

Gutachten

Welche fachlichen und ethischen Anforderungen stellen sich stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen in den kommenden 20 Jahren vor dem Hintergrund der wachsenden Anzahl alleinlebender und demenzkranker Menschen?

Prof. Dr. Eric Schmitt, Universität Heidelberg

Präambel	4
1. Grundlegende Überlegungen	6
1.1. Einführung	7
1.2. Anthropologie und Ethik	7
1.3. Empirie	9
1.4. Sozial- und Gesundheitspolitik	12
2. Konzeptioneller Hintergrund	14
2.1. Veränderungen in Lebensformen und Lebensstilen	15
2.2. Veränderungen im Verständnis von Krankheit und Pflegebedürftigkeit	16
2.3. Veränderungen in den dominanten Krankheitsbildern	17
2.4. Veränderungen in den dominanten Versorgungsorientierungen	18
3. Erweitertes Pflegeverständnis als Grundlage von Innovationen in der Pflege	21
3.1. Der erste Themenbereich: Beziehungsorientierte Pflege verwirklichen	22
3.2. Der zweite Themenbereich: Die Persönlichkeit des demenzkranken Menschen achten	23
3.3. Der dritte Themenbereich: Transzendenz: Spiritualität erkennen und leben können	24
3.4. Zwölf Orientierungsalternativen	25
4. Innovative Konzepte der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege	28
4.1 Stationäre Pflege	29
4.1.1. Das Prinzip des intimen Wohnens verwirklichen	30
4.1.2. Das Prinzip der Reversibilität verwirklichen	31
4.1.3. Das Prinzip der Kompetenzzentren verwirklichen	32
4.1.4. Kostenträger und politische Entscheider überzeugen	33
4.1.5. Den Mut zu neuen Pflege- und Wohnkonzepten aufgreifen und stärken	34
4.2 Teilstationäre Pflege	36
4.3 Ambulante Pflege	38

5.	Bauliche Rahmenbedingungen einer innovativen Betreuung und Pflege	40
5.1.	Grundaussage: Annäherung von Pflegeheimen an Wohnstifte (Altenwohnheime)	40
5.2.	Nennung und Begründung von 13 Empfehlungen	43
6.	Versorgung von Menschen mit Demenz	49
6.1.	Ein innovatives Pflegekonzept in der Arbeit mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern – zehn Kompetenzbereiche	49
6.2.	Besondere Potenziale der Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen: Das Erkennen der Inseln des Selbst sowie deren gezielte Ansprache	53
6.3.	Die Versorgung demenzkranker Menschen als „großes“ Aufgabenfeld der stationären Pflege	55
6.4.	Betreute Wohngemeinschaften und Wohngruppen als Versorgungskomponente	56
7.	Begleitung von Menschen mit Depressionen	58
7.1.	Einige Befunde zur Depression – in ihrer Bedeutung für die stationäre Altenpflege	58
7.2.	Was bedeuten diese Aussagen für ein innovatives Pflegekonzept?	61
8.	Eine besondere Herausforderung für die Pflege: Förderung von Integration und Partizipation	64
8.1.	Isolation und Einsamkeit als Risikofaktoren für seelische Gesundheit	64
8.2.	Notwendige Kompetenzen in Betreuung und Pflege	65
9.	Individuelle Heimformen vs. Heimketten	68

Präambel

Das nachstehende Gutachten verfolgt das Ziel, Anforderungen herauszuarbeiten, die sich stationären (sowie teilstationären und ambulanten) Einrichtungen in den kommenden 20 Jahren stellen werden. Dabei werden nicht nur fachliche, sondern auch ethische Anforderungen genannt, lässt sich doch die Weiterentwicklung der stationären Altenpflege (wie auch der teilstationären und ambulanten Pflege) vor dem Hintergrund sowohl fachlicher als auch sittlich-normativer Überlegungen charakterisieren. Es ist in den Augen des Verfassers von großer Bedeutung, bei der Rezeption und Interpretation der im Gutachten getroffenen Aussagen ausdrücklich auch die sittlich-normative Standortbestimmung zu berücksichtigen. Natürlich kann und *muss* die Feststellung getroffen werden, dass wir heute viele Einrichtungen der stationären Altenhilfe kennen, in denen eine fachlich und ethisch hochstehende, überzeugende Arbeit geleistet wird – auch angetrieben durch das hohe Engagement der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Natürlich kann man (aber man muss nicht!) die Aussage treffen, dass nicht *allen* alten Menschen in gleichem Umfang anspruchsvolle Wohn- und Pflegebedingungen geboten werden können und sollten. Natürlich kann man (aber man muss nicht!) argumentieren, dass es die eine oder andere vorgeschlagene Baumaßnahme gibt, die aus heutiger Perspektive als dysfunktional und unnötig erscheint. Dazu sei mit Blick auf die erste Aussage festgestellt: Auch wenn es heute viele stationäre Pflegeeinrichtungen gibt, in denen eine fachlich und ethisch anspruchsvolle, überzeugende Arbeit geleistet wird, so ist dies aber nicht in allen Einrichtungen der Fall; und es ist damit auch noch nicht gesagt, dass dies in Zukunft der Fall sein wird. Hier will das Gutachten auch zur erhöhten Sensibilität beitragen: dafür nämlich, dass die Wohn- und Pflegebedürfnisse alter Menschen genauso ernst zu nehmen sind wie jene jüngerer Menschen; dass auf die Bedürfnisse alter Menschen sogar noch stärker zu achten ist als bisher, weil alte Menschen – vor allem, wenn sie auf umfassende Pflege angewiesen sind – besondere Vulnerabilitäten zeigen. Um mit der zweiten Aussage fortzufahren: auch wenn nicht allen alten Menschen gleiche Lebensverhältnisse geboten werden können (dieses Ziel wäre geradezu naiv), so muss aber doch alles dafür getan werden, dass in der Tat *alle* alten Menschen unter Wohn- und Pflegeverhältnissen leben, in denen sie ihre grundlegende Bedürfnisse verwirklichen können. Dies schließt die Vorhaltung bestimmter Wohn- und Pflegeverhältnisse aus, wie in dem Gutachten aufgezeigt werden soll. Und die dritte Aussage ist wie folgt zu kommentieren: Manche baulichen Angebote werden einfach deswegen nicht unterbreitet, weil die Vorstellung dafür fehlt, inwieweit diese vielen alten Menschen guttun würden, weil man vielleicht auch von einem sehr engen Verständnis von Wohn- und Pflegebedürfnissen im hohen Alter ausgeht. Es ist weiterhin zu bedenken, dass mancher Vorschlag mit Blick auf die baulichen Verhältnisse auch der Überzeugung geschuldet ist, dass das rehabilitative Potenzial der Pflege in den nächsten 20 Jahren noch deutlich stärker ausgeschöpft werden wird, als dies heute der Fall ist. Überhaupt erkennt der Verfasser in der rehabilitativen Dimension der Pflege und in deren Verwirklichung eine der größten Chancen und Herausforderungen zukunftsorientierter Pflege; diese Dimension wird in der Pflegewissenschaft schon seit Jahren immer und immer wieder betont; die leistungsrechtliche Umsetzung jedoch ist noch nicht in ausreichendem Maße gesichert.

Das nachfolgende Gutachten versteht sich als Ausdruck eines Bekenntnisses zur stationären Pflege. Die häufig getroffene Aussage: „Ambulant vor stationär“ erscheint in dieser Generalisierung nicht wirklich zielführend: es gibt hochkomplexe Pflegesituationen, in denen auf eine stationäre Pflege gar nicht verzichtet werden kann. Eine bedeutende Aufgabe ist darin zu sehen, alles dafür zu tun, damit sich die stationäre Pflege in einem Maße und in einer Weise entwickeln kann, dass sie auch in 20 Jahren – vielleicht sogar noch stärker als heute – als eine wichtige Wohnform wahrgenommen wird, in der Menschen zentrale Bedingungen ihrer Lebensqualität verwirklicht sehen. In diesem Geist ist das nachfolgende Gutachten geschrieben.

Der Verfasser dankt der Aachener Grundvermögen für die Förderung der vorliegenden Arbeit. Sodann gilt sein Dank Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse für zahlreiche wertvolle Hinweise.

1. Grundlegende Überlegungen

Stationäre Einrichtungen der Altenpflege werden auch in Zukunft ein entscheidendes Versorgungssegment der Pflege bilden. Dies hat vor allem damit zu tun, dass bei einem Teil der hochbetagten Menschen hochkomplexe Pflegesituationen (einschließlich neurokognitiver Verluste) bestehen werden, die in ambulanten oder teilstationären Kontexten nicht rehabilitativ oder pflegerisch aufgefangen werden können. – Die Tatsache, dass auch in Zukunft stationäre Einrichtungen der Altenpflege ein signifikantes Versorgungssegment bilden werden, darf aber nicht zur Annahme verleiten, stationäre Pflegekonzepte, die Infrastruktur der Einrichtungen wie auch deren bauliche Konzeption bedürften keiner tiefgreifenden Reflexion, sondern die heute bestehende Situation könne einfach fortgeschrieben werden. Vielmehr ist – empirisch und konzeptionell fundiert – darüber nachzudenken, in welche Richtung Entwicklungen auf pflegerisch-konzeptioneller, auf infrastruktureller, auf baulicher Ebene weisen sollten. Das einführende Kapitel entfaltet dabei drei Perspektiven: (a) eine anthropologisch-ethische, (b) eine fachliche und (c) eine sozial- und gesundheitspolitische. Es argumentiert, dass die stationäre Altenpflege in Zukunft höhere Investitionen erfordern wird als heute; dabei ist die Frage wichtig, was uns eine fachlich wie ethisch fundierte Pflege alter Menschen wert ist, womit im Kern auch Menschenbildfragen angesprochen sind. Es wird in unsere Gesellschaft hinein kommuniziert werden müssen, dass die Altenpflege der Zukunft deutlich höhere Ressourcen binden wird als die Altenpflege heute. Dabei ist von einem *erheblichen Schub der Pflege* auszugehen, die diese in die Lage versetzt, über eine basale Pflege hinaus präventive, prärehabilitative und rehabilitative, sozial-partizipatorische Teilkonzepte zu verwirklichen und damit einen umfassenden („comprehensive“) Pflege- und Versorgungsansatz zu verwirklichen. In diesem Kontext kommt vor allem der Prävention und Prärehabilitation, aber auch der Rehabilitation und rehabilitativen Pflege besondere Bedeutung zu. Denn präventive und prärehabilitative Pflege – in enger Kooperation zwischen Pflege und Medizin verwirklicht – tragen dazu bei, dass sich bestimmte funktionale Verluste, für die Risikofaktoren erkennbar sind, erst gar nicht in ihrem Vollbild einstellen (präventive Pflege) bzw. dass körperliche, kognitive und emotionale Funktionen vor der Durchführung einer Operation einmalmehr gestärkt werden, damit schwere funktionale Einbußen als Folge der Operation vermieden werden (Prärehabilitation). Derartige pflegerische Angebote sind bislang teilstationär (zum Beispiel auf dem Wege einer Kurzzeitpflege) oder stationär angeboten worden. Die Annahme dieses Gutachtens lautet: In dem Maße, in dem die Pflege auch faktisch diesen Ansatz verwirklichen kann, wird sie – werden mithin auch stationäre Einrichtungen – an Attraktivität gewinnen. Diese Schritte müssen auch gesundheits- und sozialpolitisch mitvollzogen (flankiert) werden.

1.1. Einführung

Das vorliegende Gutachten befasst sich mit der Zukunft der stationären Pflege in Deutschland. Auch wenn der Schwerpunkt der Aussagen eindeutig auf der stationären Pflege liegt, so sollen zugleich Entwicklungen in der teilstationären und ambulanten Pflege mitbedacht werden.

Dieses einleitende Kapitel soll dazu dienen, den *Hintergrund* zu skizzieren, vor dem die Aussagen zur stationären Pflege – ergänzt durch solche zur teilstationären und ambulanten Pflege – getroffen werden sollen. Denn konzeptionelle und empirisch fundierte Aussagen zur Zukunft der stationären Pflege sind nicht voraussetzungslos. Sie bauen vielmehr auf drei grundlegenden Reflexionen auf:

1. Auf Reflexionen *anthropologischer und ethischer* Natur: Von welchem Menschenbild lassen wir uns leiten, wenn wir über die Zukunft der stationären (wie auch der teilstationären und der ambulanten) Pflege sprechen? Welche Bedeutung ordnen wir dem hohen Alter im Kontext der *Conditio humana* zu? Welche Konsequenzen erwachsen daraus für die Konzeption der pflegerischen Versorgung?
2. Auf Reflexionen *fachlicher* Natur: Welche Erkenntnisse vermittelt uns die gerontologische Forschung und welche Konsequenzen erwachsen aus diesen für die weitere Entwicklung der stationären Pflege? An welchen grundlegenden Erkenntnissen darf die Pflege keinesfalls vorbeigehen? Welche grundlegenden Erkenntnisse bilden das Korpus der Pflege?
3. Auf Reflexionen *sozial- und gesundheitspolitischer* Natur: Welche möglichen Veränderungen sind in den politischen (gesetzlichen) Rahmenbedingungen der Pflege dringend notwendig? Unter welchen politischen (in der Folge: gesetzlichen) Bedingungen können Aussagen zur Zukunft der Pflege als ausreichend realistisch eingestuft werden? Hier ist zu bedenken, dass nicht selten Aussagen zu dem notwendigen Wandel von Versorgungsleistungen getroffen werden, die nicht ausreichend die politischen (gesetzlichen) Rahmenbedingungen beachten, die geschaffen werden müssen, um diesen Wandel monetär ausreichend zu fundieren. Dabei ist auch zu bedenken, dass Reflexionen sozial- und gesundheitspolitischer Natur eng mit den Reflexionen anthropologischer und ethischer Natur zusammenhängen.

1.2. Anthropologie und Ethik

Die Pflege alter und sehr alter Menschen sieht sich grundlegend mit der Verletzlichkeit und Endlichkeit des Menschen konfrontiert. Sie muss explizit und implizit Antwort auf die Frage geben, wie sie selbst die Verletzlichkeit und Endlichkeit deutet, welche Bedeutung sie diesen beiden Aspekten der *Conditio humana* für ihr Selbstverständnis zuordnet. Zudem muss sie explizit und implizit Antwort auf die Frage geben, inwieweit sie mit der Unterstützung der Person bei ihrer inneren und äußeren Bewältigung von Verletzlichkeit und Endlichkeit einen Beitrag zu einem „gelingenden Leben“ leisten kann – wobei der Terminus des „gelingenden Lebens“ sittlich-normativer Natur ist und damit auf kollektiven wie auch auf individuellen Orientierungsmustern gründet. Und schließlich

muss sie explizit und implizit eine Antwort auf die Frage geben, inwieweit sie in der Bewältigung von Verletzlichkeit und Endlichkeit auch seelisch-geistige Kräfte, möglicherweise spirituelle Kräfte der Person erkennt, die zu erhalten und weiter zu fördern als eine bedeutende Aufgabe der Pflege – und zwar im Sinne einer *Spiritual Care* – gedeutet wird. – Diese Antworten sind deswegen so wichtig, weil sie die grundlegende Haltung gegenüber einem Menschen in Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit bestimmen, mithin die Haltung gegenüber dem weiteren Ausbau der Pflege. Solange in einem von Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit bestimmten Leben nur ein „inferiores Leben“ gesehen wird, solange Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit als Ausdrucksformen einer Existenz betrachtet werden, die „eigentlich nicht mehr wirklich menschliche Existenz“ beschreibt, wird man auch einer deutlichen Erweiterung pflegerischer Angebote mit dem Ziel, die Person in der inneren und äußeren Bewältigung der Grenzsituation zu unterstützen, skeptisch oder gleichgültig gegenüberstehen. Das entscheidende Ziel wird dann sein, „irgendwie“ die bestehende Situation „durchzustehen“, ohne aber alles fachlich und ethisch Notwendige dafür zu tun, um auch in der Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit, um auch in der unmittelbar erfahrbaren Endlichkeit zu einem guten, zu einem persönlich stimmigen oder sinnerfüllten Leben beizutragen. Wenn allerdings die letzte Lebensphase, auch in Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit, als ein „natürlicher“ Abschnitt des Lebenslaufs, als ein „natürliches“ Wesensmerkmal der *Conditio humana* angesehen wird, dann wandelt sich auch die Haltung gegenüber der Pflege: ihr wird die Aufgabe zugeordnet, alles dafür zu tun, dass Symptome in einem Maße gelindert, Ressourcen in einem Maße gestärkt und verwirklicht werden, dass die Person zur Selbst- und Weltgestaltung auch in der Erfahrung von Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit, auch in dem wachsenden Bewusstsein eigener Endlichkeit befähigt wird – womit die *Rehabilitative Care* und die *Spiritual Care* angesprochen sind. – Eine derartige Sicht der letzten Lebensphase sowie des Lebensendes ist für christlich orientierte Einrichtungen charakteristisch bzw. sollte für diese Einrichtungen charakteristisch sein. Denn eine christliche Anthropologie und Ethik sieht die Verletzlichkeit des Menschen als eine besondere Herausforderung und Chance für die *Gemeinde* an und geht dabei von der grundlegenden Annahme aus, dass sich gerade in der praktizierten Solidarität innerhalb der Gemeinde der Glaube verwirklicht („Einer trage des anderen Last; so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen“ [Gal. 6, 2]). Zudem wird die Verletzlichkeit des Menschen als ein Aspekt der *Conditio humana* begriffen, der ein zentrales Element des Glaubens berührt („Und bis in euer Greisenalter bin ich derselbe, und bis zu eurem grauen Haar werde ich euch tragen; ich habe es getan, und ich werde heben, und ich werde tragen und erretten“ [Jes. 46, 3]). Es ist eine für das vorliegende Gutachten wesentliche Aussage, dass christlich orientierte Einrichtungen den Mut haben, die Bedeutung des Beistandes und der fachlichen wie emotionalen Hilfe in Phasen ausgeprägter Verletzlichkeit in das Zentrum der Ansprache von Interessenten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern (wie auch von deren Angehörigen) zu rücken und zudem als ein wesentliches *Movens* der geleisteten Pflege zu charakterisieren. – Derartige Reflexionen auf anthropologischer und ethischer Ebene machen deutlich, wie stark die gesellschaftliche und fachliche Diskussion über eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege von der spezifischen Anthropologie und Ethik beeinflusst ist, die von den Diskussionspartnern vertreten wird. Solange Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Endlichkeit nicht als inferiore,

sondern vielmehr als notwendige Aspekte unserer Existenz betrachtet werden, solange die Überzeugung besteht, dass die Existenz (als eine Fragment gebliebene) auch in der Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Endlichkeit Rundung und bejahten Abschluss finden kann: solange wird auch für deutlich verbesserte Bedingungen in der Pflege, für fachlich und ethisch noch anspruchsvollere Pflegekonzepte, für eine deutlich weiter entwickelte Pflegekultur plädiert und gestritten werden. Und auch in dem vorliegenden Gutachten bildet diese Deutung von Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Endlichkeit die entscheidende anthropologische und ethische Interpretationsbasis. Es wird davon ausgegangen, (a) dass sich das Leben auch in der Erfahrung von Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und zunehmend näherkommender Endlichkeit runden und erfüllen kann, (b) dass durch eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege ein substanzieller Beitrag dazu geleistet werden kann, dass diese Rundung und Erfüllung gelingt – wobei eine *Spiritual Care* hier wichtige zusätzliche Impulse geben muss und kann.

1.3. Empirie

Es liegt umfassende Empirie zur Beantwortung der Frage vor, inwieweit eine rehabilitative, psychologisch und soziokulturell sowie spirituell angereicherte Pflege einen wichtigen zusätzlichen Einflussfaktor von Autonomie, Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden bildet. Für die verschiedensten Pflegediagnosen, für die verschiedenen Pflegegrade, für die verschiedensten körperlichen und neurokognitiven Diagnosegruppen (bis hin zu einer sehr stark ausgeprägten Demenz) ließen sich entsprechende Befunde ermitteln. Diese zeigen auf, wie sehr pflegebedürftige Menschen von einem rehabilitativ orientierten Pflegekonzept profitieren, welches durch folgende Merkmale *weiter angereichert* ist – woraus sich bedeutsame Anregungen und Orientierungs- bzw. Zielpunkte für die Fortentwicklung der stationären Pflege ergeben:

- (a) *Psychologische Unterstützung*: Im Sinne eines somatopsychosomatischen Therapie- und Pflegemodells lässt sich konstatieren, dass durch diese Art der Unterstützung Resilienz (resilience), Wiederaufblühen (flourishing) und Erholung (recovery) erheblich gefördert und Krankheits- wie Pflegebedürftigkeitsverläufe positiv beeinflusst werden können. Auch kann durch psychologische Unterstützung dazu beigetragen werden, dass chronische Krankheiten nicht weiter exazerbieren und damit in einen Zustand der Pflegebedürftigkeit münden. Die in SGB XI beschriebene Zielsetzung, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu lindern oder zu überwinden, ist nach empirischer Befundlage auch an die Verfügbarkeit psychologischer Unterstützung gebunden: diese sollte in stationären Pflegekontexten *unbedingt* vorgehalten werden (obligates Angebot).
- (b) *Netzwerkorientierte Pflege*: Für die Förderung und Erhaltung von Teilhabe ist diese Komponente von Pflege essenziell. Es geht darum, Anstöße für ein stärkeres soziales Engagement von Bewohnerinnen und Bewohnern zu geben, Anreize für dieses Engagement zu setzen (zum Beispiel durch die Übertragung von – kleineren, aber symbolisch wichtigen – Aufgaben, Gelegenheitsstrukturen für Begegnung und praktizierte Solidarität zu schaffen. Es ist

dies eine anspruchsvolle Anforderung, die an die Pflege gerichtet wird, aber die Erfüllung dieser Anforderung entscheidet in erheblichem Maße über die Qualität der Pflege und deren Effekte. Die Erhaltung von Integration und Teilhabe, die Erfahrung, von anderen Menschen geschätzt und geachtet zu werden, schließlich die Erfahrung von Reziprozität der Sorgeleistungen (das Individuum empfängt und gibt zugleich Sorge) sind zentrale Einflussgrößen von Lebensqualität und Wohlbefinden, von Initiative und Lebensbindung. Kleingruppenarbeit, Gruppenarbeit und Interaktionsarbeit sind wichtige Elemente der netzwerkorientierten Pflege. Diese Aussagen gelten auch für Menschen mit leichter oder auch mit einer weit(er) fortgeschrittenen Demenz.

- (c) *Präventionsorientierte Pflege (Gesundheitspflege)*: Ein für die Entwicklung der ambulanten wie auch der stationären Pflege bedeutsamer Ansatz ist jener der präventionsorientierten Pflege oder Gesundheitspflege (beide Begriffe werden synonym verwendet). Bei dieser geht es vor allem darum, (1) frühzeitig die Leistungsfähigkeit in jenen Funktionen und Fertigkeiten zu bestimmen, die im Falle von Pflegebedürftigkeit mit besonders hoher Wahrscheinlichkeit Einbußen zeigen, und (2) durch das Training dieser Funktionen und Fertigkeiten die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder ganz zu vermeiden. Dabei bildet auch die *Analyse des Wohnumfeldes* eine wichtige Rolle: inwieweit wird durch die Lage und die Ausstattung des Wohnumfeldes die Erhaltung oder Wiederherstellung von Kompetenzen erschwert bzw. gefördert? Wie sollte ein Wohnumfeld verändert werden, damit im Falle von Pflegebedürftigkeit Kompensationen möglich sind, ein längerer Verbleib in der Wohnung gesichert ist und die Pflege durch Pflegefachkräfte und / oder durch Angehörige effektiver und kräfteschonender erbracht werden kann? Die präventionsorientierte Pflege (oder Gesundheitspflege) wurde in den 1990er Jahren erfolgreich in den USA sowie in Großbritannien und in der Schweiz erprobt. 70jährigen und älteren Frauen und Männern wurde die Möglichkeit geboten, in regelmäßigen Abständen kostenfreie Beratungen durch eine Pflegefachkraft in Anspruch zu nehmen (Hausbesuche durch eine auf Gesundheitspflege spezialisierte Pflegefachkraft). In der Bundesrepublik Deutschland wurde Anfang der 2000er Jahre intensiv über dieses Modell diskutiert. § 20a SGB V definiert den Leistungsanspruch der Versicherten auf Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten; § 5 SGB XI definiert den Anspruch der Versicherten auf Präventionsleistungen in stationären Einrichtungen der Altenpflege. Die präventionsorientierte Pflege oder Gesundheitspflege ist ein bedeutender Baustein auf dem Weg zur Steigerung der Attraktivität von Pflege. Sie vermag die Pflegequalität und damit die Lebensqualität in Einrichtungen der Altenhilfe einmalmehr zu fördern. Zudem kommt ihr im Kontext der ambulanten Pflege große Bedeutung zu.
- (d) *Rehabilitative Pflege*: Die rehabilitative Pflege geht (wie an anderer Stelle noch ausführlich zu zeigen sein wird) über die aktivierende Pflege noch einmal deutlich hinaus: sie integriert ausdrücklich rehabilitative Elemente in einen umfassend gedachten und konzipierten Pflegeentwurf, um neben einer allgemeinen Aktivierung spezifische Funktionen und Fertigkeiten durch spezifische physiotherapeutische, sport- und bewegungsbezogene, neuropsychologi-

sche und logopädische Techniken wieder aufzubauen. Die Pflege interagiert hier mit dem ganzen Spektrum an Heilverfahren (Heilmitteln).

- (e) *Prärehabilitative Pflege*: Die prärehabilitative Pflege umfasst das gesamte Spektrum an Verfahren, die geeignet sind, Patientinnen und Patienten mit verringerten Leistungsreserven körperlich und neurokognitiv auf die körperliche, kognitive und psychische Situation *nach* einem umfassenden chirurgischen Eingriff (zum Beispiel Interventionen bei kardiovaskulären Erkrankungen oder Tumorerkrankungen) vorzubereiten. Erst in den letzten fünf Jahren wurde die prärehabilitative Pflege mehr und mehr als eine Komponente der geriatrischen Rehabilitation und Pflege definiert und in ihren Effekten auf die postoperative Situation der Patientinnen und Patienten untersucht. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die prärehabilitative Pflege bald zu einer etablierten Kassenleistung entwickeln wird, weil Kranken- und Pflegekassen deutlich werden wird, wie umfassend durch eine gute rehabilitative Vorbereitung auf umfassende operative Interventionen Ressourcen eingespart werden können (Allokation). Die bereits vorliegenden Untersuchungsergebnisse sprechen für die Annahme, dass durch prärehabilitative Pflege einer drohenden Frailty oder der Zunahme einer bestehenden Frailty aufgrund von chirurgischen Interventionen entgegengewirkt werden kann.
- (f) *Kultur- und bildungsorientierte Pflege*: Bildung, Übung und Training sind wesentliche Einflussgrößen der Erhaltung von körperlicher und neuronaler Plastizität sowie – daraus folgend – von körperlicher, verhaltensbezogener und kognitiver Leistungsfähigkeit. Stationäre Einrichtungen müssen der Entwicklung von Kultur- und Bildungsangeboten große Bedeutung beimessen. Diese Angebote können zum einen der Aktivierung von „Inseln des Selbst“ dienen (siehe Unterkapitel 6.1): biografisch bedeutsame Interessen und Tätigkeiten werden angesprochen, wodurch besondere Motivation entsteht. Diese Angebote können zum anderen der Teilhabe an neuen gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungen dienen. Keinesfalls darf die These vertreten und umgesetzt werden, dass Menschen mit gesundheitlichen (physischen und kognitiven) Erkrankungen bzw. Einbußen von solchen Angeboten nicht profitierten. Das Gegenteil ist der Fall: Die kultur- und bildungsorientierte Pflege ist eine wichtige Grundlage für Lebensfreude, Wohlbefinden, Lebensqualität, Lebensbindung.
- (g) *Spirituell orientierte Pflege*: Dieser geht es darum, die Werte und Glaubenshaltungen eines Menschen besonders in den Blick zu nehmen, da diese für die Verarbeitung von Grenzsituationen wichtig sind. Aus diesem Grunde sollten Seelsorger, Psychologen und Sozialarbeiter besonders geschult werden, um auf die spirituellen Bedürfnisse und Ausdrucksformen von Bewohnerinnen und Bewohnern differenziert antworten zu können. Es sollte hier bedacht werden, dass spirituelle Bedürfnisse und Erfahrungen im hohen Alter mehr und mehr an Gewicht gewinnen, zum Teil auch im Kontext des Lebensrückblicks. Aus diesem Grunde darf an entsprechenden Angeboten nicht vorbeigegangen werden. Die empirische Literatur ist hier eindeutig: Jene Menschen, die im hohen Alter spirituelle Bedürfnisse und Ausdrucksformen zeigen, profitieren in unterschiedlichster Hinsicht von der Einführung spiritueller

Angebote – dies gilt auch mit Blick auf die Verarbeitung von schweren Erkrankungen sowie von zunehmend deutlicher erfahrener Endlichkeit.

1.4. Sozial- und Gesundheitspolitik

Die entscheidende Frage, die sich heute mit Blick auf die stationäre Pflege stellt, lautet: „Was sind wir bereit, in eine anspruchsvolle Pflege in einem anspruchsvollen institutionellen, sozialen und räumlichen Umfeld zu investieren?“. Mittlerweile mehren sich die Nachrichten, wonach ein Privathaushalt für einen Pflegeheimplatz – über Leistungen der Pflegeversicherung hinaus – bis zu € 2.200 oder sogar bis zu € 2.800 aufzubringen hat, wobei der Pflegeheimplatz auch in solchen Fällen nicht unbedingt höchsten fachlichen Kriterien entspricht. Und es wird ein weiterer Anstieg der Pensionskosten, mithin eine weiter steigende Belastung des Individualhaushaltes des pflegebedürftigen Menschen und / oder seiner Angehörigen vorausgesagt. Hier stellt sich nun die Frage, ob die in diesem Gutachten angedachten und beschriebenen Verbesserungen in den stationären Pflegeangeboten nicht mit einem deutlichen Anstieg der finanziellen Belastung von Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. deren Familien verbunden sind und ob nicht die deutlich höhere finanzielle Belastung alle Zukunftsoptionen zunichtemache. Welche Lösungen bieten sich hier an?

Zunächst: Es ist korrekt, dass ein substanzieller Ausbau der infrastrukturellen und fachlichen Qualität in der Pflege, vor allem auch die Erweiterung der Pflegeangebote durch die oben genannten Komponenten, mit einem erkennbaren Kostenzuwachs verbunden sein wird. Nun lässt sich argumentieren, dass durch diese Qualitätssteigerung (vor allem im Hinblick auf umfassende Stimulation, Anregung und Motivation) eine erkennbare Linderung von körperlichen, vor allem von seelisch-geistigen Symptomen erreicht werden kann (Beispiel: erhöhte alltagspraktische Abhängigkeit, anhaltende Schmerzempfindungen und anhaltendes Schmerzklagen, Wahnhinhalte und Halluzinationen, passager auftretende depressive Symptome), wodurch sich eine Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und – daraus folgend – Kostenersparnis ergeben kann. Diese Kostenersparnis kann der Entwicklung und Implementierung neuer Pflegeangebote (im Sinne des beschriebenen, erweiterten Kanons von Pflegeleistungen) zugutekommen.

Sodann: Es wird eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, eine stärkere Verschmelzung von Pflege- und Rehabilitationsleistungen bei alten und sehr alten Menschen – bis hin zur palliativ-pflegerischen Versorgung – leistungsrechtlich zu sichern und auszugestalten. Die heutige strikte Trennung von Leistungen aus der Krankenversicherung und solchen aus der Pflegeversicherung – in der Hinsicht, dass die Gewährung des einen Leistungstypus die Gewährung des anderen Leistungstypus ausschließt – muss dringend aufgegeben werden; nur so ist die Umsetzung des in diesem Gutachten beschriebenen rehabilitativen Pflegekonzepts zu erreichen. Zudem wird im Gutachten angeregt, pflegebedürftige Menschen auch im Sinne von Menschen mit Behinderung zu begreifen und damit Leistungen zur Wiedereingliederung in die Finanzierung von Pflege- und Rehabilitationsleistungen einfließen zu lassen.

Schließlich und besonders wichtig: Es wird darüber nachzudenken sein, inwieweit die Pflegeversicherung nicht nur als eine *subsidiär* konzipierte (Teilkasko-)Versicherung, sondern als eine *Vollversicherung* zu gestalten ist. Nur auf diese Weise wäre es möglich, dass Menschen in ihrer höchsten Ausprägung von Vulnerabilität – zugleich in ihrer größten finanziellen Unsicherheit – jene Sicherung und Versorgungsqualität erfahren, die für Autonomie, Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden entscheidend sind. Die finanziellen Belastungen, die damit auf das Individuum im Lebensverlauf zukämen, wären beträchtlich: sie würden eine Neuanpassung der finanziellen Planung erfordern. Zudem müsste geprüft werden, inwieweit jene Menschen, die aufgrund eines sehr geringen Einkommens derartige Beitragssätze nicht finanzieren könnten, steuerlich unterstützt werden können. Entscheidend aber ist, dass in der Öffentlichkeit vermehrt auf die Notwendigkeit des qualitativen Ausbaus der Pflegeleistungen hingewiesen wird – und damit auch auf die Notwendigkeit der finanziellen Vorbereitung eines jeden Menschen auf die Inanspruchnahme von Pflege. Ohne eine *Veränderung der gesetzlichen Ausgestaltung* der Pflegeversicherung wird eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege für alle pflegebedürftigen Menschen nicht sicherzustellen sein. Und doch: eine derartige Pflege ist für die Rundung, für die ausdrückliche Bejahung des eigenen Lebens in Grenzsituationen unerlässlich.

2. Konzeptioneller Hintergrund

Das vorliegende Gutachten stellt sich die Aufgabe, antizipativ die Versorgungslandschaft zu betrachten, wie sich diese im Verlauf der beiden kommenden Jahrzehnte darstellen *könnte* – und es ist zu ergänzen: wie sich diese darstellen *sollte*. Das Gutachten verbindet somit eine deskriptiv-analytische („darstellen könnte“) mit einer normativ-ethischen Argumentationslinie („darstellen sollte“). Es nimmt *vier* unterschiedliche Perspektiven ein, aus denen die Entwicklung der ambulanten, der teilstationären und der stationären Versorgungslandschaft betrachtet wird – diese Perspektiven seien nachfolgend skizziert. Sie machen deutlich, dass bei einer Thematisierung der Zukunft der Pflege und Pflegeinstitutionen zunächst von veränderten Lebensformen und Lebensstilen künftiger älterer Generationen auszugehen ist: Gesundheit, Unabhängigkeit, Wohnen, finanzielle Sicherheit, aktive Teilhabe werden in den künftigen Generationen älterer Menschen eine noch größere Bedeutung annehmen als in der Gegenwart. Es wird an die medizinisch-pflegerische Versorgung in noch stärkerem Maße die Erwartung herangetragen werden, dass sie die Perspektive auf eine wachsende Anzahl von Jahren in (relativer) Gesundheit und Selbstständigkeit bietet sowie verwirklicht. Möglicherweise wird sich auch das Krankheitsspektrum im Bereich der Langzeitpflege noch einmal zuspitzen: die neurokognitiven und neurovaskulären Erkrankungen werden – absolut und relativ betrachtet – noch größere Bedeutung einnehmen, das heißt, die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege wird die Perspektive eröffnen und verwirklichen müssen, alten Menschen mit stark ausgeprägten neurokognitiven und neurovaskulären Krankheiten eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle rehabilitative Pflege – mit umfassender psychologischer Unterstützung zu verbesserten Krankheitsverarbeitung – anzubieten und dabei einen zentralen Beitrag zur Erhaltung von Lebensqualität (unter anderem auf dem Wege der kontinuierlichen Stärkung von Autonomie und aktiver Teilhabe) zu leisten. In Zukunft werden sich nur Einrichtungen auf dem Markt halten können, die eine überzeugende Antwort auf das Faktum einer wachsenden Anzahl von neurokognitiv und neurovaskulär erkrankten Patientinnen und Patienten geben können: und dies in Termini der Autonomie, der aktiven Teilhabe, der Lebensqualität. Es ist zudem notwendig, dass sich das Spektrum der Interventionen in ambulanten, teilstationären und stationären Pflegesettings wandeln (erweitern) wird. Prävention, prärehabilitative und rehabilitative Pflege werden zunehmend an Gewicht gewinnen und auch von (potenziellen) Bewohnerinnen und Bewohnern zunehmend „eingefordert“ werden. Einrichtungen, die entsprechende Angebote nicht unterbreiten können, werden sich auf dem Markt keinesfalls mehr behaupten können: ganz ähnliches gilt auch für den Bereich der palliativen Pflege, die als ein zentrales, „natürliches“ Element eines umfassenden (comprehensive) Verständnisses von Pflege erklärt wird. Dies schon allein deswegen, weil in den künftigen älteren Generationen die familiäre Unterstützung und Versorgung im Falle schwerer, möglicherweise

oder mit Sicherheit zum Tode führender Erkrankungen lange nicht mehr in dem Maße sichergestellt werden kann wie heute.

2.1. Veränderungen in Lebensformen und Lebensstilen

Die *erste* Perspektive ist jene der Lebensformen und Lebensstile im hohen Alter, die auch im Lichte der gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Ereignisse und Entwicklungen betrachtet werden müssen, die die heutige und die künftige Generation alter Menschen (80+) erlebt haben. Die heutige alte Generation (Geburtsjahrgänge 1918-1938) hat den Aufbau und den Niedergang der Weimarer Republik, die Erstarkung und Etablierung nationalsozialistischer Politik, den Zusammenbruch des „Dritten Reichs“, in der alten Bundesrepublik Deutschland eine nicht erwartete Aufbauleistung, einen nicht erwarteten Wohlstand, in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik die rasche Etablierung einer kommunistischen Herrschaftsform erlebt, die der Einzelnen bzw. dem Einzelnen nur wenige Freiheitsmöglichkeiten bot. In den 1990er Jahren wurden die Angehörigen der Generation 1918-1938 Zeuge der Wiedervereinigung, die sie auch aktiv mitgestaltet hat. In Teilen war die in der alten Bundesrepublik Deutschland lebende Generation Mitgestalter der 68er Bewegung mit der tiefgreifenden Infragestellung gesellschaftlicher, politischer und kultureller Institutionen. In 20 Jahren wird eine Generation im hohen Alter stehen, die die Geburtsjahrgänge 1938-1958 repräsentiert. Die Erstarkung und Etablierung der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft wurde von dieser Generation nicht bewusst oder gar nicht erlebt, wohl aber von einem Teil dieser Generation der intensive Wiederaufbau sowie in der alten Bundesrepublik Deutschland ein rascher wirtschaftlicher Aufbau sowie die Entwicklung zuverlässiger politischer Institutionen. Die 68er Bewegung, ein tiefgreifender politischer Orientierungswandel (Stichwort: „Mehr Demokratie wagen“), ganz neue Orientierungen mit Blick auf die Annäherung der DDR und osteuropäischer Staaten wurden von dieser Generation nicht nur intensiv miterlebt, sondern konstituierten einen nicht geringen Teil der (politischen und personalen) Identität. Ein anderer Teil dieser Generation hat einen Großteil der ersten Entwicklungsjahrzehnte in der Deutschen Demokratischen Republik erlebt und hatte dabei zu einem großen Teil gar nicht die Möglichkeit gehabt, eine andere Politik- und Staatsform kennenzulernen. Den Zusammenbruch der ehemaligen DDR hat diese Generation im Alter von 30 bis 50 erlebt und den wirtschaftlichen wie infrastrukturellen Aufbau der neuen Bundesländer zu einem Großteil aktiv mitgestaltet. Die Erwartungen, Ansprüche und Anforderungen, die diese neue Generationen im hohen („vierten“) Alter an Institutionen, aber auch an die gesellschaftliche und individuelle Wohlfahrt richten wird, unterscheiden sich von jenen, die die Generation der alten Menschen heute artikuliert. Zudem werden sich die beiden angesprochenen Teile der neuen Generation noch einmal in ihren Erwartungen, Ansprüchen und Anforderungen voneinander unterscheiden. Diese Generationenspezifität von Erwartungen, Ansprüchen und Anforderungen müssen Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Altenarbeit ausdrücklich berücksichtigen, wenn es um die Konzeption und Umsetzung innovativer Versorgungs- und Begleitungsangebote geht. Auf diesen Aspekt wird an verschiedenen Stellen des Gutachtens einzugehen sein. Hinzu tritt die Ausstattung der beiden im Zentrum der Analyse stehenden Generationen mit materiellen und immateriellen Gütern. Welche

materiellen und immateriellen (vor allem: Bildung) Güter konnten die Angehörigen der beiden Generationen im Lebenslauf aufbauen, wie stellen sich die immateriellen und materiellen Güter im hohen Alter dar? Es wird beispielsweise in öffentlichen Diskursen hervorgehoben, dass die Renten und Pensionen innerhalb der heutigen alten Generation im Durchschnitt erkennbar höher sind, als die Renten und Pensionen innerhalb der künftigen alten Generation.

2.2. Veränderungen im Verständnis von Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Die *zweite* Perspektive: In Szenarien zur Zukunft der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege ist ausdrücklich auch das Verständnis von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu thematisieren; mögliche Veränderungen in diesem Verständnis sind in den Szenarien zu berücksichtigen. In vielen konzeptionellen wie praxisbezogenen Beiträgen zu Medizin, Pflege und Versorgung ist die Tendenz erkennbar, von einem einheitlichen und eigenständigen Begriff der Pflegebedürftigkeit auszugehen, der zwar in seinen verschiedenen Schweregraden abgeschichtet wird (Graduierung der Schwere von Pflegebedürftigkeit), der aber trotz dieser Abschichtung als ein *autochthoner* körperlich-geistiger Zustand verstanden wird: Pflegebedürftigkeit wird als etwas anderes verstanden als chronische Krankheit. In diesem Gutachten wird zum einen von der grundlegenden Annahme ausgegangen, dass das heutige Verständnis von Pflegebedürftigkeit einem tiefgreifenden Wandel unterliegen *sollte* und in naher Zukunft sicherlich auch unterliegen *wird*, dass zum anderen dieses gewandelte Verständnis Konsequenzen für die medizinisch-pflegerische Versorgung haben wird. Inwiefern ergibt sich die Notwendigkeit eines gewandelten Verständnisses?

Grundlegend ist hier die Erkenntnis, dass zwischen chronischer Krankheit einerseits und „Pflegebedürftigkeit“ andererseits eine enge Beziehung besteht, die als ein *Kontinuum* von körperlichen, kognitiven und alltagspraktischen (zum Teil auch von emotionalen) Einschränkungen und Verlusten zu verstehen ist. Eine bedeutende Aufgabe der Versorgung besteht darin, eine differenzierte Einschätzung der verschiedenen körperlichen, kognitiven, alltagspraktischen und emotional-motivationalen Funktionsbereiche bei chronischer Erkrankung vorzunehmen und dabei zu untersuchen, inwieweit durch *gezielte, Individuum-spezifische* Intervention ein Zuwachs an Einschränkungen vermieden oder sogar deren Rückgang bzw. Kompensation bewirkt werden kann. Den Hintergrund dieser Aussage bildet die Annahme, dass in den verschiedenen Funktionsbereichen Plastizität (bzw. Resilienz) besteht, die durch gezielte Intervention verwirklicht werden kann und muss. In jenen Fällen, in denen eine derartige primär *rehabilitative* Intervention umgesetzt wird, ist das Risiko einer weiteren Zunahme bestehender Einschränkungen (erkennbar) verringert; im günstigsten Falle kann die funktionelle Kompetenz sogar erhöht werden. In einem solchen Fall lassen sich die bei chronischen Erkrankungen vielfach zu beobachtenden, kontinuierlich-zunehmenden funktionellen Einbußen möglicherweise vermeiden oder deren Verlauf lässt sich zumindest erheblich verlangsamen. Das Gegenteil ist der Fall, wenn eine derartige Intervention nicht stattfindet: die chronische Erkrankung ist in ihrem weiteren Verlauf mit einer Zunahme an funktionellen Einbußen verbunden, die dazu beitragen, dass der Patient bzw. die Patientin in wachsendem Umfang auf Unterstützung angewiesen ist. Um es

noch einmal zu unterstreichen: die möglichst engmaschige Beobachtung der Patientin bzw. des Patienten in den verschiedenen Funktionsbereichen sowie eine gezielte, hochgradig spezifische Intervention (mit rehabilitativer Orientierung) bilden eine bedeutende Versorgungsaufgabe. Wenn sich diese umsetzen lässt, werden die heute sichtbaren funktionellen Einschränkungen in Teilen vermieden, in Teilen zeitlich verzögert, in Teilen im Ausprägungsgrad erkennbar verringert werden.

Dies bedeutet mit Blick auf die Versorgung: es werden – wenn sich ein derartiges Verständnis der Beziehung zwischen chronischer Erkrankung und Pflegebedürftigkeit durchsetzt – mehr und mehr Versorgungsangebote entstehen, die *stärker rehabilitationsorientiert* sind: diese stärkere Rehabilitationsorientierung müsste für die Medizin in gleicher Weise konstitutiv sein wie für die Pflege. Derartige Rehabilitationsangebote sollten in Form von ambulanter, mobiler und stationärer Rehabilitation konzipiert werden, aber auch in Form von pflegerischen Maßnahmen, die ausdrücklich rehabilitative Elemente (Heilmittel, Sport, Bewegung) integrieren. Entsprechende rehabilitativ-pflegerische Angebote müssen und werden die Pflegepraxis in Zukunft mehr und mehr bestimmen. Schon heute lassen sich erste konzeptionelle Entwicklungen in dieser Richtung beobachten.

2.3. Veränderungen in den dominanten Krankheitsbildern

Die *dritte* Perspektive nimmt die dominanten Krankheitsbilder in den Blick, die in Zukunft mehr und mehr die Versorgungssituation in pflegerischen Einrichtungen bestimmen werden. Hier sind zwei Entwicklungen zentral. Die *erste* Entwicklung: neurodegenerative Erkrankungen werden weiter an Gewicht gewinnen, weil es sich hier um jenen Formenkreis von Erkrankungen handelt, der besonders eng mit dem hohen Lebensalter korreliert ist. Aufgrund der Tatsache, dass die durchschnittliche Lebenserwartung weiter kontinuierlich ansteigen wird, ist davon auszugehen, dass Anzahl und Anteil neurodegenerativer Erkrankungen ebenfalls weiter zunehmen werden. Die bislang vorgenommenen Analysen der Präventionspotenziale neurodegenerativer Erkrankungen deuten auf vergleichsweise geringe Präventionseffekte hin. Es ist durchaus möglich, dass in den kommenden Jahrzehnten in wachsendem Maße Präventionspotenziale verwirklicht werden können, aber nach unterschiedlichsten Expertenmeinungen wird dies – wenn überhaupt – erst in fernerer Zukunft der Fall sein. Unter den neurodegenerativen Erkrankungen sind vor allem die verschiedenen neurodegenerativen Demenzformen sowie der Morbus Parkinson zu nennen. Die *zweite* Entwicklung: Die kontinuierlich zunehmende Gebrechlichkeit (Frailty) wird in Zukunft noch stärker das Krankheitsspektrum bestimmen als heute. Auch dies hat mit der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung zu tun. Schon heute nehmen Gebrechlichkeit und neurodegenerative Demenzen unter den zum Tode führenden Erkrankungen im hohen und sehr hohen Alter – zusammen mit den in Tiefe und Symptomatologie kontinuierlich zunehmenden Atemwegs- und Stoffwechselerkrankungen – eine dominante Stellung ein; hingegen besitzen Tumorerkrankungen als zum Tode führende Erkrankungen im hohen Alter ein deutlich geringeres Gewicht. Da Gebrechlichkeit, Demenz, sowie Atemwegs- und Stoffwechselerkrankungen in vielen Fällen eine vergleichsweise lange Laufzeit aufweisen, wird die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit progredienten chronischen Erkrankungen mehr

und mehr den medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgungsalltag bestimmen. Es werden immer mehr Menschen betreut werden, die über Jahre hinweg mit zunehmenden Krankheitssymptomen wie auch mit wachsenden Funktionseinschränkungen konfrontiert sein werden – und dies nicht nur im körperlichen, sondern auch im neurokognitiven Bereich. Die Aussage, wonach sich in der Medizin – auch ihrem Selbstverständnis zufolge – die Versorgung und Begleitung von chronisch Kranken zu einer dominanten Aufgabe entwickeln wird, kann vor dem Hintergrund der Epidemiologie von Erkrankungen nur bestätigt werden. Diese Entwicklung im Krankheitsspektrum hat auch Konsequenzen für die Sterbformen sowie für Palliativmedizin und Palliative Care: der Übergang von chronischen Erkrankungen zu präfinalen und finalen Krankheitsphasen wird mehr und mehr ein *fließender* sein, was letztlich bedeutet, dass sich auch das Selbstverständnis der Palliativ-Care von einer End of Life Care zur umfassenden, gegebenenfalls länger andauernden Betreuung und Versorgung von Schwerkranken und Demenzkranken (Dementia care) entwickeln wird.

2.4. Veränderungen in den dominanten Versorgungsorientierungen

Folgen wir in einer *vierten* Perspektive den Szenarien zur Morbiditätsentwicklung, wie diese hier kurz skizziert wurden, und weiterhin den Szenarien zur demografischen Entwicklung, dabei speziell der Entwicklung von familiären Pflegeressourcen, so ergibt sich mit Blick auf die dominanten Versorgungsorientierungen folgendes Bild: Im Kontext der Versorgung müssen und werden

- (a) die Prävention
- (b) die geriatrische Rehabilitation
- (c) die prärehabilitative und rehabilitative Pflege
- (d) die Palliativversorgung von Schwerkranken und Sterbenden
- (e) die Entwicklung zum Konzept der „erweiterten Familie“
- (f) die Entwicklung zum Konzept der „sorgenden Gemeinschaft“

wachsende Bedeutung gewinnen. Die Versorgungskomponenten werden zudem

- (g) vermehrt integriert werden müssen.

Für diese sieben Komponenten des angenommenen Szenarios seien folgende Argumente angeführt. Ad (a), *Prävention*: Die moderne Geriatrie lässt sich heute mehr und mehr von dem Grundsatz leiten, dass sehr viel mehr materielle und fachliche Ressourcen in die Präventionsforschung und Prävention (Umsetzung der Ergebnisse der Präventionsforschung in die Praxis) investiert werden sollten, als dies derzeit der Fall ist. Ein entscheidendes Argument lautet, dass dann, wenn Krankheiten eingetreten sind oder Krankheiten und assoziierte Funktionsverluste weit fortgeschritten sind, gerade im Alter nur mit begrenztem (wenn auch deutlich sichtbarem!) Erfolg interveniert werden kann. Entscheidendes Gewicht sei darauf zu legen, Krankheitsrisiken rechtzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken sowie in den bestehenden Krankheitsprozess möglichst früh einzugreifen. Denn mit dieser präventiven Orientierung lasse sich ein substanzieller Beitrag zur Zunahmen an (relativ)

krankheitsfreien Jahren im hohen Alter leisten. Dies ist nicht zu verwechseln mit „Anti-Aging“, einem Begriff, der in der Geriatrie grundsätzlich verworfen wird. Gemeint ist vielmehr, dem im hohen Alter erkennbar erhöhten Risiko der Frailty (mit den Folgerisiken der chronischen Krankheitsverläufe und Funktionseinbußen) entgegenzuwirken bzw. in den Prozess der Aggravation einer leichteren Frailty zu einer mittelschweren und schweren Frailty einzugreifen. Wenn diese präventive Intervention versäumt wird und sich erst einmal eine mittelschwere oder schwere Frailty ausgebildet hat, dann sind die Interventionsperspektiven deutlich ungünstiger. Diese Versorgungsorientierung sollte auch die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege zunehmend bestimmen. Pflegeangebote sollten auch in der öffentlichen Kommunikation nicht allein und auch nicht primär auf die „Bewahrung eines einmal eingetretenen Zustandes“, auch nicht primär und allein auf die Kompensation eingetretener Einbußen zielen, sondern auch und primär auf die Stärkung der Funktionsreserven und der Leistungskapazität mit dem Ziel, eine Frailty bzw. zunehmende Frailty zu vermeiden. Mit einem derartigen Angebot sollten alle modernen Pflegeeinrichtungen ausgestattet sein, die damit verbundene Aussage, etwas für die Erhaltung von Gesundheit und Funktionsfähigkeit tun zu können, sollte eigentlich von allen modernen Einrichtungen getroffen werden können (wobei hier die entsprechende infrastrukturellen und personellen Bedingungen geschaffen werden müssen). – Ad (b), *geriatriische Rehabilitation*: Im Falle eines tiefgreifend gewandelten Verständnisses der Beziehung zwischen chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit – nämlich als ein kontinuierlich progredientes Geschehen – wird die geriatriische Rehabilitation zu einer immer bedeutenderen Komponente der medizinischen Versorgung werden müssen. Diagnostik (im Sinne einer „Diagnose unterwegs“), Therapie und Rehabilitation werden zunehmend integriert werden müssen, „Heilung“ wird vermehrt im Sinne eines Rückgangs oder eines vermiedenen bzw. verlangsamten Fortschreitens funktioneller Einschränkungen verstanden werden müssen. Damit treten Fragestellungen in das Zentrum ärztlichen Entscheidens und Handelns, die der Logik der Rehabilitation folgen. Dieses Versorgungssegment ist schon heute und in Zukunft in noch stärkerem Maße unverzichtbar. Es könnte und sollte die Situation eintreten, dass die geriatriische Rehabilitation zu einem Dreh- und Angelpunkt aller medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen alter Menschen wird, sodass jede medizinisch-pflegerische Versorgungseinrichtung rehabilitative Elemente anbietet oder aber den Zugang zu diesen bahnt. – Ad (c), *prärehabilitative und rehabilitative Pflege*: Das Verständnis der aktivierenden Pflege muss und wird erweitert werden in Richtung einer rehabilitativen Pflege. Einzelne Elemente der Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sport und Bewegung) könnten in Pflegekonzepte aufgenommen und im Rahmen der Pflege angewendet werden. Der größere Teil der Heilmittel müsste als eigenständiges Versorgungssegment gedeutet und mit den Pflegeleistungen kombiniert werden, sodass sich ein integratives Konstrukt der rehabilitativen Pflege ergibt. Dieses integrative Konstrukt muss und wird in Zukunft den grundlegenden Versorgungsansatz zunehmend bestimmen. Die Qualität der Pflege wird und muss sich in Zukunft auch daran bemessen, inwieweit sie offen ist für jene Disziplinen, die Rehabilitation konstituieren, und inwieweit sie die Beiträge dieser Disziplinen in theoretische und praktische Pflegekonzepte integriert. Dies bedeutet konkret für stationäre Einrichtungen: diese werden nicht nur den Zugang zu den verschiedenen Heilberufen herstellen, sondern

auch mehr und mehr Infrastrukturen entwickeln, innerhalb derer die verschiedenen Heilmittelkomponenten zur Anwendung gelangen können (Raum für Krankengymnastik und Physiotherapie, Sport- und Bewegungsräume). – Ad (d), *Palliativversorgung für Schwerkranken und Sterbende*: Die Palliativversorgung muss auch Menschen mit schweren, progredient verlaufenden Erkrankungen konzeptionell und praktisch einbeziehen; eine Abgrenzung zur End of Life-Care ist notwendig, Ansätze einer Dementia-Care sind zu integrieren, wenn die Bewohnerin bzw. der Bewohner an einer neurokognitiven Erkrankung leidet. Entsprechende pflegerische und organisatorische Kompetenzen, aber auch entsprechende Infrastruktur mit dem Ziel, eine anspruchsvolle Palliativversorgung umzusetzen, muss vorgehalten werden (zum Beispiel speziell eingerichtete Zimmer für jene Menschen, die auf eine umfassende palliative Versorgung angewiesen sind. – Ad (e), *Erweiterte Familie*: In Zukunft wird die – heute noch hohe – Anzahl jener Familienmitglieder, die die Pflege Schwerkranker leisten können, zurückgehen; dies auch aufgrund wachsender räumlicher Mobilität und damit Distanz der Angehörigen. Somit wird es notwendig sein, dass Nachbarn und Freunde vermehrt Engagement für Schwerkranken und Sterbende übernehmen – diese müssen auch in ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegekonzepte integriert werden. Hier ergibt sich die Notwendigkeit intensiver kommunaler und verbandlicher, aber auch kirchlicher Initiativen, um das Modell der erweiterten Familie in der Praxis verwirklichen zu können; hier ergibt sich aber auch die Notwendigkeit der Arbeit an dem allgemeinen Verständnis von Demokratie (im Sinne gelebter gemeinschaftlicher – innerkommunaler – Solidarität). – Ad (f), *Sorgende Gemeinschaften*: In einem weiteren Sinne ergibt sich die Notwendigkeit der Umsetzung des Modells der „Sorgenden Gemeinschaft“, in der Angehörige, Nachbarn, Freunde und bürgerschaftlich engagierte Menschen mit Unterstützung durch Medizinerinnen und Mediziner sowie durch Pflegefachkräfte kooperieren. Der Impuls zu solchen sorgenden Gemeinschaften muss von der Kommune, von Verbänden, von Kirchen, von Selbsthilfegruppen ausgehen. Für die Pflege bedeutet dies, hauptamtliche Arbeiten mit bürgerschaftlichen Engagement-Arbeiten systematisch zu verbinden – dies ist auch eine Frage der Kompetenz und der zeitlichen Ressourcen der Pflegefachkräfte. – Ad (g), *Integration der einzelnen Komponenten*: Vor dem Hintergrund der hier skizzierten Versorgungskomponenten, die in Zukunft wachsendes Gewicht gewinnen müssen und gewinnen werden, ergibt sich auch die Notwendigkeit, ein *in summa* deutlich verändertes Gesamtkonzept zu entwickeln, welches

- (1) vermehrt kurative und palliative Elemente verbindet
- (2) vermehrt kurative und rehabilitative Elemente verbindet
- (3) vermehrt pflegerische und rehabilitative Elemente verbindet
- (4) vermehrt pflegerische und palliative Elemente verbindet
- (5) vermehrt kurative, pflegerische und palliative Elemente verbindet
- (6) der psychischen und kognitiven Gesundheit große Bedeutung beimisst
- (7) von erweiterten Familienkonzepten ausgeht und diese in der Versorgung akzentuiert
- (8) das Modell der sorgenden Gemeinschaft konsequent anspricht und umsetzt.

Hier sind nicht nur die fachlichen und ethischen Grundlagen einer in dieser Hinsicht erweiterten Versorgung zu schaffen, sondern auch die infrastrukturellen Grundlagen.

3. Erweitertes Pflegeverständnis als Grundlage von Pflegeinnovationen

Innovative Modelle ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege sind nicht allein von der Bauqualität, auch nicht allein von der Infrastruktur abhängig. Selbstverständlich ist es notwendig, dass eine stationäre Einrichtung vollumfänglich den Auflagen der Heimmindestbauverordnung folgt und eine Infrastruktur vorhält, die autonomie-, teilhabe- und lebensqualitätsförderlich ist, die zu einer Vielzahl an sozialen und kulturellen Aktivitäten anregt, die zum körperlichen Training und zu kognitiven Übungen motiviert, die gesundheitsorientiertes Verhalten begünstigt, die schließlich eine Balance zwischen Privatheit und Gemeinschaft herstellt. Und auch mit Blick auf die ambulante und teilstationäre Pflege lassen sich bauliche und infrastrukturelle Merkmale nennen, die positive Auswirkungen auf die Kompetenz, Zufriedenheit und Lebensqualität alter Menschen wie auch auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben. Doch sind Bau und Infrastruktur (auf die später noch ausführlich einzugehen sein wird; siehe Kapitel 5) nicht die einzigen Bedingungsfaktoren. Mindestens genauso wichtig ist das grundlegende Pflege-, Betreuungs- und Aktivierungskonzept. Wenn also von *innovativen Modellen* der Pflege gesprochen wird, dann steht zunächst die Pflege (einschließlich Betreuung und Aktivierung) im Zentrum des Interesses.

Es sind zwölf Aspekte der Pflege, der Betreuung und der Aktivierung, die in ihrer *Gesamtheit* für innovative Modelle ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege stehen. Diese zwölf Aspekte, die später ausführlicher dargestellt werden sollen, verdanken sich einer ausführlichen Analyse der nationalen, vor allem der internationalen Literatur; gerade letztere vermittelt sehr wichtige innovative Erkenntnisse, die zumindest *in Teilen* in die Versorgungspraxis übertragen und dabei auch systematisch evaluiert wurden.

Um die Richtungen zu veranschaulichen, in die die Innovationen weisen könnten, seien nachfolgend *drei* Themenbereiche angeführt, die innovative Aspekte in der Pflege widerspiegeln und für die Weiterentwicklung der Pflege-, Betreuungs- und Aktivierungspraxis in der Bundesrepublik Deutschland (diese ist ja Zielland der hier vorgelegten Expertise) bedeutsam sind. In jedem der drei Themenebereiche wird jeweils auf eine Arbeit eingegangen, die aufgrund ihrer konzeptionellen Rahmung, zudem aufgrund ihrer Anthropologie und Ethik zu einem erweiterten Verständnis von Pflege, Betreuung und Aktivierung körperlich und / oder psychisch erkrankter alter Menschen beitragen könnte oder bereits beigetragen hat – auch wenn der Transfer in die Praxis bislang (international und national) nur *vereinzelt* versucht oder erfolgreich umgesetzt wurde. Der erste Themenbereich verdankt sich der Forschung in der Arbeitsgruppe um Mike Nolan an der Universität Sheffield, der zweite Themenbereich

der Forschung in der ehemaligen Arbeitsgruppe um Tom Kitwood, ebenfalls an der Universität Sheffield, der dritte Themenebereich schließlich der Forschung in der ehemaligen Arbeitsgruppe um Lars Tornstam an der Universität Uppsala. Diese drei Themenbereiche wie auch die zu diesen durchgeführten empirischen Arbeiten korrespondieren mit der Anthropologie und Ethik des Auftraggebers dieser Expertise; auch aus diesem Grunde seien diese hier in Kürze angeführt.

3.1. Der erste Themenbereich: Beziehungsorientierte Pflege verwirklichen

Ein – zumindest aus der Perspektive der in der Bundesrepublik Deutschland bislang umgesetzten Konzepte von Pflege, Betreuung und Aktivierung – innovatives Pflegekonzept wurde von Mike Nolan und seiner Arbeitsgruppe entwickelt, in die Praxis umgesetzt und in der Praxis evaluiert. In der von Mike Nolan geleiteten Abteilung *Gerontological Nursing* der Universität Sheffield wurde ein Projekt entwickelt und umgesetzt, das das Akronym *AGEIN* trägt, welches für den Namen *Advancing Gerontological Education in Nursing* steht. Die Tatsache, dass in und mit diesem Projekt ein Beitrag zur Ausbildung (Education) im Bereich der Pflege geleistet werden soll, die Tatsache, dass in die Ausbildung auch gerontologischen Lehrinhalte integriert werden sollen, zeigt, worin das Innovative dieses Ansatzes und damit dessen Wert für die hier verfasste Expertise liegt: es soll eine deutlich veränderte Orientierung von Pflegefachpersonen angestoßen werden. Nolan und sein Arbeitskreis haben sechs unterschiedliche Zugänge zu einem umfassenden Verständnis der Pflege alter Menschen erarbeitet. Dabei zielen diese Zugänge auf eine tiefgehende Reflexion des Care-Begriffs, mithin auf die Analyse der eigentlichen Bedeutung von Care. Der Arbeitskreis umschreibt diese Zugänge mit „Senses“ und tut dies, weil im Pflegeprozess nur auf den ersten Blick die *sinnliche Dimension*, das *sinnliche Erfahren* gemeint ist; es geht in diesem Prozess – grundlegender betrachtet – um *Sinnerfahrung*, die als zentral für eine gelingende Pflege erachtet wird. Dabei gilt das Ziel der Sinnerfahrung in gleichem Maße für alte Menschen wie auch für Pflegefachpersonen, was heißt: es ist mit Blick auf letztere ausdrücklich auch die *berufliche Erfüllung* auf dem Wege von Sinnerfahrung im Pflegeprozess adressiert. Die „sechs Sinne“ (senses), die immer auch Aspekte des Sinnerlebens darstellen, umfassen: (a) Sicherheit, (b) Kontinuität, (c) Zugehörigkeit, (d) Absicht und Ziel, (e) Erfüllung, (f) Bedeutung und Sinn. Als Ziel ihrer praxisorientierten Forschung nennt die Arbeitsgruppe um Mike Nolan die Verbesserung der Pflege alter Menschen durch einen *beziehungsorientierten* Ansatz. Um zwei Beispiele für diesen beziehungsorientierten Ansatz in der Diktion von Mike Nolan zu wählen: Unter „Zugehörigkeit“ werden mit Blick auf alte Menschen (a) die Schaffung von Möglichkeiten zur Herstellung persönlich bedeutsamer Beziehungen sowie (b) die Überzeugung, geachtetes Mitglied einer Gemeinschaft zu sein, genannt. Mit Blick auf die Pflegefachpersonen (und auf weitere Berufsgruppen, die in die Pflege involviert sind) werden angeführt: (a) die Überzeugung, Teil eines Teams zu sein und dieses befruchten zu können, (b) zu einer Gruppe von Personen zu gehören, die über praxisbezogene gerontologische Expertise verfügen. Unter „Erfüllung“ werden mit Blick auf alte Menschen Möglichkeiten, persönlich bedeutsame und wertgeschätzte Ziele zu verwirklichen und im eigenen Han-

deln Zufriedenheit zu erfahren, angeführt, mit Blick auf die Pflegefachpersonen die Fähigkeit, gute Pflege zu leisten, sowie die Zufriedenheit mit dem eigenen pflegerischen Handeln – und zwar aus fachlicher wie auch aus ethischer Sicht.

Es sei im Hinblick auf dieses Modell folgende Frage gestellt, die einen essenziellen Part der Expertise berührt: Worin liegt das *innovative* Moment der Pflege? Inwiefern können sich Einrichtungen sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Verwirklichung dieses Modells gegenüber ihren Mitbewerbern differenzieren? Wie Mike Nolan und sein Arbeitskreis wiederholt betonen, ist das Konzept einer „Personen-“ oder einer „Patientenorientierten“ Pflege heute nicht mehr wirklich innovativ. Zum einen bleibt der Begriff der Person vielfach ungenau und er muss zudem für unterschiedlichste Konzeptgrundlagen und Zielsetzungen erhalten. Zum anderen gibt es eigentlich heute keine Institution mehr, die nicht von einer Personen- oder Patientenorientierten Pflege (bzw. Therapie oder Rehabilitation) sprechen würde, auch wenn die Akzentuierung der Person im Prozess der Pflege, der Betreuung und der Aktivierung nicht selten nur Programm und eben nicht Praxis ist – wofür sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Bildungsinhalte verantwortlich gemacht werden können. Mike Nolan und sein Arbeitskreis stellen dem Konzept der Personenorientierten Pflege jenes der *Beziehungsorientierten* Pflege gegenüber, sie sprechen in diesem ausdrücklich von der *Bezogenheit* der Pflegefachpersonen („interconnectedness“), und zwar nicht nur auf jene alten Menschen, für die sie pflegerische Verantwortung tragen, sondern auch auf Angehörige anderer Disziplinen, mit denen sie ein – von altem Menschen zu altem Menschen jeweils spezifisches – Team bilden: was die Zusammenstellung des Teams, was deren konkreten Arbeits- und Handlungsauftrag betrifft. Was bedeutet diese Aussage für diese Expertise, für die Entwicklung innovativer Pflege-, Betreuungs- und Aktivierungsmodelle? Zum einen: die *Beziehung* zwischen Pflegefachperson und altem Menschen steht im Zentrum, und hier die *Gegenseitigkeit* (Reziprozität) der Beziehung; übrigens auch in jenen Situationen, in denen ein alter Mensch mit Demenz betreut wird. Erst damit macht der Begriff der *Bezugspflege* Sinn, erst damit wird der Begriff der *biografisch* orientierten Pflege lebendig. In dieser Beziehung müssen viele motivationale, stimulierende, aktivierende Ressourcen verwirklicht werden, was einmal mehr die große psychologische Verantwortung (und Kompetenz) einer recht verstandenen Pflege, Betreuung und Aktivierung unterstreicht. Dieser Aspekt kann in der Entwicklung und Kommunikation innovativer Pflegemodelle nicht nachdrücklich genug hervorgehoben werden. Zum anderen: eine lebendige, nachhaltige, von gegenseitigem Respekt getragene Beziehung zu anderen Berufsgruppen (ebenfalls mit überzeugenden Formen der Reziprozität) ist als ein wichtiges, belebendes, kompetenzerweiterndes Moment der pflegerischen Arbeit zu verstehen. Oder anders ausgedrückt: wenn mehrere Disziplinen in der Pflege, Betreuung und Aktivierung alter Menschen intensiv kooperieren, dann wird das Konzept der *rehabilitativen Pflege* in optimaler Weise erfüllt. Die Beziehung der Pflegefachpersonen zu Angehörigen anderer Disziplinen und die Verwirklichung dieser Beziehung in einem umfassenden, differenzierten Konzept rehabilitativer Pflege bildet ein weiteres innovatives Moment, dem großes Gewicht bei der Entwicklung und Kommunikation neuer Pflegekonzepte beigemessen werden sollte. Darauf wird an späterer Stelle noch einmal einzugehen sein.

3.2. Der zweite Themenbereich: Die Personalität des demenzkranken Menschen achten

Dieses Beispiel geht auf die in den 1990er Jahren veröffentlichten Arbeiten des Theologen und Sozialarbeiters Tom Kitwood zurück. Kitwood strebte danach, im Menschen mit Demenz die *Person* mit ihrer einmaligen Geschichte, ihrer Motiv- und Wertstruktur zu erkennen und Pflege, Betreuung und Aktivierung so auszurichten, dass die Person in ihrer Beziehung zu anderen Menschen, in ihrer Beziehung zur Welt *lebendig* werden kann. Die zentrale Aufgabe der Pflege, Betreuung und Aktivierung sieht Tom Kitwood darin, zu einer möglichst natürlichen Beziehung zum Menschen mit Demenz zu finden, sich diesem möglichst konzentriert und mitfühlend – dabei möglichst frei von Vorurteilen (zum Beispiel über Demenz) – zuzuwenden und damit zu einer Aktualisierung von Motiven, Emotionen und Werten beizutragen. Gerade in den Emotionen sowie der Motivstruktur der Person erkennt Tom Kitwood eine für das Wohlbefinden zentrale Ressource. Er anerkennt, dass mit zunehmender Krankheitsschwere die Verletzlichkeit des Individuums zunimmt; dies heißt aber nun nicht, dass man sich von diesem abwendet, dass man dieses mit sich allein lässt, sondern dass man sich – im Gegenteil – diesem intensiv zuwendet: mit Empathie, mit hoher Konzentration, mit der Bereitschaft, sich von dem Gegenüber berühren zu lassen. Im Falle einer derartigen Pflegekonzeption kann viel von der Personalität des Menschen (mit Demenz) erfahrbar, ja sogar sichtbar werden – sichtbar in der Hinsicht, als sich Mimik und Gestik tiefgreifend wandeln, ungleich lebendiger werden. Beziehungen zu Arbeiten des Philosophen Martin Buber (die hier mit dem von Buber stammenden Begriff des „dialogischen Prinzips“ umschrieben werden sollen) wie auch des Psychologen Carl Rogers (die hier mit dem Titel eines in den 1970er Jahren von ihm veröffentlichten Buches umschrieben werden sollen: „Die Kraft des Guten“) sind unübersehbar. Wie eine derartige Begegnung zwischen Ich und Du zu einer „neuen Wesenheit“ – nämlich zu dem „Wir“ führt –, so kann sich in der empathischen, konzentrierten, wertschätzenden Haltung dem Menschen mit Demenz gegenüber „das Gute“ verwirklichen (aktualisieren), das man umschreiben kann im Sinne von Werten, Haltungen und Motiven, die für das konkrete Individuum mit Demenz konstitutiv waren und sind.

Das Innovative dieses Ansatzes im Hinblick auf Pflege liegt darin, dass hier die *Beziehungsdimension* der Pflege, dass hier aber auch ein *Menschenbild* (einschließlich dem Respekt vor der Würde des oder der Anderen) ganz in das Zentrum gerückt wird: und entsprechend ist die Ausbildung zur Pflegefachperson, entsprechend sind die Rahmenbedingungen der Pflegearbeit auch zu gestalten. Nun wird das Gutachten möglicherweise gerade an dieser Stelle mit einem Vorwurf konfrontiert werden: dass nämlich für einen derartigen pflegerischen Ansatz ausreichend Zeit notwendig sei und der Zeitmangel in der Pflege keine ausreichende Berücksichtigung finde. Dieser Vorwurf greift in einigen Teilen, in manchen aber nicht ganz. Er trägt in der Hinsicht, als jede Begegnung Zeit zu ihrer Entfaltung benötigt – in der sich die konzentrierte, einfühlsame, von Respekt bestimmte Haltung immer weiter ausbilden kann. In dem Gehetzt-Sein, in der nur kurz „zugestanden“ Zuwendung, im raschen

Handeln ist es sehr viel schwieriger, eine derartige Haltung auszubilden und zu zeigen. Innovative Pflegemodelle werden ohne ein Mehr an Zeit ihr innovatives Potenzial in praxi nicht vollumfänglich entfalten können. Aus diesem Grunde wird man nicht umhinkommen, mit einem Mehr an Zeit zu „werben“, dabei aber auch zum Ausdruck zu bringen, dass dieses Mehr an Zeit auch mit einem Mehr an Kosten verbunden ist. Doch wurde hervorgehoben, dass der angeführte Vorwurf nicht ganz greift. Denn es kommt ja nicht nur darauf an, dass man sich einem alten Menschen „länger“ zuwendet, sondern es kommt vor allem darauf an, dass man sich einem alten Menschen tiefer, konzentrierter zuwendet, dass man sich nicht von unnötigen Reizen, Impulsen und Handlungsanreizen ablenken lässt, sondern ganz bei dem Menschen mit Demenz „ist“. Schon eine derartige Haltung – die immer auch eine entsprechende Bildung, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung erfordert – kann durchaus im Sinne eines Potenzials für eine lebendige, die Persönlichkeit erkennende und achtende Beziehung angesehen werden. Dies heißt mit Blick auf Modelle innovativer Pflege, Betreuung und Aktivierung: Es wird zum einen eine derartige Haltung „gelebt“, wodurch Pflege ungleich lebendiger und stimmiger wird, es werden Rahmenbedingungen geschaffen, damit diese im Pflegealltag gezeigte Haltung weiter gefördert, weiter gestärkt wird, und schließlich wird ein derartiges Konzept in der Öffentlichkeit – der Fachöffentlichkeit wie auch der breiteren Öffentlichkeit – kommuniziert, um somit in besonderem Maße wettbewerbsfähig zu sein. Denn es ist zu bedenken: Bei der Entscheidung für ein bestimmtes Pflegeangebot, für einen bestimmten Träger spielt die Frage, inwieweit *Personalität, Begegnung, Respekt, Würdeachtung* Leitbilder der Pflege sind – und zwar nicht nur konzeptionelle, sondern auch praktische –, eine hervorgehobene Rolle.

3.3. Der dritte Themenbereich: Transzendenz: Spiritualität erkennen und leben können

Der schwedische Soziologe und Altersforscher Lars Tornstam hat schon Ende der 1980er Jahre ein Konzept entwickelt und kommuniziert, das er mit dem Begriff der „Gerotranszendenz“ umschreibt: Gemeint ist damit, dass alte Menschen (wie auch allgemeiner: Menschen in ihrer Konfrontation mit deutlich begrenzter Lebenszeit) beginnen, ihre Orientierung mit Blick auf die Inwelt und die Umwelt in Teilen neu zu akzentuieren: Die Beziehung zum eigenen Selbst (als Kern der Person) ändert sich, sie wird tiefer, es werden die subjektiv positiv wie auch negativ bewerteten Aspekte des Selbst deutlich prägnanter erfahren (und möglicherweise auch kommuniziert). Die Beziehung zu anderen Menschen unterliegt einer Wandlung: emotional (und geistig) tiefere Beziehungen werden im eigenen Erleben immer wichtiger, man konzentriert sich zunehmend auf diese Beziehungen, während andere Beziehungen eher (etwas) in den Hintergrund treten. Und schließlich entwickelt sich mehr und mehr eine kosmische Orientierung, das heißt, die Person ordnet ihr Leben in stärkerem Maße in kosmische Bezüge ein – man kann auch sagen: die Lebenszeit integriert sich mehr und mehr in die Weltzeit. Gerade vor diesem psychologischen und existenziellen Hintergrund erscheint der immer wieder – passager – erkennbare „Rückzug“ des alten Menschen nicht einfach als fehlendes Interesse an anderen Menschen, als zunehmenden Disengagement, sondern vielmehr als Möglichkeit, sich der eigenen

Inwelt und ihrer kosmischen Bezüge immer deutlicher bewusst zu werden und die wahrgenommenen inneren Prozesse lebendig werden zu lassen (auszudrücken). An diesem Modell ist für das vorliegende Gutachten von besonderem Interesse, dass empirische Arbeiten aus Pflegekontexten vorliegen, in die zentrale Modellaussagen übertragen wurden. Zwei Ergebnisse aus diesem Forschungskontext erscheinen hier besonders erwähnenswert. Erstens: Es konnte nachgewiesen werden, dass Pflegefachpersonen für einen derartigen „transzendentalen“ Ansatz besonders offen sind und diesen Ansatz als eine wirkliche Bereicherung pflegerischer Praxis wahrnehmen. Zweitens: Es konnte gezeigt werden, dass Pflegefachpersonen diesen Ansatz als einen bedeutsamen Impuls zu einer deutlich umfassenderen Betrachtung des alten Menschen und zu dessen tieferem Verständnis interpretieren: sie können nun Phasen des vorübergehenden (passageren) Rückzugs eher im Sinne des Versuchs einer intensiveren Auseinandersetzung mit sich selbst verstehen und fehlinterpretieren diesen Rückzug nicht im Sinne eines grundsätzlich abnehmenden Interesses an anderen Menschen und der Welt. Vor dem Hintergrund dieses veränderten (erweiterten, umfassenderen) Verständnisses des Erlebens und Verhaltens alter Menschen (wie allgemein des Menschen in seiner Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens) kann sich auch ein noch differenzierteres Pflegeverständnis und Pflegehandeln ausbilden, das von Pflegefachpersonen als stimmig, mithin als persönlich bereichernd wahrgenommen wird. Damit ist auch eine wichtige Grundlage für eine weiter verbesserte Pflegequalität geschaffen.

Was bedeutet dies für innovative Pflegemodelle? Die stärkere Konzentration auf die Inwelt des alten Menschen, die stärkere Beachtung spiritueller Orientierungen und Bedürfnisse, die möglichst feinfühlig, auf seelische und existenzielle Prozesse im Menschen ausdrücklich Bezug und Rücksicht nehmende Pflege ist ein entscheidende Etappe auf dem Weg zu einer Pflege, die die Persönlichkeit des Individuums erkennt und achtet und die auf Begegnung hin angelegt ist. Diese Art der Pflegekonzeption bildet zudem eine wichtige Komponente der Palliativpflege, die Menschen darin begleitet und unterstützt, die Grenzsituation der chronisch progredienten Erkrankung (von Pflegebedürftigkeit soll hier nach den Aussagen in Kap. 1 nicht mehr gesprochen werden) und des herannahenden Todes innerlich besser zu „verwinden“ wie dies einmal von dem Heidelberger Philosophen Hans-Georg Gadamer ausgedrückt wurde.

3.4. Zwölf Orientierungsalternativen

Die drei Themenebereiche können als Ausgangspunkt für die Erarbeitung von „Orientierungsalternativen“ dienen, die nun erfolgen soll. Was ist unter dem Begriff der „Orientierungsalternativen“ zu verstehen? Mit diesem Begriff wird veranschaulicht, dass die Entwicklung und Umsetzung einzelner Bereiche von Pflege-, Betreuungs- und Aktivierungskonzepten jeweils in unterschiedliche Richtungen weisen kann, wobei die eine Richtung eher eine „strukturkonservative“, die andere hingegen eine „strukturdynamische“ Orientierung widerspiegelt. Wenn von „*strukturkonservativ*“ gesprochen wird, so heißt dies, dass hier „klassische“ Richtungen angezeigt werden, in die die Pflege, Betreuung und Aktivierung wiesen bzw. auch heute noch weisen. Wenn von „*strukturdynamisch*“ gesprochen wird, so soll damit ausgedrückt werden, dass sich Pflege, Betreuung und Aktivierung weiterentwickeln: dies

mit Blick auf ihr grundlegendes Praxisverständnis (welches der Theorie und Empirie folgt), dies aber auch mit Blick auf Personalschlüssel, Personalqualifizierung und Infrastruktur.

Nachfolgend werden zwölf Bereiche angeführt, für die jeweils zwei Richtungen – eine eher „strukturkonservative“, eine eher „strukturdynamische“ – einander gegenübergestellt werden. In dem Maße, in dem sich eine Einrichtung mit Blick auf die einzelnen Bereiche für die strukturdynamische Richtung entscheidet, entscheidet sie sich dem Verständnis dieser Expertise folgend für *Innovation*.

Orientierungsalternative (1): Person- vs. Beziehungsorientierte Pflege

Innovatives Potenzial: Dialogische, reziproke Beziehungen zwischen alten Menschen und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern.

Orientierungsalternative (2): Dyadische vs. triadische und tetradische Orientierung in der Pflege

Innovatives Potenzial: Dialogische, reziproke Beziehungen nicht nur zwischen alten Menschen und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern, sondern auch zwischen diesen beiden Gruppen einerseits und Angehörigen, anderen Bezugspersonen der alten Menschen sowie Vertretern anderer Disziplinen andererseits („interconnectedness“). Hier spielen auch die Beziehungen zwischen Pflege und den anderen Berufsgruppen eine wichtige Rolle: diese Beziehungen sind ebenfalls zu stärken.

Orientierungsalternative (3): Geringer vs. stärker akzentuierte Sinnorientierung in der Pflege

Innovatives Potenzial: Thematisierung und Herstellung von Situationen durch Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, die – der biografischen Kasuistik folgend – von dem alten Menschen als stimmig bzw. sinnerfüllt gedeutet wurden und werden.

Orientierungsalternative (4): Versorgende vs. inspirierende und stimulierende Pflege

Innovatives Potenzial: Die Pflege wird von den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern aus einer Ressourcen- und Rehabilitationsperspektive betrachtet; die Identifikation und Aktualisierung von körperlichen, kognitiven, emotionalen, sozialkommunikativen und alltagspraktischen Ressourcen steht im Zentrum.

Orientierungsalternative (5): Gruppen- vs. Individual- und Gruppenangebote

Innovatives Potenzial: Die Pflege-, Betreuungs- und Aktivierungsangebote werden sowohl in Form von Individual- als auch in Form von Gruppenangeboten unterbreitet. Dabei ist eine Orientierung der Angebote sowie des Angebotstypus (Individual- vs. Gruppenangebot) an den bestehenden Kompetenzen und Bedürfnissen des Individuums maßgeblich.

Orientierungsalternative (6): Versorgungs- vs. Kompetenzansatz

Innovatives Potenzial: Im Vordergrund der Pflege steht nicht primär die Versorgung des alten Menschen, sondern vielmehr dessen Unterstützung bei der Kompensation eingetretener, chronifizierter Einschränkungen wie auch dessen Unterstützung bei der Wiedergewinnung von Selbstständigkeit und Autonomie. Selbstständigkeitsorientierte Skripta werden sowohl auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (unterschiedlicher Disziplinen) als auch auf Seiten der alten Menschen verstärkt, abhängigkeitsorientierte Skripta abgebaut.

Orientierungsalternative (7): Verzicht auf öffentliche Räume vs. Schaffung öffentlicher Räume

Innovatives Potenzial: Es werden gezielt Räume (dies in sozialer und physischer Hinsicht) geschaffen, in denen sich Menschen begegnen, in denen sie sich „in der Einzigartigkeit ihres Seins zeigen“ (Hannah Arendt), in denen sie gemeinsam etwas schaffen können. Es wird ein Konzept „gelebt“, das auf der Vita activa (Hannah Arendt) aufbaut: den anderen Menschen in seiner Einzigartigkeit zu respektieren, Freude an der gemeinsamen Tätigkeit gewinnen, im Austausch mit anderen Menschen Initiative zu ergreifen. Die Gestaltung der öffentlichen Räume ist an den Interessen, Bedürfnissen, Werten und Kompetenzen der Bewohnerschaft angelehnt; es wird keine Bewohnerin bzw. kein Bewohner aus den öffentlichen Räumen, die geschaffen wurden, ausgeschlossen.

Orientierungsalternative (8): Fehlende vs. gegebene Teilhabeorientierung

Innovatives Potenzial: Teilhabe an kulturellen und sozialen Aktivitäten, überhaupt an allen wichtigen Prozessen und Entscheidungen im stationären Kontext gilt als ein grundlegendes Recht. Transparenz der Entscheidungen und Entscheidungswege, Einbindung in Entscheidungen, schließlich die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Bewohnerschaft ist eine entscheidende Grundlage für die Verwirklichung dieses Rechts.

Orientierungsalternative (9): Fehlende vs. gegebene Lebensqualitätsorientierung

Innovatives Potenzial: Lebensqualität (ausdrücklich auch in ihren subjektiven Aspekten) ist eine Grundlage für die Entwicklung und Erhaltung von Angeboten sowie für die Art der Kommunikation, auch für die Art der Pflege, der Betreuung und der Aktivierung. Es wird kontinuierlich eine Analyse der Lebensqualität auf personaler Ebene durchgeführt.

Orientierungsalternative (10): Fehlende vs. gegebene spirituelle Angebote

Innovatives Potenzial: Spirituelle Angebote (zu denen auch religiöse Angebote zählen) mit größter Offenheit für die spirituelle (religiöse) Orientierung der Bewohnerinnen und Bewohner werden unterbreitet.

Orientierungsalternative (11): Fehlende vs. gegebene Öffnung nach außen

Innovatives Potenzial: Auch mit dem Ziel der Mehr-Generationen-Orientierung einer Institution und der Schaffung von Gelegenheitsstrukturen zur Generativität (Engagement für nachfolgende, vor allem für junge Generationen) geschieht die Öffnung nach außen; diese ist ein „Muss“ der Einrichtung.

Orientierungsalternative (12): Fehlende vs. gegebene Palliativorientierung

Innovatives Potenzial: Umsetzung moderner palliativmedizinischer und -pflegerischer Konzepte.

4. Innovative Konzepte ambulanter, teilstationärer, stationärer Pflege

Die Frage nach innovativen Konzepten der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege wurde in den vorangegangenen Kapiteln vor allem vor dem Hintergrund der Beiträge, die verschiedene Disziplinen zu einer fachlich und ethisch anspruchsvollen Pflege leisten können, beantwortet. In diesem Kapitel geht es um eine in Teilen notwendige Perspektivenerweiterung der Pflege, die sich auch auf die in Kapitel 5 darzulegenden baulichen Innovationen auswirken sollte. Die Perspektivenerweiterung bezieht sich vor allem auf die Entwicklung und Operationalisierung von „rehabitativer Pflege“. Den Schwerpunkt bildet dabei die stationäre Pflege, da die stationäre Pflege die beiden anderen Segmente der Pflege wenigstens in Teilen institutionell zu integrieren vermag: es ist durchaus funktional, wenn stationäre Pflegeeinrichtungen teilstationäre Angebote vorhalten (was ja vielfach geschieht) und zudem ambulante Pflegeleistungen anbieten.

4.1 Stationäre Pflege

Begonnen werden soll mit der stationären Pflege: in welche Richtung könnten und sollten die innovativen Konzepte in diesem Pflegesegment weisen?

Zunächst sei hervorgehoben: auf die stationäre Pflege werden wir auch in Zukunft nicht verzichten können. Auch wenn in verschiedenen Szenarien der Versuch unternommen wird, eine Pflege ohne stationäre Pflege zu denken, so muss angesichts der Morbiditäts- und Verletzlichkeitsentwicklung im hohen Alter bedacht werden, dass auf stationäre Einrichtungen nicht verzichtet werden *kann*; dazu sind spezifische Formen der Morbidität und Verletzlichkeit zu schwer, zu umfassend und zu tief. Dies heißt aber auch: Stationäre Einrichtungen werden sich darauf einzustellen haben, dass sie in wachsendem Maße mit einer Bewohnerschaft konfrontiert sein werden, bei denen schwere kognitive und / oder körperliche Erkrankungen vorliegen und zudem eine stark ausgeprägte, umfassende (also körperliche, kognitive, emotionale, alltagspraktische, kommunikative Bereiche des Individuums berührende) Vulnerabilität erkennbar ist.

Hier stellt sich eine *erste* Frage: Können innovative stationäre Einrichtungen so konzipiert werden, dass sie (a) das Prinzip des intimen Wohnens verwirklichen, dass sie (b) auch das Prinzip der *Reversibilität* in das Zentrum rücken, das heißt ein rehabilitativ orientiertes Pflegekonzept, das mit der Aussicht einer Rückkehr in den Privathaushalt verbunden ist, dass sie (c) alte Menschen dazu motivieren können, schon in einem früheren Krankheitsstadium in eine stationäre Einrichtung zu ziehen – und dies mit der begründeten Aussicht, wieder in die Privatwohnung zurückzukehren? Und es stellt sich eine *zweite* Frage: Können sich stationäre Einrichtungen auch zu *Kompetenzzentren* entwickeln, in denen auf der Grundlage eines rehabilitativen Pflegekonzepts vermehrt Gewicht auf die Erhaltung, vor allem auf die Wiederherstellung körperlicher, kognitiver, alltagspraktischer und kommunikativer Funktionen und Fertigkeiten gelegt wird? Erste Ideen zu derartigen Kompetenzzentren gibt es

ja bereits – hier sei die Pflegeinitiative des Vorsitzenden der DAK genannt, in der solche Zentren ganz im Zentrum stehen –, auch wenn diese Ideen von der hier darzulegenden Vorstellung und Konzeption doch erheblich abweichen. Und es schließt sich eine *dritte* Frage an: Werden Kostenträger, werden politische Institutionen bereit sein, eine derartige Entwicklung leistungsrechtlich anzustoßen und zu fundieren (nachhaltig zu stellen)? Auf diese drei Fragen sei nachfolgend eingegangen. Und die *vierte* Frage, die sich ergibt: werden sich genügend Betreiber von stationären Einrichtungen finden lassen, die bereit sind, ein innovatives Pflegekonzept umzusetzen und damit der Pflege eine erweiterte, wenn nicht sogar eine neue Perspektive zu eröffnen?

4.1.1 Das Prinzip des intimen Wohnens verwirklichen

Zur *ersten* Frage: Innovative Heime müssen bei der Entwicklung von Wohnangeboten in besonderer Weise auf die Wahrung von Intimität achten, wobei Intimität nicht nur ein hoch-individuelles Phänomen darstellt (wenn es um die Kriterien von Intimität geht), sondern auch ein biografisch gewachsenes Phänomen: es muss sichergestellt werden, dass die Wohnung bzw. das Appartement zahlreiche *biografische Erinnerungszeichen* trägt, um auf diese Weise das Gefühl der Kontinuität des personalen Lebens (man könnte hinzufügen: auch die Identität der Person) zu fördern.

Intimität meint: Bewohnerinnen und Bewohner fühlen sich in ihrem Zimmer oder Appartement auch wirklich zu Hause: und dies bedeutet, dass sie ihr eigenes Mobiliar mitführen, dass sie das Appartement so gestalten, wie es ihren Bedürfnissen entspricht – was auf jeden Fall fordert, eine ausreichend große Wohnfläche zur Verfügung zu stellen, die eine Vorbedingung für die Individualität der Einrichtung bildet (siehe Kapitel 5). Intimität meint aber auch *Privatheit*: Aus diesem Grunde ist zu gewährleisten, dass jedes Zimmer oder Appartement eine Klingel hat, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur nach einem kurzen Klopfen das Zimmer bzw. das Appartement betreten, sondern nach Ertönen eines Läutens (oder nach Aufscheinen eines Lichtzeichens) und dem Öffnen (der Freischaltung) der Türe durch die Bewohnerin bzw. den Bewohner. Dieses Prozedere kann bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer neurokognitiven Erkrankung sicherlich modifiziert werden (allerdings auch erst nach ausführlicher gemeinsamer Erörterung), es sollte aber in einem Heim einen *Standard* bilden, von dem nur in besonderen Fällen abzurücken ist. *Privatheit* meint schließlich, dass das Zimmer bzw. das Appartement in einem Gebäudekomplex eingefügt ist, der nicht an ein „typisches“ Pflegeheim erinnert, sondern der eher als Teil einer natürlichen Wohnumgebung gedeutet wird. Aus diesem Grunde wäre es optimal, in Zukunft vor allem den Bau von Pflegeheimen zu fördern, die sich auf verschiedene Quartiere „verteilen“ und auf diesen Weise das Gefühl der Intimität des Wohnens vermitteln. Solche Teile (Dependancen) eines Pflegeheims können durchaus 25 – 30 Zimmer (Appartements) umfassen und mit dieser Größe in das Quartier eingefügt werden. Nun kann man argumentieren: solche Dependancen rechnen sich für den Investor nicht. Hier ist klar zu erwidern: nur dann, wenn ein ausreichendes Maß an Intimität gewährleistet ist – und dies heißt auch: ein ausreichendes Maß an Privatheit, die sich auch dem Individuum überzeugend vermittelt, wird ein Beitrag zu dessen Lebensqualität geleistet: und diese muss im Vordergrund stehen. Dabei darf nicht

übersehen werden, dass Intimität und Privatheit auch zentrale Einflussfaktoren von seelischer Gesundheit bilden. Schließlich ist das intime Wohnen in hohem Maße daran gebunden, dass Bewohnerinnen und Bewohner nicht durch Mitbewohner gestört werden. Dies ist einer der wesentlichen Faktoren, die sich höchst negativ auf das Gefühl der Intimität und Privatheit, übrigens auch der Sicherheit auswirken: durch laute, agitierte Mitbewohner, durch deren Verhaltensauffälligkeiten in Sprache und Handeln erheblich gestört und verunsichert zu werden. Gerade dies nimmt einem das Gefühl, einen Wohnort gefunden zu haben, der auch Lebensort ist. Aus diesem Grunde ist bei der Belegung von Zimmern oder Appartements besonders darauf zu achten, dass Menschen in unmittelbarer Nachbarschaft leben, die in ihren Lebensformen, in ihren Kompetenzformen, in ihren Ressourcen einander entsprechen oder sich in hohem Maße ähneln.

4.1.2 Das Prinzip der Reversibilität verwirklichen

Inwieweit lässt sich das Prinzip der Reversibilität praktisch verwirklichen? Diese Frage mag auf den ersten Blick überraschen, ja, unrealistisch anmuten. Dabei ist aber zu betonen, dass noch in den 1980er Jahren intensive, als innovativ eingeschätzte Diskurse darüber stattgefunden haben, inwieweit der Einzug in ein Altenheim oder Pflegeheim als *reversibel* gedacht und gestaltet werden könne – hier sei zum Beispiel und vor allem der Zukunftsbericht der Landesregierung von Baden-Württemberg aus dem Jahre 1987 mit dem Titel „Altern – Chance und Herausforderung“ angeführt, in dem das Prinzip der Reversibilität ausführlich erläutert wurde. Die Vorstellung, die hinter einem solchen Prinzip steht, lässt sich wie folgt charakterisieren: Alte Menschen werden eine deutlich höhere Bereitschaft zeigen, in eine stationäre Einrichtung zu ziehen, wenn dieser Umzug mit der Perspektive verbunden ist, nach einer Verbesserung der körperlichen, kognitiven und seelischen Gesundheit wieder in ein häusliches Umfeld zurückkehren zu können. In einem solche Falle kann davon ausgegangen werden, dass alte Menschen nicht generell den Umzug in ein Pflegeheim bis zum Zustand schwerster chronischer Krankheit, einhergehend mit stark ausgeprägter physischer, kognitiver und emotionaler Symptombildung hinauszögern, sondern schon in einer früheren Phase der chronischen Krankheit und Symptombildung in eine stationäre Einrichtung einziehen – wenn sie sich denn von diesem Umzug erhoffen können, in ihrer physischen und kognitiven Funktionalität wie auch in ihrer emotionalen Befindlichkeit soweit gefördert zu werden, dass die Rückkehr in eine häusliche Umgebung durchaus realistisch erscheint. Im Falle, dass eine Einrichtung nicht nur Pflege-, sondern auch Rehabilitationsleistungen im engeren Sinne vorhält, ist in der Tat davon auszugehen, dass ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner wieder in das häusliche Umfeld zurückkehren kann (Grundsatz der physischen und kognitiven Plastizität sowie der kognitiv-emotionalen Resilienz). In jenen Fällen, in denen eine derartige Perspektive – nämlich Rückkehr in das häusliche Umfeld – in größerer Anzahl verwirklicht wird, sieht sich eine Pflegeeinrichtung in der vorgehaltenen Kombination aus Pflege- und Rehabilitationsleistungen bestärkt und vermag diese zudem als ein Differenzierungsmerkmal gegenüber anderen Einrichtungen (die ausschließlich Pflegeangebote akzentuieren) zu kommunizieren. Dabei ist zu bedenken, dass die heute mehr und mehr zunehmende Tendenz, stationären Einrichtungen *betreute Wohnappartements* anzugliedern (nämlich im Sinne des Modells des

„betreuten Wohnens“ oder des „betreuten Wohnens Plus“), eine derartige Reversibilität, kontextualisiert durch die Kompetenzorientierung, durchaus zu fördern vermag. Entscheidend für die Umsetzung eines solchen Prinzips ist die Bereitschaft der Kostenträger wie auch der politischen Institutionen, die stärkere Integration von Pflege- und Rehabilitationsangeboten auch praktisch zunehmend zu verwirklichen; dies wird, so lautet die Annahme in diesem Gutachten, im Zuge des weiteren Aufwuchses von generalistisch orientierten Pflegeberufen auch zunehmend der Fall sein.

4.1.3 Das Prinzip der Kompetenzzentren verwirklichen

Zur *zweiten* Frage: Können sich Einrichtungen zu Kompetenzzentren entwickeln, in denen alte Menschen nicht nur eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege erhalten, sondern auch eine umfassende körperliche, kognitive und psychologische Rehabilitation, die auf die möglichst weitgehende Wiederherstellung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Teilhabe zielt? Diese Frage ist, wie dargelegt, auch für die Antwort auf die erste Frage mitentscheidend. Sie ist aber auch in der Hinsicht essenziell, als sie mit über das *Innovationspotenzial* stationärer Einrichtungen entscheidet: Dieses liegt natürlich auch in der Vorhaltung einer anspruchsvollen Infrastruktur, doch nicht allein in dieser; genauso wichtig ist die Entwicklung und Umsetzung eines kompetenz- oder ressourcenorientierten Konzepts, das auf dem Grundsatz der Rehabilitation bzw. der rehabilitativen Pflege gründet. Eine Einrichtung wird sich in dem Maße zu einem Kompetenzzentrum entwickeln, in dem sie Räumlichkeiten für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sport und Bewegung, psychologische und seelsorgerische Gespräche anbietet und Fachpersonen aus den entsprechenden Disziplinen zu attrahieren vermag, die entweder ihre Praxis ganz in die Räume der Einrichtung verlegen oder aber ein bestimmtes, signifikantes Stundenkontingent in die Einrichtung verlagern und auf diese Weise hohe Präsenz zeigen. Dabei sollten die Heilmittelangebote auch für Personenkreise außerhalb der Pflegeeinrichtung zugänglich sein, um damit die wirtschaftliche Prosperität der Heilmittelanbieter, um damit aber auch die „Öffnung“ stationärer Einrichtungen nach außen zu dokumentieren. Es werden in nächster Zukunft Einrichtungen benötigt, die hier als *Vorbild* dienen können und damit eine Entwicklung zu stärkerer Integration von Pflege und Rehabilitation in der Praxis (und eben nicht nur im Modell) anstoßen. Wenn es gelingt, Kranken- und Pflegekassen von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer derartige Entwicklung zu überzeugen (hier kann das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg auf entsprechende Erfahrungen in der Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg und der DAK blicken) und zudem Ärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (Hausärzte) in ein entsprechendes rehabilitativ-pflegerisches Konzept einzubeziehen (was auch schon Modellprojekten, zum Beispiel des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, erfolgreich umgesetzt wurde): dann ist die fachliche, infrastrukturelle und organisationale Grundlage für die Entwicklung eines derartigen Kompetenzzentrums „Rehabilitative, mehrdimensionale Pflege“ geschaffen. Mit einem solchen Kompetenzzentrum wäre auch ein sehr wichtiger Beitrag zur weiteren Differenzierung von Pflege in der fachlichen wie auch in der öffentlichen Meinung geleistet – für die Zukunft der Pflege wäre eine solche Entwicklung von großem Wert.

4.1.4 Kostenträger und politische Entscheider überzeugen

Zur *dritten* Frage: Ist es realistisch, Kostenträger und politische Entscheider von einem derartigen Konzept, von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer derartigen Entwicklung im Leistungs-geschehen überzeugen zu wollen? Die Antwort dieses Gutachtens ist eindeutig positiv. Worauf grü-ndet sich diese Antwort? Hier sind vier Erkenntnisse bzw. Überlegungen anzuführen. *Erstens*: Die Diskussion über die gesellschaftliche Antwort auf die zunehmenden Herausforderungen, die mit der Pflege alter Menschen verbunden sind, scheint sich mehr und mehr zu verfestigen und damit nicht mehr wirklich offen für neue Denk- und Lösungsansätze zu sein. Der gesamte Pflegediskurs verengt sich mehr und mehr auf die Frage nach der Anzahl der Köpfe, nach der Sicherung der Pflege durch eine ausreichende Anzahl von Pflegefachkräften und Pflegehelferinnen/-helfern und nach der Finan-zierung der Pflege. Dabei wird – so zum Beispiel in Verhandlungen im Deutschen Bundestag zur Zukunft der Pflege – aber auch angemahnt, dass nicht von einem statischen Modell der Pflege aus-gegangen werden dürfe, sondern von einem dynamischen, das die auch im Falle von schweren funk-tionellen Einschränkungen gegebene Veränderbarkeit (Plastizität) berücksichtige, mithin offen für rehabilitative Elemente in der Pflege sei. Durch eine konsequente Umsetzung von Rehabilitation im Prozess der Pflege, dies sei hier betont, kann es durchaus gelingen, einzelne Formen der Pflegebe-dürftigkeit (wenn man denn diesen Begriff in Zukunft weiter gebrauchen möchte) zu überwinden bzw. erkennbar zu lindern. Dies würde nicht nur Kosten sparen helfen, sondern würde auch die At-traktivität der Pflegeberufe spürbar steigern. *Zweitens*: Rehabilitation muss immer auch in ihrer *zuge-henden, aufsuchenden* Qualität betrachtet, verstanden und umgesetzt werden: es genügt nicht, die Re-habilitation alter Menschen alleine stationären Rehabilitationseinrichtungen zuzuweisen, sondern es ist auch notwendig, eine „Rehabilitation vor Ort“ anzubieten, wie dies in Konzepten der ambulanten, vor allem aber der mobilen Rehabilitation vielfach erfolgreich umgesetzt wurde. Stationäre und teil-stationäre Einrichtungen der Altenpflege wären ein passender Ort für die Umsetzung eines derart erweiterten Rehabilitationsverständnisses. *Drittens*: Es lassen sich Formen körperlicher und kogniti-ver Beeinträchtigung anführen, die einer klinisch-stationären Rehabilitation nur noch in geringerem Maße zugänglich sind, die aber von der Integration rehabilitativer Elemente in die aktivierende Pflege erkennbar profitieren. Das Institut für Gerontologie hat, darauf wurde bereits hingewiesen, in enger Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg ein Konzept entwickelt, das an dieser Überle-gung ansetzte: Rehabilitationsangebote müssen über das klassische klinisch-stationäre Setting hin-ausweisen; sie müssen zusätzlich in ein Gesamtkonzept der Pflege münden, das sich mit dem Begriff der „rehabilitativen Pflege“ umschreiben lässt. Hier werden physiotherapeutische, ergotherapeuti-sche, logopädische (Sprach-, Sprech-, Schluckstörungen) Angebote gezielt in das Pflegekonzept inte-griert, wobei Pflegefachkräfte gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten ein hohes Koordinationspoten-zial zu verwirklichen haben, das auch auf der Fähigkeit zur Entwicklung eines *Gesamtkonzepts* grü-ndet. Eine wichtige Komponente dieses Gesamtkonzepts bildet dabei auch die klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Intervention, wie sie sich allmählich in der Altenpflege und in der Arbeit mit alten Menschen zu etablieren beginnt. Für die Umsetzung eines derartigen Gesamtkonzepts ist

die bereits angesprochene räumliche Infrastruktur (Praxen in der Einrichtung) wichtig. *Viertens*: Eine derartige rehabilitative Orientierung – verbunden mit entsprechenden Kooperationsmöglichkeiten (zu den anderen Disziplinen), gestützt durch eine entsprechende Infrastruktur – ist ein bedeutender Motivator und Attraktor für Pflegeberufe, vielleicht sogar der entscheidende. Denn künftige Pflegefachkräfte lassen sich in ihrer Ausbildung auch vom Ethos der „Hilfe zur Selbsthilfe“ leiten. In dem Maße, in dem sie dieses Ethos umsetzen können, erscheint ihnen auch der Pflegeberuf als eine erfüllende Herausforderung, werden sie zu den besten Werbeträgern für diesen Beruf – und für jene Einrichtungen, in denen sie ein derart innovatives Pflegekonzept umsetzen können. Dies werden politische Entscheidungsträger begreifen und umsetzen müssen. Die Zukunft der Pflege entscheidet sich nicht nur am Lohnniveau, sondern auch am Portfolio konkret ausgeführter Tätigkeiten.

4.1.5 Den Mut zu neuen Pflege- und Wohnkonzepten aufgreifen und stärken

Zur *vierten* Frage: Stationäre Pflege ist kostenaufwendig; die Kosten werden keinesfalls allein durch Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt; hier müssen Familien zusätzliche finanzielle Leistungen – nicht selten sogar in erheblichem Umfang – erbringen. Dafür sind zusätzliche Anreize notwendig, die über die derzeit wirkenden Attraktoren erkennbar hinausgehen. Diese zusätzlichen Anreize liegen zum einen in einer ansprechenden *baulichen* Konzeption (auf die noch einzugehen sein wird), zum anderen in einer anspruchsvollen *Infrastruktur* (auch im oben genannten Sinne), weiterhin in einer vielfältigen *Bewohnerschaft* und schließlich in einem pflegerischen, sozialen und kulturellen *Angebot*, das in Umfang und Flexibilität geeignet ist, auf individuelle Bedarfs- und Bedürfnislagen differenziert zu antworten. Wenn man Ergebnisse aus Befragungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie auch von Interessentinnen und Interessenten bzw. von Bewohnerinnen und Bewohnern ernstnimmt, dann gewinnt man eine Vorstellung davon, als wie bedeutsam die Qualität des Wohnens, die Qualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fachlich wie menschlich) sowie die Qualität des Angebots für die Entscheidung des Umzugs in eine Pflegeeinrichtung eingeschätzt wird. Dabei kommt den aktivierenden und rehabilitativen Angeboten, so diese vorgehalten werden, eine besonders motivierende Funktion zu, weil mit diesen Angeboten die Wiedererlangung und Erhaltung von Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstverantwortung) und Teilhabe verknüpft wird. Dies heißt, Betreiber von Einrichtungen müssen den Mut haben, die Idee einer kompetenz- und ressourcenorientierten Pflege, in die rehabilitative Elemente integriert sind, umzusetzen; sie müssen weiterhin den Mut haben, eine entsprechende Infrastruktur vorzuhalten, damit ein derartiges Pflegekonzept umgesetzt werden kann; schließlich müssen sie auf ein attraktives bauliches Konzept setzen, das den Charakter von Wohnen (und zwar in ausreichender Intimität und Sicherheit) und Komfort vermittelt, zugleich den Charakter von Gemeinschaftlichkeit.

Potenzielle Investoren und Betreiber sollten ermutigt werden, neue, innovative Wege auf dem Gebiet der stationären (und teilstationären) Einrichtungen zu gehen, die sich an den aufgezeigten Prinzipien und Zielen orientieren. Die enge Kooperation mit Kranken- und Pflegekassen ist notwendig, um die Entwicklung rehabilitationsorientierter Pflegekonzepte auch aus Kostenträger-Perspektive

abzusichern. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass im Falle eines überzeugend formulierten und operationalisierten Gesamtkonzepts Kostenträger bereit sind, ein entsprechend innovatives Pflege- und Wohnkonzept zu unterstützen. Und es ist zu berücksichtigen, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit von *Wahlleistungen* bieten, zu denen durchaus spezifische Rehabilitationsleistungen vor Ort gehören können. Es darf auch nicht unterschätzt werden, dass alte Menschen durchaus eine wichtige Zielgruppe der gesetzlichen Krankenversicherer (und nicht nur der privaten) bilden (hier kann das Institut für Gerontologie auf einen reichen Erfahrungsfundus blicken). Dies hat damit zu tun, dass es mittlerweile genügend Entscheider auf den verschiedenen Ebenen einer Hauptverwaltung (der gesetzlichen Krankenversicherungsträger) gibt, die bei einem Blick in die Zukunft der Pflege an ihre eigenen Eltern bzw. Schwiegereltern wie auch an sich selbst und die Partnerin bzw. den Partner denken. Zudem wissen sie, dass auf dem Wege einer guten Pflege alter Menschen – ermöglicht durch einen entsprechenden Leistungszuschnitt der Kranken- und Altenpflege – auch neue Zielgruppen gewonnen werden können (Verwandte von alten Menschen, die sich zufrieden mit der Pflege zeigen). Es ist den Kranken- und Pflegekassen klar, dass ein deutlich erweitertes Leistungsportfolio (vor allem im Hinblick auf Rehabilitation) Wahlleistungen betrifft und somit zu einer Zwei-Klassen-Versorgung beitragen kann. Vielleicht ist diese sogar zu Beginn „notwendig“, um einen neuen Standard von Pflege- und Rehabilitationsqualität einzuführen, der sich nach und nach als allgemeinverbindlicher Standard herauschälen kann, auf den alle Bewohnerinnen und Bewohner ein Anrecht haben.

Investoren und Betreiber werden langfristig immer weniger in Einrichtungstypen investieren, die in ihrer baulichen und infrastrukturellen Substanz, aber auch in ihren Pflegekonzepten veraltet sind und aus diesem Grunde auch nicht attraktiv wirken. Zudem gibt es große „Heimketten“, in denen bauliche, infrastrukturelle, pflegerische und rehabilitative Qualitäten nicht wirklich überzeugend sind, sodass diese Einrichtungen langfristig nicht mehr konkurrenzfähig sein werden: denn welche alten Menschen, die über Rücklagen verfügen, werden bereit sein, diese für eine Art des Wohnens zu nutzen, die den eigenen Bedarfen und Bedürfnissen nicht entspricht? Und hier ist ja zu bedenken, dass sich diese Bedarfe und Bedürfnisse kontinuierlich wandeln – und zwar in Richtung auf ein höheres Niveau, einen höheren Standard.

Mit anderen Worten: Es wird sich ein neues Heim- und damit auch ein neues stationäres Wohnkonzept entwickeln müssen und entwickeln, das *auch im Durchschnitt gestiegenen* Erwartungen an Wohnkomfort, an Bausubstanz, an Infrastruktur, an autonomie- und teilhabefreundlichen Leistungsangeboten entspricht. Dieses Wohnkonzept wird nicht nur im Segment der Wohnstifte, sondern auch im Segment der Wohnheime (von Pflegeheimen sollte man erst gar nicht mehr sprechen) Graduierungen im Komfortgrad wie auch im Leistungsspektrum vornehmen: entsprechend den Ressourcen, die Bewohnerinnen und Bewohner einzubringen in der Lage und gewillt sind, werden sich Komfortgrad und Leistungsspektrum unterscheiden. Dabei wird es jedoch einen *Grundstandard* geben, der als allgemein verpflichtend wahrgenommen und erklärt wird und der grundsätzlich nicht unterschritten werden darf: Zu diesem gehört vor allem die Kompetenz- oder Ressourcenorientierung bzw. auf

Leistungsseite die Rehabilitationsorientierung, die sich von dem Ziel leiten lässt, Autonomie und Teilhabe und auf diesem Wege die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohner maximal zu fördern. Der Grundkatalog von Heilmitteln, der notwendig ist, um ein tragfähiges Rehabilitationsangebot als zentrale Komponente der rehabilitativen Pflege sicherzustellen, wird obligatorisch vorgehalten. Dazu wird eine notwendige Infrastruktur geschaffen, die von den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Heilmittel (einschließlich psychotherapeutische Versorgung) genutzt wird.

Ein derartiges Wohnheimkonzept wird – vor allem auch in jenen Fällen, in denen es sich auch auf klinisch-psychologische (psychotherapeutische) und spirituell-seelsorgerische Angebote stützt, ein hohes Marktdifferenzierungspotenzial aufweisen. Durch dieses Potenzial kann es dazu beitragen, der Pflege (hier: der Altenpflege) ganz neue Impulse zu geben.

Zur Teilhabe gehört aber auch die *Generationenmischung* im Quartier. Es sind eigentlich keine Wohnheime mehr denkbar, die nicht darauf zielen, in einen engen Kontakt mit Institutionen für junge Menschen (zum Beispiel Kindergärten, Schulen, Ausbildungseinrichtungen) zu treten, um auf diese Weise die Rahmenbedingungen für einen intergenerationellen Austausch zu schaffen, an dem nicht nur alten Menschen sehr viel liegt, sondern der auch von vielen jungen Menschen als befruchtend wahrgenommen wird.

4.2 Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflegeangebote eignen sich in besonderer Weise dafür, das Prinzip der Reversibilität – das für die Lebensqualität und das Wohlbefinden alter Menschen sehr wichtig ist – wie auch das Konzept der rehabilitativen Pflege – das für die Kompetenz- und Ressourcenorientierung ausschlaggebend ist – zu verwirklichen. Stationäre Einrichtungen sollten grundsätzlich teilstationäre Pflegeplätze und -angebote vorhalten. Dabei sollte eine erhöhte Durchlässigkeit zwischen stationären und teilstationären, bis hin zu den ambulanten Angeboten geschaffen werden. Diese Durchlässigkeit könnte sich wie folgt umschreiben lassen: Alte Menschen, die aufgrund einer chronisch progredient verlaufenden Erkrankung oder der Folgen einer schweren, akut auftretenden Krankheitsepisode (man denke zum Beispiel an einen Schlaganfall oder an einen Herzinfarkt) auf umfassendere Rehabilitation und Pflege angewiesen sind, könnten – nach Abschluss einer klinisch-stationären Rehabilitation und im Falle einer ausreichenden familiären Integration (Sicherstellung der familiären Pflege) – teilstationäre Pflegeangebote nutzen. Diese teilstationären Pflegeangebote sollten eine hohe rehabilitative (und nicht nur betreuende) Orientierung aufweisen und mit dieser auf die langfristige Wiederherstellung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, Autonomie und Teilhabe zielen. In dem Maße, in dem dieses Ziel erreicht wird, kann die Patientin bzw. der Patient wieder in das häusliche Umfeld entlassen werden. Zudem ist ein Konzept zu entwickeln, welches es ermöglicht, dass alte Menschen von einem teilstationären zu einem stationären Angebot wechseln können, wobei der Umzug in eine stationäre Einrichtung keinesfalls das Prinzip der Reversibilität ausschließen muss und darf.

Das Kernelement der Relation zwischen teilstationären Angeboten einerseits, ambulanten und stationären Angeboten andererseits bildet die *rehabilitative Pflege*, die auf die Erhaltung oder Wiederherstellung von Autonomie und Teilhabe zielt. Die rehabilitative Pflege gilt dabei nicht allein alten Menschen mit chronischen körperlichen Einbußen, sondern auch alten Menschen mit kognitiven Einschränkungen (bis hin zu den neurokognitiven Erkrankungen) und emotionalen oder verhaltensbezogenen Störungen. Teilstationäre Angebote können dabei ähnlich wie ambulante Angebote an jener rehabilitativ-pflegerischen, teilhabefreundlichen Infrastruktur partizipieren, die innovativ konzipierte stationäre Einrichtungen vorhalten. Die Zukunft der Altenpflege mit ihren drei Kernelementen: Stationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Versorgung wird in hohem Maße davon bestimmt sein, inwieweit es gelingt, konzeptionell und praktisch eine *erhöhte Durchlässigkeit* dieser drei Elemente zu sichern. So sollten Wohnmodelle entwickelt und umgesetzt werden, die eine höhere Kontinuität zwischen stationärer und teilstationärer Pflege herstellen: Nutzerinnen und Nutzer teilstationärer Angebote – wie auch deren Angehörige – realisieren im Verlauf der teilstationären Pflege, dass ein Umzug in die stationäre Einrichtung notwendig und fruchtbringend ist: was aber alten Menschen selbst wie auch deren Angehörigen nur dann als vorstellbar erscheint, wenn sich auch in der stationären Einrichtung in ausreichendem Maße rehabilitativ-pflegerische Konzepte etabliert haben, die zum einen auf die Förderung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung, zum anderen auf die Möglichkeit der später zu treffenden Entscheidung, in der stationären Einrichtung zu verbleiben oder in ein betreutes Appartement zu ziehen („Betreutes Wohnen“ oder „Betreutes Wohnen Plus“), zielen. Eine ganz ähnliche Durchlässigkeit muss zwischen teilstationären und ambulanten pflegerischen Angeboten hergestellt werden: für alte Menschen selbst wie auch für pflegende Angehörige ist die Möglichkeit, passager Unterstützung und rehabilitative Pflege in einer stationären Einrichtung zu finden, in hohem Maße entlastend – instrumentell wie auch emotional.

Die teilstationäre Pflege ebenso wie die Möglichkeit der Partizipation teilstationär rehabilitativ-pflegerischer Angebote an den stationären rehabilitativ-pflegerischen Angeboten erweist sich somit als das *zentrale Element einer auf Reversibilität der Entscheidungen hin angelegten Wohn- und Lebensform*. Die teilstationäre Pflege – man müsste korrekt sagen: die teilstationäre rehabilitativ-pflegerisch orientierte Aktivierung und Betreuung – könnte dann, wenn es ihr gelingt, körperliche, kognitive und sozialkommunikative Funktionen gezielt zu aktivieren sowie emotionale Prozesse therapeutisch zu fördern, ein sehr wichtiges Glied im pflegerischen Versorgungssystem werden: Sie würde nämlich nicht nur die ambulante Pflege stützen (und auf diesem Wege Angehörige entlasten), sondern sie würde auch der stationären pflegerischen Versorgung neue Impulse geben und neue Perspektiven eröffnen: nämlich hin zu einer auch auf Wiederherstellung von Funktionen, Fertigkeiten und Kompetenzen ausgerichteten Versorgung, hin zu einem Einrichtungstypus, der sich nicht alleine als ein „letzter“ Wohn- und Lebensort alter Menschen versteht, sondern als eine alternative Form innerhalb eines weiteren Spektrums von Wohn- und Lebensformen. Ein solcher Einrichtungstypus könnte zudem die Aufgabe eines „Kümmerers“ im Gesamtbereich der Pflege übernehmen: Derartige Modelle wurden häufiger in der pflegewissenschaftlichen und pflegepraktischen Literatur diskutiert.

4.3 Ambulante Pflege

Die ambulante Pflege ist in ihrem Selbstverständnis eigentlich auch eine anleitende, aktivierende und motivierende Form der Versorgung. Dieses Selbstverständnis lässt sich aber unter den heute gegebenen Versorgungsbedingungen nicht oder nur in engen Grenzen umsetzen. Die ambulante Pflege ist vielfach konfrontiert mit einem Zeitregime, welches eine umfassendere Betreuung der auf Pflege angewiesenen Menschen deutlich erschwert: in dieser Bewertung sind sich alle Experten auf dem Gebiet der Pflegeforschung einig. Dabei hat die ambulante Pflege ein hohes Potenzial mit Blick auf die Anleitung von pflegenden Angehörigen wie auch mit Blick auf therapeutisch wirkende Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen und schließlich mit Blick auf die Integration von freiwillig tätigen Personen in den Pflegeprozess – dies im Sinne einer Stärkung von *sorgenden Gemeinschaften*, in denen neben medizinischer und pflegerischer Fachkompetenz das bürgerschaftliche Engagement vertreten ist. Doch unter den aktuell gegebenen Finanzierungs- und damit Arbeitsbedingungen ist die Umsetzung dieses Potenzials, wenn überhaupt, dann nur sehr bedingt möglich und realistisch.

Der ambulante pflegerische Bereich ist jedoch für die Vermeidung einer Aggravation von Krankheitssymptomen wie auch von funktionalen und Fertigkeitseinbußen von größter Bedeutung; zudem ist er für die Entlastung der pflegenden Angehörigen zentral. Die enge Kooperation mit Hausärzten, zudem mit Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation (Heilmittelanbietern), schließlich die *potenziell* enge Verknüpfung mit Sozialarbeit, Sport und Bewegung sowie Bildung können zur Entwicklung und Umsetzung eines Pflegekonzepts beitragen, das in hohem Maße rehabilitativ und partizipatorisch orientiert ist. Hinzu tritt die bereits angesprochene Koordination von hauptberuflich und bürgerschaftlich erbrachten Leistungen im Pflegeprozess („sorgende Gemeinschaften“), die durchaus als eine weitere Aufgabe der ambulanten Pflege verstanden werden kann – die allerdings entsprechende finanzielle Vergütungen erfordert.

Nach Verständnis dieses Gutachtens sollte sich die ambulante Pflege mehr und mehr zu einer

- hilfe- oder pflegebedürftige Menschen anleitenden;
- betreuende oder pflegende Angehörige beratenden und anleitenden;
- gezielt aktivierenden (und damit rehabilitativ orientierten);
- in seelischen Anliegen unterstützenden (empathischen, zuhörenden, erarbeitenden);
- Sorgestrukturen mitaufbauenden und koordinierenden;
- in der Ausübung einzelner Funktionen gezielt unterstützenden;
- Kooperationen mit anderen Disziplinen (Medizin, Sport, Bewegung, Soziales, Kultur) aufbauenden

Tätigkeit entwickeln, der damit eine sehr wichtige Aufgabe in der Koordination eines auf vermehrte Autonomie, Teilhabe und Lebensqualität der auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen wie auch ihrer Angehörigen zuwächst. In diesem Aufgabenportfolio spiegelt sich das Selbstverständnis der

Pflege sehr gut wider. Die Förderung der praktischen Umsetzung innovativer Pflegekonzepte sollte auch dazu dienen, verstärkt zur Verwirklichung dieses Aufgabenportfolios beizutragen.

Eine besonders gute Möglichkeit zur Verwirklichung eines derartigen ambulanten Hilfe- und Pflegekonzepts bildet das Modell des *Betreuten Wohnens*, das in sich selbst noch einmal geschichtet werden kann – und zwar im Sinne der Wahlleistungen, die vorgehalten und von der Bewohnerin bzw. dem Bewohner in Anspruch genommen werden (zum Beispiel vermehrte persönliche Begleitung, erweiterte Aktivierungs- und Rehabilitationsangebote, vermehrte Unterstützung in alltagspraktischen Aufgaben und Funktionen). Das Betreute Wohnen sieht sich heute ebenso wie in der Vergangenheit dem Vorwurf ausgesetzt, „primär Wohnfläche bereitzustellen“, jedoch keine wirklichen Angebote vorzuhalten, die auf Stärkung von Autonomie, Teilhabe, Kompetenz und Lebensqualität zielen. Dies ist auch der Grund dafür, warum Angebote zum Betreuten Wohnen heute nur sehr bedingt angenommen werden und Betreute Wohnangebote ein sehr kleines Segment von Pflege bilden. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass derartige Wohnangebote dann, wenn die familiären Pflegeressourcen immer weiter zurückgehen, an Bedeutung gewinnen werden.

Aus diesem Grunde stellt sich heute vermehrt die Aufgabe, das Betreute Wohnen sehr viel stärker

- in Strukturen der Prävention (Sport, Bewegung, Kultur) zu integrieren;
- mit medizinischen Versorgungszentren zu verknüpfen;
- in Strukturen der (teil-)stationären rehabilitativ-pflegerischen Versorgung zu integrieren;
- zu einem zentralen Bestandteil von Sorgestrukturen zu machen;
- an psychotherapeutische Beratungsdienste anzubinden.

Die Integration in Strukturen der Prävention müsste auch *Transportdienste* bereitstellen, auf die Bewohnerinnen und Bewohner von Betreuten Wohnungen vielfach angewiesen sind; dies könnte zum Beispiel durch den Betreiber einer Betreuten Wohnanlage geschehen. Die Verknüpfung mit medizinischen Versorgungszentren würde den Bewohnerinnen und Bewohnern eine deutlich höhere Sicherheit mit Blick auf Unterstützung im gesundheitlichen Krisenfall geben; aus diesem Grunde empfiehlt sich die Erstellung einer Betreuten Wohnanlage in der Nähe eines medizinischen Versorgungszentrums (Ärztelhaus). Bewohnerinnen und Bewohner einer Betreuten Wohnanlage müssten die Möglichkeit haben, ohne größere logistische Probleme das (teil-)stationäre rehabilitativ-pflegerische Angebot zu nutzen: dies würde einen wirklichen Wettbewerbsvorteil bedeuten – unter der Voraussetzung, dass in unmittelbarer Nähe ein derartiges Angebot vorgehalten werden kann, das sich übrigens sehr gut in das Angebot medizinischer Versorgungszentren eingliedern ließe. Es wäre zudem gut, wenn sich der Betreiber einer Betreuten Wohnanlage kommunal engagieren würde, um Bewohnerinnen und Bewohner dieser Anlage in das bürgerschaftliche Engagement innerhalb einer Kommune zu integrieren: als *Umsorgte* wie auch als *Sorgende*.

5. Bauliche Rahmenbedingungen einer innovativen Betreuung und Pflege

Die baulichen Veränderungen bilden ein zentrales Merkmal innovativer Modelle stationärer Altenpflege – man kann auch sagen: den Dreh- und Angelpunkt. In diesem Kapitel wird die grundlegende These aufgestellt und begründet, dass die für die heutigen Pflegeheime charakteristischen Zimmer (mit ihrer geringen Fläche, mit ihrer sparsamen und wenig individualisierten Einrichtung) keinesfalls den Bedürfnissen künftiger Bewohnergenerationen entsprechen werden; gleiches gilt für die großen Pflegeheime mit ihrer charakteristischen „Gangstruktur“. Anstelle solcher Wohnkonzepte muss ein Konzept treten, das sehr stark dem Konzept der Wohnstifte angenähert ist. In dem Maße, in dem sich Pflegeheime dem Modell der Wohnstifte *annähern* – in baulicher Konzeption, Ausstattung, Infrastruktur, Angeboten –, ohne dieses kopieren zu wollen, werden sie Interessenten binden können, bei denen eine im Durchschnitt bessere Gesundheit und höhere Selbstständigkeit erkennbar ist als bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen. Mit einer derartigen Entwicklung kann die stationäre Altenpflege in gewisser Hinsicht „revolutioniert“ werden. Entscheidend ist der Mut, ein derartiges Wohnkonzept, das nachfolgend ausführlich dargelegt wird, in die Praxis umzusetzen. Bedeutsam sind hier auch Finanzierungsfragen, die gleichfalls ausführlich thematisiert werden.

5.1. Grundaussage: Annäherung von Pflegeheimen an Wohnstifte (Altenwohnheime)

Wenn über stationäre (wie auch teilstationäre) Einrichtungen gesprochen wird, die markt- und zukunftsfähig sein sollen (und wollen), so ist zunächst eine grundsätzliche Frage zu stellen: Lassen sich die nachfolgend aufgeführten baulichen Prinzipien überhaupt finanzieren? Lassen sich Einrichtungen mit einem hochinnovativen baulichen Konzept überhaupt wirtschaftlich betreiben? Sind die wirtschaftlichen Risiken nicht viel zu hoch?

Entscheidet sich eine Person heute dafür, in ein Pflegeheim zu ziehen und dabei ein Einzelzimmer zu nutzen, so kann sie davon ausgehen, dass sie – unabhängig vom Pflegegrad (Grade 2 bis 5) – einen Eigenanteil von ca. € 2.600 (mit erheblicher Variation nach Bundesland und Region) zu leisten hat; der Anteil aus der Pflegeversicherung variiert je nach Pflegestufe zwischen ca. € 750,00 und € 2.000. Aus der Kombination von Eigenanteil (konstant gehalten) und Pflegeversicherungsanteil (mit Pflegegrad variierend) ergeben sich für ein Einzelzimmer Gesamtkosten in Höhe von ca. € 3.350 bis € 4.600 (Durchschnittswerte mit hoher Variabilität nach Bundesland und Region). In diesem Preis sind *alle* Leistungen der Pflege und der Versorgung enthalten.

Die Frage, die sich an dieser Stelle erhebt: Werden künftige ältere Generationen bereit sein (ganz abgesehen davon: auch in der Lage sein), solche Kosten für einen Pflegeheimplatz aufzubringen? Nach Meinung des Verfassers dieses Gutachtens werden derartige Kosten für einen Pflegeheimplatz nur dann aufgewendet werden, wenn dieser einen hohen Wohnstandard und einen hohen Pflege-

standard sicherstellt. Im Folgenden steht der hohe Wohnstandard im Zentrum des Interesses (bauliche und Ausstattungsperspektiven).

Es wird hier die zentrale und dringende Empfehlung ausgesprochen, dass sich die Ausstattung von Pflegeheimen mehr und mehr der Ausstattung von Wohnstiften annähern sollte. Dies würde bedeuten, dass sich der „Zimmer-Charakter“ eines Pflegeheimes (mit einer Mindestgröße von 14 qm) hin zum „Appartement-Charakter“ eines Wohnstiftes (mit einer Mindestgröße von 28qm) entwickeln müsste. Dies würde weiterhin bedeuten, dass ein Pflegeheim mehr Fläche für Teilhabe, Aktivierung, Rehabilitation und Therapie bereitstellen müsste. Betrachtet man die Kosten für ein Wohnstift, das in aller Regel privat betrieben wird, so liegen diese für ein 1-Zimmer-Appartement (ca. 28 qm Wohnfläche, zudem Pflege bei vorübergehender Erkrankung) derzeit bei ca. € 1.600, für ein 1,5-Zimmer-Appartement (ca. 44 qm Wohnfläche) bei ca. € 2.500 (mit hoher Variationsbreite von Region zu Region). Ein Wohnstift bietet heute in aller Regel umfassende Fläche für Teilhabe, Aktivierung, Rehabilitation und Therapie, die in dem Pensionspreis enthalten ist. Wohnstifte stellen aus der Perspektive der Pflegeversicherung Einrichtungen mit *ambulanter* Pflege dar, was Konsequenzen für die *Höhe der Pflegeversicherungsbeiträge im Pflegefall* nach sich zieht: diese Beiträge werden nach Maßgabe der ambulanten Pflege und nicht nach Maßgabe der stationären Pflege bestimmt, wodurch sich eine erhebliche Differenz in den Anteilen der Pflegeversicherung an den aufgelaufenen Pflegekosten ergibt. Manche Wohnstifte haben eine Pflegeversicherungsergänzungsregelung eingeführt, also eine unternehmensinterne Pflegeversicherung, in die die Bewohnerin bzw. der Bewohner einzahlt, um im Falle der Pflegebedürftigkeit nur einen geringeren Eigenanteil an den Pflegekosten erbringen zu müssen.

Vergleicht man die Preise von Pflegeheimen mit jenen von Wohnstiften, so wird deutlich, dass sich die Kosten in den Wohnstiften vor allem dann über jenen in Pflegeheimen bewegen, wenn ein höherer Pflegebedarf gegeben ist – mit zunehmendem Pflegebedarf öffnet sich die Kostenschere zwischen Pflegeheim und Wohnstift immer weiter. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in Pflegeheimen mit einem Heimplatz alle Versorgungs- und Pflegekosten finanziert werden, in einem Wohnstift hingegen neben den Pensionskosten (die keine Vollversorgung, sondern nur eine Mahlzeit einschließen) Pflegekosten anfallen, die deutlich über jene Sätze hinausgehen, die von der Pflegeversicherung für die ambulante Pflege bereitgestellt werden. Würde die Pflege in einem Wohnstift ebenso wie die Pflege in einem Pflegeheim als „stationäre Pflege“ gewertet und entsprechend durch die Pflegeversicherung teilfinanziert, so wäre die Kostenschere bei weitem nicht so weit geöffnet.

Es ist vor dem Hintergrund des Bauniveau-, Infrastrukturniveau- und Kostenvergleichs zwischen Wohnstiften und Pflegeheimen durchaus sinnvoll, der Frage nachzugehen, ob in Zukunft Pflegeheime nicht sehr viel stärker den Charakter von Wohnstiften annehmen sollten, um auf diese Weise Autonomie, Teilhabe, Lebensqualität als zentrale Kriterien eines „guten Wohnens“ noch stärker in das Zentrum zu rücken.

Nun kann argumentiert werden, dass Pflegeheime vor allem deswegen so hohe Kosten verursachen, weil in ihnen Frauen und Männer wohnen, die im Durchschnitt einen deutlich höheren Pflegegrad aufweisen als die Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnstiften. Erstere benötigen eine „Vollversorgung“, während sich letztere in weiten Teilen selbst versorgen können – aus diesem Grunde ja der Pensionspreis in Wohnstiften in aller Regel nur eine warme Mahlzeit einschließt und den Bewohnerinnen und Bewohnern ein hohes Maß an Eigenverantwortung in der Erfüllung täglicher Bedarfe (Beispiel: Wäschereinigung) zuweist. Wenn diese Bedarfe nicht durch die Bewohnerin bzw. den Bewohner selbst gedeckt werden können, so fallen Zusatzkosten an.

Eine zentrale Annahme des Verfassers dieses Gutachtens lautet: wenn Pflegeheime eher den Charakter von Wohnstiften (oder Wohnheimen) hätten und dabei präventive und rehabilitative Pflege als Leistung sehr viel stärker in das Zentrum rücken würden, dann könnte auch davon ausgegangen werden, dass sie einen deutlich höheren Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern attrahieren würden, bei denen im Durchschnitt ein höherer Selbständigkeits- und Autonomiegrad bestünde als bei dem Durchschnitt der heutigen Bewohnerschaft. Zudem könnte davon ausgegangen werden, dass der Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit neurokognitiven Erkrankungen, die ja heute die Bewohnerschaft von Pflegeheimen mehr und mehr dominieren, unter anderen baulichen, infrastrukturellen und leistungsbezogenen Angeboten deutlich geringer ausfallen würde, weil das Pflegeheim dann nicht mehr als ein „letzter Lebensort“ begriffen würde, sondern als ein *alternativer* Wohn- und Lebensort, was ja das Ziel auch eines Pflegeheimes sein sollte. Im Falle einer – aus Kompetenz- und Ressourcenperspektive – veränderten Bewohnerschaft würden sich auch die Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation sowie der rehabilitativen Pflege mit Blick auf Wiedererlangung und Erhaltung von Funktionen und Fertigkeiten erkennbar erweitern: und dies mit der Folge einer Bewohnerschaft, unter der Bewohnerinnen und Bewohner mit höherer Kompetenz und höheren körperlichen sowie kognitiven Ressourcen quantitativ ein deutlich stärkeres Gewicht haben würden, als dies heute der Fall ist. Mit anderen Worten: Unter der Perspektive veränderter baulicher und infrastruktureller Bedingungen könnte sich die Bewohnerschaft in einer Richtung differenzieren, dass Pflegeheime nicht mehr nur als letzter Lebensort (den man möglichst lange zu meiden trachtet) begriffen werden, sondern als ein Wohn- und Lebensort, in dem zentrale Bedürfnisse – nach Autonomie, Teilhabe, Lebensqualität und Stimmigkeit – verwirklicht werden können.

Aber mehr noch: Es kann unter diesen günstigen Bedingungen davon ausgegangen werden, dass Pflegeheime (die man dann besser Altenwohnheim oder Altenpflegezentrum nennen würde) eine sehr viel stärkere Position mit Blick auf die Prävention, die Prärehabilitation und die rehabilitative Pflege gewinnen würden, oder anders ausgedrückt: dass diese auch aus der Perspektive der *Wiederherstellung* früherer Kompetenzen und Ressourcen betrachtet würden. Zusammen mit der Strategie, dass in ein derartiges Altenpflegezentrum Infrastruktur für Teilhabe, Aktivierung, Therapie und Rehabilitation implementiert würde, würde dieses eben nicht nur unter dem Aspekt der Pflege („contain conditions“), sondern auch und vor allem unter dem Aspekt der Rehabilitation („restore competencies“) betrachtet, was dessen Attraktivität einmalmehr steigern würde.

5.2. Nennung und Begründung von 13 Empfehlungen

An den Bau von stationären Einrichtungen, die im zukünftigen Wettbewerb bestehen wollen, sind folgende bauliche und infrastrukturelle Anforderungen zu stellen (differenziert jeweils nach Empfehlung und Analyse):

- (1) **Empfehlung:** Der „klassische“ Heimcharakter, der sich vor allem durch die bauliche Struktur vermittelt, muss aufgegeben werden. **Analyse:** An die Stelle eines großen Gebäudekomplexes, der in seiner Gesamtheit „das Pflegeheim“ ausmacht und für das Pflegeheim steht, sind mehrere Gebäudekomplexe zu schaffen, vor allem Cluster von Gebäuden (zum Beispiel von mehreren Gebäuden mit jeweils acht oder zehn Apartments). Dadurch würde sich eine stationäre Einrichtung zu einer „Wohnanlage“ entwickeln, in der sich auch die Infrastruktur für Prävention, Rehabilitation und Therapie befindet. Die Gebäude und Apartments sollen somit nicht nur der Heimmindestbauverordnung entsprechen, sondern sie sollen intra wie extra muros anspruchsvoll gestaltet sein. In den Clustern von Gebäuden müssen auch geschützte Einrichtungen für demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner integriert sein. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass sich die Anlage möglichst im Zentrum einer (Klein-)Stadt befindet, um auch auf diese Weise das Prinzip der „geöffneten Heime“ wie auch das Leitbild der intergenerationelle Beziehungen verwirklichen zu können.
- (2) **Empfehlung:** Von der Zimmer- zur Apartmentstruktur. **Analyse:** Einem alten Menschen ein Zimmer mit ca. 14-16qm Wohnfläche anzubieten, wie dies heute in stationären Einrichtungen Standard ist (der bisweilen sogar noch unterschritten wird), kann in Zukunft keinesfalls mehr ausreichen. Die Wohnumwelt der Zukunft muss im Kern *Apartmentcharakter* haben, das heißt, neben Wohnraum und Sanitärbereich einen im Ansatz abgeteilten Raumausschnitt ausweisen, der für das Bett reserviert ist. Zudem sollte in einer stationären Einrichtung eine bestimmte Anzahl von Wohneinheiten vorgehalten werden, in denen sich eine *Kochzeile* bzw. ein *Kochschrank* befindet (in diesem Falle würde die stationäre Einrichtung fast schon einem Pflegewohnheim entsprechen, was sicherlich im Interesse zahlreicher Interessentinnen und Interessenten läge). Es ist dem Verfasser des Gutachtens bewusst, dass mit diesen Forderungen eine Wohneinheitsgröße erreicht wird, die bei ungefähr 22qm beginnt. Doch unterhalb solcher Größen, ohne Vorhaltung von (optionalen) Wohneinheiten, die mit Kochzeile oder Kochschrank ausgestattet sind, werden stationäre Einrichtungen keine Zukunft mehr haben. Eine ca. 14-16qm umfassende Wohnfläche wird älteren Menschen in Zukunft im Kern auch nicht mehr zugemutet werden, wenn man bedenkt, dass sich in deren Biografie Ansprüche an das Wohnen entwickelt haben, die über jene der früheren und heutigen älteren Generationen deutlich hinausgehen, und Lebensstile bzw. Lebensformen entstanden sind, die eher auf Individualisierung und Singularisierung hindeuten denn auf eine stärker ausgeprägte Gemeinschaftlichkeit.

- (3) **Empfehlung:** Von den Zweibettzimmern zu den Ein-Bett-Appartements. **Analyse:** Nicht in allen Bundesländern finden sich Heimmindestbauverordnungen, die Zweibettzimmer verbieten. Zweibettzimmer sind *keine* tragfähige Komponente eines Heims mit Zukunft. Im Falle, dass zwei Menschen (Ehepaare, Paare, Freundinnen und Freunde, enge Bekannte) zusammenwohnen möchten, muss ein Zwei-Zimmer-Appartement mit entsprechend angepasster Wohngröße vorgehalten werden (in der Heimmindestbauverordnung des Landes Baden-Württemberg muss heute die angebotene Wohnfläche um ein Drittel erweitert werden, wenn eine zweite Person in der Wohneinheit lebt). Die Notwendigkeit der Verpflichtung zu Einbettzimmern, in diesem Gutachten erweitert: zu einem wenigstens im Ansatz gegebenen Ein-Bett-Appartement, ergibt sich schon alleine aufgrund der Tatsache, dass – wie bereits angedeutet – die Lebensform der zunehmenden Vereinzelung (was nicht bedeutet: Einsamkeit, Partnerschaftsunfähigkeit, Egozentrizität) gesellschaftlich mehr und mehr an Gewicht gewonnen hat und sich selbstverständlich auch auf die Wohnbedürfnisse im hohen Alter auswirken wird. Wohnen in stationären Einrichtungen ist immer auch unter dem Gesichtspunkt von *Privatheit und Dichte* zu betrachten. Verwitwete oder ledige Bewohnerinnen und Bewohner möchten – auch angesichts der inneren Auseinandersetzung mit Verletzlichkeit und Endlichkeit – in der Regel in einer eigenen Wohneinheit leben (Privatheit), die allerdings Teil einer größeren Wohnanlage ist, die somit auch Teilhabe ermöglicht (Dichte). Und auch im Falle des Zusammenlebens mit einem intimen Vertrauten soll das Gefühl der Privatheit aufrechterhalten bleiben: aus diesem Grunde lautet die Empfehlung, dass das Ein-Bett-Appartement erkennbar erweitert, gegebenenfalls sogar nach Erweiterung zu zwei ansatzweise geteilten Unter-Wohneinheiten umgestaltet wird.
- (4) **Empfehlung:** Das Ein-Bett-Appartement als eine Modell-Wohneinheit sollte auch für Bewohnerinnen und Bewohner mit einer neurokognitiven Erkrankung (hier sind vor allem die verschiedenen Formen der Demenz angesprochen) vorgehalten werden. **Analyse:** Nicht selten wird die Annahme aufgestellt, dass demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner lieber in einem Zweibett- als in einem Einbettzimmer wohnen. Die mit Demenzerkrankung häufig einhergehenden Empfindungen völliger Verlassenheit („aus der Welt gefallen sein“) werden als Basis für diese Annahme genannt. Allerdings stehen dieser Argumentation Gründe entgegen, die ihrerseits dafür sprechen, eine Ein-Bett-Appartement-Regelung zu wählen und innerhalb dieser Regelung *Optionen* zu schaffen, die das Zusammenwohnen mit einem anderen Bewohner bzw. einer anderen Bewohnerin eher ermöglichen. Die Gründe lauten wie folgt: Auch bei Menschen mit einer Demenzerkrankung ist das Bedürfnis nach einem kontinuierlichen Wechsel von Privatheit und Dichte, von Autonomie und Teilhabe eindeutig erkennbar. Auch Menschen mit Demenzerkrankung benötigen Phasen, in denen sie eher für sich sind, ebenso wie Phasen, in denen sie mit anderen Menschen zusammen sind. Das eigene Appartement erfüllt dieses Bedürfnis nach einer Balance von Autonomie und Teilhabe dann am besten, wenn eine stationäre Einrichtung *Treffpunkte für demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner* anbietet, die ein reichhaltiges, auf die individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen

zugeschnittenes Aktivierungs- und Teilhabeangebot vorhalten. Im Falle der aktiven Teilnahme an diesem Angebot werden sich bei demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern immer wieder Phasen einstellen, in denen sie auf ein höheres Maß an Autonomie und Ruhe angewiesen sind – diese Autonomie und Ruhe finden sie in ihrem Appartement. Zudem müssten die Apartments unmittelbar in einen öffentlichen Raum münden, der von den Bewohnerinnen und Bewohnern ohne Probleme erreicht werden kann: in diesem Falle wäre eine optimale Balance von Privatheit und Dichte, von Autonomie und Teilhabe geschaffen. Ein weiterer Grund für das Ein-Bett-Appartement-Modell auch bei demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern ist darin zu sehen, dass sich Menschen mit Demenz nicht nur in ihren Ressourcen und Kompetenzformen, sondern auch in ihren *Störungsbildern* erheblich voneinander unterscheiden. Dies bedeutet, dass der Eine dem Anderen durchaus zu einer großen, zusätzlichen Belastung werden kann, wenn bei diesem kognitive Störungen und Verhaltensstörungen bestehen, die jenen in seiner Alltagsgestaltung erheblich einschränken, wenn nicht sogar ängstigen. Und schließlich ist zu bedenken, dass sich die Wach-Schlaf-Rhythmen demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner in einem Maße unterscheiden können, dass das gemeinsame Wohnen in einem Zimmer unmöglich wird.

- (5) **Empfehlung:** Gerade mit Blick auf demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner sollten *Gästezimmer* bereitgehalten werden, die Angehörigen die Möglichkeit geben, sich für mehrere Tage an der Versorgung und Pflege aktiv zu beteiligen. Im Falle der Umsetzung des Ein-Bett-Appartement-Modells könnte erwogen werden, als obligatorisches Element der Ausstattung ein *Schlafsofa* vorzuhalten, das von der/m Angehörigen genutzt werden kann, sowie ein abschließbares Schrankfach, in dem die / der Angehörige ihre für die Besuche wichtigen Utensilien aufbewahren kann. **Analyse:** Angehörige nehmen die Möglichkeit, in regelmäßigen Abständen das Pflegeheim aufzusuchen und sich an der Versorgung und Pflege beteiligen zu können, vielfach als eine wirkliche Bereicherung wahr, die es ihnen auch leichter macht, die Versorgung und Pflege des Familienmitglieds in die Hände einer stationären Einrichtung zu geben. Die Bereitstellung von Gästezimmern oder die Möglichkeit, sich mit dem demenzkranken Familienmitglied für einige Tage die Wohneinheit zu teilen, wird dabei als eine wirkliche Hilfe empfunden, für deren Bereitstellung Angehörige gewillt sind, einen finanziellen Beitrag zu entrichten. Durch derartige, zeitlich ausgedehntere Besuchsmöglichkeiten wird die Kontinuität der Beziehung zwischen demenzkranken Angehörigen und den anderen Familienmitgliedern gefördert – was auch die Attraktivität einer stationären Einrichtung aus Sicht der Familie noch einmal erhöht.
- (6) **Empfehlung:** Vermeiden von Gangstrukturen, hin zu einem Gebäude (oder Gebäudeabschnitt) für acht bis zehn Bewohnerinnen und Bewohner. **Analyse:** Optimal wäre eine stationäre Einrichtung in Form von kleineren, überschaubaren, Intimität und Schutz vermittelnden *Wohnhäusern*, die ensembleförmig angeordnet sind. Zu den Wohneinheiten gehören Gemeinschaftsräume, vor allem aber eine ausreichend große Begegnungsfläche, zu der sich die einzelnen Wohneinheiten hin öffnen. Diese „Agora“, dieser öffentliche Raum sollte auch mit

einer Küche und mit einer Essecke ausgestattet sein, sodass sich die Bewohnerinnen und Bewohner auch (zur Zubereitung von Mahlzeiten bzw.) zum Essen treffen können. Das Modell der *Wohnhäuser*, in die ein Altenpflegezentrum (der Begriff „stationäre Einrichtung“ würde in diesem Fall nicht mehr verwendet werden) untergliedert wird, gibt einer Einrichtung eine sehr viel stärker ausgeprägte persönliche, individualisierende Note. Zudem trägt ein solches Modell dazu bei, dass diese Einrichtung in sehr viel stärkerem Maße als natürlicher Teil der Gemeinde wahrgenommen und adressiert wird. Der Verfasser dieses Gutachtens gelangt vor dem Hintergrund umfangreicher eigener Untersuchungen und Recherchen zum Themenkomplex „stationäre Altenpflege“ zu der Annahme, dass die Entscheidung für Wohnhäuser, in die ein Altenpflegezentrum untergliedert wird, eines der zentralen Merkmale des Wettbewerbsvorteils darstellt, den stationäre Einrichtungen der Altenpflege erzielen wollen und auch müssen (wenn sie auf dem Markt bestehen wollen). Diese Wohnhäuser müssen allerdings im Sinne eines Ensembles angeordnet sein, in dessen Mitte sich die angesprochene Agora befindet. Denn damit wird das Zusammengehörigkeitsgefühl, wird die Teilhabe aller Bewohnerinnen und Bewohner einmalmehr gefördert.

- (7) **Empfehlung:** Die Einrichtung (das Ensemble von Wohnungen) muss Kultur- und Aktivierungsräume vorhalten. **Analyse:** Nur eine solche Infrastruktur kann überhaupt Präventions-, Prähabilitations- und rehabilitative Pflegekonzepte unterbreiten. Dabei sollten auch Treffpunkte speziell für demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner vorgehalten werden. Kultur- und Aktivierungsräume sollten mit Instrumenten, Gegenständen und Hilfsmitteln ausgestattet sein, die früher für die Lebens- und Alltagsgestaltung der Bewohnerinnen und Bewohner repräsentativ waren und heute sind bzw. die von den Bewohnerinnen und Bewohnern benötigt werden (siehe Hilfsmittel). Ergänzend zu dieser Kultur- und Aktivierungsräumen sollten Räume vorgehalten werden, in denen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie neuropsychologische Aktivierung angeboten werden kann (die genannten Leistungen sollten als „Pflichtleistungen“ jeder modernen Form prärehabilitativer und rehabilitativer Pflege verstanden und definiert werden). Die Therapieräume sollten so ausgestattet sein, dass in ihnen basale Diagnostik, Therapie und Beratung (sowohl im Bereich der Körper- als auch im Bereich der Zahnbehandlung) vorgenommen werden kann. Räume, in denen Gymnastik und Bewegung verwirklicht werden können, müssen sich ebenfalls in der Einrichtung bzw. in dem Ensemble von Wohneinheiten befinden.
- (8) **Empfehlung:** Es ist eine Infrastruktur vorzuhalten, die geeignet ist, ein präventives, prärehabilitatives, rehabilitatives und sozial-integratives (partizipatorisches) Konzept umzusetzen. Es sind Räumlichkeiten zu schaffen, in denen Heilmittelanbieter entweder ihre Praxis einrichten können oder in die sie Teile ihrer Praxis auslagern können (Dependance-Regelung). **Analyse:** Damit wird nicht nur eine deutlich bessere Zugänglichkeit von Heilmittelangeboten für Bewohnerinnen und Bewohner geschaffen, sondern zugleich eine weitere Öffnung von stationären Einrichtungen nach außen: denn die Heilmittelangebote beschränken sich (auch im Falle einer Dependance-Regelung) nicht allein auf die Bewohnerinnen und Bewoh-

ner, sondern sollen ausdrücklich auch für Patientinnen und Patienten von außerhalb ausgelegt sein. Diese Infrastruktur erweist sich auch für das Konzept einer teilstationären Pflege – die in besonderem Maße rehabilitativ-pflegerisch orientiert sein sollte – als hilfreich.

- (9) **Empfehlung:** Sport- und Bewegungsräume sowie ein Schwimmbad sind als ein „Muss“ moderner Infrastruktur zu verstehen und entsprechend als Standard vorzuhalten. **Analyse:** Sport und Bewegung sind schon in den heutigen alten Generationen zentrale Elemente der Lebensführung und Alltagsgestaltung. Dies wird in den künftigen alten Generationen in noch deutlich stärkerem Maße der Fall sein. Wettbewerbsfähig werden stationäre Einrichtungen in letzter Konsequenz nur dann sein können, wenn sie Sport und Bewegung (Prävention) auch in ihrer Infrastruktur ausdrücklich betonen. Zur Infrastruktur gehören weiterhin ein Musik- und Kunstraum sowie ein Raum für Seelsorgedienste. Vorzuhalten ist ein Raum für psychotherapeutische sowie für (zahn-)medizinische Leistungen.
- (10) **Empfehlung:** Es ist auf eine Trennung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz und solchen ohne stärkere kognitive Einbußen hinzuwirken. Diese Forderung mündet in eigene Gebäude oder Gebäudeteile für demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner. **Analyse:** Damit ist alles andere als eine Segregation angestrebt. Natürlich trägt dieser Vorschlag segregierende Tendenzen in sich. Die Segregation kann aber dann abgebaut werden, wenn demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner eine in fachlicher, sozialer und ethischer Hinsicht optimale Aktivierung erhalten und wenn hohes Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hinblick auf die Schaffung einer teilhabefreundlichen Kultur erkennbar ist. Es kann schon heute den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern ohne stärkere kognitive Einbußen nicht zugemutet werden, mit Bewohnerinnen und Bewohnern zusammenzuleben, bei denen Demenzerkrankungen oder andere schwere neurokognitive Erkrankungen (zum Beispiel Morbus Korsakoff) gegeben sind. Bewohnerinnen und Bewohner ohne schwerere kognitive Einbußen erleben das Zusammenleben mit demenzkranken Menschen in aller Regel als eine große Herausforderung, wenn nicht sogar als eine große Belastung. Die ständige Konfrontation mit dieser Form der Vulnerabilität fördert Sorgen, wenn nicht sogar Ängste davor, in Zukunft selbst an einer Demenz zu leiden. Die räumliche Trennung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit *versus* ohne Demenz (oder andere schwere kognitive Einbußen) dient dazu, demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner ungleich besser zu stimulieren und zu aktivieren, sie vor möglichen Formen von Diskriminierung im Heim zu schützen, sie nicht dem ständigen Vergleich mit den nicht-geschädigten Bewohnerinnen und Bewohnern auszusetzen. Allerdings muss sichergestellt sein, dass sie eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Betreuung, Aktivierung und Versorgung erhalten und dass Partizipation sowie soziale Kommunikation auch weiterhin gesichert sind.
- (11) **Empfehlung:** Das getrennte Wohnen darf nicht Begegnungen zwischen Demenzkranken und Nicht-Demenzkranken unmöglich machen. **Analyse:** Keinesfalls sollten Begegnungsversuche unterminiert werden, im Gegenteil: diese sind zu fördern, sofern Interesse bei den Bewohnerinnen und Bewohnern (mit kognitiven Einbußen, ohne kognitive Einbußen) besteht.

Es wird in der Regel das Zusammenleben von Demenzkranken und Nicht-Demenzkranken in einem Wohnbereich verwechselt mit dem lebendigen Austausch zwischen diesen beiden Gruppen – zum Beispiel in den Bereichen Kultur, Bewegung, allgemeine Aktivierung. Das unmittelbare Zusammenleben ist, wie dargestellt wurde, in aller Regel mit emotionalen und sozialkommunikativen Problemen verbunden. Ganz anders sieht es aus mit den kontinuierlichen und natürlichen Begegnungen zwischen Demenzkranken und Nicht-Demenzkranken in der Agora, in Gemeinschaftsräumen, im Treffpunkt. Das Nicht-Zusammenwohnen zwischen beiden Gruppen ist der *Begegnung* zwischen diesen nur förderlich. Die Begegnung wird dabei nicht nur von Demenzkranken als eine wirkliche Bereicherung wahrgenommen, sondern auch von Bewohnerinnen und Bewohnern, bei denen keine Demenz besteht. Letztere nehmen das Engagement für Erstere als eine bedeutende Form von Solidarität wahr, die keinesfalls aus einer paternalistischen, behütenden Einstellung heraus erfolgt (bzw. erfolgen darf!).

- (12) **Empfehlung:** Die Wohneinheiten müssen eine technische Grundausstattung aufweisen, die es den Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglicht, digitale Medien zu nutzen. **Analyse:** In den künftigen Generationen alter Menschen wird noch deutlicher als in den heutigen das Bedürfnis nach Ausstattung der Wohneinheit mit einem Internetanschluss und PC artikuliert werden. Schon die heutige Bildungs- und Rehabilitationsforschung führt vor Augen, wie sehr digitale Kommunikationstechnologie dazu beiträgt, motorische, sensorische und kognitive Funktionsausfälle oder Verluste zu kompensieren und trotz dieser Ausfälle und Verluste ein (relativ) selbstständiges Leben in sozialer Teilhabe zu führen. Menschen mit schweren degenerativen Erkrankungen der Gelenke geben an, ohne Probleme auf einem PC Informationen und Nachrichten eingeben zu können. Menschen mit schwereren kognitiven Einbußen können mittels PC (Tablets) mit anderen Menschen kommunizieren; diese Kommunikation geht bis hin zu gemeinsamen Spielen, die mit Tablets unternommen werden können. Diese Beispiele zeigen, dass digitale Technologie als eine bedeutende Komponente jeglicher Art von Stimulierung und Aktivierung verstanden werden kann und aus diesem Grunde von Einrichtungen in die Konzeption und die Werbestrategie integriert werden sollte. Wohneinheiten müssen zudem so geräumig sein, dass technische Hilfsmittel mit dem Ziel der Förderung und Erhaltung von Mobilität integriert werden können (zum Beispiel Hebe- und Gehhilfen).
- (13) **Empfehlung:** Die stationäre Einrichtung sollte nicht im Zentrum, jedoch zentrumsnah liegen. Sie sollte in unmittelbarer Nähe von Einrichtungen für junge Menschen liegen, damit auf diesem Weg zu einem *lebendigen intergenerationellen Austausch* beigetragen werden kann. **Analyse:** Mehr und mehr stationäre Einrichtungen gehen heute dazu über, den kontinuierlichen Kontakt mit Kindergärten und Grundschulen, zum Teil auch mit weiterführenden Schulen zu suchen und zu pflegen. Der Austausch zwischen Jung und Alt wird von Ersteren wie von Letzteren als eine wirkliche Bereicherung empfunden. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, bei der Neukonzeption von stationären Einrichtungen eine Lage zu präferieren, die diese in der Nähe von Einrichtungen für junge Menschen platziert.

6. Versorgung von Menschen mit Demenz

Eine besondere Herausforderung für Pflegeheime bildet die Begleitung, Betreuung und Versorgung demenzkranker Menschen. Wie bereits angedeutet, ergibt sich diese Herausforderung aus qualitativer und quantitativer Sicht: die Pflege demenzkranker Menschen stellt hohe Anforderungen an die Pflegenden, wobei hier auch die besonderen Kenntnisse in Psychologie und Psychopathologie hervorzuheben sind (qualitativer Aspekt); die Wahrnehmung dieser pflegerischen Aufgaben wird noch dadurch erschwert, dass in Pflegeheimen viele demenzkranke Menschen leben, ja, die Demenzerkrankung die „Leiterkrankung“ in einem Pflegeheim darstellt: In den Heimen sind durchschnittlich 70 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner an einer Demenz (unterschiedlicher Ätiopathogenese) erkrankt (quantitativer Aspekt). Aus diesem Grunde gewinnt die *Spezialisierung der Betreuung und Pflege* auf die Bedarfe und Bedürfnisse, auf die Ressourcen und die kognitive, emotionale, sozialkommunikative und physische Vulnerabilität demenzkranker Menschen besonderes Gewicht für die fachliche und ethische Qualität einer Einrichtung wie auch für deren Wettbewerbsfähigkeit auf dem Markt. Diese spezifische Betreuungs- und Pflegekompetenz sollte auch nach außen vermittelt werden, um möglichst viele Interessentinnen und Interessen von dem Angebot zu überzeugen.

6.1. Ein innovatives Pflegekonzept in der Arbeit mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern – zehn Kompetenzbereiche

Aufgrund der Tatsache, dass die Demenzerkrankung – noch – die „Leiterkrankung“ in einem Pflegeheim darstellt, ist es angemessen, die Frage nach zentralen Qualitätsmerkmalen des Pflegeheims auch vor dem Hintergrund der Begleitung, Betreuung und Versorgung demenzkranker Menschen zu stellen. Ein zentrales Merkmal eines überzeugenden und wettbewerbsfähigen Pflegeheims bildet – allgemein gesprochen – auch die fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner, die sich auf dem neuesten Stand der psychiatrischen und psychologischen Pflegeforschung und Pflegepraxis bewegt. Dieser Stand lässt sich in zehn Kompetenzbereichen zusammenfassen, die in einem innovativen Pflegekonzept (mithin in einem innovativen, wettbewerbsfähigen Pflegeheim) umgesetzt werden *müssen*, da sie substantiell zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen:

1. *Erkennen der spezifischen Relation von Ressourcen und Verletzlichkeit sowie differenziertes Reagieren auf diese Relation:* Einer der größten Fehler in der Begleitung, Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz ist darin zu sehen, dass deren Heterogenität – mit Blick auf Lebensstil, Neigungen, Werte, Stärken (Ressourcen) und Formen bzw. Graden von Verletzlichkeit nicht erkannt und dementsprechend auch nicht in ein umfassendes („comprehensive“) rehabilitatives Interventionskonzept integriert wird. Positiv gewendet: in dem Maße, in dem Einrichtungen an dieser Heterogenität ansetzen – und dies sowohl in Diagnostik und Assess-

ment als auch in Intervention –, fördern sie die Lebensqualität sowie die Selbstständigkeit und Teilhabefähigkeit bzw. -bereitschaft der Bewohnerinnen und Bewohner. Zudem tragen sie dazu bei, eine „moderne“ Psychiatrie in eine „moderne“ Pflegekonzeption zu integrieren und damit die berufliche Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachhaltig zu fördern. Biografiearbeit, Treffpunkte, in denen sich demenzkranke Menschen austauschen, in denen sie Stimulation und Aktivierung erfahren können, eine Art des Wohnens, die Intimität und Sicherheit vermittelt, zugleich teilhabeförderlich ist, schließlich eine gute psychiatrische Diagnostik und Therapie, abgestimmt auf andere Interventionskomponenten: dies sind zentrale Bedingungen einer Arbeit mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern, die auf die spezifische Relation von Ressourcen und Verletzlichkeit ausdrücklich Bezug nimmt.

2. *Differenzierte Einschätzung der Aktivierungsmöglichkeiten sowie Herstellung einer tragfähigen Balance zwischen Phasen der Aktivierung und Phasen der Ruhe (des Rückzugs):* Von besonderer Bedeutung für ein überzeugendes Interventionskonzept ist die Fähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sorgfältig zwischen Phasen der Aktivierung und Phasen der Ruhe zu differenzieren und solche Phasen sicherzustellen. Nicht selten wird der Fehler begangen, demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner immer auf einen „mittleren“ Aktivierungsgrad einzustimmen und die notwendige Variabilität zwischen Aktivierung und Ruhe zu vernachlässigen. Es ist wichtig, dass Bewohnerinnen und Bewohner zu einzelnen (auch ihrem Tagesrhythmus entsprechenden) Zeiten eine stärkere Aktivierung erhalten (und zwar mit Materialien, die sie kennen und präferieren) und zu einzelnen Zeiten die Möglichkeit haben, sich auszuruhen und zu innerer Ruhe zu finden. Diese Balance zwischen Aktivierung und Ruhe erfordert eine hochgradig sensible Betreuung und Pflege, verbunden mit einer starken Person- bzw. Individuum-Orientierung. Diese muss ein Pflegeheim (oder ein Altenzentrum, ein Wohnstift) zu einem zentralen Prinzip der fachlichen Arbeit machen und dieses nach innen wie nach außen kommunizieren.
3. *Schaffung von anregenden, ruhefördernden, schützenden, nicht einengenden räumlichen Umwelten:* Bei der Charakterisierung eines innovativen baulichen Konzepts wurde hervorgehoben, wie wichtig es ist, dass Treffpunkte für demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohnern eingerichtet werden, in denen diese ein ausreichendes Maß an Begegnung, Aktivierung und Stimulation – in sozioemotional ausreichend intimen Beziehungen zu Pflegefachkräften und anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – erfahren. Zudem ist es wichtig, dass öffentliche Räume geschaffen werden, in denen sich demenzkranke Menschen frei und ungezwungen bewegen können, in denen sie zugleich Schutz und Intimität erfahren. – Ein gutes Beispiel für eine anregende, zugleich ruhefördernde und schützende, nicht einengende Umwelt sind *Pflegeoasen*, wie diese vor allem in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland entwickelt und umgesetzt wurden bzw. werden. Pflegeoasen geben der demenzkranken Person die Möglichkeit, in einer anregenden und ruhefördernden Umwelt sich selbst zu spüren und sich als in eine umfassende Ordnung integriert wahrzunehmen. Eigentlich dürfen Pflegeoasen heute nicht mehr in demenzfreundlichen Pflegeheimen fehlen. Es ist dabei von Person zu

Person zu prüfen, inwieweit Aufenthalte in einer Pflegeoase für das emotionale Wohlbefinden funktional sind oder nicht. – Eine weitere Einrichtung, die als obligatorisch für ein demenzfreundliches Pflegeheim anzusehen ist, bildet der *Treffpunkt*, in dem sich Gegenstände finden, die das besondere Interesse auch von demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern wecken, unter anderem weil sie biografische Nähe aufweisen und der Tiefe wie Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung demenzkranker Menschen angepasst sind. In diesen Treffpunkten muss *eine hochgradig individualisierte Begleitung und Pflege* verwirklicht werden.

4. *Vermeidung von pharmakologischer und körperlicher Fixierung*: Eigentlich muss dies zum Standard einer jeden guten Pflege gehören: die Vermeidung pharmakologischer Fixierung (durch sedierende Substanzen) ebenso wie die Vermeidung körperlicher Fixierung (zum Beispiel durch Bettgitter oder Gurte). Die jüngste Rechtsprechung hat die rechtlichen Bedingungen, die bei einer passageren Fixierung geschaffen bzw. eingehalten werden müssen, noch einmal präzisiert und weiter verschärft. Damit sollte auch zum Ausdruck gebracht werden, dass jegliche Form von Fixierung einen Eingriff in das Grundrecht auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V. m. Art. 104 GG) darstellt, der nur im Falle von absehbarer Selbst- und Fremdschädigung toleriert werden darf, und dann auch nur unter Erfüllung strenger rechtlicher Auflagen (BVerfG Urteil vom 24. 7. 2018).
5. *Einfühlen in verbale und nicht-verbale Mitteilungen*: Damit ist eine der großen Herausforderungen, vielleicht die größte Herausforderung der pflegerischen Betreuung demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner angesprochen. Zum einen erfordert das Einfühlen in verbale und non-verbale Mitteilungen ein hohes Maß an psychologischem Geschick, dessen Ausbildung profunde Weiterbildung wie auch umfangreiche Erfahrungen zur Voraussetzung hat. Zum anderen ist es notwendig, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein ausreichendes Maß an Zeit finden, um sich konzentriert und mitfühlend einer Bewohnerin bzw. einem Bewohner zuzuwenden: damit ist ein zentrales Merkmal der Bezugspflege angesprochen, die gemeinhin als Kern innovativer Pflege beschrieben wird. Für ein innovatives Pflegeheim muss die intensive Arbeit mit demenzkranken Menschen – dies heißt eine differenzierte Wahrnehmung und Deutung verbaler und non-verbaler Mitteilungen – ein „Muss“ darstellen.
6. *Respekt vor der Würde des Individuums, Schaffung von Möglichkeiten, damit die Würde des Menschen leben kann*: Von einer allgemeinen, der *großen* Würde, die jedem Menschen eignet und somit in keiner Weise an Merkmale, an Leistungen, an Erfolge gebunden ist, wird die *aspirationale* Würde abgegrenzt, die auf subjektiv bedeutsamen Würdekriterien gründet: die Person selbst definiert (beeinflusst vom näheren sozialen Umfeld, von gesellschaftlich bedeutsamen Institutionen, von der Kultur) jene Merkmale, die ihre Würde konstituieren, und sie erhebt direkt oder indirekt, explizit oder implizit den Anspruch auf den Respekt seiner Umwelt vor dieser subjektiv definierten Würde. Schließlich ist die *relationale Würde*, das heißt die *in Beziehungen zu anderen Menschen gelebte Würde* von den beiden genannten Zugängen

zur Würde abzugrenzen. Hier geht es darum, inwieweit andere Menschen die Person – direkt oder indirekt – darin unterstützen, *ihre Würde zu leben*. – Diese Differenzierung von Würdezugängen ist generell für die Betreuung und Pflege bedeutsam; sie gewinnt zusätzlich an Gewicht, wenn die Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen im Zentrum steht. Der Aspekt der Würde ist für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – die sich auch als eine *moralische Gemeinschaft* verstehen sollten – wichtig: in dem Maße, in dem sie die Erfahrung gewinnen, dass sie in ihrer Arbeit und durch ihre Arbeit dazu beitragen, dass demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner ihre Würde „leben“, das heißt verwirklichen können, wächst auch ihre berufliche Zufriedenheit und Identifikation mit ihrer Tätigkeit. Für eine Pflegeeinrichtung bietet dies einen bedeutenden Wettbewerbsvorteil, nämlich: *die Attrahierung und Bindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern*. Die Arbeitsbedingungen müssen so beschaffen sein, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Zeit und den Raum finden, sich in einem Maße und in einer Tiefe demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern zuzuwenden, dass sich deren Würde verwirklichen („leben“) kann.

7. *Vermeidung von Demütigung*: Damit diese Forderung verwirklicht werden kann, ist es notwendig, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davor schützen, demenzkranke Menschen zu demütigen. Die Möglichkeiten zu der bereits beschriebenen Bezugspflege, die für die korrekte Deutung von verbalen und non-verbalen Mitteilungen notwendige Kompetenz und Zeit, schließlich die Gelegenheitsstrukturen für die Verwirklichung von Würde sind entscheidende Rahmenbedingungen für die Vermeidung von institutioneller Demütigung.
8. *Verwirklichung einer palliativen Kultur*: Ein Pflegeheim muss grundsätzlich Merkmale einer palliativen Kultur aufweisen (siehe auch das Hospiz- und Palliativgesetz, am 5. 11. 2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedet und am 1. 1. 2016 in Kraft getreten: Pflegeheime werden verpflichtet, mit Hospizdiensten und Ärzten zusammenzuarbeiten, damit sterbende Bewohner nicht in Krankenhäuser verlegt werden). Es ist eigentlich undenkbar (und mit dem Gesetz ausgeschlossen), dass sterbende Bewohnerinnen und Bewohner von einer Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus verlegt werden, wenn dies ihr körperlicher und / oder seelischer Zustand nicht zwingend erfordert.
9. *Einbeziehung der nächsten Angehörigen in die Betreuung und Pflege*: Pflegeheime (oder Altenzentren) sollten es sich noch sehr viel stärker zur Aufgabe machen, die nächsten Angehörigen – so diese es wünschen – auch dann in die Betreuung und Pflege eines demenzkranken Menschen einzubeziehen, wenn dieser in einer stationären Einrichtung lebt. Angehörige suchen zwar durch den Umzug eines Familienmitglieds in eine stationäre Einrichtung Entlastung, sie möchten aber in aller Regel nicht den Kontakt zu diesem Familienmitglied aufgeben. Aus diesem Grunde wird das Angebot, sich in bestimmten zeitlichen Abständen immer wieder gemeinsam mit den Fachpflegepersonen um das erkrankte Familienmitglied zu kümmern, häufig positiv aufgenommen. Deshalb wurde in dem vorangegangenen Kapitel über bauliche Innovationen hervorgehoben, dass das Appartement eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin

ausreichend Raum bieten sollte, damit ein nahestehender Angehöriger gegebenenfalls für mehrere Tage bei dem demenzkranken Familienmitglied wohnen kann. Noch besser ist die Bereitstellung eines Gästeappartements, in dem ein nahestehender Angehöriger für mehrere Tage – bezahlt – Unterkunft findet und sich damit an der Betreuung und Pflege beteiligen kann. Eine derartige Strategie sollte die stationäre Einrichtung von den ersten Informationsgesprächen mit Interessenten an ausführlich kommunizieren. Es sollte dabei auch in Betracht gezogen werden, dass Angehörige den *Treffpunkt* für demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner besuchen und sich gegebenenfalls für einige Stunden an der Arbeit im Treffpunkt beteiligen.

10. *Entlastungsangebote für die nächsten Angehörigen*: Stationäre Einrichtungen sollten sich darauf einstellen, dass Angehörige auch dann, wenn das nahestehende Familienmitglied in die stationäre Einrichtung gezogen ist, immer noch emotional belastet sind: die – idealiter gemeinsam mit dem Familienmitglied getroffene – Entscheidung, dass das Familienmitglied nun in einer stationären Einrichtung lebt, aber schon die Tatsache, dass dieses an einer Demenzform leidet, wird von vielen Angehörigen als eine emotionale Belastung erfahren. In dieser Situation seelische Unterstützung zu finden, stellt eine große Entlastung dar. Stationäre Einrichtungen sollten sich aus diesem Grunde auf derartige Entlastungsangebote einstellen und deren Existenz nach innen wie nach außen kommunizieren: ein bedeutender Wettbewerbsvorteil.

6.2. Besondere Potenziale der Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen: Das Erkennen der Inseln des Selbst sowie deren gezielte Ansprache

Eine der großen Herausforderungen und Chancen der stationären (wie auch der teilstationären und ambulanten) Pflege bildet, wie bereits hervorgehoben wurde, die *Biografiearbeit*. Für eine stationäre Einrichtung (wie auch für teilstationäre und ambulante Pflegeangebote) ist die Biografiearbeit der Inbegriff einer fachlich wie ethisch anspruchsvollen und überzeugenden Betreuung und Pflege. Für Pflegefachpersonen ist die Biografiearbeit ein entscheidender Motivator für die Wahrnehmung dieses Berufs wie auch für die Bindung an den Beruf. Aus diesem Grunde ist es für jedes innovative Heimkonzept (Pflegekonzept) entscheidend, die Biografiearbeit ganz in das Zentrum zu rücken. Dies bedeutet auch, Arbeitsbedingungen zu schaffen, unter denen diese Biografiearbeit möglich wird. Im Wettbewerb der stationären (wie auch der ambulanten) Pflegeeinrichtungen ist Biografiearbeit auf jeden Fall ein Vorteil. Sie sollte in hohem Maße beworben werden, sie muss aber auch strukturell ermöglicht werden – vor allem durch die definierten Arbeitsbedingungen sowie durch das Leitbild der Einrichtung. Die Biografiearbeit muss allerdings auch *konzeptionell fundiert* werden. Dies soll vor allem durch den Begriff der „Inseln des Selbst“ geschehen, der in besonderer Weise auf die auch psychologisch komplexe Anforderungen hinweist, die mit einer fachlich und ethisch überzeugenden Betreuung und Pflege verbunden sind.

Wenden wir uns den Inseln des Selbst zu – einem psychischen Prozess, der Pflegende besonders herausfordert, dessen Hervorhebung im Pflegekonzept von besonderer fachlicher und ethischer Qualität der Pflege und des Pflegeheimes spricht.

Es ist vor dem Hintergrund eines Verständnisses des Selbst, das dieses nicht allein in seiner intellektuellen Qualität, sondern auch in seinen anderen Qualitäten – in seiner emotionalen, sozialen, kommunikativen, alltagspraktischen, empfindungsbezogenen und körperlichen Qualität – begreift, davon auszugehen, dass dieses auch bei einer fortgeschrittenen Demenz in einzelnen seiner Qualitäten fortbesteht, selbst wenn diese Qualitäten nur noch in Ansätzen ansprechbar und erkennbar sind. Hier kann durchaus ein Vergleich zur psychischen Situation eines in seinem Bewusstsein deutlich getrübteten sterbenden Menschen vorgenommen werden, der auch nicht mehr alle Qualitäten seines (früheren) Selbst zeigt, bei dem aber einzelne Qualitäten – wenn auch nur in *Ansätzen* oder *Resten* – erkennbar, vernehmbar oder spürbar sind. Dies zeigt sich zum Beispiel dann, wenn sterbende Menschen auf Musik, auf Texte, auf Gebete, aber auch auf Berührung, ja auch auf Geschmacks- und Geruchsempfindungen antworten, reagieren. Dies heißt für die stationäre wie auch für die ambulante Pflege: von einem umfassenden Verständnis des Selbst auszugehen, Biografiearbeit zu stärken, die hilft, mögliche Inseln des Selbst besser zu erkennen und zu verstehen. Dies heißt auch: Sobald eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner eingezogen ist, sollte alles dafür getan werden, wichtige Stationen und Vorlieben in der Biographie kennenzulernen – dies mit dem Ziel, in einer weiter fortgeschrittenen Phase der Demenz an diesen Stationen und Vorlieben anknüpfen zu können.

Auch bei einer fortgeschrittenen Demenz ist ausdrücklich von *Inseln des Selbst* zu sprechen. Das Selbst ist zunächst als ein kohärentes, dynamisches Gebilde zu verstehen, das sich aus zahlreichen Aspekten (oder multiplen Selbstern) bildet, die miteinander verbunden sind (Kohärenz) und die sich unter dem Eindruck neuer Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen kontinuierlich verändern (Dynamik). Bei einer fortgeschrittenen Demenz büßt das Selbst seine Kohärenz sowie seine Dynamik ein: Teile des Selbst gehen verloren, die bestehenden Selbstern sind in deutlich geringerem Maße miteinander verbunden, die produktive Anpassung des Selbst im Falle neuer Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen ist nicht mehr gegeben, wobei sich auch die Möglichkeit, neue Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen zu gewinnen, mit zunehmendem Schweregrad der Demenz verringert. Doch heißt dies nicht, dass das Selbst nicht mehr existent wäre. Für jeden demenzkranken Menschen – auch wenn die Demenzerkrankung weit fortgeschritten ist – lassen sich Situationen identifizieren, in denen er (relativ) konstant mit positivem Affekt reagiert, sei dies der Kontakt mit Menschen, die eine ganz spezifische Ausstrahlung und Haltung zeigen, sei dies das Hören von bestimmten Musikstücken, sei dies das Aufnehmen von bestimmten Düften, Farben und Tönen, oder sei dies die Ausführung bestimmter Aktivitäten. Die Tatsache, dass in spezifischen Situationen (relativ) konstant mit positiven Affekten reagiert wird, weist darauf hin, dass diese Situationen wiedererkannt werden, dass sie damit also auf einen fruchtbaren *biografischen Boden* fallen – und dies lässt sich auch in der Weise ausdrücken, dass mit diesen Situationen Reste des Selbst berührt, angesprochen werden.

Die Identifikation solcher Situationen, die an positiv bewerteten biografischen Erlebnissen und Erfahrungen anknüpfen und aus diesem Grunde positive Affekte und Emotionen hervorrufen können, erweist sich als eine bedeute Komponente des Konzepts der Biografie-orientierten Betreuung und Pflege. Gerade vor dem Hintergrund der Tatsache, dass bis weit in die Demenz hinein Inseln des Selbst bestehen, erscheint dieser individualisierende, Biografie-orientierte rehabilitative Betreuungs- und Pflegeansatz wichtig. Der Verfasser dieses Gutachtens sieht es als sehr bedeutsam an, dass stationäre Einrichtungen (wie auch ambulante Pflegeanbieter) nicht nur die Biografiearbeit besonders hervorheben und nach außen kommunizieren, sondern dass sie auch die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen der Biografiearbeit ausführlich und überzeugend kommunizieren; die hier in Kürze getroffenen Aussagen zu den Inseln des Selbst sollen aufzeigen, in welche Richtung diese Kommunikation weisen könnte (und sollte).

6.3. Die Versorgung demenzkranker Menschen als „großes“ Aufgabenfeld der stationären Pflege

Die Versorgung von Menschen mit Demenz wird schon heute als eine der wichtigsten Aufgaben und Herausforderungen der stationären Altenpflege gewertet. In allen Veröffentlichungen zu möglichen Zukunftsszenarien der stationären Pflege wird von einer weiteren Zunahme der Anzahl und des Anteils von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz ausgegangen. Die Zukunft (eben auch im Sinne der „Wettbewerbsfähigkeit“) einer Einrichtung entscheidet sich auch und vor allem mit der Antwort auf die Frage, welche innovativen, Lebensqualität erhaltenden Konzepte für die Versorgung demenzkranker Menschen vorgehalten werden können.

Hier sind vor allem die „kleineren“, „intimeren“ Einrichtungen im Vorteil, da sie eine soziale Umwelt bieten, die von hoher sozioemotionaler Intimität bestimmt ist, und eine räumliche Umwelt, in der das Orientierungsvermögen eines Menschen mit Demenz nicht geschwächt, sondern – im Gegenteil – gestärkt wird. Gerade darin besteht eine Aufgabe dieser kleineren, intimeren Einrichtungen: Auf diesen Vorteil mit Blick auf die individualisierende Betreuung und Pflege hinzuweisen.

Familien, die sich entscheiden, einen Menschen mit Demenz in eine stationäre Versorgung zu geben, tun dies alles andere als leichtfertig. Vielfach findet vor diesem Umzug eine sehr intensive, kognitiv wie emotional geführte Auseinandersetzung darüber statt, inwieweit man einem Angehörigen mit Demenz einen solchen Umzug zumuten will, inwieweit man aber auch sich selbst diese Trennung zumuten will. Diese ethischen und ganz persönlichen (Präferenz-)Konflikte können in dem Maße gelindert werden, in dem Einrichtungen ein Betreuungs- und Versorgungskonzept, schließlich auch eine räumliche und soziale Umwelt vorhalten bzw. geschaffen haben, das bzw. die auf Interessenten intim, Vertrauen gebend, Orientierung fördernd, auf individuelle Bedarfe und Bedürfnisse – dabei auch auf individuelle Vulnerabilität und Ressourcen – differenziert antwortend wirkt. Es wird mehr und mehr notwendig sein (eben auch angesichts der zurückgehenden familiären Pflegeressourcen), derartige stationäre Versorgungsangebote auf- und auszubauen. Und gerade hier haben Häuser mit

einer idiosynkratischen, hochgradig individualisierenden Betreuungs- und Versorgungsstruktur ein Plus, das andere Einrichtungen nicht zeigen.

Entsprechend müssen neue Einrichtungen konzipiert sein: Klein, für Menschen mit Demenz ohne Probleme überschaubar, hohe emotionale Intimität vermittelnd, eine Atmosphäre des vertrauten Wohnens sichernd, Pflegekonzepte vorhaltend, die in hohem Maße bezugs- und biografieorientiert sind. Zudem ist bedeutsam, dass diese Einrichtungen Pflegefachkräfte beschäftigen, die eine ausgeprägte ethische Orientierung zeigen. (Hier können die kirchlich betriebenen Einrichtungen im Vorteil sein.) Jene Einrichtungen, denen dies gelingt, werden zukünftig „Gewinner“ sein. Familien sind bereit, in die Pflege in solchen Einrichtungen viel zu investieren.

Allerdings reicht ein solches Konzept noch nicht aus, um überzeugend wirken zu können. Darüber hinaus ist es wichtig, dass Rehabilitations- und ressourcenerhaltende Angebote vorgehalten werden und dass die Erhaltung von Autonomie und Teilhabe im Vordergrund steht. Hochgradig spezifische Übungs- und Trainingskonzepte sind hier wichtig. Zudem müssten diese Einrichtungen eng mit klinisch-neurologischen und -psychiatrischen Versorgungseinrichtungen zusammenarbeiten, durch die der Zufluss innovativer Erkenntnisse sichergestellt ist. Es gibt mehr und mehr Einrichtungen, die dieses Konzept ausdrücklich verfolgen.

Zudem ist sicherzustellen, dass Angehörige über einen begrenzten Zeitraum (mehrere Tage, eine Woche) in dieser Einrichtung wohnen können; damit wird die Überzeugung gestärkt, trotz des Umzugs des Familienmitglieds noch ausreichend für dieses sorgen zu können (ein nicht zu unterschätzender Wettbewerbsvorteil).

6.4. Betreute Wohngemeinschaften und Wohngruppen als Versorgungskomponente

Ein zunehmend attraktives Konzept in der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz sind fachlich kompetent betreute Wohngemeinschaften oder Wohngruppen. Es gibt Überlegungen (zum Teil in die Praxis übersetzt), derartige Wohngemeinschaften und Wohngruppen ambulant zu konzipieren und zu betreiben. Entsprechende Praxismodelle wurden bereits ausführlich evaluiert. Die ambulante Konzeption erweist sich in verschiedenster Hinsicht als sehr problematisch; derartige Einrichtungen können sich häufig nicht selbst tragen, sie entsprechen in vielen Fällen nicht den Vorgaben des Heimgesetzes (welches auf diese Einrichtungen angewendet wird), eine ausreichende Anbindung an das ambulante Versorgungsnetz kann nicht immer gewährleistet werden. Hier nun besteht eine Versorgungslücke, die durch stationäre Einrichtungen geschlossen werden kann und muss: Und dies bedeutet, dass sich stationäre Einrichtungen mehr und mehr darauf konzentrieren, mehrere Wohngemeinschaften oder Wohngruppen „unter einem Dach“ zu implementieren, die zwar offiziell als stationäre Versorgungseinrichtungen geführt werden, die aber eine hohe Anlehnung an das ambulante Versorgungssetting aufweisen. Derartige Einrichtungstypen werden in Zukunft die „Gewinner“ sein. Denn ein derartiges Versorgungsmodell (verbunden mit hoher Autonomie der ent-

sprechenden Wohngemeinschaft bzw. Wohngruppe) findet unter Interessenten in aller Regel großen Anklang.

Die entsprechenden Einrichtungen – dies wurde schon hervorgehoben – müssen ein Konzept vorhalten können, das sich auch auf die Beratung und Begleitung von Angehörigen konzentriert. Im Zentrum dürfen nicht nur Bewohner und Bewohnerinnen stehen; vielmehr müssen sich auch die Angehörigen angesprochen fühlen – und zwar in der Hinsicht, dass sie trotz des Umzugs eines Familienmitglieds auch weiterhin jenes Maß an Verantwortung übernehmen können, das sie zu übernehmen wünschen. Hier erweist es sich als notwendig, dass Einrichtungen psychologische, vor allem psychotherapeutische Expertise vorhalten – diese ist auch angesichts der wachsenden Vertrautheit künftiger älterer und alter Generationen mit psychotherapeutischen Versorgungsangeboten sinnvoll.

Versorgungseinrichtungen, die sich auf Menschen mit Demenz konzentrieren, müssen innovative Zugänge zum Verständnis von und zur Intervention bei kognitiven, verhaltensbezogenen und emotionalen Störungen wie auch innovative Begleitungs- und Interventionskonzepte entwickeln und vorhalten. Es reicht heute nicht mehr aus, nur eine anspruchsvoll gestaltete „Fläche“ für die Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz vorzuhalten. Genauso wichtig sind innovative Zugänge zum Verständnis von Menschen mit Demenz wie auch zur Betreuung, Versorgung und Rehabilitation. Einrichtungen müssen sich von dem Motiv leiten lassen, neue Standards der Betreuung zu schaffen, zu einem gänzlich veränderten Verständnis von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu finden, das auch in die Praxis umgesetzt wird. Eine große Rolle spielen: (a) Menschenbild, (b) Verständnis der Krankheit, (c) ethisch fundierte Haltungen dem demenzkranken Menschen gegenüber, (d) Akzentuierung von Veränderungspotenzialen, (e) palliative Versorgungskonzepte, (f) Angehörigenarbeit. Die enge Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten und Heilmittelerbringern ist unabdingbar. Hier ist auf eine Integration von Diagnostik und Assessment, von Therapie, Rehabilitation und Pflege zu achten. Unterstützung von Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel, das Haus zu öffnen, Interesse an den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie am Betreuungskonzept zu fördern und die Sichtweise von Demenz in der Kommune zu beeinflussen, müssen wichtige Schritte sein.

Hinter diesen Überlegungen und Empfehlungen steht folgende Überlegung: *Stationäre Pflegeeinrichtungen werden sich vor allem durch ihre Demenzarbeit profilieren müssen.* Menschen mit anderen Krankheits- und Pflegeformen werden zunehmend im häuslichen Umfeld betreut werden können. Demenzerkrankungen, vor allem, wenn sie mit stark ausgeprägter Frailty einhergehen, können immer weniger von pflegenden Familienangehörigen aufgefangen werden. Es ist notwendig, dass diese Entlastung durch stationäre oder teilstationäre Einrichtungen finden – und zwar durch Einrichtungen, die modern und innovativ mit Blick auf Umweltgestaltung wie auch mit Blick auf Rehabilitation, Pflege und Versorgung sowie Menschenbild und ethische Prinzipien sind. Die Einrichtungen müssen zudem ein überzeugendes Modell der Bürgerarbeit entwickeln und dieses in der Kommune entsprechend propagieren. Wenn dies gelingt, sind die Einrichtungen uneingeschränkt zukunftsfähig. Derartige Einrichtungen werden auch von Kommunen gefördert werden.

7. Begleitung von Menschen mit Depressionen

Depressionen bilden ein in stationären Einrichtungen relativ weit verbreitetes Merkmal der psychischen Situation. Allerdings ist dabei zu differenzieren zwischen passageren Phasen von Niedergeschlagenheit und Niedergedrücktheit bzw. existenzieller Krisen, leichteren depressiven Symptomen und schweren depressiven Störungen. Trotz dieser Differenzierung gilt: die vorübergehend oder bleibend herabgesetzte Stimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern ist sehr ernst zu nehmen; die in einer stationären Einrichtung entwickelten und umgesetzten Teilhabe- und rehabilitativen Pflegeangebote können auch in dieser Hinsicht eine positive Wirkung entfalten und sollten aus diesem Grunde in ihrer *innovativen Bedeutung* nach innen und nach außen kommuniziert werden. Es wird im vorliegenden Gutachten als sehr bedeutsam angesehen, dass sich stationäre Einrichtungen mit ihren Angeboten auch bezüglich positiver Einflussnahme auf die seelische Situation von Bewohnerinnen und Bewohnern positionieren. Die Innovation betrifft dabei keinesfalls alleine die Vermittlung von psychotherapeutischen Angeboten, sondern sie ist sehr viel umfassender: bauliche Veränderungen (mit einer deutlichen Stärkung des Wohncharakters und -erlebens wie auch mit der Schaffung von öffentlichen Räumen), die Entwicklung teilhabefreundlicher sozialer und kultureller Angebote, schließlich die deutlich stärkere Gewichtung rehabilitativer Komponenten in der Pflege sind innovative Konzepte, die sich auch positiv auf die psychische Situation (hier im Sinne einer Verringerung der Niedergeschlagenen und der depressiven Symptome) auswirken.

7.1. Einige Befunde zur Depression – in ihrer Bedeutung für die stationäre Altenpflege

Ein in stationären Einrichtungen häufig anzutreffendes „Symptom“ ist die Depression; auch von Pflegefachkräften, die in ambulanten Kontexten tätig sind, wird diese als ein oft anzutreffendes „Symptom“ angeführt. Auf den ersten Blick lässt sich gar nicht einmal mit Sicherheit beurteilen, ob es sich um eine passagere Niedergedrücktheit, eine existenzielle Krise, ein relativ eigenständiges Symptom oder um ein tieferes Störungsbild (mit mehreren Symptomen) handelt. Wenn man davon ausgeht, dass ca. ein Drittel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an passageren oder chronischen depressiven Störungen leidet, dann wird eines deutlich: das in einem Heim entwickelte und umgesetzte Teilhabe-, Betreuungs- und Pflegekonzept darf nicht an Bewohnerinnen und Bewohnern mit depressiven Störungen vorbeigehen; und von einem derartigen Konzept profitieren selbstverständlich auch jene Bewohnerinnen und Bewohner, die vorübergehend niedergedrückt sind oder die sich in einer existenziellen Krise befinden.

Zunächst sei ein kurzer Überblick über die Symptomatik und die Auftretenshäufigkeit gegeben. In einem weiteren Schritt (siehe Unterkapitel 7.2.) werden diese Aussagen in den Kontext eines innovativen Teilhabe-, Betreuungs- und Pflegekonzepts gestellt.

Gedrückte Stimmung, zunehmender Verlust von Interesse und Freude, deutlich reduzierte Energie und Antriebsverlust sind Hauptsymptome der Depression, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, verringertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, negative Zukunfts- und Suizidgedanken, Schlafstörungen und Appetitverlust sind Nebensymptome. Schlafstörungen, Appetitverlust, körperliche und seelisch-geistige Schwäche, pessimistische Zukunftsperspektive, subjektiv wahrgenommene, zum Teil auch objektiv nachweisbare kognitive Defizite weisen unter alten Menschen eine deutlich höhere Auftretenshäufigkeit auf als unter jungen Menschen. Depression erhöht die Anfälligkeit des Menschen für körperliche Erkrankungen, für psychische Krisen, für das Verharren im sozialen Rückzug. Nicht selten sind Bewohnerinnen und Bewohner in belastenden Situationen von suizidalen Gedanken und Phantasien bestimmt, die ab einem bestimmten Zeitpunkt gar nicht mehr kontrolliert werden können. Hier steht man im Übergang zur Suizidalität, die ein bedeutsames Begleitsymptom von schweren Depressionen darstellt und auch von Pflegefachkräften in stationären und ambulanten Settings als ein hoher Risikofaktor gewertet wird.

Welche Auftretenshäufigkeit (Prävalenz) weisen Depressionen im hohen Alter auf? In Studien für die alte Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland (ab 75 Jahre) wurden folgende Befunde ermittelt: Die Prävalenz streut in den verschiedenen Studien zwischen 4.5 Prozent und 37.4 Prozent, bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen beträgt sie 32%, bei Personen in Privathaushalten 14.4 Prozent. Bei 85-89-Jährigen beläuft sich die Prävalenz auf 20-25 Prozent, bei über 90-Jährigen auf 30-50 Prozent. Konzentriert man sich auf die Auftretenshäufigkeit von Depressionen in einem enger definierten Zeitraum (zum Beispiel in den vergangenen vier Wochen; man spricht hier auch von Punktprävalenz) und zudem auf schwere Depressionen, so ergibt sich folgendes Bild: in der Altersgruppe von 75 Jahren an aufwärts liegt die Punktprävalenz bei Frauen zwischen ca. 4 Prozent und ca. 10 Prozent, bei den Männern zwischen ca. 3 Prozent und ca. 7 Prozent. In der Altersgruppe von 85 Jahren an aufwärts beläuft sich die Punktprävalenz für Frauen auf ca. 4 Prozent bis 11 Prozent, für Männer auf ca. 2 Prozent bis ca. 5 Prozent. Für beide Geschlechter nimmt die Prävalenz depressiver Störungen mit steigendem Alter zu: Gegenüber den 75-79-jährigen zeigen die 85-Jährigen und Älteren eine um 20 bis 25 Prozent höhere Punktprävalenz, die 90-Jährigen und Älteren eine um 30 Prozent höhere Punktprävalenz. Dabei weisen alte Frauen grundsätzlich ein höheres Depressionsrisiko auf als Männer. Für dieses höhere Risiko werden zum einen geringere soziale Teilhabe, zum anderen eine stärker ausgeprägte Akzeptanz eingetretener Einschränkungen und Verluste sowie ein stärkerer Rückzug als dominierende Bewältigungsstile verantwortlich gemacht. Allerdings ist zu bedenken, dass Frauen offener über depressive oder psychisch herabgeminderte Zustände sprechen und zudem eher (therapeutische) Hilfe suchen, während Männer derartige Zustände eher verleugnen und mit Alkohol oder mit Suizidhandlungen antworten.

Warum nimmt überhaupt im hohen Alter das Risiko von Depressionen zu? Genannt werden vor allem die folgenden drei Faktoren: (a) stärker ausgeprägte physische Einschränkungen, (b) stärker ausgeprägte kognitive Einbußen, (c) geringerer sozioökonomischer Status. Depressionen im Alter zeigen eine stärkere *körperliche* Betonung als Depressionen im jungen oder mittleren Erwachsenenalter.

ter, wodurch deutlich höhere Anforderungen an die Diagnosestellung in Medizin und Pflege bedingt sind – ein für die stationäre und ambulante Pflege gleichermaßen bedeutende Aufgabe. Es muss zwischen Symptomen *körperlicher* Erkrankungen und Symptomen einer *Depression* differenziert werden. Dies ist vor allem dann nicht leicht, wenn bei alten Menschen *sowohl* eine körperliche Erkrankung *als auch* eine Depression vorliegt und die Depression aufgrund ihres somatischen „Ausdrucks“ körperliche Symptome noch einmal verstärkt und möglicherweise sogar zu einer Zunahme der Krankheitstiefe führt. Es ist ja nachgewiesen, dass alte depressive Menschen eher *somatische* Depressionssymptome und eine stärkere Tendenz zur Hypochondrie zeigen als depressive jüngere Menschen, bei denen eher Schuldgefühle und verringerte sexuelle Appetenz dominieren. Dies unterstreicht die Aussage, wonach die eindeutige Unterscheidung zwischen einer primär körperlichen und einer psychisch mitverursachten Symptomatik besonders hohe Anforderungen an die Diagnostik stellt.

Körperliche Einbußen sind ein bedeutsamer Risikofaktor für depressive Störungen im Alter. Sie tragen zu verstärkten emotionalen Krisen bei, die im Falle neu auftretender Anforderungen, Belastungen oder Konflikte in eine Depression umschlagen können. Ein weiterer bedeutsamer Risikofaktor für depressive Störungen im Alter (übrigens häufig verbunden mit Angststörungen) ist der Verlust sozialer Beziehungen und sozialer Kontakte, gepaart mit einem deutlichen Rückgang an sozialer Teilhabe. Unfreiwillige Isolation und Einsamkeit bilden einen zentralen Risikofaktor für die Entstehung und das Fortbestehen von depressiven Störungen; dies wird im folgenden Kapitel thematisiert werden.

Bildet ein negatives Selbstbild (mit der Folge negativer Selbstbewertung) einen weiteren Risikofaktor für depressive Störungen im Alter? Diese Frage liegt auf den ersten Blick nahe, wenn man davon ausgeht, dass die Rollen alter Menschen im öffentlichen Raum vielfach nicht ausreichend deutlich definiert sind und sich unter solchen Bedingungen Rollenunsicherheit ausbildet, die ihrerseits in ein negatives Selbstbild umschlagen kann. Wissenschaftliche Arbeiten zeigen (und dies ist für stationäre Einrichtungen besonders wichtig): Selbstbild und depressive Stimmung scheinen *sehr stabil* zu sein. Selbstbild und depressive Stimmung scheinen sich nicht gegenseitig zu beeinflussen; sie sind relativ unabhängig voneinander. Allerdings sind sie in einem Merkmal eng miteinander verbunden – und hier liegt ein wichtiger Fingerzeig für die stationäre Altenarbeit: nämlich im Hinblick auf die Überzeugung, Werte und Ziele *nicht* verwirklichen zu können, durch eigenes Tun *nicht* mehr zum emotionalen und gesundheitlichen Wohlbefinden zurückfinden zu können, oder anders ausgedrückt: nicht mehr zur Selbst- und Weltgestaltung fähig zu sein. Depressive Symptome finden sich häufiger (a) bei Frauen, (b) im hohen Alter, (c) bei niedrigem Einkommen, (d) bei geringem Bildungsstand, (e) bei alleinstehenden Menschen, (f) bei einer höheren Anzahl von chronischen Erkrankungen, (g) bei höheren Einschränkungen in der Selbstständigkeit.

7.2. Was bedeuten diese Aussagen für ein innovatives Pflegekonzept?

Wenn heute über die Wettbewerbsfähigkeit von stationären Einrichtungen gesprochen wird, so hat man vor allem die fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und von Menschen mit Demenz im Auge. Im Hinblick auf Menschen mit Depressionen scheint man wie selbstverständlich davon auszugehen, dass Depressionen zum hohen Alter „gehören“, dass sie vor allem bei vielen Bewohnerinnen und Bewohnern eines Pflegeheims „unausweichlich“ seien. Man „nimmt“ die hohe Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern mit depressiven Symptomen (vielfach assoziiert mit Angstsymptomen) „einfach hin“.

Nun zeigen die Angaben zur Prävalenz wie auch zur Symptomatologie: depressive Symptome (oder Störungen) treten im hohen Alter (vor allem bei Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen) zwar vergleichsweise häufig auf, sind aber weit davon entfernt, alle Bewohnerinnen und Bewohner zu betreffen; zudem lassen sie sich vielfach auf spezifische Risikokonstellationen zurückführen, die geradezu nach einem innovativen Teilhabe-, Betreuungs- und Pflegekonzept verlangen. Worin liegt dieses innovative Konzept?

Eine erste entscheidende Antwort, die auf Kapitel 5 Bezug nimmt, lautet: *in einer völlig veränderten baulichen Konzeption*. „Altenheime mit Gangstruktur“ fördern Niedergeschlagenheit und depressive Symptome. Sie vermitteln den Eindruck einer baulich „totalen Institution“, in der man nicht viel mehr ist als ein kleiner Baustein, der Individualität weitgehend beraubt. Altenheime ohne eine baulich und „sinnlich“ ansprechende Agora, ohne einen öffentlichen Raum, der auch durch soziale und kulturelle Angebote ausreichend ausgestaltet ist (zum Beispiel: Ausstellungen – auch von Exponaten aus Bewohnerhand, Theater- und Musikaufführungen – auch von Bewohnerinnen und Bewohnern mitgeplant und mitgestaltet, Lesungen – auch von Bewohnerinnen und Bewohnern ausgerichtet), können nicht wirklich etwas gegen Niedergeschlagenheit, Niedergedrücktheit und depressive Symptome tun: denn die fehlende Agora (der fehlende öffentliche Raum) trägt dazu bei, dass Bewohnerinnen und Bewohner keine Initiativebereitschaft entwickeln oder die bestehende Initiativebereitschaft mehr und mehr einbüßen. So wichtig zum Beispiel „Klang- und Bildoasen“ sowie „Treffpunkte“ für Bewohnerinnen und Bewohner mit einer demenziellen Erkrankung sind, so wichtig ist die Agora, ist der öffentliche Raum – mit seinen Begegnungs- und Teilhabemöglichkeiten – für Bewohnerinnen und Bewohner, die niedergeschlagen sind oder bei denen ein depressives Symptom (wenn nicht sogar eine depressive Störung) vorliegt. Aus diesem Grunde sollte schon die bauliche Gestaltung so beschaffen sein, dass sie motivierend, stimulierend, inspirierend wirkt – und nicht Eigeninitiative und Engagement blockiert oder sogar unmöglich macht. Daraus erwächst auch eine entscheidende erste Aussage für ein innovatives Heimkonzept: dieses ist so beschaffen, dass es Eigeninitiative, Eigenantrieb, Engagement fördert und auf diese Weise zur Erhaltung von emotionalem Wohlbefinden oder zur Erhaltung von psychischer Gesundheit beiträgt. Und man kann vor dem Hintergrund von Befunden und Erfahrungsberichten aus stationären Einrichtungen auch konstatieren: zur *Wiederherstellung* von emotionalem Wohlbefinden und psychischer Gesundheit beiträgt. Dies könnte auch in pas-

sender Weise nach außen kommuniziert, als Thema von Interessenten-, Bewohner- und Angehörigengesprächen gewählt werden.

Die zweite entscheidende Antwort: In der Bereitstellung von *Gelegenheitsstrukturen* zur sozialen, kulturellen und politischen Teilhabe, in der Förderung der *persönlichen Initiative* zur Verwirklichung von Teilhabe. Aus diesem Grunde hieß es nicht: Betreuungs- und Pflegeangebote (so liest und hört man ja meistens, wenn es um stationäre Einrichtungen geht), sondern: Teilhabe-, Betreuungs- und Pflegeangebote. Diese Gelegenheitsstrukturen werden zum einen durch die bauliche Konzeption der Agora, also des öffentlichen Raumes geschaffen. Zum anderen bilden diese das Ergebnis einer sozialen und kulturellen Arbeit im Zentrum, das diese Denomination auch wirklich verdient: es müssen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefunden (oder eingestellt) werden, die dazu fähig und motiviert sind, soziale und kulturelle Angebote – in enger Kooperation mit Bewohnerinnen und Bewohnern (auch vermittelt durch den Heimbeirat) – zu entwickeln und ins Werk zu setzen. Die zu erwartende Aussage, dass dies angesichts der stark ausgeprägten kognitiven und emotionalen Vulnerabilität der meisten Bewohnerinnen und Bewohnern „gar nicht möglich“ sei, muss zurückgewiesen werden: das, was als kognitive und emotionale Verletzlichkeit imponiert, ist in vielen Fällen Ergebnis mangelnder Aktivierung, Stimulierung und Motivation durch bewohnergerechte Angebote. Dies zeigen Erfahrungen, die in modernen, innovativen Einrichtungen gewonnen wurden, nur zu deutlich. Und das Vorhalten bzw. das Entwickeln derartiger Angebote sollte auch nach außen vermittelt werden, sollte ebenfalls Thema von Interessenten-, Bewohner- und Angehörigengesprächen bilden – etwa folgender Art: der Einzug in ein Heim (Zentrum, Wohnstift) bedeutet nicht, dass Autonomie, Initiative und Teilhabe verloren gehen; der Einzug bedeutet vielmehr eine Chance auf Verwirklichung fundamentaler sozialer und kultureller Gestaltungsbedürfnisse – unter der Voraussetzung, dass die Bewohnerin, dass der Bewohner bereit ist, sich an der Entwicklung und Umsetzung solcher Angebote ausreichend zu beteiligen.

In diesem Kontext – und dies ist die dritte Aussage – macht auch der häufig verwendete Begriff der *Biografiearbeit* Sinn. Verwendet man diesen Begriff ohne Bezug zu konkreten Aufgabenfeldern des Teilhabe-, Betreuungs- und Pflegekonzepts, dann bleibt dieser „leer“. So wie man diesen Begriff mit Leben füllen kann, wenn es um die Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer demenziellen Erkrankung geht („Inseln des Selbst“), so kann dieser Begriff auch mit Leben gefüllt werden, wenn es um soziale, kulturelle und politische Teilhabe geht, wenn Bewohnerinnen und Bewohner dazu motiviert („eingeladen“) werden sollen, sich an der konzeptionellen Entwicklung wie auch an der Umsetzung von sozialkulturellen Angeboten zu beteiligen: die Biografiearbeit hilft, die Richtung zu weisen, die derartige Angebote nehmen sollten oder nehmen könnten. Baulich kann übrigens ein derartiges Konzept dadurch unterstützt werden, dass eine entsprechende Agora geschaffen wird (davon war schon mehrfach die Rede), zugleich aber Räume, in denen soziale und kulturelle Angebote verwirklicht werden. Denn, dies muss konstatiert werden, es kann nicht angehen, dass alle sozialen und kulturellen Angebote im Restaurant (der Begriff „Speisesaal“ darf hier gar nicht verwendet werden) unterbreitet werden.

Die *soziale, kulturelle und politische Teilhabe* stellt eine sehr bedeutende Möglichkeit dar, gehemmte Eigeninitiative, gehemmte Motivverwirklichung nach und nach aufzulösen – dies zeigen Arbeiten der Alterspsychiatrie, der Alterspsychotherapie, der Integration von Kunst und Alterspsychologie bzw. -psychiatrie sehr deutlich. Ein für die Phänomenologie des depressiven Symptoms oder der depressiven Störung zentrales Merkmal – nämlich die Hemmung von Eigenantrieb und Eigeninitiative – wird durch derartige Angebote in besonderem Maße adressiert. Es kommt hinzu, dass gerade durch Teilhabe die Überzeugung wächst, etwas Neues beginnen, etwas wagen, auch: sich aus der Hand geben zu können (siehe die entsprechende Formulierung in den Werken von Hannah Arendt). Und damit wird ein wichtiger Beitrag zur Stärkung von Effektivitäts- und Kontrollüberzeugungen geleistet: gering ausgeprägte Überzeugungen dieser Art bilden einen zentralen Risikofaktor für die Entwicklung oder Verstärkung von Niedergeschlagenheit und Depression.

Weiterhin ist das in diesem Gutachten vielfach genannte und charakterisierte Konzept der *rehabilitativen Pflege* geeignet, depressive Symptome oder von Niedergeschlagenheit bestimmte Gedanken abzuschwächen. Die rehabilitative Pflege verfolgt ja das Ziel, eingeschränkte Fertigkeiten und Funktionen wenigstens in Teilen wiederherzustellen und die allgemeine Leistungskapazität von Bewohnerinnen und Bewohnern zu fördern. Die in der rehabilitativen Pflege gewonnene Erfahrung, Fertigkeiten und Funktionen (in Teilen) wieder einsetzen zu können, kann in ihrer Bedeutung für die subjektiv erlebte Selbst- und Weltgestaltung – mithin auch vor der Würde, die sich die Person *selbst* zuordnet, vor dem Respekt, den sie sich selbst zueignet – nicht hoch genug bewertet werden. Dies zeigen Untersuchungen, auch des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, in überzeugender Weise auf.

Schließlich ist ein innovatives Konzept, welches positive Effekte im Hinblick auf den Rückgang von Niedergeschlagenheit und depressiver Symptomatik zeigt, auch dadurch charakterisiert, dass es offen für *psychotherapeutische Interventionsangebote* ist und solche vermittelt bzw. zu vermitteln versucht. Ein derartiges Konzept – Vermittlung psychotherapeutischer Angebote – wurde in einzelnen stationären Pflegeeinrichtungen bereits umgesetzt und erwies sich mit Blick auf die Förderung von seelischer Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner als recht erfolgreich.

In summa können aufeinander abgestimmte, innovative Angebote sehr verschiedener Art einen bedeutenden Beitrag zur Erhaltung oder Wiedererlangung von positiver emotionaler Befindlichkeit und psychischer Gesundheit leisten – ein Aspekt, der bei der öffentlichen Bewerbung eines Hauses nicht hoch genug gewertet, nicht deutlich genug kommuniziert werden kann. Die seelische Gesundheit wird in der heutigen öffentlichen Gesundheitsdiskussion viel zu wenig beachtet; im Zentrum stehen zumeist die körperliche Gesundheit und hier vor allem die Mobilität. So wichtig die Mobilität für die Lebensqualität des Individuums ist, so sehr ist davor zu warnen, diese als die einzige oder die zentrale Komponente von Lebensqualität einzustufen. Emotionale Befindlichkeit, kognitive Leistungsfähigkeit, lebendige soziale Beziehungen, in denen Hilfe gegeben und Hilfe empfangen wird, sind genauso wichtig für die Lebensqualität der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

8. Eine besondere Herausforderung für die Pflege: Förderung von Integration und Partizipation

Stationäre Pflegeeinrichtungen werden vielfach unter dem Aspekt der Vermeidung bzw. des Abbaus von Isolation und Einsamkeit betrachtet. Isolation ist dabei definiert als das objektiv gegebene Fehlen von Kontakten zu anderen Menschen (innerhalb und außerhalb der Familie), Einsamkeit ist definiert als das subjektive Erleben von fehlenden Kontakten und emotional anregenden Beziehungen. Innovative stationäre Einrichtungen, vor allem solche, die eine Agora, also einen öffentlichen Raum vorhalten (siehe dazu Kapitel 5), können mit diesem Angebot nicht nur die Integration fördern, sondern auch die Partizipation. Und gerade in einem solchen Falle gelingt es, Einsamkeit und Isolation zu vermeiden bzw. abzubauen. Eine derartige Thematik wird angesichts der Tatsache, dass alte Menschen in Zukunft nicht mehr auf so viele, lebendige familiäre Beziehungen zurückgreifen können wie heute, mehr und mehr an Bedeutung gewinnen und großen Einfluss auf die Wettbewerbsfähigkeit einer stationären Einrichtung ausüben. In diesem Kapitel werden die Potenziale und die Kompetenzen ausführlicher betrachtet, die stationäre Einrichtungen besitzen bzw. besitzen sollten, um Integration und Teilhabe zu fördern.

8.1. Isolation und Einsamkeit als Risikofaktoren für seelische Gesundheit

Soziale Isolation und Einsamkeit bilden einen Risikofaktor für die seelische (und auch: körperliche) Gesundheit im hohen Alter, der in Betreuung und Pflege besondere Aufmerksamkeit finden muss. Denn jene Menschen, die sozial isoliert sind und sich einsam fühlen, sind bei der Verarbeitung und Bewältigung von Verlusten und Belastungen erkennbar geschwächt: gerade in diesen Situationen – die in der Betreuung und Pflege vielfach anzutreffen sind – wird deren erhöhte Verletzlichkeit sichtbar. Es sei allerdings auch angemerkt: Wir neigen dazu, soziale Isolation und Einsamkeit im Alter in ihrer Häufigkeit zu *überschätzen*. Aber es geht hier auch gar nicht um die Frage der Häufigkeit, sondern vielmehr darum, was mit dem (alten) Menschen geschieht, wenn er isoliert ist und sich zudem einsam fühlt. Der Verfasser dieses Gutachtens betont: In diesem Falle ist der alte Mensch in einem Maße verletzlich (ein in der Klinischen Psychologie und Psychopathologie vielfach verwendeter Begriff), dass er unter zusätzlich auftretenden Belastungen (zum Beispiel Krankheiten und Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit) besonders anfällig für psychische Störungen, wenn nicht sogar für Suizidgedanken und Suizidimpulse ist – eine in der stationären Pflege nicht selten auftretende psychische Risikosituation. Es ist nicht (oder besser: weniger) die quantitative Dimension von sozialer Isolation und Einsamkeit, sondern vor allem die *qualitative* Dimension, die das Interesse der stationären Einrichtung finden muss. Denn diese spricht für die *unbedingte Notwendigkeit* der Prävention (mit dem Ziel, Isolation und daraus entstehende Einsamkeit zu vermeiden) und Intervention (mit dem Ziel, Isolation und Einsamkeit erkennbar zu lindern): hier können stationäre Einrichtungen einen wichtigen Beitrag leisten.

Alleinstehende (ledige oder verwitwete) alte Menschen bilden mit über 90 Prozent den weit überwiegenden Anteil an der Bewohnerschaft von Pflegeheimen. (In Wohnstiften liegt der Anteil der zusammenlebenden oder verheirateten Menschen deutlich höher; die entsprechenden Angaben variieren zwischen 35 und 40 Prozent.) Damit gewinnen Fragen der sozialen Isolation vs. der sozialen Teilhabe in Pflegeheimen eine herausragende Rolle.

Bewohnerinnen und Bewohner, die vereinsamt *sind* und sich vereinsamt *fühlen*, zeigen signifikant häufiger als jene Bewohnerinnen und Bewohner, die sozial integriert sind und sich auch als integriert wahrnehmen, (a) depressive Störungen, (b) Wahnbildungen, (c) Halluzinationen und (d) Angststörungen. Zudem nehmen die kognitiven Verluste und Verhaltensauffälligkeiten im Falle einer Demenzerkrankung bei ihnen signifikant rascher zu. Lebensqualität und Lebensbindung sind bei ihnen signifikant geringer ausgeprägt.

Schon aus diesen Unterschieden ergibt sich eine besondere Anforderung an Betreuung und Pflege: Es sind Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, wie ein zeitlich überdauernder Rückzug – wenn dieser unfreiwillig erfolgt – und Isolation, wie aber auch Abwertung durch andere Bewohnerinnen und Bewohner (die nicht selten Ursache für den Rückzug ist) vermieden bzw. rückgängig gemacht werden können. Positiv ausgedrückt: Alle für ein Pflegeheim (wie auch für ein Wohnstift) entwickelten und in diesem umgesetzten Konzepte sollten auf Förderung und Erhaltung von Integration, Zugehörigkeitserleben und sozialer Teilhabe gerichtet sein. Ein wesentlicher Teil der Betreuung und Pflege sollte auf die Stärkung sozialkommunikativer Verhaltenstechniken und positiver selbstbezogener Überzeugungen, wie auch auf die Schaffung von teilhabefreundlichen Angeboten zielen. Damit ist eine Domäne von Betreuung und Pflege angesprochen, die sich auch im *Leitbild* eines Pflegeheimes und in dessen Umsetzung niederschlagen muss.

8.2. Notwendige Kompetenzen in Betreuung und Pflege

Psychologische und psychopathologische Kompetenzen können mit Blick auf eine personenzentrierte Pflege nicht hoch genug gewertet werden. Diese Kompetenzen gewinnen vor allem im Kontext des Themenfeldes „Isolation vs. Teilhabe“ größte Bedeutung. Pflegefachkräfte – wie auch andere Betreuungskräfte – müssen differenziert beurteilen können, inwieweit im einzelnen Falle erhöhte Risiken eines bleibenden sozialen Rückzugs, einer wachsenden Vereinsamung und Isolation bestehen. Im Falle eines erhöhten Risikos müssen Betreuungs- und Pflegestrategien eingesetzt werden, die auf eine Förderung und Erhaltung von Teilhabe und Engagement zielen.

Ein differenziertes soziales und kulturelles Angebot in einem Pflegeheim bietet einen signifikanten Wettbewerbsvorteil gegenüber Mitbewerbern. Allerdings wird in der Konzeptentwicklung wie auch in der Bewerbung von Interessentinnen und Interessenten viel zu wenig auf diesen Aspekt geachtet. Dabei wird übersehen, dass diese – wie auch ihre Angehörigen – in vielen Fällen auf integrations- und teilhabeförderliche Angebote achten. Bei der Entscheidung für oder gegen ein Pflegeheim spielt diese Frage eine sehr wichtige, nicht selten eine ausschlaggebende Rolle.

Aus diesem Grunde muss die integrationsförderliche und -erhaltende Betreuungs- und Pflegearbeit als zentrales Element der Arbeit im Heim verstanden und auch Interessentinnen und Interessenten gegenüber als ein solches dargestellt werden. Weiterhin muss schon beim Interessenten-, spätestens aber beim Einzugsgespräch betont werden, welches Gewicht die Einrichtung nicht nur auf Wahrung der Autonomie des Bewohners, sondern auch auf Förderung und Erhaltung seiner Teilhabe legt.

Die enge Verbindung von sozialen und kulturellen Angeboten muss hervorgehoben und beachtet werden. In vielen Fällen vermittelt sich Teilhabe durch ein mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern geteiltes kulturelles Interesse. Hier können Pflegeheime sehr viel von Wohnstiften lernen (und zwar unterschiedlichster Anbieter), die eine enge Verbindung zwischen sozialen und kulturellen Angeboten herstellen, wobei die kulturellen Angebote ein breites thematisches und didaktisches Spektrum abbilden sollten, um den Bedürfnissen aller Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechen zu können. Mit dieser Verbindung von sozialen und kulturellen Angeboten sollte ebenfalls in den Wettbewerb mit anderen Anbietern eingetreten werden. Entsprechende Räume für kulturelle Angebote, wie auch Räume für Teilhabeangebote sollten vorgehalten werden.

Es besteht heute unter den Betreibern immer noch die Tendenz, Pflegeheime ausschließlich als Häuser aufzufassen, in denen Pflege geleistet wird. Zu wenig wird der Aspekt des Wohnens, vor allem der Aspekt der Teilhabe und Kultur beachtet. Dies ist ein großer Fehler; Pflegeheime, die sich ausschließlich oder primär auf Pflege konzentrieren, werden langfristig nicht wettbewerbsfähig sein. Entscheidend ist, dass das Dienstleistungs- ebenso wie das infrastrukturelle Angebot systematisch und nach außen eindeutig erkennbar erweitert wird: und zwar um solche Angebote, die auf soziale Teilhabe und auf Verwirklichung kultureller / ästhetischer Bedürfnisse zielen.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Heime besteht darin, Bewohnerinnen und Bewohnern, die über die entsprechenden kognitiven und alltagspraktischen Ressourcen verfügen, spezifische Aufgaben innerhalb des Heimes zu übertragen, die ehrenamtlich ausgeführt werden können. Damit wird nicht nur zur Erhaltung von kognitiver und alltagspraktischer Kompetenz beigetragen, sondern auch zur Erhaltung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit. Umgekehrt gilt: Wenn Bewohnerinnen und Bewohner *unfreiwillig* Aufgaben innerhalb des Heimes aufgeben und darüber Möglichkeiten des Kontakts sowie der Teilhabe einbüßen, dann ist das Risiko eines beschleunigten Rückgangs der kognitiven und alltagspraktischen Kompetenz sowie der Abnahme des Wohlbefindens erkennbar erhöht. Mit anderen Worten: Jedes innovativ konzipierte und arbeitende Pflegeheim muss sich auch auf dem Gebiet der Teilhabeermöglichung und -förderung besonders engagieren.

Von großer Bedeutung ist die Ermöglichung und Förderung von Teilhabe für Bewohnerinnen und Bewohner mit depressiven Symptomen, Angstsymptomen oder einer Demenzerkrankung. Für letztere sind spezielle Treffpunkte einzurichten, die Trainings- und Übungsangebote speziell für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz vorhalten. Derartige Treffpunkte haben sich in Einrichtungen, die auf ein derartiges Treffpunkt-Konzept bauen, hervorragend bewährt – sie werden auch

von den Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner sehr positiv bewertet und bilden durchaus einen Attraktor für die Entscheidung für das entsprechende Heim.

Bewohnerinnen und Bewohner mit depressiven Symptomen und Angstsymptomen sind in erhöhtem Maße auf psychologische oder psychotherapeutische Begleitung angewiesen. Mittlerweile finden sich erste stationäre Pflegeeinrichtungen, die derartige Angebote vorhalten. Zudem wurden Verhandlungen mit Krankenkassen geführt, um die Finanzierung derartiger Angebote sicherzustellen. An diesen Erfahrungen und Konzepten sollte angesetzt werden.

Besondere Herausforderungen stellen jene älteren Menschen, die isoliert sind und von ambulanten Pflegediensten betreut werden. Hier erweisen sich Seniorenzentren (oder noch besser: intergenerationale Bürgerzentren) als notwendig, die sich mit Blick auf die Vermeidung drohender oder den Abbau bestehender Isolation hervorragend bewährt haben. In einzelnen Kommunen wurden derartige Seniorenzentren (oder Bürgerzentren) eingerichtet, die mit einem signifikanten Rückgang in der Anzahl alter Menschen, bei denen Isolation bestand, einhergingen. Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen sollten derartige Senioren- oder Bürgerzentren einrichten, um auf diese Weise Isolation unter alten Menschen abzubauen zu können. Die Kooperation mit Kommunen wird dabei als unerlässlich angesehen und beschrieben.

Eine zentrale Bedeutung besitzen sowohl in stationären als auch in ambulanten Pflegekontexten „sorgende Gemeinschaften“, in deren Aufbau und Erhaltung Dienstleister – in Kooperation mit Kommunen – investieren sollten.

Die in der Alters- und Pflegeforschung wiederholt getroffene Aussage, wonach moderne, zukunftsgerichtete Konzepte der Pflege und Sozialarbeit ohne bürgerschaftlich mitgetragene Sorgestrukturen nicht denkbar sind, muss auch in der Planung künftiger stationärer und ambulanter Pflege ernstgenommen werden.

Aus diesem Grunde sollten sich Anbieter von stationären und ambulanten Pflegedienstleistungen vermehrt auf die Schaffung von Sorgestrukturen konzentrieren und dabei Anreizsysteme für ehrenamtlich tätige Personen schaffen. Dies sollte in enger Kooperation mit Kommunen und Bildungsträgern geschehen. Für Pflegedienstleister könnte dies ein wichtiges Differenzierungsmerkmal darstellen.

9. Individuelle Heimformen vs. Heimketten

Investitionskosten bilden einen Teil der Pensionskosten, die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen zu entrichten haben. Damit wird die besondere Verantwortung offenbar, die Investoren wie Träger stationärer Einrichtungen nicht nur für die Wohn- und Lebensqualität, sondern auch für die finanziellen Belastungen der Bewohnerinnen und Bewohner haben. In diesem Gutachten wird dafür plädiert, den Bau bzw. die Übernahme von Pflegeheimen keinesfalls nationalen und internationalen „Heimketten“ zu überlassen. Es wird weiterhin dafür plädiert, kleinere, überschaubare Einrichtungen zu bauen, die sich gut in die Region bzw. in das Quartier integrieren lassen. Zudem ist bedeutsam, dass Investoren und Träger ein ethisch hochfundiertes Leitbild definiert haben und verwirklichen, das sich von besonderer Verantwortung gegenüber heutigen und künftigen Bewohnerinnen und Bewohnern leiten lässt. Wenn das Ziel nur darin besteht, aus dem Bau und dem Betreiben von stationären Einrichtungen möglichst hohe Gewinne abzuschöpfen, dann ist im Kern die Legitimation zum Bau und zum Betreiben von stationären Einrichtungen verwirkt: denn eine solche Haltung widerspricht zutiefst dem Faktum der erhöhten Verletzlichkeit alter Menschen.

Eine der großen Herausforderungen der stationären Altenhilfe ist in dem Wettbewerb zwischen Betreibern stationärer Einrichtungen zu sehen, der aus zwei Perspektiven betrachtet werden kann: einer quantitativen und einer qualitativen Perspektive. Erstere beschreibt die Anzahl von stationären Einrichtungen, die in den Händen eines Betreibers liegen, letztere die Qualität – und zwar mit Blick auf Anthropologie, Pflege, Wohnen, weitere Dienst- und Betreuungsleistungen –, die Einrichtungen vorhalten. Die grundlegende Annahme des vorliegenden Gutachtens lautet, dass beide Perspektiven nicht unabhängig voneinander sind: Eine ungebremsste Zunahme an stationären Einrichtungen (im Sinne von Heimketten) geht längerfristig mit einer Abnahme an Qualität des Wohnens, der Pflege und der Betreuung einher; vor allem in den weiteren Dienst- und Betreuungsleistungen, die den Kern einer guten Pflege bilden, ist von Defiziten auszugehen.

In Deutschland lässt sich eine zunehmende Tendenz zur *Bildung von Heimketten* beobachten. Es ist erkennbar, dass mehr und mehr Heime von Betreibern gekauft werden, die bereits über eine große Anzahl von stationären Einrichtungen verfügen und ein weiteres Wachstum anstreben. Dabei ist auch ein intensiver *internationaler Wettbewerb* erkennbar; zum Beispiel gewinnt in Deutschland der französische Betreiber *Korian* (mit einem jährlichen Umsatz von über 3 Milliarden Euro) eine immer wichtigere Marktstellung, indem weitere Einrichtungen auf dem Gebiet der stationären und der ambulanten Pflege, des betreuten Wohnens und der Rehabilitation aufgekauft und dem Konzern eingegliedert werden. *Korian Deutschland* betreibt derzeit 236 Einrichtungen mit insgesamt 25.732 Pflegeplätzen sowie mit 2.534 Betreuten Wohnapartments (Curanum AG, Korian Deutschland). Es ist davon auszugehen, dass *Korian* in Frankreich, Belgien, Deutschland und Italien künftig weiter expandieren wird.

Was bedeutet die Bildung von Heimketten für den Wettbewerb – zunächst aus *quantitativer* Sicht? Heimketten definieren zumindest indirekt das in den stationären Einrichtungen vorherrschende Lohnniveau. Denn das in einer großen Anzahl von Einrichtungen bestehende Lohnniveau strahlt auf alle Einrichtungen aus. Derartige Effekte sind für die stationäre und ambulante Altenpflege vielfach nachgewiesen. Einrichtungen, die von Wohlfahrtsverbänden, Kommune oder privaten Investoren mit kleiner Anzahl an Heimen betrieben werden, können dem „nach unten“ weisenden Lohndruck der großen Betreiber (Heimketten) nicht standhalten. In letzter Konsequenz sind die Heimketten Markttreiber auf dem Gebiet des Lohnniveaus – was Auswirkungen auf die Attrahierung wie auch auf die Erhaltung von Pflegefachkräften hat. Heimketten definieren mehr und mehr die Entgelte wie auch das Spektrum an Pflegeleistungen, die für einen standardisierten Pflegesatz (wie dieser durch die fünf verschiedenen Pflegegrade definiert wird) angeboten werden. Das heißt: Kleine Betreiber sehen sich hier einem starken Konkurrenzdruck ausgesetzt, da die Heimketten – schon allein aufgrund einer sehr viel größeren Macht bei dem Einkauf von Produkten – geringere Pensions- und Verpflegungskosten erheben können. Aufgrund der Marktführerschaft in einzelnen Regionen definieren Heimketten die tatsächlich vorgehaltenen Pflegeleistungen (für einen standardisierten Satz pro Pflegegrad). Kleine Einrichtungen können in dem Wettbewerb nur mithalten, wenn sie ein breiteres Spektrum an *zusätzlichen* Leistungen vorhalten, die allerdings mit einer signifikanten Zunahme in den stationären Pflegekosten verbunden sind und damit das Bestehen in ebendiesem Wettbewerb erkennbar erschweren. Diese Problemlage führt bei vielen Betreibern zur Überlegung, die Einrichtungen an große Betreiber zu verkaufen. Sie können zwar gegebenenfalls den Namen ihrer Einrichtung beibehalten, doch zeigt die nähere Analyse, dass sie einem der großen Betreiber angehören – eine in den letzten Jahren in Deutschland immer weiter zunehmende Entwicklung.

Damit gewinnt die *qualitative* Perspektive besonderes Gewicht. Inwiefern? Es stellt sich die Frage, inwieweit stationäre Pflegeeinrichtungen Leistungen vorhalten können, die über die herkömmlichen Pflegeangebote hinausgehen, und dies zudem für einen Preis tun können, der das Überleben der Einrichtung auf dem Markt nicht gefährdet.

Der erste wichtige Schritt besteht in der Integration von Pflege- und Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel, Autonomie und Teilhabe von Bewohnerinnen und Bewohnern zu sichern. Dabei ist es notwendig, dass die Einrichtungen mit Kranken- und Pflegekassen verhandeln, inwieweit sie durch Vorhaltung von Heilmitteln (zum Beispiel: Krankengymnastik) oder durch die Einbindung von Heilmittelerbringern vor Ort das Konzept einer *rehabilitativen Pflege* umsetzen können. Damit wird nicht nur eine fachliche, sondern auch eine „Marktstrategie“ entwickelt und umgesetzt, die sowohl aus Sicht des Kostenträgers (Krankenkasse, Pflegekasse) als auch Sicht von Interessenten durchaus attraktiv sein kann.

Der zweite wichtige Schritt besteht darin, ein breites Spektrum an Aktivierungsangeboten – und zwar sowohl mit Blick auf Autonomie als auch mit Blick auf Teilhabe – aufzulegen, das zwar über die „Standard-Pflegeleistungen“ hinausgeht und somit höhere Kosten verursacht, das aber zugleich für

Interessenten hochattraktiv ist, weil mit diesem Angebot ein völlig verändertes Versorgungskonzept verbunden ist, das sich auch Interessenten überzeugend kommuniziert. Ein derartiges Konzept erweist sich vor allem mit Blick auf die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit neurokognitiven Erkrankungen (Parkinson, Demenz) oder mit besonderen Sturzrisiken als bedeutsam und innovativ.

Eben darin ist eine wichtige Strategie zu sehen: Das „klassische“ Pflegemodell deutlich auszubauen und damit in einen *qualitativen* Wettbewerb einzutreten, in dem zum einen die Idiosynkrasie der eigenen Einrichtung deutlich in den Vordergrund gerückt wird, in dem zum anderen ein so stark individualisierbares Pflege-, Rehabilitations- und Teilhabekonzept vorgehalten wird, dass eben hier die Heimketten passen müssen. Wir können in Deutschland eine genügende Anzahl von Heimen nennen, die allmählich beginnen, sich mit einem solchen Wettbewerbskonzept zu identifizieren und dieses umzusetzen.

Eine derartige Strategie wird vor allem mit Blick auf jene Einrichtungen an Gewicht gewinnen, die Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Demenzerkrankung betreuen. Dabei ist auch die Frage nach der Ausgestaltung der räumlichen Umwelt zu stellen, die auf die Verletzlichkeit von Menschen mit Demenz ausgerichtet sein muss – was hochgradig idiosynkratische Einrichtungen auch tun (mit dem Preis, dass dadurch die Entgelte steigen). Es finden sich in Deutschland Einrichtungen, die sich ganz auf die Versorgung und Betreuung demenzkranker Menschen konzentrieren – und dabei ein idiosynkratisches und individualisierbares Pflege-, Rehabilitations- und Betreuungskonzept (mit Blick auf Menschen mit Demenz, aber auch deren Angehörige) vorhalten. Vielfach arbeiten diese Einrichtungen mit klinisch-stationären Einrichtungen sowie ambulanten Anbietern zusammen, um (a) die Rehabilitationskomponente und (b) die hohe fachlich-medizinische Expertise sicherzustellen. Solche Einrichtungen liegen zwar in ihren Pensions- und Pflegeentgelten deutlich über solchen Einrichtungen, die diese Spezialisierung nicht aufweisen, sie behaupten sich aber trotzdem sehr gut auf dem Markt.

Das Gutachten empfiehlt die Ausweitung einer derartigen *qualitativen Strategie* als Antwort auf die zunehmend sichtbar werdenden *quantitativen Strategien* großer Betreiber und Wettbewerber. Dabei legt es besonderen Wert auf die Empfehlung, mit einer derartigen qualitativen Strategie auf die Kommunen zuzugehen, um diese als Mitakteure zu gewinnen (zum Beispiel im Hinblick auf die Bereitstellung von Bauflächen zu einem vertretbaren Preis). Für Kommunen sind Pflegeheime, die sich einer derartigen qualitativen Strategie verpflichten und damit eine Vorreiterstellung in der Region gewinnen, immer ein Attraktor; dies zeigen uns viele Modelle in Deutschland.

Dabei darf sich – und dies ist besonders wichtig – diese qualitative Strategie nicht nur auf die Pflege- und ergänzenden Rehabilitationsleistungen beschränken. Es kommt Weiteres hinzu. Zunächst geht es um die Qualität und Angebotsstruktur im Bereich *Wohnen*. Nur jene Einrichtungen werden auf dem Markt bestehen können, die autonomie- und teilhabeförderliches, funktionales und zugleich sozioemotional ansprechendes Wohnen sicherstellen. In ein solches Konzept sind auch verschiedene

digitale (technische) Angebote zu integrieren, die zugleich eine Entlastung für die hauptamtlichen Pflegefachkräfte darstellen. Es geht bei der Frage des Wohnens weniger um die Größe des Zimmers (oder Appartements), sondern vielmehr um die Qualität des Zimmers im oben genannten Sinne, wie auch um die Öffnung des Zimmers in „öffentliche Räume“. Hinzu treten die *sozialen*, aber auch die *psychologischen* Angebote, die eine Einrichtung vorhalten kann (letztere mit Blick auf Diagnostik, Übung, Training, Therapie, erstere mit Blick auf die Erhaltung von Teilhabe und Kommunikation). Und schließlich ist die allgemeine *anthropologische und ethische Ausrichtung* des Hauses wichtig, die sich ebenfalls unmittelbar in den Angeboten niederschlagen muss. Dies übrigens schließt auch die Frage des kommunizierten und praktizierten Leitbildes wie auch die Einbeziehung von freiwilligen Helferinnen und Helfern (bürgerschaftliches Engagement) ein.