

ipg research notes 02/2009

Frieder R. Lang, Roland Rupperecht, Sabine Engel,
A. Beyer, B. Kraus, C. Liebich, K. Schüssel & M. Sonnenberg

Personelle Ausstattung und Versorgungsqualität in bayerischen Alten- und Pflegeheimen

Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den
Auswirkungen unterschiedlicher Leitungsmodelle
auf die Versorgungsqualität

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



Institut für Psychogerontologie

©2009

Institut für Psychogerontologie
Universität Erlangen-Nürnberg

Nägelsbachstr. 25
91052 ERLANGEN, GERMANY

Telefon: +49 9131 85-26526

Telefax: +49 9131 85-26554

E-Mail: psycho@geronto.uni-erlangen.de
www.geronto.uni-erlangen.de



Personelle Ausstattung und Versorgungsqualität in bayerischen Alten- und Pflegeheimen

Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den Auswirkungen
unterschiedlicher Leitungsmodelle auf die Versorgungsqualität

Frieder R. Lang, Roland Rupprecht, Sabine Engel,
A. Beyer, B. Kraus, C. Liebich, K. Schüssel & M. Sonnenberg

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

16.03.2009

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

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	3
1 EINLEITUNG	8
2 ÜBERBLICK ZUM STAND DER FORSCHUNGLITERATUR	11
2.1 Grundlage und Vorgehen der Literaturanalyse	11
2.2 Gesetzliche Grundlagen	11
2.2.1 Anforderungen an Leitungsfunktionen und Leitungsmodelle	11
2.2.2 Nachtdienst	15
2.3 Ergebnisse empirischer Studien	16
2.3.1 Leitungsfunktionen und -modelle	16
2.3.2 Personalschlüssel im Nachtdienst	18
2.4 Implikationen für die Feldstudie - methodischer Ansatz	20
3 FELDSTUDIE ZU PERSONAL AUSSTATTUNG UND VERSORGUNGSQUALITÄT	21
3.1 Methodisches Vorgehen	21
3.1.1 Durchführung und Datenerhebung	21
3.1.2 Instrumente und Verfahren	23
3.1.3 Statistische Auswertung	26
3.2 Stichprobe	26
3.2.1 Stichprobenziehung	26
3.2.2 Beschreibung der Untersuchungsstichprobe	28
3.2.3 Selektivität und Güte der Stichprobe	36
3.3 Ergebnisse der Feldstudie	39
3.3.1 Auswirkungen der Leitungsmodelle	39
3.3.2 Auswirkungen des Personalschlüssels im Nachtdienst	50
4 ZUSAMMENSCHAU UND AUSBLICK	53
LITERATUR	59

Zusammenfassung

Das System der Pflegeversicherung führt zu einem Wettbewerb um günstige Kosten-Leistungsverhältnisse in den Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe. Eine Folge dieses Wettbewerbs ist, dass die Träger versuchen Personalkosten zu senken. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben sind dem Personalmanagement allerdings enge Grenzen gesetzt. So zeigt sich erst in jüngerer Zeit eine zunehmende Tendenz, die Leitungsfunktion für mehrere Einrichtungen oder auch die Funktionen der Heim- und Pflegedienstleitung jeweils nur an eine einzige Person zu übertragen. Allerdings ist bislang wissenschaftlich völlig ungeklärt, welche Auswirkungen verschiedene Personalleitungsmodelle¹ auf die Qualität der Pflege und auf die Zufriedenheit der beteiligten Akteure in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe haben.

Auch die gesetzliche Regelung ist uneindeutig. Nach § 71 Abs. 2 SGB XI muss in einer stationären Pflegeeinrichtung eine Pflegedienstleitung beschäftigt sein. Die Regelungen des SGB XI schließen nicht eindeutig aus, dass die Tätigkeiten der Heimleitung und der Pflegedienstleitung in Personalunion geführt werden. Aus juristischer Sicht wird eine derartige Union jedoch kritisch bewertet. So hatte das LSG Baden-Württemberg in einem konkreten Fall eine Heimleitungs- und Pflegedienstleitungsunion in einer Einrichtung mit 131 Pflegeplätzen untersagt. In kleineren Einrichtungen, in denen eine solche Union eine erhebliche wirtschaftliche Komponente darstelle, sei eine Personalunion aber möglich. Nach § 2 Abs. 3 der Heimpersonalverordnung kann die Heimleitung für eine Einrichtung auf mehrere Leiter verteilt werden. Der Fall, dass ein Heimleiter für mehrere Einrichtungen zuständig ist, ist dagegen vom Gesetzgeber bisher nicht ausdrücklich geregelt.

Bislang gibt es keine belastbaren wissenschaftlichen Daten, auf die sich gesetzliche Regelungen oder Verordnungen stützen könnten. Ein Überblick der einschlägigen Forschungsliteratur zeigt zwar einige Befunde, wonach die Arbeitsbelastung und -bedingungen des Pflegepersonals in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in hohem Maße von der Führungskompetenz der Vorgesetzten abhängen. Ein systematischer Vergleich der Arbeitszufriedenheit des Personals in Einrichtungen mit verschiedenen Personalleitungsmodellen liegt bislang aber nicht vor. Erste Studien weisen allerdings darauf hin, dass eine Personalunion von Heim- und Pflegedienstleitung aufgrund der

¹ Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit werden die verschiedenen Leitungsmodelle wie folgt abgekürzt:

- Heimleitung ist für mehrer Heime zuständig: „HLplus“
- Personalunion von Heim- und Pflegedienstleitung: „PU“
- Je eine Heim- und Pflegedienstleitung pro Einrichtung: „Standard“

Überlastung des Stelleninhabers negative Auswirkungen auf die Organisation der Einrichtung haben kann. Andere Einflüsse der Personalleitungsmodelle, etwa auf die Qualität der Pflege, die Lebensqualität der Bewohner oder die Zufriedenheit der Angehörigen, wurden bislang in keiner Studie untersucht.

Im Hinblick auf Klärung dieser Fragestellung wurde im vierten Quartal 2008 in 75 Heimen aus ganz Bayern eine explorative Feldstudie zu den Auswirkungen der unterschiedlichen Leitungsmodelle (HLplus, PU und Standard, siehe Fußnote 1) in den beteiligten Heimen durchgeführt. In der Studie werden Perspektiven der verschiedenen Beteiligten (Bewohner, Angehörige, Pflegepersonal, Heimbeirat, Heim- und Pflegedienstleitung, Heimträger) einbezogen. Diese Vorgehensweise zielt darauf, die Sichtweisen aller Beteiligten zu verbinden und mit objektiven Daten (Bettenzahl, Personalschlüssel, Anzahl von Beschwerden, etc.) in Beziehung zu setzen.

Die Stichprobenziehung für die Studie erfolgte anhand des Verzeichnisses zu Heimen der Altenhilfe in Bayern und einer Aufstellung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Letztere umfasst eine nach den sieben Regierungsbezirken Bayerns untergliederte Auflistung von Heimen mit PU sowie HLplus-Einrichtungen. Zunächst wurden pro Regierungsbezirk vier Einrichtungen mit dem Modell HLplus zufällig ausgewählt. Diesen Einrichtungen wurden jeweils eine Einrichtung mit PU und eine Einrichtung mit Standardmodell nach Größe und Region zugeordnet. Zusammenfassend haben von 99 kontaktierten Heimen 75 teilgenommen (Teilnahmequote 75.8%). Aufgrund von nicht vorhersehbaren Änderungen im Leitungsmodell nach der Stichprobenziehung setzt sich die Stichprobe wie folgt zusammen: 26 Heime des Standardmodells, 23 Heime mit Personalunion (PU) und 26 Heime mit einem Heimleiter für mehrere Einrichtungen (HLplus). Von diesen 26 Heimleitern waren zwei für jeweils drei Einrichtungen zuständig, die anderen 24 Heimleitungen waren für jeweils zwei Einrichtungen verantwortlich.

Bei der Gegenüberstellung der strukturellen Daten ergeben sich in der Bettenzahl Unterschiede zwischen den Heimen der drei Leitungsmodelle. Heime mit Personalunion sind kleiner (Mittelwert = 65 Betten) als die beiden anderen Modellvarianten (HLplus: \bar{x} 98 Betten, Standard: \bar{x} 100 Betten). Dabei handelt es sich nicht um einen Effekt der Stichprobenauswahl. Die unterschiedliche Bettenanzahl stimmt mit der Verteilung in der Grundgesamtheit überein. Bayernweit liegen die Bettenzahlen in PU-Heimen durchschnittlich bei 60, in HLplus-Einrichtungen bei 77 und in Standardheimen bei 102 Betten. Aufgrund dieser Vermengung (Konfundierung) erfordern die Vergleiche der Leitungsmodelle eine sorgfältige Berücksichtigung anderer möglicherweise größenabhängiger Einflussfaktoren.

Die 75 untersuchten Heime werden von 65 verschiedenen Trägern betrieben. Die Verteilung der Träger in der Stichprobe entspricht weitgehend der tatsächlichen Trägerlandschaft in bayerischen Alten- und Pflegeheimen (kirchliche Träger: 29%, in Bayern: 29%; freie Wohlfahrtsträger: 28%, in BY: 26%). Kommunale Träger sind hingegen in der Studie mit 23% leicht überrepräsentiert (in BY: 15%), während die gewerblichen privaten Träger mit 20% unterrepräsentiert (in BY: 30%) sind. Dies ist eine Folge der Tatsache, dass besonders private Träger eine Teilnahme an der Studie ablehnten. Hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft bei Bewohnern, Angehörigen und Personal zeigten sich hingegen keine auffälligen Unterschiede zwischen den drei Personalleitungsmodellen. Die Rücklaufquote der postalisch verschickten Fragebögen lag zwischen 54% und 69%. Hinsichtlich struktureller Gegebenheiten unterschieden sich die untersuchten Heime nicht voneinander.

Leitungsperspektive: An der Untersuchung nahmen 140 Leitungspersonen (Heimleiter/innen bzw. Pflegedienstleiter/innen) der Einrichtungen teil. Die befragten Heim- bzw. Pflegedienstleiter/innen halten das Standardmodell für die sicherste und beste Variante. Das Modell HLplus ist für sie im Wesentlichen ein Kostensparmodell, das seine Grenzen in unklaren Zuständigkeiten, mangelnder Präsenz des Heimleiters in der Einrichtung und dem Fehlen eines Ansprechpartners für die Belange der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter findet. Dieses geht einher mit der Einstellung der Befragten, dass diese Form eine außerordentliche und kaum zu bewältigende Belastung darstellt. Die hohe Arbeitsbelastung der Leitungsebene aber auch der Mitarbeiter steht in der PU-Variante ganz vorne in der Liste der Nachteile. Häufig wird argumentiert, dass diese Leitungsform die jeweilige Leitungsperson überfordere und dass ihr ein kompetenter Gesprächspartner fehle. Für kleinere Häuser (bis max. 50-60 Betten) sei die Personalunion trotzdem eine vertretbare, oft auch gute Lösung. Gelobt werden die Nähe zur Pflege, der enge Kontakt mit Bewohnern, deren Angehörigen und den Mitarbeitern. Diese positive Einschätzung beruht zum großen Teil auf dem Aspekt, dass der Leitung in einer Personalunion eine größere Souveränität in Entscheidungsfragen zugeschrieben wird. Die Souveränität und Präsenz der Heimleitung sprechen aus Sicht der Interviewpartner auch für das Standardmodell. Entscheidender Vorteil dieses Modells ist jedoch, dass die Zuständigkeiten auf der Leitungsebene klar und transparent seien und das für alle Akteure in der Einrichtung. Unterstrichen werden diese Aussagen von der Tatsache, dass 40% der Interviewpartner keine nachteiligen Aspekte dieser Leitungsform zu erkennen vermochten.

Personalperspektive: Aus der Gruppe des Pflegepersonals nahmen insgesamt 468 (davon 88,5% weiblich) teil. Dies entspricht durchschnittlich sechs Personen pro Heim. 317 (73,2%) der befragten Pflegepersonen verfügen über einen Abschluss als Alten-

bzw. Krankenpflegefachkraft. Die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei ca. zehn Jahren. Das Pflegepersonal beurteilte den Kontakt zur Heimleitung in den HLplus-Heimen durchwegs schlechter als in den PU-Heimen und in den Heimen mit dem Standardmodell. Die Heimleitung in den HLplus-Heimen wurde dabei als weniger kompetent und den Bedürfnissen der Bewohner und Angehörigen weniger zugewandt beschrieben. Die Arbeitszufriedenheit des Personals ist in den Heimen mit dem HLplus-Modell auch tendenziell geringer als in den Vergleichsheimen. Die Heime des PU-Modells werden vom Personal tendenziell am besten eingeschätzt.

Bewohnerperspektive: In die Studie konnten des Weiteren insgesamt 404 (pro Heim durchschnittlich fünf) Bewohnerinnen und Bewohner einbezogen werden. Diese waren im Mittel ca. 82 Jahre alt. (Spannweite 50-99 Jahre) und überwiegend (76.1%) weiblichen Geschlechts. Bezüglich des Kontakts zur Heimleitung beschrieben die Bewohnerinnen und Bewohner ebenfalls Nachteile des HLplus-Modells und Vorteile des PU-Modells. In den HLplus-Heimen werden weniger Kontakte zur Heimleitung berichtet und die Heimleitung nimmt sich aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner weniger Zeit für die Belange der Bewohner und Angehörigen. Auch das aktive Zugehen auf Bewohner von Seiten der Heimleitung wird als seltener erlebt. In der wahrgenommenen Versorgungs- und Pflegequalität gibt es dagegen kaum Unterschiede zwischen den Heimen der drei Leitungsvarianten.

Angehörigeperspektive: Von Seiten der Angehörigen konnten 417 Personen (pro Heim durchschnittlich fünf) als Teilnehmer und Teilnehmerinnen gewonnen werden. Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung zeigen in die gleiche Richtung. Die Angehörigen schätzen die Qualifikation der Heimleitung in den HLplus-Heimen geringer ein als in den Heimen des PU-Modells. Vor allem die Ansprechbarkeit für die Bewohner und die Erreichbarkeit der Heimleitung für die Angehörigen wird als schlechter beschrieben. In diesen Bereichen werden Vorteile für die Heime des PU-Modells gesehen. Auswirkungen des Heimleitungsmodells auf die Pflege- und Versorgungsqualität lassen sich durch die Aussagen der Angehörigen dagegen ebenfalls nicht belegen.

Personalschlüssel im Nachtdienst: Bezüglich des Personalschlüssels im Nachtdienst zeigt sich, dass der Personalschlüssel für die nächtliche Versorgung in den teilnehmenden Heimen sehr unterschiedlich ist. Die Spanne reicht von einem Verhältnis (Pflegekraft zu Bewohner) von 1:13 bis hin zu 1:73. Der Mittelwert liegt bei 1:46. Einige Experten empfehlen für schwerer pflegebedürftige Bewohner einen Schlüssel von 1:30, für weniger schwer pflegebedürftige einen Schlüssel von 1:40. In der untersuchten Stichprobe wird ein solches zahlenmäßiges Verhältnis nur in 9% bzw. insgesamt ca. 36% der Heime realisiert. Es zeigt, dass die Bettenanzahl der Einrichtung und der Personalschlüssel im Nachtdienst in einem signifikanten Zusammenhang stehen, in dem Sinne,

dass eine höhere Bettenanzahl mit einem schlechteren Pflegeschlüssel im Nachdienst einhergeht (z.B. weisen 70% der Heime mit mehr als 100 Betten einen Pflegeschlüssel im Nachtdienst von schlechter als 1:50 auf). Effekte des Pflegeschlüssels lassen sich auch auf Bewohnerebene nachweisen: so beklagen sich Bewohner aus Heimen mit einem Pflegeschlüssel im Nachtdienst von schlechter als 1:50 über eine signifikant schlechtere Ansprechbarkeit des Pflegepersonals in der Nacht. Das Pflegepersonal in diesen Heimen wird darüber hinaus als gestresster und überlasteter wahrgenommen und die Arbeitsatmosphäre insgesamt als schlechter eingestuft. Aus der Sicht der Angehörigen lassen sich diese Unterschiede jedoch nicht replizieren. Dies kann unter anderem daran liegen, dass sehr viele der befragten Angehörigen angaben, die Situation im Nachtdienst nicht beurteilen zu können (ca. 65%) und damit die zur Verfügung stehenden Fallzahlen sehr gering sind. Aus der Literatur und der Befundlage ergibt sich die Empfehlung, den Pflegeschlüssel im Nachtdienst bei mindestens 1:30 anzusetzen. Ein solcher Pflegeschlüssel im Nachtdienst erlaubt eine Versorgung in der Nacht, die über reine Kontrollfunktionen hinausgeht.

Die in der Studie gewonnenen Erkenntnisse lassen drei Empfehlungen zu:

- (1) Die Zuständigkeit eines Heimleiters für mehr als ein Heim führt zu einer generell reduzierten Erreichbarkeit, Visibilität und Kontakthäufigkeit der Heimleitung für Bewohner, Angehörige und Personal. Damit wird die Beziehungsqualität in den Heimen generell gemindert. Es zeigen sich keine darüber hinaus gehenden negativen Effekte auf die generelle Qualität der Versorgung in diesen Heimen.
- (2) Die Personalunion von Heim- und Pflegedienstleitung erweist sich für kleinere Heime mit bis zu ca. 50-60 Betten als unauffällig und in einigen Teilaspekten sogar als vorteilhaft, insbesondere im Hinblick auf den Aspekt der Beziehungsqualität in den Einrichtungen. Die Risiken liegen hier insgesamt stärker beim Träger und auf der betriebswirtschaftlichen Seite.
- (3) Ein Personalschlüssel im Nachtdienst von mindestens 1:30 ist nach dem aktuellen Stand der Literatur und nach den Befunden der eigenen Studie zu empfehlen.

Personelle Ausstattung und Versorgungsqualität in bayerischen Alten- und Pflegeheimen

Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den Auswirkungen unterschiedlicher Leitungsmodelle auf die Versorgungsqualität

1 Einleitung

In Deutschland stehen private und gemeinnützige Alten- und Pflegeheime nach den Pflegeversicherungsreformen der letzten Jahrzehnte in einem zunehmenden und politisch durchaus erwünschten Wettbewerb. Eine Folge ist, dass sich die Einrichtungen vermehrt an Maßnahmen zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung beteiligen müssen, auch um den Nachweis ihrer Qualität zu führen. Diese Wettbewerbsorientierung und die damit einhergehenden ökonomischen Zwänge erzeugen bei den Anbietern und Trägern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe allerdings auch einen hohen Kostendruck. Um unter solchen Bedingungen am Markt bestehen zu können, bleibt oftmals nur ein sehr dünner Grat zwischen der Kosteneinsparung auf der einen Seite und einer an hohen ethischen Standards orientierte Versorgungsqualität auf der anderen Seite.

Eine Maßnahme zur Kostensenkung ist der Personalabbau, dem allerdings durch gesetzliche Regelungen enge Grenzen gesetzt sind. So wurde beispielsweise die Anzahl von qualifizierten Pflegefachkräften in Pflegeheimen im Tagdienst (aber nicht nachts) gesetzlich festgeschrieben. In dieser Situation bemühen sich die Träger in letzter Zeit vermehrt um eine Kostenreduktion in der Leitung ihrer Einrichtungen, etwa indem Leitungsfunktionen und Zuständigkeiten zusammengelegt oder vereinigt werden. Aufgrund der Entwicklung der letzten Jahre lassen sich im Wesentlichen drei Modelle der Personalleitung von Heimen unterscheiden:

- *Modell 1:* Für jedes Heim gibt es eine Person, welche die Heimleitung innehat, und eine andere Person, die für die Pflegedienstleitung zuständig ist. Im Folgenden Text wird dieses Modell als „Standardmodell“ bezeichnet.
- *Modell 2:* Eine Person ist Heimleitung für mehrere Heime gleichzeitig. Zusätzlich gibt es in jedem dieser Heime jeweils eine Pflegedienstleitung. Dieses Modell bezeichnen wir als Modell „Heimleiter plus (HLplus)“.
- *Modell 3:* Eine Person ist sowohl Heim- als auch Pflegedienstleitung in einem Heim. Dafür wird der Begriff Modell „Personalunion (PU)“ verwendet.

In Bayern sind die genannten Modelle über die insgesamt 1339 Heime wie folgt verteilt (Stand: Dezember 2006):

- 980 Heime werden entsprechend dem Standardmodell geführt (73.2%)

- 216 Heime werden von 102 Heimleitungspersonen geführt, d.h. sie realisieren das HLplus-Modell (16.1%)
- die restlichen 143 Heime sind Einrichtungen nach dem PU-Modell (10.7%).

Aus einer Perspektive des Alltagsverständnisses erscheint offensichtlich und plausibel, dass die Qualität der Betreuung und Pflege in stationären Einrichtung der Altenhilfe gefährdet ist, wenn eine Person gleichzeitig die Verantwortung für mehrere Funktionen oder mehrere Heime wahrnimmt, insbesondere dann, wenn es sich um größere Einrichtungen handelt.

Allerdings liegen aus wissenschaftlicher Perspektive hierzu nur bruchstückhafte, wenig systematische oder belastbare Belege vor. Daraus folgt die erste Fragestellung der vorliegenden Untersuchung:

Welche Auswirkungen haben die unterschiedlichen Leitungsmodelle auf die Versorgungs- und Pflegequalität in stationären Einrichtungen der Altenhilfe?

Eine zweite Fragestellung der Studie untersucht Auswirkungen des Personalschlüssels im Nachtdienst. In Bayern gibt es diesbezüglich bislang keine gesetzliche Regelung. So ist zwar gesetzlich festgelegt, dass 50% der Pflegekräfte im Tag- und Nachtdienst qualifiziertes Pflegepersonal sein müssen. Mit dieser Regelung bleibt aber die Entscheidung, für wie viele Bewohnerinnen und Bewohner eine Pflegekraft in der Nacht zuständig sein darf bzw. muss, weitgehend im Handlungsspielraum der Einrichtungen bzw. deren Träger. Daher lautet die zweite Fragestellung des vorliegenden Projektes:

Welchen Einfluss haben unterschiedliche Personalschlüssel im Nachtdienst auf die Versorgungs- und Pflegequalität in der Nacht?

Der vorliegende Bericht wurde im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen zwischen Oktober 2008 und Februar 2009 erstellt. Zielsetzung war die Bearbeitung zweier Aufgabenstellungen:

- A. Inwieweit ergeben sich aus der Forschungsliteratur Hinweise auf Auswirkungen der personellen Ausstattung (hier: Leitungsmodelle, Personalschlüssel im Nachtdienst) auf die Versorgungs- und Pflegequalität in stationären Einrichtungen der Altenhilfe?
- B. Inwieweit lassen sich derartige hypothetisch angenommene Auswirkungen tatsächlich in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe im Freistaat Bayern empirisch belegen?

Entsprechend der Aufgabenstellung A gibt das Kapitel 2 einen Überblick zum Stand der einschlägigen Forschungsliteratur. Dabei zeigt sich, dass es bislang – mit we-

nigen Ausnahmen – zu keiner der Forschungsfragen belastbare empirische Befunde gibt. Die Befunde lassen interessante Schlussfolgerungen zu, beantworten aber nicht die Frage nach den Auswirkungen unterschiedlicher Personalschlüssel im Nachtdienst.

Ein weiteres Kapitel (3) behandelt Aufgabenstellung B und stellt die Befunde einer eigenen aktuellen Feldstudie dar, die von Oktober 2008 bis Dezember 2008 in 75 bayerischen Alten- und Pflegeheimen durchgeführt wurde: rund ein Drittel dieser Einrichtungen war nach dem Prinzip des Standardmodells geleitet, ein Drittel nach dem PU-Modell und ein Drittel nach dem HLplus-Modell. Einrichtungen, die nach dem PU-Modell und HLplus-Modell geleitet werden, sind in dieser Studie gezielt überrepräsentiert. Dieses methodische Vorgehen erlaubt es, Unterschiede zwischen den Modellen systematisch zu vergleichen. Die Untersuchung beruht auf Befragungen von Bewohnern (N = 404), Angehörigen (N = 417), Bewohnervertretern (N = 51), Pflegepersonal (N = 468), Heimleitungen (N=140) und Trägern (N = 43).

Die Personalleitungsmodelle sind eng verbunden mit anderen Strukturmerkmalen der Einrichtungen, insbesondere der geographischen Lage (Stadt-Land), der Größe der Einrichtung und dem Trägertyp. Dies bringt mit sich, dass sich Auswirkungen von Personalleitungsmodellen nicht unabhängig von anderen Strukturmerkmalen der Heime darstellen lassen: Beispielsweise kommt das PU-Modell vor allem in kleineren Einrichtungen in ländlicher Umgebung vor. Inwieweit Bewertungen der Leitung hierbei tatsächlich der Personalunion geschuldet sind, der Größe, der Lage oder dem gleichzeitigen Vorhandensein dieser Strukturmerkmale, kann nicht endgültig geklärt werden.

Das letzte Kapitel (4) gibt eine abschließende Bewertung der Befundlage. Eine Empfehlung lautet, dass das PU-Modell nur für kleinere Einrichtungen zweckmäßig ist, während die Zuständigkeit eines Heimleiters für mehrere Heime einige Risiken für die Versorgungsqualität in sich trägt, die in aller Regel zu Lasten einer schnellen und unbürokratischen Erreichbarkeit der Leitungen (durch Bewohner, Angehörige und Pflegepersonal) und somit zu Lasten der Beziehungsqualität in den Heimen geht.

Für den Nachtdienst ist ein Personalschlüssel von minimal 1:30 zu empfehlen. Nur dann ist gewährleistet, dass sich die Aufgaben des Nachtdienstes nicht nur auf die reine Kontrollfunktion beschränken. Auch wenn dies nicht mit der vorliegenden Studie belegt werden kann, erscheint aber ein solcher Personalschlüssel (1:30) in Pflegeheimen mit kognitiv, körperlich und psychisch schwer erkrankten Menschen und bei erhöhtem Betreuungsbedarf nicht als ausreichend.

2 Überblick zum Stand der Forschungsliteratur

2.1 Grundlage und Vorgehen der Literaturanalyse

Die Frage nach den Auswirkungen unterschiedlicher Leitungsmodelle auf die Versorgungs- und Pflegequalität in Pflegeheimen ist in der empirischen Sozialforschung weitgehend ungeklärt. Bislang haben sich – mit wenigen Ausnahmen – wissenschaftliche Studien nicht explizit dieser Thematik gewidmet. Wenngleich Teilaspekte der Frage in einigen Untersuchungen berührt werden, so gibt es dennoch keine systematische Untersuchung des Kernkonzepts „Leitungsmodelle“. Wenn auch in einer Untersuchung ein Vergleich des PU-Modells mit dem Standardmodell durchgeführt wurde, so bezog sich diese Studie ausschließlich auf den Vergleich extremer Fallgruppen.

Die Darstellung des Wissensstandes ist nach zwei Gesichtspunkten geordnet. Zuerst werden die gesetzlichen Grundlagen behandelt, die den Hintergrund unserer Fragestellungen bilden. Hierbei geht es um Bestimmungen, Gerichtsurteile und Regelungen zur Eignung von Heimleitungen, den Anforderungen an die Pflegedienstleitung und die Fachkraftquote im Nachtdienst.

Ein zweiter Teil widmet sich einem Überblick der empirischen Untersuchungen, die unsere Fragestellungen in einigen inhaltlichen Aspekten berühren. Ein umfassender Überblick, der hier zugrunde gelegten Literatur findet sich in Anhang 6.1.

2.2 Gesetzliche Grundlagen

2.2.1 Anforderungen an Leitungsfunktionen und Leitungsmodelle

Heimleitung:

Im "Heimgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970), zuletzt geändert durch Artikel 78 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)" werden die Anforderungen festgelegt, die durch den Betrieb eines Heimes erfüllt sein müssen. Die Erfüllung dieser Anforderungen wird in den Verantwortungsbereich des Trägers und der Leitung gelegt. Im Kern geht es dabei um folgende Inhalte:

- *„den Schutz der Würde und der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigung und der Wahrung und Förderung von Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung*
- *die Gewährleistung und Sicherung der angemessenen Qualität der Betreuung, bezogen auf die Pflege, die medizinische Versorgung, Betreuung und hauswirtschaftliche Ver-*

sorgung in Bereichen: Pflege, Betreuung, medizinische und hauswirtschaftliche Versorgung

- *die Sicherung pflegerischer und organisatorischer Anforderungen, wie z.B. die Pflegeplanung, Förder- und Hilfepläne, Hygieneanforderungen und die Arzneimittelverwahrung.“ (Wiese, 2005, S. 147).*

Dieser umfangreiche Aufgabenbereich erfordert von Heimleitern eine hohe persönliche und fachliche Eignung. Diese wurde in § 2 der "Heimpersonalverordnung vom 19. Juli 1993 (BGBl. I S. 1205), geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Juni 1998 (BGBl. I S. 1506)" wie folgt beschrieben:

„(1) Wer ein Heim leitet, muss hierzu persönlich und fachlich geeignet sein. Er muss nach seiner Persönlichkeit, seiner Ausbildung und seinem beruflichen Werdegang die Gewähr dafür bieten, dass das jeweilige Heim entsprechend den Interessen und Bedürfnissen seiner Bewohner sachgerecht und wirtschaftlich geleitet wird.

(2) Als Heimleiter ist fachlich geeignet, wer

- 1. eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen oder in einem kaufmännischen Beruf oder in der öffentlichen Verwaltung mit staatlich anerkanntem Abschluss nachweisen kann und*
- 2. durch eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim oder in einer vergleichbaren Einrichtung die weiteren für die Leitung des Heims erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat. Die Wahrnehmung geeigneter Weiterbildungsangebote ist zu berücksichtigen.*

(3) Wird das Heim von mehreren Personen geleitet, so muss jede dieser Personen die Anforderungen des Absatzes 1 erfüllen.“ (HeimPersV § 2)

Pflegedienstleitung:

Auf die Person einer Pflegedienstleitung wird im Heimgesetz und SGB XI unterschiedlich Bezug genommen (Wiese, 2005). So findet sich in § 4 Abs. 2 der HeimPersV die Bezeichnung „*Leiter des Pflegedienstes*“, im SGB XI und in den „*Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen*“ der Terminus „*Verantwortliche Pflegekraft*“.

Die zentralen Aufgaben der *Pflegedienstleitung* werden in den „*Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Ent-*

wicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ festgelegt. Diese umfassen:

- „die Anwendung der in den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben beschriebenen Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich
- die fachliche Planung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte
- die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs“ (Wiese, 2005, S. 153-154)

An die Pflegedienstleitung werden neben persönlichen folgende fachliche Anforderungen geknüpft: Neben einem Abschluss der Ausbildung als Krankenschwester/-pfleger oder Kinderkrankenschwester/-pfleger oder Altenpflegerin/-pfleger mit staatlicher Anerkennung muss die betreffende Person innerhalb der letzten fünf Jahre den erlernten Ausbildungsberuf mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt sowie eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden abgeschlossen haben (§ 71, SGB XI).

„Diese Maßnahme muss [...]

- *Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen) mit einem Anteil von 50% der Mindeststundenzahl,*
- *psychosoziale und kommunikative Kompetenz mit einem Anteil von 25% der Mindeststundenzahl vermittelt*
- *sowie die pflegfachliche Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation) aktualisiert haben.*

Von der Gesamtstundenzahl müssen mindestens 20% in Präsenzphasen vermittelt worden sein. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.“ (Gemeinsame Grundsätze, 2.2.2.3)

Heimleitung und Pflegedienstleitung in Personalunion:

Die Frage, ob die Funktion der Heimleitung und der Pflegedienstleitung in Personalunion ausgeübt werden kann, ist gesetzlich nicht geregelt. In einem Urteilspruch des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg vom 16.11.2007 (L 4 P 2359/04) heißt

es aber, dass der Leiter eines Pflegeheimes, das über 131 zugelassene Pflegeplätze verfügt, nicht zugleich die Stelle der ständigen verantwortlichen Pflegefachkraft besetzen kann. Gegen dieses Urteil ist inzwischen beim Bundessozialgericht (BSG) eine Revision anhängig (Az. B 3 P 14/07 R).

In der Urteilsbegründung wird unter anderem auf den § 71 Abs. 2 Nr. 1 des SGB XI verwiesen, in dem Pflegeheime als selbständig wirtschaftende Einrichtungen beschrieben werden, in denen Pflegebedürftige unter *ständiger* Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden. Dieser ständigen pflegerischen Gesamtverantwortung könne eine Leitungskraft, welche die Funktion von Heim- und Pflegedienstleitung innehat, nicht gerecht werden. Auch habe der Gesetzgeber des Pflegeversicherungsgesetzes in Pflegeheimen eine deutliche Trennung zwischen den Bereichen „Pflege“ und „Heimleitung“ vorgenommen. Schon das alleine spreche gegen die gleichzeitige Übertragung der Heimleitertaufgaben an eine ständig verantwortliche Pflegekraft.

Eine Ausnahme wird in der Urteilsbegründung Heimen eingeräumt, die weniger als 100 Betten umfassen. Als Begründung heißt es, dass die Aufgabe des Heimleiters in diesen Einrichtungen wesentlich geringer sei und daher die Tätigkeit im Bereich der Pflege den Schwerpunkt bilde. Diese Begründung basiert auf dem Erlass des Baden-Württembergischen Ministeriums für Arbeit und Soziales vom 28. September 2005 (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16.11.2007, L 4 P 2359/04). Diesem Erlass wiederum liegen Erfahrungen der Heimaufsichtsbehörde zugrunde, nach denen das Funktionieren einer Personalunion in den Einrichtungen bis zu einer Größe von etwa 50 Plätzen eher unproblematisch sei, eine kritische Grenze liege bei etwa 100 Plätzen.

Ein Heimleiter für mehrere Heime:

Nach § 2 Abs. 3 der Heimpersonalverordnung wird deutlich, dass eine Einrichtung von mehreren Leitern geleitet werden *darf*, doch ob *jedes* Heim einen *eigenen* Heimleiter haben *muss*, ist dabei *nicht* geregelt. Ein Urteilsspruch des Bayerischen Verwaltungsgerichtes Ansbach vom 5.12.2006 (Az. AN 4 K 06.01811) räumt ein, dass keine ausdrückliche Regelung besteht, nach der jedes Heim über einen eigenen Heimleiter verfügen muss.

Allerdings hebt das Urteil hervor, dass eine Gesamtschau der heimrechtlichen Regelungen deutlich mache, dass der Gesetzgeber von einem nur für *ein einziges Heim* zuständigen Heimleiter als Normalfall ausgegangen sei: So werde der Heimleiter in der

HeimPersV als die zentrale Figur im täglichen, die Heimbewohner unmittelbar oder mittelbar berührenden Geschehensablauf angesehen, die den Betrieb des Heimes entscheidend prägen (vgl. Begründung zu § 2 HeimPersV BR DRS.204/93 Seite 14). Auch an anderen Stellen der Begründung (vgl. etwa zu § 3 HeimPersV BR Drs.204/93 Seite 16) werden die enge Beziehung von Heimleitung zu Heimbewohnern und die großen Einwirkungsmöglichkeiten der Heimleitung auf das Leben der Heimbewohner betont. Dieses Leitbild, so der Urteilsspruch des Ansbacher Verwaltungsgerichtes, ist in der Regel nur mit *einem* Heimleiter möglich, der ausschließlich für ein Heim zuständig ist, in dem er präsent ist und in dem er selbst maßgebliche Entscheidungen trifft.

Dieses Urteil wurde jedoch inzwischen durch Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs (VGH) mit dem Az. 12 B 07.383 aufgehoben.

In den Schriftenreihen des BMFSFJ „Neue Wohn- und Betreuungsformen im Heimrechtlichen Kontext“ (2005) wird die Problematik der Zuständigkeit einer Heimleitung für mehrere Heime aufgegriffen und unter dem Vorbehalt „eines restriktiven Ansatzes“ als durchaus möglich angesehen. Nach der dort vertretenen Auffassung müssen jedoch die drei folgenden Bedingungen erfüllt sein:

„Aus der Konzeption muss klar ersichtlich sein, wie der Träger sich organisatorisch die Leitung des Heims/der Heime vorstellt. Es muss gewährleistet sein, dass im jeweiligen Heim zumindest eine kompetente Ansprechpartnerin oder ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stehen und dass im „Notfall“ sich umgehend mit der Heimleiterin oder dem Heimleiter in Verbindung gesetzt werden kann bzw. diese oder dieser umgehend vor Ort sein kann. Dies setzt voraus, dass eine gewisse räumliche Nähe zwischen den Einrichtungen vorhanden ist. Dabei wird man als Maßstab eine Entfernung von ca. 25 - 30 Kilometer als akzeptabel ansehen können“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 63).

2.2.2 Nachtdienst

Die nächtliche Betreuung der Pflegeheimbewohner wird in der Heimpersonalverordnung festgelegt. Hier heißt es in § 5 Abs. 1:

„Betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Hierbei muss mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als 4 pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein“.

Gemäß der Orientierungshilfe für Heimaufsichten in Baden-Württemberg des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2006) ist in allen Einrichtungen mit pflegebedürftigen Bewohnern zu allen Tages- und Nachtzeiten der Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich. Im Nachtdienst ist grundsätzlich eine Pflegefachkraft für bis zu 50 pflegebedürftige Bewohner vorgeschrieben (S. 11). Im Falle besonderer Bewohnerstrukturen (z.B. überwiegend schwerstpflegebedürftige oder überwiegend unruhige Bewohner) oder ungünstiger baulicher Gegebenheiten (z.B. Verteilung der pflegebedürftigen Bewohner auf mehrere Stockwerke) können zusätzlich Fach- oder Hilfskräfte eingesetzt werden. Im Einklang damit hat sich auch die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (*ver.di*) dafür ausgesprochen, die vollstationäre Nachtpflege in Heimen mit einem Personalschlüssel auszuweisen, der für je 35 Bewohner eine Vollzeitstelle im Nachtdienst vorsieht (*ver.di* Beschlüsse 2007: Sozial- und Gesundheitspolitik).

2.3 Ergebnisse empirischer Studien

2.3.1 Leitungsfunktionen und -modelle

Im folgenden Abschnitt werden empirische Befunde für einen möglichen Einfluss unterschiedlicher Leitungsmodelle auf die Versorgungs- und Pflegequalität in vollstationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe dargestellt. Keine der bekannten empirischen Studien hat explizit die möglichen Auswirkungen der genannten Leitungsmodelle auf Qualitätsmerkmale der vollstationären Pflege und Versorgung untersucht. Denkbar wären hier ja grundsätzlich zwei verschiedene empirische Zugänge:

Zum einen könnte der Zusammenhang zwischen Leitungsmodell und objektivierbaren, beobachtbaren Kriterien der Pflege- und Betreuungsqualität untersucht werden, etwa im Hinblick auf die Menge an verabreichten sedierenden Medikamenten, Häufigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen, Ausmaß qualitätssichernder Maßnahmen (wie Qualitätszirkel oder Fortbildungsmöglichkeiten), Umfang von Freizeit- und Beschäftigungsmaßnahmen für die Bewohner, Häufigkeit der Angehörigenbesuche, Mortalität der Bewohner, Fluktuation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Hygiene. Eine Forschungsarbeit, die eine Überprüfung dieses hypothetischen Zusammenhangs zwischen Leitungsmodell und objektivierbaren Kriterien zum Gegenstand hat, ist nicht bekannt. Ein solcher durchaus wünschenswerter Zugang würde allerdings einen erheblichen Untersuchungsaufwand darstellen, der hohe Kosten verursacht.

Ein anderer Zugang besteht darin, die Auswirkungen des Leitungsmodells auf die Versorgungsqualität über eine Erhebung der subjektiven Einschätzungen der beteiligten Akteure zu ermitteln. Eine Studie, die einen Extremgruppenansatz verfolgte, untersuchte Effekte der Personalunion von Heim- und Pflegedienstleitung mit dem Standardmodell. Verglichen wurden fünf Pflegeheime mit einer sehr hohen Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals mit fünf Pflegeheimen mit einer eher geringen Arbeitszufriedenheit. Es zeigte sich, dass bei drei der fünf Einrichtungen mit einer geringen Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, Heim- und Pflegedienstleitung von einer einzigen Person in Personalunion erfüllt werden, während eine solche Personalunion bei den Heimen mit hoher Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter nicht vorkommt (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 2004). Die Ergebnisse dieser Studie sind allerdings nur eingeschränkt für den vorliegenden Zusammenhang verwertbar. Zum einen werden nicht alle drei Leitungsmodelle betrachtet, zum anderen wird nur die Perspektive des Pflegepersonals betrachtet, nicht aber die der anderen Akteure (Bewohner, Angehörige, Leitung) der betroffenen Heime.

In einigen Studien wurden Arbeitszufriedenheit und Stresserleben des Pflegepersonals als abhängige Variable untersucht. Dabei waren die Auswirkungen von Qualifikation und Führungsverhalten der Heimleitung zentrales Thema der Fragestellung, nicht aber die jeweiligen Personal- und Leitungsstrukturen.

Eine Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung, die von der Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Kooperation mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) in Auftrag gegeben wurde, zeigte, dass Altenpflegekräfte eine sehr belastete Berufsgruppe sind. Demnach ist der psychische Gesundheitszustand von Altenpflegepersonal um fast 12% schlechter als der Vergleichswert der übrigen berufstätigen bundesdeutschen Bevölkerung. Zudem leidet diese Personengruppe erheblich stärker unter psychosomatischen Beschwerden (44.3% über dem Durchschnitt). Fühlt sich das Personal durch den Vorgesetzten nicht ausreichend unterstützt, geht dies mit deutlich erhöhtem Stresserleben einher (BGW-DAK Gesundheitsreport 2001).

Einen engen Zusammenhang zwischen subjektiv empfundener Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften und „Führungsqualität“ fanden auch Schmidt et al. (2008). Demnach war die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften in Krankenhäusern hauptsächlich von der „Führungsqualität“ abhängig (32.6% der Varianz). Auch Stadler und

Endrich (2006) fanden einen ähnlichen Zusammenhang, wonach berufliche und krankheitsauslösende Belastungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der stationären Altenpflege durch problematisches Führungsverhalten verursacht werden.

Darüber hinaus zeigt eine sehr interessante Berufsfeldstudie zur Leitungskompetenz und -qualifikation in der stationären Altenpflege (Hoffmann & Dürrmann, 2005), dass die Funktion der Heimleitung in der vollstationären Altenhilfe in Deutschland nicht ausreichend an allgemein gültige Qualifikationsinhalte gebunden ist, und daher die tatsächliche Professionalität und Qualifikation von Heimleitern sehr unterschiedlich und eher willkürlich ausfällt. Auch in dieser Studie wurden keine Auswirkungen unterschiedlicher Qualifikationen auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder andere Kriterien der Betreuungs- und Pflegequalität untersucht.

2.3.2 Personalschlüssel im Nachtdienst

Zur Frage des Personalschlüssels im Nachtdienst finden sich zwei interessante Studien, durch die deutlich wird, dass ein Nachtdienst bei einem Pflegeschlüssel von 1:33 bis 1:60 nur als Kontrolldienst fungieren kann. Bei der vollstationären Versorgung von alten Menschen mit körperlichen, psychischen und kognitiven Problemen kann ein solcher Personalschlüssel leicht prekäre Situationen heraufbeschwören.

Allein objektivierende Beobachtungen erlauben einen Rückschluss, wie viele Minuten im Nachtdienst durchschnittlich pro Bewohner und Nacht mit Pflege- und Betreuungsleistungen verbracht werden. Auf einer solchen Grundlage kann dann berechnet werden, wie hoch der Personalschlüssel in der Nacht sein muss, um auch nachts eine Grundversorgung zu gewährleisten. In einer solchen Studie zum „Pflegebedarf und die Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ wurden die erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen bei 730 Bewohnerinnen und Bewohnern in 27 ausgewählten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen drei Wochen lang standardisiert untersucht (Wingenfeld & Schnabel, 2002).

Auf der Grundlage dieser Daten konnte einerseits nachgewiesen werden, dass in den Einrichtungen, in denen nachts ein Personalschlüssel von 1:33 bis 1:60 existiert, der Nachtdienst nur eine reine Kontrollfunktion innehaben und somit kaum den Bedürfnissen der Bewohner, die häufig körperliche, psychische und/oder verhaltensbezogene Probleme zeigen, gerecht werden könne. Schnell könne es hier, so die Autoren, zu schwierigen Situationen kommen. Andererseits stellen die Forscher fest, dass pro

Bewohnerin bzw. Bewohner pro Nacht durchschnittlich 12 Minuten Pflegeleistungen erbracht werden.

In der zweiten Studie (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002) wurde ein noch größerer Pflegebedarf in der Nacht pro Bewohnerin bzw. Bewohner ermittelt. Mithilfe des Instruments PLAISIR wurden die Pflege- und Betreuungsleistungen bei insgesamt 1.354 Bewohnerinnen und Bewohnern in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt aus acht verschiedenen Bundesländern erhoben. Hier ergaben die Messungen, dass jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner nachts durchschnittlich 0.33 Stunden, d.h. ca. 20 Minuten, gepflegt wird.

Geht man von der gesetzlichen Höchstgrenze für die Arbeitszeit im Nachtdienst von zehn Stunden aus, dann kann eine einzige Pflegekraft, wenn jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner durchschnittlich 12 Minuten Pflege pro Nacht bedarf, maximal 50 Personen versorgen. Braucht jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner durchschnittlich 20 Minuten, kann die Pflegekraft maximal für nur 30 Pflegebedürftige zuständig sein. Trügerisch an diesen Berechnungen ist jedoch, dass hier nur die reine Pflegezeit berücksichtigt wurde. Da eine Pflegekraft aber auch Zeit braucht, um von einem Zimmer zum nächsten zu gehen, um Pflegematerial zu besorgen und um geleistete Pflegehandlungen zu dokumentieren, können die auf dieser Datengrundlage ermittelten Personalschlüssel von 1:50 bzw. 1:30 tatsächlich keinesfalls den Bedürfnissen der Bewohnerinnen bzw. Bewohner gerecht werden.

In diesem Sinne lautet eine der Schlussfolgerungen von Wingenfeld und Schnabel (2002) *„dass es keineswegs berechtigt erscheint, von einer vorbildlichen Versorgung zu sprechen“* (S. 133). Die Autoren beziehen sich hierzu insbesondere auf ihre Ergebnisse zum Nachtdienst.

Berechtigt erscheint diese Kritik auch vor dem Hintergrund der Daten einer Untersuchung von Schmidt & Schopf (2005), in der ausgewählte Dokumentationen der Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“ und der „Vereinigung Integrationsförderung e.V. (VIF) – gemeinnützige offene Hilfen für Behinderte in der Gesellschaft“ einer Analyse unterzogen wurden. An diese beiden Einrichtungen kann jeder – Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Pflegekräfte, andere Mitarbeiter, Heim- und Pflegedienstleitungen, Vertreter der Träger – seine Beschwerde(n) in schriftlicher oder fernmündlicher Form richten. Diese werden dort dokumentiert und archiviert. Ausgewählt wurden nach dem Zufallsprinzip 20% der Beschwerden, die sich auf stationäre Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe bezogen. Bei 7% war der Grund der Beschwerden eine schlechte bzw. unzureichende nächtliche Pflege.

2.4 Implikationen für die Feldstudie – methodischer Ansatz

Der Literaturüberblick zeigt deutlich, dass hinsichtlich beider Fragestellungen - Auswirkungen der Leitungsmodelle auf die Versorgungsqualität und Auswirkungen des Personalschlüssels im Nachdienst auf die Versorgungsqualität – große Forschungslücken bestehen. Es gibt derzeit kaum empirische Daten, die zur Klärung dieser Fragen beitragen könnten.

Um den Einfluss der Variablen „Leitungsmodell“ und „Personalschlüssel im Nachdienst“ auf die Versorgungsqualität bestimmen zu können, muss daher zunächst das Konstrukt „Versorgungsqualität“ begrifflich geklärt werden. Dies geschah auf dem Hintergrund der Definitionen, die der am weitesten verbreiteten Nachweis-Norm für Qualitätsmanagementsysteme zugrunde liegen:

Die Qualitäts-Definition der DIN EN ISO 9000:2000 orientiert sich an einer anwenderbezogenen Begriffsbestimmung, nach der die Konsumenten bestimmen, was „Qualität“ ist: Qualität ist demnach immer dann gegeben, wenn die Bedürfnisse und Wünsche der Konsumenten erfüllt werden. Dementsprechend lautet die Definition von Qualität in der internationalen Nachweis-Norm: Qualität ist das „Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produktes, Systems oder Prozesses, die Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien zu erfüllen“ (Kamiske & Brauer, 2008; S. 176).

Diese Definition bildet insofern eine Grundlage unserer Untersuchung, als wir Versorgungs- und Pflegequalität einer stationären Einrichtung als das Vermögen dieser Einrichtung verstehen, die Forderungen und Bedürfnisse aller beteiligter Akteure zu erfüllen. Ob und inwieweit Bedürfnisse erfüllt sind, können aber nur die Betroffenen selbst aus ihrer je individuellen Perspektive beurteilen. Gegenstand der durchgeführten Untersuchung waren demzufolge die subjektiven Daten der beteiligten Akteure. Da Versorgungsqualität stets ein multiperspektivisches Konstrukt darstellt, wurden alle subjektiven Einschätzungen der in diesem Kontext Handelnden (Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Heimbeiräte, Pflegepersonal, Pflegedienstleitung, Heimleitung, Träger) erhoben.

3 Feldstudie zu Personalausstattung und Versorgungsqualität

3.1 Methodisches Vorgehen

Für die Feldstudie wurde eine Zufallsstichprobe von 75 Einrichtungen der stationären Altenpflege aus dem gesamt-bayerischen Raum gezogen. Die Auswahl der Heime basierte auf der Veröffentlichung des Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung „Heime der Altenhilfe in Bayern“ (2007). Für die Auswahl der Heime wurden folgende Kriterien definiert:

- a) Im Hinblick auf die spezifische Fragestellung der Studie sollten Einrichtungen mit überwiegend stationärer Altenpflege rekrutiert werden.
- b) Die Heime sollten zu gleichen Teilen aus allen Regierungsbezirken Bayerns stammen. Auf diese Weise konnten regionale Gegebenheiten (z.B. städtische und ländliche Regionen), politische und verwaltungsrechtliche Besonderheiten wie auch Aspekte unterschiedlicher Trägerschaft abgebildet werden.
- c) Zahlenmäßig gleiche Anzahl von drei Heimleitungsformen:
 - Heime mit Personalunion von Heimleitung und Pflegedienstleitung (*PU-Modell*),
 - Heime, bei denen die Heimleitung für mehrere Heime zuständig ist (*HLplus-Modell*),
 - Heime mit standardmäßig je einer Heimleitung und einer Pflegedienstleitung (*Standardmodell*).

Durch die Schichtung der Stichprobe sind das *PU-Modell* und das *HLplus-Modell* im Verhältnis zur tatsächlichen Verteilung in Bayern überrepräsentiert (oversampling). Dieses methodische Vorgehen erlaubt es, mögliche Unterschiede der Modelle mit hoher Reliabilität feststellen oder auch ausschließen zu können.

Im Zentrum des Forschungsinteresses stand die Erfassung der subjektiven Sichtweisen der Akteure in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe im kontrastierenden Vergleich zu den unterschiedlichen Leitungsmodellen.

3.1.1 Durchführung und Datenerhebung

In jeder dieser Einrichtungen wurden Daten auf Bewohner-, Angehörigen-, Pflegekräfte-, Heimbeirats- und Leitungsebene erhoben. Zusätzlich wurden die jeweiligen Heimträger postalisch befragt. Die Datenerhebung in den Einrichtungen beruhte auf folgenden methodischen Verfahren und Informationsquellen:

- Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern
- Befragung der Angehörigen
- Befragung der Bewohnervertretung
- Befragung von Pflegekräften
- Befragung der Heimleitung (HL und PDL bzw. stellvertretende PDL)
- Befragung der Träger
- Heimbegehungsprotokoll der Untersucher („Heim-Checkliste“)

Die Erhebung in den 75 ausgewählten Heimen erfolgte in vier Phasen, die zeitlich parallel zueinander verliefen. Die Abbildung 1 stellt den Ablauf der Untersuchung schematisch dar.

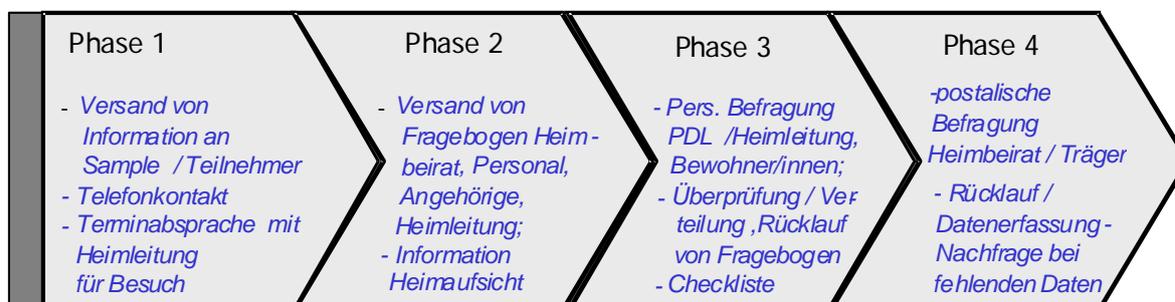


Abbildung 1: Phasen der Datenerhebung

In der ersten Phase erfolgten die Rekrutierung der Heime aus der regionalbasierten Zufallsstichprobe sowie die Terminplanung. Die ausgewählten Einrichtungen wurden zunächst angeschrieben und über Ziele und Form der Untersuchung informiert. In den folgenden Tagen wurden diese dann von Mitarbeitern des Institutes für Psychogerontologie (IPG) telefonisch kontaktiert und um Teilnahme gebeten.

In der zweiten Phase wurden die Untersuchungsmaterialien für den Besuch in den Einrichtungen versandt. Nach Zusage durch Heimleitung und Trägerschaft der Einrichtung wurden der Heimleitung Instruktionen und zusätzliche Informationen zur Durchführung der Erhebung postalisch zugesandt (u. a. Fragebögen für Personal und für Angehörige zur Weitergabe, Information über die Befragung von Bewohnern). In der dritten Phase (07.10. - 24.11.2008) besuchten insgesamt fünf Mitarbeiter des IPG die 75 ausgewählten Heime und führten die Interviews mit Heimleitungen, Pflegedienstleitungen bzw. stellv. Pflegedienstleitungen und Bewohnern durch. Anhand einer Checkliste wurden strukturelle Merkmale sowie persönliche Eindrücke festgehalten.

In der vierten und letzten Phase erfolgte der postalische Versand von Träger- und Heimbeiratsfragebogen. Parallel dazu wurde die Datenerfassung aus dem Rück-

lauf begonnen und fehlende Interviews bzw. Fragebögen bei einigen der teilnehmenden Träger und Leitungen erfasst und gegebenenfalls erneut schriftlich oder telefonisch um die Bearbeitung gebeten.

3.1.2 Instrumente und Verfahren

Um das angestrebte multiperspektivische Vorgehen umzusetzen, sollten möglichst viele Akteure (Leitung der Einrichtungen, Träger der Einrichtungen, Bewohner, Angehörige, Pflegepersonal sowie Bewohnervertretungen) in die Datenerhebung einbezogen werden. Um dennoch vergleichbare Daten zu sichern, wurde auf inhaltliche Übereinstimmung der jeweiligen Fragebögen geachtet. Bei der Wahl von Untersuchungsdesign und -instrument fiel die Entscheidung auf eine Kombination von schriftlichen Befragungen mittels standardisierten Fragebogen und strukturierten Leitfadenterviews. Neben den persönlichen Interviews der Leitungskräfte (Heimleitung, Pflegedienstleitung bzw. deren Stellvertretung bei Personalunion) wurden die Daten von den bereits genannten Akteuren mit Hilfe schriftlicher Fragebogen erhoben. Dieses Vorgehen wird von den Befragten als anonym wahrgenommen und gewährleistet damit eine bessere Antwortbereitschaft (vgl. Bortz & Döring, 1995, S.216). Für die schriftlichen Befragungen wurden Fragebögen verwendet, die offene, geschlossene und skalierende Fragen in einer festgelegten Reihenfolge enthalten. Offene Fragen sollten den Probanden die Möglichkeit zur freien Meinungsäußerung oder Beschreibung geben. Die Distribution der Fragebogen erfolgte überwiegend postalisch und zum Teil per Weitergabe durch die Heimleitung.

Alle eingesetzten Untersuchungsinstrumente wurden eigens für die Untersuchung entwickelt und realisiert. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden hier nur die wesentlichen Inhalte der einzelnen Fragebogen dargestellt.

- Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner

Neben den soziodemografischen Basisdaten wurden die aktuelle Pflegestufe, die Finanzierung des Heimplatzes (selbstfinanziert vs. Sozialhilfe) und Häufigkeit von Angehörigenbesuchen erhoben. Den Schwerpunkt des Fragebogens bildet die Erfassung der aktuellen Kenntnis und Einschätzung der Heimbewohner in Bezug auf die Arbeit und Arbeitsbelastung der Leitungspersonen ihrer Einrichtung. Inhaltlich werden dabei vor allem die Quantität und Qualität (Zufriedenheit) des Kontaktes mit den Leitungspersonen thematisiert. Daran anknüpfend wurden die Bewohner zum Pflegepersonal befragt. Nach den Angaben zur Häufigkeit des Kontaktes und der Hilfeanspruchnahme wurden die Bewohner gebeten, verschiedene Aussagen (zu Pflegeleistungen, Kommunikation, Ansprechbarkeit, angemessenem Umgang) danach zu bewerten, inwieweit diese auf die Pflegekräfte zutreffen. Auch die Atmosphäre zwischen al-

len Mitarbeitern in der Einrichtung war zu benoten. Eine zentrale Dimension der Befragung war auf die Wahrnehmung der Bewohner bezüglich eines merklichen Unterschiedes in Pflege- und Versorgungsqualität zwischen Tag- und Nachtpersonal gerichtet. Zum Abschluss wurden persönliche Einschätzungen des jeweiligen Bewohners zu verschiedenen Aspekten der Versorgungsqualität in der Einrichtung erhoben.

- Befragung der Angehörigen

Der Fragebogen für die Angehörigen lehnt sich inhaltlich weitgehend an den Bewohnerfragebogen an, um eine gute Vergleichbarkeit zu ermöglichen (s. o.). Die behandelten Themen sind nahezu identisch, jedoch der Perspektive der Angehörigen angepasst. Erhoben wurden zusätzliche soziodemografische Daten zum Heimbewohner, die Häufigkeit des Kontaktes zu ihm sowie die Einschätzung seiner Wohn- und Lebensqualität, insbesondere in Abhängigkeit von quantitativen und qualitativen Aspekten des Kontaktes mit der Leitungsebene und dem Pflegepersonal im Tag- und Nachtdienst.

- Befragung der Bewohnervertretungen

Inhaltlich wurden die Heimbeiräte und -fürsprecher befragt zum Beschwerdenmanagement der Einrichtung, zu ihrer Motivation das Amt auszuüben bzw. dies auch weiterhin zu tun, zur erlebten Akzeptanz in der Zusammenarbeit mit der Leitung und in der Gremienarbeit sowie allgemein zu ihren Erfahrungen in der Arbeit als Heimbeirat oder Heimfürsprecher. Weitere Aspekte waren die Erfassung der Inhalte von häufigen Beschwerden und mögliche Unterschiede zwischen Tag- und Nachtdienst beim Pflegepersonal.

- Befragung des Pflegepersonals

Nach einführenden soziodemografischen Angaben (u. a. Qualifikation und Berufserfahrung) wurden die Pflegekräfte zu qualitativen und quantitativen Gesichtspunkten der Kommunikation und des Kontaktes mit der Heimleitung und der Pflegedienstleitung bzw. stellv. Pflegedienstleitung befragt. Dies geschah, entsprechend den anderen Fragebogen, durch Zustimmung zu spezifischen Aussagen und Benotung von diesen Aspekten. Im zweiten Teil des Fragebogens standen die eigene Arbeitssituation und der Kontakt zu Bewohnern und Angehörigen thematisch im Mittelpunkt. Stützende Faktoren in der alltäglichen Arbeit, aber auch empfundene Belastungen sowie die Zufriedenheit mit dem Kontakt zu Bewohnern und den Angehörigen waren weitere wesentliche Aspekte der Befragung.

- Befragung der Heimleitung und der Pflegedienstleitung

Die Befragung der Heim- und Pflegedienstleitung erfolgte zweistufig. In der ersten Stufe bearbeiteten die Heimleitungen einen standardisierten Fragebogens. Erhoben wurden Angaben zum Heim, der Infrastruktur, den Bewohnern und zum Personal (auch nachts). Ein besonderes Augenmerk galt dabei der Person des Heimleiters, dessen Ausbildungsweg und Zusatzqualifikationen/Fortbildungen, seiner Berufserfahrung in der Pflege sowie seinem Zeitaufwand für einzelne Aufgabenbereiche.

In der zweiten Stufe wurden die Leitungskräfte mündlich anhand eines Interviewleitfadens befragt. Die Antworten wurden von den Interviewern sofort notiert. Für das mündliche Einzelinterview wurde ein Zeitrahmen von einer Stunde veranschlagt, der in den meisten Fällen auch eingehalten werden konnte. Der Leitfaden zielte auf die Erfassung von konkreten, subjektiv wahrgenommenen Kommunikationsstrukturen und -themen innerhalb der Leitungsebene, zwischen Leitungspersonen sowie mit weiteren Akteuren der Einrichtung (Bewohnern, Heimbeiräten, Angehörigen und Personal). Darüber hinaus wurden Aspekte der Informationskultur und der Aufgabenverteilung in der Einrichtung erfragt sowie Informationen zum Qualitäts- und Beschwerdemanagement erhoben.

Die zweite Dimension des Leitfadens erfragte persönliche Einschätzungen der Arbeitssituation (z.B. Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit, Zusammenarbeit mit Mitarbeitern, Bewohnern/Angehörigen, Arbeitsbedingungen und -belastungen). Zum Ende des Gespräches wurden die Interviewpartner gebeten, aus ihren eigenen Erfahrungen - und somit als „Experten“- zu möglichen Vor- und Nachteilen der drei verschiedenen Leitungsmodelle in stationären Altenheimen Stellung zu beziehen (bei den Heimen mit Personalunion von Heim- und Pflegedienstleitung wurde das zweite Interview mit der stellvertretenden Pflegedienstleitung durchgeführt).

- Befragung der Heimträger

Neben infrastrukturellen, fundamentalen Daten (Gesamtzahl der Heime, Bettenzahl, Personal) gaben die Träger in einem eigenen Fragebogen Auskunft zu betriebswirtschaftlichen Aspekte und zur strategischen Planungen und Entscheidungen. Das betraf vorrangig die Aspekte Kostenentwicklung und Investitionsplanung, aber auch unternehmensphilosophische Zielsetzungen. Die zentrale Dimension des Fragebogens richtete sich auf die Stellungnahme zu verschiedenen Gesichtspunkten bezüglich der drei verschiedenen Leitungsmodelle in der stationären Altenpflege in Bayern. Inhaltlich wurde nach möglichen Auswirkungen dieser Modelle auf die Bewohner-, Angehörigen- und Personalzufriedenheit sowie auf die Versorgungsqualität der Einrichtungen gefragt. Abschließend schätzen die Träger ein, unter welchen Bedingungen (z.B. Heimgröße), die Einrichtung der Leitungsmodelle PU und HLplus vertretbar ist.

- Heim-Checkliste

Um die Beobachtungen der Interviewer in Bezug auf die strukturellen Gegebenheiten und Ausstattungen der besuchten Heime zu systematisieren, wurde eine speziell dazu entwickelte Checkliste eingesetzt. Mit dieser wurden Informationen zu Lage, Ausstattung, Hygiene, Orientierungshilfen für die Bewohner der jeweiligen Einrichtungen sowie deren Freizeit- und Beschäftigungsangeboten aufgenommen.

3.1.3 Statistische Auswertung

Um der Tatsache gerecht zu werden, dass bei vielen Fragen die Antworten nicht normalverteilt waren, sondern eine erwartete schiefe Verteilungen aufwiesen, wurde in der Regel auf non-parametrische Analyseverfahren (Vergleich von Häufigkeiten; Chi²-Test) zurückgegriffen. Nur in wenigen begründeten Einzelfällen wurden Mittelwertsunterschiede (t-Test) berechnet.

3.2 Stichprobe

3.2.1 Stichprobenziehung

Die Stichprobenziehung für die Studie erfolgte anhand des Verzeichnisses zu Heimen der Altenhilfe in Bayern (Bayer. Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 2007) und einer Aufstellung des Bayerischen Staatministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Letztere umfasst eine nach den Regierungsbezirken Bayerns untergliederte Auflistung von Heimen mit Personalunion und HLplus.

Zunächst wurden pro Regierungsbezirk zufällig vier Einrichtungen mit dem Modell *HLplus* ausgewählt. Zur Zuordnung in diese Kategorie war es notwendig, dass mindestens zwei dieser Einrichtungen der stationären Altenhilfe angehören. Behindertenwohnheime, Sozialstationen, „reine“ Kurzzeitpflege und betreutes Wohnen sowie Interimsleitungen oder Heimleiterteams wurden nicht in die Grundgesamtheit aufgenommen. Den zufällig ausgewählten Heimen wurden jeweils ein Heim mit Personalunion und ein Heim mit Standardmodell in entsprechender Größe und Region zugeordnet. Auf diese Weise entstand eine Untersuchungsstichprobe von insgesamt 84 Heimen (jeweils 28 Heime pro Leitungsmodell). Von diesen 84 ausgewählten Heimen erklärten sich 65 zur Teilnahme bereit, was einer Teilnahmequote von 77.4% entspricht. Die Abbildung 2 stellt den Ablauf der Stichprobengewinnung im Überblick dar.

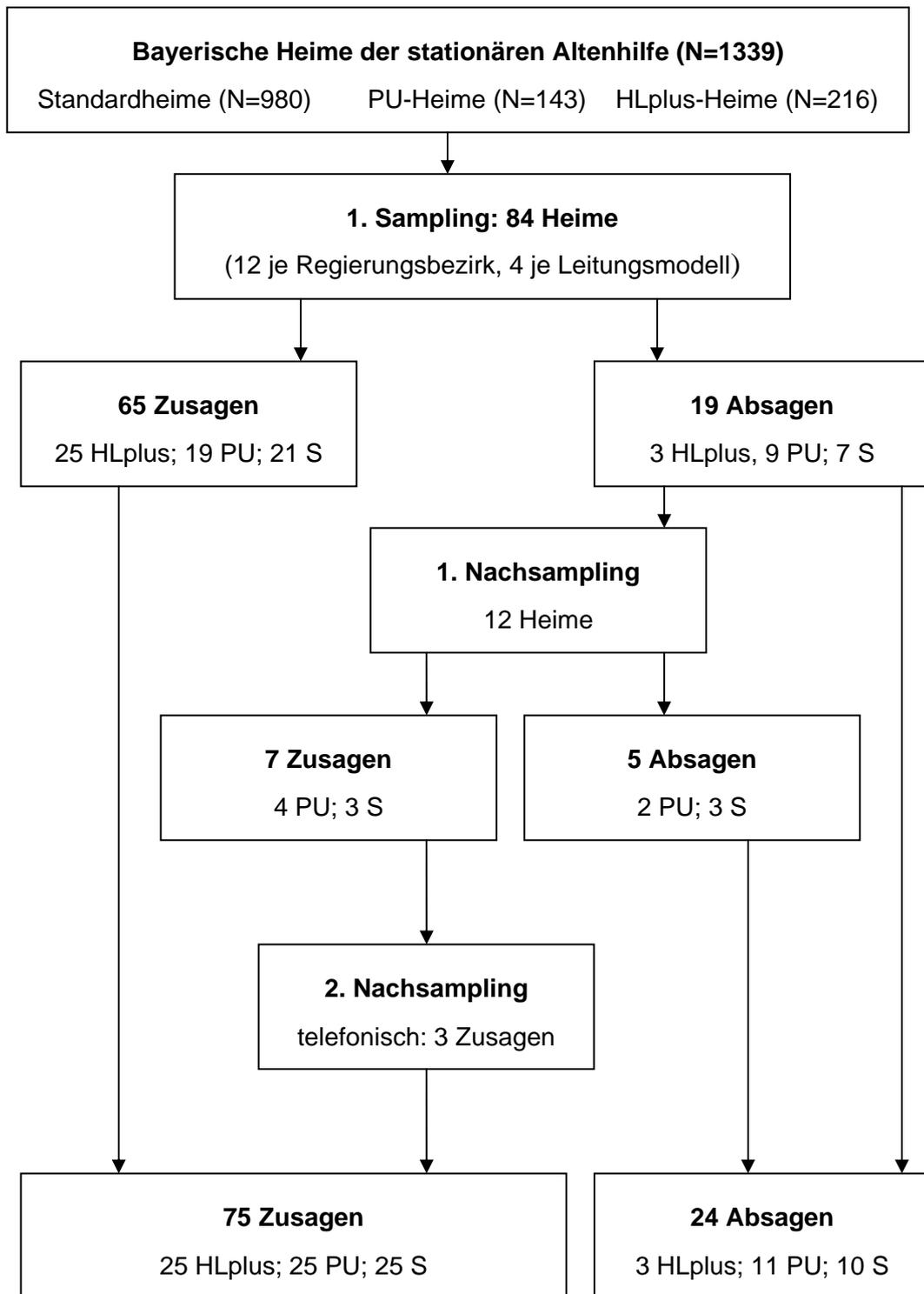


Abbildung 2: Stichprobengewinnung

Um das Ziel von 75 untersuchten Altenheimen in Bayern zu erreichen, wurden zwei Stichproben nachgezogen. Dabei wurden Einrichtungen ausgewählt, welche hinsichtlich des Leitungsmodells und der geographischen Lage denjenigen ähneln, die

nicht an der Studie teilnehmen wollten. Von 15 nachgezogenen Heimen waren 10 zur Teilnahme bereit (Teilnahmequote 66.6%). Zusammengefasst haben von insgesamt 99 kontaktierten Heimen schließlich 75 teilgenommen (Teilnahmequote 75.8%). Aufgrund von nicht absehbaren Änderungen des Leitungsmodells nach der Stichprobenziehung bei drei Einrichtungen setzt sich die dem Bericht zu Grunde liegende Stichprobe aus 26 *Standardheimen*, 23 *PU-Heimen* und 26 *HLplus-Heimen* zusammen. Von den 26 *HLplus-Heimleitern* waren zwei für je drei Einrichtungen zuständig, die anderen 24 *Heimleitungen* waren für je zwei Einrichtungen verantwortlich.

3.2.2 Beschreibung der Untersuchungsstichprobe

- *Heime*

Die untersuchten 75 Heime haben im Durchschnitt 89 Betten, verteilt auf jeweils durchschnittlich drei Stationen oder Wohngruppen. Die kleinste Einrichtung verfügt über 13 und die größte über 215 Betten. Personalunion-Heime haben im Durchschnitt weniger Betten als Standardheime (rund 65 zu 100 Betten, $T=-2.9$, $df=47$, $p < .01$). .

Hinsichtlich der Verteilung auf städtische und ländliche Regionen zeigt sich, dass 27 Heime (36%) aus dem ländlichen Raum und 48 Einrichtungen (64%) aus städtischen Regionen teilnahmen. Dabei befinden sich die *PU-Heime* unserer Stichprobe häufiger im ländlichen Gebiet als die *Standardheime* ($\chi^2=8.849$, $df=1$, $p=.003$). *HLplus-Heime* und *Standardmodell-Heime* verteilen sich gleich auf Stadt und Land. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verteilung der Heimmerkmale in der Stichprobe.

Tabelle 1:

Bettenzahl, Verteilung auf Träger und geographische Lage der Heime nach Leitungsmodell

Merkmal (N=75)	HLplus N / %	PU N / %	Standard N / %	Total N / %
Bettenzahl ¹				
Mittelwert/s	98.7 / 40.8	65.0 / 45.4	100.3 / 37.5	88.9 / 43.7
Trägerart ^{2*}				
kirchlich	12 / 46.2	5 / 21.7	5 / 19.2	22 / 29.3
freigemeinnützig	11 / 42.3	5 / 21.7	5 / 19.2	21 / 28.0
privat	1 / 3.8	6 / 26.1 ³	8 / 30.8 ⁴	15 / 20.0
öffentlich	2 / 7.7	7 / 30.4	8 / 30.8	17 / 22.7
Geographische Lage				
Stadt	20 / 76.9	8 / 34.8	20 / 76.9	48 / 64.0
Land	6 / 23.1	15 / 65.2	6 / 23.1	27 / 36.0
Stadt-Land-Quote ⁵	3.3	0.5	3.3	1.8

Anm: ¹ Angaben zum Stichtag 01.09.2008 ² Angaben in absoluten Zahlen und prozentualer Anteil am Leitungsmodell. Einteilung der Trägergruppen: kirchlich = Diakonisches Werk, Caritasverband; freigemeinnützig = Bayerisches Rotes Kreuz, Arbeiter-Wohlfahrt, Paritätischer Wohlfahrtsverband, sonstige freie, gemeinnützige Träger (ohne Anschluss an einen Spitzenverband); privat = gewerblicher, privater Träger; öffentlich = öffentlicher oder kommunaler Träger; ³ davon 4 Einrichtungen Eigentümer geführt; ⁴ davon eine Einrichtung Eigentümer geführt; * signifikanter Unterschied zwischen HLplus und Standardmodell: Chi²=14.2, df=3, p=.003; ⁵ Berechnung aus Anzahl der Heime in der Stadt/Anzahl der Heime auf dem Land

- Bewohnerinnen und Bewohner

Für die Studie liegen Daten von insgesamt 404 (je Heim durchschnittlich 5) Bewohnerinnen und Bewohnern vor. Das Durchschnittsalter liegt bei 82 Jahren (Altersbereich: 50-99 J.). Drei Viertel der Befragten sind weiblich (76.1%), 149 Bewohnerinnen und Bewohner leben in einer HLplus Einrichtung (36.9%), 105 in einem PU-Heim (26.0%) und 150 in einer Einrichtung mit einer Leitung nach dem Standardmodell (37.1%). Auf einen Bewohner, der Sozialhilfeleistungen erhält, kommen ca. drei Selbstzahler. Tabelle 2 gibt einen Überblick der Merkmale der *befragten* Bewohner.

Tabelle 2:

Personenmerkmale der befragten Heimbewohner und -bewohnerinnen

Merkmale	HLplus	PU	Standard	Total
Alter (N=400)	MW / s	MW / s	MW / s	MW / s
Jahre	81.9 / 7.4	81.0 / 8.3	82.4 / 8.3	81.8 / 8.0
	N / %	N / %	N / %	N / %
Geschlecht (N=381) ¹				
Männlich	31 / 22.0	19 / 19.4	41 / 28.9	91 / 23.9
Weiblich	110 / 78.0	79 / 80.6	101 / 71.1	290 / 76.1
Pflegestufe (N=312) ¹				
Keine	28 / 24.6	16 / 22.2	38 / 30.2	82 / 26.3
0 oder 1	66 / 57.9	37 / 51.4	61 / 48.4	164 / 52.6
2 oder 3	20 / 17.5	19 / 26.4	27 / 21.4	66 / 21.2
Sozialer Status (N=326) ¹				
Selbstzahler	92 / 83.6	62 / 73.8	112 / 84.8	266 / 81.6
Sozialhilfeempfänger	18 / 16.4	22 / 26.2	20 / 15.2	60 / 18.4
Zimmerart (N=397) ¹				
Einzelzimmer	127 / 86.4	69 / 67.0	109 / 74.1	305 / 76.8
Doppelzimmer	20 / 13.6	33 / 32.0	37 / 25.2	90 / 22.7
Mehrbettzimmer	0	1 / 1.0	1 / 0.7	2 / 0.5

Anm. ¹ Unterschiedliche Fallzahlen ergeben sich aus fehlenden Angaben (z.B. „weiß ich nicht“) der Bewohner

Hinsichtlich der Pflegeinstufung *aller* Bewohner in den untersuchten Heimen zeigt sich, dass nur ein geringer Prozentsatz keine Pflegestufe hat: Nur 11% der Bewohner haben entweder gar keine Pflegestufe oder Pflegestufe 0, jeweils ein Drittel hat Pflegestufe 1 bzw. 2 und ca. jeder fünfte Bewohner hat Pflegestufe 3. Bei rund der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner liegt eine Demenzdiagnose vor, circa 17% zeigen Verhaltensauffälligkeiten und etwa jede zehnte Person ist bettlägerig.

- Angehörige

Insgesamt nahmen 417 Angehörigen an der postalischen Befragung teil. Die befragten Angehörigen verteilen sich zu je einem Drittel auf die drei Leitungsmodelle. Bei den Angehörigen handelt es sich in der Mehrheit um engste Familienmitglieder (Kinder, Ehepartner, Schwiegertochter bzw. -sohn, Geschwister oder Enkelkinder) und

nur selten um nicht-verwandte Bezugspersonen (8.5%). Die Angehörigen sind durchschnittlich 58.4 Jahre alt, 63.5% sind weiblich.

Die Bewohner, deren Angehörige den Fragebogen ausgefüllt zurückschickten, sind durchschnittlich 83.7 Jahre alt und in der Mehrheit Selbstzahler (84.1%). Drei Viertel von ihnen sind Frauen. Über die Hälfte der Bewohner (54.4%) haben Pflegestufe 2 oder 3, ca. ein Drittel die Stufe 1 oder 0, weniger als 10% haben gar keine Pflegestufe. Hinsichtlich dieser Strukturdaten sind diese Bewohnerinnen und Bewohner mit den befragten Bewohnerinnen und Bewohner durchaus vergleichbar.

- Bewohnervertretungen

Insgesamt schickten 51 Heimbewohnervertretungen die zugesandten Fragebögen ausgefüllt zurück (40 Heimbeiratsvorsitzende oder -mitglieder, 11 Heimfürsprecher). Durchschnittlich sind sie 75 Jahre alt und 63.3% sind Frauen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3:

Merkmale der Bewohnervertretungen¹ differenziert nach Leitungsmodell

Merkmal	HLplus	PU	Standard	Total
Geschlecht (N=50) ²	N / %	N / %	N / %	N / %
weiblich	9 / 60.0	9 / 56.2	13 / 72.2	31 / 63.3
männlich	6 / 40.0	7 / 43.8	5 / 27.8	18 / 36.7
Alter (N=50) ^{3*}				
Mittelwert/s	73.1 / 13.5	70.6 / 13.1	80.6 / 10.1	75.0 / 12.7
Minimum	38	45	65	38
Maximum	88	92	96	96
Amtsdauer (N=48) ⁴				
Mittelwert/s	28.1 / 13.9	39.4 / 26.7	35.4 / 28.3	34.6 / 24.3
Minimum	7	1	5	1
Maximum	46	106	109	109

Anm.: ¹ Heimbeiratsvorsitzende(r) bzw. Heimfürsprecher; ² Angaben in absoluten Zahlen und prozentualer Anteil in der Kategorie; ³ Angaben in Jahren; ⁴ Angaben in Monaten;

* signifikanter Unterschied zwischen PU und Standard: T=-2.528, df=33, p=.016

- Personal

An der Studie nahmen 468 Pflegekräfte teil, etwa ein Drittel pro Leitungsmodell. Dies entspricht durchschnittlich sechs Personen pro Heim. Fast 90% davon sind Frauen, durchschnittlich sind die Pflegekräfte 41.5 Jahre alt.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Pflegekräfte (73.2%) sind Pflegefachkräfte (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger oder gerontopsychiatrische Fachkraft). 12.4% des Pflegepersonals, die den Fragebogen ausgefüllt haben, absolvierten zudem eine Weiterbildung zur Stationsleitung. Über die Hälfte der Pflegekräfte (55.6%) arbeitet in Wechselschichten und nur wenige hauptsächlich im Nachtdienst (7.4%). Die durchschnittliche Berufserfahrung liegt bei ca. 10 Jahren.

Bei Betrachtung aller Heime (N=67 auswertbare Angaben der Heime) liegt der Anteil der Pflegefachkräfte am Gesamtpersonal bei 55.8%, wobei dieser Anteil in PU- und Standardmodellen um jeweils etwa 5% höher ist als in HLplus-Einrichtungen (*Standardheim* vs. *HLplus*: $T=-2.391$, $df=44$, $p=.021$). 63.4% des Pflegepersonals der Heime arbeitet in Teilzeit, wobei der Anteil der Teilzeitkräfte bei den Pflegehilfskräften (74.4%) größer ist als unter den Pflegefachkräften (53.8%).

Hinsichtlich des Personalschlüssels zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Einrichtungen: Die Spannweite der Bewohnerzahl, für die eine Pflegekraft zuständig ist, erstreckt sich von 1.73 bis 7.33, im Durchschnitt ist eine Pflegekraft für 3 Bewohner zuständig. Der Personalschlüssel in *PU*-Heimen ist durchschnittlich deutlich geringer (2.67) als in *Standardheimen* (3.34), ($T=-2.917$, $df=43$, $p=.006$). In *HLplus*-Heimen beträgt der Personalschlüssel durchschnittlich 3.32.

- Heimleitung

Es nahmen 71 Heimleitungen an der Befragung teil, davon sind 26 Leiter eines Standardheimes, 23 leiten mehrere Heime und 22 haben in Personalunion noch die Pflegedienstleitung inne. Von den vier nichtteilnehmenden Heimleitern waren drei zuständig für mehrere Heime.

Im Durchschnitt sind die Heimleiter und Heimleiterinnen 48 Jahre alt, arbeiten im Mittel seit etwa zehn Jahren in der Einrichtung und sind im Durchschnitt seit sieben Jahren als Heimleitung tätig. Die am häufigsten genannten beruflichen Abschlüsse sind Gesundheits- und Krankenpflege (40.0%) und Altenpflege (30.8%). Bei Heimleitern, die in Personalunion auch Pflegedienstleitungen sind, ist der Anteil der pflegebezogenen Grundausbildung deutlich höher (Gesundheits- und Krankenpflege: 57.1%; Altenpflege: 42.9%). Über 93% der Heimleiter haben eine Weiterbildung absolviert, bzw. absolvieren sie gerade. Aber nicht einmal die Hälfte (46.2%) hat eine Weiterbildung zur Heimleitung durchgeführt. Lediglich neun Prozent der HLplus-Heimleitungen haben einen Abschluss im Bereich Qualitätsmanagement, wogegen dies fast 24% der Leiter in Personalunion und 27% der Leiter von Standardmodellen nannten (vgl. Tabelle A13 in

Anhang 6.4.4). Weniger als 5% der Leiter in *HLplus*-Einrichtungen und 19% der Leiter in *Standardheimen* haben eine Weiterbildung im pflegerischen Bereich, aber über 38% der Leiter von *PU*-Heimen. Ähnlich ausgeprägte Unterschiede ergeben sich bei der Gegenüberstellung der Weiterbildung zur Stations- bzw. Wohnbereichsleitung. Kein Leiter eines *HLplus*-Heimes hat eine solche Weiterbildung, zwei Heimleiter aus Standardmodellen (9.1%) und fünf Leiter aus *PU*-Modellen (23.8%).

Alle Heimleitungen in *PU*-Heimen waren schon in der Pflege tätig, während dies nur auf 15 Leitungen von *HLplus*-Heimen (entspricht 68.2%) und auf 12 Leitungen von Standardmodellen (entspricht 54.5%) zutrifft. Die Heimleiter, die bereits über Erfahrungen in der Pflege verfügen, haben im Mittel 13.4 Jahre in der Pflege gearbeitet.

Heimleiter, die für mehrere Einrichtungen zuständig sind, haben durchschnittlich für 117 Personen Personalverantwortung, Standardheimleiter für 71 und *PU*-Heimleiter für 49 Personen.

Die mittlere vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der Heimleiter liegt bei rund 39 Wochenstunden. Die tatsächliche Arbeitszeit liegt mit über 46 Wochenstunden deutlich darüber. Dabei umfassen die verschiedenen Aufgabenbereiche je nach Leitungsmodell unterschiedliche Zeitanteile (vgl. Tabelle 4).

Bei Heimleitern von Standardmodellen und *HLplus*-Modellen nehmen mitarbeiterbezogene Aufgaben, Verwaltung und Organisation sowie betriebswirtschaftliche Aufgaben die meiste Zeit in Anspruch. Bei den Leitungspersonen in *PU*-Heimen ist der zeitintensivste Bereich hingegen die Pflegeorganisation und -kontrolle, gefolgt von der Verwaltung und Organisation und von mitarbeiterbezogenen Aufgaben. Bei allen drei Leitungsmodellen steht der Bereich „Bewohnerkontakte“ hinsichtlich des Anteils an Arbeitszeit an vierter Stelle.

Tabelle 4:

Zeitanteile verschiedener Aufgabenbereiche differenziert nach Leitungsmodell

Bereich	HLplus %	PU %	Standard %	Total %
– Verwaltung und Organisation	24.8	19.4	24.8	23.1
– Mitarbeiterbezogene Aufgaben * ¹	21.2	18.2	15.0	18.1
– Betriebswirtschaftlicher Bereich * ²	19.2	9.1	15.7	14.9
– Bewohnerkontakte	13.6	16.1	13.6	14.4
– Pflegeorganisation und –kontrolle * ³	8.2	19.9	9.0	12.1
– Angehörigenkontakte	11.4	10.4	10.8	10.9
– Außenkontakte/Öffentlichkeitsarbeit	12.6	7.8	10.1	10.3
– Sonstiges ¹	3.0	0.8	1.1	1.6

Anm.: ¹ Angaben: Seelsorge, Hauswirtschaft, Hygiene, Vertrauensmann der Schwerstbehinderten, Bautätigkeit anderes Heim (Angabe wegen Anonymität um Ortsangabe gekürzt) *¹ HLplus vs. S: T=2.2, df=33.763, p=.035; *² PU vs. S: T=4.5, df=41, p=.023; *³ PU vs. S: T=-2.4, df=41, p=.000.

- Träger

Rund 30% der in die Studie eingeschlossenen Einrichtungen haben kirchliche, ebenfalls rund 30% haben freigemeinnützige Träger, 20% private und 20% kommunale Träger. *HLplus*-Einrichtungen werden zumeist von kirchlichen und freigemeinnützigen Wohlfahrtsträgern geführt, während sich die anderen beiden Leitungsmodelle gleichmäßiger auf die vier Trägergruppen verteilen bzw. tendenziell eher in öffentlicher oder privater Trägerschaft sind. Die 75 Heime unserer Studie werden von 65 verschiedenen Trägern verwaltet. Acht Träger sind mit jeweils zwei Einrichtungen und ein Träger ist mit drei Häusern in der Befragung vertreten.

Von den 65 in der Stichprobe vertretenen Trägern beantworteten 43 den ihnen postalisch zugesandten Fragebogen (vgl. Tabelle 5). 23 Träger gaben an, keine PU-Heime zu haben, 25 Träger gaben die Auskunft, über keine *HLplus*-Heime zu verfügen, und zehn Träger haben nach ihrer Aussage ausschließlich Standard-Heime.

Tabelle 5:

Verbreitung der Leitungsmodelle bei den Trägern

Leistungsmodelle der Einrichtungen des jeweiligen Trägers (Angaben der Träger)	Häufigkeit (N)	Prozent (%)
Nur HLplus	6	13.9
Nur PU-Modell	11	25.5
Nur Standardmodell	10	23.3
HLplus und Standardmodell	7	16.3
HLplus und PU-Modell	2	4.7
Standard und PU-Modell	4	9.3
Alle drei Modelle	3	7.0
Gesamt	43	100

Anm.: N = 43 Träger von untersuchten Heimen, davon 14 mit HLplus-Modell, 14 mit PU-Modell und 15 mit Standardmodell.

Fast 40% der von uns befragten Träger betreiben nur ein Alten- und Pflegeheim, neun Träger (21.4%) betreiben jeweils zwei Einrichtungen, die übrigen Träger (40.7%) betreiben mehr als zwei Einrichtungen. Der Mittelwert der betriebenen Heime liegt bei 4.9 Einrichtungen, das Maximum liegt bei 28 Heimen.

Die Träger können sich zum Teil auf eine lange Tradition berufen. Die Herkunft der ersten Häuser reicht bei einem Heim sogar bis ins 13. Jahrhundert zurück. Das jüngste Haus der Stichprobe wurde 2008 eröffnet. Die Angaben über die zuletzt eröffneten Häuser zeigen auch, dass die Aktivitäten sich in diesem Bereich in der letzten Dekade verstärkt haben. Von 1959 bis 1997 waren von den befragten Trägern 15 Häuser eröffnet worden, jedoch von 1998 bis 2008 bereits 24 Einrichtungen.

Etwa zwei von drei Trägern bejahten die Frage nach der Zugehörigkeit zu einer Verbandsgruppe: Am häufigsten genannt wurden das „Diakonische Werk Bayern“ (6 Nennungen), der „Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. bpa“ (6x), der „Bayerische Städtetag“ (4x) und der „Bayerische Landkreistag“ (4x). Durchschnittlich waren die stationären Pflegeeinrichtungen der befragten Träger im Jahr 2007 zu 95.8% (s=2.56) ausgelastet, wobei das Minimum bei 90% und das Maximum bei 100% lag.

3.2.3 Selektivität und Güte der Stichprobe

Von den angeschriebenen 99 Heimen nahmen 24 nicht an der Untersuchung teil. Bei 22 wurde eine Teilnahme abgelehnt, ein Heim existierte nicht mehr und eines stellte den Betrieb zum Jahresende ein. Eine Übersicht der Gründe für die Nicht-Teilnahme findet sich in Tabelle 6. Die meisten nicht teilnehmenden Einrichtungen waren *PU-Heime* (N=11; 45.8%), aber auch *Standardheime* lehnten die Teilnahme häufig ab (N=10; 41.7%). Nur drei *HLplus*-Heime lehnten eine Teilnahme komplett ab (12.5%).

Tabelle 6

Gründe der Heime für die Nicht-Teilnahme an der Untersuchung

Gründe der Nicht-Teilnahme (Mehrfachnennungen) N=22	N
Zeitaufwand / Zuviel Arbeit / Zu hohe Belastung	9
Vom Träger nicht gewünscht	7
Auf Kontaktversuche nicht mehr reagiert	6
Umbau/Betriebsbedingte Umstellungen, Restrukturierungsmaßnahmen	5
Umstellungen im Pflorgeteam / Beschwerden des Personals	3
Keine geeigneten Bewohner	2
Protest gegen Politik / Sonstiges	2
Es werden zu viele Studien durchgeführt / Sinnlosigkeit derartiger Studien	2
Erkrankung der Leitung	1
Nur Kurzzeitpflege	1

Um abschätzen zu können, inwieweit sich die Befunde von den in die Untersuchung eingeschlossenen 75 Heimen auf die Grundgesamtheit verallgemeinern lassen, wurde unsere Stichprobe hinsichtlich der durchschnittlichen Bettenanzahl, der Trägerschaft und der geographischer Lage (Stadt-Land-Verteilung) mit der Grundgesamtheit aller Heime der Altenhilfe in Bayern verglichen.

- *Kriterium: Durchschnittliche Bettenanzahl:*

In der Untersuchungsstichprobe liegt die durchschnittliche Bettenzahl pro Heim bei etwa 89 Plätzen, bayernweit bei 93 Betten. Tabelle 7 zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Leitungsmodelle.

Tabelle 7:

Mittlere Bettenzahl in der Stichprobe und in Gesamtbayern nach Personalmodellen

Bereich	HLplus	PU	Standard	Total
Stichprobe				
Anzahl Heime	26	23	26	75
Mittlere Bettenzahl	98.7	65.0	100.3	88.9
Minimum Betten	40	13	40	13
Maximum Betten	195	215	195	215
Gesamtbayern				
Anzahl Heime	216	143	980	1339
Mittlere Bettenzahl	77.3	60.4	101.5	93.2
Minimum Betten	13	4	3	3
Maximum Betten	219	215	789	789

Die Stichprobe der Studie repräsentiert die Gesamtheit der Heime im Hinblick auf die durchschnittliche Bettenzahl demnach gut. Nur bei den HLplus-Heimen ist die durchschnittliche Bettenzahl tendenziell größer als in der Grundgesamtheit der HLplus-Heime in Bayern. Dies lässt sich zum großen Teil mit der unterschiedlichen Teilnahmebereitschaft der verschiedenen Träger (vgl. Abschnitt Träger der Heime) erklären, da die durchschnittliche Bettenzahl bei den unterschiedlichen Trägern deutlich differiert.

Betrachtet man die bayernweiten Strukturdaten, sind Personen, die eine Heimleitungsfunktion für mehrere Einrichtungen innehaben, für maximal bis zu fünf Einrichtungen verantwortlich. Die Spannbreite der gesamten Bettenzahl der von ihnen geleiteten Heime liegt zwischen 41 und 415. In unserer Stichprobe betreuen 2 Heimleiter jeweils drei Heime, die restlichen 24 Heimleiter sind für jeweils zwei Einrichtungen verantwortlich. Die Gesamtbettenzahl für die ein Heimleiter zuständig ist, schwankt zwischen 94 und 406.

- Kriterium: Trägerschaft der Einrichtung

Während die Anteile von Heimen mit kirchlichen Trägern (29.3%) und von Heimen der Freien Wohlfahrtsverbände (28.0%) in der Untersuchungsstichprobe die Verteilung über alle Altenheime in Bayern gut widerspiegelt (kirchliche Träger: 29.5%

und Freie Wohlfahrtsverbände: 26.4%), sind Heime mit kommunalen Trägern über- und Heime privater Träger in der Stichprobe unterrepräsentiert: In Bayern befinden sich etwa 14.5% der Altenheime in kommunaler Hand, in der Stichprobe beträgt dieser Anteil etwa 22.7%. Aufgrund der Absagen von Einrichtungen privater Träger liegt deren Anteil in der Stichprobe bei 20%, in Bayern jedoch bei rund 30.0%.

Die 75 Heime der Stichprobe werden von 65 verschiedenen Trägern betrieben. Acht Träger betreiben je zwei Einrichtungen, ein Träger sogar drei Häuser. Tabelle 8 zeigt, wie sich die Träger auf die verschiedenen Leitungsvarianten verteilen.

Tabelle 8:

Verteilung der Einrichtungen auf Trägergruppen differenziert nach Leitungsmodell

Trägerart ^a	HLplus N / %	PU N / %	Standard N / %	Total N / %
Kirchlich	12 / 46.2	5 / 21.7	5 / 19.2	22 / 29.3
Freigemeinnützig	11 / 42.3	5 / 21.7	5 / 19.2	21 / 28.0
Privat/Gewerblich	1 / 3.8	6 ^b / 26.1	8 ^c / 30.8	15 / 20.0
Öffentlich	2 / 7.7	7 / 30.4	8 / 30.8	17 / 22.7
Insgesamt	26	23	26	75

Anm.: Angaben in absoluten Zahlen und prozentualer Anteil vom Leitungsmodell; ^a kirchliche Träger = Diakonisches Werk, Caritasverband; freigemeinnützig = Bayerisches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Paritätischer Wohlfahrtsverband, sonstige freie, gemeinnützige Träger (ohne Anschluss an einen Spitzenverband); privat/gewerblich = gewerblicher, privater Träger; öffentlich = öffentlicher oder kommunaler Träger; ^b davon vier Einrichtungen Eigentümer geführt; ^c davon eine Einrichtung Eigentümer geführt.

- Kriterium: Geographische Lage (Stadt vs. Land)

Bezüglich des Merkmals „eher städtische“ versus „eher ländliche“ Lage wurde neben der Einwohnerzahl (städtisch ab ca. 10.000 Einwohner) auch die Umgebung des Heimes (z.B. Lage am Stadtrand, abgelegener Ortsteil) berücksichtigt.

In der Stichprobe verteilen sich die 75 Heime mit einer Stadt-Land-Quote von 1.8 (d.h. 27 Heime (36%) liegen im ländlichen Raum und 48 (64%) im städtischen Gebiet). Diese Quote beträgt in Gesamtbayern etwa 1.3. Bei Heimen mit Personalunion unterscheidet sich die Stadt-Land-Quote in der Stichprobe (0.53) nur minimal von der in Gesamtbayern (0.66). Während sich 15 Heime mit einer Personalunion im ländlichen Raum befinden, trifft dies nur auf je sechs Heime der Modelle HLplus und Standard zu. Demzufolge sind jeweils 20 HLplus- und Standardheime sowie acht PU-Heime im städtischen Raum zu finden (siehe Tabelle 9). Heime mit PU-Modell sind in unserer Stich-

probe häufiger im ländlichen Raum vertreten als Heime des Standardmodells ($\text{Chi}^2=8.9$, $\text{df}=1$, $p=.003$).

Tabelle 9:

Verteilung der Heime auf Stadt-Land differenziert nach Leitungsmodell

Gebiet (N=75)	HLplus N / %	PU N / %	Standard N / %	Total N / %
Städtischer Raum	20 / 76.9	8 / 34.8%	20 / 76.9	48 / 64.0
Ländliches Gebiet	6 / 23.1	15 / 65.2	6 / 23.1	27 / 36.0
Insgesamt	26	23	26	75
Stadt-Land-Quote ¹	3.33	0.53	3.33	1.78

Anm.: Angaben in absoluten Zahlen und prozentualem Anteil vom Leitungsmodell

¹ Berechnung aus Anzahl Heime in der Stadt/Anzahl Heime auf dem Land

Die Verteilung der untersuchten Einrichtungen auf die sieben Regierungsbezirke entspricht nicht der Verteilung in der Grundgesamtheit. Das ist hauptsächlich durch das unterschiedliche Teilnahme- bzw. Absageverhalten der Einrichtungen in den einzelnen Regierungsbezirken bedingt. Die am häufigsten vertretenen Regierungsbezirke sind Mittelfranken (17.3%) und Niederbayern (16.0%). Die Oberpfalz ist mit neun besuchten Einrichtungen am seltensten vertreten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Stichprobe der Studie eine zufriedenstellende Güte aufweist, da sie in wesentlichen Strukturmerkmalen (durchschnittliche Bettenzahl, Trägerschaft, geographische Lage) annähernd der Grundgesamtheit der bayerischen Alten- und Pflegeheime entspricht.

3.3 Ergebnisse der Feldstudie

3.3.1 Auswirkungen der Leitungsmodelle

Im Folgenden werden die Ergebnisse der unterschiedlichen Analyseebenen (Bewohner, Angehörige, Personal, etc.) bezüglich der Auswirkungen der drei unterschiedlichen Leitungsmodelle dargestellt. Es wurde dabei jeweils das *HLplus*- und das *PU*-Modell mit dem *Standard*modell verglichen.

- Bewohnerebene

Auf Bewohnerebene standen 404 auswertbare beantwortete Fragebogen zur Verfügung. Eine Analyse der Rücklaufquoten pro Heimmodell ergab signifikante Un-

terschiede. So sind die PU-Heime mit 105 (26.0%) beantworteten Fragebogen deutlich unterrepräsentiert, die Standardheime mit 150 (37.1%) und die HLplus-Heime mit 149 (36.9%) häufiger in der Stichprobe vertreten, als dies zufällig zu erwarten gewesen wäre. Diese Unterrepräsentation der PU-Heime muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Auswirkungen der drei unterschiedlichen Leitungsmodelle lassen sich von Seiten der Bewohner nur in geringem Umfang feststellen. Allerdings berichten die Bewohnerinnen und Bewohner der *HLplus*-Heime von signifikant weniger Kontakt zur Heimleitung: 50.7% der Bewohner geben an, dass sie „noch nie“ bzw. nur „selten“ Kontakt zur Heimleitung hatten bzw. haben. In den Standardheimen liegt dieser Prozentsatz mit 34.8% deutlich niedriger ($\text{Chi}^2=13.2$, $\text{df}=3$, $p=.004$). In Übereinstimmung damit berichten die Bewohner der HLplus-Heime seltener, dass die Heimleitung aktiv auf die Bewohner zugeht, um „etwas mit ihnen zu besprechen, sie zu informieren oder zu einer Veranstaltung einzuladen“ (34.5% vs. 57.9%; $\text{Chi}^2=11.1$, $\text{df}=1$, $p=.001$).

In den *PU*-Heimen dagegen wird die Heimleitung insgesamt als zugewandter erlebt. So wird die Heimleitung dort häufiger als freundlich (94.6% vs. 85.4%; $\text{Chi}^2=4.8$, $\text{df}=1$, $p=.029$) und vertrauenswürdig (93.0% vs. 83.6%; $\text{Chi}^2=4.0$, $\text{df}=1$, $p=.045$) beschrieben als in Heimen mit dem Standardmodell. Im Vergleich zu Standardheimen wird die Ansprechbarkeit der PU-Heimleitung für persönliche Belange der Bewohnerinnen und Bewohner häufiger als „sehr gut“ bewertet (69.9% vs. 45.2%; $\text{Chi}^2=5.4$, $\text{df}=1$, $p=.02$).

- Angehörigenebene

Es wurden 417 beantwortete Fragebögen von Angehörigen ausgewertet. Diese verteilen sich annähernd gleich auf die drei Leitungsmodelle HLplus, ($N=144$, 34.5%), PU ($N=134$, 32.1%) und Standard ($N=139$, 33.3%). Betrachtet man die Aussagen der Angehörigen, so zeigen sich geringfügige Unterschiede zwischen den Leitungsmodellen, die aber konsistent mit den Ergebnissen der anderen Akteure sind.

So berichten die Angehörigen in *HLplus*-Heimen über signifikant weniger Kontakte zur Heimleitung. Bei *HLplus*-Heimen gaben 29.8% der Angehörigen an, „noch nie“ oder nur „selten“ Kontakt zur Heimleitung (gehabt) zu haben, in den *Standard*-heimen lag dieser Anteil bei 19.4% ($\text{Chi}^2= 8.6$, $\text{df}=3$, $p=.036$). Die Heimleitung wird in den *HLplus*-Heimen seltener als kompetent bewertet (57.8% vs. 70.4%; $\text{Chi}^2=4.8$, $\text{df}=1$, $p=.041$) und der Umgang mit Beschwerden von Seiten der Bewohner und der Angehörigen wird als schlechter bewertet: Während in den *Standard*-heimen 40.2% der Befragten das Beschwerdemanagement als „sehr gut“ bewerteten, sind es in den *HLplus*-Heimen 24.2% ($\text{Chi}^2=5.8$, $\text{df}=1$, $p=.016$).

Bei den *PU*-Heimen lassen sich aus Sicht der Angehörigen keine Nachteile des Leitungsmodells erkennen. Im Gegenteil wird in diesen Heimen die Heimleitung insgesamt als den Bedürfnissen der Angehörigen gegenüber aufgeschlossener erlebt als in den *Standard*heimen. Die Angehörigen geben an, dass sie leichter Kontakt zur Heimleitung aufnehmen können und schneller einen Termin erhalten (77.3% vs. 65.2%; $\text{Chi}^2=4.5$, $\text{df}=1$, $p=.034$) und dass die Heimleitung häufiger aktiv auf die Angehörigen zugeht (68% vs. 51.1%; $\text{Chi}^2=7.7$, $\text{df}=1$, $p=.005$) und sich auch häufiger nach dem Wohlbefinden der Bewohner erkundigt (52.6% vs. 38.6%; $\text{Chi}^2=4.9$, $\text{df}=1$; $p=.028$).

- *Bewohnerververtretung*

Für die Auswertung standen 51 ausgefüllte Fragebögen von Heimbewohnerververtretungen zur Verfügung (*HLplus*, $N=15$; 29.4%; *PU*, $N=18$, 35.3%; *Standard*, $N=18$, 35.3%). 40 Fragebogen wurden von Heimbeiratvorsitzenden oder -mitgliedern ausgefüllt und 11 von Heimfürsprechern. Auffallend ist, dass die meisten der 24 fehlenden Datensätze aus *HLplus*-Heimen ($N=11$) stammen. Bei den *PU*-Heimen fehlen fünf und bei den *Standard*-Heimen acht Datensätze.

Beim Vergleich der Häufigkeit von Heimbeiratssitzungen und der Teilnahme der Heimleitung an diesem Treffen zeigen sich keinerlei Unterschiede zwischen den verschiedenen Leitungsmodellen. Etwa 50% der Heimbeiräte haben monatliche Treffen, 31% treffen sich einmal im Quartal. Hinsichtlich einer Teilnahme der Heimleitungen zeigt sich, dass die Leitungen des *HLplus*-Modells immer an den Sitzungen teilnehmen ($N=10$, 100%), hingegen machen dies 80% der Leitungen von *PU*-Heimen ($N=8$) und 73.3% des Standardmodells ($N=11$). In den Kontakthäufigkeiten mit verschiedenen Personen ergeben sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den drei Leitungsmodellen. Alle Bewohnerververtretungen haben am häufigsten Kontakt zu den Bewohnern und zum Pflegepersonal in der Einrichtung. Sechs von zehn geben an, mit der Heimleitung seltener als einmal pro Woche in Kontakt zu treten. Bemerkenswert ist, dass über 13% der Gesamtstichprobe angeben, nie Kontakt zu Angehörigen zu haben.

Die Mehrzahl der Bewohnerververtretungen haben keine festen Sprechzeiten, sondern sind für die Anliegen der Bewohner meist sofort oder nach Terminvereinbarung ansprechbar. In *Standard*heimen haben die Bewohnerververtretungen jedoch generell etwas seltener feste Sprechzeiten als in *HLplus*-Heimen ($\text{Chi}^2=3.9$, $\text{df}=1$, $p=0.047$).

Mehr als 75% der befragten Bewohnerververtretungen fühlen sich „gut“ oder „sehr gut“ durch die Heimleitung über ihre Mitwirkungsrechte und -möglichkeiten aufgeklärt. Fast 65% geben weiterhin an, rechtzeitig und ausreichend über Entscheidungen der Heimleitung informiert zu werden. Bei diesen beiden Bewertungen zeigen sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Leitungsformen.

In der Zufriedenheit mit der Anerkennung des Heimbeirates oder des Heimförsprechers durch andere Personen und Personengruppen unterscheiden sich die drei Leitungsmodelle, abgesehen von zwei Ausnahmen (vgl. Tab. A10, Anhang 6.4.4), nicht signifikant voneinander. Im HLplus-Modell föhlen sich die Heimbeiräte als Gremium signifikant häufiger akzeptiert durch die Heimleitung als im Standardmodell (92.3% vs. 57.1%, $\text{Chi}^2=4.3$, $\text{df}=1$, $p=.04$). Beim Vergleich von PU-Modell und Standardmodell berichten die Bewohnervertretungen im PU-Modell von mehr Anerkennung durch außen stehende Personen als im Standardmodell (87.5 vs. 37.5%; $\text{Chi}^2=4.3$, $\text{df}=1$, $p=.04$).

Auch in der Zufriedenheit der Bewohnervertretungen mit verschiedenen Aspekten ihrer Arbeit, wie die Möglichkeit Einfluss auf die Heimgestaltung zu nehmen oder die Zusammenarbeit mit der Leitungsebene, zeigen sich zwischen den Leitungsmodellen keine bedeutsamen Unterschiede. Die große Mehrheit der befragten Bewohnervertreter ist zufrieden mit der Mitarbeit im Heimbeirat.

Die meisten Beschwerden von Seiten der Bewohner werden den Heimbeiräten bzw. Heimförsprechern aus den Bereichen Ernährung, bauliche Gegebenheiten und Heimkosten angetragen. Die Beschwerden, die von Angehörigen an den Heimbeirat oder -försprecher gerichtet werden, betreffen überwiegend die Ernährung, die Heimkosten, die baulichen Gegebenheiten, außerdem die Pflege- und Betreuungsqualität sowie das Verhalten des Pflegepersonals. Bei letztgenanntem Aspekt zeigt sich sogar ein Unterschied zwischen zwei Leitungsmodellen. In vier Heimen mit HLplus-Modell wurden in diesem Bereich Beschwerden von Angehörigen berichtet, während dies bei keinem Heim des Standardmodells vorkam ($\text{Chi}^2=5.5$, $\text{df}=1$, $p=.019$). Die Bewohnervertretungen wurden darüber hinaus auch zu aktuellen Problemen in ihrer Einrichtung befragt. Bei dieser offenen Frage liegen Angaben aus 29 Einrichtungen vor. Dabei sind zu wenig Personal bzw. zu überfordertes Personal sowie bauliche Veränderungen die am häufigsten genannten Themen. In geringerem Umfang werden Probleme in den Bereichen Ernährung, Haustechnik, Alltagsgestaltung und Angebotsvielfalt, Organisation im Heim (viele Personalwechsel auf den Stationen) oder auch zuviel Bürokratie und unverständliche Heimkostenabrechnungen aufgeführt.

- Pflegepersonal

Auf der Ebene des Pflegepersonals konnten die Fragebögen von 468 Personen analysiert werden. Auch diese verteilen sich in etwa gleich auf die drei Heimleitungsmodelle (HLplus = 157, 33.5%; PU = 153, 32.7%; Standard= 158, 33.8%), so dass hier keine systematischen Verzerrungen (z.B. durch gehäufte Nichtbeantwortungen bei einem Leitungsmodell) zu Gunsten bzw. Ungunsten eines Leitungsmodells zu erwarten sind.

Die Aussagen des Personals aus den *HLplus*-Heimen lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass die Mitarbeiter zum einen über weniger Kontakte zur Heimleitung berichten: Während in *Standard*heimen 49.4% der Befragten angeben, täglich oder mehrmals pro Woche Kontakt zur Heimleitung zu haben, sind dies in den *HLplus*-Heimen nur 25.8% ($\chi^2=18.5$, $df=2$; $p=.001$). Zum anderen sind die Pflegekräfte aus den *HLplus*-Heimen mit dem Ausmaß des Kontaktes, den Sie zur Heimleitung haben, häufiger nicht zufrieden (28.1% vs. 12.7%; $\chi^2=11.3$, $df=1$, $p=.001$). Die Mitarbeiter der *HLplus*-Heime müssen auch häufiger erst einen Termin vereinbaren, bevor sie mit der Heimleitung sprechen können (38.3% vs. 22.1%; $\chi^2=9.7$; $df=1$, $p=.002$). Des Weiteren wird der Kontakt zur Heimleitung seltener als angenehm (46.1% vs. 57.9%; $\chi^2=4.3$, $df=1$, $p=.04$) und der Heimleiter seltener als vertrauenswürdig eingeschätzt (44.7% vs. 56.7%; $\chi^2=4.1$, $df=1$, $p=.04$). Auch im Kontakt des Heimleiters zu den Bewohnern werden Unterschiede wahrgenommen. Die Heimleiter in den *HLplus*-Heimen nehmen sich nach Meinung des Pflegepersonals weniger Zeit für die Bewohner (40.2% vs. 57.8%; $\chi^2=8.1$, $df=1$, $p=.004$) als diejenigen in den *Standard*heimen.

Im Vergleich dazu schneidet das PU-Modell aus der Sicht des Pflegepersonals relativ gut ab und scheint sogar Vorteile gegenüber dem Standardmodell zu haben. Die Mitarbeiter beschreiben ihre Arbeitszufriedenheit häufiger als „sehr gut“ (68.9% vs. 50.3%; $\chi^2=10.7$, $df=1$, $p=.001$) und schätzen den Kontakt zur Heimleitung als besser ein. In den PU-Heimen benoten 82.4% des Personals den Kontakt zur Heimleitung mit „gut“ oder „sehr gut“. In den *Standard*heimen sind dies nur 70.7% ($\chi^2=5.8$, $df=1$, $p=.02$). In den PU-Heimen beanstandet das Personal darüber hinaus seltener einen häufigen Personalwechsel (50.7% vs. 69.0%; $\chi^2=10.8$, $df=1$, $p=.001$), und es wird seltener über Beschwerden von Angehörigen berichtet (49.7% vs. 65.1%; $\chi^2=7.0$, $df=1$, $p=.01$).

- Heimleitung

Es wurden insgesamt 140 Interviews mit den Heim- und Pflegedienstleitungen der teilnehmenden Heime geführt. Davon entfielen auf das *HLplus*-Modell 48, auf das PU-Modell 40 und 52 auf das Standardmodell. Zehn Interviews konnten aus verschiedenen Gründen nicht durchgeführt werden. Davon entfielen sechs auf das PU-Modell und vier auf das *HLplus*-Modell. Dies könnte als weiteres Indiz dafür betrachtet werden, dass bei diesen beiden Leitungsformen weniger Zeitressourcen zur Verfügung stehen und sie folglich dazu tendieren, zusätzlichen Anforderungen ablehnend gegenüber zu stehen.

Negative Effekte des *HLplus*-Modells lassen sich auf verschiedenen Ebenen finden. Beispielsweise gibt es signifikante Unterschiede bezüglich des persönlichen Gesprächskontaktes zwischen den Leitungspersonen. Während alle Leitungen aus dem

Standardmodell angeben, mindestens einmal am Tag miteinander über dienstliche Themen zu sprechen, sind dies im *HLplus*-Modell nur 87.5% (Chi 6.8, df=1; p=.009).

Beide Leitungspersonen in *HLplus*-Heimen nehmen auch seltener an Stations- oder Bereichssitzungen teil als in Standardheimen (33.3% zu 57.7%; Chi²=7.4 df=1 p=.025). Die Heimleiter des *HLplus*-Modells geben zudem mit 43.5% deutlich weniger täglichen Kontakt mit dem Pflegepersonal an als die Heimleiter aus dem Standardmodell (76.9%; Chi²=5.8, df=1; p=.016). Auch ihre Kenntnisse über die Bewohner schätzen die Heimleiter aus dem *HLplus*-Modell schlechter ein. 39.1% bezeichnen ihre Kenntnisse als „sehr gut“, in den Vergleichsheimen liegt dieser Prozentsatz mit 76.9% wesentlich höher (Chi²=7.2, df=1; p=.007).

Die Kommunikation auf den Ebenen Leitung, Personal und Bewohner ist somit zweifellos gegenüber dem Modell-Standard reduziert. Diese Unterschiede könnte darauf zurückzuführen sein, dass der Heimleiter in der einzelnen Einrichtung weniger präsent sein kann.

Das Modell *HLplus* ist für die meisten Leitungskräfte ein Kostensparmodell. Die Leitungskräfte verbinden mit diesem Modell überwiegend unklare Zuständigkeiten, mangelnde Präsenz des Heimleiters in der Einrichtung und defizitäre Informations- und Kommunikationsprozesse durch das zumindest zeitweise Fehlen eines Ansprechpartners für die Belange der Bewohner, Angehörigen, Mitarbeiter und der anderen Leitungspersonen. Es ist auffällig, dass äußere Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die Distanz der Einrichtungen, für die ein Heimleiter zuständig wäre, oder die entsprechenden Veränderungen in der Organisation kaum Erwähnung finden.

Aus der personen- und beziehungsorientierten Perspektive ist die Aussage, dass die Einrichtung dann „kein Gesicht hat“ von zentraler Bedeutung und zeigt auf, dass in beiden Dimensionen ein Bedeutungsverlust und die Befürchtung eines solchen Bedeutungsverlustes für die Funktion und Position des Heimleiters an sich angesprochen wird. Damit verknüpft wird auch der mögliche Verlust der Identifikation mit der Einrichtung auf Seiten des Heimleiters und folglich ein für alle Akteure wichtiges Qualitätsmerkmal und zentraler Orientierungspunkt. In diesem Kontext sind auch die Aussagen der Befragten, dass diese Form eine außerordentliche und schwer zu bewältigende Belastung für die Mitarbeiter und die Leitungen darstellt, zu sehen.

Es zeigen sich auch Vorteile des *HLplus*-Modells. Im Modellvergleich kommen die meisten Zustimmungen zu der Aussage „Ich kann mir meinen Arbeitsalltag weitgehend selbst einteilen“ von den Leitungspersonen aus dem Modell Heimleitung plus mit 70.8%, am wenigsten aus dem Standardmodell mit 50% (Chi²=4.5, df=1; p=.034). Das deutet darauf hin, dass die tägliche Arbeit im *HLplus*-Modell von Pflegedienstlei-

tung und Heimleitung gegenüber den Leitungskräften des Standardmodells als selbstbestimmter wahrgenommen wird.

Insgesamt führt das *HLplus*-Modell zu einer gewissen „Polarisierung“ der Einschätzungen. *HLplus*-Leitungspersonen halten es für einen Vorteil, wenn die Leitfigur nicht so präsent ist und die Verantwortung auf mehreren Schultern ruht. Sie betonen die Flexibilität in der Arbeitsgestaltung und Organisation, die den Mitarbeiter und Leitungen mehr Handlungsoptionen bietet. Solche Einschätzungen werden von Leitungskräften aus anderen Modellen weniger stark betont.

In der Analyse der Aussagen der Heim- und Pflegedienstleitungen zeigen sich ebenfalls Nachteile des *PU*-Modells. Die Unterschiede betreffen dabei vor allem die alltäglichen Arbeitsbedingungen und das Belastungserleben der Leitungskräfte. 57.9% aller Leitungspersonen aus dem *PU*-Modell geben an, dass bei ihnen die Aufgabenfelder auf der Leitungsebene nicht so klar getrennt sind, gegenüber 22% der Leitungspersonen aus dem Standardmodell ($\text{Chi}^2=11.9$, $\text{df}=1$; $p=.001$). Tägliche Gespräche auf der Leitungsebene sind im *PU*-Modell (82.1%) nicht ganz so selbstverständlich wie im Vergleichsmodell (100%; $\text{Chi}^2=9.9$, $\text{df}=1$; $p=.002$). Insbesondere die Heimleiter bewerten den Kontakt zur Ko-Leitungsperson als deutlich schlechter. Fast jede fünfte *PU*-Leitungsperson (18.7%) bewertete die Heimleitung mit weniger als „gut“, gegenüber 8.7% beim *Standardmodell* ($\text{Chi}^2=5.2$, $\text{df}=1$; $p=.02$).

Die Leitungskräfte des *PU*-Modells schätzen zudem die Zufriedenheit des Personals mit den Arbeitsbedingungen in ihren Einrichtungen schlechter ein als ihre Kollegen aus dem Standardmodell (60.5% zu 80.4%; $\text{Chi}^2=4.3$ $\text{df}=1$; $p=.04$). Auf der anderen Seite geben sie häufiger an, dass das Personal seine Arbeitsabläufe selbst gestalten kann (79,5%) als ihre Kollegen aus dem Vergleichsmodell (60%; $\text{Chi}^2=3.9$, $\text{df}=1$; $p=.049$).

Die meisten Unterschiede zeigen sich im Bereich der alltäglichen Arbeitsbedingungen und -belastung. Die Leitungskräfte aus dem *PU*-Modell empfinden Personalwechsel häufiger als belastend, sie fühlen sich durch Unterbrechungen in ihrer täglichen Arbeit häufiger gestört und erleben sich unter größerem Zeitdruck als die Leitungskräfte aus dem Standardmodell. Korrespondierend hierzu geben sie häufiger an, durch unregelmäßige Arbeitszeiten belastet zu sein. (siehe Tabelle 10)

Tabelle 10:

Unterschiede der alltäglichen Arbeitsbedingungen zwischen PU- und Standardheimen

Leitungen in PU-Heimen (N = 75) berichten	PU N (%)	Standard N (%)	N	p
- größeren Zeitdruck	18 (45)	37 (73)	65	.008 ¹
- häufigere Störung durch Unterbrechungen	38 (100)	40 (78)	78	.002 ²
- geringere Belastung bei Personalwechsel	31 (78)	48 (92)	92	.043 ³
- höhere Belastung bei unregelmäßiger Arbeitszeit	24 (60)	20 (39)	91	.049 ⁴

Anm.: Alle Prozentwerte gerundet; ¹ Chi² =7.1, df=1; ² Chi²=9.4, df=1; ³ Chi²=4.1, df=1; ⁴ Chi²= 3.9; df=1

In der Gesamtbetrachtung empfinden sich die Leitungskräfte im PU-Modell als stärker belastet. Dass liegt zum einen daran, dass die Aufgabenaufteilung auf Leitungsebene nicht so trennscharf ist wie im Modell Standard. Zum anderen aber auch an mangelnden zeitlichen Ressourcen. Beide Aspekte deuten darauf hin, dass das PU-Modell innerhalb der Leitungsebene ein größeres Konfliktpotenzial birgt.

Aus der *qualitativen Analyse* der offenen Fragen zu den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Leitungsmodelle (theoretische Konzeptualisierung im Anhang 6.4.5) überwiegen für das Modell der *Personalunion* die negativen Einschätzungen deutlich. Es zeigt sich insgesamt eine ablehnende Haltung. Dabei ist bemerkenswert, dass fast keiner der Befragten direkte Vorteile dieses Modells im Bereich der Qualität der Pflege anführte, wie dies durch die stärkere Einbindung der Leitung in die Pflege der Bewohner erwartbar gewesen wäre.

Aus den Aussagen wird ein ambivalentes Verhältnis der befragten Leitungskräfte zum Modell der Personalunion deutlich. Einerseits werden die Souveränität in der Doppelrolle, der direkte Kontakt zur Pflege sowie die Freiheiten und Flexibilität innerhalb dieses Leitungsmodells durchaus wertgeschätzt, andererseits ist damit zugleich die Sorge verknüpft, diesen Rollen z.B. „Handele ich jetzt als Heimleitung oder als Pflegedienstleitung“ nicht gerecht werden zu können, aber auch zu wenig Zeit und stützende Strukturen zu haben, um den eigenen und äußeren Ansprüchen an Qualität zu genügen. Deshalb führen die Arbeitsbelastung und Überforderung der Leitungsebene aber auch der Mitarbeiter die Liste der Nachteile an. Bezieht man diese Ambivalenzen in die Analyse mit ein, wird die primär geäußerte Ablehnung relativiert. Die Frage nach den Vor- und Nachteilen wurde in der objektivierenden Perspektive (als Experte) im Sinne eines allgemeinen Nutzens beantwortet. In dieser Hinsicht, als allgemeines Modell für Pflegeeinrichtungen, ist die Personalunion nach Ansicht der Befragten nicht

geeignet. Sie wird aber gleichwohl unter bestimmten Rahmenbedingungen für eine gute Lösung gehalten.

Für kleinere Häuser (ca. 50-60 Betten) sei die Personalunion eine vertretbare, oft auch gute Lösung. Gelobt werden die Nähe zur Pflege, der enge Kontakt mit Bewohnern, deren Angehörigen und den Mitarbeitern. Diese positive Einschätzung beruht zum großen Teil auf dem schon genannten Aspekt, dass der Leitung in einer Personalunion eine größere Souveränität in Entscheidungsfragen zugeschrieben wird.

Demgegenüber berichten die Befragten eine allgemeine Präferenz für das Standardmodell. Dies wird damit begründet, dass die Zuständigkeiten auf der Leitungsebene dort klar und transparent sind und das für alle Akteure in der Einrichtung. Die Interviewpartner wünschen sich aus der objektivierenden Perspektive für die Heime der stationären Pflege generell starke und qualifizierte Leitungspersonen. Sie halten das Standardmodell „ein Haus, eine Heimleitung, eine Pflegedienstleitung“ für die sicherste, zukunftsträchtigste und damit beste Variante. Im Standardmodell funktionieren die Zusammenarbeit und die Kommunikation der Leitungsebene verlässlich gut, und die Organisation der Arbeit ist gut zu bewerkstelligen. Dementsprechend genießt das Standardmodell das höchste Ansehen und ist Maßstab für die Qualität der Arbeit in der Pflege. Unterstrichen werden diese Aussagen von der Tatsache, dass vier von sechs aller Interviewpartner keine nachteiligen Aspekte dieser Leitungsform zu erkennen vermochten. Diese Einschätzung ist zudem unabhängig von der Heimleitungsform, der sie selbst angehören oder auch von unterschiedlichen äußeren Bedingungen. Ausgenommen der Kostenaspekt, der jedoch als außerhalb ihres Einflussbereiches liegend beschrieben wird.

In der personen- und beziehungsorientierten Sicht werden diese eindeutigen Aussagen leicht relativiert. Wenn sich die Leitungspersonen auf der persönlichen Ebene nicht verstehen, dadurch schlecht miteinander kommunizieren oder zusammenarbeiten, dann könnten die Vorteile der Leitungsform „Standard“ für Mitarbeiter, Bewohner und Angehörige schwinden und die Arbeit lähmen. Auffällig ist an dieser Stelle der häufige Gebrauch des Konjunktivs („könnten“), der eine solche Einstellung als unprofessionell und damit als Ausnahme charakterisiert. Das Standardmodell wird zu geringen Teilen auch als starr und als weniger flexibel beschrieben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Leitungskräfte das Modell *Standard* deutlich favorisieren, das Modell *Personalunion* nur in engen Grenzen akzeptieren und dem Modell *Heimleitung plus* skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen. Für diese Ansicht sind die persönlichen Merkmale der Leitungspersonen in der Einrichtung die ausschlaggebenden Einflussgrößen. Das heißt jedoch auch, dass für die befragten Lei-

tungskräfte die formalen Leitungsstrukturen nicht das entscheidende Kriterium des Urteils über Vor- und Nachteile der untersuchten Heimform sind.

- Träger der Einrichtungen

Im Folgenden werden die Einschätzungen der Heimträger zu den verschiedenen Leitungsmodellen dargestellt.

Befragt zu *Sparpotenzialen* in ihren Einrichtungen schätzen die meisten Träger diese als „gering“ oder „minimal“ ein. Träger mit *HLplus*-Heimen sind häufiger als Träger von *Standardheimen* der Ansicht, dass in Bezug auf die Leitungsstellen Sparpotenziale vorhanden sind (19% vs. 0%; $\text{Chi}^2=4.7$, $\text{df}=1$, $p=.031$). Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen gibt es auch bei der Einschätzung der Effektivität von QM-Maßnahmen. Die Mehrheit der Träger mit *HLplus*-Modellen (81.8%) stimmt der Aussage zu, dass QM zu Verbesserungen im Pflegebereich führt. Träger von *Standardheimen* stimmen dieser Aussage lediglich zu 40.9% zu ($\text{Chi}^2=7.4$, $\text{df}=2$, $p=.025$).

Wenn Träger nur *Standardheime* verwalten, finden sie die Aussagen, dass das Modell *HLplus* nur als zeitliche Zwischenlösung geeignet ist (80.0% vs. 26.7%, $T=8.9$, $\text{df}=1$, $p=.003$), zu einem schlechteren Arbeitsklima führt (44.4% vs. 8.7%; $T=5.4$, $\text{df}=1$, $p=.020$) und Probleme bei Krankheit oder Beurlaubung der Leitung aufwirft (70.0% vs. 25.9%, $T=6.0$, $\text{df}=1$, $p=.014$) zutreffender als dies bei Trägern mit anderen Leitungsmodellen der Fall ist. Darüber hinaus werden die Zufriedenheit der Bewohner und Angehörigen, die Arbeitszufriedenheit des Personals, die Konflikthäufigkeit zwischen Bewohnern und Personal, und das „Image“ der Einrichtung zwar nicht signifikant, jedoch tendenziell negativer betrachtet.

Befragt nach den Grenzen hinsichtlich der Bewohnerzahl, bis zu der das *HLplus*-Modell nach Ansicht der Träger eine gute Lösung sein kann, geben insbesondere die größeren Träger an, dass sie keine Begrenzung auf eine bestimmte Bettenzahl bevorzugen und eine Begrenzung nach der Entfernung der Einrichtungen, für die ein Heimleiter zuständig ist, nur bedingt für sinnvoll erachten. Bei den Trägern, die nur das Standardmodell einsetzen, geben 80% die Grenze bei 15 km an, die restlichen 20% halten 30 km für die höchstens akzeptable Entfernung zwischen den zu betreuenden Einrichtungen.

Träger mit *PU*-Heimen schätzen ihre derzeitige Ertragssituation „angespannter“ (35%) bzw. „häufiger als nicht zufriedenstellend“ (50%) ein als Träger, die keine Heime mit Personalunion haben ($\text{Chi}^2=6.6$, $\text{df}=2$, $p=.03$).

Träger, die ausschließlich *Standardheime* betreiben, bewerten das *PU*-Modell im Vergleich zu den anderen Trägern kritisch. Sie sehen das Modell häufiger als zeitliche Zwischenlösung (77.8% vs. 25.0%; $T=8.4$, $\text{df}=1$, $p=.004$), heben Probleme bei Krankheit

oder Beurlaubung der Leitung (90.0% vs. 54.5%; $T=4.1$, $df=1$, $p=.042$) hervor, und glauben, dass dieses Modell zu einem höheren Personalwechsel (75.0% vs. 20.0%; $T=8.8$, $df=1$, $p=.003$) und zu einer allgemeinen Überforderung der Mitarbeiter (75.0% vs. 14.3%; $T=11.4$, $df=1$, $p=.001$) führt. Träger von PU-Heimen betonen bei ihrem Modell vor allem die einfachen Kommunikationswege (75.0% vs. 38.1%; $T=5.7$, $df=1$, $p=.017$).

Bei der Frage nach einer Größenbegrenzung des PU-Modells geben die Träger (ohne PU-Träger) überwiegend eine Begrenzung auf 30 bis 50 Betten an. Träger, die nur mit *Standardmodell* arbeiten, tendieren dabei zu einer Höchstgrenze von 30 Betten.

In der Gesamtbetrachtung der Einschätzungen der Träger zu den Leitungsmodellen zeigt sich, dass jeweils das „*eigene*“ Modell besser bewertet wird. Träger, die auch PU-Heime betreiben, bewerten die Aussagen zum PU-Heim positiver als Träger ohne PU-Heim. Analog gilt dies für die Aussagen zum *HLplus*-Modell und dem *Standardmodell*. Träger, die nur Standardheime verwalten, tendieren stark dazu, die anderen beiden Modelle schlechter zu bewerten.

Abschließend ist festzustellen, dass das Standardmodell einen guten Ruf in der Trägerschaft genießt. Insbesondere bei den größeren Trägern ist jedoch davon auszugehen, dass das *HLplus*-Modell für die künftige Entwicklung eine größere Rolle spielen wird, da sie die Kostensparpotenziale bei diesem Modell betonen und zugleich keine bedeutsamen Nachteile in Bezug auf Pflege- und Wohnqualität für die Bewohner, Angehörige und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter erkennen. Das PU-Modell wird als notwendiges, aber nicht als wünschenswertes Leitungsmodell, mithin als „Nischenlösung“ betrachtet, die in engen Grenzen nach wie vor wichtiger Bestandteil der Versorgungslandschaft in der Pflege ist.

3.3.2 Auswirkungen des Personalschlüssels im Nachtdienst

Der Personalschlüssel in der Nacht differiert in den untersuchten Heimen zwischen 1:13 (d.h. eine Pflegekraft ist in der Nacht für etwa 13 Bewohner zuständig) und 1:72,5 (eine Pflegekraft für fast 73 Bewohner). Der Durchschnitt für alle 75 Heime liegt bei ca. 1:45 (vgl. Tabelle 11). Berücksichtigt man den in Kapitel 2.3.2 als angemessen definierten Personalschlüssel im Nachtdienst von max. 1:30, zeigt sich, dass lediglich sieben Heime in der untersuchten Stichprobe dieses Qualitätskriterium einhalten. Die in Kapitel 2.3.2 dargestellten Befunde belegen, dass bei einem Personalschlüssel von mehr als 1:30 bis ca. 1:50 zwar nicht mehr von sinnvoller Betreuung, jedoch noch von einer Kontrollfunktion gesprochen werden kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass in N=22 Heimen diese Grenze sogar überschritten wird. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Mehrzahl der untersuchten Heime (N=65; 90.7%) von einer Versorgung gesprochen werden muss, die nicht den zu fordernden Qualitätsstandards entspricht.

Tabelle 11:

Personalschlüssel im Nachtdienst

Personalschlüssel nachts (Pflegekraft : Bewohner)	Heime	
	N	%
Bis 1:30	7	9.3
Über 1:30 bis 1:40	21	28.0
Über 1:40 bis 1:50	25	33.4
Über 1:50 bis 1:60	13	17.3
Über 1:60 bis 1:70	8	10.7
Über 1:70	1	1.3
Gesamt	75	100.0

Auf die drei Leitungsmodelle bezogen ist der Personalschlüssel in PU-Heimen in der Nacht mit unter 1:39 bewohnerfreundlich. Im Gegensatz dazu liegt der Nachtdienstpersonalschlüssel der anderen Leitungsmodelle bei 1:46 (Standardmodell) bzw. 1:49 (HLplus-Modell). Der Personalschlüssel im Nachtdienst ist in Heimen mit Personalunion signifikant niedriger als in Heimen mit Standardmodell ($T=2.6$, $df=47$, $p=.01$)

und HLplus-Modell ($T=3.6$, $df=47$, $p=.001$). Das bedeutet, dass im PU-Modell eine Pflegekraft in der Nacht weniger Bewohner betreut als in Heimen der anderen beiden Modelle, welche sich wiederum nicht signifikant voneinander unterscheiden. Diese Tatsache ist allerdings zum Teil durch die geringeren Bettenzahlen der PU-Heime bedingt. Wenn beispielsweise ein Heim 20 Betten hat und ein anderes Heim 40 Betten und beide Einrichtungen je eine Pflegekraft in der Nacht einsetzen, dann hat das kleinere Heim folglich den bewohnerfreundlicheren Personalschlüssel.

Der Personalschlüssel für den Nachtdienst ist auch von Träger zu Träger verschieden. Bei Betrachtung der Träger zeigt sich, dass private Heime bzw. „Eigentümer geführte Einrichtungen“ mit durchschnittlich 1:38 bzw. 1:35 günstigere Quoten für Bewohner pro Pflegekraft in der Nacht aufweisen, dagegen die anderen Trägergruppen mit einem Range von durchschnittlich 1:42 – 1:50 ungünstigere Quoten.

Auch im Vergleich von städtischen und ländlichen Gebieten bestehen Unterschiede: in städtischen Einrichtungen hat eine Pflegekraft in der Nacht durchschnittlich mehr Bewohner zu betreuen als in Heimen auf dem Land ($T=2.8$, $df=73$, $p=.01$). Bei Gegenüberstellung der Personalschlüssel in der Nacht mit dem beruflichen Qualifikationsstatus der Pflegekräfte ergibt sich, dass je höher der Anteil der Pflegefachkräfte ist, desto höher tendenziell auch die Zahl der zu betreuenden Bewohner pro Pflegekraft ist.

Um die Auswirkungen des Personalschlüssels im Nachtdienst auf die subjektiv erlebte Pflegequalität zu untersuchen, wurde ein Extremgruppenvergleich durchgeführt. Es wurde dabei den sieben Heimen mit Personalschlüsseln im Nachtdienst, die im Bereich bis 1:30 liegen, die 22 Heime gegenübergestellt, bei denen der Personalschlüssel im Nachtdienst bei weniger als 1:50 liegt und als nicht mehr verantwortbar gelten muss. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte jedoch die daraus resultierende, relativ geringe Stichprobengröße berücksichtigt werden.

- Bewohnerperspektive

Die Analyse der Bewohnerdaten basiert auf 165 auswertbaren Fragebogen, wovon 30 (18.2%) aus Heimen mit einem Personalschlüssel in der Nacht von 1:30 stammen und 135 (81.8%) aus den Vergleichsheimen. Auf Bewohnerebene lässt sich deutlich zeigen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in den Heimen mit schlechterem Personalschlüssel in der Nacht über signifikant weniger Kontakt zum Nachtdienst berichten und auch weniger Hilfen vom Nachtdienst in Anspruch nehmen. So berichten 39.5% der Bewohnerinnen und Bewohner aus Heimen mit einem Personalschlüssel von 1:30, dass sie häufig Kontakt zum Nachtdienst hätten, in den anderen Heimen waren es 12% ($\chi^2=12.9$, $df=3$, $p=.01$). Konkrete Hilfeleistungen des Nachdienstes nehmen in den

1:30-Heimen 36% der Bewohnerinnen und Bewohner in Anspruch, in den Vergleichsheimen sind dies nur 12% ($\text{Chi}^2=7.6$, $\text{df}=2$, $p=.02$).

- Angehörigenperspektive

Auf Angehörigenebene wurden 163 Fragebogen untersucht, 29 (17.8%) aus Heimen mit einem Personalschlüssel im Nachtdienst von 1:30 und 134 (82.2%) aus den Vergleichsheimen. Die befragten Angehörigen berichten über signifikant weniger Kontakte zum Nachtdienst, wenn die Heime einen ungünstigen Personalschlüssel im Nachtdienst aufweisen: In Heimen mit einem Personalschlüssel von mehr als 1:50 gaben 63.6% der Befragte an, noch nie Kontakt zum Personal im Nachtdienst gehabt zu haben, in den Vergleichsheimen waren dies nur 48.3% ($\text{Chi}^2=11.3$, $\text{df}=3$, $p=.01$).

- Perspektive des Pflegepersonals

In die Analyse der Sichtweise der Pflegekräfte konnten 192 Fragebogen einbezogen werden. 37 (19.2%) der Befragten arbeiteten in Heimen mit einem Personalschlüssel in der Nacht von unter 1:30 und 155 stammten aus Heimen mit einem schlechteren Pflegeschlüssel. Auf der Ebene der Pflegepersonen lassen sich die deutlichsten Unterschiede zu Ungunsten eines schlechteren Pflegeschlüssels im Nachtdienst finden. Das Pflegepersonal in 1:30-Heimen benotet seine allgemeine Arbeitszufriedenheit signifikant häufiger mit „gut“ bzw. „sehr gut“ (77.8% vs. 45.5%; $\text{Chi}^2=12.0$, $\text{df}=1$, $p=.001$). Das gleiche gilt auch für die Arbeitszufriedenheit im Nachtdienst (82.6% vs. 45.2%; $\text{Chi}^2=10.3$, $\text{df}=1$, $p=.001$). Des Weiteren bezeichnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 1:30-Heime das Betriebsklima häufiger als „gut“ (56.8% vs. 29.7%; $\text{Chi}^2=9.5$, $\text{df}=1$, $p=.002$) als diejenigen aus den Vergleichsheimen. Ein weiterer signifikanter Unterschied betrifft die Zeit, welche die Pflegekräfte für die Bewohner zur Verfügung haben. Während in den 1:30-Heimen immerhin noch 16.2% der Befragten angeben, sie hätten genügend Zeit für die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, sind dies in den 1:50-Heimen nur 3.3% ($\text{Chi}^2=9.0$, $\text{df}=1$, $p=.003$).

4 Zusammenschau und Ausblick

Der vorliegende Bericht beruht auf einer Literaturanalyse zu den rechtlichen Grundlagen unterschiedlicher Leitungsmodelle sowie zu den Auswirkungen der Leitungsmodelle und des Personalschlüssels im Nachtdienst auf die Versorgungs- und Pflegequalität in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Des Weiteren werden die Ergebnisse einer zu diesem Thema aktuell durchgeführten eigenen empirischen Feldstudie in 75 bayerischen Heimen vorgestellt.

Fazit der Literaturanalyse

Aus der Literaturanalyse ergibt sich, dass durch die aktuellen gesetzlichen Grundlagen weder die Frage der unterschiedlichen Leitungsmodelle noch diejenige des Personalschlüssels im Nachtdienst eindeutig geklärt ist. Ein wichtiges Ergebnis der Literaturrecherche ist, dass hinsichtlich beider Fragestellungen - Auswirkungen der Leitungsmodelle auf die Versorgungsqualität und Auswirkungen des Personalschlüssels im Nachtdienst auf die Versorgungsqualität - enorme Forschungslücken bestehen. Es gibt derzeit nur wenige empirische Befunde, die zur Klärung dieser Fragen beitragen könnten. Keine der bekannten empirischen Studien hat die möglichen Auswirkungen der genannten Leitungsmodelle auf Qualitätsmerkmale der vollstationären Pflege und Versorgung untersucht.

Zur Frage des Personalschlüssels im Nachtdienst finden sich zwei Studien, die deutlich machen, dass ein Nachtdienst bei einem Pflegeschlüssel von 1:33 bis 1:60 nur als Kontrolldienst fungieren kann. Bei der vollstationären Versorgung von alten Menschen mit körperlichen, psychischen und kognitiven Problemen kann ein solcher Personalschlüssel aber sehr schnell prekäre Situationen heraufbeschwören. Ein Personalschlüssel im Nachtdienst von weniger als 1:30 (d.h. mehr als 30 zu betreuende Bewohner pro Pflegekraft in der Nacht) erscheint vor diesem Hintergrund nicht vertretbar.

Fazit der explorativen Feldstudie:

Effekte des HLplus-Modells auf die Versorgungsqualität

Von Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner wird das HL-plus-Modell vor allem durch weniger Kontaktmöglichkeiten zur Heimleitung charakterisiert. Die Hälfte der Bewohner gibt sogar an, dass sie „noch nie“ bzw. nur „selten“ Kontakt zur Heimleitung hatte. In den Standardheimen liegt dieser Prozentsatz mit 34.8% deutlich niedriger. In Übereinstimmung dazu berichten die Bewohner der HLplus-Heime auch seltener, dass die Heimleitung aktiv auf die Bewohner zugeht, um „etwas mit ihnen zu besprechen, sie zu informieren oder zu einer Veranstaltung einzuladen“.

Diese Sichtweise deckt sich weitgehend mit der der Angehörigen, die ebenfalls über signifikant seltenere Kontakte zur Heimleitung berichten. Die Heimleitung wird darüber hinaus seltener als kompetent erlebt und der Umgang mit Beschwerden von Seiten der Bewohner und der Angehörigen wird als schlechter bewertet.

Auch aus der Sichtweise des Personals wird das HLplus-Modell durch eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten mit der Heimleitung gekennzeichnet. Die Aussagen des Personals aus den HLplus-Heimen lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass die Mitarbeiter zum einen über weniger Kontakte zur Heimleitung berichten, zum anderen sind die Pflegekräfte in HLplus-Heimen mit dem Ausmaß des Kontaktes, den Sie zur Heimleitung haben, häufiger nicht zufrieden. Die Mitarbeiter der HLplus-Heime müssen häufiger erst einen Termin vereinbaren, bevor sie mit der Heimleitung sprechen können. Des Weiteren wird der Kontakt zur Heimleitung seltener als angenehm und der Heimleiter seltener als vertrauenswürdig eingeschätzt. Das Pflegepersonal berichtet bezüglich des Kontakts zu den Bewohnern, dass sich die Heimleitung weniger Zeit für die Bewohner nimmt.

Die Befragung der Heimleiter selbst, ergibt ein ähnliches Bild. Die Heimleitungen in den HLplus-Heimen nehmen seltener an Stations- oder Bereichssitzungen teil und berichten zudem über deutlich weniger täglichen Kontakt zum Pflegepersonal. Auch ihre Kenntnisse über die Bewohner schätzen die Heimleiter aus dem HLplus-Modell schlechter ein. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Kommunikation auf den Ebenen Leitung, Personal und Bewohner somit zweifellos gegenüber dem Standardmodell reduziert ist.

Effekte des PU-Modells auf die Versorgungsqualität

Für das PU-Modell lassen sich solche negative Auswirkungen auf die Qualität der Kommunikation aller Beteiligten nicht durchgängig feststellen. Die Bewohner erleben die Heimleiter insgesamt sogar als zugewandter. So wird die Heimleitung dort häufiger als freundlich und vertrauenswürdig beschrieben. Darüber hinaus wird auch die Ansprechbarkeit der Heimleitung für die persönlichen Belange der Bewohnerinnen und Bewohner gelobt. Aus der Sicht der Angehörigen lassen sich ebenfalls keine Nachteile dieses Leitungsmodells erkennen. Im Gegenteil wird in diesen Heimen die Heimleitung insgesamt als den Bedürfnissen der Angehörigen gegenüber aufgeschlossener erlebt als in den Standardheimen. Die Angehörigen geben an, dass sie leichter und schneller Kontakt zur Heimleitung aufnehmen können und dass die Heimleitung auch häufiger aktiv auf die Angehörigen zugeht.

Auch das Personal beurteilt das PU-Modell durchaus positiv. Die Mitarbeiter berichten über eine höhere Arbeitszufriedenheit und schätzen den Kontakt zur Heimleitung als besser ein. In den PU-Heimen kommt es nach den Aussagen des Personals auch zu einer geringeren Personalfuktuation und seltener zu Beschwerden von Angehörigen. Etwas anders stellt sich die Lage aus der Sicht der Leitungspersonen dar. Hier werden sowohl Nachteile als auch Vorteile des PU-Modells deutlich. Die Nachteile betreffen dabei vor allem die alltäglichen Arbeitsbedingungen und das Belastungserleben der Leitungskräfte. Über die Hälfte von ihnen berichtet über Probleme bei der Verteilung der Aufgaben in der Leitungsebene und über schlechteren Kontakt zur anderen Leitungsperson. Die Leitungskräfte des PU-Modells schätzen zudem die Zufriedenheit des Personals mit den Arbeitsbedingungen in ihren Einrichtungen schlechter ein als ihre Kollegen aus dem Standardmodell.

Die meisten Unterschiede zeigen sich im Bereich der alltäglichen Arbeitsbedingungen und -belastung. Die Leitungskräfte aus dem PU-Modell empfinden Personalwechsel häufiger als belastend, fühlen sich durch Unterbrechungen in ihrer täglichen Arbeit häufiger gestört, erleben sich unter größerem Zeitdruck und belasteter durch unregelmäßige Arbeitszeiten. Auf der anderen Seite werden auch Vorteile des PU-Modells angesprochen. So werden zum Beispiel die Souveränität in der Doppelrolle, der direkte Kontakt zur Pflege sowie die Freiheiten und Flexibilität innerhalb dieses Leitungsmodells durchaus wertgeschätzt. Zusammenfassend sind die befragten Leitungspersonen der Ansicht, dass das PU-Modell als allgemeines Modell für Pflegeeinrichtungen nicht geeignet sei. Gleichwohl wird das PU-Modell unter bestimmten Rahmenbedingungen akzeptiert: Für kleine Häuser (die Angaben variieren zwischen 30 bis 60 Betten) sei die Personalunion eine vertretbare, oft gute Lösung, mit den Vorteilen der Nähe zur Pflege, des engen Kontakts zu Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern.

Effekte des Personalschlüssels im Nachtdienst

Erwartungsgemäß wird deutlich, dass sich ein niedriger Personalschlüssel im Nachtdienst sowohl auf Bewohner- als auch auf Angehörigen- und auch auf Personalebene negativ auswirkt. Ein Extremgruppenvergleich von Heimen mit einem Personalschlüssel im Nachtdienst von 1:30 und besser und Heimen mit einem Personalschlüssel von 1:50 und schlechter zeigt die folgenden Ergebnisse: Bewohner aus Heimen mit niedrigerem Personalschlüssel in der Nacht berichten über signifikant weniger Kontakt zum Nachtdienst und weniger Hilfestellungen in der Nacht. Übereinstimmend mit diesen Aussagen bestätigen auch die befragten Angehörigen geringere Kontakte zum Nachtdienst in den Heimen mit niedrigerem Personalschlüssel im Nachtdienst.

Am deutlichsten werden die Nachteile aber in der Sicht des Nachtdienstes selbst sichtbar. So beurteilt das Pflegepersonal in Heimen mit höherem Personalschlüssel die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima als deutlich besser. Dies gilt auch speziell für die Arbeitszufriedenheit im Nachtdienst. Ein weiterer signifikanter Unterschied betrifft die Zeit, die die Pflegekräfte für die Bewohner zur Verfügung haben. Während in den Heimen mit höherem Personalschlüssel immerhin noch knapp ein Fünftel der Befragten angeben, sie hätten genügend Zeit für die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, trifft dies in Heimen mit niedrigerem Personalschlüssel auf einen verschwindend geringen Teil zu.

Abschließende Empfehlungen und Ausblick

Sowohl die Literaturanalyse als auch die eigene empirische Feldstudie weisen darauf hin, dass Kosteneinsparungen durch die Zuständigkeit eines Heimleiters für mehrere Heime zu einer deutlichen Verringerung der Kontakte mit Bewohnern, Angehörigen und Personal führen. Auch wenn darüber hinaus keine gravierenden nachteiligen Effekte dieses Leitungsmodells auf die Versorgungsqualität nachweisbar waren, ist der Rückschluss zulässig, dass hier ein erhöhtes Risiko besteht, insbesondere im Falle von Ereignissen, die eine schnelle und effiziente Kommunikation der Akteure erfordern.

Die Zuständigkeit eines Heimleiters für mehrere Heime geht meist zu Lasten einer schnellen und unbürokratischen Erreichbarkeit der Leitungen (durch Bewohner, Angehörige und Pflegepersonal) und somit zu Lasten der Beziehungsqualität in den Heimen. Zu beobachten ist, dass bei den *HLplus*-Heimen der Pflegedienstleitung in aller Regel eine besonders zentrale Stellung zukommt, deren Chancen aber eher ungenutzt sind. Aus der Organisationspsychologie ist bekannt, dass dezentrale Verwaltungsstrukturen sich in aller Regel vorteilhafter auf die Produktivität eines Teams auswirken und durch höhere Flexibilität, Arbeitsmotivation und ein besseres Konfliktmanagement auszeichnen. Eine Konsequenz ist, dass in Heimen, die nach dem *HLplus*-Modell geleitet werden, die Stellung der Pflegedienstleistung besondere Qualifikationen, auch im Bereich der Führungskompetenzen, erfordert. Weitere empirische Untersuchungen zu dieser Frage stehen aber noch aus.

In der Zusammenschau der Forschungsliteratur und der eigenen Befunde ist eine Begrenzung der Heimleiterzuständigkeit auf jeweils nur ein Heim zu empfehlen. Hierfür spricht insbesondere die Tatsache, dass eine unkomplizierte und jederzeit gewährleistete Erreichbarkeit des Heimleiters für Bewohner, Angehörige und Personal von entscheidender Bedeutung für die Versorgungsqualität einer Einrichtung ist. Es erscheint aus dieser Sicht abwegig, wenn Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten in

solchen Heimen auf dafür nicht qualifiziertes Personal in Stellvertreterfunktionen delegiert und aufgeteilt werden.

Eine deutlich andere Situation zeigt sich im Hinblick auf das Modell der Personalunion von Heim- und Pflegedienstleistung, das in unserer Stichprobe in aller Regel auf kleinere Einrichtungen (bis ca. 60 Betten) beschränkt ist und dort insgesamt durch Bewohner und Pflegepersonal positiv bewertet wird. Festzustellen ist, dass eine Personalunion von Heim- und Pflegedienstleistung im Prinzip nicht als Leitungsmodell für größere Einrichtungen der stationären Altenhilfe taugt. Auch wenn diesbezüglich bislang nur wenige Zahlen vorliegen, dürfte das geringere Zeitbudget der Heim- und Pflegedienstleiter für betriebswirtschaftliche Angelegenheiten und für Außenkontakte sich bei größeren Einrichtungen deutlich nachteilig auswirken.

Für den Nachtdienst gilt die in der Literatur einhellige Meinung als gut belegt, dass ein Personalschlüssel von 1:30 in Stationen ohne besonders betreuungsintensive Bewohner einen Mindeststandard beschreibt. Bei geringeren Personalschlüsseln dürfte selbst eine reine Kontrollfunktion durch das Personal nur dann gewährleistet sein, wenn keine Notsituationen oder lebensbedrohlichen Umstände eintreten. In Pflegeheimen mit kognitiv, körperlich und psychisch schwer erkrankten Menschen, insbesondere auf Stationen mit Demenzpatienten, erscheint auch ein Personalschlüssel von 1:30 als kaum ausreichend. Allerdings ist auch hier festzuhalten, dass die uns vorliegenden Erkenntnisse aufgrund des geringen Datenmaterials keine weitergehenden Empfehlungen zulassen. Hier sind weiterführende und langfristige Studien erforderlich, die insbesondere auch präzise Beobachtungen der Pflegequalität in der Nacht erfordern.

Die vorliegende Studie stellt einen ersten empirischen und explorativen Zugang zu den Einflüssen der Leitungsmodelle von stationären Einrichtungen der Altenhilfe und des Personalschlüssels im Nachtdienst dar. Die Studie beschränkte sich aus theoretischen und methodischen Gründen auf eine Betrachtung der subjektiven Sichtweisen der Akteure in den Einrichtungen, den Bewohnern, deren Angehörigen, den Heimleitungen, dem Pflegepersonal, den Bewohnervertretungen und den Trägern der Einrichtungen. Dieser Zugang erweist sich als anfällig für Verzerrungen infolge der unausweichlichen selektiven Teilnahme der Zielgruppen. In der vorliegenden Studie ist davon auszugehen, dass die Stichprobenverzerrungen insgesamt zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Effekte geführt haben, insofern besonders belastete Bewohner, Angehörige und Personal für eine Teilnahme schwer zu gewinnen waren.

Die aus der bearbeiteten Forschungsliteratur und der eigenen Feldstudie gewonnenen Erkenntnisse lassen drei generelle Empfehlungen zu:

- (1) Die Zuständigkeit eines Heimleiters für mehr als ein Heim führt zu einer generell reduzierten Erreichbarkeit, Visibilität und Kontakthäufigkeit der Heimleitung für Bewohner, Angehörige und Personal. Damit wird die Beziehungsqualität in den Heimen generell bedroht. Es zeigen sich keine darüber hinaus gehenden negativen Effekte auf die generelle Qualität der Versorgung in diesen Heimen.
- (2) Die Personalunion von Heim- und Pflegedienstleitung erweist sich für kleinere Heime mit bis ca. 50-60 Betten als unauffällig und in einigen Teilaspekten sogar als vorteilhaft, insbesondere im Hinblick auf den Aspekt der Beziehungsqualität in den Einrichtungen. Die Risiken liegen hier insgesamt stärker beim Träger und auf der betriebswirtschaftlichen Seite.
- (3) Ein Personalschlüssel im Nachtdienst von mindestens 1:30 ist nach dem aktuellen Stand der Literatur und aufgrund der eigenen Befunde zu empfehlen.

Literatur

- Albrecht, P.-G. (1997). *Leben im Altenheim: zur Zufriedenheit Magdeburger Heimbewohnerinnen mit ihrer Lebenssituation*. Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Lang.
- Arbeitsgruppe Kundenbefragung der FH Erfurt (2002). Möglichkeiten und Grenzen von Kundenbefragungen in Sozialstationen: Das Beispiel der Kundenbefragung 2001 der AWO AJS gGmbH. In: Thomas Klie, Anke Buhl, Hildegard Entzian & Roland Schmidt (Hrsg.). *Das Pflegegewesen und die Pflegebedürftigen*. (S. 223-245). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2007). *Verzeichnisse Heime der Altenhilfe in Bayern*. München: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bayerisches Verwaltungsgericht Ansbach. Urteil vom 5.12.2006, AN 4 K 06.01811 (www.typo.biva.de/uploads/media/VG_Ansbach_AN_4_K06.01811-ein_Heimleiter-drei_Heime.pdf; abgerufen am 26.01.2009).
- BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. *Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. ([http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/95BCF484CA3EE8ABC1256B45003C7108/\\$File/BGW_Altenpflege.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/95BCF484CA3EE8ABC1256B45003C7108/$File/BGW_Altenpflege.pdf); abgerufen am 23.01.2009).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2002). *Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 225, Kohlhammer: Stuttgart.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2005). *Neue Wohn- und Betreuungsformen im heimrechtlichen Kontext. Gutachten von Gunter Crößmann und Karlheinz Börner*. (http://www.wohnprojekte-portal.de/fileadmin/user_upload/NeueWohnbetr.FormenFamMinisterium.pdf; abgerufen am 26.01.2009).
- Drescher, C., Kunze, A., Walter, H. & Zicker, S. (2000). *Die physischen und psychischen Arbeitsbelastungen von Krankenpflegepersonal – untersucht in einem Berliner Krankenhaus- Projektarbeit im Rahmen des Studiums. Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin*. (http://www.efb-consulting.de/efb-consulting/tp_pub/proj/2001a_arbeitsbelastung.pdf; abgerufen am 08.09.2008).
- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. (3. überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003; (www.soppart.de/DOWN/GG_Entwurf.pdf; abgerufen am 26.01.2009).
- Güntert, B., Orendi, B. & Weyermann, U. (1989). *Die Arbeitssituation des Pflegepersonals – Strategien zur Verbesserung: Ergebnisse einer Untersuchung im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Hasselhorn, H. M., Müller, B.H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund, Berlin, Dresden: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- HeimG (Stand: 31.10.2006). Heimgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970), zuletzt geändert durch Artikel 78 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S.2407). (www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heimg/gesamt.pdf; abgerufen am 26.01.2009).
- HeimPersV (Stand: 22.6.1998) Heimpersonalverordnung. Verordnung über personelle Anforderungen für Heime vom 19. Juli 1993 (BGBl. I S. 1205), geändert durch Artikel 1 der Verord-

- nung vom 22. Juni 1998 (BGBl. I S. 1506). (www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heimpersv/gesamt.pdf; abgerufen am 26.01.2009).
- Heimaufsicht der Stadt Nürnberg (2008). „Nürnberger Standard“ für Heimbegehungen. Gesundheitsamt Nürnberg.
- Hillebrand, H., Ingenleuf, Dr. H.-J., Brinkmann, H. & Wilm, B. (2004). *Ressourcenfördernde Personalentwicklung und Optimierung der Organisationsstrukturen in Einrichtungen der stationären Altenpflege (REPOSTA) – Abschlussbericht zum Modellprojekt*. Bad Laer: Niedersächsische Akademie für Fachberuf im Gesundheitswesen e.V. (<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/reposta,property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf>; abgerufen am 26.01.2009).
- Hoffmann, A.T. & Dürrmann, P (2005). *Berufsfeldstudie: Leistungskompetenz und Leitungsqualifikation in der stationären Altenpflege*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (<http://www.dvlab.de/pdf/HLStudie.pdf>; abgerufen 26.01.2009).
- Kamiske, G.F. & Brauer, J.-P. (2008). *Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements*. (6.Aufl.). München: Carl Hanser.
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P. & Schlawin, S. (2003). *Fragebogen. Datenbasis. Konstruktion. Auswertung*. (3. überarb. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lang, F.R., Engel, S.A., Rupperecht, R. Sonneberg, M. & Szymanska, A. (2008). *Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim*. Institut für Psychogerontologie. FAU Erlangen-Nürnberg.
- Leopold, R. (2008). Onlineumfrage: Auswirkungen bei Reduzierungen von Heimleitungen – Umfrage zu Erfahrungen in Heimen, in denen eine Heimleitung für mehrere Heime zuständig ist (www.heimmitwirkung.de; abgerufen am 12.09.2008).
- LSG Baden-Württemberg. Urteil vom 16.11.2007, L 4 P 2359/04. (www.carehelix.de/ekommentar/urteile/071116_lsgbw_235904.pdf; abgerufen am 26.01.2009).
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken* (9.Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg (2006). – *Orientierungshilfe für die Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg* (<http://www.alexanderstift.de/upload/OrientierungshilfeHeimaufsicht.pdf>, abgerufen am 26.01.2009).
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2004). *Stationäre Altenpflege. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der Altenpflege*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. (<http://www.ffg.uni-dortmund.de/medien/publikationen/FFG%20Arbeitsbedingungen%202004.pdf>; abgerufen am 23.01.2009).
- Mummendey, H.D. (2003). *Die Fragebogenmethode*. (4. unveränd. Aufl.). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Porst, R. (2000). Question Wording – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. *ZUMA How-to-Reihe*, Nr. 2, 2000, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen Mannheim. (http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to2rp.pdf; abgerufen am 19.09.2008).
- Porst, R. (2001). Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. *ZUMA How-to-Reihe*, Nr. 09, 2001, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen Mannheim. (http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to9rp.pdf; abgerufen: 19.09.2008).
- Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (Hrsg.). (2005). *Situation und Zukunft der Pflege in NRW*. Bericht der Enquête-

- Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (<http://www.ethik-in-der-praxis.de/AbschlussberichtEnquetePflegetesamt.pdf>; Download: 23.01.2009).
- Silverman, D. (2001). *Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. (2nd Edit.) London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage.
- Schmidt, S., Bartholomeyczik, S., Dieterle, W.E., Wittich, A., Donath, E. & Rieger, M.A. (2008). Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. *Pflege & Gesellschaft*, 13, 2/2008. S.102-118.
- Schmidt, W. & Schopf, C. (2005). *Beschwerden in der Altenpflege. Eine Analyse ausgewählter Dokumente*. Dortmund: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bericht-beschwerden-in-der-altenhilfe,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf>; abgerufen 26.01.2009).
- Schneider, R. (2002). Kundenbefragung als Instrument der internen Qualitätssicherung. In: Thomas Klie, Anke Buhl, Hildegard Entzian & Roland Schmidt (Hrsg.). *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen*. (S. 246-268). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 u. 2 G v. 28.5.2008 I 874. (www.sozialgesetzbuchbundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_xi.htm; abgerufen am 26.01.2009).
- Stadler, P. & Endrich A. (2006). *Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege – Schwerpunkt: psychomentele Fehlbelastungen und Möglichkeiten der Prävention*. (http://www.lgl.bayern.de/arbeitschutz/arbeitspsychologie/doc/altenpflege_pa_2005.pdf; abgerufen am 23.01.2009).
- Stordeur, S., Vandenbergh, C. & D’hoore, W. (2000). Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research*, 49 (2000), 1, 37-43.
- Tränkle, U. (1983). Fragebogenkonstruktion. In: Huber Feger & Jürgen Bredenkamp (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie – Themenbereich B: Methodologie und Methoden – Serie I: Forschungsmethoden der Psychologie – Band 2: Datenerhebung*. (S.222-301). Göttingen: Hogrefe.
- Ver.di Beschlüsse 2007. Sozial- und Gesundheitspolitik: *Leistungsverbesserung der Pflegeversicherung – Nachtwachdienst*. (http://bundeskongress2007.verdi.de/antraege_beschluesse/antrag.html?cat=C&sort=61; abgerufen am 26.01.2009).
- Wiese, U. E. (2005). *Rechtliche Qualitätsvorgaben in der stationären Altenpflege: Leitfaden durch den Gesetzesdschungel*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Wingenfeld, K. & Schnabel, E. (2002). *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Hrsg. vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. (<http://www.ffg.uni-dortmund.de/medien/publikationen/Pflegebedarf%20und%20Leistungsstruktur%203-02.pdf>; abgerufen am 23.01.2009).
- Wissert, M. (1998). Kundenbefragung als Instrument verbraucherorientierter Qualitätsentwicklung. In: Schmidt, Roland & Winkler, Angelika (Hrsg.). *Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur*. (S.61-69). Regensburg: Transfer.



Herausgeber:

Institut für Psychogerontologie
Universität Erlangen-Nürnberg

Nägelsbachstr. 25
91052 ERLANGEN, GERMANY

Telefon:
+49 9131 85-26526

Telefax:
+49 9131 85-26554

E-Mail:
psycho@geronto.uni-erlangen.de

www.geronto.uni-erlangen.de