt, die sich stärker an der Bewohnerzufriedenheit, insbesondere deren Lebensqualität orientieren (Kruse 2015). Eine weitere inhaltliche Problematik besteht in der anglo-amerikanischen Herkunft vieler Studien. Zwar ist dies den jeweiligen Studien nicht als Schwäche vorzuhalten, dennoch lassen sich Aussagen, die innerhalb eines Gesundheitssystems gefunden wurden, nicht auf alle Gesundheitssysteme verallgemeinern. Die externe Validität ist auf das jeweilige Gesundheitssystem begrenzt. Somit können diese Studien nicht ohne Weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden und als Grundlage für die Politikentwicklung in Baden-Württemberg herangezogen werden. Die Studienlage spiegelt lokale Besonderheiten, insbesondere die Landespersonalverordnung in Baden-Württemberg also nicht im notwendigen Maß wieder.

Qualitative Literatur zum Personalmix in der Langzeitpflege wurde im Zuge des systematischen Reviews kaum berücksichtigt, da diese in zwei der zu Grunde liegenden Reviews als Ausschlusskriterium behandelt wurden.

Neben den inhaltlichen Schwierigkeiten, die die Notwendigkeit einer neuen empirischen Studie aufzeigen, bestehen in quantitativer wie qualitativer Literatur methodische Schwächen die im Studiendesign neuer Untersuchungen zu berücksichtigen sind. In der qualitativen Forschung zur stationären Pflege werden in der Regel nur Perspektiven einer Akteursgruppe (Leitungen, Bewohner oder Mitarbeiter) zusammenfassend dargestellt. Vergleiche zwischen Akteursgruppen fehlen, obwohl mittlerweile bekannt ist, dass sich die Perspektiven der Akteure unterscheiden (Brandenburg & Güther 2014). Dies gilt sowohl für den Vergleich zwischen Einrichtungen als auch für einen organisationsbezogenen Blick über eine einzelne Einrichtung. Entsprechend ergibt sich der Bedarf nach einer breiten Stichprobe von Interviews, in der die Perspektiven von Akteuren aus unterschiedlichen Gruppen inhaltsanalytisch verglichen werden können. Zu-

dem müssen diese Perspektiven organisationsbezogen aggregiert werden, um die Funktionsweise eines Personalmix mit seinen Auswirkungen auf die Lebensqualität und Belastung zu verstehen.

In der quantitativen Literatur fällt auf, dass in der Regel bivariate Vergleiche hinsichtlich eines Organisationscharakteristikums im Zentrum stehen, zum Beispiel zur Versorgungsform der Menschen mit Demenz. Diese Studiendesigns sind aus zwei Gründen zu hinterfragen. Zum einen sind Studien, die lediglich Einrichtungstypen vergleichen, zur Konzeption neuer Versorgungssettings unbefriedigend. Dies wird an einem Beispiel verdeutlicht. Viele Studien zeigen eine geringere Belastung bei Mitarbeitern ambulanter Wohngruppen gegenüber Mitarbeitern der stationären Altenpflege. Dabei wird jedoch in der Regel nicht berücksichtigt, dass sich die Mitarbeiter ambulanter Wohngruppen in vielen Variablen und Organisationsmerkmalen von den Mitarbeitern stationärer Pflegeheime unterscheiden, wie zum Beispiel der Einbezug der Angehörigen (der in manchen Wohngruppen verpflichtend ist), architektonische Merkmale, die sich ebenfalls auf die Mitarbeiterbelastung auswirken können (etwa in Form kürzerer Laufwege), spezifischere Aufgabenprofile aufgrund der einheitlicheren Bewohnerstruktur, Beschäftigungsumfang etc. Welche dieser Variablen in welchem Umfang für die geringere Belastung „verantwortlich“ sind, wird in der Regel nicht weiter untersucht. Gerade diese Aussagen sind aber zur Weiterentwicklung des Personaleinsatzes in der Pflege notwendig. Ebenso bleibt unberücksichtigt, in wie fern die genannten Variablen interagieren. Die Wirklichkeit der stationären Langzeitversorgung ist eben nicht durch zwei Variablen gekennzeichnet, sondern durch komplexe Sachverhalte und Interaktionen zwischen Individuen und Organisationsmerkmalen. Die verwendeten statistischen Methoden sollten daher auch nicht auf bivariate Vergleiche limitiert sein - entsprechend besteht ein Bedarf nach komplexen multivariaten Betrachtungen. Eine methodische Schwäche, die nur schwierig zu schließen ist, besteht in der Häufigkeit von Querschnittsanalysen. Aus Sicht der Wissenschaft wären prospektive multizentrische cluster-randomisierte Studien, in der verschiedene Versorgungsansätze kontrolliert miteinander verglichen werden, zu wünschen. Dies erscheint aber aus Kostengründen oder auch aus praktischen Erwägungen heraus kaum leistbar.

In der Summe fehlt es in der wissenschaftlichen Literatur an komplexen Studien, die die Spezifitäten der stationären Langzeitversorgung bedenken und mit hinreichender Komplexität berücksichtigen. Daher scheinen die folgenden Forschungsfragen zentral:

- *Welche Pflege-, Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe äußern Mitarbeiter, Bewohner und Leitungen in der Langzeitpflege?*
- *Wie wird ein multiprofessioneller Personalmix zurzeit gestaltet, welche Erfahrungen sind dazu gemacht worden, welche Auswirkungen lassen sich beobachten?*
- *Welche Arten und Formen des Personalmix gibt es, wie lassen sie sich differenziert beschreiben?*
- *Mit welchen Einflussfaktoren ist der Personalmix verbunden, welche Auswirkungen hat er auf die Lebensqualität der Bewohner und die Belastung der Mitarbeiter?*

## 4. Forschungsdesign und Methodik

### 4.1 Forschungsdesign/ Mixed Methods

In PERLE wurden wesentliche Elemente eines ‚Mixed Methods-Designs‘ realisiert. Hierunter werden „in der Regel Verknüpfungen quantitativer und qualitativer Methoden in einem Forschungskontext verstanden“ (Burzan 2016: 21; vgl. für einen Überblick vgl. Creswell & Plano 2011, Kuckartz 2014, Quasdorf et al. 2018). Es muss sich dabei um verschiedene Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden handeln. Das kann z. B. die Kombination zwischen qualitativen Interviews und standardisierten Fragebögen sein.

Es geht aber nicht nur um den Mix verschiedener Methoden. Man kann das Feld breiter denken und über Daten-, Beobachter-, Theorien- und Methodenverbindung(en) nachdenken (vgl. Flick 2011: 13-16). „Mixed Methods“ ist in diesem Verständnis eine Unterkategorie von „Triangulation“, die eine Art Oberbegriff für Methodenpluralität darstellen. Dieser Begriff verweist auf die Vielzahl der Perspektiven, etwa bezogen auf (wissenschafts)-theoretische Grundlagen und Hintergründe. In Anerkennung der Differenz der verschiedenen Zugänge geht es weniger um Validierung als um Erkenntnisgewinn mittels verschiedener Perspektiven (hierzu auch Burzan 2016: 21 ff.) Und zwar deswegen, weil die verschiedenen Forschungslogiken (zwischen quantitativ – qualitativ, aber auch innerhalb qualitativer Zugänge, bei uns konkret zwischen der qualitativen Inhaltsanalyse und der Kontexturanalyse) außerordentlich gewinnbringend miteinander verbunden werden können und jeweils einen etwas anderen Blick auf die Wirklichkeit zur Folge haben. Flick (2011: 25), der in Deutschland hierzu wegweisende Arbeiten vorgelegt hat, drückt dies wie folgt aus: „Triangulation wird nur dann angemessen und aufschlussreich sein, wenn darin nicht nur methodische Zugänge, sondern auch die mit ihnen verbundenen theoretischen Perspektiven verknüpft werden.“ Insgesamt sollte man Mixed Methode und Triangulation als Herausforderung ansehen, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen und die eigene Forschungslogik zu hinterfragen. Insofern ist dieser innovative Ansatz immer verbunden auch mit Bereitschaft zur Problematisierung tradierter Denkstile, ohne die ein multimethodischer Anspruch nicht einlösbar ist (Mayer 2009; vgl. zur Kritik Schreier 2017).

Und das macht auch in der Pflegewissenschaft und der Sozialen Gerontologie Sinn. Gerade im Hinblick auf den Personalmix in Alten- und Pflegeheimen geht es um komplexe Frage- und Problemstellungen, die mit einem Methodenmix und mehrperspektivisch bearbeitet werden müssen. In der Konsequenz kamen also beide Zugänge - Mixed Method und Methodentriangulation - in der PERLE-Studie zum Einsatz. Sie sollen im Folgenden kurz skizziert werden um einen Überblick zu erhalten.

Grundsätzlich besteht PERLE aus einem qualitativen und einem quantitativen Arm. Im qualitativen Bereich wird eine Methodentriangulation zwischen vier Bereichen vorgenommen (Dokumentenanalyse, teilnehmende Beobachtung / ethnografische Gespräche in acht Pflegeeinrichtung, episodische Interviews mit Bewohnern, Mitarbeitern, Leitungen). Grundlegend sind die vor Ort durchgeführten 97 qualitativen Interviews, in denen es inhaltlich um Lebensqualität, Belastung und Personalmix gegangen ist. Im Vordergrund stand die subjektive Perspektive der verschiedenen Akteure, die mit der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2010) herausgearbeitet wurde. Weiterführend wurden acht Kontexturanalysen erstellt, mit denen gezeigt werden konnte, in welcher Art und Weise der Personalmix in die organisationale Logik der Heime eingebunden ist, d.h. wie er funktioniert. Hierzu haben wir uns an den Arbeiten von Jansen et al. (2015) orientiert. Im quantitativen Part wurde eine Online-Befragung in Pflegeheimen in Baden-Württemberg durchgeführt, wobei hier der Schwerpunkt auf die Analyse von

Zusammenhängen zwischen Lebensqualität, Belastung und Personalmix gelegt wurde. Einbezogen wurden zudem Erkenntnisse aus einer systematischen Literaturrecherche, bei der der nationale und internationale Stand der Erkenntnisse zum Personalmix mit einbezogen wurde.

Insgesamt handelt es sich bei PERLE um eine Integration verschiedener Methoden und wissenschaftlicher Zugänge auf mehreren Ebenen. Erstens gab es eine mehrfache Verzahnung zwischen dem qualitativen und quantitativen Arm der Studie. Und zwar dahingehend, dass der qualitative Arm umfangreiche und eigenständige Ergebnisse geliefert hat, die zur Bearbeitung der Fragestellungen und für die Entwicklung des Fragebogeninstruments genutzt werden konnten. Hier war u. a. ein Modell zur Lebensqualität orientierend. Zweitens gab es innerhalb des qualitativen Arms, vor allem zwischen der qualitativen Inhaltsanalyse und der Kontexturanalyse detaillierte Absprachen dahingehend, in welcher Art und Weise die Ergebnisse integriert und interpretiert werden können. Am Ende war eine Systematik richtungsweisend, welche die zentralen Ergebnisse von PERLE zum Personalmix zusammenfasste. Diese bezog sowohl die Definition mit ein (aus der Perspektive der verschiedenen Akteure), ebenso die konkrete Ausgestaltung in den Einrichtungen und die Auswirkung auf Lebensqualität und Arbeitsbelastung bis zu einer kritischen Einschätzung aus der Sicht der Verantwortlichen. Hier wurden dann zunächst die Ergebnisse aus der Inhaltsanalyse komprimiert vorgestellt, die dann um die Befunde der Kontexturanalyse ergänzt wurden. Und drittens erfolgte im quantitativen Arm der Studie eine gegenüber dem qualitativen Arm noch deutlicher ausgeprägte Orientierung an den Erkenntnissen aus dem systematischen Review (bezüglich der Auswahl und Operationalisierung potenziell erklärender Organisationsvariablen) sowie ebenfalls eine Orientierung am übergeordneten theoretischen Rahmen (Modelle der Lebensqualität und der Mitarbeiterbeanspruchung). Bezogen auf die Lebensqualität wurde aus dem auf theoretischer Basis fundierten und durch den qualitativen Arm präzisierten Modell eine Outcomemessung entwickelt, welche auf den zehn Dimensionen des Modells basiert.

Welcher Erkenntnisgewinn konnte durch den Methodenmix und die Triangulation generiert werden? Zunächst einmal ist deutlich geworden, dass ein bestimmtes Phänomen (in unseren Fall der Personalmix) mit verschiedenen methodischen Zugängen untersucht werden sollte. Eine monomethodische Herangehensweise – so unsere Auffassung - wird der Komplexität des Phänomens nicht gerecht. Vor allem die Verbindung zwischen den qualitativen Daten (und Ergebnissen) und der Entwicklung der quantitativen Instrumente (vor allem des standardisierten Fragebogens) hat sich diesbezüglich als außerordentlich fruchtbar erwiesen. Aber auch die Daten- und Methodentriangulation innerhalb des qualitativen Arms (zwischen qualitativer Inhaltsanalyse und Kontexturanalyse) war weiterführend. Während die qualitative Inhaltsanalyse die Perspektive über alle acht Einrichtungen im Hinblick auf Dimensionen, Kategorien und Schwerpunktsetzungen bzgl. Lebensqualität, Belastung und Personalmix differenziert herausarbeiten konnte, wurde mit der Kontexturanalyse sozusagen die „Hinterbühne“ der Argumentationsmuster sowie die Organisationslogik freigelegt. Insgesamt konnte mit dem Methodenmix (und der Triangulation) eine Perspektiverweiterung vorgenommen werden.

#### **4.2 Auswahl der Modelleinrichtungen**

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren des Landes Baden-Württembergs informierte im Januar 2015 stationäre Pflegeeinrichtungen zum Forschungsprojekt „Multiprofessioneller Pflegemix in der Langzeitpflege“ mittels einer Ausschreibung. In dieser wurde die grundlegende Fragestellung der geplanten Studie dargestellt. Ergänzend wurden sowohl der Ablauf als auch die Anforderungen an eine Teilnahme an der

Studie erläutert. Abschließend wurde der Nutzen für die Einrichtungen, nämlich die wissenschaftliche Begleitung, die Unterstützung durch Fortbildung sowie die kollegiale Beratung zur weiteren Entwicklung des Personalmix, dargelegt.

Darüber hinaus wurden die Möglichkeit einer internen Reflexion und die Option erläutert, die Debatte um die Fachkraftquote und den geeigneten Personaleinsatz durch eigene Erfahrungen und den Austausch mit anderen Einrichtungen zu beeinflussen.

Als Modelleinrichtungen wurden Best-Practice-Modelle gesucht, die aus ihrer Sicht bereits einen innovativen Personalmix in der Einrichtung umsetzen. Es wurde inhaltlich offen gehalten, was die Einrichtungen jeweils darunter verstehen. Festgelegt war jedoch, dass vier der acht Modelleinrichtungen nach dem Versorgungsmodell der Hausgemeinschaften arbeiten sollten. Für eine Bewerbung wurden inhaltliche Anforderungen formuliert, zu denen die Einrichtungen sich jeweils äußern sollten. Diese bezogen sich erstens auf den Anteil der Fachkräfte, die Zusammenstellung des Qualifikationsmix sowie die Relation von jungen und älteren Mitarbeitern. Zweitens ging es um inhaltliche Aspekte, etwa hinsichtlich der Darstellung von Aufgaben- und Kompetenzprofilen für die einzelnen Berufsgruppen und Akteure in der Einrichtung (vor allem Pflege, Soziale Arbeit, Therapieberufe). Aber auch Fragen zur Einbindung gering qualifizierter und zivilgesellschaftlich engagierter Personen sollten beantwortet und Hinweise zur Gestaltung der Kooperation und Zusammenarbeit der beteiligten Akteure gegeben werden. Drittens wurden Ausführungen zu manageriellen Aspekten erwartet. Hier waren Aussagen zur Steuerung, Gestaltung der Verantwortungsbereiche der verschiedenen Akteure und Berufsgruppen sowie der Delegation des Personalmix bedeutsam. Viertens interessierte die Erläuterung prozeduraler Aspekte, z.B. im Hinblick auf die Umsetzung multi- oder interdisziplinäre Besprechungsformen inklusive der Frage, wer hierfür die Verantwortung trägt.

Insgesamt gingen in der erweiterten Bewerbungsfrist 26 Bewerbungen beim Sozialministerium ein. Diese wurden eingehend geprüft. Anhand einer Vergleichs- und Bewertungsmatrix wurden die oben genannten Kriterien zu Grunde gelegt. Es wurden zudem solche Bewerbungen präferiert, die zum Ausdruck brachten, dass die jeweilige Einrichtung bereit dazu ist, neue und innovative Wege und Formen in der Gestaltung des Personalmix zu gehen. Zudem sollte ein Mix aus den folgenden Charakteristika erreicht werden:

- Hausgemeinschaft versus innovativer Personalmix
- Städtischer versus ländlicher Bereich
- Unterschiedliche Landkreise in Baden-Württemberg
- Größe der Einrichtung
- Trägerschaft, z. B. freigemeinnützig versus privat

Folgende Modelleinrichtungen wurden von den kooperierenden Hochschulen in Zusammenarbeit mit dem Referat 33 (Pflege) - Herrn Dr. Marg - ausgewählt. Diese ausgewählten Einrichtungen wurden durch das Sozialministerium zeitnah über ihre Teilnahme informiert.

Die nachstehende Skizzierung der Einrichtung soll einen kurzen Überblick über die Einrichtungen ermöglichen.

#### **4.2.1 „Haus am Pfarrgarten“, Willstätt**

Die Einrichtung gehört dem Träger „Winkelwaldgruppe“ aus Nordach an und liegt im Ortenaukreis. Der Träger firmiert als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Die Unternehmensphilosophie im Leitbilddokument bezieht sich auf die Charta der World Health Organisation (WHO) und fokussiert auf die Achtung und Wertschätzung des Menschen, auf eine vertraute familiäre Atmosphäre sowie auf das Sterben als Teil des Lebens. Das Pflegeheim

wird vollständig nach dem Hausgemeinschaftsmodell betrieben. In den sechs Hausgemeinschaften leben 68 Bewohner in Einzelzimmern, für Paare sind auch Doppelzimmer möglich. In zwei Hausgemeinschaften leben zehn Bewohnern, in den anderen vier Hausgemeinschaften zwölf Bewohner. Nach Angaben der Einrichtung sind 80% der Bewohner Menschen von einer Demenz betroffen. Aus diesem Grund wird ein integrativer Ansatz über die Hausgemeinschaften hinweg verfolgt. Grundlage der Betreuung und Pflege ist der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood. Die Pflege wird als Bezugspflegesystem nach dem ambulanten Prinzip organisiert. Das bedeutet, dass Pflegemitarbeiter nur bei Bedarf in den Hausgemeinschaften anwesend sind, Präsenzkkräfte hingegen als Ansprechpartner der Bewohner in der jeweiligen Hausgemeinschaft eingesetzt werden. Dem Heim sind eine integrierte Tagespflege mit fünf Plätzen sowie ein Betreutes Wohnen mit zwölf Wohnungen angeschlossen. Eine weitere Wohngruppe für „Junge Pflege“ mit 12 Plätzen soll entstehen. Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird von der Einrichtung gleichermaßen angeboten.

#### **4.2.2 Wohnzentrum „Grüne Burg“, Pfullendorf**

Das Wohnzentrum ist eine Einrichtung des Wohlfahrtswerkes Baden-Württemberg aus Stuttgart, einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Der Träger gehört dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband an. Die Einrichtung befindet sich in Pfullendorf im Landkreis Sigmaringen. Das Wohnzentrum „Grüne Burg“ verfügt über ein Leitbild, in dem „Normalität“ und „Selbstbestimmung“ für die Bewohner als Maxime des Handelns beschrieben werden. Diese Schwerpunkte sollen in Form von Teilhabe und geteilter Verantwortung auch bei Demenz und im Sterbeprozess ermöglicht werden. Das Wohnzentrum „Grüne Burg“ bietet 55 Pflegeplätze in drei stationären Wohngemeinschaften nach dem Hausgemeinschaftsmodell an, in denen zwischen 16 bis 20 Bewohnern wohnen. Es stehen 47 Einzelzimmer und 4 Doppelzimmer zur Verfügung. In der Einrichtung leben Menschen mit und ohne Demenz zusammen in den Wohngemeinschaften, d. h. ein integrativer Ansatz liegt zugrunde. Alltagsbegleiter sind die zentralen Ansprechpartner in der Wohngemeinschaft. Pflegerisch qualifizierte Mitarbeiter sind „durchgehend anwesend“. Die Pflege wird nach dem ambulanten Prinzip organisiert. Es werden alle hauswirtschaftlichen Leistungen innerhalb der Wohngemeinschaft erbracht, außer dem Reinigen der Verkehrsflächen und die Wäscheversorgung, die extern vergeben wurden. Kurzzeitpflege wird in der Einrichtung gleichermaßen angeboten.

#### **4.2.3 Haus Fehlatal, Burladingen**

Das Haus ist eine Einrichtung der BeneVit Holding GmbH aus Mössingen, die in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung geführt wird und einer hauseigenen Stiftung angeschlossen ist. Der Träger ist Mitglied im Bundesverband privater Anbieter (bpa). Das Haus verfügt über kein eigenes Leitbild, es existiert jedoch ein Leitbild des Trägers. Zentrale Orientierungspunkte sind Kompetenz, Zuverlässigkeit, Qualität, Kundenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit. Die Einrichtung wird vollständig im Hausgemeinschaftsmodell betrieben. Insgesamt leben 56 Bewohner in vier Wohnungen zusammen, das heißt pro Wohnung 14 Bewohnern. Das Haus verfügt über eingestreute Tagespflegeplätze. Menschen mit Demenz und ohne Demenz leben gemeinsam entsprechend einem integrativen Ansatz zur Versorgung von Menschen mit Demenz zusammen. Präsenzkkräfte sind die zentralen Ansprechpartner in der Wohnung und übernehmen alle Tätigkeiten im Haushalt, wie Waschen, Kochen, Bügeln, aber auch die "Grundpflege" der Bewohner. Das Essen wird in den Hausgemeinschaften frisch gekocht und mit den Bewohnern der Speiseplan abgestimmt. Es gibt jedoch Reinigungskräfte in der Einrichtung, welche die öffentlichen Verkehrsflächen reinigen. Die Pflege wird nach ei-

nem Bezugspflegesystem über die Wohngemeinschaften hinweg sichergestellt. Betreuungskräfte ergänzen das Angebot der Einrichtung. Diese Maßnahmen der Betreuung werden individuell festgelegt. Mitarbeiter aller Berufsgruppen aber auch ein Mitglied des Leitungsteams sind die gesamte Woche sowie am Wochenende in der Einrichtung im Dienst.

#### **4.2.4 Das „Samariterstift Leonberg“**

Das Haus liegt im Landkreis Leonberg. Der Träger ist die Samariterstiftung aus Nürtingen, einer kirchliche Stiftung des bürgerlichen Rechts, die Mitglied im Dachverband des Diakonischen Werkes Württemberg ist. Die Einrichtung hat kein eigenes Leitbild, sondern verwendet das Leitbild des Trägers. Hieraus geht der Stiftungszweck hervor, Einrichtung und Dienste für hilfebedürftige Menschen auf der Grundlage eines christlichen Glaubens und des Evangeliums zu betreiben. Der Aufruf zur Nächstenliebe und das biblisch-christliche Menschenbild im Sinne des Ebenbilds Gottes, unverlierbarer Würde, Freiheit, Verantwortung und Selbstbestimmung prägen das Leitbild. Die Einrichtung ist nach dem Hausgemeinschaftsmodell organisiert. 50 Bewohner leben in Einzelzimmern in vier Hausgemeinschaften, mit zwölf bis dreizehn Mitbewohnern zusammen. Doppelzimmer für Paare sind möglich. Zwei der Hausgemeinschaften sind an schwerer Demenz leidenden Bewohnern vorbehalten, damit wird ein segregativer Ansatz innerhalb des integriert stationären Typus angeboten. Die Pflege wird nach dem ambulanten Prinzip verantwortet. Das Betreuungskonzept gilt für alle Berufsgruppen und gründet zum einen auf dem personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood und zum anderen auf dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel. Die Alltagsbegleiter sind die zentralen Akteure in der Wohnküche. Im Rahmen der Speisezubereitung werden Teilkomponenten in der Wohnküche vorbereitet oder gekocht. Ansonsten wird auf das „Cook and Chill“ Verfahren zurückgegriffen. Die Reinigung der Räumlichkeiten und die Wäscheversorgung erfolgt durch Reinigungskräfte. Kurzzeitpflege wird angeboten. Betreuungskräfte gestalten das Betreuungsangebot in den Hausgemeinschaften. Dem Stift angeschossen sind eine Tagespflege mit 12 Plätzen sowie ein Betreutes Wohnen mit 90 Wohneinheiten.

#### **4.2.5 KWA Albstift, Aalen**

Die Einrichtung KWA Albstift befindet sich Aalen im Ostalbkreis. Der Träger ist die KWA Kuratorium Wohnen im Alter gemeinnützige AG, eine gemeinnützige Aktiengesellschaft aus Unterhaching (KWA Kuratorium Wohnen im Alter gemeinnützige AG), die Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband ist. Die Einrichtung selbst hat kein Leitbild, sondern bezieht sich auf das Leitbild des Trägers. Als zentrale Werte werden dort Würde, Selbstständigkeit und Individualität angegeben. Das Unternehmen versteht sich als weltanschaulich ungebundenes, gemeinnütziges Dienstleistungsunternehmen mit den Zielen der Kundenzufriedenheit, fachlichen Qualifikation, sozialer Kompetenz und offener Kommunikation. Als Maßstab benennt das Unternehmen die Lebensqualität und das Wohlbefinden des Kunden. Das KWA Albstift ist ein konventionelles Pflegestift im Stile des klassischen Wohnbereichsmodells mit 102 Pflegeplätzen auf vier Etagen mit ca. 90 Einzelzimmern und 12 Doppelzimmern. Die Zielgruppe des Pflegestiftes sind Menschen mit Pflegebedarf und demenzkranke Personen. Ein spezieller Wohnbereich für diese Klientel wird angeboten, ein segregativer Ansatz ist damit vorhanden. Organisiert ist die Pflege im Sinne einer Tourenplanung in der stationären Altenpflege nach dem Modell der Bezugspflege. Lebensbegleiter sind die Ansprechpartner in den Wohnbereichen. Zugleich ist ein umfangreiches Betreuungsangebot für die Bewohner verfügbar. Das Essen wird in Büffetform von den Mitarbeitern der Hauswirtschaft in den Wohnbereichen gereicht. Es besteht die Möglichkeit, Kurzzeit- und Verhinderungspflege in Anspruch zu

nehmen. Zudem besteht ein Tagespflegeangebot. Das Albstift unterhält zudem noch 85 Apartments im Betreuten Wohnen.

#### **4.2.6 Wohnheim St. Johann, Freiburg**

Das Marienhaus St. Johann e.V. betreibt als eingetragener Verein unter dem Dach der Marienhausstiftung (Marienhaus St. Johann e.V., das Wohnheim St. Johann. Die Einrichtung sowie der Träger haben kein eigenes Leitbild. Es wird auf das Leitbild des überregionalen Deutschen Caritasverbandes e.V. mit dem Titel „Wir pflegen Menschlichkeit“ verwiesen. Leitidee darin ist Menschen eine neue Heimat, ein neues Zuhause, zu geben und sie nach dem christlichen Menschenbild als individuelle Einheit zu betrachten, ihnen mit Respekt und Würde zu begegnen. Die Einrichtung Wohnheim St. Johann e.V. ist nach dem Wohnbereichsmodell konzipiert. Dort leben Menschen in 82 Einzelzimmern auf fünf Wohnbereichen in den Größen von 10 bis 18 Bewohnern. Das Wohnheim verfolgt keine Zielgruppeneinschränkung, unterscheidet jedoch zwischen „orientierten Bewohner“ und „Leben mit Demenz“ und stellt für die jeweiligen Gruppen gesonderte Wohnbereiche zur Verfügung. Dies verweist auf ein segregatives Versorgungsmodell. Alle hauswirtschaftlichen Leistungen, außer dem Waschen der Flachwäsche, werden in den Wohnbereichen selbst erbracht. Die Pflege- und Betreuungsleistungen orientieren sich zum einen am Pflegemodell von Krohwinkel und zum anderen am Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell. Ein Sozialdienst gehört zum Haus. Betreuung für die Bewohner wird angeboten. Die Einrichtung bietet Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie eine integrierte Tagespflege an.

#### **4.2.7 DRK-Residenz, Bad Friedrichshall**

Der Träger der Residenz ist die DRK Pflegedienste Heilbronn gGmbH in der Rechtsform einer gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung, die wiederum dem DRK-Kreisverband Heilbronn angehört. Die DRK-Residenz Bad Friedrichshall verfügt über ein eigenes Pflegeleitbild, welches sich überwiegend an den Vorgaben des Bundesverbandes orientiert und mit dem Worten Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Unabhängigkeit, Neutralität, Einheit, Freiwilligkeit, Universalität unterstreicht, dass es weder einer weltlichen noch glaubensabhängigen Ordnung unterliegt. Das Leitbild beschreibt, dass man sich ausschließlich am Hilfebedarf orientiert und vor allem die Linderung menschlichen Leidens im Vordergrund steht. Desweiteren unterstreicht das Leitbild eine Gleichheit aller Beteiligten in der Organisation, unabhängig von einer hauptamtlichen, nebenberuflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit. Die DRK-Residenz beschreibt sich in der Bewerbung als klassisches Pflegeheim mit 76 Pflegeplätzen in zwei Wohnbereichen mit je 38 Pflegeplätzen. Es gibt in der Einrichtung 33 Doppelzimmer und 10 Komforteinzelzimmer. Das Haus beschreibt keinen gesonderten Wohnbereiche für Menschen mit Demenz und verfolgt somit einen integrativen Ansatz. Die sozialpflegerischen Leitlinien orientieren sich an der Pflegetheorie von Monika Krohwinkel. Die Organisation der Pflege entspricht einem konventionellen Pflegeheim. Die sonstige Organisation des Hauses erfolgt mit zentralisierten Dienstleistungen, wie Speiserversorgung, Reinigung und Wäsche, die in der DRK-Residenz durch externe Dienstleister erbracht wird. Die Möglichkeit zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege besteht in der Einrichtung.

#### **4.2.8 Seniorenzentrum Konrad-Manopp-Stift, Riedlingen**

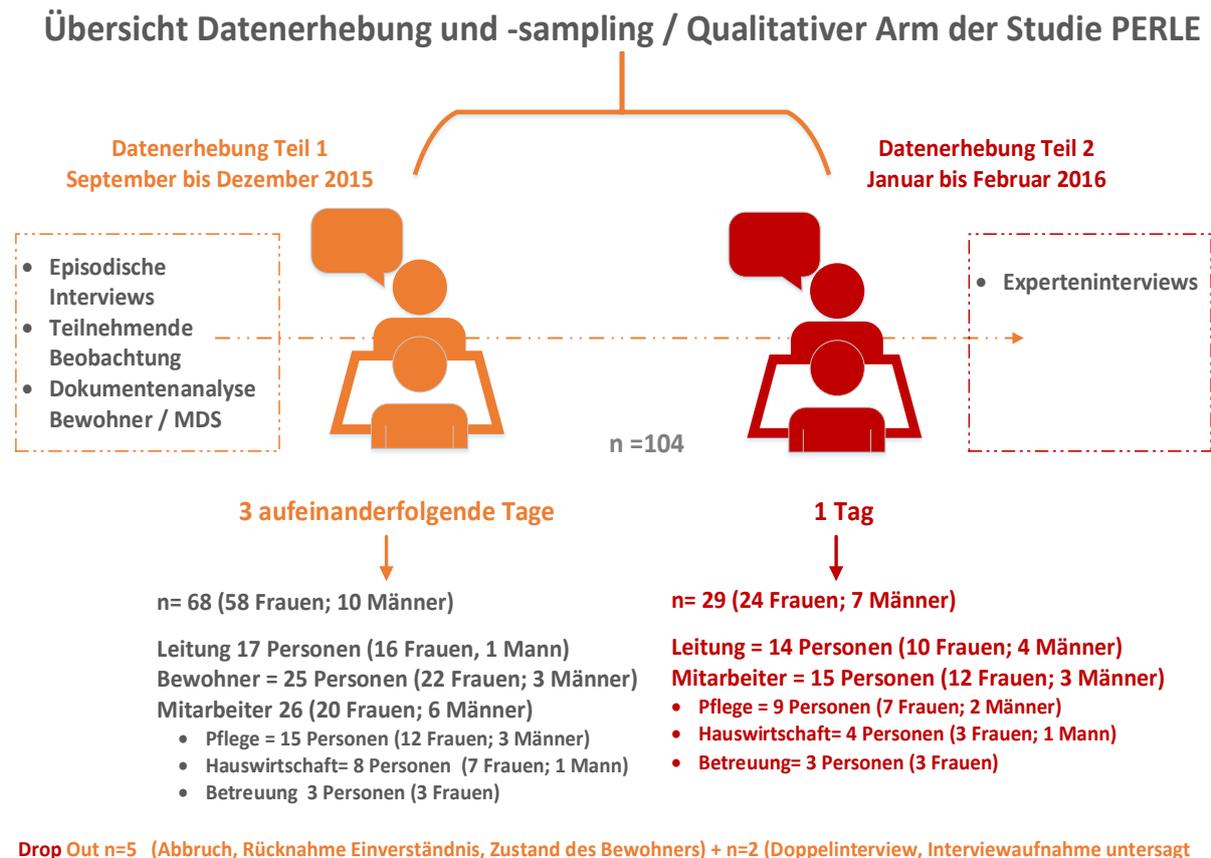
Die Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung aus Sindelfingen betreibt das Seniorenzentrum Konrad-Manopp-Stift. Der Träger ist in der Rechtsform einer kirchlichen Stiftung des privaten Rechts organisiert und Mitglied im Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V. Die Einrichtung hat kein eigenes Leitbild. Viele Dokumente, wie Pflegekonzeption, Stellenprofile weisen

leitbildähnliche Auszüge und Charakteristika auf. Der Leitgedanke wird wie folgt deutlich: Der Mensch als Ebenbild Gottes ist mit einer unveräußerlichen Würde ausgestattet und soll in einer gerechten und humanen Gesellschaft seinen Platz finden, anerkannt werden und ein menschenwürdiges Dasein führen. „Pflege und Betreuung hat den ganzen Menschen im Blick, und zwar in einer Phase seines Lebens, in der er auf Unterstützung angewiesen ist, das ist Leitbild und Anspruch.“ Das Stift ist nach dem Wohnbereichsmodell aufgebaut. 84 Bewohner leben in drei Wohnbereichen, Ein Bereich für Menschen mit fortgeschrittener Demenz wird vorgehalten. Eine explizite Zielgruppe wird nicht benannt. Aufgrund des spezialisierten Demenzwohnbereichs wird ein segregativer Ansatz verfolgt. Im Konrad-Manopp-Stift stehen insgesamt 52 Einzelzimmer und 16 Doppelzimmer zur Verfügung. Die Organisation der Fachpflege wird nicht explizit dargestellt. Das Pflegemodell orientiert sich an Monika Krohwinkel und an dem Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell. Ein Sozialdienst befindet sich im Haus, der die Betreuung im Haus organisiert. Die Wohnbereiche werden über Servicekräfte (Hauswirtschaft) unterstützt. Die Einrichtung bietet zusätzlich Tagespflegeplätze, Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Essen auf Rädern sowie einen offenen Mittagstisch an. Die Wäscheversorgung sowie die Reinigung erfolgt durch externe Dienstleister.

## 4.3 Qualitativer Arm der Studie

### 4.3.1 Sampling und Datenerhebung

In Abbildung 6 werden Sampling und Datenerhebung in einer Gesamtschau dargestellt. Daran anschließend wird zuerst das Sampling, anschließend die Datenerhebung skizziert. Die Vorbereitung der Einrichtung, sowie die Information der Einrichtungen wurden bereits im Kapitel 2 dargestellt.



**Abbildung 6: Übersicht über Datenerhebung und Sampling im qualitativen Arm der Studie**

#### 4.3.1.1 Datensampling

Das Datensampling wurde mit Antragstellung<sup>1</sup> im Hinblick auf die Akteure und die Anzahl der Interviews festgelegt. Die Auswahl der Studienteilnehmer wurde von den Leitungen der jeweiligen Einrichtung (in Zusammenarbeit mit dem Forscherteam) vor der Datenerhebung (Teil 1 und Teil 2) vorgenommen. Im Folgenden werden die Überlegungen dargestellt, die für die Auswahl der unterschiedlichen Akteure in den Einrichtungen leitend waren. Jedoch mussten die Forscher sich im Laufe der Durchführung immer wieder den Realitäten der Einrichtungen

<sup>1</sup> Laut Antragstellung sollten in der Datenerhebung Teil 1 80 Interviews geführt werden. Jeweils 4 Bewohner, 4 Mitarbeiter und 2 Leitungen, bei der Datenerhebung Teil 2 hingegen 48 Interviews 4 Mitarbeiter und 2 Leitungen.

vor Ort stellen und sich daran anpassen. Bei Personalengpässen wurden die Interviews vertagt oder vollständig abgesagt, beziehungsweise bei Krankheit eines Interviewpartners in der Einrichtung Personen nachrekrutiert.

#### 4.3.1.1.1 *Bewohner*

Im Hinblick auf die Bewohner wurde die Anforderung formuliert, dass die Personen körperlich und geistig in der Lage sein sollten, an einem Interview teilzunehmen. Es wurde Wert darauf gelegt, dass die Bewohner die Fragen verstehen und beantworten konnten. Menschen mit einer Demenz, die diese Anforderungen nicht erfüllen konnten, wurden nicht befragt. Die Geschlechts- und Altersverteilung wurde berücksichtigt.

Bei der konkreten Durchführung der Interviews zeigte sich, dass Bewohner ihre Einwilligung spontan zurückzogen. Wenn erkennbar war, dass die Befragten kognitiv in hohem Ausmaß eingeschränkt waren, die Fragen nicht verstanden im Laufe der Befragung erschöpft waren, wurden die Gespräche abgebrochen, gekürzt oder vertagt. Die Rekrutierung von Männern zeigte sich aufgrund der überwiegend weiblichen Bewohnerschaft meist erschwert. Die Berücksichtigung verschiedener Altersstufen hing von der jeweiligen Einrichtung und den dort lebenden Menschen ab. Jedoch konnten in allen Einrichtungen sowohl Hochbetagte, aber auch Menschen unter 80 Jahren, teilweise auch unter 70 Jahren für ein Interview gewonnen werden. Bei den jüngeren Pflegebedürftigen handelt es sich meist um Menschen mit chronischen Erkrankungen oder um Menschen, die sich in Folge eines Unfalls nicht mehr zuhause selbst versorgen konnten.

#### 4.3.1.1.2 *Mitarbeiter*

Bei den Mitarbeitern sollten alle Berufsgruppen berücksichtigt werden, die in der Einrichtung beschäftigt sind. Es wurde hier Auszubildende, Pflegehilfskräfte, Pflegefachkräfte, Präsenzkkräfte / Alltagsbegleiter und Betreuungskräfte, aber auch Hausmeister angesprochen. Neben diesen berufsgruppen- und qualifikationsbezogenem Zugang wurden Geschlecht, Alter und Ethnie als weitere Auswahlkriterien formuliert, um ein breites Meinungs- und Einschätzungsbild zu erhalten.

Bei manchen Mitarbeitern war es schwierig aufgrund der Sprachbarrieren ein Interview zu führen, was die Situation der Einrichtungen vor Ort aber auch abbildet. Nämlich, dass Mitarbeiter nur sehr schwer einem Gespräch folgen können, geschweige denn in der Lage sind, Fragen eingehend zu beantworten. Ein weiteres Problem zeigte sich bei Mitarbeitern, die aus osteuropäischen Ländern kamen, die der Aufzeichnung des Interviews kritisch gegenüberstanden oder dies sogar verweigerten. Desweiteren war die Einbeziehung von männlichen Interviewpartnern gleichermaßen schwierig. Dies hängt mit der geringen Anzahl von männlichen Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen in der direkten Versorgung der Bewohner zusammen, auch mit einer gewissen Zurückhaltung männlicher Mitarbeiter. In kleineren Einrichtungen konnte die Stichprobe aufgrund der geringen Gesamtmitarbeiterzahl oder einer niedrigen Interviewbereitschaft nicht vollständig erfüllt werden.

#### 4.3.1.1.3 *Leitungsebene*

Die Leitung der Einrichtung oder deren Stellvertretung sollte bei der Datenerhebung Teil 2 zum Thema Personalmix befragt werden. Es wurde auch darauf geachtet, dass die Leitungen der verschiedenen Berufsgruppen bei den Datenerhebungen Teil 1 und Teil 2 involviert waren um Perspektivenvielfalt sicherzustellen. Auch hier zeigte sich bei kleineren Einrichtungen, dass

die Gesamtanzahl der der zur Verfügung stehenden Interviewpersonen begrenzt war. Aus diesem Grunde musste die Anzahl der Interviews nach unten korrigiert werden.

Nach der Datenerhebung Teil 1 wurde offensichtlich, dass die Mitarbeiter und die Leitung bereits sehr viele Informationen zum Thema Personalmix geben konnten, so dass die Anzahl der Interviews für die Datenerhebung Teil 2 herabgesetzt wurden. In der oben dargestellten Übersicht wird deutlich, dass Bewohner im Rahmen der zweiten Datenerhebung (Experteninterviews) nicht einbezogen wurden. Diese Entscheidung wurde getroffen, weil die Bewohner während der Datenerhebung Teil 1 nur wenig zur Ausgestaltung des Personalmix sagen konnten. Zwar konnten einzelne Bewohner sehr differenziert berichten. In der Regel zeigte sich aber, dass den Bewohnern entweder nicht aufgefallen war, dass unterschiedliche Berufsgruppen in der Einrichtung tätig sind oder andere Momente im Alltag für sie leitend waren, um die Mitarbeiter in den Blick zu nehmen.

#### **4.3.1.2      *Datenerhebung***

Die Datenerhebung Teil 1 fand vom September bis Dezember 2015 statt und wurde über einen Zeitraum von drei Tagen durchgeführt. Mit den Verantwortlichen wurden der Zeitplan und die Inhalte der Datenerhebung vorab durchgesprochen um eine bessere Planbarkeit der Datenerhebung für die Einrichtungen aber auch die Forscher selbst zu ermöglichen. Darüber hinaus wurden die jeweiligen Interviewpartner festgelegt, so dass Bewohner, Mitarbeiter und Leitungen rechtzeitig informiert werden konnten. Zu Beginn der Datenerhebung fand nochmals ein gemeinsames Gespräch statt, um den gesamten Ablauf zu aktualisieren, denn Änderungen aufgrund von Krankheit, Personalengpässen musste Rechnung getragen werden. Außerdem wurden die Einverständniserklärungen für die Interviews eingesehen und den Forschern übergeben. Die Datenerhebung wurde wie folgt umgesetzt:

##### **Erster Tag (09:00 bis 18:30 Uhr)**

- Abstimmungsgespräch
- Einsatz des MDS bei den Bewohnern, die später auch interviewt wurden
- Durchführung der Interviews mit Bewohnern, Mitarbeitern und der Leitungen entsprechend dem vereinbarten Zeitplan
- Reflexionszeit der Forscher
- Beobachtungssequenz in den Wohnungen oder Wohnbereichen

##### **Zweiter Tag (07:00 bis 17:00 Uhr)**

- Beobachtungssequenz in den Wohnungen oder Wohnbereichen
- Reflexionszeit der Forscher
- Durchführung der Interviews mit Bewohnern, Mitarbeitern und der Leitungen entsprechend dem vereinbarten Zeitplan

##### **Dritter Tag (09:00 bis 17:00 Uhr)**

- Durchführung der Interviews mit Bewohnern, Mitarbeitern und der Leitungen entsprechend dem vereinbarten Zeitplan
- Beobachtungssequenz in den Wohnungen oder Wohnbereichen
- Durchführung der Interviews mit Bewohnern, Mitarbeitern und der Leitungen entsprechend dem vereinbarten Zeitplan
- Abschlussgespräch und Feedback

Vor jeder Beobachtungssequenz in den Wohn- oder Hausgemeinschaften haben sich die Forscher selbst und ihr Forschungsinteresse ausführlich vorgestellt. In gleicher Weise wurden auch die anwesenden Mitarbeiter informiert.

Die Interviews wurden mit den Bewohnern in ihren Zimmern geführt und darauf geachtet, dass das Interview nicht unterbrochen wird. Die Interviews mit den Mitarbeitern und Leitungen wurden in abgeschlossenen Räumen durchgeführt und ebenfalls darauf geachtet, dass die Interviews möglichst störungsfrei durchgeführt werden konnten. Das war trotz der Vorbereitung von Türschildern mit entsprechenden Hinweisen sowie der Information der Kollegen nicht immer umsetzbar.

Die Datenerhebung Teil 2 fand vom Januar bis Februar 2016 an jeweils einem Tag je Einrichtung statt. Im Fokus standen hier die Experteninterviews mit den Leitungen und Mitarbeitern. Die Datenerhebung wurde wie folgt umgesetzt und hat sich inhaltlich an der Datenerfassung Teil 1 angeschlossen.

#### **Erster Tag (09:30 bis 16:30 Uhr)**

- Abstimmungsgespräch
- Durchführung der Interviews mit den Mitarbeitern und der Leitungen entsprechend dem vereinbarten Zeitplan
- Reflexionszeit der Forscher
- Durchführung der Interviews mit den Mitarbeitern und der Leitungen entsprechend dem vereinbarten Zeitplan

#### **4.3.2 Datenanalyse**

Unter den folgenden zwei Punkten werden zwei Methoden der Datenauswertung vorgestellt und jeweils der Einsatz begründet sowie das Vorgehen begründet. Das Verhältnis dieser beiden Ansätze sowie die dahinterstehenden Methodologien, aber auch das damit verbundene Erkenntnisinteresse bzw. der Gewinn, diese beiden Ansätze zu kombinieren, kann dem Kapitel 1.1 entnommen werden.

##### **4.3.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse**

Im Projekt PERLE wurde im qualitativen Arm der Forschungsstudie mit einer Kombination unterschiedlicher Forschungsansätze und –methoden gearbeitet, die auch eine Relevanz für die Triangulation der Ergebnisse haben. Basis der qualitativen Erhebung waren problemzentrierte Interviews, die in den kooperierenden Institutionen auf verschiedenen Ebenen (Leitung, Mitarbeiter, Bewohner) durchgeführt worden waren. Die Erhebungsinstrumente in Form eines Interviewleitfadens und eines Kurzfragebogens waren im Gesamtprojekt abgestimmt worden.

Die Auswertung des Forschungsteams an der KH Freiburg folgte der Logik der Qualitativen Inhaltsanalyse. Dazu wurden die wörtlich transkribierten Interviews mit der Forschungssoftware MAX-QDA einer weiteren Bearbeitung unterzogen, wobei das Datenmaterial mit einer Kombination von induktivem und deduktivem Vorgehen analysiert werden konnte. Die ins Programm MAX-QDA eingelesenen vollständigen Transskripte der Interviews wurden, in Textgruppen gegliedert, in der Logik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), schrittweise und in einem mehrfachen Materialdurchlauf bearbeitet. In seiner Methodik beschreibt Mayring drei Optionen zur Form der Materialanalyse – Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung (Mayring 2002). Das zur Auswertung in PERLE verwendete Verfahren war eine Kombination aus Zusammenfassung und Strukturierung.

Das bedeutete, dass das Material zunächst einem vorläufigen Kategoriensystem zugeordnet wurde, das zum Einstieg deduktiv aus dem Interviewleitfaden abgeleitet worden war. In einem weiteren Schritt wurde dieses Kategoriensystem (im Programm MAX-QDA Codes genannt) induktiv verfeinert und erweitert. Dabei konnten neue und für die Forschungsfragen relevante Kategorien oder Subkategorien gebildet werden, die sich zusätzlich aus dem Material abbildeten und ergaben. Dieses strukturierende Vorgehen wurde mit der zusammenfassenden Form der Inhaltsanalyse verknüpft. Dazu wurden die Textsequenzen, die den einzelnen Kategorien zugeordnet waren, paraphrasiert und zu Kernaussagen reduziert. Dabei folgte das Forscherteam der Logik des Stufenmodells nach Mayring in etwas gestraffter Form.

Diese Form erschien in Kombination mit den anderen Forschungsansätzen und Analyseschritten im Projekt PERLE sehr sinnvoll, weil es eine sehr gut erprobte Form darstellt „...Texte systematisch [zu] analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ (Mayring 2002: 114). Das Kategoriensystem mit Subkategorien und Ankerbeispielen stellt den in den ausgewerteten Texten enthaltenen latenten Sinn dar (Mayring 2002). Es dient als Ausgangspunkt für die Interpretation des Textes und ist Herzstück der Analyse.

Das regelgeleitete Vorgehen nach Mayring macht die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse systematisch und intersubjektiv nachvollziehbar und das Ablaufmodell ermöglicht, dass mehrere unabhängige Forscher gleichzeitig aus einem Text Kategoriensysteme erstellen können. Mit dieser Systematik grenzt sich dieses Vorgehen von offeneren Auswertungsmethoden (z.B. hermeneutischen Verfahren) deutlich ab. Außerdem wird durch die Zergliederung in Analyseeinheiten unter anderem gewährleistet, dass Bedeutungsstrukturen nicht übersehen werden und das zur Verfügung stehende Material möglichst umfassend ausgewertet wird (Mayring 2010).

Die Textinterpretation und damit die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgt in einem weiteren Schritt auf der Grundlage des Kategoriensystems. Damit determiniert die Kategorie die Textanalyse (Lamnek 2005). Die Validität der Ergebnisse wird durch die Triangulation mit den anderen Analyseverfahren erhöht.

#### **4.3.2.2 Kontexturanalyse**

Im Projekt PERLE hat man sich den Einrichtungen über diesen Prozess des Organisierens mit Hilfe der Kontexturanalyse genähert. Ziel war es die Organisation von ihrer Eigenlogik her zu rekonstruieren. Es ging im Kern darum zu verstehen, wie die Akteure auf den unterschiedlichen Ebenen agieren und wie die heterogenen Wahrnehmungen im Alltag zusammen zum Thema geführt werden, beziehungsweise gegeneinander und/oder miteinander prozessiert werden. Schwerpunkte hierbei waren die Themen Personalmix und die Zusammenarbeit<sup>2</sup> der unterschiedlichen Berufsgruppe. Darüber hinaus ging es auch darum herauszuarbeiten, welches Pflegeverständnis die jeweiligen Akteure vertreten und wie dieses das Handeln, aber auch die Wahrnehmung im Alltag, beeinflusst. Bezogen auf die Bewohner war deren Sichtweise auf das Thema Personalmix im Fokus, aber auch die Frage, ob und wie die eigene Lebensqualität dadurch beeinflusst wird.

Zu Beginn der Studie bestand noch die Absicht, die konjunktiven Erfahrungsräume der Akteure in den Blick zu nehmen. Hierzu sollte die Dokumentarische Methode von Bohnsack eingesetzt werden. Durch die intensive Beschäftigung mit der Kontexturanalyse (Jansen 2013; Jansen et

---

<sup>2</sup> Hierunter sind auch Phänomene wie Belastung, Konflikte und Kommunikation der Berufsgruppen inkludiert.

al. 2015) wurde jedoch immer deutlicher, dass diese Auswertungsmethode für den organisationalen Kontext (und Pflegeheime sind Organisationen!) besser geeignet erschien.

Diese Entscheidung stützt sich darauf, dass sich die Wissensstrukturen zwischen Milieus und Organisationen unterscheiden. Die Dokumentarische Methode hat ihre Ursprünge in der Milieuforschung und schließt an die Wissenssoziologie von K. Mannheim an. Es geht ihr darum „[...] *das soziale Praxen impliziten, verkörperten Wissensstrukturen entspringen, die von bestimmten Gruppen oder Menschen in ähnlichen Lebenskonstellationen geteilt werden*“ (Jansen et. al. 2015: 1). Milieus gelten als geschlossen, relativ homogen, die durch implizites Wissen bestimmt und dadurch eben auch verstehbar werden (vgl. ebd.:2).

Bei Organisationen hingegen zeigt sich ein anderes Bild, denn sie leben davon, dass explizite Wissensbestände und -strukturen einer Profession oder einer spezifischen Berufsgruppe eine besondere Rolle spielen und den Zweck der Organisation ausmachen (vgl. ebd.:2). Beispielsweise arbeiten im Krankenhaus bestimmte Berufsgruppen, wie Ärzte oder Pflegekräfte, um Menschen zu helfen. Dieses sogenannte Betriebswissen von Experten (Meuser und Nagel 2002) ist nach Auffassung der Autoren spezifisches Wissen, das völlig anders strukturiert ist, als das Wissen eines Milieus, etwa einer Jugendgruppe mit Migrationshintergrund. Zudem vertreten die Autoren die Auffassung, dass Organisation als funktionsbezogen und heterogen bezeichnet werden können, weil eine Vielzahl sozialer Räume und Milieus aufeinander treffen. Hieraus wird abgeleitet, dass [...] „...*die sich hieraus ergebenden Praxen eher durch das Abarbeiten unterschiedlicher Wissensbestände bestimmt [sind] als durch die Reproduktion eines einheitlichen und weitgehend homogenen konjunktiven Erfahrungsraums* (ebd.:2).“

Die Organisation kann daher eher als ein Ort verstanden werden, in dem unterschiedliche soziale Räume aufeinandertreffen. Der Wechsel zwischen diesen jeweiligen Räumen ist für das Funktionieren einer Organisation leitend. Das heißt, der Modus operandi entspricht weniger einem eindeutigen bestimmten Erfahrungsraum, „*sondern manifestiert sich vielmehr in der Art und Weise, wie diese verschiedenen Räume gegen- und miteinander prozessiert werden*“ (ebd.:4). Aus Sicht der Organisation ist „*Interaktionsarbeit zu leisten, um etwaige Tendenzen zur Konjugation oder Abgrenzung zurückzuweisen, da es um die Funktion geht*“ (ebd.:7). Der Alltag in Organisationen kann damit als „Spiel“ zwischen verschiedenen Wissensräumen begriffen werden und kann nicht einfach auf konjunktive Erfahrungsräume zurückgeführt werden (vgl. ebd.:3).

Für die Kontexturanalyse ist das Konzept der Sozialen Räume grundlegend. Soziale Räume müssen als Set von Orientierungsmustern und -rahmen verstanden werden, die flexibel und abhängig von der Situation (manifest oder latent) dynamisch „einrasten können“ (ebd.:7) Soziale Praxis zeigt sich demnach als komplexe Verschachtelung verschiedener nicht zu vergleichender Räume, die im Alltag zu einem Arrangement finden bzw. auch finden müssen (ebd.:8). Praxis ist demnach „*als Resultat der Konfrontation und Arrangements unterschiedlicher Räume zu verstehen*“ (ebd.: 8).

Die Autoren greifen hierbei auf einen komplexen Ansatz von Günther (1979a, 1979b) als Ausgangsbasis für eine Metatheorie zurück. Günther geht davon aus, dass die klassische Logik an Grenzen kommt. Denn beispielsweise würde eine Unterscheidung zwischen wahren und falschen Aussagen zur Folge haben, „*dass keine Aussagen über die Welt möglich sind, in der*

verschiedene Reflexionspositionen zugleich vorherrschen“<sup>3</sup> (ebd: 8). Soziale Praxen in Organisationen können deshalb auch nicht im Rahmen einer Logik betrachtet werden. Günther plädiert vor diesem Hintergrund für einen zweiwertigen logischen Raum und die Kopräsenz unterschiedlicher logischer Räume. Diese Kopräsenz unterschiedlicher Handlungsrahmen hat zu Folge, dass das was in einem Kontext gesagt werden darf, kann in einem anderen Kontext falsch sein (ebd: 10). Das zeigt sich beispielsweise daran, dass in Organisationen gleichzeitig unterschiedliche Logiken existierten, die sich nicht ausschließen: Ein Arzt denkt als Mediziner, reflektiert aber auch ökonomische und rechtliche Aspekte und er weiß darum, welche Aspekte er wann und wem gegenüber zum Ausdruck bringen kann und welche nicht. Um diese sozialen Räume, gleichzeitig existierende Räume zu fassen und beschreiben zu können, führt Günther den Begriff der Kontextur ein, der auf einem zweiwertigen logischen Raum basiert.

#### 4.3.2.2.1 Auswertungsprozess und Vorgehensmodell

Bei der Auswertung geht es darum die Verbindung der verschiedenen Räume herauszuarbeiten. Wichtig ist dabei, dass Praxis nicht aus einem einzigen logischen Raum oder Orientierungsrahmen heraus gedacht werden kann, sondern „als Resultat der Konfrontation und Arrangements unterschiedlicher Räume zu verstehen“ ist (ebd. S. 8). Demnach ist das Ziel der Auswertung zu verstehen „wie sich verschiedene soziale Logiken aufeinander beziehen, wechselseitig Strukturreichtum zur Verfügung stellen und so den modus operandi in Organisationen als Praxis zugleich strukturieren, wie auch und reproduzieren“ (ebd.).

Die wechselseitige Verfügbarkeit der Räume wird erklärt, ohne dass die jeweilige Identität als eigenständiger Raum aufgehoben wird. Hier zu werden transjunktionale Operationen genutzt also herausgearbeitet wie die Kontexturen jeweils in Beziehung zueinander gesetzt werden. Hierfür gibt es drei Operationen, die dem Aufsatz von Jansen et al. entnommen sind (ebd.11f).

*Die Partielle Rejektion - Wert wird als einer Kontextur nicht zugehörig beschrieben, bzw. als Eigenschaft / Qualität von etwas Fremden betrachtet. – Grenzziehung zwischen dem Wir und dem Fremden- die Eigenlogik des zurückgewiesenen Wertes kann noch als solche wahrgenommen werden. Man baut aber keine zweite Kontextur als Reflexionshintergrund auf. Kern: Grenzsicherung zwischen einem "Wir" und einem unbestimmten Fremden.*

*Beispiel: Bewohner stellen die Arbeitsbelastung von Pflegenden dar und können diese beschreiben. In der Wahrnehmung der befragten Bewohner verursachen die „Anderen“ die Belastung. Man selbst hingegen präsentiert sich als pflegeleicht. Die „Anderen“ sind die Menschen mit Demenz, die Kranken, von denen man distanziert.*

*Totale undifferenzierte Rejektion – zunächst wird der unbestimmte Raum des Fremden bestimmt, dann aber folgend jedoch als ein nicht-eigener logischer Raum verworfen. Diese Abgrenzung erscheint in Folge als eigenständige Kontextur bzw. Reflexionsposition. Abgrenzung zum anderen, weil es nicht verstanden und auch nicht akzeptiert werden kann. Die totale Negation hat entsprechend eine transkontexturelle Funktion, da sie den Übergang einer Kontextur in eine andere regelt.*

*Beispiel: Ein Mitarbeiter zeigt Unverständnis für die Einstellungs- und Kündigungspraxis in der Einrichtung. Er kann nicht verstehen, warum Personen eingestellt werden, denen bereits mehrmals im Rahmen der Probezeit gekündigt wurde. Von der Kündigungspraxis distanziert man sich gleichermaßen, weil den Mitarbeitern am letzten Tag der Probezeit mitgeteilt wird, dass sie*

---

<sup>3</sup> Günther führt hier das Beispiel der Betrachtung einer Rose an (1978, S.131ff.). So kann etwa die Aussage, dass eine Rose dornig oder nicht dornig ist, entweder wahr oder falsch sein. Wenn die Rose dornig ist, so wäre die Aussage, sie sei nicht dornig, falsch.

*nicht in das Arbeitsverhältnis übernommen werden. Der Mitarbeiter distanziert sich von diesen Handlungen, weil diese nicht verstanden und im Hinblick auf die Versorgung der Bewohner nicht akzeptiert werden können sowie mit eigenen Werten unvereinbar erscheinen.*

*Total differenzierte Rejektion – komplexeste Form. Entstehung einer neuen Kontextur als eigenständige Reflexionsinstanz. Die Eigenlogik der zurückgewiesenen Kontextur wird begriffen, d. h. die andere Kontextur „in Rechnung gestellt“ und mit beachtet. Man teilt die Position nicht, aber aufgegriffen und genutzt bzw. man versucht, einen eigenen Umgang zu finden.*

*Beispiel: Ein Mitarbeiter beschreibt Kollegen, die ein Herz für Menschen haben und andere, die in der Einrichtung arbeiten, um Geld zu verdienen. Er argumentiert, dass man es akzeptieren müsse, dass Mitarbeiter des Geldes wegen in der Einrichtung arbeiten. Vielmehr eröffnet er einen modus vivendi, denn er gibt an, dass im Alltag mit diesen Kollegen ein Umgang gefunden werden muss, damit die Zusammenarbeit funktioniert.*

Durch die verschiedenen transjunktionale Operationen werden Kontexturen geöffnet und geschlossen werden und spiegeln damit wie durch solche Operationen in der Praxis der Organisationen verschiedene Reflexionsräume in ein stabiles Verhältnis gesetzt werden. Die Akteure kritisieren bestimmte Prozesse oder grenzen sich gegenüber bestimmten Praktiken ab. Dadurch werden Probleme und Konflikte in der Organisation offenkundig und es wird gezeigt, wie diese sich aufbauen ggf. auch abgebaut werden und zu guter Letzt: „*wie sich die hieraus entstehenden Arrangements selbst konditionieren*“ (ebd.:12) und hierdurch das Funktionieren der Organisation gewährleistet wird.

#### 4.3.2.2.2 Vorgehensmodell

Die Kontexturanalyse stellt, anders als die Dokumentarische Methode, noch kein elaboriertes Instrumentarium zur Auswertung zur Verfügung, so dass Kontakt mit Till Jansen, einem der Begründer der Kontexturanalyse, aufgenommen wurde und die ersten Schritte gemeinsam beraten und reflektiert wurden. Im Rahmen einer Forschungswerkstatt wurden die einzelnen Bearbeitungsschritte regelmäßig reflektiert und das Verfahren sukzessive entwickelt und umgesetzt. Insgesamt sind acht Einrichtungskontexturanalysen entstanden. Diese Analysen wurden jeweils von zwei, teilweise auch von drei Personen bearbeitet. Im Folgenden werden die einzelnen der in Tabelle 4 aufgeführten Schritte nur skizziert. Im Anlagenband finden sich aber eine eingehendere Darstellung der Vorgehensweise mit Beispielen sowie eine vollständige Kontexturanalyse eines Interviews<sup>4</sup> und die acht Einrichtungskontexturanalysen. Die Kontexturanalyse als Auswertungsmethode ist sehr zeitintensiv.

Für jede Kontexturanalyse wurden aus der Datenerhebung Teil 2 zwei bis drei Interviews zum Thema Personalmix ausgewählt. Erstens das Interview einer Leitung und zweitens Interviews von ein bis zwei Mitarbeitern. Für die Auswahl der Interviews war entscheidend, dass die Interviewpartner in einen Erzählfluss gekommen waren und unterschiedliche Textsorten vor allem aber auch Argumentationen erkennbar wurden. Bei der Auswahl der Mitarbeiter wurde darauf geachtet, dass unterschiedliche Berufsgruppen vertreten sind.

Aus der Datenerhebung Teil 1 wurden ein bis zwei Interviews von Bewohnern ausgewählt und vor allem der Fokus darauf gelegt, wie die Bewohner den Personalmix wahrnehmen, was sie in ihrem Lebensalltag im Hinblick auf das Personal beobachten und vor allem auch, ob eine

---

<sup>4</sup> Eine Gesamtdarstellung aller 33 Kontexturanalysen ist aufgrund des Umfangs der Analysen ca. 50 Seiten je Interview inkl. Zusammenfassung und Fazit leider nicht möglich. Im Anhang können jedoch die Gesamtanalysen der Einrichtungen eingesehen werden.

Verbindung zwischen dem Personal(-mix) und der eigenen Lebensqualität gesehen und empfunden wird.

Insgesamt wurden 33 Interviews ausgewertet, die acht Einrichtungskontexturanalysen überführt wurden. Das Gesamtfazit über alle Einrichtungen hinweg ist dem Ergebnisteil im Kapitel 5.5 zu entnehmen, die ausführlichen Kontexturen bezogen auf die einzelnen Einrichtungen finden sich im Anlagenband.

Wichtig erscheint, dass es hier nicht um repräsentative Ergebnisse im Sinne eines quantitativen Forschungsdesigns geht, sondern die Kontexturanalyse eine Rahmung vor allem auf der Ebene Einrichtung bietet, um zu verstehen, warum Lösungen in der Praxis funktionieren und wie sie funktionieren und letztendlich vor diesem Hintergrund eine Bewertung vorzunehmen. Zwar wurden jeweils nur 3 bis 5 Interviews auf Einrichtungsebene ausgewertet, jedoch ermöglichen diese einen Eindruck in das Prozessieren unterschiedlicher Räume. Mit diesen Analysen soll keine Bewertung im Sinne von gut oder schlecht vorgenommen werden. Vielmehr geht darum, das Funktionieren der Organisation in den Blick zu nehmen. Sicherlich sind diese Analysen aus der dem „Inneren“ der Organisation für die Einrichtungen für künftige Entwicklungen, aber auch zur Evaluation der eigenen organisationalen Prozesse zum Thema Personalmix sehr interessant und hilfreich. Insbesondere deshalb, weil die Perspektiven aller Akteure zur Sprache kommen und damit die Organisationslogik auf der Vorder- und Hinterbühne offengelegt wird und dies Lern- und Reflexionsprozesse befördern kann.

Darüber hinaus ermöglicht eine Zusammenschau aller Einrichtungskontexturanalysen, einen Überblick über die Unterschiedlichkeit der Organisationen und ihre jeweiligen Funktionsweisen. Hieraus können Empfehlungen abgeleitet werden, was ein „Funktionieren“ befördert und was es verhindert oder erschwert.

**Tabelle 4: Vorgehensmodell für die Kontexturanalyse (orientiert an Jansen 2013, und Jansen et al. 2015)**

Schritte	Beschreibung
<b>Transkription /Nachbearbeitung</b>	Anpassung an die Erfordernisse der Kontexturanalyse Einheitliches Format einheitlich Betonungen, Intonation ✓ (Przyborski 2004: 332ff.)
<b>Formulierende Interpretation</b>	Knappe Wiedergabe des Inhalts in einer möglichst allgemein verständlichen Sprache. ✓ Nachzeichnung der thematischen Struktur, die Gliederung des Textes, gleicht einem Inhaltsverzeichnis (Przyborski 2004: 53).
<b>Reflektierende Interpretation</b>	Rekonstruktion von Orientierungen (Sinnmuster, die unterschiedliche (einzelne) Handlungen strukturieren, hervorbringen. (ebd. S. 55). Folgende Fragen (exemplarisch) ✓ Was zeigt sich denn überhaupt für ein Fall? ✓ Wie wird das Thema bzw. das Problem bearbeitet? (ebd.) Formale Interpretation und Textsortentrennung (Nohl) ✓ Argumentation, Bewertung, Erzählung usw. ✓ Fritz Schütze (1987) zitiert nach Nohl 2004: 47f.
<b>Analyse der Rejektion</b>	Erklärung der wechselseitigen Verfügbarkeit der sozialen Räume (Jansen et. al 2015) ✓ Beschreibung der Rejektionen
<b>Gliederung</b>	Zuordnung der Unterthemen zu Gliederungspunkten
<b>Zusammenfassung</b>	Zusammenfassung des Interviews anhand der Zuordnung in die Abschnitte Vorüberlegung, Alltag Umsetzung und Evaluation
<b>Fazit inklusive Einschätzung und Resümee</b>	Strukturierung des Fazits anhand der Forschungsfragen ✓ Zusammenfassung der Rejektionen und Strategien der Interviewpartner ✓ Resümee und Einschätzung
<b>Gesamtanalyse auf Einrichtungsebene</b>	Gegenüberstellung der Fazits ✓ Zusammenfassung der unterschiedlichen Einschätzungen, Rejektionen und Strategien mit dem Ziel darzustellen, warum und wie der Personalmix in der Einrichtung funktioniert.
<b>Typenbildung</b>	Benennung eines Einrichtungstypus unter Berücksichtigung aller Akteure.

## 4.4 Quantitativer Arm der Studie

### 4.4.1 Sampling und Datenerhebung

Die in der Ableitung der Fragestellungen erkannte Komplexität der Thematik machte ein komplexes Umfragedesign notwendig, das die Verknüpfung von Einrichtungs- und Individualdaten ermöglicht. Zusätzlich wurden Variablen der nahen Umwelt erhoben. Im Fall der Bewohner sind dies Variablen der Wohneinheit – im Fall des Personals Variablen des eigenen Teams. Als Umfragedesign wurde eine Querschnittsstudie gewählt. Da eine Verknüpfung von Variablen der Individualebene, der Wohnbereichs und Teamebene und der Einrichtungsebene notwendig war, mussten zwischen diesen Ebenen Zuordnungen der Individuen möglich sein. Daraus folgte ein geschichtetes Umfragedesign. In einer ersten Umfrage, die die Heimleitungen adressierte, definierten diese die Wohnbereiche und Teams die in einer zweiten Umfrage befragt wurden. In dieser ersten Umfrage wurden zudem Variablen zur Konzeption der Einrichtungen und des vorliegenden Personalmix erhoben, die als Prädiktoren für die individuellen Outcomeparameter dienten, die in der zweiten Umfrage erhoben wurden, welche sich an die Mitarbeiter und Bewohner richtete. In der zweiten Umfrage wurden zudem Variablen auf der Individualebene erhoben.

Die Heimleiterumfrage wurde als Onlineumfrage von Juni 2016 bis August 2016 unter einer Zufallsauswahl der Leitungen stationärer Pflegeeinrichtungen im Land Baden-Württemberg durchgeführt. Nach einer Nachbefragung der Einrichtungsleitungen zu Missing Data erfolgte in den Einrichtungen die Zweitbefragung auf Individualebene. Auch hier wurde eine Querschnittsbefragung im Onlineformat als Umfragedesign gewählt, der Umfragezeitraum reichte von Januar bis März 2017. In der zweiten Umfrage konnte zusätzlich auf eine Papierversion zurückgegriffen werden, falls die Online-Version Barrieren verursachte.

Nach einer Berechnung der Stichprobengröße wurde eine Anzahl von 456 Einrichtungen aus einer vom MDK Baden-Württemberg zur Verfügung gestellten Liste der stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg, die 1655 Einrichtungen umfasste, über eine Zufallsauswahl ausgewählt, angeschrieben und um eine Teilnahme gebeten. Nach sehr zögerlichem Rücklauf wurden aufgrund einer adaptierten Stichprobenkalkulation weitere 520 Einrichtungen per Zufallsauswahl ausgewählt, angeschrieben und um eine Teilnahme gebeten<sup>5</sup>. Zudem haben sich die 8 Modelleinrichtungen an der Befragung beteiligt. Um die Rücklaufquote und die Akzeptanz der Umfrage zu erhöhen, wurde vor dem Umfragestart mit Vertretern der Liga der freien Wohlfahrtsverbände Baden-Württemberg, des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Landesverband Baden-Württemberg und der Kepler-Stiftung ein Expertengespräch in

---

<sup>5</sup> Für die erste Stichprobenkalkulation wurde wie folgt vorgegangen: Für eine Mindestvarianzaufklärung von 4 % wird bei einem  $\alpha$ -Fehlerniveau von 0,05 und einem  $\beta$ -Fehler von 0,2 eine effektive Stichprobengröße von 157 Personen benötigt. Bei einer, auf Grund fehlender Vergleichsliteratur konservativ geschätztem, Intra-Klassenkorrelation von 0,3 und einer Clustergröße von 5 Personen entspricht dies 346 Personen. Bei einem Mindestrücklauf von 5 Personen pro Wohneinheit und einer Rücklaufquote von 4% der Wohneinheiten ergibt sich hieraus eine Zahl von 1733 anzuschreibenden Wohneinheiten. Es wurde von 4 Wohneinheiten pro Einrichtung ausgegangen. Damit ergibt sich inklusive einer Sicherheitsreserve, die sich aus dem 95%-Konfidenzintervall des geschätzten Rücklaufs errechnet, eine benötigte Stichprobenzahl von 456 Einrichtungen.

Nach zögerlichem Beginn des Rücklaufs wurde die voraussichtliche Rücklaufquote auf 2% gesenkt. Zudem zeigte sich im ersten Rücklauf eine Organisationsgliederung von im Mittel lediglich 3,4 Wohneinheiten pro Einrichtung. Anhand dieser Parameter wurde eine Adjustierung der Fallzahlkalkulation vorgenommen, die eine weitere Auswahl von 520 Einrichtungen notwendig machte.

Die sehr geringere Rücklaufquote ergibt sich aus dem geschichteten Vorgehen. Bei einer Beteiligung von 25% der Einrichtungen, 80% der Teams aus diesen Einrichtungen und 20% der Mitarbeiter des jeweiligen Teams, beträgt die Gesamtrücklaufquote nur 4%.

dem die Inhalte des Fragebogens diskutiert wurden durchgeführt. Um die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen wurde den Einrichtungen, bei Interesse eine einrichtungsbezogene Auswertung der Daten der Individualumfrage angeboten. Auch dies wurde in dem Expertengespräch vorgestellt und Verfahren zur Wahrung der Anonymität der Mitarbeiter besprochen. In einer befreundeten Einrichtung wurde ein Pretest durchgeführt. 122 Heime wählten sich in die Umfrage ein, von denen sich 115 mindestens in Teilen beteiligten.

Die Inhalte der an die Heimleitungen adressierten Umfrage sind in den folgenden drei Tabellen dargestellt:

**Tabelle 5: Heimleiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Einrichtung**

Variablen auf Einrichtungsebene	
<b>Struktur der Einrichtung</b>	Träger
	Größe des Trägers
	Demographietyp des Einrichtungsstandorts
	Organisationstyp
	Tourenplanung
<b>Personalvariablen</b>	Wöchentliche Arbeitszeit
	Personalschlüssel in den Pflegestufen 0/G, 0/K, 1, 2, 3
	Personal das nicht im Stellenschlüssel berücksichtigt wird, (FSJ, Bufdi, ...)
	Vollzeitäquivalente nach Berufsgruppen (Berufsgruppen aus Landespersonalverordnung)
	Anzahl an Mitarbeitern nach Berufsgruppen (Berufsgruppen aus Landespersonalverordnung)
	Prozentzahl der Mitarbeiter die voraussichtlich in den nächsten 5 Jahren in den Ruhestand treten
<b>Bewohnerstruktur</b>	Belegbare Plätze (inklusive Kurzzeitpflege)
	Belegte Plätze
	Auslastung
	Anzahl der Einzel-, Doppel- und Mehrbettzimmer
	Anzahl der Bewohner in den Pflegestufe 0/G, 0/K, 1, 2, 3
	Prozentsatz der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz
	Versorgungsform für Menschen mit Demenz
	Anzahl der Wohneinheiten der Einrichtung
<b>Präsenzkräfte</b>	Einsatz von Präsenzkräften
	Aufgabenprofile von Präsenzkräften
<b>Bürgerschaftliches Engagement</b>	Erhält die Einrichtung Unterstützung durch bürgerschaftliches Engagement
	Anzahl der bürgerschaftlich Engagierten
	Ausmaß des bürgerschaftlichen Engagements in Stunden pro Woche

	Konzeption für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten
<b>Leitung</b>	Werden Pflegedienstleitung und Heimleitung in Doppelfunktion ausgeführt?
	Qualifikation von Heimleitung und PDL
	Berufserfahrung von Heimleitung und PDL in Jahren
	Beschäftigungsumfang von Heimleitung und PDL in VZAQ
	Personalwechsel in der Funktion von Heimleitung und PDL in den letzten 5 Jahren

**Tabelle 6: Heimleiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Wohneinheiten**

Variablen auf Ebene der Wohneinheiten (erhoben je Wohneinheit)
Organisationstyp der Wohneinheit (klassisches Pflegeheim oder Wohngruppe / Hausgemeinschaftsmodell)
Anzahl der Plätze in der Wohneinheit
Anzahl der Einzel-, Doppel- und Mehrbettzimmer
Anzahl der Bewohner in den Pflegestufe 0/G, 0/K, 1, 2, 3
Prozentsatz der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der Wohneinheit
Integrative oder segregierte Versorgung von Menschen mit Demenz
Personalschlüssel in der Wohneinheit (falls abweichend von der Einrichtung)

**Tabelle 7: Heimleiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Teams**

Variablen auf Ebene der Teams (erhoben je Team)
Teamgröße in Anzahl der Personen
Personal das nicht im Stellenschlüssel berücksichtigt wird, (FSJ, BufDi, ...) in diesem Team
Vollzeitäquivalente nach Berufsgruppen (Berufsgruppen aus Landespersonalverordnung) in diesem Team
Prozentzahl der Mitarbeiter die voraussichtlich in den nächsten 5 Jahren in den Ruhestand treten

Einschlusskriterium für die Wohnbereiche war, dass in mindestens einer Pflegestufe Bewohnerzahlen vorlagen. Auf Teamebene mussten zu mindestens einer Berufsgruppe Angaben vorliegen.

Aus den gemachten Angaben wurden noch weitere Variablen bestimmt. Die Anteile der Bewohner in den einzelnen Pflegestufen wurden errechnet um ein Maß für die Pflegebedürftigkeit der Bewohner zu generieren, das als Variable für die Arbeitsbelastung Berücksichtigung findet.

Zur Beschreibung der Personalstruktur wurden aus den 38 in der Landespersonalverordnung definierten Gruppen entsprechend der Unterteilung innerhalb der Landespersonalverordnung die drei Untergruppen Pflegefachkräfte, Fachkräfte und Assistenzkräfte gebildet. In jeder dieser Gruppen wurde das Verhältnis von Vollzeitäquivalenten innerhalb der Gruppe und Gesamtzeitäquivalente der Einrichtung bestimmt. Diese Ratios gehen ebenfalls als Kovariablen in die Mehrebenenmodelle zu Mitarbeiterbelastung und Lebensqualität der Bewohner ein. Auch für Angehörige von weiteren Berufsgruppen, die in der Landespersonalverordnung nicht

genannt werden und für Personal, welches nicht mit seiner gesamten Arbeitszeit im Stellenplan Berücksichtigung findet (Azubi, FSJ, BufDi,...) wurde ein solches Ratio gebildet<sup>6</sup>. Für eine weitere Personalvariable wurde, angelehnt an einen Variationskoeffizienten, die Standardabweichung der einzelnen Ratios durch den Mittelwert der einzelnen Ratios geteilt. Dieses Maß steht für die Homogenität der Personalstruktur. Zur Beschreibung der Struktur der Einrichtung wurde noch eine Einzelzimmerquote als Quotient der Einzelzimmer und der Gesamtzimmerzahl gebildet. Weiterhin wurde das wöchentliche ehrenamtliche Engagement durch die Gesamtzahl der Bewohner dividiert. Dieser Quotient bestimmt die durchschnittliche pro Woche erhaltene Unterstützung pro Bewohner.

Um einen eventuellen Bias hinsichtlich der Bewohnerstruktur auf Heimebene zu erkennen, wurden die Häufigkeiten der Pflegestufen in den Einrichtungen mit den Pflegestufen in Baden-Württemberg aus der Pflegestatistik 2015 verglichen. Die Ergebnisse zeigen keine relevanten Unterschiede zwischen der Grundgesamtheit und der Heimstichprobe. In Bezug auf die Pflegestufen der Bewohner ist die Heimstichprobe damit repräsentativ.

**Tabelle 8: Vergleich zwischen den Bewohner der Heimstichprobe und der Heimbevölkerung nach Pflegestufen in der Pflegestatistik (2015)**

Pflegestufe	Landesweite Häufigkeit (Pflegestatistik 2015) in %	Häufigkeit in Heimstichprobe in %
0/G, 0/K und ohne Einstufung	2	3
1	38	37
2	41	39
3 und 3 mit Härtefall-Einstufung	20	21

Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien verblieben 63 Heime in der Stichprobe. Zu 160 Wohneinheiten und 138 Teams lagen auswertbare Daten vor, die in der zweiten Umfrage zu Individualdaten der Mitarbeiter und Bewohner adressiert werden konnten.

Basierend auf der ersten Umfrage wurde die Individualumfrage geplant. In einer Onlineumfrage wurden nun vom Personal Angaben zur Arbeitsbelastung und zur Lebensqualität von Bewohnern gemacht. Der Zugang zu den Mitarbeitern wurde über die Einrichtungsleitungen hergestellt. Diese wurden gebeten, innerhalb der Einrichtung den Link an alle Mitarbeiter weiterzugeben. Auf Wunsch mehrerer Einrichtungen wurde eine Papierversion des Fragebogens entwickelt, die alternativ zur Onlineumfrage genutzt werden konnte. Die Umfragen starteten am 6. Februar 2017 und liefen bis zum 27. März 2017. In diesem Zeitraum haben 299 Mitarbeiter an der Umfrage teilgenommen. Die Mitarbeiter sollten zudem die Lebensqualität von Bewohnern als Fremdbeurteilung bewerten, wobei eine Dopplung von Bewohnerangaben vermieden wurde. Zu welchen Bewohner sie Angaben machten, war den Mitarbeitern freigestellt. Die Mitarbeiter ordneten sich selbst einem der Teams zu, die in der ersten Umfrage von den

<sup>6</sup> Dieses Ratio bezieht sich allerdings abweichend auf die Anzahl der Personen und nicht auf die Vollzeitäquivalente.

Heimleitungen definiert wurden. Entsprechend ordneten Sie auch die Bewohner einer Wohneinheit zu.

In der Befragung der Mitarbeiter ist die Arbeitsbelastung die Zielvariable. Arbeitsbelastung wurde mit dem BHD-Fragebogen operationalisiert (Hacker & Rheinhold, 1999). Der BHD umfasst 36 Aussagen zur Arbeitsbelastung, die in einer 7-stufigen Likert-Skala bewertet werden. Er untersucht Beanspruchung bei Humandienstleitungen in den 5 Dimensionen Emotionale Erschöpfung, Intrinsische Motivierung, Erlebte (Un-) Zufriedenheit, Klientenaversion und reaktives Abschirmen. Im Projekt PERLE werden davon die ersten 4 Dimensionen umgesetzt, da die Skala „reaktives Abschirmen“ nur eine ungenügende interne Konsistenz aufweist und sich dies im Projekt bestätigte. Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf eine arbeitsbedingte Erschöpfung, die normale Ermüdung sowohl im Ausmaß übersteigt aber auch qualitativ Aspekte weitere Aspekte wie Gereiztheit, innere Leere und Widerwille umfassen kann. Im BHD-Fragebogen umfasst sie Fragen wie *„Ich habe oft den Eindruck nicht alles schaffen zu können“* oder *„Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt“*. Die Dimension arbeitsbedingte (intrinsische) Motivierung beschreibt, in wie weit die Mitarbeiter zur Arbeit aus sich selbst heraus motiviert sind oder auf Grund externer, wie z.B. finanzieller Motivatoren zur Arbeit motiviert werden. Längeres Fehlen von intrinsischer Motivation trägt den Autoren zu Folge zu emotionaler Erschöpfung bei. Beispielfragen zu intrinsischer Motivation sind *„Ich kann mich in meine Arbeit voll einbringen“* und *„Trotz aller Belastung befriedigt diese Arbeit.“*. Die dritte Dimension des BHD beschreibt die erlebte (Un-)Zufriedenheit in der Arbeit. Sie umfasst als Ergänzung zur intrinsischen Motivation *„Wertungen, wie die Arbeitenden sich selbst bei der Arbeit fühlen und ihre Lage erleben“* (ebd.: 16). Erlebte (Un-) Zufriedenheit in der Arbeit wird zum Beispiel in den Aussagen *„Ich fühle mich bei meiner Arbeit geistig unterfordert“* und *„Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job wechseln soll“* bestimmt. Arbeit in der stationären Langzeitpflege wird von der Erwartung nach Zuwendung gegenüber den Bewohnen charakterisiert. Diese Zuwendung kann von den Bewohnern krankheitsbedingt nicht immer zurückgegeben werden, wodurch bei den Mitarbeitern ein Defizit entsteht. Diese Themen greift die Skala Aversion gegen Klienten auf, zum Beispiel in den Aussagen *„Es fällt mir oftmals schwer, gleichbleibend freundlich zu den Klienten zu sein“* oder *„Hin und wieder verliere ich bei der Arbeit die Geduld und werde ärgerlich“*. Der BHD-Fragebogen unternimmt weiterhin eine Kategorisierung in kritische, neutrale und positive Ausprägungen (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9: Bewertungen der BHD-Rohwerte**

Stanine Werte	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	positive Ausprägung			neutraler Bereich			kritische Ausprägung		
Emotionale Erschöpfung	12 - 28	19 - 22	23 - 26	27 - 32	33 - 37	38 - 43	44 - 49	50 - 57	58 - 84
Intrinsische Motivation	8 - 12	13 - 15	16 - 18	19 - 21	22 - 26	27 - 30	31 - 35	36 - 42	43 - 56
(Un-)Zufriedenheit in der Arbeit	7 - 8	9 - 10	11 - 12	13 - 15	16 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 35	36 - 49
Aversion gegen Klienten	5	6 - 7	8 - 9	10 - 11	12 - 13	14 - 17	18 - 20	21 - 24	25 - 35

Auf Individualebene wurden außerdem Kovariablen zur Beschreibung der Belastung der Mitarbeiter erhoben, die in der folgenden Tabelle dargestellt sind:

**Tabelle 10: Mitarbeiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Mitarbeiter**

Variable	Erläuterung
Alter	Alter in Jahren
Geschlecht	Geschlecht des Mitarbeiters
Arbeitsbereich	Pflege, Therapie oder Hauswirtschaft
Berufsgruppe	Angabe der eigenen Berufsgruppe
Stellenanteil in %	Anzahl der Stellenprozente
Qualifikation	Studium, Berufsausbildung (2 oder 3 Jahre), Ausbildung zur Assistenzkraft (1 oder 2 Jahre), Weiterbildung (z.B. Kurs nach §87b, oder keine gesonderte Qualifikation)
Schichtdienst	Tages- und Nachtschichten, nur zur Tageszeit wechselnde Schichten, kein Schichtdienst
Einrichtungszugehörigkeit	Anteil der Berufsjahre in der Einrichtung
Berufserfahrung	Anteil der Jahre in dem zur Zeit ausgeübten Beruf
Außenbelastung	Aktueller außerbetriebliche Belastung
Wahrnehmung von Führungsaufgaben	Ist die Person Führungskraft
Gesundheitliche Belastung in der Arbeit	In wie weit ist der Befragte durch gesundheitliche Probleme in der Arbeit eingeschränkt
Präsenzkraft	Ist die Person Präsenzkraft
Resilienz	Skala mit 11 Items (Schumacher et al. 2004)
Identifikation mit der Einrichtung	COBB-Fragebogen, Dimension organisationales Commitment affektiv (Feffe, Six, Schmook und Knorz 2014)
Kommunikationsqualität von Führungskräften	Auswahl von 4 Items der Skala Kommunikationsqualität Führungskräfte und Mitarbeiter (Mohr et al. 2014)

Bei den Bewohnern ist die Lebensqualität der zentrale Outcomeparameter. Lebensqualität wird dabei anhand des entwickelten theoretischen Modells (vgl. Abschnitt 3.1.1) evaluiert. Dabei war es ein zentrales Anliegen, durch die Befragungsmethodik bettlägerige oder kognitiv beeinträchtigte Bewohner nicht von der Stichprobe auszuschließen, sondern ein Verfahren zu benutzen, das Aussagen über die komplette Heimbevölkerung ermöglicht. Daher war eine Fremdbeurteilung der Lebensqualität der Bewohner von Seiten des Personals notwendig. In jeder Dimension des entwickelten Lebensqualitätsmodells wurde den Mitarbeitern ein kurzer Einleitungstext zum Verständnis der Dimension vorangestellt. Entsprechend der bereits diskutierten Anmerkungen von Varama (2008) wird für jede Dimension sowohl ihre inhaltliche Bedeutung, als auch die Erreichung der Dimension mit einer eigenen Frage beschrieben. Die Erreichung wird von den Mitarbeitern auf einer 5-stufigen Skala von -2 („wird überhaupt nicht erreicht“) bis +2 („wird umfassend erreicht“) bewertet. Die Bedeutung der Dimension wird ebenfalls auf einer 5-stufigen Skala in den Schritten 1 („ist dem Bewohner / der Bewohnerin überhaupt nicht wichtig“) bis 5 („ist dem Bewohner / der Bewohnerin äußerst wichtig“) angegeben. Diese beiden Werte werden für jede Dimension zu einem zusammenfassenden Wert multipliziert. Ein Wert kleiner Null entspricht dabei einer überwiegend negativen Erreichung der Dimension, ein positiver Wert für eine Erreichung der Dimension. Diese 10 Werte können zu einem Gesamtwert addiert<sup>7</sup> werden, der von Werten zwischen -100 und +100 annehmen kann. Bei Personen mit einem Wert kleiner als Null sind die Einzeldimensionen überwiegend defizitär, werden also nicht erreicht. Positive Werte stehen für eine überwiegende Erreichung der einzelnen Lebensqualitätsdimensionen.

Da die Lebensqualität der Bewohner auch durch körperliche Gesundheit oder Pflegebedürftigkeit beeinflusst wird, wurden die Mitarbeiter gebeten auch diesbezügliche Angaben zu machen. Dies umfasst Angaben zum Geschlecht, Alter, Pflegegrad und Pflegestufe, zum Zimmer des Bewohners und 9 Ja/Nein-Fragen zu Kompetenzen und Pflegebedürftigkeit des Bewohners / der Bewohnerin, die von Grebe (2013) zur Erhebung des Personalbedarfs in der Pflege entwickelt wurden.

Einschlusskriterium für die Mitarbeiterstichprobe war, dass mindestens eine der vier BHD-Dimensionen auswertbar ist. In der Stichprobe der Bewohner ist das Vorliegen von mindestens einer Dimension zur Lebensqualität das Einschlusskriterium. In beiden Stichproben wurde zusätzlich festgelegt, dass nur Angaben aus Einrichtungen, in denen der Rücklauf mindestens fünf Personen beträgt, berücksichtigt werden. Diese Einschlusskriterien führen zu einer Stichprobengröße von 217 Mitarbeitern und 213 Bewohnern. Davon entfallen 95 Mitarbeiter und 78 Bewohner auf Modelleinrichtungen.

Bei fehlenden Angaben wurden Angaben zur Lebensqualität und zum Belastungserleben durch ein regressionsbasiertes Verfahren imputiert. Ein potentieller Bias in der Auswahl der Bewohner zu Gunsten von Bewohnern mit geringerer oder größerer Pflegebedürftigkeit, kann über die Pflegestufen und den Vergleich zur Pflegestatistik 2015 kontrolliert werden.

---

<sup>7</sup> Dies wurde anhand einer explorativen Faktorenanalyse untersucht. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium zur Stichprobeneignung einer explorativen Faktorenanalyse beträgt 0,909 und zeigt eine sehr gute Eignung der Stichprobe für eine Faktorenanalyse. Sowohl der Screeplot, als auch die Kaiser-Gutmann-Regel legten eine eindimensionale Interpretation der 10 Dimensionen nahe, bei der ca. 50% der ursprünglichen Varianz erklärt werden. Das Cronbachs-Alpha für den so entstandenen Summenwert beträgt 0,89.

**Tabelle 11: Mitarbeiterbefragung: Erfragte Merkmale auf Ebene der Bewohner**

Variable	Erläuterung
Alter	Alter in 5-Jahresschritten
Geschlecht	Geschlecht des Bewohner / der Bewohnerin
Pflegegrad	Pflegegrad des Bewohners / der Bewohnerin ab 01.01.2017
Pflegestufe	Pflegestufe des Bewohners / der Bewohnerin (bis 31.12.2016)
Zimmer	Lebt der Bewohner / die Bewohnerin in einem Einzel- oder einem Doppelzimmer?
Waschbecken waschen	Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage sich selbständig am Waschbecken zu waschen?
Rücken Beine waschen	Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, seinen Rücken und seine Beine selbständig zu waschen?
Essen selbst	Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, Mahlzeiten selbständig zu sich zu nehmen (ggf. nach mundgerechter Vorbereitung und/ oder mit Hilfsmitteln)?
Essen Anreichen	Ist aufwändiges Anreichen des Essens erforderlich (Faustregel: länger als 20 Min. pro Mahlzeit)?
Sondenernährung	Wird der Bewohner / die Bewohnerin ganz oder überwiegend über Sonde ernährt?
Toilette	Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, selbstständig die Toilette zu benutzen (ggf. mit Hilfsmittel)?
Intimhygiene	Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, seine Intimhygiene selbstständig zu übernehmen?
Kognition	Kann sich der Bewohner / die Bewohnerin nachmittags daran erinnern, was es zum Mittagessen gab?
Gefahren	Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, Gefahren richtig einzuschätzen?

**Tabelle 12: Vergleich zwischen Rücklauf zu Bewohner und Heimbevölkerung nach Pflegestufen**

Pflegestufe	Landesweite Häufigkeit (Pflegestatistik 2015) in %	Häufigkeit in Heimstichprobe in %
0/G, 0/K und ohne Einstufung	3	3
1	33	37
2	40	39
3 und 3 mit Härtefall-Einstufung	24	21

Auch in der Auswahl der Bewohner besteht kein bedeutender Unterschied zwischen der Grundgesamtheit der Heimbewohner und den Bewohnern in der Stichprobe. Lediglich ein geringer Unterschied kann in den Pflegestufen 1 und 3 beobachtet werden. Durch die Papiervariante des Fragebogens wurde ein Bias hinsichtlich einer Online-affineren und damit jüngeren Population von Mitarbeitern vermieden.

## 4.4.2 Datenanalyse

### 4.4.2.1 Analysemethoden

Zur Beschreibung der Stichproben sowie zur Darstellung der Ausprägung und Verteilung der Outcome- Variablen zu Lebensqualität und Beanspruchung wurden absolute und prozentuale Häufigkeiten sowie Kennwerte der deskriptiven Statistik zur zentralen Tendenz (arithmetisches Mittel, Median) und Streuung (Standardabweichung) sowie 95%- Konfidenzintervalle berechnet. Zudem wurde zur Darstellung bivariater Zusammenhänge zwischen intervallskalierten Variablen Produkt- Moment- Korrelationen berechnet. Dieser Teil der Datenanalyse erfolgte mit der Software IBM SPSS in Version 24. In einer Triangulation mit der qualitativen Inhaltsanalyse wurden explorativ Mittelwertsvergleiche über statistische Tests berechnet. Um Missverständnisse in der Interpretation vorwegzunehmen, sei darauf verwiesen, dass die Stichprobe für diese Tests nicht gewichtet wurde und ein Schluss vom Fehlen der Signifikanz auf das Fehlen der Evidanz ohnehin nicht zulässig ist (Altman 1995).

Zur Aufklärung von Zusammenhängen zwischen erklärenden Variablen auf der Einrichtungsebene sowie der Individualebene (Bewohner, Mitarbeiter) und abhängigen Outcome- Variablen zu Lebensqualität bzw. Beanspruchung wurden Regressionsmodelle berechnet, die die Mehrebenenstruktur der Daten berücksichtigen. Das Vorgehen erfolgte in drei Schritten. Zunächst wurde die Ebenenstruktur der Daten durch die Berechnung von Nullmodellen analysiert. Nullmodelle berücksichtigen die geschachtelte Ebenenstruktur der Daten (also z.B. die Zugehörigkeit eines Mitarbeiters zu einer Einrichtung), enthalten aber keine weiteren erklärenden Variablen. Mit diesen Modellen lässt sich aufklären, welchen Beitrag zur Varianzaufklärung der Outcome- Variable die jeweilige Ebene leistet. In diesem Schritt wurden sowohl Modelle mit drei Ebenen (Einrichtung – Team bzw. Wohneinheit – Mitarbeiter bzw. Bewohner) als auch Modelle mit zwei Ebenen geprüft.

Für eine explorative Modellauswahl existiert derzeit kein ausgereiftes Analyseverfahren für Mehrebenenmodelle<sup>8</sup>. Zur Modellauswahl wurde daher eine Best- Subset Analyse durchgeführt, bei der alle möglichen Modelle berechnet und die Auswahl über ein Informationskriterium getroffen wird. Allerdings war es hinsichtlich der erforderlichen Rechenzeit aufgrund der großen Anzahl der erhobenen Variablen nicht möglich, für diese Best- Subset Analyse alle Variablen als Kovariate zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wurde als zweiter Schritt der Analyse eine Vorauswahl der erklärenden Variablen getroffen.

Dazu wurden, separat für die Einrichtungsebene und für die Individualebene (Mitarbeiter bzw. Bewohner), unter Verwendung des Algorithmus der Gradient Boosting Machine (Friedman 2001), ein Ensemble an Regressionsbäumen modelliert. Die Modellierung erfolgt mittels des R- Packages gbm (Ridgeway 2017). Die Gradient Boosting Machine kann, wie andere Ensembleverfahren aus dem Bereich des statistischen Lernens, eingesetzt werden, um die Varianz der Outcome- Variablen aufzuklären, allerdings wird dabei nicht die Mehrebenenstruktur der Daten berücksichtigt. Das R- Package gbm bietet mit der Funktion `relative.influence` eine Analysefunktion, um die Bedeutsamkeit der einzelnen erklärenden Variablen im gesamten Ensemble zu analysieren. Diese wurde zur Vorauswahl der Variablen für die Best- Subset Analyse

---

<sup>8</sup> Verfahren des statistischen Lernens wie etwa Stepwise Regression, Stagewise Regression oder Algorithmen aus dem Bereich des rekursiven Partitionierens wie Regressionsbäume etablieren sich in der Praxis, es existiert jedoch noch kein Goldstandard. p-Wert basierte Verfahren wurden aufgrund des explorativen Charakters der Fragestellung bewusst vernachlässigt.

verwendet. Für die Analysen auf Einrichtungsebene wurden für diese Analyse die Outcomevariablen aggregiert, so dass die Fallzahl der Analyse der Anzahl der Einrichtungen in der Stichprobe entsprach. Als Outcome- Variable wurde das arithmetische Mittel aller Fälle derselben Einrichtung verwendet.

Da die Anzahl zu berechnender Modelle in der Best- Subset- Analyse mit jeder zusätzlichen Kovariate exponentiell ansteigt, wurde eine Anzahl von 13 Kovariaten auf der Einrichtungsebene normativ festgelegt, um eine handhabbare Rechenzeit zu erreichen. Die Anzahl zu berechnender Modelle liegt bei dieser Setzung bei  $2^{13}=8192$  je Outcome. Für jedes Outcome wurden jeweils jene 13 Variablen auf Einrichtungsebene berücksichtigt, die die höchste Bedeutsamkeit (relative.influence) aufwiesen. Auf der Individualebene wurden zusätzlich jene Variablen berücksichtigt, die über eine relative Bedeutsamkeit von mindestens 5% (bezogen auf die jeweils bedeutsamste Variable) aufwiesen. Die Kovariate der Individualebene wurden in der Best- Subset- Analyse für jedes Modell mit berücksichtigt, so dass alle analysierten Modelle mindestens den Intercept und die jeweiligen Kovariaten der Individualebene aufweisen.

Für die Best- Subset- Analyse wurde die Funktion *dredge* des R- Packages MuMIn eingesetzt, welche auch für Mehrebenenmodelle geeignet ist. Zunächst wurde für jedes Outcome ein Mixed- Effects- Modell, bestehend aus allen 13 Einrichtungsvariablen und den jeweils berücksichtigten Variablen der Individualebene, angepasst. Die Modellierung der Mixed- Effects- Modelle erfolgte mittels der Funktion lmer aus dem R- Package lme4. Die Variablen der Einrichtungs- und der Individualebene wurden als fixe Effekte und die Zugehörigkeit zu einer Einrichtung als zufälliger Effekt modelliert. Dadurch wird ermöglicht, dass der Intercept je nach Einrichtung variieren kann. Auf Basis dieses vollen Modells erfolgte dann jeweils die Best- Subset- Analyse.

Aus den so berechneten genesteten Modellen wurde für jedes Outcome das Modell ausgewählt, welches das Informationskriterium AICc minimiert. Zusätzlich wurde für jedes Modell sowohl die Varianzaufklärung durch die fixen Effekte (conditional  $R^2$ ) mit der Funktion r.squaredGLMM berechnet. Zudem wurde für jedes der genesteten Modelle in der Best- Subset Analyse eine 5- fache Kreuzvalidierung berechnet, um die prognostische Güte des jeweiligen Modells auf neue Daten (und damit die Generalisierbarkeit) zu analysieren. Für die Kreuzvalidierung wurden für jedes Modell die Fälle in fünf gleichgroße Gruppen aufgeteilt und fünfmal aus den jeweiligen 80% der Fälle die Varianzaufklärung bezogen auf die übrigen 20% der Fälle berechnet. Als Maß der kreuzvalidierten Varianzaufklärung wurde das arithmetische Mittel der fünf  $R^2$  Werte genutzt.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Stichprobe

#### 5.1.1 Charakteristika der Modelleinrichtungen

Mit Ausnahme einer privatgewerblichen Einrichtung gehören alle anderen Modelleinrichtungen gemeinnützigen Trägern an. Fünf der Modelleinrichtungen haben Träger mit mehr als 10 Einrichtungen, die stationäre Dauerpflege nach SGB XI anbieten. In zwei Fällen gehören zwei bis fünf Einrichtungen zum Träger und eine der Modelleinrichtungen ist die einzige solche Einrichtung ihres Trägers.

Die Auswahl der Modelleinrichtungen war so ausgerichtet, dass jeweils die Hälfte der Heime nach dem Hausgemeinschafts- bzw. Wohngruppenmodell organisiert ist und die andere Hälfte eine klassische Pflegeheimorganisation aufweist. In der Einrichtungsleiterbefragung gaben vier Leitungen an, dass ihre Einrichtung nach dem Hausgemeinschafts- bzw. Wohngruppenmodell organisiert sei, eine klassische Pflegeheimorganisation bejahten allerdings nur zwei Einrichtungsleitungen. Die übrigen zwei gaben an, beide Organisationsformen in ihrer Einrichtung zu vereinen.

Die Einrichtungen wiesen im arithmetischen Mittel  $80,5 \pm 22,63$  belegbare Plätze auf (Median: 79,0; Minimum: 55; Maximum: 122). Die Auslastung lag zwischen 94,06 und 100% (arithmetisches Mittel: 98,45%; Median: 99,40%), wobei die Hälfte der Einrichtungen voll belegt war. Die durchschnittliche Größe der Wohneinheiten einer Einrichtung betrug durchschnittlich  $21,1 \pm 8,78$  Bewohner (Median: 17,89, Minimum: 11,33, maximum: 38)

Fünf Einrichtungen setzen Modelle der Tourenplanung um, in zweien davon sind diese Touren so organisiert, dass sie sich über die gesamte Einrichtung erstrecken. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt jeweils in der Hälfte der Einrichtungen 39,0 respektive 40,0 Stunden.

Die Berufserfahrung der Einrichtungsleitungen (in dieser Funktion, aber nicht zwangsläufig in der gleichen Einrichtung) lag zwischen einem und 22 Jahren und betrug im arithmetischen Mittel  $10,88 \pm 7,57$  Jahre, der Median lag bei 11,5 Jahren. Zwei der Einrichtungsleitungen waren mit einem Beschäftigungsumfang von 50% beschäftigt, die übrigen sechs in Vollzeit. In der Funktion der Einrichtungsleitung gab es in den vorangegangenen fünf Jahren in zwei Einrichtungen jeweils zwei Wechsel, in den übrigen Einrichtungen keinen.

Zur Pflegedienstleitung machten sieben der acht Modelleinrichtungen Angaben. Die Berufserfahrung der Stelleninhaber in dieser Funktion (aber nicht zwangsläufig in der gleichen Einrichtung) lag zwischen einem und 17 Jahren, im arithmetischen Mittel  $9,75 \pm 5,52$  Jahre, der Median lag ebenfalls bei acht Jahren. Drei der Pflegedienstleitungen waren mit einem Beschäftigungsumfang von 50% angestellt, vier arbeiteten in Vollzeit. In fünf der Modelleinrichtungen gab es in den fünf vorangegangenen Jahren keine Fluktuation in der Stelle der Pflegedienstleitung, in einer Einrichtung gab es einen und in zwei Einrichtungen je drei Wechsel.

In allen Modelleinrichtungen werden in den kommenden fünf Jahren Mitarbeiter aus dem Bereich Pflege und Betreuung aus Altersgründen ausscheiden. In sechs der Einrichtungen beträgt der Anteil dieser Mitarbeiter bis zu 10%, in zwei Einrichtungen 11-30%.

Der Anteil der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz lag in einer Einrichtung bei 20-30%, in fünf Einrichtungen bei 70-80% und in zwei Einrichtungen bei 90-100%.

**Tabelle 13: Einrichtungskarakteristika in den Modelleinrichtungen (Häufigkeiten)**

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Träger	gemeinnützig	7	87,5%
	privatgewerblich	1	12,5%
	öffentlich	0	0,0%
Größe des Trägers	nur diese eine Einrichtung	0	0,0%
	2-5 Einrichtungen	2	25,0%
	6-10 Einrichtungen	0	0,0%
	mehr als 10 Einrichtungen	6	75,0%
Organisationstyp	klassische Pflegeheimorganisation	2	25,0%
	Pflegeheimorganisation nach Hausgemeinschaftsmodell/ in Wohngruppen	4	50,0%
	Beides vorhanden	2	25,0%
Tourenplanung	ja	5	62,5%
	nein	3	37,5%
Versorgungsform für Menschen mit Demenz	nur integrativ	5	62,5%
	nur segregativ	0	0,0%
	beides vorhanden	3	37,5%
Einsatz von Präsenzkraften	ja	7	87,5%
	nein	1	12,5%
Konzeption für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	ja	5	62,5%
	nein	2	25,0%
Einrichtungs- und Pflegedienstleitung in Doppelfunktion	ja	4	50,0%
	nein	4	50,0%
Anteil der Mitarbeiter, die voraussichtlich in den nächsten 5 Jahren aus Altersgründen ausscheiden werden	1-10%	6	75,0%
	11-30%	2	25,0%

**Tabelle 14: Einrichtungskarakteristika in den Modelleinrichtungen (deskriptive Statistik)**

Merkmal	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Wöchentliche Arbeitszeit	39,44	0,49	39	40
Belegbare Plätze	80,50	22,63	55	122
Belegte Plätze	79,13	21,70	53	120
Auslastung				
Berufserfahrung der Einrichtungsleitung	10,88	7,57	1	22
Beschäftigungsumfang der Einrichtungsleitung	80	27,78	40	100
Personalwechsel in der Funktion der Einrichtungsleitung in den vergangenen 5 Jahren	0,50	0,93	0	2
Berufserfahrung der Pflegedienstleitung	9,75	5,52	1	17
Beschäftigungsumfang der Pflegedienstleitung	76,25	25,60	50	100
Personalwechsel in der Funktion der Pflegedienstleitung in den vergangenen 5 Jahren	0,88	1,36	0	3

Von den Berufsgruppen kommen lediglich Altenpfleger, ausgebildete Altenpflegehelfer und „sonstige“ (angelernte, basisqualifizierte) Mitarbeiter in allen acht Modelleinrichtungen vor. Von 37 abgefragten und in der Landespersonalverordnung Baden- Württemberg aufgeführten Berufen kommen 17 in keiner der Einrichtungen vor, weitere acht in jeweils nur einer der Einrichtungen. Unter den nichtpflegerischen Fachkräften sind Hauswirtschafterinnen und Sozialpädagogen (in je 4 Einrichtungen) am breitesten vertreten. Details sind in Tabelle 15 aufgeführt. Es ist aber zu beachten, dass nicht erfart wurde, ob die jeweiligen Personen auch in einem ihrer Qualifikation entsprechenden Aufgabenbereich eingesetzt werden.

**Tabelle 15: Vorkommen der Berufsgruppen in den Modelleinrichtungen**

Berufsgruppe	Vorhanden in (Anzahl)	Vorhanden in (Prozent)
Altenpflegerin und Altenpfleger	8	100,00%
Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	7	87,50%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	1	12,50%
Alltagsbetreuerin und Alltagsbetreuer (staatlich anerkannt mit zweijähriger Ausbildung)	4	50,00%
Altenpflegehelferin und Altenpflegehelfer	8	100,00%
Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	2	25,00%
Heilerziehungsassistentin und Heilerziehungsassistent	0	0,00%
Heilerziehungshelferin und Heilerziehungshelfer	0	0,00%
Pflegeassistentin und Pflegeassistent	0	0,00%

Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut	2	25,00%
Diätassistentin und Diätassistent	0	0,00%
Dorfhelferin und Dorfhelfer	0	0,00%
Ergotherapeutin und Ergotherapeut	2	25,00%
Erzieherin und Erzieher einschließlich Jugend- und Heimerzieherin und Jugend- und Heimerzieher sowie Arbeitserzieherin und Arbeitserzieher	1	12,50%
Gerontologin und Gerontologe (Hochschulabschluss)	2	25,00%
Haus- und Familienpflegerin und Haus- und Familienpfleger	1	12,50%
Hauswirtschafterin und Hauswirtschafter und Fachhauswirtschafterin und Fachhauswirtschafter	4	50,00%
Heilerzieherin und Heilerzieher	0	0,00%
Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	2	25,00%
Heilpädagogin und Heilpädagoge	1	12,50%
Krankengymnastin und Krankengymnast Mi	0	0,00%
Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	0	0,00%
Logopädin und Logopäde	0	0,00%
Masseurin und Masseur	0	0,00%
medizinische Bademeisterin und medizinischer Bademeister	0	0,00%
Musiktherapeutin und Musiktherapeut	1	12,50%
Ökotrophologin und Ökotrophologe	0	0,00%
Orthoptistin und Orthoptist	0	0,00%
Pädagogin und Pädagoge	0	0,00%
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	1	12,50%
Podologin und Podologe	0	0,00%
Psychologin und Psychologe (Hochschulabschluss)	0	0,00%
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (Hochschulabschluss)	1	12,50%
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	4	50,00%
Sport- und Bewegungstherapeutin und Sport- und Bewegungstherapeut	0	0,00%
Sprachtherapeutin und Sprachtherapeut	0	0,00%
Tanztherapeutin und Tanztherapeut	1	12,50%
angelernt, ohne eine der genannten Qualifikationen	8	100,00%

In den Modelleinrichtungen wurden pro 10 Bewohner im Mittel 4,82 Vollzeitstellen an Mitarbeitern beschäftigt, wobei sich hier deutliche Unterschiede zeigten. Das Minimum betrug 3,70

Vollzeitstellen pro 10 Bewohner, das Maximum lag bei 6.16 Vollzeitstellen. Unter den Berufsgruppen stellten in sechs der Modelleinrichtungen die Pflegefachkräfte die größte Gruppe (gerechnet in Vollzeitäquivalenten), in zwei Einrichtungen waren die „sonstigen“ Mitarbeiter (insbesondere über Basiskurse qualifizierte und angelernte Mitarbeiter) die größte Gruppe. Nichtpflegerische Fachkräfte stellten über alle Modelleinrichtungen hinweg die kleinste Gruppe dar, im Mittel wurden 0,54 vollzeitäquivalente Stellen mit Mitarbeitern dieser Gruppe besetzt. Einrichtungen mit einem höheren Verhältnis ausgebildeter Assistenzberufe pro 10 Bewohner lag der Wert für die „sonstigen“ Beschäftigten niedriger und umgekehrt- Diese beiden Gruppen korrelieren stark negativ mit  $r=0,748$  ( $p=0,034$ ). Die Gruppe der Auszubildenden sowie Mitarbeitern im Bundesferiwilligendienst oder Freiwilligen Sozialen Jahr te unterschied sich zwischen den Modelleinrichtungen am wenigsten. Im Mittel wurden hier 0,16 solche Mitarbeiter pro 10 Bewohner beschäftigt. Weitere Details zu den Mitarbeiter- pro- Bewohner- Verhältnissen zeigt Tabelle 16.

**Tabelle 16: Modelleinrichtungen: Vollzeitäquivalente<sup>9</sup> pro 10 Bewohner nach Berufsgruppen**

	N	Min	Max	Median	Mittelwert	Stabw.
Pflegefachkräfte	8	1,88	2,65	2,18	2,19	0,27
Fachkräfte ohne Pflege	8	0,14	1,18	0,49	0,54	0,36
Assistenzkräfte	8	0,11	2,09	0,94	0,94	0,73
Sonstige (angelernt, Basiskurs)	8	0,00	2,96	0,80	1,15	1,13
<b>Alle Berufe</b>	<b>8</b>	<b>3,70</b>	<b>6,16</b>	<b>4,78</b>	<b>4,82</b>	<b>0,78</b>
Azubi, BufDi, FSJ	8	0,05	0,27	0,16	0,16	0,07

Insgesamt liegt von 95 Mitarbeitern aus den acht Modelleinrichtungen mindestens eine auswertbare Dimension des BHD vor<sup>10</sup>. In dieser Stichprobe sind zu 81,5% Frauen und zu 17,9% Männer. Das Alter der Mitarbeiter liegt zwischen 22 und 64 Jahren, bei einem Mittelwert von 45 Jahren mit einer Standardabweichung von 11,7 Jahren. Der größte Teil arbeitet in der Pflege (70,1%), Therapie (14,7%) und Hauswirtschaft (12,6%) sind in kleineren Gruppen vertreten. Der durchschnittliche beschäftigungsumfang beträgt 81,9%, es kommen Werte zwischen 10% und 100% vor. Die Mitarbeiter sind durchschnittlich 8,2 Jahre in dieser Einrichtung (Standardabweichung 7,3 Jahre) und seit 11,3 Jahren in diesem Beruf (Standardabweichung 9,8). Dabei sind sowohl Berufsanfänger in der Stichprobe vertreten als auch eine Person mit 37 Jahren Berufserfahrung. 41,1% der Mitarbeiter haben eine dreijährige Berufsausbildung, 15,8% eine Weiterbildung (z.B. einen Kurs nach § 87b), 10,5% der Mitarbeiter haben keine gesonderte für diesen Beruf qualifizierende Ausbildung. 5,3% haben eine einjährige Ausbildung zur Assistenzkraft, ebenso häufig haben die Personen einen Studienabschluss. 2,1% der Mitarbeiter haben eine zweijährige Berufsausbildung. 23,2% sind Führungskräfte, als Präsenzkraft sind 26,3% der Mitarbeiter eingestellt. Ein Drittel der Mitarbeiter (34,4) hat zur Tages- und Nachtzeit wechselnde Schichten, bei 52,6% der Mitarbeiter wechseln Schichten nur zur Tageszeit. 9,5% der Mitarbeiter sind nicht von einem Schichtdienst betroffen. In der Bewertung der außerbetrieblichen Belastung haben die Mitarbeiter mehrheitlich keine starke oder sehr starke Belastung. Die Mitarbeiter sind weiterhin mehrheitlich nicht durch gesundheitliche Prob-

<sup>9</sup> Bei „Azubi, BufDi, FSJ“ beziehen sich die Angaben auf Personen (Köpfe), nicht auf Vollzeitäquivalente

<sup>10</sup> Dies war das Einschlusskriterium für die Auswertung.

leme beeinträchtigt. Die Mitarbeiter geben die verbale Führungskompetenz mit einem Mittelwert von 4,2 an. Im Vergleich zur Normstichprobe geben die Mitarbeiter eine sehr hohe Identifikation mit der Einrichtung an. Der Mittelwert liegt bei 4,3 (Standardabweichung: 0,8) wogegen er in der Normstichprobe bei 3,4 (Standardabweichung:1,0) liegt. Die Stichprobe weist im Mittelwert eine höhere Resilienz auf als die Normalbevölkerung (Mittelwert von 65 vs. 58 in der Normstichprobe).

**Tabelle 17: Mitarbeiter in den Modelleinrichtungen Häufigkeiten**

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Geschlecht	Weiblich	75	81,5
	Männlich	17	17,9
Bereich	Pflege	61	70,1
	Therapie	14	14,7
	Hauswirtschaft	12	12,6
Qualifikation	Studium	5	5,3
	Dreijährige Berufsausbildung	39	41,1
	Zweijährige Berufsausbildung	2	2,1
	Zweijährige Ausbildung zur Assistenzkraft	0	0
	Einjährige Ausbildung zur Assistenzkraft	5	5,3
	Weiterbildung (z.B. Kurs nach §87b)	15	15,8
	Keine gesonderte Qualifikation	10	10,5
Führungskraft	Ja	22	23,2
	Nein	66	69,5
Präsenzkraft	Ja	25	26,3
	Nein	69	72,6
Schicht	Tages- und Nachtschichten	31	34,4
	Nur zur Tageszeit wechselnde Schichten	50	52,6
	Kein Schichtdienst	9	9,5
Außenbelastung	Keine besondere Belastung (1)	21	23,6
	Eher schwache Belastung (2)	39	43,8
	Eher starke Belastung (3)	23	25,8
	Sehr starke Belastung (4)	6	6,7
Gesundheit	trifft voll und ganz zu (1)	3	3,2
	trifft eher zu (2)	25	26,3
	trifft eher nicht zu (3)	37	38,9
	trifft gar nicht zu (4)	27	28,4

**Tabelle 18: Mitarbeiter in den Modelleinrichtungen: Deskriptive Statistik**

<b>Merkmal</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Alter	92	45,0	11,7	22	64
Beschäftigungsumfang	90	81,9	21,5	10	100
Dauer des Angestelltenverhältnis in der Einrichtung in Jahren	90	8,2	7,3	0	31
Anzahl der Jahre in diesem Beruf	91	11,3	9,8	0	37
Außenbelastung	89	2,2	0,9	1	4
Gesundheit	92	3	0,8	1	4
Verbale Führungskompetenz	94	4,2	0,8	1,5	5
Identifikation mit der Einrichtung	94	4,3	0,8	1,2	5
Resilienz	94	64,7	8,7	35	77

### **5.1.2 Analyse der Stellenbeschreibungen der Modelleinrichtungen**

Im Rahmen einer Hausarbeit im Modul „Gerontologische Pflege“ an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar wurde eine Hausarbeit von Frau A. Rausch angefertigt. Neben der strukturellen Beschreibung der Einrichtungen waren hierbei insbesondere die Stellenprofile und -beschreibungen der Modelleinrichtungen von Interesse. Diese sollten miteinander verglichen werden. Im Rahmen der Datenerhebung war aufgefallen, dass die beruflichen Bezeichnungen der Mitarbeiter, die direkt am Bewohner in der Wohnküche arbeiten, sehr heterogen waren. Darüber hinaus wurde deutlich, dass diese Mitarbeiter unterschiedliche Aufgaben in den Einrichtungen wahrnehmen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hausarbeit gekürzt dargestellt. Gleich zu Beginn muss konstatiert werden, dass nicht alle Einrichtungen das Datenmaterial zur Verfügung gestellt haben, so dass qualitativ wie quantitativ eine äußerst heterogene Datenlage zu Grunde lag.

#### **5.1.2.1 Stellenbeschreibungen und Stellenprofile**

Die einzelnen Stellenbeschreibungen, -profile sowie Funktionsbeschreibungen der Modelleinrichtungen unterscheiden sich sehr deutlich in Form, Inhalt und Umfang. Auch im Hinblick auf den Zeitpunkt, ab wann bestimmte Informationen systematisiert wurden, gibt es große Differenzen. Es kann den Unterlagen oft nicht entnommen werden, welcher Stand und welches Dokument nun aktuell Gültigkeit hat, da sie sich auf verschiedene Konzeptions- und Planungsphasen beziehen. Es geht nicht klar aus den Unterlagen hervor, welche Aspekte aktiv in der Einrichtung umgesetzt wurden und aktuell (noch) Gültigkeit besitzen. Deshalb konnten nur Dokumente (bzw. Dokumentenauszüge) Eingang in den Vergleich finden, die eindeutig zuzuordnen waren. Grundsätzlich wurden die Bezeichnungen verwendet, welche die Einrichtungen für die jeweils beschriebene Stelle gewählt haben, unabhängig von gesetzlichen Vorgaben oder gängiger Gebrauchsweise. Desweiteren werden die Aufgaben benannt, die explizit in der jeweiligen Stellenbeschreibung definiert sind. Ob und inwieweit sich darüber hinaus weitere Aufgabenfelder ergeben ist reine Vermutung und kann daher in diesem Kontext nicht thematisiert werden.

In der Hausarbeit wurden nur pflege-, betreuungs- und hauswirtschaftsrelevante Stellenbeschreibungen berücksichtigt, die „am Bewohner“ arbeiten. Einerseits kann dies damit begründet werden, dass PERLE sowohl die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in der direkten Pflege wie auch die Zufriedenheit der Bewohner untersucht. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass Funktionsbereiche der Pflege-, Betreuungs- und Hauswirtschaftsleitung oft auch Stellenanteile in der direkten Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft übernehmen und somit wieder die jeweilige Fachqualifikation und damit Fachstellenbeschreibung greift.

Ebenfalls wurde auf die Darstellung von Aushilfen, Praktikanten, Studenten, Auszubildenden und Mitarbeitern im Freiwilligen Sozialen Jahr sowie im Bundesfreiwilligendienst verzichtet. Diese Mitarbeiter leisten überwiegend Hilfestellungen, unterstützen die Fach- und Hilfskräfte, machen Botengänge, etc. Außerdem lassen die Ausbildungs-, Seminar- und Fortbildungszeiten dieser Mitarbeiter nur eine begrenzte Zeit „am Bewohner“ zu. Zudem können diese Mitarbeiter in allen Bereichen der stationären Einrichtung tätig sein, also nicht ausschließlich „am Bewohner“ (z. B. Fahrdienste).

Um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten, wurden die Stellenbeschreibungen in drei Bereiche eingeteilt: Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung. Einteilungskriterium waren die Kernaufgaben.

- Innerhalb der Pflege wurden folgende Stellenbeschreibungen verglichen: Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger), Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer, Pflegehilfskraft ohne Ausbildung;
- Für die Hauswirtschaft wurden die Präsenzkraft sowie die hauswirtschaftliche Mitarbeiterin ohne Ausbildung beschrieben. Auffallend ist, dass keine der Einrichtungen, auch nicht die, die das Hausgemeinschaftsmodell implementiert haben, eine Stellenbeschreibung für eine hauswirtschaftliche Fachkraft eingereicht haben. Deshalb konnte dieser Punkt nicht bearbeitet werden, findet sich allerdings teilweise unter der Präsenzkraft, da diese nach der Hausgemeinschaftskonzeption des KDA vorzugsweise eine hauswirtschaftliche Fachausbildung ausweisen sollte;
- Im Bereich der Betreuung wurden die Beschreibungen für die Fachkraft Sozialbetreuung, der zusätzlichen Betreuungskraft sowie die von angelegerten Mitarbeitern (ohne spezifische Ausbildung) verglichen.

### **5.1.2.2 Allgemeine Aufgaben aller Mitarbeiter**

Wie bereits beschrieben, sind die Stellenbeschreibungen, -profile und Funktionsbeschreibungen äußerst heterogen, doch finden sich auch übereinstimmende Inhalte, die über die verschiedenen Stellen der Einrichtung hinweg sowie über die zu vergleichenden Einrichtungen nahezu durchgehend und analog benannt werden. Zur besseren Übersicht werden sie hier eingangs für alle Stellenbeschreibungen und Einrichtungen zusammenfassend dargestellt.

Allgemeine Aufgaben aller Mitarbeiter sind:

- Sorgfältiger und wirtschaftlicher Umgang mit Ressourcen in Bezug auf Arbeits- und Gebrauchsmaterial, Arbeitszeit und -organisation;
- Einhaltung und Umsetzung rechtlicher, tariflicher und konzeptueller Rahmenbedingungen (Konzepte, Standards, Qualitätsmanagementvorgaben, Unfall-, Hygienebestimmungen, etc.);
- Meldung von Zustandsveränderungen von Bewohnern an die nächst höhere Fachkraft oder Leitung, sofern die notwendigen Maßnahmen nicht in der eigenen Entscheidungsbefugnis liegen;

- Schaffung und Erhaltung eines guten Arbeitsklimas, guter Kooperation und Kommunikation;
- Verpflichtende Teilnahme an Besprechungen und Fortbildungen;
- Einbringen von Verbesserungsvorschlägen.

### **5.1.2.3           Arbeitsbereich Pflege**

#### **5.1.2.3.1           Pflegefachkraft**

Die Pflegefachkraft zeichnet sich durch eine mindestens dreijährige Ausbildung meist in den Berufen Gesundheits- und (Kinder-) Krankennpflege oder Altenpflege aus. Sie ist Ansprechpartner und leitet die gering qualifizierteren Mitarbeiter an. Überwiegend ist sie auch den nachfolgenden Qualifikationen (Pflegehelfern, Hilfskräften, Auszubildenden, Praktikanten) weisungsbefugt. Sie ist grundsätzlich der nächsthöheren Fachebene unterstellt, das kann die Wohnbereichsleitung, Teamleitung oder die Pflegedienstleitung sein, je nach Größe und Organisation der Einrichtung. Sie trägt die fachliche Verantwortung für die praktische Umsetzung der Grund- und Behandlungspflege am Patienten und der fach- und sachgerechten Dokumentation. Ebenfalls liegt die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich in ihrer Hand.

In einigen Einrichtungen, vor allem in den konventionell betriebenen Einrichtungen der dritten Generation, ist sie auch für die Angehörigenarbeit zuständig. Hier wird als Aufgabe die Begleitung und Kooperation mit den Angehörigen benannt.

Drei der Modelleinrichtungen beschreiben die Kooperation mit Ärzten als Aufgabenfeld der Pflegefachkraft. In zweien wird die Pflegefachkraft an der Weiterentwicklung von Pflegestandards beteiligt, berät und begleitet Bewohner, betreut und pflegt Sterbende.

Diverse Sonderaufgaben wie Schichtleitung, Speiserversorgung mit Zubereitung von Zwischenmahlzeiten, psychosoziale Betreuung, Lager- und Bestandsführung des Fachpflegebedarfs und Mitverantwortung für die Überprüfung der technischen Pflegehilfsmittel kommen vereinzelt noch dazu.

#### **5.1.2.3.2           Pflegehelfer (einjährige Ausbildung)**

Der Pflegehelfer ist vom Ausbildungsstand Alten- oder Krankenpflegehelfer oder hat einen gleichwertigen Abschluss in einem sozialen Beruf. Eine Weisungsbefugnis wird selten beschrieben, jedoch wird bisweilen die Zuständigkeit für die fachliche Unterstützung der Pflegehelfer (ohne Ausbildung) benannt. Der Pflegehelfer ist je nach Organisation der Pflegefachkraft oder der nächsthöheren Leitungsebene unterstellt. Seine Kernaufgaben sind die Durchführung der Grund- und einfachen Behandlungspflege nach den Vorgaben der einschlägigen Berufsgesetze und die Dokumentation der erbrachten Leistungen. Drei Einrichtungen beschreiben noch die Unterstützung der Pflegefachkraft in der Steuerung des Pflegeprozesses, zwei benennen Betreuungsaufgaben.

Zu den diversen Sonderaufgaben gehören vereinzelt hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Unterstützung ärztlicher Verordnungen durch erhaltene Delegation, Angehörigenarbeit und Disposition und Lagerung des Fach- und Sachbedarfs.

#### **5.1.2.3.3           Pflegehilfskraft (ohne Ausbildung)**

Die Pflegehilfskraft hat keine fachliche Qualifikation und auch keine Weisungsbefugnis. Sie ist ebenfalls organisationsabhängig der Pflegefachkraft oder der nächsthöheren Leitungsebene unterstellt. Ihre Kernaufgabe ist die Durchführung der Grundpflege und die Dokumentation der

erbrachten Leistungen am Bewohner. In drei Einrichtungen der konventionell organisierten Heime ist sie auch zuständig für die Betreuung. In zwei Einrichtungen unterstützt sie den Pflegeprozess und die Umsetzung von ärztlichen Verordnungen und hat hauswirtschaftliche Aufgaben. Zu den weiteren Aufgaben gehören in einer Einrichtung noch die Pflege Sterbender und Verstorbener dazu sowie die Speisenversorgung.

#### **5.1.2.4 Bereich Hauswirtschaft**

##### **5.1.2.4.1.1 Exkurs Präsenzkraft, „zusätzliche Betreuungskraft“ und „Alltagsbegleiter“**

Zum Bereich Betreuung und Hauswirtschaft muss erläutert werden, dass die Begriffe „Präsenzkraft“, „zusätzliche Betreuungskraft“ und „Alltagsbegleiter“ häufig synonym genutzt werden. Aus diesem Grunde soll kurz auf die verschiedenen Begriffe eingegangen werden. Eindeutig definiert ist nur der Begriff „zusätzliche Betreuungskraft“ im SGB XI. Kern der Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften ist die durch definierte Zusatzqualifikation erlangte Befähigung zur Betreuung und Begleitung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, also Menschen mit anerkannten demenzieller Erkrankungen.

Der Begriff der „Präsenzkraft“ ist weniger eindeutig und bezieht sich auf die Aufgabe und die Tätigkeit, nicht jedoch auf eine Qualifikation. Nach Beschreibung des Bundesgesundheitsministeriums ist eine Präsenzkraft eine pflegerische und hauswirtschaftliche Alltagshilfen leistende Person, die „allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten“ (§36a Absatz 3 SGB XI) verrichtet. Eine Qualifikationsanforderung wird nicht benannt. Es kann sich also um eine pflegerische, hauswirtschaftliche oder betreuerische Aufgabe handeln und ist „Pflegebedürftigen in selbstorganisierten Wohngruppen“ (ebd.) vorbehalten. Zur selben Einschätzung kommt auch das KDA in seinen Ausarbeitungen zum Hausgemeinschaftsmodell.

Der Begriff „Alltagsbegleiter“ oder „Lebensbegleiter“ ist eine eher umgangssprachliche Variante und findet sowohl für die zusätzliche Betreuungskraft, sowie die Präsenzkraft Anwendung.

##### **5.1.2.4.2 Präsenzkraft**

Die Präsenzkraft nimmt im Rahmen des Hausgemeinschaftsmodells eine zentrale Funktion ein. Idealerweise zeichnet sich dieser Mitarbeiter durch eine Fachausbildung in der Hauswirtschaft aus. Dies wird aber nicht zwingend gefordert, daher wird auch nur von einer Einrichtung eine Fachausbildung beschrieben. Sie kann laut KDA (Kleiner 2005: 269) auch „nur“ eine „kompetente Hausfrau“ sein. Die Präsenzkraft ist im Hausgemeinschaftsmodell der hauswirtschaftlichen Leitung unterstellt, nimmt aber in pflegerischen Belangen auch Anweisungen der Pflegefachkräfte oder deren Leitung entgegen. Diese Person arbeitet eng mit den in der Hausgemeinschaft tätigen Betreuungskräften zusammen, da sie die zentrale Ansprechperson für Bewohner, Angehörige und alle weiteren Beteiligten ist.

Ihre Kernaufgabe ist das Führen des Haushaltes einer Hausgemeinschaft eines nach dem Hausgemeinschaftsprinzip organisierten Heims mit allen dazugehörenden Tätigkeiten, wie Erstellung von Speiseplänen, Zubereitung der Mahlzeiten, Raumgestaltung und Reinigung, einfache grundpflegerische Tätigkeiten und Kontaktpflege zu Angehörigen. Unterstützung der Pflegefachkraft bei der Biographieerstellung, Wäscheversorgung und „Alltagsbegleitung“ kommen noch dazu sowie die Dokumentation der Tätigkeiten.

#### 5.1.2.4.3 *Angelernte Mitarbeiter in der Hauswirtschaft*

Diese Tätigkeitsbeschreibung wird nur von einer konventionell betriebenen Einrichtung erwähnt. Der Mitarbeiter ist der zentralen hauswirtschaftlichen Leitung unterstellt und hat keine Weisungsbefugnis. Für diese Tätigkeit bedarf es keiner fachbezogenen Qualifikation. Kernaufgabe ist die zeitgemäße Organisation der dezentralisierten Hauswirtschaft auf dem Wohnbereich.

#### 5.1.2.5 **Bereich Betreuung**

##### 5.1.2.5.1 *Fachkraft Sozialbetreuung*

Die Fachkraft Sozialbetreuung wird von drei Einrichtungen beschrieben und ist ein zusammenfassender Begriff für pflegerisch-pädagogische Abschlüsse mit Erfahrung in der Altenhilfe, wie z. B. Beschäftigungs-, Arbeits-, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Heilerziehungspfleger und vergleichbaren Qualifikationen. Sie ist der Leitung des Sozialdienstes unterstellt, bisweilen ist in kleineren Einrichtungen die Leitungsaufgabe ein Teil des Arbeitsumfangs, in diesem Fall ist die Haus- oder Einrichtungsleitung die nächsthöhere Funktionsebene. Die Weisungsbefugnis ist nicht hierarchisch sondern zumeist aufgabenbezogen zu verstehen, dann aber auf alle Mitarbeiter der Einrichtung (außer der übergeordneten Leitung) ausgedehnt. Zentrale Aufgabe der Fachkraft für Sozialbetreuung ist das Steuern und Mitwirken am Betreuungsprozess und dessen Angeboten. Sie ist fachlich verantwortlich für die betreuerische Pflegedokumentation und leitet für den Betreuungsbereich Mitarbeiter, Schüler, Studenten und Praktikanten an. Ihr obliegt die Vernetzung und Förderung der Zusammenarbeit mit allen Beteiligten am Pflegeprozess, von der Leitung bis zu den Angehörigen. Eine Einrichtung beschreibt noch explizit die Seelsorge und Sterbebegleitung, die Einzelfallhilfe und Konfliktberatung sowie die Förderung von Ehrenamt und die Zuständigkeit für Öffentlichkeitsarbeit.

##### 5.1.2.5.2 *Zusätzliche Betreuungskraft*

Die Stellenbeschreibungen der zusätzlichen Betreuungskraft sind sehr heterogen und beziehen sich auf alte und neue gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf den Schnitt Pflegestärkungsgesetz PSG I / PSG II.

Die zusätzliche Betreuungskraft im Sinne der oben beschriebenen Qualifikationen kann an unterschiedliche Einrichtungsbereiche angegliedert sein. Ist ein Sozialdienst vorhanden, ist sie zumeist dort zugeordnet und weisungsgebunden. Besteht jedoch kein Sozialdienst, sind die Wohngruppen- und Teamleitungen die Vorgesetzten und damit auch weisungsbefugt. Ihre Kernaufgabe liegt in der Betreuung und Begleitung, in der Assistenz und Motivation der Bewohner (mit eingeschränkter Alltagskompetenz) und der Dokumentation der ausgeführten Tätigkeiten. Sie erstellt individuelle Einzel- und Gruppenprogramme für die Bewohner und unterstützt Alltagsaktivitäten und Aktivierungsmaßnahmen sowie grundpflegerische Tätigkeiten. Sie ist desweiteren Ansprechpartner für Bewohner und Angehörige. Eine Einrichtung mit konventionellen Wohnbereichen beschreibt auch noch die Zubereitung und Verteilung der Mahlzeiten, die Reinigung der Arbeitsbereiche, die Beteiligung an der Erstellung von Speiseplänen und das Austeilen der Speisen als Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskraft.

##### 5.1.2.5.3 *Betreuungshelfer (angelernte Mitarbeiter der psychosozialen Betreuung)*

Diese Stelle wird von einer konventionell in Wohngruppen organisierten Einrichtung beschrieben und wird der Vollständigkeit halber erwähnt. Die Stelle ist im stationären Zusammenhang dieser Einrichtung dem Sozialdienst unterstellt und hat selbst keine Weisungsbefugnis. Auch

besteht keine Anforderung an eine Qualifikation. Die Kernaufgabe wird mit der fachgerechten Ausführung der übertragenen Tätigkeiten in der psychosozialen Betreuung beschrieben.

#### 5.1.2.5.4 *Ehrenamt und Angehörige*

Alle acht Einrichtungen beschreiben eine Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen, die sich überwiegend im Bereich der Betreuung widerspiegelt. Für die Einrichtungen im Hausgemeinschaftsmodell sind sie fester Bestandteil der am Pflegeprozess beteiligten Personen in der Hausgemeinschaft. Es kann sich dabei um Angehörige handeln, die sich um ihre in der Einrichtung wohnenden Familienmitglieder kümmern aber auch ein bürgerschaftliches Engagement angesprochen sein. Nach Aussagen der Einrichtungen sind Angehörige allerdings auch in den konventionell nach Wohnbereichskonzept betriebenen Einrichtungen willkommen und bei der Unterstützung betreuerischer Tätigkeiten gerne gesehen.

#### 5.1.2.6 *Weitere am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligte „Qualifikationen“*

Da es in den Einrichtungsunterlagen keine Quantifizierung der Stellenumfänge gibt, kann hier nur eine Auflistung dargestellt werden, die die Vielfältigkeit der am Pflegeprozess beteiligten Qualifikationen, Weiter- und Fortbildungsbezeichnungen aufzeigt. Beurteilt werden kann nicht, wie intensiv sich diese Personen mit den Bewohnern und den weiteren am Pflegeprozess Beteiligten beschäftigen können. Beispielsweise gibt eine Einrichtung an, eine Theologin zu beschäftigen. Ob diese – um es etwas überspitzt darzustellen – nur einmal im Monat einen Gottesdienst gestaltet oder den Bewohnern, Mitarbeitern und allen anderen am Pflegeprozess Beteiligten zu 50% oder gar als Vollkraft zur Verfügung steht bleibt unklar. Bisweilen muten die Bezeichnungen der Qualifikationen etwas „blumig“ an (z. B. Klagtherapeut). In einer Einrichtung, welche die Assistenz (und Übernahme) ärztlicher Leistungen in den Vordergrund gestellt hat, zeigt sich ein breites Spektrum an fachlichen Weiterbildungen:

- Kontinenzberater
- Gerontopsychiatrische Fachkraft
- Casemanager
- Hygienebeauftragte
- Ernährungsexperte
- Algesiologische Fachassistenz
- Fachkraft für Palliativpflege

Vor allem in drei der acht Einrichtungen sind Mitarbeiter mit weiteren Qualifikationen tätig. Folgende Qualifikationen werden hier jeweils einmal benannt. Lediglich Aromatherapeuten werden zweimal benannt:

- Seelsorger
- Ethik- und Trauerberater
- Tanz- und Physiotherapeut
- Ergotherapeut
- Aromatherapeut
- Klangtherapeut
- Deeskalationstrainer

Alle anderen Einrichtungen beschränken sich überwiegend auf Mitarbeiter der Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung. Zwar wird betont, dass man auch über Mitarbeiter verfügt, die im

vorherigen Beruf ein Handwerk erlernt haben (Maler, Köchin, Elektriker), aber ob und wie diese spezifischen Kenntnisse eingesetzt werden, wird nicht erwähnt. Zwei der Leitungsmitarbeiter verfügen über eine Doppelqualifikation (Pflegefachkraft und Gerontologe).

Insgesamt fällt auf, dass ein Mitarbeiter mehrere Qualifikationen haben kann (z. B. Plegefachkraft mit Weiterbildung in Sterbebegleitung).

#### **5.1.2.7      *Kommunikation***

Nur drei der teilnehmenden Einrichtungen haben eine Kommunikationsmatrix eingereicht, damit kann nur ansatzweise auf die Kommunikationsstruktur eingegangen werden. Die vertikale Kommunikationsstruktur in den teilnehmenden und vergleichbaren Einrichtungen ist durch Weisungsgebundenheit hierarchisch aufgebaut. Dies spiegelt sich in den Beschreibung der Kommunikationsmatrizen der drei Einrichtungen wieder, ebenso wie die horizontale Kommunikation der Mitarbeiter auf einer Ebene, eines Wohnbereichs oder einer Hausgemeinschaft. Fallbesprechungen finden überwiegend einmal im Monat oder nach Bedarf mit den jeweiligen Beteiligten statt. Große Fallbesprechungen, bei denen auch externe Beteiligte, wie Angehörige, Therapeuten, Ärzte, etc. eingebunden sein können, werden anlassbezogen durchgeführt. Alle Besprechungen werden protokolliert. Desweiteren realisieren die Einrichtungen, die dazu Unterlagen eingereicht haben, getrennte (Fach-)Teamsitzungen für Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung, zumeist turnusmäßig einmal pro Monat, ebenso wie die Qualitätszirkel der Qualitätsbeauftragten und -mitarbeiter. Leitungszirkel tagen im Regelfall ein- bis zweimal im Monat. Wird in der Einrichtung mit einer „Tourenplanung“ gearbeitet, treffen sich Mitarbeiter und Leitung zur Tourenbesprechung in der Regel einmal wöchentlich. Übergaben finden je nach Organisationsform der Einrichtung zwei- bis dreimal am Tag zu Schichtwechselzeiten statt.

#### **5.1.2.8      *Fazit***

Mit Ausnahme der Präsenzkraft konnte kein Unterschied zwischen den Aufgabenbereichen der jeweiligen Mitarbeiter- und Qualifikationsgruppen festgestellt werden. Außerdem arbeitet man in den Einrichtungen vornehmlich mit den Kernbereichen Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung. Andere Berufsgruppen oder Qualifikationen gibt es in der Einrichtung meist auf der Ebene von Doppelqualifikationen oder Weiterbildung der entsprechenden Mitarbeiter, hier insbesondere der Fachkräfte. Vereinzelt sind Fachkräfte, wie Ergotherapeuten, Altentherapeuten, Theologen/Seelsorger oder Physiotherapeuten im Einsatz. Darüber werden auch Mitarbeiter mit spezifischen Einsatzbereichen, wie z. B. Klangtherapeut oder Aromatherapeut, eingesetzt. Die Auswahl der Mitarbeiter und deren Qualifikation ist primär einrichtungsabhängig und orientiert sich weniger an einer Einschätzung der Bewohnerbedarfe. Unklar bleibt, ob Fachkräfte (beispielsweise Ergotherapeuten) auch in anderen Funktionen, etwa als Betreuungskraft, in den Einrichtungen tätig sind.

Letztendlich zeigt sich dadurch, dass die Möglichkeiten der Landespersonalverordnung – LPersVO (Anlage 1 zu §7) nicht in allen Einrichtungen (umfänglich) ausgeschöpft werden.

Besonderheiten zeigen sich in der Organisation des Personalmix. Beispielsweise werden hier haushaltsähnliche Strukturen insofern abgebildet, da die Pflegemitarbeiter im Rahmen einer Tourenplanung ähnlich wie im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Arbeitsbereiche, die ehemals dem Aufgabenbereich der Plegefach- und Hilfskraft zugeordnet waren, werden vornehmlich auf gering qualifiziertere Präsenzkräfte („Haushalt und Hausfrauen“) übertragen. Begründet wird dies meist normativ mit einer paradigmatischen Betonung von Familie und Normalität oder dem aktuellen und künftigen Fachkraftmangel. Außerdem wird als Begründungen

genannt, dass die Bedürfnisse der Bewohner umfangreicher in den Blick genommen werden könnten und eine Entlastung der Mitarbeiter stattfinden. Betont wird vor allem die Entlastung der Fachkräfte von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, damit diese sich auf den Kernbereich („Cure“) ihrer pflegerischen Tätigkeiten konzentrieren können.

Das Argument der Entlastung scheint in Konstellationen schwierig, in denen es zu einer höchst anspruchsvoll Überlagerung der Aufgaben von hauswirtschaftlichen und pflegerischen bei Mitarbeitern kommt, die weder eine hauswirtschaftliche noch pflegerische Grundqualifikation haben..

Gleichermaßen zeigt sich auch, dass die „Aufgabentiefe“ unterschiedlich ausgestaltet ist, und zwar im Hinblick auf den Grad der Dezentralisierung. Während einige Einrichtungen (Ausnahme Reinigung der öffentlichen Verkehrsflächen) alle Tätigkeiten am und mit dem Bewohner vollziehen, gibt es andere Einrichtungen, die die Wäscherei und Reinigung an externe Dienstleister vergeben. Bei der Speisensversorgung zeigt sich dies ähnlich. Hier reicht die Spanne des Aufgabenbereichs „Speisensversorgung“ von der Vollversorgung im Wohnbereich oder der Wohnküche bis hin zum „Cook and chill-Verfahren“, welches „nur“ die Zubereitung von Teilkomponenten vorsieht. Erwähnenswert ist, dass alle Einrichtungen versuchen ihren Bewohnern Zusatzangebote bereit zu stellen. Deshalb werden hierfür unterschiedliche Mitarbeiterqualifikationen vorgehalten (z. B. Musiktherapie, tiergestützte Betreuung, etc.).

Zu guter Letzt muss festgestellt werden, dass gering qualifizierte Mitarbeiter andere Potentiale, z.B. handwerkliche Erstausbildungen, mitbringen. Wie diese Befähigungen und Möglichkeiten konkret eingesetzt werden wird nicht erwähnt. Das bedeutet aber nicht, dass diese Fähigkeiten nicht im Alltag eingebracht werden. Es ist aber die Frage zu stellen, wie die Organisation diese Fähigkeiten gezielt nutzt.

Im Hinblick auf die Kommunikation wird zudem deutlich, dass die berufsgruppenspezifische Kommunikationszugänge gegenüber den übergreifenden Besprechungen eher im Vordergrund stehen, weniger eine Perspektivenvielfalt.

### 5.1.3 Beschreibung der Bewohnerstichprobe der Online- Befragung

Die Mitarbeiter aus den Modelleinrichtungen haben zu 78 Bewohnern Angaben gemacht (siehe Tabelle 19). 76,3% dieser Bewohner sind weiblich, 23,7% sind männlich. 48,6% der Bewohner sind zwischen 75 und 84 Jahren alt. Die Verteilung der Pflegestufen entspricht in etwa der Verteilung der Pflegestufen aus der Pflegestatistik in Baden-Württemberg<sup>11</sup>. In Pflegestufe 1 sind 35% der Bewohner eingestuft, in Pflegestufe 2 36,1% und in Pflegestufe 3 23,3% der Bewohner. 82,1% der Bewohner wohnt in Einzelzimmern, 17,9% in Doppelzimmern.

**Tabelle 19: Bewohner in den Modelleinrichtungen. Häufigkeiten zu soziodemographischen Angaben**

Merkmal	Ausprägung	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Weiblich	58	76,3
	Männlich	18	23,7
Alter	< 65	5	6,8
	65 – 74	12	16,2
	75 – 84	36	48,6

<sup>11</sup> Dort waren 37% in Pflegestufe 1, 41% in Pflegestufe 2 und 20 % in Pflegestufe 3

	85 – 94	17	23,0
	≥ 95	4	5,4
Pflegegrad	Kein Pflegegrad	1	1,5
	Pflegegrad 1	3	4,6
	Pflegegrad 2	14	21,5
	Pflegegrad 3	19	29,2
	Pflegegrad 4	15	23,1
	Pflegegrad 5	13	20,0
Pflegestufe	Pflegestufe 0/K	2	3,3
	Pflegestufe 0/G	1	1,7
	Pflegestufe 1	21	35,0
	Pflegestufe 2	22	36,1
	Pflegestufe 3	14	23,3
	Pflegestufe 3 mit Härtefall Einstufung	1	1,6
Zimmer	Wohnt in Einzelzimmer	64	82,1
	Wohnt in Doppelzimmer	14	17,9

Die für den Pflegeaufwand relevanten Bewohnercharakteristika sind in Tabelle 20 dargestellt.

**Tabelle 20: Bewohnercharakteristika in den Modelleinrichtungen**

Bewohnercharakteristika	Ja / Nein	Anzahl	Prozent
Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, sich selbständig am Waschbecken zu waschen (ausgenommen Rücken und Beine)?	Ja	39	51,3
	Nein	37	48,7
Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage seinen Rücken und seine Beine selbständig zu waschen?	Ja	6	8,2
	Nein	67	91,8
Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, Mahlzeiten selbständig zu sich zu nehmen (ggf. nach mundgerechter Vorbereitung und / oder mit Hilfsmitteln)?	Ja	67	88,2
	Nein	9	11,8
Ist aufwändiges Anreichen des Essens notwendig (Faustregel länger als 20 Minuten pro Mahlzeit)?	Ja	9	12,3
	Nein	64	87,7
Wird der Bewohner / die Bewohnerin ganz oder überwiegend über Sonde ernährt?	Ja	5	6,8
	Nein	69	93,2
Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage selbständig die Toilette zu benutzen (ggf. mit Hilfsmittel)?	Ja	40	51,3
	Nein	36	46,2
Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, seine Intimhygiene selbständig zu übernehmen	Ja	22	30,1
	Nein	51	69,9
Kann sich der Bewohner / die Bewohnerin nachmittags daran erinnern, was es zum Mittagessen gab?	Ja	41	54,7
	Nein	34	45,3
Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, Gefahren richtig einzuschätzen?	Ja	28	37,8
	Nein	46	62,2

## 5.2 Lebensqualität der Bewohner

Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse der quantitativen Befragung und der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews über Lebensqualität dar. Leitgebend waren zum einen Pflege-, Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe, die Bewohne in der Langzeitpflege selbst formulieren und vom Personal wahrgenommen werden und zum anderen die Bedingungen und Möglichkeiten im stationären Kontext, darauf einzugehen. Innerhalb der einzelnen Dimensionen wird zwischen den beiden Auswertungsmethoden gewechselt, um einen integrierten Einblick über das erworbene Wissen zu ermöglichen. Um hierfür eine Grundlage zu schaffen, sind zunächst die Unterschiede in den vorgestellten Überlegungen zu Lebensqualität, die sich bei den interviewten Mitarbeitern und Leitungen zeigen, zu skizzieren. Anschließend werden die Bedeutung des Personalmix und die Zuständigkeiten der unterschiedlichen Berufsgruppen bei der Förderung von Lebensqualität der Bewohner fokussiert.

### 5.2.1 Strategien zur Erarbeitung eines Verständnisses von Lebensqualität zur praktischen Handlungsorientierung

In der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews mit Mitarbeitern und Leitungen stellen sich Divergenzen in den zugrunde liegenden Konzepten von Lebensqualität bei den interviewten Personen heraus. Die Aussagen zeigen, dass bei dessen bewussten und unbewussten Erarbeitung in informelle und formelle Erfahrungsquellen gegliedert werden kann. Die Quellen unterscheiden sich darin, wie festgeschrieben oder intuitiv eine Vorstellung, von dem was Le-

bensqualität ausmacht und wie sie für Bewohner gefördert werden kann, erworben und angepasst werden. Beides steht sich nicht ambivalent sondern viel mehr dynamisch und ergänzend gegenüber.

Formelle Erfahrungsquellen sind schriftlich formulierte Werte und Normen, die etwa in Einrichtungskonzepten und Leitbildern der Einrichtungen vorhanden sind. Sie bieten den Mitarbeitern einen vorgegebenen Orientierungsrahmen, nach dem sie ihre Handlungen abwägen können.

*„Ja, weil es heißt ja 'Leben wie in einer Familie' und ich kann dann nicht nur Marmelade, wissen Sie, hinstellen, sondern man hat die Pflicht einfach zu fragen: ‚Was möchten Sie denn essen?‘ Und ich darf auch fragen, welches Lieblingsgericht die haben, dass das Lieblingsgericht auch mal gekocht wird.“ (Präsenzkraft)*

Auffallend ist, dass die Konzepte in den Aussagen der Mitarbeitern häufig auf Leitsprüche reduziert bleiben und in den Interviews auch nicht auf Eigeninitiative hin breiter dargestellt werden.

Als weitere mögliche formalisierte Erfahrungsquellen werden standardisierte Dokumentationen oder auch Biografiebögen genannt, in denen konkrete Vorlieben oder Abneigungen notiert und damit Kollegen zugänglich gemacht werden, soweit sie dazu berechtigt und verpflichtet sind.

Um die Leitlinien innerhalb der Einrichtung an die Mitarbeiter weiterzugeben, nennen Leitungskräfte vereinzelt hausinterne und berufsübergreifende Schulungen, wobei nicht vertiefend beschrieben wurde, welche genauen Inhalte weitergegeben werden. Insgesamt scheinen Leitungskräfte, die vermittelnde Rolle einzunehmen sowie als Modell mit einem guten Beispiel voran zu gehen. Als geeignete Rahmen für die Weitergabe von Handlungsnormen und Werten bieten sich Team- und Fallgespräche oder auch, wie beispielsweise im folgenden Zitat, Anleitungen und Einarbeitungen von Mitarbeitern und Auszubildenden an.

*„Meine Einstellung mache ich zum Beispiel Praktikantinnen, Schülerinnen oder auch Kolleginnen transparent im Gespräch mit mir oder wenn ich jemanden anleite, dann sage ich zum Beispiel [...] ganz klar, das ist die Wohnung von so und so und da klingele ich und klopfe und gehe dann rein oder so irgendwie, einfach um klar zu machen, wir sind da drinnen Gast.“ (Leitung Tagespflege)*

Häufiger als die beschriebenen vorgegebenen Erfahrungsquellen werden informelle Reflexionsmöglichkeiten auf die Frage nach einem berufsrelevanten Lebensqualitätskonzept beschrieben. Direkte Resonanzen von Bewohnern werden als besonders akzeptierte Handlungsorientierung bewertet.

*„aber ganz zu Anfang kam ich und da war eine Frau, die lag schon seit acht Jahren im Bett, hing an der Sonde und da hieß es einfach immer, [...] die kriegt gar nix mit und das mag ich gar nicht hören, weil ich setz mich dann ans Bett oder stehe am Bett, ich nehme die Hände gerade bei dieser Frau damals und ich hab dann gesungen. Ich singe sehr viel, ich mache sehr viel mit Musik [...] ich kann mich da ganz rein begeben und hab die Frau beobachtet und die Augen, die Augen haben mir einfach gesagt, die kriegt sehr wohl was mit.“ (Betreuungsassistenz)*

Wie auch in diesem Zitat unterscheiden die Mitarbeiter zwischen verbalen und nonverbalen Signalen und beschreiben als wichtige Voraussetzung für das Wahrnehmen und richtige Deuten eine gute Beziehungsarbeit, aber auch das erworbene Wissen aufgrund von Berufserfahrung, nachdem Handlungsstrategien erprobt und überdacht wurden.

*„Ich denke durch den Beruf macht man schon einen Wandel mit ja. Das liegt einfach daran, was man alles in dem Beruf erfährt durch verschiedene Situationen, wo man Leute begleitet hat in der Palliativphase und für einen selber, klar wie es laufen kann, eben einfach das Lebensende*

*oder der letzte Abschnitt. Und ich denke, das flößt einem schon Respekt ein, weil es natürlich auch ganz schlecht laufen kann und in dem Falle überdenkt man da seine Arbeit nochmal.“ (Leitung)*

Als weiterer Orientierungsrahmen für eine Vorstellung von Lebensqualitätsaspekten werden sowohl von Mitarbeitern als auch von Führungskräften ganz persönliche Wertvorstellungen und Vorlieben herangezogen und auf Bewohner projiziert.

*„Und auch für mich zum Beispiel gehört es zur Lebensqualität dazu, wenn ich jemand pflege und aus dem Zimmer herausbringe, dann ist der für mich schön gekämmt, eingecremt, sauber. Einfach für mich, also ich möchte auch so aus dem Haus gehen, wenn ich unter andere Menschen gehe.“ (Pflegehilfskraft)*

Damit dient die eigene Person als Resonanzkörper für die allgemein möglichen Bedürfnisse von Menschen. Dies wird auch als Argument genutzt, um Meinungsverschiedenheiten in der Gestaltung des Umgangs mit sensiblen Themen zu bearbeiten.

*„I: Und das heißt, Sie wollen die Leute auch so behandeln, wie Sie selber mal alt werden wollen.  
IP: Ja, so möchte ich auch (mal älter werden). So sehe ich das.  
I: (Das wäre so Maß der Dinge.)  
IP: Und ich – [das] Maß wäre zu wissen, wenn man sieht, dass jemand stirbt, dass man den in Ruhe gehen lassen kann.“ (Pflegefachkraft)*

Ob eine Person im Alltagshandeln auf informelle oder formelle Erfahrungsquellen zurückgreift, wird situationsspezifisch entschieden. Als ein entscheidendes Kriterium spielt die verfügbare Zeit eine Rolle. Informelle Quellen werden gerade bei hohem Zeitdruck im Berufsalltag eingesetzt, da sie intuitiv und ohne besondere Vorbereitung herangezogen werden können. Schriftliche Quellen wie die Dokumentationssysteme dagegen können zeitintensiv sein, sowohl in der Erfassung als auch beim Lesen der Informationen.

*„Dokumentation steht auch vieles, aber ganz ehrlich gesagt wenn ich irgendwo anfangen, habe ich auch nicht die Zeit, weil ich brauche ja mehr, weil ich mich einlernen muss, dann hab ich nicht noch Zeit ewig Dokumentation durchzulesen, was der Bewohner jetzt mag oder was er nicht mag.“ (Präsenzkraft)*

Wie das folgende Zitat belegt, kann auch das individuelle Rollenverständnis in Alltagssituationen relevant werden, um die eigenen Einflussmöglichkeiten auf ihre Lebensqualität zu beschreiben.

*„Ich helfe den Bewohner und deren Wünsche zu erfüllen. Ich bin eigentlich so der kleine Wichtel, wo Wünsche erfüllt für meine, ich sage jetzt einfach Omis und Opis.“ (Pflegefachkraft)*

Durchaus überraschend fehlen in den Interviews auch bei Leitungen theoretische Konzepte von Lebensqualität als Bezugsquelle für Handlungsorientierung. Diese wurden zwar nicht explizit im Interviewleitfaden erfragt, spielen aber auch in den Darstellungen der interviewten Personen unabhängig der Ausbildung und der Ebene keine auffallende Rolle. Insgesamt scheint die Vorstellung vorzuherrschen, dass Mitarbeiter auch bei abgeschlossener Berufsausbildung in Aspekten von Lebensqualität und den Möglichkeiten, auf sie Einfluss zu nehmen, nach den Vorstellungen der Einrichtung geschult und sensibilisiert werden müssen oder sie im Laufe des praktischen Berufslebens erwerben.

## **5.2.2 Dimensionen von Lebensqualität**

Im quantitativen Studienpart zeigt sich zunächst dass die Maße der zentralen Tendenz (Mittelwert, Median) in allen Dimensionen im positiven Bereich liegen. Je nach Dimension wird

von 20% bis 35% der Bewohner der Maximalwert der Skala erreicht. In allen Dimensionen existieren jedoch auch Bewohner mit einem negativen Wert, die Häufigkeit dieser Bewohner schwankt je nach Dimension zwischen ca. 5% und 10 %.

Im qualitativen Studienpart wird in einigen Dimensionen deutlich, dass sich die Unterscheidung zwischen den Perspektiven von Leitungen, Mitarbeitern und Bewohnern lohnt. Diese Unterschiede kommen zustande durch die Rollenverteilung im Einrichtungsalltag sowie durch das Verhältnis zwischen Subjektivität und Objektivität bei der Förderung und Bewertung von Lebensqualität. Hier zeigen sich auch Übersetzungsfehler zwischen den formulierten Bedürfnissen der Bewohner und den Angeboten in den Modelleinrichtungen. Inhaltlich sind die einzelnen Darstellungen der Dimensionen jeweils an den Aussagen aus den Interviews angepasst gegliedert.

Die folgenden Dimensionen waren leitgebend bei der Kodierung des Interviewmaterials und sind dem Theoriemodell von Lebensqualität, wie es im Kapitel 3.1.1 dargestellt ist, entnommen. Sie sollen aber, wie bereits ausgeführt, nicht als isolierte Kategorien sondern vernetzt miteinander verstanden werden. Die spezifischen Verhältnisse zwischen den Dimensionen haben insofern eine Bedeutung für die Umsetzung, da sie sich gegenseitig ambivalent oder eng miteinander einhergehend verhalten können und daher in Interventionen bewusst gemacht und eingeplant werden müssen.

### **5.2.2.1        *Selbstbestimmung/ Autonomie***

#### **5.2.2.1.1        *Ergebnisse aus der quantitativen Befragung***

Im quantitativen Studienpart geben die Mitarbeiter in der Dimension Selbstbestimmung/ Autonomie die geringste Lebensqualität von allen Dimensionen an, der Mittelwert liegt bei 4,4 (KI-95 %: 3,64 – 5,59). Dieser im Vergleich niedrige Wert ist in erster Linie auf die geringere Erreichung der Dimension zurückzuführen. Die angegebene Bedeutung der Dimension unterscheidet sich nicht stark von der Bedeutung der weiteren Dimensionen (vgl. 5.3.2 Dimensionsübergreifende und –verbindende Aspekte).

Auch wenn Selbstbestimmung und Autonomie im Vergleich zu den weiteren Dimensionen schlechter erreicht werden, wird das Skalenmaximum noch von 21,8 % der Personen erreicht. Für 9,0 % der Bewohner der Modelleinrichtungen gibt das Personal einen negativen Wert in der Dimension Selbstbestimmung / Autonomie an. Selbstbestimmung und Autonomie ist zudem die Dimension die im Gesamtwert die größte Streuung aufweist.

**Tabelle 21: Selbstbestimmung und Autonomie in den Modelleinrichtungen**

Selbstbestimmung und Autonomie (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	4,2	1	4	4	5
<b>Erreichung</b>	4	1	4	4	5
<b>Gesamtwert</b>	4,6	4,4	3	4	8

#### 5.2.2.1.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

Zunächst lassen sich die Aussagen aus den qualitativen Interviews in drei Subdimensionen der Selbstbestimmung und Autonomie mit variierenden Wirkungsreichweiten unterteilen. Anschließend werden die Aspekte in den drei Perspektiven Bewohner, Mitarbeiter und Leitungen betrachtet.

- Selbstbestimmung und Autonomie beziehen sich auf die Ebene des Individuums und dessen selbstverantworteten Alltag.
- Mit der sozialen Eingebundenheit erweitern sich Möglichkeiten und Bedarfe auf die Mitverantwortung und Mitgestaltung der unmittelbaren Gemeinschaft, die durch das Setting der Langzeitpflege definiert wird.
- Der dritte Bereich umfasst die Mitgestaltungsmöglichkeiten bei den Strukturen der Einrichtung und dessen ermöglichenden oder begrenzenden Rahmenbedingungen, beispielsweise Entscheidungsprozesse unterschiedlicher Reichweite bis hin zu Einrichtungskonzepten wie dem Personalmix.

Da die Aussagen zwischen den Perspektiven kontrastreich sind, werden diese im Folgenden separat ausgearbeitet. Die Zusammenfassung aus den drei Akteursperspektiven bewegt sich innerhalb der drei Subdimensionen und ist jeweils strukturiert in die Bereiche Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, und Durchsetzungsstrategien.

##### 5.2.2.1.2.1 Perspektive der Bewohner

Aus Sicht der Bewohner zeigt sich Selbstbestimmung und Autonomie in ihrem Umgang mit Bedürfnissen und Bedarfen bei der Gestaltung des Alltags und der Annahme oder Ablehnung von zusätzlicher Unterstützung. Dieser Umgang variiert zwischen der bewussten beziehungsweise unbewussten Aufgabe oder der Einforderung von Selbstbestimmung und Autonomie im Kontext der Langzeitpflege.

Die Voraussetzung hierfür ist die bewusste Wahrnehmung der Bedürfnisse und deren Akzeptanz bei potenzieller Diskrepanz zu den Vorstellungen der Mitarbeiter.

*„Ich sage das denen schon, im Guten. Ich will es ja auch nicht haben dass sie böse auf mich sind. Aber sie hören es trotzdem nicht gern.“ (Bewohnerin)*

Einen grundsätzlichen Rahmen für jegliche Handlung bilden die Lebensbedingungen in einer stationären Einrichtung. Diese werden besonders häufig genannt, wenn es um die Möglichkeiten einer autonomen Lebensführung geht. Entscheidend dabei ist die Flexibilität der Einrichtung auf die Individualität ihrer Bewohner einzugehen.

*„Ja, man kann auch Wünsche äußern, wenn man also zum Beispiel besondere Musikveranstaltungen oder so besuchen möchte. Oder man kann zu privaten Festen, wenn also, wenn ich abgeholt werde und geht zum Geburtstag irgendwo oder man fährt mich zu einem Konzert,*

*nimmt man mich mit und so, dann komme ich jederzeit abends nach Hause, wie es für mich stimmt. Also (die gehen hier) auf alles ein, das ist großartig.“ (Bewohnerin)*

In den Aussagen der Bewohner wird immer wieder deutlich, dass sie sich im Gestaltungsspielraum ihres Alltags außerdem an den wahrgenommenen Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter orientieren um etwa nicht die soziale Beziehung zu ihnen zu gefährden oder die Mitarbeiter nicht zusätzlich zu belasten. Dabei ist nicht die objektive Situation entscheidend sondern die subjektive Einschätzung der Betroffenen.

*„Ich hab halt immer nur, ich hab immer Angst, heute Morgen auch wieder, ich fall den Schwestern zur Last, weil ich so Beschwerden mit meinem Po hab. Hab ich heute Morgen wieder gesagt: ‚Ah Schwester, ich mach Euch so viel Arbeit.‘ Dann hat sie gesagt: ‚Für das sind wir doch da‘“ Ist klar, aber ich hab da irgendwie trotzdem Hemmungen.“ (Bewohnerin)*

Dies zeigt, dass das Selbstverständnis der Bewohner für ihre eigene Rolle und Position in der Gemeinschaft zwischen Mitarbeiter und anderen Bewohnern eine Rahmenbedingung für den Umgang mit Selbstbestimmung und Autonomie darstellt, indem es das Maß an Angemessenheit setzt, welche Unterstützung eingefordert wird oder wie viel Autonomie beibehalten werden kann.

*„Ja, ja, weil ich mich da anpassen kann. Ich weiß ja selber, wie das ist, ne. Ne, ich mache da keine Querelen hier irgendwie. Aber da gibt's eben welche, ne. Die denken, jetzt sind sie der Meinung, sie können da bestimmen. Das mache ich nicht. Ich weiß genau, was die machen können oder dürfen und nicht dürfen.“ (Bewohnerin)*

Eine weitere Determinante sind die individuell vorhandenen Ressourcen beziehungsweise die Wahrnehmung der Auswirkungen körperlicher oder geistiger Einschränkungen und die Fähigkeiten, diese als Herausforderung funktional zu bewältigen.

*„[...] und auch dass ich mich nicht mehr so bewegen kann, wie ich möchte. Ich kann ja wohl stehen, aber ich kann nicht mehr laufen und beim Stehen muss ich darauf achten, dass ich nicht dauernd umkippe, nicht. Ich sitze halt im Rollstuhl, Man gewöhnt sich dran und man wird auch mit dem Rollstuhl fertig, aber es ist nicht DAS, gell.“ (Bewohnerin)*

Weitere relevante Fähigkeiten zum Erhalt oder zum Erweitern von Selbstbestimmung und Autonomie, die indirekt aus den Interviews hervorgehen, sind eine geschickte Adaption an die Lebensbedingungen im Pflegeheim, Ausdrucksfähigkeit von Wünschen und Vorstellungen sowie Reflexion der eigenen Person und der Situation.

Strategien um den eigenen Willen entgegen von bestehenden Möglichkeiten im Setting der Langzeitpflege zu erweitern werden nur vereinzelt von Bewohnern wiedergegeben. So empfiehlt eine Bewohnerin die Instrumentalisierung von Angehörigen, um gegenüber den Pflegekräften Druck aufzubauen. Eine andere schildert, dass sie bei einer Überforderung emotional und impulsiv reagiert:

*„Und dann mit dem schnellen Abend, dann fertig machen, wenn du klingelst und so. Wissen Sie, ich kann dann, wenn es so schnell geht, dann werde ich ja dann, dann werde ich auch ein wenig muffliger, dann patze ich, gell. Wenn ich dann sage: ‚Halt, halt, ich bin noch nicht fertig.‘“ (Bewohnerin)*

Insgesamt wird deutlich, dass Bewohner wenige Möglichkeiten für sich sehen, Einfluss auf Rahmenbedingungen und Abläufe in der Einrichtung unabhängig des Konzeptes zu nehmen. Sie können nur wenige Formen der Beteiligung schildern. Eine häufig wiederkehrende Form ist die Mitbestimmung des Essensplans, bei dem Sonderbedarfe zum Teil berücksichtigt werden können. In wenigen Aussagen werden demokratische Abstimmungen zur Entscheidungsfindung beschrieben.

*„IP: Ah ja man hat jetzt gefragt, wegen dem Sterbe-Ding, ob man ein Sterbebild auf-, aufstellen soll, wenn man stirbt, ob man da einverstanden ist und*

*I: Und haben Sie da eine Lösung zusammen gefunden?*

*IP: Ja. Die einen waren nicht dafür und die anderen haben ja gesagt.*

*I: Und wie haben, wie machen Sie es jetzt? [...]*

*IP: Ja das, weil die meisten waren nicht einverstanden.“ (Bewohnerin)*

In vielen Fällen bleibt die Stufe der Beteiligung bei der passiven Informierung über Veränderungen oder die Bewohner nehmen gar keine Einbeziehung in Entscheidungsprozesse wahr.

*„I: Okay und wenn hier etwas verändert wird auf dem Wohnbereich, haben sie das Gefühl, dass sie dann gefragt werden, wenn es Veränderungen gibt oder Dinge plant?*

*IP: Ja. Ja, das sagen sie dann schon und ist da vorne am Plakat auch geschrieben.“ (Bewohnerin)*

#### 5.2.2.1.2.2 Perspektive der Mitarbeiter

Die Möglichkeiten für eine selbstbestimmte und autonome Lebensführung liegen insoweit in der Verantwortung der Mitarbeiter in der Langzeitpflege, als sie sich mit den wahrgenommenen Bedarfen der Bewohner in einer ethischen Reflexion auseinandersetzen müssen, um sie schließlich gezielt zu unterstützen und zu aktivieren oder eine Begrenzung nachvollziehbar begründen zu können. Dies setzt voraus, dass sie unterschiedliche und zum Teil ambivalente Interessen zwischen den Bewohnern sowie zwischen Bewohnern und Mitarbeitern erkennen und klientenzentriert gegeneinander abwägen können und koordinieren.

*„[...] wir fangen eigentlich immer täglich so zwischen zehn und halb elf, also nach dem Frühstück mit der Betreuungszeit an, wo man Aktivierungszeit macht praktisch so diesen groben Zeitplan, weil es würde ja wieder diese verschiedenen Berufsgruppen würden ja nicht miteinander funktionieren, gerade Küche und so weiter, wenn es dieses Gerüst nicht gäbe.“ (Betreuungsassistentz)*

Daraus folgt, dass die zeitlichen Ressourcen, strukturellen Handlungsspielräume sowie die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter den Rahmen für eine gezielte Förderung und Aktivierung setzen. Damit hängen beispielsweise der Personalschlüssel, die Kontrolle über Prozesse wie die Essenszubereitung durch dezentrale Küchen mit möglichst individuellen Speiseplänen und die methodische Flexibilität der Mitarbeiter zusammen.

Dieser Rahmen wirkt sich darauf aus, inwieweit sich das Personal individuell und flexibel auf Bewohne einlassen und starre Handlungsrouninen durch alltäglich angepasste Abläufe innerhalb der Einrichtung ergänzen und bei Bedarf ersetzen kann.

*„I: Und sie sagen im Spätdienst kann man zwei Bewohner die Dusche anbieten ist das dann abgesprochen oder melden die sich oder gibt es da*

*IP: Wir haben ein Duschplan wo das drauf steht, ja*

*I: Und wie, ist da ein Rhythmus für das Duschen?*

*IP: Jede Woche duscht jeder einmal.“ (Pflegefachkraft)*

Eine weitere relevante Bedingung für die Gestaltung von Selbstbestimmung und Autonomie ist der jeweilige Wertemaßstab und das Verständnis für die Dimension bzw. die Fähigkeit, davon abweichende Lebensentwürfe bei Bewohnern anzunehmen.

*„Am Anfang hatte ich auch Probleme damit, wenn ich dachte, der kann doch nicht so herumlaufen, aber jetzt mittlerweile ist das halt einfach so für ihn ist das richtig und dann muss das für mich halt auch richtig sein, auch wenn ich Pflegekraft bin aber dann ist es halt einfach so, ja.“ (Pflegefachkraft)*

Im Wechselspiel mit den Dimensionen Sicherheit und körperliches Wohlbefinden zeigen sich immer wieder Herausforderungen für die Ermöglichung von individueller Selbstbestimmung, etwa wenn gezeigtes Verhalten nicht mehr tragfähig für die Einrichtung wird oder die eigene Gesundheit bedroht. In diesen Fällen ist ein sensibles und gut abgestimmtes Fallmanagement aller Berufsgruppen und Transparenz der Interventionen erforderlich, um die Situation zu lösen und der Person gleichzeitig größtmögliche Mitgestaltung des Prozesses zu ermöglichen.

*„Dann irgendwann hat die Tochter gesagt, das geht so nicht mehr. Sie muss bei uns einziehen, weil die halt eben dann auch mit Bewohnern beim betreuten Wohnen, die halt eben auch mit Alkohol Probleme hatten, [...]. Und die Mutter wollte zuerst nicht hier her, hat es dann aber eingesehen, dass es doch gut ist, wenn sie so ein bisschen unter Aufsicht ist. [...] gut, die weiß natürlich auch, wir reden auch offen miteinander, weiß da schon, dass jeder Bescheid weiß über sie auch und so und aber nichtsdestotrotz hat sie größtmögliche Freiheiten hier.“ (Pflegefachkraft)*

Schließlich zeigt sich als zentrales Ergebnis in der Dimension, dass die Förderung von Selbstbestimmung und Autonomie und die Aktivierung zur stärkeren Mitgestaltung des Wohnumfeldes keiner speziellen Mitarbeitergruppe als Aufgabe zugeordnet werden kann, sondern eher das multiprofessionelle Team und die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Fokussierungen herausfordert, um Zeit- und Handlungsabläufe miteinander abzustimmen. So gelingt eine authentische Umsetzung der angestrebten Bewohnerzentrierung.

*„Also wie können wir Zeitfenster organisieren, dass die Frau pflegerisch gut versorgt ist? Altersbetreuungsmäßig, was können wir der Frau, [...] da hat die Kraft sich aus der Küche sehr mitgebracht und da freut man sich einfach drüber und wenn sich jeder mit seinen Ideen an diesen, an diesen Tisch mit setzt und alle, alle bringen sich ein und und wir setzen es um [...] und wenn man dann den Bewohner siehst und er lächelt, er ist zufrieden, er hat, er ist nicht mehr stressgetrieben, so des freut mich und des hab ich hier auch schon oft erlebt.“ (Wohnbereichsleitung)*

#### 5.2.2.1.2.3 Perspektive der Leitung

Die Rolle der Leitung in dieser Dimension liegt vor allem in der richtungsweisenden Gestaltung von strukturellen Rahmenbedingungen, wie sie für Bewohner und Mitarbeiter gelten und wie weit sie die Ausgestaltung auf diese Ebenen delegieren können.

Eine wichtige Voraussetzung für einen gelingenden Prozess ist die sensible Wahrnehmung von unterschiedlichen Interessen zwischen den Akteuren. Und auch in der Leitungsperspektive spielen die persönlichen Werte und Vorstellungen von Selbstbestimmung und Autonomie und wie diese gefördert werden eine relevante Rolle. Als bewährte Strategien werden Teamentwicklung und eine immer wieder überarbeitete Zuständigkeitsabstimmung genannt, um Arbeitsprozesse reibungsarm zu gestalten und eine größtmögliche Flexibilität für die Mitarbeiter bei der Versorgung und Begleitung der Bewohner zu mehr Autonomie zu erreichen.

*„[...] das ist für mich Lebensqualität, wenn jemand sagen kann, ich möchte heute einkaufen gehen, habt ihr jemanden? Man kann jemanden zur Seite stellen und kann sagen, jo sie können raus gehen.“ (Leitung)*

Gleichzeitig braucht es auch Raum für die Wünsche von Bewohnern, bei denen sie Hilfe vom Personal benötigen. Dieser entsteht im persönlichen Kontakt, wenn eine Person vom Personal gezielt und regelmäßig nach den Vorstellungen beispielsweise beim Essen befragt wird und mitgebrachte Rituale bei Bedarf in den Alltag im Pflegeheim eingebaut werden. Dabei ist der Beziehungsaspekt zu berücksichtigen. Bereits die Aussagen aus der Bewohnerperspektive

zeigen, dass es Vertrautheit und ein geeignetes Rollenverständnis braucht, damit sich Bewohner öffnen und Bedürfnisse äußern können. Eine geäußerte Möglichkeit, dem zu begegnen, ist eine Vielzahl an Bezugspersonen bereit zu halten, um den Betroffenen eine Auswahlmöglichkeit zu bieten.

*„Also ich sehe den, den Unterschied, wenn jetzt zum Beispiel der Bewohner, er kann mit Person A nicht gut und die wäre jetzt zuständig immer, ja, bin ich der Meinung seine Bedürfnisse nicht so mitteilen würde. Er nimmt sich eher zurück. So hat er eben mehrere, auf die er zugehen kann und dadurch äußert er seine Bedürfnisse breiter, ja, und somit erfasst, wenn das Team gut ist, erfasst das Team die Bedürfnisse des Bewohners von allen Seiten. Und das finde ich, würde ja, bereichert einfach.“ (Hausleitung)*

Eine konsequente Fortführung dieser Öffnung der Strukturen für individuelle Bedürfnisse ist ihre Kommunikation in Bewohnerbesprechungen oder einrichtungsübergreifenden Gremien. Einen weiteren Schritt bildet die Beteiligung von Bewohnern bei eben solchen Besprechungen, um ihre Selbstbestimmungskompetenzen und die Eigeninitiative zu fördern und ihnen damit auch die Mitgestaltung auf der Heimebene zu ermöglichen.

*„Zum Beispiel eine Bewohnerin die ja bei uns auch Heimbeirätin ist und die in dieser Rolle natürlich auch sich bedeutsam empfindet und die dann eben auch, wenn wir hier Heimbeirat haben, fragen wir auch immer, was kommt aus Ihrer Sicht noch, was haben sie noch für Anliegen? Und sie bringt dann immer wieder dann einfach auch wirklich Sachen ein, die man verändern muss und die man dann auch rasch verändern kann, ja. Und das ist dann schon ein Gefühl, ich habe heute Morgen was gesagt und heute Mittag wird der Missstand geändert.“ (Leitung)*

In einigen Aussagen wird dabei zwischen den kognitiven Ressourcen der Personen unterschieden. Hier zeigt sich eine Herausforderung für die Dimension Selbstbestimmung und Autonomie, Instrumente und Methoden in der Langzeitpflege zu entwickeln, um auch kognitiv beeinträchtigten Personen eine möglichst breite Mitwirkung zu ermöglichen sowie Prozesse auf Heimleiterenebene transparent zu machen.

Auch in der Leitungsperspektive spielt die Auseinandersetzung mit einer Ambivalenz zwischen Selbstbestimmung und objektiv beurteilbarem selbstschädigenden Verhalten eine Rolle.

*„Also meine Ansprüche haben sich dahingegen verändert, dass ich nicht mehr den Anspruch habe das alle hier perfekt gepflegt sein müssen, weil es gibt auch einfach Menschen die wollen das gar nicht. Also ich habe eine Bewohnerin gehabt die hat fünfzehn Jahre nicht geduscht, warum soll sie dann hier plötzlich duschen, wo ich denke stelle ich mir persönlich ganz furchtbar vor, aber sie wurde über neunzig damit.“ (Leitung)*

Der Umgang mit dieser Ambivalenz stellt sich immer wieder als ein Akt der Balance dar, die Lebensentwürfe weitgehend zu akzeptieren und gleichzeitig mit dem körperlichen Wohlbefinden und der Sicherheit abzuwägen sowie sie eventuell auch in der Darstellung der Versorgungsqualität zu integrieren.

## **5.2.2.2 Privatheit**

### **5.2.2.2.1 Ergebnisse aus der quantitativen Befragung**

Der Mittelwert in der Dimension Privatheit liegt bei 6,0 (KI-95 %: 5,3 – 6,8) bei einer Standardabweichung von 3,4. Im Vergleich zu anderen Dimensionen liegt der Wert im mittleren Bereich 2,6 % der Bewohner haben einen negativen Wert. Die Dimension Privatheit hat zudem die zweithöchste Erreichung (Mittelwert 4,4; KI-95 %: 4,2 – 4,5).

Bewohner in Einzelzimmern (Mittelwert: 6,2; N = 64; KI-95 %: 5,4 – 7,1) weisen deskriptiv eine höhere Lebensqualität auf als Bewohner in Doppelzimmern (Mittelwert: 5,1; N = 14; KI = 3,3 -

7) (U=357, p=0,223), dieser Unterschied wird jedoch nicht signifikant, was auf die geringe Fallzahl der Personen aus Doppelzimmern zurückzuführen ist<sup>12</sup>.

**Tabelle 22: Privatheit in den Modelleinrichtungen**

Privatheit (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	4,2	1	4	4	5
<b>Erreichung</b>	4,4	0,7	4	4,129	5
<b>Gesamtwert</b>	6	3,4	4	5	10

#### 5.2.2.2.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

Im Lebensqualitätsmodell wird bereits zwischen unterschiedlichen Formen von Privatheit unterschieden. In den qualitativen Interviews zeigen sich folgende drei Subdimensionen:

- **Räumliche Privatsphäre:** Wie sind die Räume im Pflegeheim gestaltet? Gibt es Privatzimmer mit abschließbaren Türen oder alternative besondere Rückzugsräume für Bewohner, über die sie autonom verfügen können?  
*„wenn ich kein eigenes Zimmer hätte, würde ich des denk ich hier gar nicht aushalten. Ich brauch allein sein, ich muss mit meinen Gedanken allein sein können. Ich kann mich nicht nach einem, irgendeinem fremden Menschen richten, den müsste ich schon sehr, sehr gern haben und in meinem Alter schließt man sich nicht mehr an Menschen schlecht an [...]“ (Bewohnerin)*
- **Soziale Privatsphäre:** Wie können Beziehungen zu anderen Bewohnern und Mitarbeitern gestaltet werden? Wie können die Personen Nähe und Distanz gestalten?  
*„IP: Wissen sie und ich lasse mich nicht so gerne anfassen von den Leuten, weil ich mag das nicht. Immer (geifern) sie dann auf mich dann rum. Nummer eins: sehe ich, was sie mit ihren Fingern überall machen? Wissen sie und dann bin ich, wissen sie und das ist [leiser] furchtbar. I: Sie schützen sich, indem sie hier abschließen hier auch oder?  
IP: Ja, immer, ich bin nur eingeschlossen, nur eingeschlossen“ (Bewohnerin).*
- **Persönliche Privatsphäre:** Wie geht das Personal mit persönlichen Daten um?  
*„sie haben schon gesagt, auch wenn was ist, wenn mich was bedrückt, ich kann jeder Zeit kommen. Aber ich fresse lieber in mich rein, weil das nicht bei demjenigen bleibt mit dem ich gesprochen habe, sondern es geht an das andere Personal. Und das kann ich nicht brauchen.“ (Bewohner)*

Die Beurteilung der Verhältnisse innerhalb der Subdimensionen von Bewohnern erfolgt anhand der Möglichkeiten sich selbstbestimmt und bewusst zurückziehen zu können, wenn sie das Bedürfnis danach haben. Auf diese Weise können sie zeitnah eine unangenehme Situation verlassen und Sicherheit wiederherstellen. Hier sind sie auf die vorhandenen persönliche Ressourcen wie Mobilität und verbale Äußerung angewiesen bzw. auf die Unterstützung durch das Personal.

#### 5.2.2.2.1 Gestaltung von Privatheit

Übergreifend zeigen die Aussagen aus den Interviews, dass Interventionen zur Sicherung oder Erweiterung von Möglichkeiten von Privatheit die Ressourcen der Bewohner berücksichtigen und diese fördern müssen. Um fehlende Fähigkeiten zu kompensieren, muss das Personal für kritische Situationen, wenn die Privatsphäre durch ungewollte Nähe verletzt wird, sensibilisiert

<sup>12</sup> Da nur sehr wenige Angaben zu Bewohner aus Doppelzimmern gemacht wurden liegt die Power für einen Effekt von D = 0,2 bei einem Fehler 1.Art von 5% bei 9%

werden und die Gruppendynamik stets auf diesen Aspekt hin beobachten, um rechtzeitig bei Konflikten zwischen den Bewohnern zu intervenieren. Die Stellenbeschreibungen in den Modelleinrichtungen weisen darauf hin, dass vor allem Präsenzkräfte und die Alltagsbetreuung die größte durchgängige Präsenz auf den Wohnbereichen haben und daher häufig eine Beobachterrolle übernehmen. Die Dimension Privatheit muss dennoch berufsgruppenübergreifend berücksichtigt werden, um die Bewohner bei der Gestaltung von Rückzug und Teilnahme an der Gemeinschaft zu unterstützen.

*„Also gerade in der Anfangszeit, wenn jemand da ist, ist mir das auch sehr wichtig, zu gucken, [...] will die Frau ihre Ruhe haben oder will sie Kontakt? Hat sie die Tür offen, freut sie sich über Besuch im Zimmer oder ist sie gern - und mit Anderen, mit wem könnte sie sich vertragen? Also das [ist] fast ein bisschen wie so ein Puzzlespiel inzwischen.“ (Soziale Betreuung, Sozialarbeiterin)*

Für eine möglichst große Flexibilität müssen die Räumlichkeiten im Wohnbereich entsprechend vielfältig und differenziert eingerichtet werden, sodass sie Wahlmöglichkeiten für die Bewohner zulassen.

In den Interviews wurde kein angewandtes Konzept zum Umgang mit personenbezogenen Daten benannt.

#### 5.2.2.2.2 *Konsequenzen aus der Dimension Privatheit*

In den qualitativen Interviews wird eine Diskussion zur normativen Bewertung von Rückzug aus der Gemeinschaft angedeutet. Auf der einen Seite werden „lebendige“ Aufenthaltsräume und besonders aktive Bewohner als Qualität der Einrichtung herausgestellt.

*„Die Frau Y. zum Beispiel, ist eine ganz Tolle, die zieht sich drei-, viermal am Tag um. Und das ist was Wertvolles für eine Einrichtung auch nochmal.“ (Leitung)*

Auf der anderen Seite gibt es das Bewusstsein dafür, dass Rückzugsräume wichtig sind. Der entscheidende Aspekt wird in die Schnittstelle zur Dimension Selbstbestimmung und Autonomie gelegt. Ein Rückzug aus einem Fremdzwang heraus, wie es eine mangelnde Bewältigung von Krankheit sein kann, wird negativ bewertet und wird zum Gegenstand von professionellen Interventionen.

*„dann haben wir da aber auch Bewohner, die sich immer sehr zurückziehen. Zum einen, weil sie nicht wollen dran teilnehmen oder auch weil sie vom Gesundheitszustand nicht teilnehmen können. Und da fällt es mir oft auf, dass solche Bewohner dann manchmal etwas durch das Raster einfach fallen, ne weil da auch wieder vom Zeitlimit her es einfach nicht möglich ist, sich dem Einzelnen dann zu widmen, dem einfach ein bisschen Lebensqualität zu schenken indem man sich seinem Persönlichen annimmt“ (Pflegehilfskraft)*

Dagegen wird die Möglichkeit für einen selbstbestimmten Rückzug aus der Gemeinschaft zu einer zusätzlichen Lebensqualität im Alltag gewertet und durch das stationäre Setting und freie Beziehungsgestaltung gefördert.

*„sie können zusammen Fernseh' gucken, sie können singen, sie können spielen, also sie können das eigentlich schon und wie gesagt, sie können sich auch jederzeit zurückziehen und das ist dann ihr Reich. In einer Familie können sie es vielleicht nicht, mal [leben] sich zurückziehen.“ (Pflegedienstleitung)*

Diese Unterscheidung in der vielfältigen Qualität eines Rückzugs betont noch einmal den Bedarf für Mitarbeiter, sich mit dem Verhalten von Bewohnern beobachtend und differenziert auseinanderzusetzen, um Handlungsbedarf im Einzelfall zu erkennen und Interventionen systematisch zu planen.

matisch anzusetzen. Voraussetzung ist die Wahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Räumen in der Einrichtung. Wie auch der quantitative Part aufzeigen kann, fördern Einzelzimmer die Möglichkeit für selbstbestimmte Privatheit.

### 5.2.2.3 Sicherheit

#### 5.2.2.3.1 Ergebnisse aus der quantitativen Befragung

Der Mittelwert in der Dimension Sicherheit beträgt 6,0 (KI-95 %: 5,3 – 6,8) bei einer Standardabweichung von 3,3. Für eine Bewohnerin wird ein negativer Wert angegeben. 33,3 % der Bewohner erreichen den Maximalwert von 10. Im Vergleich zu den anderen Dimensionen zeigen sich in der Dimension Sicherheit keine Auffälligkeiten.

**Tabelle 23: Sicherheit in den Modelleinrichtungen**

Sicherheit (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	4,3	0,9	4	4,53	5
<b>Erreichung</b>	4,4	0,6	4	4	5
<b>Gesamtwert</b>	6	3,3	4	5	10

#### 5.2.2.3.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Aussagen aus dem stationären Alltag, die der Dimension Sicherheit zugeordnet werden konnten, lassen sich zunächst in drei Bereiche gliedern. Sicherheit bzw. das subjektive Gefühl dafür entsteht im Kontext von Handlungskompetenzen, der körperlichen Unversehrtheit und sicherheitsförderlichen Eigenschaften von Räumen wie beispielsweise Abschließbarkeit oder Aufsicht, wodurch Schutz besonders erlebbar wird.

*„Weil ich daheim niemanden habe. Und dann hätte ich müssen eine Frau nehmen, von Polen. Und die hat auch (...) gekostet. Und dann haben sie gesagt: ‚Du hast Geld und du hast ja noch Grundstück, dann verkaufen wir die und dann kannst im Heim bleiben.‘“ (Bewohnerin)*

#### 5.2.2.3.2.1 Förderung eines Sicherheitsempfindens

Gefährdungssituationen und Unsicherheit wurden in den Bewohnerinterviews in zwei Formen berichtet. Eine Form sind Übergriffe durch andere Bewohner. Personen, die von solchen Situationen berichten, sind durch körperliche Einschränkungen besonders gefährdet und nennen selten Strategien, mit denen sie sich selbst schützen können. Als letzte Möglichkeit des Selbstschutzes bleibt dann der Rückzug ins Privatzimmer, wenn dieses abschließbar ist.

*„Ja, also diese Frau, vor der hab ich Angst. Und zwar, ich hab immer mittags draußen gewartet bis das Pflegepersonal von der Schicht zurückkommt und dann können sie mich ins Bett bringen und da bin ich auch gesessen. Und sie spielt immer gern am Rollstuhl rum und dann habe ich gesagt: ‚M., lass das doch bitte bleiben. Du weißt, der Rollstuhl geht kaputt.‘ Das hat die M. nicht gestört und plötzlich packt die mich hier und schüttelt mich und schlägt mich. Das war unter aller - und dann ist zum Glück der Pfleger gekommen.“ (Bewohnerin)*

Dieser Trend lässt sich auch in den quantitativen Daten finden. In Wohneinheiten mit weniger Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben kognitiv gesunde Bewohner<sup>13</sup> ein geringeres Sicherheitsempfinden (vgl. Tabelle 24).

<sup>13</sup> Operationalisiert über die Frage Ist der Bewohner / die Bewohnerin in der Lage, Gefahren richtig einzuschätzen?

**Tabelle 24: Erreichung der Dimension Sicherheit und eingeschränkte Alltagskompetenz**

Prozentsatz der BewohnerInnen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Erreichung der Dimension	Anzahl
50 - 70	5	5
70 – 80	4,6	7
80 – 90	4,5	8
90 - 100	3,9	8

Bei der zweiten Form von Verunsicherung handelt es sich um den (subjektiven) Verlust von Kontrolle über Lebensbereiche, die die eigene Person betreffen wie etwa körperliche Funktionen.

*I: Mit den Tabletten funktioniert es nicht.*

*IP: Schon viermal. Gestern war's, gestern Abend. Eine falsche Tablette. Und schon dreimal die falsche Tablette. Wenn ich sie kennen würde.*

*I: Sie gucken immer rein in den Becher und sehen das sind nicht die Richtigen.*

*IP: Ich kenne genau meine Tablette.“ (Bewohnerin)*

Die Gefahrenquellen müssen aber nicht unbedingt andere Personen sein. Selbstgefährdendes Verhalten z. B. durch Weglauftendenzen oder hygienische Bedingungen im persönlichen Zimmer stellt eine Form der Gefährdung dar, die Mitarbeiter wahrnehmen. Sie fordert frühzeitiges sensibles und professionelles Handeln heraus, das die Selbstbestimmung trotz Gefährdung respektiert.

*„Ja dass man ein Stückweit Leute in ihrem Zimmer, das ist Privatsphäre, dass kann dann auch noch chaotischer aussehen und ja, dass man das dann auch lässt, solange es nicht gefährlich wird, dass man da halt dann miteinander ja dran ist und mit Einverständnis des Bewohners aufräumt oder mit dem Bewohner mal aufräumt, wenn es wirklich dran wäre.“ (Leitung Hauswirtschaft)*

Um Situationen der Fremd- und Selbstgefährdung entgegenzuwirken wird von Mitarbeitern und Leitungen die Bedeutung einer ständigen Präsenz auf dem Wohnbereich für die objektive Sicherheit betont. Auf diese Weise sind eine Ansprechbarkeit und ein unmittelbares Eingreifen bei Bedarf gewährleistet. In den Modelleinrichtungen übernehmen dies häufig Berufsgruppen wie Alltagsbegleitung bzw. Präsenzkräfte oder Mitarbeiter der Hauswirtschaft aufgrund ihrer Präsenz auf den Wohnbereichen, obwohl sie dafür nicht spezifisch ausgebildet werden. Unklar bleibt, ob und inwieweit sie für die Gefahrenerkennung einrichtungsspezifisch nachgeschult werden und wie der Kommunikationsprozess in konkreten Situationen abläuft und in der Qualität gesichert wird. Die konsequente Fortführung von diesem Ansatz findet seine Grenzen der Umsetzbarkeit in der individuellen Alltagsgestaltung der Personen und dem Personalaufwand, der mit der Begleitung jeder einzelnen verbunden ist.

*„Ja, es gib so Bewohner, die haben ihre Wünsche und wenn ich die nicht erfüllen kann, dann machen sie halt selbst entgegen allen guten Rates. Wenn sie vor zum Edeka, wollen sich Pralinen holen und ich sage: ‚Aber nicht alleine.‘ ‚Können Sie mit?‘ ‚Ja, ich kann hier nicht weg sonst sitzen hier zehn Leute alleine.‘ ‚Ja dann gehe ich halt alleine.‘“ (Pflegefachkraft)*

Die Konsequenzen einer ständigen Aufsicht der Bewohnergruppe für die Gestaltung ihres Alltags wurden in den Interviews nicht vertieft ethisch hinterfragt. Potenziell könnten etwa die Auswirkungen von einer ständigen Beobachtung zur Förderung von Sicherheit auf die Dimension Privatheit hinterfragt werden.

Als Präventionsmaßnahme entgegen körperlicher Gefahren wurde die Förderung funktionaler Kompetenzen etwa durch regelmäßige Sturzprophylaxe der Bewohner genannt. Gerade hier kann ein gut abgestimmtes Zusammenarbeiten zwischen den Arbeitsbereichen Pflege und soziale Betreuung zielführend sein.

*„die sind schon auch, die sind auf verschiedene Sachen zurück zu führen, auf Pflege natürlich auch, auf die routinierte, aber Stürze sind auch auf die Beschäftigung zurück zu führen, weil jemand, der ab und zu zur Sturzprophylaxe geht oder beschäftigt ist oder eben im Gehen sicherer ist oder auch vom Denken her, ist ja alles miteinander gekoppelt, der stürzt vielleicht auch nicht so häufig, wie ein Anderer, der eben keine Ansprache hat.“*

Für den Umgang mit der Gefährdung durch andere Bewohner mit aggressivem Verhalten wurde keine Strategie zur Erweiterung der Handlungskompetenz der Betroffenen durch Mitarbeiter oder Leitungen aufgezeigt.

In einigen Fällen werden technische Hilfsmittel zur Anpassung der räumlichen Bedingungen und zum Selbstschutz eingesetzt. Gerade bei Weglauftendenz wird darauf zurückgegriffen. Auch an dieser Stelle wird in den Interviews sowohl auf Mitarbeiter- als auch auf Leitungsebene auf Eigeninitiative kein ethisches Leitbild als Hintergrund thematisiert.

*„Die, wo den Freiheitsdrang haben zu laufen, die dürfen laufen, wohin sie wollen, immer im Kreis quasi und die kommen eigentlich auch nicht raus und wir, also vorne im vorderen Bereich, die weglaufgefährdet sind, die haben ja so Transponder. Und sobald die sich ja in den Fahrstuhl begeben, fährt der nicht mehr. Also das, die kommen nicht weg und auch an die Türe, wenn die die Tür aufmachen und die haben dieses Armband dran, dann läutet es.“ (Pflegehilfskraft)*

#### 5.2.2.3.2.2 Strukturelle Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung

Zusammengefasst zeigen sich drei relevante Aspekte als Voraussetzung für eine sicherheitsförderliche Umgebung im stationären Kontext.

- Bei der Gestaltung von Räumlichkeiten muss die Perspektive besonders schutzbedürftiger Bewohner mit eingeschränkten Kompetenzen zum Selbstschutz besonders berücksichtigt werden. Der Einsatz von technischen Hilfsmitteln muss im Einzelfall ethisch reflektiert werden, um Selbstbestimmung und Datenschutz zu respektieren.
- Die Dimension Sicherheit sollte bei der Personalplanung berücksichtigt werden, um ständige Ansprechpersonen vorzuhalten und Betroffene individuell und behutsam bei Ängsten zu begleiten. Hier ist eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Berufsgruppen Voraussetzung, um die nötige Sensibilität für Unsicherheiten und Gefährdungssituationen bei allen Beteiligten zu erzeugen und Kommunikationsprozesse effizient zu gestalten.

*„Ich hatte die letzte Woche eine Bewohnerin, die ist nach einem Sturz sehr, sehr, sehr ängstlich, panisch ängstlich geworden, nur eine Mobilisation zu machen vom also nur die an den Bettrand zu setzten, ja, und dann nur eine kurze Strecke mit ihrem Rollator zu laufen. Die habe ich dann hingesezt und ich sage, Frau Punkt-Punkt-Punkt, jetzt kommen wir erstmal zur Ruhe, ich setze mich hierhin, tun fünfmal gut durchatmen und dann probieren wir das. Nein, nein, das schaffe ich nicht. Und jetzt haben wir dann es doch geschafft. Wir haben es vom Bett bis ins Bad auf Toilette. Ich habe sie immer wieder motiviert und sie war danach so glücklich.“ (Wohnbereichsleitung)*

- Präventive Maßnahmen zielen auf die Erweiterung der Handlungskompetenz der Betroffenen ab. Dazu gehört neben Betreuungsangeboten wie Sturzprophylaxe auch die Thematisierung des Umgangs mit Gefahrensituationen im stationären Kontext. Unklar bleibt, welche Konzepte dazu in den Modelleinrichtungen vorhanden und erprobt sind und in wieweit sie weiterentwickelt werden müssen.

Zudem zeigt sich die Qualität der Zusammenarbeit in dieser Dimension als Einflussgröße. Die Gestaltung von Kommunikationsprozessen ist entscheidend bei der Weitergabe von relevanten Informationen, um sicherheitsgefährdende Situationen zu vermeiden.

*„Also hab ich nach der Pflege bemerkt, dass bei uns, in Badewanne, normalerweise muss man die Schüssel nach der Grundpflege desinfizieren. Und aus diesem Desinfektionsschlauch kommt kein Desinfektionsmittelmix sondern nur Wasser. Das heißt, ich bin auch verpflichtet, anzumelden. Ich hab dem Hausmeister Bescheid gesagt. Der Hausmeister sagt mir: Dieses Thema ist schon bekannt, seit zwei Wochen, muss man erst mit dem Chef die Kosten abklären, blablabla. Da hab ich gesagt: Du kannst mir sagen, du willst jetzt sagen, dass seit einer Woche oder zwei Wochen, Sie verstehen mich, ne, was ich jetzt damit meine?“ (Wohnbereichsleitung)*

## 5.2.2.4 Soziale Beziehungen

### 5.2.2.4.1 Ergebnisse aus der quantitativen Befragung

Die Dimension Soziale Beziehungen ist durch eine große Streuung in den Daten gekennzeichnet. Zwar wird von 34,6 % der Personen das Skalenmaximum erreicht, für 7,7 % der Bewohne ergibt sich jedoch ein negativer Gesamtwert. Der Mittelwert der Skala beträgt 5,6 (KI-95 % 4,7-6,6). Die große Streuung im Gesamtwert ist auf eine große Streuung in der Subjektiven Bedeutung von „Sozialen Beziehungen“ zurückzuführen. Für 17,9 Prozent der Bewohner wird die Bedeutung mit „nicht wichtig“ oder „eher nicht wichtig“ angegeben.

**Tabelle 25: Soziale Beziehungen in den Modelleinrichtungen**

Soziale Beziehungen (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	4,1	1,2	4	5	5
<b>Erreichung</b>	4,3	1	4	5	5
<b>Gesamtwert</b>	5,6	4,4	4	5	10

### 5.2.2.4.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

In der Dimension Soziale Beziehungen wurden die qualitativen Interviews auf Aspekte der interpersonellen Beziehungsgestaltung zu anderen Bewohnen und Mitarbeitern sowie auf die Gestaltung der Gruppendynamik auf den Wohnbereichen hin ausgewertet. Zuletzt finden auch Aussagen zur Gestaltung von Kontakten von außen Eingang in die Ergebnisdarstellung.

#### 5.2.2.4.2.1 Soziale Beziehungen zwischen Bewohnern und Mitarbeitern

In allen Interviews mit Bewohnern spielte die Beziehung zu Mitarbeitern eine besondere Rolle. Unabhängig der Beschaffenheit des sozialen Netzwerkes einer Person verfügt sie in jedem Fall über den Kontakt zum Personal. In einigen Aussagen wird eine zugrunde liegende Vorstellung deutlich, mit den Beziehungen zu Mitarbeitern ein unbefriedigendes privates Netzwerk ergänzen zu wollen, gerade wenn der Kontakt zu anderen Bewohnern schwer fällt.

*„Ich würde schon gern mal sagen: „Ach X, ich wollt gerne mal irgendwie (ein Radio), ein wenig Blödsinn mit machen, also oder mal vorne im Ding Rad fahren, so. Aber da gibt's die Zeit nicht dazu, ne. Man muss dann die Leute beschäftigen, vorlesen. Sage ich: „Ach X, kommen sie rüber auf den Balkon auf einen Kaffee? Kommen sie jetzt für ein paar Minuten her?“ „Ne, ich habe keine Zeit, ich kann nicht, ich kann nicht.“ Ah was ist dann? Weil ich habe ja keine Unterhaltungsperson vorne.“ (Bewohnerin)*

Mit diesem unterschiedlich ausgeprägten Wunsch treffen die Betroffenen auf die Perspektive des Personals und dessen professionellen Umgang mit Nähe und Distanz, der bestimmt, in wieweit der Mitarbeiter auf den Anspruch eingeht.

*„man erzählt sich gegenseitig persönliche Sachen. Also da ist auch das Interesse da von der anderen Seite her. Die fragen mich zum Beispiel was machen die Kinder? Und die kommen dann schon. Als mein Sohn Einschulung hatte, war eine Bewohnerin stand da, wollte ihn sehen mit der Schultüte. Und also das macht diese Sachen eigentlich aus.“ (Pflegefachkraft)*

Zwischen der Qualität der Beziehungen konnten die interviewten Personen gut unterscheiden. Vertrauenspersonen zeichneten sich in den Erzählungen durch gegenseitige Zeichen der Zuwendung, empathisches Zuhören und eine wechselseitige Beziehungsgestaltung aus.

*„ja wir sprechen immer zusammen. Die will ein Baby, aber die hat keine Zeit zum nahsitzen zum reden viel. Und mit der Y, mit der Jungen, die erzählt mir auch manches. Die weiß, mir kann sie es erzählen, nicht. Aber sie arbeitet immer daneben, nicht dass sie hinsitzt und redet, das macht sie nicht.“ (Bewohnerin)*

Weiterhin ist auch die Vertraulichkeit in der Beziehung zu den Mitarbeitern ein Qualitätsaspekt. Hier gibt es eine Wechselwirkung zur Dimension Privatheit und speziell zum Thema Datenschutz, den Bewohnern zur Voraussetzung für eine Öffnung gegenüber Mitarbeitern machen. Differenzierte Aussagen zeigen, dass dieses Vertrauen nicht bei allen Mitarbeitern selbstverständlich vorhanden ist.

*„also vom Grunde genommen sind sie alle freundlich und man kann sich nicht beschweren. Aber es gibt ja Sachen, die will man nicht mit jedem besprechen. Und da habe ich schon, wo ich denke, halt, wenn mir mal etwas auf der Seele liegt, mit der da kann ich reden. Da weiß ich, das bleibt da drin“ (Bewohnerin)*

Insgesamt wird deutlich, dass eine Vertrauensperson nicht unbedingt durch die Zuweisung der Funktion, wie es beispielsweise im Konzept der Bezugspflege ist, zu einer solchen wird, sondern durch die Beziehungsarbeit, in die Mitarbeiter Zeitressourcen investieren. So kommt es vor, dass es wie im folgenden Beispiel der Nachtdienst ist, der die nötige Zeit für ein ausführliches Gespräch aufbringen kann.

*„IP: [...] Aber sonst, ne sonst ist da kein, mit der Nachtschwester schwätz ich, mit ihr kommt man zusammen*

*I: mit der kommt man zusammen*

*IP: mit der kommt man zusammen mit der schwätz ich, mit den anderen redet man so tagsüber und so weiter, aber mit der kommt man zusammen, da kann man auch mal, da kann man auch mal eh was Persönliches sagen“ (Bewohnerin)*

Konsequent zeigt sich auch keine relevante Ausprägung einer speziellen Berufsgruppe, die in der Dimension Soziale Beziehungen zur Lebensqualität besonders beiträgt. Unklar bleibt, in wieweit die „natürlichen“ Vertrauenspersonen bei solchen Gesprächen wahrgenommene Bedürfnisse und Willensbekundungen stellvertretend ins Team tragen können und in wieweit sie die Gespräche nutzen, um mit den Bewohnern an für sie wichtige Themen zu arbeiten.

#### 5.2.2.4.2.2 Soziale Beziehungen unter den Bewohnern

Die Beziehungsgestaltung zu anderen Bewohnern ist geprägt von den vorhandenen Ressourcen, der konstruktiven Wahrnehmung von Möglichkeiten in der Einrichtung und der Offenheit gegenüber neuen Kontakten im Wohnumfeld.

*„Sage ich: „Mensch, geh doch mit runter X, schau mal.“ „Wie?“ Sage ich: „X, es gibt einen Rollstuhl, der dich herfährt, der, wo du im Haus runter fahren kannst, runter gefahren wirst.“ „Ja,*

*aber wie?“ Wissen sie, weil sie nicht will. Sie will einfach nicht. [...] weil man hat dann manchmal oft niemand, der mitgehen kann, weil eben alle nicht wissen wie wo was.“ (Bewohnerin)*

*„im Alter kann man sich nicht mehr anfreunden. Man kann sich wohl unterhalten und merken, wie ist der da oben bestellt und kann ich mich mit dem unterhalten, aber an(?) nix mehr.“ (Bewohnerin)*

In seltenen Fällen können Personen ihre lokale Verwurzelung nutzen und sind gemäß der biografischen Kontinuität bereits direkt nach dem Umzug mit anderen Bewohnern in der Einrichtung vernetzt.

*„Wo ich dann hergezogen bin, habe ich gleich drei Frauen gekannt von [Name der Stadt]. Die Frau S., die Frau G., die Frau B. Ich bin ja von der Umgebung.“ (Bewohnerin)*

Einige Aussagen berichten über die Abgrenzung gegenüber Personen, die etwa aufgrund von Erkrankungen kognitive Einschränkungen haben.

*„PS: Hm, ich gehe auch in die Kirche am Sonntag und hier oben ist auch Kirche, aber da gehe ich nicht rauf. Dann kommt da am Freitag jemand und tut spielen und singen, da gehe ich auch nicht mehr. Weil der eine singt DAS Lied und der andere DAS Lied und dann kommt man ganz durcheinander.“*

*I: Also das ist ein bisschen schwierig für Sie, wenn, Sie haben so gesagt, das sind so Leute, die nicht mehr so ganz beieinander sind, und das ist für Sie schwierig oder?*

*PS: Hm hm, die lasse ich halt links liegen.“ (Bewohnerin)*

In den Aussagen spiegelt sich die Überforderung der Betroffenen beim Umgang mit desorientierten Personen wieder, mit denen sie den Alltag verbringen. Darauf folgt der Wunsch nach einer Distanzierung und einem separierenden Wohnkonzept.

*„Wenn er geschlossen hatte, hat er auf die Tür noch gehauen. Und alle sind gekommen. Und dann ist er hingegangen und hat noch ausgespuckt vor der Tür. C. und E. haben gesagt zu so einer, so einer Bediensteten: ‚Kommen Sie mal nach hinten und gucken Sie!‘. Wissen Sie und wenn solche am Tisch sind, (?) sie sollten es auch ein wenig dementsprechend gleich runter tun finde ich.“ (Bewohnerin)*

Diese Herausforderung wird von Mitarbeitern wahrgenommen, jedoch wurden in den Interviews keine Handlungskonzepte zur Begleitung von überforderten oder sich gestört fühlenden Bewohnern aufgezeigt.

*„Also da denke ich, das sehe ich auch manchmal in den Gesichtern der Bewohner, dieses Erschrecken der Gefühle, dieses beängstigende Gefühl, also das beeinflusst die Lebensqualität auf jeden Fall, solche schwer kranken Bewohner.“ (Pflegehilfskraft)*

Ein weiteres speziell auffallendes Thema bei den Beziehungen unter den Bewohnern ist der Umgang mit dem Tod von Bewohnern, der sich als Zäsur im Alltag des Wohnbereichs darstellt. In den wenigen Aussagen der Bewohner und Mitarbeiter dazu wird deutlich, dass das Maß an Transparenz und Tabuisierung beim Thema Sterben vom Personal moderiert wird.

*„und dann sag ich: ‚Ich komm rauf zum Herr M. Da ist die Frau nebendran gestorben. Wir fragen den mal, wie es ist.‘ Und dann haben die das gehört. Dann haben sie gesagt: ‚Sind Sie bitte ruhig mit dem Thema und sprechen Sie was anderes.‘ Dann habe ich gesagt: ‚Dann schwätzen wir gar nix.‘“ (Bewohnerin)*

In einem Fall berichtet eine Bewohnerin von einer demokratischen Abstimmung, wie das Andenken an die Personen gestaltet werden soll, in einem anderen erzählt eine Bewohnerin, wie sie eine andere Bewohnerin nach dem Tod dessen Ehemanns aufgefangen und getröstet hat. Diese Erzählung zeigt auch deutlich auf, dass die Gemeinschaft der Wohngruppe eine potenzielle neue Ressource zur Bewältigung von Krisen für die Personen bieten kann.

#### 5.2.2.4.2.3 Aspekte zum Gemeinschaftsgefühl auf dem Wohnbereich

Insgesamt nehmen die Mitarbeitern eher vereinzelte Beziehungsgestaltungen wahr, weniger eine intensive Gemeinschaft. Auch in den Interviews der Bewohner spielt die Gemeinschaft eine kleinere Rolle. Wie bereits dargestellt, erscheint die Gestaltung von sozialer Teilhabe von Menschen mit eingeschränkten kognitiven Ressourcen an der Gemeinschaft als Herausforderung.

*„Also so wahnsinnig die Gemeinschaft ist eigentlich in keiner der vier Hausgemeinschaften, dass die jetzt großartig befreundet wären. Also da sehe ich ein Band zwischen X und X auf [Wohnbereich]. Das war's dann aber auch. Okay X und X sprechen mit einander, aber da zieht auch mal, ja eher X über die anderen her, umgekehrt weniger. Dann X ist immer völlig neutral. Die geht eigentlich mit niemand großartig eine Beziehung ein.“ (Alltagsbegleitung)*

Je mehr Aktivitäten außerhalb der Einrichtung beispielsweise durch Angehörige oder Kulturangebote wahrgenommen werden können, desto eher grenzen sich Bewohner von der Gemeinschaft in ihrer nahen Wohnumgebung ab. Um die Integration der Bewohner in die Wohngemeinschaft und ihre Vernetzung dennoch zu fördern, regen Mitarbeiter Interessensgruppen an und bieten kreative Betreuungsangebote an.

*„Es ist ja, wie gesagt, eine Schicksalsgemeinschaft ja, dass ich dann denke, also das, das machen wir hier viel, dass wir sagen, ah wir holen die und die und die und die zu einer Kaffeerunde oder zu einer Gesprächsrunde oder so, dass die einfach über ihr Stockwerk hinaus mal die Möglichkeit haben mit, mit einfach Menschen, die ein ähnliches Interesse haben, zusammen zu kommen oder auch jetzt Kommunion oder da kommen halt die Katholischen zusammen ja, oder Gottesdienst oder Bewegung, da kommen halt die, die sich bewegen wollen.“ (Leitung Soziale Betreuung)*

Ein systematisches Konzept zur Förderung des Gemeinschaftsgefühls wurde in den Interviews allerdings nicht fokussiert.

#### 5.2.2.4.2.4 Sozialer Kontakt zur Umwelt außerhalb der Einrichtung

Vor allem wenn der Bedarf nach sozialem Kontakt von einem Netzwerk außerhalb der Einrichtung gedeckt werden kann, sinkt der Bedarf bzw. die Notwendigkeit an Teilhabe in der Wohngruppe.

*„Aber jetzt habe ich mir einen Nachhilfeschüler beigegeben. Das ist ein Ungar und dem bringe ich jetzt Deutsch bei. Dreimal die Woche, zwei Stunden lang. [...] Und das bringt mir natürlich wieder Abwechslung da rein und ich habe auch einen Ansprechpartner, der normal ist.“ (Bewohner)*

Daher scheint es besonders interessant zu sein, wie es den Einrichtungen gelingt, Angehörige und Ehrenamtliche von außen in die Wohnbereiche rein zu holen und am sozialen Geschehen zu beteiligen. Gerade von Leitungskräften wird dies als Bereicherung zum Alltag wahrgenommen, da sie lebensweltorientierte Aktivitäten anregen und damit eine private Beziehung zu den Bewohner eingehen können. Diese Beziehungen ergänzen die professionelle Rolle der Mitarbeiter sinnvoll und folgen dem bereits beschriebenen Bedürfnis der Bewohner nach sozialer Nähe.

*„Ja und dann ist, kam neulich in einen Bereich und da saßen die zu viert und haben gestrickt. Vier Angehörige an jeder Ecke vom Tisch einer immer mit ein paar Bewohnern. Es war eine sehr nette Runde und dann hab ich gesagt die sollen schön weiterstricken wir machen einen Adventsmarkt nächstes Jahr, also dies Jahr. Und die kennen sich untereinander und die kennen auch die anderen Bewohner und das schöne ist das dann eben nicht nur ihren Angehörigen besuchen, sondern die anderen mit.“ (Hausleitung)*

„aber da wird dann schon geguckt, auch je öfter die vielleicht kommen, dann gehören die dann auch so ein bisschen dazu, oder dann geht man auch mal mit den vielleicht spazieren, weil ja die Mutter sitzt gerade auf Toilette da geht der Angehörige derweil mal eine Runde um den Tisch mit derjenigen, also das ist dann auch schon so ein bisschen die Angehörigen sind inzwischen auch so, dass sie sich so zum Teil auch um diese kleine Gruppe mitkümmern.“ (Pflegerdienstleitung)

Um eine gute Begleitung von Ehrenamtlichen und Angehörigen zu ermöglichen und sinnvolle Aktivitäten zu initiieren und unterstützen, stellen Leitungen diese als erweiterten Auftrag der Einrichtung dar. Dieser geht über die Betreuung und Versorgung der Bewohner hinaus und betrachtet das soziale Miteinander der erweiterten Zielgruppe als Gegenstand des professionellen Handelns.

„Es wird, wir haben unsere, wir haben eine Koordinatorin, die die Ehrenamtlichen noch begleitet, koordiniert, Ehrenamtstreffen macht, also da wird schon viel mit reingebracht. Wir haben Angehörige, die wo ihre Eltern bei uns haben und mittlerweile ehrenamtlich viel übernehmen, super, da kommt jedem was zu Gute.“ (Hausleitung)

## 5.2.2.5 Subjektiv bedeutsame Aktivitäten

### 5.2.2.5.1 Ergebnisse aus der quantitativen Befragung

In der Dimension Subjektiv bedeutsame Aktivitäten wird ein Mittelwert von 5,4 (KI-95% 4,6-6,3) erreicht. Für 6,4% der Bewohner wird ein negativer Wert angegeben, 29,5% erreichen in dieser Dimension die Maximale Lebensqualität. Auffällig ist in dieser Dimension die im Vergleich zu den anderen Dimensionen geringer eingeschätzte Bedeutung für die Bewohner aus Sicht des Personals (Mittelwert 3,9, KI-95%: 3,6 – 4,1). Sekundäranalysen weisen hier auf einen Einfluss der Kognition zur Bedeutung der Dimension hin. Bei der Gruppe der Bewohner mit beeinträchtigter Kognition wird von einer geringeren Bedeutung dieser Dimension ausgegangen ( $U = 527$ ,  $p = 0,049$ ).

**Tabelle 26: Subjektiv bedeutsame Aktivitäten in den Modelleinrichtungen**

Subjektiv bedeutsame Aktivitäten (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	3,9	1,2	3,3	4	5
<b>Erreichung</b>	4,2	0,9	4	4,351	5
<b>Gesamtwert</b>	5,4	3,9	3,96	4,37	10

### 5.2.2.5.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

Der Umzug in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege stellt für Betroffene einen Bruch in ihrer Biografie dar. Je nachdem, wie der Umzug erlebt wird, beeinflusst er die Gestaltung sozialer Beziehungen, die Teilhabe am sozialen Leben sowie die Alltagsführung. In der Dimension Subjektiv bedeutsame Aktivitäten wurden Aussagen von Bewohnern, Mitarbeitern und Leitungen über die Möglichkeiten ausgewertet, wie bisherige Aktivitäten im Sinne einer biografischen Kontinuität fortgeführt werden können oder Teilhabe an der neuen Form des sozialen Zusammenlebens gefördert werden kann. Zuvor werden subjektive Qualitätsaspekte der Bewohner und der Einfluss des institutionellen Charakters der Wohnumgebung fokussiert.

#### 5.2.2.5.2.1 Aspekte zum Bedarf in der Dimension

Sowohl bei den Bewohnern als auch bei den Mitarbeitern spielt die Differenzierung der Zielgruppe bei der Bewertung von Angeboten zur Freizeitgestaltung in dessen Qualität eine übergeordnete Rolle. Die Dimensionierung durch die Bewohner selbst erfolgt an den vorhandenen thematischen Interessen und den kognitiven Ressourcen. Diese beiden Differenzierungen bilden sich auch in den Äußerungen zum zusätzlichen Bedarf ab.

*„Ich war heute morgen bei der Betreuung eine Weile, Beschäftigung sagen da manche, nicht, da war ich auch eine Weile, aber ich find halt das für mich, wenn sie manchmal Märchen erzählen ich sag's jetzt wie ich's denk oder sie erzählen so von manche Sachen ne, da denk ich, Mensch das weißt du doch alles das ist für dich wie Kindergarten. So ähnlich komm ich mir manchmal vor.“ (Bewohnerin)*

Bei der Bewertung der vorhandenen Angebote durch das Personal wird immer wieder von Bewohnern der Wunsch nach mehr Aktivitäten gemäß der individuellen Interessen geäußert. Dieser Bedarf kann von ihnen bei der selbst initiierten Freizeitgestaltung stärker berücksichtigt werden. So antwortet eine Frau auf die Frage, wie sie ihren Tag verbringt:

*„bei der X [...], ist eine alte Frau, 87, aber sie kann denken, ne. Oder bei der X, die ist bisschen älter wie ich, zwei, drei Jahre, zwei Jahre und zu der, wo ich halt einen Ansprechpartner hab, mit dem ich reden kann. Ansonsten gehe ich mit meiner Bekannten vor ins X-Café und ins [Einkaufsmarkt] oder so halt, ne. Bisschen draußen spazieren fahren.“ (Bewohnerin)*

Die Teilnahme an Angeboten vom Personal wie auch die eigene Tagesgestaltung bleiben von der Mobilität der Einzelnen und den Möglichkeiten, Einschränkungen zu überwinden, abhängig. Die Konsequenz einer unzureichenden Ausgestaltung ist das subjektive Gefühl des „Eingesperrt seins“.

*„IP: Was mir weniger gefällt, dass man nicht rauskommt.  
I: Sie würden gerne mehr an die frische Luft gehen?  
IP: Ja.  
I: Haben Sie das mal angesprochen bei Jemandem?  
IP: Ja, aber das ist schwierig. Mit dem Rollstuhl rauskommen, da brauche ich eine zweite Person. Die Schwestern haben keine Zeit, das sehe ich ein.“ (Bewohnerin)*

Der institutionelle Charakter der Wohnumgebung kann eine Hürde darstellen. Gleichzeitig bietet er für die Bewohner mit seinen Möglichkeitsstrukturen die Chance, Aktivitäten neu oder wieder aufzunehmen, die im häuslichen Kontext und alleinstehend nicht mehr möglich waren und kann damit zur Lebensqualität beitragen.

*„ich gehe jetzt dann wieder mit in ein Theater oder so, mal gehe [ich] einkaufen mit denen. [...] Bin ich auch oft dabei, jetzt gehen wir noch in ein Theater [...], da darf ich auch mit. Da bin ich jetzt schon das zweite Mal, das dritte Mal schon dabei.“ (Bewohnerin)*

Die letzten beiden Zitate zeigen beispielhaft, dass die stationäre Pflegeeinrichtung sowohl die Mobilität einschränken wie auch fördern kann, je nach bewusster Gestaltung von Hürden und deren Überwindung. Dies betrifft nicht nur die räumlich-bauliche Situation, sondern auch die soziale Wohnsituation. Die Einflussnahme durch Mitarbeiter wird als nächstes fokussiert.

#### 5.2.2.5.2.2 Ermöglichung und Förderung von subjektiv bedeutsamen Tätigkeiten im stationären Kontext

Die Förderungsmöglichkeiten subjektiv bedeutsamer Tätigkeiten beziehen sich auf die Fortführung der Freizeitgestaltung aus dem Alltag vor dem Umzug oder auf die Erschließung und Teilnahme an den Angeboten im neuen Wohnumfeld. Beim erstgenannten Ansatz verfolgen

die Einrichtungen eine Strategie, die den Einrichtungsalltag und berufsgruppenübergreifend die Arbeitsroutinen möglichst auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner ausrichtet und ihnen damit die Handlungsfreiheit ermöglicht, die bisherige Lebensweise im Sinne der biografische Kontinuität selbstbestimmt mit ins Heim zu übertragen. Die Grenzen der Machbarkeit werden von den Möglichkeiten in der Einrichtung gesetzt. Es wird als Beitrag zur Lebensqualität gewertet, je mehr der Einrichtungsalltag an den individuellen Wünschen der Bewohner angepasst werden kann.

*„[...] und ich vermute, dass, dass sie, bevor sie ins Heim gegangen ist, sie schon der Mittelpunkt war von der Familie und die ganze Familie zieht mit. Der Mittelpunkt ist sie immer noch. Die kommen jetzt halt jeden Nachmittag zu ihr. Die hat jeden Nachmittag, hat die mindestens von zwei Leuten, eher von drei, vier Besuch und im Sommer gehen die dann auf die Terrasse hoch und spielen etwas, unterhalten sich, machen da kroatisches Familienleben oder gehen halt auch in ihr Zimmer“ (Alltagsbegleitung)*

Wie dieses Beispiel belegt, handelt es sich dabei nicht nur um Aktivitäten, sondern darüber hinaus auch um sinnstiftende soziale Rollen und die sozialen Identitäten der Betroffenen. Biografische Kontinuität schließt dabei die Weiterentwicklung der Persönlichkeit und der Lebensweise nicht aus, sodass Veränderungen unter Einbezug der gewandelten Lebensbedingungen erfasst und berücksichtigt werden müssen. Auch hier gibt es in den Interviews weder Äußerungen zu systematischen Zuständigkeiten noch zu handlungsleitenden Konzepten.

*„aber ich hab´s zum Beispiel ganz oft, dass Angehörige das Haus anschauen und sagen toll hier kann meine Mutter mitkochen? Das macht die gern und dann kommt die Mutter und dann sagt man ich habe fünfzig Jahre lang gekocht, ich habe keine Lust. Also ich möchte wissen, wie ist jemand jetzt und was hat jemand jetzt für Bedürfnisse und wie können wir die umsetzen. Hängt manchmal miteinander zusammen, aber oft auch nicht“ (Hausleitung)*

Einrichtungsspezifische Konzepte für die Gestaltung der Sozialen Betreuung und Aktivierung von Bewohnern wurden in den Interviews nicht erfasst. In den formulierten Zuständigkeiten der Berufsgruppen scheint zunächst vor allem die Soziale Betreuung gezielt die Beschäftigungsangebote in den Blick zu nehmen. Einige Mitarbeiter unterschiedlichster Berufsgruppen nehmen aber auch die positive Bedeutung regulärer alltagsnaher Beteiligung bei ihren jeweiligen Aufgaben und Routinen wahr und machen damit auf die berufsgruppenübergreifend funktionale Sensibilität für subjektiv bedeutsame Aktivitätsgestaltung aufmerksam.

*„Auch wenn ich sage, ich muss zum Einkaufen fahren und seien es nur zwei Kilometer, ein oder zwei möchten immer mit. Weil sie möchten einfach mal den, den Einkaufswagen wieder in der Hand haben und da durchlaufen, ja. Und ich lade dann ein und sie haben Spaß und eventuell treffen sie noch einen alten Bekannten. [...] Und dann habe ich auch wieder eine Woche zu erzählen.“ (Haustechnik)*

Insgesamt wird deutlich, dass sich Beschäftigungsangebote an den Ressourcen und der Diversität der Bewohner orientieren müssen und vielfältig aufgestellt sein sollten, um auch Minderheiten einzubeziehen.

*„dann macht man Aktivierung je nachdem macht man Bewegungsübungen oder Gedächtnistraining oder Ballspiele oder auch mal Kegeln, mal auf dem Tisch, mal auf dem Boden, je nachdem, wen ich da hab, dass für jeden, dass ich sag, der eine mag lieber das, der andere dass, dass für jeden irgendwann mal etwas dabei ist, wo er gerne mag. Oder wir haben auch noch einen Bewohner wo noch relativ fit ist, der backt gerne, dass man dann mit ihm vielleicht mal zusammen backt.“ (Betreuungsassistenz)*

*„Und ja, also auf ((Wohnbereich)) ist eher höheres Niveau angesagt. Die sind zum Beispiel auch völlig angepisst mittlerweile. Was war's? Im Frühling war's so schlimm: Frühlingslieder bis zum*

*Erbrechen. Der Kuckuck und der Esel. Ich habe gedenkt, bitte nicht schon wieder, bitte nicht.“  
(Alltagsbegleitung)*

Eine Überschneidung der Dimensionen Subjektiv bedeutsame Aktivitäten und Selbstbestimmung und Autonomie zeigt die Möglichkeit auf, durch die Förderung der Eigeninitiative der Bewohner und mit ihrer Teilhabe Angebote so zu gestalten, dass sie die subjektive Bewertung einbeziehen und der Zielgruppe gerecht werden. Im quantitativen Studienpart ergab sich entsprechend ein Zusammenhang von  $r = 0,343$  ( $N = 78$ ,  $p = 0,002$ ) zwischen dem Gesamtwert Autonomie und Selbstbestimmung sowie der Bedeutung subjektiv bedeutsamer Aktivitäten. Es ist zwischen den Qualitäten der Teilhabe zu unterscheiden. Beispiele in den Aussagen von Mitarbeitern und Leitungen handeln häufig von flexiblen situationsspezifischen Anpassungen an geäußerte Wünsche wie beispielsweise der Musik in der Gymnastikstunde. Ansätze, wie Beschäftigungsangebote mit den Bewohnern zusammen konzipiert werden können, werden in den Interviews nur vereinzelt und als Ausnahme dargestellt.

*„Ich habe mit einer Bewohnerin, die hat gesagt, oh ich würde gerne mal wieder selber gemachten Schokopudding. Und dann bin ich am nächsten Tag hier her und habe mit ihr Schokoladenpudding gemacht. Ich glaube, das war für sie etwas ganz Besonderes, also so Kleinigkeiten. Das dauert ja wirklich nicht lange, Pudding kochen.“ (Hausleitung)*

In einigen Einrichtungen entsteht durch eine Rollenverteilung mit alltagsnaher Funktion und Aufgaben innerhalb der Gemeinschaft neuer Handlungsfreiraum für Bewohner, einen selbstbestimmten und sinnstiftenden Tagesablauf zu gestalten.

*„Und dieses Gefühl, ich habe etwas für die Gemeinschaft getan, das ist natürlich, hat was mit Selbstwert zu tun. Und das lassen die sich auch nicht wegnehmen, also die Rollen sind ziemlich verteilt ähnlich wie zu Hause, die Männer bringen den Müll raus [...] es gibt welche die schälen das Gemüse und es gibt welche die legen die Wäsche“ (Hausleitung)*

In derselben Überschneidung der Dimensionen werden auch Herausforderungen in der Förderung der Teilnahme an Aktivitäten in der Einrichtung deutlich. Einige Mitarbeiter thematisieren den Umgang mit dem richtigen Maß an extrinsischer Motivation für bestimmte Aktivitäten, das in einem Interview vorsichtig mit den Worten „zum Glück zwingen“ umschrieben wurde.

*„Also wo dann einfach verschiedene Werte von den Betreuenden zusammenkommen und ich das schon manchmal schwierig finde: Wann gebe ich jemandem einen Schubs, ja, in der Gewissheit, eigentlich gefällt ihr des, tut ihr des gut. Ich will ja nicht jemand irgendwo hinschleppen, wo nicht seins ist und des war gerade in der Anfangszeit auch manchmal schwierig.“ (Leitung Soziale Betreuung)*

Schließlich zeigt sich in vielen Aussagen eine gute Beziehungsarbeit als Voraussetzung für die Gestaltung von subjektiv bedeutsamen Aktivitäten, um etwa die Bedarfe der Zielgruppe zu erfassen, die Zugänge zu bestehenden Angeboten zu verbessern oder auch um wichtige Herausforderungen wie Krisen in der Biografie zu bearbeiten.

*„Das war eine Bewohnerin, die kam zu uns und hatte beide Beine amputiert, war sehr, sehr traurig in ihrem Schicksal, ganz klar und die hat dann bei uns wieder so viel Lebensmut gefunden, hat wieder angefangen Socken zu stricken und wieder in der Gemeinschaft teilzunehmen [...] und das war für mich ein ganz tolles Erlebnis von der Bewohnerin, dass man dann mit dem Schicksal dann auch mit unsere Mithilfe helfen kann“ (Soziale Betreuung)*

Über die Einschätzung der Bedeutung der Dimension Soziale Beziehungen für die Lebensqualität aus Sicht von Bewohnern kann aufgrund der Inhaltsanalyse der Interviews keine belastbare Aussage getroffen werden. Auch der Einfluss der kognitiven Fähigkeiten auf die Bedeutung, der im quantitativen Studienpart gefunden wurde, kann damit nicht eindeutig belegt werden. Die Anzahl und Vielfalt an Aussagen, die der Dimension zugeordnet werden konnten,

weiß aber auf einen ungedeckten Bedarf in der Dimension Soziale Beziehungen hin, der dem Nähe- und Distanzbedürfnis der Mitarbeiter gegenüber steht. Dieser Bedarf ist durchaus von den Ressourcen und Interessen der Bewohner geprägt.

## 5.2.2.6 Körperliches Wohlbefinden

### 5.2.2.6.1 Ergebnisse aus der quantitativen Befragung

Ein Mittelwert von 5,3 (KI-95%: 4,4 – 6,2) wird in der Dimension körperliches Wohlbefinden erlangt. 5,1% der Bewohner werden in dieser Dimension vom Pflegepersonal als defizitär eingeschätzt – 30,8% erreichen das Skalenmaximum. Körperliches Wohlbefinden ist die Dimension, der im Vergleich aller Dimensionen die höchste Bedeutung beigemessen wird (Mittelwert: 4,4; KI-95%: 4,1 – 4,6).

**Tabelle 27: Körperliches Wohlbefinden in den Modelleinrichtungen**

Körperliches Wohlbefinden (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	4,4	0,9	4	5	5
<b>Erreichung</b>	4,2	0,8	4	4	5
<b>Gesamtwert</b>	5,3	3,9	4	4,5	10

### 5.2.2.6.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

In den Interviews werden ermöglichende Rahmenbedingungen für eine gute Versorgung, die damit verbundene Begleitung bei individuellen Krisen und Ängsten sowie das Erleben der Bewohner der Arbeitsbelastung von Mitarbeiter und dessen Einfluss auf ihre Ansprüche thematisiert.

#### 5.2.2.6.2.1 Rahmenbedingungen einer Lebensqualität förderlichen Versorgung

In den Bewohnerinterviews spielte das Schmerzerleben keine herausragende Rolle im Bezug zum Beitrag zur Lebensqualität bzw. zeigt sich ein Zusammenhang zur Bewältigung von dadurch verursachtem Stress und Ängsten. So fällt den Mitarbeitern ein Bedarf nach persönlicher Begleitung in Krisensituationen und der medizinischen Versorgung auf, um die Betroffenen zu beruhigen und zu stabilisieren.

*„Also ich hatte eine Patientin, da war ich noch in der Pflege, so August, September die hatte Angina Pectoris anfangs da war das dann schon so, ich will nicht alleine sein, bitte bleibe bei mir ich habe Angst und ja und ich bin dann auch bei ihr geblieben, das war nicht das Problem, aber dieses, die klammern dann eher so sage ich mal.“ (Alltagsbegleitung)*

In allen Aussagen zu diesem Themenbereich stehen die Kompetenzen Empathie und Beziehungsgestaltung zentral. Eng damit verbunden ist die Aufwendung von Zeitressourcen für eine intensive Begleitung der Betroffenen.

*„Zum Beispiel gestern bin ich gekommen, war Frau Y, welche spricht polnisch, sie hat so bitterlich geweint. Frau Y was ist denn los, mein Schatz? Sie hat sofort angefangen zu erzählen, aber auf Polnisch. Ich habe gar nichts verstanden, dann habe ich gesagt, Frau Y ist okay, sollen wir ein bisschen raus, ja? Wir sind rausgegangen, sie war ganz anders. Sie hat die Umwelt beobachtet, oh guck mal so Herbst und dann habe ich jedes Mal gesagt und so schöne Blätter, so bunte Blätter, so schön und dann war sie weg und von den Gedanken“ (Betreuungsassistenz)*

Wie es auch in diesem Beispiel deutlich wird, zeigt sich beim Bedarf nach Begleitung während der Versorgung die Notwendigkeit einer berufsgruppenübergreifenden Haltung der Sensibilität

für die emotionalen Reaktionen auf Krankheit und Krisen, wenn auch vor allem Pflegekräfte für die pflegerische Versorgung zuständig sind.

Es sollte bereits bekannt sein, dass vorhandene Zeitressourcen bei der direkten pflegerischen Versorgung relevant sind, um den Versorgungsprozess für Betroffene transparent und entspannt zu gestalten. An dieser Stelle zeigt sich die Konkurrenz zum funktional organisierten Arbeitsablauf und zur Rationalität einer Einrichtung.

*„Bei der Grundpflege tät ich jetzt mal sagen, wenn man langsamer macht, also nicht diese Hektik, wo man sonst hat, also ich such mir immer in einer Tour so einen Bewohner raus, wo ich sag, bei dem mache ich heut mal langsamer, tue mal langsam eincreme und vielleicht auch ein bisschen mehr unterhalte, was ich bei der andere wieder bisschen Abstriche machen muss, weil sonst werde ich ja nicht fertig“ (Pflegefachkraft)*

Im Zusammenhang zu effizient gestalteten zeitlichen Ressourcen äußern Pflegekräfte die Bedeutung der Zusammenarbeit mit der Alltagsbegleitung, die häufig grundpflegerische Aufgaben übernimmt oder als Springer in der Pflege zuarbeitet. Funktionieren die Absprachen zuverlässig und können sich die Personen die Aufgaben gegenseitig gut anvertrauen, können Pflegekräfte eine Entlastung wahrnehmen. Auffällig ist dabei, dass damit gering qualifizierte Berufsgruppen wie Alltagsbegleitung oder Präsenzkkräfte anspruchsvolle pflegerische Aufgaben und die dazu gehörende Verantwortung übernehmen.

*„da haben wir ja Gottseidank die Alltagsbegleiter die auch sehr viel auffangen, dass die anderen Bewohner das gar nicht so mitbekommen wenn wir mal grad keine Zeit haben und dann kommt gleich ein Alltagsbegleiter und sagt, ich komme gleich und so, dann machen wir irgendetwas anderes“ (Pflegefachkraft)*

#### 5.2.2.6.2.2 Die Bedeutung der Arbeitsbelastung für das Erleben der Bewohner

Die Bewohner äußern ihr Erleben der Arbeitsbelastung des Personals und beschreiben die Merkmale Zerrissenheit und Zeitdruck, die berufsgruppenunabhängig beim Personal wahrgenommen werden.

*„für die Wäsche gehört jemand vorne hin, der, der das macht, korrekt macht, verstehen Sie? Schauen Sie in der Küche, die muss kochen, die muss waschen, die muss Wäsche machen, die muss zusammen legen, die Wäsche verteilen, die Leute aus der Küche raushalten, die nerven wie die, wie die Traktoren, kommen, sagen, wie die Dampfwalzen, weil sie nicht wissen wohin. Die laufen halt da rein. Und der, da sind dann die Kleider falsch in den Schränken drinnen oder die Leute finden es nicht [...]. Sie, ich hasse es, (ich will) mein Schrank in Ordnung, in meinem Schrank darf keiner hin. Wissen Sie, und da gehört einfach jemand, der die Wäsche ordentlich machen kann und bedacht und nicht in aller Eile.“ (Bewohnerin)*

Weiterhin sehen die Bewohner einen Zusammenhang zum Personalschlüssel und dem Arbeitsaufwand für besonders bedürftige Personen.

*„Also mittags am Mittagstisch, da haben wir ja zwei oder drei im Rollstuhl, die nicht rausgehen können und die müssen praktisch gefüttert werden und das ist halt schon eine Belastung für das Personal. Wenn sie dann die am Tisch haben, sie müssen sie praktisch füttern wie Kinder und das ist schon eine Belastung.“ (Bewohnerin)*

Auch in den Interviews mit Mitarbeitern wird das Bewusstsein für Auswirkungen der Arbeitsbelastung auf die Bewohner oder auch von Konflikten im Team deutlich. Sie schildern den negativen Einfluss auf die Stimmung der Bewohnergruppe oder im Einzelkontakt.

*„Weil wenn man gestresst ist und nur am Hetzen ist und, und mit einer Bewohnerin, Frau X die eigentlich immer gut gelaunt ist. Die schaut mich an, weiß genau, dass ich einen stressigen Tag habe. Ich muss nicht einmal sagen. Die schaut mich an und fragt was los ist.“ (Pflegefachkraft)*

Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Gruppendynamik wird auch für Führungskräfte sichtbar am Verhalten der Bewohner. Sie sprechen von einem Spiegeln im Verhalten der Bewohne oder einer Unruhe.

*„IP: [...] Wenn natürlich der, die Standardbesetzung da ist, dann kann man gut arbeiten, ja. Und dann merkt man auch, dass das Personal gelöster ist. Aber wenn natürlich Situationen aufkommen, wenn halt Unterbesetzung ist, dann merkt man es auch an den Reaktionen von den Mitarbeitern.“*

*I: Und merkt man es auch an den Bewohnern?*

*IP: Ja.*

*I: Woran machen Sie das fest?*

*IP: Die Bewohner klingeln dann öfters.“ (Leitung)*

In den Aussagen Bewohner selbst zeigen sich direkte und indirekte Auswirkungen durch Stress auf dem Wohnbereich. Es werden Hinweise auf Vernachlässigung in der Pflegeversorgung gemacht wie etwa vergessene Medikamente oder lange Wartezeiten, bis Toilettengänge gemacht werden. Für die Betroffenen spielen aber in vielen Fällen indirekte Auswirkungen und psychosoziale Aspekte durch die Beziehung zu Mitarbeitern eine gewichtigere Rolle. Einige Personen nehmen sich und ihre Bedürfnisse zurück, um das Personal zu schonen.

*„dann bin ich davor rein und hab gesagt, ich brauch doch meine Tabletten, ich hab doch morgens so Schmerzen, ihr wisst doch, dass ich meine Tabletten morgens bald brauch. Ah jaja ja, da ist dann gar nicht mehr viel gesprochen worden, aber die Z. hat mir dann meine Tabletten gegeben und hat bald geweint, warum weiß ich nicht, wegen mir nicht. Dann hab ich gesagt: „Z. reg dich nicht auf. Ich sag nichts, es ist jetzt passiert, ich bin fertig und das ging und, und du warst ja nicht, du bist ja nicht Schuld“ (Bewohnerin)*

Die Empathie mit belastetem Personal führt bei manchen Bewohnern zu einer Selbstbelastung, d. h. sie verurteilen sich selbst für ihre Pflegebedürftigkeit als Ursache für die Arbeitsbelastung der Versorgenden.

*„Was würde ich mir da wünschen? Dass ich nicht mehr viel so zur Last falle. Das ist immer mein einziges Ding immer und dass ist auch da, was meine Schwiegertochter immer sagt, du machst dir zu viele Gedanken, klinge doch, dafür hast du eine Klingel. Meistens ist Mittagszeit und meistens muss ich auf´s Klo, wenn der Mittag ist und da bekomme ich manchmal so eine Wut und dann probiere ich es halt. [...] Einmal bin ich auch schon zwischen der, zwischen der Tür gelegen und habe mir eine Rippe gebrochen.“ (Bewohnerin)*

Eine andere Strategie mit den Bedürfnissen umzugehen, ist die Eigeninitiative, die an der Aktivierung funktionaler Kompetenzen gebunden ist sowie an eine Solidarisierung mit dem Personal. Dies bezieht sich auf individuelle Bedarf, beispielsweise die pflegerische Unterstützung bei Toilettengängen, die alleine versucht werden, oder auf Aufgaben in der Organisation der Wohngruppen.

*„Gut, manche helfen so oder so drüben auch in der Hauswirtschaft, also halt in der Küche mit und aber gab dann auch schon Phasen, wo wir dann wirklich fast alleine dastanden, wo dann auch andere, die sonst nichts gemacht haben, dann auch gesagt haben, kommen Sie, ich helfe Ihnen oder ich sehe das ja, wie das geht und ich kann das“ (Pflegefachkraft)*

Das Zurücknehmen von Bedürfnissen und Aushalten von Pflegedefiziten wird auch vom Personal festgestellt und teilweise als Verständnis für ihre Situation gewürdigt. Eine Pflegefachkraft spricht von einem „guten Miteinander“ in arbeitsintensiven Phasen, in denen „mal irgendwelche Dinge gerade nicht sofort erledigt werden können“. Eine andere sagt:

*„Es gibt dann auch Bewohner die sagen: ‚Oh ne, lassen sie es. Ich habe zwar geklingelt aber sie sind im Stress. Lassen sie es, lassen sie es um Gottes Willen.‘“ (Pflegefachkraft)*

Um die Auswirkungen zu mindern, versuchen die Mitarbeiter ihre Belastung gegenüber den Bewohnern zu verbergen. Damit wird deutlich, dass sich sowohl Mitarbeiter als auch Bewohner an die Arbeitsbelastung anzupassen versuchen, um unvermeidbare Situationen zu bewältigen und die Beziehung zu einander zu erhalten.

*„Ich bin manchmal auch sauer. Dann denke ich, meine Güte, so viel Arbeit hast du heute. Dann weiß man wirklich nicht, wo man anfangen soll, ne? Und wir sind schon sehr, sehr belastend und ich versuche es auch nicht wirklich, man muss sich so im Zaum halten, dass die Bewohner das nicht mitkriegen, dass man gleichbleibend ruhig ist, denn die merken das sofort.“ (Präsenzkraft)*

Unklar bleibt, inwieweit Leitungskräfte ein Bewusstsein für die Auswirkungen von Arbeitsbelastung auf Bewohnern entwickeln. Insgesamt nimmt das Stresserleben keinen großen Raum in den Gesprächen mit Leitungskräften ein. In den Interviews gibt es außerdem unterschiedliche Einschätzungen. So äußert sich eine Leitungskraft bezüglich der steigenden Arbeitsbelastung aufgrund von einer Kündigung:

*„I: Und hat das Auswirkungen auf die Lebensqualität?  
IP: Ne, das weniger, aber wir schaffen dann halt mehr Tage oder so, aber die Auswirkungen, merken sie dann nicht.“ (Leitung der Sozialen Betreuung)*

### **5.2.2.7 Funktionale Kompetenz**

#### **5.2.2.7.1 Ergebnisse aus der quantitativen Befragung**

In der Dimension „Funktionale Kompetenz“ beträgt der Mittelwert 5,7 (KI-95 %: 3,9 - 4,4). Von 6,4 % der Bewohner wird ein negativer Wert in der Dimension angegeben – 26,9 % erreichen das Skalenmaximum. Funktionale Kompetenz ist die Dimension mit der zweitgeringsten Erreichung. Ein signifikanter Einfluss des Pflegegrade der Bewohner auf die Erreichung der Funktionalen Kompetenz kann dabei nicht nachgewiesen werden (Kruskall-Wallis-Test:  $\chi^2 = 0,384$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,963$ ).

**Tabelle 28: Funktionale Kompetenz in den Modelleinrichtungen**

Funktionale Kompetenz (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	4,2	1	4	4,089	5
<b>Erreichung</b>	4,2	0,9	4	4	5
<b>Gesamtwert</b>	5,3	4	4	4,73	10

#### 5.2.2.7.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

In den Interviews zeigen sich bezüglich der Dimension Funktionale Kompetenz über den Umgang mit körperlichen Einschränkungen drei verschiedene Handlungsmöglichkeiten:

- Die betroffenen Personen passen ihre Bedürfnisse an ihre vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen an, vorausgesetzt dies ist ihnen möglich.  
*„Muss aufs Klo, niemand da. Ich müsste auf Toilette, so, ne, wenn du mal auf Toilette müsstest oder so, trinkst halt weniger, denkst, ja, es ist ja keiner da, es ist Pausenzeit, die Pause steht den Leuten auch zu.“ (Bewohnerin)*
- Sie werden intrinsisch oder extrinsisch motiviert aktiv, um funktionale Kompetenzen zu erweitern.  
*„ne ich versuch aber auch mitzuarbeiten mit den Schwestern, nicht. Ich versuche aufzustehen alleine, ja, am Anfang ging es ja nicht mehr, aber dann hab ich wieder an mich gerissen und dann denk ich, so jetzt muss du eine Idee haben, wie du hier aus dem Bett rauskommst, ne.“ (Bewohner)*
- Andere Personen wie etwa vom Personal oder Angehörige kompensieren fehlende Ressourcen durch pflegerische Tätigkeiten, wenn die Bedürfnisse nicht wandelbar sind, z. B. beim Essenreichen oder bei der Mobilität. Hier besteht die Gefahr der Abhängigkeit vom Personal, wenn der Mitarbeiter dem Bewohner Entscheidungen abnimmt.  
*„Jetzt vorhin zum Beispiel habe ich ein Bewohner geduscht, er selber hat gesagt, wie er das machen möchte, was er machen möchte und natürlich mache ich dann das natürlich auch so und dann danach hat er sich auch bedankt und hat gesagt, dass war super toll und hat ihn gefallen, weil ich ja das gemacht habe, was er machen wollte oder wie er es halt früher immer gemacht hat“ (Altenpflegeschülerin)*

#### 5.2.2.7.2.1 Motivationsquellen

Bei der Förderung der Kompetenzerweiterung ist die Motivation der Betroffenen eine Determinante und wurde daher in die Kategorie Funktionale Kompetenz aufgenommen. Generell lässt sich bei Motivation zwischen intrinsischen und extrinsischen Quellen unterscheiden.

Als Quelle für intrinsische Motivation stehen das Gefühl des Gebrauchtwerdens durch eine sinnstiftende Aufgabe in der Gemeinschaft (z. B. in der Hauswirtschaft) und die Erweiterung der Freiheiten im Sinne einer Unabhängigkeit zielführend bei der Wahl von Handlungsstrategien.

*IP: [...] ich habe den Bauchkatheter machen lassen, [...]. Ich habe lange überlegt, ne. Will ich mir das legen lassen? Was ich jetzt im Nachhinein als besser für mich empfinde.*

*I: Weil es nicht mehr so unangenehm ist?*

*IP: Weil ich dann . auch irgendwo hin kann, ohne aufstehen zu müssen, ohne jemand zu belasten, zu belästigen, der das nicht so kann, wie die Schwestern das üblicherweise machen, gell, und da ist es für mich eine gewisse Freiheit mehr, muss ich ehrlich gestehen. (Bewohnerin)*

Bewohner erzählen aber auch von externen Motivationsquellen durch Mitarbeiter bzw. externes Fachpersonal, die ähnliche Bedarfe der Bewohner ansprechen.

*„Krankengymnastik, ja. Mit der bin ich, die hat das gesagt, jetzt brauche ich, solle ich den Rollator nicht mehr nehmen. Ich soll lernen, draußen alleine auf der Ebene laufen. Auf der hohen Ebene. Sonst lerne ich das Laufen nie richtig. Sonst habe ich immer eine Sicherheit.“ (Bewohnerin)*

*„Dass er das Gefühl hat, dass er auch gebraucht wird noch. Also das ist vielen auch ganz arg wichtig. Dass die nicht nur den ganzen Tag da sitzen wollen und warten, dass der Tag vorbeigeht, sondern die freuen sich richtig wenn man sagt: ‚Könnten Sie mir das und das machen?‘“ (Pflegefachkraft)*

#### 5.2.2.7.2.2 Rolle der Mitarbeiter in der Förderung der Selbstständigkeit im Alltag

Neben der situativen oder dauerhaften Kompensation von fehlenden Ressourcen und Kompetenzen zeigen sich die Mitarbeitern der Berufsgruppen in verschiedenen Rollen in der individuellen Förderung funktionaler Kompetenzen. Im Folgenden werden die genannten Rollen zusammengefasst. Es wird aber kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Die Aussagen geben zunächst den Hinweis, dass Maßnahmen individuell auf die einzelnen Personen und ihr vorhandenes Kompetenzprofil angepasst werden. Zudem sprechen die Mitarbeitern die Bewohner in ihren oben aufgeführten Bedarfen an und begleiten sie im Sinne einer aktivierenden Einzelfallhilfe. Häufig setzen die Interventionen am individuellen Alltag der Betroffenen an und erweitern Handlungsfreiräume.

*„da war zum Beispiel eine Bewohnerin die war mit ihren neuen Sitzplatzordnung sehr, sehr unglücklich sie hört sehr schlecht und war dann einfach an einem Tisch gesessen wo sich also niemand, um sie gekümmert hat, wo sich niemand mit ihr unterhalten hat, da war sie dann sehr, sehr unglücklich darüber und dann bin ich dann halt konkret auf sie eingegangen und habe mit ihr gesprochen und habe mich dafür eingesetzt, dass sie dann praktisch eben nochmal die Möglichkeit bekommen hat zu wechseln an einem anderen Tisch“ (Pflegehilfskraft)*

In einigen Fällen setzen sich Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen mit der extrinsischen Motivation auseinander, um geeignete Angebote zu machen und die Bewohner zu aktivieren. Hier besteht die Herausforderung, das Verhalten der Personen richtig zu interpretieren und das richtige Maß zu finden, um die Selbstbestimmtheit nicht einzuschränken.

*„Oh, da muss man schon ein bisschen einen Blick haben für die Leute auch. Mir ist halt oft aufgefallen, also sie sah schon gelangweilt aus. Sie saß da den ganzen Tag, [...] von sich aus kommt da nichts, dass sie sagt, ich möchte jetzt etwas tun oder mir ist langweilig. Da kommt natürlich nichts mehr. Aber man denkt sich ja selbst, geht man da in sich und denkt, Mann, wenn du da den ganzen Tag so am Tisch sitzt. Und dann überlegt man sich schon, wie kannst du die Frau jetzt beschäftigen?“ (Pflegefachkraft)*

Dies bezieht sich nicht nur auf die Freizeitgestaltung sondern auch auf die Begleitung im Rahmen der aktivierenden Pflege, wo es besonders auf die zeitlichen Ressourcen ankommt.

*„Ja, eben wo, [...] wo vielleicht ein Bewohner in der Lage wäre selber vielleicht noch was in der Pflege, noch was zu machen und dann aus, gut das kann man ja vielleicht auch mal machen, mach ich manchmal auch, aber prinzipiell vielleicht, das alles abzunehmen, dass man einfach schneller fertig wird irgendwie, oder halt einfach gar nicht zu, den Blick dafür zu haben oder vielleicht innerlich, innerlich auch, vielleicht auch so'n, sich gestresst zu fühlen oder [...] zu denken einfach, anders geht's nicht oder so.“ (Pflegefachkraft)*

Die Interventionsmöglichkeiten werden bestimmt von ermöglichenden Rahmenbedingungen, die sich möglichst an den Bewohnern und ihren Bedarfen orientieren. Hier kommt den Mitarbeitern die Aufgabe zu, diese Bedingungen im Interesse der Bewohnerschaft zu koordinieren und gegebenenfalls Strukturwandel zu initiieren.

*„gibt ja eben das Modell des Nachtcafés oder so. [...] Also mir haben halt ganz viele Bewohner, auf den anderen Stockwerken aber hauptsächlich, die nachts auch unruhig sind, die nicht zur Ruhe kommen, die über'n Flur halt laufen oder im ganzen Haus rumlaufen, dann die anderen Bewohner teilweise auch stören und es dann manchmal schon auch eskaliert halt. Und wenn die einfach 'ne Anlaufstelle hätten [...], denk ich das wär dann schon auch toll“ (Pflegefachkraft)*

Zusammengefasst zeigt sich auch in dieser Dimension anhand der vielfältigen Äußerungen in den Interviews, dass die Förderung Funktionaler Kompetenzen nicht einer spezifischen Berufsgruppe zukommt, sondern vielmehr eine gut geschulte ressourcenorientierte Haltung und Sensibilität für die arbeitsbereichsspezifischen Möglichkeiten erfordert. Zudem kommt es auf eine gute Beziehungsarbeit zu den Bewohnern an, um ihre Interessen zu kennen und ihr Verhalten zu interpretieren, vor allem dann, wenn die Betroffenen sich verbal nicht äußern können. Voraussetzung ist natürlich die Möglichkeit für die Bewohner Wünsche zu äußern und ihre Lebensbedingungen und bei der Pflegeversorgung mitzusprechen.

*„Ja, ich habe gesagt, ne nicht beschwert, ich habe gesagt: ‚Nein, ich möchte es nicht so, bitte nein, ich will mein Brot ganz, meine Butter möchte ich selber aufstreichen, wenn sie weich ist.‘ Mit der einen Hand das kann ich dann selber, weil ich will es ja nicht zu dick. Das kann, mag ich nicht essen, wenn es zu dick ist und meistens streichen sie es dann sehr dick drauf für die anderen, die zu mager sind. Aber ich habe gesagt: ‚Ich möchte es nicht, ich mag es nicht.‘“ (Bewohnerin)*

#### 5.2.2.7.2.3 Umgang mit und Bedeutung von Technik und Hilfsmittel

Generell fanden sich nur wenige Beschreibungen zum Einsatz von technischen Hilfsmitteln in den Interviews. Dies könnte auch ein Ausdruck dessen sein, dass das Bewusstsein für Potenziale zur Förderung der Selbstständigkeit gering ist. Bewohner äußern sich vor allem über die Ängste, die sie durch negative Erfahrungen gegenüber einzelnen Hilfsmitteln aufgebaut haben.

*„Wenn was ist, sagt Sie: Frau X.. heben Sie sich hier. Langsam mit dem Fuß zurück und dann kann die Frau H. langsam oben ans Bett sitzen. Andere holen die Hebehilfe. Und vor der hab ich sowieso Angst, weil ich mal runter gefallen bin. Und die, langsam und dann geht das. Dann erklärt (sie) mir das, mit dem Fußanbeugen und da soll man irgendwo raus, dass die Knie ein wenig anbeugen und dann rüber und schon (sitz ich). Und das ist für mich also sehr, sehr wichtig.“ (Bewohnerin)*

Mitarbeiter berichten, wenn die eingesetzte Technik eine Hilfe für ihre Arbeit und damit ihnen selbst darstellt oder dafür unzureichend vorhanden ist. Eine gezielte Anwendung zur Förderung der Bewohnerselbstständigkeit wird nicht bewusst gemacht. Einzelne Erzählungen decken einen ethischen Reflexionsbedarf auf.

*„Der wird dann brutal. Also jetzt packt er nur zu, aber früher hat er gespuckt und geschlagen und getreten. Jetzt ist er schwächer geworden. Und der ärgert mich ein bisschen. Den hänge ich auf Aufstehhilfe und dann: ‚So‘, sage ich, ‚jetzt kann ich Sie in Ruhe versorgen.‘ Und dann geht's: ‚Arschloch‘. Sage ich: ‚Ich hab's gehört.‘ Dann ärgert er sich, weil ich sage, ich hab's gehört. Dann geht's, (dann bringe ich ins Bett).“ (Pflegefachkraft)*

Eine Leitungskraft geht davon aus, dass technische Hilfsmittel zur Arbeitserleichterung des Personals eingesetzt wird. Auch hier wird das Potenzial für die explizite Förderung der funktionalen Kompetenzen der Bewohner nicht bewusst gemacht.

*„Früher hat man dann auch die Leute getragen, gehievt und alles. Jetzt haben wir einfach diese Hilfsmittel, diese Aufstehhilfen und irgendwas. [...] Früher hat man halt die Leute alleine im Bett gelassen, weil man die halt nicht raushieven wollte oder irgendwas. Also das ist dann schon besser geworden.“ (Wohnbereichsleitung)*

## 5.2.2.8 Freude

### 5.2.2.8.1 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

Mit einem Mittelwert von 6,1 wird in der Dimension Freude der zweithöchste Gesamtwert erreicht (KI-95%: 5,3 – 6,9). 34,6 % der Bewohner erreichen das Skalenmaximum – für 3,8 % wird ein negativer Wert angegeben.

**Tabelle 29: Freude in den Modelleinrichtungen**

Freude (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	4,3	1	4	4,5	5
<b>Erreichung</b>	4,4	0,8	4	4	5
<b>Gesamtwert</b>	6,1	3,5	4	5	10

### 5.2.2.8.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse

Trotz des hohen Gesamtwerts im quantitativen Part konnten aus den qualitativen Interviews vergleichsweise wenige Aussagen der Dimension Freude zugeordnet werden. Vor allem in den Interviews mit Leitungskräften nahm diese Dimension keine besondere Bedeutung ein. Dennoch lassen sich die Bewohner- und die Mitarbeiterperspektiven differenzieren und vergleichen.

#### 5.2.2.8.2.1 Bedürfnisse aus der Bewohnersicht

Die Dimension Freude ist in den Bewohnerinterviews geprägt vom persönlichen Umgang mit Mitarbeitern. Es werden soziale Aspekte wie persönliche Zeit und Zuwendung als Bedürfnis formuliert. Sie geben Anlass für die Bewohner, sich selbst als Individuum wahrzunehmen und Beziehungen zu den Mitarbeitern aufzubauen.

*„IP: [...] Sage ich, Mensch, ich möchte auch mal spazieren gehen mit denen, so mal allein, verstehen sie?*

*I: Mal mit einer Person alleine?*

*IP: Ja, mit der Präsenzkraft, wissen Sie? Wo man auch ein bisschen dann, ein wenig was Lustiges machen, nicht immer nur [...]: ‚Oh Gott, ich muss, ich will jetzt, ich, ich habe noch die Frau Ding zu machen.‘ Des, des, da habe ich schon gar keine Lust mehr.“ (Bewohnerin)*

Zuwendung kann bereits in Form von kleinen Gesten im Alltag das Klima im Wohnbereich prägen. Eine Bewohnerin nimmt es als eine Form der Nähe wahr:

*„beim Duschen witzeln, da sind wir manchmal wie dumme Kinder, so richtig so, so Blödsinn und so weiter gell, aber für den Tagesanfang ist das so lebendig und so aufmunternd gell und dann sind natürlich welche, die machen das sehr höflich, sehr nett, sehr pünktlich und dies, aber sie wollen im Rahmen sein nicht. Es ist eigentlich, jeder Mensch ist verschieden“ (Bewohnerin)*

Die Differenzierung des Personals erfolgt nicht an Berufsgruppen entlang, sondern am individuellen Arbeitsverständnis und dem professionellen Umgang mit Nähe und Distanz.

Insgesamt wird an den Aussagen deutlich, dass Freude vor allem im Kontext des alltäglichen Miteinanders bewusst gemacht wird und weniger im Rahmen speziell dafür organisierter Veranstaltungen.

#### 5.2.2.8.2.2 Bedarf aus der Mitarbeiter- und Leitungsperspektive

In den Interviews mit Bewohnern wurde vor allem das soziale Miteinander hervorgehoben. Im Gegensatz dazu nehmen Mitarbeiter vielfältige Bedarfe wahr. Physische Aspekte der Genussfähigkeit kommen etwa in der Bewohnerperspektive eher selten vor.

*„Wir haben, beim Abendessen sieht man das, wir haben da eine warme Komponente, wir haben zwei kalte Komponenten, das ist in einem anderen Haus nicht. Das ist jetzt ein Vorteil. Das wäre jetzt etwas Positives, wo ich jetzt hier erlebt habe. Weil gerade bei unseren Leuten, das Essen ist eben etwas von dem Wenigen, wo die noch genießen können.“ (Pflegefachkraft)*

Gerade die Qualität des Essens wird von Mitarbeitern als Aspekt der Lebensqualität im stationären Wohnen hervorgehoben. Doch auch das soziale Miteinander wird thematisiert. Wie auch bei den Bewohnern werden kleine Gesten der Zuneigung im Alltag benannt.

*„Ich weiß, dass sich eine Bewohnerin über Kaba mit Obst sehr, sehr freut, also die macht da halbe Luftsprünge. Und wenn ich dann solche, mit solchen Kleinigkeiten denen, der dann damit ein Strahlen und ein Lächeln ins Gesicht zaubern kann, dann ja, definitiv.“ (Pflegefachkraft)*

Wie auch aus Bewohnersicht wird Freude vor allem durch Beziehungsarbeit und authentische Nähe gefördert. Mitarbeiter formulieren Anlässe für Freude häufig im Rahmen einer Unterbrechung von Alltags- und Arbeitsroutinen und einem individuellen Eingehen auf Bewohnerwünsche. Zu beachten sind hierbei kognitive und physische Ressourcen der Bewohner.

*„Der ist überall mit mir hingefahren. Wenn er gehört hat ich fahre zum Einkaufen hat der gesagt: ‚Können wir unterwegs anhalten, im LKW essen?‘. Oder ich habe zu ihm gesagt: ‚Herr Z., wie sieht es denn aus? Wollen wir mal an der Dönerbude halten?‘ ‚Oh, das wäre ja so toll.‘ Für mich ein kleiner Schritt, aber für diesen Menschen eine riesige Freude“ (Haustechnik)*

*„oder mal so über die Hand bisschen streichen oder mal über die Wange einfach mal - da kommt ganz viel Dankbarkeit einfach auch rüber“ (Präsenzkraft über eine bettlägerige Bewohnerin)*

Eine solche Unterbrechung kann auch durch Kontakte zu Personen außerhalb des stationären Lebensumfeldes gestaltet werden. Gerade der Angehörigenbesuch kann einen Anlass zur Freude schaffen. Alternativ lohnt sich auch die Erschließung von Ressourcen des Sozialraums, um Raum für Freude im Alltag zu gestalten.

*„Oder wenn mal jemand (einen Hut) mitbringt. Oder wenn die (Firmennamen) Leute kommen hier zu ihrem Arbeitseinsatz, die bringen dann ihre Kinder mit, die Frauen. Da sieht man richtig, wie die Augen leuchten dann.“ (Pflegefachkraft)*

In den wenigen Aussagen der Leitungskräfte werden vor allem besondere Veranstaltungen als Quelle für Freude bewusst gemacht.

*„Ich höre natürlich von den Bewohnern jetzt ja gerade beim White Dinner und so, dass sie das erzählen, dass es einfach fantastisch ist. Dass sie einen Abend im Freien, unter freiem Himmel, dass muss man sich mal klar machen, dass viele Leute den nicht mehr erleben, wenn sie im Heim sind, weil sie zu dem Zeitpunkt fast immer schon im Bett sind und schon gar nicht ein Fest*

*im Freien, mittags natürlich schon, aber unterm Abendhimmel und mit Wunderkerzen und so und mit gemeinsamen Singen draußen [...]“*

Insgesamt wird Freude als zusätzliche Bereicherung des Alltags interpretiert und weniger als diesem immanent. In der Dimension sind zwei Komponenten und ihr Zusammenspiel für eine Förderung relevant. Zum einen müssen die Möglichkeiten der Bewohner für Freude- und Genussempfinden individuell in den Interventionen berücksichtigt werden. Zum anderen können Mitarbeiter Anlässe für Freude als Unterbrechungen des Alltags routiniert einbinden und die Atmosphäre nachhaltig positiv beeinflussen. Dies gelingt durch eine aktive Beziehungsarbeit zu den Bewohnern und die Erschließung von Ressourcen aus dem Sozialraum. Anlässe können sowohl durch kleine Gesten im gemeinsamen Umgang als auch durch speziell organisierte Großveranstaltungen entstehen.

## **5.2.2.9 Würde**

### **5.2.2.9.1 Ergebnisse aus der quantitativen Befragung**

Der höchste Mittelwert (6,3; KI-95%: 5,5 – 7,2) wird in der Dimension Würde erlangt. In der Skala zur Erreichung der Dimension weist Würde ebenfalls den höchsten Wert auf (Mittelwert: 4,4; Ki-95%: 4,2 – 4,6). Einen würdevollen Umgang zu erleben ist für die Bewohner besonders bedeutsam hier ist der Mittelwert der Dimension der zweithöchste (Mittelwert = 4,4; KI-95% = 4,1 – 4,6).

**Tabelle 30: Würde in den Modelleinrichtungen**

<b>Würde (N = 78)</b>					
	<b>Mittelwert</b>	<b>Stabw.</b>	<b>25%-Quantil</b>	<b>Median</b>	<b>75%-Quantil</b>
<b>Bedeutung</b>	4,4	0,9	4	5	5
<b>Erreichung</b>	4,4	0,8	4	5	5
<b>Gesamtwert</b>	6,3	3,8	4	5,2	10

### **5.2.2.9.2 Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse**

Würde ist bereits theoretisch eng verbunden mit Selbstbestimmung und Autonomie. Auch in der Empirie zeigt sich eine Verbundenheit zwischen den beiden Dimensionen. Insgesamt zeigt sich auch im Verhältnis zu anderen Dimensionen, dass Würde oftmals eine Brücke schlägt und die Achtung der Menschenwürde eine wichtige Voraussetzung bei der Förderung anderer Dimensionen von Lebensqualität darstellt. Zu beachten ist, dass Würde weder gewonnen noch verloren werden kann, jedoch eingeschränkt bzw. nicht geachtet werden kann. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zu dieser Dimension sind gegliedert in die Indikatoren, durch die sich Bewohner als Subjekt wahrnehmen. Anschließend wird darauf eingegangen, mit welchen Strategien die Würde der Bewohner im stationären Kontext geachtet werden kann. Dies beinhaltet eine Fokussierung von Risiken, die die Würde einschränken können wie auch eine ressourcenorientierte Perspektive, wie Bewohner und Mitarbeiter diesen Risiken etwas entgegensetzen. Schließlich zeigen die Ergebnisse der Strukturierung von Leitungs- und Mitarbeiterinterviews, welche systematischen Instrumente sich in der Praxis bewährt haben.

#### **5.2.2.9.2.1 Indikatoren gelungener Selbstwahrnehmung als Subjekt**

In den Bewohnerinterviews werden indirekt Punkte beschrieben, wann sie sich als Subjekt wahrnehmen. Im Umgang mit den Mitarbeitern zeigt sich dies anhand einer authentischen

Augenhöhe, an den Möglichkeiten zu Selbstbestimmung, der Achtung individueller Werte und Orientierungen sowie im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten.

*„I: [...] Was ist bei denen, wo Sie sagen, da geht es mir gut, was machen die anders, die Alltagsbegleiter?“*

*IP: Ha die kümmern sich um einen. Und die anderen tun halt wieder, die halten einen für blöd. Als wäre man oben schon weggetreten.“ (Bewohnerin)*

*„dass ich mich wieder selbst versorgen kann, dass ich wieder selbst mich anziehen kann, dass ich wieder selbst, dass ich einfach wieder selbst sein kann.“ (Bewohnerin)*

*„I: Sie haben ein besseres Leben.“*

*IP: Wie vorher daheim. Bei meinem Mann.*

*I: Und was ist hier besser für Sie?*

*IP: Menschlicher.*

*I: Menschlicher. Mhm*

*IP: Ich werde nicht erniedrigt. Oder verblödet oder weiß Gott alles. Da mache ich nix falsch. Und wenn ich was falsch mache, dann redet man miteinander.“ (Bewohnerin)*

Eine Bewohnerin formuliert die Voraussetzung eines positiven Menschenbildes statt einer Wahrnehmung der Personen als Belastung.

*„Wenn einer sagt: Was jetzt müssen Sie schon wieder auf die Toilette? (...) Die andere sagt. Kommen Sie, ich geh mit Ihnen raus, ich setz Sie drauf. (...) Das ist ein großer Unterschied.“ (Bewohnerin)*

Die Wahrnehmung der Bewohner zeigt deutlich, dass die Achtung von Würde in unterschiedlichen Kontexten und innerhalb anderer Dimensionen relevant ist.

#### 5.2.2.9.2.2 Strategien zur Achtung der Würde

Bevor auf die Möglichkeiten und Grenzen zur Achtung von Würde eingegangen wird, werden zwei Situationen aus Mitarbeiter- und Leitungsperspektive aufgezeigt, wann die Umsetzung in der Praxis zur Herausforderung wird. Häufig von Mitarbeitern benannt wird der Umgang mit aggressivem Verhalten von Bewohnern im Verhältnis zur Dimension Sicherheit, konkret beim Selbstschutz und Schutz von anderen Bewohnern vor Übergriffen. Die Herausforderung besteht darin, Interventionen ethisch abzuwägen und würdevolle Lösungen zu suchen, um die betreffende Person nicht zum Objekt des eigenen Handelns zu reduzieren. Eine Mitarbeiterin weist auf die Belastung hin, die dabei beim Personal entsteht.

*„allein wenn ich die Tropfen da rein zählen muss in den Becher, steigt da in mir schon gefühlte Wut auf, weil ich genau weiß, wenn ich jetzt dem das verabreiche, dann schieß ich den gnadenlos ab, dass der nicht mehr weiß wo vorne und hinten ist, dass er nur noch da liegt und an die Decke schaut. Und eigentlich ist das, ich will ihn ein wenig dämpfen, ja, dass die Aggressivität vielleicht weg geht, dass er niemanden mehr verschlägt und dass einfach das gedämpft wird. Aber ich will jemanden nicht abschießen, weil das eigentlich nicht das [ist], für was ich hier arbeite.“ (Pflegefachkraft)*

Leitungskräfte zeigen in ihrem Arbeitsbereich auf, dass eine menschenwürdige Versorgung bei hohem Arbeitstempo und Aufgabenvielfalt an Priorität verlieren kann. Ein würdevoller Umgang mit Bewohnern ist demnach nicht auf das Individuum und dessen Wertvorstellungen allein zurückzuführen, sondern auch auf bestehende Rahmenbedingungen für die Arbeit in der stationären Langzeitpflege.

*„wenn zum Beispiel ein Bewohner klingelt, wir telefonieren dann: ‚Frau so und so muss auf Toilette‘ und dann verlassen wir uns darauf und nach zehn Minuten, viertel Stunde klingelt es wieder: ‚War noch niemand da?‘ Und das ist dann ärgerlich, ganz einfach auch dem Bewohner gegenüber und da, ich denke immer wieder, wo auch die Pflegekraft vielleicht grad unter Spannung steht und sagt, ach die hat ja ‚ne Windel an, dass finde ich hart, also nicht gut“ (Leitung Soziale Betreuung)*

Gerade die Reaktion von Bewohnern auf die resultierende Behandlung zeigt die Relevanz der Dimension Würde auf. Abhängig von den Ressourcen üben sie stillen oder offenen Protest aus und fordern wieder eine angemessene Versorgung ein.

*„Und jetzt hatten die meisten Mitarbeiter mit ihr nicht viel Geduld. Die wurde auch mal, also die haben da auch mal die Nerven verloren, die wurde auch mal angeschrien, die wurde auch mal festgehalten und geschüttelt, wurde auch mal relativ grob umgedreht und hingeworfen und die hat gesagt und eine massivere Äußerung gibt’s wohl nicht: ‚Ich mag nicht mehr.‘ Und hat aufgehört zu essen.“ (Alltagsbegleitung)*

*„Und dann mit dem schnellen Abend, dann fertig machen, wenn du klingelst und so. Wissen Sie, ich kann dann, wenn es so schnell geht, dann werde ich ja dann, dann werde ich auch ein wenig muffliger, dann patze ich, gell. Wenn ich dann sage: ‚Halt, halt, ich bin noch nicht fertig.‘“ (Bewohnerin)*

In den Mitarbeiterinterviews setzen sich die Personen mit Fragen der eigenen Haltung auseinander. In vielen Äußerungen wird eine utilitaristische Orientierung in den beschriebenen Vorstellungen von Lebensqualität deutlich, die den Erhalt von individuellen Werten und Lebensvorstellungen vor dem Umzug anstreben. Bei Interventionen wird idealerweise ein ressourcenorientiertes Menschenbild hinterlegt.

*„Jetzt bei manchen die noch so ganz frisch hier sind und die versuchen halt den ganzen Tag mit ihren Familien manche haben jetzt zum Beispiel Ehepaare da oder auch bei den Barrierefreien Wohnungen versuchen die sich natürlich gegenseitig zu ergänzen, ja also die machen etwas zusammen, gehen spazieren und ich denke die machen einfach das, was denen Spaß macht und das bringt natürlich auch die Lebensqualität ja.“ (Altenpflegeschülerin)*

*„Das sind ältere Menschen, die haben eine großartige Lebensleistung hinter sich, die haben einen Krieg hinter sich, die mussten unter schwierigsten Bedingungen selbst aufwachsen bzw. ihre eigenen Kinder großziehen. Und diese Lebensleistung verdient Respekt. Und ich denke mal die haben ein Recht darauf sich diesen Respekt einzufordern.“ (Haustechnik)*

Dazugehörig kann die Orientierung an den persönlichen Werten und Maximen der Bewohner gesehen werden. Eine unverzichtbare ethische Dimension, gerade in der Pflegeversorgung, ist für das Personal die Selbstbestimmung über den Körper und die Wahrung der körperlichen Unversehrtheit.

*„oder wenn halt jemand ein Problem hat oder halt ein Bewohner nicht möchte von mir gepflegt zu werden, dass man dann jemand anders dazu holt um es dann zusammen mit denjenigen zu machen, ja um halt auch den Bewohner ein anderes Bild zu zeigen“ (Altenpflegeschülerin)*

Dieser Aspekt tritt auffallend häufig auf. Besonders wird auf die Rechte zur Abgrenzung sowie auf das Eingehen auf die Bedürfnisse nach Nähe und Distanz wertgelegt.

*„Ich stelle mich immer auf die Bewohner ein und wenn einer zu mir Nein sagt, dann heißt das auch für mich Nein, dann übergehe ich das nicht.“ (Pflegefachkraft)*

Die Achtung der Würde ist in jeder Alltagshandlung eine Zielorientierung, doch gerade im Umgang mit dem Thema Tod und Sterben wird Sensibilität für die Ermöglichung von Lebensqualität bis ans Lebensende entscheidend und erfordert bewusste ethische Auseinandersetzung auf der Heimebene.

*„IP: [...] der Herr ist mir so nahe gegangen und ich habe gewusst, der stirbt der Mann. Wir haben Sie doch gerufen. Also die Teamleiterin, die X sagt dann noch, du, ruf den Notarzt an. Ne, der stirbt. Dann bin ich rausgegangen auf den Flur, da muss dann, da bin ich gezwungen anzurufen, weil sie meine Chefin ist und dann habe ich gesagt, gut, mache ich. Dann habe ich vor lauter Verzweiflung gerufen auf dem Flur zu meiner Kollegin, die X. Ich sage, ich weiß genau, was da kommt, die schleppen jetzt 'en Sterbenden  
I: Ins Krankenhaus.“ (Pflegefachkraft)*

#### 5.2.2.9.2.3 *Bewährte Instrumente zur Achtung der Würde im stationären Kontext*

Alle aufgeführten Instrumente zielen auf die Sensibilisierung des Personals aller Berufsgruppen für die Einhaltung von Augenhöhe und Respekt in der Interaktion mit Bewohnern. Hierfür muss Raum für systematische Selbstreflexion im Arbeitsalltag geschaffen werden. Dies geschieht in der Praxis in ethischen Bewohnerbesprechungen, die entweder flexibel in Phasen der Zusammenarbeit erfolgen oder in speziell einberufenen Teamgesprächen. Sinnvoll kann auch die Installierung spezieller Beauftragten sein, die Konzepte zur Dimension Würde als Querschnittsaufgabe erstellen. Eine wichtige Determinante zur Konzeptionierung von Interventionen bleiben aber die Arbeitsbedingungen, die den Rahmen setzen. Interventionen, die daran ansetzen und als Ziel die Achtung der Menschenwürde verstärken, wurden nicht thematisiert.

### 5.2.2.10 **Spiritualität**

#### 5.2.2.10.1 *Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse*

Der zweitgeringste Mittelwert (4,7; KI-95%: 4-5,5) wird in der Dimension Spiritualität erzielt. 5,1% der Bewohner haben einen negativen Wert, von 20,5 % wird das Maximum der Skala erzielt. Auffällig ist, dass in dieser Dimension die geringste Bedeutung gesehen wird (Mittelwert: 3,5; KI-95%: 3,1 – 3,8).

**Tabelle 31: Spiritualität in den Modelleinrichtungen**

Spiritualität (N = 78)					
	Mittelwert	Stabw.	25%-Quantil	Median	75%-Quantil
<b>Bedeutung</b>	3,5	1,5	2	4	5
<b>Erreichung</b>	4,2	0,9	4	4	5
<b>Gesamtwert</b>	4,7	3,5	2	4	8

#### 5.2.2.10.2 *Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse*

Auch in den qualitativen Interviews zeigt sich die Dimension Spiritualität als weniger relevant. Es können lediglich Aussagen aus den Bewohner- und Mitarbeiterinterviews zugeordnet werden. Spiritualität spielte bei den Leitungsinterviews keine Rolle.

#### 5.2.2.10.2.1 *Bedeutung von Spiritualität für Bewohnern*

Für wenige Bewohner ist Spiritualität eine wichtige Ressource für die Alltagsgestaltung und Bewältigung von herausfordernden Lebensumständen. Sie ermöglicht ihnen retrospektiv eine

Sinngebung für biografische Brüche und Krisen. Zudem kann die Praktizierung einer Religion konstant auch nach dem Umzug in ein Pflegeheim fortgeführt werden. Damit bietet es eine Möglichkeit zum Erleben von biografischer Kontingenz.

*„War aber immer eine Sache, die, also aus der ich Kraft geschöpft habe. Schon als Kind, ich bin (...) Kindergottesdienste. Ich habe das einfach gebraucht.“ (Bewohnerin)*

*„Wenn ich den [Glauben] nicht gehabt hätte, hätte ich das gar nicht ausgehalten mit meiner Mutter.“ (Bewohnerin)*

*„[...] ich mein die hat schon auch Schmerzmittel und so, aber sie sagt manchmal auch, die Schmerzen, also halt eigentlich sieht sie in ihren Schmerzen auch so'n Sinn oder die kann die eigentlich, die kann die in ihrem Glauben, also die kann mit ihrer Krankheit durch ihren Glauben auch besser umgehen, sag ich mal, und das gibt ihr doch auch eben auch 'ne Lebensqualität.“ (Pflegefachkraft)*

#### 5.2.2.10.2.2 Fördermöglichkeiten durch Mitarbeiter

Mitarbeiter lassen Spiritualität in ihren Arbeitsalltag einfließen, indem sie sie als gemeinsames Interesse zur Förderung von Gemeinschaften zwischen Bewohnern nutzen. Beispielsweise regen sie den Austausch zwischen den Bewohnern zu dem Thema an oder begleiten zu Gottesdiensten.

*„Viele Dinge sind ja ähnlich schon auch wie also schon christlich wie bei den Evangelischen oder Katholischen, manches dann aber auch doch nicht. Aber was ich damit sagen möchte, wir tauschen uns da aus. Also die erzählen mir von dem, wie sie's glauben und ich erzähl das, was ich denke und so und das, das macht mir auch hier bei der Arbeit Spaß. Oder, und des genießen die Bewohner auch und ich genieß es aber auch. Und das ist auch ein Geben und Nehmen.“ (Pflegefachkraft)*

Eine Bewohnerin zeigt auf, dass Mitarbeiter die Rolle des geistlichen Beistands einnehmen, um an der Bewältigung von Krisen in der Biografie zu arbeiten. Entscheidend dafür ist es, sich auf die Vorstellungen der Bewohner einzulassen.

*„Manche, also da ist der, wie heißt er, der X, der hat mir immer mein Horoskop gemacht und das war sehr interessant, aber jetzt hat er einfach keine Zeit. Wir können, wir könnten nicht, ich würde gerne vieles dazu fragen, denn er hat mir da richtig zu was geholfen, zu einem Durchblick geholfen. Ich hatte immer gedacht, ich bin doppelter Wassermann. Aber zu dem doppelten Wassermann passt auf der anderen Seite gar nicht, was ich alles aufgebaut habe und wie ich mein Leben gestaltet habe. Und er hat mal gesagt: ‚Sie haben, sie haben‘, na, Januar, was ist er - Steinbock. ‚Sie haben Steinbock (Aszendenten).‘ Und das passt haarscharf.“ (Bewohnerin)*

#### 5.2.3 Dimensionsübergreifende und –verbindende Aspekte

Im Vergleich zwischen den Dimensionen fasst die Auswertung der quantitativen Befragung die Einschätzung der Mitarbeiter zur Erreichung der einzelnen Dimensionen und ihre Bedeutung für die Bewohner zusammen. In der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews aus den acht Modelleinrichtungen können Muster der Zuständigkeits- und Rollenverteilungen der Akteure im Zusammenhang mit der Förderung von Lebensqualität in den einzelnen Dimensionen aufgezeigt werden.

### 5.2.3.1 Erreichung und Bedeutung der Dimensionen für die Bewohner

Im interdimensionalen Vergleich (vgl. Abbildung 7) wird in der jeweiligen Erreichung zunächst eine sehr geringe Streuung zwischen den Dimensionen ersichtlich. Der Mittelwert der Dimension mit der geringsten Erreichung (Selbstbestimmung / Autonomie) unterscheidet sich von der höchsten Erreichung (Würde) nur um 0,34.

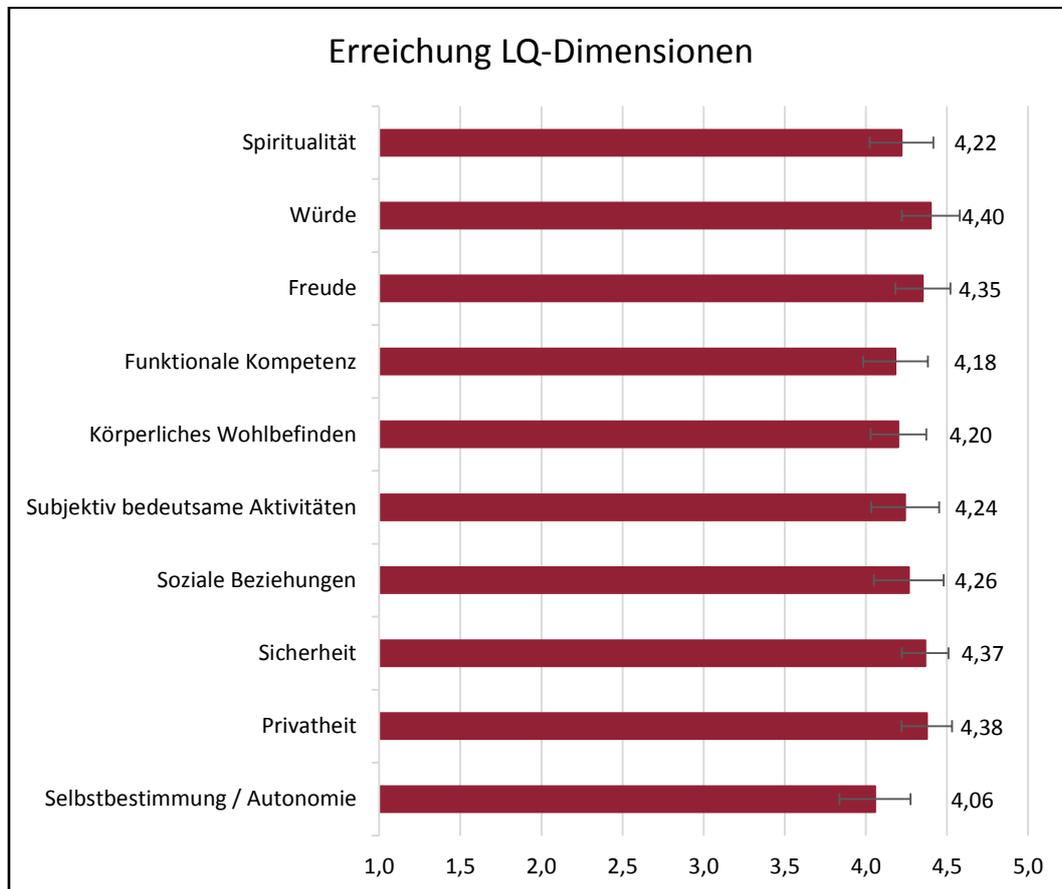
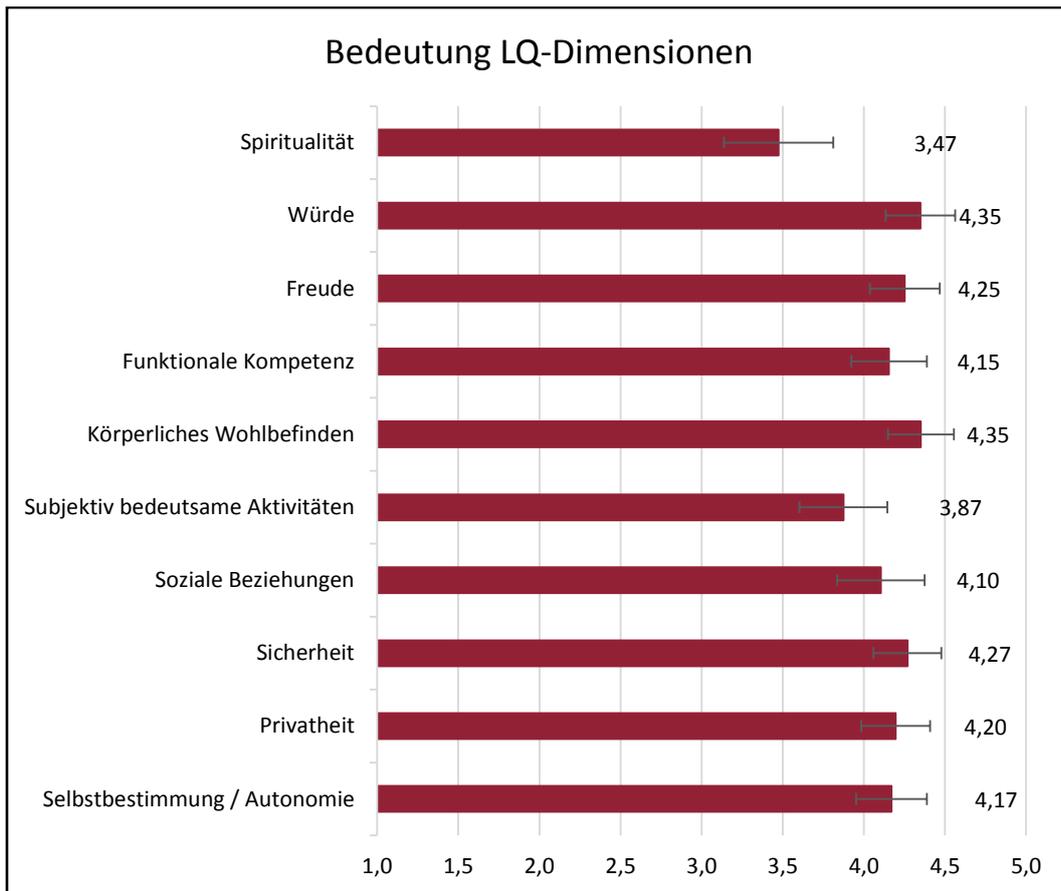


Abbildung 7: Erreichung der LQ-Dimensionen

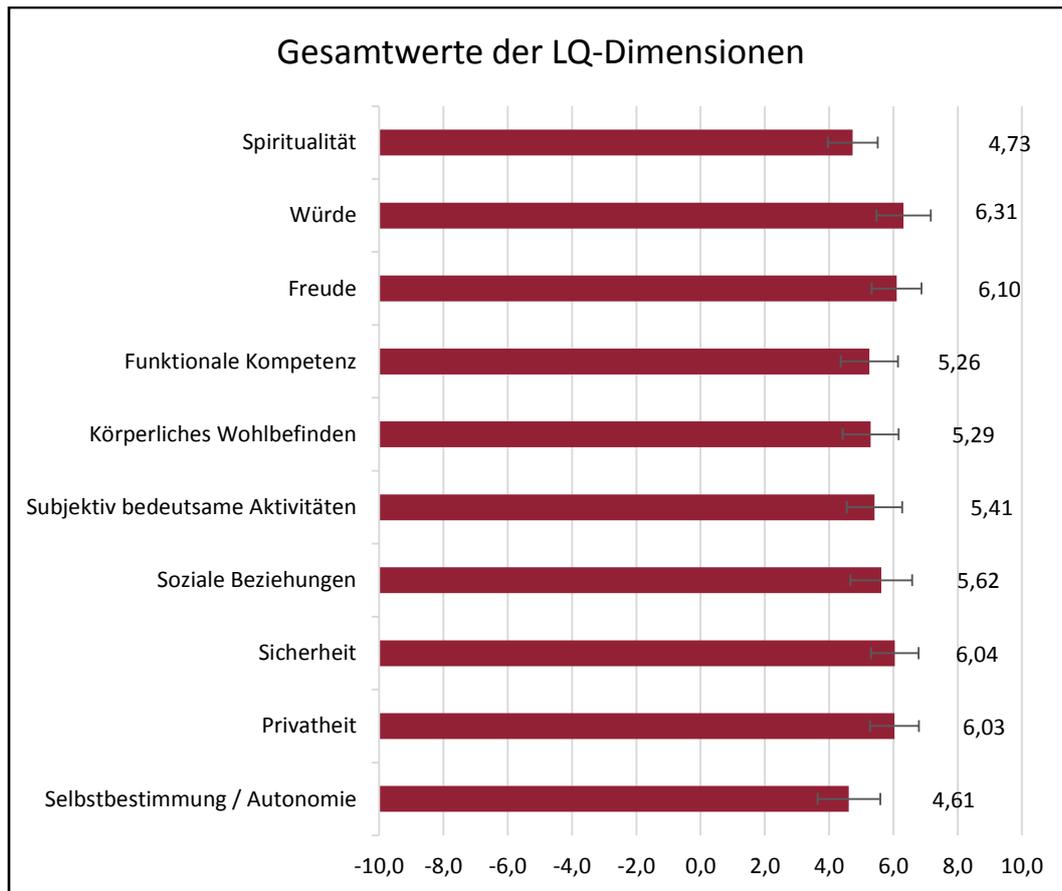
Im Vergleich zur Erreichung bestehen in der Bedeutung zwischen den LQ-Dimensionen größere Unterschiede (vgl. Abbildung 8: Bedeutung der LQ-Dimensionen). Den höchsten Wert erreichen die Dimensionen Freude und Körperliches Wohlbefinden, den niedrigsten Spiritualität und Subjektiv bedeutsame Aktivitäten.



**Abbildung 8: Bedeutung der LQ-Dimensionen**

Bei der Betrachtung der Gesamtwerte der einzelnen Dimensionen fällt auf, dass der höchste Mittelwert in der Dimension Würde erreicht wird, der geringste in Selbstbestimmung / Autonomie.

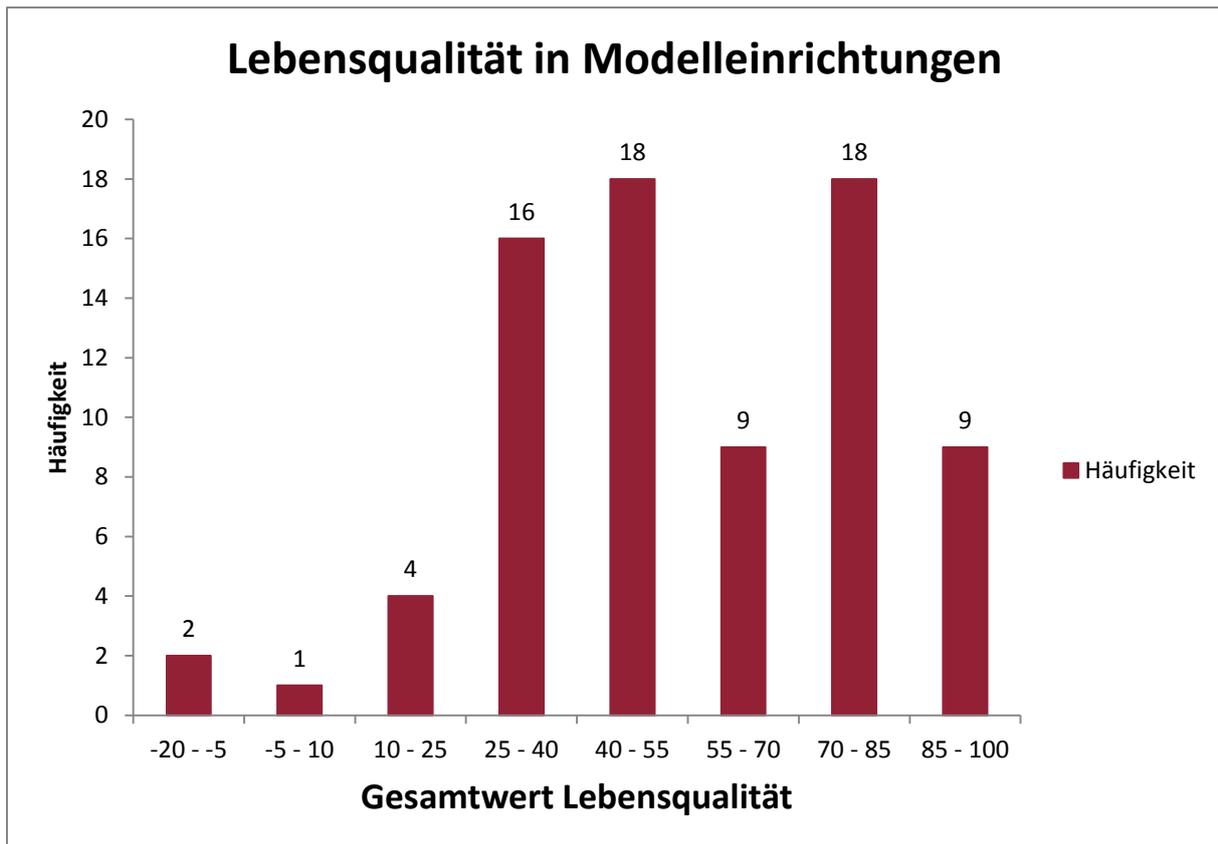
Für 76 Bewohner liegt der Gesamtwert aller Dimensionen für Lebensqualität im positiven Bereich. Zwei Personen erreichen das Skalenmaximum von 100 Punkten - das Minimum in der Stichprobe beträgt -17,35. Der Mittelwert der Stichprobe ist 55,4 (KI-95%: 49,9 – 61,2), der Median liegt bei 52,5.



**Abbildung 9: Gesamtwerte der LQ-Dimensionen**

**Tabelle 32: Gesamtwert Lebensqualität in den Modelleinrichtungen**

Gesamtwert (N = 78)							
	Mittelwert	Stabw.	25 %-Quantil	Median	75 %-Quantil	Minimum	Maximum
<b>Gesamtwert</b>	55,4	25,7	38,1	52,5	78	-17,35	100



**Abbildung 10: Häufigkeit des Gesamtwerts Lebensqualität**

#### **5.2.3.2 Muster der Zuständigkeits- und Rollenverteilungen innerhalb und zwischen den Lebensqualitätsdimensionen**

Wird Lebensqualität als Outcome des Zusammenspiels aller Beteiligten im Setting der stationären Langzeitpflege betrachtet, lassen sich in den Interviews diverse Akteure benennen, die aufgrund ihrer Position und Beziehungen zu den anderen auf die Erreichung von Lebensqualität Einfluss nehmen. Hierauf wurden die Mitarbeiter- und Leitungsperspektiven ausgewertet.

##### **5.2.3.2.1 Rolle der Bewohner als Co-Produzenten**

Mitarbeiter und Leitungen machen deutlich, dass Bewohner bei der Förderung von Lebensqualität in der stationären Langzeitpflege als Co-Produzenten wahrgenommen werden müssen. Zahlreiche Aussagen in den Interviews zeigen, dass ihre Vorstellungen davon, was Lebensqualität ausmacht, bestimmen, welche Rahmenbedingungen und Interventionen förderlich oder hinderlich wirken. Nicht zuletzt aus dem Verständnis heraus, dass Lebensqualität dynamisch, subjektiv und objektiv zugleich ist, findet die Individualität der Bewohner aufgrund ihrer Biografie, den Persönlichkeitsmerkmalen und eventuellen Krankheitsverläufen eine hohe Bedeutung bei der Erreichung von Lebensqualität. Eine Rolle spielen ebenfalls die Erwartungen, die die Personen an das Pflegeheim stellen.

*„Aber ich denke, wenn jetzt ein Bewohner permanent über den Gang läuft, weil er es braucht. Klar, warum nicht? Der andere wiederum sitzt dann wieder den ganzen Tag im Sessel und macht nichts. Der hat in früheren Jahren vielleicht keine Ahnung wie viel gearbeitet. Die meisten hatten Landwirtschaft, wo es kein Wochenende, kein Feiertag, kein Nacht oder sonst irgendetwas gab. Wenn der dann einfach nur sitzen will, warum nicht?“ (Pflegefachkraft)*

*„Also ein gutes Beispiel ist unser Buffet vorne bei Essen, das war nicht von Anfang an so, sondern wir haben das (Jahreszahl) eingeführt und es war am Anfang ganz oft die Reaktion, jetzt hören sie mal zu, ich zahle hier so und so viel Geld, da können sie mir das Essen doch bringen. Also den Leuten einfach beizubringen, dass die Aktivität, die Bewegung in die Finger, sich mit dem Rollstuhl oder dem Rollator von A nach B sich zu bewegen und das Auswählen, der olfaktorische Reiz, der dann auch damit Sache spielt, einfach das Ganze, das war ganz schwierig den Leuten das beizubringen, weil die eben einfach in den Dienstleistungsgedanken drin waren.“ (Leitung)*

Die Erwartungen sind keineswegs starr, sondern unterliegen unter anderem durch die Adaptionskompetenzen der Betroffenen einem Wandel. Mitarbeitern nehmen wahr, dass sich Bewohner den Rahmenbedingungen der Institution in ihren Vorstellungen vom Leben anpassen können.

*„Sagen wir mal, sie stellen sich auf die Situation besser ein. Ich habe, ich hab so 'ne (in der Familie von meiner Frau, da hat die) Darmkrebs gehabt und hatte drei Operationen. Dann ist sie invalide oder so, Erwerbsminderungsrente bekommt sie jetzt. Die hat sich ruckzuck auf die Situation eingestellt.“ (Leitungskraft)*

Damit tragen die Bewohner indirekt zur Gestaltung der Lebensverhältnisse bei, wie auch Berichte von ihnen zeigen, in denen sie Mitarbeiter in arbeitsintensiven Phasen in Schutz nehmen und ihre eigenen Bedürfnisse zurücknehmen.

Die Beispiele zeigen, dass sich die Lebensbedingungen in einem dynamischen Aushandlungsprozess zwischen Bewohnern und Mitarbeitern bzw. zwischen Bedürfnissen und der Gestaltung von Strukturen entwickeln. Eine wichtige Voraussetzung für eine Gestaltung, die Lebensqualität fördert, ist die Beteiligung der Bewohner bei dem Dialog auf Augenhöhe. Die Herausforderung besteht darin, möglichst niederschwellige Instrumente zu konzipieren, die vorhandene Ressourcen der Bewohner berücksichtigen.

#### 5.2.3.2.2 *Rolle der Angehörigen*

Angehörigen wurde in den Interviews aktiv keine gesonderte Rolle zugesprochen. Kamen sie in den Erzählungen der Mitarbeiter oder Leitungen vor, wurden sie als Akteure im Pflegeversorgungsprozess wahrgenommen. Eine Mitwirkung wird vor allem bei Einzelfallentscheidungen und Planungen von Pflegeprozessen wahrgenommen. Des Weiteren können sie als Vertrauenspersonen Bedürfnisse von Bewohnern aufnehmen und Durchsetzen, wenn sich diese dazu nicht in der Lage sehen. Damit kompensieren sie fehlende Ressourcen und ermöglichen den Betroffenen mehr Mitbestimmung über relevante Lebensbereiche.

*„Wir versuchen natürlich auch ja auch eng mit Angehörigen zusammen zu arbeiten, dass wenn ein Arzt jetzt mal sagt, nein, nein, nein, dass man dann zu den Angehörigen sagen, okay, wir kommen mit dem Arzt einfach nicht mehr weiter, sprechen Sie mit dem weiter, versuchen Sie es mit ihm. Vielleicht funktioniert es dann besser.“ (Pflegefachkraft)*

#### 5.2.3.2.3 *Rolle der Berufsgruppen*

In einem multiprofessionellen Team mit diversen Arbeitsbereichen und –schwerpunkten ist die Wahrnehmung der unterschiedlichen Berufsgruppen und dessen Relevanz ein Interessensgegenstand der Interviews gewesen. Hier zeigen sich auseinandergelagerte Ansichten darüber, ob Bewohner die Berufsgruppen unterscheiden müssen und ob die richtige Adressierung eine Auswirkung auf die Bedürfniserfüllung hat. Hier gehen die Einrichtungen bereits konzeptionell

individuelle Wege. Der Vorteil des bewussten Umgangs mit den Berufsgruppenunterschieden ist die zusätzliche Einflussmöglichkeit auf den Versorgungsprozess.

*„Ja, das fängt schon an, dass eine Bewohnerin sagt, dass meine Wunden nur da und da gemacht werden.“ (Leitungskraft)*

In anderen Einrichtungen wird eher ein pragmatischer Umgang bevorzugt, der davon ausgeht, dass die Umsetzung von Zuständigkeiten bei verschiedenen Aufgabenbereichen keine Relevanz für die Bewohner hat. Ein solcher Ansatz erfordert gute Absprachen im Team, um die Aufträge und Mandate bei Bedarf weiterzuleiten an die jeweils dafür zuständige Person.

*„Einmal hängt da ein Schild und da steht es. Ob sie es lesen können? Ich denke nicht, denen ist es egal, Hauptsache sie sind gut betreut und versorgt.“ (Pflegehilfskraft)*

Die Aussagen der Bewohner beispielsweise bei den Merkmalen einer Vertrauensperson deuten darauf hin, dass sie Mitarbeiter weniger nach Berufsgruppen differenzieren und mehr nach der Qualität im Umgang mit ihnen, zu denen Aspekte wie Augenhöhe, persönliche Nähe sowie Vertrauen zählen.

Insgesamt zeigt sich auch bei den Aussagen der Mitarbeiter und Leitungen ein Muster, bei dem das interdisziplinäre Team in einer gut abgestimmten Zusammenarbeit einen ganzheitlichen Blick auf die Bedürfnisse der Bewohner ermöglicht und Lebensqualität fördert. Einzelne Berufsgruppen ergänzen sich mit den verschiedenen Fokussierungen gegenseitig und wirken vernetzt.

*„Die Präsenzkraft sorgt dafür, dass zum Beispiel das Essen schmeckt. Also Essen ist zum Beispiel auch was ganz Wichtiges. Wir von der Pflege schauen dass die Medikamente stimmen und dass dieser Mensch gut versorgt ist in der Behandlungspflege. Betreuung beschäftigt diesen Mensch. Also ohne eine Berufsgruppe von denen funktioniert es nicht.“ (Pflegefachkraft)*

Je nach Hilfebedarf und Alltagsgestaltung müssen die Einsätze der einzelnen Berufsgruppen durch ihren spezifischen Fokus und ihre Position im sozialen Gefüge mit den Bewohnern koordiniert werden, damit sie ihren Nutzen für die Zielgruppe entwickeln können.

*„Ich denke, dass das oft auf Bewohner-Klientel darauf ankommt. Also wenn jetzt eine fortgeschrittene Demenz vorliegt, ist vielleicht eher die Betreuungskraft, die für die Lebensqualität der Bewohner zuständig ist, weil der auch deutlich mehr Zeit quasi mit dem Bewohner verbringt. Und bei jemandem, der jetzt nur leicht pflegebedürftig ist, ist fünfzig, fünfzig.“ (Leitungskraft)*

*„Weil ich behaupte ja, ein Wohnbereichshelfer ist auch sehr nah am Bewohner und kriegt sehr viel mit. Und wenn die dann bei den Bewohnerbesprechungen sind, dann können sie das ja weitergeben.“ (Leitung Hauswirtschaft)*

Als dritte Komponente für eine positive Wirkung auf die Lebensqualität beschreiben Mitarbeiter eine berufsgruppenübergreifende Haltung, die von den interviewten Personen nur indirekt umschrieben wurde mit Merkmalen wie wertfreie Offenheit und eine Fokussierung auf das Wohl der Klienten.

*„I: Und dann ist es egal, ob die als Alltagsbegleiter arbeiten oder als Pflegekraft oder Hilfskraft, ja.“*

*IP: Das ist völlig egal, ja. Da merkt man auch so, dass sie auch so die Menschen lieben und mit denen nett umgehen. Sind einige hier, die das machen. Ich bewundere auch die jungen Frauen, wie die, die jetzt da sind, die Studentinnen, die in den Ferien Aushilfsjob macht. Die hat auch so eine Art.“ (Pflegefachkraft)*

*„also, für so einen Bewohner ist einfach notwendig oder ganz wichtig, dass der, sein Gegenüber, ihm, sage ich einfach mal, freundlich und gutgesonnen ist. Ich denke, ein Demenz erkrankter Mensch ist selber, also die Profession schon mal egal, weil es da auf andere Dinge ankommt.“  
(Leitung Tagespflege)*

Konfliktreichen Aushandlungen von Zuständigkeiten werden dagegen negative Wirkungen auf die Lebensqualität der Bewohner zugesprochen, da sie in der Praxis die Zentrierung auf das Wohl der Betroffenen in den Hintergrund rücken lassen.

*„So der Arzt kommt, wir waren zu Dritt, wir gehen in das Zimmer und jetzt haben die Männer angefangen auf ein ‚Wer hat denn hier mehr Recht‘ und ‚Der hat ja also wirklich dicke Eier in der Hose‘ und da wurde es für mich eklig, ich war nur noch die Person, wo die Oma aus- und anziehen sollte, die Arme festhalten, weil sie sich gewehrt hat. Da hat niemand mal mit der Frau irgendwie mal zwischenmenschlich ordentlich geredet. Der Herr X wollte dem Arzt klar machen, ich weiß ja, was du hier tun musst, schreib eigentlich nur die die Rezepte aus und einen Fahrplan und dann fängt der Arzt an, so und jetzt sind Sie mal ruhig, ich werde schon sagen, wenn ich sie brauche und dann war der angepisst. So jetzt hab ich zwei erwachsene Männer, die sich über etwas unterhalten oder diskutieren und es ging nicht wirklich um die Oma und des hat mir leidgetan. Es war so eine eklige Situation“ (Wohnbereichsleitung)*

Ebenso werden solche rechtlichen Vorgaben und Kontrollen kritisiert, die dem Bedarf in der Praxis nicht flexibel angepasst werden können und das Wohl der Bewohner als Ziel verfehlen.

*„Wir haben das Problem, dass es immer gefordert wird, nachzuweisen, was Fachkräfte gemacht haben, was die Betreuung gemacht hat, besondere Betreuungsleistungen nach Seminar 80b sind gesondert zu dokumentieren, das passt alles nicht mit unserem System, muss man wirklich sagen, weil wir sagen, das ist egal, wenn ich einen Bewohner begegne und mit ihm ein Stückle gehe am Tag, dann mache ich das, was angesagt ist und, was er mir auch vorgibt und, wo ich merke, da reagiert er, das ist für ihn was Schönes, was Positives, und da ist es egal, was für eine Fachprofession ich habe. Und das passt nicht zusammen.“ (Leitung)*

Des Weiteren wird der differenzierte Blick auf die einzelnen Dimensionen im Lebensqualitätsmodell vor allem dort nötig, wo sich einzelne Dimensionen, wie jeweils in den Kapiteln aufgezeigt, ambivalent gegenüber stehen und sogenannte Grenzsituationen beschreiben. Auch hier ist es unabhängig von der Berufsgruppe notwendig, zwischen den Dimensionen in einer ethischen Diskussion abzuwägen sowie im Team koordiniert zusammenzuarbeiten um ein gemeinsames Ziel effizient zu verfolgen und eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen.

*„es gibt immer wieder so Grenzsituationen, zum Beispiel wenn an der Rezeption viel los ist, kann natürlich sein, die Dame läuft nach draußen, was schwierig ist, weil dann ist sie weg und des sind einfach so Dinge ja, wo man sich schon überlegen muss. Wir überlegen uns immer auch, wenn jetzt im Demenzbereich wieder ein Platz frei wird, überlegen wir uns, ist die Frau noch richtig auf dem Bereich, wo sie wohnt oder muss sie jetzt doch umziehen? Mir entscheiden uns dann bis jetzt immer noch dagegen mit vielen Konsequenzen“ (Pflegedienstleitung)*

### **5.3 Beanspruchung der Mitarbeiter**

Im folgenden Kapitel werden Angaben zum Belastungserleben in den Modelleinrichtungen vorgestellt. Die Gliederung des Kapitels orientiert sich dabei an den Belastungsdimensionen des BHD Fragebogens: „Emotionale Erschöpfung“, „Intrinsische Motivierung“, „Erlebte (Un-)Zufriedenheit“ und „Aversion gegen Klienten“. Für jede Dimension werden Kennwerte der deskriptiven Statistik der 94 Mitarbeiter der 8 Modelleinrichtungen dargestellt. Zusätzlich wird in jeder Dimension anhand der von den Autoren vorgenommenen Wertung in kritische, neutrale und positive Ausprägungen und den zugrunde liegenden Standard-of-Nine-Normwerten eine

Klassifizierung vorgenommen. Für jede Variable werden zudem bivariate Zusammenhänge zu weiteren mitarbeiterbezogenen Merkmalen wie der Resilienz oder der Identifikation mit der Einrichtung dargestellt. In der quantitativen Analyse zeigen arbeitsstellenbezogene Merkmale, wie der prozentuale Stellenanteil, Schichtdienst, Dauer der Arbeitsanstellung in der Einrichtung und Dauer der Beschäftigung in der Pflege (jeweils in Jahren), nur geringe Korrelationen zu allen Belastungsdimensionen auf, die auch nicht signifikant sind. Von einer detaillierten Darstellung wird aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit abgesehen. Hingegen weist die Inhaltsanalyse der Interviews auf, dass andere arbeitsbezogene prozesshafte Merkmale wie Organisation und Durchführung von Aufgaben im Team, Arbeitsdichte, Rahmenbedingungen für Routinearbeit sowie Begleitung und Unterstützungsmöglichkeiten für das Personal im Arbeitsalltag (z. B. betriebliche Seelsorge oder Fallbesprechungen) in der subjektiven Wahrnehmung von Arbeitsbelastung einen Unterschied ausmachen.

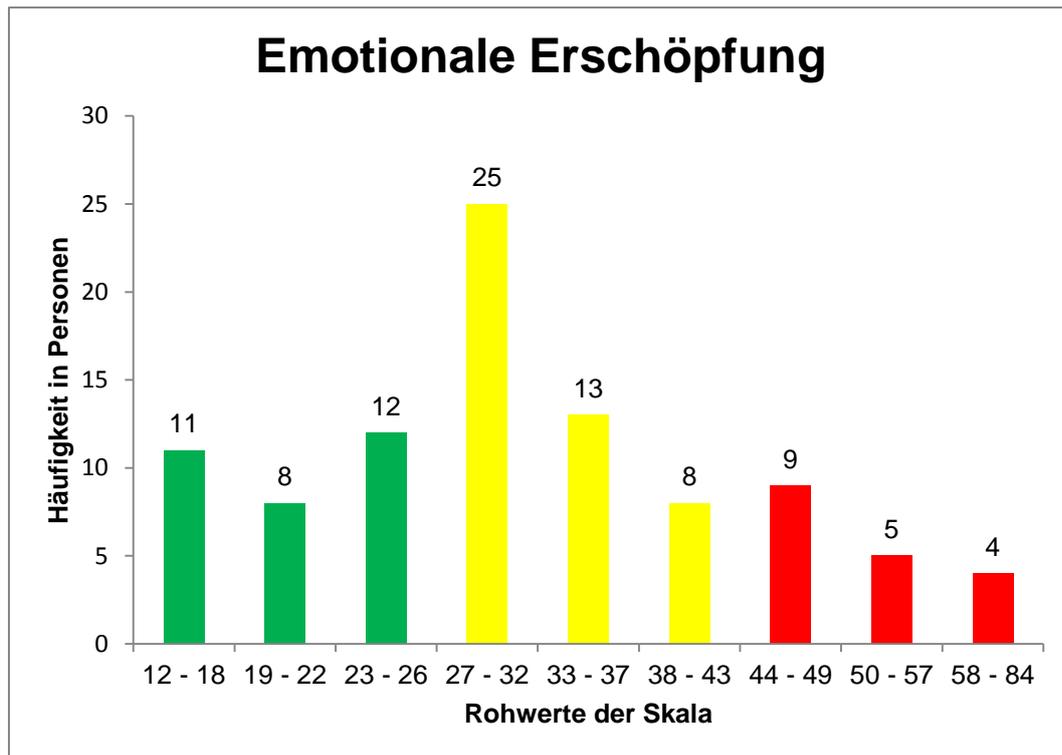
Im Anschluss an die quantitative Darstellung der jeweiligen Belastungsdimension werden Angaben aus den qualitativen Interviews die in eine der Kategorien fallen dargestellt. Insbesondere spielt die Resilienz in den quantitativen wie auch den qualitativen Analysen eine große Rolle für die Belastung der Mitarbeiter.

Quantitative multivariate Betrachtungen, die Merkmale der Individuen und Merkmale der Institutionen berücksichtigen, werden im Kapitel 5.6 Zusammenhänge zwischen Einrichtungskarakteristika und bewohner- und mitarbeiterbezogenen Ergebnissen vorgestellt.

### **5.3.1 Emotionale Erschöpfung**

Zentrale Kategorie im BHD ist die emotionale Erschöpfung der Mitarbeiter. Eine Beispielfrage ist „Ich habe oft den Eindruck, nicht alles schaffen zu können. Die Skala in der Emotionalen Erschöpfung reicht von 12 (geringste Erschöpfung) bis 84 (maximale Erschöpfung).

In der Stichprobe liegt der Mittelwert bei 32,42 (KI-95 %: 30,0 – 34,9) mit einer Standardabweichung von 12,0. Der Median liegt bei 31 beide Maße der zentralen Tendenz liegen damit nach der von den Autoren vorgegebenen Deutung in kritische, neutrale und positive Ausprägungen Bereiche im neutralen Bereich (vgl. Abbildung 11). Insgesamt haben 31 (32,6 %) Mitarbeiter eine positiven Ausprägung, 18 Personen (18,6 %) liegen im kritischen Bereich. Im Vergleich der vier Belastungsdimensionen haben in diesem Bereich die meisten Personen eine kritische Ausprägung. Das erreichte Minimum liegt bei 12, das Maximum bei 65.



**Abbildung 11: Häufigkeit Emotionale Erschöpfung in SON-Skalen**

Ein mittlerer Zusammenhang zur emotionalen Erschöpfung besteht zur Identifikation mit der Einrichtung ( $r = -0,412$ ,  $p < 0,001$ ): Personen die sich mit der Einrichtung identifizieren sind auch weniger erschöpft – 16,9 % der emotionalen Erschöpfung können über die Identifikation mit der Einrichtung erklärt werden. Ein ähnlich starker Zusammenhang besteht zwischen der Resilienz und der emotionalen Erschöpfung ( $r = -0,342$ ,  $p = 0,001$ ). Über die Resilienz können in der Stichprobe 11,7 % der emotionalen Erschöpfung erklärt werden. Ein geringerer Zusammenhang besteht zwischen der gesundheitlichen Einschränkungen in der Arbeit und der emotionalen Erschöpfung ( $r = -0,318$ ,  $p = 0,002$ ), was einer Varianzaufklärung von 7,1 % entspricht.

In den Interviews mit Mitarbeiter in den Modelleinrichtungen wurden weitere positiv wirkende emotionale Bewältigungsressourcen geäußert, um Belastungssituationen zu verarbeiten. Diese lassen sich in passives Aushalten und aktives Bewältigen unterscheiden.

Zu den passiven Strategien gehören Vermeiden und Aushalten von krisenhaften Situationen bis hin zu emotionaler Distanzierung, in denen keine Selbstwirksamkeit durch Eingreifen erwartet werden kann.

*IP: [...] Es gibt Dinge die kann man beeinflussen vom Ablauf her, aber es gibt halt auch, wenn jemand eine Magendarmkrankung hat und er ist halt eingestuhlt, dann der halt Vorrang. Es ist dann halt einfach so. Und da gibt es halt dann auch Bewohner. „Ich bezahle ja so viel, warum ist der noch nicht draußen?“*

*I: und dann wird es belastend. Ja*

*IP: Eben, da denkt man sich, ich würde jetzt gerne aber darf nicht ich mache mir am besten einfach die Tür hinter mir zu, aber ja man schluckt es runter.“ (Pflegefachkraft)*

*„du musst irgendwann, auch wenn es dir schwer fällt, eine Leck-mich-am-Arsch-Einstellung haben und hoffen, dass einfach nichts passiert und Stoßgebete losschicken.“ (Pflegefachkraft)*

In anderen Situationen helfen sich Mitarbeiter durch das Umdeuten einer Situation und die Relativierung aufgrund von gegebenen Vergleichsmöglichkeiten zu bisherigen Arbeitstätigkeiten oder anderen Einrichtungen.

*„Also im Großen und Ganzen geht es schon eigentlich. Gut. Gut, mein Vergleich ist halt immer die [Tätigkeitsbereich], 15-Stunden-Tag, volle Lotte, da ist es hier natürlich Paradies, ja.“ (Alltagsbegleitung)*

In anderen Beispielen werden aktive Strategien deutlich, um mit emotionaler Belastung umzugehen. Zunächst gehören zur aktiven Einflussnahme auf die Arbeitsbedingungen das Aufzeigen von persönlichen Belastungsgrenzen im Arbeitsalltag und der Protest dagegen gegenüber verantwortlichen Stellen sowie das Ablehnen von Aufgaben.

*„Ich hatte, ich hatte so einen kleines Burnout eigentlich, ich war dann auch ein paar Monate krankgeschrieben und montags, ich bin montags dann zum Arzt gegangen, hab dann auch [Hausleitung] angerufen, hab gesagt, ich komme nicht, ich bin krank, mir geht es nicht gut und dann hat sie gesagt, was war denn eigentlich los am Freitag und dann bin ich wieder explodiert und hab gesagt was los war und dann habe ich meine Stimme erhoben und also ich hab dann auch mit [Hausleitung] rum getobt, ich war, es war einfach, der Ofen war aus. Und dann hat sie gesagt j a wir leben halt die neue Konzeption und dann sag ich wo steht das geschrieben? Welche neue Konzeption? Unser, unsere Konzeption, unsere Stellenbeschreibung lautet so und so und so und Punkt aus fertig und da gehört das nicht dazu und jetzt kommen sie mir mit einer neuen Konzeption, wer hat das gesagt?“ (Betreuungsassistenz)*

Zudem werden kreative Formen erarbeitet, um mit Alltagsstress individuell an eigene Ressourcen und Problemstellungen angepasst umzugehen.

*„Am Anfang war immer, wenn jemand stirbt, den, wo du schon lange kennst, aber mittlerweile habe ich gelernt umgehen mit dem. Ich kann jetzt Abschied nehmen und kann auch die Zeit, wo ich dann da bin und weiß derjenige geht jetzt oder ist gegangen, kann ich dann abschließen. [...] Das hab ich gelernt, wo ich die Ausbildung gemacht hab. Gerade in derer Zeit habe ich gelernt mit dem umzugehen. Dann bin ich nicht nach Hause gegangen, sondern bin auf den Friedhof gegangen und diejenige nochmal gesucht, wo bei uns waren und das hat mir geholfen.“ (Pflegefachkraft)*

*„Und deswegen habe ich ein Mittel gefunden, dass ich nicht in Stress gerate, deswegen singe ich mit denen. Und das bringt mir meine innerliche Ruhe und die Bewohner haben Spaß da dran und das ist halt das Schöne.“ (Präsenzkraft)*

In mehreren Aussagen wurden die Bedeutung und der Beitrag von Begleitung durch Vertrauenspersonen aus unterschiedlichen Bereichen aufgezeigt. Diese wird entweder von Personen aus dem privaten Umfeld oder dem der Einrichtung durch Kolleg, Führungskräften oder auch (betrieblicher) Seelsorge und Supervision geleistet. Die Gespräche eröffnen die Möglichkeit, das Handeln in herausfordernden Situationen zu reflektieren und zu akzeptieren, um Kohärenz wiederherzustellen.

*„Ich war dann, ich hatte auch Glück, die Frau X, die Pfarrerin, die hat davon gehört und hat dann mit mir gesprochen. Die war Vorgesetzte in [Name der Einrichtung], da hab ich die Telefonnummer gekriegt, da habe ich angerufen. Das war auf jeden Fall, die hatte Grippe, ich hatte Grippe, wir lagen beide auf dem Sofa, sie bei sich, ich bei mir. Ich hatte angerufen, da war sie nicht da und hat aber zurückgerufen und dann haben wir zwei Stunden am Telefon, sage ich, dann sagt sie: ‚Also hat Ihnen das was gebracht?‘ Dann sage ich: ‚Das hat so gut getan das Gespräch‘, sage ich, ‚einfach mal zu erzählen.‘“ (Pflegefachkraft)*

In den Aussagen der Mitarbeiter wird deutlich, dass es einen Bedarf für zusätzliche Begleitung und Unterstützung bei emotionaler Belastung während der Arbeitszeiten gibt. Die Konsequenz

fehlender Zeit und Raum zur Reflexion von Situationen und eigenem Handeln ist dessen Auslagerung in die private Freizeit, wo die Betroffenen ihr soziales Umfeld belasten könnten oder auf sich gestellt bleiben.

*„In der täglichen Arbeit dann eigentlich nicht so, weil ich funktioniere dann halt, verstehen Sie? [...] Jetzt da von diesem Vorfall, das kommt dann erst nachher, wenn ich Zuhause bin, dann habe ich Zeit und dann kommt mir das wieder. Das ist dann so eine Situation, da kann das sein, ich kann daheim einfach mal eine halbe Stunde mal hinsitzen und nachdenken.“ (Pflegehilfskraft)*

*„IP: Nicht unbedingt das körperliche, aber viele Sachen die mir durch den Kopf gehen, was mir auch schlaflose Nächte bereitet, dass belastet mich.*

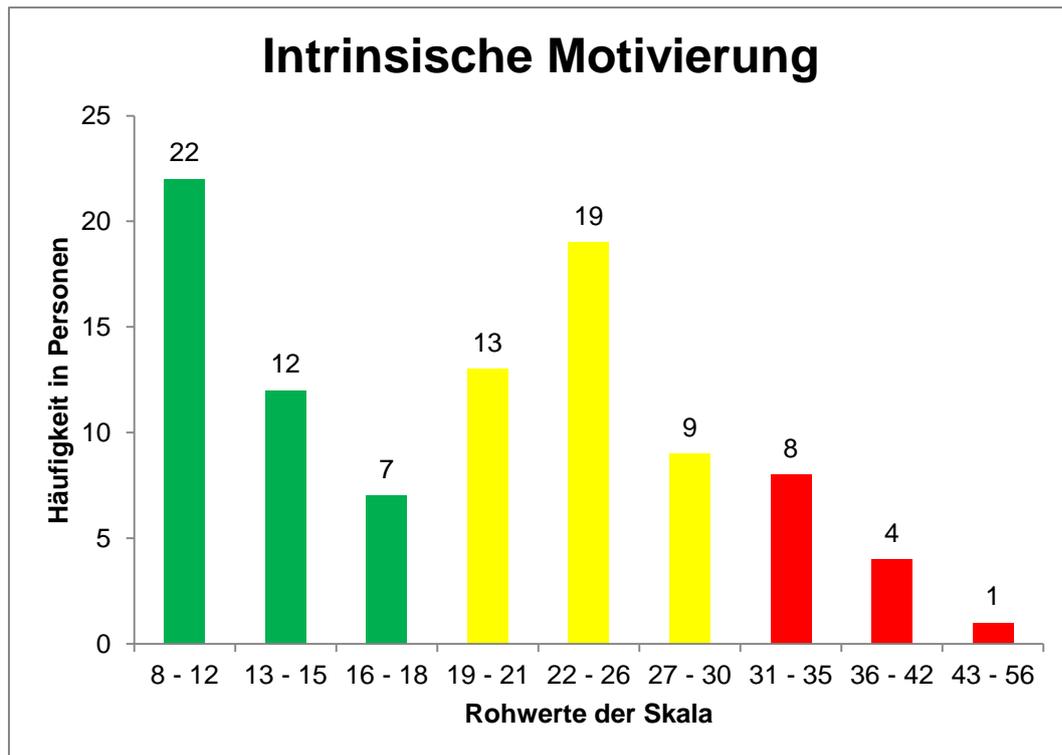
*I: Das heißt, sie nehmen es auch mit Heim, ganz klar.*

*IP: Ja und ich bin auch momentan in so einer Situation, wo ich sage ich kann da nicht mit leben, das geht mir auf den Nerv und ich habe nicht die Möglichkeit, was zu ändern.“ (Hausleitung)*

### **5.3.2 Intrinsische Motivierung**

Die intrinsische Motivation umfasst Fragen wie „Ich kann mich in meine Arbeit voll einbringen“. Auch in der intrinsischen Motivation liegen die Maße der zentralen Tendenz im neutralen Bereich allerdings mit einer Tendenz zum positiven Bereich. Die Skala reicht von 8 bis 56, der Median der Stichprobe beträgt 20, der Mittelwert liegt bei 20,4 (KI-95 %: 18,6 – 22,1) mit einer Standardabweichung von 8,8. Das Minimum der Stichprobe liegt bei 8, das Maximum bei 54. Nach der Interpretation der Autoren haben 41 (42,6 %) Personen eine positive Ausprägung, 13 (13,7 %) Mitarbeiter haben eine kritische Ausprägung. Auffällig ist, dass die Daten keiner Normalverteilung folgen, sondern es eine Gruppe von Mitarbeitern mit einer sehr hohen intrinsischen Motivation gibt und ein zweites Verteilungszentrum im neutralen Bereich.

In einer Sekundäranalyse wurden die Gruppen mit einer sehr positiven intrinsischen Motivation (Rohwerte von 8-15) mit den Werten der restlichen Stichprobe verglichen. Die Gruppe mit einer sehr hohen intrinsischen Motivation unterscheidet sich durch einen höheren Stellenumfang ( $U = 636$ ,  $p = 0,007$ ) eine kleinere Beeinträchtigung der Arbeit durch gesundheitliche Probleme ( $t = 2,802$ ,  $df = 90$ ,  $p = 0,006$ ), eine höhere Identifikation mit der Einrichtung ( $U = 362,5$ ,  $p < 0,001$ ) und eine höhere Resilienz ( $t = 6,106$ ,  $df = 92$ ,  $p < 0,001$ ) von der restlichen Stichprobe.



**Abbildung 12: Häufigkeit Intrinsische Motivierung in SON-Skalen**

In der Stichprobe besteht ein sehr starker Zusammenhang zwischen Resilienz und intrinsischer Motivation ( $r = -0,559$ ;  $p < 0,001$ ). Personen mit einer höheren Identifikation zur Einrichtung weisen auch eine höhere intrinsische Motivation auf. Über die Identifikation mit der Einrichtung können somit 31% der Belastungsdimension intrinsische Motivation erklärt werden. Ebenfalls einen protektiven Einfluss für die intrinsische Motivation hat die Resilienz der Person – der Korrelationskoeffizient beträgt  $r = -0,383$  ( $p < 0,001$ ), was einer Varianzaufklärung von 15% entspricht.

Aus den qualitativen Interviews in den Modelleinrichtungen lässt sich ergänzen, dass das berufliche Selbstverständnis der Mitarbeiter eine Bedeutung für ihre intrinsische Motivation hat. In den Interviews erzählen die Personen von Situationen, in denen ihnen normative Orientierungen wie Altruismus oder die Leidenschaft für den Beruf und die Einrichtung in belastenden Situationen weiterhalfen.

*„ja oder auch die schlimmsten oder vielleicht auch ekligsten Situationen [...] konnte ich dadurch durchstehen, einfach wenn ich dann immer so gedacht hab, aber da ist, da ist ein Mensch und ich helfe dem jetzt oder [...] tu dem dadurch was Gutes auch [...]“ (Pflegefachkraft)*

*„Ja, also ich lebe, ich liebe meinen Job, von Anfang an. Ich wollte auch noch nie was anderes machen. Ich lebe wirklich dieses Konzept [Name der Einrichtung].“ (Pflegefachkraft)*

Zusätzlich zeigt eine Mitarbeiterin auf, dass sie aufgrund ihres Verantwortungsgefühls für Bewohner und aus Solidarität unter Kolleg über Belastungsgrenzen hinauszugehen bereit ist.

*„ich denke dann halt immer an das Team, an die Bewohner. Wenn es dann heißt, es ist dann niemand mehr außer du möglich, wo schaffen kann, nein, der kann nicht arbeiten, da will man dann auch nicht sagen, okay, na gut, machen wir, springt man dann halt doch ein. Ja, das ist dann schon etwas schwierig.“ (Pflegefachkraft)*

Eine Bewältigungsressource für Krisensituationen stellt auch das eigene Verständnis für den Beruf und die Anforderung daran dar. Daran knüpft sich das Verständnis für den jeweiligen

Auftrag an den Mitarbeiter an, der zum einen aus der Stellenbeschreibung hervorgehen kann oder aus dem beruflichen Selbstverständnis.

*„Wäre am Anfang Katastrophe gewesen, da hätte ich gar niemand irgendwie, da hätte ich alles versucht zu lenken, um alles richtig zu machen. Und mittlerweile, ja, wird man einfach gelassener. Man weiß jetzt, wenn ich jetzt auf dem (?) laufe, dann stürzt jemand, dann ist es so, fertig, aus, weil das kann ich nicht verhindern, das ist auch überhaupt nicht mein Job, das zu verhindern. Im Gegenteil, mein Job ist es, das Risiko einzugehen, dass es passieren kann.“ (Leitung Soziale Betreuung)*

### 5.3.3 Erlebte (Un-) Zufriedenheit in der Arbeit

Erlebte (Un-) Zufriedenheit in der Arbeit ist im BHD die dritte Dimension des Belastungserlebens. Eine Beispielaussage aus der Dimension ist „Ich fühle mich bei meiner Arbeit geistig unterfordert“. Der Mittelwert der Stichprobe liegt bei einer Standardabweichung von 7,2 bei 16,2 (KI-95 %: 14,7 – 17,6) der Median bei 14. Auch in dieser Dimension liegen damit beide Maße der zentralen Tendenz im neutralen Bereich, der von 13 bis 24 reicht. Die gesamte Skala reicht von 7 bis 49. Das Minimum beträgt 7, das Maximum liegt bei 35. 29 (30,5 %) Mitarbeiter haben eine positive Ausprägung, für 14 (14,7 %) Mitarbeiter liegt die Unzufriedenheit im kritischen Bereich. In der Unzufriedenheit in der Arbeit liegt damit ein besonders starkes Zentrum und entsprechend eine geringere Varianz vor. Teil dieser Skala ist die Aussage „Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll“. Diese Aussage finden 6 Befragte (6,3%, 95%KI: 2,4% – 13,2%) weitgehend zutreffend oder völlig zutreffend<sup>14</sup>.

Die Identifikation mit der Einrichtung ( $r = -0,468$ ,  $p < 0,001$ ) und die Resilienz der Mitarbeiter ( $r = -0,409$ ,  $p < 0,001$ ) weisen Zusammenhänge mittlerer Stärke zur Unzufriedenheit auf.

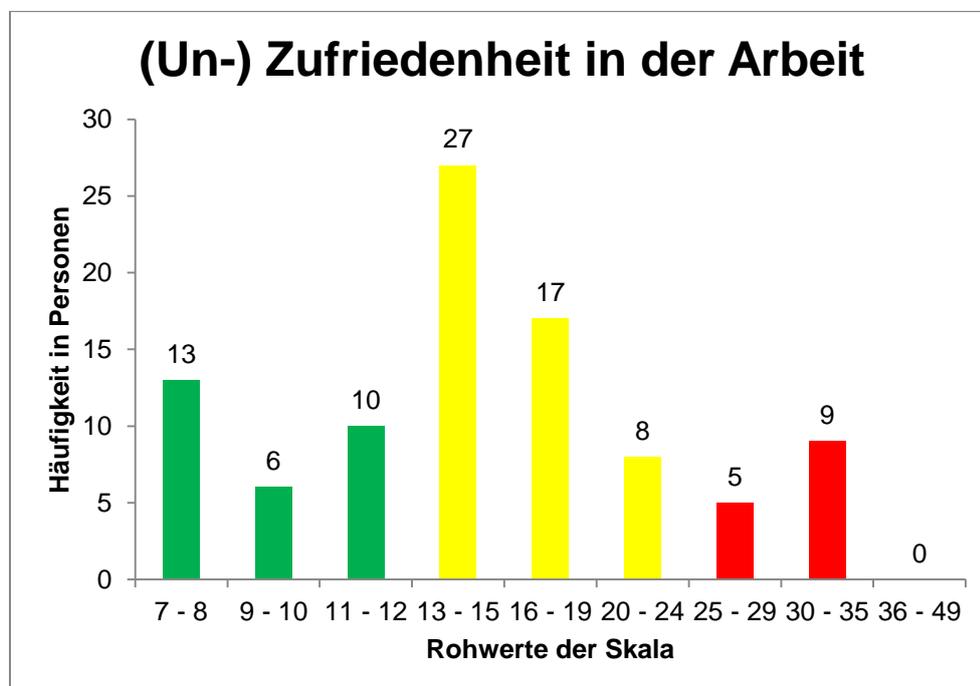


Abbildung 13: Häufigkeit Erlebte (Un-) Zufriedenheit in SON-Skalen

<sup>14</sup> Auch wenn die Aussteigerquote kein zentraler Bestandteil dieses Forschungsprojekts ist und daher nicht weiterführend analysiert wird, erscheint diese deskriptive Größe in Anbetracht des Fachkräftemangels als bedeutsam. In der NEXT-Studie (Simon et al., 2005) stimmten einer ähnliche aussage 16% der MitarbeiterInnen zu.

In den Darstellungen in den qualitativen Interviews zeigt sich, dass die Qualität der Zusammenarbeit im multidisziplinären Team einen Einfluss auf die Zufriedenheit in der Arbeit nehmen kann. Hier stellen sich akzeptierte und routinierte Arbeitsabläufe und eine gute Teamdynamik als die konkrete Bedarfe heraus, um die Handlungssicherheit und gemeinsames koordiniertes Vorgehen zu fördern sowie Erholungsphasen und Reflexionsräume zu schaffen.

Die meisten Aussagen beziehen sich auf die Organisation der Arbeitsabläufe. Darunter fallen die Gestaltung des Informationsflusses zwischen den Berufsgruppen, verbindliche und von allen akzeptierte Aufgabenaufteilungen sowie gemeinsame Zielplanungen, damit das Fachwissen aus unterschiedlichen Bereichen ergänzt und die Verantwortung für die Versorgung und Betreuung der Bewohner gemeinsam getragen werden kann.

*„also wie schon gesagt, bei dieser Teamsitzung, kann man Probleme ansprechen, die man hat, die dann aus dem Weg schaffen, bis dann jeder wieder happy ist, was dann natürlich auch wieder ein bisschen gestärkt wieder hier her zu kommen und wieder zu arbeiten“ (Altenpflegekraft in der Ausbildung)*

*„und wenn dann einen Alltagsbegleiter krank war, dann hat es geheißen die Betreuungsassistenten müssen in die Küche, weil Versorgung geht vor Betreuung ist alles klar, aber damals war das wir wurden da so richtig, ihr macht das einfach und wir haben uns dann gewehrt und haben dann gesagt, das ist nicht unsere Aufgabe. Ich bin den ganzen Vormittag hier in der Küche, dann hab ich die Zeit nicht für die Betreuung das geht einfach nicht und wir haben uns da schon so ein bisschen ausgenutzt gefühlt ja.“ (Betreuungsassistenz)*

*„wenn die Leute zum Beispiel Laktoseintoleranz haben und wir für die kochen müssen, die Pflege weiß das, wir wissen das aber nicht, ja, das ist dann ein Kommunikationsproblem. [...] Oder wenn einer Antibiotika kriegt und dass man erst Tage später erfährt, dass er keine Milchprodukte essen sollte in der Zeit, das ist natürlich voll blöd“ (Alltagsbegleitung)*

*„Ich habe jetzt Nächte erst gehabt, da war es dann so, dass ich Gott sei Dank eine Kollegin von der Demenzstation dabei gehabt habe, wo ich dann gesagt habe, ah da unten laufen sechs Stück [Bewohner] herum, zwei davon verschlagen sich wortwörtlich, den nächsten bekomme ich nicht dahin wo ich ihn haben will, kannst du mir helfen? [...] wenn du jemanden hast, der auf den Demenzstationen dann arbeitet und deren Tricks und Kniffe, wie die [Bewohner] dann auch wieder runterkommen und ruhiger werden und entspannen können, dann auch kennst, dann geht es einigermaßen.“ (Präsenzkraft)*

Im Bereich der Teamdynamik wird vor allem das Vertrauen und die Verlässlichkeit zwischen Kolleg relevant, um Aufgaben abzugeben und gegenseitige Hilfe anzunehmen.

*„Dieses Bett hat eine Klingel oder Alarmsystem. Wenn der Patient drin liegt muss man das einschalten und erst dann Zimmer verlassen. Die Kollegin hat den Patient ins Bett gebracht. Ich gehe zu Kontrolle, und das mach ich oft, obwohl das muss ich eigentlich nicht. Aber nur um den Patient zu sichern, lauf ich vorbei, denk ich, ich geh jetzt mal gucken. Bin ich rein, das ganze System ist gar nicht eingeschaltet. Bin ich zu dieser Person und hab gesagt, also hast du dieses System eingeschaltet? Ja. Ich hab gesagt, sofort zu mir. Wir sind ins Zimmer, da hab ich gesagt, jetzt, wenn er jetzt aufstehen würde, stürzt und bricht die Knochen, du trägst die Verantwortung“ (Wohnbereichsleitung)*

*„am Schwierigsten ist vielleicht, wenn ich in der Küche sitze während der Mittagszeit und eine Küchenmitarbeiterin total in Hektik ist und die Ruhe eigentlich durch ihre eigene Hektik durcheinanderbringt. Da denk ich mir, Mensch gute Frau, reiß dich doch mal zusammen. Bring nicht so eine Unruhe hier rein ja. Oder wenn sie da ausflippt wegen irgendetwas und den Bewohner dann so richtig klein macht, [...] ich versuch dann auch manchmal mit der ein Gespräch zu führen, ja, aber da müsste man, da muss man aufpassen.“ (Soziale Betreuung)*

### 5.3.4 Aversion gegen Klienten

Die Skala zur Beschreibung der Klientenaversion reicht von 5 bis 35. In der Aversion gegen Klienten liegt der Median mit einem Wert von 8 im positiven Bereich der Skala. Der Mittelwert beträgt 10,2 (KI-95 %: 9,2 – 11,2) und liegt damit im neutralen Bereich, das 95 % Konfidenzintervall deckt jedoch positive wie neutrale Ausprägungen ab. 56 Personen (58,6 %) erreichen einen positiven Wert, 11 (11,6 %) einen negativen. Die Standardabweichung beträgt 4,9, das Minimum ist 5 das Maximum 24. Die Daten sind rechtsschief verteilt, mit dem Schwerpunkt im positiven Bereich der Skala.

Im Bereich der Klientenaversion sind Zusammenhänge zur Resilienz ( $r = -0,326$ ,  $p < 0,001$ ) und zur Identifikation mit der Einrichtung ( $r = -0,272$ ,  $p < 0,001$ ) geringer als in den anderen Belastungsdimensionen. Dies entspricht Varianzaufklärungen von 11% (Resilienz) und 7% (Identifikation mit der Einrichtung).

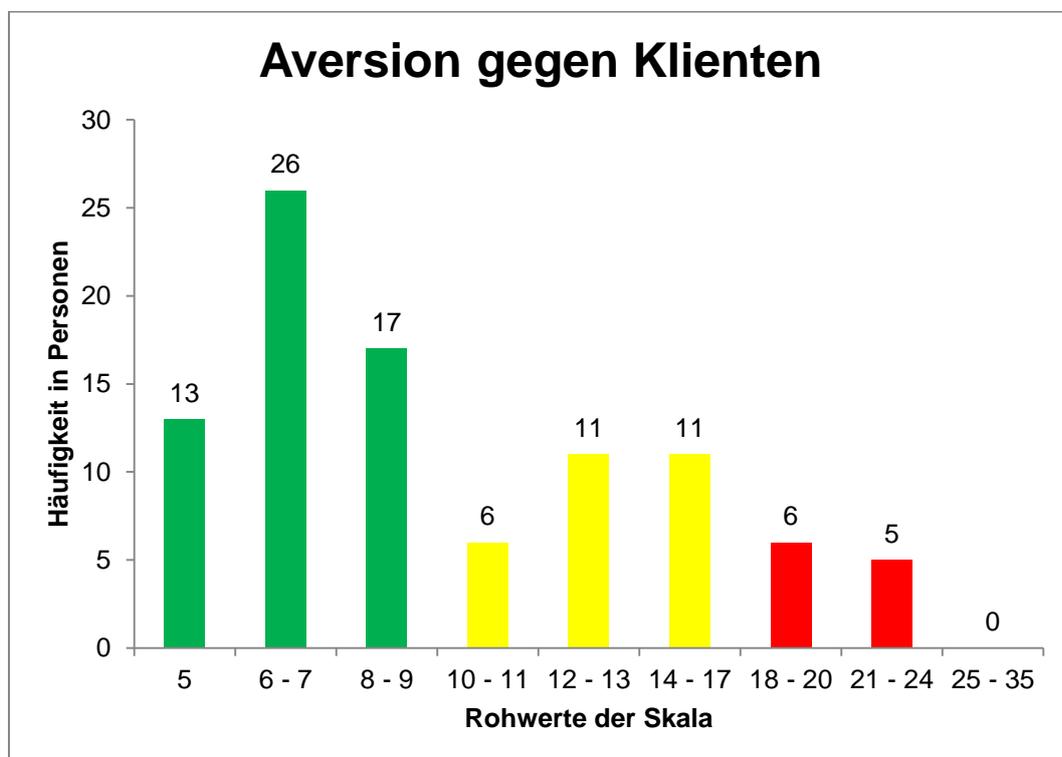


Abbildung 14: Häufigkeit Klientenaversion in SON-Skalen

### 5.4 Entstehung und Auswirkungen des Personalmix

Der qualitative Arm der PERLE-Studie besteht, wie bereits beschrieben, aus zwei wissenschaftlichen Zugängen, nämlich der Qualitativen Inhaltsanalyse und der Kontexturanalyse.

Die Qualitative Inhaltsanalyse arbeitet dabei, bezogen auf die zentrale Forschungsfrage des Personalmix, die übergreifenden und generalisierbaren Themen, Entwicklungen und Aussagen aus den Interviews heraus. In diesem Part des qualitativen Arms der Studie wurden bezogen auf die beteiligten Modelleinrichtungen und alle Interviews übergreifend ausgewertet. Ziel war eine zusammenfassende Strukturierung des Gesamtmaterials (vgl. 4.3.2.1). Dabei konnten zentrale Dimensionen und Kategorien im Hinblick auf den Personalmix herausgearbeitet werden. In Ergänzung dazu kam in der PERLE-Studie ein zweiter qualitativer Zugang zum Einsatz, die Kontexturanalyse. Diese fokussiert weniger auf den Inhalt von bestimmten

Konzepten, Haltungen und Praktiken, sondern fragt eher danach, wie das Handeln im Alltag (unter z.T. widersprüchlichen Anforderungen) sichergestellt wird und in welcher Art und Weise die Organisation (und ein Pflegeheim ist eine Organisation!) ihre Funktionsweise aufrechterhält (4.3.2.2).

Den Beginn macht die Kontexturanalyse (5.4.1). Einführend wird auf kurz auf den methodischen Zugang eingegangen (5.4.1.1), dann folgt eine Zusammenfassung der einzelnen Kontexturanalysen (5.4.1.2-5.4.1.9). Hier zeigt sich, dass sich Aussagen, Haltungen und Praktiken überwiegend affirmativ und bestätigend am Status Quo orientieren – obwohl die Ist-Situation von den meisten Befragten als kritisch und eigentlich nicht mehr akzeptabel dargestellt wird. Die Kontexturen der Einrichtungen, die prägnant durch eine Typenbildung auf den Punkt gebracht wurden, werden anschließend in einem folgende Kapitel mit der Qualitativen Inhaltsanalyse verschränkt (5.4.2). Dimensionen des Personalmix - von der Entstehung bis hin zur Einschätzung der Akteure vor Ort - werden ausführlich dargelegt (5.4.2.1-5.4.2.8). Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden herausgearbeitet um die wichtigsten Aspekte konzentriert darstellen zu können (5.4.2.9). Eine kritische Einschätzung und Perspektiven der Weiterentwicklung schließen das Gesamtkapitel ab (5.4.3).

#### **5.4.1 Personalmix aus kontexturanalytischer Perspektive**

##### **5.4.1.1 Einführende Bemerkungen zum methodischen Zugang**

In der Kontexturanalyse geht es um typische Ausprägungen auf der Ebene der einzelnen Modelleinrichtungen und um deren Charakterisierung auf der Basis einer vertiefenden Einzelbetrachtung. So wird beispielsweise danach gefragt, was unter dem Personalmix seitens der verschiedenen Protagonisten in einer Einrichtung verstanden und wie er organisiert wird. Weiter wird analysiert, welche Zusammenhänge sich zur Lebensqualität der Bewohner einerseits und zur Belastung der Mitarbeiter andererseits ergeben. Dabei wird die subjektive Perspektive der Akteure vor Ort sichtbar, auch die der Bewohner. Und diese Sichtweise ist sehr wichtig, denn sie ist die Grundlage für das alltägliche Handeln in einem bestimmten sozialen Kontext. Allerdings darf die Rekonstruktion subjektiver Perspektiven nicht mit „objektiven“ Wahrheiten verwechselt werden. Die Prüfung der Frage, ob und inwieweit diese Aussagen im Detail immer belastbar sind, war nicht Gegenstand unserer Studie. Da wir uns in der Regel in den Einrichtungen auf Interviewaussagen von vier oder fünf Personen für die Kontexturen konzentrieren mussten, handelt es sich um einen Ausschnitt aus dem Meinungsspektrums vor Ort. Ebenfalls muss beachtet werden, dass der Personalmix kein abgeschlossenes Projekt ist, sondern als Prozessgeschehen verstanden werden muss. In diesem Zusammenhang stellen Definitionen und normative Setzungen der Protagonisten für einen kontexturanalytischen Zugang eine wichtige Grundlage dar. Entscheidend ist jedoch, wie sich das praktische Handeln vor Ort konkret rekonstruieren lässt.<sup>15</sup> Dies gilt vor allem bezogen auf die Themen Personalmix, Belastung und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen. Darüber hinaus ist von Interesse, welches Pflegeverständnis die jeweiligen Akteure vertreten und in welcher Art sowohl Mitarbeiter wie auch Bewohnerschaft in konzeptionelle und organisatorische Fragen des Personalmix involviert werden, also an der Entwicklung des Konzepts partizipieren.

Vor dem theoretischen Hintergrund der neueren Systemtheorie von Luhmann und der Überlegungen des Wissenschaftstheoretiker Günther ist dafür folgender Gedanke zentral: Soziale

---

<sup>15</sup> Nicht zuletzt aus diesem Grunde gilt der von Jansen, von Schlippe und Vogd entwickelte Vorschlag für eine Kontexturanalyse als ein rekonstruktives (und praxeologisches) Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Wir haben diesen (theoretischen) Vorschlag aufgegriffen und in ein methodisches Procedere überführt, welches in der PERLE-Studie zum ersten Mal in dieser Form umgesetzt werden konnte.

Praktiken in Organisationen müssen im Rahmen einer mehrwertigen Logik betrachtet werden, die von mehreren Realitäten und Ebenen bestimmt wird. Dabei wird davon ausgegangen, dass in Organisationen gleichzeitig unterschiedliche Logiken existieren, die sich nicht ausschließen. Nehmen wir beispielsweise ein Pflegeheim. Eine Pflegedienstleitung denkt als Pflegende, reflektiert aber gleichzeitig auch ökonomische und rechtliche Aspekte. Das muss sie tun, denn bei der Leitung einer Pflegeeinrichtung geht es nicht nur um fachwissenschaftliche Aspekte. Unabhängig davon, z. T. auch im Gegensatz dazu, sind finanzielle Rahmenbedingungen und rechtliche Vorgaben zu beachten. Das mag der Pflegedienstleitung, die ggf. ausschließlich die Bedürfnisse der Bewohner im Blick hat bzw. haben möchte, nicht gefallen. Für das Funktionalisieren einer Organisation – Kontexturanalytiker sprechen hier vom „prozessieren“ unterschiedlicher Logiken – ist dieser Wechsel zwischen verschiedenen Logiken aber notwendig und zwingend. Es kann also festgehalten werden, dass eine Kontextur auf den Begriff bringt, wie unterschiedliche Praxen im Alltag integriert werden. In der jeweils zusammenfassenden Übersicht werden die zentralen Befunde auf der Grundlage der Interviews und Beobachtungen skizziert, die wir in den kooperierenden Pflegeeinrichtungen durchgeführt haben. Im Anhang dieses Berichts finden sich die ausführlichen Kontexturen, illustriert mit Beispielen.<sup>16</sup>

#### **5.4.1.2      *Einrichtung I I: Personalmix als familienorientiertes Modell zwischen potentielltem Scheitern, Irritation und Wiederbelebung***

*Entstehungsgeschichte:* Das Konzept wurde im Zusammenhang mit einem Neubau als bewusste Abkehr vom klassischen Pflegeheim in Angriff genommen, vom Träger vorgegeben und als Top-Down-Ansatz realisiert. Weder die Leitung noch die Mitarbeiter waren in die Entscheidung mit einbezogen. Demzufolge hat man den Übergang von einem Stationsmodell (mit Fokus auf Versorgung) hin zu einer Hausgemeinschaft (mit Fokus auf Aktivierung) als Irritation erlebt, da dieser „Kulturwandel“ nicht hinreichend antizipiert oder begleitet wurde. Zu Beginn gab es Beschwerden von Angehörigen und Kündigungen seitens der Mitarbeiter. Die Leitung berichtet, dass der Prozess in Höhen und Tiefen abgelaufen sei, am Ende aber das neue Modell von den Beteiligten positiv angenommen und im Kern mit einem Leben „wie in der Familie“ verglichen wurde. Eine Auseinandersetzung oder eine kritische Distanz zu Begrifflichkeiten wie zum Beispiel dem der Familie wird nicht in den Blick genommen, vielmehr steht die Umsetzung und die Gestaltung des Alltags nach wie vor immer noch stark im Vordergrund der Bemühungen, die überwiegend nach dem „Trial-and-Error-Prinzip“ erfolgen.

Es gibt unterschiedliche *Einschätzungen*, Leitung und Mitarbeiter stehen hinter dem Konzept sind hochgradig damit identifiziert. Seitens der Bewohner werden die Dinge unterschiedlich beurteilt. Dabei werden weniger Berufsgruppenzugehörigkeit oder Qualifikation thematisiert, vielmehr auf psychosoziale Merkmale und die Qualität der Interaktion verwiesen. Als wichtig werden Freundlichkeit der Mitarbeiter, die Gestaltung einer Vertrauensbeziehung auf Augenhöhe sowie das „sich Zeit nehmen“ hervorgehoben.

Hinsichtlich der *Definition des Personalmix* wird erkennbar, dass Leitung und Mitarbeiter verschiedene Merkmale in den Blick nehmen, von beiden Seiten aber eine gute Zusammenarbeit betont wird. Seitens der Leitung zeigt sich ein breites Verständnis und werden verschiedene Berufsgruppen, kulturelle Hintergründe sowie Arbeitszeitmodelle thematisiert. Ebenfalls wird die Notwendigkeit angesprochen, Angehörige und Ehrenamtliche so miteinander zu vernetzen und in ein Verhältnis zu bringen, dass alle Personen „ihren Teil“ zur Versorgung beitragen können. Auf Mitarbeiterseite wird auf bestehende Berufsgruppen verwiesen und die Bereiche

---

<sup>16</sup> Detaillierte Ausführungen zur Kontexturanalyse finden sich im Kapitel 4 „Forschungsdesign und Methodik“, insbesondere auch zu den unterschiedlichen Formen der Auseinandersetzung (Rejektionen) in den sozialen Räumen.

Pflege, Alltagsbegleitung und Betreuung genannt. Während der Mitarbeiter diesbezüglich Harmonie und einen kooperativen Arbeitsstil betont, zielt die Leitung auf Steuerungsaufgaben ab, damit die Zusammenarbeit stimmig ist und der Bewohner davon profitiert.

Im Hinblick auf *Begründung und Organisation* des Personalmix werden konzeptionelle, normative und ökonomische Aspekte akzentuiert. Das Grundverständnis eines familienorientierten Modells und die Beteiligung der Bewohner an Haushaltstätigkeiten, damit sich diese „gebraucht“ fühlen, müssen zunächst erwähnt werden. Das vormalige, eher als pflegezentriert wahrgenommene System, soll einer berufsgruppenübergreifenden Versorgung weichen. Damit – so die Begründung – könne man die Bedürfnisse der Bewohner aus verschiedenen Perspektiven (Berufsgruppen) in den Blick nehmen und gezielter darauf eingehen. Darauf aufbauend ergibt sich die Notwendigkeit für eine veränderte Organisation; hier stehen vor allem die Tourenplanung, dezentrale Organisation und flexibler Einsatz von Mitarbeitern im Zentrum. Tourenplanung zeigt sich als ein managementbezogenes Steuerungsinstrument, welches vornehmlich den Pflegebedarf der Bewohner in den Blick nimmt, flexibel angepasst werden kann, Verrichtung und Planbarkeit in den Vordergrund rückt. Spontaneität oder auch die Festlegung von Prioritäten mit dem Bewohner müssen dem gegenüber zurückstehen. Ein kontinuierlicher Einsatz der Mitarbeiter in einer Hausgemeinschaft ist nur teilweise realisierbar. Vor dem Hintergrund weiterer Ausführungen der Beteiligten wird deutlich, dass auch ökonomische Erwägungen bedeutsam sind. Diese nehmen vor allem Bezug auf den aktuellen und künftigen Mangel an Fachkräften und zur Überlegung, dass man an Stelle von Fachkräften mehr geringqualifizierte Personen einstellen könne. In diesem Zusammenhang geht es vor allem um Kosteneinsparungen.

Wenn man *Ziel, Nutzung und das dahinter liegende Verständnis des Personalmix* zusammenfassend betrachtet, dann wird sehr deutlich, dass das Betreuungs- und Versorgungskonzept in der Hausgemeinschaft (und insgesamt die gesamte Einrichtung) mit der Familienorientierung zwingend verbunden ist. Familie wird aus Sicht der zentralen Akteure als Idealbild vorgestellt, dem die Alltagsorganisation folgen müsse. Dabei werden unterschiedlichen Deutungen, Erwartungen und Grenzen des Familienmodells nicht reflektiert, sondern dieses Modell als Grundlage für eine gute Altenpflege unterstellt. Die Orientierung an Bewohnerbedürfnissen und deren Aktivierung werden als Ziele in den Vordergrund gerückt, die mit Hilfe des dezentralen Ansatzes der Hausgemeinschaft besser zu realisieren seien. Damit geht eine Abkehr von der bisherigen Versorgung einher und weicht einem Verständnis, welches die Wahrnehmung des Bewohners „von allen Seiten“ durch die unterschiedlichen Berufsgruppen betont. Als mitarbeiterbezogenes Ziel wird die Entlastung der Pflege gesehen, die ihren „eigentlichen“ Aufgaben nachkommen kann. Auffallend ist, dass die Begrifflichkeiten normativ gesetzt und bewusst offen formuliert sind. Auf differenzierte Nachfragen hin werden zentrale Annahmen nicht weiter begründet oder differenziert ausgeführt, ein kritisches Nachfragen verhindert.

Bei der *Begründung und Definition der beruflichen Aufgabenfelder* kann rekonstruiert werden, dass Aufgaben und Stellenprofile von oben und ohne Beteiligung der Mitarbeiter festgelegt wurden, was jedoch vom Mitarbeiter nicht problematisiert wird. Im Hinblick auf die einzelnen Berufsgruppen werden die Aufgaben umrissen. Mehrfach wird betont, dass diese Zuordnung der Aufgaben flexibel verstanden werden und in „Notfällen“ aufgelöst werden müsse. Eine starre Festlegung weicht einem situativen Verständnis, denn „Alle machen alles“. Grenzüberschreitungen sind notwendig, um den Alltag gestalten und aufrechterhalten zu können. Zwar wird die Pflegefachkraft als Verantwortungsträger definiert, die zentralen Akteure scheinen aber die Alltagsbegleiter zu sein, die variabel zwischen Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung

„switchen“. Der professionellen Pflege werden in diesem Konzept grund- und behandlungspflegerische Maßnahmen, komplexe Versorgungsarrangements sowie die Dokumentation zugewiesen. Betreuungskräfte sorgen mit unterschiedlichen Angeboten für die Beschäftigung der Bewohner. Eine Konfiguration des Personalmix, die das Verhältnis von Fachkräften und gering Qualifizierten differenziert ausbuchstabiert, wird nicht deutlich. Gleichmaßen wird der Fachkraftbegriff ausschließlich auf die Berufsgruppe Pflege begrenzt.

*Bedürfnisorientierung* bzgl. der Bewohner wird als zentrale Begründung des Konzepts immer wieder angeführt, stellt sich letztlich aber als „Nebenschauplatz“ heraus. Wichtiger scheint, dass man aufgrund des Fachkräftemangels eine „umfassende Versorgung“ durch Pflegefachkräfte nicht mehr sicherstellen kann. Dies mag auch ein Grund dafür sein, warum sich Mitarbeiter weniger auf die Erfüllung der Bewohnerbedürfnisse konzentriert, vielmehr auf die Erfordernisse der Alltagsorganisation konzentriert sind. Beide Bewohner äußern sich dahingehend, dass alle Mitarbeiter um ihre Bedürfnisse wissen. Der eine von ihnen berichtet davon, dass seine Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden; sie fallen mangelnder Zeit und Zwängen in organisatorischen Abläufen zum Opfer. Beide Bewohner machen einen klaren Unterschied zwischen „Wohlfühlen“ und „Sinn erleben“. Dies wird daran erkennbar, dass einerseits die Zufriedenheit betont wird („mir geht’s hier gut“) und erlebt wird, dass die „Schwestern sich sehr viel Mühe“ geben. Vom Bewohner wird bestätigt, dass Mitarbeiter aktiv nachfragen, ob man etwas brauche oder ob man noch etwas tun könne. Mitarbeiter werden als unterstützend erlebt und wollen es „allen gerecht tun“. Persönliche und existentielle Fragen werden aber nur bedingt oder gar nicht seitens der Mitarbeiter angesprochen, der Bewohner distanziert sich auch zum Teil davon. Dies mag ein Grund dafür sein, dass die eine Person lieber heute als morgen sterben möchte (obgleich es ihm in der Einrichtung gut gehe) und der andere Befragte befürchtet, dass er bis zu seinem Tod im Heim leben müsse. Erkennbar wird, dass sich beide Bewohner mit dem Leben im Heim arrangiert haben und in dem Bewusstsein leben, dass es keine Alternativen dazu gibt.

Eine *Partizipation* der Bewohner als Teil des Gesamtkonzepts ist nicht rekonstruierbar. Zwar kann einer der befragten Bewohner Verbesserungsvorschläge einbringen und empfindet ein Gefühl von (Selbst-)Wirksamkeit, der andere wirkt gegenüber der Organisation eher machtlos, erlebt den Tagesablauf als völlig fremdbestimmt. Die Mitarbeiterpartizipation wurde erst in den Blick genommen als es um die Gestaltung von Arbeitsprozessen ging und die Realisierung des Konzepts zu scheitern drohte. Dann wurden Mitarbeiter aktiv beteiligt und „ins Boot geholt“. Neben der Beteiligung der Mitarbeiter an konkreten Themen, wie beispielsweise der Ausarbeitung der Tourenplanung, wurden Mitarbeiter gewonnen, die „als Zugpferde“ bei der Umsetzung des Konzepts involviert waren (und sind). Die Leitung selbst schwankt zwischen unterschiedlichen Führungsstilen. Einerseits stellt sie sich den Mitarbeitern gleich, denn sie möchte mit diesen gemeinsam an etwas arbeiten und nicht als Chef wahrgenommen werden, der von oben herunter nur „blöde Anweisungen“ gibt. In diesem Lichte wird ein kooperativ-partizipativer Führungsstil auf Augenhöhe erkennbar. Andererseits argumentiert die Leitung aus einer gewissen Eigenlogik, dass, wenn sie sich etwas in den Kopf gesetzt hat, sie dieses auch zielstrebig umsetzen will und sie dann nicht locker lässt. Diese Haltung zeugt eher von einem hierarchischen Führungsverständnis, das wenig Raum für Mitarbeiterpartizipation lässt. Welcher Führungsstil und welche Ausprägung von Mitarbeiterpartizipation in welchem Fall zur Anwendung kommen und was jeweils das Handeln bestimmt, wird von der Leitung eher situativ entschieden und ist wohl auch ein Ausdruck dessen, sich immer wieder zwischen der Mitarbeiter- oder der Leitungsrolle zu positionieren

Der Mitarbeiter fokussiert vor allem auf den eigenen Arbeitsbereich, in dem alles funktionieren muss. Die fehlende Partizipationsmöglichkeit bei der Entwicklung und Planung des Konzepts wird von ihm nicht problematisiert. Eigene Ideen konnten in die Planung nicht eingebracht werden; vielmehr bringt der Mitarbeiter auch eine innerliche Distanz zur Konzeptentwicklung zum Ausdruck, denn „damit haben wir nichts zu tun“. Die Wortwahl „bis es halt gelaufen ist“ macht deutlich, dass es keine konkrete Vorstellung gab, wie das Konzept konkret realisiert werden sollte.

*Zusammenarbeit, Arbeitsbelastung und Personalfluktuaton* werden als ein Geschehen dargestellt, was sich positiv entwickelt habe. Vor allem in der aktuellen Situation wird nach Aussagen des Mitarbeiters ein kooperativer Arbeitsstil praktiziert. Die Leitung ist kritischer und sieht u.a. Handlungsbedarf in der Auflösung alter und gefestigter Teamstrukturen. Noch immer halten Mitarbeiter an alten Rollen, Strukturen und Arbeitsweisen fest. Darüber hinaus sei die Qualität der Zusammenarbeit sehr stark von Personen abhängig. Einer der Bewohner erkennt die gute Zusammenarbeit daran, dass ihm weder ein Streit noch eine Auseinandersetzung auffällt. Allerdings wird die Arbeitsbelastung durchaus registriert, am Arbeitsstil und Arbeitsspitzen erkenn- und erlebbar. Die Bewohner reagieren unterschiedlich auf diese Situation. Während der eine mithilft wo er kann, verhält sich der andere abwartend und distanziert. Diese Person nimmt wahr, dass einerseits Mitarbeiter Zeit finden, sich intensiv zu unterhalten, andererseits aber in Stress- und Belastungssituationen geraten. Besonders überforderungsanfällig scheinen Präsenzkräfte zu sein, weil sie letztlich auch immer wieder mit Abwertungen durch die Pflegenden konfrontiert werden. Der Mitarbeiter selbst beschreibt konkrete Grenzsituationen, in denen es vornehmlich darum gehe, „ich muss doch meine Arbeit schaffen“. Eine Selbstsorge wird nicht transparent, und auch die Anerkennung durch die Leitung und die Kollegen verstärken das Pflichtbewusstsein des Mitarbeiters. Die Leitung kümmert sich zeitnah um belastete Mitarbeiter, eine präventive Strategie, Arbeitsbelastungen systematisch und gezielt zu reduzieren, wird nicht erkennbar. Die Personalfluktuaton ist aktuell kein Thema in der Einrichtung, die Besetzung von Stellen im Bereich der Pflegefachkräfte erweist sich aber als nahezu unmöglich. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt überwiegend funktionsbezogen nach einem festgelegten Konzept. Im Alltag scheitert sie oft, was ein „Reinschmeißen“ zur Folge hat. Das „sich bewähren“ wird als Teil der Alltagsrealität wahrgenommen, dem man sich scheinbar nicht entziehen kann.

*Verbesserungsmöglichkeiten* müssen vor dem Hintergrund des „alten“ Versorgungsmodells („klassisches Pflegeheim“) beurteilt werden, welches in der Rückschau als „groß und erschreckend“ charakterisiert wird. Die Leitung reflektiert diesen Prozess als schwierig und langen „Kampf“, vor allem aber bezogen auf die Phase im „Vorfeld“ der Umsetzung. Hier hätte fehlende oder falsche Information der Mitarbeiterschaft dazu geführt, dass gute Mitarbeiter frühzeitig gekündigt haben. Kritisch resümiert die Leitung, dass „einiges schief gelaufen sei“. Es wäre besser gewesen – so die jetzige Sicht der Dinge – erstens im Vorfeld besser zu informieren, zweitens zielstrebig vorzugehen („nicht locker lassen“), drittens mehr Zeit einzuplanen und „Schritt für Schritt“ vorzugehen und viertens bereits zu Beginn berufsgruppenübergreifend zu agieren. Auf die Notwendigkeit von Schulungsmaßnahmen wird verwiesen, letztlich die Förderung einer Kultur der Zusammenarbeit angemahnt. Insgesamt wird aber die jetzige Situation – sowohl von Leitung von auch von Mitarbeitern - ausschließlich positiv bewertet: Die Umstellung von großen Einheiten auf die „kleinen und gemütlichen“ Hausgemeinschaften sei gelungen, der Organisations- und Versorgungscharakter reduziert, das Leben „wie in der Familie“ für Bewohner und Angehörige vorteilhaft. Auch könnten Bewohner, die Schwierigkeiten hätten sich einzuleben, in der Hausgemeinschaft sehr viel schneller integriert werden. Die Aktivierung der Bewohner wird zudem als gelungen beschrieben; insbesondere auf die Beteiligung an

haushaltsnahen Tätigkeiten wird hier betont eingegangen. Seitens der Mitarbeiter wird die ständige Anwesenheit einer Präsenzkraft als Ansprechpartner für den Bewohner als vorteilhaft herausgestellt. Als weiteren positiven Effekt wird darauf verwiesen, dass Bewohner, die im Gemeinschaftsbereich „draußen“ sitzen, leichter beschäftigt werden können. Hier wird deutlich, dass aus der Sicht des Mitarbeiters kleinere Einheiten vornehmlich Vorteile für die Arbeitsorganisation mit sich bringen, die für ihn scheinbar besonders bedeutend sind. Durch den Personalmix und die Konzentration ausschließlich auf die pflegerischen Tätigkeiten sei es gelungen, dass man sich öfter mal „rausnehmen“ könne und vor allem körper- und funktionsbezogene Aufgaben (zum Beispiel Toilettengänge) erledigt werden könnten, was als entlastend erlebt wird. Mehr Zeit für den Bewohner, um beispielsweise auch problematische Themen anzusprechen, wird durch den Personalmix hingegen nur „zeitweise“ gewonnen, der Pflegealltag letztlich als „unberechenbar“ erlebt. Unreflektiert bleibt, dass die beschriebene Entlastung der Pflegekraft nur deshalb funktioniert, weil die vormalige Aufgabenkonstellation überwiegend an die Alltagsbegleiter übertragen wurde. Interessant ist der Hinweis, dass durch das Konzept der Hausgemeinschaft der Quartiersgedanke positiv befördert worden sei. Diesbezüglich wird auf die Arbeit mit Ehrenamtlichen und den Einbezug von Menschen aus dem Quartier verwiesen. Dadurch habe sich die öffentliche Wahrnehmung auch positiv verändert. Aufgrund steigender Nachfrage könne man sogar anbauen, die Zukunftsfähigkeit des Konzepts wird daher positiv eingeschätzt.

#### 5.4.1.2.1 *Warum funktioniert der Personalmix?*

Zunächst einmal, weil sich Bewohner – wenn auch aus unterschiedlichen Gründen – mit der Einrichtung arrangiert haben. Der eine Bewohner erlebt den Heimeinzug als alternativlos und hat sich bewusst für diesen Schritt entschieden (partielle Rejektion). Angepasst, pflichtbewusst und konform nimmt er an den Aktivierungsangeboten teil, beteiligt sich an Haushaltstätigkeiten und bringt sogar Verbesserungsvorschläge ein. Der Tag wird aber „lang und gleichförmig“ empfunden, die Unterstützung eines anderen Mitbewohners gerne angenommen, damit auch ihm der Tag „verkürzt“ wird (total differenzierte Rejektion). Die Abgrenzung den „Bettlägerigen“ gegenüber ist deutlich vorhanden (partielle Rejektion). Dies gilt ebenfalls für einen weiteren befragten Bewohner, der ebenso noch über einen hohen Grad an Selbständigkeit verfügt. Diese Person sagt, dass Mitarbeiter Zeitressourcen nicht nutzen, gleichzeitig aber über hohe Arbeitsbelastungen klagen. Dieses Verhalten wird als inakzeptabel beurteilt (total undifferenzierte Rejektion). Deutlich werden letztlich eine resignative Anpassung, das Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse und die Befürchtung, das Leben im Heim beschließen zu müssen. Im Unterschied zu den skizzierten Bewohnern wirkt der Mitarbeiter hoch engagiert, mit dem Konzept der Einrichtung zufrieden, vor allem vor dem Hintergrund des gesamten Umsetzungsprozesses. Die gegenwärtige Situation wird sehr positiv beurteilt, die Ablehnung des „Stationsmodell“ mit den großen Wohnbereichen wird deutlich artikuliert (partielle Rejektion). Machbarkeit und Pragmatismus stehen im Vordergrund und helfen dem Mitarbeiter, sich auf das Wesentliche, d.h. den Arbeitsalltag, zu konzentrieren. Unkritisch wird darüber berichtet, dass das Hausgemeinschaftsmodell in einer Top-Down-Logik von der Leitung und dem Träger eingeführt wurde und man weder an den Vorüberlegungen noch an der Konzepterstellung beteiligt wurde. Für den Mitarbeiter scheint dieses Vorgehen „normal“ zu sein. Erkennbar wird aber auch, dass man sich in Bezug auf inhaltlich-konzeptionelle Arbeit bezüglich des Personalmix abgrenzt und dies für den eigenen Alltag als marginal erlebt wird (partielle Rejektion). Und die Leitung? Der wiederholt betonte Familismus ist hier am stärksten repräsentiert, die Rolle der „Hausmutter“ und „Kummerkasten“ wird aktiv ausgefüllt. Eine Abgrenzung erfolgt gegenüber jenen, die kein Ver-

ständnis für den Wandel zum „Familienmodell“ aufbringen (partielle Rejektion). Total differenzierte Rejektionen erfolgen vor allem gegenüber den Mitarbeitern. Deren Sorgen, Ängste und Nöte werden ernst genommen, eine vermittelnde Rolle zwischen den Berufsgruppen eingenommen, eine Beteiligung der Mitarbeiter im Alltag ermöglicht. Dabei zeigt sich die Leitung dem Träger gegenüber loyal, benennt realistisch und selbstkritisch Fehler, zeigt auch Grenzen von Machbarkeit oder Ratlosigkeit auf. Gezielte Informations- und Überzeugungsarbeit, die Moderation von Konflikten zwischen den Berufsgruppen, eine wertschätzende Kommunikation, Schulungsmaßnahmen sowie die Identifikation von Multiplikatoren, welche die Unterstützung des Konzepts befördert haben, zählen zu den weiteren erfolgreichen Strategien der Leitung. Eine total undifferenzierte Rejektion wird gegenüber der Heimaufsicht deutlich, deren Festhalten an einer 50%-Fachkraftquote als unsinnig und unrealistisch angesichts der Alltagsrealität qualifiziert wird.

#### 5.4.1.2.2 *Schlusseinschätzung und Typisierung*

Betont werden erstens die hierarchische Logik der Konzeptumsetzung und die mindestens zu Beginn völlig unzureichende Beteiligung der verschiedenen Akteure. Widerstände wurden unzureichend bedacht und erst verspätet darauf reagiert. Zweitens wird deutlich, dass – trotz Neubau und Verkleinerung der Bettenzahl – pragmatisch am Bestehenden angesetzt wurde. Beispielsweise wurde am bisherigen Personalbestand angeknüpft, die Mitarbeitern erhielten jedoch neue Aufgaben zugewiesen: Pflegehelfer wurden zu Alltagsbegleitern, therapeutische Berufe sind dem Konzept „zum Opfer“ gefallen und übernehmen die Aufgaben von gering qualifizierten Kräften, Pflegefachkräfte werden auf die Behandlungspflege fokussiert. Dass dieser Prozess nicht reibungslos verlief, wurde bereits erwähnt. Versuch und Irrtum sowie die Anpassung im laufenden Betrieb waren beherrschend. Drittens ist eine Theorielosigkeit sichtbar und prägend. Man folgt zwar dem Grundsatz der Dezentralität und möchte, dass „mehr Menschen und mehr Angebote beim Bewohner ankommen“. Von einem Konzept, das analytisch gefasst wurde und die Bedarfe der Bewohner in den Blick nimmt und vor allem die unterschiedlichen Berufsgruppen in Bezug auf diese Bedarfe begründet, auswählt und „orchestriert“, kann aber nur bedingt gesprochen werden. Viertens: Im Zentrum stehen zwei Punkte: Es soll ein neues, normativ ausgerichtetes und familienähnliches Konzept etabliert werden, gleichzeitig dem aktuellen und künftigen Mangel an Pflegefachkräften begegnet und damit das „Überleben“ der Institution gesichert werden. Dieser Doppelcharakter prägen Zielsetzung, Strategie und Alltagsbewältigung. Fünftens: Zwar resümieren Leitung und Mitarbeiter den Gesamtprozess durchaus kritisch, blenden aber aktuelle Widersprüche und Inkonsistenzen systematisch aus. Eine Erklärung dafür mag sein, dass die Anstrengung, das Konzept am Laufen zu halten, im Vordergrund steht. Kritische Distanz und eine reflektierte inhaltliche Auseinandersetzung erscheinen schwierig. Insgesamt also - das Schwere, letztlich auch Unberechenbare an der Umsetzung, klingen an, Lernprozesse wurden befördert. Letztlich muss davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeiter des Trägers, vor allem aber die aktuelle Leitung, ein Scheitern des Konzepts verhindert haben. Denn die gezielte Einbeziehung der Mitarbeiter („ins Boot holen“) bei der Abstimmung und die Sicherstellung von Arbeitsprozessen haben dazu geführt, dass das Konzept „heute lebt“. Typ: Personalmix als familienorientiertes Modell zwischen potentielltem Scheitern, Irritation und Wiederbelebung.

### **5.4.1.3      *Einrichtung II - Personalmix im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und Bewohnerbedürfnissen***

*Entstehungsgeschichte:* Am Beginn standen der Neubau des Pflegeheims und die Entscheidung für das Modell einer Hausgemeinschaft. Die Beteiligten haben sich bestehende Einrichtungen angesehen und teilweise auf bewährte Praxen zurückgegriffen, um daraus anschließend ein eigenes Gesamtkonzept („das für uns Richtige rausgesucht“) entwickelt und adaptiert. Welche Impulse jeweils aufgegriffen und welche verworfen wurden, bleibt diffus. Die Bedürfnisse potentieller Bewohner und Mitarbeiter bzgl. der konzeptionellen Gestaltung sind nicht zur Sprache gekommen, was die Vermutung nährt, dass überwiegend Intuition und individuelle Wertepräferenzen der Akteure (Vorstellung Geschäftsführung und des Trägers) die handlungsleitenden Momente in der Konzeptentwicklung darstellen. Orientierungspunkt ist der „Haushalt“ und die Abgrenzung vom klassischen Pflegeheim.

Es wird deutlich, dass die Akteure *unterschiedliche Einschätzungen* haben und vor allem die Leitung mit dem Gesamtkonzept in hohem Maße identifiziert ist und sich sogar vorstellen kann, im Alter selbst so versorgt zu werden. Die Mitarbeiter können zur Historie keine Aussagen machen und sind überwiegend erst nach der Eröffnung ins Haus gekommen. Interessant ist die Sicht der Bewohner, die den Personalmix explizit wahrnehmen, und zwar von der Benennung der Berufsgruppen über die Darstellung der jeweiligen Tätigkeiten bis hin zur kritischen Reflexion und Darstellung von Verbesserungsbedarfen. Erkennbar wird, dass der Personalmix in hohem Maße hinsichtlich der Befriedigung körperlichen Bedürfnisse erlebt wird, die psychosozialen Bedürfnisse jedoch aus Sicht der Bewohner weniger Beachtung finden (können), was als belastend empfunden wird.

Im Hinblick auf die *Definition* des Personalmix werden verschiedene Berufsgruppen genannt. Während die Leitung auf einzelnen Berufsgruppen und Qualifikationen fokussiert, ergänzen die Mitarbeiter weitere Gruppen, z.B. Reinigungskräfte oder osteuropäische Pflegenden, die in der Zusammenarbeit wahrgenommen werden. Wer und in welcher Art und Weise mit wem kooperieren soll, bleibt unklar. Eine theoretische Auseinandersetzung war mit der Entscheidung für das Hausgemeinschaftskonzept offensichtlich nicht verbunden. Vielmehr hat man entsprechende Bausteine in Bezug auf den Personaleinsatz aus anderen Einrichtungen ausgewählt, neu zusammengesetzt und auf die eigene Situation hin adaptiert. Insofern muss die inhaltliche Bestimmung des Personalmix als normative Setzung verstanden werden, bei der Bedarfe der Bewohner nicht im Vordergrund standen. Auch die Mitarbeiter sind aufgrund ihrer Aussagen nicht umfassend mit Konzept und Zielen des Personalmix vertraut gemacht worden.

Die *Begründung und Nutzen des Personalmix* sind miteinander verwoben und gründen nicht auf fachlich-inhaltlichen Erwägungen, sondern sind durch Alltagserfahrungen und Beobachtungen geprägt. In Bezug auf den Bewohner wird der Personalmix mit Begriffen wie Lebensqualität, Ansprechbarkeit und Familiarität in Zusammenhang gebracht, jedoch werden diese Termini nicht konkretisiert und flexibel als „Containerbegriffe“ genutzt. Im Hinblick auf die Mitarbeiter steht die Entlastung im Vordergrund, vor allem die störungsfreie Erledigung der Kernaufgaben wird benannt. Bewohner erleben den Nutzen darin, dass die jeweiligen Berufsgruppen adressiert werden. Ein Pflegeorganisationssystem wird nicht benannt, vielmehr auf die Aufgabenprofile verwiesen. Wie der Einsatz der Mitarbeiter koordiniert und gesteuert wird, bleibt unklar. Verwiesen wird auf den Alltag, in dem Aufgaben flexibel und situativ durch die Mitarbeiter selbst angepasst werden (müssen) und von den Profilen abgewichen werden kann.

Ein *Ziel des Personalmix* im engeren Sinne kann nicht konkretisiert werden, es wird auch kein einheitliches Pflegeverständnis der Akteure dahinter erkennbar. Jedoch müssen die Begriffe

„Aktivierung“ und „Familie“ zentrale Bestandteile des Konzepts gesehen werden. Dominant ist die Akzentuierung einer familienähnlichen Erlebniswelt, vor deren Hintergrund vor allem der visuellen Fassade im Alltag ein hoher Stellenwert beigemessen wird und die ‚Zuhause‘-Rhetorik phrasenhaft genutzt wird. Seitens der Bewohner werden Interaktion und eine Beziehung auf Augenhöhe akzentuiert. Es wird darauf verwiesen, dass diese personenabhängig sind. Begegnung wird aufgrund der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter nicht in dem Maß erlebt, wie sich Bewohner das wünschen.

Ein genau festgelegtes und spezifiziertes *Aufgaben- und Kompetenzprofil* lässt sich nicht identifizieren. Diesbezügliche Aussagen schwanken zwischen strikter Aufgabentrennung und „alle machen alles“. Grenzüberschreitungen werden als notwendig angesehen um den Alltag zu gestalten. Prozesse, Übergänge, Nahtstellen müssen daher von den Mitarbeitern selbst und flexibel gestaltet werden, bergen aber auch starke Konfliktpotentiale. Die Pflegefachkräfte werden im Kontext der Grund- und Behandlungspflege und in der Zusammenarbeit mit den Ärzten verortet. Hilfskräfte kommen vornehmlich in der Grundpflege zum Einsatz. Einjährige Pflegehelfer können darüber hinaus auch für bestimmte behandlungspflegerische Maßnahmen, wie das Ausgeben der Medikamente eingesetzt werden. Die Präsenzkkräfte sind hingegen die zentralen Akteure in der Wohnküche: Essenzubereitung, Unterstützung beim Essen, Reinigung und Wäscheversorgung werden als ihre Aufgaben angeführt. Betreuungskräfte halten Angebote für die Bewohner vor, wie z. B. das Zeitungvorlesen oder die Sturzprophylaxe. Die Festlegung der Aufgabenprofile ist in einem Top-Down-Ansatz durch die Leitung erfolgt und wurde über Praxisexperimente legitimiert.

Die *Orientierung an den Bedürfnissen* der Bewohner wird zwar benannt. Aber wie diese konkret im Alltag berücksichtigt werden, wird nicht explizit dargestellt. Das Leben „wie zuhause“ zeigt sich mehr als eine Projektion eigener Vorstellungen seitens der Leitung. Es geht um die Durchsetzung eigener Ideen mit dem Ziel, die Lebensqualität der Bewohner zu befördern. Die Präsenzkraft versucht in Abgleichungsprozessen, sich den Bedürfnissen zu nähern. Befragte Bewohner selbst befriedigen ihre Bedürfnisse überwiegend selbst, vor allem außerhalb der Einrichtung. Sie nehmen zwar die Routinen der Einrichtung in Anspruch, distanzieren sich aber vom Leben in der Wohngruppe (Menschen mit Demenz). Einige Mitarbeiter reden mit dem Bewohner, lachen mit ihm, machen Blödsinn, was ein besonderes Erlebnis ist und mit Lebensqualität assoziiert wird.

Ebenso sind *Partizipationsprozesse* der Bewohner im Alltag möglich, wenn es um einfache Entscheidungen geht. Bei substantiellen Fragen, etwa im Hinblick auf die Ausgestaltung von Betreuungs- und Versorgungskonzepten, findet keine Beteiligung statt. Es werden daher Alternativen gesucht, um die eigenen Vorstellungen vom guten Leben zu verwirklichen. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Mitarbeiterschaft sind eingeschränkt. Zwar können Ideen und Wünsche vorgetragen werden. Eine Reaktion der Leitung darauf wird offenbar nicht wahrgenommen. Letztendlich – so die Äußerungen - entscheide die Leitung am Ende selbst anhand eigener Präferenzen. Diskussionen werden als teilweise inszeniert aufgefasst.

Die Qualität der *Zusammenarbeit* der verschiedenen Berufsgruppen im Heim wird als „nicht einfach“ und als konfliktreich beschrieben. Dies wird vor allem auf „menschliche“ Gründe zurückgeführt, aber auch Kompetenzüberschreitung und die Folgen der Personalknappheit als ursächlich benannt. Es zeigt sich eines hierarchischen Verhältnisses zwischen Leitung und Mitarbeitern, aber auch zwischen den Berufsgruppen selbst. Eine Regelkommunikation wird über Dienstbesprechungen sichergestellt. Personalfluktuaton wird als alltägliches Phänomen „normalisiert“, in diesem Zusammenhang die Personalrekrutierung als unkritisch betrachtet. Lediglich die Fachkraftgewinnung wird als problematisch und herausfordernd eingeschätzt.

Die *Arbeitsbelastung* wird von Mitarbeitern als sehr gravierend eingeschätzt. Auswirkungen bis in das Privatleben sind evident, verschiedene Entlastungsstrategien wurden entwickelt. Unmut gegenüber der Leitung wird deutlich. Änderungen werden angemahnt, und man wünscht sich, dass die Leitung einen Tag mitarbeitet, damit sie die „Realität“ kennenlernt. Aus Sicht der Leitung wird die Arbeitsbelastung vor allem bei den Präsenzkraften erkennbar. Die Verantwortung dafür überträgt man dem Team und dem Einzelnen. Im Vordergrund steht die Stärkung der Selbstsorge, die durch einen Austausch der Mitarbeiter erreicht werden soll. Bewohner beschreiben Arbeitsverdichtung und Unterbesetzung, die Auswirkungen auf ihre Lebensqualität haben.

*Verbesserungspotentiale* hinsichtlich des Personalmix sind aus Sicht der Leitung nicht vorhanden, eine Abwägung oder Differenzierung der Problemlagen oder eine kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept selbst findet nicht statt. Kurze Wege und ständige Ansprechpartner, um auf die Wünsche der Bewohner einzugehen, werden als vorteilhaft wahrgenommen. Es wird von Mitarbeiter- und Bewohnerschaft mehr Personal angemahnt, um die Entlastung einerseits und Versorgung andererseits sicherzustellen. Eine getrennte Betreuung von Menschen mit und ohne Demenz wird als sinnvoll erachtet, denn vor allem Menschen ohne kognitive Einschränkungen leiden unter der aktuellen konzeptionellen Ausrichtung. Auch Verbesserungen in der Ausbildung der Präsenzkraften, vor allem im Umgang bei Menschen mit Demenz, werden als notwendig angesehen, insbesondere von der Leitung. Die Zukunftsfähigkeit des Konzepts wird positiv eingeschätzt und durch den guten Ruf der Einrichtung legitimiert. Die Entwicklung der Pflege hin zu einer „Cure“-Aufgabe wird als unausweichlich beschrieben.

#### 5.4.1.3.1 *Warum funktioniert der Personalmix?*

Vor allem deswegen, weil sich der Bewohner an die Heimsituation angepasst hat, die Mitarbeiter (vor allem die Präsenzkraften) sich auf die Erledigung ihrer Aufgaben konzentrieren, selbst für die Pflegefachkraft das Thema „weit weg“ ist und die Leitung von der Idee und ihrer Realisierung absolut überzeugt ist. Verkürzt lässt sich die Sache in einem Satz auf den Punkt bringen: Leitung und Mitarbeiter argumentieren aus einer Eigenlogik, welche „blind“ ist für die Anliegen der anderen Ebenen. Als Strategien auf Bewohnerseite werden sowohl Abgrenzungen wie auch Identifikationen erkennbar. Selbständige Bewohner distanzieren sich von bestimmten Abläufen, etwa auch von lieblosen Aktivitäten seitens der Pflege- und Betreuungskräfte (partielle Rejektionen), äußern aber auch immer wieder Verständnis für Grenzsituationen und Belastungen der Mitarbeiter, die im Alltag erkennbar werden (total differenzierte Rejektion). Mancher führt sein „eigenes“ Leben, verlässt die Einrichtung, geht damit in gewisser Weise auch Problemen aus dem Weg. Und die Mitarbeiter (vor allem die Präsenzkraften) leben in ihrer eigenen Welt und blenden Konflikte aus. Für sie sind die „freie“ Gestaltung und die Konzentration auf die Arbeit in der Wohnküche mit dem Bewohner zentral. Strukturelle und konzeptionelle Fragen des Personalmix verblasen dagegen. Der Familismus ist eine Form der Auseinandersetzung, die vieles entschuldigt und generell mit einer akzeptierenden Haltung verbunden ist. Ebenso unkritisch äußert sich auch die Pflegefachkraft, die in ihrer Sinnzuschreibung „Beruf als Berufung“ eine Kompensationsmöglichkeit gefunden hat, um sich von den anderen positiv abzuheben beziehungsweise die Kluft zwischen Norm und Wirklichkeit zu überbrücken. Darüber hinaus hat sie persönliche Entlastungsstrategien entwickelt und ist durchaus in der Lage, differenziert Problemlagen abzuwägen (Bewerbermangel). Allerdings sieht sie die Arbeit in der Einrichtung aufgrund vorheriger Erfahrungen in der Altenpflege als alternativlos an. Auch die Vielzahl partieller Rejektionen, verbunden mit dem Gefühl der Wirkungslosigkeit hinsichtlich eigener Ideen oder Klagen, sind deutliche Hinweise auf einen „innerlichen Ausstieg“. Und die Leitung, immunisiert gegen Kritik (von innen und von außen) und

geschickt die Konflikte auf einer „persönlichen“ Ebene verortend, sieht den Personalmix vor allem auch als Profilierungsinstrument gegenüber anderen Einrichtungen. Allein die Orientierung am „Haushalt“ und damit der vermeintlichen Abgrenzung gegenüber „klassischen Pflegeheimen“ lässt jede noch so vorsichtig formulierte Anfrage im Keim ersticken.

#### 5.4.1.3.2 *Schlusseinschätzung und Typisierung*

Es muss erstens festgestellt werden, dass der Personalmix in der Einrichtung an Berufsgruppen gebunden ist, die bereits seit Eröffnung der Hausgemeinschaft dort eingesetzt werden. Die entsprechenden Berufsgruppen und Qualifizierungen sowie die Aufgabendifferenzierung wurden in einer Top-Down-Logik festgelegt, umgesetzt und sukzessive nachjustiert. Man folgt dem Grundsatz der Dezentralität in den Hausgemeinschaften, d. h. es sollen mehr Menschen am Bewohner eingesetzt werden. Zweitens kann von einem Konzept, das analytisch gefasst wurde und die Bedarfe der Bewohner in den Blick nimmt und vor allem die unterschiedlichen Professionen in Bezug auf diese Bedarfe begründet und auswählt, nicht gesprochen werden. Vielmehr geht es darum, eigene normative Vorstellungen zum Leben wie in einer großen „Familie“ zu verwirklichen, die mit dem Wohl der Bewohner und der Entlastung der Mitarbeiter legitimiert werden. Lebensqualität und Familie sind die tragenden Begründungen, die als Containerbegriffe genutzt und sehr unterschiedlich und flexibel gedeutet werden (können). Drittens ist ein familienorientiertes Modell leitend. Dabei geht es aber nicht um das ‚wahre Leben‘ der Bewohner, sondern um die Inszenierung einer vermeintlich familienähnlichen Erlebniswelt, in der eigene Präferenzen (vor allem die der Leitung) durchgesetzt werden. Das heißt die Ausgestaltung des Familienlebens wird dabei nicht durch die Bewohner bestimmt, sondern vor allem durch die Vorstellungen der Leitung dirigiert und mit der entsprechenden Vehemenz im Alltag umgesetzt. Dabei spielt auch im Sinne eines hierarchischen Führungsverständnisses Kontrolle und Überwachung der Mitarbeiter eine wichtige Rolle. Das wird auch daran erkennbar, dass Partizipation, Mitwirkung und Einflussnahme sowohl seitens der Bewohner wie auch der Mitarbeiter eher symbolhaft verhandelt werden und im Kern kaum Berücksichtigung finden. Viertens stehen Bewohner – so die Meinung der Akteure – im Zentrum der Bemühungen. Deren Interessen treten in den Ausführungen in den Hintergrund, denn primär geht es um die Bewältigung der Aufgaben der jeweils eigenen Berufsgruppe. Der Personalmix ist dafür zweckdienlich, und man kann in diesem Sinne auch von einer Zweckgemeinschaft sprechen. Letzten Endes beziehen sich die Verantwortlichen auf ihren eigenen sozialen Raum, den sie am Laufen halten wollen und nutzen dazu die jeweils andere Berufsgruppe zur Entlastung. Entlastung von der Belastung heißt die Devise. Obwohl die Perspektivendifferenz wenig Kompatibilität aufweist, so scheint der Personalmix dennoch zu funktionieren. Dies liegt vor allem an der Unspezifität, Offenheit und Flexibilität des Ansatzes, der mit jeweils unterschiedlichen Deutungen, Motiven und Praktiken verbunden werden kann. Man verkennt die Brisanz der Belastung der Beteiligten, die selbst beim Bewohner ankommt und seine Lebensqualität oder die Erfüllung seiner Bedürfnisse negativ beeinflusst. Konsequenterweise ist daher die Skizzierung des Typs vom: „Personalmix im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und Bewohnerbedürfnissen.“

#### 5.4.1.4 ***Einrichtung III - Personalmix als eine im Alltag konzeptlose Abfolge von Experimenten***

*Entstehungsgeschichte:* Die Einführung erfolgte im Rahmen eines unstrukturierten Prozess nach der Trial-and-Error-Methode, die auch im Alltag beibehalten wird. Das Moment des ständigen Experimentierens wird betont, die Skepsis und Ablehnung gegenüber Theorien und Modellen deutlich. Insgesamt wird der Personalmix als Neuland präsentiert, das erst noch erschlossen werden muss. Es wird eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der

Umsetzung des Personalmix deutlich. Auch zeigt sich, dass seitens der zentral Verantwortlichen das Phänomen des Personalmix bisher nur selten oder gar nicht – etwa im Gespräch mit Mitarbeitern und Bewohnern – erläutert wurde.

Kompatibel damit sind unterschiedliche *Wahrnehmungen des Personalmix*. Leitung und (Pfleger)-Fachkräfte äußern sich explizit dazu, unter den Mitarbeitern insgesamt ist es kein Thema, über das im Alltag explizit gesprochen wird. Die meisten Bewohner sind damit überfordert, die verschiedenen Berufsgruppen und ihre Zuständigkeiten auseinander zu halten. Den Befragten ist es offenbar ohnehin viel wichtiger, ob ihnen Mitarbeiter sympathisch sind, weniger jedoch zu welchen Berufsgruppen sie gehören. Inwiefern der Personalmix von den Mitarbeitern tatsächlich gelebt wird, wird von der Alltagsbegleitung als stark personenabhängig beschrieben. Es gebe Personen, die machen einfach ihre Arbeit, kommunizieren wenig, andere arbeiten hingegen gut und gerne zusammen. Bei manchen wisse man, dass man sich gegenseitig hilft, andere machen einfach „ihr Ding“.

Eine einheitliche verbindliche *Definition* des Personalmix, die allen bekannt wäre, liegt nicht vor. Sehr allgemein wird die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen betont. Das bezieht sich zum einen auf interne Mitarbeiter (Alltagsbegleiter, Pflegefachkräfte und Pflegehelfer) und zum anderen auf externe Dienstleistungen (Physio- und Ergotherapie). Als zentrale Aufgaben von Alltagsbegleitern wird das Spektrum von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Kochen, Putzen, Backen) bis zu einfachen pflegerischen Tätigkeiten (z. B. Unterstützung beim Toilettengang) erwähnt, das soziale Tätigkeitsspektrum bleibt unerwähnt – ähnlich wie in der Pflege. Hinsichtlich dieser Berufsgruppe werden Hauptaufgaben Grund- und Behandlungspflege sowie Arztkontakte thematisiert. Die Grenze zwischen Alltagsbegleitung und Pflege liegt bei Tätigkeiten, die nicht nur Alltagswissen, sondern spezielles pflegerisches Fachwissen erfordern. Die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen stellt sich als Aushandlungsprozess bei Einführung des Konzepts dar; an den Schnittstellen ist es gerade zu Anfang zu Konflikten gekommen.

In einem gewissen Widerspruch zu dieser „internen Optimierungslogik“ werden ökonomische und politische Gründe sowie der Mangel an Pflegekräften bei steigender Zahl an Pflegebedürftigen als *Begründung für den Personalmix* angeführt. Es wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass Alltagsbegleiter günstiger als Pflegefachkräfte sind, etwa bezogen auf ein geringeres Gehalt und niedrigere Kosten für Fort- und Weiterbildung. Außerdem wird angeführt, dass es auch politische Vorgaben und Einflüsse gebe. Darüber hinaus sieht die befragte Pflegefachkraft im Personalmix die Chance für eine Professionalisierung ihrer Berufsgruppe und zwar deswegen, weil man „Nebentätigkeiten“ abgeben und sich auf medizinisch-pflegerische Aspekte fokussieren und spezialisieren kann, auch durch Weiterbildungen.

Im Hinblick auf das *Ziel des Personalmix* angesprochen, wird wiederum auf einer sehr allgemeinen Ebene hervorgehoben, dass jede Person in der Wohngemeinschaft willkommen sei und keine Separierung von Menschen mit und ohne Demenz stattfindet. Die befragte Leitung kann zwar explizit keine fachlichen Vorteile des Konzepts nennen, betont jedoch deutlich, was die Einrichtung nicht möchte: eine zeitlich eng getaktete Bewohnerversorgung, wie sie seines Erachtens im klassischen Altenheimkonzept unvermeidlich ist. Stattdessen ist – dem Anspruch nach, jedoch nicht der Realität entsprechend – eine individuelle, bewohnerorientierte Versorgung vorgesehen.

Bei der *Begründung der Aufgaben und Definition der beruflichen Aufgabenfelder* wird eine Zweiteilung deutlich, die bereits bei der Definition benannt wurde: Hauptaufgaben der Pflege-

kräfte sind Grund- und Behandlungspflege sowie Arztkontakte, Hauptaufgaben der Alltagsbegleiter beziehen sich auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Kochen, Putzen, Backen) sowie einfache pflegerische Tätigkeiten, beispielsweise Unterstützung beim Toilettengang. Die Grenze zwischen Alltagsbegleitung und Pflege liegt bei Tätigkeiten, die nicht nur Alltagswissen, sondern spezielles pflegerisches Fachwissen erfordern. Die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen stellt sich als Aushandlungsprozess bei Einführung des Konzepts dar; an den Schnittstellen ist es gerade zu Anfang zu Konflikten gekommen.

Der interviewte Bewohner zeigt sich bescheiden und anspruchslos bezüglich seiner *Bedürfnisse* und stellt seinen Hilfebedarf als äußerst gering dar. Offenbar wünscht er sich dennoch mehr Betreuung. Er hat das Gefühl, dass die Mitarbeiter durchaus seine Bedürfnisse kennen, glaubt aber, sie hätten gar nicht die Möglichkeit, eingehend auf die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen, da sie viel Arbeit und viele zu betreuende Personen haben. Der Alltagsbegleiter bestätigt den Zeitmangel. Nach seiner Einschätzung wäre eine halbe Stunde mehr Zeit pro Tag und Bewohner sinnvoll, vor allem, um zuzuhören. Daran offenbart sich aus Mitarbeiter-sicht das Gefühl, den Betroffenen nicht ausreichend Zeit widmen zu können.

Eine konkrete *Partizipation* von Bewohnern in Fragen des Personalmix ist nur rudimentär erkennbar. Zwar sind diese Personen durchaus an Alltagsentscheidungen beteiligt, z. B. an der Speiseplangestaltung. Bei grundsätzlichen Entscheidungen der Einrichtung werden sie jedoch nicht mit einbezogen. Auch bei Mitarbeitern stellen sich Beteiligungsmöglichkeiten unterschiedlich dar: Während der Alltagsbegleiter eher seine Ohnmacht gegenüber Leitungsentscheidungen formuliert, betont die Pflegefachkraft ihre Einflussmöglichkeiten, schätzt die Kritikultur in der Einrichtungen und die damit verbundene professionelle und persönliche Würdigung ihrer Arbeit. Damit zeigt sich die Beteiligungskultur personen- oder berufsabhängig.

Die *Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen* stellt sich aus Mitarbeiterperspektive – nach anfänglichen Konflikten – überwiegend als gut dar; lediglich kleinere Alltagsprobleme an den Schnittstellen werden genannt. Sowohl der Alltagsbegleiter als auch die Pflegefachkraft fühlen sich zumeist nicht nur ihrer eigenen Berufsgruppe, sondern dem großen multiprofessionellen Team zugehörig. Die Leitung hingegen konstatiert, dass es sich bei den Pflegekräften und den Alltagsbegleitern um zwei getrennte Teams handelt, wodurch es immer wieder zu Konflikten komme. Zudem berichtet die Leitung von Widerständen und Ein- und Ungewöhnungsschwierigkeiten neuer und alter Mitarbeiter bzgl. des Konzepts der Haus- und Wohngemeinschaft und der damit verbundenen Tourenplanung. Aus Bewohnersicht wird die hohe Personalfuktuation und der „ewige“ und „grausige“ Wechsel des Personals kritisiert, man könne sich kaum an neue Mitarbeiter gewöhnen. Auch der Alltagsbegleiter nimmt die Personalfuktuation als belastend wahr und sieht in der Konsequenz Kommunikationsdefizite und nachteilige Auswirkungen für schwerer pflegebedürftige Bewohner.

Im Hinblick auf die *Arbeitsbelastung der Mitarbeiter* wird vor allem vom Bewohner Kritik, gleichzeitig aber auch Verständnis, geübt: Man müsse häufig sehr lange auf Hilfe warten. Zugleich sagt er, er habe Mitleid mit den Mitarbeitern – ihre Arbeitsbelastung sei konstant hoch. Symptomatisch erscheint hier der vom Alltagsbegleiter berichtete Umstand, dass die Mitarbeiter in der Regel auf ihre Pause verzichten, um ihr Arbeitspensum zu schaffen. Die Vorgesetzten wissen um die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter und stehen dahingehend für Gespräche zur Verfügung.

*Verbesserungspotentiale* werden nicht genannt, Hinnahme, Anpassung und Zufriedenheit dominieren – wenn auch aus unterschiedlichen Gründen. Seitens des Bewohners wird eine ge-

wisse Resignation deutlich, denn am besten sollte man sich nicht beschweren. Der Alltagsbegleiter erklärt, es gebe keine negativen Erfahrungen mit dem Personalmix. Positiv sei der Personalmix für die Bewohner, da sie eine Rundumversorgung (Verpflegung, medizinische Versorgung, Freizeitangebote) und immer einen direkten Ansprechpartner hätten. Auch die befragte Pflegefachkraft äußert Zufriedenheit mit dem Konzept, der Arbeit und dem Umgang miteinander. Der Mitarbeiter identifiziert sich vollumfänglich mit der Philosophie des Hauses und konstatiert, das Konzept habe sich bewährt – vor allem auch deswegen, weil sich unterschiedliche Perspektiven ergänzen und sich positiv auf den Umgang mit Bewohnern auswirken.

#### 5.4.1.4.1 *Warum funktioniert der Personalmix?*

Der Bewohner hat sich mit dem Leben in der Institution arrangiert, demonstriert Genügsamkeit und Bescheidenheit, äußert Verständnis für die Mitarbeiter. Diese wiederum kompensieren die Unzulänglichkeiten des praktizierten Personalmix sowie die hohe Arbeitsdichte und dem daraus resultierenden Gefühl, den Bedürfnissen der Bewohner nicht adäquat begegnen zu können, mit einem ausgesprochenen Enthusiasmus und der stetigen Beteuerung, besondere Freude bei der Arbeit zu empfinden. Und die Leitung setzt hinsichtlich des Personalmix ausschließlich auf das Ausprobieren in der Praxis und demonstriert dabei – mit einem Hang zum Aktionismus – Machbarkeit. Wenn man einen differenzierten Blick auf Strategien legt, die es dem Einzelnen erlauben, die eigene Position, die Arbeit und das Leben in der Einrichtung vertreten zu können, so kann auf Bewohnerseite nur wiederholt auf die Zurückhaltung, das Hinnehmen der Vorgaben und das Abwägen positiver und negativer Ereignisse hingewiesen werden. Die verbliebene Selbständigkeit ist eine Ursache dafür, sich der vollständigen Abhängigkeit äußerer Erwartungen entziehen zu können. Überwiegend partielle Rejektionen kennzeichnen den Umgang des Bewohners mit verschiedenen sozialen, vor allem von aus seiner Perspektive unangemessenem Verhalten des Personals und dem widersprüchlichen Umgang mit Sterbesituation – einerseits Verschweigen, andererseits rituelles Gedenken - erfolgt eine Distanzierung. Die Alltagsbegleitung kompensiert die geringe Bezahlung mit der erlebten Dankbarkeit der Bewohner, hat auch in der Freizeit Ausgleich durch grundlegend andere Beschäftigungen. Es sind partielle Rejektionen vor allem gegenüber Pflegenden zu beobachten, welche die Servicefunktion der Alltagsbegleiter z. T. zur eigenen Entlastungen missbrauchen. Die Pflegefachkraft erlebt eine persönliche und professionelle Bestätigung überwiegend durch die Leitung, mit der sie durch eine affirmative Umsetzung des Personalmix verbunden ist. Bei der Leitung beeindrucken die in der Altenpflege immer zu beobachtende Ablehnung von „Theorie“ und die nahezu ausschließliche Zuordnung von Missständen in den Bereich der Politik. Total differenzierte Rejektionen machen auch deutlich, dass z. T. bestimmte Vorgaben geschickt umschifft werden. Eigene Probleme und Verantwortlichkeiten, etwa hinsichtlich der Suche nach notwendigen Entlastungsmöglichkeiten für überbelastetes Personal (als Leitungsaufgabe), treten dabei in den Hintergrund.

#### 5.4.1.4.2 *Schlusseinschätzung und Typisierung*

Dem in der Einrichtung praktizierten Personalmix fehlt die konzeptionelle Basis. Die Gründe und Ziele für den Personalmix, z. B. die Kompensation des Pflegekräftemangels und eine bessere Bewohner-versorgung, werden zwar angedeutet, bleiben diffus. Zwar möchte man sich ausdrücklich vom klassischen Altenheimkonzept distanzieren, eine tragfähige Alternative gibt es jedoch nicht. Stattdessen besteht der Alltag aus vielen kleinen und großen Experimenten: Was sich in der Praxis bewährt, wird beibehalten, alles andere verworfen. Die dahinterstehende Konzeptlosigkeit und Theoriefeindschaft wird als Erschließung von Neuland kaschiert.

Notwendigerweise muss der hier vorliegende Typ skizziert werden als „Personalmix als eine im Alltag konzeptlose Abfolge von Experimenten“.

#### **5.4.1.5      *Einrichtung IV) - Personalmix im Spannungsfeld zwischen normativer Setzung, Diffusität und Flexibilität***

*Entstehungsgeschichte:* Der Personalmix, der synonym mit einer interdisziplinären Arbeitsweise verwendet wird, wurde von der Leitung initiiert und in einer Top-Down-Logik umgesetzt. Diese Idee wird als Lebenswerk präsentiert, die einer immerwährenden Überzeugungsarbeit bedarf und quasi ständig „angekurbelt“ werden muss. Mitarbeiter waren zwar in Exkursionen in andere Pflegeeinrichtungen involviert, von dort wurde das Konzept der „Normalität“ übernommen. Von einem systematischen Einbezug von Mitarbeiter in konzeptionelle Überlegungen ist jedoch keine Rede. Auch seitens des Trägers gab es weder eine übergreifende Strategie noch wurden inhaltliche Anforderungen an den Personalmix formuliert.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass hinsichtlich der *Wahrnehmung der Personalmix* vor allem die Leitung das Thema adressiert, Mitarbeiter sich auf ihren unmittelbaren Nahbereich konzentrieren und die befragten Bewohner überwiegend Dienstleistungs- und Serviceaspekte wahrnehmen und die Gestaltung des Personalmix als irrelevant für die eigene Lebenswelt in der Einrichtung ansehen. Bei der *Definition* wird von einem „Drei-Säulen-Prinzip“ gesprochen, in dem die folgenden Berufsgruppen zusammenarbeiten: Pflege, Hauswirtschaft, Soziale Arbeit, auch Qualifikationsunterschiede werden benannt. Darüber hinaus wird seitens der Leitung betont, dass bei allen Tätigkeiten betreuende Aspekte und eben nicht nur „rein“ pflegerische Abläufe wichtig sind. Entscheidend ist, dass sich diese Entwicklung nicht einfach „so“ ergibt, sondern manageriell organisiert, vorbereitet und arrangiert wird. Von daher wird ein ständiges Bemühen der Leitung erklärbar, die ansonsten Rückschritte befürchtet. Interessanterweise werden an keiner Stelle die Anliegen, Interessen und Bedarfe der Bewohner – die ansonsten häufig betont werden – bei der konkreten Gestaltung des Personalmix einbezogen, Vielmehr wird davon ausgegangen, dass das begründende Element des Personalmix darin besteht, gelungene Begegnungen zum Bewohner herzustellen.

*Begründet* wird der Personalmix normativ, und zwar auf der Grundlage von Alltagserfahrungen und Beobachtungen durch die Akteure, nicht anhand einer theoretischen, fachlichen oder „wissenschaftlichen“ Bestandsaufnahme. Es geht um die Entlastung der Mitarbeiter und um die Lebensqualität der Bewohner. Ein Zusammenhang dieser Phänomene zum Personalmix wird unterstellt, aber nicht hergeleitet. Es dominiert die subjektive Perspektive des Entscheidungsträgers, verbunden mit einem Pragmatismus und einem distanzierten Blick auf „theoretische“ Modelle. Eine ähnliche Logik ist auch bei den befragten Mitarbeitern erkennbar. Hier wird deutlich, dass das Wohnküchenmodell als Entlastung der Pflege sowie als Aufwertung der hauswirtschaftlichen Tätigkeit der Alltagsbegleiter gesehen wird. Es wird als vorteilhaft bewertet, dass durch den dezentrale Einsatz der Hauswirtschaft mehr Mitarbeiter für Bewohner vor Ort vorhanden sind. In diesem Zusammenhang wird auch der Gemeinschaftsaspekt hervorgehoben, der für das Wohlbefinden der Bewohner förderlich ist und insbesondere durch die Wohnküche „wie in der Familie“ ermöglicht wird. Die hier ins Spiel gebrachten zentralen Begriffe wie „Familie“, „Betreuung“, „Wohlbefinden“ etc. bleiben jedoch diffus und werden nicht konkretisiert. Es handelt sich um „Containerbegriffe“, die flexibel einsetzbar und inhaltlich gefüllt werden können. Sie sind für Organisationen zentral, weil sie einerseits mit positiven Konnotationen verbunden sind, andererseits aber an eigene Interessen anschlussfähig. Der konkrete Bezug zur Situation der Bewohner bleibt unklar.

Ein *Pflegeorganisationssystem* wird nicht benannt, aber auf das Verfahren der interdisziplinären Umgangsempfehlungen für die Bewohner verwiesen. Nach den *Zielen des Personalmix* befragt, wird die oben erwähnte Offenheit der grundlegenden Begriffe fortgesetzt. Es gehe darum, dass „es dem Bewohner“ gut geht. Die Beziehungsgestaltung ist dabei entscheidend und es wird ein linearer Zusammenhang zwischen Aktivität, Zufriedenheit und Lebensqualität hergestellt. Dabei fällt auf, dass die Begründungen normativ gesetzt und aufgeladen erscheinen. Insgesamt wird das Pflegeheim als Lebensort verstanden, von der Alltagsbegleitung als „eine große Familie“ beschrieben. Abgesehen davon, dass hier hohe Erwartungen bei allen Beteiligten geweckt werden, die häufig nicht eingelöst werden können, wird ein Ideal konstruiert, welches sich gegen kritische Nachfragen immunisiert. Bezüglich der *Aufgabendifferenzierung und der Definition der beruflichen Aufgabefelder* wird zunächst die professionelle Pflege erwähnt, als deren Kernbereich die Behandlungspflege gilt. Kritische Pflegesituationen, wie z.B. „Essen eingeben“ bei Bewohnern mit Schluckstörungen, gehören zu den Aufgaben der Pflegefachkräfte. Sie setzen ein besonderes Wissen voraus, damit eine adäquate Betreuung beim Essen sichergestellt ist. Es geht dabei um eine Gefahrenabwehr für Bewohner und Einrichtung. Neben den Pflegefachkräften werden Hilfskräfte benannt, die die Körperpflege übernehmen und weiterführend auf Service- und Betreuungskräfte verwiesen, welche für die Alltagsgestaltung verantwortlich sind. Aber wie genau die Differenzbildung zwischen kritischer und unkritischer Situation geschieht und in welcher Art und Weise ggf. der Übergang von der einen in die andere Situation antizipiert werden kann, wird nicht thematisiert. Und genau diese Flexibilität ermöglicht es letztendlich erst, den Alltag aufrechtzuerhalten. Dabei kommt es grundsätzlich – mindestens aus Sicht der Leitung – nicht auf eine Vielzahl von Angeboten an, sondern auf die Beziehungsgestaltung. Sie – so die Aussagen - ist einfach „das Allerwichtigste“, damit sich ein Bewohner mit der Situation im Alten- und Pflegeheim arrangiert. Es gehe also vor allem um eine Anpassungsleistung des Bewohners an die Institution, bei der die entsprechenden Akteure wichtig sind.

Es ist bereits deutlich geworden, dass die *Orientierung an den Bedürfnissen* als Teil des Konzepts „Interdisziplinarität“ verstanden wird. Bedürfnisse von Bewohnern werden nicht konkretisiert, eher allgemein umschrieben. Aushandlungsprozesse werden nicht beschrieben, Bewohner sind „Objekte“ einer bestimmten Versorgungslogik. Der befragte Bewohner befriedigt seine Bedürfnisse überwiegend selbst - vor allem in den Lücken der „Tagesordnung“. Er nimmt Serviceleistungen in Anspruch, äußert hierzu aber keine Kritik. Letztendlich passt er sich an in die Einrichtung und deren Routinen in hohem Maße an.

*Partizipationsprozesse* beziehen sich daher eher auf die Mitarbeiter, die durchaus mit eingebunden werden. Das bezieht sich z. B. auf Übergaben, bei denen Verbesserungsvorschläge geäußert werden können. Auch die psychosoziale Unterstützung und psychologische Begleitung dieser Personen ist der Leitung ein wichtiges Anliegen. Allerdings werden zu viele Hochengagierte seitens der Leitung als problematisch erlebt. Der Grund liegt darin, dass die Dynamik nicht mehr kontrollierbar ist und immer neue Ansprüche formuliert werden, die an finanzielle Grenzen stoßen. Aus Bewohnersicht ist Beteiligung vor allem auf den eigenen Entscheidungsraum bezogen.

Bei der *berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit* wird – vor allem seitens der Mitarbeiterschaft – eine differenzierte Haltung erkennbar. Einerseits ist die Rede von einem „Superteam“, das sich durch einen kooperativen Arbeitsstil auszeichnet, andererseits werden aber auch Konflikte und Auseinandersetzungen mit anderen Mitarbeitern angesprochen. Es sind vor allem Grenzüberschreitungen zwischen Alltagsbegleitung und Betreuungskräften, die kri-

tisch erlebt werden. Allerdings werden Qualitätsaspekte weniger strukturellen Ursachen zugeordnet, eher auf einer persönlichen Ebene verortet, auch seitens der Leitung. Hier wird von Seiten der Befragten vor allem die unterschiedliche Grundhaltung vieler Kollegen in ihrer täglichen Arbeit angesprochen. Die Leitung nutzt zudem die Zusammensetzung der jeweiligen Teams auch als strategisches Element. Denn es erfolgt eine Zuordnung zu einzelnen Wohnbereichen, nicht zu Berufsgruppen. Dadurch erhöht sich auch die Bereitschaft, bei Krankheit und Arbeitsausfall einzuspringen, denn die Identifikation mit den Arbeitsbereichen ist in einem hohen Ausmaß vorhanden. Zudem wird die Zusammenarbeit mit Leitungen gezielt genutzt, um relevante Informationen zu erhalten, aber auch Vorbilder zur Umsetzung des Personalmix zu gewinnen. Konflikte werden zumeist auf der persönlichen Ebene verortet: Wenn beispielsweise das eigene Aufgabenfeld und die autonome Arbeitsweise betroffen sind. Diese werden mit den Akteuren jeweils direkt angesprochen.

In puncto *Arbeitsbelastung* werden die Dinge von den Akteuren sehr unterschiedlich dargestellt. Der befragte Bewohner distanziert sich sehr stark, weist die Klage der Mitarbeiter als „Katastrophe“ zurück und stellt die berufliche Eignung einzelner Personen grundlegend in Frage. Der Mitarbeiter wiederum thematisiert diesen Bereich umfangreich und verweist auf Überforderungssituationen, beispielsweise beim Umgang mit Tod und Trauer, auch auf die rasche Wiederbelegungspraxis der Zimmer. Als entlastend werden die Zusammenarbeit mit anderen, die Gespräche mit der Wohnbereichsleitung oder dem Partner, aber auch Fortbildungen gesehen. Für die Leitung ist es ein Alarmzeichen, wenn Mitarbeiter nicht mehr über Belastungen klagen, hieraus wird Interventionsbedarf abgeleitet. Psychologische Entlastungsangebote werden angeboten, jedoch nicht in dem Umfang nachgefragt, wie dies aus Leitungssicht notwendig wäre.

Zu möglichen *Verbesserungspotentialen* werden keine konkreten Aspekte genannt. Allgemein wird betont, dass – wenn man noch einmal von vorne anfangen könnte – mehr Zeit und Geduld (vor allem bei der Implementierung) sinnvoll wären. Die angesprochenen Aspekte beziehen sich jedoch weniger auf den Personalmix im engeren Sinne, eher allgemein auf organisatorische Fragen, Herausforderungen in der Zusammenarbeit in den Teams oder das Eingehen auf Bedürfnisse in der Wohnküche. Diese Perspektive wird von Mitarbeitern akzentuiert, die immer wieder auf ihren Alltag zu sprechen kommen und davon ganz eingenommen werden. Ein Aspekt ist noch wichtig, nämlich die Abgrenzung der Leitung von anderen Trägern, die den Personalmix ihrer Auffassung nach primär aus Kostengründen praktizieren. Bei diesen Heimen – so die Leitung – werden geringqualifiziertere Kräfte eingestellt, die dann für pflegerische Tätigkeiten zum Einsatz kommen. Damit werden die potentiellen Gefahren, wie Lohn- und Kostendumping, die mit einem Personalmix einhergehen können, benannt. Dies gilt aber immer für die Konkurrenz, nie für die eigene Einrichtung.

#### 5.4.1.5.1 *Warum funktioniert der Personalmix?*

Der befragte Bewohner hat sich mit der Situation in der Einrichtung abgefunden, spielt im Alltag mit, passt sich an und hat mit der Organisation des Personalmix nichts zu tun. Er nimmt vor allem den Fleiß des Mitarbeiters als Unterscheidungskriterium wahr. Der wiederum - in dieser Einrichtung steht die Perspektive der Alltagsbegleitung dafür stellvertretend - sieht vor allem den Unterschied zwischen der vorherigen Arbeitsweise (in einer Zentralküche) und der aktuellen Situation (Verantwortungsübernahme in einer Wohnküche). Der direkte Bezug zum Bewohner wird hier als entscheidender Vorteil wahrgenommen. Die Leitung ist hochengagiert, als „Überzeugungstäter“ aktiv, distanziert sich von einem aus ihrer Sicht unrealistischen ganzheitlichen Konzept der Altenpflege. Sie legitimiert damit den eigenen Ansatz durch die Notwendigkeit der „Interdisziplinarität“ und vertritt ihre Überzeugung „missionarisch“ nach innen

und außen. Sie erkennt, dass der Personalmix ein Profilierungskonzept auch gegenüber anderen Einrichtungen darstellt. Deutlich wird, dass die Akteure in gewisser Weise gegenüber den Anliegen der anderen blind sind, die Welt jeweils aus ihrer eigenen Perspektive sehen. Bemerkenswert ist die große Distanz, die auf Bewohnerseite deutlich wird, denn der nahezu ausschließliche Fokus liegt bei den eigenen Bedürfnissen. Total undifferenzierte Rejektionen im Hinblick auf Arbeitsbelastung sowie Konflikte und Auseinandersetzungen in den Teams sind charakteristisch, denn „mich betrifft es ja nicht!“ Aber auch der Mitarbeiter bleibt „bei sich“ und - vergleichbar auch in der ersten Einrichtung - völlig unkritisch gegenüber dem Personalmix und mit der Einrichtung hochgradig identifiziert. Der Blick ist ganz auf den unmittelbaren Nahbereich gerichtet, übergreifende Perspektiven spielen keine Rolle. Ansatz, Entwicklung und Konzeption der Personalmix werden nicht explizit thematisiert, damit auch nicht problematisiert. Verteidigt werden die eigenen Arbeitsroutinen, gegen „Übergriffe“ von anderen opponiert (partielle und total undifferenzierte Rejektionen). Orientierung und Kraft findet die Person in der Familienkonstruktion des Heims. Bei der Leitung wird ein Führungsstil deutlich, der sich einerseits als den Mitarbeitern und Bewohnern zugewandt präsentiert und für jeden „ein offenes Ohr“ hat. Andererseits führt diese Haltung nicht dazu, dass kritische Argumente ernst genommen oder das eigene Konzept einer substantiellen Überprüfung zugeführt wird.

#### 5.4.1.5.2 *Schlusseinschätzung und Typenbildung*

Der Personalmix ist erstens das „Lebenswerk“ der Leitung und letztlich an die Berufsgruppen gebunden, die bereits im Haus vorhanden sind. Zweitens werden Akzeptanz, Unterstützung und Widerstände seitens der Mitarbeiter geschickt ausbalanciert. Und drittens sind Bewohner wie auch Mitarbeiter weit „entfernt“ vom Personalmix und werden in Entscheidungsprozesse kaum einbezogen. Viertens ist wichtig, dass Interessen des Trägers, wie Wirtschaftlichkeit, Zufriedenheit der Beteiligten sowie das Image der Einrichtung vom Personalmix nicht betroffen sind. Das bedeutet: Es gibt keine Kritik von Seiten des Trägers, und die Leitung kann eigenständig entscheiden und handeln, solange die o. g. Rahmungen eingehalten werden („schalten und walten“ können). Fünftens: Kritik von außen und innen (von wem auch immer) an Idee und Umsetzung des Personalmix wird vielleicht zur Kenntnis genommen, hat aber keinen Einfluss. Dies bestärkt die bestehenden Verhältnisse, die nicht hinterfragt werden. Sechstens wird der Personalmix als „Containerbegriff“ genutzt, der vorhandene Arbeitsprozesse und damit verbundene Engpässe regulieren kann und muss. Offenheit und Flexibilität erlaubt es jedoch den eigentlichen Zweck des Personalmix zu formulieren: Es geht um eine managerielle Machbarkeitslogik, um auf Alltagssituationen zu reagieren, in denen Personalengpass oder sogar Personalnotstand allgegenwärtig sind. Eine konzeptionelle Grundlage dahingehend, in welcher Art und Weise diese Zusammenarbeit erreicht werden kann, wird durch diesen Ansatz nicht erkennbar. Dies liegt vor allem an der Unspezifität, Offenheit und Flexibilität des Ansatzes, der mit jeweils unterschiedlichen Deutungen, Motiven und Praktiken verbunden werden kann. Siebtens ist eine Abgrenzung zu anderen Einrichtungen erwähnenswert, in denen der Personalmix nach Aussagen der Leitung letztlich nur als Instrument der Kostensenkung eingesetzt „inszeniert“ wird. Insgesamt werden Widersprüchlichkeiten und Brüche im Konzept nicht thematisiert, die Kennzeichnung dieses Typs als „Personalmix als heterogene Erwartung im Spannungsfeld zwischen normativer individueller Vorstellung, Diffusität und Flexibilität“ daher eine logische Folge.

#### **5.4.1.6      *Einrichtung V - Personalmix als innovative Inszenierung und Bewältigung der widersprüchlichen Alltagsanforderungen***

*Entstehungsgeschichte:* Bereits seit über zehn Jahren hat man sich in der Einrichtung mit dem Thema „Personalmix“ sowie mit unterschiedlichen Konzepten auseinandergesetzt. Spezifische als innovativ geltende Einrichtungen wurden besucht, auch im Ausland. Ergebnis dieser Hospitationen war, dass man erkannt habe, dass man die Inhalte schon immer ganz selbstverständlich umgesetzt habe. Das Thema „Personalmix“ wurde dann sukzessive weiterentwickelt, in dem man Stationshilfen, später Betreuungskräfte, eingestellt hat und diese Entwicklung positiv gegenüber anderen Einrichtungen konnotiert. Entwicklung und Umsetzung von Stellenprofilen und einer Tourenplanung sind dann später hinzugekommen.

Es zeigen sich *unterschiedliche Wahrnehmungen* seitens der Akteure. Vorwiegend Leitung und Fachpflege äußern sich zu inhaltlichen, strukturellen und organisatorischen Aspekten. Für Bewohner sind weniger Fragen des Personalmix, sondern qualitative Dimensionen der Beziehungsgestaltung von besonderer Bedeutung. Aber auch das professionelle Handeln der Mitarbeiter selbst, z. B. Durchführung eines Transfers, ist wichtig. Diese Aspekte haben einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität.

Auch bezüglich der *Definition* ergibt sich kein kohärentes Bild. Die Leitung betont unterschiedliche Qualifikationen und weniger verschiedene Berufsgruppen, sieht Altenpfleger, Pflegehelfer und Hauswirtschaftsmitarbeiter als zentral. Es erfolgt eine Abgrenzung gegenüber der Ergotherapie und weiteren Berufsgruppen, weil sie dem Arbeitsbereich der Altenpflege als zugehörig empfunden werden. Skeptisch wird beobachtet, dass sich andere Berufsgruppen in das Feld der Altenpflege „hineindrängen“. Deren Arbeiten, z. B. Fingerübungen und Gymnastik, könnten ohne weiteres von der Pflege mit übernommen werden. Hier wird also nicht nur in- sondern auch exkludierend argumentiert, was mit einer Abwertung dieser Berufsgruppen einhergeht. Bemerkenswert sind auch Spektrum und Komplexität, welches seitens der befragten Fachkräfte benannt wird. Für sie schließt der Personalmix verschiedene Berufsgruppen und Qualifikationsprofile, Kompetenzen (vor allem Praxistauglichkeit), geschlechtsspezifische Eigenschaften sowie kulturelle Merkmale mit ein. Insgesamt gibt es aber kein einheitliches Verständnis in der Einrichtung, was unter dem Personalmix zu verstehen ist und welche Dimensionen konstitutiv für das gemeinsame Verständnis und Handeln sind.

Unklar bleibt, welches Verständnis von Pflege die Differenzierung der Aufgaben in der Einrichtung beeinflusst hat und in welcher Art *begründet* wird, warum welche Berufsgruppen, mit welchen Kompetenzen zum Einsatz kommen und wie eine Ausrichtung des Personalmix an der Bedarfslage der Bewohner erfolgt. Irritationen bzw. Ängste (Tourenplanung) vor einer Taktung in "Minutenpflege" werden von der Leitung zwar „in Rechnung gestellt“, dennoch werden die damit einhergehenden Aufgabenprofile in der geplanten Weise umgesetzt. Dieses Vorgehen wird legitimiert, weil die Mitarbeiter sich an den Tourenplan gewöhnt haben und ihn nicht mehr aufgeben möchten. Wichtig erscheint der Leitung im Rahmen des Personalmix eine flexible Einsatzfähigkeit. Für die Modellierung des Personalmix sind demnach ökonomische Aspekte von Effizienz und Effektivität bedeutsam, vielleicht sogar entscheidend. Die im Vorfeld genutzten Begriffe, wie z.B. „Wohlfühlen“, „ganzheitliche Pflege“ oder „über den Tellerrand hinausschauen“ werden als „Containerbegriff“ genutzt, bleiben inhaltlich vage und können nicht verhindern, dass die Argumentation bzgl. der Organisation des Personalmix kaum von einer fachlich-inhaltlichen Auseinandersetzung geprägt ist. Der Personalmix ist von einer manageriellen Logik getragen, dem ein arbeitsteiliges und funktionsorientiertes (tayloristisches) Arbeitsverständnis zugrunde liegt.

Zentral für das hinter dem Personalmix stehende *Pflegeverständnis* ist, dass das Pflegeheim unter einem Ideal des Familismus konstruiert wird („ein Zuhause“). Andererseits wird aber auch deutlich, dass die Institution Pflegeheim bestimmte Merkmale bis hin zur gefährlichen Pflege aus Sicht des Mitarbeiters aufweist, die einem idealisierten Familienbild widersprechen und als etwas Fremdes wahrgenommen werden. Interessanterweise wird aber davon ausgegangen, dass die Ergebnisse professioneller Bemühungen mehr oder weniger direkt gesteuert werden können, ein Zusammenhang zwischen Aktivitäten, Zufriedenheit und Wohlfühl wird vorausgesetzt. Signifikant ist aber die Vernachlässigung eines gemeinsamen Aushandlungsprozess. Es wird als ausreichend angesehen dafür zu sorgen, dass der Bewohner beispielsweise jeden Tag ein individuelles "Highlight" erlebt, z. B. Wäsche zusammenlegen. Dass das, was jemand „braucht“, nur bedingt gleichzusetzen ist mit dem, was Betroffene sein Leben lang gemacht hat, wird nicht reflektiert. Konsequenterweise gab es keine diskursive Auseinandersetzung in der Einrichtung bzgl. der Frage, welche Aufgabenprofile einzelnen Berufsgruppen zugeordnet werden.

Letztendlich zeigt sich, dass im Alltag die *Aufgabenfelder* verschwimmen, flexibel genutzt werden und durch Alltagserfahrungen experimentell weiterentwickelt werden. Ebenfalls wird ein autoritatives Top-Down Führungsverständnis dadurch erkennbar, dass Mitarbeiter kritiklos die durch die Leitung festgelegten Aufgabengebiete letztendlich hinnehmen. Wichtig erscheint primär eine flexible Einsatzfähigkeit der Mitarbeiter.

Bewohner äußern zwar konkret *Bedürfnisse*, sie verhalten sich aber sehr zurückhaltend und passen sich überwiegend an die Routinen der Einrichtung an. Hervorzuheben ist, dass der befragte Bewohner durch noch weitgehend erhaltene Selbständigkeit gekennzeichnet ist, sich stark zurücknimmt - selbst dann, wenn Mitarbeiter zu spät kommen und er gezwungen ist, in die Einlage zu urinieren. Mitarbeiter werden dann in Schutz genommen, weil sie viel zu tun haben. Die pflegebedürftige Person entschuldigt sich quasi für ihre Hilfsbedürftigkeit und präsentiert sich als „pflegeleichter Bewohner“, der wartet und Verständnis zeigt. Deshalb - so seine implizite These - wird er in der Einrichtung gut behandelt und kann davon ausgehen, dass seine Bedürfnisse befriedigt werden. Ein Mitarbeiter räumt ein, dass ein Leben der Bewohner nach ihren eigenen Vorstellungen in der Einrichtung überwiegend nicht realisierbar sei, die Sicherheit nicht immer gewährleistet ist und manche Situationen als "echt hart an der gefährlicher Pflege" beschrieben werden müssen.

Die gleiche Zurückhaltung zeigt sich bei Fragen der *Partizipation*, Mitwirkung und Einflussnahme auf das Heimgeschehen. Zwar werden Bedürfnisorientierung der Bewohner und Zufriedenheit der Mitarbeiter immer prominent von den Verantwortlichen akzentuiert, bei entscheidenden Weichenstellungen werden diese Gruppen nicht einbezogen, vielmehr treten Fragen der Arbeitsorganisation (Planbarkeit, Zuordnung von Aufgaben und Effizienzerwägungen) in den Vordergrund. Die letztendliche Entscheidungs- und Steuerungskompetenz verbleibt überwiegend bei der Leitung.

Zusammenarbeit, Personalfluktuaton und eine *Arbeitsbelastung* werden von allen Akteuren wahrgenommen – und z. T. heftig beklagt. Dennoch zeigt sich hier eine merkwürdige Ambivalenz: Es wird erwartet und auch vom Mitarbeitern eingefordert, dass jeder selbstverantwortlich einschätzen muss, ob er die Arbeit aushalten kann oder nicht. Dabei wird durchaus zur Kenntnis genommen, dass einzelne Personen psychisch krank sind und ihre Arbeit nur mit Hilfe von Medikamenten leisten können. Letztendlich müssen sie aber – so die Erwartung – ihr eigenen Strategien entwickeln, um den Alltag zu bestehen und nicht an den eigenen Ansprüchen zu scheitern, Norm und Wirklichkeit im Alltag in Einklang zu bringen. Hier wird ein interessantes

Phänomen in der Altenpflege deutlich: Dort, wo die Interventionsmöglichkeiten (durch Organisation, Fortbildung, psychologische Unterstützung etc.) erschöpft scheinen, wird Belastung weniger als institutionell erzeugtes Phänomen wahrgenommen, sondern individualisiert. Der Mitarbeiter berichtet von einer hohen Personalfuktuation, dafür werden die folgenden Gründe angegeben: Erstens die fehlende Passfähigkeit mit dem Team. Dabei bleibt diffus, was damit gemeint ist. Zweitens haben die Mitarbeiter selbst gemerkt, dass die Arbeit in der Einrichtung nichts für sie. Und drittens die Kündigung im Rahmen der Probezeit. Die Bewohner nehmen die Personalfuktuation gleichermaßen wahr. Von einem Bewohner können Gründe für die Fluktuation benannt werden: Krankheit, Wechsel in eine andere Einrichtung oder Ruhestand. Der andere Bewohner benennt in diesem Zusammenhang die „Taktung“ der Pflegenden. Beide Personen scheinen bzgl. der Personalfuktuation nicht irritiert zu sein bzw. er berührt sie kaum, weil es wohl zur Normalität in der Einrichtung gehört.

Rückblickend formuliert die Leitung *Verbesserungspotentiale* und schätzt die mangelnde Kommunikation mit den Arbeitsteams als hinderlich ein. Selbstkritisch reflektiert sie, dass man die Konzepte nicht ausreichend kommuniziert habe. Es soll zukünftig auf ein "mehr" an Gesprächen Entwicklungen geachtet werden. Es bleibt aber unklar, wie ernsthaft ein dialogisches Interesse vorhanden ist. Insgesamt jedoch wird die Zukunftsfähigkeit des Personalmix positiv beurteilt. Und zwar deswegen, weil die in der Erstellung befindlichen Konzepte als wegweisend gelten und die Einrichtung in der Öffentlichkeit schon immer positiv wahrgenommen wurde. Der Mitarbeiter zieht auch Vergleiche zu anderen Heimen und meint: "Da geht es uns noch gut!" Es wird eine Abgrenzung deutlich (partielle Rejektion), mit denen eigene (kritische) Wahrnehmungen in der Einrichtung relativiert, positive Dinge verstärkt und damit auch eine Legitimation für die Weiterarbeit ermöglicht wird.

#### 5.4.1.6.1 *Warum funktioniert der Personalmix?*

Die Bewohner haben sich mit dem Einzug in die Einrichtung abgefunden und sich eine Parallelstruktur in der Einrichtung aufgebaut. Sie verfügen noch über ausreichende Kompetenzen um Bedürfnisse zu äußern, Beschwerden zu artikulieren. Sie wissen aber gleichzeitig, dass sie sich an bestimmte Abläufe und Routinen halten müssen, um die für sie nützlichen und notwendigen Dinge zu erhalten. Das reicht vom Essen bis hin zu pflegerischen Leistungen. Genussmomente werden durch eine eigene Struktur, die sich zwischen den Abläufen der Organisation vollziehen, selbst in die Hand genommen. Das Leben auf dem Wohnbereich und die pflegeintensiven Menschen werden dadurch stellenweise ausgeblendet, weil man (noch) nicht dazu gehören will. Zudem wissen die Befragten um Personen in der Einrichtung, die ihnen sowohl fachliche Hilfestellung wie auch menschliche Nähe vermitteln. Die Bilanz fällt für sie insgesamt eher positiv aus. Beide Bewohner sind sich bewusst, dass sie auf die tägliche Hilfe der Mitarbeiter angewiesen sind und reagieren mit diversen Anpassungsstrategien, z.B. Humor, um den Alltag zu bewältigen. Zweitens: Der Mitarbeiter verbleibt in der Einrichtung, weil er sich den Bewohnern verpflichtet fühlt und ihm die Arbeit etwas gibt, z.B. ein Lächeln. Dieses Ethos demonstriert er durch Abgrenzung zu Praktiken und Ereignissen, wie z. B. gefährliche Pflege oder als unverschämt wahrgenommene Verhaltensweisen der Kollegen. Die wiederholten Versuche, diese kritischen Ereignisse über die Leitung oder im Team zu verändern, scheitern und der Mitarbeiter wird zum „Don Quichotte“ im Alltag, der gegen Windmühlen kämpft und zunehmend Missstände erduldet. Er resigniert. und ihm wird eine gewisse Machtlosigkeit vor Augen geführt. Er wird damit aber gleichzeitig zum Komplizen, der die bestehende Praxis verfestigt. Letztendlich grenzt er sich immer weiter ab, um nicht an den eigenen Normen im Alltag zu scheitern und sieht die Leitung in der Verantwortung zu handeln. Drittens: Die Leitung lebt eine Haltung vor, die den innovativen Charakter der Einrichtung akzentuiert. Viele

Probleme sind für sie nicht (mehr) relevant, die habe man hinter sich gelassen. Damit wird der Alltag ansatzweise ausgeblendet, Partizipationsmöglichkeiten von anderen ausgebremst bzw. damit legitimiert, dass alle zufrieden sind und die Einrichtung einen guten Ruf habe. Gleichermaßen werden Überlegungen zum Personalmix von einem „Praktiker“ präsentiert, der weiß, was wichtig, gut und richtig ist. Kritik von außen wird nicht zugelassen, letztlich der Personalmix durch eine managerielle Machbarkeitslogik für steuerbar gehalten und experimentell legitimiert.

#### 5.4.1.6.2 *Schlusseinschätzung und Typenbildung*

Erstens ist der Personalmix in der Einrichtung pragmatisch an die vorhandenen Berufsgruppen geknüpft. Und die müssen über den Pflegesatz refinanziert werden und folgen der Devise: „Mehr Hände als Köpfe!“ Zweitens: Von einem Konzept, das analytisch gefasst wurde und die Bedarfe der Bewohner in den Blick nimmt und vor allem die unterschiedlichen Professionen in Bezug auf diese Bedarfe begründet und auswählt, kann hier nicht gesprochen werden. Vielmehr geht es darum, einem Mangel an Pflegefachkräften konkret zu begegnen und hierfür Lösungen zu finden. Drittens folgt der Einsatz der Berufsgruppen und Qualifizierungen sowie die Aufgabendifferenzierung durch „Experimente“, die dann durch ein hierarchisches Führungsmodell durchgesetzt werden und ökonomisch motiviert sind. Viertens wird diese Strategie mit Containerbegriffen flankiert, deren Einlösung im Alltag ungeklärt bleibt. Und abschließend - mit der Realität der Bewohner und Mitarbeiter hat dieser Ansatz insofern zu tun, dass ihre Existenz in Rechnung gestellt wird. Aktiv in Entscheidungsprozesse werden sie aber nicht oder nur ganz bedingt einbezogen. Es handelt sich damit um einen Typ, der mit „Personalmix als innovative Inszenierung und Bewältigung der widersprüchlichen Alltagsanforderungen“ gekennzeichnet werden kann.

#### 5.4.1.7 ***Einrichtung VI - Personalmix als ambivalente konzeptionelle Neuausrichtung in Verbindung mit einem Wandel von Pflege- und Betreuungsansätzen***

*Entstehungsgeschichte:* Die ersten Überlegungen liegen über 25 Jahre zurück. Ursprünglich als klassisches Pflegeheim konzipiert, hatte man zunächst eine zunehmende Unzufriedenheit bei den Mitarbeitern festgestellt - das war die Initialzündung für den Personalmix. Die Reformbemühungen vollzogen sich in drei Phasen, dabei hat man sich auch auf dem Pflege- und Versorgungsmarkt umgesehen und intern diesen Prozess durch Klausuren begleitet. Am Beginn stand eine Öffnung ins Quartier, bei der man das Haus für externe Gruppen geöffnet hat. Damit war eine weitere Phase verbunden, in der es vor allem um die Bewohner ging. Hier standen interne Fortbildung und Qualifizierungsmaßnahmen beim Personal im Vordergrund. Fokus hierbei war eine neue Sichtweise auf Bewohner, insbesondere die Beziehungsgestaltung wurde dabei ins Zentrum gestellt. Abschließend stand die konzeptionelle Auseinandersetzung mit dem Personalmix auf der Agenda; hier hat man viel experimentiert und Mitarbeiter in die Entwicklung mit einbezogen. Insgesamt wurde die Entwicklung eng mit dem Träger abgestimmt und muss im Zusammenhang mit der Einführung eines personenzentrierten Pflegemodells gesehen werden, was jedoch an keiner Stelle im Leitungsinterview Erwähnung findet. Letztlich ging es auch darum die Einrichtung im Wettbewerb „neu“ aufzustellen.

Hinsichtlich der *Wahrnehmung des Personalmix* lassen sich deutliche Unterschiede erkennen. Die Leitung ist am stärksten involviert, Mitarbeiter adressieren ihr unmittelbares Umfeld und die Kontaktsituation in den Teams, Bewohner differenzieren nicht zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Qualifikationsprofilen, für sie steht die Beziehungsebene und -qualität im Vordergrund.

Bei der *Definition* betont die Leitung die Notwendigkeit, dass Mitarbeiter über ihr eigentliches (fachspezifisches) Arbeitsfeld hinausschauen und weniger Funktions-, sondern stärker die Orientierung an Bewohnerinteressen ins Zentrum rücken. Das bedeutet konkret, dass (Pflege-)Mitarbeiter betreuende und/oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten in ihr Tätigkeitsspektrum integrieren – und umgekehrt. Bestimmte Basiskompetenzen und Schwerpunkte müssen jedoch auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben beibehalten werden, z. B. Medikation oder Behandlungspflegerische Tätigkeiten für die Pflege. Die Verantwortung für die grundpflegerischen Tätigkeiten, z. B. Beaufsichtigung, Körperpflege, Anziehen, bleibt aber offen und soll flexibel gehandhabt werden. Seitens des befragten Mitarbeiters geht es beim Personalmix um die Zusammenarbeit von drei Gruppen: Pflege, die im Haus auch „die Nr. 1“ ist; Bereichshelfer, die sich aus ungelerten Kräften zusammensetzen und für hauswirtschaftliche Unterstützungen, Essen reichen etc. zuständig sind; Sozialdienst, verantwortlich für Einzelbetreuung und Gruppenangebote. Hervorzuheben ist, dass bei der Definition die Sichtweisen von Leitung und Mitarbeiter in hohem Ausmaß konvergieren. Das mag auch einerseits damit zusammenhängen, dass in Schulungen alle Seiten auf ein bestimmtes Konzept „eingeschworen“ wurden.

Bei der *Begründung und Organisation* wird deutlich, dass für die Leitung eine Zusammenarbeit an organisatorische Voraussetzungen gebunden ist, wie z. B. die Aufstellung eines gemeinsamen Dienstplans für die verschiedenen Berufsgruppen (denen sie einem Team zugeordnet werden). Dabei werden „einfache“ Tätigkeiten auch von nicht-pflegerischen Akteuren wahrgenommen. Damit ist einerseits ein erweitertes Pflegeverständnis (um soziale und hauswirtschaftliche Tätigkeiten) verbunden, andererseits wird aber auch der „Zugriff“ von Sozialbetreuung und Hauswirtschaft auf grundpflegerische Tätigkeiten ermöglicht. Insgesamt soll durch diese doppelte Dynamik eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, auch wohnbereichsübergreifend, sichergestellt werden. Von Mitarbeiterseite wird der Personalmix mit Umbaumaßnahmen und der Erweiterung des Versorgungsangebots in Verbindung gebracht. Dabei wurden bzgl. der konkreten Personaleinsatzplanung große Freiheiten zugestanden. Von einem Einbezug der Bewohner ist nicht die Rede.

Als *Ziel* ist nur mittelbar die Orientierung am Bewohnerbedürfnis wichtig, entscheidender für die konzeptionelle Neuausrichtung und die damit verbundene Abkehr vom „klassischen“ Heim scheint die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit. Diese Position ist mit der Einschätzung vieler Mitarbeiter kompatibel, für die inhaltliche und organisatorische Fragen bzgl. der Gestaltung eines adäquaten Personalmix eine sekundäre Bedeutung haben. Entscheidend ist hier die Antizipation der Erwartungen und Hoffnungen der Hausleitung, die den Protagonisten sehr viel Handlungsspielraum lässt. Ebenfalls wird eine Abgrenzung von (Alten)-Pflege und Medizin deutlich. Diesbezüglich wird eine medizin- und krankenhauskritische Grundhaltung deutlich, speziell gegenüber der Schulmedizin, nicht gegenüber der Palliativmedizin. Es wird betont, dass der Personalmix dazu führt, dass pflegerische Aufgaben und Tätigkeitsprofile stärker in den Blick geraten, gerade weil andere Berufsgruppen durch die Übernahme der Grundpflege für diesen Bereich sensibilisiert werden.

Vor diesem Hintergrund wird eine *Ambivalenz des Pflegeverständnisses* deutlich. Einerseits präferiert die Leitung ein erweitertes Pflegeverständnis und spricht sich klar gegen eine deutliche Grenzziehung zwischen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft aus. Man könnte hier - kritisch formuliert - von einer „Kolonialisierung“ von Betreuung und Hauswirtschaft durch den Pflegebereich sprechen. Andererseits wiederum wird ein Zugriff auf originäre pflegerische Aufgabenfelder eröffnet, denn die Grundpflege wird auch für andere Berufsgruppen geöffnet. Direkt oder indirekt wird damit der Grundpflege ein geringer Komplexitätsgrad unterstellt, die Notwendigkeit (fach)-pflegerischer Expertise in diesem Bereich nicht thematisiert. Seitens der

Verantwortlichen liegt dem Personalmix letztlich die Logik einer Aufgabentrennung zugrunde. Hierdurch wird aber die Unterscheidung von Aufgaben und Steuerung verwischt. Hinzu kommt eine weitere Schwierigkeit - die fehlende Passung von Alltagspraxis und (Pflege)-Dokumentation. Das AEDL-Modell von Krohwinkel ist die Orientierungsgrundlage für die Pflegedokumentation. Damit ist nach Aussagen der Pflegefachkraft eine Defizitperspektive verbunden, die der neuen Ausrichtung entgegenläuft. Diese Inkonsistenz wird auch seitens der Hausleitung zugestanden, denn nach wie vor wird ein großes Problem darin gesehen, dass dieses Dokumentationssystem nur bedingt mit der eigenen Arbeitsphilosophie.

Wiederholt wird die Orientierung an den *Bedürfnissen* der Bewohner betont. Bei entsprechenden Beispielen geht es aber im Kern um Selbstverständlichkeiten, z. B. Brote schmieren. Ob und inwieweit damit das Spektrum und die Substanz von implizit oder explizit geäußerten Wünschen tatsächlich in den Blick gerät, wird nicht problematisiert. Die Fokussierung auf scheinbar offensichtliche Alltagsanliegen kann (auch) als Hinweis auf institutionelle Deformationen angesehen werden.

Im Unterschied hierzu lässt sich ein hohes Maß an *Partizipation* der Mitarbeiter in dieser Einrichtung erkennen. Vor allem leitende Personen wurden intensiv in den Veränderungsprozess involviert, durch interne und externe Fortbildung und Besuch von Fachveranstaltungen eine intensive Auseinandersetzung ermöglicht und letztlich einen Handlungsspielraum eröffnet. Dies hat ein Umdenken eingeleitet, welches den Personalmix im Kontext eines stärker auf Bewohner ausgerichteten Pflege- und Versorgungsmodells verortet und weniger im Rahmen einer rein funktionalen „Satt-und-sauber-Pflege“. Die Perspektive der Mitarbeiter wurde sehr deutlich in den Vordergrund gerückt und über diese Veränderung versucht, den Anliegen, Interessen und Bedürfnisse von Bewohnern stärker gerecht zu werden. Darüber hinaus geht es darum, das (schlechte) Image der stationären Altenpflege in der öffentlichen Wahrnehmung positiv zu beeinflussen.

Die *Zusammenarbeit* wird überwiegend positiv eingeschätzt, Konflikte allerdings ebenfalls thematisiert. Deren Ursachen werden nicht strukturell, sondern auf einer persönlichen Ebene festgemacht. Supervision und Teamentwicklung werden nicht angesprochen. In der Einstellungsveränderung – so die Leitung – liegt die größte Herausforderung.

*Belastungen* werden eher verhalten und wenn, dann auf der Personenebene thematisiert, nicht als strukturelle Herausforderung. Die Bewohner sprechen dieses Thema nur zurückhaltend an. Die Hausleitung geht davon aus, dass dieses Phänomen durch Beobachtung erkennbar sei. Der Mitarbeiter thematisiert allgemein Umsetzungsfragen des neuen Pflegemodells und Konflikte mit Einzelpersonen.

*Verbesserungspotential* ergibt sich nur in einem geringen Umfang, denn insgesamt haben sich die Bemühungen gelohnt: Die Einrichtungen hat gegenwärtig einen stabilen Personalstamm, verfügt über eine hohe Fachkraftquote. Allerdings war die zu Beginn skizzierte Phasenentwicklung nicht nur durch Zustimmung und Akzeptanz, sondern auch durch Irritationen bis hin zu Kündigungen gekennzeichnet. Zudem wurden die Umsetzung des „Personalmix“ und die damit verbundenen Änderungen unterschätzt. Denn man ging zunächst davon aus, dass es mit ausreichender Motivation der Mitarbeiter (verbunden mit der Unzufriedenheit am „klassischen System“) getan sei. Aber einfach nur diesen Impuls zu setzen, „war ein Trugschluss“. Allerdings sei es gelungen, alle Berufsgruppen (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft) im Umgang mit Bewohnern und untereinander zu schulen, die vormalig bestehende Sektorentrennung zunehmend zu überwinden, zumindest ansatzweise ein gemeinsames Pflege- und Be-

treuungsverständnis zu entwickeln. Als Auswirkungen werden genannt, dass trotz Arbeitsverdichtung (aufgrund der Vielzahl von Menschen mit Demenz) eine hohe Zufriedenheit im Haus und ein geringer Krankenstand registriert werden. Im Hinblick auf Auswirkungen bei Bewohnern wurde auf Reduzierung der Psychopharmaka, geringere Rate an fachärztlicher Überweisung, insgesamt ein körperlich besserer Gesundheitszustand hingewiesen. Es wird jedoch immer wieder betont, dass dies persönliche Eindrücke der Hausleitung sind, ein wissenschaftlicher Nachweis konnte bislang nicht erbracht werden.

#### 5.4.1.7.1 *Warum funktioniert der Personalmix?*

Bewohner nehmen die konzeptionellen und organisatorischen Fragen nicht wahr, im Zentrum steht die Interaktionsebene, und zwar bezüglich der Mitarbeiter aber auch der nahen Verwandten, die regelmäßig zu Besuch kommen. Der Mitarbeiter hat den Personalmix als Grenzüberschreitung zwischen sozialen Räumen der Pflege, der Sozialarbeit und der Hauswirtschaft definiert. Das Phänomen wurde dabei so offen gehalten, dass eine substantielle Kritik nicht möglich ist. Es bleibt letztlich unklar, was genau mit dem Personalmix gemeint ist. Eine ähnliche Unklarheit ergibt sich auch bei der Leitung, die vorwiegend Aussagen zu den Grundlagen des Personalmix formuliert, nämlich dem Pflege- und Versorgungsmodell, weniger zur Organisation und Umsetzung des Personalmix selbst. Sie hat sich auch der Unterstützung des Trägers versichert und die Mitarbeiter durch umfassende Qualifizierungen bzgl. des neuen Modells „mitgenommen“. Bewohner spielen nur indirekt eine Rolle, sind in den Personalmix nicht involviert. Sie haben Anpassungsstrategien entwickelt, die ihnen das Leben in der Einrichtung ermöglichen. Beispielsweise greifen sie auf die Unterstützung von Familienangehörigen zurück, haben Freude an den kleinen Dingen des Alltags (z. B. gutes Essen), äußern demonstrativ eine hohe Zufriedenheit und vermeiden damit Konflikte mit dem Personal. Sie grenzen sich sowohl von anderen ab und ziehen sich immer mehr zurück, auch in ihrer Anspruchslosigkeit „was sollen ältere Menschen noch erwarten?“ Auch beim Mitarbeiter lassen sich verschiedene soziale Räume rekonstruieren. Obwohl identifiziert mit der „Philosophie“ der Einrichtung, werden grundlegende konzeptionelle und strategische Fragen den „Chefs“ zugeordnet, denn der „Mensch steht im Mittelpunkt“. Interessant sind partielle Rejektionen gegenüber der standardisierten Krankenhausmedizin und der „ganzheitlichen“ Palliativversorgung. Total differenzierte Rejektionen werden bei der konkreten Umsetzung des Personalmix deutlich, denn die hiermit verbundenen Entscheidungsoptionen werden im Sinne der Bewältigung von Alltagsanforderungen konstruktiv genutzt.

#### 5.4.1.7.2 *Schlusseinschätzung und Typenbildung*

Erstens muss die „Verwechslung“ zwischen dem Personalmix und dem ihm zugrundeliegenden Ansatz noch einmal hervorgehoben werden. Dann daran wird deutlich, dass der Personalmix in ein – wie auch immer festgelegtes und die Einrichtung übergreifendes – Kommunikations- und Verständigungsmodell eingebunden wird und nur ein „Vehikel“ ist, um den Wandel der gesamten Organisation nach vorne zu treiben. Insofern richtet sich die Leitung - zweitens - sehr deutlich an neuen Versorgungsmodellen aus, die auch im Kontext veränderter Markt- und Wettbewerbsbedingungen mit bedacht werden (müssen). Daher ist drittens für den Personalmix die Bedürfnislage der Bewohner nur vordergründig bedeutsam. Viertens ist die Anschlussfähigkeit an Fachdiskurse, die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtung,

die externe Bewertung des Leistungsspektrums als „absolut top“ ein wichtiger Punkt. Gleichmaßen sollen auch Angehörige und Multiplikatoren davon überzeugt sein und das Haus weiterempfehlen. Es bleiben allerdings einige kritische Fragen, die fehlende Partizipation der Bewohner ist damit nur ein Aspekt.

Aus diesem Grunde kann der Personalmix dieser Einrichtung beschrieben werden „ambivalente konzeptionelle Neuausrichtung in Verbindung mit einem Wandel von Pflege- und Betreuungsansätzen.“

#### **5.4.1.8        *Einrichtung VII - Personalmix als familienorientiertes Modell mit widersprüchlichen Auswirkungen und Deutungen im Alltag***

*Entstehungsgeschichte:* Der Personalmix verbunden mit einem Hausgemeinschaftsmodell wurde über den Träger (Vorgesetzten) selbst initiiert und gesteuert, ist somit Ausdruck einer trägerübergreifenden Strategie. Mit Eröffnung des Hauses war das Konzept bereits festgelegt. Dieses kann als Ergebnis eines eklektischen Prozesses verstanden werden, in dem Aspekte aus unterschiedlichen Ansätzen neu „zusammengewürfelt“ wurden mit dem Ziel, es besser zu machen. Es erfolgte eine fachliche Beratung durch Experten aus der Pflege. An den Ausführungen der Akteure zeigt sich, dass die Entwicklung und Einführung des Konzepts in einem Top-Down Ansatz erfolgt ist und Leitung und Mitarbeiter lediglich das Konzept auf den unterschiedlichen Ebenen umsetzen. Die sich hieraus ergebenden Unklarheiten, Fragen etc. führten weniger zu einer kritischen Auseinandersetzung und grundlegenden Überprüfung des Ansatzes. Eher ist davon auszugehen, dass das Konzept nahezu kritiklos umgesetzt wurde und wird. Aufgrund dieses Befunds wird weder eine Verbesserung noch eine Weiterentwicklung des Konzepts als Aufgabe der Mitarbeiter oder der Leitung verstanden, sondern als die des Trägers und des Vorgesetzten.

Die *Wahrnehmung des Personalmix* differenziert in hohem Ausmaß. Die Leitung ist am stärksten beteiligt, äußert sich jedoch überwiegend zu einem Familienideal in der Pflege und nimmt weniger zu konkreten Fragen des Personalmix Stellung. Der Mitarbeiter stimmt mit dieser Perspektive weitgehend überein. Die Bewohner, üblicherweise mit operativen Fragen des Personalmix wenig konfrontiert, äußern sich unterschiedlich. Während bei einem Befragten das Interesse an der Thematik verhalten ist, äußert sich ein anderer umfassend und nimmt den Personalmix bewusst wahr. Letztlich haben die damit verbundenen Fragen aus Sicht des Befragten aber wenig mit dem eigenen Alltag zu tun. Als entscheidend für die Lebensqualität werden Umgangsformen, Interaktions- und Beziehungsprozesse eingeschätzt. Und zwar vor allem dann, wenn sie von Gegenseitigkeit und Anerkennung geprägt sind. Auch Verlässlichkeit und die Sicherheit, individuell Hilfe zu erhalten, sind wichtige Qualitätsindikatoren für den Bewohner.

Bei der *Definition* beziehen sich die Akteure auf die in der Einrichtung existenten Berufsgruppen. Für die Leitung zählt Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung, Ergotherapie sowie die Reinigung zum Personalmix, in dem alle Berufsgruppen gleichermaßen gewichtet werden. Zudem werden Auszubildende und Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr absolvieren, mit einbezogen. Deutlich wird, dass die Leitung – mit Blick auf Bedürfnisse/Bedarfe bei Bewohner – die Einbeziehung weiterer Fachkräfte für notwendig erachtet, z. B. die Ergotherapie für ein Anziehungstraining und die Physiotherapie für eine effektive Förderung der Mobilität. Der befragte Mitarbeiter versteht unter Personalmix die Zusammenarbeit von Pflegehelfern, Pflegefachkräften, Präsenzkraften sowie Betreuungskräften, d. h. vor allem Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen arbeiten zusammen. Berufsgruppen sind in dieser Aufzählung nicht trenn-

scharf identifizierbar, auch die Begriffe Berufsgruppen und Qualifikation werden häufig synonym verwendet. Wichtig erscheint aber: Fachkräfte unterschiedlicher Professionen sollen perspektivisch einbezogen werden, weil diese anhand der Bedarfe der Bewohner als ergänzungswürdig gesehen werden. Wie Qualifikation und Anzahl von Mitarbeiter in einem sinnvollen Verhältnis zueinander stehen sollten, bleibt unerwähnt.

Der Personalmix wird unterschiedlich *begründet*, und es werden gleichermaßen konzeptionelle, normative Grundannahmen, wie auch ökonomische Gründe durch den Mitarbeiter als Aspekte herangezogen. Die ökonomischen Gesichtspunkte reichen von Kostenreduktion bis hin zu einem aktuellen und künftigen Mangel an Fachkräften. Unklar bleibt, welches Verständnis von Pflege die Differenzierung der Aufgaben beeinflusst hat und warum welche Berufsgruppen mit welchen Kompetenzen zum Einsatz kommen.

Letztendlich sind für die *Organisation des Personalmix* folgende Merkmale prägend, nämlich die Vorstellung eines dezentralen Personaleinsatzes, die Orientierung an einem Familienideal und schließlich die Berücksichtigung des Pflegeaufwands. Die Organisation des Personalmix erfolgt deshalb einerseits über die Zuordnung der Aufgaben zu den einzelnen Berufsgruppen und andererseits über das Pflegeorganisationssystem der Bezugspflege. Die Aufgaben der Bezugspflegerinnen beziehen sich vor allem auf die Planungs- und Steuerungsaufgaben, z. B. die Erstellung der Pflegeplanung sowie Koordinationsaufgaben der Pflege, etwa in der Zusammenarbeit mit Ärzten. Diese Personen gelten als Ansprechpartner für alle Akteure bei Fragen rund um den Bewohner, erteilen Auskünfte und sind für die Anleitung der Hilfskräfte verantwortlich. Für die Modellierung des Personalmix ist unter anderem die flexible Einsatzfähigkeit als Ausdruck von Effektivitäts- und Effizienzerwägungen wichtig. Bedürfnisorientierung, Zufriedenheit, Aktivität, Selbstständigkeit und Lebensqualität werden gleichermaßen als Begründungen für den Personalmix herangezogen. Als *Ziel* wird formuliert, dass der Personalmix dazu beitragen soll, die Menschen zu aktivieren und eine Versorgungsmentalität zu unterbinden und Partizipation ermöglichen soll. Es wird damit ein linearer Zusammenhang zwischen Aktivitäten, Zufriedenheit und Wohlfühl angenommen. Auffallend ist, dass die Begründungen und Begrifflichkeit normativ gesetzt sind und aufgeladen erscheinen, damit wird ein kritisches Nachfragen verhindert. Gerahmt wird diese Darstellung von der Idealvorstellung eines familistischen Pflegeverständnisses das „sich zu Hause fühlen“, „würdevoll altern“ etc. betont.

Im Hinblick auf die *Begründung der Aufgaben und Definition der beruflichen Aufgabenfelder* wird ein festgelegtes und spezifiziertes Aufgaben- und Kompetenzprofil im Hinblick auf die einzelnen Berufsgruppen in der Einrichtung deutlich. Betont wird die Flexibilität (vor allem in Notfällen), Grenzüberschreitungen sind notwendig, um den Alltag zu gestalten. Pflegefachkräfte werden als Verantwortungsträger definiert, die zentralen Akteure der Alltagsgestaltung scheinen aber die un- und angelernten Präsenzkkräfte zu sein, die variabel zwischen Pflege und Hauswirtschaft „switchen“. Die professionelle Pflege wird in diesem Konzept auf Planung, Steuerung, Anleitung und Kontrolle der Hilfskräfte festgelegt und ist vor allem für behandlungspflegerische Maßnahmen zuständig. Bezüglich der Aufgabendifferenzierung gibt es keine diskursive Auseinandersetzung in der Einrichtung, sondern die Festlegung (Top-Down-Ansatz) ist über den Träger erfolgt. Diese bleibt unhinterfragt, vielmehr identifiziert man sich damit.

Die Orientierung an den *Bedürfnissen* der Bewohner wird als zentraler Aspekt des Konzepts verstanden und wird im Alltag auch umgesetzt, indem z. B. das Wohl der Betroffenen gegenüber anderen Aufgaben priorisiert wird. Allerdings wird eine Beteiligung und Einbindung in die Aktivitäten der Alltagsgestaltung, etwa im Hinblick auf die Essenszubereitung, unterschiedlich gedeutet. Ein Bewohner äußert sich dahingehend, dass er zwar mithilft, bezeichnet diese Hilfe aber auch als ein „Zurückstecken“ eigener Bedürfnisse. Das Paradigma eines „aktiven Alterns“

wird hier in seiner Widersprüchlichkeit deutlich, da Aushandlungsprozesse nicht erwähnt werden, Abläufe nur bedingt mit den Betroffenen abgestimmt und eher institutionellen Eigenlogiken folgen. Die Gefahr besteht, dass Bewohner zum Objekt eines bestimmten Aktivitätsprogramms werden.

Dieser Hinweis ist auch bzgl. der *Partizipation* angebracht. Offenkundig wird die Beteiligung der Beteiligten im Alltag an verschiedenen Stellen beachtet, eingefordert und gezielt gefördert. Die letztendliche Entscheidungs- und Steuerungskompetenz verbleibt überwiegend bei der Leitung, die im Sinne einer „Hausmutter“ regulierend eingreift. Man gewinnt den Eindruck, dass umfangreiche Partizipationsprozesse, z. B. im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Konzepts, nicht ernsthaft zur Disposition stehen, denn der Träger hat alles unter Kontrolle. Man fragt sich auch, was genau mit dem „Konzept“ gemeint ist, denn die Begriffe Personalmix, Familienorientierung oder Hausgemeinschaftskonzept werden – wenn nicht explizit nachgefragt wird – synonym genutzt und bleiben unscharf.

Die Qualität der *Zusammenarbeit* wird überwiegend positiv bewertet, wird als Merkmal von unterschiedlichen Persönlichkeiten gewertet. Bewohner erkennen an der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft ihnen gegenüber die gute Zusammenarbeit. Die *Arbeitsbelastung* wird als offensichtlich wahrgenommen, von den verschiedenen Seiten aber anders bewertet. Die Leitung sieht das Phänomen durch äußere Rahmenbedingungen vorgegeben; bestenfalls eine kluge Personalauswahl kann verhindert, dass Personen in der Einrichtung beschäftigt werden, die nicht wissen, auf was sie sich einlassen. Für den Mitarbeiter zeigt sich die Arbeitsbelastung vornehmlich an diesen strukturellen Mängeln, nämlich einer Vielzahl von Überstunden. Mitarbeiterwünsche, die zunächst auf dem Dienstplan nicht berücksichtigt werden, müssen „massiv“ gegenüber der Leitung vertreten werden. Und seitens des interviewten Bewohners wird beobachtet, dass Mitarbeiter viel Arbeit haben und hoch belastet sind. Diese Situation ist offensichtlich und bedarf keiner weiteren Begründung, „das sehen wir!“ Interessant ist, dass im Rahmen der unterschiedlichen Deutung und Interpretation der Arbeitsbelastung keine Verknüpfung dieser verschiedenen Ansichten stattfindet, Widersprüche werden nicht aufgelöst und bleiben einfach stehen. Beeindruckend ist eine Strategie der Normalisierung und des Fatalismus. Gemäß dem Motto „ist halt so“, gehört die Arbeitsbelastung zur Alltagswirklichkeit einer Pflegeeinrichtung, wird ursächlich vielfach nicht mehr problematisiert und als gegeben hingenommen.

*Verbesserungspotential:* Als positiv wird von der Leitung und Mitarbeiter gesehen, dass es im Konzept keine funktionale Trennung der Berufsgruppen und Tätigkeiten gibt und somit eine bessere Orientierung an den Vorlieben der Bewohner möglich ist. Beide greifen auf bisherige Arbeitserfahrungen in anderen Einrichtungen zurück, die sich am Krankenhaus und dessen Funktionsorientierung oder an anderen stationären Einrichtungen orientieren. In der eigenen Einrichtung nun wird ein Gegenmodell entworfen mit den bereits dargestellten Charakteristika, dem weniger organisatorische Routinen, sondern vielmehr die Orientierung an der Individualität der Bewohner in den Vordergrund gerückt werden. Zur Vervollständigung des Personalmix fehlt nach Ansicht der Leitung noch die Physiotherapie als Berufsgruppe in der Einrichtung. Weitere Entwicklungsaufgaben werden von ihr nicht genannt. Zu guter Letzt zeigt sich, dass die Pflegekraft eine Vorstellung hat, wie eine idealere Besetzung aussehen könnte. Hier werden vor allem quantitative Aspekte der Personalbesetzung dargestellt, die auch von ihr begründet werden und vor allem den verstärkten Einsatz von Hilfskräften in den Blick. Es wird deutlich, dass Leitung und Mitarbeiter mit ihrem Ansatz hoch identifiziert sind. Die Zukunftsfähigkeit des Konzepts damit begründet, dass das Leben in der Einrichtung ähnlich wie das Leben zu Hause ist. Mit Worten „in Würde altern“, „Freiheiten haben“, „sein eigenständiges

Leben weiterführen“ wird diese Vorstellung flankiert. Es zeigt sich, dass die Leitung und Mitarbeiter mit dem Konzept hoch identifiziert sind, was letztendlich zum Gelingen beiträgt. Es fehlt aber die kritische Distanz um die Zukunftsfähigkeit des Konzepts sicherstellen zumindest unterstützen könnten.

#### 5.4.1.8.1 *Warum funktioniert der Personalmix?*

Erstens: Die Bewohner haben sich mit dem Einzug in die Einrichtung abgefunden. Letztendlich haben sie keine Alternative. Einer hat sich eine Parallelstruktur in der Einrichtung aufgebaut. Es handelt sich um eine Person, die noch fähig dazu ist, den Alltag im Heim selbst zu gestalten, Nähe und Distanz zu den Geschehnissen (z.B. Stress, Konflikte mit anderen) auszutarieren und Bedarfe nach individueller Unterstützung aber auch Beschwerden zu artikulieren. Er reagiert – wie auch ein anderer Bewohner – mit diversen Anpassungsstrategien, indem er Bedürfnisse zurücksteckt, sich auf die Befindlichkeiten der Mitarbeiter einstellt, konform verhält. Zweitens: Der Mitarbeiter wirkt hochengagiert und völlig zufrieden mit dem Konzept der Einrichtung. Aus seiner Erfahrung kennt er andere Einrichtungen, die funktionsorientiert arbeiten, was nicht mit seinen Vorstellungen einer guten Pflege einhergeht (partielle Rejektion). Im Gegensatz hierzu werden die Einrichtung sowie die Charakteristika des Konzepts durchweg positiv konnotiert. Er nimmt Probleme wahr. Diese werden „pragmatisch“ gelöst, Nachteile (Überstunden) in Kauf genommen, weil das Arbeiten in anderen Einrichtungen unvorstellbar ist. Es wird als entlastend erlebt, dass der Träger alles unter seinen Fittichen hat. Arbeitsplatzbezogene Vorschläge, die für ihn relevant sind, kann er äußern und diese werden auch berücksichtigt. Widersprüchlichkeiten werden gar nicht als solche empfunden. Wünsche der Angehörigen werden als schwierig umsetzbar wahrgenommen und man begegnet den Forderungen und der Kritik mit einer Normalisierungsstrategie „das ist überall so“ und das muss ein Stück weit im Alltag ausgehalten werden, weil es eine vollständige Zufriedenheit nicht geben kann (total undifferenzierte Rejektion). Für den Mitarbeiter überwiegen insgesamt die Vorteile. Drittens: Die Leitung lebt eine Haltung vor, die den familiären Charakter stützt, sie agiert als hochengagierte „Hausmutter“, die um die Probleme aller Akteure weiß. Der Führungsstil ist kommunikativ, partizipativ. Das eigene Führungsverständnis bleibt aber letztlich unklar, denn die Leitung agiert im Team und verhält und fühlt sich eher wie ein Mitarbeiter. Verbesserungspotential bzgl. des Konzepts wird nicht wahrgenommen, man ist rundum zufrieden. Das Konzept gilt auch als eigenes Lebensmodell im Alter. Der Personalmix funktioniert, Konflikte werden innerhalb der Mitarbeiterschaft zwar deutlich, aber nicht im Zusammenhang mit dem Personalmix. Man suggeriert Machbarkeit bei der Personalauswahl, und letztendlich verabschiedet man sich von Mitarbeiter, die nicht passfähig sind. Widersprüchlichkeiten im Konzept sind kein Anlass zu Veränderung oder Irritation, daher wird auch Veränderungsbedarf gesehen. Probleme werden auf externe Rahmenbedingungen zurückgeführt und als Themen als Einrichtung identifiziert.

Mitarbeiter und Leitung haben eins gemeinsam – sie kennen funktionsorientierte Abläufe in anderen Heimen. Von daher ist hier bereits eine Basis des Verständnisses vorhanden. Hinter hoch aufgeladenen Begriffen, wie z. B. Würde, Freiheit oder Selbstbestimmtheit verbirgt sich ein hoher Arbeitsethos und ein ausgeprägtes Engagement. Widersprüchlichkeiten werden nicht wahrgenommen bzw. als solche empfunden. Die Abgrenzung zu anderen Einrichtungen oder zu Kollegen die das Verständnis von Zusammenarbeit unterlaufen, wird mit partiellen Rejektionen begegnet, weil diese nicht zum eigenen Ethos und zum Konzept passen. Man könnte bei Leitung und Mitarbeiter den Eindruck gewinnen, dass das Konzept auf sie selbst wirkt und man wie in einer Familie aufgeht, aber sich auch deshalb schwierig abgrenzen kann und die Übergänge von Privatem und Beruflichem fließend sind.

#### 5.4.1.8.2 *Schlusseinschätzung und Typisierung:*

Erstens ist der Personalmix Berufsgruppen gebunden, die über den Pflegesatz refinanziert werden. Hier werden aber auch therapeutische Berufe einbezogen. Zweitens folgt der Ansatz dem Grundsatz der Dezentralität, d. h. es sollen mehr Menschen und mehr Angebote bei Bewohner ankommen. Drittens dominieren Pragmatismus und Machbarkeit im Alltag, von einer konzeptionellen Grundlage des Personalmix, die vor allem Bedarfe der Bewohner in den Blick nimmt, kann nur bedingt gesprochen werden. Viertens soll eine institutionenkritische, alternative, durch bestimmte Wertvorstellung und Familienorientierung geprägte Vorstellung in der Praxis verankert, gleichzeitig aber auch pragmatisch dem Mangel an Pflegefachkräften begegnet werden. Fünftens werden Widersprüchlichkeiten ausgeblendet. Vielmehr ist die Differenz zu anderen Einrichtungen präsent, weshalb man in dem vorliegenden Konzept eine Chance für sich selbst sieht, nach seinen Vorstellungen zu arbeiten. Privates und Berufliches verschwimmen zunehmend. Am Ende bleibt die Erkenntnis des befragten Mitarbeiters, dass die Einführung des Personalmix nicht allein den Erfordernissen einer „guten“ Pflege geschuldet ist, sondern letztlich auch ökonomisch motiviert ist. Insgesamt wird als Typ ein Personalmix „als familienorientiertes Modell mit widersprüchlichen Auswirkungen und Deutungen im Alltag“ rekonstruierbar.

#### 5.4.1.9 ***Einrichtung VIII - Personalmix als überwiegend medikal orientierte Professionalisierungsstrategie pflegerischer Fachkräfte***

*Entstehungsgeschichte:* Die Initiative für den Personalmix ging eindeutig von der Leitung aus, wobei Rücksprachen mit Träger und dem Verband nicht thematisiert werden. Hintergrund ist der Personalnotstand und die Notwendigkeit der weiteren fachlichen Entwicklung der Einrichtung. Dabei wird deutlich, dass als „hidden agenda“ des Personalmix pragmatische Gründe bedeutsam sind: Von Anfang ging es darum Pflegefachkräfte durch spezifische Weiterbildungen, z. B. Wundversorgung oder Schmerzmanagement, mittel- und langfristig für die Einrichtung zu gewinnen, dauerhaft zu binden und insgesamt auf eine veränderte demografische Situation zu reagieren. Auch sollten die fachlichen Schwerpunktsetzungen die Kompetenz der Pflegenden erhöhen und die Außenwirkung des Hauses als medizinisch und pflegfachlich gut aufgestellte Institution gegenüber potentiellen Kunden, Ärzte und weiteren Kooperationspartner verstärken. Es wird sehr deutlich, dass sich die Einrichtung im Wettbewerb neu positioniert hat.

Die *Wahrnehmung des Personalmix* ist mit der Situation in anderen Heimen vergleichbar: Die Leitung ist derjenige Akteur, der am ehesten zu konzeptionellen und strukturellen Aspekten des Personalmix Auskunft geben kann. Hier ist die Idee grundsätzlich verankert. Allerdings wird Skepsis dahingehend geäußert, dass Mitarbeiter ähnlich denken. Denn die fehlende Bereitschaft zur Weiterqualifizierung ist aus Sicht der Leitung ein Hinweis darauf, dass Fragen des Personalmix für viele Personen in der Einrichtung sekundär und finanzielle Aspekte primär bedeutsam sind. Auf Mitarbeiterseite ist die konkrete Arbeitssituation vor Ort dominant, dabei stehen Herausforderungen und Konfliktsituationen zwischen Fach- und Betreuungskräften sowie Mitarbeitern mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen im Zentrum. Für die Bewohner ist der unmittelbare Nahbereich zentral, insgesamt eine Distanz zum „Personal“. Persönliche Angelegenheiten werden allerdings mit einzelnen Mitarbeitern, z. B. der Nachtschwester besprochen. Im Vordergrund stehen Service- und Unterstützungsleistungen bei noch weitgehend erhaltener Selbstständigkeit.

Analog hierzu ist die *Definition* des Personalmix bei den verschiedenen Akteuren unterschiedlich ausgeprägt. Was genau unter dem Personalmix zu verstehen ist, welche Aspekte konstitutiv für die inhaltliche Bestimmung sind und welche nicht, wird unterschiedlich ausgelegt. Für die Leitung ist der Personalmix im Kern ein Profilierungsinstrument nach innen und nach außen, vor allem im Hinblick auf spezialisierte Leistungen. Der Fokus liegt bei ausgewählten Pflegefachkräften, Qualifikationen für weitere Berufsgruppen werden nicht angesprochen. Auch für die Kontakte nach außen, z.B. zu Ärzten oder Physiotherapeuten, werden Fachkräfte als zuständig angesehen. Insgesamt soll mit der Spezialisierung ein neues Geschäftsfeld eröffnet werden, was zurzeit nach Aussagen der Leitung aber noch unzureichend refinanziert wird. Damit kompatibel ist die Aussage des Mitarbeiters, aus dessen Perspektive sich Spezialisierungen für die Einrichtung auszahlen, denn dadurch kann auf Unterstützung von außen verzichtet werden. Auch hier liegt der Fokus ganz auf der Gleichsetzung von Personalmix mit fachpflegerischen Zusatzqualifikationen. Der Bewohner stellt seine eigene Situation in den Vordergrund, grenzt sich von stärker beeinträchtigten Personen ab und nimmt nur ansatzweise zu der konkreten Arbeits- und Belastungssituation der Mitarbeiter und zur Pflegeorganisation Stellung.

Bei der *Begründungen und Organisation* setzt sich die fachliche Logik fort, wird auf die wachsende Zahl multi-morbider und pflegebedürftiger älterer Menschen hingewiesen, von denen ein wachsender Teil in stationären Pflegeeinrichtungen in der Zukunft versorgt werden müsse. Diese Ausrichtung wird nicht problematisiert, sie scheint auf der Hand zu liegen und wird mit der Bedürfnis- und Interessenlage der Klientel gleichgesetzt. Im Hinblick auf die Organisation und Umsetzung orientiert man sich an einem arbeitsteiligen Modell, ist sich auch durchaus der stärkeren Funktionsorientierung der Pflegearbeit in der Langzeitpflege bewusst. Damit ist verbunden, dass Mitarbeiter stärker belastet werden. Mit der Differenzierung nach fachlich hoch qualifizierter Pflegearbeit und wenig qualifizierten ist ein Zuwachs an Verantwortung verbunden, der nicht instrumentelle Bewohnerkontakt wird aber reduziert. Das kann einerseits zu Be- aber auch zu Entlastungen führen. Herausfordernd ist in jeden Fall – und dies wird offensiv von der Pflegefachkraft angesprochen – dass die von den Betreuungspersonen erwarteten Unterstützungsleistungen von der praktischen Begleitung der Bewohner mit Demenz bis hin zur Dokumentation) aufgrund von Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten nur bedingt möglich sind, immer wieder an Grenzen und letztlich eine Mehrarbeit der Pflegefachkräfte zur Folge haben.

Beim *Pflegeverständnis* ist es nicht verwunderlich, dass in einer zunehmenden fachlichen Spezialisierung und Medizinausrichtung die Chance einer weiteren Professionalisierung der Pflege alter Menschen gesehen wird. Die Altenpflege wird von ihrem Image her kritisch bewertet; dies scheint auch wichtiger Grund für den Personalmix zu sein. Denn angesichts der gestiegenen Anforderungen müssen - so die Leitung- krankenpflegerische Kompetenzprofile stärker beachtet und integriert werden. Vor allem die Palliativpflege wird als Herausforderung genannt. Der befragte Mitarbeiter stimmt dieser Argumentation zu und führt sie weiter: Probleme in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gruppen werden seiner Meinung nach auf Fachlichkeit bzw. fehlende Fachlichkeit zurückgeführt. Deutlich wird von der Pflegefachkraft kritisiert, vor allem mit Blick auf Pflegehelfer und Alltagsbegleiter aus verschiedenen kulturellen Kontexten, dass zu wenig bestimmte Abläufe reflektiert werden, Fehler wiederholt gemacht würden, unzureichende Weitergabe wichtiger Informationen und falsche Angaben in der Dokumentation von Betreuungsleistungen erkennbar würden. Diese Problem- und Konfliktsituation wird seitens des befragten Mitarbeiters - auch aufgrund von subjektiv wahrgenommenen Fachpersonalmangel und Fluktuation - auf die Gesamteinrichtung übertragen, die mit einer

sinkenden „Titanic“ verglichen wird. Dennoch wird eine hohe Bindung an die Institution erkennbar, auch eine Wertschätzung der Leitung, welche Fort- und Weiterbildungen ermöglicht.

Bei der *Begründung der Aufgaben und der Definition der beruflichen Aufgabenfelder* zeigt sich, dass nach Aussagen des befragten Mitarbeiters keine diskursive Auseinandersetzung in der Einrichtung gab und gibt. Der Personalmix wird als eine Idee des obersten Leitungsteams wahrgenommen, das sich auf bestimmte Pflegefachkräfte fokussiert. Das gesamte Mitarbeiterspektrum inklusive Betreuungs- und Hauswirtschaftskräfte als Fundament für einen inter- und multiprofessionellen Personalmix zu nutzen, wird nicht deutlich. Die Konsequenz ist u. a., dass sich große Teile des Personals mit Fragen und Problemstellungen des Personalmix wenig identifizieren können. Mehr noch – die Leitung ist sogar davon überzeugt, dass viele überhaupt keinen Personalmix bevorzugen und überwiegend daran interessiert sind, Geld zu verdienen.

Es bedarf keiner ausführlichen Erläuterungen dahingehend, dass die *Bedürfnisse der Bewohner* nur indirekt im Blick sind. Typisch ist, dass eher allgemein, unspezifisch und unstrukturiert über dieses Thema gesprochen wird – so wie auch in den meisten anderen Einrichtungen. Von daher muss davon ausgegangen werden, dass in der stärkeren (und systematisierten) Beachtung der Anliegen, Interessen und Bedürfnisse von Bewohner ein Potenzial dieser Einrichtung gesehen werden muss. Auch muss in Rechnung gestellt werden, dass vielfach Anliegen, Interessen und Bedürfnisse von Bewohner eher indirekt und verhalten geäußert werden.

Hinsichtlich der *Partizipation* muss differenziert werden. Zwar werden Anliegen der Mitarbeiter - vor allem im Hinblick auf ihre Arbeitssituation - immer wieder angesprochen, bei entscheidenden Weichenstellungen werden weder Mitarbeiter noch Bewohner aktiv mit einbezogen. Operative Fragen (wer macht was und mit wem und wie wird dokumentiert?) werden durch schriftliche Handlungsanweisungen „gelöst“, die letztendliche Entscheidungs- und Steuerungskompetenz verbleibt bei der Leitung. Und die konzentriert überwiegend auf einige Fachkräfte, die ihrer Logik folgen, Ansätze einer gemeinsamen Teamentwicklung für das gesamte Haus sind nicht erkennbar.

*Zusammenarbeit, Arbeitsbelastung und Personalfuktuation* werden als z. T. hoch problematisch qualifiziert, vor allem seitens des Mitarbeiters. Gefragt nach der Qualität der Zusammenarbeit überrascht, dass der Befragte eine mittlere Position wählt, obwohl überwiegend das Interview durch Klagen bestimmt wird. Die Leitung sieht die Dinge weniger kritisch, für sie ist das Funktionieren der Einrichtung entscheidend. Problemkonstellationen werden – wie oben schon angedeutet – vorwiegend auf Fachlichkeit zurückgeführt. Fachwissen der Mitarbeiter führe zudem per se zu professionellem, verantwortungsvollem Handeln und trage dazu bei, dass Aufgaben leichter an Hilfspersonal, wie z. B. hauswirtschaftliche Kräfte, delegiert werden könne. Hinsichtlich der Weiterqualifizierung sieht die Leitung noch Potentiale, von einer berufsgruppenübergreifenden Fort- und Weiterbildung ist nicht die Rede. Bei der Arbeitsbelastung sind die Grenzen erreicht, die Mitarbeiter sind extrem gefordert. Zur Entschärfung der Situation wurde ein Hintergrunddienst eingeführt, bei dem erfahrene Pflegefachkräfte telefonisch erreichbar sind. Dadurch soll die Arbeitsbelastung reduziert werden, jedoch reduziert sich dementsprechend die Erholungszeit für die Pflegefachkräfte außerhalb der Arbeitszeit. Eine substantielle Änderung dieser Situation wird nicht erwartet, letztlich aufgrund des Fachkraftmangels in der Pflege. Die Suche nach geeignetem Fachpersonal für ausgeschiedene Mitarbeiter verlief bislang überwiegend ergebnislos, die Personalfuktuation stellt sich als eine große Herausforderung dar. Die Bewohner schätzen die Lage differenziert ein. Einerseits nehmen sie durchaus Konflikte und Unstimmigkeiten bei Mitarbeiter wahr. Andererseits äußern

sie sich allgemein und unspezifisch über eine gute Zusammenarbeit und begründen dies damit, dass sich die Mitarbeiter ihnen gegenüber freundlich verhalten. Die wahrgenommene Qualität der Zusammenarbeit wird damit durch die Interaktionsqualität „überlagert“. Ebenso nehmen Bewohner Überforderung, Arbeitsstress und gehetztes Personal wahr, konzentrieren sich aber primär auf ihn Nahbereich (eigenes Zimmer, Kontakte zur Familie, etc.) und grenzen sich von dieser kritischen Situation ab. Auch die hohe Fluktuation der Mitarbeiter bleibt nicht verborgen, wird allerdings verzögert wahrgenommen, wenn z. B. neue (junge) Leute in die Arbeitsteams integriert werden.

Beim *Verbesserungspotential* wird seitens der Leitung zurückhaltend reagiert. Positive Auswirkungen des Personalmix werden an allgemeinen und unspezifischen Kriterien, wie z. B. „Atmosphäre“ oder unmittelbar erkennbare Äußerlichkeiten („hat ein gepflegtes Aussehen, läuft nicht in der Jogginghose umher“) wahrgenommen, später werden die Einschätzungen dahingehend konkretisiert, dass – bezogen auf die Bewohner - eine Krankenbeobachtung und Schmerzmanagement verbessert werden konnte; auch Hausärzte und Angehörigen reagieren positiv darauf. Für den Mitarbeiter steht die Beachtung der Regeln einer guten Zusammenarbeit und Kommunikation untereinander im Zentrum, die Integration unterschiedlicher kultureller Gruppen in den Pflege- und Versorgungskontext im Heim wird als ungelöstes Problem angesehen. Insgesamt sieht er die Dinge deutlich negativer und befürchtet, dass gute Leute – früher oder später – das Haus verlassen werden. Trotz enormer Anstrengungen bzgl. Fort- und Weiterbildung scheint diese Entwicklung unaufhaltsam. Vor allem das Klima innerhalb der Mitarbeiterschaft wird als problematisch eingeschätzt. Auch die extremen Belastungen, die bereits zu körperlichen Symptomen, wie z. B. Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, geführt haben, werden erwähnt. Dennoch ist der Mitarbeiter dem Vorgesetzten für die ermöglichten Fortbildungen dankbar.

#### 5.4.1.9.1 *Warum funktioniert der Personalmix?*

Bewohner nehmen das Thema nicht wahr und sind auf ihre eigene Lebenswelt fokussiert, Mitarbeiter folgen der grundlegenden Konzeption der Leitung (Weiterqualifizierung als Zusatzangebot der Einrichtung) und die Leitung ist hoch identifiziert und sieht hier eine Möglichkeit, die Einrichtung zukunftsorientiert im Wettbewerb zu positionieren. Das heißt konkret, dass Bewohner sich weitgehend abgrenzen (partielle Rejektionen) und sehr genau unterscheiden, mit welchen Mitarbeiter sie „können“. Die Anpassung an die institutionellen Aspekte erfolgt dabei vor allem durch die Betonung der eigenen Autonomie, der Abgrenzung von organisatorischen Routinen und den „anderen“ (gemeint sind pflegebedürftige und Menschen mit Demenz) sowie durch die Identifikation mit den Schicksalen anderer, vor allem der eigenen Angehörigen. Unstimmigkeiten in den Teams werden zwar registriert, sich davon aber distanziert (total undifferenzierte Rejektion), bestenfalls persönliche Dinge mit ausgewählten Personen besprochen (total differenzierte Rejektion). Der Mitarbeiter – überwiegend konform mit der Leitungsperspektive – grenzt sich vor allem von ausländischen Mitarbeitern ab, deren Tätigkeit z. T. als „dumm“ bewertet wird (Partielle Rejektion). Das eigene Selbstgefühl kann so gestärkt und die fachliche Überlegenheit betont werden. Interessant ist eine total differenzierte Rejektion dahingehend, dass einerseits erkannt wird, dass in Notfallsituationen angeleitete und ungelernete Kräfte überfordert sind, andererseits deren Umsicht diesbezüglich eingefordert wird („da sind alle gefordert“). Die Leitung bewegt sich auch in diesen Ambivalenzen hat sich bei ihrem Konzept des Personalmix ganz auf ausgewählte Pflegefachkräfte festgelegt. Angesichts der Komplexität der Herausforderungen insgesamt mag dies als „Klugheit“ der Praxis angesehen werden. Denn wenn man das Spektrum um un- und angelernte Mitarbeiter aus verschiedenen

kulturellen Hintergründen erweitern würde, so würde der Personalmix im Alltag möglicherweise scheitern. Der Hinweis auf die fundamentalen Konflikte bzgl. einer Verständigung in den Teams, die seitens der Mitarbeiter formuliert werden, mag diesen Hinweis verstärken. Letztlich geht es um die Sicherstellung der Versorgung, und zwar im Lichte der konkret vor Ort gegebenen Möglichkeiten und Bedarfe – um konkurrenzfähig zu bleiben.

#### 5.4.1.9.2 *Schlusseinschätzung und Typenbildung*

Erstens folgt das Personalmixmodell einer fachlichen Qualifizierungslogik, die im Kern durch eine Intensivierung medizinischer Kompetenzen eine Professionalisierungsstrategie der Pflege erhofft. Dieser Weg legt den Schwerpunkt auf ein medikales Versorgungsmodell, welches – zweitens - nur bedingt mit inter- und multiprofessionellen (sozial)-gerontologischen Ansätzen mit Fokus auf Wohn- und Lebensqualität kompatibel ist. Drittens ist der Ansatz ist zu „eng“ ausgestaltet, d.h. überwiegend auf bereits qualifizierte Pflegenden ausgerichtet. Andere Berufsgruppen und Qualifikationsgrade – vom Einbezug der verschiedenen kulturellen Gruppen ganz zu schweigen – ist nicht rekonstruierbar. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass der Ansatz klinisch und machbarkeitsorientiert ausgerichtet ist und damit anschlussfähig an aktuelle politische Diskurse im Gesundheitswesen ist. Typ: „Personalmix als überwiegend medikal orientierte Professionalisierungsstrategie pflegerischer Fachkräfte.“

### 5.4.2 **Personalmix aus verschränkten qualitativen Perspektiven**

Sowohl aus den qualitativen Interviews, wie auch aus den Kontexturanalysen, ergeben sich zentrale Befunde, die sich in der folgenden Darstellung an den Dimensionen und Kategorien orientieren, die das umfangreiche Datenmaterial zusammenfassend strukturieren. Dabei wird deutlich, wie sich die beiden qualitativen Auswertungsmethoden sinnvoll ergänzen und im Sinne einer Triangulation zu vertieften Ergebnissen in der zentrale Frage der Gestaltung des Personalmix führen. Insofern wird hier die individuelle Betrachtung der einzelnen Kontexturen wieder erweitert und eher generalisiert.

#### 5.4.2.1 **Entstehung des Personalmix**

Als einer der Gründe für die Einführung des Personalmix wird von den interviewten Leitungen ein Paradigmenwechsel hin zu einem ganzheitlichen Menschenbild betont, dem die Beobachtung vorausgeht, dass die Pflege allein nicht alle Bedürfnisse erfüllen kann:

*„[...] inzwischen ist es fast jedem klar, dass Pflege der eine Punkt ist, aber das Wohlbefinden einfach noch ganz was anderes beinhaltet und einfach um den ganzen Menschen zu sehen, das ist ja wichtig. Und da dafür reicht die Pflege nicht aus“ (Leitung der Tagespflege)*

Das „ganz was andere“ umfasst neben den körperlichen Bedürfnissen psychosoziale Aspekte wie beispielsweise soziale Beziehungen und sinnvolle Aktivitäten. Damit drückt sich in der Einführung des Personalmix die Anerkennung eines multidimensionalen Konzeptes von Lebensqualität aus, das eine zunehmende Interdisziplinarität in den Einrichtungen erforderlich macht.

Weiter wurde die Bewältigung vorgegebener Rahmenbedingungen als Grund für den Personalmix benannt. Dazu gehören neben der Wirtschaftlichkeit die Umsetzung von Vorgaben und Anregungen aus der Politik wie die Einführung der zusätzlichen Betreuungskraft und die Fachkraftquote. So charakterisiert eine Hausleitung die Bedarfsentstehung als „automatisch“:

*„Das kommt ganz automatisch würde ich mal sagen, ja, weil uns eigentlich auch in der Einrichtung gar nichts anderes übrig bleibt, als auf Personalmix zu gehen, ja, weil wir eben immer*

*weniger Fachkräfte in der Pflege haben, also die jetzt Grundpflege machen, Behandlungspflege, die Dokumentation führen müssen und dass die einfach ihr, ihr, mehr Zeit für ihr Feld haben, muss man natürlich gucken, wer übernimmt diese anderen Aufgaben?“ (Hausleitung)*

Diesen beiden Begründungsstrategien liegt die Vorstellung zugrunde, dass Pflege sich weiter professionalisieren muss im Sinne einer Konzentration auf fachlich, auch medizinisch geprägte Aufgabenfelder. Wie das Beispiel aufzeigt, gibt also das jeweilige professionelle Selbstverständnis der Pflege eine Orientierung zur neuen Aufgabenteilung unter den Berufsgruppen und deren Zusammenarbeit, wobei die zusätzlich wahrgenommenen sozial geprägten Bedürfnisse nicht in das Aufgabengebiet der Pflege eingeordnet werden, sondern teilweise oder gänzlich an Assistenzberufe und Betreuungskräfte abgegeben werden.

*„Eine examinierte Pflegekraft, wir haben sie nicht in Hülle und Fülle, wir müssen gucken, dass sie in einer Schicht da ist, und dass sie dann die Verantwortung für zwanzig, dreißig, vierzig Bewohner übernimmt und die hat keine zwanzig, dreißig, vierzig Bewohner ganzheitlich, voll umfänglich im Blick. Kann sie gar nicht.“ (Hausleitung)*

Ein anderer Grund in den Aussagen der Leitungskräfte fasst Aspekte der kontinuierlichen Organisationsentwicklung wie etwa Wettbewerbsfähigkeit oder das Verfolgen von Trends in der Branche zusammen. In einigen Modelleinrichtungen folgte die Einführung des Personalmix als eine logische Konsequenz auf vorangegangene Projekte wie die Umstellung auf das Hausgemeinschaftsprinzip oder die Einführung von neuen Pflegemodellen.

*„es sollte hier ein Pflegeheim entstehen und unser Baumensch, [...] dem dieses Haus auch gehört, der ist immer sehr innovativ und hat sich das angeguckt gemeinsam mit dem Bürgermeister hier in X und hat gesagt, wir wollen Hausgemeinschaft, wir bauen gleich Hausgemeinschaften, das ist jetzt der Renner und das machen wir und haben dann so gebaut und [dann] braucht man einen entsprechenden Personalmix dazu.“ (Hausleitung)*

Insgesamt wird deutlich, dass in den Einrichtungen Probleme und Herausforderungen aufgegriffen werden, die vor Ort drängend sind. Häufig ist die Entwicklung mit einer Neuaufstellung verbunden, bauliche Innovationen stehen an, konzeptionelle Ergänzungen der bisherigen Arbeitsweise sind notwendig geworden. Hervorzuheben ist bei vielen Heimen das Bemühen, über den „Tellerrand“ hinauszuschauen; das wird an Exkursionen deutlich, bei denen man sich Best Practice Heime, z.T. auch im benachbarten Ausland, angesehen hat. Auffällig ist aber – und das charakterisiert die Gesamtentwicklung um den Personalmix – dass die gemachten Erfahrungen nicht dokumentiert, systematisch ausgewertet und mit unmittelbaren Konsequenzen für die eigene Konzeptentwicklung verbunden wurden. Es bleibt auch unklar, in welcher Art und Weise die komplexen Erfahrungen im Hinblick auf bauliche, organisatorische und personelle Innovationen für die eigene Einrichtung tatsächlich genutzt wurden und warum. Insgesamt wird ein hoher Anspruch deutlich. auch im Hinblick auf die Bildung von interdisziplinären Arbeitsteams und die Professionalisierung der Pflegeberufe, Widersprüche und eine fehlende Passung der intern und extern vorliegenden Erfahrungen wurden jedoch nur ansatzweise mit ausgewählten Mitarbeiter, aber nicht vor der gesamten Belegschaft und erst gar nicht mit den HeimBewohner reflektiert. In keinem Interview ist die Rede von einer Einbindung des Heimbeirats.

#### **5.4.2.2 Konzeptionelle und strategische Orientierungen**

In den Leitungsinterviews werden meist Prozesse der Konzeptionsentwicklung deutlich, die sich aus einer äußeren Notwendigkeit ergeben (vgl. 5.5.2.1) und die dann mit einer klaren Vorgabe an das Personal umgesetzt werden. Neben dem Paradigmenwandel des Menschenbilds in der Pflege tritt bei den Überlegungen zum Personalmix ein klarer auf die Bewohner

bezogener Dienstleistungsgedanke in den Vordergrund. So fordert die Vorgabe einer Hausleitung nach „Geht nicht, gibt es nicht“ ihre Mitarbeiter dazu auf, die Arbeit von den vielfältigen Bedürfnissen der Bewohner her zu organisieren und stößt sie damit bewusst an ihre Grenzen der Leistungsfähigkeit beispielsweise durch Interessenskonflikte. Gleichzeitig dient diese Form der Bewohnerzentrierung als Orientierung für die Organisation interdisziplinärer Zusammenarbeit und sie soll die Schnittstellen-problematik lösen.

*„Um was geht's hier? Geht's hier um Bewohner oder geht's um und das wir uns hier batteln, wer hier die bessere Kraft ist, wer den besseren Beruf macht, wer hat hier bessere Ideen? [...] hier geht's nicht um uns, sondern echt um die Bewohner und dass wir einen gesunden, runden Fahrplan hinkriegen. Ist für uns ja auch ein schöneres Arbeiten. Aber jeder muss und darf halt seinen Platz haben und darf seine Arbeit einfach mit einbringen und wenn dieses Verständnis ist, dann läuft's.“ (Wohnbereichsleitung)*

Ergänzend zur bereits erwähnten Vorstellung der Multidimensionalität muss das vorgestellte Konzept von Lebensqualität um den Aspekt der berufsübergreifenden und vernetzten Wirkung von Mitarbeiter- und Bewohner erweitert werden. Damit eng verbunden ist die Überlegung, dass Lebensqualität durch die Rückmeldung und Resonanz der Bewohner gemessen werden kann.

*„Wenn jetzt eine Pflegekraft morgens das Zimmer betritt ja und die Grundpflege umsetzt und die Pflegekraft tut etwas, was dem Bewohner nicht gut tut, ja kann ja sein ja, so dann kann das die Sozialbetreuung im Laufe des Tages nicht mehr kompensieren diesen Ärger ja. [...] Das heißt, sie müssen von Anfang an schauen, dass der Bewohner gut betreut wird. Das heißt also, die erste Person, die das Zimmer betritt, beginnt eigentlich mit der Betreuung.“ (Hausleitung)*

Besonders auffällig ist die Dominanz der Vorstellung, mit dem Personalmix das Leben in der Pflegeeinrichtung an die „Normalität“ im Sinne der Lebensweise in der ursprünglichen häuslichen Umwelt der Bewohner(innen) anzunähern.

*„weil es heißt ja [Leitspruch der Einrichtung], ne, und ich kann den nicht nur Marmelade, wissen sie, hinstellen, sondern man hat die Pflicht einfach zu fragen: ‚Was möchten sie denn essen?‘ Und ich darf auch fragen, welches Lieblingsgericht die haben, dass das Lieblingsgericht auch mal gekocht wird.“ (Präsenzkraft)*

Dies spiegelt sich nicht nur in den Leitsprüchen einiger Einrichtungen wieder, sondern zieht sich bis hin in das Selbstverständnis der einzelnen Angestellten und beeinflusst damit auch die jeweilige Rolle im sozialen Gefüge.

*„Ich lebe mit dem Menschen zusammen, ich sehe den mehr wie meine, ich bin ja nicht mehr verheiratet, wie meine Frau (...). Ich probiere da, mit denen Menschen mit allen Berufsgruppen und mit allen Bewohnern zusammen zu leben und das ist der entscheidende Faktor.“ (Wohnbereichsleitung)*

In der Darstellung des Einrichtungskonzepts geht dieser Grundgedanke häufig einher mit einer Egalisierung von Hierarchien.

*„Weil uns das eigentlich von unserer Idee her, zu sagen, wir gestalten Leben auf gleicher Augenhöhe als Beziehungsarbeit, wir gestalten das gemeinsam, Bewohner, Mitarbeiter, Angehörige, je nachdem, da haben wir gesagt, ok, wir brauchen da ein Modell, müssen schauen, was es da gibt. Weil das Klassische, die klassischen Formen helfen uns nicht weiter“ (Hausleitung)*

In der Logik des Organisationssoziologen Peter Fuchs (2014) lässt sich dieses Organisationsbild als Familie benennen. Es ordnet Intimität nicht nur Bewohner zu, sondern auch den Kollegen und formalisiert sie. Die Verpflichtungen, die in Stellenbeschreibungen enthalten sind, erweitern sich um eine persönliche Vorstellungen von Solidarität und gegenseitige Verantwortungsübernahme, die der Organisation zu Gute kommen kann. Fuchs erkennt daran aber ein Paradoxon:

*„Niemand kann bekanntlich auf Kommando hin spontan sein, lieben oder aufhören, depressive Empfindungen zu haben, und niemand kann andere Menschen obligatorisch für relevant halten im Sinne gemeinschaftsförmiger Bindung.“ (ebd.)*

Um dem zu entgehen würden die Mitglieder der Organisation nach außen hin den Schein einer Gemeinschaft wahren, während sie sich nach innen letztendlich doch in Subsysteme mit unterschiedlichen Intimitätsqualitäten ausdifferenzieren würden. Dieses Phänomen bildet sich wiederholend in den Interviews ab.

Durchaus kontrovers wird der Nutzen von Grade-Mix diskutiert. Wo einige Einrichtungen auf die Weiterqualifizierung von Mitarbeiter setzen, um die Vielfalt von Spezialisierungen zu erhöhen und neue Aspekte gezielter zu bearbeiten, liegt der Augenmerk von anderen Einrichtungsleitungen auf der größeren Anzahl der Personen, die mit dem gleichen Budget finanziert werden können.

*„wir haben ja noch Ergotherapeuten, die diese Ausbildung haben und die eben als zusätzliche Betreuungskraft arbeiten und aber nach Ergotherapie bezahlt werden. Also wir haben schon noch so teure Restbestände, ja, und das merkt man natürlich schon. Hätte ich die nicht, muss ich ehrlich sagen, könnte ich noch drei andere einstellen, ja. Das, das ist klar. Ich hätte dann mehr Hände und je teurer es wird, umso weniger Hände hätte ich.“ (Hausleitung)*

Festzuhalten bleibt, dass die Konzeptionsentwicklung in den Modelleinrichtungen überwiegend individuell erfolgte. Es dominieren Aussagen darüber, dass es die Einrichtungsleitungen selbst erarbeitet haben, auch wenn vereinzelt Anregungen durch Hospitationen in anderen Einrichtungen eingeflossen sind. Zum Teil knüpft der Personalmix an vorangegangene Konzeptarbeit und Aushandlungen von Qualitätsstandards an und wurde an die einrichtungsspezifischen Bedarfe und gegebenenfalls an Trägervorgaben angepasst. Die Konsequenz daraus lässt sich an der Vielfalt in der Organisation der Berufsgruppen und Teams bei den Modelleinrichtungen ablesen.

Bezogen auf einzelne konzeptionelle Bausteine – und damit verbundene Strategien – stehen die Zusammensetzung der Bewohner und deren Bedarfe sowie das Verständnis, wie man diesen am besten begegnen kann, im Vordergrund. Der eindeutige Vorteil, den mehr Personal für die Funktionsweise der Einrichtungen mit sich bringt – und das wird aus den Interviews deutlich - ist die Flexibilität, mit der man Krankheitsausfälle und der Verteilung von Verantwortungen begegnen kann.

#### **5.4.2.3      *Definition des Personalmix und damit verbundene Erwartungen sowie Ziele***

Im Kontext der Definition des Personalmix stehen normativ hoch aufgeladene Begrifflichkeiten im Vordergrund: Normalität soll ermöglicht, Bewohnerbedürfnisse ins Zentrum gerückt und Familienorientierung gelebt werden. Wenn genauer nach dem Verständnis gefragt wird – und das war auch Gegenstand der qualitativen Interviews, dann wird das folgende Phänomen sichtbar: Das Engagement in der Sache und der hohe Einsatz der Beteiligten werden überdeutlich, gleichzeitig bleiben diese „Megakonzepte“ diffus, unkonkret, offen. Eine grundlegende Auseinandersetzung, auch mit den Paradoxien, ist nicht feststellbar. Dies gilt besonders für das immer wieder dominante Bild von der Gemeinschaft und das oft thematisierte Familienideal. Nicht besprochen und erkannt wird der soziale Konstruktionscharakter dieser Phänomene, die durch die Verantwortlichen selber hergestellt werden – und damit auch der soziale Zwang, der häufig unbewusst HeimBewohner zugemutet wird, die der Vorstellung des „guten Lebens“ seitens der Verantwortlichen nur bedingt Folge leisten (wollen). Folgerichtig ist der Befund, dass es in den Einrichtungen auch keine klare Definition von Personalmix gibt und

Leitung, Mitarbeiter sowie Bewohner kein eindeutiges Verständnis dazu formulieren können. Erkennbar wird aber auf die vorhandenen Berufs- und Qualifikationsgruppen in der Einrichtung pragmatisch zurückgegriffen, theoretische und wissenschaftliche Anleihen sind nur rudimentär vorhanden.

Aus Sicht der Leitungen lassen sich die verfolgten Ziele und Zwecke zu drei Orientierungspunkten einordnen. Entsprechend zum Paradigmenwechsel gehört die Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner dazu. In diesem Kontext wird die Erhöhung der Lebens- und Pflegequalität etwa durch die Erweiterung um vielfältige Freizeitangebote benannt, für das es ein spezialisiertes Personal oder auch Ehrenamtliche braucht.

*„und dann gibt es halt mal Wohlfühlfrühstück und solche Dinge, die dann aber nicht nur von einem alleine kommen als Idee sondern immer von Impulsen der Mitarbeiter. Und diese Impulse kommen mehr denn je, je mehr Qualifizierung Sie haben, je mehr Sie nach außen irgendwo andere kennenlernen durch ihre Qualifizierungen und dann kommen die Impulse von ganz alleine und entwickelt sich dann 'ne Einrichtung auch von innen heraus.“ (Hausleitung)*

Zudem wird der Fokus auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter gelegt. Mit dem Personalmix entsteht der Anspruch, Personal individuell zu fördern und Arbeitsbelastung zu senken, indem Verantwortlichkeiten und Aufgaben flexibel, funktional und auf mehrere Personen verteilt werden.

*„Ja da möchte ich aber auch dazu sagen durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit ja ist es auch eine Entlastung für die Mitarbeiter, nicht nur eine Lebensqualitätssteigerung für die Bewohner sondern auch eine Entlastung für die Mitarbeiter vor Ort [...] ja das man GEMEINSAM Dinge bespricht und GEMEINSAM den Bewohner betreut und nicht auf eine Person alleine das fokussiert.“ (Hausleitung)*

Flexible Aufgabenverteilungen entschärfen aber auch Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen, senken damit aber auch die Handlungssicherheit. Das richtige Maß an Flexibilität wird daher kontrovers diskutiert und findet seinen Ausdruck in den individuellen Konzepten der Einrichtungen.

*„Weil halt viele Berufsgruppen auf einander getroffen sind, nicht jeder wusste, was ist jetzt sein Aufgabenbereich, dann wurden auch unsere Teams, sage ich jetzt mal, auseinander gerissen. Wir wurden ja alle zusammen getan, [...]. Jetzt sind wir auf einmal 40 Leute, dann soll das alles zu einem Team werden. Also da geht es nicht mehr separat, das ist unsere Station, das ist unsere Station, also das ist alles eins. Also das, fand ich, das Schwierigste.“*

#### **5.4.2.4 Begründungen und Ziele für den Personalmix**

Auf der Organisationsebene dient die Einführung des Personalmix aus Leitungssicht der Weiterentwicklung der Einrichtung, vor allem in konzeptionell-fachlicher Hinsicht. Analog zur Perspektive der Ganzheitlichkeit bringt der Personalmix eine Öffnung zu neuen Aufgabenfeldern und Funktionen für die Einrichtungen, die mit einem funktionierenden Team kreativ bearbeitet werden können. Deshalb geht es auch um ein gestärktes und besseres Miteinander und es entstehen kreative Ansätze zur Teambildung, auch jenseits der Arbeitsbezüge.

*„Wie zum Beispiel im letzten Jahr, wo der Chor gegründet, [...] aber so wie ich das sehe, wird der richtig gut angenommen und die Leute, die da sind, sind da mit Begeisterung dabei. Da muss man sich fragen, warum haben wir das nicht früher gemacht schon. Aber ich meine, da dafür haben wir auch einen Ehrenamtlichen gebraucht, der jetzt als Dirigent tätig ist. Klar, man kann ja auch nicht alles, man hat auch nicht alles auf dem Schirm“ (Leitung Tagespflege)*

Ein interdisziplinäres Team fördert auch die Möglichkeit, das begrenzte Arbeitnehmerangebot und das Fehlen von Generalisten auf dem Arbeitsmarkt, die trotz unterschiedlicher Schwerpunkte möglichst alles können, zu kompensieren. Demnach resultiert der Personalmix nicht

nur aus der Wahrnehmung von Chancen, sondern auch aus einer Notwendigkeit oder einem Mangel heraus. Es geht nicht nur darum, qualifiziertes Personal zu finden, sondern es auch für die eigene Einrichtung zu gewinnen, sodass der Personalmix zum Mittel wird, um das Image der Pflege aufzuwerten.

*„Unsere Vision ist, dass die Leute, die zu uns kommen, dass sie sagen, das ist absolut top, da sind die Leute gut aufgehoben, da lässt es sich gut leben. Auch auf dem Hintergrund der ganzen Diskussion um die stationäre Pflege, die vom Image her einfach ganz schlecht dasteht.“ (Hausleitung)*

Im Kontrast dazu, finden sich bei den Interviews mit Mitarbeiter eher unklare Aussagen auf Basis von Annahmen über die Ziele und Zwecke der Einführung eines Personalmix. Personen, die bereits vor der Einführung des Konzepts in der Einrichtung gearbeitet haben, gehen unter anderem von baulichen Veränderungen, Vorgaben vom Gesetzgeber oder sich wandelnden Bedarfen der Klientel aus.

*„Genau, ich denke einfach, es gibt immer wieder mehr ältere Leute, die eine gewisse Vorstellung haben, wie sie wohnen wollen, so das klassische Altersheim, sage ich, mit Stationen und so weiter, das hat irgendwo auch im Bewusstsein der Menschen ausgedient. [...] Man muss einfach die Arbeit, die man früher gemacht hat, auf mehrere Schultern verteilen und auch mit anderen Qualifikationen.“ (Pflegefachkraft)*

Im Gegensatz zu diesem Zitat werden insgesamt am deutlichsten ökonomische Motive der Leitung vermutet, die dafür auch eine Entprofessionalisierung und Dequalifizierung des Arbeitsbereichs in Kauf nehmen würde. Das wird in Interviews mit Mitarbeiter immer wieder als Befürchtung thematisiert.

*„Auch in der Gehaltsstruktur macht sich das sicherlich bemerkbar. Für die Wirtschaftlichkeit wird sich das sicher irgendwann über kurz oder lang auch auszahlen. Wenn ich die Arbeit mit zwei Alltagsbegleitern leisten kann, die ich sonst mit zwei Pflegekräften leisten müsste.“ (Pflegefachkraft)*

In einem gewissen Widerspruch zur „internen Optimierungslogik“ werden deshalb häufig, ökonomische und politische Gründe, vor allem aber der Mangel an Pflegekräften bei steigender Zahl an Pflegebedürftigen, als Begründungen für den Personalmix angeführt. Man ist sich vor Ort durchaus darüber im Klaren, dass Alltagsbegleiter günstiger als Pflegefachkräfte sind, etwa bezogen auf ein geringeres Gehalt und niedrigere Kosten für Fort- und Weiterbildung.

Aber auch die gute Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Interdisziplinarität sind klar geäußerte Zielvorstellungen. Darüber hinaus sehen auch Pflegefachkräfte im Personalmix die Chance für eine stärkere Professionalisierung ihrer Berufsgruppe und das vor allem, weil man „Nebentätigkeiten“ abgeben und sich auf medizinisch-pflegerische Aspekte fokussieren und spezialisieren kann. Insofern wird hier eine Antizipation der politisch gewünschten Entwicklung vorweggenommen.

Insgesamt zeigt sich also bei den Begründungen für den Personalmix durchaus eine Ambivalenz in den geäußerten Argumenten und Erwartungen. Auf der Leitungsebene dominieren die fachlich-konzeptionellen Argumente. Vor allem aber der Mangel an Pflegekräften bei steigender Zahl an Pflegebedürftigen wird als Begründung für den Personalmix angeführt. Auf der Ebene der Pflegefachkräfte sind die Einschätzungen sehr unterschiedlich, auch abhängig von den Entscheidungsstrukturen und dem Ausmaß der Partizipation bei der konzeptionellen Neuausrichtung.

#### **5.4.2.5      *Ausgestaltung und Organisation des Personalmix***

Die Orientierung an den vor Ort gegebenen Möglichkeiten ist maßgeblich und grundlegend für die Ausgestaltung des Personalmix. Grob kann formuliert werden, dass eine Dreiteilung in der Aufgabenverteilung dominiert:

Seitens der Pflegefachkräfte stehen Medizinassistenten, Angehörigenkontakte und Dokumentation im Vordergrund. Die Hauswirtschaft ist zuständig für die Speiserversorgung, während die Alltagsgestaltung überwiegend in der Verantwortung von un- und angelernten Alltagsbegleitern (mit heterogenem Qualifikationsspektrum) liegt. Unterschiedlichkeit in den Qualifikationsniveaus kennzeichnet grundlegend alle Berufsgruppen. Hinzu kommt eine weitere zunehmende Komplexität in der Zusammensetzung des Personals auf Grund wachsender kultureller Diversität, die mittlerweile für die Personalstruktur in den Einrichtungen prägend ist.

Beobachtbar sind die Personalisierung von Konflikten und die fehlende Beachtung struktureller Herausforderungen und Bedingungen, die zu Konflikten führen oder dazu beitragen. Dabei werden Konflikte eher als Störung oder Bedrohung erlebt, die es zu vermeiden gilt. Die Chance, die in der regelmäßigen und konstruktiven Bearbeitung von Alltagskonflikten liegt, was auch zur Klärung und Weiterentwicklung der Organisation beitragen kann, wird nicht erkannt. Konflikte werden immer nur als negative Faktoren benannt, wohl auch deshalb weil es für deren Bearbeitung keine Zuständigkeiten und Orte gibt.

Stark betont wird immer wieder die Notwendigkeit der „Flexibilität“ des Personaleinsatzes, ohne den eine Bewältigung der alltäglichen Aufgaben als unmöglich angesehen wird. Dieses Bewältigungs- und Machbarkeitsparadigma mag ein Grund dafür sein, dass eindeutig festgelegte Aufgaben- und Kompetenzprofile nicht erkennbar und angesichts der bestehenden Engpässe unrealistisch sind. Die Überlebenszwänge von Organisationen machen hier Grenzüberschreitungen notwendig, die nicht als fachliches, moralisches oder edukatives Problem diskriminiert, sondern als Ergebnis der Gesamtsituation analysiert werden müssen. Die Übernahme von grundpflegerischen Arbeiten durch nicht pflegerisch qualifizierte Personen kann heute bereits als „normal“ in Pflegeheimen angesehen werden.

#### **5.4.2.6      *Partizipationsformen***

Es ist bereits mehrfach angeklungen, dass der Personalmix an sich keine Grundlage hinsichtlich der systematischen Berücksichtigung von Bewohnerbedürfnissen darstellt. Vielmehr folgt er eher einer manageriellen Logik, bei der die Bearbeitung der Alltagsanforderungen in einer Institution im Vordergrund steht. Daran ändern auch die immer wieder explizit genannten Wertbezüge wenig - entscheidend ist vielmehr deren Relevanz im alltäglichen Handeln. Bewohner sind in keiner Einrichtung in irgendeiner Form an substantiellen Fragen des Personalmix und/oder der Pflegeorganisation beteiligt. Bestenfalls äußern sie Anliegen und Interessen im Hinblick auf die Alltagsgestaltung, denen in guten Heimen selbstverständlich nachgekommen wird.

Bemerkenswert ist, dass in fast allen Heimen der Personalmix eine oder weniger einsame Idee der Leitungskräfte ist, zum Teil abgestimmt mit den Anliegen des Trägers, häufig aber damit nicht assoziiert. Das Potential einer stärkeren Einbeziehung der Mitarbeiter wird in der Regel nicht gesehen, obwohl damit eine deutlich höhere Akzeptanz und eine überzeugtere Umsetzung im Alltag verbunden wären.

Diese Einschätzung wird auch durch einen Fokus bei der Datenerhebung bzgl. der qualitativen Inhaltsanalyse eindrücklich bestätigt, denn diese hat ein Augenmerk auf die Rolle der Mit-

arbeiter an der Konzeptarbeit gelegt. Insgesamt scheint diese bisher vor allem auf der Leitungsebene abgelaufen zu sein. Dies führt dazu, dass die Mitarbeiter an das Konzept angepasst werden sollen, beziehungsweise dass sie ihre bisherigen Routinen in Frage stellen oder verändern sollen, ohne an der Vorbereitung dieser Veränderungen genügend mitgewirkt zu haben. Beteiligung wird frühestens bei der Verbesserung des bereits eingeführten Konzeptes durch informelle Rückmeldungen eingesetzt. In den meisten Fällen werden Nachbesserungen auf Leitungsebene entschieden. Selten wird von partizipativen Instrumenten berichtet, bei denen den Mitarbeiter die direkte Gelegenheit gegeben wurde, eigene Arbeitsstrukturen selbst zu organisieren.

*„Wir hatten am Anfang Präsenzdienst von morgens halb acht bis abends, also durchgängig bis abends um sieben oder so. Dann haben wir aber festgestellt, das ist nicht refinanzierbar, dass kriegt man überhaupt nicht hin, also mehr als acht Stunden am Tag dürfen es nicht sein. Dann haben die Präsenzkräfte, also da war wirklich dann demokratisch hier, haben wir verschiedene Modelle in der Mitarbeiterversammlung aufgezeichnet und die durften sich entscheiden.“ (Hausleitung)*

Aus Sicht der Mitarbeiter wird dies bestätigt. In den meisten Aussagen wird das Vorgehen zur Einführung von konzeptionellen Veränderungen nicht hinterfragt. Eine Mitwirkung erfolgt mehrheitlich durch die Information von Vorgesetzten über Probleme im Arbeitsalltag und die Erwartung, dass Lösungen auf Leitungsebene ausgehandelt werden. Widerstände gibt es nach Aussagen in den Interviews dann, wenn Mitarbeiter die Vorgaben als nicht vereinbar mit den eigenen Vorstellungen und Professionsprofilen wahrnehmen.

*„Ja und irgendwann wurde hier die Konzeption geändert und wenn dann ein Alltagsbegleiter krank war, dann hat es geheißen die Betreuungsassistenten müssen in die Küche, weil Versorgung geht vor Betreuung - ist alles klar, [...] Ich bin den ganzen Vormittag hier in der Küche, dann hab ich die Zeit nicht für die Betreuung. Das geht einfach nicht und wir haben uns da schon so ein bisschen ausgenutzt gefühlt ja.“ (Betreuungsassistenz)*

Letztendlich gibt der Umgang mit den Partizipationsmöglichkeiten von Mitarbeitern einen Hinweis darauf, warum auf dieser Ebene eine große Unklarheit über die Motive zur Einführung des Personalmix besteht. Die konzeptionelle Arbeit auf der Leitungsebene kann jedoch nicht die alltäglichen Aushandlungsprozesse im Bereich des Zeit- und Aufgabenmanagements in interdisziplinären Teams ersetzen, sondern bietet jeweils einen langfristigen Orientierungsrahmen für die Mitarbeiter.

Um die Akzeptanz für das Konzept zu fördern, betonen Leitungskräfte die Bedeutung ihrer Rolle als Motivator für Angestellte durch alltägliche Überzeugungsarbeit, die eigene Positionierung und Präsenz. Ziel dessen ist die positive Identifikation, die als Voraussetzung für die nachhaltige Wirkung des Konzeptes gesehen wird. Gleichzeitig wird die Bedeutung in einigen Interviews relativiert, denn identifizierte Mitarbeiter können auch zusätzlichen Aufwand und Veränderungsdruck bedeuten.

*„Jetzt ist es so, das ist für mich aber dann auch irgendwie einfacher, weil stellen sich mal vor ich hätte nur Mitarbeiter die sich mit dem, was ich hier tu, identifizieren. Was meinen sie, was da für ein Prozess ausgelöst wird. Da wird jeder natürlich gute Ideen und so, das muss man auch mit aller Deutlichkeit sagen, deshalb ist die Balance so genau richtig ja.“ (Leitung)*

Weitere Strategien zur Akzeptanzförderung sind einfache Anweisungen von Stellenbeschreibungen und gezielte betriebsinterne und berufsübergreifende Schulungen im Konzept, um ein Gemeinschaftsgefühl zu fördern. Kann sich ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin nicht an die Arbeitsweise anpassen, werden Kündigungen in Erwägung gezogen.

In den Aussagen aus den Interviews lässt sich keine Beteiligung von Bewohner und Angehörigen bei der Konzeptionsentwicklung feststellen. Musste der Einrichtungsalltag durch Umbaumaßnahmen unterbrochen werden, wurden die bisherigen Bewohner lediglich vor die Entscheidung gestellt, in das neue Haus mit neuem Konzept einzuziehen oder nicht.

#### **5.4.2.7 Aufgabenfelder und Berufsrollenwandel**

In der Umsetzung im Berufsalltag beschäftigen sich sowohl Leitungskräfte als auch Mitarbeiter mit dem Berufsrollenwandel. Mit dem Personalmix und den dazugekommenen Berufsgruppen müssen Aufgabenpakete auf den Wohnbereichen neu erstellt werden, Arbeitsabläufe und Zeitstrukturen angepasst und Stellen neu strukturiert werden. Vor allem für die Pflege ergaben sich Veränderungen, wenn sie Aufgaben wie die Aktivierung oder Betreuung abgeben konnte bzw. musste und sich vor allem auf die medizinische Pflege konzentriert hat. In einigen Modelleinrichtungen wurden ihr an Stelle dessen neue Rollen wie die Koordinierung von Pflegeleistungen, Anleitung von Hilfskräften und Alltagsbegleitern bzw. Präsenzkraften zugetragen. In Einrichtungen mit der entsprechenden Personalentwicklungsstrategie wurden Pflegefachkräfte dazu angeleitet, ihr Aufgabengebiet stärker auf medizinische Behandlungspflege auszurichten und mehr Pflegeverantwortung wie beispielsweise bei der Wund- oder Palliativversorgung zu übernehmen. Daraus ergibt sich eine breit gefächerte Spezialisierung in einer Einrichtung.

Gleichzeitig bedeutet es für die Pflege auch, Kontrolle über den Alltag der Bewohner und Bewohner an andere Berufsgruppen abzugeben. So zeigt sich nicht nur in den Interviews sondern auch in den Stellenbeschreibungen deutlich, dass die Präsenzkraften bzw. Alltagsbegleiter neben den sichtbaren Aufgaben wie Betreuung und Hauswirtschaft, auch eine Beobachter- und Informantenrolle einnehmen, da sie die meiste Zeit durchgängig mit den Bewohner verbringen.

*„Also ist es so, dass im Dementen-Bereich immer jemand da ist, wo die Situation, sage ich mal im Blick hat, wo dann auch mal sagen kann zur Pflege: Könntest du mal mit dem zur Toilette gehen oder das. Wo einfach die Sache unter Beobachtung hat, sage ich mal. Oder halt auch Ansprechpartner, dass die, es ist halt einfach immer jemand da für die Bewohner. Und das finde ich natürlich schon gut.“ (Betreuungsassistenz)*

Offen bleibt in den Interviews, inwieweit diese Nicht-Fachkräfte eine Verantwortung für die Versorgung vor allem von weniger pflegebedürftigen Personen übernehmen oder ob diese weiterhin formal, beziehungsweise auf die Alltagspraxis übertragen, bei Pflegefachkräften liegt. Die vertikale Strukturierung zwischen den Berufsgruppen orientiert sich daran, wie viel Arbeit an den Bewohner von der Berufsgruppe gemacht wird.

Als entscheidend für die Versorgung der Bewohner und ihre Lebensqualität werden die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die fließende Informationsweitergabe beschrieben.

*„Man könnte sagen: Der hat einfach Laktoseintoleranz, dann kocht man mit laktosefreie Sachen. Das ist ja kein Problem, wir haben ja alles da. [...] Und dass man erst Tage später erfährt, dass er keine Milchprodukte essen sollte in der Zeit, das ist natürlich voll blöd, ja. Also da könnte man hingehen und sagen, hier. Weil die wissen ja, dass wir das Essen für die kochen und dass sie nicht kochen, [...].“ (Alltagsbegleitung)*

*„Weil auch Hauswirtschaftspersonal, wenn die jetzt hier den Boden wischen will und da steht jetzt einer und der geht jetzt nicht weg, dann muss sie auch überlegen, was mache ich jetzt mit ihm oder wie kann ich reagieren?“ (Leitung Tagespflege)*

Mit der Zunahme von Berufsgruppen, die „am Bewohner“ arbeiten, aber auch im Kontext der Qualitätssicherung müssen Grundlagen in breit angelegten, zum Teil hausinternen Weiterbildungen vermittelt werden. Zudem müssen Unterschiede in der Ausbildung in informellen Lernprozessen ausgeglichen werden. Unklar bleibt, inwiefern Instrumente des Qualitätsmanagements zur Steuerung von Weiterbildung und Personalentwicklung sowie zur Messung ihrer Wirksamkeit eingesetzt werden.

Zentral für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine breite Vertrauensbasis im Team. Die Fähigkeiten und das Kompetenzprofil der einzelnen Kollegen sind ebenfalls wichtige Bausteine, um das Abgeben und Annehmen von Aufgaben und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu organisieren. Werden Verantwortungen kooperativ gemeinsam getragen, können Pflegefachkräfte die Einführung der zusätzlichen Berufsgruppen durchaus auch real als Entlastung wahrnehmen.

*„Ich wüsste nicht, wie es ohne Betreuungskräfte [ginge]. Bräuchten wir dann halt mehr Helfer und so. Aber durch das, dass die geschult sind, die machen ja dann meistens die Schulung und dann können die sich echt toll einfühlern. Also ich sehe es nur positiv.“ (Pflegefachkraft)*

Eine spezifische Herausforderung im Kontext des Personalmix ist die Neuorientierung in der beruflichen Rolle, also eine Art Berufsrollenwandel. Mit dem Bruch fester Aufgabenbereiche muss auch die Organisation von Zuständigkeiten in Frage gestellt werden. Hier zeigt sich eine Differenz zwischen den Modelleinrichtungen. Während einerseits Leitungskräfte auf fließende individualisierte Zuständigkeiten setzen und die Priorität auf die letztendliche Erfüllung der Aufgaben – egal von welcher Berufsgruppe - legen, setzen andere Leitungskräfte auf Formalisierung und möglichst klare Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen. Leitgebend für die Definition der Arbeitsbereiche ist die Frage, für welche Aufgaben eine Pflegefachkraft zwingend eingesetzt werden muss und welche Tätigkeiten an geringer qualifizierte bzw. ungelernete Arbeitskräfte delegiert werden können.

*„I: Mehr Personal. Auch eine bestimmte Qualifikation? Sagen Sie mehr Pflegende oder möchten Sie noch Betreuungskräfte?“*

*[...]*

*IP: In jede Schicht so eine halbe Person.*

*I: Eine examinierte Altenpflegerin?*

*IP: Nein, das ist egal. Nicht examiniert, auch nicht Examinierte, zum Bewohner ins Bett bringen brauchen wir keine Examinierten.“ (Pflegefachkraft)*

Hinter dieser Bewertung liegt eine immanente Einschätzung der notwendigen Kompetenzen und der individuellen Fähigkeiten und Qualifikationen ungelerner Kräfte. Gerade bei einem flexiblen Umgang mit Stellenprofilen wird diese Einschätzung in der Praxis den ungelernen Kräften oft selbst überlassen. Doch auch bei abgegrenzten Kernbereichen entstehen immer neue Schnittstellen und der Bedarf, diese auszuhandeln. Die Steuerung dieser Prozesse geschieht langfristig im laufenden Betrieb durch Leitungskräfte per Anweisung, kurzfristig informell in der Alltagspraxis durch die Mitarbeiter(innen) selbst oder auch gemeinsam in Arbeitsgruppen und Teambesprechungen. Hier öffnet sich Raum für Reflexion und Austausch von Erfahrungen sowie für die nachhaltige Koordination in Prozessen wie Handlungsempfehlungen oder Tourenplänen.

*„Und man hat sie einbezogen dann die Mitarbeiter, dass sie einfach, dass man einfach gesagt hat, so wir müssen jetzt anders organisieren, ja, wir haben jetzt andere Verhältnisse und wie, da hat man die einfach dann ins Boot geholt und das haben die sich dann zum Teil auch selbst erschaffen. Den Tourenplan, da hat man dann geguckt, wie könnte es passen, hat ausprobiert,*

*ne, geht so nicht, ja, und dadurch kam, kam es dann einfach, so fing es an zu leben.“ (Hausleitung)*

Auf der Ebene der Mitarbeiter entsteht in Verbindung mit dem Paradigmenwechsel eine potenzielle Quelle der Verunsicherung in der jeweiligen professionellen Identität. Einige Aussagen der Mitarbeiter zeigen unerschwellige Aushandlungen von Positionen und Bedeutungen im Team. Auch wenn sie sich stets am Beitrag zum Wohl der Bewohner orientieren, wird doch deutlich, wie heterogen das Verständnis der Mitarbeiter davon ist, was dem Wohl zuträglich ist.

*„in diesem Hause hat die Pflege sehr viel Macht. Pflege ist steht [...] auf Nummer eins, ja. Und zum Beispiel die Küche steht nur auf der Nummer zwei oder drei. Und das ist eins von den Problemen. Durch die Überschneidung von den Aufgaben stärke ich das Bewusstsein vom Bereich, von den Bereichshelfern, weil die plötzlich auch was mit Pflege zu tun haben, zwar nicht viel, aber die sind informiert, die sind am Bewohner, die sind am Mensch.“ (Wohnbereichsleitung)*

Der Personalmix verlangt den Mitarbeitern eine zusätzliche Anstrengung ab. Dies verdeutlichen Beobachtungen, die einige Leitungen deutlich in den Interviews thematisieren. Sie berichten von der Tendenz, dass Mitarbeiter bei starker Arbeitsbelastung, wie beispielsweise durch Krankheitsausfälle, immer wieder auf alte Muster und Zuordnungen von Aufgaben zurückfallen. Erzeugt die Umstrukturierung zu starke Störungen in den Arbeitsabläufen und können sich die Mitarbeiter nicht mehr mit dem Konzept identifizieren, wird die Konflikt-Kommunikation zwischen Leitung und Mitarbeitern zentral. Dabei geht es um Transparenz und Raum für Offenheit, um Fehler eingestehen zu können. Andernfalls gefährdet der Personalmix die Funktionalität der Einrichtung.

*„und einmal im Monat gibt's ein Gespräch, mit der Hauptleitung. Und wenn bekannt ist, also, dass er ins Haus kommt zur Besprechung, sofort jeder bekommt Information: Mund zu halten. Wie soll denn das funktionieren?“ (Wohnbereichsleitung)*

Der Rollenwandel birgt auch eine Herausforderung für die berufliche Ausbildung. Der Wandel in den Arbeitsbereichen der Altenpflege macht manche Inhalte in der Ausbildung obsolet, stellt dafür aber ganz andere Anforderungen, die bisher noch nicht gelehrt werden. In einigen Aussagen von Pflegefachkräften wird deutlich, dass ihr Aufgabenspektrum immer seltener aktivierende Betreuung enthält. Stattdessen fordern einige Leitungskräfte die stärkere Konzentration auf medizinische Behandlungspflege und auf präventive Gesundheitsförderung.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Zusammenarbeit in den meisten Einrichtungen als gut, z.T. jedoch als kritisch, überwiegend als ausbaufähig eingeschätzt wird. Konflikte und Auseinandersetzungen werden auf einer persönlichen bzw. „menschlichen“ Ebene lokalisiert - die Chancen einer konsequenten Bearbeitung von Alltagskonflikten werden nicht gesehen, und es fehlt dafür an Orten und Zuständigkeiten. Konzepte für eine berufsgruppenübergreifende Kooperation existieren bislang nicht. Das gilt auch für die Definition der Aufgabenfelder der einzelnen Akteure. Die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter wird als kritisch eingeschätzt, auch von den Bewohner so wahrgenommen. Die Grenze ist in manchen Einrichtungen überschritten. Gefährlich ist es, wenn - um überhaupt den Anforderungen gerecht zu werden - auf Psychopharmaka und andere Medikamente zurückgegriffen wird. Der Hintergrunddienst, bei dem erfahrene Pflegefachkräfte zumindest telefonisch erreichbar sind, kann bestenfalls als Übergangslösung verstanden werden. Die Personalfuktuation ist unterschiedlich, zum Teil auch sehr gering. In diesem Zusammenhang darf nicht die hohe Bindung der Mitarbeiter an die Einrichtungen unterschätzt werden, die – trotz erheblicher Probleme und Herausforderungen – viel höher ist, als gemeinhin vermutet.

#### 5.4.2.8 **Erfolgsfaktoren und Barrieren**

In den Interviews wurden einige Erfolgskriterien im Zusammenhang mit der Einführung des Personalmix genannt. Zur Vollständigkeit werden sie an dieser Stelle gesammelt, auch wenn einige bereits in anderen Kontexten benannt wurden.

Sowohl bei Leitungen als auch bei Mitarbeitern steht die Orientierung am Bewohnerbedürfnis an zentraler Stelle. Daher werden Mobilität, Aktivität und Gesundheitszustand auf den Wohnbereichen zu Indikatoren, um die Wirkung des Personalmix zu messen. Speziell die Mitarbeiter nutzen solche Schlagworte, um die Qualität der Arbeit von Kollegen, beziehungsweise der gesamten Berufsgruppe zu bewerten. Hierzu zählen vor allem die subjektive Wahrnehmung der Einzelnen und ihr persönliches Verständnis von einem guten Leben im Pflegeheim. Spezifische Messinstrumente wurden nicht benannt, waren aber auch nicht explizit nachgefragt worden. Der Nutzen, der sich für Bewohner aus dem Personalmix ergibt, soll sich durch die Vielfalt der Angebote und Beschäftigungsmöglichkeiten und deren explizite Niederschwelligkeit im Einrichtungsalltag generieren. Außerdem gewinnen nach dem Paradigmenwechsel multidimensionale Bedürfnisse in der Betrachtung von Lebensqualität an Bedeutung und stehen gleichwertig zur körperlichen Gesundheit. Als Voraussetzung für diesen Nutzen der Bewohner wird die Wahrnehmung der Vielfältigkeit der Bedarfe durch die Mitarbeiter benannt sowie die darauf ausgerichtete Zusammenarbeit des gesamten Teams.

Als weitere Kategorie von Erfolgskriterien sind mitarbeiterorientierte Indikatoren relevant, wie die Motivation, der Zusammenhalt im Team und die Identifikation mit dem Einrichtungskonzept. Eine positive Teamdynamik fiel vor allem bei außergewöhnlichen und gemeinsam zu bewältigenden Situationen hoher Arbeitsbelastung auf, beispielsweise bei krankheitsbedingten Ausfällen im Personal. Insgesamt erfahren die Leitungen durch persönliche Gespräche vom Ausmaß der Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeitern. Auffällig war die häufig genannte Praxis der Beobachtung durch Visiten auf Wohnbereichen. Eine Leitung thematisiert die Selektivität der Informationen durch die Tabuisierung von Problemen gegenüber von Leitungspersonal.

*„ich kann nur aus dem Gefühl heraus ihnen das sagen, dass ich mitbekomme, dass die Mitarbeiter locker sind und nicht so angespannt sag ich einfach mal so und nicht gehetzt werden ja. Aber letztendlich, um da [...] eine genaue Antwort zu bekommen, muss man die Mitarbeiter direkt fragen und nicht wenn ich dabei sitze, sondern man geht hin, sie, hätten sie mal fünf Minuten Zeit? Fühlen sie sich entlastet dadurch? Na, sagt der Mitarbeiter ja oder nein. Das ist das Beste, ich kann's nur aus der Beobachtung ihnen sagen.“ (Hausleitung)*

Der Nutzen des Personalmix für die Mitarbeiter, der gleichzeitig auch ein Erfolgsfaktor ist, entsteht nach Ansicht der Leitungskräfte durch die Möglichkeiten individueller Personalentwicklung in diesem Kontext, wenn die jeweiligen Ressourcen gefördert und im Berufsalltag gewinnbringend eingesetzt werden können. Für die Auswahl von Weiterbildungen wurden Eigeninitiative der Mitarbeiter und nicht objektiv festgestellte Defizite als handlungsleitend genannt. Weiterhin können sich speziell Pflegeberufe auf Grund der Entlastung durch zusätzliche Berufsgruppen auf ihre spezifischen und auch eher medizinisch geprägten Aufgabengebiete konzentrieren, sodass die Komplexität im Arbeitsalltag abnehmen und die Effektivität ihrer professionellen Rolle zunehmen kann.

Diese Entlastung ist jedoch nur möglich, indem die Komplexität auf Alltagsbegleiter, Präsenzkräfte, soziale Betreuung und Hauswirtschaft übertragen wird. Das verlangt zwar viel Flexibilität von diesen Berufsgruppen, stärkt aber auch ihren Stand im interdisziplinären Team, da sie mehr Kontakt zu den Bewohnern pflegen können und wichtige Funktionen, wie die ständige Ansprechbarkeit, übernehmen.

Damit entsteht auch ein neuer Bedarf der Weiterqualifizierung von Nicht-Fachkräften. Durch geteilte Zuständigkeiten können potenziell Verantwortungen auf mehrere Personen verteilt werden, sodass sich Mitarbeiter gegenseitig absichern können, dafür aber auch die Kompetenzen brauchen. Wie bereits angeführt bleibt aber unklar, inwieweit die Verantwortungsteilung formell in Handlungsanweisungen strukturiert wird. Welchen weiteren Einfluss der Personalmix auf die Arbeitsbedingungen hat, wird in der Kategorie Arbeitsbelastung differenziert.

Ein drittes Cluster benannter Erfolgsindikatoren fokussiert auf die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen. Dabei geht es einerseits um den Aspekt der Wirtschaftlichkeit, die beispielsweise am Ausmaß der Nachfrage nach Betreuungsplätzen gemessen werden kann. Andererseits sind es aber auch externe Faktoren, wie der „gute Ruf“ und das Interesse aus der Kommune und dem Quartier, denn auch an der Form und am Umfang der Beteiligung und Einbindung von Ehrenamtlichen wird der Erfolg der Einrichtung und ihrer konzeptionellen Ausrichtung gemessen.

Es wird sehr deutlich, dass klar festgelegte Indikatoren, Messinstrumente oder irgendeine Form von belastbarer Evaluation im Hinblick auf die Auswirkungen des Personalmix nicht vorhanden sind. Angegeben werden allgemeine Aspekte, hier vor allem die höhere Lebensqualität bei Bewohner oder eine gesteigerte Zufriedenheit bei Mitarbeiter sowie eine insgesamt verbesserte „Atmosphäre“. Es werden aber auch konkrete Effekte benannt, vor allem auf die Bewohner bezogen: Reduzierung der Psychopharmaka und fachärztlicher Überweisungen sowie insgesamt ein körperlich besserer Gesundheitszustand. Inwieweit diese Auswirkungen ursächlich mit dem Personalmix in Verbindung steht, kann nicht nachgewiesen werden. Immer wieder wird betont, dass dies persönliche Eindrücke sind. Verbesserungspotentiale werden in der Regel nicht gesehen, jedenfalls nicht konkretisiert.

#### **5.4.2.9 Erkennbare Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Einrichtungen**

Der Blick über die Einrichtungen hinweg zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede, aber auch Logiken und Zwänge, die sich daraus ergeben, dass das System „Pflegeheim“ massiv unter Druck steht.

**Gemeinsam** ist den kooperierenden Einrichtungen, dass sie an dem ansetzen, was vorhanden ist, was die gegebenen Bedingungen sind. In diesem Rahmen werden sie kreativ und nutzen die Gestaltungsoptionen. Personalmix bedeutet vor diesem Hintergrund pragmatisch, dass man die Berufsgruppen und Qualifikationsprofile nutzt, die in der Einrichtung vorhanden ist. Aus diesem Grunde ist Personalmix immer die Abbildung des Personaltableaus, was vor Ort existent ist.

Übergreifend lässt sich eine Konzeptionslosigkeit bzgl. des Personalmix konstatieren. Es gibt keine Einrichtung, die wirklich konkretisieren kann, mit welchen Aufgaben- und Kompetenzprofilen welche Gruppen und aus welchen Gründen in den Personalmix einbezogen werden. Auch die erwarteten Ergebnisse im Hinblick auf gesundheitliche und lebensweltbezogene Qualitätskriterien bleiben vor diesem Hintergrund diffus.

Deutlich ist bei vielen Einrichtungen – nicht bei allen! – dass keine interne Klarheit über zentrale Anliegen und Wertpräferenzen vorhanden ist. Es finden auch keine fachlichen Diskurse hierzu Erwähnung. Normativ sehr aufgeladene Begriffe, z.B. Normalität, Würde oder Selbstbestimmung werden völlig selbstverständlich, unreflektiert und aus der jeweiligen Perspektive der Befragten genutzt. Die konkrete Bedeutung, Umsetzung und Evaluation dieser Aspekte vor Ort bleibt ungeklärt.

Erklärbar ist, dass der Personalmix in allen Einrichtungen aus der jeweiligen Logik der Leitungen, Fachkräfte und Bewohner dargestellt wird. Problematisch ist dabei aber, dass Bewohner und Mitarbeiter in keiner Weise systematisch in die Entwicklung des Personalmix Die Folge davon sind Unsicherheit und Unklarheit, vor allem jenseits der Leitungsebene.

Gemeinsam ist auch die fehlende Bereitschaft zu einer substantiellen Analyse der Barrieren und Umsetzungsschwierigkeiten. Probleme und Konflikte werden in aller Regel personalisiert, weniger strukturellen Ursachen zugeordnet. Auch die Einsicht in die Tatsache, dass manche Herausforderungen in der stationären Pflege mit Denkstil und Habitus der Pflegenden zu tun haben, ist nur bedingt vorhanden. Ganz allgemein werden häufig Politik, Kostenträger oder Krankenkassen für Defizite und Mangelsituationen verantwortlich gemacht.

**Unterschiede** zwischen den kooperierenden Einrichtungen zeigen sich im Hinblick auf den Personalmix in hohem Ausmaß. In einigen Einrichtungen geht es vor allem um verschiedene Berufsgruppen, dann wieder um Qualifikationsgrade, im Sinne eines Grad-Mix. Die Bereiche Pflege, Hauswirtschaft und soziale Unterstützung stehen im Vordergrund, wobei die Konfigurationen sind zum Teil sehr verschieden sind. Auch ist heterogen, ob und inwieweit externe Fachkräfte in den Personalmix mit einbezogen werden. Die Tatsache, dass in vielen Pflegeheimen mittlerweile eine Vielzahl von Mitarbeiter mit sehr verschiedenen kulturellen Hintergründen arbeitet, wird im Zusammenhang mit dem Personalmix nicht thematisiert.

Beeindruckend ist, wie verschieden Einrichtungen vom Fachkraftmangel betroffen sind. Es gibt einige Heime, in denen die 50%-Fachkraftquote kaum gehalten werden kann, andere berichten über einen Fachkräfteanteil von über 60%. Das mag mit regionalen und institutionellen Besonderheiten zusammenhängen, entscheidend ist aber der folgende Punkt:

Man ist unterschiedlich „aufgestellt“, zwischen den Häusern sind erhebliche Unterschiede beobachtbar. Am Beispiel der Karriereplanung des Personals ist eine Differenz dahingehend erkennbar, ob spezifische Fort- und Weiterbildungen (nicht nur für Fachkräfte) angeboten werden oder nicht. Auch die Einbindung und Partizipation der Mitarbeiter (schon gar nicht von Bewohner) ist unterschiedlich geregelt. Hier liegen Potentiale, die bei aller berechtigten Kritik seitens der Heime eindeutig zu deren „Hausaufgaben“ zu zählen sind. .

Unterschiedlich ist auch, ob und inwieweit Beratung in Bezug auf den Personalmix in Anspruch genommen wird – von wem auch immer. Eine erste Ansprechadresse ist der Träger selbst, der auch in einigen Heimen im Hinblick auf den Personalmix zumindest unterstützend involviert ist. Bei der überwiegenden Mehrheit ist jedoch der Personalmix ausschließlich auf das Engagement der Leitungskräfte begrenzt, die für Kritik von außen nicht besonders offen sind.

Insgesamt wird der Begriff des Personalmix als eine Art „Containerbegriff“ genutzt, der vorhandene Arbeitsprozesse und damit verbundene Engpässe regulieren kann und muss. Offenheit und Flexibilität werden betont, täuschen aber auch über den bisher eigentlichen Zweck des Personalmix hinweg. Denn es geht dabei vor allem um eine managerielle Machbarkeitslogik, um auf Alltagssituationen zu reagieren, in denen Personalengpässe oder sogar Personalnotstand allgegenwärtig sind.

#### **5.4.3 Kritische Einschätzung und Perspektiven einer Weiterentwicklung**

Die Konzeptarbeit zum Personalmix wird eindeutig als dauerhafter und nicht abzuschließender Prozess charakterisiert. Vor allem seine inhaltliche Vermittlung an die Mitarbeiter und die Stärkung der Sinnhaftigkeit der konzeptionellen Veränderung wird eindeutig als besondere und ständige Aufgabe der Leitungskräfte gesehen. Die Chancen einer echten Partizipation aller Beteiligten in der Einrichtung werden bislang nicht realisiert.

Sowohl in der konzeptionellen Fundierung, als auch in der konkreten Umsetzung, sind deutliche Weiterentwicklungsbedarfe erkennbar, die darauf zielen, die sinnvolle Aufgabenaufteilung in interprofessionellen Teams und die Abstimmung von Schnittstellenproblematiken besser und fundierter zu beschreiben und damit überprüfbarer zu machen.

Seitens der Leitungen wie auch von den Mitarbeitern wird sehr deutlich immer wieder der Personalschlüssel thematisiert. Durchgängig besteht der Wunsch, mehr Zeit für die einzelnen Arbeitsschritte und damit für den Umgang mit den Bewohner zu haben.

Neben den explizit geäußerten Weiterentwicklungsbedarfen ergeben sich implizit weitere erkennbare Muster, die durch die empirische Betrachtung des Personalmix von außen deutlich sichtbar werden. Dabei zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter und der Lebensqualität der Bewohner. Die Qualität von Pflegeeinrichtungen, so unterschiedlich sie sich konzeptionell auch aufstellen, lebt und speist sich eben vor allem durch die Menschen, die dort täglich den Alltag gemeinsam gestalten. Dies schließt die Zeit für menschliche Begegnungen ein, zwischen allen Akteuren. Der Personalmix – und das wird aus den Interviews erkennbar – kann zumindest zum Teil dieses Mehr an Zeit und Mitmenschlichkeit generieren, wenn er sinnvoll und reflektiert zum Einsatz kommt. Aber um das zu erreichen, müssen die konzeptionellen Bedingungen dafür klar formuliert und die dazu notwendigen Kompetenzen eindeutig beschrieben und sichtbar werden. Die bisher realisierten Modelle sind noch von sehr viel Zufälligkeiten und Inszenierungen abhängig – und das braucht dringend Veränderung, im Sinne von konzeptioneller Fundierung und Qualitätssicherung.

Abschließend lässt sich für den qualitativen Ergebnisteil festhalten:

Im Kapitel 5.5 wurden die Ergebnisse der qualitativen Forschung, die das Ergebnis von zwei unterschiedlichen Auswertungsmethoden sind, übersichtlich dargestellt. Die Daten dafür wurden in qualitativen Interviews, auf verschiedenen Ebenen und aus unterschiedlichen Perspektiven, in den kooperierenden Einrichtungen erhoben. In der Auswertung wurden nun, neben sehr positiven Aspekten und Gewinnen, auch viele kritische Aspekte thematisiert, die richtig verstanden und eingeordnet werden müssen. Unsere zentrale Überlegung war, dass – wenn wir das Funktionieren des Personalmix in den Blick nehmen – Definitionen, normative Setzungen und Alltagsbeschreibungen nicht das Entscheidende sind. Diese Dinge liefern uns wichtige Hinweise dahingehend, wie sich Praxis versteht und darstellt. Aber um die bereits thematisierte „Klugheit der Praxis“ zu verstehen, ist mehr notwendig, als ihre Erzählungen zu rekonstruieren. Diese sind zwar wichtig und müssen zur Kenntnis genommen werden - aber sie sind Ausdruck einer bestimmten institutionellen Verfasstheit des Systems Pflegeheim, die von den Verantwortungsträgern als gegeben hingenommen wird. So ist die Welt.

Gegenstand einer wissenschaftlichen Analyse ist es aber auch, so etwas wie einen Blick „hinter die Kulissen“ zu werfen und zu erkennen, warum die Dinge so sind, wie sie sind. Als theoretische Basis eignen sich Systemtheorie und Kritische Gerontologie, die sich umfassend mit Organisationen beschäftigt haben. Es kommt zentral auf ein Verständnis von dem an, was sich in Organisationen tut, warum sie ihre Eigenlogik aufrechterhalten können und wie sie gegebenenfalls durch eine Umwelt irritiert werden können. Diesem Verständnis ist vor allem die Kontextanalyse verpflichtet, denn sie lenkt den Blick auf das Verhalten von Individuen in organisationalen Zusammenhängen.

Und daher muss deutlich formuliert werden: Unsere Perspektive ist nicht moralisierend und sie bewertet nicht die Aussagen und das Handeln der Akteure im Feld. Einzig und alleine kommt es uns zunächst darauf an zu verstehen, warum die Dinge so sind wie sind. Auf diese Weise kann – so unsere Überzeugung – ein Beitrag zur Praxisentwicklung geleistet werden.

Das tun wir nicht dadurch, dass man den Verantwortlichen sagt, was sie anders machen müssen. Das werden sie nur dann tun, wenn Innovationen an die Operationen des Systems anschlussfähig sind, für das sie zuständig sind. Änderungen – hier geht es konkret um das Thema Personalmix – sind nur dann zu erwarten, wenn die zentralen Akteure eine Blickverschiebung vornehmen und die Wirklichkeit, für deren Konstruktion sie selbst zuständig sind, in einem anderen Licht sehen (können). Und genau dies zu ermöglichen ist Aufgabe von Forschung und wissenschaftlicher Praxisberatung. Als eine Art Bilanz, die sich aus den Gesamtergebnissen der Studie speist, die ohne die Kooperation der beteiligten Institutionen und Praxiseinrichtungen nicht möglich gewesen wären, formulieren wir ableitbare Empfehlungen an Politik und Praxis zum Abschluss diese Berichts (vgl. 6.3)

## **5.5 Deskriptive Analyse der landesweiten Einrichtungsleiterbefragung**

Der auswertbare Rücklauf der Einrichtungsleiterbefragung lag bei N=63 Einrichtungen aus Baden- Württemberg. Einrichtungen in gemeinnützige Trägerschaft sind in der Stichprobe überrepräsentiert (76,2%). Fast zwei Drittel der Einrichtungen gehören Trägern mit mehr als zehn Einrichtungen an (Detail siehe Tabelle 33 und

Tabelle 34).

Unter den Organisationstypen dominiert die klassische Pflegeheimorganisation (in 60,3%) der Einrichtungen, Hausgemeinschafts- oder Wohngruppenmodelle finden sich in 20,6% der Einrichtungen und 15,6% der Einrichtungsleitungen gaben an, dass sich in ihren Einrichtungen Elemente beider Organisationsformen finden. Die durchschnittliche Einrichtungsgröße lag bei 62 Plätzen, von denen im Mittel 61 auch belegt waren.

In mehr als einem Drittel der Fälle fungiert die Einrichtungsleitung in Doppelfunktion auch als Pflegedienstleitung. Die Berufserfahrung der Einrichtungsleitung lag zwischen 0 und 32 Jahren, im arithmetischen Mittel bei 11,04 Jahren. Die Pflegedienstleitungen wiesen im Mittel eine etwas geringere Berufserfahrung auf (8,81 Jahre). Die Einrichtungsleitungen arbeiteten im Mittel mit einem Beschäftigungsumfang von ca. 80%, die Pflegedienstleitungen mit ca. 85%. Die Fluktuation in der Funktion der Einrichtungsleitung lag im Mittel bei 0,72 Wechseln in den vergangenen fünf Jahren, bei den Pflegedienstleitungen bei 0,87 Wechseln. Im Maximum fanden sich Einrichtungen mit vier Wechseln in der Einrichtungsleitung, respektive fünf in der Funktion der Pflegedienstleitung.

Menschen mit Demenz werden in einer Einrichtung rein segregativ betreut, in 28,6% der Heime gilt dies für einen Teil der Bewohner mit Demenz. Die Hälfte der Einrichtungen gab an Präsenzkräfte einzusetzen (50,8%).<sup>17</sup> Eine Konzeption für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten wies knapp zwei Drittel der Einrichtungen auf.

**Tabelle 33: Einrichtungsleiterbefragung (Häufigkeiten)**

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Träger	gemeinnützig	48	76,2%
	privatgewerblich	9	14,3%
	öffentlich	5	7,9%
Größe des Trägers	nur diese eine Einrichtung	13	20,6%
	2-5 Einrichtungen	6	9,5%
	6-10 Einrichtungen	3	4,8%
	mehr als 10 Einrichtungen	39	61,9%
Organisationstyp	klassische Pflegeheimorganisation	38	60,3%
	Pflegeheimorganisation nach Hausgemeinschaftsmodell/ in Wohngruppen	13	20,6%
	Beides vorhanden	10	15,9%
Tourenplanung	ja	17	27,0%
	nein	44	69,8%
Versorgungsform für Menschen mit Demenz	nur integrativ	41	65,1%
	nur segregativ	1	1,6%
	beides vorhanden	18	28,6%

<sup>17</sup> Hier ist unsere eher breit angelegte Definition von „Präsenzkräften“ zu beachten. Als solche wurden Mitarbeiter verstanden, die ihren Arbeitsmittelpunkt in einem Aufenthalts- oder Essbereich haben und eine Gruppe von Bewohner/-innen bei der Alltagsgestaltung begleiten und hauswirtschaftliche Aufgaben übernehmen, zu denen mindestens das Anrichten, Austeilen und/oder Portionieren von Mahlzeiten gehört. Weitere hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z.B. die Zubereitung oder das Einkaufen von Speisen, das Waschen von Bewohnerwäsche oder die Reinigung der Räumlichkeiten) konnten zum Aufgabenbereich gehören, mussten es jedoch nicht. Gleiches gilt für pflegerische Aufgaben.

Einsatz von Präsenzkraften	ja	32	50,8%
	nein	30	47,6%
Konzeption für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	ja	41	65,1%
	nein	11	17,5%
Einrichtungs- und Pflegedienstleitung in Doppelfunktion	ja	22	34,9%
	nein	39	61,9%
Anteil der Mitarbeiter, die voraussichtlich in den nächsten 5 Jahren aus Altersgründen ausscheiden werden	0%	1	1,6%
	1-10%	37	58,7%
	11-30%	22	34,9%

In 27% der Einrichtungen wird eine Ambulantisierung im Sinne einer Tourenplanung umgesetzt.

Nur eine Einrichtungsleitung gab an, dass voraussichtlich kein Mitarbeiter in den kommenden fünf Jahren aus Altersgründen aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden werde. In einem Drittel der Einrichtungen werden hingegen zwischen 11-30% des Pflege- und Betreuungspersonals aus diesem Grund ausscheiden..

**Tabelle 34: Einrichtungsleiterbefragung (deskriptive Statistik)**

<b>Merkmal</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Wöchentliche Arbeitszeit	62	39,19	0,70	35	40
Belegbare Plätze	62	64,92	34,12	15	198
Belegte Plätze	61	64,03	33,01	15	180
Berufserfahrung der Einrichtungsleitung in Jahren	62	11,04	7,81	0	32
Beschäftigungsumfang der Einrichtungsleitung in VZAQ	62	80,24	27,30	10	100
Personalwechsel in der Funktion der Einrichtungsleitung in den vergangenen 5 Jahren	57	0,72	1,05	0	4
Berufserfahrung der Pflegedienstleitung in Jahren	61	8,81	7,20	1	32
Beschäftigungsumfang der Pflegedienstleitung in VZAQ	62	85,92	22,41	20	100
Personalwechsel in der Funktion der Pflegedienstleitung in den vergangenen 5 Jahren	63	0,87	1,16	0	5

Hinsichtlich der Berufsgruppen zeigt sich in der landesweiten Stichprobe weitestgehend ein vergleichbares Bild wie in den Modelleinrichtungen. Auffällig ist, dass in zwei Einrichtungen keine Altenpfleger beschäftigt werden. Dies ist dadurch erklärbar, dass sich unter den Einrichtungen auch zwei stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe finden. Die Anzahl der Einrichtungen, die unter den angegebenen Qualifikationen keine Personen die Kategorie „sonstiges“ (in der Regel angelernte/ basisqualifizierte Mitarbeiter) angaben, erscheint mit 15 unerwartet hoch zu liegen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass ein Teil dieser Mitarbeiter irrtümlich der Gruppe der einjährig qualifizierten Altenpflegehelfer zugeordnet wurde (dieser Fehler fiel im Zuge der Datenklärung bei mehreren Einrichtungen auf und wurde bei diesen korrigiert). Ähnliches gilt wahrscheinlich für die Zuordnung von nach §87b/ §43b qualifizierten Mitarbeitern zur Gruppe der zweijährig ausgebildeten der Alltagsbetreuer.

Unter den nicht- pflegerischen Fachkräften sind Hauswirtschafterinnen am breitesten vertreten (in 44,4% der Einrichtungen). 15 der 37 abgefragten und in der Landespersonalverordnung Baden- Württemberg aufgeführten Berufen sind nur in einer oder zwei der Einrichtungen anzutreffen, vier Berufsgruppen (medizinische Bademeister, Ökotrophologen, Orthoptisten und Sprachtherapeuten) kommen in der Stichprobe überhaupt nicht vor. Details zeigt Tabelle 35. Es soll an dieser Stelle nochmals betont werden, dass aus dem reinen Vorhandensein einer Berufsgruppe nicht geschlossen werden kann, dass die betreffenden Mitarbeiter in den Einrichtungen auch qualifikationsadäquat eingesetzt werden.

**Tabelle 35: Vorhandene Berufsgruppen in der Einrichtungsleiterbefragung**

Berufsgruppe	In Einrichtungen vorhanden (Anzahl)	In Einrichtungen vorhanden (Prozent)
Altenpflegerin und Altenpfleger	61	96,80%
Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	52	82,50%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	9	14,30%
Alltagsbetreuerin und Alltagsbetreuer (staatlich anerkannt mit zweijähriger Ausbildung)	24	38,10%
Altenpflegehelferin und Altenpflegehelfer	49	77,80%
Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer	20	31,70%
Heilerziehungsassistentin und Heilerziehungsassistent	2	3,20%
Heilerziehungshelferin und Heilerziehungshelfer	1	1,60%
Pflegeassistentin und Pflegeassistent	6	9,50%
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut	9	14,30%
Diätassistentin und Diätassistent	1	1,60%
Dorfhelferin und Dorfhelfer	1	1,60%
Ergotherapeutin und Ergotherapeut	11	17,50%
Erzieherin und Erzieher einschließlich Jugend- und Heimerzieherin und Jugend- und Heimerzieher sowie Arbeitserzieherin und Arbeitserzieher	6	9,50%
Gerontologin und Gerontologe (Hochschulabschluss)	1	1,60%
Haus- und Familienpflegerin und Haus- und Familienpfleger	5	7,90%
Hauswirtschafterin und Hauswirtschafter und Fachhauswirtschafterin und Fachhauswirtschafter	28	44,40%
Heilerzieherin und Heilerzieher	2	3,20%
Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	10	15,90%
Heilpädagogin und Heilpädagoge	1	1,60%
Krankengymnastin und Krankengymnast	1	1,60%
Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	6	9,50%
Logopädin und Logopäde	2	3,20%
Masseurin und Masseur	2	3,20%
medizinische Bademeisterin und medizinischer Bademeister	0	0,00%
Musiktherapeutin und Musiktherapeut	3	4,80%
Ökotrophologin und Ökotrophologe	0	0,00%
Orthoptistin und Orthoptist	0	0,00%
Pädagogin und Pädagoge	1	1,60%

Physiotherapeutin und Physiotherapeut	1	1,60%
Podologin und Podologe	1	1,60%
Psychologin und Psychologe (Hochschulabschluss)	1	1,60%
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (Hochschulabschluss)	5	7,90%
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	11	17,50%
Sport- und Bewegungstherapeutin und Sport- und Bewegungstherapeut	3	4,80%
Sprachtherapeutin und Sprachtherapeut	0	0,00%
Tanztherapeutin und Tanztherapeut	1	1,60%
angelernnt, ohne eine der genannten Qualifikationen	48	76,20%

In den Einrichtungsleiterbefragung wurden pro 10 Bewohner im Mittel 4,61 Vollzeitstellen an Mitarbeitern beschäftigt, der Wert liegt damit niedriger als in den Modelleinrichtungen (4,82), wobei sich auch in dieser Stichprobe deutliche Unterschiede zeigten. Das Minimum betrug 2,41 Vollzeitstellen pro 10 Bewohner, das Maximum lag bei 7,31 Vollzeitstellen. Unter den Berufsgruppen stellten die Pflegefachkräfte die größte Gruppe (gerechnet in Vollzeitäquivalenten), bei der mit Abstand zweitgrößten Gruppe handelt es sich um die „sonstigen“ Mitarbeiter (insbesondere über Basiskurse qualifizierte und angeleserte Mitarbeiter). Nichtpflegerische Fachkräfte stellten, wie auch in den Modelleinrichtungen, die kleinste Gruppe dar, im Mittel wurden 0,41 vollzeitäquivalente Stellen mit Mitarbeitern dieser Gruppe besetzt und damit weniger als in den Modelleinrichtungen (0,54). Auch hier zeigt sich ein uneinheitliches Bild: Während es Einrichtung gibt, die komplett auf nichtpflegerische Fachkräfte verzichten, finden sich im Maximum 3,44 Mitarbeiter dieser Gruppe pro 10 Bewohner. Dabei handelt es sich allerdings um eine Einrichtung der Behindertenhilfe, auch die zweite Einrichtung dieses Typs weist mit 3,09 einen ähnlich hohen Anteil in dieser Gruppe auf. Unter den (Alten-) Pflegeheimen liegt das Maximum bei 1,18 (dabei handelt es sich um eine der Modelleinrichtungen). Während sich bezogen auf die Gruppe der Auszubildenden sowie Mitarbeitern im Bundesfreiwilligendienst oder Freiwilligen Sozialen Jahr unter den Modelleinrichtungen die geringsten Unterschiede zeigten, weist diese Gruppe in der Heimleiterbefragung eine große Spannweite auf, zwischen gar keinen Mitarbeitern dieser Gruppe bis zu 7,5 Mitarbeitern pro 10 Bewohnern. Weitere Details zu den Mitarbeiter- pro- Bewohner- Verhältnissen zeigt Tabelle 36.

**Tabelle 36: Heimleiterbefragung: Vollzeitäquivalente<sup>18</sup> pro 10 Bewohner nach Berufsgruppen**

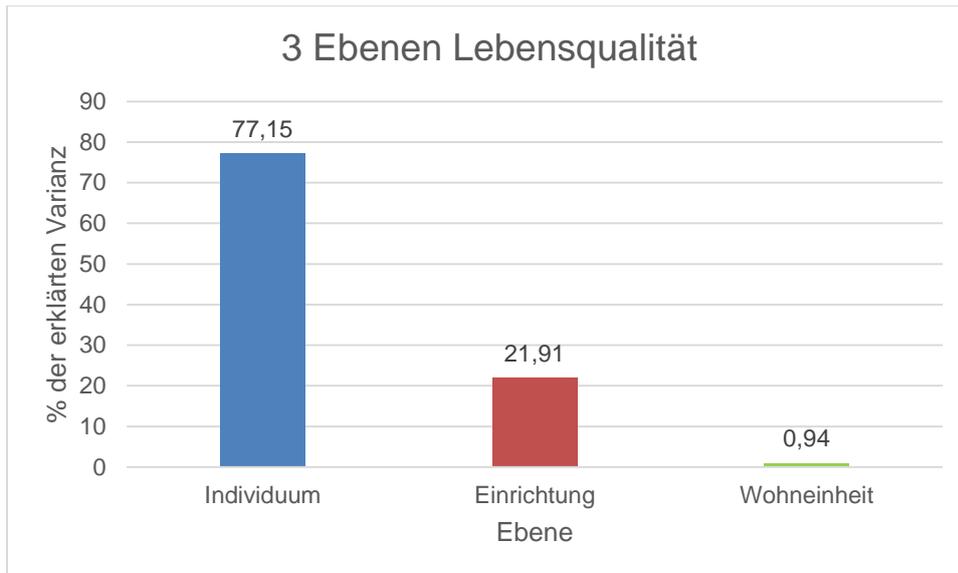
	N	Min	Max	Median	Mittelwert	Stabw.
Pflegefachkräfte	59	0,71	4,67	2,15	2,23	0,52
Fachkräfte ohne Pflege	59	0,00	3,44	0,21	0,41	0,63
Assistenzkräfte	59	0,00	2,73	0,65	0,76	0,64
Sonstige (angelernnt, Basiskurs)	59	0,00	2,96	1,22	1,22	0,87
<b>Alle Berufe</b>	<b>59</b>	<b>2,41</b>	<b>7,31</b>	<b>4,57</b>	<b>4,61</b>	<b>0,94</b>
Azubi, BufDi, FSJ	59	0,00	7,50	1,25	1,42	1,13

<sup>18</sup> Bei „Azubi, BufDi, FSJ“ beziehen sich die Angaben auf Personen (Köpfe), nicht auf Vollzeitäquivalente

## 5.6 Zusammenhänge zwischen Einrichtungscharakteristika und bewohner- und mitarbeiterbezogenen Ergebnissen

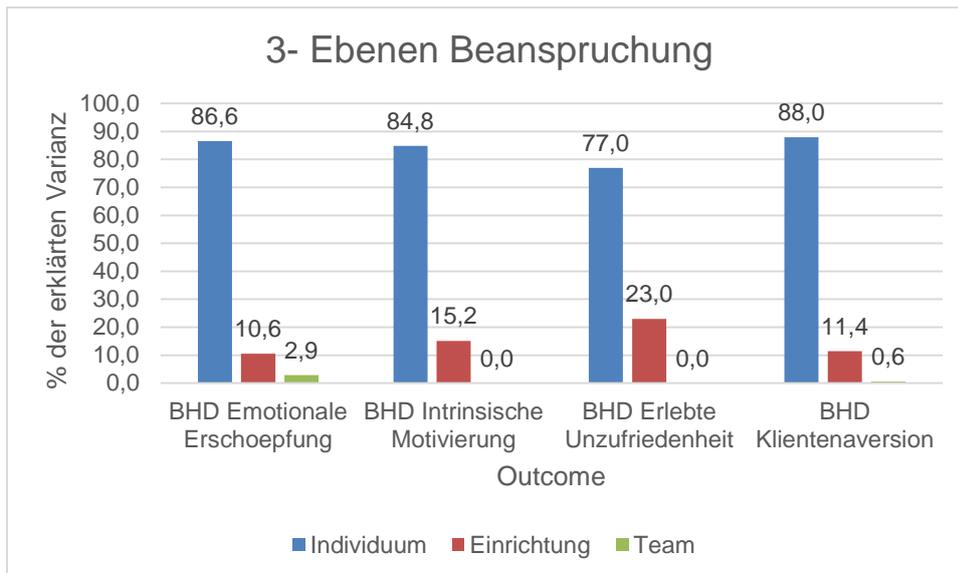
### 5.6.1 Analyse der Ebenenstruktur

Das 3- Ebenen- Nullmodell bezogen auf das Outcome der Lebensqualität der Bewohner verdeutlicht, dass die Meso- Ebene der Teams einen sehr geringen Beitrag zur Varianzaufklärung des Outcomes leistet (0,94%). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Daten keine 3- Ebenen- Struktur aufweisen (siehe Abbildung 15). Die weiteren Analysen beziehen sich daher auf ein 2- Ebenen- Modell mit den Ebenen Einrichtung und Bewohner.



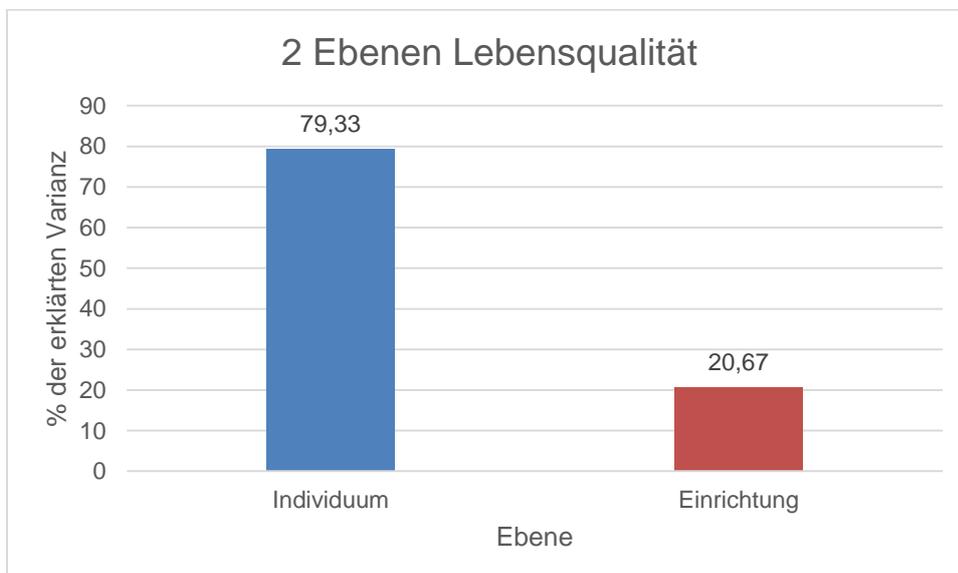
**Abbildung 15: Anteil an der Varianzaufklärung der Lebensqualität im 3- Ebenen- Nullmodell**

Auch hinsichtlich der vier Messgrößen der Mitarbeiterbeanspruchung zeigt sich, dass die Anpassung von 3- Ebenen- Modellen nicht zu den Daten passen würde. Die Meso- Ebene der Teams weist bezogen auf alle vier Outcomes einen sehr geringen Beitrag zur Varianzaufklärung auf. Lediglich die emotionale Erschöpfung kann durch diese Ebene mit 2,9% erklärt werden, bezogen auf die übrigen Outcomes liegt dieser Anteil zwischen 0,0 und 0,6% (siehe Abbildung 16). Auf Basis dieser Ergebnisse wird für die weiteren Analysen von einer 2- Ebenen- Struktur mit den Ebenen Einrichtung und Mitarbeiter ausgegangen.

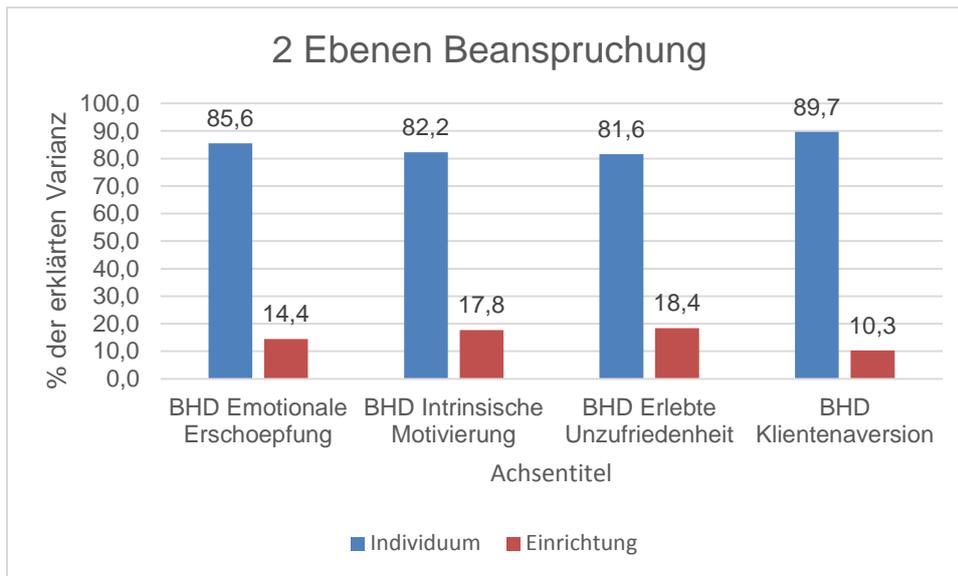


**Abbildung 16: Anteil an der Varianzaufklärung der Mitarbeiterbeanspruchung im 3- Ebenen- Nullmodell**

Die 2- Ebenen- Modelle (siehe Abbildung 17 und Abbildung 18) verdeutlichen, dass der Anteil der Mitarbeiterbeanspruchung, der aus der Zugehörigkeit von Mitarbeiter zu einer Einrichtung heraus erklärt werden kann, eher gering ist. Er liegt bezogen auf die emotionale Erschöpfung bei 14,4%, bezogen auf die intrinsische Motivierung bei 17,8%, hinsichtlich der arbeitsbezogenen Unzufriedenheit bei 18,4% und bezogen auf die Aversion gegen KlientInnen bei 10,3%.



**Abbildung 17: Anteil an der Varianzaufklärung der Lebensqualität im 2- Ebenen- Nullmodell**



**Abbildung 18: Anteil an der Varianzaufklärung der Mitarbeiterbeanspruchung im 2- Ebenen- Nullmodell**

## 5.6.2 Modellierung von Einflussgrößen auf die Lebensqualität

### 5.6.2.1 Relativer Einfluss der erklärenden Variablen

Die Analyse der Bedeutsamkeit der einzelnen Variablen auf der Basis einer Gradient Boosting Machine mit 1000 Regressionsbäumen zeigt auf, dass auf der Einrichtungsebene das Verhältnis der Vollzeitstellen angelernter bzw. basisqualifizierter Mitarbeiter/-innen pro zehn Bewohner den größten Beitrag leistet, um die Varianz des Outcome Lebensqualität zu erklären. Tabelle 37 zeigt die Bedeutung aller Variablen relativ zu dieser. Dabei wurden, abweichend von den noch folgenden Tabellen zur Bedeutsamkeit der Variablen, alle Merkmale berücksichtigt, deren relativer Einfluss >1% beträgt, da hinsichtlich der Lebensqualität nur neun Variablen einen relativen Einfluss >5% aufweisen.

**Tabelle 37: Relativer Einfluss der Variablen auf Lebensqualität im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >1% relativem Einfluss)**

	Variable	Relativer Einfluss im GBM- Ensemble
Einrichtungsebene	Vollzeitstellen basisqualifizierte und angelernte Mitarbeiter pro 10 Bewohner	1
	Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse	0,71
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 3 oder Härtefall	0,43
	Beschäftigungsumfang der Einrichtungsleitung	0,33
	Anzahl der Wechsel der Einrichtungsleitung in den vergangenen 5 Jahren	0,13
	Vollzeitstellen Pflegefachkräfte pro 10 Bewohner	0,13
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 1	0,12
	Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	0,08

	Plätze pro Wohnbereich	0,06
	Größe des Trägers	0,05
	Berufserfahrung der Pflegedienstleitung in Jahren	0,028
	Vollzeitstellen nichtpflegerische Fachkräfte pro 10 Bewohner	0,02
	Vollzeitstellen Assistenzberufe pro 10 Bewohner	0,02
	Anzahl der belegten Plätze	0,02
	Wöchentliche Arbeitszeit	0,01
	Anzahl der Plätze	0,01
Individualebene		
	Bewohner: beeinträchtigte Fähigkeit zum Waschen am Waschbecken	1
	Bewohner: beeinträchtigte Fähigkeit, Gefahren zu erkennen	0,42
	Bewohner: beeinträchtigt Gedächtnis	0,10
	Bewohner: Geschlecht	0,06
	Bewohner: beeinträchtigte Fähigkeit zur Toilettenbenutzung	0,06

Es zeigt sich, dass zusätzlich zum Verhältnis angelernter/ basisqualifizierter Mitarbeiter pro 10 Bewohner auch die Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse einen bedeutsamen Anteil an der Varianzaufklärung der Lebensqualität aufweist.<sup>19</sup> Auch ein Case-Mix-Aspekt, nämlich der Anteil schwerpflegebedürftiger Bewohner (Pflegestufe 3 oder Härtefall) sowie der Beschäftigungsumfang der Einrichtungsleitung stehen in Verbindung mit der Lebensqualität. Alle weiteren Variablen weisen einen Einfluss von maximal 13% bezogen auf die bedeutsamste Variable auf. Als Personalmix-Variable finden sich unter der 13 bedeutsamsten Variablen, die für das Mehrebenenmodell berücksichtigt wurden, auch noch die Mitarbeiter-zu-Bewohnerverhältnisse für die Berufsgruppen Pflegefachkräfte, nichtpflegerische Fachkräfte und Assistenzberufe. Diese Berufsgruppen stehen aber in deutlich schwächerem Zusammenhang mit der Lebensqualität als die angelernten/ basisqualifizierten Mitarbeiter.

Auf der Individualebene weisen die Casemix-Variablen zur Fähigkeit zum Waschen am Waschbecken (bedeutsamste Variable) und zum Erkennen von Gefahren sowie die Beeinträchtigung des Gedächtnis eine relative Bedeutsamkeit von >10% auf und wurden für die Modellierung der Mehrebenenmodelle berücksichtigt.

<sup>19</sup> Ein hoher Homogenitätswert lässt auch einen hohen Anteil Assistenzkräfte und nichtpflegerischer Fachkräfte rückschließen.

### **5.6.2.2 Mehrebenenmodell**

Das nach AICc selektierte Mehrebenenmodell für das Outcome Lebensqualität erreicht mit zehn Kovariaten auf Einrichtungsebene eine Varianzaufklärung von  $R^2_m=29,22\%$  und ein kreuzvalidiertes  $R^2$  von  $13,65\%$ . In allen berechneten Modelle wurden drei Kovariate der Individualenebene einbezogen. Die Regressionskoeffizienten und weitere Modellparameter sind in

Tabelle 38 dargestellt. In diesem Modell stehen eine höhere Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse, ein höheres Verhältnis der Vollzeitstellen von sowohl Assistenz- als auch nichtpflegerischer Fachkräfte pro Bewohner, das Vorliegen eines Konzepts für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten sowie eine Größe des Trägers zwischen 2 und 5 Einrichtungen in Verbindung mit einer höheren Lebensqualität. Ein höheres Verhältnis der Vollzeitstellen von Pflegefachkräften sowie von angelernten/ basisqualifizierten Mitarbeitern pro Bewohner hingegen steht in Verbindung mit einer niedrigeren Lebensqualität der Kovariate auf der Individualebene (beeinträchtigte Fähigkeiten des Bewohners) sind alle mit einer niedrigeren Lebensqualität verbunden.

**Tabelle 38: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für Lebensqualität**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	0,00	
Residual		25,18	
Number of obs: 192, groups: er, 15			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Kein Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	Berufserfahrung der Pflegedienstleitung in Jahren	Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse
69,0076	-18,7925	-0,7375	76,8787
Beschäftigungsumfang der Einrichtungsleitung	Vollzeitstellen Assistenzberufe pro 10 Bewohner	Vollzeitstellen nicht-pflegerische Fachkräfte pro 10 Bewohner	Vollzeitstellen Pflegefachkräfte pro 10 Bewohner
-26,2185	112,4987	31,2405	-110,9052
Vollzeitstellen basisqualifizierte und angelernte Mitarbeiter pro 10 Bewohner	Größe des Trägers 2-5 Einrichtungen	Anzahl der Wechsel der Einrichtungsleitung in den vergangenen 5 Jahren	Bewohner: beeinträchtigtes Gedächtnis
-14,7959	-13,5094	3,1351	-6,0738
Bewohner: beeinträchtigte Fähigkeit, Gefahren zu erkennen	Bewohner: beeinträchtigte Fähigkeit zum Waschen am Waschbecken		
-9,7554	-9,9459		
<b>Kovariante Einrichtungsebene</b>	10	<b>Kovariante Individualebene</b>	3
<b>R<sup>2</sup>m</b>	29,22%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	13,65%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	29,22%		
<b>Skala „Lebensqualität“: -100 bis +100 Punkte</b>			

Das nach kreuzvalidiertem R<sup>2</sup> selektierte Modell für Lebensqualität ist deutlich besser auf neue Daten übertragbar (kreuzvalidiertes R<sup>2</sup>: 22,08% gegenüber 13,65%) bei einer nur geringfügig schwächeren Varianzaufklärung bezogen auf die Gesamtstichprobe (28,02% gegenüber 29,22%) und wird daher als das geeignetere Modell anzusehen. Dieses Modell ist in Tabelle 39 dargestellt und nutzt nur vier gegenüber zehn Kovariaten auf Einrichtungsebene. In diesem Modell gehen eine höhere Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse sowie eine größere Berufserfahrung der Pflegedienstleitung mit einer höheren Lebensqualität einher. Ein höherer Anteil an schwerstpflegebedürftigen Bewohnern, eine Größe des Trägers zwischen 2 und 5 Einrichtungen sowie auf der Individualebene die drei verschiedenen Beeinträchtigungen des Bewohners stehen hingegen mit einer niedrigeren Lebensqualität in Zusammenhang. Die Mitarbeiter-pro-Bewohner- Verhältnisse der einzelnen Berufsgruppen sind in diesem Modell nicht als Absolutwerte, sondern lediglich über die Homogenität der Berufsgruppen vertreten.

**Tabelle 39: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für Lebensqualität**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	0,000	
Residual		25,110	
Number of obs: 192, groups: er, 15			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Berufserfahrung der Pflegedienstleitung in Jahren	Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 3 oder Härtefall
38,7791	0,4082	57,2789	-0,4312
Größe des Trägers 2-5 Einrichtungen	Bewohner: beeinträchtigtes Gedächtnis	Bewohner: beeinträchtigte Fähigkeit, Gefahren zu erkennen	Bewohner: beeinträchtigte Fähigkeit zum Waschen am Waschbecken
-32,4289	-7,3994	-8,1587	-9,7493
<b>Kovariante Einrichtungsebene</b>		4	<b>Kovariante Individualebene</b>
<b>R<sup>2</sup>m</b>		28,02%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>
<b>R<sup>2</sup>c</b>		28,02%	
Skala „Lebensqualität“: -100 bis +100 Punkte			

### 5.6.3 Modellierung von Einflussgrößen auf die Mitarbeiterbeanspruchung

#### 5.6.3.1 Emotionale Erschöpfung

##### 5.6.3.1.1 Relativer Einfluss der erklärenden Variablen

Bezogen auf das Outcome der emotionalen Erschöpfung der Mitarbeiter stellt der Anteil an Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz die bedeutendste Variable auf Einrichtungsebene für die Varianzaufklärung dar. Relativ zu dieser Variable leisten zudem das Verhältnis angelernter/ basisqualifizierter Mitarbeiter pro Bewohner, das Vorliegen eines Konzepts für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten, der Anteil von Bewohnern mit Pflegestufe 1, die Umsetzung einer Tourenplanung sowie die Homogenität der Mitarbeiter-pro-Bewohner- Verhältnisse zwischen den Berufsgruppen bedeutsame Anteile zur Varianzaufklärung..

Unter den 13 Variablen auf Einrichtungsebene, die in das Mehrebenenmodell eingehen, findet sich mit den Mitarbeiter-pro-Bewohner- Verhältnissen der nichtpflegerischen Fachkräfte sowie jenem der Berufserfahrung der Einrichtungsleitung noch zwei weitere Merkmale mit Bezug zum Personalmix. Die Mitarbeiter-pro-Bewohner- Verhältnisse der Pflegefachkräfte, der Assistenzkräfte sowie der Gruppe Azubis/ BufDis/ FSJ leisten hingegen keinen oder nur einen sehr geringen Beitrag zur Varianzaufklärung.

**Tabelle 40: Relativer Einfluss der Variablen auf emotionale Erschöpfung im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >5% relativem Einfluss)**

	Variable	Relativer Einfluss im GBM- Ensemble
Einrichtungsebene	Anteil Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz	1,00
	Vollzeitstellen basisqualifizierte und angeleitete Mitarbeiter pro 10 Bewohner	0,72
	Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	0,68
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 1	0,62
	Tourenplanung umgesetzt	0,55
	Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse	0,40
	Einzelzimmerquote	0,29
	Größe des Trägers	0,24
	Berufserfahrung der Einrichtungsleitung in Jahren	0,20
	Anzahl der Wechsel der Einrichtungsleitung in den vergangenen 5 Jahren	0,16
	Vollzeitstellen nichtpflegerische Fachkräfte pro 10 Bewohner	0,15
	Klassische Pflegeheimorganisation	0,13
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 3 oder Härtefall	0,13
	Pflegeheimorganisation nach Hausgemeinschaftsmodell/ in Wohngruppen	0,12
	Anzahl der Wechsel der Pflegedienstleitung in den vergangenen 5 Jahren	0,10
	Einrichtungs- und Pflegedienstleitung nicht in Doppelfunktion	0,09
	Anteil der in den nächsten 5 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheidenden Mitarbeiter	0,07
	Vollzeitstellen Assistenzberufe pro 10 Bewohner	0,07
Anzahl der belegten Plätze	0,07	
Demografietyt der Kommune	0,06	
Anteil der Bewohner ohne Pflegestufe	0,05	
Individualebene		
	Identifikation mit der Einrichtung	1,00
	Resilienz	0,34
	Gesundheitliche Beschwerden	0,29
	Außerberufliche Belastung	0,07

Auf der Individualebene ist der Grad an Identifikation des Mitarbeiters mit der Einrichtung am bedeutsamsten, auch die Ausprägung der Resilienz sowie vorliegende gesundheitliche Beeinträchtigungen sind bedeutsam. Auch die außerberufliche Belastung erreicht einen relativen Einfluss >5% und wurde in der Modellierung der Mehrebenenmodelle mit berücksichtigt, womit die Mehrebenenmodelle insgesamt vier Kovariate auf der Individualebene aufweisen. Tabelle 37 zeigt die Bedeutung aller Variablen relativ zur bedeutsamsten. Dabei wurden alle Merkmale berücksichtigt, deren relativer Einfluss >5% beträgt.

#### 5.6.3.1.2 *Mehrebenenmodell*

Das nach AICc selektierte Mehrebenenmodell für die emotionale Erschöpfung erreicht eine Varianzaufklärung von  $R^2_m=37,2\%$ . Es ist jedoch offensichtlich zu stark an die empirischen Daten angepasst und mit einem kreuzvalidierten  $R^2$  von nur 0,72% faktisch überhaupt nicht auf neue Daten übertragbar, weshalb auf dieses Modell nicht weiter eingegangen wird. Die Modellparameter zeigt

Tabelle 41.

**Tabelle 41: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für emotionale Erschöpfung**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	0,000	
Residual		9,653	
Number of obs: 192, groups: er, 21			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Einzelzimmerquote	Kein Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	Klassische Pflegeheimorganisation
76,7625	-5,4603	-3,0389	0,4075
Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse	Vollzeitstellen nicht-pflegerische Fachkräfte pro 10 Bewohner	Vollzeitstellen basisqualifizierte und angelernte Mitarbeiter pro 10 Bewohner	Tourenplanung umgesetzt
-4,5483	-0,348	-0,2852	1,2646
Anzahl der Wechsel der Einrichtungsleitung in den vergangenen 5 Jahren	Größe des Trägers 2-5 Einrichtungen	Größe des Trägers >10 Einrichtungen	Außerberufliche Belastung vorhanden
-0,9073	-5,3095	0,7109	5,9787
Gesundheitliche Beschwerden vorhanden	Identifikation mit der Einrichtung (1-5 Punkte)	Resilienz (11-77 Punkte)	
5,346	-4,9476	-0,2427	
<b>Kovariate Einrichtungsebene</b>	10	<b>Kovariate Individualebene</b>	4
<b>R<sup>2</sup>m</b>	37,20%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	0,72%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	37,20%		
Skala „emotionale Erschöpfung“: <b>12-84 Punkte</b>			

Das nach kreuzvalidiertem R<sup>2</sup> selektierte Modell erklärt hingegen die Varianz neuer Daten deutlich besser (kreuzvalidiertes R<sub>2</sub>: 20,54%), das R<sup>2</sup>m liegt allerdings etwas niedriger (33,35% gegenüber 37,20%). Dieses Modell nutzt ausschließlich Kovariate der Individualebene. Erwartungskonform stehen eine höhere Resilienz sowie ein höherer Grad der Identifikation mit der Einrichtung in Zusammenhang mit geringerer emotionaler Erschöpfung, während außerberufliche Belastungen sowie gesundheitliche Beschwerden die Beanspruchung hinsichtlich emotionaler Erschöpfung erhöhen.

**Tabelle 42: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für emotionale Erschöpfung**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	0,807	
Residual		9,730	
Number of obs: 192, groups: er, 21			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Außerberufliche Belastung vorhanden	Gesundheitliche Beschwerden vorhanden	Identifikation mit der Einrichtung (1-5 Punkte)
68,7079	6,4464	5,9769	-5,9433
Resilienz (11-77 Punkte)			
-0,2334			
<b>Kovariante Einrichtungsebene</b>	0	<b>Kovariante Individualebene</b>	4
<b>R<sup>2</sup>m</b>	33,35%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	20,54%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	33,80%		
Skala „emotionale Erschöpfung“: <b>12-84 Punkte</b>			

### 5.6.3.2 *Intrinsische Motivierung*

#### 5.6.3.2.1 *Relativer Einfluss der erklärenden Variablen*

Das Outcome intrinsische Motivierung weist von allen in dieser Studie gemessenen Outcomes die größte Breite an Variablen auf Einrichtungsebene mit hohem relativen Einfluss auf die Varianzaufklärung auf. Dies bedeutet, dass bezogen auf dieses Outcome eine größere Zahl gemessener Variablen existiert, die eine ähnlich hohe Bedeutsamkeit aufweisen wie jene, die die größte Bedeutsamkeit aufweist, nämlich die Unterscheidung, ob die Funktion der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung in Doppelfunktion ausgeübt werden. Fast genauso bedeutsam ist die Berufserfahrung der Einrichtungsleitung. Insgesamt weisen neun Merkmale einen relativen Einfluss >50% auf, darunter die Fluktuation in der Funktion der Einrichtungsleitung und die Unterscheidung, ob die Einrichtungsleitung eine kaufmännische Qualifizierung aufweist oder nicht. Dies weist insgesamt auf die besondere Bedeutung der Position der Einrichtungsleitung für die intrinsische Motivierung der Mitarbeiter hin. Von den Berufsgruppe-pro-Bewohner-Verhältnissen ist wiederum jenes der angelernt/ basisqualifizierten Mitarbeiter das bedeutsamste und auch das einzige, welches sich unter den 13 Variablen mit der höchsten Bedeutsamkeit auf Einrichtungsebene findet und somit in die Modellierung der Mehrebenenmodelle eingeht.

**Tabelle 43: Relativer Einfluss der Variablen auf intrinsische Motivierung im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >5% relativem Einfluss)**

	Variable	Relativer Einfluss im GBM- Ensemble
Einrichtungsebene	Einrichtungs- und Pflegedienstleitung in Doppelfunktion	1,00
	Berufserfahrung der Einrichtungsleitung in Jahren	0,96
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 1	0,82
	Pflegeheimorganisation nach Hausgemeinschaftsmodell/ in Wohngruppen	0,79
	Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	0,75
	Einzelzimmerquote	0,70
	Tourenplanung umgesetzt	0,67
	Vollzeitstellen basisqualifizierte und angeleitete Mitarbeiter pro 10 Bewohner	0,53
	Größe des Trägers	0,52
	Anzahl der Wechsel der Einrichtungsleitung in den vergangenen 5 Jahren	0,43
	Anzahl der belegten Plätze	0,33
	Stellen (Köpfe) Azubi, FSJ, BufDi pro 10 Bewohner	0,29
	Einrichtungsleitung kaufmännisch qualifiziert	0,23
	Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse	0,22
	Vollzeitstellen nichtpflegerische Fachkräfte pro 10 Bewohner	0,22
	Anteil der in den nächsten 5 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheidenden Mitarbeiter	0,18
	Anteil Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz	0,18
	Anteil der Bewohner ohne Pflegestufe	0,16
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 3 oder Härtefall	0,15
	Akademische Qualifikation der Einrichtungsleitung	0,15
	Demografietyt der Kommune	0,13
	Vollzeitstellen Pflegefachkräfte pro 10 Bewohner	0,13
	Vollzeitstellen Assistenzberufe pro 10 Bewohner	0,11
Einsatz von Präsenzkraften	0,10	
Klassische Pflegeheimorganisation	0,07	
Berufserfahrung der Pflegedienstleitung in Jahren	0,07	
Plätze pro Wohnbereich	0,05	

Individualebene		
	Identifikation mit der Einrichtung	1,00
	Resilienz	0,30
	Führungsverhalten des Vorgesetzten	0,06

#### 5.6.3.2.2 Mehrebenenmodell

Das nach AICc selektierte Mehrebenenmodell für die intrinsische Motivierung erreicht eine Varianzaufklärung von  $R^2_m=41,04\%$ . Damit ist dieses Outcome dasjenige mit der höchsten Varianzaufklärung durch die Mehrebenenmodelle. Das auch dieses Modell offensichtlich zu stark an die empirischen Daten angepasst ist (kreuzvalidierten  $R^2$ : 6,22%) und somit kaum auf neue Daten übertragbar ist, wird auch bei diesem Outcome auf das nach AICc selektierte Modell nicht weiter eingegangen. Die Modellparameter zeigt

Tabelle 44. Zu beachten ist, dass auch dieses Outcome, wie alle mit dem BHD gemessenen, durch hohe Werteausprägungen eine hohe Beanspruchung anzeigt. Höhere Werte stehen also für eine niedrigere intrinsische Motivierung. Negative Regressionskoeffizienten zeigen hier also einen positiven Einfluss auf die intrinsische Motivierung an.

**Tabelle 44: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für intrinsische Motivierung**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	0,000	
Residual		6,198	
Number of obs: 192, groups: er, 21			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Einzelzimmerquote	Kein Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	Pflegeheimorganisation nach Hausgemeinschaftsmodell/ in Wohngruppen
60,4225	-54,245	-23,091	-0,4438
Einrichtungsleitung kaufmännisch qualifiziert	Einrichtungs- und Pflegedienstleitung nicht in Doppelfunktion	Stellen (Köpfe) Azubi, FSJ, BufDi pro 10 Bewohner	Tourenplanung umgesetzt
-22,935	10,055	0,4222	-0,5532
Größe des Trägers 2-5 Einrichtungen	Größe des Trägers >10 Einrichtungen	Identifikation mit der Einrichtung (1-5 Punkte)	Resilienz (11-77 Punkte)
-0,9938	-37,890	-43,728	-0,1712
Führungsverhalten des Vorgesetzten (1-5 Punkte)			
-0.5782			
<b>Kovariate Einrichtungsebene</b>	10	<b>Kovariate Individualebene</b>	3
<b>R<sup>2</sup>m</b>	41,04%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	6,22%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	41,04%		
<b>Skala „intrinsische Motivierung“: 8-56 Punkte</b>			

Das nach kreuzvalidiertem R<sup>2</sup> selektierte Modell erreicht eine fast identische Varianzaufklärung (R<sup>2</sup>m: 40,71% gegenüber 41,04%), erklärt neue Daten aber deutlich besser (kreuzvalidiertes R<sup>2</sup>: 28,16% gegenüber 6,22%). Dieses Modell nutzt zwei Kovariate auf Einrichtungsebene sowie drei auf der Individualebene. Eine höhere Berufserfahrung der Einrichtungsleitung führt in diesem Modell zu einer geringeren intrinsischen Motivierung (bei einem Intercept des Modells, das ohnehin bereits nahe am Maximum der Skala liegt), die Wahrnehmung der Funktion als Einrichtungs- und Pflegedienstleitung in Doppelfunktion zu einer höheren. Die drei Kovariate auf der Individualebene erhöhen bei jeweils höherer Ausprägung alle die intrinsische Motivierung, nämlich die Identifikation mit der Einrichtung, die Resilienz sowie das als konstruktiv wahrgenommene Führungsverhalten des Vorgesetzten.

**Tabelle 45: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für intrinsische Motivierung**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	0,000	
Residual		6,154	
Number of obs: 192, groups: er, 21			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Berufserfahrung der Einrichtungsleitung in Jahren	Einrichtungs- und Pflegedienstleitung nicht in Doppelfunk- tion	Identifikation mit der Ein- richtung (1-5 Punkte)
48,6098	0,2142	2,8427	-4,505
Resilienz (11-77 Punkte)	Führungsverhalten des Vorgesetzten (1-5 Punkte)		
-0,1514	-0,6946		
<b>Kovariate Einrichtungsebene</b>	2	<b>Kovariate Individualebene</b>	3
<b>R<sup>2</sup>m</b>	40,71%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	28,16%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	40,71%		
Skala „intrinsische Motivierung“: <b>8-56 Punkte</b>			

### 5.6.3.3 **Arbeitsbezogene Unzufriedenheit**

#### 5.6.3.3.1 *Relativer Einfluss der erklärenden Variablen*

Auf die arbeitsbezogene Unzufriedenheit hat der Anteil der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz den größten Einfluss. Keine andere Variable erreicht relativ zu dieser einen Einfluss >50% auf die Varianzaufklärung, die zweitbedeutsamste Variable ist die kaufmännische Qualifizierung der Einrichtungsleitung. Unter den Berufsgruppe- pro- Bewohner- Verhältnissen hat wiederum jenes der angelernten/ basisqualifizierten Mitarbeiter den größten Einfluss. Auch das Verhältnis der nichtpflegerischen Fachkräfte pro Bewohner findet Berücksichtigung in der Modellierung der Mehrebenenmodelle.

**Tabelle 46: Relativer Einfluss der Variablen auf arbeitsbezogene Unzufriedenheit im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >5% relativem Einfluss)**

	Variable	Relativer Einfluss im GBM- Ensemble
Einrichtungsebene	Anteil Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz	1,00
	Einrichtungsleitung kaufmännisch qualifiziert	0,40
	Vollzeitstellen basisqualifizierte und angelehrte Mitarbeiter pro 10 Bewohner	0,39
	Akademische Qualifikation der Einrichtungsleitung	0,29
	Berufserfahrung der Einrichtungsleitung in Jahren	0,25
	Berufserfahrung der Pflegedienstleitung in Jahren	0,24
	Vollzeitstellen nichtpflegerische Fachkräfte pro 10 Bewohner	0,24
	Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	0,18
	Anteil der Bewohner ohne Pflegestufe	0,16
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 3 oder Härtefall	0,16
	Anzahl der belegten Plätze	0,16
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 1	0,13
	Einrichtungs- und Pflegedienstleitung in Doppelfunktion	0,12
	Größe des Trägers	0,12
	Einsatz von Präsenzkraften	0,11
	Vollzeitstellen Assistenzberufe pro 10 Bewohner	0,08
	Tourenplanung umgesetzt	0,07
	Anzahl der Wechsel der Einrichtungsleitung in den vergangenen 5 Jahren	0,07
	Klassische Pflegeheimorganisation	0,07
	Art der Versorgung von Menschen mit Demenz	0,06
Vollzeitstellen Pflegefachkräfte pro 10 Bewohner	0,06	
Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse	0,06	
Demografietyt der Kommune	0,06	
Stellen (Köpfe) Azubi, FSJ, BufDi pro 10 Bewohner	0,05	
Individualebene		
	Identifikation mit der Einrichtung	1,00
	Resilienz	0,32

5.6.3.3.2 Mehrebenenmodell

Das nach AICc selektierte Mehrebenenmodell für die arbeitsbezogene Unzufriedenheit erreicht eine Varianzaufklärung von  $R^2_m=34,09\%$ . Aufgrund der auch bei diesem Modell nicht gegebenen Übertragbarkeit auf neue Daten (kreuzvalidiertes  $R^2$ ; 0,29%) wird auf hier auf dieses hinsichtlich des AICc beste Modell nicht weiter eingegangen.

**Tabelle 47: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für arbeitsbezogene Unzufriedenheit**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	1,837	
Residual		6,015	
Number of obs: 192, groups: er, 21			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Kein Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	Einrichtungsleitung akademisch qualifiziert	Einrichtungsleitung kaufmännisch qualifiziert
46,3799	0,6887	1,7874	-4,1175
Einrichtungs- und Pflegedienstleitung nicht in Doppelfunktion	Vollzeitstellen basisqualifizierte und angeleitete Mitarbeiter pro 10 Bewohner	Identifikation mit der Einrichtung (1-5 Punkte)	Resilienz (11-77 Punkte)
0,2996	-0,7288	-4,7133	-0,1409
<b>Kovariate Einrichtungsebene</b>	5	<b>Kovariate Individualebene</b>	2
<b>R<sup>2</sup>m</b>	34,09%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	0,29%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	39,71%		
<b>Skala „arbeitsbezogene Unzufriedenheit“: 7-49 Punkte</b>			

Das nach kreuzvalidiertem  $R^2$  selektierte Modell erreicht eine schwächere Varianzaufklärung ( $R^2_m$ : 28,76% gegenüber 34,09%) bei naturgemäß besserer Generalisierbarkeit, wenngleich diese sich auf niedrigem Niveau befindet (kreuzvalidiertes  $R^2$ : 18,06%).

Dieses Modell nutzt eine einzige Kovariate auf Einrichtungsebene. Eine akademische Qualifizierung der Einrichtungsleitung erhöht in diesem Modell die Unzufriedenheit (bei einem Intercept des Modells, der ohnehin bereits nahe am Skalenmaximum liegt). Hinsichtlich der beiden Kovariate auf der Individualebene (Identifikation mit der Einrichtung und Resilienz) gehen jeweils höhere Ausprägungen mit geringerer arbeitsbezogener Unzufriedenheit einher.

**Tabelle 48: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für arbeitsbezogene Unzufriedenheit**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	2,344	
Residual		6,030	
Number of obs: 192, groups: er, 21			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Einrichtungsleitung akademisch qualifiziert	Identifikation mit der Einrichtung (1-5 Punkte)	Resilienz (11-77 Punkte)
44,7645	1,3387	-4,7038	-0,141
<b>Kovariate Einrichtungsebene</b>		<b>Kovariate Individualebene</b>	
	1		2
<b>R<sup>2</sup>m</b>	28,76%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	18,06%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	38,12%		
Skala „arbeitsbezogene Unzufriedenheit“: <b>7-49 Punkte</b>			

### 5.6.3.4 **Aversion gegen Klienten**

#### 5.6.3.4.1 *Relativer Einfluss der erklärenden Variablen*

Die bedeutsamste Variable in der Gradient Boosting Machine ist auf Ebene der Einrichtung, bezogen auf das Outcome der Aversion gegen Klienten, der Anteil der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Relativ zur Bedeutsamkeit dieser Variable erreicht auch das Vorliegen eines Konzepts für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten einen relativen Einfluss >0,5 auf die Varianzaufklärung. Von den Berufsgruppen-pro-Bewohner-Verhältnissen ist jenes der nichtpflegerischen Fachkräfte das Bedeutsamste (insgesamt weist dieses den drittgrößten Einfluss auf). Auch das Verhältnis der Vollzeitäquivalente der angehenden/ basisqualifizierten Mitarbeiter findet sich (insgesamt auf Rang 4) unter den 13 bedeutendsten Einflussgrößen und wurde für die Mehrebenenmodellierung berücksichtigt.

**Tabelle 49: Relativer Einfluss der Variablen auf Aversion gegen Klienten im Ensemble der Gradient Boosting Machine (Variablen mit >5% relativem Einfluss)**

	Variable	Relativer Einfluss im GBM- Ensemble
Einrichtungsebene	Anteil Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz	1,00
	Konzept für die Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten	0,65
	Vollzeitstellen nichtpflegerische Fachkräfte pro 10 Bewohner	0,39
	Vollzeitstellen basisqualifizierte und angelernte Mitarbeiter pro 10 Bewohner	0,29
	Berufserfahrung der Einrichtungsleitung in Jahren	0,25
	Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 1	0,24
	Einzelzimmerquote	0,22
	Akademische Qualifikation der Einrichtungsleitung	0,15
	Einrichtungs- und Pflegedienstleitung in Doppelfunktion	0,13
	Tourenplanung umgesetzt	0,12
	Klassische Pflegeheimorganisation	0,12
	Größe des Trägers	0,12
	Anzahl der belegten Plätze	0,07
	Berufserfahrung der Pflegedienstleitung in Jahren	0,06
	Vollzeitstellen Pflegefachkräfte pro 10 Bewohner	0,06
Homogenität der Berufsgruppen-pro-Bewohner Verhältnisse	0,05	
Stellen (Köpfe) Azubi, FSJ, BufDi pro 10 Bewohner	0,05	
Individualebene		
	Resilienz	1,00
	Identifikation mit der Einrichtung	0,28
	Außerberufliche Belastung	0,20
	Berufsgruppe in 5 Kategorien	0,06

#### 5.6.3.4.2 Mehrebenenmodell

Das nach AICc selektierte Mehrebenenmodell für Aversion gegen Klienten erreicht eine Varianzaufklärung von  $R^2_m=24,32\%$ . Es ist mit einem kreuzvalidierten  $R^2$  von  $-1,44\%$ , ebenso wie die übrigen Modelle zur Mitarbeiterbelastung, die nach niedrigstem AICc selektiert wurden, nicht sinnvoll auf neue Daten übertragbar und zu stark an die Stichprobe angepasst. Auf dieses in Tabelle 50 dargestellte Modell wird daher nicht weiter eingegangen.

**Tabelle 50: Modellparameter im 2- Ebenenmodell für Aversion gegen Klienten**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	0,000	
Residual		4,332	
Number of obs: 192, groups: er, 21			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Einzelzimmerquote	Einrichtungsleitung akademisch qualifiziert	Einrichtungs- und Pflegedienstleitung nicht in Doppelfunktion
26,169	-2,6524	-1,1611	0,8383
Vollzeitstellen basisqualifizierte und angeleitete Mitarbeiter pro 10 Bewohner	Berufsgruppe : nicht-pflegerische Fachkraft	Berufsgruppe : Assistenzberuf	Berufsgruppe : 4: Betreuungskraft nach §87b/ 43b
-1,0562	-0,7867	-0,3413	-0,895
Berufsgruppe : BuFDi, FSJ	Berufsgruppe : Auszubildener	Berufsgruppe : Basisqualifikation oder angeleitet	Identifikation mit der Einrichtung (1-5 Punkte)
-5,7198	-1,6536	1,225	-0,9944
Außerberufliche Belastung vorhanden	Resilienz (11-77 Punkte)		
2,0006	-0,1356		
<b>Kovariate Einrichtungsebene</b>	4	<b>Kovariate Individualebene</b>	9
<b>R<sup>2</sup>m</b>	24,32%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	-1,44%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	24,32%		
<b>Skala „Aversion gegen Klienten“: 5-35 Punkte</b>			

Das nach kreuzvalidiertem  $R^2$  selektierte Modell erreicht eine etwas schwächere Varianzaufklärung ( $R^2m=21,94\%$  gegenüber  $24,32\%$ ). Auch dieses Modell ist allerdings noch zu stark an die Stichprobe angepasst und erreicht lediglich ein kreuzvalidiertes  $R^2$  von  $5,08\%$ . Dieses Modell weist neun Kovariate auf der Individualebene auf, wobei es sich bei sechs von diesen um dichotomisierte Dummy- Variablen handelt, die die Berufsgruppe des Mitarbeiters anzeigen. Es lässt sich konstatieren, dass für Aversion gegen Klienten kein zumindest beschränkt übertragbares Merebenenmodell identifiziert werden konnte. Die Vermutung liegt nahe, dass die Überanpassung an die Stichprobe aus der Berücksichtigung der kategorialen Variable der Berufsgruppe resultiert.

**Tabelle 51: Modellparameter im generalisierbarsten 2- Ebenenmodell für Aversion gegen Klienten**

<b>Random effects:</b>			
Groups	Name	Std.Dev.	
er	(Intercept)	0,636	
Residual		4,343	
Number of obs: 192, groups: er, 21			
<b>Fixed Effects (Intercept, Variablen und zugehörige Regressionskoeffizienten):</b>			
(Intercept)	Berufserfahrung der Einrichtungsleitung in Jahren	Anteil Bewohner mit eingeschränkter All- tagskompetenz	Berufsgruppe : nicht- pflegerische Fachkraft
19,53634	0,05424	0,33685	-1,09021
Berufsgruppe : Assis- tenzberuf	Berufsgruppe : Betreu- ungskraft nach §87b/ 43b	Berufsgruppe : BuFDi, FSJ	Berufsgruppe : Auszubil- dener
0,1938	-1,05639	-4,68194	-1,28486
Berufsgruppe : Basis- qualifikation oder an- gelernt	Außerberufliche Belas- tung vorhanden	Identifikation mit der Einrichtung (1-5 Punkte)	Resilienz (11-77 Punkte)
1,1085	2,03208	-0,9809	-0,13974
<b>Kovariate Einrichtungsebene</b>	2	<b>Kovariate Individualebene</b>	8
<b>R<sup>2</sup>m</b>	21,94%	<b>Kreuzvalidiertes R<sup>2</sup></b>	5,08%
<b>R<sup>2</sup>c</b>	23,57%		
Skala „Aversion gegen Klienten“: <b>5-35 Punkte</b>			

#### 5.6.4 Zusammenfassung und Fazit der Mehrebenen- Modellierung

Die zentrale Erkenntnis lässt sich bereits aus den Nullmodellen ableiten. Sowohl das Outcome Lebensqualität als auch die vier Outcomes, die sich auf die Beanspruchung der Mitarbeiter beziehen, werden vorwiegend durch die Ebene der Individuen und nur zu einem vergleichsweise geringen Anteil aus der Zugehörigkeit zu einer Einrichtung heraus erklärt. Der Anteil der Heimebene liegt beim Outcome Lebensqualität mit 20,67% aufgeklärter Varianz noch am höchsten, die Mitarbeiterbeanspruchung wird, je nach BHD- Dimension, zu 10,3% (Aversion gegen Klienten) bis 18,4% (erlebte Unzufriedenheit) durch die Heimebene erklärt. Der im Kontext dieser Studie interessierende Personalmix stellt wiederum nur einen Teilaspekt der potenziell erklärenden Einflussfaktoren innerhalb der Heimebene dar und ist insgesamt für die Varianzaufklärung der Outcomes eher unbedeutend.

An dieser Stelle ist aber sowohl nochmals auf den explorativen Charakter dieser Erhebung hinzuweisen als auch auf die eher kleine Anzahl der Heime in der Stichprobe und deren vermutliche Positivselektion (siehe auch Kapitel 6.1.2). Eingedenk dieser Limitationen lassen sich hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die Outcomes aber Tendenzen ableiten. Bezogen auf die Lebensqualität zeigte die Analyse der Variablenbedeutsamkeit auf, dass der Anteil der angelesenen und basisqualifizierten Mitarbeitern pro Bewohner die bedeutsamste Variable darstellte und im Mehrebenenmodell ein höherer Anteil mit niedrigerer Lebensqualität der Bewohner assoziiert ist. Zugleich handelt es sich bei dieser Personengruppe nach den Pflegefachkräften

um die, bezogen auf Vollzeitäquivalente, größte Gruppe in den Einrichtungen der Heimleiterbefragung. Einen noch stärkeren negativen Einfluss weist das Verhältnis der Pflegefachkräfte pro Bewohner auf. Höhere Anteile nicht- pflegerischer Fachkräfte sowie von Assistenzberufen hingegen sind im Mehrebenenmodell mit höherer Lebensqualität assoziiert. Je ausgeglichener die Mitarbeiter- pro Bewohner- Verhältnisse einer Einrichtung sind (Homogenitäts- Variable), desto höhere Lebensqualität der Bewohner ist demnach zu erwarten.

Auch hinsichtlich der BHD- Outcomes emotionale Erschöpfung, intrinsische Motivierung und arbeitsbezogene Unzufriedenheit zeigte sich, dass das Verhältnis der Gruppe der angelegerten/ basisqualifizierten Mitarbeiter pro Bewohner von allen Berufsgruppen- Ratios die höchste Bedeutsamkeit aufweist. In den Mehrebenenmodellen scheinen höhere Ratios dieser Gruppe ebenso wie der Gruppe der Pflegefachkräfte und eine höhere Homogenität der Berufsgruppen- Ratios mit geringerer emotionaler Erschöpfung einherzugehen. Ein höherer Anteil angelegerner/ basisqualifizierter Mitarbeiter scheint zudem mit geringerer arbeitsbezogene Unzufriedenheit assoziiert zu sein. Allerdings weist diese Gruppe auch die höchste Aversion gegen Klienten auf.

In den generalisierbarereren Modellen allerdings spielen all diese Variablen keine Rolle, weshalb der insgesamt geringe Zusammenhang zwischen Personalmix- Variablen und den Outcomes noch einmal betont werden soll.

Auf der Individualebene steht eine niedrigere (wohlgemerkt durch das Pflege- und Betreuungspersonal fremdbeurteilte) Lebensqualität der Bewohner in deutlichem Zusammenhang mit funktionalen und kognitiven Einbußen. Eine geringere Beanspruchung der Mitarbeiter steht in allen vier BHD- Outcomes in Zusammenhang mit höherer Resilienz und ausgeprägterer Identifikation mit der Einrichtung. Gesundheitliche Beschwerden und außerberufliche Belastungen sind zudem mit höherer emotionaler Erschöpfung assoziiert, letztere auch mit der Aversion gegen Klienten.

:

## **6. Diskussion und Empfehlungen**

### **6.1 Limitationen der Studie**

Die Studie PERLE hat im deutschsprachigen Raum den ersten Beitrag zu einer umfassenden Evaluation verschiedener Personalkonstellationen in der stationären Langzeitpflege geleistet. Dabei wurden Einrichtungs-, Bewohner- und Personalmerkmale in komplexen Modellen miteinander verknüpft. Dennoch handelt es sich um einen ersten Beitrag, entsprechend existieren auch hier Studienlimitationen.

#### **6.1.1 Limitationen des qualitativen Teils der Studie**

Qualitative Inhaltsanalyse und Kontexturanalyse sind zwei anerkannte und bewährte methodische Zugänge im qualitativen Bereich. Dennoch haben beide Verfahren Begrenzungen, auf die hier kurz eingegangen werden soll. Zunächst einmal muss darauf verwiesen werden, dass wir uns in diesem Ergebnisteil auf die Daten aus den acht kooperierenden Modelleinrichtungen stützen. Dabei bilden sich zwar typische Phänomene ab – das ist auch das Anliegen der qualitativen Forschung - Generalisierungen sind aber in dieser Grundgesamtheit nur auf der Basis des vorliegenden Datenmaterials möglich. Im qualitativen Forschungsbereich stehen damit explorative Ergebnisse im Zentrum und es geht um das Erkennen und die Abbildung des Typischen im Forschungsfeld. Durch das inhaltsanalytische Verfahren werden die subjektive Wahrnehmung und die Perspektive der Betroffenen in den Vordergrund gerückt. Es ist also eine Form der Rekonstruktion verinnerlichter Überzeugungen oder bestimmter Positionen, während der tiefere Sinn der Erzählungen, als eine Art hermeneutisches Verstehen, nur durch andere Auswertungsmethoden erschlossen werden kann. Das war aber in der vorliegenden Studie nicht das zentrale Anliegen. Vielmehr ging es darum, das Geschehen in der Fachpraxis besser sichtbar und verständlich zu machen und zu dies analytisch zu dekonstruieren. Exemplarisch wurde dies auf der Basis der Kontexturanalysen vorgenommen, wobei vor allem die „Spielregeln“, die das Handeln in den einzelnen Institutionen bestimmen, aus einer kritischen Perspektive herausgearbeitet wurden.

Entscheidend ist letztlich immer die Interpretationsleistung, die seitens der Forscher erbracht werden muss. Und die wiederum ist beeinflusst durch Vorerfahrungen, die Akzente und Schwerpunktsetzungen mit beeinflussen. Wir hatten versucht den damit verbundenen Bias durch eine Tandemkonstruktion zumindest ansatzweise zu kompensieren. Insgesamt stellen wir aber fest, dass beide Verfahren, die hier zur Anwendung kamen, substantielle Erkenntnisse generiert haben, ihre Grenzen dürfen jedoch nicht ignoriert werden. .

In der vorliegenden Studie wurden die Begrenzungen in den qualitativen Ergebnissen dadurch relativiert, dass sie in die Konstruktion des quantitativen Erhebungsinstruments, also des Fragebogens mit einer breiteren Datenbasis, eingeflossen sind. Mit der Triangulation innerhalb des qualitativen Arms der Studie, aber auch mit den Ergebnissen aus dem quantitativen Forschungszugang, erhalten die Ergebnisse insgesamt eine höhere Validität, was auch die Limitationen relativiert.

#### **6.1.2 Limitationen des quantitativen Teils der Studie**

Im quantitativen Part des Projekts beziehen sich die Limitationen zunächst auf einen potentiellen Bias in den Stichproben. Hinsichtlich der Bewohnerstruktur der Einrichtungen konnte hier jedoch eine sehr große Ähnlichkeit zur Pflegestatistik 2015 nachgewiesen werden. Ein Bias

der Heimstichproben bezüglich der bewohnerbezogenen Pflegestufen ist daher auszuschließen. Dennoch ist es plausibel anzunehmen, dass Einrichtungen mit größeren Problemen einer Teilnahme an der Studie ablehnend gegenüber standen und daher in der Stichprobe der Einrichtungen eine geringe Verzerrung ins Positive besteht. Auch für die Stichprobe der Bewohner ist aufgrund eines Vergleichs zur Pflegestatistik 2015 für Baden-Württemberg ein starker Bias hinsichtlich der Pflegestufen ausgeschlossen werden. Für die Stichprobe der Mitarbeiter besteht die Möglichkeit, einer Positivselektion der Mitarbeiter durch die Einrichtungsleitungen. Dieser Bias konnte nicht adressiert werden.

Eine zweite Limitation betrifft das Zeitfenster zwischen den beiden quantitativen Umfragen. Zwischen der Umfrage an die Einrichtungsleitungen und der Umfrage an die Mitarbeiter lag ein halbes Jahr. In diesem halben Jahr kann sich die Bewohner- und die Personalstruktur innerhalb der Einrichtungen stark verändert haben. Dies würde die Vorhersagekraft entsprechender Einrichtungsmerkmale aus der ersten Befragung für die individuellen Outcomeparameter der zweiten Befragung reduzieren. Die Interpretation der Nullmodelle ist hiervon allerdings nicht betroffen. Zudem beeinträchtigte das Zeitfenster die Bindung an die Stichprobe, was sich in einer geringeren Beteiligung an der Mitarbeiterbefragung niederschlug. In einem Fall wechselte auch die Heimleitung und die neue Leitung lehnte einer Beteiligung, die von der ehemaligen Leitungen angeregt wurde ab. Eine größere Stichprobe hätte vermutlich auch die Stabilität der Mehrebenenmodelle verbessert. Dem entgegenzuhalten ist jedoch, dass in dem angesprochenen Zeitfenster das theoretische Modell zur Lebensqualität entwickelt wurde. Auf diesem gemeinsamen Verständnis von Lebensqualität konnten die Ergebnisse von qualitativer Inhaltsanalyse und quantitativem Studienarm trianguliert werden, was auch einer der Stärken der vorliegenden Studie ist.

Eine dritte Limitation betrifft das Umfragedesign. In der Befragung der Heimleitungen konnten nur die Berufsbezeichnungen des Personals erfasst werden. Eine geeignetere Variable wären Stellenprofile und Aufgabenbereiche jedes Mitarbeiters. Dies ist jedoch in der Datenerhebung mit einem Arbeitsaufwand verbunden, der sich im vorgegebenem Kostenrahmen nicht realisieren ließ. Für zukünftige Forschungen wäre eine Verknüpfung dieser Stellenprofile und Kompetenzen des Personals mit einem Bedarfsprofil der Bewohner wünschenswert. Aus diesen Angaben könnten Variablen der Passung zwischen Bewohnerbedarfen und Mitarbeiterprofilen entstehen, die dann auf ihre Wirksamkeit in Bezug auf Belastungserleben des Personals und Lebensqualität der Bewohner untersucht werden können.

## **6.2 Kurze Zusammenfassung und Einordnung ausgewählter Ergebnisse**

Die vorliegenden Ergebnisse der Studie PERLE liefern einen mehrdimensionalen Einblick in die sich verändernde Fachpraxis der Pflege, die vielfältig unter Druck steht (vgl. Kapitel 1). Im quantitativen Teil wird unter anderem die große Heterogenität der Personalmodelle sichtbar, die unter dem Stichwort Personalmix in der Praxis verankert sind. Im qualitativen Teil konnten deutliche Widersprüche und Ungereimtheiten aufgezeigt werden. Dem Forscherteam ging es darum, die Bandbreite der Strategien aufzuzeigen und die Gesetzmäßigkeiten sichtbar zu machen, die die Begleitungs-, Betreuungs- und Pflegearbeit in den Einrichtungen derzeit kennzeichnen. Die Verantwortlichen in den von uns untersuchten Modelleinrichtungen versuchen auf sehr verschiedene Weise, neue Wege zu beschreiten und das unter den bestehenden Rahmenbedingungen und Limitationen. Sie sind dabei auch konfrontiert mit vielfältigen Erwartungen aus Wissenschaft und Politik, die auf eine Öffnung der Einrichtungen in Gemeinde und

Quartier, im Sinne von Sozialraumorientierung und Vernetzung setzen. Die in unsere Untersuchung einbezogenen Einrichtungen suchen sich vor diesem Hintergrund ihren individuellen Weg, mit diesen vielfältigen Einflussfaktoren auf ihre Arbeit umzugehen.

Eine fundierte konzeptionelle Erneuerung ist dabei aber nur sehr begrenzt erkennbar. Auch deswegen, weil ermöglichende Strukturen und Bedingungen in nicht ausreichendem Maß gegeben sind, wird häufig nur reagiert – und es dominiert bei den untersuchten Beispielen und Modellen häufig das „Versuch-Irrtum-Prinzip“. Das führt zu einem Handlungsimpuls, der eher aus der aktuellen Situation heraus erfolgt, aber ohne ausreichende und breit getragene konzeptionelle Fundierung und Reflexion. Strukturierte Fallbesprechungen sowie eine Evaluation der mit dem Personalmix gemachten Erfahrungen sind nur rudimentär vorhanden. Leitung, Mitarbeiter- und Bewohnerebene kommen zu ganz unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich der Motive und Wirkungen neuer Personalmodelle. Von Bewohnerseite werden vor allem psychosoziale Aspekte für die Lebensqualität betont, organisatorische und strukturelle Erfordernisse eher im Hintergrund wahrgenommen. Seitens der Akteure vor Ort steht die Bewältigung des Alltags ganz im Vordergrund. Deutlich wird aus den Gesamtergebnissen auch, dass in der Praxis kaum Zeit bleibt, die verschiedenen Personengruppen, Mitarbeiter- und Bewohnerschaft, in ausreichendem Maß an den Veränderungen zu beteiligen. Aus diesem Grunde ist eine Umsetzung, die alle Ebenen mitnimmt, bisher auch nur schwer möglich und eine fehlende Partizipation offenkundig. Dabei macht auch die Differenz zwischen Hausgemeinschaft und herkömmlicher Versorgung keinen wesentlichen Unterschied. Das führt zu der Situation, dass bewusst gewählte Modelle des Personalmix von der Leitung als Innovation verstanden werden, von den Mitarbeitern aber hinter dem neuen Personalmodell vor allem ökonomisch orientierte Motive vermutet werden. Ein Mangel an Motivation, aber auch die fehlende Reflektiertheit des professionellem Handelns und seiner theoretischen Begründung sind logische Folgen davon.

Insgesamt sehen wir unsere Ausgangshypothese bestätigt, wonach die Einrichtungen noch am Anfang stehen. Sie haben sich zwar neu aufgestellt aber noch keinen abschließenden Weg gefunden. Aus diesem Grunde muss betont werden, dass die vorliegenden Befunde einen Ausschnitt aus einem noch laufenden Prozess dokumentieren. Vier wichtige Ergebnisse sollen betont werden, die in eine Konsequenz münden.

- Erstens muss festgestellt, dass weder die internationale Studienlage (vgl. unser systematisches Review) noch die standardisierten Befunde klar belegen, dass ein bestimmter Personalmix und/oder eine höhere (Pflege)-Fachkraftquote eindeutig mit quantifizierbaren Outcomes auf Bewohnerseite korrelieren. Die Gründe dafür sind vielfältig. Vor allem ist die Erkenntnis zwingend, dass Pflege- und Lebensqualität letztlich das Ergebnis eines Zusammenspiels von verschiedenen Faktoren ist und in entscheidendem Umfang durch Organisation, Management und Rahmenbedingungen beeinflusst werden.
- Zweitens wird vor allem aus dem qualitativen Teil sehr deutlich, dass in den von uns untersuchten Einrichtungen – auch unabhängig von den vorhandenen Ressourcen – eine Heterogenität im Hinblick auf den konkreten Umgang mit dem Personalmix besteht und verschiedene „Modelle“ existieren. Das Spektrum erstreckt sich von ausschließlich Pflegefachkräfte einbeziehenden Ansätzen über familiäre Modelle, die keine klare Aufgabentrennung beinhalten bis zu hin zu Ansätzen eines multiprofessionellen Personalmix, der mindestens – neben der Pflege – auch hauswirtschaftliche und soziale Kompetenzen mit einbindet.

- Drittens muss trotz dieser verschiedenen Strategien grundlegend eine Konzept- und Theorielosigkeit (bis hin zur Theoriefeindschaft) beim Personalmix, eine Entgrenzung von Privatem und Beruflichem sowie das Fehlen systematischer Umsetzungsstrategien benannt werden. Bewohner reagieren überwiegend mit Anpassungsstrategien an die institutionellen Aspekte der Situation. Außerdem zeigen sich gefährliche Pflegestrategien (z.B. Sedierung, Einnässen, usw.), die aus fachlicher Sicht nicht akzeptiert werden können. Insgesamt – so unser Resümée – stehen die Einrichtungen unter einem extremen Druck und suggerieren die Mach- und Bewältigbarkeit eines Zustands, der gleichzeitig als schwierig und z.T. höchst problematisch beurteilt wird.
- Viertens zeigen sich aber genau in jenen Bereichen positive Effekte für Bewohner und Mitarbeiter, in denen mindestens ansatzweise ein multiprofessioneller Pflegemix gelingt. So weist unter den 63 Einrichtungen aus Baden- Württemberg, die sich an der Einrichtungsleiterbefragung beteiligten, abgesehen von den beiden Einrichtungen der Behindertenhilfe, eine der Modelleinrichtungen das höchste Verhältnis nicht- pflegerischer Fachkräfte pro Bewohner auf (1,18 Vollzeitäquivalente pro 10 Bewohner), wobei es sich zum einen um Hauswirtschaftsfachkräfte und zum anderen um Ergotherapeuten handelt. Allerdings weist diese Einrichtung zugleich auch den höchsten Anteil angelernter bzw. basisqualifizierter Mitarbeiter unter den Modelleinrichtungen auf (2,96 pro 10 Bewohner). Und dort, wo es gelungen ist, von Beginn an mehrere Professionen in Konzept und Umsetzung des Personalmix zu involvieren, diesen Prozess mit dem Träger abzustimmen und ihn adäquat zu moderieren, wird sowohl von Bewohnern wie auch Mitarbeitern dieser Veränderungsprozess positiv erlebt. Insbesondere in jenen Einrichtungen, die den Personalmix nicht nur als organisatorische Herausforderung sehen, sondern ihn in eine pflegfachlich und sozialgerontologisch fundierte Beziehungsarbeit einbinden, beobachten wir am ehesten Akzeptanz und Nachhaltigkeit.

**Konsequenz:** Sowohl aus der Onlinebefragung der Einrichtungen wie auch den qualitativen Auswertungen wird deutlich, dass ein fachlich fundierter Personalmix nur sehr eingeschränkt vorhanden ist. Es zeigt sich eine deutliche Dominanz der Pflege auf sehr unterschiedlichen Qualifikationsstufen, im Sinne eines Grade-Mix und weniger ein Skill-Mix. So sind auch die vielfältigen Qualifikationen und Professionen, die in der Landespersonalverordnung benannt sind, kaum in der Praxis zu finden. Die hier bereits vorhandenen Optionen werden nur bedingt genutzt. Die größte Gruppe, neben den Pflegefachkräften, stellen un- und angelernte Kräfte (vgl. Tabelle 37). Dieses Ergebnis stützt die Befürchtungen vor einer De-Professionalisierung in der stationären Pflege. Wenn aber der Personalmix eine sinnvolle Strategie sein soll, dem Fachkraftmangel in der Pflege zu begegnen, darf die Umsetzung nicht dem Zufall überlassen werden. Es muss also darum gehen, hier klare Empfehlungen und Vorgaben zu entwickeln, die auch mit der Vergütungspraxis verknüpft sind.

### 6.3 Empfehlungen

Zentral ging es uns um die Frage, welche Erfahrungen dahingehend vorliegen, den Personalmix so zu gestalten, dass einerseits die Lebensqualität der Bewohner aufrechterhalten und sogar erhöht wird, andererseits aber die Mitarbeiter nicht überbeansprucht werden. Dieses „Passungsgefüge“ wird - das haben unsere Analysen eindrücklich gezeigt - in sehr unterschiedlicher Art und Weise in den Einrichtungen gewährleistet. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse der Studie und die dahinter liegenden Praxiserfahrungen kritisch zu analysieren und zu synthetisieren. Der vorliegende Bericht liefert dafür eine fundierte Grundlage. In

der Zusammenfassung der Ergebnisse lassen sich folgende Empfehlungen formulieren. Unsere Überlegungen haben wir wie folgt gegliedert:

### **Empfehlungen an die Politik:**

Vorbemerkung: Offenheit und Flexibilität des Personalmix sind mit einer affirmativen Praxis kompatibel, der es gelingt - trotz extremer Herausforderungen im Alltag (auch im Hinblick auf Belastungen des Personals) - eine als defizitär charakterisierte Gesamtsituation („wir verwalten einen Mangel in der Altenpflege“) aufrechtzuerhalten. Es ist Aufgabe der Politik diesen Zustand aufzugreifen, Reformen in der stationären Langzeitpflege systematisch zu unterstützen und die hierfür notwendigen Ressourcen verfügbar zu machen. Konkret bedeutet dies die Unterstützung bei folgenden Aktivitäten:

- 1) Grundsätzlich ist es notwendig, den Einrichtungen ein **praktikables Instrument** zur Verfügung zu stellen, welches sie in die Lage versetzt, einen Personalmix auf die Bewohner- und Mitarbeiterbedürfnisse abzustimmen. Es ist deshalb ein Vorschlag für ein Aufgaben- und Kompetenzprofil vorzulegen, das als Modell eines sinnvollen Personalmix in der stationären Langzeitpflege folgenden Kriterien entspricht: *Erstens* sollten darin mehrere Berufsgruppen involviert sein - zumindest Pflege, Soziale Arbeit, therapeutische Berufsgruppen und Hauswirtschaft gehören, je nach konzeptioneller Ausrichtung einer Einrichtung, zwingend dazu. Die Forderung nach einer deutlicheren Verankerung der stationären Altenpflege in Sozialraum und Quartier braucht wieder verstärkt die Einbindung der Profession Soziale Arbeit, die mit der Einführung der Pflegefachkraftquote aus dem stationären Pflegebereich weitgehend verschwunden ist. Und die Hauswirtschaft erhält vor allem in der Logik der kleineren Pflegeeinheiten eine ganz zentrale Rolle. *Zweitens* sind verschiedene Qualifikationsgrade mit zu berücksichtigen, vor allem im Hinblick auf einen Mix von Fachkräften sowie un- und angelernter Personen. *Und drittens* sollte die kulturelle Vielfalt Beachtung finden, so dass keine relevante Gruppe im stationären Pflegeheimkontext exkludiert wird.
- 2) Grundlage dieses Modells sind **Leitlinien**, die zu erarbeiten sind und einen verbindlichen Charakter für die Fachpraxis erhalten. Die Einbindung von freiwilligem und bürgerschaftlichem Engagement muss dabei mitgedacht werden, und es braucht dafür eine klare konzeptionelle Fundierung und Verankerung. Das schließt auch die Qualifizierung und Begleitung freiwillig Engagierter mit ein. Engagement im Feld der Pflege ist eine wichtige Facette im Pflegemix und muss auch entsprechen konzeptionell verankert und gewürdigt werden. Das Aufgabenspektrum sollte jedoch keinesfalls zu einem Stützpfiler der pflegerischen Versorgung werden. Der Fokus sollte eindeutig in der alltagsbezogenen Begleitung der Bewohnerschaft liegen.
- 3) Rahmenmodelle des Personalmix müssen dabei so **offen und flexibel** sein, dass sie auf die vorhandene Personalzusammensetzung vor Ort heruntergebrochen werden können. Aus diesem Grunde können externe Vorgaben nur eine erste Orientierung darstellen, dessen konkrete Ausführung sich an den Bedingungen vor Ort orientieren muss. Zwingend ist, dass der entsprechend generierte Ansatz konzeptionell verankert und fachlich gestützt wird. Ziele, Aufgaben und Bewertungskriterien des Personalmix müssen deshalb formuliert und konkretisiert werden.
- 4) Bei der Weiterentwicklung des Personalmix als Leitkonzept in der stationären Langzeitpflege sind **Bedürfnisse der Heimbewohnerschaft**, z.B. über Ombudsfrauen

bzw. Ombudsmänner zwingend zu beachten. Die Pflege- und Lebensqualität der Betroffenen sind hier das Referenzkriterium. Dabei müssen jene Merkmale berücksichtigt werden, die durch die pflegewissenschaftliche und sozialgerontologische Forschung entwickelt wurden. Die **Perspektive der verschiedenen Professionen und Mitarbeitergruppen** muss durch die systematische Einbeziehung von Vertretern der Berufsverbände sichergestellt werden. Dies hat sich im Projektbeirat gut bewährt. Alle Gruppen müssen an dem Prozess der Formulierung von Leitlinien für einen Personalmix in der stationären Langzeitpflege aktiv beteiligt werden, z. B. in Form von Einschätzungen oder Stellungnahmen, um eine möglichst breite Akzeptanz dafür zu erreichen.

- 5) Die Entwicklung der skizzierten Maßnahmen muss aufgrund der Ergebnisse der vorhandenen Literatur sowie der Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie erfolgen. Dazu ist ein **Expertengremium** zu beauftragen, welches einen entsprechenden Vorschlag innerhalb von 24 Monaten vorlegt.

#### **Empfehlungen an die Träger der stationären Langzeitpflege:**

- 6) Aufgabe der Einrichtungen ist vor allem die **Umsetzung und Anpassung der Rahmenmodelle an die Bedingungen vor Ort**. Es ist ein Konzept für den Personalmix zu entwickeln und mit einem Qualifizierungsprojekt zu verbinden, und zwar im Hinblick auf die Erfordernisse einer multi- und interdisziplinären Zusammenarbeit. Anleitungs- und Unterstützungsfunktionen der Fachkräfte spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle, ebenfalls die Einbeziehung verschiedener Qualifikationsebenen und von bürgerschaftlichem Engagement.
- 7) Dabei ist zu beachten, dass bei der **Pflegeprozessessteuerung** unbedingt und ausschließlich Pflegefachkräfte zu beteiligen sind. **Führungsaufgaben**, beispielsweise die Leitung eines Wohnbereichs, einer Station oder einer Hausgemeinschaft müssen aber grundsätzlich allen Fachkräften offen stehen. Konkret muss es möglich sein, dass ein Wohnbereich durch eine erfahrene Sozialarbeiterin, eine Hausgemeinschaft durch eine qualifizierte Person aus der Hauswirtschaft und ein Palliativbereich durch eine weitergebildete Pflegefachkraft geleitet werden.
- 8) Ebenfalls sollten **akademisch qualifizierte Fachkräfte** (vor allem bezogen auf die Pflege) eingesetzt werden. Diesbezüglich ist nur an Leitungsfunktionen, sondern auch auf Prozesssteuerung, Teamentwicklung sowie das Training-on-the Job von Nichtfachkräften abzuheben.

## 7. Literaturverzeichnis

- Altman, D.G., Bland, J.M. (1995).** The Absence of evidence is not evidence of absence. *British Medical Journal* 311(7003), 405.
- Antonovsky, A., Franke, A. (1997).** Salutogenese, zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt..
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2014).** Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. *J Am Med Dir Assoc* 15(6), 383-393.
- Bostick, J. E., Rantz, M. J., Flesner, M. K., & Riggs, C. J. (2006).** Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 7(6), 366-376. United States.
- Brandenburg, H. (2013).** Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz in Pflegeoasen. Empirische Ergebnisse und methodische Implikationen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(5), 417-424.
- Brandenburg, H., Güther, H. (2014).** Lebensqualität und Demenz – theoretische, methodische und praktische Aspekte. In: Coors, M; Kumlehn, M. (Hrsg.). *Lebensqualität im Alter*, 127-149. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandenburg, H., Adam-Paffrath, R., Brühl, A., Burbaum, J. (2011).** Pflegeoasen. (K)Ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!? Abschlussbericht. Vallendar: Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar.
- Burisch, M. (2006).** Das Burnout-Syndrom. Heidelberg: Springer..
- Burzan, N. (2016).** Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods. Weinheim/Basel: Juventa.
- Castle, N. G. (2008).** Nursing Home Caregiver Staffing Levels and Quality of Care. A Literature Review. *Journal of Applied Gerontology* 27(4), 375-405.
- Collier, E., & Harrington, C. (2008).** Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Res Gerontol Nurs* 1(3), 157-170.
- Creswell, J.W., Plano Clark, V.L. (2011).** Designing and Conducting - Mixed Methods Research. Thousand Oaks: SAGE.
- Destasis (2015).** Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime. Abrufbar: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102159004.pdf?__blob=publicationFile). Letzter Zugriff: 8.01.2018.
- Felfe, J., Six, B., Schmook, R., Knorz, C. (2014).** Commitment Organisation, Beruf und Beschäftigungsform (COBB). In: Danner, D. & Glöckner, A. (Hrsg.). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. doi: 10.6102/zis9.
- Flick, U. (2011).** Triangulation. Eine Einführung. (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Friedman, J. H. (2001).** Greedy function approximation: a gradient boosting machine. *Annals of statistics* 29(5), 1189-1232.
- Fuchs, P. (2014).** Organisation und Communitas: zur Crux der Selbstbeschreibung von Organisationen als Familien. In: *Organisation und Intimität: Der Umgang mit Nähe im organisationalen Alltag - zwischen Vertrauensbildung und Manipulation*, 11-24. Heidelberg: Auer..

- Grebe, C. (2013).** Pflegeaufwand und Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege: Entwicklung eines empirischen Fallgruppensystems auf der Basis von Bewohnercharakteristika. Vortrag auf der 3- Länderkonferenz Pflege & Pflegewissenschaft 2013, Konstanz, 16.09.2013.
- Günther, G. (1979a).** Die Theorie der "mehrwertigen" Logik. In: Günther, G. (Hrsg.). Beiträge zur Grundlegung einer operationsfähigen Dialektik, Bd.2, 181-202. Hamburg: Felix Meiner..
- Günther, G. (1979b).** Life as poly-contextuality. In: Günther, G. (Hrsg.). Beiträge zur Grundlegung einer operationsfähigen Dialektik, Bd.2., 283-307. Hamburg: Felix Meiner..
- Hacker, W., Rheinhold, S (1999).** Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System). Frankfurt am Main: Swets Test Services GmbH.
- Hodgkinson, B., Haesler, E. J., Nay, R., O'Donnell, M. H., & McAuliffe, L. P. (2011).** Effectiveness of staffing models in residential, subacute, extended aged care settings on patient and staff outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 15(6), CD006563.
- Hox, J.H. (2010).** Multilevel Analysis. Techniques and Applications. New York: Routledge.
- Kane, R.A., Kling, K.C., Bershadsky, B., Kane, R.L., Giles, K., Degenholtz, H.B. et al. (2003).** Quality of life measures for nursing home residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, M240-M248.
- Kelle, U., Metje, B., Niggemann, C. (2014).** Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In: Ammann, A., Kolland, F. (Hrsg.). Das erzwungene Paradies des Alters. Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie, 175-206. Heidelberg: Springer.
- Kleibel, V., Mayer, H. (2011).** Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Wien: Facultas.
- Kruse, A. (2015).** Was ist eine gute Institution? Das Pflegeheim im Kontext einer hohen Betrachtung des hohen Alters und der Demenz. In: Brandenburg, H.; Güther, H. & Proft, I. Kosten kontra Menschlichkeit. Herausforderungen an eine gute Pflege im Alter. Ulm: Matthias Grünewald Verlag.
- Kuckartz, U. (2014).** Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS.
- Jansen, T.(2013).** Mitbestimmung in Aufsichtsräten. Wiesbaden: Springer.
- Jansen, T.; von Schlippe, A. und Vogd, W. (2015).** Kontexturanalyse – ein Vorschlag für rekonstruktive Sozialforschung in organisationalen Zusammenhängen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 16(1), Art. 4, Abrufbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs150141>. Letzter Zugriff: 19.12.2017
- Kleiner, J. (2005).** Tätigkeitsbereiche und Einsatzmöglichkeiten von Präsenzkräften in Hausgemeinschaften für pflegebedürftige und dementiell erkrankte ältere Menschen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Lamnek, S. (2005).** Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch (4. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lawton, M.P. (1999).** Environmental design features and the well-being of older persons. In M. Duffy (Ed.), *Handbook of counseling and psycho-therapy with older adults.* (pp. 350-363). New York: Wiley.
- Lawton, M.P. (1991).** A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In: Birren, J.E., Lubben, J., Rowe J., Deutchman, D.(eds). *The Concept and Measurement of Quality of Life.* New York, Academic Press.

- Lazarus R.S. (1974).** Cognitive and coping processes in emotion. In: Weiner, B. (Hrsg.); Cognitive Views of human emotion. New York: Academic Press.
- Macsenaere, M., Arnold, J., Stemmer, R. (2016).** Darstellung von 31 Kennzeichen/ Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung. Abschlussbericht. Mainz: Katholische Hochschule Mainz.
- Maslach, C., Leiter, M.P. (1997).** The Truth about Burnout. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, H. (2009).** Methodenübergreifende Triangulation – Sein oder Schein. Eine Diskussion problematischer Aspekte der Kombination qualitativer und quantitativer Forschungsansätze auf der Basis publizierter Forschungsarbeiten. Zeitschrift für Pflegewissenschaft 9(7/8), 410-417.
- Mayring, P. (2010).** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 1., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2002).** Einführung in die qualitative Sozialforschung; eine Anleitung zu qualitativem Denken (5. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.
- Meuser, M., Nagel, U. (2002).** Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: A. Bogner, B. Littig und W. Menz (Hrsg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 71–93. Opladen: Leske + Budrich.
- Mohr, G., Wolfram, H.-J., Schyns, B., Paul, T., & Günster, A.C. (2014).** Kommunikationsqualität Führungskräfte und MitarbeiterInnen. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. doi:10.6102/zis27.
- Naegele, G., Kuhlmann, A., Walter, U., Patzelt, C. (2013).** Personalbedarf in der Altenhilfe und Altenpflege in Baden-Württemberg. Expertise unter Berücksichtigung des Bedarfs an nicht-medizinischen Fachkräften mit akademischer Qualifikation. Abschlussbericht. Abrufbar: [https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/kvjs-forschung/Abschlussbericht-Personalbedarf\\_AH\\_01.pdf](https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/kvjs-forschung/Abschlussbericht-Personalbedarf_AH_01.pdf). Letzter Zugriff: 10.02.2014.
- Nohl, Arndt-Michael (2008).** Interview und dokumentarische Methode Anleitungen für die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag.
- Oswald F, Wahl HW, Schilling O, Nygren C, Fänge A, Sixsmith A, Sixsmith J, Széman Z, Tomsone S, Iwarsson S. (2007).** Relationships between housing and healthy aging in very old age. In: Gerontologist 2007 Feb; 47(1), 96-107.
- Przyborski, Aglaja (2004).** Gesprächsanalyse und Dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. Wiesbaden: VS..
- Quasdorf, T., Holle, D., Panfil, E.M. (2018).** Spezielle Designs. In Brandenburg, H. , Dorschner, S. & Schrems, B. (Hrsg.). Pflegewissenschaft 2. Bern: Huber (im Erscheinen).
- Rahman, A., Straker, J. K., & Manning, L. (2009).** Staff assignment practices in nursing homes: review of the literature J Am Med Dir Assoc 10(1), 4-10.
- Reggentin, H., Dettbarn-Reggentin, J. (2006).** Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ridgeway, G. (2017).** Generalized Boosted Regression Models. Package gbm. Abrufbar: <https://cran.r-project.org/web/packages/gbm/gbm.pdf>. Letzter Zugriff:31.01.2018.

- Schreier, M. (2017).** Kontexte qualitativer Sozialforschung: Arts-Based Research, Mixed Methods und Emergent Methods. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* 18 (2), Art. 6.
- Schütze, Fritz (1987).** Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien. Studienbrief der Universität Hagen. Teil 1. Hagen: Universität Hagen.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2004).** Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. Abufbar: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/resilienzskala2.pdf>. Letzter Zugriff: 15.01.2018.
- Scott-Cawiezell, J., & Vogelsmeier, A. (2006).** Nursing home safety: a review of the literature. *Annu Rev Nurs Res*, 24, 179-215.
- Shin, J. H., & Bae, S. H. (2012).** Nurse staffing, quality of care, and quality of life in US nursing homes 1996-2011. An integrative review. *J Gerontol Nurs* 38(12), 46-53.
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005).** Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Abrufbar: <http://www.next.uni-wuppertal.de>. Letzter Zugriff: 31.01.2018.
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011).** The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes. A systematic review. *Int J Nurs Stud* 48(6), 732-750.
- Vaarama, M., Pieper, R. (2008).** The Concept of Care-Related Quality of Life. In: Vaarama, M.; Pieper, R.; Sixsmith, A. (Hrsg.), *Care-related quality of Life in old age. Concepts, models, and empirical findings*, 65-101. New York: Springer Science + Business Media.
- Xu, D., Kane, R. L., & Shamiyan, T. A. (2013).** Effect of nursing home characteristics on residents' quality of life: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 57(2), 127-142.
- Vogd, Werner (2009a).** Rekonstruktive Organisationsforschung: Qualitative Methodologie und theoretische Integration. Opladen: Barbara Budrich.
- Vogd, Werner (2009b).** Qualitative Evaluation im Gesundheitswesen zwischen Trivialisierung und angemessener Komplexität. *Zeitschrift für Qualitative Forschung* 10(1), 19-44.
- Weick, Karl E. (1998).** Der Prozeß des Organisierens. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Weidekamp-Maicher, M. (2016).** Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung, Rahmenmodell und Merkmale. Abschlussbericht. Düsseldorf: Hochschule Düsseldorf.
- Werner, B., Heyne-Kühn, M. & Hug, A. (2011).** Psychische Belastungen und Beanspruchungen Pflegender in der Schwerstpflege - MitarbeiterInnen in den Versorgungssettings segregative Wohnbereiche für Demenzkranke in der stationären Altenpflege und in Demenz-Pflegewohngemeinschaften im Vergleich. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft* 4, 233 – 251.
- Witzel, A. (1982).** Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt a.M.: Campus.