



Landesvereinigung für
Gesundheitsförderung
Thüringen e.V.

Öffnung von stationären Altenpflegeeinrichtungen in den Sozialraum



© fermate

Abschlussbericht

Standortanalyse und Bedarfseinschätzung in stationären Altenpflegeeinrichtungen und ihren angrenzenden Quartieren

Gefördert mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V.



Danksagung

Wir danken den Partnereinrichtungen und der Geschäftsbereichsleitung „Altenhilfe“ der Diakonie-Weimar Bad Lobenstein für die gute Zusammenarbeit.





Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

**„Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in den Sozialraum
Quartier: Standortanalyse und Bedarfseinschätzung in zwei
stationären Pflegeeinrichtungen und ihren angrenzenden
Quartieren“**

Christina Major, Elain Posthumus, Vera Düpjohann
und Doris Schaeffer

Bielefeld, Dezember 2023

Auftraggeber ist die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. - AGETHUR. Die Begleitung wurde durch die innerhalb der AGETHUR angesiedelten Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) realisiert. Die Finanzierung des Vorhabens erfolgte aus Mitteln des GKV-Bündnis für Gesundheit.

Projektleitung/-koordination am IPW:
Klaus Wingenfeld
Koordination des Schlussberichts:
Doris Schaeffer

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstraße 25
D-33615 Bielefeld

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Methodisches Vorgehen	4
3. Standortbeschreibungen.....	8
3.1 Standort Erfurt.....	8
3.2 Standortbeschreibung des Standorts Saalburg-Ebersdorf.....	10
4. Ergebnisse der unterschiedlichen Befragungen.....	13
4.1 Sichtweise der Mitarbeiter:innen	13
4.1.1 Zäsur durch die Corona-Pandemie	14
4.1.2 Erweiterung des Angebots an Außenaktivitäten	15
4.1.3 Erweiterung des Angebots in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen.....	15
4.1.4 Veränderte Situation der Bewohner:innen in den Einrichtungen	16
4.2 Sichtweise der Bewohner:innen	18
4.2.1 Interesse der Bewohner:innen an Aktivitäten außerhalb der Einrichtungen.....	18
4.2.2 Aktivitäten innerhalb der Einrichtungen	21
4.2.3 Anwesenheit externer Personen aus dem Quartier in den Einrichtungen	22
4.3 Ergebnisse der Angehörigenbefragung.....	23
4.3.1 Interessen der Bewohner:innen an Aktivitäten außerhalb der Einrichtung aus Sicht der Angehörigen	23
4.3.2 Interessen der Bewohner:innen an Aktivitäten innerhalb der Einrichtung aus Sicht der Angehörigen	24
4.3.3 Bereitschaft der Angehörigen zur Beteiligung an Aktivitäten	25
4.4 Sichtweise der Schlüsselpersonen	27
4.4.1 Einschätzung des Konzepts „Öffnung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“ aus Sicht der Schlüsselpersonen	27
4.4.2 Versorgungssituation und -bedarf in den Quartieren	29
5. Zusammenfassende Diskussion und Empfehlungen	31
6. Fazit.....	36
Literatur.....	37

1. Einleitung

Klaus Wingenfeld¹

Angesichts der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Bedarf an einer stationären Langzeitversorgung stellt sich immer dringlicher die Frage, wie auch unter den Bedingungen der institutionalisierten Versorgung Lebensqualität, gesellschaftliche Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung realisiert werden können und wie dabei die vor Ort gegebenen Voraussetzungen beachtet und in kooperativ-vernetzender Weise weiterentwickelt werden können.

Vor diesem Hintergrund existieren seit längerem Bemühungen einzelner Einrichtungen und Modellprojekte, die auf die Entwicklung und Umsetzung entsprechender Konzepte zur Öffnung stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen in den umgebenden Sozialraum hinein abzielen. Die bisherigen Initiativen weisen allerdings große Unterschiede auf. Nach wie vor besteht ein Bedarf an konzeptionellen Lösungen, die die Perspektiven, Interessen, Präferenzen und Bedürfnisse der unterschiedlichen Gruppen (Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, Angehörige, örtliche Schlüsselpersonen aus dem Quartier) einbeziehen *und* die zugleich den jeweiligen regionalen Bedingungen und Voraussetzungen Rechnung tragen.

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. (AGETHUR) hat sich zum Ziel gesetzt, eine entsprechende Konzeptentwicklung zu fördern und an zwei Standorten die Umsetzung modellhaft auf den Weg zu bringen. Hierzu wurden bereits Vorstudien durchgeführt - so u.a. eine ausführliche Literaturrecherche (Eifler, 2020) - mit denen bestehende sozialraumbezogene Aktivitäten, Möglichkeiten und Grenzen erfasst wurden und auch eine erste Einschätzung der Bedürfnisse und Interessenlagen verschiedener Akteur:innen und Zielgruppen erfolgte. In einem weiteren Schritt sollen die Sichtweisen, Erwartungen, Interessen und Präferenzen der beteiligten bzw. betroffenen Gruppen und die bestehenden Rahmenbedingungen an den zwei Standorten Saalburg-Ebersdorf und Erfurt für eine prototypische Konzeptumsetzung untersucht werden.

Das geplante Vorhaben ist durch verschiedene Besonderheiten geprägt, die für die Durchführung des Projekts und die Kooperation zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer bedeutsam sind. Der relativ knapp bemessene Zeitrahmen und die begrenzten Mittel, die für die Durchführung des Vorhabens zur Verfügung standen, erforderten eine sehr enge Abstimmung, Kooperation und eine besondere Arbeitsteilung. Verstärkt wurde dies durch die Corona-Pandemie, deren Folgen für wissenschaftliche Vorhaben, die mit Feldarbeit verbunden sind, schwer kalkulierbar waren.

Deshalb wurde zu Beginn verabredet, dass die AGETHUR, der Auftraggeber, und der Projektpartner, das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), eine in hohem Maße kooperative und effiziente Arbeitsteilung finden. Verabredet wurde, dass das IPW als wissenschaftliche Begleitung vorrangig die methodische Vorbereitung, Unterstützung und Anleitung bei der Durchführung der verschiedenen empirischen Untersuchungsschritte, die Auswertung der erhobenen Daten und die Berichtslegung für die Erhebungsergebnisse übernimmt. Den Mitarbeiter:innen der AGETHUR oblagen hingegen die Gesamtkoordination des Vorhabens und die qualitative Datenerhebung an den zwei im Projekt berücksichtigten Standorten².

¹ Klaus Wingenfeld ist in der Abschlussphase des Projekts erkrankt. Der vorliegende Bericht basiert auf Überlegungen und Vorarbeiten von ihm, konnte aber krankheitsbedingt nicht persönlich abgestimmt werden. Wir danken ihm an dieser Stelle ausdrücklich für sein Engagement bei der Projektkonzipierung, -koordination und -durchführung.

² Unser Dank gilt außerdem der AGETHUR für die kollegiale und fruchtbare Zusammenarbeit. Ebenso danken wir den beteiligten Einrichtungen und Personen.

2. Methodisches Vorgehen

Elain Posthumus, Christina Major, Vera Düpjohann, Doris Schaeffer

Für das Vorhaben wurde ein Mixed-Methods-Ansatz mit fünf Untersuchungsschritten konzipiert: (a) analytische Beschreibung der Struktur- und Standortbedingungen, (b) Erfassung der Perspektiven und Einschätzungen der Mitarbeiter:innen beider Einrichtungen, (c) ebenso der Bewohner:innen³ und (d) deren Angehörigen (e) sowie der Sichtweise von ausgewählten Kooperationspartner:innen bzw. Schlüsselpersonen aus beiden Standorten.

A. Struktur- und Standortbedingungen

Die analytische Beschreibung der Merkmale der ausgewählten Standorte und der teilnehmenden Einrichtungen wurde auf der Grundlage von Standortbegehungen, einer Auswertung von Einrichtungsdaten, Onlinerecherchen der Einwohnermeldeämter, der thüringischen Pflegestatistik sowie des Senioren-, Freizeit- und Kulturangebots lokaler Vereine vorgenommen.

B. Qualitative Befragung der Mitarbeiter:innen

Die Erhebungen der Perspektive und Einschätzung der Mitarbeiter:innen wurden als qualitative, leitfadensbasierte Gruppeninterviews in den beteiligten Einrichtungen angelegt. Die Fragen zielten darauf ab, einerseits die Einschätzung der Mitarbeiter:innen bezüglich des Konzepts sowie der Situation und Bedürfnisse der Bewohner:innen und andererseits die Perspektive der Mitarbeiter:innen auf die Umsetzungschancen und -herausforderungen in Erfahrung zu bringen. Konkret wurde gefragt:

- Wie die Mitarbeiter:innen das Interesse der Bewohner:innen an weiteren Teilhabeangeboten und Aktivitäten innerhalb oder außerhalb der Einrichtung unter Mitwirkung von einrichtungs-externen Personen einschätzen.
- Welche Unterstützungs- und Organisationsmaßnahmen aus Sicht der Mitarbeiter:innen erforderlich sind, um Bewohner:innen eine Teilnahme an Teilhabeangeboten außerhalb der Einrichtung zu ermöglichen.
- Wie sich bei den verschiedenen Mitarbeiter:innengruppen die Mitwirkungsbereitschaft und -motivation darstellt, sich an der Vorbereitung und Durchführung des Konzepts „Öffnung stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“ zu beteiligen und aktiv für die Konzeptrealisierung zu engagieren.

Die Rekrutierung der Interviewpartner:innen erfolgte über die Einrichtungsleitungen. Von der städtischen Einrichtung beteiligten sich acht Mitarbeiter:innen; davon waren vier Pflegefachkräfte, eine Präsenzkraft, ein:e Mitarbeiter:in aus dem sozialen Dienst, ein:e Physiotherapeut:in und ein:e Studierende:r der sozialen Arbeit. In der ländlichen Einrichtung wurden sechs Mitarbeiter:innen befragt, darunter zwei Pflegefach- und zwei Betreuungskräfte sowie je eine Pflegehilfskraft und eine Hauswirtschaftskraft. Die Interviewgruppen unterscheiden sich somit in ihrer Zusammensetzung, doch ebenso hinsichtlich ihres Informationsstands, denn nur in einer Einrichtung war den Mitarbeiter:innen das Konzept „Öffnung von stationären Einrichtungen in das Quartier“ in Grundzügen bekannt.

³ Der Begriff „Bewohner:innen“ stimmt nicht mehr mit der Situation in stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen überein. Denn die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Bewohner:innen rückt den Aspekt des Wohnens immer mehr in den Hintergrund. Da sich dies begrifflich noch nicht in der aktuellen Fachliteratur niederschlägt, verwenden wir hier den derzeit gebräuchlichen Begriff „Bewohner:innen“.

Die Durchführung der Gruppeninterviews fand in den Räumen beider Einrichtungen durch Mitarbeiter:innen der AGETHUR statt.

Die Gruppeninterviews wurden tontechnisch aufgezeichnet. Bevor die Aufnahme begann, wurden die Teilnehmer:innen über das Vorgehen und das Forschungsvorhaben aufgeklärt, unterzeichneten eine Einverständniserklärung und stellten sich untereinander vor. Die Interviews folgten weitestgehend dem Leitfaden.

Anschließend erfolgte die Datenaufbereitung in Form einer anonymisierenden Transkription durch eine:n Mitarbeiter:in der AGEHTUR. Für die Datenauswertung durch das IPW wurden die anonymisierten Transkripte in MAXQDA eingespeist und anhand des Leitfadens ausgewertet.

C. Qualitative Befragung der Bewohner:innen

Zur Erhebung der Sichtweisen der Bewohner:innen auf das Konzept „Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in das Quartier“ wurde in beiden teilnehmenden Einrichtungen je ein leitfadenbasiertes qualitatives Gruppeninterview durchgeführt. Darin wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Wie stellt sich das Interesse der Bewohner:innen an Teilhabeangeboten innerhalb und außerhalb der Einrichtungen dar?
- Wie schätzen die Bewohner:innen die Präsenz einrichtungsexterner Personen ein, die sich an Aktivitäten beteiligen?
- Welche Hindernisse und Hürden sind bei etwaigen Aktivitäten und Angeboten zu erwarten und welche Unterstützung ist nötig, um sie abzubauen?

Um diesen Fragen nachzugehen, wurde ebenfalls ein Leitfaden entwickelt, der den Gruppeninterviews zugrunde lag.

Die Interviews sollten vornehmlich mit Mitgliedern der Heimbeiräte durchgeführt werden, da angenommen wurde, dass die gewählten Vertreter:innen stellvertretend die Perspektive aller Bewohner:innen zuverlässig einschätzen und wiedergeben können. Ziel war es, pro Einrichtung fünf bis sechs Personen des Heimbeirates zu rekrutieren.

Die Rekrutierung der Teilnehmer:innen erfolgte durch die beiden Einrichtungsleitungen der mitwirkenden stationären Einrichtungen. Für die städtische Einrichtung konnten acht Teilnehmer:innen für das Gruppeninterview gewonnen werden. Sechs der Teilnehmer:innen waren Bewohner:innen der Einrichtung, zwei von ihnen waren auch im Heimbeirat vertreten. Ferner nahmen ein:e Mitarbeiter:in aus dem Sozialen Dienst und ein:e Pastor:in teil. In der ländlichen Einrichtung konnten sieben Personen interviewt werden, darunter fünf Bewohner:innen (davon ein Mitglied des Heimbeirats), ein:e Angehörige:r und eine Betreuungskraft. Im Ergebnis sah die Zusammensetzung der Gruppen also etwas anders aus als geplant.

Die Auswertung der Gruppeninterviews folgte der zuvor dargelegten Strategie.

D. Quantitative Angehörigenbefragung

Ergänzend zu den Gruppeninterviews mit Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen erfolgte eine quantitative Angehörigenbefragung in den teilnehmenden Einrichtungen. Grundlage war ein teil-standardisierter Fragebogen, der darauf zielte, in Erfahrung zu bringen, ob und inwiefern die Angehörigen erwarten, dass ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder an Angeboten und Aktivitäten im Quartier bzw. in der Einrichtung mit Personen aus dem Quartier teilnehmen würden und können und was dabei förderlich oder hemmend sein könnte. Daneben wurden Fragen zur Beteiligungs- und Unterstützungsbereitschaft der Angehörigen gestellt.

Verbreitet wurden die Fragebögen über die Einrichtungsleitungen der beiden teilnehmenden Häuser. Angestrebt wurde eine Vollerhebung der Hauptbezugspersonen. In Absprache mit den Einrichtungsleitungen wurden gesetzliche Betreuer:innen, die nicht gleichzeitig An- oder Zugehörige sind, ausgeschlossen, da fraglich ist, ob sie zutreffende Angaben über die Interessen der vertretenen Bewohner:innen machen können.

Insgesamt wurden 145 Fragebögen in Umlauf gebracht, 85 in der städtischen, 60 in der ländlichen Einrichtung. Von den versendeten Fragebögen wurden 61 ausgefüllt zurückgesendet (Rücklaufquote von 42,1 %). Davon stammen 32 Antworten (52,5 %) aus der städtischen und 23 (37,7 %) aus der ländlichen Einrichtung.

Die Datenauswertung erfolgte mittels SPSS zunächst deskriptiv nach absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen. Gruppenvergleiche zwischen kategorialen Variablen wurden mittels Fisher-Exakt-Tests bei 2x2 Kontingenztafeln, Chi-Quadrat-Tests bei größeren Kontingenztafeln (bei erwarteten Zellenwerten ≥ 5) bzw. dem exakten Test nach Fisher-Freeman-Halton (bei erwarteten Zellenwerten < 5) durchgeführt. Signifikanz wurde bei p-Werten $< 0,05$ angenommen.

Mehrheitlich handelt es sich bei den Befragten um die Kinder der Bewohner:innen (59,0 %), gefolgt von Ehepartner:innen mit 16,4 %. Neben Familienmitgliedern liegen Antworten von drei Freund:innen (4,9 %) der Bewohner:innen vor (siehe Tab. 1).

59,0 % der Angehörigen leben in maximal 30-minütiger Entfernung zur jeweiligen Einrichtung. Lediglich 11,5 % der Befragten wohnen weiter als eine Stunde von der jeweiligen Einrichtung entfernt. Der überwiegende Teil von ihnen besucht ihre Angehörigen mehrmals wöchentlich (42,6 %) bzw. mehrmals monatlich (42,6 %). Die genauen Stichprobencharakteristika sind in Tab. 1 ausgeführt.

Tab. 1: Übersicht Stichproben-Charakteristika der teilnehmenden Angehörigen					
		Herkunft des Fragebogens			
		Erfurt n = 32 (52,5 %)	Saalburg- Ebersdorf n = 23 (37,7 %)	Keine Angabe n=6 (9,8 %)	Gesamt N = 61
		Anzahl (%)	Anzahl (%)	Anzahl (%)	Anzahl (%)
Beziehung zu Bewohner:innen	Ehepartner:in	6 (18,8)	2 (8,7)	2 (33,3)	10 (16,4)
	Kind	20 (62,5)	14 (60,9)	2 (33,3)	36 (59,0)
	Enkelkind	1 (3,1)	0	0	1 (1,6)
	Freund:in	0	2 (8,7)	1 (16,7)	3 (4,9)
	Geschwister	0	2 (8,7)	1 (16,7)	3 (4,9)
	Weitere Familienkonstellationen	5 (15,6)	3 (13,0)	0	8 (13,1)
Besuchshäufigkeit	Mehrmals pro Woche	15 (46,9)	8 (34,8)	3 (50,0)	26 (42,6)
	Mehrmals im Monat	13 (40,6)	12 (52,2)	1 (16,7)	26 (42,6)
	Einmal im Monat	2 (6,3)	2 (8,7)	2 (33,3)	6 (9,8)
	Seltener	2 (6,3)	1 (4,3)	0	3 (4,9)
Entfernung zur Einrichtung	Weniger als 10 Minuten	2 (6,3)	4 (17,4)	0	6 (9,8)
	10-30 Minuten	15 (46,9)	15 (65,2)	0	30 (49,2)
	30-60 Minuten	10 (31,3)	4 (17,4)	4 (66,7)	18 (29,5)
	Mehr als 60 Minuten	5 (15,6)	0	2 (33,3)	7 (11,5)

E. Ermittlung der Perspektive von Schlüsselpersonen und Kooperationspartner:innen im Quartier

Außerdem wurde versucht, die Perspektive von Schlüsselpersonen aus dem Quartier auf das geplante Vorhaben zu ermitteln. Dazu wurden insgesamt sechs qualitative Interviews (je drei pro Standort) durchgeführt. Leitend waren dabei folgende Fragen:

- Wie können Bewohner:innen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen von erweiterten Angeboten zur sozialen Teilhabe im Quartier profitieren?
- Wie können Personen/Gruppen in den Quartieren von erweiterten Angeboten der Einrichtungen profitieren?

Zunächst war geplant, drei Statusgruppen mit je sechs bis zehn Interviewteilnehmer:innen zu bilden und diese in Gruppen zu befragen. Die Statusgruppen vertreten:

- Hilfe- und pflegebedürftige Menschen
- Bürgerschaftliches Engagement/ Arbeit/ Betriebe/ soziale und kirchliche Organisationen
- Versorgung, Behörden, Bildung

Dieses Vorhaben erwies sich als nicht realisierbar. Das Interesse und die Interviewbereitschaft der Statusgruppen aus den Quartieren lässt sich insgesamt als zurückhaltend charakterisieren und erlaubte nicht immer die geplante Trennung der drei Statusgruppen. Ein Interview fand zudem nur als Einzelinterview statt.

Für die Stadt Erfurt meldete sich aus der Zielgruppe hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (7 Einladungen) eine Person aus einer ambulanten Einrichtung für Menschen mit geistiger- und/oder körperlicher Behinderung, aus der Gruppe bürgerschaftlichen Engagements/ Arbeit/ Betriebe/ soziale und kirchliche Organisationen (9 Einladungen) ein:e Teilhabekoordinator:in für Menschen mit geistiger- und/oder körperlicher Beeinträchtigung sowie ein:e Pastor:in/ Seelsorger:in. Aus der Gruppe Versorgung, Behörden, Bildung (11 Einladungen) beteiligte sich je eine Person aus der Sozialplanung und Vertretung der Selbsthilfe für pflegende Angehörige.

In Saalburg-Ebersdorf wurden zwei Interviews mit Personen aus der Gruppe bürgerschaftliches Engagement/ Arbeit/ Betriebe/ soziale und kirchliche Organisationen (15 Einladungen) geführt. Insgesamt nahmen fünf Vertreter:innen der evangelischen Kirche, des Seniorenbüros, der aufsuchenden Beratung/Betreuung, der Tagespflege/ Unterstützungs- und Betreuungsdienste teil. Das dritte Interview wurde mit drei Vertreter:innen der Kindergärten und der Sozialplanung des Landkreises sowie der:dem Seniorenbeauftragten (12 Einladungen) geführt.

Die Datenauswertung erfolgte, wie oben unter B beschrieben.

3. Standortbeschreibungen

Vera Düpjohnann, Christina Major, Elain Posthumus

3.1 Standort Erfurt

Lage und Struktur

Die Stadt Erfurt ist mit 213.835 Einwohner:innen (Stand 31.12.2021) auf einer Gesamtfläche von 26.988 Hektar die größte Stadt Thüringens. In jeweils etwa 20 Kilometer Entfernung zu Erfurt liegen die Städte Weimar, Gotha, Arnstadt und Sömmerda, welche von Erfurt aus sowohl mit dem Auto als auch mit dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) gut erreichbar sind. Durch die Verbindung zur A4 und A71 ist Erfurt sehr verkehrsgünstig gelegen.

Unterteilt wird Erfurt in 53 Stadtteile, von denen 44 eigene Ortsteile darstellen. Die Ortsteile variieren stark hinsichtlich ihrer Größe und Bevölkerungsstruktur. Der kleinste Ortsteil – Egstedt – ist mit einer Bevölkerungsdichte von 39 Einwohner:innen/qm² dörflich, wohingegen der Stadtteil Berliner Platz mit 12.175 Einwohner:innenn/qm² durch Plattenbausiedlungen geprägt ist (Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung, 2023b).

Demografie

Das Durchschnittsalter in Erfurt liegt bei 44,6 Jahren. Der Anteil der älteren Bevölkerung im Alter von 65 bis 80 Jahren beträgt 15,5 % an der Gesamtbevölkerung. Wiederum 7,4 % der Einwohner:innen sind über 80 Jahre alt (Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung, 2023a). Der Altersdurchschnitt der Stadt Erfurt liegt damit im Bundesdurchschnitt (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2022).

Nach der Bevölkerungsprognose ist davon auszugehen, dass die Bevölkerung bis zum Jahr 2040 kontinuierlich altert. Damit einhergehend steigt auch der Bedarf an Wohn-, Versorgungs-, Kultur- und Freizeitmöglichkeiten für ältere Menschen. Diese demografischen Entwicklungstendenzen hat die Stadt Erfurt bereits in ihrem Seniorenbericht 2018 berücksichtigt und entsprechende Schlussfolgerungen (z. B. Ausbau von Versorgungsangeboten und Berücksichtigung von Vereinsamungstendenzen) für die zukünftige Seniorenarbeit gezogen (Seniorenbericht Erfurt, 2018).

Pflegerische Versorgungsstruktur

In Erfurt lebten im Dezember 2019 insgesamt 11.452 Personen mit Einstufung in einen der fünf Pflegegrade (Thüringer Landesamt für Statistik, 2021). Davon wurden 2.519 Personen durch eine von 35 ambulanten Pflege- und Betreuungseinrichtungen versorgt (Thüringer Landesamt für Statistik, 2021). Mit 11,8 Pflegebedürftigen bezogen auf 1.000 Einwohner:innen werden in Erfurt weniger Menschen ambulant betreut als im Thüringer Landesdurchschnitt (16,2 ambulant betreute Personen/1.000 Einwohner:innen) (ebd.). 5.918 Pflegebedürftige in Erfurt beziehen Pflegegeld.

Weitere 2.456 Pflegebedürftige werden in stationären Einrichtungen betreut. Dafür existieren insgesamt 37 stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, die zusammen über 2.834 Pflegeplätze verfügen, darunter 2.533 vollstationäre Pflegeplätze (52,4 Plätze/1.000 Einwohner:innen) sowie 301 teilstationäre Pflegeplätze (6,2 Plätze/1.000 Einwohner:innen). Damit sind in Erfurt 4,3 vollstationäre Pflegeplätze je 1.000 Einwohner:innen mehr verfügbar als im Thüringer Durchschnitt. Die Anzahl teilstationärer Pflegeplätze liegt dagegen im Landesdurchschnitt.

Die Möglichkeit zur Versorgung und Betreuung in Tagespflegeeinrichtungen hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. In den vergangenen fünf Jahren hat sie sich nahezu verdreifacht. In der

gleichen Zeitspanne ist die Anzahl stationärer Altenpflegeeinrichtungen und -plätze konstant geblieben. Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgend wurde sie nach 2012 nicht weiter ausgebaut. Zwar sieht die Stadt Erfurt stationäre Einrichtungen weiterhin als wichtige und unersetzliche Versorgungskomponente für bestimmte Personengruppen an und plant keinen Abbau stationärer Pflegeplätze. Dennoch sollen ambulante Strukturen und Tagesangebote stärker in den Vordergrund rücken und der sozialraumorientierte Ansatz weiter verstärkt werden. Darunter fällt auch die Vernetzung und Öffnung stationärer Einrichtungen in das Quartier (Seniorenbericht, 2018). Zur Förderung der sozialraumorientierten Arbeit wurden in den vergangenen Jahren bereits diverse Projekte im Bereich des Quartiersmanagements durchgeführt oder laufen aktuell (ebd.). Ein übergeordnetes Quartiersmanagement auf kommunaler Ebene, das die Arbeit koordiniert und langfristig und unabhängig von Projektlaufzeiten fördert, existiert jedoch bislang nicht.

Angebote der Teilhabe und Freizeitgestaltung für ältere Menschen in Erfurt

Als Landeshauptstadt Thüringens und größte Stadt des Freistaats bietet Erfurt zahlreiche Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten sowie Tourismusaktivitäten. Für ältere Menschen existiert ein umfassendes Angebot an Informations- und Beratungsstellen und Kulturveranstaltungen, Tanz- und Gymnastikgruppen sowie weitere Freizeitangebote. So hält die Stadt Erfurt als Träger von vier ‚Seniorenklubs‘ ein buntes Programm für ältere Menschen der Stadt bereit, welches durch weitere sieben ‚Seniorentreffs‘ in freier Trägerschaft ergänzt wird. Organisiert und durchgeführt werden hier beispielsweise Spielernachmittage, Kaffeerunden, Mediensprechstunden, Spaziergänge, Sport- und Bewegungsrunden, Handarbeiten, Literaturveranstaltungen, Gedächtnistrainings, Musikveranstaltungen, Sprachkurse, Entspannungsübungen und vieles weitere (Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung, 2023c).

Zudem bietet die Stadt zusammen mit dem Schutzbund der Senioren und Vorruheständler Thüringen e.V. eine Interessensvertretung für Senior:innen an, die auch Hilfe zur Selbsthilfe bei Alltagsaufgaben sowie Informations-, Beratungs- und Bildungsangebote organisiert. Der Schutzbund selbst ist zudem Anlaufstelle für Senior:innen und Koordinierungsstelle für ehrenamtlich Tätige, Vereine und interessierte Bürger:innen (ebd.).

Aus all dem ergibt sich für die Landeshauptstadt Erfurt das Gesamtbild einer Stadt, die sehr bemüht ist, ihren Bürger:innen das Altern in guter Versorgung, Betreuung und sozialer Teilhabe zu ermöglichen und die frühzeitig auf künftig zu erwartende Entwicklungen reagiert. Zudem existiert ein vielfältiges Kultur-, Freizeit- und Begegnungsangebot. Besonders bemerkenswert ist, dass in Erfurt auch bereits Bemühungen zur Umsetzung des Konzepts Öffnung stationärer Einrichtungen erfolgen. Ein übergeordnetes Quartiersmanagement zur Koordination und Förderung von sozialraumorientierter Seniorenarbeit ist bislang nicht vorhanden.

Einrichtungsinformationen Seniorenzentrum Erfurt

Das für die Konzeptumsetzung in Frage kommende Seniorenzentrum in Erfurt verfügt über vier nahezu gleich große Wohnbereiche mit Platz für insgesamt 94 Bewohner:innen. Der untere Wohnbereich der Einrichtung ist speziell für Menschen mit demenzieller Veränderung ausgelegt (20 Plätze). Betreut werden die Bewohner:innen durch insgesamt 87 Mitarbeiter:innen. Aus Sicht der Einrichtungsleitung ist die aktuelle Personalsituation angemessen, die Leitungsebene der Wohnbereiche jedoch unterbesetzt. So sind in zwei Wohnbereichen im Untersuchungszeitraum die Stellen der Wohnbereichsleitung nicht besetzt und dies muss durch die anderen Wohnbereichsleitungen kompensiert werden.

Die Räumlichkeiten der Einrichtung sind eher beengt. Jeder Wohnbereich verfügt über einen Essraum, welcher durch eine Trennwand in zwei Abschnitte unterteilt wird. In der obersten Etage ist ein kleiner Gemeinschaftsraum vorhanden; er kann jedoch nur von einer kleinen Zahl an Bewohner:innen gleichzeitig genutzt werden. Ein Dienstzimmer für Mitarbeiter:innen existiert nicht – es steht jedoch ein Büroarbeitsplatz zur Verfügung.

Durch die beengten Verhältnisse innerhalb der Einrichtung kommen dem Garten und Terrassenbereich eine hohe Bedeutung zu. Er ist zu Teilen überdacht und großzügig gestaltet, sodass sich viele Gemeinschaftsaktivitäten im Außenbereich abspielen.

Organisiert werden die Aktivitäten in der Einrichtung hauptsächlich durch zusätzliche Dienste von Mitarbeiter:innen, aber auch von Schüler:innen und externen Personen. Insbesondere für die Zielgruppe der demenziell veränderten Bewohner:innen werden zudem Einzelaktivitäten, zumeist in Form von Spaziergängen, angeboten.

Die Vernetzung und Zusammenarbeit der Einrichtung mit externen Personen und Institutionen des Quartiers ist eher wenig ausgeprägt. Seitens der Einrichtungsleitung wird versucht, Kontakt zu Ehrenamtlichen und Kooperationspartner:innen herzustellen und zu halten. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie und das in der Zeit gesunkene Engagement externer Personen sind noch immer deutlich spürbar. Es existieren jedoch Bemühungen, das ehrenamtliche Engagement wiederzubeleben und erneut zu stärken.

3.2 Standortbeschreibung des Standorts Saalburg-Ebersdorf

Lage und Struktur

Saalburg-Ebersdorf besteht aus den ehemals eigenständigen Ortschaften Saalburg und Ebersdorf sowie neun weiteren kleineren Ortsteilen, die 2003 zur Gemeinde Saalburg-Ebersdorf zusammengeschlossen wurden. Saalburg-Ebersdorf hat insgesamt 3.300 Einwohner:innen und erstreckt sich über eine Fläche von 72,05 Quadratkilometern. Mit dieser Einwohner:innendichte zählt Saalburg-Ebersdorf nach der Kategorisierung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) als dünn besiedelter ländlicher Kreis und wird somit als die ländlichste von insgesamt vier Kategorien zur Einordnung der Bevölkerungsdichte im Raum eingestuft. Die Gemeinde Saalburg-Ebersdorf liegt im thüringischen Saale-Orla-Kreis. Die nächstgelegene Stadt Hof ist fast 50 Kilometer entfernt, Gera und Zwickau 70 bzw. knapp 90 Kilometer. Saalburg-Ebersdorf liegt somit sehr ländlich.

Damit in Einklang ist für Saalburg-Ebersdorf vor allem Natur und Landschaft charakteristisch. Insbesondere der Bleilochstausee, der an Saalburg-Ebersdorf grenzt, prägt als größter Stausee Deutschlands die ländliche Region und stellt ein beliebtes Tourismusziel dar.

Demografische Situation

Aufgrund der geringen Größe können für die Gemeinde Saalburg-Ebersdorf keine genauen Daten zur Altersstruktur generiert werden; entsprechende Daten liegen nur auf Kreisebene vor. Daher beziehen sich die nachfolgenden Angaben insgesamt auf den Saale-Orla-Kreis.

Das Durchschnittsalter im Saale-Orla-Kreis beträgt 48,6 Jahre. Das Medianalter wiederum liegt bei 52,3 Jahren, womit 50 % der Bevölkerung 52,3 Jahre oder älter sind. Verglichen mit dem Bundesmedianalter von 45,9 Jahren wird eine Altersverschiebung im Saale-Orla-Kreis in Richtung ältere Bevölkerung deutlich (Institut für kommunale Planung und Entwicklung e.V., 2020). Die Bevölkerung in der Region Saale-Orla ist tendenziell älter als der Bundesdurchschnitt. Dieser Trend wird sich laut Bevölkerungsprognosen in den kommenden Jahren fortsetzen und spiegelt sich in steigenden Anforderungen an die pflegerische Infrastruktur wider (Landeshauptstadt Erfurt, 2018).

Pflegerische Versorgungsstruktur

Im Saale-Orla-Kreis leben im Dezember 2019 insgesamt 4.282 Personen mit einer Einstufung in Pflegegrad eins bis fünf. Pro 1.000 Einwohner:innen sind dies 53,3 Pflegebedürftige (Thüringer Landesamt für Statistik, 2021). Von den 4.282 Pflegebedürftigen werden 1.281 Personen durch einen ambulanten

Pflegedienst betreut und 676 Personen in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtungen versorgt. Zudem beziehen 2.131 Pflegebedürftige Pflegegeld, weitere acht Personen mit Pflegegrad 1 nehmen teilstationäre Leistungen in Anspruch und 186 Personen beziehen keine Leistungen (ebd.).

Insgesamt 23 ambulante Dienste versorgen Pflegebedürftige im weitläufigen Saale-Orla-Kreis. Der Kreis verfügt außerdem über 21 stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen mit insgesamt 848 Plätzen (712 vollstationäre und 136 teilstationäre Plätze) für pflegebedürftige Menschen (Statistisches Landesamt Thüringen, 2021). Bei 676 stationär versorgten Pflegebedürftigen sind somit kreisweit betrachtet ausreichend stationäre und teilstationäre Plätze vorhanden. Im landesweiten Vergleich hat der Kreis Saale-Orla mit 32,5 vollstationären Pflegeplätzen je 1.000 Einwohner:innen jedoch knapp 15 Pflegeplätze weniger pro 1.000 Einwohner:innen als der Rest Thüringens (Statistisches Landesamt Thüringen, 2021). Kreisweit betrachtet bietet der Saale-Orla-Kreis ausreichend ambulante sowie (teil-)stationäre Versorgungskapazitäten für pflegebedürftige Bürger:innen.

Angebote zur Teilhabe und Freizeitgestaltung für ältere Menschen in Saalburg-Ebersdorf

Die Angebote zur Freizeitgestaltung in Saalburg-Ebersdorf sind durch Vereinsarbeit geprägt. Im Ortsteil Saalburg befinden sich neun Vereine oder Organisationen mit einem offenen Angebot, das grundsätzlich auch älteren und hochaltrigen Menschen offensteht. Dazu gehören ein Karnevalsverein, die örtliche Feuerwehr, ein Sportverein (Fußball, Schützen, Segeln) sowie ein Gartenverein, ein Heimatverein und die örtliche Bibliothek. Außerdem bietet eine Seniorenbegegnungsstätte und eine Einrichtung für barrierearmes Wohnen speziell auf ältere Menschen zugeschnittene Freizeitangebote an.

Ähnliche Vereinsangebote bietet auch die sechs Kilometer entfernte Ortschaft Ebersdorf (Sportverein, Gartenverein und Heimatverein, eine Bibliothek und ein Kulturverein). Zudem stellen eine Seniorenbegegnungsstätte, eine Tagespflege, zwei Pflegedienste und eine Einrichtung des betreuten Wohnens ein breites Angebot der Betreuung und Pflege sicher.

In einem Umkreis von zwei bis zehn Kilometern befinden sich weitere sehr kleine und ländlich geprägte Dörfer und Gemeinden, deren gesellschaftliches Leben ebenfalls durch Vereinsarbeit (z. B. Heimatverein, Sportverein, Kulturverein) geprägt ist.

Zusammenfassend betrachtet stellen Saalburg-Ebersdorf sowie die umliegenden Dörfer eine sehr ländliche Region mit einer eher älteren Bevölkerung dar. Die pflegerische Versorgung und Betreuung scheint durch stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste ausreichend ausgebaut zu sein, Freizeit- oder Teilhabeangebote für Senior:innen sind jedoch begrenzt und beschränken sich auf kleinere Vereinsangebote, oft mit vordefiniertem Mitgliederrahmen.

Einrichtungsinformationen zum Seniorenzentrum in Saalburg-Ebersdorf

Das für die Konzeptumsetzung im ländlichen Raum anvisierte Seniorenzentrum in Saalburg-Ebersdorf verfügt über drei Wohnbereiche mit insgesamt 62 vollstationären Plätzen, darunter 54 Einzelzimmer und vier Zweibettzimmer. Zwei der drei Wohnbereiche verfügen über Kapazitäten für jeweils 25 Bewohner:innen. Ein kleinerer Wohnbereich bietet 12 Plätze.

In dem Seniorenzentrum sind 38 Mitarbeiter:innen (ohne PDL und Auszubildende) mit 28,2 Vollzeitstellen beschäftigt. 14 Mitarbeiter:innen (12,1 Vollzeitstellen) verfügen über eine abgeschlossene dreijährige Pflegeausbildung. Zudem sind weitere Hilfskräfte (14,5 Vollzeitstellen) mit einjähriger Ausbildung oder als Quereinsteiger mit mehrwöchiger Ausbildung des Trägers, eine Logopädin (0,88 Vollzeitstelle) und eine Physiotherapeutin (0,75 Vollzeitstelle) in der Einrichtung tätig.

Auf dem weiträumigen Gelände der Einrichtung bietet der Träger des Seniorenzentrums neben der Einrichtung der stationären Langzeitpflege noch weitere Versorgungsleistungen an. In einem nebenstehenden Gebäude, welches durch einen Übergang mit der Einrichtung verbunden ist, ist ein Senio-

renwohnhaus (betreutes Wohnen) angesiedelt, das durch Mitarbeiter:innen des ambulanten Pflegedienstes betreut wird. Zu den Kolleg:innen des ambulanten Dienstes besteht zwar ein gutes Verhältnis, aber keine engere Kooperation. Außerdem wird in diesem Gebäude ein Raum für das Projekt *AGATHE älter werden in Gemeinschaft* des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie zur Verfügung gestellt. Seit 2021 werden hier Bürger:innen über 63 Jahren durch (Pflege-)Fachkräfte hinsichtlich Teilhabemöglichkeiten im Alter beraten und bestärkt. Das Projekt soll Partizipation von Senior:innen in der Gesellschaft stärken und Vereinsamung vorbeugen. Die Räumlichkeit des Seniorenzentrums ist somit auch offener Anlaufpunkt für Bürger:innen der Umgebung ab 63 Jahren, welche sich mehr Teilhabe und Partizipation in der Gesellschaft wünschen. Zukünftig ist zudem geplant, eine Einrichtung der Tagespflege auf dem Gelände der Senioreneinrichtung anzugliedern. Zudem wird über die Ermöglichung eines Versorgungszentrums diskutiert. Denn durch den vorhandenen Fachärztemangel im Saale-Orla-Kreis (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KdöR), 2023) wie auch durch den Fachkräftemangel in der Pflege und in anderen Bereichen rückt die Frage, wie künftig eine umfassende, bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung mehrfach chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Menschen in ländlichen Regionen sichergestellt werden kann, auch im Saale-Orla-Kreis immer mehr in den Fokus.

Die pflegerische Betreuung der Einrichtung soll nach dem Bezugspflegesystem stattfinden – gelebte Praxis ist jedoch eher eine Mischung aus Bereichs- und Bezugspflege. Die Rollen- und Aufgabenverteilung innerhalb des Teams ist derzeit vor dem Hintergrund der Personalbemessung in einem Prozess der Neufindung. Angestrebt wird, Pflegefachkräften zukünftig mehr Verantwortung im Pflegeprozess zukommen zu lassen. Denn die überwiegende Mehrheit der Mitarbeiter:innen hat eine trägerspezifische Qualifikation im Umfang von 120 Stunden durchlaufen. Die zusätzlich beschäftigten Betreuungskräfte arbeiten recht autonom und mit wenig Berührungspunkten zu den Mitarbeiter:innen der Pflege, sodass diese kaum Betreuungstätigkeiten wahrnehmen und Betreuungskräfte klassischerweise keine Pflegetätigkeiten übernehmen. Zusätzlich unterstützen sehr sporadisch ehemalige Mitarbeiter:innen bei größeren Aktivitäten und Veranstaltungen. Wünschenswert wären laut den Mitarbeiter:innen weitere ehrenamtliche Unterstützer:innen, die beispielsweise Begleitung und Gesellschaft bei Spaziergängen ermöglichen. Trotz intensiver Bemühungen blieb bislang jedoch ehrenamtliches Engagement durch Bürger:innen des Ortes aus.

Die Koordination der Betreuungs- und Beschäftigungsaktivitäten obliegt der Einrichtungsleitung des Seniorenzentrums, die sehr um eine Vernetzung mit dem umliegenden Quartier bemüht ist. Bislang konnten das ortsansässige Kulturhaus sowie eine Begegnungsstätte der Brüdergemeinde für Veranstaltungen kultureller und geselliger Art gewonnen werden. Auch der örtliche Kindergarten sowie die Grundschule und die Kirchengemeinde stellen wichtige Partner für gemeinsame Aktivitäten wie beispielsweise Theaterstücke, Singen oder Malen (innerhalb der Einrichtung) dar.

Für einen drastischen Einschnitt der Kooperationsbeziehungen zu Akteuren außerhalb der Einrichtung sorgte jedoch die Corona-Pandemie. Durch die monatelange Isolation sind viele Netzwerke und Kooperationsbeziehungen zu Partner:innen im Quartier zusammengebrochen. Sie konnten bislang nur mühsam und eher als lose Bindung wiederhergestellt werden.

Insgesamt zeichnet sich die Einrichtung durch ihre intensiven Bemühungen aus, Netzwerke und Kontakte zu Kooperationspartner:innen (wieder-)herzustellen, um ihren Bewohner:innen vielfältige Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Quartier zu bieten. Durch die aktuelle Personalknappheit stoßen Umsetzungsbemühungen jedoch an Grenzen. Für eine weitergehende Öffnung der Einrichtung für und in das Quartier sind verlässliche Kooperationsbeziehungen und ein struktureller Ausbau des Netzwerks nötig. Auch eine Aktivierung weiterer ehrenamtlicher Mitarbeiter:innen wäre für eine Öffnung der Einrichtung ein großer Gewinn. Erste Tendenzen in Richtung „Öffnung“ fürs Quartier lassen sich durch die offene Beratungsstelle des Projekts AGATHE erkennen, die in der Einrichtung ansässig ist – ein Angebot, welches potenziell Bürger:innen der Umgebung mit dem Wunsch der Teilhabe auf die Einrichtung aufmerksam macht. Inwieweit dadurch Synergieeffekte etwa bei der Gewinnung von Ehrenamtlichen für die Betreuung und Begleitung der Bewohner:innen entstehen, bleibt abzuwarten.

4. Ergebnisse der unterschiedlichen Befragungen

4.1 Sichtweise der Mitarbeiter:innen

Doris Schaeffer, Christina Major, Elain Posthumus, Vera Düppjohann

Die Darstellung der Perspektive der Mitarbeiter:innen der teilnehmenden Einrichtungen basiert – wie zuvor dargestellt wurde – auf zwei Gruppeninterviews, in denen die Einschätzung der Mitarbeiter:innen zur Bewohner:innensituation sowie deren Sicht auf das Konzept und deren Umsetzungsbereitschaft bei einer Realisierung des Konzepts „Öffnung ins Quartier“ im Mittelpunkt standen.

Beide Gruppeninterviews zeichnen sich dadurch aus, dass den Mitarbeiter:innen das Konzept „Öffnung von stationären Einrichtungen in das Quartier“ offenbar nicht sehr vertraut ist – in der städtischen Einrichtung weniger als in der ländlichen. Gleichwohl können die Mitarbeiter:innen die an sie gestellten Fragen gut einordnen und beantworten sie auch sehr motiviert. Sie tun dies aber vor dem Hintergrund ihres gewohnten Arbeitsalltags, nicht des oben genannten Konzepts. In diesem Sinn äußern sie sich zu potentiellen Wünschen der Bewohner:innen an weiteren Teilhabeaktivitäten außerhalb und innerhalb der Einrichtung sowie zur Vereinbarkeit mit den gegebenen Arbeitsbedingungen, reflektieren sie jedoch nicht im Sinn einer Öffnung der Einrichtung in das Quartier hinein. Vielmehr spiegeln ihre Äußerungen die Alltagsroutinen in der Einrichtung wider. Diese bilden den Bezugsrahmen ihrer Antworten. Damit geben sie Einblick in die gegebenen Ausgangsbedingungen und auch die Voraussetzungen bei der Implementierung des Konzepts und weisen zugleich darauf hin, wo Umsetzungsbemühungen ansetzen müssen.

→ *Schon jetzt lässt sich zugleich schlussfolgern, dass eine wichtige Aufgabe im Zuge der Umsetzung des Vorhabens sein wird und sollte, die Mitarbeiter:innen inkl. der Leitung im Vorfeld intensiver mit dem Konzept „Öffnung von stationären Einrichtungen in das Quartier“ vertraut zu machen und dazu entsprechende Weiterbildungs-/Qualifikationsmaßnahmen durchzuführen⁴. Denn Umsetzungsbemühungen ohne ausreichende Kenntnis des Konzepts behindern eine zielkonforme Umsetzung und ziehen meist Fehlentwicklungen nach sich. Deshalb ist eine vorbereitende konzeptionelle Aufklärungsarbeit wichtig.*

Beide Interviews mit den Mitarbeiter:innen zeigen aber, dass – anders als bei anderen Themen (Schaeffer & Vogt, 2022) – keine Aversion gegenüber Veränderungs- und Innovationsvorhaben besteht, sondern eine prinzipielle Veränderungsbereitschaft. Das ist zweifelsohne als vorteilhaft für die Umsetzung anzusehen, aber nicht als ausreichend. Denn zu bedenken ist, dass sowohl die Leitungen wie auch die Mitarbeiter:innen von der Umsetzung überzeugt sein müssen, weil von dem Vorhaben „Öffnung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“ die Arbeit jeder Mitarbeiter:innengruppe betroffen ist und sie alle gefordert sind, den Prozess mitzutragen. Zudem erfordert die Umsetzung, Aufgaben und Verantwortungen neu zu strukturieren und zu verteilen. Sie umfasst also meist Veränderungen bestehender Arbeitsroutinen – ein anspruchsvoller Prozess.

→ *Daher ist es erforderlich, die Veränderungsbereitschaft und vor allem die Motivation der Mitarbeiter:innen im Vorfeld und auch während der Umsetzung zu festigen, immer wieder aufzufrischen und zu vertiefen. Ein entsprechendes Empowerment der Mitarbeiter:innen bildet eine wichtige Umsetzungsbedingung.*

⁴ Vor allem die Dimension „Öffnung stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen zum Nutzen des Quartiers“ scheint den Mitarbeiter:innen wenig präsent zu sein, denn sie bleibt in den Interviews de-thematisiert. Sie müsste bei entsprechenden Maßnahmen besondere Beachtung erhalten.

→ *Sinnvoll ist außerdem eine Begleitung oder Supervision, die neben Motivations‘arbeit‘ auch Sorge für eine zielkonforme Steuerung und Umsetzung des Vorhabens trägt. Gerade weil die Konzeptumsetzung alle Mitarbeiter:innengruppen tangiert und anspruchsvollen Charakter hat, ist außerdem wichtig, die Mitarbeiter:innen von Beginn an in die Planung, Organisation und Umsetzung des Vorhabens einzubeziehen.*

4.1.1 Zäsur durch die Corona-Pandemie

Inhaltlich betrachtet lassen sich beide Gruppeninterviews unter folgendes Thema stellen: **„Die Zeiten haben sich geändert“**. Darunter fallen zwei unterschiedliche Aspekte: die Auswirkungen der Corona-Pandemie und die veränderte Situation der Bewohner:innen.

Denn während der Corona-Pandemie waren die Einrichtungen über einen langen Zeitraum nicht für die Außenwelt zugänglich. Gewissermaßen kam dies einer Zäsur gleich und die Einrichtungen haben erneut den Charakter „totaler Institutionen“ (Goffman, 1973) erhalten, also von in sich geschlossenen Welten, die die in ihnen lebenden Menschen von der Außenwelt abschirmen und deren Leben weitgehend bestimmen. Die lange Zeit der Corona-Pandemie hatte – so lassen sich die Ausführungen in den Interviews zusammenfassen – mehr oder minder einen Sozialisationseffekt und hat dazu geführt, dass sich die Bewohner:innen gewissermaßen an diese Situation gewöhnt und an sie angepasst haben. Nur langsam setzen den Mitarbeiter:innen zufolge Renormalisierungs- und erneute Umgewöhnungsprozesse ein. Insgesamt aber ist das Interesse an der Außenwelt während der Corona-Pandemie gesunken und noch immer niedrig – so die Einschätzung der Mitarbeiter:innen.

Die Corona-Pandemie hat auch die *Arbeitsweise in den Einrichtungen* nicht unberührt gelassen. Damit wird weniger auf die durch sie entstandenen neuen Pflegeaufgaben angespielt, sondern darauf, dass die Arbeitsweise der Einrichtungen ebenfalls *binnenorientierter* geworden ist. So sind während der Corona-Pandemie viele mit Personen und Institutionen im Quartier bestehende Kooperationsbeziehungen abgebrochen oder konnten nur eingeschränkt aufrecht gehalten werden und müssen aktuell neu aufgebaut werden. Zudem haben beispielsweise teilweise Ansprechpersonen oder ehemalige Kooperationspartner:innen gewechselt, was ebenfalls bedeutet, dass neue Kooperationsbeziehungen herzustellen sind. Zudem haben sich während der Corona-Pandemie viele ehrenamtliche Mitarbeiter:innen zurückgezogen. Auf deren Engagement kann auch jetzt vielfach nicht mehr zurückgegriffen werden, wie der nachfolgende Interviewauszug exemplarisch verdeutlicht:

"Ich denke mal, das, was wir vor Corona hatten, da kommen wir nicht mehr hin. Wir hatten unheimlich viel Ehrenamtliche." (BL1, Z. 34-35)

Der Aufbau eines neuen Pools an ehrenamtlichen Helfer:innen stellt den Mitarbeiter:innen zufolge jedoch eine weitere wichtige Voraussetzung für die Umsetzung des Konzepts „Öffnung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“ dar, der allerdings, wie sie gleichzeitig betonen, sehr zeit- und ressourcenintensiv.

→ *Die daraus erwachsenen konzeptionellen Konsequenzen für die Konzeptumsetzung müssen ebenfalls reflektiert und das Konzept ggf. angepasst werden.*

→ *Zugleich sind Maßnahmen zu überlegen, wie bei den Bewohner:innen neues Interesse an der Außenwelt bzw. dem Quartier geweckt werden kann (vgl. dazu Kapitel 4.2.1) und ebenso, wie sich die Einrichtungen selbst wieder öffnen und ihr professionelles und soziales Kooperationsnetz und ihre Einbindung in das Umfeld/Quartier restabilisieren oder neu aufbauen können.*

4.1.2 Erweiterung des Angebots an Außenaktivitäten

Dennoch nach den Möglichkeiten der *Öffnung der eigenen Einrichtung in den umgebenden Sozialraum hinein* befragt, bleiben die von den Mitarbeiter:innen stellvertretend für die Bewohner:innen angeführten *Vorstellungen überschaubar*: als wünschenswert werden beispielsweise Marktgänge, Drogeriebesuche, Parkspaziergänge, Kirchgänge, Gemeindenachmittage, Café- und auch Konzert-/Theaterbesuche angeführt – Angebote, die Bewohner:innen ermöglichen, „etwas anderes zu sehen“ und ihnen Abwechslung bieten. Besuche im Kindergarten oder anderen sozialen Einrichtungen werden von den Mitarbeiter:innen eher skeptisch betrachtet, da dort Gesundheitsrisiken bestehen und sie zudem eher als belastend, denn als bereichernd eingeschätzt werden.

Wie noch zu sehen sein wird, deckt sich die Einschätzung der Mitarbeiter:innen weitgehend mit der der Bewohner:innen. Beide reagieren zurückhaltend auf die Frage nach Aktivitäten außerhalb der gewohnten Umgebung. Beide präferieren zudem *kleinere* Außenaktivitäten, weil sie ihnen realistischer erscheinen als groß angelegte Ausflüge (siehe auch Kapitel 4.2.1).

→ *Für die Umsetzung bedeutet dies, außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen eher einfach realisierbare, kleinere Aktivitäten anzuvisieren, zumal sie der Kapazität der Bewohner:innen entsprechen, während größere Aktivitäten rasch zum Belastungs- und Stressfaktor werden können.*

4.1.3 Erweiterung des Angebots in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

Insgesamt wird eine Erweiterung des Angebots an Teilhabemöglichkeiten in den Einrichtungen und eine Öffnung der Einrichtungen für die Bürger:innen des Quartiers als einfacher und vielversprechender angesehen: „alles, was *im* Heim ist, ist einfacher...“ und – wie nicht unerwähnt bleiben darf – auch „sicherer“:

„Wenn das hier [in der Einrichtung] ist, dann ist das alles sicherer. Da ist ja immer jemand von uns da, das hilft schon (sehr)...“ (BL1, Z. 193)

Zugleich wird betont, dass schon zahlreiche Angebote von Menschen und Organisationen außerhalb initiiert in Einrichtungen existieren, wie Theaterstücke des Kindergartens und Chorproben etc.. Den Mitarbeiter:innen einer der Einrichtungen zufolge gibt es sogar schon jetzt zu viele Angebote und es kommen zu viele fremde Menschen in die Einrichtung. Denn, so die übereinstimmende Einschätzung, müsse bedacht werden, dass die Bewohner:innen in der Einrichtung *leben* würden und diese ihr privates Wohnumfeld verkörpert.

Aus Sicht der Mitarbeiter:innen ist außerdem zu bedenken, dass bei allen Bemühungen auch *arbeitsorganisatorische Aspekte* eine bedeutende Rolle spielen und zu beachten sind: Denn für die Mitarbeiter:innen gehen Aktivitäten zur Öffnung *innerhalb* der Einrichtungen mit einem geringeren organisatorischen Aufwand einher und können leichter in die Routineabläufe in den Einrichtungen integriert werden. Zudem fallen bei Angeboten *außerhalb* der Einrichtung bestehende Hürden, wie z. B. aufwendige Transport- und Begleitungserfordernisse⁵ etc. an (siehe auch Kapitel 3.2.1).

→ *Beides sind wichtige Hinweise für die Konzept(-weiter-)entwicklung, die in der Summe darauf hinauslaufen, bei Öffnungsbemühungen Aktivitäten in den Einrichtungen den Vorzug zu geben, also zu überlegen, welche Angebote in den Einrichtungen stattfinden können, zumal diese auf diese Weise einer breiteren Gruppe von Bewohner:innen zugänglich gemacht werden können.*

→ *Zugleich ist zu überlegen, wie dabei die Privatsphäre der Bewohner:innen respektiert und das Gefühl von Überfremdung vermieden werden kann (siehe dazu auch Kapitel 4.2.3).*

⁵ Dazu exemplarisch ein Interviewauszug "[...] also wir hatten mal eine Bus-, so eine Altstadt-Tour mit einem Bus und da die ganzen Bewohner:innen alleine schon reinzukriegen, also da waren, keine Ahnung, zehn Leute mit beschäftigt. Ja das war zwar schön, aber für uns halt auch ein Riesenauftritt." (PS3, Z. 210-212)

Bei der Frage nach Angeboten zum Nutzen des Quartiers wird von den Mitarbeiter:innen erneut darauf aufmerksam gemacht, dass die Einrichtungen für Menschen von außerhalb während der Corona-Pandemie nicht zugänglich waren und dies Spuren hinterlassen hat. Dadurch ist die soziale Distanz der Bürger:innen des Quartiers zu Einrichtungen erneut gewachsen. Generell werden die Einrichtungen von den Mitarbeiter:innen als nicht unbedingt attraktive Aufenthalts- und „Freizeit“orte für Außenstehende eingeschätzt. So werden öffentliche Cafés in Einrichtungen aus Sicht der Mitarbeiter:innen von der Bevölkerung nicht so genutzt wie erhofft: „[Die] gehen doch nicht ins Altenheim zum Kaffeetrinken.“ (BL2, Z. 65) – so die Aussage einer der Befragten.

→ *Hier deutet sich an, dass im Zuge der Konzept(-weiter-)entwicklung intensiver darüber nachzudenken ist, wie Einrichtungen nicht nur geöffnet, sondern für das soziale Umfeld zu interessante(re)n Aufenthaltsorten gestaltet werden können – ohne die Privatheit der Bewohner:innen zu verletzen.*

4.1.4 Veränderte Situation der Bewohner:innen in den Einrichtungen

„Die Zeiten haben sich verändert“ bedeutet aus Sicht der Befragten aber auch, dass sich die *Situation der Bewohner:innen in den Einrichtungen weiter verändert* hat. Die Mitarbeiter:innen betonen in beiden Einrichtungen, dass die *Klientel* der Einrichtungen immobiler, gesundheitlich eingeschränkter und pflegebedürftiger geworden ist. Auch deshalb, also allein aus Gründen zunehmender Funktions- und Gesundheitsbeeinträchtigung, sind viele Bewohner:innen binnenorientierter geworden. Diese Entwicklung zeichnet sich seit längerem ab (u.a. SVR 2014) und ist während der Corona-Pandemie weiter vorangeschritten.

„Das sind jetzt wirklich sehr, sehr viel mehr Rollstuhlfahrer als früher.“ (BL1, Z. 272)

Und:

„Wir haben jetzt viele Demente, was am Anfang nicht so war“ (BL2, Z. 147)

In der Tat ist ein Großteil der Bewohner:innen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen kognitiv (stark) eingeschränkt (Wingenfeld 2019). Nur wenige von ihnen können faktisch an Aktivitäten außerhalb der Einrichtung teilnehmen.

Weil der Großteil der Bewohner:innen stark körperlich und kognitiv eingeschränkt ist, wird auch deren aktive Einbindung in die Planung von Aktivitäten und die Partizipation bei der Konzeptumsetzung für unrealistisch gehalten:

„die Menschen kommen immer später ins Altersheim. Also ein paar [können] sicherlich noch [einbezogen werden], aber so viel mehr gibt es nicht.“ (XS, Z. 1177-1178)

Das Zitat unterstreicht, dass eine aktive Einbeziehung der Bewohner:innen bestenfalls partiell für möglich gehalten wird und als grundsätzliche Strategie an der Realität der Einrichtungen angesichts der Bewohner:innenentwicklung vorbeizugehen scheint.

Nicht außer Acht zu lassen ist aus Sicht der Mitarbeiter:innen zudem, dass eine Teilnahme an Gruppenaktivitäten nicht unbedingt für alle Bewohner:innen gleichermaßen attraktiv ist. Die Mitarbeiter:innen bestätigen, dass immer wieder der Wunsch an informellen, zwanglosen Begegnungen geäußert wird oder daran, für sich sein zu wollen. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass manche Bewohner:innen nach dem gemeinschaftlichen Essen direkt wieder auf ihr Zimmer gehen und dort ihren individuellen Interessen nachgehen würden. Dies lässt darauf schließen, dass nicht alle Bewohner:innen Gemeinschaft suchen, sondern großen Wert auf Freiraum, Ruhe und Privatsphäre legen (siehe auch Kapitel 4.2.2).

→ *Schlussfolgern lässt sich daraus, dass reflektiert werden sollte, welche impliziten Annahmen über die gesundheitliche und soziale Situation der Klientel der Einrichtungen dem Konzept „Öffnung von statio-*

nären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“ unterliegen und wie es an die realen Gegebenheiten angepasst werden kann, wobei nach unterschiedlichen Bewohner:innengruppen differenziert werden sollte.

→ Zudem stellt sich auch aus Mitarbeiter:innensicht die Frage, inwieweit Gruppenaktivitäten dem Bedarf und der Gesundheitssituation aller Bewohner:innen entsprechen, wo deren Grenzen sind und wie sie durch individualisierte (Einzel-)Angebote ergänzt werden können.

Der Wandel der gesundheitlichen Situation der Klientel ist ebenfalls folgenreich für das *Personal*: Es hat grundsätzlich *mehr und aufwändigere, anspruchsvollere Pflegeaufgaben und weniger Zeit für Betreuung- und Begleitungsaufgaben*. Er ist aber auch folgenreich für die Konzeptumsetzung, denn viele Bewohner:innen benötigen *Begleitung* und können sich nicht allein außerhalb der Einrichtungen bewegen. Als Beispiel werden die Rollstuhlfahrer:innen und andere bewegungseingeschränkte Menschen angeführt. Menschen mit einer dementiellen Erkrankung wiederum haben oft Angst davor, sich zu verlaufen⁶. Schon innerhalb der Einrichtung ist das für die Mitarbeiter:innen ein Problem. Beim Verlassen der Einrichtung, etwa um an einem Gottesdienst teilzunehmen, erst recht. Sie benötigen eine Navigationshilfe und ebenfalls Begleitung, wobei eine vertraute und zugleich fachkundige Person gefragt ist (siehe dazu auch Kapitel 4.2.1).

Begleitung ist auch aus einem anderen Grund erforderlich, denn viele Bewohner:innen sind auf *Unterstützung bei dem Toilettengang angewiesen*. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang von den Mitarbeiter:innen, dass es viel zu wenig öffentliche Toiletten gibt und dies ein Problem bei Außenaktivitäten sei.

Insgesamt ist der organisatorische Aufwand für Aktivitäten außerhalb der Einrichtung sehr hoch. Allein die Vorbereitung der Bewohner:innen (Ankleiden, Toilettengang), um an Aktivitäten teilnehmen zu können, ist sehr zeitaufwändig. Dazu ein Zitat aus der Befragung der Mitarbeiter:innengruppe:

„[...] wenn du zum Beispiel zehn Mann irgendwo haben willst, oder nur fünf: Die wollen alle noch mal auf Toilette, du suchst die Schuhe, du suchst die Fußstützen, du suchst die Jacke und die Mütze und einen Schal und was weiß ich was. Anziehen musst du sie auch noch, weil es selbst nicht mehr so geht. Da muss ich schon zwei Stunden vorher anfangen. [...] Das geht nur nacheinander.“ (BL1, Z. 272-277)

Generell ist bei Aktivitäten außerhalb ein hohes Maß an personeller Unterstützung und Begleitung der Bewohner:innen erforderlich. So sind viele Bewohner:innen aufgrund ihrer Einschränkungen auch nicht in der Lage, Treppen zu steigen und benötigen dazu ebenfalls Hilfe. Außerdem verlangen außerhäusliche Aktivitäten eine aufwendige Planung und Vorbereitung (müssen z. B. in einer barrierefreien Umgebung mit ausreichend öffentlichen Toiletten erfolgen können).

Dies sicherzustellen ist für die Einrichtungen allerdings nicht einfach. Oft fehlen ihnen die dazu nötigen personellen Ressourcen; ebenso – wie zuvor erwähnt – auch die nötige Zahl an ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen, die während der Corona-Pandemie deutlich geschrumpft ist (siehe Kapitel 4.1.1). Auch die insgesamt als wichtig angesehene Mobilisierung von Ehrenamtlichen kostet allerdings Ressourcen (Zeit, Personal), die den Mitarbeiter:innen zufolge gegenwärtig nicht vorhanden sind. Das ist nicht zuletzt auf die angespannte Personalsituation und den sich auch in den Einrichtungen bemerkbar machenden Fachkräftemangel in der Pflege zurückzuführen, der wenig Spielraum für über die direkte pflegerische Versorgung hinausgehende Aufgaben lässt.

⁶„Also jetzt gerade auch die XY [...], die hat wirklich Angst, dass sie, wenn die irgendwo anders hin soll, nicht wieder zurückkommt. [...] Und deswegen lehnt sie oft auch alles von vornherein schon ab und sagt: Nee. Und wenn man ihr dann aber sagt: Ich nehme Sie wieder mit zurück, Sie brauchen keine Angst haben, dann klappt das oft, dann geht sie auch mit.“ (BL2, Z. 159-167)

→ Wichtig ist, im Rahmen der Konzeptweiterentwicklung und -umsetzung zu überlegen, wie solche Vorbereitungs-, Planungs- und Begleitaufgaben sichergestellt werden können, ebenso wie eine Mobilisierung von ehrenamtlichem Engagement und Betreuungskräften erfolgen kann. Dabei ist zu beachten, dass bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen Vertrauenspersonen involviert sein müssen, die aber zugleich fachgerecht mit dem Krankheitsbild umgehen können und die dazu benötigte Qualifikation besitzen (Pflegefachpersonen). Auch Bewohner:innen mit starken körperlichen Einschränkungen weisen einen hohen Unterstützungsbedarf auf. Das ist ebenfalls in seinen Konsequenzen für das Konzept und die Konzeptumsetzung zu bedenken, zumal die Angehörigen nur bedingt als Unterstützungsressource zur Verfügung stehen.

4.2 Sichtweise der Bewohner:innen

Christina Major, Vera Düpjohn, Elain Posthumus, Doris Schaeffer

Die Perspektive der Bewohner:innen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen spielt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung des Konzepts „Öffnung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“. Daher werden im Folgenden deren Sichtweisen, Bedürfnisse und Wünsche, aber auch Bedenken dargelegt mit dem Ziel, die Akzeptanz für eine Öffnung der Einrichtung in den umgebenden Sozialraum hinein darzustellen und Schlussfolgerungen für eine mögliche Konzeptumsetzung zu ziehen.

Grundlage der Ausführungen sind zwei Gruppeninterviews mit Bewohner:innen bzw. Stellvertreter:innen der Bewohner:innen beider Einrichtungen zu der Frage, welche Erwartungen und Wünsche sie mit der Öffnung ihrer Einrichtung für das Quartier verbinden.

Angenommen worden war zunächst, dass Unterschiede zwischen der städtisch und der ländlich gelegenen Einrichtung bestehen würden. Doch wichen die Befragungsergebnisse kaum voneinander ab. Aufgrund der geringen Unterschiede werden die Ergebnisse über weite Strecken gebündelt dargestellt. Wenn sich prägnante Stadt-Land-Unterschiede erkennen lassen, wird dies explizit erwähnt.

4.2.1 Interesse der Bewohner:innen an Aktivitäten außerhalb der Einrichtungen

Nach den Interessen und Wünschen an Aktivitäten *außerhalb* der stationären Einrichtung befragt, fällt die Antwort der Befragten eher zurückhaltend aus. Die Bewohner:innen der *ländlichen Einrichtung* nennen lediglich zwei wünschenswerte Aktivitäten: den Besuch eines Musicals, das die Kirchengemeinde des Ortes aktuell aufführt, und den Besuch des Cafés in der Nachbargemeinde. Als Grund dafür, dass keine weiteren Interessen und Wünsche geäußert werden, geben die Teilnehmer:innen der ländlichen Interviewgruppe an, dass aufgrund der Lage der Einrichtung das bestehende Möglichkeitsspektrum sehr begrenzt sei und keine weiteren Angebote und Aktivitäten erlaube:

„Ja außerhalb gibt es ein bisschen wenig Möglichkeiten hier.“ (BL1, Z. 20)

und

„Du kannst [hier] eigentlich nur spazieren gehen. Raus an die frische Luft.“ (BL3, Z. 26)

In diesen Interviewauszügen wird deutlich, dass es den Befragten aufgrund fehlender Angebote in ihrem ländlichen Umfeld schwerfällt, überhaupt Ideen und Wünsche zu entwickeln. Auch bei intensivem Nachfragen nach Wünschen bleiben die Ausführungen spärlich.

Das gilt tendenziell auch für die Bewohner:innen der *städtischen Einrichtung*, die von zahlreichen Kulturangeboten und Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung umgeben ist. Auch hier zeichnen sich die Antworten der Befragten dadurch aus, dass die Frage nach dem Interesse an Angeboten außerhalb der Einrichtung eher zögerlich und karg beantwortet wird. Erst auf mehrfache Nachfrage hin nennen die

Befragten einige Aktivitäten, die sie interessieren. Überwiegend werden dabei naturbezogene Aktivitäten adressiert:

„Spaziergänge ist gut. Spaziergänge ist sehr gut.“ (BS2, Z. 298)

und

„Also ich würde gerne in Gärten gefahren werden und viel nach draußen oder Wald oder so [...]“ (BS, Z. 17)

Neben Spaziergängen und dem Bedürfnis, sich im Grünen aufzuhalten, wird vereinzelt auch Interesse an kulturellen Angeboten und Aktivitäten bekundet, so etwa an Kinobesuchen und Theaterveranstaltungen oder auch an Konzerten. Zudem werden Bibliotheksbesuche und die Teilnahme an Lesungen oder Gottesdiensten in der Kirche und der Besuch von Domfestspielen oder Stadtrundfahrten mit dem Kleinbus angeführt. Auch die Ermöglichung von kleineren Besorgungen wird von einigen Teilnehmer:innen für interessant erachtet. Insgesamt aber werden wenige Wünsche genannt. Offenbar fällt es den Befragten schwer, sich weitere Aktivitäten außerhalb der Einrichtung vorzustellen, ebenso, sich ein Bild davon zu machen, welche neuen Möglichkeiten sich durch eine Öffnung der Einrichtung in den Sozialraum hinein eröffnen könnten.

→ *Deshalb dürfte ein wichtiger Schritt bei der Konzeptumsetzung darin bestehen, Bewohner:innen das Konzept zu erläutern und das Spektrum an Möglichkeiten aufzuzeigen, das eine Öffnung der Einrichtung mit sich bringen kann und dazu entsprechende Informationsveranstaltungen durchzuführen.*

In beiden Gruppendiskussionen nehmen bei der Frage nach potenziellen Aktivitäten außerhalb der Einrichtung aber *Hinweise auf Hindernisse und Hürden*, die solchen Aktivitäten entgegenstehen, einen großen Raum ein. Schon der *Transport* zum Ort einer Aktivität außerhalb der Einrichtung stellt aus Sicht der Bewohner:innen eine Hürde dar, die es zu bedenken gilt. So äußert ein:e Befragte:r:

„Das [Kino oder Theater] würde uns bestimmt auch gut gefallen, aber da geht es schon los mit dem Transport“ (BL3, Z. 47)

In gewisser Weise ist dieser Interviewauszug charakteristisch für die Argumentation der Befragten. Denn die Frage nach dem Interesse an Aktivitäten oder Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung wird direkt mit einem Hinweis auf eine Hürde (hier der Transport) verknüpft. Dies lässt vermuten, dass Aktivitäten außerhalb der Wohneinrichtung eher mit dem damit einhergehenden Aufwand für die Bewohner:innen und möglichen Hindernissen assoziiert werden, als mit der potenziell ihnen innewohnenden Attraktivität.

→ *Dies weist nochmals darauf hin, dass es für die Konzeptumsetzung sinnvoll ist, Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung von Außenaktivitäten zu überlegen (siehe auch Kapitel 4.1.2).*

Neben der Hürde *Transport* werden weitere Hindernisse angeführt. So stellt das Vorhandensein von und der Zugang zu *barrierefreien sanitären Anlagen* aus Sicht der Bewohner:innen ein anderes großes Hindernis bei Ausflügen dar. Aufgrund ihrer körperlichen Verfassung, vermehrten Harndrangs oder Inkontinenz ist es laut der Befragten notwendig, dass sie jederzeit eine Toilette aufsuchen können. Die Häufigkeit nötiger Toilettengänge ermöglicht für sie nur solche Aktivitäten, die die Dauer von einer halben bis einer Stunde nicht überschreiten, wie sie mehrfach betonen. Längere Zeiträume und Aktivitäten lehnen die Befragten deshalb mehrheitlich ab.

Auch die Ausstattung der Sanitäranlagen ist aus Sicht der Befragten von großer Bedeutung. Viele der Bewohner:innen benötigen Toiletten mit barrierefreiem Zugang und großen Räumlichkeiten und Haltegriffen etc. Jedoch kann man nicht sicher davon ausgehen, dass überall solchermaßen ausgestattete Toiletten vorhanden sind. Die Unkenntnis und Unkalkulierbarkeit der Gegebenheiten vor Ort löst Unsicherheit bei den Bewohner:innen aus:

„Und in manchen Gaststätten finden sie eine normale Toilette, aber auf die kann man aber nicht gehen und diese Berechnungen sind immer dabei bei dem Toilettengang.“ (BS, Z. 997-998)

Häufige Toilettengänge sind für die befragten Bewohner:innen auch in anderer Hinsicht unangenehm und belastend, denn sie sind mit einem hohen Schamgefühl verbunden und von der Befürchtung begleitet, die besuchte Veranstaltung bzw. Aktivität eventuell zu stören:

„Ja, wenn eine Toilette da ist und man kommt schnell hin, das würde schon helfen, aber manchen ist es ja auch unangenehm, in einer Veranstaltung dann auf Toilette gehen zu müssen.“ (XS, Z. 104-105)

und

„Ja im Gottesdienst und ich dränge [zur Toilette] und dann störe ich doch den Gottesdienst, das geht doch nicht.“ (BS, Z. 107)

Generell stellen körperliche Einschränkungen für die Bewohner:innen eine Hürde für die Teilnahme an Aktivitäten außerhalb der Einrichtung dar. So führt ein:e Bewohner:in an, er:sie würde aufgrund von Barrieren, wie etwa Treppenstufen oder unkalkulierbarer Wegbeschaffenheit, nicht an Ausflügen oder außerhäuslichen Aktivitäten teilnehmen, da er:sie Rollstuhlfahrer:in sei.

Nicht unähnlich stellt sich die Situation für *kognitiv eingeschränkte Menschen* dar. Oft können sie sich nicht lange konzentrieren und werden dann unruhig. Ganz in diesem Sinn führt ein:e Befragte:r an, er:sie könne beispielsweise bei Theaterbesuchen nicht lange folgen und nehme daher nicht an solchen Veranstaltungen teil:

„[...] Theater sowas, das kann ich nicht mehr. Ein paar Minuten kann man sich es anhören, danach kann man es, kann ich es nicht mehr verkraften. Da ist mir das alles zu viel.“ (BL4, Z. 52-55)

Auch aus Unsicherheit und Überforderung nehmen viele Bewohner:innen nicht an Außenaktivitäten teil. Denn aufgrund ihrer körperlichen und kognitiven Einschränkungen sind sie sehr auf Sicherheit bedacht. Sehen sie diese nicht gewährleistet, stehen sie den Aktivitäten eher skeptisch gegenüber – es sei denn, es ist eine vertrauenswürdige und ausreichend sicherheitsstiftende Unterstützung vorhanden. Das gilt vor allem bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtungen. Allerdings ist fraglich, ob diese sichergestellt werden kann, denn an eine solche Unterstützung sind unterschiedliche Anforderungen gestellt: Körperlich eingeschränkte Bewohner:innen sind vorrangig auf Unterstützung in Form von Begleitung angewiesen. Körperlich schwer pflegebedürftige Menschen benötigen etwa bei Toilettengängen etc. eine pflegerische Unterstützung. Bei kognitiv eingeschränkten Personen wird wiederum die Anwesenheit einer vertrauten Person benötigt, die den Bewohner:innen Sicherheit vermittelt und zugleich mit deren zeitweise (stark) ausgeprägten demenziellen Verhaltensweisen vertraut ist. Dies ist, wie in der Befragung der Mitarbeiter:innen deutlich wird, nicht allein durch ehrenamtliche Mitarbeiter:innen oder Angehörige leistbar (siehe Kapitel 4.1). Vielmehr bedarf es dazu professionell ausgebildeter Pflege(fach)kräfte, um den Pflegebedarf bei schwerwiegenden physischen Einschränkungen abzudecken und außerdem, um den anders gelagerten Unterstützungs- und Pflegebedarf bei kognitiv (stark) eingeschränkten Bewohner:innen zu gewährleisten.

Hinzu kommen *finanzielle Aspekte*. Die Mehrheit der befragten Personen berichtet, kaum finanzielle Ressourcen für solche Aktivitäten zu haben – ein keinesfalls zu unterschätzender Aspekt, der Teilhabe behindert.

→ *Die Ausführungen weisen auf zahlreiche Vorbehalte, Unsicherheiten und Hürden hin; sie unterstreichen damit, wie wichtig es ist, bei der Konzeptumsetzung schon im Vorfeld zu überlegen, wie mögliche Hürden abgebaut werden können und welche Voraussetzungen Aktivitäten und Aufenthaltsorte erfüllen müssen, um eine Teilnahme der Bewohner:innen zu ermöglichen. Zu beachten sind auch die oft beengten finanziellen Verhältnisse der Bewohner:innen. Sie deuten an, dass kostenfreie Aktivitäten zu bevorzugen sind oder aber Fördermöglichkeiten von Aktivitäten überlegt werden sollten.*

→ Bei der Konzeptumsetzung sollte außerdem die Sicherstellung einer fachgerechten, bedarfsangemessenen Begleitung bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtung beachtet und bedacht werden. Wie zu sehen war, sind dazu neben ehrenamtlichen Helfer:innen auch professionell ausgebildete Pflege(fach)personen mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen erforderlich.

4.2.2 Aktivitäten innerhalb der Einrichtungen

Insgesamt werden Aktivitäten innerhalb der Einrichtung von den Bewohner:innen präferiert. Wie die Ausführungen der Befragten in den Interviews zeigen, besteht ein größeres Teilnahmeinteresse an Sommerfesten, Tanzveranstaltungen, Vorträgen oder kirchlichen Andachten *in* der Einrichtung, als an Aktivitäten außerhalb der Einrichtung. Auch Angebote wie kleinere Erzählrunden und Lesungen, Bewegungsrunden, gemeinsames Singen sowie Rätsel- und Quizangebote in der Einrichtung oder Musikveranstaltungen im Garten erfreuen sich bei den Bewohner:innen großer Beliebtheit.

Zugleich unterstreichen die Interviews auch hier, dass es den Befragten sichtlich schwerfällt, Wünsche zu weiteren Aktivitäten zu äußern, die innerhalb der Einrichtung stattfinden könnten. Meist berichten die Befragten von bereits durchgeführten Aktivitäten der Einrichtung – dies unterschwellig oder offen mit dem Tenor, dass sie das vorhandene Angebot als ausreichend ansehen.

Etliche Bewohner:innen heben zudem hervor, dass sie den Wunsch nach Raum für individuelle Aktivitäten und auch Ruhe haben. Dazu ein Interviewauszug:

„[...] ich bin auch gerne mal ein bisschen allein [...]. Das [der vorherige Alltag] war immer eine Hektik und da tut mir jetzt hier die Ruhe richtig gut und man kann es ja auch nicht mehr so, gell? Man ist ja alt genug.“ (BL2, Z. 564-568)

Wie diese Aussage verdeutlicht, beschäftigt sich der:die befragte Bewohner:in gern allein und wünscht sich Ruhe. Ein:e weitere:r Bewohner:in bekräftigt dies und betont, sich gern allein mit Fernsehen, Radio und der Zeitung zu beschäftigen und sieht das als ausreichend an:

„Also, ich guck gern Fernseh, ich hab das Radio an und ich habe die Zeitung und das Telefon – das sollte reichen, mehr brauch ich nicht, gell?“ (BL1, Z. 455-456)

Zugleich zeigt sich hier ein Unterschied zwischen den beteiligten Einrichtungen. Während die Bewohner:innen der ländlichen Einrichtung den Austausch und Kontakt zu anderen Bewohner:innen als ausreichend ansehen, wünschen sich die Bewohner:innen in der städtischen Einrichtung explizit ergänzend einen Ort für niedrigschwellige Begegnungen und spontanen Austausch ohne zeitliche Verpflichtungen, beispielsweise um Gespräche zu führen, Karten zu spielen oder einfach, um in Gesellschaft zu sein:

„Ich habe immer gedacht, hier gibt es zumindest irgendwo einen Raum, ich würde mal da drüber schreiben „Begegnung“, wo einfach eine Art, ich sag mal primitiv, Aufenthaltsraum ist [...] also, wo Menschen, die Begegnung suchen, einfach [...] mal mit einem anderen in Berührung kommen.“ (BS3, Z. 218-227)

Dieser Unterschied lässt sich vermutlich durch die jeweiligen räumlichen Bedingungen in beiden Einrichtungen erklären. Während die ländliche Einrichtung über ausreichend Platz und Möglichkeiten für gemeinsame Begegnungen verfügt, gilt dies für die städtisch gelegene Einrichtung nicht.

→ Auch das sind wichtige Hinweise für die Konzeptumsetzung. Denn insgesamt präferieren die Bewohner:innen Aktivitäten und Veranstaltungen in der eigenen Einrichtung. Entscheidend ist dies dadurch motiviert, dass die gewohnte Umgebung ihnen Sicherheit vermittelt. Dabei spielt die Anwesenheit des Personals der Einrichtungen eine wichtige Rolle für ihr Sicherheitsgefühl.

→ Nicht weniger wichtig ist aus ihrer Sicht, dass die vertraute Einrichtung ihnen jederzeit die Möglichkeit zum Rückzug bietet, wenn das Bedürfnis nach Privatheit und Ruhe aufkommt. Wie zu sehen war,

hat dies eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die Bewohner:innen, die bei gemeinsamen außerhäuslichen Aktivitäten aus ihrer Sicht nicht gegeben ist. Bei weiteren Überlegungen zur Öffnung von Einrichtungen ist dieser Aspekt unbedingt zu berücksichtigen, um Überforderungen zu vermeiden und das bei vielen bestehende Bedürfnis nach Privatsphäre und Sicherheit zu respektieren.

4.2.3 Anwesenheit externer Personen aus dem Quartier in den Einrichtungen

Bei der Frage danach, wie die Bewohner:innen die Anwesenheit von externen Personen aus dem Quartier wie beispielsweise Senior:innen aus dem Ort einschätzen, oder wie sie – auch unabhängig von Veranstaltungen – die Anwesenheit von ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen, Vereinen, Kindergärten und Schulgruppen in der Einrichtung beurteilen, zeichnen sich die Antworten ebenfalls durch Zurückhaltung aus.

Eine generelle, ungeplante Anwesenheit von Bürger:innen aus dem umliegenden Quartier in der Einrichtung (z. B. zum Mittagessen, Kaffeetrinken) wird ebenfalls eher mit Skepsis und sogar Ablehnung betrachtet:

„Das sind fremde Menschen, die müssen wir erstmal kennen“ (BS, Z. 503)

Oder sie wird sogar strikt abgelehnt:

„Das [Integration der Bevölkerung in die Einrichtung] möchte ich nicht.“ (BS1, Z. 100)

Begründet wird dies mit zu geringen Personalressourcen und ungeeigneten Räumlichkeiten. Zugleich wird in den Gruppeninterviews deutlich, dass eine kontinuierliche Präsenz externer Personen aus dem Quartier Unbehagen auslöst:

„Man kann nicht diese ganzen Leute einladen, das wird ja dann ein Gewusel. In gewisser Beziehung finde ich das hier, wie es jetzt hier ist schon richtig, dass jeder seinen Besuch bekommen kann und so weiter. Einer auch mal allen anderen was zeigen kann. Aber ich weiß nicht, wenn immer fremde Leute hier drin sind, ob das gut für uns ist...“ (BS, Z. 801-804)

Darüber hinaus bezweifelt die Mehrheit der Befragten, dass externe Personen ein großes Interesse daran hätten, in eine Einrichtung zu kommen, ohne dort zu besuchende Angehörige zu haben.

Deutlich wird hier, dass die Anwesenheit vieler unbekannter externer Personen aus Sicht der Bewohner:innen zu Unübersichtlichkeit und Unruhe – „Gewusel“ – führen könnte, ebenso zum Verlust von Vertrautheit und Privatheit durch Überfremdung. Die Wahrung der Privatsphäre in „ihrer“ Einrichtung stellt für viele der Bewohner:innen ein großes Bedürfnis dar, das sie durch eine Öffnung der Einrichtung für die Öffentlichkeit gefährdet sehen. Eine:r Interviewte:r bezeichnet die Bewohner:innen damit in Einklang als 'eingeschworene Gemeinschaft' und will damit andeuten, dass die Bewohner:innen eine eigene soziale Gruppe bilden, die tendenziell nach außen abgegrenzt ist. Sie:er bezweifelt daher, ob eine Integration von externen Besucher:innen überhaupt gelingen kann.

Hingegen werden gemeinsam geplante Veranstaltungen in der Einrichtung (z. B. gemeinsames Singen) in einem festen Rahmen mit externen Personen oder Gruppen, wie Kindergartenkindern oder Schüler:innen, von den Bewohner:innen positiv bewertet.

→ Hier zeichnet sich eine gewisse Ambiguität ab: Auf der einen Seite würde die Mehrheit der Befragten gern bei Aktivitäten innerhalb der Einrichtungen intensiver mit Personen(gruppen) von außen in Kontakt kommen. Auf der anderen Seite besteht die Befürchtung, dass zu viele externe Personen in „ihrer“ Einrichtung zu Überfremdung und Verlust von Privatheit führen könnten. Eine generelle Öffnung der Einrichtung für Menschen aus dem Quartier (z. B. bei dem Mittagessen oder anderen Angeboten der Einrichtung) wird daher tendenziell abgelehnt, wohl aber werden Veranstaltungen mit einem klar definierten Ziel und (Zeit-)Rahmen und Anwesenheit von Personal akzeptiert. Wichtig ist, auch dies bei der Konzeptumsetzung in seinen Konsequenzen zu bedenken.

Von einer *aktiven Beteiligung* bei der Auswahl oder Durchführung von Aktivitäten hält die Mehrheit der Bewohner:innen wenig. Sie wird sogar mehr oder weniger abgelehnt. Vielmehr scheinen die Bewohner:innen grundsätzlich mit der Art und dem Umfang ihrer bisherigen Partizipationsmöglichkeiten, die in der Regel in Form von Nachfragen nach gewünschten Beschäftigungsangeboten oder nach der Art und Zubereitung von Mahlzeiten erfolgt, zufrieden zu sein.

Berichtet wurde aber auch, dass ein kleiner Teil der Bewohner:innen durchaus in die Durchführung von Tätigkeiten einbezogen ist. Es handelt sich dabei allerdings um leichte, freiwillig übernommene Hilfsarbeiten in den Einrichtungen. Dass dieses Engagement freiwillig und auf die körperlichen und kognitiven Möglichkeiten ausgerichtet sein muss, wird von den Bewohner:innen als sehr wichtig betont, denn sie wollen sich nicht gezwungen oder verpflichtet fühlen, weil sie dann unter Druck geraten.

→ *In der Summe, so zeigt dies, ist eine aktive Partizipation der Bewohner:innen bei der Planung von Aktivitäten eher zurückhaltend zu betrachten, sei es, weil die Bewohner:innen wenig Interesse zeigen oder, weil sie sich körperlich oder kognitiv nicht in der Lage dazu sehen oder unter Druck gesetzt fühlen. Dennoch ist es wichtig, immer wieder neu Möglichkeiten der Partizipation auszuloten, die Bewohner:innen nach ihren Interessen und Wünschen bei der Konzeptumsetzung zu fragen und sie erleben zu lassen, dass diese Berücksichtigung finden und zugleich signalisierte Grenzen respektiert werden.*

4.3 Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Elain Posthumus, Christina Major, Vera Düpjohnann, Doris Schaeffer

In einem weiteren Untersuchungsschritt erfolgte eine quantitative Angehörigenbefragung (N=61). Dabei wurde davon ausgegangen, dass den Angehörigen bei der Öffnung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier eine Doppelrolle zukommt. Einerseits sind sie die ‚significant others‘, die Vertrauten, die die Interessen und Wünsche der pflegebedürftigen Familienmitglieder am längsten und besten kennen und daher Auskunft über die Bedürfnisse, Interessen und Wünsche der Bewohner:innen geben können. Andererseits sind sie potenzielle Akteur:innen und können als mögliche Mitwirkende an Aktivitäten betrachtet werden. Daher zielte die Befragung auch darauf, ihre Motivation und ihre zeitlichen Spielräume zur Beteiligung an Aktivitäten in Erfahrung zu bringen. Die Ergebnisse werden differenziert nach diesen beiden Aspekten dargestellt.

4.3.1 Interessen der Bewohner:innen an Aktivitäten außerhalb der Einrichtung aus Sicht der Angehörigen

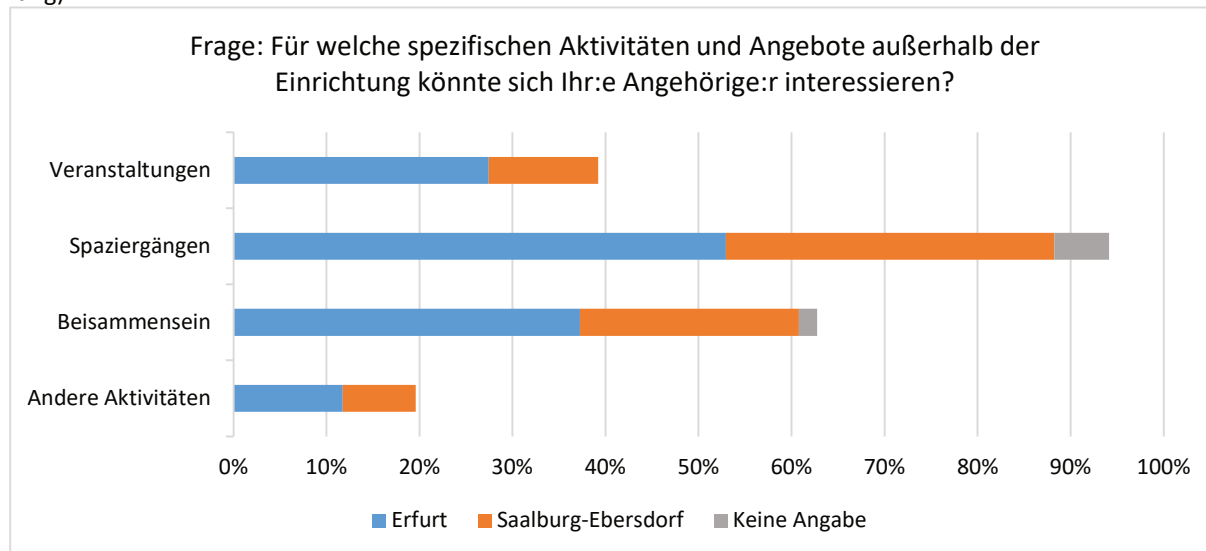
Auf die Frage an die Angehörigen danach, ob bei ihren pflegebedürftigen Familienmitgliedern Interesse an Aktivitäten und Angeboten außerhalb der stationären Einrichtung besteht, haben zwei Drittel der Befragten (65,6 %) positiv geantwortet und schätzen, dass ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder an Aktivitäten und Angeboten außerhalb der Einrichtung interessiert sind. Etwa ein Viertel (24,6 %) vermutet dagegen, dass kein Interesse vorliegt und weitere 9,8 % der Angehörigen können keine Einschätzung treffen.

Als interessant für ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder betrachten 94,1 % der Angehörigen Spaziergänge, gefolgt von Angeboten zum gemeinsamen Beisammensein (62,7 %) und der Teilnahme an Veranstaltungen in der Umgebung (39,2 %). Bei keiner der genannten Aktivitäten lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den Bewohner:innen der ländlichen und der städtischen Einrichtung feststellen.

Zehn Angehörige haben in Freitextfeldern ergänzt, die Bewohner:innen hätten außerdem Interesse an kulturellen Veranstaltungen wie Lesungen (3-fache Nennung), Fach- oder Lichtbildvorträgen (2-fache

Nennung) und Musikveranstaltungen (2-fache Nennung) wie bspw. Orgelkonzerten. Bei den Veranstaltungen seien auch Kindergruppen und/oder Tiere willkommen. Genannt werden außerdem Einkäufe (2-fache Nennung), Besuche bei der Familie sowie Sport (vgl. Abbildung 1).

Abb. 1: Interesse an quartiersbezogenen Angeboten außerhalb der Einrichtungen nach Region (eigene Darstellung)



Die Angehörigen wurden außerdem danach gefragt, welchen zeitlichen Umfang von Aktivitäten außerhalb der Einrichtung sie für die Bewohner:innen für realistisch halten und welche Rahmenbedingungen erforderlich sind. Etwas mehr als die Hälfte (54,1 %) der Befragten schätzt, dass ein Zeitumfang von einer bis zu drei Stunden pro Aktivität realistisch ist. Weitere 29,5 % geben an, ein Umfang von unter einer Stunde sei angebracht. Lediglich 6,6 % der Angehörigen halten einen Angebotszeitraum von drei bis sechs Stunden für möglich.

Auf einem Freitextfeld konnten die Angehörigen beschreiben, welche Unterstützungsmaßnahmen aus ihrer Sicht erforderlich sind, damit Bewohner:innen außerhäusliche Angebote nutzen können. Am häufigsten wird die Anwesenheit von einer Begleitperson angeführt (34 Nennungen), weil die Bewohner:innen beim Fahren mit dem Rollstuhl oder beim Gehen mit Gehhilfen auf Unterstützung angewiesen sind (24 Nennungen). Acht Mal wurde zusätzlich die Gewährleistung behindertengerechter Transporte genannt.

Zehn Befragte geben an, dass ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zusätzliche Unterstützung benötigen, bspw. bei dem Einkleiden zur Vorbereitung auf das Angebot, der Begleitung bei Toilettengängen und beim Essen und Trinken während eines Ausflugs. Hingewiesen wurde außerdem auf die Wichtigkeit langsamer und klarer Artikulation während der Veranstaltungen, weil viele der Bewohner:innen ein eingeschränktes Seh- und Hörvermögen haben.

→ Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung decken sich weitgehend mit denen der Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen und bekräftigen deren Aussagen.

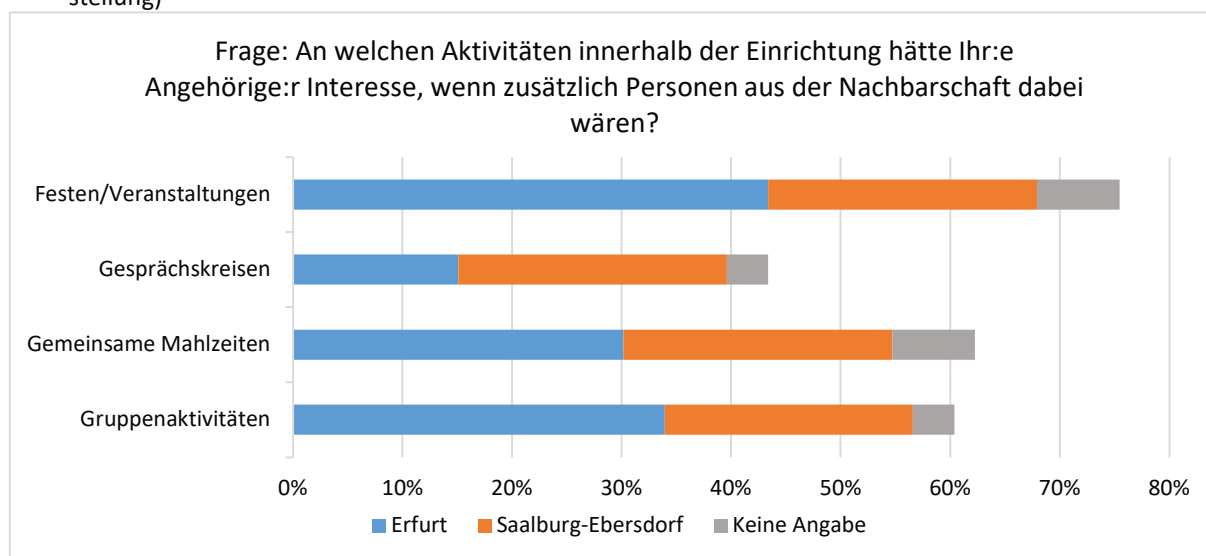
4.3.2 Interessen der Bewohner:innen an Aktivitäten innerhalb der Einrichtung aus Sicht der Angehörigen

Auch den Angehörigen zufolge sind die Bewohner:innen mehr an *Angeboten in* den Einrichtungen als an Aktivitäten außerhalb dieser interessiert. 86,9 % der Angehörigen schätzen, dass die Bewohner:innen Angebote innerhalb der Einrichtung bevorzugen. Sie bestätigen damit die Ergebnisse der Bewohner:innenbefragung (siehe Kapitel 4.2.2). Lediglich je 6,6 % sehen kein Interesse an Angeboten von bzw. mit Bürger:innen des Quartiers innerhalb der Einrichtung oder können dies nicht einschätzen.

Danach befragt, welche konkreten Angebote die pflegebedürftigen Angehörigen präferieren, antworten drei Viertel der Befragten (75,5 %), dass großes Interesse an gemeinsamen Festen und Veranstaltungen besteht. Knapp zwei Drittel der Angehörigen geben an, dass ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zudem an gemeinsamen Mahlzeiten (62,3 %) und Gruppenaktivitäten (60,4 %) interessiert sind. Geringeres Interesse besteht an gemeinsamen Gesprächskreisen (43,4 %) (vgl. Abbildung 2).

Als Gründe für mangelndes Interesse führen 48,1 % der befragten Angehörigen körperliche Einschränkungen sowie emotionale Überforderung und kognitive Einschränkungen (je 29,6 %) der Bewohner:innen an. 14,8 % der Angehörigen zufolge haben die Bewohner:innen ein generelles Desinteresse an Gemeinschaftsaktivitäten oder fühlen sich unwohl im Kontakt mit Fremden und sind deshalb wenig interessiert.

Abb. 2: Interesse an Angeboten mit Bürger:innen des Quartiers in den Einrichtungen nach Region (eigene Darstellung)



→ Die Befunde bestätigen die Ergebnisse der Gruppeninterviews und unterstreichen erneut, wie wichtig es bei der Planung und Organisation von Aktivitäten ist, die körperlichen und kognitiven Möglichkeiten der Bewohner:innen zu beachten und dafür zu sorgen, dass – speziell bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtungen – der meist anspruchsvolle Begleitungs- und Unterstützungsbedarf der Bewohner:innen wirklich gedeckt ist. Sie bestätigen auch noch einmal, dass Angebote innerhalb der Einrichtung präferiert werden und bei Angeboten von Bürger:innen des Quartiers in der Einrichtung mitbedacht werden sollte, Überfremdungsgefühle zu vermeiden (siehe Kapitel 4.1.1 und 4.2.2).

4.3.3 Bereitschaft der Angehörigen zur Beteiligung an Aktivitäten

Ergänzend wurden die Angehörigen gefragt, bei welchen Aktivitäten sie sich eine Mitwirkung oder Unterstützung an weiteren Außen- und Innenaktivitäten der Einrichtung vorstellen könnten.

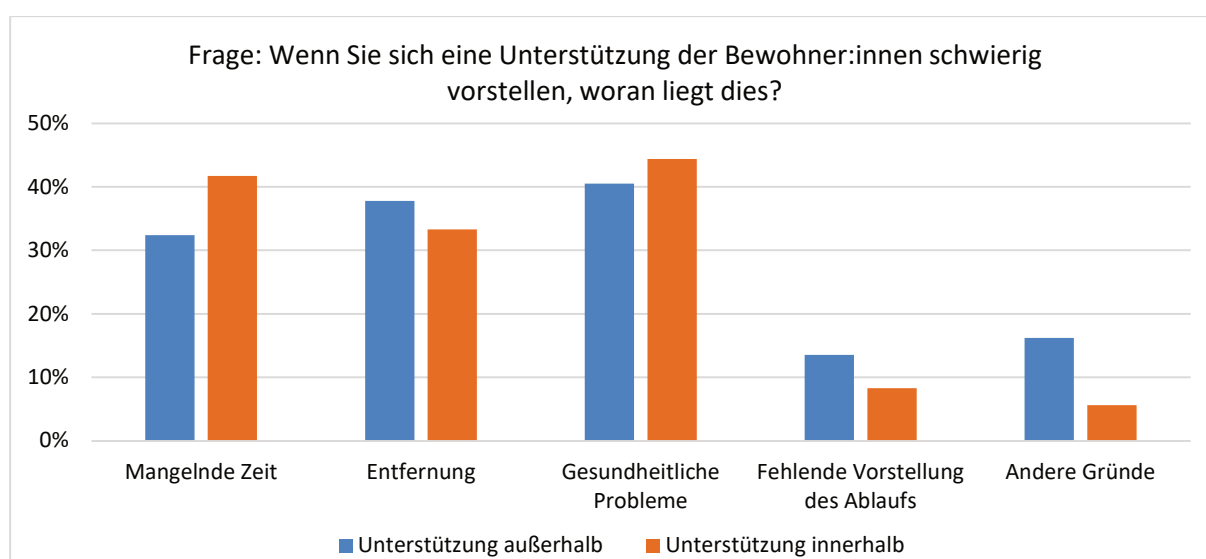
Anders als die Bewohner:innen bevorzugten 65,6 % der Angehörigen eine Unterstützung der Aktivitäten außerhalb der Einrichtung vor Angeboten innerhalb der Einrichtung (54,1 %). Am ehesten können sie sich vorstellen, Spaziergänge (65,5 %), Gottesdienste (24,1 %) und Veranstaltungen (17,2 %) außerhalb der Einrichtung zu begleiten. In den Einrichtungen können sich 50 % ein Engagement bei Festen und Veranstaltungen, 21,7 % bei Gruppenaktivitäten und 20 % bei der Begleitung von Gottesdiensten vorstellen.

Die Antworten auf die Frage, inwieweit die Angehörigen *auch bereit sind*, bei Aktivitäten mitzuwirken, relativiert diese Angaben. Lediglich knapp ein Fünftel, konkret 18,0 %, der Angehörigen gibt an, große

Bereitschaft zur Mitwirkung zu haben. 37,7 % der befragten Angehörigen antworten, dass ihre Bereitschaft, sich zu beteiligen, mäßig ist. Wenig bis kein Interesse haben 21,3 % bzw. 13,1 % der Angehörigen. Wie die Ergebnisse zeigen, hat das mehrheitlich zurückhaltende Interesse seinen Grund darin, dass die Angehörigen sich bereits ausreichend einbezogen fühlen (52,5 %) bzw. schon zu viel einbezogen werden (8,2 %). Eine stärkere Beteiligung wünschen sich lediglich 19,7 % der Befragten, ebenso viele enthalten sich bei der Frage.

Zugleich können sich die befragten Angehörigen nur schwer eine weitere Unterstützung vorstellen (43,1 % bei Aktivitäten außerhalb; 51,7 % bei Angeboten innerhalb der Einrichtung). Als Hauptgründe dafür geben sie eigene gesundheitliche Einschränkungen (40,5 % außerhalb; 44,4 % innerhalb), lange Anfahrtswege zu den Einrichtungen (40,5 %; 33,3 %) und mangelnde zeitliche Ressourcen an. Letzteres gilt insbesondere für berufstätige Angehörige (32,4 %; 41,7 %; vgl. Abbildung 3).

Abb. 3: Gründe mangelnder Beteiligungsabsichten bei Angehörigen (eigene Darstellung)



Die Ergebnisse unterstreichen, dass die Angehörigen durchaus unterstützungswillig sind, aber ihre Bereitschaft zum Engagement an Grenzen stößt. Angehörige stellen somit keine fest kalkulierbare, verlässliche ‚Größe‘ dar, auf die selbstverständlich bei der Organisation von Aktivitäten – egal, ob außerhalb oder innerhalb von Einrichtungen – gesetzt werden kann. Verständlich wird dies, wenn bedacht wird, dass die Heimunterbringung eines Familienmitglieds vielfach mit dem Wunsch nach Entlastung von den Aufgaben und Belastungen als pflegende Angehörige verbunden ist, insbesondere dann, wenn eine häusliche Pflege vorangegangen ist, in der sie stark gefordert waren. Zudem ist zu bedenken, dass Heimunterbringungen mit hohen Kosten verbunden sind und Angehörige im Gegenzug vielfach erwarten, dass die pflegebedürftigen Familienmitglieder nicht nur gut gepflegt, sondern auch gut betreut werden und entsprechende Teilhabe-, Sozial- und Kulturaktivitäten zum Standard jeder Einrichtung gehören. Ebenso kann die eigene Überforderung der Angehörigen im Umgang mit den physischen und kognitiven Einschränkungen der Bewohner:innen eine Hürde darstellen, die das Engagement zur Unterstützung hemmt.

→ Bei der Konzept(-weiter-)entwicklung und -umsetzung ist erforderlich, auch das zu berücksichtigen und zu versuchen, in der Kommunikation mit Angehörigen u.a. zu thematisieren, welche Erwartungen die Angehörigen an die Einrichtungen haben und welche realistisch sind (und vice versa).

→ Zudem ist es notwendig, bei der Konzeptumsetzung die Art und das Ausmaß der Unterstützungs- und Engagementbereitschaft der Angehörigen genau zu eruieren und ihre Mitwirkungsbereitschaft nicht überzustrapazieren, weil dies kontraproduktive Effekte haben und Rückzugstendenzen befördern

kann. Überlegenswert ist auch, Maßnahmen zur Motivierung und Stärkung der Unterstützungsbereitschaft von Angehörigen zu initiieren, ebenso sie partizipativ in die Planung einzubinden.

4.4 Sichtweise der Schlüsselpersonen

Christina Major, Elain Posthumus, Vera Düpjohnann, Doris Schaeffer

Ergänzend wurden insgesamt sechs Interviews mit Schlüsselpersonen aus den zwei Quartieren geführt, um zu erfahren, welches Interesse dort an einer Erweiterung der Angebotsstrukturen für die Bewohner:innen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen sowie für das umliegende Quartier besteht. Zudem sollten die Situation der Bürger:innen aus der Quartiersperspektive eingeschätzt und der mögliche Bedarf an weiteren gesundheitlichen, pflegerischen oder sozialen Angeboten sowie die Engagementbereitschaft in beiden Quartieren ermittelt werden.

4.4.1 Einschätzung des Konzepts „Öffnung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“ aus Sicht der Schlüsselpersonen

In beiden Quartieren besteht bei den befragten Schlüsselpersonen grundsätzlich Interesse an der Vernetzung von Akteur:innen zur Ermöglichung von Teilhabeaktivitäten und Angeboten zum Nutzen der Bewohner:innen der Einrichtungen, wie auch zum Nutzen des Quartiers. Zugleich verdeutlichen die Interviews aber auch, dass die Schlüsselpersonen aus den Quartieren ebenfalls nur vage mit dem Thema „Öffnung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“ vertraut sind. Auch sie beantworten die an sie gestellten Fragen vornehmlich vor dem Hintergrund der bisherigen Kooperationsmuster und -routinen mit beiden Einrichtungen.

Durchgängig betonen die befragten Schlüsselpersonen, dass ein Bedarf zur Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe der Bewohner:innen von Einrichtungen besteht. Als Begründung wird vor allem auf die Beschränkungen während der Corona-Pandemie Bezug genommen, weniger auf das einschätzende Konzept. Übereinstimmend berichten sie, dass sich durch die Corona-Pandemie der Kontakt und die Beziehung zwischen den Einrichtungen und der Öffentlichkeit nachhaltig verändert hat:

„ich glaube, dadurch hat man auch ein Stück Abstand gewonnen. Der Kontakt zwischen dem Heim und der Öffentlichkeit ist wirklich – durch diese ganzen Corona-Maßnahmen – schwierig geworden.“ (PL1.1, Z. 649-651)

Die Schlüsselpersonen weisen – wie auch die Mitarbeiter:innen – auf die Zäsur durch die Corona-Pandemie hin, ebenso darauf, dass die Distanz zwischen den Heimeinrichtungen und dem umgebenden Quartier während der Corona-Pandemie gewachsen ist. Als Ursache dafür führen sie die Schutzmaßnahmen zur Risikominderung an:

„Man will die Menschen - und das ist ein sehr ehrenwertes Ziel - in den Einrichtungen schützen und sie möglichst wenig Gefahren aussetzen, aber ignoriert dabei, dass man [die Personen] einer anderen Gefahr aussetzt, nämlich die der Vereinsamung. [...] Ich spreche mit den Menschen hier und die sagen: wir würden lieber weniger geschützt werden und dafür mehr Leben haben. [...] Aber da treffen zwei verschiedene Schutzbedürfnisse aufeinander.“ (PL1.1, Z. 663-667)

In dem Interviewauszug wird die Doppelgesichtigkeit von Schutzmaßnahmen betont: Der Risikoabwehr steht gegenüber, dass durch sie als ungewollte Nebenwirkung das Risiko von Einsamkeit und Vereinsamung mit ihren psychischen Folgen gewachsen ist. Dazwischen abzuwägen ist nicht einfach, denn etliche Menschen präferieren weniger Schutz, aber „mehr Leben“, also mehr soziale Kontakte und Teilhabe wie eine:r der Interviewten unterstreicht. Aus diesem Grund plädiert er:sie – wie andere

Schlüsselpersonen auch – dringend für eine Ausweitung des Kontakts mit den Einrichtungen und auch des Aktivitätsangebots, die sich beide durch die Corona-Pandemie reduziert haben.

Die dazu notwendige Vernetzung und (trägerübergreifende) Kooperation von unterschiedlichen Personengruppen und Akteur:innen existiert bereits in beiden Quartieren, so die Einschätzung: „Also das ist, dieses Netzwerk [und die Kooperation], das [die] wir eigentlich suchen, das ist ja da.“ (PL1.2, Z. 311).

Dennoch gibt es Unterschiede. In dem städtischen Gebiet scheint die Vernetzung aufgrund der Vielzahl von Akteur:innen weniger gut ausgeprägt zu sein als im ländlichen Gebiet, d.h. es bestehen eher lose Kontakte zwischen Organisationen im Quartier und der Einrichtung. Auf die Initiative einzelner Akteur:innen hin existieren gemeinsame Aktivitäten, die auch eine gewisse Regelmäßigkeit aufweisen. Sie sind jedoch stark vom Engagement der beteiligten Personen abhängig. Zudem besteht aufgrund der Vielzahl an Akteur:innen und Trägern teilweise gegenseitige Unkenntnis über die Aktivitäten und Angebote der jeweils anderen.

In der ländlichen Region existiert eine seit vielen Jahren bestehende recht enge Vernetzung der Akteur:innen und Organisationen, was u.a. darauf zurückzuführen ist, dass sie zum gleichen Träger gehören. Zudem ist die Zahl an Organisationen deutlich geringer als im städtischen Gebiet, was die Vernetzung und Kooperation vereinfacht.

→ *Die Ausführungen zeigen, dass nicht nur Bewohner:innen, Mitarbeiter:innen und Angehörige intensiver über das Konzept informiert und aufgeklärt werden sollten, sondern auch die existenten und potenziellen Kooperationspartner:innen im Quartier. Sie alle müssen in die Lage versetzt werden, mitdenken und -handeln zu können, um eine gemeinsame und zielkonforme Umsetzung zu ermöglichen.*

Auf die Frage, welche Angebotserweiterungen für Bewohner:innen zur Teilhabe im Quartier sich die Schlüsselpersonen vorstellen können oder für wünschenswert erachten, werden vor allem gemeinsame Aktivitäten mit Kindergartenkindern, Schüler:innen oder den Konfirmand:innen der Kirchengemeinden angeführt. Darunter fallen Aktivitäten wie gemeinsame Sing- und Spielenachmittage, Back- und Kochaktionen, Bastelaktivitäten, gemeinsame Spaziergänge mit Schüler:innen, Lesungen, Musikveranstaltungen oder Aktivitäten im Rahmen von Festlichkeiten, wie dem Martinssingen oder in der Advents- und Weihnachtszeit.

Abgesehen von diesen jährlich wiederkehrenden Veranstaltungen, die bereits zum bestehenden Angebot gehören, werden kaum weitere Vorschläge geäußert. Andere Akteur:innen, die noch keine Kooperation oder gemeinsame Aktivitäten mit den Einrichtungen haben, treffen eher blasse Aussagen.

Auffallend ist, dass sich alle Interviewten eine Umsetzung von Aktivitäten vorstellen können, sie sich jedoch aus Kapazitätsgründen nicht in der Lage sehen, die Planung und Abstimmung zu übernehmen oder die Umsetzung zu unterstützen. Auch sie weisen in diesem Kontext auf die starken Einschränkungen vieler Bewohner:innen und den großen Bedarf an personeller Unterstützung hin, der bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtung und der prekären Personalsituation innerhalb und auch außerhalb der Einrichtungen besteht, und ebenfalls der Koordination bedarf. Deshalb plädieren sie für die Schaffung einer Koordinationsinstanz, die über die erforderlichen zeitlichen Ressourcen verfügt, um ein trägerübergreifendes Netzwerk von Akteur:innen für das Vorhaben „Öffnung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in das Quartier“ aufzubauen und zusammenzuhalten, gemeinsame Aktivitäten zu koordinieren sowie die dazu nötige Planung zu übernehmen und die Umsetzung kontinuierlich zu begleiten, wie das nachfolgende Interviewzitat exemplarisch zeigt:

„Dazu braucht es jemanden, der ja so einen [...] Multiplikator [Koordinator], der muss ja nicht aus der Pflege sein, aber der beides gut im Blick hat: die Einrichtung und das Umfeld und der sensibel für diese ganzen Themen ist, die wir hier so miteinander verhandeln.“ (PS1.2, Z. 1324-1327)

Die Konzeptumsetzung stößt somit nicht nur innerhalb der Heimrichtungen auf Kapazitäts- und Ressourcenprobleme, sondern auch bei den (potenziellen) Kooperationseinrichtungen, weshalb nach überinstitutionellen Problemlösungen gesucht und eine übergeordnete Koordinationsinstanz empfohlen wird.

→ Auch dies dürfte ein sinnvoller Hinweis für die Konzeptumsetzung sein. Zu prüfen ist, inwieweit es möglich ist, zur Organisation der für die Konzeptrealisierung nötigen Vernetzung im Quartier sowie der Planung von Aktivitäten und Maßnahmen, eine Koordinationsstelle zu schaffen.

4.4.2 Versorgungssituation und -bedarf in den Quartieren

Insgesamt werden die Versorgungssituationen in beiden Quartieren als gut bewertet. Den interviewten Personen zufolge steht an beiden Standorten eine ausreichende pflegerische und haus- und fachärztliche Versorgung zur Verfügung. Lediglich im ländlichen Gebiet besteht ein Mangel an Fachärzt:innen.

Auch das Angebot an kulturellen Freizeitveranstaltungen wird von den Schlüsselpersonen in beiden Quartieren als ausreichend bezeichnet. Die Auswahl an solchen Angeboten sei im ländlichen Bereich zwar reduzierter, jedoch seien die Veranstaltungen an den Bedarf der Menschen vor Ort angepasst und zufriedenstellend.

Zu ungedeckten Bedarfslagen in der gesundheitlichen und pflegerischen oder sozialen Versorgung der Quartiere oder zu dort wohnenden Personengruppen werden kaum Aussagen gemacht. Dennoch wurde auf einzelne Bedarfslücken hingewiesen:

1. So wird etwa darauf aufmerksam gemacht, dass im ländlichen Raum bestehende *Mobilitätseinschränkungen* besonders *älteren, pflegebedürftigen Bürger:innen* den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und zu kulturellen Veranstaltungen erschweren. Aufgrund des gering ausgebauten öffentlichen Verkehrsnetzes sind pflegebedürftige Menschen auf ihre Angehörigen angewiesen:

„Der Standard ist Mobilität: Einkaufen, Versorgung, das ist ja für die alten Menschen auch ein ganz großes Thema, gerade auf dem Dorf [...], wenn man nicht mobil ist, arm dran. Oder man hat halt Kinder und ist auf die angewiesen. Es gibt ganz wenige Senioren, die mit dem Bus fahren.“ (PL1.2, Z. 545-549)

Da der überwiegende Teil betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen inzwischen versucht, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, ist er auf entsprechende Mobilitäts- und Transportangebote angewiesen, um sich selbst versorgen und die eigene Autonomie aufrechterhalten zu können, was den Befragten zufolge speziell in ländlichen Regionen der Verbesserung bedarf.

2. Die Schlüsselpersonen betonen außerdem, dass in den Pflegeheimen *Übergangsangebote für ältere Menschen* fehlen. Oft haben ältere Menschen Vorbehalte oder Ängste vor einem Umzug in das Heim. Übergangsangebote, wie etwa Gruppenaktivitäten der Einrichtungen für potenzielle Bewohner:innen, Probewohnangebote etc., können solche Ängste mildern, zugleich soziale Isolation vermeiden und stattdessen soziale Kontakte im Alter fördern. Zudem wurde angemerkt, dass vor allem bei älteren, pflegebedürftigen Menschen ohne Angehörige oder ohne soziales Netz eine Instanz oder Person fehle, die in regelmäßigen Abständen zu Besuch käme und nach dem Rechten sehen würde.
3. In beiden Quartieren fehlt ein Ort für *zwanglose Begegnungen*, wie der nachfolgende Interviewauszug illustriert:

„Und es fehlt ebenso das Wegbrechen der Kneipen, also der Orte, wo ich abends mal hingehe, um Bier zu trinken. Da spielt das Bier nicht die Rolle, das kann ich mir auch kaufen.“

Aber wenn ich die Menschen, besonders die älteren Menschen, frage, dann ist das ein sozialer Punkt, der fehlt, also ein Ort, wo man mal Karten gespielt hat.“ (PL1.1, 236-240)

Öffentliche Cafés können dies nicht kompensieren, oft allein aus finanziellen Gründen nicht. Doch auch Cafés in den Heimen werden von den Befragten mit Skepsis betrachtet:

„Das, das könnte ich mir vorstellen, aber ich merke, die Schwelle in dieses Heim - und das ist noch deutlicher bei dem Demenzheim hier - die ist groß.“ (PL1.1, Z. 719-721)

Nach wie vor sind bei Besuchen von Heimeinrichtungen offenbar soziale Barrieren zu überwinden, wie dieser Textauszug noch einmal zeigt, insbesondere wenn viele der Bewohner:innen unter einer demenziellen Erkrankung leiden und Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Zugleich ist den Befragten bewusst, dass hier Vorurteile abzubauen sind, um soziale Teilhabe und Partizipation am öffentlichen Leben zu ermöglichen.

4. Bedarf besteht aus Sicht der befragten Schlüsselpersonen auch an *niedrigschwelliger Beratung* zu Pflege Themen. Als Beispiel wird die Gruppe der *pflegenden Angehörigen* in beiden Quartieren angeführt. Zwar werden von vielen Trägern Beratungsangebote für sie angeboten. Eine Bündelung der Angebote oder eine zentrale Anlaufstelle fehle jedoch. Ebenso fehle es an Angeboten zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, so die Befragten.
5. Vor allem im ländlichen Bereich wird ein Bedarf an *Fachärzt:innen* gesehen. Generell wird, da künftig auch ein Mangel im Bereich der Allgemeinmedizin absehbar ist, die Einrichtung eines (Primär-)Versorgungszentrums für sinnvoll erachtet, in dem Haus- oder Fachärzt:innen, aber auch andere Gesundheitsberufe, tätig sind, die für die Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen und eine umfassende multiprofessionelle Versorgung eine wichtige Rolle spielen. Ebenso könnten dort Beratung und auch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen angeboten werden. Möglich wäre, ein solches Versorgungszentrum (als eigene Organisationseinheit) in der Einrichtung anzubieten oder es an sie anzudocken.

→ In der Summe betrachtet, weisen die befragten Schlüsselpersonen auf einige Bedarfslücken in den beiden Quartieren hin, in denen das Vorhaben umgesetzt werden soll, und geben zudem erste interessante Hinweise und Anregungen dazu, wie diese bei der Konzeptumsetzung aufgegriffen werden könnten. Diese Anregungen genauer zu prüfen, dürfte eine wichtige Aufgabe bei der weiteren Konzeptentwicklung und -umsetzung sein.

5. Zusammenfassende Diskussion und Empfehlungen

Doris Schaeffer⁷, Christina Major, Elain Posthumus, Vera Düpjohn

Ziel des Vorhabens war es, in zwei Regionen, der Stadt Erfurt und dem Ort Saalburg-Ebersdorf, die Voraussetzungen und Bedingungen für die Umsetzung des Konzepts „Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in das Quartier“ zu untersuchen und dazu eine explorative Untersuchung durchzuführen, die darauf zielte

- a) die Situation in den ausgewählten Standorten sowie
- b) die Perspektive der Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen, Angehörigen und Schlüsselpersonen aus den Quartieren auf das Vorhaben zu ermitteln.

Dabei wurde die Intention verfolgt, die jeweiligen Potenziale in den Quartieren für die Konzeptumsetzung zu eruieren und das Interesse und die Bedürfnisse der genannten Personengruppen sowie deren Bereitschaft zur Beteiligung an der Konzeptrealisierung in Erfahrung zu bringen.

Durchgeführt wurde dazu eine mehrperspektivische Erhebung, deren Datenbasis allerdings relativ klein ist. Das hat, wie eingangs dargestellt wurde, vorrangig coronaspezifische Gründe. Die Aussagen des vorliegenden Berichts haben dadurch eher thesenförmigen Charakter.

Zwar gleichen sich die Aussagen der unterschiedlichen Befragtengruppen in der Tendenz und weisen somit bereits eine gewisse Verdichtung auf. Zugleich thematisieren die Befragtengruppen unterschiedliche Aspekte, die vertiefend betrachtet werden sollten. Andere Gesichtspunkte sind eher blass geblieben und sollten genauer untersucht werden. Entgegen der Erwartung haben sich zudem kaum regionale Unterschiede gezeigt; auch dem sollte (durch Hinzuziehung von Kontrastfällen) weiter nachgegangen werden.

Insgesamt ist aus all diesen Gründen empfehlenswert, die Datenbasis zu verbreitern und die Erhebungsergebnisse weiter zu verdichten und abzusichern. Sinnvoll scheint außerdem – dieses Ergebnis der vorgelegten Analyse sei hier bereits vorweggenommen – das Konzept „Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in das Quartier“ künftig unter Berücksichtigung der ermittelten Erhebungsergebnisse weiterzuentwickeln. Denn bereits jetzt sind den Erhebungsergebnissen wichtige Anregungen für die Weiterentwicklung und Umsetzung des Konzepts zu entnehmen. Sie werden nachfolgend noch einmal zusammengefasst.

1. Als eines der wichtigen Ergebnisse ist festzuhalten, dass sich der seit längerem beobachtbare Bewohner:innenwandel in den stationären Pflegeeinrichtungen seit Beginn der Diskussion des Konzepts weiter fortgesetzt hat und die gesundheitliche Situation der Bewohner:innen deutlich stärker durch umfangreiche körperliche und kognitive Pflegeabhängigkeit gekennzeichnet ist. Dies setzt Bemühungen zur Öffnung der Pflegeeinrichtungen in das Quartier Grenzen. In jedem Fall aber bedeutet dies, dass Konzeptanpassungen erforderlich sind.

Zur Erläuterung sei kurz auf die Konzeptdiskussion zurückgeblickt. Die Diskussion um die „Öffnung von Pflegeeinrichtungen“ in das Quartier speist sich vor allem aus dem Bestreben, die Teilhabe von Bewohner:innen am sozialen und gesellschaftlichen Leben trotz Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu erweitern. Zugleich erwächst sie aus dem Wunsch, stationäre Pflegeeinrichtungen könnten perspektivisch zu einem wichtigen Kristallisationspunkt für eine quartiersorientierte, koordinierte Versorgung werden, wobei pflegerische Gesundheits- oder Versorgungszentren geschaffen werden sollen, in denen alle für eine umfassende Versorgung und Pflege nötigen Dienste inklusive Präventionsmaßnahmen gebündelt sind (SVR, 2014; Bleck et al., 2018; Schaeffer & Hämel, 2021; Schaeffer & Hämel, 2017).

⁷ In der Schlussdiskussion wurde stellenweise auf Notizen von Klaus Wingenfeld Bezug genommen. Die entsprechenden Textstellen wurden kenntlich gemacht (Wingenfeld 2023).

Damit knüpft die Diskussion an die alte Kritik institutionalisierter Versorgungsformen an, nach der Einrichtungen der Langzeitversorgung ihren Patient:innen und Bewohner:innen – egal, ob in der Psychiatrie, der Versorgung von Menschen mit Behinderung oder der stationären Pflege – nicht ausreichend soziale Teilhabe gewährleisten können und dies die Lebensqualität einschränkt (Kremper-Prieß, 2022).

Tatsächlich gelingt es in der stationären Langzeitpflege selbst mit großen Anstrengungen gegenwärtig nur begrenzt, einen Lebensalltag zu ermöglichen, der mit dem Leben in der vertrauten häuslichen Umgebung vor dem Heimeinzug vergleichbar wäre (Hämel, 2012). Wie die Interviews und auch der nachfolgende Textauszug (Wingenfeld 2023) zeigen, ist das soziale Leben in Pflegeeinrichtungen inzwischen stark durch den Bewohner:innenwandel geprägt und dies begrenzt die Ausgestaltung von Teilhabeangeboten.

„Ein Großteil der heutigen Bewohner:innen von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege weist schwerwiegende Funktionseinschränkungen und chronische Erkrankungen auf, unter denen Demenz einen zunehmend hohen Stellenwert hat. Typisch ist eine starke Pflegeabhängigkeit bei alltäglichen Aktivitäten, etwa beim Duschen oder bei anderen Aktivitäten im Bereich der Körperhygiene. Auch beim Aufstehen und Zubettgehen, sich Ankleiden oder beim Toilettengang benötigen die meisten Bewohner:innen pflegerische Unterstützung. Deutlich mehr als die Hälfte von ihnen ist von Harn- oder Stuhlinkontinenz betroffen. Hinzu kommen ausgeprägte kognitive Einbußen, die sich beispielsweise als Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens, der zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung und der kommunikativen Fähigkeiten zeigen. Neueren Studien zufolge weisen rund 60 % der Bewohner:innen erhebliche, schwere oder schwerste Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten gemäß der Kriterien des aktuellen Begutachtungsverfahrens auf. Nur etwa jede:r vierte Bewohner:in ist nach diesen Kriterien als nicht oder weitgehend unbeeinträchtigt anzusehen (Wingenfeld, 2019).

In Einklang mit dem hohen Stellenwert kognitiver Einbußen bewegt sich der Anteil an Bewohner:innen mit erheblichen, schweren oder schwersten Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen auf hohem Niveau. Er liegt bei etwa 50 %. Dies weist darauf hin, dass das Alltagsleben in den Einrichtungen nicht nur bei einer Minderheit der Bewohner:innen durch eine Kombination körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Begrenzungen geprägt ist. Beeinträchtigungen der Fähigkeit, soziale Kontakte herzustellen, die Verkennung gesundheitlicher Risiken, fehlende Motivation zur Selbstversorgung, eine depressive Stimmungslage, motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten (z. B. sog. Hinlauftendenzen) und andere Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen, sind inzwischen fester Bestandteil des Alltags in den Einrichtungen (ebd.).

Unabhängig vom Profil der individuellen Beeinträchtigungen leiden viele Bewohner:innen alters- und krankheitsbedingt unter sozialer Isolation und Einsamkeit. Da sie sich überwiegend im hohen Alter befinden, ist ihr soziales Netz allein schon infolge des Versterbens von Freund:innen und Bekannten erheblich ausgedünnt. Die aktive Kontaktaufnahme durch Freund:innen und Bekannte ist oft altersbedingt oder aufgrund eigener Gesundheitsbeeinträchtigungen begrenzt. Besuche von Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen sind bei Bewohner:innen zum Teil selten, besonders wenn Angehörige relativ weit entfernt leben und arbeiten. Früheren Untersuchungen zufolge hat rund die Hälfte der Bewohner:innen – abgesehen von den Mitarbeiter:innen der Einrichtung – in ihrem sozialen Umfeld niemanden, der oder die als „wichtige Bezugsperson“ bezeichnet werden könnte, weder unter den Angehörigen noch unter Freund:innen/Bekannten oder den Mitbewohner:innen (Wenner et al. 2023).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Situation in den stationären Pflegeeinrichtungen also stark durch hochaltrige, chronisch kranke Menschen mit Mehrfacherkrankungen geprägt ist, die in ihrem Aktionsradius in hohem Maß eingeschränkt sind und meist unter umfangreichem Pflegebedarf sowie teilweise ebenfalls unter sozialer Isolation und Einsamkeit leiden (Wenner et al., 2023; Kaspar, Wenner, Tesch-Römer, 2023).“ (Wingenfeld 2023)

Der sehr wichtigen Diskussion über die Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen unterliegt allerdings implizit ein anderes Bild über die Situation der Bewohner:innen in der stationären Pflege, das sich kaum mit den dargestellten empirischen Daten deckt, auch nicht mit den Interviewausführungen der Mitarbeiter:innen der ausgewählten Einrichtungen. Wie auch in der gesellschaftlichen Diskussion, ist es sehr durch die Vorstellung des:der *rüstigen Bewohner:in* geprägt, die aber nur noch auf einen (kleinen) Teil der Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen zutrifft (Statistisches Bundesamt, 2022).

Erforderlich ist daher, wie auch die Interviewergebnisse eindrucksvoll nahelegen, das Konzept an die Heimwirklichkeit anzupassen und zu überlegen, was Öffnung der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen angesichts des voranschreitenden Bewohner:innenwandels bedeutet und wie das Konzept entsprechend weiterentwickelt werden kann⁸. Eine solche Weiterentwicklung ist nicht nur ratsam, sondern wichtig, denn nur auf diese Weise kann ermöglicht werden, dass es kompatibel mit der aktuell gegebenen Heim- bzw. Bewohner:innenrealität wird.

Das gilt auch in anderer Hinsicht. Denn die Corona-Pandemie hat – wie die Interviews speziell mit den Mitarbeiter:innen deutlich zum Ausdruck bringen – den Bewohner:innenwandel weiter verstärkt. Ähnlich ist es bei anderen Entwicklungen, die bereits vor der Pandemie spürbar waren, sich aber inzwischen krisenhaft zugespitzt haben und zu unübersehbaren Herausforderung geworden sind. Dazu gehört etwa der zunehmende Fachkräftemangel mit seinen Schwierigkeiten der Personalrekrutierung und Personalentwicklung, der Anforderungsanstieg in der Pflege, der Verlust an informellem Hilfefpotenzial, die sinkende Attraktivität der Pflegeeinrichtungen als Arbeitsplatz etc. Entwicklungen wie diese unterstreichen den in diesem Sektor bestehenden (vielschichtigen) Handlungsbedarf (SVR, 2014; SVR, 2023; Kuhlmei & Geller, 2022; Hämel & Brandenburg, 2021).

Sie weisen aber auch darauf hin, dass das vorliegende Konzept zur Ermöglichung sozialer Teilhabe durch „Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in den umgebenden Sozialraum“ auch diesen coronabedingten Veränderungen stärker Rechnung tragen muss, um erfolgreich umgesetzt werden zu können und nicht fehl zu gehen. Dazu, wie das geschehen kann, liefert die vorliegende explorative Erhebung wichtige Hinweise und Empfehlungen.

2. Auffällig ist, dass die Interviews stark dadurch charakterisiert sind, dass sich die Ausführungen der befragten Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen vornehmlich auf die Lebenswelt „Heim“ und weitgehend auf die Binnenperspektive des Geschehens in stationären Pflegeeinrichtungen begrenzen. Anders formuliert: Sie nehmen relativ wenig Bezug auf den umgebenden Sozialraum und gehen kaum auf das Thema „Öffnung *in* das Quartier“ ein und noch weniger auf das Thema „Öffnung *für* das Quartier“ (oder aber das Thema „Soziale Teilhabe“). Das kann durch die verstärkte Abgrenzung von der Außenwelt während der Coronapandemie bedingt sein, aber auch dadurch, dass ihnen das Konzept „Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in und für den Sozialraum Quartier“ nicht bekannt ist. Für diese These spricht vieles, wie die zurückliegende Ergebnisdarstellung gezeigt hat.

Deshalb ist auch an dieser Stelle noch einmal hervorzuheben, dass es wichtig ist, alle Beteiligten vor einer Erhebung, insbesondere aber vor der Umsetzung eines neuen Vorhabens, mit dem zugrundeliegenden Konzept und den damit einhergehenden Veränderungsoptionen und -schritten vertraut zu machen.

3. Nicht weniger wichtig ist, zu versuchen, die von dem Vorhaben betroffenen Gruppen aktiv in den Prozess der Diskussion, Vorbereitung und Umsetzung einzubeziehen und die dazu nötige Beteiligungs- oder Engagementbereitschaft zu stimulieren und zu stärken.

Dass Einbeziehung und Partizipation nicht einfach zu realisieren sind, sie zudem je nach involvierter Gruppe etwas anderes bedeuten und die jeweilige Engagementbereitschaft und -möglichkeiten sensibel berücksichtigt werden sollten, mag unmittelbar einleuchtend erscheinen, ist aber noch einmal zu

⁸ Ebenso ist überlegenswert, ev. andere Einrichtungstypen für eine Konzepterprobung in Erwägung zu ziehen, etwa Einrichtungen des betreuten Wohnens, Tagespflegeeinrichtungen oder „Junge Pflege“-Einrichtungen.

unterstreichen. Denn die Untersuchungsergebnisse haben sehr deutlich gemacht, dass dieser Schritt keineswegs banal ist. Vielmehr erfordert er viel Aufmerksamkeit und Motivationsarbeit. Dies ist umso nachhaltiger zu betonen, als beispielsweise die Mitarbeiter:innen angesichts der angespannten und komplexen Problemsituation in Pflegeeinrichtungen wenig Spielraum und Ressourcen für weiteres Engagement sehen und die Bewohner:innen krankheits- und pflegebedingt wenig Kapazität zum Engagement für übergeordnete Interessen äußern. Dies unterstreicht, wie wichtig ein sensibles Vorgehen und auch Motivationsarbeit und Empowerment sind, ebenso allerdings die Akzeptanz von Grenzen aufgrund der körperlichen und auch kognitiven Fragilität der Bewohner:innen.

4. Bemerkenswert ist auch, dass die Ausführungen der Befragten der Pflegeeinrichtungen fast ausschließlich auf das Thema Erweiterung des Angebots an Aktivitäten für die Bewohner:innen konzentriert sind. Die möglichen Gründe dafür wurden soeben angedeutet. Insgesamt weisen die Interviewaussagen (der Bewohner:innen wie auch der Mitarbeiter:innen und Angehörigen) darauf hin, dass dabei *Aktivitäten innerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen präferiert werden und sie eher der Realität, wie auch dem Bedarf und den Bedürfnissen der Bewohner:innen entsprechen als Außenunternehmungen.*

Zwar sind die Bewohner:innen auch einer Erweiterung von Außenaktivitäten nicht abgeneigt. Sogar gegenteilig: Auf die Frage, ob sie Interesse an Aktivitäten außerhalb der Einrichtung haben, antworten prinzipiell alle mit „ja“. Fragt man genauer nach, folgen allerdings nur wenig konkrete Beispiele, sondern eine lange Liste mit Hindernissen, wie bspw. die eingeschränkten gesundheitlichen Möglichkeiten der Bewohner:innen, die fehlende Sicherheit etwa bei erforderlichen Toilettengängen und der hohe Unterstützungsbedarf. All diesen Hindernissen müssen Außenaktivitäten gerecht werden. Wie zuvor gezeigt wurde, ist dieser Bedarf individuell sehr unterschiedlich gelagert und teilweise sehr umfangreich. Zudem stellt er sich bei körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen anders dar als bei kognitiv eingeschränkten Menschen, erfordert also unterschiedliche Expertisen des begleitenden Pflegepersonals und ist nicht durch ehrenamtliche Helfer:innen allein abzudecken.

Bei Aktivitäten innerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen reduziert sich der Unterstützungsbedarf. Denn für die Bewohner:innen ist es einfacher, sich innerhalb der vertrauten Umgebung zu bewegen. Zudem entsprechen sie dem Sicherheitsbedürfnis der Bewohner:innen und – auch das ist der Wichtigkeit halber zu wiederholen – bieten die Möglichkeit zum Rückzug bei Überforderung oder dem Bedürfnis nach Ruhe.

5. Es stellt sich die Frage, ob diese Aktivitäten von der Einrichtung selbst oder von Instanzen aus dem Quartier offeriert werden und für Quartiersbewohner:innen zugänglich sein sollten und generell, wie sich die Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in das Quartier aus der Sicht der Befragten beider Heime ausgestaltet. Sie wird – so das zentrale Ergebnis dazu – nicht uneingeschränkt begrüßt. Zwar besteht keine prinzipielle Abneigung gegenüber Besuch aus den Quartieren oder einer Öffnung für Quartiersbewohner:innen. Deutlich werden jedoch auch Vorbehalte, Angst vor Überfremdung und das Bedürfnis nach Wahrung der Privatsphäre geäußert – Aspekte, die konzeptionell zu beachten sind und immer wieder neu sensibel auszutarieren sind.

6. Auch für die Mitarbeiter:innen sind Angebote und Maßnahmen innerhalb der Pflegeeinrichtung einfacher zu bewältigen/handhaben. Denn für sie sind Außenaktivitäten aufgrund von Mobilitätsbeeinträchtigungen der Bewohner:innen, emotionaler Verunsicherung – speziell bei kognitiv Beeinträchtigten – oder der zeitlich begrenzten Kondition, ebenso wie aufgrund der Anforderungen bei der Vorbereitung der Bewohner:innen, bei Toilettengängen, bei Fahrstuhl- oder Treppennutzung etc. immer mit einem hohen Arbeits- und Organisationsaufwand verbunden, für den seitens der Mitarbeiter:innen wie auch der Angehörigen weitgehend die Kapazität fehlt. Auch das spricht für den Ausbau an Angeboten *in* den Einrichtungen.

7. Wichtig für eine gelingende Umsetzung des Vorhabens ist insgesamt die Bereitstellung adäquater zeitlicher, räumlicher⁹ und personeller Ressourcen, wie an beiden Standorten betont und auch von den Schlüsselpersonen unterstrichen wird. Das hat unterschiedliche Dimensionen. Überlegenswert ist einerseits, pro Quartier eine Koordinationsinstanz zu etablieren, die Sorge für die Etablierung und Koordination möglicher Angebote trägt und sich zudem um den (Wieder-)Aufbau und die Stabilisierung eines unterstützenden informellen Hilfe- und Kooperationsnetzes, ebenso die bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Aktivitätsspektrums bemüht. Zugleich sind in den Pflegeeinrichtungen seitens des Pflege- und Betreuungspersonals angemessene zeitliche und strukturelle Bedingungen erforderlich, denn zusätzliche Aktivitäten, insbesondere Außenaktivitäten, werfen – wie betont wurde – zusätzliche Aufgaben und Anforderungen für das Personal in den Pflegeeinrichtungen auf, die nicht an informelle Helfer wie Angehörige, ehrenamtliche Helfer:innen oder den Sozialen Dienst – „wegdelegiert“ werden können. Obschon sie alle wichtigen Beiträge leisten und sehr engagiert sind, fallen hier Aufgaben an, die eine pflegerische Expertise erfordern und das bedeutet Mehraufgaben für das Pflegepersonal, für die entsprechende Ressourcen erforderlich sind.

8. Angesichts der zahlreichen hemmenden Faktoren, die in der Konzeptdiskussion bislang eher unterschätzt werden, ist für eine erfolgreiche Umsetzung des Vorhabens zudem eine Implementations- und Steuerungsbegleitung sinnvoll, die für eine zielkonforme Umsetzung Sorge trägt, (rechtzeitig) Hindernisse identifiziert und auszuräumen versucht oder ggf. erforderliche Konzeptanpassungen reflektiert und einleitet und dabei darauf achtet, unerwünschte Konzeptengführungen oder -abweichungen zu vermeiden. Sie ist außerdem sinnvoll, um die Motivation der beteiligten Akteur:innen immer wieder neu zu stimulieren und die Handlungs- und Engagementbereitschaft auch dann aufrecht zu erhalten, wenn sich Widrigkeiten zeigen oder sich Erosionstendenzen abzuzeichnen beginnen. Denn diese sind immer zu erwarten, wenn Veränderungen vorgenommen werden, die angestammte Routinen berühren und auch, wenn Einrichtungen unter Problemdruck stehen und die Situation angespannt ist.

9. Das Thema Angebote und generell Nutzen *für* das Quartier ist in den Interviews mit den Bewohner:innen, Mitarbeiter:innen und Angehörigen unerwähnt geblieben. Einzig die Schlüsselpersonen weisen z.T. darauf hin. So klingen bei den Schlüsselpersonen aus der ländlichen Region übergeordnete Versorgungsgesichtspunkte an: etwa das Thema Fachärzt:innenmangel und die Wichtigkeit, die Versorgung in ländlichen Regionen wie auch in Saalburg-Ebersdorf mittel- und langfristig sicherzustellen – wie etwa durch die Etablierung eines an die Pflegeeinrichtung angegliederten multiprofessionellen Versorgungszentrums. Modelle wie diese wurden u. a. im SVR-Gutachten 2014 bereits angeregt (auch Schaeffer & Hämel, 2017) und werden angesichts des um sich greifenden Fachkräftemangels in allen Bereichen der Gesundheits- und Pflegeversorgung über kurz oder lang eingehender zu diskutieren und umzusetzen sein. Speziell in stark alternden Kommunen ist es sinnvoll, sie an die stationären Langzeitversorgungseinrichtungen anzudocken und sehr enge Kooperationen zu verabreden.

Ein weiterer grundsätzlicher Aspekt sei abschließend angesprochen: Die Umsetzung des (weiterentwickelten) Konzepts sollte in Übereinstimmung mit einer vorangegangenen Analyse der regionalen/kommunalen Versorgungssituation und -struktur durch ein Community Health Assessment (Swanson & Albrecht, 1993; Hämel, 2017; Rowe, 2001) stehen. Ein solches Assessment ist unabdingbar, um zu einem Gesamtkonzept für die Kommune zu gelangen, das sich in die gegebenen Versorgungsstrukturen einfügt und dort ggf. bestehende Bedarfslagen aufgreift. Isolierte ‚Insellösungen‘ für einzelne Einrichtungen scheinen speziell in ländlichen Regionen wenig sinnvoll.

⁹ Denn die Umsetzung des Konzepts erfordert – egal, in welcher Form – auch angemessene Räumlichkeiten, die sowohl größere Veranstaltungen ermöglichen als auch die Chance für ungezwungene Kontakte und Rückzugsmöglichkeiten bieten und zugleich den Charakter von Privatheit bewahren. Öffnungsambitionen haben somit auch architektonische Implikationen.

6. Fazit

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass die vorliegende explorative Analyse trotz der begrenzten Datenbasis einmal mehr gezeigt hat, wie zahlreich die in der stationären Langzeitpflege bestehenden Probleme sind und wie groß der Handlungsbedarf ist – auch der Bedarf an neuen Konzepten, die zur Lösung der dort bestehenden Herausforderungen beitragen. Das Konzept „Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in das Quartier“ kann dazu einen vielversprechenden Beitrag leisten. Wie die Analyse auch gezeigt hat, ist es dazu jedoch erforderlich, das Konzept konstruktiv weiterzuentwickeln. Denn viele der konzeptionellen Ausgangsannahmen stimmen nicht mehr mit der Realität überein.

Den zurückliegenden Ausführungen sind viele Anregungen dazu zu entnehmen, wie das Konzept so weiterentwickelt werden kann, dass es den vielfältigen Veränderungen der Heim- und Bewohner:innenrealität entspricht, die sich seit Beginn der Diskussion über die Verbesserung von Teilhabemöglichkeiten in der stationären Langzeitpflege vollzogen haben, und wie es dabei um neue Dimensionen bereichert werden kann. Außerdem enthält die Analyse zahlreiche Hinweise für die Konzeptumsetzung und Implementation. Denn angesichts des voranschreitenden demografischen Wandels wird die stationäre Langzeitpflege weiterhin an Bedeutung behalten, sodass auch der dort bestehende Problem- und Handlungsdruck weiter steigt. Ihm mit Konzepten zu begegnen, die nicht vorrangig an Effektivitäts- und Effizienzaspekten orientiert sind, sondern die Lebensqualitätsgesichtspunkten folgen und die den Teilhabemöglichkeiten in dieser letzten Lebensphase entsprechen, ist mehr als wünschenswert.

Literatur

- Bleck, C., van Rießen, A. & Schlee, T. (2017). Sozialraumorientierung in der stationären Altenhilfe. In C. Bleck, A. van Rießen & R. Knopp (Hrsg.), *Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen* (S. 225–247). Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2022). *Durchschnittsalter der Bevölkerung Deutschlands 1871 – 2021*. Verfügbar unter: https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms_permaid=1217910 (Stand: 14. 04.2023)
- Eifler, B. (2020). *Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in den Sozialraum Quartier. Explorative Untersuchung zu den Perspektiven der Sozialraumorientierung aus Sicht der Akteure des Thüringer Altenpflegesektors* (Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. – AGE-THUR, Hrsg.). Verfügbar unter: https://agethur.de/fileadmin/redakteur_2017/3_Arbeits-schwerpunkte/Alter_und_Gesundheit/Forschungsarbeit_Oeffnung_Pflege_KGC-TH_Eifler_Publikation.pdf (Stand: 11.12.2023).
- Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Hämel K. (2012). *Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung*. Springer VS, Wiesbaden.
- Hämel K., Kafczyk T., Vorderwülbecke J. (2017). *One size fits all? Community Health Assessments als Planungsgrundlage für lokale Gesundheitszentren der Primär-und Langzeitversorgung*. In: 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2017.
- Hämel, K., & Brandenburg, H. (2021). *Versorgung und Teilhabe im Quartier - Beiträge stationärer Pflegeeinrichtungen*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54(4), 321-323. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01909-4>
- Institut für kommunale Planung und Entwicklung e.V. (2020). *Zweiter Thüringer Sozialstrukturatlas mit der Fokussierung auf Armut und Armutsprävention*. Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Zweiter Thüringer Sozialstrukturatlas. Verfügbar unter: https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Allgemein/Publikationen/soziales_zweiter_thueringer_sozialstrukturatlas_2020.pdf (Stand: 14.06.2023)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KdöR). (2023). *Gesundheitsdaten. Versorgungsgrade in den Planungsbereichen*. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> (Stand: 12.04.2023)
- Kaspar, R., Wenner, J. & Tesch-Römer, C. (2023). Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. In: R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland* (S. 89-118). Berlin: Springer.
- Kremper-Prieß, U. (2022). *Wohnen 6.0. Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege*. Berlin: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kuhlmey, A. & Gellert, P. (Hrsg.). (2022). *Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Endbericht des Projekts „Covid-Heim“*. Verfügbar unter: https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Forschung/Alternsforschung/20220712_CovidHeim_Endbericht_Studie_gesamt.pdf (Stand: 07.12.2023)

- Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung (2018). *Seniorenbericht 2018 – zur Situation älter werdender und älterer Menschen in der Landeshauptstadt Erfurt*. Amt für Soziales und Gesundheit. Stabsstelle Integrierte Planung. Seniorenbericht 2018. Verfügbar unter: <https://www.erfurt.de/ef/de/service/mediathek/veroeffentlichungen/2018/130540.html> (Stand: 12.04.2023)
- Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung (2021). *Die Erfurter Bevölkerung – Entwicklung bis 2019 und Prognose bis 2040*. Veröffentlichungsreihe Kommunalstatistische Hefte. Heft 113, Z, 1-33. Verfügbar unter: <https://www.erfurt.de/ef/de/rathaus/daten/bevoelkerung/bevoelkerungsprognose/index.html> (Stand: 14.06.2022)
- Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung. (2023a). *Bevölkerung der Stadt*. Verfügbar unter: <https://www.erfurt.de/ef/de/rathaus/daten/bevoelkerung/stadt/index.html> (Stand 17.04.2023).
- Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung. (2023b). *Geographie*. Verfügbar unter: <http://landeshauptstadt-erfurt.de/content/14/geographie/1/> (Stand 17.04.2023).
- Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung. (2023c). *Seniorenclubs in Erfurt*. Verfügbar unter: <https://www.erfurt.de/ef/de/leben/fuer/senioren/142808.html> (Stand 17.04.2023).
- PTV Group. (2022). *Mobilitätsanalyse im Saale-Orla-Kreis. Ergebnispräsentation am 14.10.2022*. Verfügbar unter: https://www.saale-orkreis.de/de/datei/anzeigen/id/32141,28/850515_mobilitaetsanalyse_sok_bericht_final.pdf (Stand: 11.12.2023).
- Saalburg-Ebersdorf. (2023). *Die Stadt am Thüringer Meer*. Verfügbar unter: <https://www.saalburg-ebersdorf.de/> (Stand: 14.06.2023)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten 2014*. Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2023). *Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schaeffer, D. & Hämel, K. (2021). *Integrierte Versorgung und Pflege. Plädoyer für ein Umdenken*. In: Szepan, N., Wagner, F. (Hrsg.), *Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mgH & C. KG.
- Schaeffer, D. & Hämel, K. (2017). *Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung*. In: Jungbauer-Gans, M. Kriwy, P. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schaeffer, D. & Vogt, D. (2022). *Gesundheitskompetente Organisationen. Zweiter Teilbericht – Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Medizin und Pflege*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2022). *Pflegebedürftigkeit nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2021*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> (Stand: 07.12.2023).
- Rowe, A., McClelland, A., Billingham, K. & Carey, L. (2001). *Community health needs assessment: an introductory guide for the family health nurse in Europe*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

- Thüringer Landesamt für Statistik. (2021). *Statistischer Bericht - Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.2019*. Verfügbar unter: Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.2021. Verfügbar unter: https://statistik.thueringen.de/webshop/pdf/2021/10402_2021_00.pdf (Stand: 14.06.2023).
- Wenner, J., Albrecht, A., Schäfer, N. & Wagner, M. (2023). Soziale Eingebundenheit. In R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.), *Hohes Alter in Deutschland* (S. 119–144). Berlin: Springer.
- Wingenfeld, K. (2019). Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten. Bielefeld. Verfügbar unter: <https://uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-156.pdf> (Stand: 11.12.2023).

[illegible]

[illegible]



Kontakt

Björn Eifler

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. –AGETHUR

Carl-August-Allee 9

99423 Weimar

Tel.: 0 36 43 / 4 98 98 10

0160 / 82 37 9 10

Mail: eifler@agethur.de

www.agethur.de



Gefördert mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V.

