

Pflege-Report 2015

„Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 135-145



10	Soziale Teilhabe pflegebedürftiger älterer Menschen in innovativen stationären Wohnformen	135
	<i>Susanne Kümpers und Birgit Wolter</i>	
10.1	Einleitung.....	136
10.2	Soziale Teilhabe angesichts von Alter und Pflegebedürftigkeit.....	136
10.3	Soziale Teilhabe und Pflege.....	137
10.4	Soziale Teilhabe, soziale Exklusion und Gesundheit älterer Menschen	139
10.5	Wohnform, Exklusion und soziale Teilhabe	140
10.6	Förderung sozialer Teilhabe in (innovativen) Pflege-Wohnformen.....	141
10.7	Fazit	143

10 Soziale Teilhabe pflegebedürftiger älterer Menschen in innovativen stationären Wohnformen

Susanne Kümpers und Birgit Wolter

Abstract

Soziale Teilhabe im Alter – verstanden als Teilhabe und Mitgestaltung im Alltag gemeinsam mit anderen Menschen – ist hoch relevant für die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenz, psychischer und physischer Gesundheit sowie für die Prävention von Einsamkeit. Altenpflege im Rahmen der Pflegeversicherung im derzeitigen Zuschnitt kann oft nur wenig zur Aufrechterhaltung von sozialer Teilhabe beitragen. Pflegeeinrichtungen sind häufig innerhalb des sie umgebenden Quartiers isoliert. Ambulant wie stationär ist daher das Risiko für fehlende soziale Teilhabe bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland hoch. Innovative Pflege-Wohnformen beanspruchen ein umfassenderes Verständnis von Lebensqualität als herkömmliche Pflegeheime. Der Beitrag beschreibt das Konzept der sozialen Teilhabe und stellt den Zusammenhang zwischen Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität im Alter dar. Im Anschluss werden die Möglichkeiten (und Grenzen) der Förderung von sozialer Teilhabe in innovativen Pflege-Wohnformen diskutiert und mit Praxisbeispielen illustriert.

Social participation in old age – understood as participation and involvement in everyday life with other people – is highly relevant for the maintenance of daily living skills, mental and physical health and the prevention of loneliness. Care for the elderly, as delivered within the framework of German long-term care insurance, often does little to support elderly people's continued social participation. Care facilities are frequently isolated within neighbourhoods. Therefore, the social participation needs of elderly people requiring care are frequently unmet, whether they receive long-term care at home or in a nursing home. Innovative residential forms of long-term care stress a more comprehensive understanding of quality of life than conventional nursing homes. This paper introduces the concept of social participation and describes the links between participation, health and quality of life in old age. Additionally, the opportunities and limitations in promoting social participation in innovative residential forms of elderly care are discussed and illustrated with practical examples.

10.1 Einleitung

Traditionelle stationäre Pflege alter Menschen war häufig mit negativen Vorstellungen wie dem Verlust von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe assoziiert und u. a. deshalb mit Begriffen wie „last resort“ disqualifiziert (Oldman und Quilgars 1999). Von innovativen stationären Wohnformen wird erwartet, dass die jeweils vorhandenen Chancen gesundheitsbezogener Lebensqualität unterstützt und aufrechterhalten werden; dazu gehört zentral soziale Teilhabe. Der vorliegende Artikel lotet zunächst die Bedeutungen des Konzepts sozialer Teilhabe allgemein sowie für pflegebedürftige Ältere und deren gesundheitsbezogene Lebensqualität im Besonderen aus und exploriert dann die Konzeptionen und Potenziale exemplarischer innovativer Wohnformen für die Unterstützung sozialer Teilhabe. Allerdings scheinen innovative Konzepte in der Umsetzung in Deutschland noch selten und gesicherte Evaluationen sind kaum auffindbar.

10.2 Soziale Teilhabe angesichts von Alter und Pflegebedürftigkeit

Soziale Teilhabe wird in unterschiedlichen Kontexten und für unterschiedliche Gruppen zum Thema gemacht, besonders dann, wenn sie bedroht erscheint. Sie wird unterschiedlich (weit) gefasst, je nach Kontext und vermutetem oder festgestelltem Defizit:

Als „participation or involvement of people in all areas of life, and the participation restrictions they experience (functioning of a person as a member of society)“ bildet „Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]“ eine der vier Kerndimensionen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO und DIMDI 2005). Dieser Dimension sind neun Bereiche zugeordnet: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Der ICF folgt einem Grundverständnis, das „Behinderung“ in Wechselwirkung zwischen individuellen Einschränkungen von Funktionsfähigkeit und relevanten gesellschaftlich gestalteten Kontextfaktoren konzeptualisiert.

Im Hinblick auf Menschen mit Migrationshintergrund wird soziale Teilhabe mit einem Fokus auf „einer gleichberechtigten Einbeziehung von Individuen und Organisationen in gesellschaftliche Entscheidungs- und Willensbildungsprozesse“ eingeführt (Beirat der Integrationsbeauftragten 2013). Als „Dazugehören, beteiligt sein, mitarbeiten, gefragt werden, Anteil nehmen, mit von der Partie sein“ umschreibt die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR 2012) die Dimensionen von Teilhabe für Menschen in Rehabilitationsprozessen.

Spezifisch für ältere Menschen haben Levasseur et al. (2010) die in der englischsprachigen gerontologischen Literatur verwendeten Dimensionen sozialer Teilhabe (social participation) erhoben und in eine Stufenordnung zunehmender Komplexität, Intensität und Reichweite gebracht; das Konzept signalisiert allerdings eine – charakteristische? – vergleichsweise eingeschränkte Perspektive auf

die soziale Teilhabe älterer Menschen, mit einem Fokus auf Dabeisein, Teilnehmen können.¹ Mitgestaltung und Mitentscheidung werden nicht explizit thematisiert, was kaum auf ein emanzipatorisches Altersbild hinweist:

1. Aktivitäten zur Vorbereitung auf Beziehungsaufnahme (Informationsbeschaffung); (alleine)
2. Unter Menschen sein (alleine)
3. Sozialer Kontakt, Interaktion ohne bestimmtes Ziel
4. Mit anderen etwas tun, kooperieren auf ein bestimmtes Ziel hin
5. Anderen helfen
6. Einen Beitrag für die Gesellschaft/Gemeinschaft leisten.

Allenspach (2014) fügt – mit einem Fokus auf „fragile und pflegedürftige alte Menschen“ – zwischen der fünften und sechsten eine zusätzliche Dimension ein: „Sich von anderen helfen lassen“; in der Stufenfolge weit oben angesiedelt, weil sich helfen zu lassen „ein hohes Maß an Involvierung mit anderen Personen und Aktivität bedeutet und für Personen der Zielgruppe eine wichtige Form gesellschaftlicher Teilhabe darstellen kann.“ (Allenspach 2014, S. 2) Diese Beschreibung wird allerdings kaum für die alltäglichen Situationen der „Minutenpflege“ unter Zeitdruck regelhaft zutreffen, die ja gerade die Beziehungsaspekte des Pflegens tendenziell vernachlässigen muss, um funktionieren zu können.

10.3 Soziale Teilhabe und Pflege

In einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege – und im Unterschied zu der Konzeption von Pflege, die derzeit noch in Deutschland durch die soziale Pflegeversicherung konzeptualisiert und strukturiert ist – scheint soziale Teilhabe ganz selbstverständlich enthalten:

„Pflegen ist eine helfende und unterstützende Tat, die primär darin besteht, dem Pflegebedürftigen bei seinen alltäglichen Aufgaben, die ein Erwachsener innerhalb seiner Kultargesellschaft normalerweise selbstständig und unabhängig und in einer kompetenten Weise erfüllen kann, beizustehen. Vermindert eine Krankheit die Kraft oder den Willen des Menschen, seine individuellen physischen, emotionalen, intellektuellen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse zu befriedigen, oder hat er nicht das notwendige Wissen dazu, ist es die Aufgabe der Pflege, ihm in entsprechender Weise beizustehen, z. B. ihm zu helfen beim [...] **sich Verständigen und andere Menschen verstehen, der Aufrechterhaltung seiner menschlichen Beziehungen oder deren Wiederherstellung, dem Erhalten von Eindrücken um aktiv zu bleiben, arbeiten zu können, sich zu entspannen und zu erholen, auch bei der Ausübung seiner religiösen Neigungen, beim Lernen und Entdecken, bei der Wahrung seiner sozialen**

¹ Im Folgenden werden die deutschen Übersetzungen der Dimensionen von Allenspach (2014) übernommen.

Rolle und seiner Verpflichtung gegenüber seiner Familie, Freunden und der Gemeinschaft.“ (Schröck 1998, 84f., Hervorhebungen zugefügt)

Eine solche Konzeption von Pflege beschreibt soziale Teilhabe als integralen Bestandteil des Lebens pflegebedürftiger älterer Menschen, anstatt die Abwesenheit sozialer Teilhabe als bedauerlich, aber unvermeidlich angesichts von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit hinzunehmen.

Tatsächlich ist seit der Einführung der Pflegeversicherung zumindest in Deutschland wenig zur Frage sozialer Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit geforscht und publiziert worden. Das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) stellt „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (SGB IX, § 1) als oberstes Ziel in den Vordergrund, schränkt seine Gültigkeit aber im Hinblick auf ältere Menschen ein, indem es nur solche Einschränkungen einschließt, die „von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“ (SGB IX, § 2). Im SGB XI ist von Teilhabe nicht direkt die Rede; in den vorangestellten Allgemeinen Vorschriften ist von Selbstbestimmung die Rede (SGB XI, § 2). In der Durchführung wird allerdings die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Älterer häufig missachtet, schon weil die verrichtungs- und zeitbezogenen Durchführungsbestimmungen als Operationalisierung des bisher gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Orientierung an den Bedürfnissen Älterer kaum zulassen. Durch die derzeitige Ausgestaltung der Pflege werden relevante Chancen für präventive und rehabilitative Weichenstellungen vergeben – weil zum einen mit der derzeitigen sozialgesetzgeberischen Verortung keine Anreize für Prävention und Rehabilitation gegeben sind (Klie 2010) und weil zum anderen der bisherige enge Verrichtungsbezug die – gesundheitsrelevante (s. u.) – Unterstützung sozialer Teilhabe nicht zulässt.

In jüngster Zeit hat die Debatte auf fachpolitischer Ebene allerdings wieder Fahrt aufgenommen: zum einen schickt die Politik den „neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“, der das Verständnis von Pflege vom Verrichtungskonzept zu einer umfassenderen Konzeption von Einschränkung und Unterstützung verändert, nach Jahren der Verzögerung zumindest in eine Erprobungsphase (Bundesministerium für Gesundheit 2014). Zum anderen wird in relevanten gesellschaftlichen Organisationen (Bosch-Stiftung, Bertelsmann-Stiftung) zusammen mit WissenschaftlerInnen intensiv über grundsätzliche Umstrukturierungen des Pflegesystems nachgedacht – unter Einbezug des Teilhabebegriffs, wie er im ICF entwickelt wurde, und der Perspektive, die Steuerungs- und Gestaltungscompetenz für die Pflege zumindest teilweise auf die kommunale Ebene zurück zu verlagern (Hoberg et al. 2013; Mohn et al. 2014). Eine Umsetzung solcher Überlegungen würde bedeuten, den unterschiedlichen Umgang mit Funktionseinschränkungen im SGB IX und im SGB XI tendenziell aufzugeben. Zudem könnten u. a. durch Ansätze wie dem Quartiersmanagement Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung gestärkt und eine Pflege mit sozialräumlichem Bezug ermöglicht werden. Individuelle Lösungen könnten lebensweltbezogen und personenorientiert erarbeitet werden. Im Quartiersbezug ambulanter wie stationärer Pflege kann zumindest eine Voraussetzung für die Unterstützung sozialer Teilhabe, wenn auch nicht ihre Garantie gesehen werden.

10.4 Soziale Teilhabe, soziale Exklusion und Gesundheit älterer Menschen

Warum der Fokus auf soziale Teilhabe im Alter und angesichts von Pflegebedürftigkeit? Zum einen bezieht sich der Inhalt von Selbstbestimmung, also die Wünsche älterer Pflegebedürftiger, häufig auf soziale Teilhabe, also darauf, sich so weit wie möglich im öffentlichen Raum zu bewegen *und* soziale und kulturelle Kontakte und Angebote zu realisieren – und insofern über die Gestaltung des eigenen Lebens verfügen zu können (Falk 2012, Heusinger 2012). Zum anderen wirkt sich selbstbestimmte soziale Teilhabe gesundheitsförderlich aus; für ihr Fehlen, beschrieben als soziale Exklusion oder soziale Isolation, sind negative Effekte auf Gesundheit vielfach belegt.

Das Konzept der sozialen Ausgrenzung oder Exklusion wird breiter gefasst als das der sozialen Isolation und umfasst fünf grundlegende Dimensionen:

- „ökonomische Ausgrenzung, z. B. ein unzureichender Lebensstandard
- institutionelle Ausgrenzung, z. B. mangelnder Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und Leistungen
- kulturelle Ausgrenzung, z. B. stereotype Erwartungen gegenüber bestimmten gesellschaftlichen Gruppen
- soziale Ausgrenzung im engeren Sinn, z. B. unzureichende soziale Integration und Partizipation
- räumliche Ausgrenzung, z. B. getrennte Wohngebiete“ (Theobald 2006, S. 102)

Scharf et al. (2005) konnten in Tiefeninterviews interaktive und kumulative Beziehungen zwischen unterschiedlichen Dimensionen sozialer Exklusion zeigen und insbesondere verdeutlichen, dass das Risiko sozialer Isolation gerade bei ökonomisch benachteiligten Älteren steigt.

Das Konzept der sozialen Isolation entspricht eher der „sozialen Ausgrenzung im engeren Sinn“. Für einen Mangel an sozialen Beziehungen sind die negativen Effekte auf die Gesundheit vielfältig belegt; Holt-Luntstad et al. (2010) beschreiben eine höhere Mortalität in allen Lebensaltern; Dickens et al. (2011) zitieren Studien, die von schlechter subjektiver Gesundheit und erhöhtem Risiko demenzieller Erkrankung bei Älteren berichten; Findlay (2003) berichtet darüber hinaus von erhöhtem Risiko für Depression und Suizid. Eine weitere Studie (Hawton et al. 2011) fand signifikante Assoziationen von sozialer Isolation und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Vergleichbar beschreibt eine qualitative australische Studie, wie sich im Zusammenhang mit abnehmender Gesundheit und wachsender sozialer Isolation für ältere Menschen in einem Negativkreislauf vielfältige Dimensionen von Vulnerabilität gegenseitig verstärken (Greaves und Rogers-Clark 2009).

Insgesamt ist bekannt, dass ältere Menschen generell ein vergleichsweise hohes Risiko für soziale Isolation tragen (Dickens et al. 2011; Petrich 2011) und dass dieses Risiko mit zunehmender Pflegebedürftigkeit steigt.

10.5 Wohnform, Exklusion und soziale Teilhabe

Welchen Beitrag kann die Wohnform zur Förderung der sozialen Teilhabe bzw. zur Vermeidung von Exklusion bei Pflegebedürftigkeit leisten? Die Wohnform beeinflusst durch die Art der Einrichtung, die interne Struktur, die Organisation des Pflegealltags, die Beziehung zwischen Pflegeeinrichtung und Quartier sowie durch die räumliche Gestaltung und städtebauliche Lage die Chancen der Pflegebedürftigen auf soziale Teilhabe und wirkt so auf die unterschiedlichen Dimensionen der Ausgrenzung.

Die *ökonomische* Ausgrenzung, d. h. ein unzureichender Lebensstandard, wird weniger durch die Wohnform bedingt; vielmehr ist der Standard der Wohnform eine Folge der ökonomischen Lage des Pflegebedürftigen. Die Ausgrenzung erfolgt hier bei der Auswahl einer Wohnform, indem je nach ökonomischen Ressourcen nur eine begrenzte Zahl an Einrichtungen oder Wohnprojekten zugänglich ist. Der jeweilige Qualitätsstandard ist direkt abhängig von den Wohnkosten, die erbracht werden können, und bildet sich z. B. ab in der Lage, Zahl und Vielfalt von Angeboten, der Größe und Ausstattung von Räumen für Aktivitäten, der Zahl und Qualifikation der zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte und deren Kapazitäten, die soziale Teilhabe der BewohnerInnen zu unterstützen. Angesichts der oben geschilderten derzeitigen Bedingungen in der Pflege hängt die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit von den zusätzlich zur Verfügung stehenden individuellen finanziellen Mitteln der Pflegebedürftigen ab. Damit werden sozial benachteiligte Pflegebedürftige, die nur über geringe ökonomische Ressourcen verfügen und mangels sozialem und/oder kulturellem Kapital häufig ohnehin geringere Teilhabechancen haben (Falk et al. 2011), zusätzlich ausgegrenzt.

Eine *institutionelle* Ausgrenzung, d. h. ein mangelnder Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und Leistungen, kann durch die isolierte Lage einer Pflegeeinrichtung innerhalb des Stadtkörpers oder die fehlende Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr verursacht werden. Wenn die Pflegebedürftigen öffentliche Institutionen nicht erreichen können, ist ihr Zugang zu Beratung, Unterstützung oder Beteiligung erschwert oder nicht möglich. Eine zentrale Lage der Einrichtung in der Stadt oder dem Quartier bzw. ein gutes ÖPNV-Angebot können den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen erleichtern. Alternativ können die für Pflegebedürftige relevanten Einrichtungen innerhalb der Pflegesettings zugänglich sein – sei es durch eine temporäre Beratungsstelle oder einen barrierefreien Internetzugang (inklusive Assistenz bei dessen Nutzung).

Kulturelle Ausgrenzung entsteht, wenn stereotype Einstellungen und Vorurteile über Pflegebedürftige die Begegnungen mit ihnen prägen. Vorstellungen, die auf Fragilität und Vulnerabilität fokussiert sind, können vermeidendes, behütendes Verhalten erzeugen oder auch Ablehnung und Scheu. Eine Öffnung der Pflegeeinrichtung oder des Wohnprojektes in das Quartier und die Förderung von Kooperationen mit anderen Einrichtungen können kulturelle Ausgrenzung mindern. Kulturelle Ausgrenzung kann allerdings auch innerhalb der Pflegeeinrichtung erfolgen, wenn bestimmte Gruppen oder Individuen unter den Pflegebedürftigen durch die Pflegekräfte oder andere BewohnerInnen ausgegrenzt werden. Hier kann durch die Vermeidung starrer Regeln und konventioneller Stereotype, bzw. deren Reflektion im Pflegealltag, und eine gemeinsame, partizipative Gestaltung des Zusammenlebens gegengesteuert werden.

Soziale Ausgrenzung wird durch unzureichende Integration oder eine fehlende Beteiligung der Pflegebedürftigen an gesellschaftlichen Prozessen, an sozialem Austausch oder Aktivitäten erzeugt. Soziale Ausgrenzung kann innerhalb einer Einrichtung oder zwischen Einrichtung und umliegender Nachbarschaft bzw. Quartier bestehen. Gelegenheiten und Orte für soziale Teilhabe, Informationen über entsprechende Angebote und deren Zugänglichkeit auch für pflegebedürftige Menschen können Begegnungen und Teilhabe ermöglichen sowie den Abbau von Vorurteilen fördern.

Eine *räumliche* Ausgrenzung von pflegebedürftigen Menschen beruht im Allgemeinen auf physischen Barrieren, die ihre Mobilität oder Teilhabe beeinträchtigen. Sie wird gefördert durch die isolierte Lage einer Pflegeeinrichtung in der Stadt oder im Quartier, Barrieren an wesentlichen Erschließungswegen oder in öffentlichen Räumen sowie eine architektonische Gestaltung, die keinen Bezug zwischen dem Inneren einer Pflegeeinrichtung und dem Außenraum schafft. Innerhalb einer Pflegeeinrichtung können Treppenstufen, lange Wege, unübersichtliche oder unattraktive Raumsituationen ausgrenzend wirken und dazu führen, dass Räume von einzelnen BewohnerInnen nicht genutzt werden (können). Eine sorgfältige architektonische Gestaltung, die Barrieren vermeidet und räumliche Bezüge schafft, sowie eine städtebauliche Planung, die eine Pflegeeinrichtung in den Stadtkörper integriert und nicht am Stadtrand ansiedelt, verhindern eine räumliche Ausgrenzung.

10.6 Förderung sozialer Teilhabe in (innovativen) Pflege-Wohnformen

Welche Erfahrungen und guten Beispiele zur Förderung der sozialen Teilhabe in einer stationären Pflegeeinrichtung bestehen bereits heute? Neue Wohnformen setzen als ambulant betreute Wohngemeinschaften oder stationäre Wohngruppen oft auf eine überschaubare Größe, die Aufrechterhaltung von „Häuslichkeit“ und eine Integration in das Quartier. Eigenständige Haushaltsführung, Selbstorganisation und Entscheidungshoheit der BewohnerInnen sind wesentliche Elemente, um die Selbstbestimmung zu fördern und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Der Pflegestatistik zufolge wurden 2011 ca. 1,8 Mio. Pflegebedürftige aller Altersgruppen ambulant und ca. 750 000 Pflegebedürftige vollstationär versorgt (Statistisches Bundesamt 2013, S. 9). Der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen lebt in der eigenen Häuslichkeit, im Allgemeinen in der eigenen, „normalen“ Wohnung. Weniger als 1 % aller über 65-Jährigen lebt in gemeinschaftlichen Wohnprojekten oder Pflegewohngruppen, ca. 2 % in betreuten Wohnformen (Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung 2011). Der Anteil derjenigen alten Menschen, die in innovativen Wohnformen leben, ist zurzeit also noch verschwindend gering; häufig handelt es sich um Angehörige der Mittelschicht (Gierse und Wagner 2012).

Mit Blick auf die Zukunft wird den gemeinschaftlichen Wohnformen allerdings eine zunehmend bedeutende Rolle insgesamt und bei der Versorgung von Pflegebedürftigen prognostiziert (Hoberg et al. 2013) und Potenzial hinsichtlich der Stärkung der sozialen Teilhabe vermutet. Diverse Bundesländer verankerten in ihren Wohn-

teilhabegesetzen die Förderung der sozialen Teilhabe von Pflegebedürftigen durch eine Öffnung der gemeinschaftlichen Wohnformen in das Quartier. Vor diesem Hintergrund fordert Michell-Auli (2011) eine neue Generation von Alten- und Pflegeheimen, die als „Quartiershäuser“ die Dimensionen des sozialen Lebens „Privatheit“, „Gemeinschaft“ und „Öffentlichkeit“ verbinden.

Gegenwärtig sind innovative stationäre Wohnprojekte für pflegebedürftige alte Menschen in Deutschland kaum systematisch untersucht. Es liegen keine übergreifenden und belastbaren Befunde dazu vor, ob und wie die soziale Teilhabe durch innovative Wohnformen gefördert wird. In der Praxis wird erprobt, Ausgrenzung in ihren verschiedenen Ausprägungen auf unterschiedlichen Ebenen und unter Beteiligung unterschiedlicher Akteure zu vermeiden. Dabei stellen Selbstorganisation und Entscheidungshoheit durch die Pflegebedürftigen besondere Herausforderungen an eine stationäre Einrichtung. Die Pflegeeinrichtung für dementiell erkrankte Pflegebedürftige „Haus Louise von Marillac“ in Kleinostheim setzt beispielsweise die Selbstorganisation durch ein Angehörigengremium um, in dem Angehörige und BetreuerInnen die Angelegenheiten der Einrichtung regeln und gemeinsam mit den BewohnerInnen unter anderem über die Zusammensetzung der Bewohnerschaft entscheiden.

Der Abbau von räumlichen Barrieren, Kooperationen mit anderen Einrichtungen und die Öffnung von Pflegeeinrichtungen in die Quartiere stellen weitere wichtige Handlungsfelder dar. Letztere kann in zwei „Richtungen“ erfolgen: Das Quartier wird in das Haus geholt bzw. Pflegebedürftige werden auf dem Weg in das Quartier unterstützt. Im ersten Fall werden externe Personen und Einrichtungen in das Pflegesetting integriert, ihre Anwesenheit akzeptiert und ihnen Räume und Infrastruktur zur Verfügung gestellt. Im zweiten Fall wird den Pflegebedürftigen der Zugang zu Angeboten im Quartier erleichtert und ihnen so soziale Teilhabe außerhalb der Pflegeeinrichtung ermöglicht.

Eine zentrale Voraussetzung für eine soziale Teilhabe Pflegebedürftiger ist die Bereitschaft der Gesellschaft, auch dementiell erkrankte oder körperlich stark eingeschränkte alte Menschen zu unterstützen, zu akzeptieren und zu integrieren. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt „Bürgergemeinschaft Eichstetten e.V.“. Der Verein wurde von BürgerInnen der Kommune Eichstetten in Baden-Württemberg mit dem Ziel gegründet, alte und hilfebedürftige DorfbewohnerInnen mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen zu unterstützen und ihnen den Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Der Verein betreibt im Ort eine Einrichtung des Betreuten Wohnens und eine Pflegewohngruppe für stark dementiell erkrankte Menschen. Im Sinne eines Generationenvertrages sorgen die nicht pflegebedürftigen Mitglieder des Vereins gemeinsam mit professionellen Pflegekräften für die Pflegebedürftigen und ermöglichen diesen durch die gemeinsam geleistete Fürsorge die Teilhabe in der dörflichen Gemeinschaft.

Der Erhalt bestehender sozialer Beziehungen ist von großer Bedeutung für die Aufrechterhaltung von sozialer Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit. Das „Haus im Viertel“ der Bremer Heimstiftung wurde mit dem Ziel konzipiert, den BewohnerInnen den Verbleib im vertrauten Umfeld zu ermöglichen, auch wenn ein eigenständiges Wohnen nicht mehr möglich ist. Unter seinem Dach beherbergt es Angebote für sehr unterschiedliche Zielgruppen: Neben betreuten Wohnungen und einer Demenz-WG sind dies der Pflegestützpunkt, ein Kindergarten, die Volkshochschule und ein Buddhistisches Zentrum. Soziale Teilhabe durch Begegnungen zwischen

Generationen und Kulturen kann so innerhalb des Hauses, z. B. in dem hauseigenen Restaurant stattfinden. Außerdem beteiligt sich das Haus mit dem Selbstverständnis, ein Teil des innerstädtischen Quartiers zu sein, an Stadtteilaktivitäten und Kooperationen.

Auch Pflegeeinrichtungen, die nicht explizit mit innovativen Ansätzen arbeiten, öffnen sich mit interessanten Konzepten in das Quartier. Die Pflegeeinrichtungen „Leben im Alter“ und „Haus am Voß'schen Garten“ der Boecker-Stiftung in Witten kooperieren mit dem benachbarten Haus der Jugend und bieten dessen Kindern und Jugendlichen einen Mittagstisch an. Auch das Altenwohnheim St. Matthäus in Herrmannshagen öffnet sich dem Quartier und stellt im Rahmen des Modellprojektes „Diakonische Altenhilfeeinrichtung und Gemeindegarbeit unter einem Dach“ Räume für das kirchliche Gemeindeleben des Ortes zur Verfügung. Das städtische Altenheim Windberg in Mönchengladbach unterhält eine Kooperation mit einem benachbarten Kleingärtnerverein, in dem die BewohnerInnen Gartenarbeiten verrichten können, und das Altenpflegeheim „An den Niddaaun“ in Frankfurt kooperiert mit dem örtlichen Fußballverein, dessen Spiele die BewohnerInnen regelmäßig besuchen (Niederhammer und Wilken 2011). Interessant sind diese Projekte vor allem deshalb, weil die Einrichtungen sich im Quartier Kooperationspartner gesucht haben, die mit ihrem Angebot an die Lebenswelt der BewohnerInnen anknüpfen und ihnen Möglichkeiten von Begegnung und aktiver Beteiligung (Gartenarbeit, Gemeindegarbeit) als Dimensionen sozialer Teilhabe bieten.

10.7 Fazit

Die Stärkung der sozialen Teilhabe von Pflegebedürftigen kann sowohl in konventionellen als auch in innovativen Wohnformen erfolgen. Wesentlich erscheinen eine Öffnung der Pflege-Wohnform in das und für das Quartier, die durch Kooperationen, öffentliche Angebote in den Einrichtungen oder die Beteiligung an Stadtteilaktivitäten erfolgen kann, sowie interne Strukturen, die Mitbestimmung und Teilhabe ermöglichen und fördern. Wohnprojekte, die in dem vertrauten Quartier eingebettet sind, erlauben den Pflegebedürftigen, bestehende soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Die Förderung der Mobilität durch eine barrierearme Umwelt, Angebote zur Mobilitätsunterstützung, eine zentrale Lage der Einrichtung und die Gestaltung von Übergangsbereichen zwischen dem Quartier und der Einrichtung sind wichtige Ermöglichungsfaktoren für soziale Teilhabe. Schließlich sind Innovationsfreude, Flexibilität, Kooperationsbereitschaft und Offenheit des Trägers, der Pflegekräfte und der Akteure in den Kommunen sowie die Bereitschaft, die Pflegebedürftigen an Gestaltungsprozessen und Entscheidungen im (Pflege-)Alltag zu beteiligen, wichtige Bedingungen für soziale Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit. Soziale Teilhabe ist zudem für unterschiedliche Gruppen älterer Pflegebedürftiger zu konzipieren; sie darf nicht lediglich die „Luxusausführung“ des Lebens im Alter darstellen. Die Umsetzung eines ganzheitlichen, soziale Teilhabe fördernden Pflegeverständnisses erfordert entsprechende Voraussetzungen und Strukturen in den Pflegesettings, kreatives Umdenken bei der Organisation von Pflege und nicht zuletzt einen höheren Einsatz von finanziellen und ökonomischen Ressourcen.

Literatur

- Allenspach M. Zur gesellschaftlichen Teilhabe fragiler und pflegedürftiger alter Menschen – eine Sozialraumanalyse in den St. Galler Quartieren St. Fiden und Krontal 2014.
- Bundesministerium für Gesundheit. Pressemitteilung: Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs startet. Berlin: BMG 2014.
- Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung. Wohnen im Alter. Forschungen. Bonn: BMVBS 2011.
- Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 2011; 11 (647): 1–22.
- DVfR. Diskussionspapier Teilhabeforschung. Heidelberg und Hamburg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften 2012.
- Falk K. Selbstbestimmung bei Pflegebedarf im Alter - wie fällt das? Kommunale Handlungsspielräume zur Versorgungsgestaltung. In: Kümpers S, Heusinger J. Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Huber 2012; 39–75.
- Falk K, Heusinger J, Kammerer K, Khan-Zvornicanin M, Kümpers S, Zander M. Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin: edition sigma 2011.
- Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society* 2003; 23 (05): 647–58.
- Gierse C, Wagner M. Gemeinschaftliche Wohnprojekte - Eine Wohnform für alle soziale Lagen und Lebensalter? *Zeitschrift für Sozialreform* 2012; 58 (1): 59–82.
- Greaves M, Rogers-Clark C. The experience of socially isolated older people in accessing and navigating the health care system. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2009; 27 (2): 5–11.
- Hawton A, Green C, Dickens A, Richards S, Taylor R, Edwards R, Greaves C, Campbell J. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research* 2011; 20 (1): 57–67.
- Heusinger J. „Wenn ick wat nich will, will ick nich!“ Milieuspezifische Ressourcen und Restriktionen für einen selbstbestimmten Alltag trotz Pflegebedarf. In: Kümpers S, Heusinger J. Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Huber 2012; 77–105.
- Hoberg R, Klie T, Künzel G. Strukturreform Pflege und Teilhabe. Freiburg: AGP Sozialforschung an der Ev. Hochschule Freiburg 2013.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 2010; 7 (7): e1000316.
- Klie T. Pflege und Soziale Sicherung. In: Bäcker G, Heinze R. Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer VS 2010; 315–24.
- Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine* 2010; 71 (12): 2141–9.
- Michell-Auli P. KDA-Quartiershäuser: Die 5. Generation der Alten- und Pflegeheime. Warum wir sie brauchen! Pro Alter – Selbstbestimmt älter werden. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 2011. 43: 11–19.
- Mohn B, Gohde J, Klie T, Künzel A. Den pflegepolitischen Reformstau auflösen! Paradigmenwechsel Teilhabe und gute Pflege trotz knapper Ressourcen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe, AGP, Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) 2014.
- Niederhammer E, Wilken B. Interaktion im Quartier – Beispiele aus der Praxis. Pro Alter – Selbstbestimmt älter werden 2011; 43 (5): 20–25.
- Oldman C, Quilgars D. The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society* 1999; 19: 363–84.
- Petrich D. Einsamkeit im Alter. Notwendigkeit und (ungenutzte) Möglichkeiten Sozialer Arbeit mit allein lebenden alten Menschen in unserer Gesellschaft. Jena: FH Jena 2011.
- Scharf T, Phillipson C, Smith AE. Multiple exclusion and quality of life amongst excluded older people in disadvantaged neighbourhoods. London: Office of the Deputy Prime Minister 2005.

- Schröck R. Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme. *Pflege* 1998 (1): 84–93.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2013.
- Theobald H. Pflegeressourcen, soziale Ausgrenzung und Ungleichheit: Ein europäischer Vergleich. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 2006; 24 (2+3): 102–16.
- WHO, DIMDI. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organisation, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005.