Kuratorium Deutsche Altershilfe

Ursula Kremer-Preiß

Wohnen 6.0

Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege

Ursula Kremer-Preiß

Wohnen 6.0

Mehr Demokratie in der (insitutionellen) Langzeitpflege

Kuratorium Deutsche Altershilfe

IMPRESSUM

Wohnen 6.0 –
mehr Demokratie in der (insitutionellen) Langzeitpflege

Dieser Beitrag erscheint im Rahmen der KDA-Schriftenreihe
„Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken"
Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.

Michaelkirchstraße 17-18
10179 Berlin
www.kda.de

INHALTSÜBERSICHT

Vowort 4

Einführung: Muss der Umzug ins Heim ein Alptraum bleiben? 6

1 Magisches Dreieck aus der Balance: Funktionsstörungen in der Heimversorgung 8
1.1 Funktionsstörung Bedarfsgerechtigkeit 9
1.2 Funktionsstörung Versorgungssicherheit 9
1.3 Funktionsstörung Finanzierbarkeit 12

2 Heimversorgung im Wandel: personalisieren, inkludieren, auflösen - wo soll die Reise hingehen? 15
2.1 De-Personalisierende Heime – Heimleitbilder 1. und 2. Generation 16
2.2 Personenorientierte Heime – Heimleitbilder 3. und 4. Generation 16
2.3 Inkludierende Heime – Heimleitbild 5. Generation 19
2.4 Auflösung der Heime 22
2.4.1 Ambulantisierung von Einrichtungen 23
2.4.2 Stambulant 24
2.4.3 Sektorenübergreifende Versorgungssettings 25

3 Pflegewohnen demokratisieren: *„Wohnen 6.0"* 27
3.1 Demokratisierung der Sorgekultur 28
3.2 Demokratische Sorgehaltung: Caring Community 30
3.2.1 Caring Community im Sozialraum 31
3.2.2 Caring Community im Pflegewohnsetting 32
3.3 Grundsätze für *Wohnen 6.0* 33
3.4 Chancen demokratischerer Sorgestrukturen – was man gewinnen kann! 33
3.4.1 Bedarfsgerechtere Pflegewohnsettings 34
3.4.2 Nachhaltige Sicherung des zivilgesellschaftlichen Engagements 34
3.4.3 Verbesserung der Arbeitsbedingungen 34
3.4.4 Sicherung notwendiger Transformationsprozesse 35

4 In Möglichkeiten, nicht in Begrenzungen denken: Anregungen für die Umsetzung 35
4.1 Das Teilhabehaus – Betroffene mehr eigenverantwortlich beteiligen 36
4.1.1 Bereiche für mehr Entscheidungsteilhabe 36
4.1.2 Verfahren für mehr Entscheidungsteilhabe 38
4.2 Das Bürgerwohnhaus – Zivilgesellschaft zu Mitstreitenden machen 44
4.2.1 Bedeutung der Zivilgesellschaft als demokratische Unterstützer 44
4.2.2 Formen zivilgesellschaftlicher Beteiligung bei der Demokratisierung 45
4.2.3 Partizipative Engagementkultur etablieren 49
4.3 Das Magnethaus – Mitarbeitende durch mehr Selbstverantwortung motivieren 49
4.3.1 Bedeutung demokratischerer Arbeitsbedingungen 50
4.3.2 Gestaltung demokratischerer Arbeitsstrukturen 50
4.4 Das Enablerhaus – Demokratisierung durch Profis ermöglichen 55
4.4.1 Rolle der Planer: Mit Planungsbeteiligung (architektonischem) Einheitsbrei begegnen 55
4.4.2 Rolle der Umsetzer: Eigenverantwortungsübernahme partnerschaftlich begleiten 57
4.4.3 Rolle der Steuerer: Demokratische Selbstverwaltung sichern 60

5 Die Wohligkeit der Steinzeithöhle verlassen: Aus Funktionsstörungen Chancen machen! 64

Literaturverzeichnis 68

VORWORT

KDA: Leben im Alter(n) 6.0 – eine gesellschaftspolitische Initiative

Unsere Gesellschaft achtet die Freiheit aller Menschen, unabhängig zum Beispiel vom Alter. Dies ist in unserer Verfassung verbrieft, und auch der moralische Anspruch, den wir als Gesellschaft insgesamt und an uns selbst haben. Dieser Anspruch umfasst einen Auftrag an unser Gemeinwesen, die Gegebenheiten so zu gestalten, dass alle Menschen eine Chance haben, ihr Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung sowie ihr Recht auf Teilhabe auszuüben. Dieser Auftrag, die Freiheit der Menschen zu achten und umfassende Teilhabe zu sichern, sollte in allen Lebensphasen und Lebenslagen ermöglicht werden.

Das *Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung* (KDA) ist Impulsgeber für Gesellschafsmodelle der Zukunft im Bereich des Generationen-Zusammenlebens und des Alter(n)s. Wir sind dabei der Neutralität verpflichtet und stehen unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten. Die Frage, die unsere Mitglieder und Mitarbeitenden aus den unterschiedlichsten Disziplinen zu beantworten suchen, lautet: Wie ist eine Gesellschaft zu organisieren, in der wir möglichst alle – egal ob jung oder alt, ob mit oder ohne Einschränkungen – ein erfülltes, selbstbestimmtes Leben führen und gesellschaftlich teilhaben können? Wir arbeiten seit knapp 60 Jahren zu dieser Frage und geben praxiserprobte Antworten. Ausdrücklich sehen wir dabei das Alter auch als Chance sich aktiv darin einzubringen. Oder, um es mit unserer Gründerin Wilhelmine Lübke zu sagen: „Wer sich um andere kümmert, hat keine Zeit, alt zu sein."

Die Sicherung von Freiheit und Selbstbestimmung sowie Teilhabe möglichst aller Menschen in allen Lebenslagen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Hierzu gehört nicht nur inklusive Strukturen zu schaffen und Menschen sozial einzubinden, sondern ihnen auch in allen Lebenslagen Mitentscheidung und Mitgestaltung zu ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, fordern wir eine „Demokratisierung des Alter(n)s" und starten eine gesamtgesellschaftspolitische Initiative für mehr Demokratie in der Altenhilfe. Das KDA will mit der Initiative „Leben im Alter(n) 6.0" einen gesellschaftspolitischen Diskurs anstoßen, die Rolle, Integration und Akzeptanz alternder Menschen in und für unsere Gesellschaft weiterzuentwickeln. Es gilt, echte Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten für Alle insbesondere beim Wohnen, bei der Mobilität, Versorgungssicherheit, Kommunikation, Bildung und Kreativität zu gestalten. Unverzichtbar gehört dazu, mehr Demokratie nah am Menschen zu wagen. Festgefahrene, hemmende Strukturen und Gewohnheiten sind dafür ebenso kreativ und mutig zu hinterfragen und im Sinne von Aufbruch und Neugestaltung zu beantworten. In Beiträgen wollen wir aufzeigen, wie dies in verschiedenen Bereichen konkret gelingen kann. Die Beiträge werden wir unter dem Dach „KDA – Leben im Alter(n) 6.0" veröffentlichen.

Als ersten Impuls stellen wir hier ein Buch als Diskussionsbeitrag zum Bereich des Wohnens und der Demokratisierung im Alter vor: *„Wohnen 6.0* – mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege". In diesem ersten Beitrag soll aufgezeigt werden, dass mehr demokratische Beteiligung auch für die Sorge hoch vulnerabler langzeitpflegebedürftiger Menschen gelten kann und muss. Kaum eine Situation ist herausfordernder als die der Menschen in der Langzeitpflege. Es müssen die Umstände auch in der Langzeitpflege so organisiert werden, dass jede/jeder Einfluss auf ihre/seine Lebenssituation nehmen kann, wenn sie/er dies möchte. Dies ist aus unserer Sicht eine besondere Herausforderung für pflegebedürftige Menschen und all diejenigen, die an der Betreuung und Pflege beteiligt sind. Schaffen wir hier praktikable Möglichkeiten zur Ausübung der Grundrechte, sollten wir es in anderen Bereichen auch organisieren können.

Sicher bleibt eine Demokratisierung der Sorgestrukturen besonders in Pflegearrangements mit einer zunehmend fragilen, multimorbiden und häufig von kognitiven Einschränkungen betroffenen Bewohnerstruktur und vielfach schon jetzt überforderten An- und Zugehörigen eine enorme Herausforderung. Aber will man deshalb diesen Menschen den Einfluss auf und damit die Verfügung über ihre eigenen Lebensumstände verwehren? Muss es nicht vielmehr Aufgabe der Gesellschaft sein, den Verhinderungsstrukturen von Beteiligung und Eigenverantwortung bei Pflegebedarf etwas entgegenzusetzen? Auch kritischen Fragen, ob mehr Demokratie mit ihren langwierigen und aufwendigen Beteiligungsprozessen überhaupt zweckmäßig ist, um die Sorgekultur zu verändern, wird man sich stellen müssen. Aber „Demokratie ist keine Frage der Zweckmäßigkeit, sondern der Sittlichkeit" (*Willy Brandt*).

Helmut Kneppe
Vorstandvorsitzender des KDA

EINFÜHRUNG – MUSS DER UMZUG INS HEIM EIN ALPTRAUM BLEIBEN?

„Eine Wohnung, ein Haus kaufen, „ein Nest bauen", das ist ein typisches Projekt für das dritte oder vierte Lebensjahrzehnt. Dafür wird gespart, werden Finanzierungslösungen gesucht, und dann wird gebaut. Drei oder vier Jahrzehnte später steht – ebenso typisch – das Projekt „Umzug ins Seniorenheim" an. Während Ersteres unter der Überschrift „Traum von den eigenen vier Wänden" steht, haftet sich an das zweite Projekt schnell ein Titel wie „Alptraum Altenheim" an. Während das Projekt „Nestbau" unter dem Stern von Kreativität und Freiheit steht, wird der Umzug ins Altenheim mit Uniformität und Gängelung assoziiert. Warum eigentlich? Ist das Negativimage des Altenheims naturgegeben? Meine erste These: Jede Gesellschaft hat die Altenheime, die sie finanziert und baut. Meine zweite These: Auch ein Altenheim kann ein „Traumhaus" sein" (Heil 2018:12).

Dr. Hanno Heil, seit 2008 Kurator im KDA

Weiter so – nur mehr vom Althergebrachten?

Spezielle Wohnangebote für Menschen mit schwer- und langandauerndem Pflegebedarf sind eine notwendige Säule in einem bedarfsgerechten Versorgungssystem. Dies waren sie in der Vergangenheit, und dies werden sie auch in Zukunft sein. Ihre Bedeutung ist in den vergangenen Jahren durch die demografische Entwicklung zunehmend gestiegen. Alleine zwischen 1999 und 2019 ist die Zahl der Pflegeheime in Deutschland um mehr als 70 Prozent angewachsen (*Statista 2020*). Heute leben mehr als 900.000 Menschen in rund 11.000 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen, das entspricht ca. einem Fünftel aller Pflegebedürftigen (*BMG 2021*). Und obwohl immer mehr Pflegebedürftige auch zuhause versorgt werden, erwarten alle einen weiteren Ausbau solcher Sonderwohnangebote für Langzeitpflegebedürftige. Branchenexperten aus dem investivem Sektor prognostizieren einen weiteren Bedarf von 390 zusätzlichen Einrichtungen bis Ende dieses Jahrzehnts bzw. mehr als 300.000 neuen Pflegeplätzen in den nächsten Jahren (u. a. *GWS 2016*). Kapitalanleger sehen in diesem Marktsegment gute Wachstumsperspektiven mit überdurchschnittlich hohen Renditen und sicherer Geldanlage, die nicht nur große Investmentgesellschaften anlocken, sondern auch private Kapitalanleger.

Aber ist ein weiterer massiver Ausbau solcher meist standardisierter Sonderwohnangebote für schwerpflegebedürftige Menschen wirklich zielführend? Während die Investmentbranche mantraartig die Wachstumsperspektiven bei solchen Pflegeimmobilien vorträgt, werden in der Pflegefachwelt seit Jahren ebenso mantraartig die Funktionsstörungen in der institutionellen Heimversorgung diskutiert: Betroffene kritisieren, dass sie hier nicht nach eigenen Vorstellungen in Würde alt werden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können; Betreiber wissen nicht, wie sie angesichts des Pflegenotstandes eine qualitätsgesicherte Versorgung langfristig sicherstellen können; Pflegende wandern nicht nur wegen zu geringer Bezahlung, sondern vielfach aus Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen aus diesem Beschäftigungssektor ab; Leistungsträger stehen vor der Herausforderung, die Finanzierbarkeit der Kosten vor dem Hintergrund wachsender Altersarmut zu gewährleisten. Diese Funktionsstörungen sind weniger auf die Betreiber und pflegenden Mitarbeiter in diesen Einrichtungen zurückzuführen, die i. d. R. mit großem Engagement in diesem überregulierten, marktorientierten Versorgungssegment um eine bedarfsgerechte Gestaltung der Wohnsituation für Menschen am Ende ihres Lebens ringen. Vielmehr erwachsen diese Funktionsstörungen aus systembedingten Defiziten. Ein „Weiter so – nur mehr vom Althergebrachten" erscheint daher weder für die Menschen, die solcher Pflegeangebote bedürfen, noch für die Pflegenden die Lösung. Zumal davon auszugehen ist, dass die nächste Altersgeneration, noch einmal sensibilisiert durch die Corona-Krise und die wie durch ein Brennglas sichtbar gewordene Gefährdung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Bewohnern in solchen Wohnsettings, verstärkt nach alternativen Wohnmodellen suchen wird.

---

1 *Im Interesse der Lesbarkeit haben wir auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich sind immer alle Geschlechter gemeint, auch wenn explizit nur eines der Geschlechter angesprochen wird.*
In den Ausführungen wird auch der Begriff „Heim" und nicht nur „Einrichtungen" verwendet, da auf die historischen Entstehungszusammenhänge der Heimversorgung eingangen wird.

Die Verwirrung ist perfekt!

Aber wie sollte die Heimversorgung weiterentwickelt werden? Muss der Umzug in ein Altenheim immer und „naturgegeben" ein Alptraum bleiben? Viele Stellschrauben hat man in den vergangenen Jahren bewegt, um den Funktionsstörungen der Heimversorgung zu begegnen: Qualitätssicherungsverfahren für die Pflege wurden verbessert, zusätzliche Personalstellen wurden finanziert, zusätzliche Betreuungsleistungen wurden eingeführt, Einzelzimmerquoten erhöht, die Einrichtungsgrößen reduziert, die Einführung eines neuen Personalbemessungs-Systems angeregt. Auch die aktuellen Diskussionen um die Tarifbindung der Beschäftigungsverhältnisse oder Deckelung des pflegeaufwandsbezogenen Eigenanteils gehören zu diesen Stellschrauben. Aber reicht es, einzelne Stellschrauben zu drehen? Ist – auch vor dem Hintergrund des Hineinwachsens der Babyboomer-Generation in die 3. und 4. Altersphase und die dadurch bedingten noch höheren quantitativen und qualitativen Anforderungen an Pflegewohnsettings – ein Drehen an weiteren Stellschrauben ausreichend? Bedarf es nicht einer gänzlichen Neuausrichtung, die den systembedingten Defiziten der Heimversorgung grundlegend begegnet?

Auch hier stehen wir nicht am Anfang. In der Vergangenheit hat sich viel bewegt. Viele neue Konzepte wurden entwickelt, um die stationäre Pflege so weiterzuentwickeln, dass sie den individuellen Bedarfen der Menschen auf der einen Seite und den gesellschaftlichen Herausforderungen auf der anderen Seite besser gerecht werden kann. Für engagierte Betreiber ist jedoch die Verwirrung mittlerweile perfekt. Wie sollen sie sich für die Zukunft aufstellen: Sollen sie ihr Wohnpflegeangebot als **stationäre Hausgemeinschaften** betreiben oder eine **Pflegeoase** einrichten oder eher ein **Regionales Pflegekompetenzzentrum** bauen? Oder sollen sie ihre Langzeitpflegewohnsettings mehr ambulantisieren und ihr Heim in eine **ambulantisierte Einrichtung** umwandeln bzw. direkt ein **Verbundmodell** mit Betreutem Wohnen und vielfältigen weiteren Wohn- und Hilfeangeboten errichten? Oder sollen sie sich mit einem „**Stambulant Modell**" für eine **sektorenübergreifende Versorgung** wappnen? Oder sollen sie sich eher auf eine Öffnung ins Quartier konzentrieren und sich zu einem **Quartiershaus/ Quartierszentrum** weiterentwickeln? Oder sollen sie ganz weg von der klassischen Heimversorgung mit „neuen" Wohnformen experimentieren und **ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften** oder **inklusive Clusterwohnen-Modelle** erproben? Welche Konzepte entsprechen den Bedarfen der Langzeitpflegebedürftigen und mit welchen Konzepten kann man am ehesten den 3D-Megatrends (Demografie, Differenzierung, Digitalisierung) begegnen? Welche Konzepte sind damit zukunftsgerechte Wohnkonzepte für Menschen mit schwerem und langanhaltendem Pflegebedarf?

Mehr Demokratie in der (insitutionellen) Langzeitpflege

Hier setzt der vorliegende Diskussionsbeitrag an. Er will eine Diskussion anregen, wie Pflegewohnmodelle für Menschen mit schwerem und langandauerndem Pflegebedarf zukunftsgerecht weiterentwickelt werden können.

- Nach einem Überblick über die aktuellen Funktionsstörungen der klassischen Heimversorgungen, die bei einer Weiterentwicklung im Blick gehalten werden müssen (*Kapitel 1*),
- werden die Heimleitbilder im Wandel und aktuell diskutierte Konzepte zur Weiterentwicklung der Heimversorgung beschrieben. Es werden die Chancen und Risiken der bisher diskutierten Leitbilder und Konzepte vor dem Hintergrund der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen skizziert (*Kapitel 2*).
- Auf dieser Basis wird herausgearbeitet, wie Pflegewohnsettings für langzeitpflegebedürftige Menschen zukunftsgerecht und innovativ weiterentwickelt werden könnten. Dabei ist Innovation nicht nur gegeben, wenn alle Elemente eines Konzeptes neu gedacht werden, innovativ ist auch die Zusammensetzung schon bestehender Konzeptelemente unter dem Aspekt einer neuen Fragestellung oder aktueller Entwicklungen. Von daher werden bei den Gedanken zu einem neuen Leitbild vielfach bekannte Reformelemente aufgegriffen, aber neu zusammengestellt bzw. neu pointiert. Die Neuausrichtung der Sorgeleistungen liegt nach Auffassung des *Kuratorium Deutsche Altershilfe* (KDA) in einer konsequenten **Demokratisierung der Sorgeleistungen** im Sinne einer Caring Community, in der nicht nur gemeinsam füreinander Verantwortung getragen wird, sondern auch gemeinsam über die Ausrichtung der Sorgeleistungen entschieden wird. In diesen Demokratisierungsprozess sind institutionelle Wohnsettings für Langzeit-

pflegebedürftige explizit einzubeziehen. Solche Sorgenden Gemeinschaften gilt es nicht nur im Sozialraum, sondern auch in den Pflegewohnsettings zu initiieren. Heime sollen nicht nur Teil einer Sorgenden Gemeinschaft im Sozialraum sein, sondern selbst die demokratische Denkweise der Sorgenden Gemeinschaft intern leben. Auch hier gilt es „mehr Beteiligung und Eigenverantwortung sowohl der Umsorgten wie der Sorgenden zu wagen". Heime/Langzeitpflegewohnsettings sollen sich zu demokratischeren Versorgungssettings weiterentwickeln. Es wird im Buch aufgezeigt, was eine solche Demokratisierung in Langzeitpflegewohnsettings konkret bedeutet und wo die Chancen einer Demokratisierung der Sorgeleistungen liegen, um den vielfältigen Funktionsstörungen in Langzeitpflegewohnsettings zu begegnen (*Kapitel 3*).
- Ebenso werden im Buch erste praktische Anregungen gegeben, wie eine solche Demokratisierung der (institutionellen) Langzeitpflegewohnsettings als gemeinsamer Weg gelingen kann (*Kapitel 4*)
- und welcher Rahmenbedingen es bedarf, um eine solche Demokratisierung der Pflegewohnsettings für Menschen mit schwerem und lang andauerndem Pflegebedarf zu verbreiten (*Kapitel 5*).

Der Diskussionsbeitrag bewegt sich in der KDA-Tradition, die Heimversorgung bedarfsgerecht weiterzudenken. Im Rahmen der vom KDA entwickelten Heimtypologie und der Herausarbeitung der 1. bis 5. Heimgenerationen, hat das KDA immer wieder versucht, Anregungen zu geben, wie Heimeinrichtungen passgenauer den aktuellen und zukünftigen Anforderungen begegnen können. Das hier zur Diskussion gestellte Leitbild ist jedoch keine 6. Heimgeneration und verengt sich damit nicht auf die Gestaltung institutioneller Einrichtungen. Eine konsequente Demokratisierung stellt den Sorgenden Gemeinschaften anheim zu entscheiden, wie professionell oder selbstorgansiert sie ihr Pflegewohnsetting organisieren wollen. Es geht daher nicht mehr nur darum institutionelle Einrichtungen weiterzuentwickeln, sondern *generell Pflege*wohnsettings so weiterzuentwickeln, dass sie den Bedarfen der schwer pflegebedürftigen Menschen, die sie nutzen, und den Sorgenden, die dort arbeiten, entsprechen. Von daher geht es nicht um das Leitbild einer 6. Heimgeneration, sondern sektorenübergreifend um ein zukunftsträchtiges Pflegewohnsetting für Menschen mit schwerem langandauerndem Pflegebedarf und deshalb um – ***Wohnen 6.o***.

1 Magisches Dreieck aus der Balance – Funktionsstörungen in der Heimversorgung

Die Geburtsstunde der Altenheime in Europa liegt im 13. Jahrhundert, damals breitete sich in vielen Städten die Idee des „Heilig-Geist-Stifts" aus, die sich zum Ziel gesetzt hatte, Kranken und Alten zu helfen. Das „Heilig-Geist-Hospital" bot u. a. familienlosen Personen oder kinderlosen Ehepaaren die Möglichkeit, im Alter oder bei Krankheiten im Hospital versorgt zu werden. Die Bewohnerschaft des Hospitals erhielt eine Schlafstelle, Nahrungsmittel und seit dem 17. Jahrhundert „acht Mal im Jahr ein warmes Bad" *(Renafan 2021: 0. S.).* Dabei lag den Sorgenden eine gute Versorgung der Alten und Kranken am Herzen. In einem Gildebrief der Bäcker eines Heilig-Geist-Stiftes in Berlin ist 1272 erwähnt, dass „die Armenhöfe Sankt Spiritus und Sankt Georg stets mit gutem Brote" *(Renafan 2021: 0. S.)* versorgt werden sollten. Dieses Privileg der Heimversorgung konnte entweder durch eine großzügige Geldzuwendung an das Hospital erworben werden, oder wenn man selbst darin über Jahre pflegerisch tätig gewesen ist *(Renafan 2021).*

Wenn man sich diesen historischen Entstehungszusammenhang der Heimversorgung vor Augen führt, so wird deutlich, warum Heimeinrichtungen überhaupt gegründet wurden: Sie wollten für Menschen, die zuhause nicht mehr versorgt werden konnten, eine „gute" Versorgung sichern und haben dafür auch die Finanzierung ermöglicht. Dieses **„magische Dreieck" - Bedarfsgerechtigkeit - Versorgungssicherheit[2] - Finanzierbarkeit** - *(Bertels-*

2 Für den Begriff „Versorgungssicherheit" gibt es keine allgemein anerkannte Definition. Er wird hier im Sinne von Versorgungskontinuität – eine dauerhafte verlässliche Versorgung bei sich veränderndem Hilfe- und Pflegebedarf zu gewährleisten – und im Sinne von Patientensicherheit – eine am individuellen Bedarf ausgerichtete und qualitätsgesicherte Versorgung zu sichern – verstanden.

mann Stiftung 2020) von Sorgeleistungen zu gewährleisten, ist bis heute der Anspruch von Heimeinrichtungen, an dem sie sich messen lassen müssen. Aber dieses magische Dreieck gerät zunehmend aus der Balance.

1.1 Funktionsstörung „Bedarfsgerechtigkeit"

Immer wieder gibt es Kritik, dass die stationären Langzeitpflegeangebote nicht dem Bedarf der älteren und pflegebedürftigen Menschen entsprechen.

Zahlreiche Befragungen von jüngeren, älteren, höchstaltrigen und pflegebedürftigen Menschen dokumentieren fortlaufend die doch eher geringe Akzeptanz für institutionelle Langzeitpflegesettings. So wurden z. B. 2011 repräsentativ 1.000 deutschsprachige Bürger ab 45 Jahren in Privathaushalten zu ihren gewünschten Wohnformen im Alter befragt (*Gangel 2011*). Danach bevorzugen vier Fünftel der Befragten im Alter (80 Prozent) das eigene Zuhause als Wohnform: Der Anteil der Befragten, die im Alter bevorzugt in den eigenen vier Wänden leben möchten, steigt mit dem Alter von 72 Prozent in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen auf 90 Prozent in der Gruppe der Befragten, die 70 Jahre und älter sind. Nur 6 Prozent aller Befragten können sich vorstellen, in eine Alters- und Pflegeeinrichtung mit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu ziehen. Diese Grundtendenzen werden auch von anderen Untersuchungen immer wieder bestätig: Die Mehrheit der Deutschen wünscht, auch im Falle von Pflegebedürftigkeit, zu Hause leben und sterben zu können und gibt an, nur in Ermangelung von Alternativen in ein Pflegeheim zu ziehen (vgl. *Klie 2017a*). Selbst Höchstaltrige, die schon vielfältige Unterstützung benötigen, stehen der Heimversorgung eher kritisch gegenüber. Studien belegen auch die höhere Zufriedenheit von Senioren, die im Alter zuhause leben gegenüber älteren Menschen in institutionellen Wohnformen. So zeigt z. B. die *Heidelberger Hundertjährigen Studie* bezüglich der Ergebnisse zum Wohlbefinden von Hundertjährigen: Hundertjährige, die zuhause leben, waren zufriedener mit ihrem Leben und Hundertjährige, die in Institutionen (z. B. Pflege- oder Seniorenheim) lebten, waren weniger zufrieden (*Rott et al. 2001*).

Diese mangelnde Akzeptanz gegenüber der Heimversorgung basiert nicht nur auf Fehlentwicklungen und deren medialer Aufbereitung (wie z. B. isolierte Standorte, anonyme Speisenversorgung, technisierte Bäder, krankenhausähnliche Bewohnerzimmer, Versorgungsmängel, Dominanz der Pflege und wenig Alltagsnormalität, zu wenig Personal, Höhe der Kosten), sondern vielmehr auf grundsätzlichen Vorbehalten gegen institutionelle Wohnformen. Die kaum individuelle und regionale Identitäten berücksichtigenden äußeren und inneren Gestaltungslinien der Pflegeimmobilien (*Arendt 2021*); die mangelnde Privatsphäre (immer noch lebt ein Drittel der Bewohnerschaft von Einrichtungen in Zwei-Bett-Zimmern (*Destatis 2021*); die einheitliche und wenig am individuellen Bedarf orientierte Alltagsgestaltung (u. a. betreut durchschnittlich ein Heim 64 Pflegebedürftige (*Destatis 2021)); die* Gesamtverantwortlichkeit eines Trägers und damit verbunden das eingeschränkte Wahl- und Hausrecht der Bewohnerschaft; die begrenzte soziale Integration (u. a. in der Heidelberger Hundertjährigen Studie konnte belegt werden, dass sich Hundertjährige in Einrichtungen oft einsamer fühlen, als Hundertjährige, die zuhause leben *(Rot 2001);* die pauschale Leistungsvergütung und geringen Spielräume, das Versorgungsgeschehen aktiv beeinflussen zu können, weil die Leistungsinhalte durch die pflegevertragsrechtlichen Vereinbarungen weitgehend vorgegeben sind; die vielfältigen ordnungsrechtlichen, leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften, Hierarchieebenen und Kontrollinstanzen – all dies lässt nur wenig Raum für die Sicherung einer individuellen, selbstbestimmten Lebensgestaltung für Menschen mit hohem Pflegebedarf. **Trotz vielfältiger Reformbemühungen und enormen Engagements vieler Träger und Mitarbeitenden bleiben Heime auch heute *systembedingt* noch vielfach eine fremdbestimmte „Welt für sich"**. Und auch wenn sich Heime zunehmend von der „totalen Institution" (*Goffmann 1973) zu* „humaneren Institutionen" *(Schönwiese 2013)* wandeln, ist es kaum gelungen, die Akzeptanz für solche Wohnformen zu steigern. Und es wird erwartet, dass dies für die zukünftige Altersgeneration mit ihren individualisierten Lebensstilen noch weniger gelingt, zumal die Corona-Erfahrungen vielen noch einmal prägnant vor Augen geführt haben, wie stark eine Heimunterbringung in die Selbstbestimmung und Teilhabe eingreifen kann.

1.2 Funktionsstörung „Versorgungssicherheit"[3]

Diese Einschränkungen in der Selbstbestimmung – so wird argumentiert – sind vielfach erforder-

lich, um für die Vielzahl von pflegebedürftigen Menschen eine qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten und zugleich finanzierbar zu gestalten. Jedoch gelangt die klassische Heimversorgung auch hier an ihre Grenzen.

Die demografisch bedingten Entwicklungen treffen stationäre Einrichtungen in besonderer Weise (*Kuhlmey, Blüher 2014*). Durch die Chance immer älter zu werden, leiden immer mehr Pflegebedürftige an demenziellen, chronischen und **mehrfachen Erkrankungen** und weisen entsprechende komplexe Versorgungsbedarfe auf *(Sowinski, Gergana 2014).* Insbesondere in vollstationären Pflegeeinrichtungen sorgt dies für erheblich steigende Anforderungen an das Pflegepersonal, weil sich – auch forciert durch den politischen Grundsatz „ambulant vor stationär" – hier Pflegebedürftige konzentrieren, die durchschnittlich einen hohen Pflege- und Betreuungsbedarf haben und eine immer kürzere Zeit in der Einrichtung verweilen[4] – mit entsprechend aufwändigen Anpassungsprozessen. Mitarbeitende sind systembedingt in Heimen vermehrt mit speziellen komplexen Pflegebedarfen konfrontiert, die zu **enormen Belastungen** des Personals führen.

Den zusätzlichen Belastungen steht eine **zu geringe Personaldecke** gegenüber. Obwohl Pflegedienste und Heime im Altenhilfebereich in den vergangenen Jahren mehr als 100.000 neue sozialversicherungspflichtige Stellen geschaffen haben, und es Rekordzuwächse bei der Anzahl der Auszubildenden gibt, und vermehrt ausländische Fachkräfte angeworben wurden (*BA 2021*)[5], fehlen schon jetzt und werden in Zukunft noch mehr Pflegekräfte fehlen *(Institut der Deutschen Wirtschaft 2018).* Dies zeigt sich besonders im stationären Bereich. Der stationäre Sektor ist zwar nach wie vor der deutlich personalintensivere Sektor, hat jedoch im Zeitverlauf relativ an Bedeutung verloren. Berechnungen der Bertelsmann Stiftung belegen, dass die Entwicklung des Anteils der in Vollzeitäquivalente umgerechneten Personen, die dort beschäftigt sind, zwischen 2007 und 2017 von 73 auf 67 Prozent gesunken ist (*Bertelsmann Stiftung 2019*). Der Rückgang des Anteils hängt unmittelbar auch mit dem Personalmangel zusammen. Befragungen unter Einrichtungsträgern zeigen, dass viele Einrichtungen aufgrund des Pflegefachkräftemangels schon heute nicht mehr den fachlich geforderten Personalbedarf decken können (*Zeit-Online 2019*).[6] In Politik und in Fachkreisen wird der Pflegenotstand – also der akute Personalmangel, vor allem in Pflegeinstitutionen – seit Jahren offen diskutiert (siehe u. a. „Konzertierte Aktion Pflege" (*BMG 2019)).* Nach Expertenmeinungen sind in den Seniorenpflegeheimen in Deutschland aktuell mehr als 100.000 Pflegekräfte zusätzlich notwendig und es wird eine andere Personalbemessung erprobt, um die hohe Arbeitsbelastung zu senken und eine angemessenere Betreuung zu gewährleisten (*Rothgang 2020*).

Die Ursachen für den Personalmangel sind vielfältig. Als Haupttreiber des Pflegenotstands wird der demographische Wandel genannt, wodurch immer mehr Pflegebedürftige einer immer geringer werdenden Zahl von jüngeren Beschäftigten in der Pflege gegenüberstehen. Die Schere zwischen fachlich feststellbarem Pflegebedarf und der Personalausstattung hat sich so in den letzten Jahren immer mehr geöffnet.

Viele sehen eine weitere zentrale Ursache für den Personalmangel in der **schlechten Bezahlung der Beschäftigten in Pflegeberufen.** Die durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste für vollzeitbeschäftigte Fachkräfte in Heimen sind in den vergangenen zehn Jahren zwar um rund ein Drittel gestiegen. Wie das *Statistische Bundesamt (Destatis*) aktuell mitteilte, verdienten Fachkräfte in Altenheimen im Jahr 2020 brutto 32,8 Prozent mehr als noch 2010. Die Bruttomonatsverdienste bei Fachkräften in Pflegeheimen sind mit 38,6 Prozent sogar noch etwas mehr gestiegen. Jedoch bleibt allgemein eine Unterbezahlung in den Pflegeberufen und besonders in der Heimpflege bestehen. Der Bruttomonatsverdienst vollzeit-

---

3 Unter Versorgungssicherheit wird in diesem Kontext die Wahrung einer umfänglichen, kontinuierlichen, am individuellen Bedarf ausgerichteten, qualitätsgesicherten Pflege und Betreuung verstanden (*GKV 2019*).

4 25 Prozent aller Bewohner leben nicht länger als zwölf Monate im Pflegeheim und 40 Prozent nicht länger als drei Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen liegt bei 2,5 Jahren (*DAK 2019*).

5 Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit ist in den vergangenen fünf Jahren die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege überdurchschnittlich um 14 Prozent gestiegen (*BA 2021*).

6 Eine Studie der *Evangelischen Bank (2019)* zeigt: 60 Prozent der dort befragten Pflegeheime in Deutschland haben offene Fachkräftestellen. Im Durchschnitt sind dort pro Heim sechs Stellen unbesetzt. Es wurden rund 300 Geschäftsführer und Verwaltungsleiter befragt, die zusammen mindestens 1.250 der bundesweit rund 15.000 stationären Heime vertreten.

beschäftigter Arbeitnehmer im Jahr 2020 (ohne Sonderzahlungen) in Pflegeberufen liegt in der Altenpflege immer noch deutlich unter dem der Beschäftigten in der Krankenpflege und wenn man insgesamt alle Leistungsgruppen vergleicht auch unter dem der Beschäftigten in anderen Dienstleistungsbereichen oder im produzierenden Gewerbe.

Aber es geht vielen auch nicht nur ums Geld. Wesentlich dürften die **Arbeitsbedingungen** in der Pflege – und hier insbesondere auch in der stationären Pflege – verantwortlich für den wachsenden Personalmangel sein. Beschäftigte in Pflegeberufen bleiben derzeit im Schnitt nur sieben, acht Jahre in ihrem Beruf (*Altenheim 2021*). Höhere Arbeitsanforderungen, steigender Stress, größer werdende Verantwortung ohne tatsächliche Einflussmöglichkeiten bei gleichzeitig weniger direkter Pflege am Menschen – dies alles führt zu wachsender Unzufriedenheit und zu Abwanderungen, wie Studien belegen (*DGB 2018*). Unter dem alltäglichen Widerspruch zwischen den Ansprüchen und ihrer Realisierbarkeit leidet die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte. Konsequenzen der damit verbundenen Überforderung und Belastung sind Arbeitsunfähigkeit, Fluktuation und Aufgabe des Berufs. Auf die verbliebenen Mitarbeitenden insbesondere in den Heimen kommen dadurch noch weitere Belastungen hinzu.

Es stehen aber im stationären Beriech nicht nur weniger Kräfte zur Versorgung der wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen zur Verfügung, sondern auch immer **weniger Fachkräfte**. Die Qualifikationsstruktur der Beschäftigten hat sich im Zeitverlauf gewandelt. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor war der Fachkräfteanteil in den vergangenen Jahren rückläufig, wie die *Bertelsmann Stiftung (2019)* darstellen konnte. Im ambulanten Sektor lag er am Jahresende 2017 bei 50 Prozent und damit rund neun Prozentpunkte niedriger als zehn Jahre zuvor. Im stationären Bereich kam es im gleichen Zeitraum zu einem Rückgang um vier Prozentpunkte auf 35 Prozent. Die Pflegehelfer / -assistenten, aber auch Beschäftigte mit einem anderen oder ohne Berufsabschluss haben im Gegenzug an Gewicht gewonnen *(Bertelsmann Stiftung 2019).* Auch die Entwicklung der Betreuungsrelationen macht eine tendenziell abnehmende Fachlichkeit in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung deutlich. Zwischen 2007 und 2017 ist die Anzahl der Pflegebedürftigen, die einer Pflegefachkraft mit Tätigkeitsschwerpunkt in der Pflege und Betreuung (VZÄ) gegenüberstanden, im stationären Sektor von 4,0 auf 4,3 (und im ambulanten Sektor von 6,5 auf 7,3) angestiegen *(Bertelsmann Stiftung 2019).*

Dies alles hat auch **Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit** der Heimbewohnerschaft. Unbesetzte Stellen, der rückläufige Fachkräfteanteil, schlechtere fachliche Betreuungsrelationen und höhere Anforderungen aufgrund des Wandels der Bewohnerschaft führt bei den verbliebenen Mitarbeitenden zu einer Arbeitsverdichtung, durch die sie die notwendige Versorgungskontinuität und -qualität nicht immer optimal gewährleisten können. So gab z. B. bei einer Befragung unter Pflegekräften etwa die Hälfte an, ihr (verdichtetes) Arbeitspensum nur bewältigen zu können, indem sie kompensatorisch Abstriche bei der Qualität ihrer Leistung macht (*DGB 2018*). Neben entsprechenden Selbsteinschätzungen der Pflegekräfte belegen eine Reihe von Untersuchungen, dass die Versorgungsqualität in stationären Langzeitpflegesettings vielfach gefährdet ist. Studien weisen beispielsweise auf einen inadäquaten Einsatz von Psychopharmaka hin, MDK-Berichte geben Hinweise, dass in einigen Heime selbst die körperbezogene Versorgung nicht immer gesichert ist und dies zu gesundheitsbezogenen Gefährdungen für Pflegebedürftige führen kann (z. B. im Hinblick auf Defizite in der Dekubitusprophylaxe, Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung) (*MDK 2007).*

Auch werden in stationären Einrichtungen **Entlastungen durch informelle Helferpotenziale** nicht in gleicher Form wie im häuslichen Bereich ermöglicht. Zwar sind bei den vergangenen Pflegeversicherungsreformen Ansätze geschaffen worden, solche Unterstützungsnetzwerke auch im stationären Bereich zu stärken (u. a. Betreuungs- und Aktivierungsleistungen in stationären Einrichtungen § 43b SGB XI), und viele Einrichtungen bemühen sich, Unterstützungsnetzwerke aufrecht zu erhalten oder zu aktivieren (z. B. mit einer Öffnung ins Quartier). Jedoch gehen beim Übergang in die klassische stationäre Pflege diese Ressourcen heute oft verloren. Wie stark dieses informelle Helfernetz sein kann, zeigen folgende Daten: Nach der aktuellen Pflegestatitik von 2019 leben 3,3 Mio. Pflegebedürftige zuhause (80,2 %), davon werden 2,1 Mio. alleine durch Angehörige versorgt (*Destatis 2018*). Weiterhin engagieren sich aktuell 42 % der Bundesbürger und sogar jeder dritte ältere Mensch freiwillig für andere (*BMFFSJ 2016*). Die klassische Heimversorgung

ist jedoch systembedingt eine Vollversorgung und es besteht keine Notwendigkeit oder kein finanzieller Anreiz, informelle Unterstützung zu integrieren. **Die Konzentration besonders schwer pflegebedürftiger Menschen in Einrichtungen, die durch den Personalmangel besonders in Heimen erfolgte Arbeitsverdichtung und die geringeren Entlastungsmöglichkeiten gefährden systembedingt vielfach auch die Versorgungssicherheit in Heimen.**

1.3 Funktionsstörung „Finanzierbarkeit"

Auch das Argument, nur mit einer institutionellen Versorgung könne die Finanzierung von schwerer Pflege für die meisten längerfristig ermöglicht werden, gerät zunehmend ins Wanken.

Die kritische Distanz älterer Menschen und ihrer Angehörigen zur Heimversorgung resultiert auch aus der enormen Kostenbelastung. Zwar zeigt sich bei genauer Marktbeobachtung kein eindeutiges Bild im Hinblick auf enorme Kostensteigerungen für die verschiedenen Kosten-Posten der Heimversorgung in den vergangenen 5 Jahren (*Institut der Deutschen Wirtschaft 2019*).[7] Was sich aber zeigt, ist eine deutliche Kostensteigerung bezüglich der Eigenanteile zur Finanzierung der *Pflegekosten*. Allein seit 2017 ist der monatliche **pflegebedingte Eigenanteil** für die stationäre Pflege um durchschnittlich 238 Euro gestiegen. Der Eigenanteil, den Bewohner in einem Pflegeheim allein für die Pflegekosten zahlen müssen, betrug am 1.1.2021 nach Angaben des *Verbands der Ersatzkassen VDEK im Bundesdurchschnitt 831,-- Euro pro Person/Monat (VDEK 2021).* Berechnungsszenarien bezogen auf die Entwicklung der Eigenanteile von Heimbewohnern lassen je nach Berechnung – einen stabilen Beitragssatz angenommen – in den nächsten 25 Jahren Steigerungen zwischen 150-300 Prozent erwarten (*Klie 2019*).

Dabei sind es nicht die pflegebedingten Aufwendungen allein, bei denen die Kosten davonlaufen. Auch die **Kosten für das Wohnen** sind enorm. Heimbewohner müssen 2021 für **Investitionskosten** durchschnittlich 458,-- Euro zahlen. Die Investitionskosten stellen die eigentliche „Kaltmiete" dar, also die Kosten für den Wohnraum.[8] Geht man davon aus, dass die meisten Bewohnerzimmer sich entsprechend der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestgrößen von 12-14 qm bewegen und weitere gesetzlich vorgeschriebenen Flächen für Vorräume, Sanitärbereiche und Küche/Aufenthaltsbereich eine Wohnfläche zur reinen individuellen Nutzung von meist 25-30 qm ergeben, liegt der qm-Preis für Heimbewohner zwischen 15,-- bis 18,-- Euro Kaltmiete für das individuelle Wohnen in Heimeinrichtungen. Damit könnte man auf dem normalen Mietwohnungsmarkt Wohnungen im Hochpreissegment anmieten. Nur zum Vergleich – die teuerste durchschnittliche Miete in Deutschland liegt bei 18,-- Euro in München (*Zeit-Online 2019a*). Diese hohen Kaltmietkosten ergeben sich daraus, dass die Bewohnerschaft neben den individuell genutzten Flächen vielfältige gesetzlich vorgeschriebene weitere Gemeinschaftsflächen, Verkehrsbereiche, Funktionsräume und Einrichtungsgegenstände mitfinanzieren muss.[9]

Hinzu kommen noch Kosten für die Unterkunft und Verpflegung von durchschnittlich 779,-- Euro. Wenn man davon ausgeht, dass davon mindestens 1/3 auf die Unterkunft entfallen, müssen Heimbewohner monatlich rund 260,-- Euro für sog. Nebenkosten für das Wohnen bezahlen. Denn **Unterkunftskosten** beinhalten vor allem die Kosten für Wärme, Strom, Wasser und die Wartung des Zimmers und der vielfälti-

---

7 Bis 2015 hat die Entwicklung der *Preise für Pflegeleistungen* einen recht unterschiedlichen Verlauf in den Bundesländern genommen. In manchen Regionen sind sie deutlich gestiegen, auch im Vergleich zu den allgemeinen Verbraucherpreisen, in anderen Bundesländern blieben sie hingegen hinter dieser Entwicklung zurück. Ähnlich sieht das Bild für die Preise für *Unterkunft und Verpflegung* in der stationären Dauerpflege aus. Mit Ausnahme der Jahre zwischen 2005 und 2007 blieben die Preise für diese Leistung bis nach 2011 deutlich hinter der allgemeinen Verbraucherpreisentwicklung zurück. Erst zwischen 2013 und 2015 und dann wiederum zwischen 2015 und 2017 sind sie auch real um jeweils knapp 3 Prozent gestiegen. Real ist der Investitionskostenanteil um gut 6 Prozent zwischen 2005 und 2015 gestiegen *(Institut der Deutschen Wirtschaft 2019).*

8 Sie werden erhoben für die Beschaffung der Immobilie, aller anderen Anlagen und betrieblichen Güter, wie Betten, Tische, Stühle, Küchen, aber auch Fahrzeuge etc. Hinzu kommen die Kosten für Instandhaltung und Instandsetzung. Durch die Umlage dieser Kosten auf die Bewohner wird die Immobilie refinanziert, ähnlich wie dies ein Vermieter gegenüber seinen Mietern durch Abrechnung des Mietzinses handhabt.

9 Die Aufgabe, die Investitionskosten zu fördern, liegt bei den Ländern. Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 hatten sich Bund und Länder darauf geeinigt, dass Einsparungen, die den Ländern als Träger der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, zur Investitionskostenfinanzierung von Pflegeeinrichtungen herangezogen werden sollten. Eine Förderung ist als Objekt- oder als Subjektförderung möglich. Letztere in Form von Pflegewohngeld bieten zurzeit allerdings nur Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

gen Gemeinschaftsflächen. Laut Betriebskostenspiegel 2017 des *Deutschen Mieterbundes* (*DMB*) liegen die Nebenkosten in allgemeinen Mietwohnungen im Schnitt bei 2,16 Euro pro qm (*Biallo 2020*). Bezogen auf die individuell nutzbare Fläche von 25-30 qm liegt der Preis für die Nebenkosten für Heimbewohner bei 9,-- bis 10,-- Euro pro qm, weil für vielfältige weitere Gemeinschafts- und Funktionsräume, die nicht unmittelbar der individuellen Nutzung dienen, Nebenkosten mitzuzahlen sind. Nicht nur in Bezug auf die Pflegekosten stellt sich die Frage, ob dies wirklich die wirtschaftlichste Form für ein Wohnsetting für Pflegebedürftige ist.

Zum oben aufgeführten pflegebedingten Eigenanteil, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten summieren sich noch eine länderspezifische Ausbildungsumlage und sonstige individuelle Zusatzleistungen zu den **Gesamtkosten**. Der von Heimbewohnern selbst zu zahlende Gesamtbetrag belief sich zum 1.1.2021 auf durchschnittlich 2.068,-- Euro. Mit einem durchschnittlichen Alterseinkommen ist klassische stationäre Pflege schon heute kaum mehr finanzierbar. Nach dem Alterssicherungsbericht der Bundesregierung lag das aktuelle Haushaltseinkommen aller Ehepaare und Alleinstehenden im Alter ab 65 Jahren in Deutschland 2019 bei durchschnittlich 2.207,-- Euro (*Specht 2020*). Neben Renten und Pensionen werden hierbei auch andere Einnahmen berücksichtigt, etwa aus Mieten, Renten- und Lebensversicherungen sowie Zinsen. Betrachtet man jedoch die Alleinstehenden, so öffnet sich die Schere zur Finanzierung immer weiter. Ein männlicher Single-Rentner verfügt aktuell im Westen über 1.875 Euro an Einkommen, im Osten über 1.563 Euro. Weibliche Single-Rentner erhalten weniger: in den alten Bundesländern durchschnittlich 1.617 Euro, im Osten 1.567 Euro (*Specht 2020*). Viele Heimbewohner können daher schon heute die Eigenanteile für die Heimunterbringung – vor allem aber in Zukunft mit dem wachsenden Problem der Altersarmut (*Bertelsmann Stiftung 2017*) – nicht mehr finanzieren. Und die in der letzten Pflegeversicherungsreform erfolgte Deckelung für den pflegebedingten Eigenanteil wird die Finanzierungsprobleme für viele kaum lösen, da die gestaffelte Entlastung erst nach zwölf Monaten finanziell greift und Entlastungen für die Finanzierung der enormen Investitionskosten – das sog. „zweite Heimentgelt" – in vielen Bundesländern nicht geregelt sind.

So gerät auch die Finanzierung der institutionellen Langzeitpflege zunehmend in die Krise. Schon heute beziehen wieder rund ein Drittel aller Heimbewohner (34,4 %) Sozialhilfeleistungen der „**Hilfe zur Pflege**" nach § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII (*BMG 2021*). Experten sehen daher auch das Ziel des Pflege-Versicherungsgesetzes, die Zahl der Menschen mit Sozialhilfebezug zu senken, nicht vollständig erfüllt (*Rothgang, Kalvitzkiy 2018*). Dieses Risiko betrifft in besonderer Weise die Heimbewohner. 2019 entfielen von allen 392.000 Beziehern der „Hilfe zur Pflege" nach § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII 83 Prozent auf stationäre Einrichtungsbewohner (*IAQ 2019*). Dieses Risiko ergibt sich natürlich aus dem besonders hohen Hilfe- und Pflegebedarf der Einrichtungsbewohner. Es ergibt sich aber auch dadurch, dass hier nicht über modular wählbare Leistungssysteme eine individuelle Steuerung der Kosten möglich ist. Heimbewohner sind gezwungen, Pauschalpakete und damit fest definierte pauschale Pflegesätze zu finanzieren und große Wohnflächen anzumieten – das Zu- und Abwählen von Leistungskomplexen ist kaum möglich. Zwar sind alternative Vollversorgungssettings (wie z. B. ambulante Pflegewohngemeinschaften) auch nicht immer eine kostengünstigere Variante (*GKV 2019*). Hier können die Bewohner solcher Wohnformen jedoch über modular wählbare Leistungssysteme eine individuelle Steuerung der Kosten vornehmen und weitere Finanzierungsquellen erschließen (u. a. SGB V Leistungen der medizinischen Behandlungspflege), so dass solche ambulanten Langzeit-Pflegewohnsettings für die Betroffenen u. U. günstiger sind – wenn auch nicht unbedingt für die Leistungsträger. Auch ist der Einsatz von zusätzlichen Unterstützungsressourcen (z. B. durch Angehörige oder Ehrenamtliche), die u. U. zu einer Kostenreduzierung führen können, im Heimbereich nicht systematisch vorgesehen. **Die vorgegebenen hohen Wohnkosten ohne Einfluss auf deren Gestaltbarkeit, die vordefinierten kaum individuell zusammenstellbaren Leistungspakete und die fehlenden Möglichkeiten durch Eigenleistungen und informelle Hilfen zu einer finanziellen Entlastung beizutragen – all dies ist mit dafür verantwortlich, dass klassische institutionelle Langzeitpflege systembedingt auch vor besonderen Finanzierungsherausforderungen steht.**

Immer wieder hat es in den vergangenen Jahren intensive Diskussionen[10] und Reformbemühun-

gen gegeben, um diesen Funktionsstörungen der institutionellen Langzeitpflege zu begegnen. **Stellschrauben** der vergangenen Jahre zur Lösung der Funktionsstörungen waren z. B. ....

- Erhöhung der Einzelzimmerquoten z. B. auf 100 % in Baden-Württemberg,
- Abschaffung „Pflegenoten" durch ein umfangreicheres Qualitätssicherungssystem – dem „Pflege-TÜV" bzw. QPR – Qualitätsprüfungs-Richtlinien,
- Einführung zusätzlicher Betreuungsleistungen in der stationären Pflege (§ 87b SGB XI)
- Finanzierung 13.000 zusätzlicher Personalstellen für die stationäre Pflege (Pflegepersonalstärkungsgesetz: § 8 Abs. 6 SGB XI), nach dem Versorgungsverbesserungsgesetz weitere 20.000 Assistentenstellen,
- Erprobung und Einführung eines neuen Personalbemessungs-Systems: Nach der aktuellen Pflegereform wird zum 01.07.2023 das neue bundesweite Personalbemessungsverfahren in der stationären Pflege eingeführt. Es gelten dann erstmals jeweils einrichtungseigene Schlüssel für ungelernte und examinierte Pflegehelfer sowie für Pflegefachkräfte. Im Ergebnis macht die starre 50%-Fachkraftquote einer einrichtungsspezifischen Fachkraftquote Platz (*Deutscher Bundestag 2021*).
- Gesetzesänderungs-Vorschläge zur Deckelung der pflegeaufwandsbezogenen Eigenanteile: Anders als für die ambulante Pflege soll es nach der aktuellen Pflegereform zwar keine Steigerung für die stationäre Pflege geben – jedoch wird die Dynamisierung durch die Zuschüsse zu den Eigenanteilen erbracht. Wer Sachleistungen nach § 43 SGB XI bezieht und bis zu 12 Monate im Heim lebt, erhält 5 Prozent Zuschuss in Höhe des zu zahlenden Eigenanteils, wer bis zu 24 Monaten im Heim lebt, erhält 25 Prozent und wer über 24 Monate im Heim lebt, bekommt einen Zuschuss in Höhe von 45 Prozent zu dem zu zahlenden Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen. Wer länger als 36 Monate im Heim lebt, erhält 70 Prozent.
- Ebenso wird nach der aktuellen Pflegereform eine Tarifbindung bei der Gewährung von Pflegeversicherungsleistungen eingeführt.

Diese Reformen haben zwar einiges bewegt, aber sie haben bisher nicht wirklich zur Resilienz der Heimversorgung beigetragen (auch von den aktuellen Reformen erwarten viele Kritiker dies nicht). **Es bedarf einer Reform, mit der die Risiken nicht nur bewältigt werden, sondern aus ihnen gelernt wird, sich so umfassend neu aufzustellen, dass man sich zukünftigen Herausforderungen besser anpassen kann**. Dies hat die Corona-Krise noch einmal besonders eindringlich vor Augen geführt.

Exkurs: Systembedingte Funktionsstörungen kumulierten in der Corona-Krise

Auch durch die systembedingten Mängel standen die Heime vor besonderen Herausforderungen, der Corona-Krise zu begegnen. Nicht nur die schlechte organisatorische Vorbereitung mit mangelnder Schutzkleidung und die mit besonders intensivem Körperkontakt verbundene Betreuungssituation, sondern vor allem die hohe Konzentration dieser Hochrisikogruppe in meist einem Gebäude, haben die invasionsartige Verbreitung des Virus bedingt. Durch Ketteninfektionen der dort eng zusammenarbeitenden Pflegenden ist es in vielen Einrichtungen zu massivem Personalausfall gekommen, so dass die **Versorgungssicherheit** der Menschen in Heimen gefährdet wurde. Ebenso konnten durch die Konzentration von besonderen Risikogruppen in Heimen kaum Angehörigen- oder andere Hilfenetze genutzt werden, um personelle Engpässe bei der Versorgung aufzufangen (*siehe u. a. Jacobs et al. 2021)*. Die leistungsrechtlich sektorale Trennung zwischen Pflege- und Krankenversicherung ermöglichte es kaum, freie Personalkapazitäten des Krankenhausbereichs (oder auch von Tagespflegeeinrichtungen) in Pflegeheimen zu nutzen, um stationär eine bedarfsgerechte Versorgung trotz der in Heimen auftretenden Personalengpässe sicherzustellen. Hier werden noch einmal strukturbedingte Grenzen der aktuellen institutionellen Langzeitpflegewohnsettings sichtbar.

Stationäre Einrichtungen sind **auch finanziell besonders stark von der Corona-Krise betroffen**. Die *Bank für Sozialwirtschaft (BfS)* hat die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage zu den wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie in der Senioren- und Langzeitpflege veröffentlicht. Demnach müssen insbesondere stationäre Einrichtungen (und Tagespflegen) weiterhin mit Auslastungsde-

10 z. B. Initiative „Pro Pflegreform" mit ihrem Diskurs „Wohnen ohne Sektorengrenzen", z. B. Diskurs zu „hybriden" Wohnmodellen; z. B. Diskurs über „neue Wohnformen" für Pflegebedürftige, z. B. die Reformvorschläge des Netzwerkes SONG: Soziales neu gestalten, Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung"

fiziten infolge von gesetzlichen Auflagen, Nachfrageeinbrüchen und Personalausfällen durch Krankheit sowie Kindernotbetreuung umgehen. Besondere Regelungslücken sehen die Befragten auch bei der Kompensation von Mindereinnahmen im Bereich der Investitionskosten (*BfS 2021*).

Auch kam es zu massiven Störungen bezüglich der **Bedarfsgerechtigkeit**. Die verhängten einrichtungsbezogenen Kontaktverbote wirkten sich fatal auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten und die soziale Teilhabe der dort lebenden Menschen aus. Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen, aber auch Beschränkungen persönlicher Freiheiten innerhalb der Einrichtung, Besuchsverbote in der Sterbephase sind Eingriffe in die Grundrechte der Bewohner sowie der betroffenen An- und Zugehörigen (*siehe u. a. Jacobs et al. 2021).* Die vom Infektionsschutzgesetz geforderte „Verhältnismäßigkeitsprüfung" für solche Maßnahmen wurde kaum im Diskurs mit den Betroffenen und ihren Angehörigen beschlossen und auch die zögerliche Auflösung der Grundrechtseinschränkungen macht die systemischen Defizite dieses Wohnsettings in Bezug auf die Bedarfsgerechtigkeit noch einmal sichtbar. „Die pauschale Stigmatisierung der Schutzbedürftigkeit der vulnerablen Gruppe der „Alten" kappt die gerade erst im langsamen und widerspruchsvollen Wachstum befindliche Sozialraumöffnung der Heime. Das Grundrecht des alten Menschen auf Selbstgefährdung als Ausdruck der Selbstbestimmung mit Blick auf das ebenso grundrechtlich kodifizierte Teilhaberecht wird massiv verletzt. Die Mehrheitsbevölkerung erlebt noch einen öffentlichen Außenraum ihres privat-häuslichen Innenraums, die Lebenswelt des Pflegeheims ist eine extreme Form der Ausgrenzung. ... **Corona hat die dichte Form der Kasernierung nur noch auf die Spitze getrieben und uns damit einen Spiegel vorgehalten**" *(Schulz-Nieswandt 2021: 10 f.).*

Auch *Antje Schwinger* konstatiert: „Wir sollten – die Situation der Betroffenen vor Augen – die Pandemie zum Anlass für einen breiten gesellschaftlichen Diskurs nehmen, was uns eine menschenwürdige Versorgung im Alter als Gesellschaft wert ist" *(Schwinger 2021:0. S.).*

Angesichts dieser Funktionsstörungen kann man durchaus von einer Krise der institutionellen Langzeitpflege sprechen. Als Krise bezeichnet man im Allgemeinen „einen Höhepunkt oder Wendepunkt einer gefährlichen konflikthaften Entwicklung in einem natürlichen oder sozialen System, dem massive Funktionsstörungen über einen gewissen Zeitraum vorausgingen" *(Koselleck 1982: 617).* Krisen sind nicht nur besondere Herausforderungen, sondern bieten auch im Sinne von Schumpeter immer die Chance auf „creative destruction" – um Raum für Neues zu schaffen (*Schumpeter 1975*). Oder wie Max Frisch es formulierte: „Krise ist ein produktiver Zustand. Man muss ihm nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen." Das „Neue" oder „Produktive" wird sich aber nicht mit dem Drehen an ein paar Stellschrauben begnügen können. Die Funktionsstörungen in der Langzeitpflege sind – wie andere Defizite im Pflegesystem – „...in Systemdefiziten begründet, die dem Bemühen von Hilfebedürftigen und Helfenden oft gleichermaßen im Wege stehen" *(Hoberg, Klie, Künzel 2013: 9).* Aufgrund systembedingter Defizite bedarf es einer grundlegenden Neuaufstellung der institutionellen Langzeitpflege.

2 Heimversorgung im Wandel: personalisieren, inkludieren, auflösen – wo soll die Reise hingehen?

Aber wie kann diese Neuaufstellung aussehen? Wie kann Langzeitpflege bedarfsgerechter organisiert werden? Wie kann eine qualitative Versorgung für Menschen mit langanhaltendem, schwerem Pflegebedarf gesichert werden, die nicht mehr zuhause versorgt werden können? Wie können Wohnsettings für Langzeitpflegebedürftige bezahlbar bleiben? Letztlich geht es um die Frage, wie müssen sich (institutionelle) Langzeitpflegesettings weiterentwickeln, um ein „gutes" bzw. „gelingendes Alter(n)"[11] auch für hochaltrige, vulnerable Menschen mit zunehmend komplexer werdenden Pflegebedarfen in einer hoch-individualisierten Gesellschaft und vor

11 In der Gerontologie wird seit einigen Jahren der Begriff „gelingendes Altern" als lebensphasenspezifische Fassung der philosophischen Orientierung des „guten Lebens" – wie man sie aus der griechischen Antike kennt – verwendet, als Grundlage für „Glückseligkeit". „Gelingendes Altern" zielt auf die Sicherung von Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden in allen Altersphasen.

dem Hintergrund vielfältiger gesellschaftlicher Herausforderungen zu ermöglichen.

Ob ein „gutes" Altern gelingen kann, ist nicht nur von der Natur, sondern vor allem auch von der Gesellschaft abhängig. Vielfach ist in Studien belegt worden, dass verhältnis- und verhaltensbezogene Faktoren sogar einen stärkeren Einfluss auf die Entwicklungsmöglichkeiten im Alter haben können als genetisch-biologische Dispositionen (u. a. *Giefing-Kröll, Grubeck-Löwenstein 2019*). Die Entwicklungspotenziale im Alter(n) werden durch gesellschaftliche und wirtschaftliche Faktoren geprägt und können somit auch durch die Gesellschaft beeinflusst werden. Dafür ist aber entscheidend, welche Vorstellungen die Gesellschaft von einem „gelingenden Alter(n)" hat.

Diese Vorstellungen von einem „gelingenden Altern" auch bei erhöhtem Pflegebedarf manifestieren sich u. a. in Heimleitbildern. Die gesellschaftlichen Vorstellungen, wie die Heimversorgung am besten zu gestalten ist, haben sich in den vergangenen Jahren verändert. Dies wird im Wandel der Heimleitbilder in der vom KDA entwickelten Heimtypologie (*KDA 2013*) deutlich.

Bei der Entwicklung eines zukunftsträchtigen Heimleitbildes erscheint es zielführend, den Wandel der Leitbilder der Heimversorgung im Blick zu haben. Zum einen, weil deren Konnotationen bis heute bei der Heimversorgung fortbestehen, die aktuellen Lebensbedingungen in Heimen mitbestimmen und viele Einzelelemente bis heute ihre Gültigkeit haben. Zum anderen, weil sich erst auf dieser Grundlage notwendige Neuausrichtungen und der Zugang zu neuen Leitbildern erschließt. Aus der Aufarbeitung ihrer Chancen und Risiken ergeben sich die Eckpunkte für eine Neuausrichtung.

2.1 De-Personalisierende Heime – Heimbilder 1. und 2. Generation

Das Leitbild des „gelingenden Alter(n)s" in den 1950er und 60er Jahren rückte die Verortung und Integration der älteren Menschen in das Leben der Primärfamilie in den Fokus *(Hillebrecht 2020*). Eine Unterbringung in institutionellen Wohnformen ist eher eine Notlösung zur Sicherung der Grundbedürfnisse. Es wird eine Grundversorgung in von der „normalen" Welt weitgehend separierten Sondereinrichtungen gesichert. Auf die individuellen Besonderheiten der Bewohnerschaft wird kaum eingegangen, sondern sie werden als einheitliche Gruppe mit altersbedingten Defiziten und gesundheitlichen Einschränkungen gesehen. Diese Heime lassen sich daher als „de-personalisierende" Heime (*Hillebrecht 2020*) begreifen. Hierzu gehören die nach der KDA Heimtypologie definierte *1. Heimgeneration - Verwahranstalten* und *2. Heimgeneration - Krankenhausversorgung*

1. *Heimgeneration - Verwahranstalten:* Hier wird die Versorgung alter Menschen auf **körperbezogene Verrichtungen** in institutionell-organisatorisch weitgehend geschlossenen Lebenswelten reduziert, die Versorgung sichert nur die Grundbedürfnisse – im Sinne einer **„sicher, satt und sauber" Pflege**. Individuelle, soziale und kulturelle Bedürfnisse der Bewohnerschaft finden kaum Beachtung.
2. *Heimgeneration - Krankenhausversorgung:* Hier orientiert man sich primär am Leitbild des „Krankenhauses" und an einer Verbesserung der klinisch-pflegerischen Möglichkeiten der Versorgung mittels der „**Funktionspflege**". Eine gute Versorgung bedeutet vor allem die Einhaltung hoher hygienischer Standards und ist auch hier wenig auf die Bedürfnisse der Bewohnerschaft ausgerichtet. Die Lebensmöglichkeiten der Bewohnerschaft werden durch die Regeln der Institution und des Personals bestimmt. Die Bewohner werden entsprechend der klinischen Ausrichtung der Institution primär aus einer **defizitorientierten** Perspektive als "pflegebedürftige Patienten" gesehen, was auch hier zu einer De-Personalisierung führt (*KDA 2013*).

2.2 Personenorientierte Heime – Heimleitbilder 3. und 4. Generation

In den 1970er und 80er Jahren lässt sich ein Wandel der normativen Leitorientierung vom „gelingenden Alter(n)" weg von der Familienintegration hin zu Vorstellungen vom Alter als eigene individuell gestaltbare Lebensphase beobachten (*Hillebrecht 2020*). Eine Leitvorstellung, die in dem um die Jahrtausendwende von der WHO postulierten Leitbild des „aktiven Alterns"[12] und dem Leitkonzept der Personenzentrierung im BTHG[13] bis heute mitschwingt. Darin manifestiert sich der gesamtgesellschaftliche Trend zum Individualismus, zur Freiheit und Autonomie, so leben zu können, wie man selbst will – auch bei Einschränkungen. Damit einher gehen die verstärkte Beachtung

und Anerkennung der Diversität der Menschen und einer pluralistischen Gesellschaft. Altern erscheint zunehmend als ein individuell gestaltbarer Prozess, entsprechend sollten Heime die Individualität durch Stärkung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Gewährleistung einer am individuellen Bedarf orientierten Alltagsgestaltung und Anerkennung der Privatsphäre sowie kultureller, religiöser und sozialer Identität sichern. Diese Sichtweise rückt auch die Kompetenzen der älteren Menschen mehr in den Blick. Nicht die Defizite, sondern die Kompetenzen der älteren Menschen werden bestimmend für das Altersbild. Personenzentrierte Ansätze, die das Subjekt in seiner biografisch begründeten Einzigartigkeit in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses stellen (*Kitwood 2008),* gewannen an Einfluss. Die Fokussierung auf den Menschen statt auf seine Krankheiten und Beeinträchtigungen sollen fortan das Handeln in Sorgearbeiten bestimmen. Diese Ausrichtungen liegen nach der KDA-Heimtypologie der *3. Heimgeneration - Wohnheime* und *4. Heimgeneration - Hausgemeinschaften* zugrunde:

3. Heimgeneration - Wohnheime: Dieses Heimleitbild rückt vor allem die Erhaltung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in Heimen zur Sicherung einer individuellen Lebensweise in den Fokus. Das zunächst mit der Schaffung offener Hilfen für zuhause lebende ältere Menschen verbundene „Selbstständigkeitsparadigma" *(Hillebrecht 2020)* hielt in den 1980er-Jahren auch im stationären Bereich Einzug. **Selbstständigkeit** beschreibt die Fähigkeit des Individuums, „ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben zu führen oder im Falle des Angewiesen-Seins auf Hilfe diese so zu gebrauchen, dass ein selbstständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich ist" (*Kruse 2005: 332*). Mit einer Heimunterbringung wurde der fortschreitende Verlust von Selbstständigkeit konnotiert. Kritisiert wurde, dass Heime dem Selbstständigkeitsverlust nichts entgegensetzen und Pflege und Betreuungsarbeit in den Heimen lediglich reaktiv ausgeübt werde und die Kompetenzen der Pflegebedürftigen nicht berücksichtige. Kritisiert wurde auch die Überversorgung aufgrund dessen die Bewohnerschaft Fähigkeiten verliert, da ihnen auch jene Aufgaben abgenommen werden, die sie noch erledigen könnten. Eine „aktivierende, rehabilitative Pflege" sollte ermöglichen, die Bewohnerschaft auch in Heimen zur Selbstständigkeit zu befähigen. Im Gegensatz zur immer noch weit verbreiteten versorgenden Pflege versteht versteht sich die aktivierende Pflege als „Hilfe zur Selbsthilfe" (Ressourcenansätze) und begreift Pflegebedürftigkeit nicht mehr als Zustand, sondern als einen Prozess, der präventive oder rehabilitative Interventionen ermöglicht. Bis heute gilt dies als Ansatz einer „guten" Pflege (*Wingenfeld 2014*), und der Grad der Selbstständigkeit ist zentrales Bestimmungsmoment im Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI. Neben dem Erhalt der Selbstständigkeit wurde auch Kritik an dem mit der Heimunterbringung verbundenen unfreiwilligen Verzicht auf Privatsphäre und persönliche Freiheit geübt. Auch wenn die grundgesetzlich garantierte **Selbstbestimmung** auch für Heimbewohner rechtlich verbrieft ist (*Artikel 2 (1) GG),* sieht die Realität durch die ganzheitliche Erbringerverantwortung der Träger vielfach anders aus. Verstärkt wurde diskutiert, wie die Bewohnerschaft mehr selbst bestimmen kann, wie sie in Heimen leben will. Die Selbstbestimmung wurde 1974 zunächst durch eine verbesserte Rechtsstellung der Bewohnerschaft gegenüber den Einrichtungsträgern mit der Einführung des Heimgesetzes (HeimG) gestärkt. Daneben wurde der Bewohnerschaft mehr Einfluss auf die Inanspruchnahme von Leistungen gewährt. Neben den pauschalen Leistungsangeboten wurden für die Bewohnerschaft weitere Service-Angebote vorgehalten, die sie selbstbestimmt wählen konnten. Ebenso wurden mehr Ein- und Zweibettzimmer angeboten, deren Gestaltung die Heimbewohner zumindest teilweise mitbestimmen konnten. Gleichzeitig gewann die subjektive Sichtweise bei der Bewertung der Wohn- und Versorgungsqualität zunehmend an Bedeutung. Die subjektive Perspektive orientiert sich am „Lebenswelt-Ansatz", der die individuelle Erlebenswelt

12 Das WHO-Leitbild des „active ageing", also „aktiv Altern", impliziert, dass es den Menschen ermöglicht werden soll, ihr Potenzial für körperliches, soziales und geistiges Wohlbefinden im Verlaufe ihres gesamten Lebens auszuschöpfen und am sozialen Leben in Übereinstimmung mit ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten teilzunehmen. Das Wort „aktiv" bezieht sich auf die andauernde Teilnahme, nicht bloß auf die Möglichkeit, körperlich aktiv zu bleiben (*WHO 2002*).

13 Durch das BTHG wurde die Eingliederungshilfe von einer überwiegend einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Leistung neu ausgerichtet. Ziel ist es dabei, gem. § 90 Abs. 1 SGB IX dem Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

in den Mittelpunkt rückt. Der Erhalt der **individuellen Lebenswelt** umfasst die Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen, individuellen Bedürfnisse sowie der kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Lebensgewohnheiten, die Wahrung der Privat- und Intimsphäre, den respektvollen Umgang in persönlichen Lebensbereichen und die Sicherung einer individuellen Lebensgestaltung und Erhalt der Fähigkeiten und Kompetenzen der Betroffenen. Diese Orientierung führte bei den Heimeinrichtungen zu einer „ganzheitlichen Perspektive" auf den alten Menschen. Die Berücksichtigung von Wohnbedürfnissen der Heimbewohner bzw. die Bedeutung des Altenheims als „Wohn- und Lebensraum" rückte erstmals in den Fokus (*KDA 2013*). Auch das Pflegeverständnis öffnete sich verstärkt der individuellen Perspektive. Zwar haben verschiedene Pflegemodelle und -theorien bis heute unterschiedliche Vorstellungen, wie eine individuelle Pflege zu gestalten ist (siehe u. a. *Schaeffer et al. 2008, Krohwinkel 2013*), aber gemeinsam sehen sie das Ziel darin, der Besonderheit des Menschen mit Pflegebedarf gerecht zu werden und seine Individualität zu berücksichtigen. Die individuellen Präferenzen werden seit einigen Jahren auch als grundlegendes Definitionselement von Lebensqualität angesehen und in der Versorgungsforschung wird zum Teil angeregt, Lebensqualität anstelle von Pflegequalität zu messen, um die subjektive Sicht der Nutzer zu stärken *(Görres, Hasseler Mittnacht 2008)*. Mit der Orientierung an den Leitvorgaben „Individualität" und „Privatheit" ging eine Entflechtung von Wohn- und Betriebsbereich einher. Ebenso wurden nicht mehr nur Versorgungs- und Betreuungsangebote, sondern auch „normale" Angebote wie Cafeterien, ein Friseur und Freizeitveranstaltungen der Bewohnerschaft offeriert. Heime orientierten sich bei der Ausgestaltung damit verstärkt an dem Leitbild eines Hotels *(KDA 2013)*. Auch wenn die Versorgung nun individueller gestaltet wurde, blieben solche Heime jedoch weiterhin eine Sonderwelt.

4. *Heimgeneration - Hausgemeinschaften*: Dieses Heimleitbild will die Heimversorgung noch stärker an einem „normalen" Lebensalltag ausrichten und die Sonderwelt mehr zu einer „normalen" Wohnwelt machen. Die individuelle und ganzheitliche Perspektive auf die Lebenswelt der älteren Menschen erfordert auch, deren Alltag nach ihren Vorstellungen und Gewohnheiten zu gestalten. Ziel ist die Konstruktion einer Alltagswirklichkeit, die ein höchstmögliches Maß an Kontinuität zu den außerinstitutionellen Normalitätsvorstellungen aufweist. Das Leben im Heim soll so stärker als ein Kontinuum des bisherigen Lebens und weniger als ein Bruch erlebt werden. Um so „normal wie möglich" leben zu können, soll sich das Leben im Heim so weit wie möglich an den Spezifika familialer Lebens- und Wohnformen orientieren. Rücken die Einrichtungen der 3. Generation Privatheitswünsche der Bewohnerschaft in den Fokus, um ein individuelles Leben zu sichern, wird in der vierten Generation verstärkt das „Leben in der **familialen Gemeinschaft**" als Leitbild eines normalen Alltags betont (*KDA 2013*). Die zentralen Funktionsbereiche werden aufgelöst und diese Aufgaben in die Hausgemeinschaft zurückverlagert. Der Alltag ist wie ein Familienhaushalt organisiert und nicht durch Pflege strukturiert. Personell und räumlich wird die Trennung zwischen den Bereichen Hauswirtschaft, Pflege und sozialer Betreuung aufgehoben, alle sind an der Betreuung beteiligt – so dass eine hohe Betreuungsintensität erreicht wird. Pflegeleistungen werden im Sinne von „Bezugspflege" mit einer hohen familienähnlichen Bindung organisiert. Das Raumkonzept einer Hausgemeinschaft orientiert sich an einer „normalen" Wohnung. „Kristallisationspunkt" des Heimlebens wird der Gemeinschaftsraum, wo gemeinsam gekocht und gelebt wird. Die Sicherung von **Alltagsnormalität** und Gewährleistung eines „assistierten Alltags" wird zur Aufgabe der professionellen Mitarbeitenden. Assistierter Alltag ist bis heute eine Orientierung professionellen Handelns, die als Grundlage für ein ideales Versorgungsarrangement gesehen wird (*Hillebrecht 2020*) und heute auch in anderen Pflegewohnformen praktiziert wird (siehe u. a. ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften).

Praxiserfahrungen mit dem Hausgemeinschaftskonzept

Verbreitung

Aktuell liegen keine verlässlichen Zahlen zur Verbreitung dieses Leitbilds in der stationären Versorgung vor. Schätzungen aus dem Jahr 2000 gingen von ca. 10.000 Plätzen aus, die in der stationären Pflege als Hausgemeinschaften

betrieben werden, was damals einer Versorgungsquote von 1,4 % entsprach. Mittlerweile dürfte die Zahl der Einrichtungen, die nach dem Hausgemeinschaftskonzept arbeiten, deutlich gestiegen sein. Schätzungen gehen von einer Versorgungsquote von ca. 2-5 % aus (*Alters-Institut 2015*). Bei aktuell ca. 900.000 stationären Dauerpflegeplätzen könnte man so von einer Versorgungsquote von 20.000 bis 50.000 Dauerpflegeplätzen ausgehen, die nach dem stationären Hausgemeinschaftskonzept betrieben werden. Aber auch diese Zahl ist mit großer Vorsicht zu verwenden. Eine konkrete Zahl zu benennen, ist auch deshalb schwer, weil einige Einrichtungen nur einzelne Elemente, abgewandelte Formen oder Mischformen des ursprünglichen KDA-Hausgemeinschaftskonzeptes anwenden. Das Leitbild Langzeitpflege in kleinen familienähnlichen Gruppen mit einem Höchstmaß an Alltagsnormalität zu organisieren, dürfte daher deutlich verbreiteter sein.

Herausforderungen

Dass die Hausgemeinschaftskonzepte noch nicht so umfassend oder in Reinform verbreitet sind, hat mit vielfältigen Herausforderungen bei der Umsetzung zu tun:

- rechtlich: z. B. Sicherung der 50 % Fachkraftquote, Erfüllung der Lebensmittel-Hygieneverordnung
- wirtschaftlich: z. B. Finanzierung einer Rund-um-die-Uhr-Präsenzkraft, zu kleine Betriebsgrößen für einen wirtschaftlichen Betrieb, evtl. zusätzliche Kostenbelastung der Bewohner bzw. deren Angehörigen (u. a. wegen zentraler und dezentraler Doppelstrukturen)
- organisatorisch: z. B. Personaleinsatzplanung (Fachkräfte, Hilfskräfte; Tages- und Nachtbesetzung) mit Gleichwertigkeit der Leistungsbereiche – Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft erfordert ein schlüssiges Personalkonzept; Beteiligung der Bewohnerschaft/Angehörigen kann zu zusätzlichen Arbeitsbelastungen führen; Dezentralisierung der hauswirtschaftlichen Bereiche mit positiver Auswirkung auf die Betreuungsintensität gelingt nur, wenn soziale Betreuung zeitlich mit eingeplant wird.

Weiterentwicklung

Es gibt aktuell nur wenige Studien, die die Umsetzungserfahrungen dieses Heimleitbildes systematisch untersucht haben. Vielfach liegen nur Erfahrungsberichte und Handreichungen für die Implementierung vor (u. a. *Kaiser 2008, Arendt 2011, Fleischer 2013*). Das *Ev. Johanneswerk* hat 2018 eine Studie in seinen Einrichtungen initiiert und die Überprüfung und Weiterentwicklung dieses Konzepts in Hinblick auf Lebensqualität, Mitarbeiterzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit umfassender untersucht. Für verschiedene Themen wurden Impulse zur Weiterentwicklung gegeben und neue Wege der Umsetzung erprobt: Raum- und Milieugestaltung, pflegerische Versorgung, Mahlzeiten, Reinigung, Wäscheversorgung, Betreuung, Angehörigen- und Freiwilligenarbeit. Die Studie konnte vielfältige positive Effekte für die Versorgung in solchen kleinteiligen Versorgungsarrangements belegen. Demgegenüber ließen sich jedoch in den Einrichtungen des Ev. Johanneswerks weder aus Nutzer- noch aus Mitarbeitersicht positive Effekte bezüglich einer dezentralen hauswirtschaftlichen Organisation nachweisen. Daher wird als Weiterentwicklung empfohlen, die stationäre Versorgung zukünftig konsequent in kleinen Wohneinheiten stattfinden zu lassen und in zentral optimierten Abläufen eine nutzerorientierte Dienstleistungsqualität zu erbringen (*GKV 2018*). Diese sicher auch für andere Einrichtungen, die nach dem Hausgemeinschaftskonzept arbeiten, wichtigen Erfahrungen zur Weiterentwicklung des Konzeptes bedürfen jedoch einer einrichtungsübergreifenden Validierung. So ist z. B. wenig darüber bekannt, ob das Konzept seine ursprünglich intendierten Wirkungen noch entfaltet, wenn man einzelne Konzeptbausteine daraus löst. Es fehlt an Studien, die die gesamten Erfahrungen in den Blick nehmen und vor dem Hintergrund aktueller Herausforderungen notwendige Weiterentwicklungen dieses Heimleitbildes systematisch überprüfen.

2.3 Inkludierende Heime – Heimleitbild 5. Generation

Leitidee des „gelingenden Alter(n)s" in den 1990er Jahren und 2000er Jahren wird die „Reintegration" der Pflegebedürftigen, Älteren, Behinderten und psychisch Kranken in das Gemeinwesen *(Hillebrecht 2020)*. Nicht „Normalisierung" einer Sonderwelt, sondern „Reintegration" in die „normale Welt" ist die Leitidee. Angeregt durch das skandinavische Modell des „Normalisierungsprinzips"[14] (*Thimm 1990*) und die Psychiatrie- Enquête (*Häfner 2003*), rechtlich verbrieft in

der *Behindertenrechtskonvention* (BRK) und dem dort formulierten Rechtanspruch *aller* Menschen auf gleichberechtigte **Teilhabe** am gesellschaftlichen Leben, tritt als Leitbild für „gelingendes Alter(n)" die Wahrung von Teilhabemöglichkeiten und Integration in das Gemeinwesen in den Fokus. Hintergrund bildet ein Verständnis, wonach die Gesellschaft Menschen in ihrer Verschiedenheit (Diversität) anerkennt und *allen* Menschen als Ausdruck ihrer Menschenwürde das Recht auf Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und Teilhabe zukommt. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen selbst entscheiden, wo und wie sie leben wollen (Selbstbestimmung); sie haben das Recht, am allgemeinen „normalen" Leben teilzunehmen (Teilhabe); sie sollen so leben können, wie alle Menschen (Gleichstellung). Das Recht auf gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe bedeutet nicht ein Recht auf gleiche Lebensformen. Im Sinne des Teilhabekonzepts von *Amarty Sen* geht es um gleiche Verwirklichungschancen, es geht darum, persönliche oder gesellschaftlich übliche Teilhabeziele zu verwirklichen *(Neuhäuser 2013).*

Um eine solche Teilhabe zu gewährleisten, bedarf es **inklusiver Strukturen**. Der Begriff der „Teilhabe" verbindet sich untrennbar mit dem Grundsatz der Inklusion. Inklusion bedeutet, Menschen Teilhabechancen zu ermöglichen, und dass „Strukturen so gestaltet werden, dass eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe an allen gesellschaftlichen Teilbereichen für alle möglich wird" (*Alicke 2013: 243*). „Inklusion beschreibt das, was gesellschaftlich auf der Basis gleicher Rechte als Teilhabeoption für alle Bevölkerungsmitglieder grundsätzlich in Aussicht gestellt wird. Teilhabe meint das, was seitens einzelner Menschen tatsächlich verwirklicht wird bzw. werden kann" (*Wansing, 2012: 96*).

Diese teilhabeorientierte Leitidee eines „gelingenden Alter(n)s" sehen einige als Gegenentwurf zu einer Gesellschaft, die stark vom Wunsch nach Selbstbestimmung und Selbstoptimierung und teils bis zum Hedonismus gesteigerten Individualität bestimmt ist. Andere sehen dieses Leitbild jedoch nicht als ein Gegengewicht, das in Opposition zur Forderung nach Individualisierung steht, vielmehr sei es eine weitere Voraussetzung für das „Person-Sein". Die Sicherung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sowie die Unterstützung bei der Realisierung personaler Bedürfnisse ermöglicht eine „personale Autonomie" (*Schulz-Nieswandt et al. 2012: 30).* Um „Person-Sein" zu ermöglichen, bedarf es zudem einer sozialen Einbettung. „Person-Sein ist nicht reduzierbar auf einen abstrakten Begriff des Individuums und eine dergestalt triviale und entleerte Verständnisform von Freiheit. Person-Sein ist immer gekoppelt an die dialogische Existenz mit dem Du, dem unmittelbar Anderen des Mit-Seins im sozialen Dasein" *(Schulz-Nieswandt et al. 2012: 21).* Nach diesem Verständnis wird menschliche Individualität erst über soziale Teilhabemöglichkeiten an der Gesellschaft vermittelt. „Individualität liegt nicht in der Maximierung von Selbstständigkeit begründet, sondern darin, dass Menschen *Teil einer Gemeinschaft* sind, die ihnen Fürsorge und Unterstützung entgegenbringt" (*Hämel 2010, S.54*). Damit ist jedoch nicht die traditionell gedachte „Heimgemeinschaft" gemeint, wie bei den KDA-Hausgemeinschaften der 4. Generation. Das Heim sollte kein Ersatz für die eigene Familie sein, sondern vielmehr sollten bestehende familiäre und andere persönliche Beziehungen der Bewohnerschaft in Heimsituationen erhalten bleiben *(Hillebrecht 2020).*

Für das Heimleitbild bedeutet dies: Anstatt Heime am Service eines Hotels zu orientieren oder diese Sondereinrichtungen im Hinblick auf eine individuelle Lebensweise zu optimieren bzw. zu „normalisieren", sollten Heime inklusive Strukturen schaffen, um Teilhabe der Heimbewohnerschaft in der „normalen" Welt zu sichern. Die Überwindung der Ausgrenzung der Heime und ihrer Bewohner von der Gesellschaft und Schaffung inklusiver Strukturen kann für die einen nur durch eine „**Öffnung der Heime in den lokalen Sozialraum**" geleistet werden, wo die Pflegebedürftigen ihre Lebensweltbezüge haben. Der Lebensweltbezug reflektiert die kulturellen Prägungen, individuelle und kollektive Deutungen der Lebenssituation, und hieraus leitet sich nach *Klie* der Ortsbezug der Hilfen ab (*Hoberg, Klie, Künzel 2013*). „Vor Ort, in den Kommunen und in den Lebenswelten von auf Pflege angewiesenen Menschen entscheidet sich, ob ein Leben mit Pflegebedarf gelingt" (*Klie, Ranft, Szepan 2021:*

14 Das Normalisierungsprinzip versucht für Menschen mit Behinderung, Lebensmuster und alltägliche Lebensbedingungen zu schaffen, die den gewohnten Verhältnissen und Lebensumständen ihrer Gemeinschaft – vor allen in ihren Sozialräumen – entsprechen.

2). Diese sozialräumliche Ausrichtung liegt dem Ansatz des *„gemeinwesenorientierten Heims"* und der darauf gründenden *5. Heimgeneration - Quartiershäuser* nach der KDA-Heimtypologie zugrunde:

- *gemeinwesenorientierte Heime:* Am Anfang der Überlegungen zur Öffnung der Heime in den lokalen Sozialraum stand die Überlegung zu „gemeinwesenorientierten Heimen" mit dem von *Hummel* beschriebenen Ansatz der Heimöffnung als „Weg aus der Zitadelle" (*Hummel 1986a*). Es ging zunächst darum, die Orientierung der offenen Altenhilfe als Gemeinwesenarbeit unter Einbindung der Heime auszubauen. Die offene Altenarbeit sollte nicht mehr länger nur Alternative zur Heimversorgung sein, sondern die Heime sollten als Akteure im Gemeinwesen beteiligt sein. Es galt als geboten, „das Heim aktiv im Geflecht der Sozialorganisationen und örtlichen Altenhilfe einzubringen" (*Hummel 1986a: 144).* Zugleich ist das Heim aber auch auf die Unterstützung aus dem Gemeinwesen z. B. durch ehrenamtliches Engagement angewiesen. Basis des Öffnungsprozesses sollte eine „breit verankerte Nützlichkeit für beide Seiten" sein (*Hummel 1986b*). Es werden vielfältige Austausch- und Engagementformen als gegenseitig gewinnbringend angesehen. Das Heim wird **Mitglied einer „Sorgenden Gemeinschaft"** im Sozialraum.

5. *Heimgeneration - Quartiershäuser:* Dieser Nützlichkeitsaspekt der Öffnung ins Gemeinwesen rückt vor allem Anfang 2000 mit den zunehmenden Herausforderungen durch die demografische Entwicklung in den Fokus. Akteure/Ehrenamtliche aus dem Quartier sollten einen Beitrag leisten, um dem wachsenden Pflegenotstand in den Heimen zu begegnen und Pflegekosten zu senken. Heime sollten aber auch als mitverantwortliche Akteure im Sozialraum einen Beitrag leisten, die wachsende Zahl an zuhause lebenden Pflegebedürftigen im Quartier mitzuversorgen und allgemein die Quartiersentwicklung vorantreiben. Der Ansatz der „Quartiershäuser" begreift Einrichtungen nicht als geschlossenes System, sondern sieht sie immer kontextuell eingebunden als mitverantwortlicher Gestalter im Sozialraum. Neu ist, dass nach diesem Leitbild Heime nicht nur als Teil oder Mitglied einer „Sorgenden Gemeinschaft" gesehen werden, sondern sie in eine aktive Rolle hineinwachsen sollen, solche Sorgenden Gemeinschaften zu initiieren und bei ihrer Umsetzung zu helfen. Das **Heim soll zum Motor einer „Sorgenden Gemeinschaft"** im Sozialraum werden. Heime sollen sich einbringen in die sektorenübergreifende Vernetzung der Akteure aus dem Quartier, sollen Maßnahmen zur Quartiersentwicklung anregen oder sollen ihr Leistungsangebot auf Quartiersbewohner (z. B. Mittagstisch oder ambulante Pflegeleistungen) ausweiten. Dabei beschäftigen sie selbst „Kümmerer" oder Quartiersmanager, um diese Koordinationsarbeiten im Quartier zu gewährleisten. Die Öffnung der Institutionen bedeutet mehr als die Einbindung freiwilligen sozialen Engagements aus dem Quartier bzw. mehr als die „Hybridisierung" von Leistungen: Gemeint ist vielmehr eine Öffnung der Heime in den Sozialraum/ins Gemeinwesen, etwa indem die Einrichtung zum Treffpunkt der „Sorgenden Gemeinschaft" wird. Gleichzeitig bietet sich mit dieser Öffnung die Chance, den abgeschlossenen Charakter der Heime zu überwinden, Fehlentwicklungen korrigieren zu können und mehr Normalität in Heimen zu ermöglichen. Der Austausch mit zivilgesellschaftlichen Akteuren soll Brücken in das Gemeinwesen schaffen, die die Bewohnerschaft in gemeinschaftliche Bezüge außerhalb des Heims integrieren - so das Leitbild der 5. Heimgeneration „Quartiershäuser", oder wie sie auch genannt werden „Quartierszentren".

Praxiserfahrungen mit den Quartiershäusern/Quartierszentren

Verbreitung

Die Umsetzung und Verbreitung dieses Heimleitbildes prägten die fachwissenschaftlichen Diskussionen in den letzten 15 Jahren. Viele haben sich auf den Weg gemacht, ihre Heime zu öffnen und vielfältige Initiativen sind entstanden, um umfassende Teilhabe für Heimbewohner am gesellschaftlichen Leben in ihrem Sozialraum zu ermöglichen.

Einige sehen die Quartiersöffnung von stationären Einrichtungen jedoch eher noch im „embryonalen Zustand" (*Schulz-Nieswandt 2021:3*), Studien belegen, dass sich Einrichtungen zwar mehrheitlich in **anwaltschaftlicher Funktion für ihre Bewohnerschaft** ins Quartier öffnen. Sie versuchen,

Ressourcen aus dem Quartier für ihre Bewohnerschaft in der Einrichtung oder im Quartier nutzbar zu machen. In diesem Sinne betreiben nach einer aktuellen, repräsentativen rheinland-pfälzischen Heimstudie fast alle Einrichtungen eine Quartiersöffnung (*Brandenburg et al. 2021*). Seltener nehmen die Einrichtungen jedoch die **Rolle des mitverantwortlichen Gestalters im Quartier** ein. Nur rund ein Drittel aller Einrichtungen bieten Versorgungsleistungen für Quartiersbewohner an. Und nur 5,3 % aller befragten Einrichtungen verstehen ihr Haus als „Quartierszentrum/-haus", das systematisch die Quartiersentwicklung in den Blick nimmt und als Motor einer „Sorgenden Gemeinschaft" im Sozialraum agiert. Obwohl die Ergebnisse zeigen, dass Einrichtungen, die Pflege-, Betreuungs- oder Beratungsleistungen im Quartier erbringen, mehrheitlich gute Vermarktungschancen erreichen und zusätzliche Erlöse generieren (*Brandenburg et al. 2021).*

80 % der befragten Einrichtungsleitungen sind der Auffassung, der Fokus ihrer Arbeit liege auf den eigenen Heimbewohnern und nicht auf den Quartiersbewohnern. Sie bringen sich primär dann in die allgemeine Quartiersentwicklung ein, wenn dies ihrer Klientel nützt. Die bedarfsgerechte Gestaltung der Sozialräume, und damit der Aufbau „Sorgender Gemeinschaften" im Quartier wird mehrheitlich in der Verantwortung demokratisch legitimierter Entscheidungsträger und damit der Kommune gesehen. Die Übernahme dieser Rolle durch Heime erfolgt daher eher sporadisch, meist dort, wo vor Ort kein anderer Verantwortlicher agiert bzw. dort, wo die Kommune in enger Abstimmung mit den Heimträgern eine solche Rollenübernahme ermöglicht (*Brandenburg et al. 2021*).

Herausforderungen
Die moderate Verbreitung dieses Ansatzes hat mit vielfältigen Herausforderungen bei der Umsetzung zu tun:

- unklare Verantwortungsrolle bei der Quartiersentwicklung (kommunale Aufgaben oder Aufgaben von Leistungserbringern)
- umfassende Personalqualifikationen für Haltungs- und Rollenwechsel
- Aufwand bei der Umsetzung von Gesamtversorgungsverträgen, klare Leistungsdokumentation sowie Personaleinsatzplanung bei Tätigkeiten im Quartier
- schwierige Refinanzierung koordinierender Leistungen fürs Quartier (Quartiersmanagement)
- Abgrenzung privater und öffentlicher Räumlichkeiten für die Bewohnerschaft
- auch die ordnungs- und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen erschweren den Heimen – trotz einiger Reformen in den vergangenen Jahren - eine Ausgestaltung der Rolle als Motor einer „Sorgenden Gemeinschaft" im Sozialraum.

2.4 Auflösung der Heime

Einige Protagonisten fordern angesichts dieser Erfahrungen die Auflösung der Heime. Sie stellen die Frage, warum schafft man erst Sondereinrichtungen, die man dann mit viel Aufwand „normalisiert", um Teilhabe zu sichern. Warum versucht man nicht direkt, die „normale" Welt mit umfassenden Sorgeleistungen anzureichern? Das teilhabeorientierte Leitbild fordere zu Ende gedacht nicht nur eine „Öffnung in den Sozialraum", sondern die Auflösung der Heime und damit eine konsequente „Ambulantisierung" aller Versorgungsangebote. Nur so sei eine vollständige Re-Integration der Langzeitpflegebedürftigen in das Gemeinwesen zu ermöglichen.

Exkurs – „Neue" Wohnformen zwischen Heim und Häuslichkeit

Diese Denkrichtung "der Re-Integration der Pflegebedürftigen in das Gemeinwesen" ha die Entwicklung eines vielfältigen Spektrums an sog. „neuen Wohnformen" – zwischen Heim und Häuslichkeit forciert, die auch „hybride" Wohnformen genannt werden *(GKV-Spitzenverband 2018*). Hierzu gehören: Mehrgenerationenwohnprojekte, Clusterwohnen, Betreutes Wohnen oder Servicewohnen, ambulante Pflegewohngemeinschaften, ambulantisierte Einrichtungen. Diese „neuen Wohnformen" sind nicht im zeitlichen Sinne als neue, noch nie da gewesene Wohnformen zu begreifen, da einige der Konzepte schon mehrere Jahrzehnte auf dem Markt etabliert sind. Ihre Innovation liegt darin, neue Lösungen für besondere Herausforderungen der klassischen Wohn- und Versorgungssettings zu entwickeln. So unterschiedlich die neuen Wohnformen auch sind, ihre gemeinsame Besonderheit liegt in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit, aus der heraus sie neue Wohn- und Versorgungsbausteine miteinander kombinieren und so Versorgungssicherheit und Selbstbestimmung in

besonderer Weise ausbalancieren. Sie versuchen auch bei schwerem Pflegebedarf ein hohes Maß an Selbstbestimmung wie in klassischen häuslichen Wohnsettings zu gewährleisten (sie sind daher i. d. R. ordnungsrechtlich auch im ambulanten Bereich verortet – wenn auch teils mit Sonderregelungen) und gleichzeitig Versorgungssicherheit bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung wie in klassischen, stationären Wohnsettings zu ermöglichen. Nach verschiedenen Datenquellen kann davon ausgegangen werden, dass aktuell zwischen 50.000 und 100.000 Pflegebedürftige in solchen „neuen" Wohnformen leben. Die Analyse nationaler und internationaler Literatur liefert insgesamt kein eindeutiges Bild grundsätzlich besserer pflegerischer Versorgungsoutcomes in solchen neuen Wohnformen gegenüber einer Versorgung in klassischen Heimen. Effekte zeigen sich aber auf Bewohnerebene in umfassenden Konstrukten wie Lebensqualität (*Wolf-Ostermann, Kremer-Preiß, Hartmann 2019).*

2.4.1 Ambulantisierung der Einrichtungen

Zu diesen „neuen" Wohnformen gehören auch ambulantisierte Einrichtungen. Ambulantisierte Einrichtungen – als umgewandelte Heime oder auch als neu konzipierte ambulante Vollversorgungsformen – haben sich in den vergangenen Jahren als „Verbundmodelle" in der Praxis verbreitet. Sie kombinieren „normales" Wohnen mit ambulanter Betreuung, Tagespflege oder ambulanten Pflegewohngemeinschaften – oft integriert in einem Haus. Die Bewohnerschaft solcher Einrichtungen ist Mieter einer „normalen" Wohnung, und sie kann selbst wählen, welche Leistungen sie für ihre Versorgungssicherheit wünscht. Dabei werden Leistungen bis zu einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung sichergestellt. Jedoch nicht mehr ein Träger ist umfassend verantwortlich für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit, sondern die Betroffenen und ihre Angehörigen bleiben wie im klassischen häuslichen Wohnsetting selbst verantwortlich. Ordnungs- und leistungsrechtlich gehören diese Wohnformen daher zu den ambulanten Wohnsettings.

Forciert wurde die Verbreitung solcher Wohnsettings durch neue Finanzierungsmöglichkeiten aufgrund einiger Pflegeversicherungsreformen. Leistungsrechtlich können solche „Verbundmodelle" heute verschiedene Leistungskomplexe aus dem SGB XI und SGB V „stapeln" und so andere Finanzierungsmöglichkeiten für die Bewohnerschaft generieren als klassische Heimversorgungssettings. Dies hat auch zu einigen Fehlanreizen und zu neuen renditeorientierten „Investorenmodellen" geführt. Entstanden sind „Hybridmodelle", die für die Bewohnerschaft u. U. kostengünstiger, jedoch für die Leistungsträger (Kassen, Sozialhilfeträger) evtl. kostenträchtiger sind. Von diesen wird kritisch diskutiert, ob dieser „Mehraufwand" von „Stapelmodellen" tatsächlich mit einem „Mehrwert" gegenüber klassischen Heimsettings verbunden ist und hier für vulnerable Personen tatsächlich eine umfassende qualitätsgesicherte Versorgung gewährleistet wird *(Barmer 2019)*.[15] Zumal solche Verbundmodelle auch nicht in die besonderen leistungs- und ordnungsrechtlichen Qualitätssicherungsverfahren der stationären Pflege eingebunden sind. Gefordert wird eine stärke Einbindung solcher Wohnsettings in Qualitätssicherungsverfahren und diskutiert wird, die Kombination von ambulanten und teilstationären Leistungskomplexen wieder zu beschränken.[16] Der Blick auf pflegerische Versorgungsoutcomes greift aber zu kurz, wenn man den „Mehrwert" solcher Angebote beurteilen will. Praxiserfahrungen und Studien geben Hinweise, dass mit solchen ambulantisierten „neuen" Wohnformen insgesamt mehr Lebensqualität für die Bewohnerschaft verbunden sein kann (*GKV-Spitzenverband 2019, Wolf-Ostermann, Kremer-Preiß, Hartmann 2019*).

Praxiserfahrungen mit Verbundmodellen (Ambulantisierte Einrichtungen)

Verbreitung

Eine ordnungsrechtliche Umwidmung von stationären Pflegeeinrichtungen in ambulant betreute Wohnformen erfolgt bisher eher selten. Im Rahmen einer Befragung von Aufsichtsbehörden für den Zeitraum von 2007 bis 2016 wurden lediglich 25 Fälle für ganz Deutschland ausgemacht, wobei der erste Fall im Jahr 2012

15 Nach Berechnungen der BARMER war im Betreuten Wohnen und in Pflegewohngemeinschaften die Versorgung der dort lebenden 181.000 Pflegebedürftigen im Vergleich zum Pflegeheim allein im Jahr 2018 um knapp 400 Millionen Euro teurer, und sie weist vereinzelt Mängel in den pflegebedingten Versorgungsoutcomes nach (*BARMER 2019*).

16 So wurden im Kontext der aktuellen Debatten um die Pflegereform auch Vorschläge gemacht, dass die Leistungen für die Tagespflege zukünftig in der Kombination von Verbundmodellen nicht mehr uneingeschränkt möglich sein sollen.

beobachtet wurde. Umwidmungen betreffen vorwiegend kleine Einrichtungen *(BMG 2018).* Marktbeobachter weisen darauf hin, dass sich Veränderungen am Markt weniger durch Umwidmungen von stationären Einrichtungen, sondern stärker durch Neugründungen solcher Verbundmodelle ergeben (*BMG 2018*). Investoren prognostizieren hierfür einen breiten Zukunftsmarkt (*Terragon 2019*).

Vielfach werden solche Weiterentwicklungen jedoch beim klassischen Betreuten Wohnen beobachtet. So haben in den vergangenen Jahren viele Betreute Wohnanlagen ihr Leistungsangebot erweitert (*Bertelsmann Stiftung 2021*). Nach einer aktuellen Studie kombiniert jede dritte Betreute Wohneinrichtung eine Tagespflege, jede zweite eine ambulante Rund-um-die-Uhr-Pflege und jede zehnte hat in ihrem Portfolio eine organisatorisch eng verbundene, ambulant betreute Pflegewohngemeinschaft, in der sie der Bewohnerschaft noch mehr Versorgungssicherheit anbietet. Ca. die Hälfte der dort befragten Betreiber stuft sich durch diese Leistungserweiterungen selbst als Alternative zur klassischen Heimversorgung ein (*Kremer-Preiß, Mehnert, Klemm 2018*).

Herausforderungen
Bei der Ambulantisierung von Einrichtungen ergeben sich in der Praxis vielfältige Herausforderungen:

- ordnungs- und leistungsrechtliche Abgrenzung der unterschiedlichen Leistungen sowie evtl. erforderliche Ausnahmeregelungen,
- keine Einbindung in bestehende Qualitätssicherungssysteme wie stationäre Pflege, Diskussion zur Einbindung in neue Qualitätssicherungsverfahren für solche neuen Wohnformen, deren inhaltliche Ausrichtung noch unklar ist
- vermehrter Koordinationsaufwand der unterschiedlichen Leistungen für die Bewohnerschaft,
- Selbstverantwortungsübernahme der Bewohner und ihrer Angehörigen vor allem bei umgewandelten Einrichtungen bedarf Lernerfahrung,
- zukünftige Refinanzierungsmöglichkeiten der „Stapelleistungen" unklar
- umfassende Organisations- und Personalentwicklung mit langfristiger Umsetzungsbegleitung bei Umwidmungen erforderlich (Tourenpläne statt Stationsbetrieb).

Jedoch zeigen Untersuchungen über ambulantisierte Pflegewohnsettings auch, dass Betroffene und Angehörige die mit diesen Wohnformen verbundene höhere Eigenverantwortung teilweise als belastend erleben. Das *GKV-Modellprogramm "Neue Wohnformen für Pflegebedürftige"* hat aufgezeigt, dass Langzeitpflegebedürftige und ihre Angehörigen in solchen Wohnangeboten teilweise überfordert sind, die höhere Selbstverantwortung tatsächlich allein zu tragen, und in einigen Modellprojekten haben sie die Verantwortung wieder an professionelle Leistungserbringer abgegeben – ohne, dass diese jedoch in die gesonderten ordnugns- und leistungsrechtlichen KonTrollemechanismen der stationären Pflege" eingebunden werden (*GKV-Spitzenverband 2019*).

2.4.2 Stambulant

Bei aller Euphorie um die Ambulantisierung von Einrichtungen, halten Fachexperten eine Auflösung aller Heime angesichts der immensen Sorgeaufgabe in Zukunft für kaum realistisch. Viele schreckt auch die Erfahrung ab, dass die Betroffenen bei langanhaltendem schweren Pflegebedarf mit der alleinigen Verantwortungsübernahme der Sorgeleistungsorganisation überfordert sind und suchen daher nach anderen Lösungen. Seit 2016 wird ein Modell in der Langzeitpflege erprobt, das sich zwischen klassischer stationärer und ambulanter Versorgung bewegt. „Das Beste aus beiden Welten" (CAREkonkret 2020: o. S.), so beschreibt *Kaspar Pfister*, Inhaber des Pflegeanbieters *BeneVit* und Erfinder des Modells, seine Idee von einem stambulanten Versorgungsmodell.

Ziel ist es, stationäre Sicherheit mit der ambulanten Vielfalt zu verbinden. Pflegebedürftige Menschen erhalten keine Komplettversorgung. Vom Träger werden Grund- und Wahlleistungen erbracht und ein seniorengerechtes Wohnangebot zur Verfügung gestellt. Für jeden Bewohner wird ein individuelles Leistungspaket definiert. Die Bewohnerschaft ist zunächst nur verpflichtet, die Wohnung (Vergütung 25,-- Euro/Tag für ein Bewohnerzimmer mit Ausstattungsmerkmalen analog des stationären Anforderungsprofils) und ein Grundleistungspaket (pauschale Vergütung von 68,-- Euro/Tag für Personal- und Sachkosten der Speiseversorgung, Reinigung der Allgemeinflächen, Gruppenbetreuung, Medikamentenmanagement, Blutzuckermessung, Insulingabe, Anlegen von Kompress-Strümpfen, soziale Betreuung, Grundpflege, Alltagsgestaltung) zu übernehmen. Alle anderen Leistungen sind wählbar (38,00

Euro/Stunde für SGB XI Leistungen ambulant), diese können vom Träger aber auch von anderen ambulanten Diensten bzw. durch Angehörige erbracht werden. Dadurch wird die Verantwortung für die Sicherung der Sorgeleistung geteilt und es können Kosten gespart werden.

Leistungsrechtlich wird das Wohnmodell ambulant betrieben, wodurch auch verschiedene ambulante Leistungsbereiche kombiniert werden können. Die Baulichkeit entspricht den Vorgaben der Landesheimbauverordnung stationär. Für die Qualitätssicherung gelten ebenfalls die Vorgaben für stationäre Versorgungsmodelle. Aber anstelle der stationär geforderten Personalschlüssel und Fachkraftquoten wird nur eine fixe Personalausstattung für die Grundleistungen vorgehalten. Die Verantwortungsteilung sichert der Träger über ein „Back-up System", das die Koordination und Verlässlichkeit der Sorgeaufgaben gewährleistet. „Integrierte Versorgungsverträge" mit den Leistungsträgern sichern die Umsetzung verschiedener Leistungen durch unterschiedliche Leistungserbringer.

Praxiserfahrungen mit dem Stambulant-Modell

Verbreitung
Die *BeneVit Holding* betreibt seit 2016 bisher lediglich am Standort Wyhl am Kaiserstuhl 4 Hausgemeinschaften mit jeweils 14 Bewohnern/Mietern nach dem Stambulant-Modell. 55 stambulante Wohngemeinschaften in 14 neuen Häusern sind geplant. Vom Betreiber in Auftrag gegebene Studien zur Qualität dieses Wohnmodells deuten auf eine hohe Lebensqualität für die Bewohnerschaft und hohe Personalzufriedenheit hin. Das Interesse an diesem Modell ist vor allem seitens der Kommunen in kleineren Gemeinden sehr hoch.

Herausforderungen
Dass es auch nach Jahren noch keinen einzigen Nachahmer gibt, hat vor allem damit zu tun, dass die rechtlichen Grundlagen fehlen, die aus dem Modellprojekt eine Regelleistung machen könnten. Für die Umsetzung sind bisher vielfältige Sonderregelungen erforderlich:

- Vor allem die integrierten Versorgungsverträge für die SGB XI Leistungen (§ 140a SGB V), die in diesem Modell mit Sonderregelungen ermöglicht wurden, können nicht einfach übernommen werden. Hierfür bedarf es für den Regelbetrieb einer gesetzlichen Veränderung im Pflegeversicherungsgesetz. Gespräche und Diskussionen dazu gab es viele, eine konkrete Regelung gibt es bislang noch nicht, da nach Auffassung des BMG das Modell grundlegende Fragen der rechtlichen Zuordnung im System der Pflegeversicherung aufwerfe, die weit über das Modell hinausreichen.
- Neben den rechtlichen Fragen stellen sich auch konzeptionelle Fragen, die aktuell in einem vertiefenden Projekt des GKV-Spitzenverbandes noch einmal untersucht werden. Hier geht es auch um die Diskussion zum „Mehrwert" von sogenannten „Stapelmodellen" (siehe oben) und Fragen der Qualitätssicherung.
- Weitere Herausforderungen sind die Koordination der unterschiedlichen Leistungserbringer und die Organisation eines „Back-up Systems", um eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten.
- Ebenso bedarf es einer Personalentwicklung für dieses mehr Eigenverantwortung ermöglichende Wohnmodell mit einer langfristigen Umsetzungsbegleitung.

2.4.3 Sektorenübergreifende Versorgungssettings

Mit der Entwicklung solcher „hybriden" Wohnmodelle waren in den vergangenen Jahren immer wieder leistungs- und ordnungsrechtliche Neuregelungen sowie Diskussionen zur Abgrenzung von ambulanten und stationären Wohnsettings verbunden. Kritiker halten es für nicht zielführend, mit den „hybriden" Wohnformen neben ambulant und stationär einen „dritten Sektor" zu etablieren, sondern fordern, die Sektoren – ambulant und stationär – ganz abzuschaffen. Auch diese Diskussion zur Auflösung der Sektoren und Schaffung „sektorenübergreifender Versorgungsmodelle" (*Rothgang, Kalvitzki, Cordes 2019)* greift damit den Gedanken der Auflösung der Heime auf. Heime werden hiernach zu Orten des Wohnens mit integrierten Leistungen, die nach Bedarf „zugewählt" werden können und mal mehr privat oder mal mehr professionell organisiert sind. Die Forderung nach Aufhebung der zunehmend dysfunktionaler werdenden Sektorengrenzen wird seit Jahren von vielen immer wieder aufs Neue erhoben (u.a. *Klie, Ranft, Szepan 2021).*

Aktuelle Vertreter einer sektorübergreifenden Versorgung schlagen vor, im Rahmen einer Struk-

turreform, Versorgungsleistungen in allen Wohnsettings (seien es rein private Wohnsettings wie häusliche Pflege oder mehr professionell organisierte Settings – wie beispielsweise in WGs, Betreutem Wohnen – oder gänzlich institutionalisierte Settings wie Heime) – von professionellen wie auch informell Pflegenden erbringen zu lassen. Damit wird es auch „im Heim" ermöglicht, bestimmte Module von An- und Zugehörigen oder anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren zu erbringen. Um für informell Pflegende einen Anreiz zur Leistungserbringung zu schaffen, soll das Pflegegeld neu strukturiert werden als Pflegegeld 2.0, dessen Erwerb u. a. an eine Basisqualifikation und an Qualitätsprüfungen gebunden sein soll. Für die professionelle-formelle Pflege soll die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung mit einheitlichen Vergütungsregeln einhergehen. Dafür müssten alle Leistungen modularisiert werden, was auch eine Ablösung der pauschalen „all inclusive"-Vergütung im stationären Bereich impliziert. Ordnungsrechtlich könnte an den Sektoren ambulant und stationär festgehalten werden (Variante 1). Damit bleiben Träger von stationären Einrichtungen in der Gesamtverantwortung, nur einzelne Module können „abgewählt" werden – wie im stambulanten Modell. Die Leistungsverantwortung für die gesamte Vollversorgung muss dann zwischen individuumsbezogenen verschiedenen Leistungserbringenden vertragsrechtlich aufgeteilt werden. Alternativ könnten die Sektoren ambulant und stationär ganz abgeschafft werden, und damit auch die Heime. Diese werden zu Orten des Wohnens mit integrierten Leistungen, die „zugewählt" werden können (Variante 2). Die Wohnumgebungen können dabei entweder rein privat organisiert sein oder professionell. Eine Gewährleistungsverantwortung des Heimbetriebs gibt es nicht mehr. Hier ergeben sich jedoch Herausforderungen in den Bereichen Haftung, Aufsicht und auch Qualitätssicherung (*Rothgang, Kalvitzki, Cordes 2019)*.

Die Diskussionen um eine Auflösung der Heime bzw. Auflösung der Erbringungsverantwortung ohne eine verlässliche Antwort zu finden, wie die Verantwortung für die Sicherung von Teilhabe für exkludierte Betroffene zu bewerkstelligen ist, kann angesichts der demografischen Herausforderungen nicht die Antwort sein. Die Vertreter einer sektorenübergreifenden Versorgung schlagen vor, die **gemeinsame Erbringerverantwortung** in diesem Fall über die Kommune zu steuern. Um die, dem einzelnen Pflegebedürftigenzugemessene Leistungsmenge in ein verlässliches Pflegearrangement mit unterschiedlichen Leistungserbringenden in eine gemeinsame Erbringungsverantwortung zu überführen, soll eine Struktur geschaffen werden, die den Gesamtprozess aus Versorgungsgestaltung, Kontrahierung der Leistungserbringenden und Qualitätssicherung steuert und überwacht. Dafür soll ein professionelles Case-/Care-Management geschaffen werden, das für jeden Pflegebedürftigen obligatorisch ist und auf der **kommunalen Ebene** angesiedelt sein soll. Das impliziere nicht zwingend, dass es durch die Kommunen erbracht werden muss. Vielmehr können diese Aufgaben auch an zertifizierte Anbieter delegiert werden (*Rothgang, Kalvitzki, Cordes 2019)*.

Resümee

Das ist der aktuelle Punkt, an dem wir in der Diskussion um eine bedarfsgerechte Gestaltung der Langzeitpflege stehen. In diesem langen Wandlungsprozess von Heimleitbildern haben sich wichtige **Elemente** herauskristallisiert, die bis heute ihre Gültigkeit haben und für ein neues Leitbild weiterhin relevant bleiben:

- Die **Personenzentrierung von Langzeitpflegewohnsettings**: Wodurch Selbstbestimmung und Selbstständigkeit in den Fokus gerückt werden, um so ein individuelles Wohnen und eine am individuellen Bedarf orientierte Hilfe zu gewährleisten, eine aktivierende Pflege zu ermöglichen sowie Privatheit und Alltagsnormalität zu erhalten. Dieses Leitbild wird in der aktuellen Diskussion zur Modularisierung der Leistungspakete ebenso aufgegriffen wie in der „subjektorientierten Qualitätssicherung" *(Klie, Ranft, Szepan 2021*).
- Die **Inkludierung der Langzeitpflegewohnsettings**: Wodurch Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in den Fokus gerückt wird und über die Öffnung der Einrichtung eine Re-Integration der Sonderwelt in den umgebenden Sozialraum gesichert wird, und damit die Lebensweltbezüge der Pflegebedürftigen erhalten werden. Dieses Leitbild wird in der Bedeutung des Sozialraums (*Klie, Ranft, Szepan 2021*) und Betonung einer gemeinsamen Erbringerverantwortung sowie Schaffung „Sorgender Gemeinschaften" aufgegriffen.

Umstritten bleibt jedoch die Frage, wer letztendlich verantwortlich für die Sicherung und Steuerung der Sorgeleistung in solchen perso-

nenorientierten und inkludierten Langzeitpflegewohnsettings ist. Sollen es die Träger alleinverantwortlich regeln, oder sollen sie nur noch eine Teilverantwortung übernehmen? Sollen Betroffene (Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen) es allein verantworten? Sollen die Kommunen die Steuerung und Verantwortung übernehmen? Die Alleinverantwortlichkeit der Träger hat in den vergangenen Jahren viele Strukturschwächen bedingt, die Alleinverantwortlichkeit der Betroffenen – so zeigen es praktische Erfahrungen – überfordert diese nicht selten. Die **Verantwortung** in die kommunale Hand zu legen, hat viele Vorteile – ihre demokratische Legitimierung, ihre weitgehende Unabhängigkeit beim Leistungsgeschehen, ihre räumliche Nähe zu den Betroffenen, ihr Überblick über die örtlichen Bedarfe und ihre Verantwortlichkeit für die Daseinsvorsorge. Unbestreitbar ist die Bedeutung der Kommunen für aufeinander bezogene Case- und Care-Management-Strukturen, für eine systematische Sozialraumentwicklung und systematische Planung für Pflegebedürftige (*Klie, Ranft, Szepan 2021*).

Jedoch birgt eine letztendliche und allumfassende Verantwortlichkeit über die Gestaltung des Lebens *in den einzelnen* Langzeitpflegewohnsettings in kommunaler Hand auch Gefahren. Neben den mit allen praktischen Problemen vielfach schon jetzt überforderten Kommunen und dadurch auch im Pflegebereich zunehmend ungleichwertigen Lebensverhältnissen (*Klie, Ranf, Szepan 2021*) stellen sich grundsätzliche konzeptionelle Fragen: Kann eine solche Weiterentwicklung der Gefahr begegnen, dass (wie schon bei der kommunalen Seniorenpolitik) vielfach nur die kommunale Pflichtaufgabe der Pflegeversorgung und weniger der ganzheitliche Blick auf die Lebenswelt der Betroffenen – der aber in Pflegewohnsettings gefordert ist – in den Fokus rückt? Besteht nicht die Gefahr, dass die Beteiligung der Betroffenen wieder in den Hintergrund tritt, weil sie bei einem durch vorwiegend von Professionellen gesteuerten Case- und Care-Management wenig in den Entscheidungsprozess eingebunden sind? Gerät die Notwendigkeit des „Zurücktretens der Pflege-Profis" (*Dörner 2007: 38*) bei der Gestaltung des Lebensalltags vielleicht wieder aus dem Blick? Und besteht nicht die Gefahr, dass die Zivilgesellschaft auf ihre Rolle als „Ressource für ein notleidendes System" reduziert bleibt?

Müssten nicht bei einer gemeinsamen Erbringerverantwortung alle Beteiligten nicht nur mit Mitwirkungs- sondern auch mit Mitsprache- und Mitentscheidungsmöglichkeiten ausgestattet werden?

Hier setzt die Überlegung zu einem „innovativen" Leitbild für Langzeitpflegewohnsettings an: Müsste nicht neben der Personenzentrierung und der Inkludierung als weiteres Element die **Demokratisierung von Langzeitpflegewohnsettings** stärker Berücksichtigung finden?

3 Pflegewohnen demokratisieren: *„Wohnen 6.0"*

In ihrer Vulnerabilität und Abhängigkeit zu den Kulturen und Routinen der Einrichtungen und nicht zuletzt gegenüber ihrem Personal ist die Ermöglichung von Mitbestimmung und Teilhabe für Bewohner fundamentale Voraussetzung für ein würdevolles Leben. Die angeführten Aspekte lassen Pflegeheime daher auch heute noch als Merkmalsträger totaler Institutionen erscheinen, deren demokratische Durchdringung in einer strukturellen Beantwortung zu suchen ist" (Klie 2019: 46).

Prof. Dr. Thomas Klie, seit 2001 Kurator im KDA

Wenn in modularen Wohn- und Versorgungssettings die Sorge in gemeinsamer Verantwortung erbracht werden soll, dürfen nicht allein Profis die Steuerung und Verantwortung übernehmen. Die strukturbedingten Funktionsstörungen in der stationären Pflege – wie sie verstärkt noch einmal in der Coronakrise hervorgetreten sind – erfordern eine **neue Balance zwischen Freiheit und Sicherheit**. Diese wird sich nicht herstellen lassen, wenn eine solche Balance top down verordnet wird. Die Herstellung dieser neuen Balance erfordert sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Umsetzung ein anderes Miteinander. Sie kann nicht – so wichtig fachliche Expertise ist – von Profis dominant bestimmt und verantwortet werden, sondern nur gemeinsam ausgehandelt werden – von Betroffenen, den An- und Zugehörigen, der Zivilgesellschaft aus dem Sozialraum aber auch den Mitarbeitenden sowie professionellen Trägern und kommunal Verantwortlichen. Die Umsorgten und die Sorgenden gilt es in einen gleichberechtigten Austauschprozess zu bringen, um Freiheit und Sicherheit jeweils auszutarieren.

3.1 Demokratisierung der Sorgekultur

Letztlich geht es um „...einen Impuls, der fast an programmatische Reden erinnern könnte: Mehr Demokratie wagen" (*Hackler 2014: 8*) – es geht darum, **mehr Demokratie in der Sorgekultur auch in institutionellen Wohnsettings zu wagen** bzw. die dauerhafte „Bemühung um Demokratisierung von mit Merkmalen totaler Institutionen ausgestatteter Einrichtungen" mit einem Gesamtansatz neu zu beleben (*Klie 2019: 12*).

Demokratische politische Systeme sind dadurch gekennzeichnet, dass in ihnen die „Herrschaft des Volkes" ausgeübt wird, das Volk entscheidet wie das Zusammenleben zu gestalten ist. Allgemein geht es bei Demokratisierung daher um die Beteiligung der von Entscheidungen Betroffenen. Zwischen **Demokratie und Partizipation** besteht also ein innerer Zusammenhang, so dass es nach *Lösch* eine „Demokratie ohne Partizipation" (*Lösch 2011*) nicht geben kann. Partizipation kann es jedoch durchaus ohne Demokratie geben. Auch nationalistische und rassistische Bewegungen wollen beteiligen – sie wollen jedoch keine Herrschaft aller, sondern eine Herrschaft bestimmter Rassen oder Nationen.[17] Der Begriff der Partizipation versteht sich nach *Meints-Stender* also keineswegs von selbst, sondern bedarf für seine Wertung einer Kontextualisierung. Wenn Aufforderungen zur Partizipation ergehen, so ist nicht selbstverständlich davon auszugehen, dass hier eine Beteiligung von allen und damit ein gleichberechtigtes Miteinander gemeint ist (*Meints-Stender 2020*). Partizipation in modernen Demokratien bedeutet, dass *alle* (zum Volk zugerechneten) ihre Argumente, Meinungen und Ansichten gleichberechtig einbringen und beteiligt werden als „verantwortliche Subjekte einer **Gemeinschaft von Freien und Gleichen**" *(Habermas 1996:279).* Die Stärkung von Partizipation aller beim Wohnen ist auch eines der drei zentralen Prinzipien der im vergangenen Jahr gestarteten Initiative zum Neuen Europäischen Bauhaus, den die EU-Kommission im Rahmen eines breit angelegten Dialogprozesses gestartet hat *(Deutscher Verband 2021)*.[18]

Wie diese Beteiligung jedoch erfolgen soll, korrespondiert mit unterschiedlichen Demokratieformen. Hier wird von einem partizipativen **Demokratieverständnis** ausgegangen.[19] Partizipatorische Demokratie oder partizipative Demokratie bezeichnet eine demokratietheoretische Strömung,

- welche die politische **Mitwirkung möglichst Vieler** in möglichst vielen Bereichen fordert. Die Legitimität einer Demokratie wird dementsprechend über die Beteiligung an und Einflussnahme des Volkes auf Entscheidungen gewährleistet. Partizipatorische Demokratietheorien enthalten also eine starke Betonung der Beteiligung nicht nur der Eliten/Profis, sondern durch die Bürgerschaft.
- Partizipative Demokratie zielt zugleich auf eine Ausdehnung des Demokratieprinzips[20] auf verschiedene gesellschaftliche und wirtschaftliche Bereiche und zum Teil auch auf die Privatsphäre. Es geht also nicht nur um die Beteiligung an politischen Entscheidungen, sondern um Beteiligung in allen Bereichen des Lebens – also auch in der Sorgekultur. Es geht um **Demokratie als Lebensform**.
- Weiterhin ist die Direktheit der Beteiligung ein zentrales Merkmal partizipatorischer Demokratie. Als direkte Demokratie bezeichnet man Verfahren oder Systeme, in denen die Stimmberechtigten unmittelbar über Sachfragen abstimmen. Als Herrschaftsform wird in direkten Demokratien ein Teil der Macht *direkt* vom Volk in Abstimmungen ausgeübt (vollständige Machtausübung wären in Abgrenzung dazu

17 Diese Unbestimmtheit des Begriffs wird auch in der etymologischen Bedeutung deutlich. Das Wort hat seinen Ursprung im lateinischen „particeps". Es setzt sich zusammen aus „pars" (Teil) und „capere" (anteilnehmen, teilnehmen, beteiligen). Durch „pars" wird nach *Meints-Stender* deutlich, dass immer auf ein Ganzes Bezug genommen wird, von dem es ein Teil ist, und „capere" kann als ein eingreifendes Element zum Ganzen verstanden werden. In welcher Weise nun dieses „capere" zu verstehen ist, welche Formen es annimmt, ist aus dieser Bestimmung nicht weiter ableitbar (*Meints-Stender 2020*).

18 Die Initiative hat drei Hauptgrundsätze für das Wohnen in Zukunft formuliert, die den weiteren Prozess gestalten sollen. Das Prinzip des Mehrebenenansatzes, der ein Handeln von der globalen bis zur lokalen Ebene leiten soll, betont ortsbezogene „Initiativen im kleinen Maßstab", die von Einzelpersonen auf Quartiersebene oder lokalen Gemeinschaften getragen und übertragen werden können. Das zweite Prinzip umfasst einen partizipativen Ansatz und das dritte Prinzip einen transdisziplinären Ansatz.

19 Normative Demokratietheorien unterscheiden unterschiedliche Demokratieformen wie direkte Demokratie, repräsentative Demokratie, partizipatorische Demokratie, Demarchie, Radikaldemokratie oder Basisdemokratie.

20 Zu den Demokratieprinzipien demokratischer Systemen gehören u.a. freie, geheime und gleiche Wahlen, Meinungsfreiheit, das Mehrheits- oder Konsensprinzip, Minderheitenschutz, Gewaltenteilung sowie Schutz der Grund-, Bürger- und Menschenrechte. Diese liberale Wertebasis kann nach Demokratietheoretikern auch durch Mehrheitsentscheidung nicht angetastet werden, was Demokratien auch wesentlich von einer Ochlokratie, Volksrepublik oder Tyrannei der Mehrheit unterscheidet.

Basisdemokratie oder Anarchie*)*. Generell kann die **direkte Demokratie** als eine Form der partizipatorischen Demokratie angesehen werden, da auch hier mehr Bürger in die Entscheidungsprozesse eingebunden werden (*Schmidt 2004).*

Erst über die gleichberechtigte, möglichst direkte Beteiligung in unterschiedlichen Lebensbereichen ist auch **wirkliche Teilhabe möglich**. Denn Teilhabe ist nicht nur die Sicherung der internen und externen Kommunikation mit anderen Menschen – also sozialer Eingebundenheit –, sondern bedeutet immer auch Mitentscheidungs-, Mitverantwortungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben (*Klie et al. 2017*). Nach der WHO-Definition hat Teilhabe eine Doppelbedeutung: zum einen das eher „konsumierende Teil-Nehmen", also am Sozialen teilnehmen zu können – z. B. wenn mobilitätseingeschränkte Menschen barrierefrei ein Gebäude betreten können – und zum anderen das eher „gestaltende Teil-Haben" (*Vester 2012*), also das Soziale mitgestalten zu können – z. B. wenn mobilitätseingeschränkte Menschen bei der Planung des barrierefreien Gebäudes mitentscheiden (und evtl. sogar mitwirken). Teilhabe impliziert damit nicht nur, dass ein Pflegebedürftiger im Nachhinein oder von anderen in eine Lebenssituation einbezogen wird, sondern auch, dass er eine Lebenssituation selbst mitgestaltet. *Hartung* (2012) spricht in diesem Kontext von „**Entscheidungsteilhabe**". Entscheidungsteilhabe zielt letztlich auf die Sicherung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Der Begriff der Selbstbestimmung oft synonym mit dem Begriff "Autonomie" - Abwesenheit von Fremdbestimmt und Zwang – verwendet, meint selbst über die Ausgestaltung der eigenen Lebensumstände zu entscheiden, auch wenn die Fähigkeiten zur praktischen Alltagsbewältigung eingeschränkt sind (*u.a. Steiner 1999*). Selbstbestimmung schließt nicht aus, dass Entscheidungen an andere abgegeben werden. Aber auch wer sich in die Fürsorge anderer begibt, hat Anspruch darauf, immer wieder in die Aushandlungsprozesse über die Alltags- und Lebensgestaltung eingreifen zu können. Selbstbestimmung und damit Entscheidungsteilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit zu gewährleiten, ist jedoch auch heute trotz rechtlicher Verpflichtung und aller Thematisierungen und Idealisierungen in den Sorgeleistungen keineswegs selbstverständlich. Das zeigt sich u.a. darin, dass in der fast unüberschaubaren Flut von Literatur über Pflege im Alter die eigentlich Betroffenen als Subjekte immer noch selten zu Wort kommen und vielfach über sie statt mit ihnen geredet wird.

Will man diesem Anspruch gerecht werden ist und ist man damit einer teilhabesichernden Sorgekultur verpflichtet, geht es immer auch darum, diese „Entscheidungsteilhabe" zu sichern. Auch bei der Ausgestaltung eines Pflegewohnsettings ist dann Mitentscheidung und Mitgestaltung der von dieser Ausgestaltung Betroffenen zu ermöglichen. Dies gelingt nur, wenn dem Einzelnen entsprechende Entscheidungsteilhabe eingeräumt wird und wenn die professionellen Strukturen so verändert werden, dass Entscheidungsteilhabe gesichert wird. Der niedersächsische Behindertenbeauftragte Karl Finke beschreibt Teilhabe als Gesellschaftsentwurf, der alle Menschen betrifft und in einem gesellschaftlichen buttom-up und top-down Prozess gelebt und entwickelt werden muss. „Somit wird die Verantwortung für eine Teilhabegesellschaft sowohl dem einzelnen Menschen – auch dem Pflegebedürftigen – zugeschrieben, der sich nach seinen individuellen Möglichkeiten engagiert, als auch den professionellen Akteuren, die ihre Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse als Prozesse der Teilhabe gestalten sollten" *(Heiden 2015: 8).*

Entscheidungsteilhabe zu sichern, ist dabei nicht nur ein unverbindliches Leitbild für die Sorgekultur, sondern ist **rechtlich normiert**. Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) von 2009 hat sich die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, Menschen mit Beeinträchtigungen so zu fördern, dass sie in möglichst allen Lebensbereichen teilhaben können. Aus dieser Verpflichtung folgt, dass alle Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen so ausgerichtet sein müssen, dass für die Betroffenen ein Höchstmaß an Autonomie hergestellt oder gesichert wird. „Autonomie bedeutet hier, dass die Entscheidungsmacht in allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung bei den Menschen mit Behinderung liegt" (*Prchal/Ortmann 2020:28).* Es soll gewährleistet werden, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihr Leben selbst bestimmen und selbst gestalten können (und müssen), um umfassende Teilhabe zu ermöglichen. Die im BTHG rechtlich normierte Entscheidungsteilhabe hat in der Behindertenhilfe zu grundlegenden Änderungen in den gesetzlichen Vorgaben für Beratung, Bedarfsermittlung, Leistungsplanung und -erbringung geführt: Hier muss nicht nur Raum für individuell angepasste Leistungen geschaf-

fen werden, sondern Leistungsträger müssen Menschen mit Beeinträchtigungen *aktiv einbinden* und so Entscheidungsteilhabe ermöglichen. Auch im neuen Pflegbedürftigkeitsbegriff stehen nicht mehr Defizite körperlicher Funktionen von Pflegebedürftigen im Mittelpunkt, sondern „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten" (§14 SGB XI, Nomos 2020, S. 2015). Es geht darum, Fähigkeiten zu erhalten oder zu verbessern, um ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und Teilhabe der Pflegebedürftigen zu sichern. Auch das neue *Betreuungsrecht*, das am 1. Jan. 2023 in Kraft treten soll, hat diese Ausrichtung. Das neue Betreuungsrecht soll im Sinne der Behindertenrechtskonvention dafür sorgen, dass bestellte Betreuer die Lebensumstände ihrer zu Betreuenden eher durch Unterstützung sicherstellen sollen – im Sinne einer „unterstützten Entscheidungsfindung" *(siehe hierzu Kapitel 4.1) und* nicht durch reine Stellvertretung. Sie werden zu „Enablern", die Betroffenen aktiv einzubinden, damit diese ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen leichter umsetzen können. Diese Denkrichtung gilt es auch in der Gestaltung von Wohnsettings für Langzeitpflegebedürftige noch stärker zu verankern.

3.2 Demokratische Sorgehaltung: Caring Community

„Wir ermöglichen uns als eine soziale Welt der Individuen eben nur im Rahmen einer Logik eines kulturellen Codes der Miteinanderverantwortung" (Schulz-Nieswandt 2020: 12).

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, seit 2003 Kurator im KDA

Ein Mehr an Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten führt zwingend zu **mehr Eigen- und Mitverantwortung**: Wer für sich oder andere entscheiden kann, was zu tun oder zu lassen ist, ist auch für die Folgen dieser Entscheidungen selbst oder zumindest mitverantwortlich. Mit- und Eigenverantwortung für sich und andere in einer Gemeinschaft – das ist die besondere Haltung des Sorgens in einer *Caring Community*/Sorgenden Gemeinschaft – die in der Demografiestrategie, dem 7. Altenbericht und dem 2. Engagementbericht der Bundesregierung aufgegriffen wurde und seit Jahren in vielen Fachkreisen als Leitbild auch zur Bewältigung der demografischen Herausforderungen diskutiert wird (siehe u. a. *ISS 2014*, *Ev. Johanneswerk 2021*).

Allgemein geht es bei dem Ansatz der Caring Community um die Bewältigung sozialer Aufgaben, und zwar zielgruppen- und themenübergreifend in einer Gemeinschaft (*ISS 2014).* Eine Caring Community wird als ein dynamisches soziales System beschrieben, welches sich selber reguliert und optimiert, weil sich die Mitglieder der Gemeinschaft in ihrer Heterogenität wertschätzen und Ressourcen miteinander teilen, in der das Wohl aller im Zentrum steht, in der man gemeinsam Verantwortung trägt und jeder sich eigenverantwortlich einbringt. Dadurch entsteht ein Ausgleich von Beschränkungen und Stärken einzelner Mitglieder – in der Folge erhöht sich die Lebensqualität aller.

Das Konzept, in geteilter Verantwortung Sorgeaufgaben zu bewältigen, hat vor allem durch die demografischen Herausforderungen einen besonderen Schub erlebt. Übereinstimmung besteht darin, dass die Sorgefähigkeit der Gesellschaft in Zukunft nicht alleine durch professionelle Dienstleister oder den Staat gewährleistet werden kann, sondern ganz wesentlich auf die eigenständige Leistung der Bürgerschaft angewiesen sein wird. Bürger müssen darin gestärkt werden, eigenverantwortlich und gestaltend in Sorgeaufgaben nicht nur im Privaten sondern auch in öffentlichen Räumen ihres lokalen Umfeldes tätig zu sein. Nach einer Definition des *Bundesfamilienministeriums* wird daher unter „Sorgender Gemeinschaft" „das gelingende Zusammenspiel von Bürgern, Staat, Organisationen der Zivilgesellschaft und professionellen Dienstleistern in der Bewältigung der mit dem demografischen Wandel verbundenen Aufgaben" (*ISS 2014: 4*) verstanden.

Aber „Sorgende Gemeinschaften" versuchen nicht nur eine gute Kooperation oder guten Welfare-Mix für Sorgeleistungen zu gestalten und die Bürgerschaft zu Verantwortungsübernahme zu motivieren, sondern „sie bemühen sich um eine andere Werthaltung, um Grundfragen des Lebens, wie wir miteinander leben wollen und unser soziales Miteinander gestalten wollen" (*Thomas Klie 2014: 12*). Klie sieht diese andere Werthaltung in der Sorge in einer anteilnehmenden Verantwortungsübernahme für sich selbst und andere. Es geht um einen solidarischen Umgang miteinander, der umfasst, die Bedürfnisse der anderen wahrzunehmen und anzuerkennen, niemanden abzuwerten oder auszugrenzen (*Klie 2014).*

Im Kontext dieses solidarischen Umgangs miteinander sind nach *Andreas Kruse* unterschiedliche Verantwortungsbezügen zu berücksichtigen:

- Den ersten Verantwortungsbezug bildet die **Selbstverantwortung** des Individuums, also dessen Fähigkeit und Bereitschaft, sich in der Lebens- und Alltagsgestaltung immer auch an den eigenen Kriterien eines gelingenden Lebens zu orientieren und sich um eine möglichst selbstständige Lebensführung zu bemühen. „Im Falle des Angewiesen-Seins auf Hilfe ist mit Selbstverantwortung die Fähigkeit und Bereitschaft gemeint, mit darüber zu entscheiden, welche Hilfeleistungen zu welchen Zeitpunkten von welchen Personen erbracht werden" (*Kruse 2018: 12*). Um den Menschen zu dieser Selbstsorge zu befähigen, sind gesellschaftliche Leistungen im Sinne der Daseinsvorsorge erforderlich und es ist an die Lernfähigkeit der Menschen zu appellieren.
- Den zweiten Verantwortungsbezug bildet die **Mitverantwortung** des Individuums, also „dessen Fähigkeit und Bereitschaft, sich in andere Menschen hineinzuversetzen, mit ihnen zu fühlen, sich für sie zu engagieren und sie zu unterstützen, wenn Hilfebedarf besteht. Und auch hier sind die Umsorgten einzubeziehen. „Wenn von Sorgestrukturen gesprochen wird, so ist damit nicht gemeint, dass alte Menschen ausschließlich oder auch nur primär als „Sorge-Empfangende" betrachtet werden. ... in gleichem Maße (geht es um) jene Sorgeleistungen, die von alten Menschen ausgehen, die diese anderen Menschen – auch Angehörigen nachfolgender Generationen – bieten. Das Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen bildet ein zentrales Merkmal der Gestaltung sozialer Beziehungen im Alter" (*Kruse 2018:13*).

Es gilt also die Umsorgten in die Entscheidungen über die Ausgestaltung der Sorgenden Gemeinschaft eigen- und mitverantwortlich einzubeziehen. Von wem aber mehr Mitverantwortung gewünscht wird, dem müssen auch mehr Einflussmöglichkeiten auf Entscheidungen gegeben werden. Es muss daher in diesen „Sorgenden Gemeinschaften" auch um gleichberechtigte und damit demokratische Beteiligungsprozesse gehen, die explizit auch die Umsorgten einbezieht. Im Kontext der fachlichen Diskussionen um die Umsetzung des Ansatzes der Caring Community ist in den vergangenen Jahren viel über die notwendige Verantwortungsübernahmen des Einzelnen und der Bürgerschaft diskutiert worden. Das dies aber mit mehr Mitentscheidungsverantwortung und damit auch Machtteilung einhergehen muss, stand weniger im Fokus. Von allen Mitgliedern einer solchen Gemeinschaft gehen die Entscheidungen aus, der Mehrheitswille entscheidet, wie das Zusammenleben und die Sorge gestaltet werden soll, jeder hat dabei das *gleiche* Recht auf Mitentscheidung und Mitwirkung an den Angelegenheiten, die die gesamte Gemeinschaft betreffen.

3.2.1 Caring Community im Sozialraum

Diese besondere Haltung des Sorgens umeinander ist in den vergangenen Jahren vor allem im sozialräumlichen Kontext thematisiert worden. In kleinen territorialen Zusammenhängen wie z. B. Gemeinden, Quartieren, Stadteilen und Dörfern lässt sich die integrative Wirkung des sozialen Miteinanders leichter entfalten und „Sorgende Gemeinschaften" sind im Sinne *lokaler Verantwortungsgemeinschaften* (u. a. *Netzwerk SONG 2007*) entstanden. Auch deshalb ist der Blick auf die kommunale Ebene und auf kommunale Verantwortlichkeiten in den vergangenen Jahren besonders geschärft worden und es ist in der Pflege fast zu einem Allgemeinplatz geworden, die Pflege sozialraumorientiert auszurichten und Heime ins Quartier zu öffnen.

In der Praxis hat die Sozialraumorientierungs-Forderung für Einrichtung nicht selten zur Überforderung der Mitarbeitenden geführt. Nicht nur weil die Rahmenbedingungen – wie die Finanzierung der personellen Ressourcen für das Quartiersmanagement – bis heute nicht geschaffen wurden. Auch weil sie „sukzessive aus dem persönlichen Aufgabengebiet heraus(treten) und fühlen sich womöglich für den kompletten lebensweltlichen Raum der pflegebedürftigen Bewohnerschaft verantwortlich, obwohl sie dafür kein Mandat haben und sich viele soziale Prozesse auch gar nicht von ihnen steuern lassen" (*Schmuhl, Winkler, U. 2018: 21*). Zugleich erfordert das sozialraumorientierte Arbeiten eine andere Haltung, die von den Mitarbeitenden der Einrichtungen häufig nicht konsequent gelebt wird. Nicht selten hat man nur den kleinräumigen, territorialen Bezug von Pflegeleistungen oder die Ressourcen im Quartier im Blick. Sozialraumorientierung ist aber zuvorderst ein personenorientiertes und beteiligungsorientiertes Konzept, das die Bedürfnisse der Menschen in den Fokus rückt, sie beteiligt und sie „empowert", sich in die bedarfsgerechte Entwicklung ih-

rer Lebensräume einzubringen *(Hinte 2009).* Diese andere Haltung intern in den Einrichtungen zu erlernen, wäre eine Grundlage damit Einrichtung Teil oder Motor einer Caring Community im Sozialraum werden können.

3.2.2 Caring Community im Pflegewohnsetting

Diese besondere Haltung des Sorgens umeinander muss sich nicht nur auf ein spezifisches Territorium, ein Quartier oder eine Gemeinde im Sinne einer „lokalen Verantwortungsgemeinschaft" beziehen. „Entscheidend ist nicht die lokale Einheit, sondern das Zu- und Zusammengehörigkeitsgefühl zu einer Gemeinschaft und ein gemeinsamer Werthorizont" (*Klie 2014: 12*) – daher formieren sich Caring Communities auch nicht nur in der Pflege, sondern auch gegen den Klimawandel und nicht nur in Kommunen, sondern auch in Unternehmen oder Bildungsinstitutionen. Auch in gemeinschaftlichen Langzeitpflegewohnsettings, die den gemeinsamen Werthorizont „der Inklusion der Exkludierten" (*Klie 2014: 13*) teilen, kann sich *intern* eine solche Caring Community entwickeln – und das ist im Sinne der KDA-Heimtypologie mit *Wohnen 6.0* gemeint: **Heime sollen nicht nur Mitglieder einer Caring Community im umgebenden Sozialraum sein, sondern *intern* und damit selbst die Werthaltung des Caring Community-Ansatzes von Selbst- und Mitverantwortung aufgreifen.**

Man kann sich auf den Standpunkt stellen, dass die Heime nicht resilient genug sind, um sich diesem Transformationsprozess zu stellen und die gänzliche Auflösung der stationären Pflege fordern. Es erscheint jedoch – angesichts der enormen Pflegeaufgaben, die noch vor uns liegen – kaum realistisch, die über 11.000 Heime aufzulösen. Man kann sich auf den Standpunkt stellen, primär die Energie in die Weiterentwicklung „Sorgender Gemeinschaften" in den Sozialräumen zu legen. Praxiserfahrungen aus der Quartiersentwicklung zeigen jedoch, dass sich „lokale Verantwortungsgemeinschaften" vielfach auf die gemeinsame Sorgeverantwortung im niederschwelligen Bereich konzentrieren und häufig an ihre Grenzen stoßen, wenn es darum geht, schwere und dauerhafte Pflege in solchen „lokalen Verantwortungsgemeinschaften" zu sichern (*Kremer-Preiß/ Mehnert 2018).* Damit auch Langzeitpflege leichter in diesen „lokalen Verantwortungsgemeinschaften" getragen werden kann, ist es zielführend, wenn *in* den Langzeitpflegewohnsettings selbst die Werthaltung einer Caring Community gelebt wird. Nicht der ungezügelte Ausbau klassischer Anbieterheime ist zu forcieren – für diese Pflegewohnsettings bedarf es eines Moratoriums - sondern es gilt, die stationäre Pflege auf dem Weg sektorenübergreifender demokratischer Sorgestrukturen im Sozialraum nicht zurückzulassen und Veränderungen als Prozess in und mit den Einrichtungen zu designen.

Durch das gemeinsame Ringen um die demokratischere Ausgestaltung eines Pflegewohnsettings für Langzeitpflegebedürftige können Pflegewohnsettings zugleich zu einem gehaltvollen Baustein in einer Caring Community im umgebenden Sozialraum in der Gemeinde werden. Aktuelle Studien zeigen, dass sich viele stationäre Einrichtungen mit einer wirklichen Öffnung ins Quartier häufig noch schwertun, auch weil sie die notwendige Haltung und interne Organisationentwicklung für eine solche „Sorgende Gemeinschaft" nur bedingt vollzogen haben (*Brandt et al. 2021*). Dies ist aber notwendig, um ein bereichernder Baustein in einer Caring Community im Sozialraum zu werden. Wie selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnprojekte einen positiven Einfluss auf die Quartiersentwicklung im Sinne gelebter Solidarität im Sozialraum haben, so kann auch *Wohnen 6.0* im Sinne konzentrischer Kreise eine Ausdehnung demokratischerer Sorgestrukturen im Sozialraum evtl. bis hin zu einer „**Inklusionsgemeinschaft**" (*Schulz-Nieswandt 2013*) anstoßen *(siehe hierzu Kapitel 4.4.3*).

Auch wenn *Wohnen 6.0* damit zunächst noch einmal den Blick nach innen auf die Strukturen institutioneller Wohnsettings legt, geht es nicht allein um eine Modernisierung der Heime. Eine wirklich ernsthafte Demokratisierung der Sorgekultur stellt es der „Sorgenden Gemeinschaft" anheim, in welche Richtung sie sich weiter entwickeln will: Will sie eher eine interne demokratische Teilreform der stationären Pflege, um sich nicht zu überfordern, oder will sie im Sinne hybrider Formen das Beste aus ambulant und stationär verbinden (stambulant) oder will sie gänzlich ein ambulantes, differenziertes Wohnangebot für schwere und langandauernde Pflege umsetzen? Die „Sorgende Gemeinschaft" soll selbst entscheiden, wie viel professionelles Wohnen sie wünscht, und wie viel sie selbst organisieren will und erfordert daher letztlich sektorenübergreifende Strukturen. **Darum ist *Wohnen 6.0* auch kein neues Heimleitbild und damit nicht die 6. Generation des**

Altenheimbaus, sondern ein Leitbild, wie das Wohnen auch bei schwerer und lang andauernder Pflege sektorenübergreifend und demokratischer organisiert werden kann.

3.3 Grundsätze für *Wohnen 6.0*

Die Weiterentwicklung institutioneller Langzeitpflege zu *Wohnen 6.0* geht weg von einem „Anbieterheim" oder „primär von Profis gesteuerten Wohnsetting" hin zu einem gemeinsam verantworteten Wohnheim oder Wohnhaus, indem *alle* Beteiligten mit Mitverantwortungs-, aber auch mit mehr Mitentscheidungsmöglichkeiten ausgestattet sind. Was bedeutet es konkret, diese demokratischere Haltung der Caring Community *in* Langzeitpflegewohnsettings zu platzieren? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für das Leben in den Pflegewohnsettings und die Organisations- und Personalentwicklung?

Erste Überlegungen zu möglichen Grundsätzen einer demokratischeren Sorgestruktur sollen im Folgenden zur Diskussion gestellt werden. Bei *Wohnen 6.0*

- **sollen die Betroffenen (Langzeitpflegebedürftige mit ihren An- und Zugehörigen) über das Leben und Wohnen in *ihrem* Zuhause entscheiden** – dabei geht es um mehr als Mitwirkungsrechte im Sinne des Heimgesetzes, sondern um umfassende - auch vertragsrechtliche - Mitentscheidungsmöglichkeiten und Eigenverantwortung für lebensweltliche Wohnaspekte (Care-Verantwortung)[21] im Sinne „gestützter Selbstverantwortung" – so wird ein Heim zu einem wirklichen *Teilhabe-Haus*.
- **soll die Zivilgesellschaft aus dem Sozialraum die demokratische Gestaltung des Wohnens und Lebens unterstützen** – dabei geht es um mehr als ehrenamtliche Ressourcen für ein notleidendes System, sondern um eine partizipative Engagementkultur und Mitverantwortung bürgerschaftlich Engagierter und zivilgesellschaftlicher Akteure an der fortlaufenden Gestaltung *ihres* Pflegewohnsettings in *ihrem* Sozialraum für *ihre* zu Umsorgenden- womit auch die Integration des Wohnsettings in den Sozialraum gewährleistet wird und das Heim gleichzeitig zu einem *Bürgerwohnhaus* wird.
- **sollen die Mitarbeitenden partizipativ eingebunden werden,** denn auch sie sind Teil der Caring Community. Auch sie sollen sich mehr eigenverantwortlich einbringen und mitbestimmen können – dabei geht es um die Gestaltung eines kooperativen Führungsstils und mehr selbstverantwortete Arbeitsstrukturen, um das Heim zu einem *„Pflege-Magnethaus"* (*Klie/Arend 2018*) zu machen.
- **sollen die professionellen staatlichen und Markt-Akteure die demokratische Umsetzung fachlich ermöglichen**. Sie verantworten neben der (Pflege-)Fachlichkeit (Cure-Verantwortung) als Enabler die demokratischen Prozesse bei der Sicherung der Care-Leistungen. Sie entscheiden nicht über die inhaltliche Ausgestaltung des Wohnens und Lebens im Pflegewohnsetting, sondern sichern die Selbstverantwortung der Betroffenen darüber.

Katharina Heimerl spricht in diesem Kontext von „Caring Institutions". **„Caring Institutions** sind Organisationen, die die Bedürfnisse aller Mitglieder (d. h. die von Pflegebedürftigen und von Pflegenden) kennen und beachten. Dazu braucht es vor allem Orte, an denen widersprüchliche Bedürfnisse und Zielsetzungen bearbeitet werden können. Solche Ethikgespräche setzen einen Dialog auf „Augenhöhe" voraus. Letztendlich geht es also um einen Prozess der Demokratisierung von Institutionen, die Sorgeaufgaben übernehmen" (*Heimerl 2015: 275).*

3.4 Chancen demokratischerer Sorgestrukturen – was man gewinnen kann!

„Schon wieder ein neues Heimleitbild! Wir haben aktuell genug mit den vielfältigen ordnungs- und leistungsrechtlichen Regelungen sowie sozialen und ökonomischen Herausforderungen zu tun,

21 *Hoberg, Klie, Künzel* unterscheiden zwischen Care- und Cure-Leistungen: Care umfasst alle Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag erforderlich sind – personenbezogene Leistungen zur unterstützenden Alltagsgestaltung, hauswirtschaftliche Basisversorgung, soziale Kontakte sowie Hilfen, die sich auf die Person und ihre Hygiene, Mobilität und Ernährung (Grundpflege) beziehen. Das Caring, die Sorge, erfolgt im Sinne der Subsidiarität des Sozialstaates durch das informelle Hilfesystem (Familien, Freunde, Nachbarn). Als Cure werden alle medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen zur Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation verstanden. Diese werden von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen angeboten, geleistet und verantwortet – einschließlich der systematischen Anamnese und Diagnose gesundheitsbezogener Problemlagen, der Verständigung auf Ziele von Behandlung und Therapie mit dem Betroffenen, dem Pflegeprozess sowie der Evaluation (*Hoberg, Klie, Künzel 2013: 11)*

die sich für die stationäre Pflege stellen. Der Alltag ist gnadenlos, wir haben keine Zeit, uns in Neues einzuarbeiten!" – so werden viele denken und die Mühen der Auseinandersetzung und Umsetzung scheuen. Jedoch lohnt sich ein Blick auf das, was man gewinnen kann, und wie man vom Problemfall zum Zukunftsgestalter werden kann:

3.4.1 Bedarfsgerechtere Pflegewohnsettings

Anbieter können an klassischen Strukturen festhalten und weiter die Alleinverantwortung für ein Langzeitpflegewohnsetting übernehmen – doch kann dies vor allem in Zukunft durch die geänderten Erwartungshaltungen der Babyboomer-Generation verstärkt zu Unzufriedenheit und Konflikten im Haus führen. In einer auf Autonomie und Selbstbestimmung gründenden Gesellschaft werden auch bei Pflegebedarf Wohnformen gesucht, die Freiräume für individuelle Lebensgestaltung ermöglichen. Mit den demokratischeren Strukturen in *Wohnen 6.0* kann eine bedarfsgerechte Wohn- und Versorgungsgestaltung gesichert werden, weil die Betroffenen in die Entscheidungen über das Leben und Wohnen fortlaufend und umfassend – auch vertragsrechtlich – einbezogen werden. Forschungsergebnisse bestätigen die Bedeutung sich realisierender Selbstbestimmung von Heimbewohnern für die positive Beurteilung der eigenen Lebensumstände *(Wozniak 2011).* Diese Verantwortungsübertragung auf die Betroffenen sichert zugleich den ganzheitlichen Blick auf die Lebenssituation von Pflegebedürftigen in einem Pflegewohnsetting. Es geht neben der Sicherung von Hilfe und Pflege gleichwertig um die bedarfsgerechte Gestaltung des Alltags und des Wohnens. Wenn die Betroffenen das Wohnen und Leben in Pflegewohnsettings mehr selbst bestimmten können, kann man zugleich den zunehmend pluralistischen Anforderungen gerecht werden.

3.4.2 Nachhaltige Sicherung des zivilgesellschaftlichen Engagements

Anbieter können an klassischen Strukturen festhalten und vorwiegend Profis in die Leistungsgestaltung einbeziehen. Damit verschenken sie aber u. U. zusätzliche Unterstützungsressourcen, die die Bewohnerschaft stärken, ihr Personal unterstützen und Kommunen im Rahmen ihrer kommunalen Daseinsvorsorge entlasten. Mit demokratischeren Strukturen wie können mehr zivilgesellschaftliche Ressourcen (Kirchengemeinden, Non-Profit-Organisationen, Vereine, Bürgerinitiativen usw.) und bürgerschaftlich Engagierte zur Sicherung der Versorgung gewonnen werden, weil sich solches Engagement vielfach und nachhaltig erst durch die Sicherung einer partizipativen Beteiligungskultur motivieren lässt (*Hämel 2010*). Wenn das Engagement in eng und professionell strukturierten Nischen eingesetzt und primär zur Übernahme von regulären Leistungen und damit zur Personalmehrung genutzt wird, gehen Potenziale von Engagement u. U. verloren (*Hämel 2010*). Zivilgesellschaftliche Akteure und bürgerschaftlich Engagierte aus dem Sozialraum werden sich eher engagieren, wenn sie die Anliegen eines Pflegewohnsettings zu den „ihren" machen können. Aber dies erfordert eine stärkere partizipative Engagementkultur. In *Wohnen 6.0* werden zivilgesellschaftliche Akteure und bürgerschaftlich Engagierte aus dem Sozialraum angeregt, sich mit der Gestaltung *ihres* Pflegewohnsettings in *ihrem* Sozialraum - auch präventiv - auseinanderzusetzen, deren Sorgeleistungen sie evtl. in Zukunft nutzen wollen. Mit einer solchen partizipativen Engagementkultur wird zugleich eine Weiterentwicklung des professionellen Profils in Richtung kooperativer Strukturen motiviert, und die Integration des Pflegewohnsettings in den Sozialraum gesichert. Ebenso rückt das Thema „Pflege" stärker in die Mitte der Gesellschaft – eine notwendige Voraussetzung, weil durch die demografische Entwicklung die Pflege einen anderen Stellenwert in der Gesellschaft bekommen wird, und sie auch bereit sein muss, mehr in diesen Bereich zu investieren.

3.4.3 Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Träger können an klassischen Organisationsstrukturen und hierarchischen Führungsstilen festhalten – aber dann werden sie vielleicht im sich zukünftig eher verschärfenden Wettbewerb um das Pflegepersonal ungünstiger abschneiden und dem „Pflexit" weniger entgegensetzen können. *Wohnen 6.0* kann mit demokratischeren Arbeitsstrukturen dem begegnen. Mitarbeitende fordern nicht nur mehr Geld, sondern auch Veränderungen bei den Arbeitsbedingungen. In diesem Kontext geht es vor allem auch um mehr Beteiligung und Einflussnahme auf die Arbeitskultur. *Wohnen 6.0* will die positiven Erfahrungen von selbstverantwortlichen Pflegeteams im ambulanten Bereich (siehe Buurtzorg-Modell) oder im Krankenhausbereich (siehe

Magnethäuser) auch für Langzeitpflegesettings nutzbar machen. In *Wohnen 6.0* können Mitarbeitende mehr Führungsverantwortung übernehmen und in Teams selbstverantwortlich arbeiten. Praxiserfahrungen zeigen, dass durch eine stärkere Beteiligung der Mitarbeitenden und einen kooperativen Führungsstil die Arbeitszufriedenheit steigt, Fluktuationen und Krankheitsraten verringert werden sowie die Personalrekrutierung erleichtert werden kann (*Sattelberger, Welpe, Boes 2015*) – wichtige Voraussetzung für Leistungserbringer, um dem „Pflexit" zu begegnen und Pflegepotenziale für die Langzeitpflege zu aktivieren. Von der Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte profitieren wiederum die Pflegebedürftigen (*Christiansen 2019).*

3.4.4 Sicherung notwendiger Transformationsprozesse

Auch notwendige *Transformationsprozesse* wie sie z. B. durch die Digitalisierung erforderlich sein werden, können leichter mit demokratischeren Sorgestrukturen bewältigt werden. Die Mitarbeitenden und Betroffenen müssen die Möglichkeiten bekommen, in die anstehenden umgreifenden Veränderungsprozesse eingreifen zu können, damit die Ängste vor den Veränderungen überwunden werden und eine Offenheit gegenüber Innovationen geschaffen wird. Traditionelle Heime mit klassischen Organisations- und hierarchischen Führungsstilen bieten dafür vielleicht nicht den notwendigen Rahmen. Um Innovationen zu erproben und zu etablieren, sind Strukturen erforderlich, die die Menschen beteiligen und sie befähigen, mit den Veränderungen umzugehen. Die Produktivitätsgewinne etwa durch die Digitalisierung werden sich vor allen dann auftun, wenn die Menschen – sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Pflegekräfte – mit ihren Bedürfnissen, Interessen und Ängsten in den notwendigen Transformationsprozess einbezogen werden *(Keup et al. 2018).*

Für das alles bietet *Wohnen 6.0* eine Chance!

4 In Möglichkeiten, nicht in Begrenzungen denken: Erste Anregungen für die Umsetzung

Aber wie setzt man *Wohnen 6.0* um? Klar ist, dass es nicht einfach gebaut werden kann, sondern es entwickelt sich nach und nach mit den Akteuren vor Ort und braucht personelle Lernerfahrungen und unterstützende Rahmenbedingungen. Vor allem müssen klare Regeln definiert werden, wie die demokratischeren Entscheidungen und gemeinsame Verantwortung auszugestalten sind. Hier geht es z. B. um Fragen: Wie sollen die demokratischen Entscheidungsprozesse ablaufen, welche Gremien sind zu bilden und welcher vertraglichen Regelungen bedarf es? Wie und welche zivilgesellschaftlichen Akteure aus dem Sozialraum sind zu aktiveren und wie ist deren Entscheidungs- und Mitverantwortungsrolle auszugestalten? Wie können selbstverantwortete Arbeitsstrukturen und ein kooperativer Führungsstil umgesetzt werden? Welche Verantwortung kommt den Kommunen zu, und welche Aufgabenteilung ist mit anderen demokratischen Gremien zu treffen? Wie ist die Rolle der professionellen Leistungserbringer als „Enabler" auszugestalten? Sind sie im Sinne „professioneller Langzeitpflegewohnsettings" aktiver Ermöglicher des demokratischen Prozesses oder im Sinne „selbstgesteuerter Langzeitpflegewohnsettings" lediglich partnerschaftlicher Begleiter? Wie sind partizipative Qualitätssicherungsprozesse zu gewährleisten? Welche beteiligungsorientierten Finanzierungsmodelle sind möglich?

Bei der Beantwortung dieser Fragen bedarf es eines Blickes, der weniger in Begrenzungen als in Möglichkeiten denkt. Im Rahmen eines neuen vom *Deutschen Hilfswerk (DHW)* geförderten Projektes *„Wohnen 6.0 – Entwicklung und Erprobung eines zukunftsgerechten Konzeptes der Langzeitpflege*" sollen solche Möglichkeiten eruiert werden. Das KDA wird in den nächsten drei Jahren eine Konkretisierung und Erprobung von *Wohnen 6.0* in ausgewählten Piloten begleiten. Insgesamt will das KDA mit *Wohnen 6.0* zu einem Dialog im Sinne eines „**Think and do Tank**" einladen und auf einer openTransfer-Plattform, Wissen, Ideen und Erfahrungen zusammenführen, wie das An-

liegen, mehr „Demokratie im Heim wagen" (*Klie 2019: 65*), angegangen werden kann.

Letztlich geht es um die Fragen, wie ein Langzeitpflegewohnsetting zu einem wirklichen Teilhabehaus für die Bewohnerschaft, zu einem Bürgerwohnhaus für die Zivilgesellschaft des umgebenden Sozialraums, zu einem Magnethaus für die Mitarbeitenden, zu einem Enablerhaus für die Profis werden kann. Hierzu sollen im Folgenden erste Anregungen geben werden, dabei wird explizit die Perspektive über den stationären Sektor hinaus erweitert. Es geht nicht nur um Anregungen, was aktuell im Sinne des stationären Leistungs- und Ordnungsrechts möglich ist, sondern um Wege wie für hoch vulnerable Menschen in Langzeitpflegewohnsettings mehr Demokratie ermöglicht werden kann. Vorgestellte Praxisbeispiele, die einzelne Elemente eines solchen *Wohnen 6.0*-Modells bereits umsetzten, stammen aus dem stationären und ambulanten Bereich. Auch werden Erfahrungen aus anderen Bereichen demokratischerer Organisationsentwicklung dargelegt, um deutlich zu machen: *Wohnen 6.0* ist machbar!

4.1 Das Teilhabehaus – Betroffene mehr eigenverantwortlich beteiligen

Wir werden den Erfordernissen nicht gerecht, wenn wir nur uns auf die Deckelung der Aufwendungen und der Eigenanteile sowie auf die Neugestaltung der Finanzierung fokussieren. Inhaltliche Verbesserungen der Pflege sind notwendig. Leitidee muss die Menschenwürde sein. Konkret bedeutet dies die Bezugnahme auf die Präferenzen, die Bedarfe, die Ressourcen und die Teilnahme der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen (KDA-intern 1/2021: 23).

Staatssekretär Michel Ranft, Kurator im KDA seit 2019

Ein demokratischeres Pflegewohnsetting will zentral die Entscheidungsteilhabe der Betroffenen – also Pflegebedürftiger und ihrer An- und Zugehörigen – gewährleisten. „Eine gelingende Sorgebeziehung ohne die Teilhabe der Sorgebedürftigen ist gar nicht denkbar: Nur die Umsorgten können sagen, ob ihre Bedürfnisse erfüllt sind, und was gegebenenfalls geändert werden müsste, damit dies der Fall ist. Für solche für das jeweils eigene Leben einschneidenden Sorge-Situationen ist nicht nur wichtig, dass akzeptable Rahmenbedingungen geschaffen werden, sondern es ist der eigene Einfluss auf die je eigenen Sorgebeziehungen wichtig" (*Neumann, Winker 2018: 157).* Daher geht es bei *Wohnen 6.0* zuvorderst um die Frage, wie die Selbst-- und Mitverantwortung und damit Selbst- und Mitbestimmung (Entscheidungsteilhabe) der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen an Planungen und der Umsetzung ihres Langzeitpflegewohnsettings gesichert werden kann.

Viele werden sagen, wie soll das gehen vor dem Hintergrund einer zunehmend fragilen, multimorbiden und häufig von kognitiven Einschränkungen betroffenen Bewohnerstruktur und vielfach schon jetzt überforderter An- und Zugehöriger? Nicht alle haben die gleichen Voraussetzungen, um an demokratischen Prozessen teilzuhaben. Aber will man deshalb alle, die auf den „Ungleichheitsachsen Class, Gender, Racism und Disability" (*Meints-Stender 2020*) Liegenden von demokratischen Prozessen ausschließen? Ist es nicht vielmehr Aufgabe, „die gesellschaftlichen Verhinderungsstrukturen von Partizipation mehr in den Blick zu nehmen" (*Jaeggi 2009: 543)?* Dies bedeutet aber, dass Pflegewohnsettings offener sein müssen für demokratische Lern- und Transformationsprozesse. In diesen demokratischen Lern- und Transformationsprozessen ist zu klären:

- In welchen Bereichen soll/kann Entscheidungsteilhabe für die Betroffenen gesichert werden?
- Wie kann die Entscheidungsteilhabe der Betroffenen gestärkt werden?

4.1.1 Bereiche für mehr Entscheidungsteilhabe

Die Gleichzeitigkeit, dass klassische Pflegeheime Wohn- und Pflegeort sind – also lebensweltliche und pflegerische Anforderungen erfüllen müssen – führt zu vielen mitunter konfligierenden Handlungslogiken – wie *Klie* in unterschiedlichen Ausführungen eindringlich aufgezeigt hat (u.a. Klie 2014). Organisationsstrukturelle Anforderungen zur Sicherung der Versorgung erfordern andere Handlungslogiken als die Ausgestaltung des lebensweltlichen Wohnalltags. *Der Versorgungsgedanke bestimmt nicht selten die Lebenswelt. Will man mehr Bedarfsgerechtigkeit, muss man die Ausgestaltung eines* lebensweltlichen Wohnangebotes wieder mehr in die Hände der Betroffenen legen (Care-Verantwortung). Dies umfasst einmal den individuellen Wohnbereich und zum anderen die Alltagsgestaltung:

- Die **individuellen Wohnbereiche** sollten auch in Langzeitpflegewohnsettings in dem Verantwortungsbereich der Betroffenen verbleiben – gleich, ob sie in einem mehr professionellen

oder mehr selbstorganisierten Pflegewohnsetting leben. Wohnen ist ein Lebensbereich mit elementarer Bedeutung für *alle* Menschen. Wohnen zählt zu den menschlichen Grundbedürfnissen, es ist identitätsstiftend und Mittelpunkt alltäglicher Lebenserfahrung. Mit zunehmendem Alter und bei Pflegebedarf wird das Wohnen immer bedeutsamer, weil die Wohnung mehr und mehr zum Lebensmittelpunkt wird. Ältere und pflegebedürftige Menschen verbringen den weitaus größten Teil ihres Alltags zu Hause in der Wohnung und weisen eine hohe emotionale Verbundenheit mit ihrer Wohnung und ihrem Wohnumfeld auf. Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation und dem Wohnumfeld sind daher wichtige Indikatoren für Lebensqualität (*u. a. Saup 1993; Oswald, Naumann, Schilling & Wahl, 2005*). Befragungen in neuen Wohnmodellen für Langzeitpflegebedürftige bestätigen, dass die dortige Bewohnerschaft vor allem die Einflussnahme auf die Gestaltung ihres individuellen Wohnbereiches sehr schätzt (*GKV 2019*). Entscheidungsteilhabe zu sichern bedeutet, das Selbstbestimmungsrecht für das Wohnen zu stärken. Dies kann z. B. mit dem Abschluss eines eigenen Mietvertrages gesichert werden. Die Bewohnerschaft hat dann das Hausrecht bzw. die Schlüsselgewalt. Sie bestimmt die Ausstattung und z.B. auch den Zutritt zur eigenen Wohnung. Sie haben bei einer gemeinschaftlichen Wohnform dann auch mehr Einfluss, wer als neuer Mitbewohner aufgenommen wird. Gerade dies haben sich Betroffene vielfach bei Befragungen in gemeinschaftlichen Langzeitpflegewohnsettings gewünscht (*GKV 2019*). Eine solche Verantwortungsübertragung auf die Bewohnerschaft für das Wohnen erfordert jedoch sektorenübergreifende Versorgungsformen. Dann kann, „die Eigenverantwortung für das Wohnen (Miete und Hauswirtschaft) bei Pflegebedürftigen" liegen (*De Vries 2021: 8*). Bei einem mehr professionellen Pflegewohnsetting können die Profis die Bewohnerschaft bei der Ausgestaltung des Wohnangebotes unterstützten, aber sie sollten nicht die Gestaltung bestimmen können. Welche Unterstützung Betroffene beim Wohnen wünschen, sollen die Betroffenen mithilfe eines modularen Leistungsangebotes auch beim Wohnen selbst entscheiden und nicht die Professionellen vorgeben.

- Neben der Eigenverantwortung für den individuellen Wohnbereich ist auch mehr Mitwirkung und Eigenverantwortung bei der lebensweltlichen Alltagsgestaltung gefordert. Die maßgebliche Verantwortlichkeit eines klassischen Heimträgers bedingt auch die Verantwortlichkeit für die lebensweltliche Alltagsgestaltung. In der Alltagsgestaltung – also Führung des Haushaltes, soziale Einbindung, Befriedigung der Grundbedürfnisse – realisiert sich jedoch die Lebenswelt der Pflegebedürftigen. Pflegewohnsettings, die sich mehr Mitwirkungsmöglichkeiten der Betroffenen zum Ziel setzen, sollten daher die Verantwortlichkeiten für die lebensweltliche Alltagsgestaltung wieder mehr an die Betroffenen – an die Pflegebedürftigen und an ihre An- und Zugehörigen – zurückgeben. Unterstützungsleistungen, um diesen lebensweltlichen Alltag zu sichern, wenn die Betroffenen ihn nicht mehr selbst bewältigen können, sind gesellschaftlich als Verantwortung an Familien, Freunde und Nachbarschaft adressiert. Sie können dabei von Profis unterstützt werden, aber Profis sollten diese Sorgeleistung nicht ersetzen, sondern ihre Energie daraufsetzten, diese Ressourcen für Eigen- und Mitverantwortung auch in Langzeitpflegewohnsettings zu erhalten. „Hier gilt es primär die Sorgefähigkeit zu erhalten und die Haushalte zu qualifizieren, jedoch nicht die solidarische Sorge zu ersetzen" (*Hoberg, Klie, Künzel 2013: 11).* Bei einem mehr professionellen Pflegewohnsetting können die Profis die Betroffenen mit Care-Leistungen unterstützen, aber sie sollten nicht die Inhalte und das Ausmaß der alltagsweltlichen Unterstützungsleistungen bestimmen. Welche Unterstützung erforderlich ist, sollten die Betroffenen mithilfe eines modularen Leistungsangebotes selbst entscheiden können.

Ein Praxisbeispiel, wie bei schwerer und langandauernder Pflege dennoch eigenverantwortlich das Wohnen und die lebensweltliche Alltagsgestaltung gelingen kann, ist das Inkluse Cluster-Wohnprojekt in Köln:

Praxisbeispiel: Eigenverantwortlich mit schwerem Pflegebedarf wohnen

Inklusives Clusterwohnen Köln
Das Projekt versteht sich als ambulant betreutes Wohnhaus, in dem Menschen mit schwerem und hohem Hilfebedarf ihren Wohnalltag selbstständig gestalten und dabei von unterschiedlichen

Akteuren unterstützt werden. Alle Bewohner leben in ihrer eigenen Wohnung oder einer Wohngemeinschaft mit individuellem Wohnbereich. Sie leben so selbständig und eigenverantwortlich wie möglich, in einer funktionierenden Gemeinschaft. Die Bewohner mit Behinderung erhalten auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Unterstützung durch festangestelltes Fachpersonal, frei gewählte Pflege-, BeWo- und Assistenzdienste und eine Nachtwache. Eine wichtige Hilfe bieten Studenten, die mit im Haus und den Wohngemeinschaften leben und die Alltagsgestaltung sichern.

Das viergeschossige Gebäude ist komplett barrierefrei erschlossen. Es umfasst **zwei Wohngemeinschaften** für neun Personen. In einer WG haben fünf Menschen mit Beeinträchtigungen und vier Studierende jeweils einen privaten Wohnbereich und ein Gemeinschaftsbad und eine Gemeinschaftsküche. Jeder ist selbstständiger Mieter der Wohngruppe. Nach dem Prinzip "Wohnen für Hilfe" werden für Studierende die Mietkosten gegen Hilfeleistungen gesenkt. Sie unterstützen dafür die Menschen mit Beeinträchtigungen bei ihrer Alltagsgestaltung. Zusätzlich sind professionelle Pflege- und Fachkräfte vor Ort, die über ein modulares Leistungsangebot die Versorgung sichern.
Weitere 1-2 Personen-Appartements befinden sich im Erd- und Dachgeschoss. Diese bieten älteren und/oder alleinstehenden Menschen eine Wohnmöglichkeit, in der sie eigenständig leben können, bei Bedarf können sie auf das modulare Leistungsangebot im Haus zurückgreifen. Sie entscheiden selbst, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen wollen.

Im Erdgeschoss befindet sich ein **Gemeinschaftsraum**, der als Begegnungsort dient und allen, die im Haus wohnen, offensteht und dadurch auch die soziale Integration fördert.

Quelle: https://inklusiv-wohnen-koeln.de/ambulant-betreut/

Mehr Eigenverantwortlichkeit für lebensweltliche Wohnaspekte (Care-Verantwortung) bezieht sich nicht nur auf Leistungen, die den einzelnen Bewohner betreffen, sondern auch auf die Bereiche, die gemeinschaftlich zu regeln sind (z. B. Gemeinschaftsräume, evtl. gemeinsame Haushaltsführung, Nachtwache). Auch diese sollten partizipativ mit den Betroffenen ausgehandelt werden. Hier kann man sich an den Erfahrungen der „**Auftraggebergemeinschaften**" in ambulant betreuten Wohngemeinschaften orientieren. Eine Auftraggebergemeinschaft ist immer dann gegeben, wenn eine Gruppe von Menschen kollektiv eine Dienstleistung oder eine Person gemeinsam beauftragt. In einem Pflegewohnsetting, in dem mehrere Pflegebedürftige gemeinsam leben, kann man z. B. gemeinsam eine Reinigungskraft oder eine Präsenzkraft für die Alltagsgestaltung beauftragen. Die Bewohnerschaft eines gemeinschaftlichen Pflegewohnsettings schließt gemeinsam einen Dienstvertrag über solche Assistenzleistungen ab. Die Bewohnerschaft hat dann die Eigenverantwortlichkeit und damit die Entscheidungsteilhabe über diese Dienstleistungen.

Im Bereich der lebensweltlichen Wohnaspekte mehr Entscheidungsteilhabe zu gewährleisten, ist eine grundlegende Anforderung für *Wohnen 6.0*. Die Bereiche, wo Entscheidungsteilhabe für Betroffene in Langzeitpflegewohnsettings gewährt werden sollten, können jedoch noch viel weitreichender gedacht werden. Z. B. wird auch darüber nachgedacht, mehr Entscheidungsteilhabe an den Aushandlungsprozessen über die Ressourcen zu gewähren, die in stationären Einrichtungen zur Verfügung stehen. *Klie* betont: „Eine umfassende und ernstgemeinte Mitwirkung auf institutioneller Ebene setzt voraus, dass die schon lange diskutierte Frage der Beteiligung von Bewohnern respektive der für sie advokatorisch tätigen Akteure an den Pflegesatzverhandlungen nicht ausgespart werden kann" (*Klie 2019: 62*). Es bedarf in Zukunft mehr Sensibilität und Diskussion mit den Betroffenen, in welchen Bereichen sie in Langzeitpflegewohnsettings mehr Entscheidungsteilhabe wünschen.

4.1.2 Verfahren für mehr Entscheidungsteilhabe

Zu fragen ist nicht nur wo, sondern auch *wie* kann bei schwerer Pflegebedürftigkeit in Langzeitpflegewohnsettings mehr Entscheidungsteilhabe für die Betroffenen gesichert werden.

Begrenzte Entscheidungsteilhabe durch heimrechtliche Mitwirkungsrechte

Bereits heute werden der Heimbewohnerschaft in klassischen Pflegeeinrichtungen rechtlich normierte Verfahren zugestanden, die Entscheidungsteilhabe sichern sollen. In den entsprechenden **Mitwirkungsverordnungen** der jeweiligen Landesheimgesetze wird garantiert, dass die

Interessen der Bewohnerschaft durch ein Vertretungsorgan[22] wahrgenommen werden sollen. Dieses Vertretungsorgan wirkt in bestimmten Angelegenheiten des Betriebs, die das Leben der Bewohnerschaft unmittelbar betreffen, mit. Die **Bewohnervertretung** wird nach demokratischen Grundsätzen durch die Bewohnerschaft in der Bewohnerversammlung gewählt. Mindestens einmal im Jahr wird die Bewohnerschaft zudem zu einer Versammlung eingeladen, um die demokratische Rückbindung des Vertretungsorgans zu sichern. Auch Externe können in die Bewohnervertretung gewählt werden. Bei diesen Externen kann es sich um Angehörige, Betreuer, Ehrenamtliche oder auch Vertreter von örtlichen Senioren- oder Behindertenorganisationen handeln. Um eine „Fremdbestimmung" der Bewohnerschaft über diese Externen zu verhindern, sehen einige Landesheimgesetze vor, dass „mindestens ein Beiratsmitglied ein Bewohner" oder „die Mehrheit interne Bewohner" sein müssen (*BIVA 2018).* Kann eine Vertretung aus den Reihen der Bewohner und Externer nicht gewählt werden, gibt es in vielen Ländern die Möglichkeit ein sog. Ersatz- oder Vertretungsgremium bestimmen zu lassen, das ausschließlich aus Externen besteht. Sollte auch die Bildung eines Vertretungs- oder Ersatzgremiums nicht möglich sein, bestellt die zuständige Behörde einen Fürsprecher oder eine Vertrauensperson. Einige Landesheimgesetze sehen zudem vor, dass zur Unterstützung des gewählten Bewohnergremiums ein Beratungsgremium aus Externen, wie z. B. Angehörigen und Betreuern, gebildet werden darf.

Die Aufgabe der Bewohnervertretungen besteht in der anwaltschaftlichen Vertretung der Interessen der Bewohnerschaft und darin, die mitunter divergierenden Interessen der Bewohnerschaft und der Einrichtung auszuhandeln. **Mitwirken** dürfen die Bewohnergremien in „Angelegenheiten des Betriebs der Einrichtung", die insbesondere das Alltagsleben in Einrichtungen betreffen wie z. B. Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Grundsätze der Verpflegungsplanung, Freizeitgestaltung und die Hausordnung der Einrichtung. Mitwirkung ist aber eine schwächere Form der Beteiligung. Mitwirkung nach den heimrechtlichen Regelungen bedeutet lediglich, dass die Bewohnervertretung vor Entscheidungen des Einrichtungsträgers rechtzeitig und umfassend zu informieren und anzuhören ist. Sie kann Anregungen geben und Vorschläge machen. Der Träger muss dem Votum der Bewohnervertretung in diesen Bereichen aber nicht zwingend folgen, sondern bei ihm verbleibt das Entscheidungsrecht *(BIVA 2018).* Auch besteht kein Vetorecht. Lediglich in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein gibt es das Recht in bestimmten Alltagsangelegenheiten mitzubestimmen. **Mitbestimmung** bedeutet hier, dass die Einrichtung bei einer Entscheidung gezwungen ist, die Argumente der Bewohnervertretung nicht nur einzubeziehen, sondern „es muss eine vollständige Abwägung mit den eigenen Argumenten im Rahmen einer ermessensfehlerfreien Entscheidung" stattfinden *(BIVA 2018:34).* Mehrheitlich bleibt es in den Landesheimrechten jedoch beim Konzept der Mitwirkung und Mitsprache im Sinne von Informations-, Anhörungs- und Beratungsrechten, was von Mitbestimmungsrechten im Sinne von Mitentscheidungsrechten zu unterscheiden ist (*Klie 2019*). Diese rechtlichen Gestaltungsoptionen ermöglichen letztlich nur eine beschränkte Entscheidungsteilhabe der Bewohnerschaft.

Aber nicht nur die rechtlichen Vorgaben erschweren wirkliche Entscheidungsteilhabe der Betroffenen. Die wenigen wissenschaftlichen Studien zu dieser Thematik konnten aufzeigen, dass aufgrund der hohen Fragilität der Bewohnerschaft, aber auch durch die unzureichende Unterstützung und mangelhafte Beteiligungspraxis in den Einrichtungen, die Rechtsansprüche auf demokratische Mitbestimmung vielfach nicht eingelöst werden (*u. a. Ritter et al 2005, Mingot et al. 2007*). *Klie et al.* weisen darauf hin, dass Mitgestaltungsoptionen in den Einrichtungen vielfach an die kognitive Leistungsfähigkeit sowie an die Fähigkeit zur eigenständigen Organisation der Bewohnerschaft geknüpft werden, so dass die Mitwirkungsrechte aufgrund der Vulnerabilität der Bewohnerschaft vor allem – und häufig wenig hinterfragt – über Stellvertreter, oft außerhalb des institutionellen Kontextes stehende Perso-

22 In Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Sachsen-Anhalt und Thüringen spricht man hier vom „Bewohnerbeirat". Die Landesheimgesetze von Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen sprechen von der „Bewohnervertretung", Brandenburg vom „Bewohnerschaftsrat", Hamburg vom „Wohnbeirat", Hessen vom „Einrichtungsbeirat" sowie die Länder Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein vom „Beirat" und das Saarland vom „Mitwirkungsgremium" (*BIVA 2018*).

nen oder Interessengruppen realisiert werden, und die Bewohnerschaft kaum noch direkt beteiligt ist (z. B. mehr externe Heimfürsprecher statt gemischt besetzte Betroffenen-Heimbeiräte, *Klie et al. 2019*). Die Fähigkeit zur Mitbestimmung und Eigenverantwortung wird pflegebedürftigen Bewohnern oft abgesprochen und als Recht nicht zugestanden. Häufig wird Mitbestimmung als Ziel des Versorgungsprozesses von den Fachkräften definiert, deren Grenzen dann auch von den Profis bestimmt werden. Dies hat mit der eigentlichen Definition von Entscheidungsteilhabe nur noch wenig gemein. Selbst wenn Vertretungsorgane durch die Bewohnerschaft besetzt sind, wird die oft nur rituelle Beteiligung der Bewohnerschaft oder die Einrichtung von nur pro-forma wirksamen Gremien beklagt (*Klie et al. 2019*). Es fehlt an einer wirklichen Beteiligungskultur in den Einrichtungen – letztlich auch dadurch bedingt, dass den Einrichtungen hierfür kaum entsprechende Ressourcen zur Verfügung stehen. „Das Festhalten an der formalen Erfüllung von [...] im Kern oft ineffizienten und nicht-partizipativen Methoden ist nicht nur frustrierend für alle Beteiligten, es ist zugleich Ausdruck einer missverstandenen Form der Mitbestimmung [...], die auf die Einhaltung gesetzlich geforderter Vorgaben zielt, jedoch nicht auf das angemessene, auf Teilhabe und das Erfahren von Würde angelegte Mitwirken älterer, vulnerabler Menschen in den sie beheimatenden Institutionen" (*Klie et al. 2019:59*). Demokratischere Pflegewohnsettings wie *Wohnen 6.0* müssen sich der Herausforderung stellen, wirkliche Entscheidungsteilhabe für vulnerable Menschen zu gewährleisten durch eine stärkere Einbeziehung der Betroffenen in die Gestaltung der Mitwirkungsprozesse und der Etablierung einer Beteiligungskultur in den Pflegewohnsettings.

Spielräume für vorgegebene Mitwirkungsrechte nutzen

Einige Landesheimgesetze eröffnen hierfür bereits Spielräume, die es zu nutzen gilt. Im Saarland entscheidet z. B. die Bewohnerschaft in einer Vorabstimmung grundsätzlich zwischen verschiedenen Mitwirkungsformen (Bewohnervertretung, Vollversammlung oder ein gewählter, externer Bewohnerrat, LHeimG § 9 Abs. 1 bzw. LHeimGS-MitwV § 3). In Hamburg können die Bewohnerschaft und Unterstützer einen Antrag zur Erprobung eines anderen Mitwirkungsmodells stellen (WBMitwVO § 4). Nach den Landesheimgesetzen von Berlin und Hamburg ist eine direkte praktische Mitwirkung der Bewohnerschaft durch Bewohnerbefragungen alle zwei oder drei Jahre vorgesehen (§ 8 WTG, § 5 WBMitwVO, *Klie et al 2019*). Hier werden Spielräume gewährt, die ein passgenaueres Aushandeln der Entscheidungsteilhabe in der Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings ermöglichen. „Landesrechtliche Konzeptionen, die die Mitwirkungsformen offenlassen und keinen Prototyp vorsehen, laden in besonderer Weise dazu ein, die verschiedenen Optionen der Gestaltung der Mitwirkung auszuloten und zum Gegenstand gemeinsamer Bemühungen von örtlicher Bürgerschaft, Träger der Einrichtung und zuständiger Behörde zu machen" (*Klie et al. 2019: 65*).

In demokratischeren Wohnsettings wie *Wohnen 6.0* sollte man sich aber auch die praktischen Erfahrungen zunutze machen, wie rechtlich bestehende Mitwirkungsmöglichkeiten wirksamer genutzt werden können. **Praktische Erfahrungen** zeigen, dass Entscheidungsteilhabe der Bewohnerschaft eher gelingt,

- wenn zur Einbindung der Bewohnerschaft in demokratische Entscheidungsprozesse eine kommunikative Begleitung gewährleistet wird,
- wenn die von den Betroffenen als wichtig erachteten Themen auch wirklich bearbeitet werden,
- wenn auf die besonderen sensorischen Beeinträchtigungen der Betroffenen mehr eingegangen wird (*Klie et al 2019*).

Weitere gelungene Beispiele aus der Praxis zur Sicherung von Entscheidungsteilhabe werden aktuell von der BASO erfasst. Der aktuell von der BAGSO ausgeschriebene GERAS-Preis 2021 will gelungene Praxisbeispiele aufzeigen, bei denen Pflegeheime während der Corona-Krise auf Selbstbestimmung und Mitwirkung gesetzt haben und dafür sensibilisieren, Betroffene bei künftigen Krisen zu hören und in die Entscheidungen der Einrichtungen mit einzubeziehen (*BAGSO 2021).*

Sich anderen Formen der Aushandlung öffnen

All diese Vorschläge bleiben jedoch in der Logik vollstationärer Pflegeeinrichtungen verhaftet und setzen auf die Stärkung der heimrechtlich vorgegebenen Mitwirkungsrechte. Darüber hinaus gehen andere Modelle. Sie versuchen Ent-

scheidungsteilhabe grundlegend neu zu regeln in dem sie z. B. Langzeitpflegewohnsettings als **genossenschaftliche Modelle** umsetzen. Der Genossenschaftsgedanke boomt seit der Novelle des Genossenschaftsgesetzes von 2006 und er wird in sehr unterschiedlichen Branchen umgesetzt – u. a. Energie-, Bau-, Senioren-, Gesundheitsgenossenschaften (gemeinschaftliche Arztpraxen) – und mittlerweile auch in der Langzeitpflege. Neben den sinkenden fiskalischen Handlungsspielräumen des Staates ist der gestiegene Wunsch nach Mitbestimmung und Partizipation innerhalb der Bevölkerung die Ursache für den Boom des Genossenschaftsgedankens. Aspekte wie Selbsthilfe, Solidarität und Partizipation gehören zur Wertestruktur einer Genossenschaft. Es ist vor allem dieser demokratische Grundgedanke, der dieses Modell für *Wohnen 6.0* attraktiv macht. Die Förderung der Mitglieder stellt das oberste Unternehmensziel von Genossenschaften dar – nicht die Sicherung von Renditeerwartungen. Um dies zu erreichen, werden die Genossenschaftsmitglieder in alle Entscheidungen einer Genossenschaft eingebunden. In einem genossenschaftlichen Wohnprojekt wird die Bewohnerschaft zum aktiv Mithandelnden und Mitentscheidenden an den Angelegenheiten des Wohnprojektes. Ein genossenschaftlich organisiertes Pflegewohnsetting macht Pflegebedürftige von reinen Konsumenten zu Akteuren, die nach den Prinzipien der Selbstverwaltung und Selbstverantwortung handeln. Aus dem demokratischen Prinzip einer Genossenschaft „ein Mitglied, eine Stimme" ergibt sich für die Bewohnerschaft die Chance, aus dem klassischen Fürsorgeverhältnis herauszutreten und ihre Lebenssituation aktiv mitzugestalten. Genossenschaftlich organisierte Pflegewohnsettings bieten auch eine ideale Form, um bürgerschaftliches Engagement in einen professionellen Rahmen zu setzen. Dabei sind auch genossenschaftlich organisierte Pflegesettings keine ideellen Vereine, sondern Wirtschaftsunternehmen, die auf einem leistungsfähigen Management und einem soliden Geschäftsmodell basieren. Sie halten jedoch Gewinnstreben und soziale Verantwortung im Gleichgewicht. Die Möglichkeiten der solidarischen Finanzierung („Was dem Einzelnen nicht möglich ist, das vermögen viele.") eröffnet zudem neue Perspektiven auch den Funktionsstörungen in der Finanzierung der Langzeitpflege zu begegnen (*siehe hierzu Kapitel 4.2).*

Praxisbeispiel: Genossenschaftlich organisierte Pflegeheime

Vereinigte Hamburger Wohnungsbaugenossenschaft eG (vhw)

Die Vereinigte Hamburger Wohnungsbaugenossenschaft eG (vhw) bietet ein umfassendes Angebot an Wohnformen und Dienstleistungen. Dieses reicht von Familien- und Singlewohnungen über seniorengerechtes Wohnen bis hin zur ambulanten und vollstationären Pflege. Sozial verantwortbare Wohnraumversorgung zu angemessenen Mieten sowie eine qualitativ hochwertige Pflege- und Betreuungsdienstleistung sind das Ziel der vhw. Im Geschäftsbereich „Wohnen im Alter" bietet die Genossenschaft rund 900 Wohnungen, Appartements sowie rund 700 stationäre Pflegewohnplätze an. Sie vermietet Wohnraum ausschließlich an ihre Mitglieder. Jedes Mitglied verpflichtet sich 25 Geschäftsanteile zu übernehmen, wobei ein Anteil 52 Euro beträgt. Sobald ein Mitglied Wohnraum im Altenpflegeheim übernimmt, muss es weitere Anteile übernehmen. Die Anzahl der zu erwerbenden Anteile richten sich nach Lage, Größe, Zuschnitt, Ausstattung. Jeder Bewohner kann durch den Erwerb von Anteilen Mitglied in der eG werden und damit das Leben im Alter ein Stück weit mitgestalten und mitbestimmen.

Quelle: https://www.vhw-hamburg.de/pflege/stationaere-pflege/seniorenwohnanlage-kiefhoern.html

Konzepte und Beispiele von ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften bieten weitere Anregungen, die Macht und den Einfluss von Leistungsträgern zu begrenzen und Aushandlungsprozesse auch in Langzeitpflegewohnsettings demokratischer zu verankern. Allein die hier über **separate Verträge** geregelten Leistungen ermöglichen eine Stärkung der Entscheidungsteilhabe der Betroffenen. Bei solchen Wohnformen schließt die schwer pflegebedürftige Bewohnerschaft separate Miet-, Assistenz- und Pflegeverträge evtl. mit unterschiedlichen Leistungserbringern, dadurch werden die Verantwortungsbereiche klarer geregelt. Auch „Stambulant-Modelle" ermöglichen durch getrennte Verträge mehr Eigenverantwortungsbereiche für die Bewohnerschaft. Mit diesem Ansatz (*siehe Kapitel 2.4.2)* könnte auch in bislang als Einrichtung geführten vollstationären Versorgungseinheiten ein Demokratisierungsschub vorantrieben werden.

Jedoch wird diese vertragliche Verantwortungsteilung nur *tatsächlich* mit mehr Einflussmöglichkeiten einhergehen, wenn eine Beteiligungskultur im Wohnsetting gelebt wird. Allein die vertragliche Trennung von Leistung schafft nicht mehr Entscheidungsteilhabe. Es bedarf der Etablierung einer **Beteiligungskultur** in den Pflegewohnsetting, die Entscheidungsteilhabe systematisch im Leitbild, in der Leistungsgestaltung und Organisations- und Personalentwicklung berücksichtigt.

Selbstverantwortung durch „Unterstützte Entscheidungsfindung" ermöglichen

Aber auch wenn das gelingt, geraten vor dem Hintergrund einer zunehmend fragilen, multimorbiden Bewohnerstruktur direkt gestaltete Beteiligungsformate schnell an ihre Grenzen. Vulnerable Menschen in Langzeitpflegewohnsettings brauchen Unterstützer zur Sicherung der Entscheidungsteilhabe. Vor allem ist für Menschen, die sich nicht mehr artikulieren und aktiv einbringen können, mit Hilfe entsprechender Assistenz zu sichern, dass ihre Vorstellungen und Präferenzen „zu Wort" kommen (*Klie 2014).* **In einer „gestützten Selbstverantwortung" – assistierenden Selbstbestimmung wie es das BTHG fordert – liegt für viele der Schlüssel zur Stärkung der Entscheidungsteilhabe auch in Langzeitpflegewohnsettings** (u.a. *Klie et al. 2019)*. Dabei geht es nicht darum die Entscheidungsteilhabe gänzlich auf externe Unterstützer zu übertragen: „Die Mischung macht's – nicht ohne Bewohner, aber auch nicht ohne externe Unterstützung …" (*Klie 2019 et al.:42*). Weder in alleiniger Trägerverantwortung (stationär) noch durch reine Selbstverantwortung (ambulant), sondern in „gestützter Selbstverantwortung" kann in Langzeitpflegewohnsettings Teilhabe umfassend gesichert werden.

Anregung wie das gelingen kann, bietet der Ansatz der „**Unterstützten Entscheidungsfindung (UEF)**". Der Ansatz der Unterstützten Entscheidungsfindung wird seit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahre 2009 vermehrt diskutiert, vor allem im Kontext des Betreuungsrechtes aber auch in anderen gesellschaftlichen Themenfeldern. Spätestens nach der Feststellung der Unvereinbarkeit des deutschen Betreuungsrechts mit der UN-Konvention 2015, ist Deutschland angehalten, alle Formen von Bevormundung und ersetzender Entscheidung durch ein „System der Unterstützten Entscheidungsfindung" zu ersetzen. Die Unterstützte Entscheidungsfindung ist ein Prozess, in dem der Unterstützer oder das Unterstützungsnetzwerk (meisten handelt es sich um 2 bis 5 Menschen) dem Menschen mit Behinderung hilft, über sein Leben nach eigenem Willen, Präferenzen und Rechten zu entscheiden. Die Unterstützer sind die Menschen, die die unterstützte Person selbst aussucht (es können Familienmitglieder, Freunde, oder Pflegende sein). Niemand darf als Unterstützer ernannt werden, ohne dass das die unterstützte Person genehmigt hat. Die Unterstützte Entscheidungsfindung kann ganz *informell* sein, d.h. sie wird durch sog. natürliche Unterstützer geleistet, die das alltägliche Leben gemeinsam mit dem Menschen mit Beeinträchtigung gestalten. Oder sie kann *formal* sein, wenn der Unterstützer vom Gericht, bzw. vom Notar bestimmt wurde, Bereiche und Umfang von Entscheidungen im Einklang mit Rechten, Willen und Präferenzen der Person zu treffen. Der oder die Unterstützer helfen der unterstützten Person, Informationen zu eruieren und zu verstehen und sich aufgrund seiner Rechte und Präferenzen zu entscheiden. Der Unterstützer erklärt gleichfalls dritter Seite die Position der unterstützten Person und hilft bei der Kommunikation mit ihnen *(ideal 12).* „Leitend für das Konzept der Unterstützten Entscheidungsfindung ist, die Selbstsorgekompetenz von betreuten Menschen zu stärken oder herzustellen. Damit wird der Focus vom vermeintlichen Unvermögen einer Person zur Entscheidungsfindung […] auf die Qualität des zu unterstützenden Entscheidungsfindungsprozesses gelegt" (*Engel 2016:173)*.

Konzept der Unterstützten Entscheidungsfindung (UEF)

Die unterstützte Entscheidungsherbeiführung ist ein anspruchsvoller Prozess, weil „Wünsche und andere natürliche Willensbekundungen maßgebend für die Gestaltung der Sorgearbeit werden. Das heißt, dass Sorgende in der Lage sein müssen, verbale und auch nonverbale Äußerungen als Willensbekundungen „zu erfassen, zu verstehen und die Klienten zu ermutigen, ihren Wilen in jeder Form zum Ausdruck zu bringen" (*Engelfried 2017:9).*
Roder beschreibt fünf Verfahrensschritte, um den Ansatz der UEF umzusetzen:

1. Entscheidungsgrundlage schaffen: Gemeinsam mit den Klienten werden möglichst vollständige Orientierungshilfen erarbeitet, um für den angezeigten Handlungsbedarf Ressourcen und

Rahmenbedingungen zu erfassen und die Bedeutung für die Klienten selbst, das heißt Folgen für die eigene Lebensweise zu beurteilen.
2. Entscheidung treffen und Unterstützung planen: Dieser Schritt dient der Unterstützung der Klient souveräne Entscheidungen für die Bewältigung der Situation zu treffen. Dabei soll „an Erfahrungen" angeknüpft und es sollen realistische „Lebensentwürfe bewusst" gemacht, aber auch „Entscheidungsalternativen" erarbeitet werden.
3. Entscheidung in eine Handlung umsetzen: In diesem Verfahrensschritt werden Klienten in der „souveränen Mitwirkung unterstützt". Die Klienten werden in ihrer „Kunden- oder Patientenrolle" gestärkt und können so „einen individuellen Zugang zur professionellen Hilfe" erhalten und „auf den Weg der Problemlösung Einfluss nehmen".
4. Handlung steuern und aufrechterhalten: Die Klienten werden in der „Handlungssteuerung" gestärkt, „Handlungsabbrüche" sollen verhindert werden, dazu wird in schriftlichen Vereinbarungen festgehalten, wie der Austausch bei Schwierigkeiten erfolgt und wie auf veränderte Bedingungen reagiert und Einfluss genommen werden kann.
5. Entscheidung und Handlung auswerten: Die vollzogenen Handlungen und Entscheidungen werden gemeinsam mit den Klienten ausgewertet. Indem Herausforderungen und Stolpersteine im Prozess der Bedarfsumsetzung erarbeitet und benannt werden, können „Kompetenzen in der Lebensführung" der Klienten erweitert werden.

Quelle: Roder 2016:20ff

Das Verfahren ist vielseitig einsetzbar. Es kann beispielsweise in der Pflege (etwa bei Menschen mit Demenz) als Instrument verwendet werden wie in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. Voraussetzung für die Anwendung des Verfahrens ist, die professionelle Haltung sowie das Wissen so entwickelt werden, dass eine gestützte Entscheidungsfindung gelingt. In der bisherigen Sorge- und Betreuungspraxis dominieren eher ersetzende Entscheidungen. Defizit- und vertretungsorientierte Praxis kennzeichnete nicht nur die rechtliche Betreuung. Das Konzept der UEF will dies durch unterstützende, partizipativ angelegte und ressourcenorientierte Haltung und Können ersetzen. Das erfordert auf Seiten der Betreuerenden und Sorgenden, dass sie die Innenwelt der Klienten wahrnehmen und Entscheidungen in der Außenwelt vertreten (*Roder 2016*). Dabei sind Pflegebedürftige oder Behinderte konsequent an den Vertretungsprozessen zu beteiligen. Nach *Prchal/Ortmann* ist das Konzept der UEF ein Meilenstein auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht nur in der rechtlichen Betreuung, sondern darüber hinaus in Feldern der Sozialen Arbeit und der Pflege (*Prchal/Ortmann 2020*). Es verdient auch im Kontext von Langzeitpflegewohnsettings mehr Aufmerksamkeit.

Anregungen für die Umsetzung der Verfahren „Unterstützter Entscheidungsfindung" geben Studien und Methoden aus verschiedenen europäischen Ländern. In Schweden hat man z.B. 2000 das nationale System des sog. „persönlichen Ombudsmanns" eingeführt. Der persönliche Ombudsmann leistet die Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Er hilft, die Unterstützung zu identifizieren, stellt mit den Betroffenen ihre Aktionspläne zusammen und sichert die Unterstützung. In Finnland wurden methodische Hilfen für die Unterstützernetzwerke entwickelt und Netzwerkverträge erarbeitet, die die Vorgehensweise beschreiben, wenn der Mensch mit Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage ist, seine Verantwortung zu tragen *(ideal 12).* Auch das folgende Beispiel aus Finnland kann Anregung für die Umsetzung geben.

Praxisbeispiele: Unterstützte Entscheidungsfindung

Self-Directed Support, Finnland

In dem finnischen Projekt "*Self-Directed Support*" (Die vom Menschen gesteuerte Unterstützung) wurde die unterstützte Entscheidungsfindung vor allem im Bereich von Dienstleistungen erprobt. Menschen mit Behinderung konnten selbst wählen, welche Art von Unterstützung sie alltäglich nutzen wollen. Der Mensch mit Behinderung konnte am Planen der Unterstützung teilnehmen. Das Projekt wurde von der Organisation *Service Foundation for People with an Intellectual Disability* (Stiftung für die Dienstleistungen mit kognitiver Behinderung) in Finnland in dem Zeitraum 2010–2013 durchgeführt. Im Mittelpunkt des Projekts standen die Menschen mit Behinderung, die bei der Zukunftsplanung, der Bestimmung des Unterstützungsbedarfs, der

Zusammensetzung des eigenen Haushaltes, der Erstellung des Unterstützungsplans und der Individualisierung der Unterstützung beteiligt waren. Die Projektergebnisse zeigen, dass diese Form der Entscheidungsteilhabe zur besseren Qualität von Dienstleistungen geführt hat und dies gelang mit vergleichbaren Kosten.

Quelle: https://www.centreforwelfarereform.org/library/selfdirected-support-in-finland.html

4.2 Das Bürgerwohnhaus – Zivilgesellschaft zu Mitstreitenden machen

„Da es sich bei der Pflege um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, sie davon lebt, dass sich die jeweilige örtliche Zivilgesellschaft an der Sorgepolitik beteiligt, ist die Planung stets unter Beteiligung der Bürgerschaft und zivilgesellschaftlichen Akteure zu gestalten" (Klie, Ranft, Szepan 2021: 5).

Prof. Dr. Thomas Klie seit 2001 Kurator, Staatssekretär Michael Ranft seit 2019 Kurator, Nadine Szepan seit 2019 Kuratorin im KDA

Als Unterstützer zur Sicherung der Entscheidungsteilhabe spielen An- und Zugehörige eine zentrale Rolle. Sie sind zumeist mit biografischen Details sowie mit den einrichtungsbezogenen Alltagserfahrungen der Bewohnerschaft vertraut. Aber sie sind häufig zusätzlich in die tägliche ergänzende Versorgung Pflegebedürftiger einbezogen und teilweise mit weiterer Verantwortungsübernahme überfordert oder zu tief in das Einrichtungsgeschehen verwickelt und benötigen selbst Unterstützung. Umso wichtiger ist es, Dritte zur Ermöglichung von Entscheidungsteilhabe zu gewinnen und kooperativ einzubinden. Auch die *Initiative Heimmitwirkung* (www.heim-mitwirkung.de), die sich seit Jahren für die Stärkung von Mitbestimmungsmöglichkeiten der Heimbewohnerschaft einsetzt, betont: Es bedarf externer – nicht an die Wohnsettings gebundene – Akteure für die tatsächliche Umsetzung demokratischer Mitgestaltung.

4.2.1 Bedeutung der Zivilgesellschaft als demokratische Unterstützter

„... die Sicherung eines Lebens in Autonomie und Teilhabe (ist) nicht nur eine Frage der Pflegeversicherung und der Familie, sondern der Bürgerschaft insgesamt" (Kurse 2018:11).

Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse, seit 2001 Kurator im KDA

Als externe Unterstützer werden in *Wohnen 6.0* vor allem bürgerschaftlich und zivilgesellschaftliche Akteure aus dem lokalen Sozialraum in den Blick genommen. Die **Zivilgesellschaft** ist für diese Rolle besonders geeignet. Zivilgesellschaft steht für bürgerschaftliches Engagement, das sich nicht in traditionellen Familienstrukturen und auch nicht im Rahmen von privatwirtschaftlichen Unternehmen oder staatlichen Behörden, sondern primär in einem gesellschaftlichen Bereich jenseits von Markt, Staat und Privatsphäre vollzieht. Zur Zivilgesellschaft gehören freiwillige Vereinigungen (Vereine, Verbände), Stiftungen, Bürgerinitiativen, Nicht-Regierungsorganisationen bzw. Non-governmental Organizations (NGOs), Nonprofit-Organisationen (NPOs), informelle Zirkel, Bewegungen. Ziele und Zwecke zivilgesellschaftlicher Initiativen können auf allgemeingesellschaftlichen Problemen wie auch auf Anliegen und Bedürfnissen spezieller Gruppen gerichtet und lokaler, regionaler oder internationaler Natur sein. Dabei geht es um die Schaffung bzw. Erbringung gemeinwohlorientierter Güter und Leistungen wie um die Einflussnahme auf die öffentliche Meinung durch die Beteiligung an Debatten, Protesten. In dieser Zwischenstellung, Autonomie und Selbstorganisation hat Zivilgesellschaft als solche immer auch eine kritische Funktion gegenüber Entscheidungsinstanzen und fungiert auch als Korrektiv für die Interessen weniger starker Gruppen und Themen *(Zimmer 2012).* Ebenso betont die Enquete Kommission des Deutschen Bundestages *„Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements"* die Bedeutung von bürgerschaftlichem Engagement für eine demokratischere sowie wesentlich auf Partizipation beruhenden Gesellschaft: „... So verstanden bildet das bürgerschaftliche Engagement in der Bundesrepublik einen zentralen Eckpfeiler in einer Vision, in der die demokratischen und sozialen Strukturen durch die aktiv handelnden, an den gemeinschaftlichen Aufgaben teilnehmenden Bürger mit Leben erfüllt, verändert und auf zukünftige gesellschaftliche Bedürfnisse zugeschnitten werden" (*Enquete-Kommission 2002: 59*).

Über die Kategorien der „Selbstbestimmung" und „Autonomie" überträgt der Staat zunehmend Verantwortung auf den Bürger. Hierbei entstehenden Leistungslücken, die nicht einseitig durch die zunehmende Hilfsbereitschaft sozialwirtschaftlich organisierter Ehrenamtlichkeit kompensiert werden dürfen und können. Es bedarf einer neuen

Hinwendung zur Zivilgesellschaft und zum Bürgerschaftlichen Engagement (Ev. Johanneswerk 2021:9).

Dr. Bodo de Vries, seit 2018 Kurator im KDA

All dies prädestiniert bürgerschaftliche Engagierte und zivilgesellschaftliche Akteure vor allem aus dem Sozialraum, sich auch für den Erhalt von Entscheidungsteilhabe in ihren sozialen Lebenszusammenhängen einzusetzen und damit auch als advokatischer Mitstreiter für vulnerable Menschen in Pflegewohnsettings zu agieren. Bürgerschaftlich Engagierte und zivilgesellschaftliche Akteure können in diesem Kontext nicht nur eine wichtige Ressource für die Betroffenen sein und ihre Ansprüche auf Mitbestimmung im Pflegewohnsetting durchzusetzen. Ebenso können Einrichtungen ihre oft begrenzenten Ressourcen zur Etablierung einer Beteiligungskultur durch sie erweitern und Verantwortliche für die Umsetzung der Beteiligungskultur im Alltag klarer adressieren. Zugleich bietet sich eine Möglichkeit, die Grenzen institutioneller Funktionslogiken stärker zu reflektieren, weil es über bürgerschaftliche und zivilgesellschaftliche Unterstützer gelingen kann, „Einrichtungen mit einer kritischen Öffentlichkeit auszustatten" (*Klie et al. 2019, S. 42*).

In diesem Kontext rückt die Öffnung von Einrichtungen ins Quartier auch noch einmal in ein anderes Licht. Es geht bei der Öffnung von Einrichtungen in den Sozialraum nicht nur um die Gewinnung von Ressourcen für die Alltagsgestaltung oder Sicherung von Alltagsnormalität, sondern auch um die Gewinnung assistierender und anwaltschaftlicher - „**advokatischer**" (*Klie et al. 2019, S. 32*) – **bürgerschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Unterstützer** aus dem Sozialraum, um Pflegewohnsettings mehr zu demokratisieren. Eine in diesem Sinne verstandene Öffnung der Einrichtungen kann mit dazu beitragen, das Machtungleichgewicht und das eigene professionelle Verständnis im Hinblick auf Entscheidungsteilhabe regelmäßig zu reflektieren. Damit ist der Heimtyp der 5. Generation „Quartiershäuser" eine wichtige Vorstufe für *Wohnen 6.0* – ohne eine Öffnung ins Quartier und Einbindung der Zivilgesellschaft ins Heimgeschehen lässt sich *Wohnen 6.0* kaum realisieren. **Es gilt die Zivilgesellschaft und bürgerschaftlich Engagierte zu advokatischen „Mitstreitern" im wahrsten Sinne des Doppelwortes zu gewinnen – für das Miteinander im Strittigen und Gegensätzlichen.**

Rechtlich sehen einige Landesheimgesetzte im Kontext der Sicherung der Teilhabe der Bewohnerschaft eine solche Öffnung von Einrichtungen in das Gemeinwesen und Einbeziehung bürgerschaftlich Engagierter als Unterstützer bereits vor. Besonders interessant sind hier die Regelungen im LWTG Rheinland-Pfalz. Hier wird die Öffnung der Einrichtung als eines der „wesentlichen Merkmale für die Qualität der Einrichtung" (§ 2 LWTG) benannt. Einrichtungen sollen sich in das Wohnquartier öffnen und *müssen* die Bewohnerschaft bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen und dabei externe Akteure wie beispielsweise Ehrenamtliche einbeziehen. Sie *müssen* zusammen mit der Bewohnerschaft dafür eine entsprechende Konzeption erstellen und *können* ehrenamtliche Paten benennen (*Klie et al. 2019)*. Auch die Landesheimgesetze in Berlin, Bremen und Nordrhein-Westfalen sehen eine Teilhabeförderung durch den Einbezug verschiedener externer Akteure vor. In Hamburg und Brandenburg sollen insbesondere Ombudspersonen die Teilhabe der Bewohnerschaft fördern. An diese landesrechtlichen Regelungen kann angeknüpft werden, um die Entscheidungsteilhabe der Bewohnerschaft in Langzeitpflegewohnsettings mit advokatischen Unterstützern zu sichern.

4.2.2 Formen zivilgesellschaftlicher Beteiligung bei der Demokratisierung

Die Zivilgesellschaft kann sich in dieser advokatischen Unterstützerrolle für die Sicherung der Entscheidungsteilhabe in Pflegesettings auf unterschiedliche Art und Weise einbringen:

Persönliche Advokaten

So können sie zum einen als persönliche Advokaten agieren. Die oben beschriebenen Praxisbeispiele der „unterstützten Entscheidungsfindung" geben Hinweise, wie eine persönliche Advokatenrolle zur Sicherung der Entscheidungsteilhabe der Bewohnerschaft ausgestaltet werden kann *(siehe Kapitel 4.1.2*). Bürgerschaftlich Engagierte und zivilgesellschaftliche Akteure könnten Teil solcher informellen Unterstützungsnetzwerke für die gestützte Entscheidungsfindung sein. Sie wirken dann als persönlicher Anwalt für die Interessen eines einzelnen Bewohners in einem Pflegewohnsetting: eruieren dessen Interessen und Präferenzen, bringen diese in die lebensweltliche Wohngestaltung ein und helfen sie zu Umsetzung zu bringen.

Einrichtungsbezogene Advokaten

Bürgerschaftlich Engagierte und zivilgesellschaftliche Akteure können auch als einrichtungsbezogene Advokaten insgesamt die Entscheidungsteilhabe der Bewohnerschaft eines Pflegewohnsettings unterstürzen. So wird z. B. in Kanada seit Jahren systematisch auf die Einbeziehung der Bürgerschaft in Pflegeeinrichtungen gesetzt. Hier besuchen zivilgesellschaftliche Akteure jedes Jahr zehn Prozent der Bewohnerschaft einer Einrichtung. Sie befragen diese ca. eine Stunde nach ihrem Befinden, nach Beschwerden und nach ihrer Lebensqualität in der Einrichtung. Bürgerschaftlich Engagierten werden für diese Aufgaben geschult und berichten sowohl der Einrichtung als auch der Inspektionsbehörde über die Ergebnisse ihrer Gespräche. So wird nicht nur eine unabhängige Außenperspektive auf die Heime eingeholt, sondern es werden auch die Kontakte zwischen Bürgerschaft aus dem Sozialraum und Bewohnerschaft gefördert (*Hoffmann, Klie 1999*). Ähnlich hat man im Rahmen des BELA-Projektes „Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter" in Baden-Württemberg kommunale Seniorenvertretungen in Einrichtungen als unterstützende Paten einbezogen, um die Arbeit von Heimbeiräten vor Ort zur Stärkung der Mitwirkung der Bewohnerschaft zu unterstützen (*Klie, Hoch, Pfundstein 2008).*

In manchen Langzeitpflegewohnsettings gewährt man bürgerschaftlich Engagierten und zivilgesellschaftlichen Akteuren in speziellen demokratischen Gremien systematischen Einfluss auf das Geschehen in der Einrichtung. So haben einige Heime sogenannte Heimparlamente gegründet und versuchen auch mit Beteiligung der Zivilgesellschaft, die Heimstrukturen noch umfassender zu demokratisieren (u. a. *Vieth 1986*).

Praxisbeispiel: Heimparlament

Luise-Schleppe-Haus (LSH), Stuttgart-Stammheim

2013 wurde im Luise-Schleppe-Haus und Schloss zur besseren Beteiligung im Heim ein Heimparlament gegründet. Ihm gehören Mitglieder aus dem Gemeinwesen und dem Pflegeheim an: nämlich der Heimleiter sowie Vertreter der Kirchen, der Ehrenamtlichen, des Bezirksbeirates, der Angehörigen, der Bewohner, sprich des Heimbeirates, der Mitarbeitervertretung und des Fördervereins. Auch die Kindertagesstätte, die zum Haus gehört, ist vertreten. Zu den festen Mitgliedern gehören auch interessierte Bürger aus dem Sozialraum als sogenannte „Mitmacher". Sie haben zwar kein Stimmrecht, sollen aber ihre Themen und Anregungen einbringen, sich an der Diskussion sowie der Meinungsfindung über *ihr* Heim in *ihrem* Sozialraum beteiligen. Die Gründung des Heimparlaments hat eine Bürgerstiftung initiiert, sie wollte die Beteiligung in Alten- und Pflegeheimen erhöhen. Für die Mitarbeitenden war die Gründung zielführend, weil sie durch die Arbeitsbelastung vieles im Haus nicht mehr so sensibel wahrnehmen. Die Kommune unterstützt das Vorhaben, weil sie will, dass auch die mittlere Generation mehr in die Entwicklung des Hauses einbezogen wird. Die Heimleitung versteht das Haus als offene Einrichtung und will mehr Teil der Gemeinde werden, außerdem werde Verständnis für die Arbeit der Mitarbeitenden durch einen regelmäßigen Austausch geschaffen und die Heimleitung tue sich dadurch bei Entscheidungen leichter.

Das Heimparlament dient als Rahmen für den regelmäßigen Austausch all dieser Akteure. Es tagt 4-mal im Jahr und besteht aus 16 ständigen Mitgliedern. Das Heimparlament befasst sich mit Themen und Fragen rund um das Leben im Seniorenzentrum. Jedes Mitglied des Heimparlaments kann ein Thema vorschlagen. Die Mitglieder des Heimparlaments beraten über die Fragestellung und sprechen eine Empfehlung aus. Die Empfehlung geht an den Heimleiter. Der nimmt beim nächsten Treffen dazu Stellung, ist aber nicht an das Votum des Heimparlaments gebunden. Ziel ist zuvorderst, gemeinsam zu einer Lösung zu kommen.

Quelle: https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.einfuehrung-eines-heimparlaments-in-stammheim-den-blick-fuer-den-anderen-entwickeln.25d7650d-4337-4d66-a687-dbcd54e9d01b.html

Sozialraumbezogene Advokaten

Ein demokratischeres Wohnsetting wie *Wohnen 6.0* kann die Beteiligung der Zivilgesellschaft noch breiter anlegen. Bürgerschaftlich Engagierte und zivilgesellschaftliche Akteure können nicht mehr nur als persönliche oder einrichtungsbezogene Paten zur Stärkung der Mitwirkungsrechte der einzelnen Bewohner eingesetzt werden, sondern zu Mitgestaltenden des gesamten Pflegewohnangebotes im Sozialraum werden. Planungszellen und Bürgergutachten sind nur

einzelne Methoden, die bereits heute in Langzeitpflegewohnsettings umgesetzt werden, um mehr zivilgesellschaftliche Verantwortung in die Gestaltung der Pflegewohnsettings einzubinden.

Praxisbeispiel: Bürgergutachten bei der Planung eines Pflegewohnsettings

Pflegeeinrichtung auf dem Amann-Areal, Bönnigheim
Die Stadt Bönnigheim in Baden-Württemberg will ihr Pflegeangebot erweitern. 2019 wurde die Evangelische Heimstiftung (EHS) zum Investor und Betreiber einer neuen Pflegeeinrichtung ausgewählt, die auf dem Amann-Areal in zentraler Lage entstehen soll. Ca. 60 Wohn-/Pflegeeinheiten sollen hier gebaut werden. Außerdem sollen eine Tagespflege, eine Arztpraxis und evtl. weitere Dienstleistungsangebote im Haus integriert sein.

Bei der Konzeptentwicklung kam der Einbeziehung der Bürgerschaft vor Ort eine besondere Rolle zu. In einem zweitägigen **Bürgerbeteiligungsverfahren** (Methode Planungszelle) 2020 erhielten 16 Bürger der Stadt Bönnigheim die Gelegenheit, aktiv an der Entwicklung des neuen Pflegeangebotes mitzuwirken. Die Ergebnisse dieser Bürgerbeteiligung und die Anregungen aus dem Kreis der Teilnehmenden wurden in einem Bürgergutachten zusammengefasst und bei der Konzeptionierung des neuen Pflegewohnsettings berücksichtigt.

Quelle: https://www.bietigheimerzeitung.de/inhalt.bau-eines-neuen-pflegeheims-die-neueste-pflegeheim-generation.49e8e5c9-9995-4d6d-b678-0354fc0b7d63.html

Demokratisierung der Heime bedeutet bei diesen Verfahren, die Zivilgesellschaft ganzheitlich in die mitverantwortliche Gestaltung *ihres* Pflegewohnsettings in *ihrem* Sozialraum einzubeziehen. Bei der Auswahl der bürgerschaftlich Engagierten und zivilgesellschaftlichen Akteure, die sich gestaltend einbringen, wird in der Praxis von Bürgerkommunen auch mit dem Zufallsauswahlprinzip experimentiert. Bürger aus dem Sozialraum werden per Zufall ausgewählt und aufgefordert, sich an der Gestaltung der Versorgungsangebote in *ihrem* Sozialraum zu beteiligen (z. B. Bürgerkommune der *Gemeinde Weyarn*). Dadurch werden breitere Schichten – auch die sonst eher „stillen Gruppen" und nicht immer nur die „üblichen Engagierten" – in die Beteiligungsprozesse eingebunden im Sinne eines mehr aleatorischen Demokratieansatzes.[23]

In einigen Kommunen wurde die zivilgesellschaftliche Mitgestaltungsrolle über die Mitwirkung in einzelnen Heimen hinaus so weiterentwickelt, dass die lokalen zivilgesellschaftlichen Akteure in die Qualitätssicherung der gesamten stationären Pflege – mit besonderem Augenmerk auf die Stärkung der Mitwirkung der Bewohnerschaft – eingebunden wurden. Im *Landkreis Heilbronn* wurden z. B. gemeinsam mit der Bürgerschaft auf kommunaler Ebene in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, dem MDK sowie mit Pflegekassen und Seniorenvertretungen zentrale Qualitätsmaßstäbe für die stationäre Pflege entwickelt und unter Beteiligung der Bürgerschaft auf ihre Einhaltung hin überprüft (*ism gGmbH 2008*).

Rolle als Mitfinanzierer

Die Zivilgesellschaft kann sich auch in der Finanzierung des Pflegewohnsettings mitverantwortlich einbringen. Betreiber von Pflegewohnsettings entscheiden sich daher auch hier bewusst für genossenschaftliche Modelle. Sie setzen darauf, dass auch Privatpersonen ihre Ersparnisse anlegen möchten und wollen diesen die Möglichkeit geben, nicht mehr in ein klassisches Investorenmodelle zu investieren. Sie erhoffen sich davon auch eine passgenauere Angebotsstruktur. „Wo sich Menschen in Genossenschaften, gemeinnützigen Gesellschaften, Vereinen, Stiftungen oder Kirchengemeinden zusammenschließen, lassen sich Pflegeeinrichtungen bauen, die nicht zum Alptraum, sondern zur Realisierung einer Vision vom guten Leben werden. Häuser, in denen man gern wohnen und arbeiten möchte" (*Heil 2018*).

„Die Genossenschaft […] hat über die Mitglieder aus einer Region einen Gemeinwesenbezug und leistet Hilfe zur Selbsthilfe, gibt Bürgern die Möglichkeit, sich direkt für Bürger zu engagieren – ohne den Umweg über die Steuerfinanzierung. […] die Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft

23 Unter „aleatorischer Demokratie" werden verschiedene Konzepte direkt-repräsentativer Demokratie verstanden, in der Vertreter einer für unmittelbare Verhandlungen und Entscheidungen deutlich zu großen Teilgruppe nicht von Stimmberechtigten gewählt, sondern aus eben dieser Teilgruppe per Zufall ausgelost werden. .

(bedeutet) […] auch eine neue Form der Finanzierung […], die Zuverlässigkeit für Jahrzehnte geben, eine Heuschreckenmentalität passt nicht zur Pflege." (WoGA 2021)

Ingrid Hastedt, seit 2009 Kuratorin im KDA

Praxisbeispiel: Genossenschaftliche Heime

WoGA Pfullendorf -
Wohnen und Gesundheit im Alter

Als vor einigen Jahren in der baden-württembergischen Stadt Pfullendorf überlegt wurde, ein neues Pflegeheim sowie seniorengerechte Wohnungen zu bauen, entschieden sich die Verantwortlichen, einen bis dahin komplett neuen Weg zu gehen. Das Pflegeheim sollte nicht von einem Träger oder einem klassischen Finanzinvestor errichtet, sondern durch das Gemeinwesen getragen werden. Aus diesem Grund wurde die von Bürgern getragene *Genossenschaft „WoGA Pfullendorf – Wohnen und Gesundheit im Alter"* gegründet, die das Wohnzentrum „Grüne Burg" baute. Die *Sozialgenossenschaft WoGA Pfullendorf e. G. ist Eigentümerin des Gebäudes Bergwaldstraße 5.* Die Bürger haben unmittelbar Verantwortung für die soziale Infrastruktur im Alter in ihrer Stadt übernommen. Das gesamte Gebäude ist an den *Betriebsträger Wohlfahrtswerk BaWü Altenhilfe gGmbH* vermietet, der Betriebsträger muss sich an den Zielen der eG orientieren. Der Betriebsträger betreibt in den drei obersten Geschossen ein Pflegeheim mit 3 stationären Wohngemeinschaften mit 55 Wohneinheiten und mobilen Dienstleistungen. Im ersten Obergeschoss befinden sich fünf barrierefreie Mietwohnungen für das „Wohnen mit Service".

Es ist die erste Genossenschaft für stationäre Pflege in Baden-Württemberg. Die Genossenschaft wird dabei in einem Dreistufenmodell umgesetzt. In der ersten Stufe sitzen nur die drei Gründungsmitglieder im Boot, das Wohlfahrtswerk und zwei seiner Töchter, darunter die Wohlfahrtswerk Altenhilfe gGmbH, die das Pflegeheim in Pfullendorf organisiert. In der zweiten Phase treten Akteure in die Genossenschaft ein, die in dem Haus ihre Leistungen anbieten: eine Arztpraxis, Gesundheitsdienstleister sowie Mieter der Ladenflächen. In der dritten Stufe lädt die WoGA die Bürgerinnen und Bürger von Pfullendorf ein, Mitglied der Genossenschaft zu werden. Jeder, ob Bürger, Verein oder Firma, kann durch den Erwerb von Anteilen Mitglied in der eG werden und damit das Leben im Alter ein Stück weit mitgestalten und mitbestimmen.

Quelle: https://www.wir-leben-genossenschaft.de/de/woga-pfullendorf-eg-bietet-neue-loesungsansaetze-fuer-die-pflege-347.htm

Zu beachten ist, dass bei solchen Modellen stets die Gründung einer eingetragenen Genossenschaft vorausgeht und dies mit personellen, administrativen sowie finanziellen Aufwendungen für den Gründungsprozess verbunden ist. In diesem Zusammenhang ist es wichtig auch hier die bürgerschaftlich Engagierte oder zivilgesellschaftlichen Akteure als Ressource zu nutzen. So werden Mitglieder in das Genossenschaftswesen eingebunden, die als „kritische Freunde" und externe Impuls- und Feedbackgeber die Geschäftspolitik der Genossenschaft begleiten, sich aktiv beteiligen und Verantwortung übernehmen.

Aber auch andere zivilgesellschaftliche Mitfinanzierungsformen sollten bei *Wohnen 6.0* mehr in den Blick genommen werden. Bürgerstiftungen können auch eine Variante sein, um Demokratieprozesse in Langzeitpflegewohnsettings zu fördern. Eine Bürgerstiftung ist eine unabhängige, autonom handelnde, gemeinnützige Stiftung von Bürgern für Bürger mit möglichst breitem Stiftungszweck. Sie versteht sich als Element einer selbstbestimmten Bürgergesellschaft und engagiert sich für das Gemeinwesen in einem geografisch begrenzten Raum. Dabei gibt sie allen Bürgern, die sich einer bestimmten Stadt oder Region verbunden fühlen und die Stiftungsziele bejahen, die Möglichkeit einer Zustiftung. So könnten durch die Bürgerschaft Mittel eingeworben werden, um demokratische Prozesse professionell zu steuern (*siehe hierzu die Rolle der Profis in Kapitel 4.4)*, wie dies z.B. bei für die Quartiersarbeit im *Helene-Schweitzer-Zentrum* in Steinheim erfolgt ist:

Praxisbeispiel: Finanzierung über Bürgerstiftungen

Quartiersarbeit im Helene-Schweitzer-Zentrum, Steinheim

Unter dem Namen „Gemeinsam in Steinheim – GeiSt" hat das *Alters-Institut des Ev. Johanneswerks* ein Modellprojekt gestartet, das ein lebendiges Quartier rund um das Nachbarschaftszentrum des Helene-Schweitzer-Zentrums schaffen

will. Mit Förderung der Stiftung Wohlfahrtspflege, der Stadt Steinheim, des Ev. Johanneswerks und der Bürgerstiftung Johannesstiftung entstand ein Unterstützungsnetzwerk mit Kultur- und Freizeitangeboten von Bürgern für Bürger.

Die Johannesstiftung Steinheim verwaltet heute dieses Projekt. Die Johannesstiftung Steinheim ist eine Unterstiftung der Bürgerstiftung Steinheim. Die Bürgerstiftung - als bedeutende Säule im Gemeinwesen der Stadt Steinheim - fördert Heimatpflege und Brauchtum, Kunst und Kultur, Denkmalpflege und Naturschutz sowie Wissenschaft und Forschung. Der Schwerpunkt der Johannesstiftung liegt in der dauerhaften Sicherung der Quartiersarbeit in der Region der Stadt Steinheim und deren Ortschaften. Sie finanziert hierfür Mitarbeiter und Projekte u.a. im Helene-Schweitzer-Zentrum. So unterstützt die Bürgerstiftung die Aktivierung der Nachbarschaft auch für die Heimbewohnerschaft.

Quelle: https://www.johannesstiftung-steinheim.de/steinheim-regional/

4.2.3 Partizipative Engagementkultur etablieren

Wie weit bürgerschaftlich Engagierte und zivilgesellschaftliche Akteure als advokatische Unterstützer eingebunden werden, sollte in einem demokratischen Prozess von der Sorgenden Gemeinschaft in Pflegewohnsettings wie *Wohnen 6.0* selbst ausgehandelt werden. Aber gleich welche Rolle den bürgerschaftlich Engagierten und zivilgesellschaftlichen Akteuren zugewiesen wird – als Pate oder als gesamtverantwortlicher Mitgestalter oder sogar Finanzier -, ohne ihnen zumindest bei diesem Aushandlungsprozess selbst mehr partizipative Teilhabe und Selbstbestimmung zu ermöglichen, wird die Einbindung kaum gelingen. Zivilgesellschaftlich mitgetragene Lebensformen erfordern, dass „sowohl den bürgerschaftlich Engagierten als auch ihren vielfältigen Formen und Vereinigungen mehr Raum für Selbstbestimmung und Selbstorganisation überlassen wird" (*Enquete-Kommission 2002: 59). Roß* weist mit seiner Darstellung der Entwicklungslinien der Engagementkultur darauf hin, dass bei den sich abzeichnenden ersten Konturen eines Engagements 4.0 die Selbstbestimmung der Engagierten ein kennzeichnendes Merkmal ist. Das freiwillige, ehrenamtliche Engagement entwickelt sich im Kontext gesellschaftspolitischer Wandlungsprozesse kontinuierlich weiter: Das „klassische Ehrenamt", entstanden Anfang des 19. Jhd.s (Engagement 1.0), das „freiwillige Engagement" wird seit Mitte der 1980er Jahre diskutiert, das „bürgerschaftliche Engagement" (Engagement 3.0) steht seit Mitte der 1990er Jahre im Fokus. ***Roß*** konstatiert, dass das **Engagement 4.0** ein starkes, ein buntes, auch widersprüchliches Engagement sein wird, das in vielfältiger Weise mit professionellen Tätigkeiten verknüpft ist. Es wird ein Engagement sein, das auf Selbstbestimmung pocht, sich einer „Verplanung" entzieht und dessen Zentralwert „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft" ist (*Roß 2017*).

„Neue Verantwortung für die Gesellschaft und das Gemeinwohl entsteht nur durch die Ermächtigung des Bürgers durch den Staat, der ihm als „aktivierendes Gegenüber" begegnet und ihn in der Rolle des Gestalters seiner Lebenswelt belässt" (Ev. Johanneswerk 2021:9).

Dr. Bodo de Vries, seit 2018 Kurator im KDA

Wohnen 6.0 will eine partizipative Engagementkultur befördern, in der auch die Engagierten Einfluss auf die Gestaltung ihres Engagements im Pflegewohnsetting haben. Das kann schon sehr niederschwellig beginnen. So könnten z. B. gemeinsame Arbeitsgruppen von bürgerschaftlich Engagierten und zivilgesellschaftlichen Akteuren sowie Mitarbeitenden gebildet werden, in denen gemeinsam Grundsatzfragen verhandelt werden: Wie soll das Konzept zur Einbindung Freiwilliger gestaltet werden? Was soll das Leitbild des Pflegewohnsettings sein? (*Hämel 2010).* Ein solcher partizipativer Einbezug erfordert immer auch eine Offenheit für Entwicklungs- und Abstimmungsprozesse, um kreatives Potential zu erschließen. Dies bedingt, dass die Professionellen lernen, mit Unsicherheiten und eingeschränkter Planbarkeit dieser Ressourcen umzugehen. „Ein kreativer „normaler" Blick von außen kann in allzu „professionsgesteuerten" Ansätzen der Engagementeinbindung verloren gehen" (*Hämel 2010,65*).

4.3 Das Magnethaus – Mitarbeitende durch mehr Selbstverantwortung motivieren

Auch die Mitarbeitenden sind in *Wohnen 6.0* Teil der Sorgenden Gemeinschaft im Pflegewohnsetting und daher ebenso mehr verantwortlich einzubinden und gleichzeitig mehr demokratisch an der Umsetzungsgestaltung zu beteiligen. Eine Stärkung der Verantwortung und Mitbestimmung

wird in Fachkreisen neben einer besseren Entlohnung und einer besseren Personalausstattung als Schlüssel gesehen, um die Arbeitsmotivation der Pflegenden zu stärken und so auch dem Pflegenotstand zu begegnen (*u. a. Bertelsmann Stiftung 2019*). Auch das am 1. Sept. 2021 in Kraft tretende Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz) stärkt die Verantwortlichkeit von Pflegekräften. Pflegefachkräfte erhalten künftig mehr Entscheidungsbefugnisse bei der Auswahl des richtigen Hilfsmittels und Pflegehilfsmittels im Sinne der Pflegebedürftigen. Außerdem sollen die Fachkräfte eigenständige Entscheidungen in der häuslichen Krankenpflege treffen dürfen. Die stärkere Verantwortlichkeit darf aber nicht nur auf einzelne Tätigkeiten begrenzt bleiben. Mehr Verantwortung erfordert auch mehr Beteiligung bei den Arbeitsstrukturen. Die Stärkung der Mitarbeiterinteressen über die Pflegekammern ist ein wichtiger Weg – aber es braucht zusätzlich mehr echte Unternehmensmitbestimmung. Letztlich geht es um eine demokratischere Organisationsentwicklung.

4.3.1 Bedeutung demokratischerer Arbeitsbedingungen

Vor allem die jungen in den Arbeitsmarkt getretenen Generationen (Generation Y und Z)[24] fordern – so Arbeitsmarktforscher – vielfach andere Arbeitsbedingungen mit mehr Verantwortungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten. Die Generationen Y und Z zeichnen sich dadurch aus, „dass sie wenig Sinn für «sinnloses», also nicht den Kern der Arbeit betreffende Prozesse haben und sich an bürokratischen Prozessen stören" (*Bösch 2021, o. S.*). Sie bevorzugen eine Arbeit mit wenig Vorgaben, Selbstbestimmung, auch in zeitlicher und örtlicher Hinsicht, Mitsprache im Betrieb, Teamarbeit und Entwicklungsmöglichkeiten (*Bösch 2021*). Aber nicht nur Junge, auch viele andere Beschäftigte wünschen sich „Purpose" – einen „tieferen Sinn" dessen, was sie tun und mehr Eigenverantwortung bei dem, was sie tun. Sinn bieten pflegerische Tätigkeiten in Pflegewohnsettings, aber es muss auch der Eigenverantwortung mehr Raum gegeben werden. Durch die Übernahme von Rollenverantwortung können Selbstverwirklichungsbedürfnisse befriedigt werden. Das schafft gute Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit, weil es dazu führt, dass Mitarbeitende autonomer arbeiten und entscheiden. Von daher wird die **Gewinnung und Sicherung** von Fachkräften dem in Zukunft vielleicht besser gelingen, der dies bieten kann – auf jeden Fall wird er für die Generationen Y und Z ein attraktiverer Arbeitgeber sein.

Pflegewohnanbieter, die mehr Mitverantwortung für die Mitarbeitenden ermöglichen, werden sich aber nicht nur bei der Rekrutierung der Mitarbeiterschaft leichter tun, weil sie bedarfsgerechtere Arbeitsbedingungen bieten. Arbeitsmarktstudien zeigen, dass die mit einer Mitarbeiterbeteiligung einhergehende Entscheidungspartizipation einen **positiven Einfluss auf das Leistungsgeschehen** hat. Die Einführung demokratisch geprägter Beteiligungsmodelle verändert das Bewusstsein der Mitarbeitenden für betriebswirtschaftliche Zusammenhänge. Ein erhöhtes Interesse und eine erhöhte Motivation am Unternehmenserfolg, ein gesteigertes Kostenbewusstsein sowie das Bedürfnis nach mehr Informationen sind Auswirkungen der Beteiligung, die nicht nur bei der Generation Y und Z, sondern auch bei anderen Mitarbeitergenerationen zu beobachten sind (*Eisenhardt 2012*). Empirische Untersuchungen zeigen auch, dass es durch mehr Beteiligung leichter gelingt, **Innovationsprozesse** in Gang zu bringen, weil Mitarbeitende ihre Ideen dort einbringen können. Folglich sind Organisationen mit demokratischen Arbeitsstrukturen möglicherweise eher in der Lage, durch motiviertere und zufriedenere Mitarbeitende auf Veränderungen zu reagieren (u. a. *Eisenhardt 2012*). Veränderungen und flexible Anpassung darauf werden in der Zukunft stärker als bisher im Arbeitsleben gefordert sein. Die mit mehr demokratischer Beteiligung erwirkte höhere Arbeitszufriedenheit kommt in Pflegewohnsettings letztlich wieder der Bewohnerschaft zugute.

4.3.2 Gestaltung demokratischerer Arbeitsstrukturen

Aber wie können in Pflegewohnsettings mehr Mitverantwortung und Mitentscheidungsmöglichkeiten umgesetzt werden? Auch hier kann man sich an Praxiserfahrungen aus anderen Bereichen orientieren. Modelle, die mehr personelle Selbstverantwortung in der Pflege ermöglichen wollen, sind der niederländische *Buurtzorg-Ansatz*

24 Als Generation Z werden junge Menschen geboren zwischen 1995 und 2010 bezeichnet, als Generation Y (bzw. Millenials) die zwischen 1980 und 1994 geborenen. Die Millennials und die Generation Z machen mittlerweile einen essenziellen Teil der (potenziellen) Arbeitnehmerschaft aus.

und das amerikanische *Magnethaus-Konzept*. Obwohl beide Ansätze nicht explizit für die stationäre Pflege entwickelt wurden (*Buurtzog* hat seine Wurzeln in der ambulanten Pflege und das Magnethaus-Konzept wurde im stationären Krankenhausbereich entwickelt) sind die Grundprinzipien auch für Langzeitpflegewohnsettings interessant und in der Praxis wird bereits mit einer Übertragung dieser demokratischeren Arbeitsstrukturen für die Heimversorgung experimentiert (siehe z. B. *Zorgaccent* oder das *Magnet-Haus des Kuratoriums Wohnen im Alter, München).*

Buurtzorg (übersetzt Nachbarschaftshilfe) ist ein Arbeitsmodell in der ambulanten Pflege. Es wurde Mitte der 2000er Jahre in den Niederlanden von mehreren Community Nurses (Gemeindeschwestern) entwickelt, die mit der damals vorherrschenden Form der Hauskrankenpflege unzufrieden waren. Charakteristisch für letztere waren die tayloristische, d. h. durch Aufgabenteilung gekennzeichnete Organisation, ein erheblicher bürokratischer Aufwand sowie eine unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden. Buurtzorg wurde in Anlehnung an das Konzept der Gemeindepfleger/-schwester konzipiert. Diese waren ab den 1950er Jahren weitestgehend eigenverantwortlich für die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen in unterversorgten, zumeist ländlichen Gebieten zuständig. Aus der Gemeindepfleger/-schwester wurde in dem neuen Modell ein Pflegeteam, das weitestgehend eigenverantwortlich tätig ist.

Praxisbeispiel: Buurtzorg-Modell, Niederlande

Konzept

Es basiert auf der **Selbstorganisation der Pflegeteams mit flachen Hierarchien** und auf lokaler Verwurzelung mit Aktivierung lokaler Unterstützungsnetzwerke. Teams mit 10–12 Pflegekräften betreuen 40 bis 50 Personen in Nachbarschaften mit 5.000 bis 10.000 Menschen ganz eigenverantwortlich. Das Leistungsspektrum ist dabei breit gefasst und beinhaltet neben der medizinischen Behandlungspflege und 24-Stunden-Erreichbarkeit viele unterstützende Tätigkeiten, die in herkömmlichen ambulanten Pflegediensten häufig von geringer qualifiziertem Personal übernommen werden. Zudem erfolgt eine Ressourcenaktivierung im Quartier und der Aufbau eines informellen Netzwerkes vor Ort.
Weiterhin sind rund 20 Coaches und 50 Verwaltungskräfte für alle ambulanten Pflegeteams mit rund 15.000 Pflegenden in Buurtzorg tätig. Die Coaches kommen zum Einsatz, wenn sich Probleme nicht innerhalb der Teams lösen lassen. Die Verwaltungskräfte sind für übergreifende administrative Aufgaben, darunter die Abrechnungen mit den Kostenträgern und der Gehälter, zuständig.

Die Abrechnung erfolgt nach Zeit, nicht nach Leistungsmodulen. Für die Abrechnung gibt es nur zwei Stundensätze (Stundenlohn für normale Pflege 2019 69,-- Euro). Die Overhead-Kosten sinken durch Hierarchieabbau und konsequente Digitalisierung.

Umsetzungserfahrungen

Buurtzorg wurde bereits mehrmals zum besten Arbeitgeber Hollands gekürt. Studien belegen eine hohe Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden. Auch die im Vergleich zu anderen Anbietern deutlich niedrigere Personalfluktuation weist auf eine höhere Arbeitszufriedenheit hin. Die Beliebtheit des Konzeptes erleichtert dabei die Rekrutierung hoch qualifizierter Pfleger. Neben den Beschäftigten sind auch die Klienten im Durchschnitt zufriedener und höchste Kundenzufriedenheit wurde von allen Gesundheitsorganisationen bestätigt.
Auch konnten Kosteneinsparungen (durchschnittliche Kosten ambulanter Pflege im Jahr 6.000,-- Euro, in Buurtzorg 4.900,-- Euro) bei den Leistungsträgern nachgewiesen werden. Eine Evaluation aus dem Jahr 2012 ergab, dass bei Buurtzorg im Durchschnitt lediglich ein halb so hoher Pflegeaufwand wie bei herkömmlichen ambulanten Pflegediensten in den Niederlanden anfällt. Der daraus resultierende Spareffekt für die Kostenträger wird jedoch durch höhere Löhne und daraus resultierende überdurchschnittlich hohe Kosten einer Pflegestunde aufgewogen. Ursächlich für die höheren stundenbezogenen Pflegekosten ist die hoch qualifizierte Personalstruktur: 70 Prozent der Pflegekräfte sind diplomierte, davon 40 Prozent hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte.

Verbreitung

2020 hat Buurtzorg ca. 14.500 Mitarbeitende (45 Verwaltungskräfte) und mit mehr als 1.000 über ganz Holland verstreuten Teams ist Buurtzorg mittlerweile einer der größten ambulanten Pfle-

gedienste in den Niederlanden.
Angesichts des Erfolgs in den Niederlanden stößt das Konzept weltweit auf ein wachsendes Interesse. In einigen Ländern, darunter die USA, Großbritannien, Schweden und Japan, finden bereits Erprobungsversuche statt. Auch in Deutschland arbeiten erste Pflegedienste nach dem Konzept von Buurtzorg (z. B. Ich und Du Pflege GmbH, Care Team GmbH oder vierbeimir Kiezpflege)). Die größte Herausforderung stellt dabei die in Deutschland übliche Abrechnung nach Leistungskomplexen dar, die dem ganzheitlichen Ansatz von Buurtzorg bzw. der Abrechnung von Besuchspauschalen entgegensteht. Im Rahmen eines vom GKV-Spitzenverband der Krankkassen geförderten Projektes erfolgt derzeit eine Evaluation bei deutschen Umsetzungspionieren (2019 bis 2022).

Quelle: https://www.buurtzorg-deutschland.de/ueber-uns/

Kernaspekte des Buurtzorg-Modells, die auch für die Langzeitpflegewohnsettings interessant sein können, sind die Stärkung der Verantwortungsrolle der Mitarbeitenden durch die Selbstorganisation der Arbeitsteams und die Rückführung der Entscheidungsgewalt mehr auf die unmittelbar Handelnden – also ein flacherer Hierarchieaufbau und ein damit verbundener anderer Führungsstil. Buurtzorg-Aktivisten sind überzeugt „[...], dass auch für die Altenzentren diese Idee der Selbstorganisation möglich ist. Es ist eine Frage der Einstellung, was für den Erfolg der Altersinstitution entscheidend ist. Ist es die Lage, die Infrastruktur? Sind es die Mitarbeitenden oder die Leitung? Wenn man zum Schluss kommt, dass es primär die Mitarbeitenden sind, ist es logisch, dass sich das Management nur als dienende Funktion wahrnimmt und das ist dann weitgehend Buurtzorg" *(Buurtzorg Deutschland 2021:0. S.).*

Andere Arbeitsmodelle in der stationären Pflege greifen diese Kernelement auch auf. So hebt auch das Magnethaus-Konzept die Selbstorganisation und einen kooperativen Führungsstil als zentrale Elemente zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich besonders hervor. Das Magnethaus-Konzept ist in den 1980er Jahren in den USA für den Krankhausbereich entwickelt worden. Ein zunehmender Fachkräftemangel war damals der Anstoß zu einer Forschungsarbeit des *American Nurses Credentialing Center* (ANCC). Insgesamt wurden 163 Kliniken untersucht. Dabei wurden 43 Kliniken identifiziert, die geringe oder fast gar keine Probleme mit der Mitarbeitergewinnung hatten und es wurde analysiert, was diese Kliniken anders machen als die weniger Erfolgreichen. Dabei kristallisierten sich 14 „Magnetkräfte" heraus, die Kliniken attraktiver für Pflegekräfte machen und sie damit „magnetisch" anziehen.[25] Diese wurden zu vier Schlüsselkomponenten zusammengefasst: Transformationale Führung; Strukturelle Befähigung; neues Wissen, Innovation und Verbesserung; Professionelle Praxis. Seit 1994 vergibt das ANCC auf Grundlage seines Kriterienkataloges den Magnetkrankenhausstatus. Mehr als 400 Krankenhäuser tragen bereits den Titel, der in den USA als wichtiger Parameter für die Attraktivität eines Hauses, sowohl als Arbeitgeber für Pflegepersonal, als auch als medizinischer Versorger gilt (*Klie/Arendt 2018*). Bei den Schlüsselkomponenten „Führung" und „Strukturen" werden als Magnetkräfte vor allem mehr Beteiligung, Partizipation, flachere Hierarchien und Autonomie hervorgehoben. Genau diese Komponenten versucht das *Kuratorium Wohnen im Alter* in seinen Langzeitpflegewohnsettings umzusetzen und damit diese Magnetkräfte auch für die stationäre Pflege nutzbar zu machen:

Praxisbeispiel: Pflege-Magnethaus-Konzept

Kuratorium Wohnen im Alter (KWA)
Albstift Aalen
Das Team des KWA Albstifts Aalen hat 2012 das amerikanische Magnethaus-Modell aufgegriffen und versucht es für die stationäre Pflege mit dem „Pflege-Magnethaus-Konzept" weiterzuentwickeln. Hier wurden 17 sogenannte Magnetkräfte identifiziert, die magisch für die stationäre Pflege wirksam sind. U.a. versucht man nun im Rahmen der Schlüsselkomponente „Transformationale Führung" die Eigeninitiative von Mitarbeitenden zu fördern. Ziele werden vereinbart und Verantwortung wird delegiert sowie Freiheiten gewährt.

25 Hierzu gehören: 1. Pflegerische Führung, 2. Organisationsstruktur, 3. Managementstil, 4. Personalpolitik und -programme 5. Pflegemodelle, 6. Pflegequalität, 7. Qualitätsverbesserung, 8. Interne und externe Ressourcen, 9. Autonomie, 10. Vernetzung mit der Kommune, 11. Pflegende als Lehrende, 12. Bild der Pflege, 13. Interdisziplinäre Beziehung, 14. Fachliche Weiterentwicklung.

Im Rahmen der Magnetkräfte „Strukturelle Befähigung" schaut man sich die Organisationsstrukturen der Einrichtung an, die Ausrichtung der Personalpolitik und das Pflegemodell, nach dem gearbeitet wird.
Um das „Pflege-Magnethaus" zu realisieren und das Pflege-Magnethaus-Konzept umzusetzen wurden verschiedene Maßnahmen in den Bereichen „Mitarbeiter & Lernen", „Prozesse", „Kunden" und „Finanzen" initiiert. So hat das KWA Albstift Aalen für den Punkt „Mitarbeiter & Lernen" eine neue Feedbackkultur eingeführt. Tourenpläne optimieren den Prozessablauf und gehen auf die verschiedenen Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeitenden und Bewohner ein. In diesem Zusammenhang wurde im Albstift – als abgeleitete Maßnahme – das Demenzkonzept überarbeitet: Jedoch nicht von Führungskräften, sondern von der „Basis". Etwa 20 Mitarbeitende haben sich in einem Halbtages-Workshop an der Hochschule Aalen gemeinsam mit Studenten darüber Gedanken gemacht, wie ein Konzept für Menschen mit Demenz idealerweise sein sollte, wie man es implementieren kann und welche Strukturen dafür erforderlich sind. Auch Arbeitszeiten, Ressourcenplanung und Arbeitsprozesse wurden hinterfragt und neugestaltet. Und immer war dabei die Leitlinie: Wie können bei all diesen Themen möglichst viele Mitarbeitende einbezogen werden? Wie lässt sich Verantwortung delegieren? Auch die Fehlerkultur wurde betrachtet. Das KWA versucht, im Albstift Schritt für Schritt alle noch unbearbeiteten Magnetkräfte durch geeignete Maßnahmen zu stärken.

Quelle: https://www.kwa.de/standorte/baden-wuerttemberg/aalen/kwa-albstift-aalen/

Beide Konzepte betonen die stärkere „Selbstorganisation der Arbeitsteams" und einen mehr „kooperativen Führungsstil" als wichtige „Magnetkräfte" für die Personalgewinnung. Welche Konsequenzen können sich bei der Berücksichtigung solcher demokratischeren Arbeitsstrukturen in einem Pflegewohnsetting wie *Wohnen 6.0* für die Arbeitsgestaltung konkret ergeben? Im Folgenden werden hierzu einige Anregungen gegeben, die konkrete Ausgestaltung muss in einem demokratischeren Pflegewohnsetting von den Beteiligten selbst ausgehandelt werden:

Selbstorganisierte Arbeitsteams

Die Selbstorganisation der Pflegeteams kann umfassen, dass die Teams

- selbst über ihr Zusammensetzung entscheiden und damit auch die Neueinstellungen von Mitarbeitenden mitbestimmen. Zentrale Organisationsstellen checken vorwiegend die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden und nehmen die vertraglichen Regelungen vor.
- selbstständig die Arbeitsorganisation vornehmen. Die Teams unterliegen nicht der Weisungsbindung einer verantwortlichen Pflegedienstleitung (PDL), die Arbeitsteilung organisieren die Teammitglieder selbst und jedes Team hat Entscheidungskraft über den eigenen Bereich. Es gibt keine ausgefeilten Stellenbeschreibungen, sondern nur grob definierte Rollen, zu denen neben der Pflege auch z. B. Organisationsaufgaben gehören, die unter den Teammitgliedern rotieren. Durch die Verteilung von Rollen im Team gehen viele organisatorischen Tätigkeiten auf das gesamte Team über und entlasten die PDL. Auch die inhaltliche Ausrichtung (z. B. Pflegeleitbild) wird im engen Kontakt und unter der Beteiligung der Mitarbeitenden ausgehandelt. Im Buurtzorg-Modell werden die Pflegekräfte darum auch nicht zu 100 % in der Pflege eingesetzt, sondern meist nur zu 60 % oder in ähnlichen deutschen Modellen nur zu durchschnittlich 70 % (*Caretrialog 2021*). Damit wird sichergestellt, dass neben der eigentlichen Pflege auch andere, anfallende und nötige Arbeitsschritte und Lernprozesse zeitlich mitberücksichtigt werden.
- die Bewertung und Kontrolle der Arbeit die Teammitglieder selbst vornehmen. Nicht eine Führungskraft, sondern die Teammitglieder geben sich selbst Feedback über die geleistete Arbeit und üben Kontrolle z. B. über kollegiale Beratung.

Das Personal solcher selbstverantworteten Teams muss die Bereitschaft haben, nicht nur nach Plan zu arbeiten, sondern Verantwortung für die Bewohnerschaft, aber auch für das Pflegewohnsetting insgesamt zu übernehmen. Selbstorganisation verpflichtet zu Eigenverantwortung. Diese Haltung lässt sich nicht von heute auf morgen umsetzten und bedarf Begleitung. Im *Buurtzorg-Modell* unterstützt eine kleine, zentrale Organisation die gesamten Teams und sorgt dafür, dass sie sich auf die Betreuung der Bewohnerschaft konzentrieren können. Hierzu gehören auch Coaches, welche den Teams als neutrale **Begleiter** bei Konflikten zur Seite stehen. Eine umfassende Digitalisierung der Arbeitsprozesse und entsprechende technische Ausstattung und

Qualifizierung der Teammitglieder ist zudem ein weiterer Schlüssel für die Selbstorganisation. Für die Mitarbeitenden wird die digitale Vernetzung zu einem zentralen Werkzeug zum Informationsaustausch, zur Planung und zur Dokumentation. Die Digitalisierung kann helfen, die notwendige Transparenz für die Selbstorganisation zu sichern. Durch neue Informationssysteme können die Möglichkeiten verbessert werden, die in demokratischeren Einrichtungen notwendigen dezentralen Entscheidungen zu treffen, weil jeder in einen Entscheidungsprozess eingebunden werden kann und Zugang zu den notwendigen Informationen hat. Mit innovativen vernetzten digitalen Systemen lässt sich zudem die interprofessionelle Vernetzung herstellen (auch mit der Zivilgesellschaft). Dies sichert die notwendige **Transparenz** für ein gemeinsames selbstverantwortetes Handeln (*Schneider, Besser, Zerth 2017*). Notwendige Bedingung ist neben Begleitung und Sicherung der Transparenz auch die Gewährleistung von **Mitsprache und Mitbestimmung** der Mitarbeitenden. Dies beginnt bei der Rekrutierung der Mitarbeitenden und reicht bis zu operativen und strategischen Entscheidungen. Auch durch eine Mitbestimmung bei Entscheidungen über zukünftige Projekte oder Strategien wird die anschließende Umsetzung von den Mitarbeitenden viel besser mitgetragen. Sie tragen Verantwortung für den Erfolg des Pflegewohnangebotes. Die Motivation und die Identifikation mit dem Pflegewohnsetting steigt, weil sie quasi zu Mitunternehmenden gemacht werden.

Kooperativer Führungsstil

Organisatorisch erfordern mehr Selbstorganisationen und Eigenverantwortung auch einen anderen, einen mehr kooperativen Führungsstil. Dieser kann folgende Aspekte umfassen:

- Ein kooperativer Führungsstil rückt **Teamentscheidungen** in den Fokus. Angelehnt an das in der Organisationsentwicklung bereits länger bekannte *Likert-System* kann das Pflegewohnsetting als ein Team von Gruppen angesehen werden, die in einer flachen Hierarchie miteinander in Kontakt stehen. Die Mitglieder einer Gruppe organisieren sich selbst und beschließen Entscheidungen im Kollektiv *(Likert 1972).* Auch Organisations-Modelle der *Holakratie* und der *Soziokratie* werden in diesem Kontext diskutiert *(Saheb 2016).* Für ein Pflegewohnsetting im Sinne von *Wohnen 6.0* kann das z. B. konkret bedeuten, dass die Aufgabenzuweisung auf die Gruppe der Mitarbeitenden übertragen wird. Das Team entscheidet, z. B. wer welche Bewohner pflegt oder wer welche pflegerischen und organisatorischen Aufgaben übernimmt und es entscheidet über die Dienstplangestaltung.
- Neben der Teamentscheidungsstruktur geht es bei einem kooperativen Führungsstil um **Machtteilung**. Im Sinne des bereits in vielen demokratischeren Unternehmen angewendeten *Shared-Leadership-Ansatzes* wird Führung unter mehreren teilnehmenden Personen verteilt und geteilt, anstatt sie von einzelnen Personen ausführen zu lassen. Führung findet auf der Gruppenebene statt, die auf gegenseitigem Vertrauen und gemeinsamer Einflussnahme unter den Teammitgliedern basiert, um Teamziele zu erreichen *(Chiu et al. 2016*). Der *Shared-Leadership-Ansatz* sieht demnach vor, dass sowohl die Führungskraft als auch die Mitarbeitenden Führungsaufgaben übernehmen. Es werden aber nicht nur die Aufgaben aufgeteilt, sondern die Mitarbeitenden übernehmen zudem Führungsverantwortung für die Zielerreichung. Damit geht einher, dass Macht und die Möglichkeiten der Einflussnahme aufgeteilt werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass jeder einzelne mit seinen Leistungen anerkannt wird und die Bedürfnisse und Anliegen der einzelnen Mitglieder wahrgenommen werden.
- Vorgesetzte Personen müssen bei einem kooperativen Führungsstil eine andere Rolle übernehmen. Klassisch direktive Durchsetzung durch den Einsatz von Machtmitteln ist weder nötig noch möglich. **Führungen** haben hier mehr eine Coaching-Funktion, mehr Koordinationsaufgaben bzw. müssen die besondere Funktion des „Katalysators" bei Konflikten wahrnehmen (*Schirmer, Woydt 2016, S. 195).* Die Herausforderungen für Führungen liegen in der Förderung der sozialen Beziehungen im Team und der Zusammenführung zur gemeinsamen Zielsetzung *(Christiansen 2019).* Die Führung muss die Beziehungen der Mitglieder im Pflegeteam fördern, um den Zusammenhalt zu stärken. Außerdem hat sie die weitere Entwicklung des Pflegeteams zu unterstützen, indem Veränderungen und neue Anforderungen erfasst und das Team unterstützt wird, Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Intern sollte die Führungskraft dafür sorgen, dass die Kommunikation für *alle* Teammitglieder transparent ist und alle sich nach ihrem Maß einbringen

können. Zur Aufgabenerfüllung müssen notwendige Informationen zur Verfügung gestellt und die Erwartungen an die Aufgabenerfüllung klar kommuniziert werden.

Selbstorganisation und kooperative Führung bedeutet nicht zwangsläufig „alle sollen alles entscheiden oder alle machen, was sie wollen". Es geht um so wenig Hierarchie wie nötig und so viel Eigenverantwortung wie möglich in *Wohnen 6.0* und dieses Maß ist von der Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings gemeinsam auszuhandeln. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass die Gefahr der Zunahme von Konflikten besteht, z. B. wenn gemeinsam Verantwortung für die Dienstplangestaltung übernommen wird. Zudem kann die Konsensbildung, z. B. über Pflegeprozesse, ein zu langwieriger und ressourcenverbrauchender Prozess sein, so dass hier dieses Führungskonzept besonders in Notfallsituationen an seine Grenzen stößt. Geteilte Führung ist zudem nur dann möglich, wenn die Kompetenzen bei den Teammitgliedern vorhanden sind. Hierbei handelt es sich sowohl um die fachlichen Kompetenzen, die zur Erfüllung der Aufgaben benötigt werden, als auch um die Führungskompetenzen. Da in Pflegeeinrichtungen nicht nur Fachkräfte eingesetzt werden, könnte dies in der praktischen Umsetzung problematisch sein. Experten gehen jedoch davon aus, dass durch die Möglichkeiten der digitalen Wissensbereitstellung auch Hilfskräfte für bestimmte Aufgabenbereiche Kompetenzen erlangen, in denen sie eigenverantwortlich handeln (Christiansen 2019). Neuere Ansätze zur Arbeitsorganisation, die sich um eine Optimierung von Strukturen und Prozessen zur Vermeidung unnötiger Arbeitsschritte im Pflegebereich bemühen, um Überlastungen zu vermeiden, empfehlen die Erfahrungen der Mitarbeitenden generell stärker einzubinden durch mehr Eigenverantwortung *(Bertelsmann Stiftung 2021).*

4.4 Das Enablerhaus – Demokratisierung durch Profis ermöglichen

Die professionellen, staatlichen und Markt-Akteure bleiben bei *Wohnen 6.0* verantwortlich für die Sicherung der (Pflege)Fachlichkeit (Cure-Verantwortung). **Neben der Erbringung und Gewährleistung der fachlichen Wohn-, Versorgungs- und Pflegeleistungen wächst den professionellen Akteuren bei *Wohnen 6.0* zusätzlich auch die Rolle zu, die demokratischen Prozesse zu ermöglichen und zu sichern**. Als „Enabler" sollen Planer und Umsetzer demokratischerer Pflegewohnsettings die Verantwortungsübernahme und Entscheidungsbeteiligung der Sorgenden und Umsorgten stärken. Als „Enabler" sollen staatliche Akteure (Bundes-, Landes- und vor allem kommunale Stellen) die Überwachung demokratischer Entscheidungsfindungen fördernd und fordernd begleiten. Wie diese Rollen ausgestaltet werden können, dazu sollen im Folgenden Anregungen gegeben werden. Während es bei den Betroffenen und der Zivilgesellschaft darum geht, mehr direkte Demokratie bei *Wohnen 6.0* zu ermöglichen, geht es bei den professionellen Akteuren vor allem darum, kooperative Demokratie zu sichern – also nicht gesetzlich vorgeschriebene, dialogisch orientiere und auf kooperative Problemlösungen angelegte Verfahren bei der Entscheidungsfindung zu stärken.

4.4.1 Rolle der Planer: Mit Planungsbeteiligung (architektonischem) Einheitsbrei begegnen

Für den Planungsprozess gilt es die Planer stärker zu sensibilisieren, dass die Sorgende Gemeinschaft eines Pflegewohnsettings *Wohnen 6.0* mehr an den Planungsprozessen zu beteiligen ist. Dies betrifft die inhaltliche Konzeptionierung aber auch die bauliche Gestaltung.

Rolle bei der Konzeptentwicklung

Im Rahmen der Fachdiskussionen zur Gestaltung der Altenhilfeplanung ist es mittlerweile Standard, die Planung im Sinne einer integrierten, kooperativen und partizipativen Sozialplanung anzugehen (u.a. *IGES 2019*). Dabei sollen neben den professionellen Akteuren auch die Betroffenen selbst beteiligt werden. „Dadurch wird das Prinzip der Teilhabe nicht mehr nur Ziel von Maßnahmen, sondern ist als Beteiligungsprozess schon Teil in der Struktur- und Maßnahmenentwicklung" (*Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden 2021:82).* Die in diesem Kontext in vielen Kommunen genutzten Formate der Beteiligung wie Bürgerbefragungen, Runde Tische, Workshops etc. erarbeiten allgemeine seniorenpolitische Leitlinien oder konkrete quartiersbezogene Zielvereinbarungen. In diesen Planungsprozessen sollten gezielt auch Leitlinien/Zielvereinbarungen über die Gestaltung der (institutionellen) Langzeitpflege mit den Betroffenen erarbeitet werden. Teilweise erfolgt dies bereits in der Praxis nicht nur durch Kommunen, sondern auch durch Betreiber. Betroffene kommen mehr zu Wort. Ein Praxisbeispiel dafür ist die Bürger-Planungszelle des Ev. Johanneswerks.

Praxisbeispiel: Planungszelle zur Konzipierung eines Altenheims

Ev. Johanneswerk bindet Bürger bei der Planung des Altenheims ein

Das Institut des Ev. Johanneswerk entwickelt Ideen für das Altenheim von morgen – und wollte dazu auch die Meinung der zukünftigen Bewohner hören. Im Rahmen eines von GKV-Spitzenverband geförderten Projektes hat das Institut des Ev. Johanneswerks 2015 für zwei Wochenenden Bürger in ein Gästehaus in Bad Salzuflen eingeladen. Gemeinsam mit Experten wurden Exkursionen zu verschiedenen Altenheimen unternommen. Anschließend wurden die Bürger und Experten aufgefordert, die Frage zu diskutieren, was Menschen in Altenheimen brauchen und ihre Meinung zu bestimmten Themen – zum Bespiel zur Raumgestaltung oder zu Mahlzeiten in einem Heim – einzubringen. Insgesamt haben an beiden Planungszellen 33 Personen teilgenommen. Hierbei handelt es sich um 13 Männer und 20 Frauen im Alter zwischen 45 bis zu 71 Jahren. Am Ende wurde daraus ein Bürgergutachten erstellt, das bei weiteren Planungen für Langzeitpflegewohnsettings Berücksichtigung finden sollte. „Bisher waren immer alle möglichen Fachleute an der Konzeption von Altenheimen beteiligt – aber nie die Bürger selbst", das wollte das Ev. Johanneswerk mit diesem Planungsbeteiligungsprozess ändern.

Quelle: https://www.johanneswerk.de/aktuelles/artikel/buergergutachter-gesucht

Rolle bei der baulichen Gestaltung

Aber es geht nicht nur um die Beteiligung bei der inhaltlichen Konzeption von Langzeitpflegewohnsettings, sondern auch um eine Beteiligung bei der konkreten architektonischen Gestaltung, denn *Wohnen 6.0* ist zuvorderst ein Wohnort für Menschen mit langanhaltendem schwerem Pflegebedarf. Gerade bei der baulichen Gestaltung ist mehr Beteiligung gefordert. Zwar gibt es vereinzelt beeindruckende bauliche Projekte, aber selbst Branchenexperten beklagen, dass aktuell im Heimbau in der Regel dieselben austauschbaren funktionellen Baukörper mit wenig kreativen gestalterischen Ideen vorherrschen (*Arendt 2021*). Sie beklagen, dass oftmals auf architektonische Elemente verzichtet wird, die für die Wohn- und Lebensqualität (z.B. Trennung von Wohn- und Schlafbereich, eigener Balkon) oder regionale Authentizität stehen. Dies setze sich auch in der innenarchitektonischen Gestaltung fort, die nicht selten von einem Sammelsurium unterschiedlicher Materialen und Formen sowie „Möbeln von der Stange" geprägt ist. Aufenthaltsbereiche, die entsprechend den Flächenvorgaben der Bauverordnungen vorgehalten werden müssen, wirkten häufig wenig einladend und erinnern mehr an Kindertagesstätten als an Orte, die Orientierung und Geborgenheit für die dort lebenden erwachsenen pflegebedürftigen Menschen bieten. „Die großen, immer mehr auch internationalen Pflegeketten setzen verstärkt – analog der Logik der Systemgastronomie und -hotellerie – auf eine fest vorgegebene Gestaltungslinie ihrer Immobilie, in der äußeren wie inneren Gestaltung. ... So weichen individuelle Gestaltungen und die Berücksichtigung von regionalen Traditionen, die identitätsstiftend sind, einem gestalterischen Einheitsbrei, der deutschlandweit ausgerollt werden kann. Das mag zwar für Schnellrestaurants und Walk-in-Businesshotels passend sein, ob dies aber ausgerechnet die angemessene Richtschnur für Pflegeheime ist, die Raum für vulnerable Menschen in besonders belastenden, herausfordernden biografischen Lebenssituationen und existentiellen Krisen bieten und auch ein anregender Arbeitsplatz für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein soll, das muss angezweifelt werden" (*Arendt 2021:0. S.*).

Angesichts dieser Entwicklungen und angesichts der fachwissenschaftlich nachgewiesenen Wechselwirkungen von Architektur und Wohlbefinden („Healing architecture") bedarf die jetzige Entwicklung im Pflegeheimbau dringend eines Korrektivs. Der stärkere Einbezug fachlicher Erkenntnisse (z.B. Berücksichtigung besonderer Lichtgestaltung zur Steigerung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz) bei der baulichen Planung ist dabei ein Aspekt. Die Dominanz der Fachlichkeit darf jedoch beim Bau von Langzeitpflegesettings nicht dazu führen, dass Architektur zum Selbstzweck wird, in dem sich Architekten verwirklichen. Auch die bauliche Gestaltung muss sich zurücknehmen und den Bedürfnissen der dort Lebenden und Arbeitenden unterordnen. Es bedarf daher eines Korrektivs durch die Beteiligung der dort lebenden und arbeitenden Menschen – notwendig ist eine stärkere dialogische Einbindung nicht nur der Investoren, Betreiber, Gemeinderäte sondern vor allem der Nutzer und Mitarbeitenden.

Viele Planer stellen sich durchaus dieser Anforderung. Aber sie beklagen, dass sie nicht selten an

den Beteiligten scheitern und häufig durch solche Beteiligungsprozesse nicht die bestmögliche Lösung, sondern nur einen mittelmäßigen Kompromiss erzielen, auf den sich alle einigen können. Oft werden weniger optimale Konsens-Lösungen aber nur getroffen, weil die Beteiligten wenig Vorstellungskraft haben, was für Alternativen es gibt. Die Rolle der Planer bei *Wohnen 6.0* ist nicht nur Beteiligungsprozesse anzuregen. Soll Planungsbeteiligung nicht nur Alibi-Beteiligungen sein, müssen solche Beteiligungsprozesse wirklich nutzerorientiert gestaltet werden. Dazu gehört, dass die Planer den Betroffenen oder Mitarbeitenden neue fachlich versierte Möglichkeiten eröffnen und Potenziale aufzeigen, sie also **„empowern" entscheidungsfähig zu werden**. Es geht bei der baulichen Planung in *Wohnen 6.0* also um eine im wörtlichen Sinne gemeinte „soziale Architektur": „Ein Architekturstil, der sich ums Leben dreht statt um sich selbst – oder gar ums Geld allein" (*Alberts 2021:0. S.).*

4.4.2 Rolle der Umsetzer: Eigenverantwortungsübernahme partnerschaftlich begleiten

Die Rolle der Umsetzer – also der Träger, Betreiber, Wohnraumanbieter, Dienstleistungsanbieter – ist in *Wohnen 6.0* unter zwei Gesichtspunkten neu auszugestalten: Demokratisierung der Leistungserbringung und Ermöglichung der Demokratisierung

Begreift man die Quartiersnahe Versorgung als eine bürgerschaftlich organisierte zivilgesellschaftliche Initiative …, bedarf es zwangsläufig einer Rollendifferenzierung, in der das wohlfahrtstaatliche Sozialunternehmen sich neu positionieren muss: In der Quartiersnahen Versorgung ist die Wohlfahrtspflege einerseits und ausschließlich in der Rolle des Dienstleisters für Versorgungsleistungen (im Kontext von Hilfe, Pflege, Betreuung, Beratung, Hauswirtschaft, Wohnen u. Vermietung u. a. m.) gefragt, andererseits als zivilgesellschaftlicher Moderator, der gemeinsames Handeln von gesunden und hilfs- und pflegebedürftigen Bürgern stiftet und begleitet. (Ev. Johanneswerk 2021:12).

Dr. Bodo de Vries, seit 2018 Kurator im KDA

Rolle als Leistungsanbieter

Zunächst ist zu fragen, was sich für die Umsetzer in der Rolle als Anbieter von Wohn- und Versorgungsleistungen in Langzeitpflegewohnsettings wie *Wohnen 6.0* ändert. Leistungsträger in Langzeitpflegewohnsettings erbringen individuelle und gemeinschaftsbezogene Leistungen – vom passgenauen Wohnangebot über pflegerische und Betreuungsleistungen bis hin zu hauswirtschaftlichen und sozialen Leistungen. Bei der Erbringung dieser Leistungen in *Wohnen 6.0* ist von den professionellen Leistungsanbietern eine **partizipative Haltung** verbunden mit der Bereitschaft Macht abzugeben gefordert – an die Betroffenen, an die Zivilgesellschaft, an die Mitarbeitenden. Diese Haltung kann nicht einfach von oben verordnet werden, sondern muss gemeinsam von den unterschiedlichen Umsetzungsebenen - insbesondere auch der Führungsebene – und in den unterschiedlichen Prozessen (z.B. in der Leitbildentwicklung) - erarbeitet und getragen werden.

Weiterhin fordert *Wohnen 6.0* eine Flexibilisierung des Leistungsgeschehens. Die in der klassischen stationären Heimversorgung üblichen pauschalen Leistungspakete sollen möglichst durch ein **wählbares modulares System an Leistungsangeboten** ersetzt werden, um den Betroffenen überhaupt Entscheidungsfreiheit über die abzunehmenden Leistungen und die möglichen Leistungserbringer zu eröffnen. Ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell wäre daher eine wichtige Grundlage für *Wohnen 6.0* (*siehe hierzu Kapitel 5).* Es eröffnet Spielräume, zwischen mehr professionell organisierter Versorgungssicherheit oder selbstorganisierter Hilfe auswählen zu können.

Aber auch wenn die Sektoren bestehen bleiben, sollten Leistungsanbieter in *Wohnen 6.0* mehr Spielräume gewähren für eine **partizipative Leistungsgestaltung**. Es gilt die Bewohnerschaft unterstützt durch ihre An- und Zugehörigen sowie zivilgesellschaftliche Akteure mehr zu beteiligen, wie das Leistungsgeschehen geregelt werden sollte. Im Vorfeld könnte z.B. von der Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings selbst ausgehandelt werden, ob Bewohner des Pflegewohnsettings selbstständiger Mieter einer Wohnung/ eines Zimmers werden oder ein Hauptmieter die Verantwortung für den Wohnungsbetrieb übernehmen soll und die Bewohnerschaft dann Untermieter mit geringerer mietrechtlicher Verantwortung wird. Oder der Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings könnte zur Entscheidung gestellt werden, welche hauswirtschaftlichen Leistungen individuell und welche gemeinschaftlich geregelt werden sollen und welche Leistungsträger jeweils einzubeziehen sind. Auch bei den

individuumsbezogenen Leistungen (Pflege- und Betreuungsleistungen) ist auf eine partizipative Aushandlung von Zielen und Unterstützungsleistungen mit den Betroffenen besonderer Wert zu legen.

Solche Entscheidungen, was wie individuell und gemeinschaftlich geregelt wird, können natürlich nicht bei jedem Wechsel der Zusammensetzung eines Pflegewohnprojektes wie *Wohnen 6.0* neu verhandelt werden. Am Anfang müssen *Grundentscheidungen* getroffen werden und in diesem Prozess sind nicht nur professionelle Umsetzer und kommunale Gemeindevertreter gefragt, sondern es sollten mehr direkte Beteiligungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige, ihre An- und Zugehörigen sowie Vertreter der Zivilgesellschaft und Pflegekräfte geben. Gemeinsam mit den genannten Personengruppen und den staatlichen und Marktakteuren soll eine tragfähige Grundstruktur für das Pflegewohnsetting im jeweiligen Sozialraum aushandelt werden. Für *Wohnen 6.0* sind Kommunen gefragt, eine solche beteiligungsorientierte gemeinsame Grundplanung zu befördern und damit auch eine stärkere kommunale Steuerung auf dem Quasi Pflegemarkt zu übernehmen (*siehe hierzu Kapitel 4.4.3*). Demgegenüber können *laufende Entscheidungen* über die Alltagsgestaltung kontinuierlich von der jeweiligen aktuellen Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings ausgehandelt werden. Professionelle Leistungsanbieter in *Wohnen 6.0* müssen sich auf diese partizipativen Aushandlungsprozesse bei der individuellen und gemeinschaftlichen Leistungsgestaltung einlassen.

Die partizipative Mitgestaltung des Leistungsgeschehens setzt umfassende Informiertheit voraus, was angesichts des hohen Pflegebedarfs der Bewohnerschaft eine Herausforderung ist. Da sich *Wohnen 6.0* ausdrücklich auch an Menschen wendet, die sich aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigung nur eingeschränkt oder gar nicht sprachlich verständigen können, ist es wichtig, „über alternative Ausdrucksweisen und Kommunikationsformen Möglichkeiten zur gegenseitigen Verständigung herauszufinden und anzuwenden" (*Schmuhl, Winkler 2018:42*). Leistungsträger, die sich auf eine partizipative Aushandlung des Leistungsgeschehens einlassen, sind gefordert im Leistungsgeschehen einen besonderen Fokus auf die Informationsaufbereitung und -vermittlung zu legen. Hier sollten **Informationsaufbereitungsformen** für Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit in Augenschein genommen werden. Im Rahmen der persönlichen Zukunftsplanung kommt z.B. in Einrichtungen der Lebenshilfe e.V. das Tool „Schöner Wohnen" zum Einsatz, ein „Instrument zur Bewohner-Befragung", das mit Hilfe von Fragebögen, Bildkarten sowie Wertungs- und Entscheidungskarten die Wohnbedürfnisse und -wünsche von Menschen mit geistiger Behinderung ermittelt (*Schmuhl, Winkler 2018)*. Auch die „Personenzentrierte Wohnberatung", die sich als kontinuierliche Begleitung bei der Eruierung von Wohnbedürfnissen von Menschen mit Beeinträchtigungen versteht, kann hier ein interessantes Konzept sein (*Schmuhl, Winkler 2018*). Interessant sind ebenso barrierefreie Informationssysteme wie z.B. CABito, das auch bereits in Seniorenheimen angewendet wird.

Praxisbeispiel: Barrierefreie Informationssysteme mit Betroffenen entwickeln

CABito

Für einige Menschen ist es sehr schwer oder gar nicht möglich an wichtige Informationen heranzukommen, die z.B. in Textform aufbereitet sind. Die Menge der bereitgestellten Informationen ist oft zu groß, unübersichtlich und unverständlich. Einen Weg, der einen leichten Zugang zu diesen Informationen ermöglicht, bieten barrierefreie Informationssysteme, die mit den Betroffenen gemeinsam entwickelt werden. Ein Beispiel ist CABito. So waren z.B. in der Caritas Betriebsstädten gGmbH in Augsburg von der ersten Idee bis zum fertigen Produkt die Beschäftigten der Behindertenwerkstätte federführend bei der Entwicklung dieses Informationssystems mit dabei. Das CABito-System wurde in den Werkstätten für behinderte Menschen in Schwabmünchen entwickelt und produziert. Anwendung finden solche Informationssysteme auch in Seniorenheimen. Es werden auf einem für alle zugänglichen Bildschirm mit Touchscreen-Funktion für die jeweilige Zielgruppe relevante Informationen über Icons, Bilder und Videos bereitgestellt.

Quelle: https://www.cab-b.de/produkte/cabito/cabito/cabito

*Insgesamt werden d*ie Fähigkeiten Schwerpflegebedürftiger sich selbstbestimmt ins Leistungsgeschehen einzubringen, von Profis oft un-

terschätzt oder im Pflegealltag als zu aufwendig erlebt. Leistungserbringer in *Wohnen 6.0* sind gefordert, dem durch eine partizipative Haltung, beteiligungsorientierte Leistungsgestaltungen und Erprobung neuer Wege der Informationsvermittlung und „gestützter Entscheidungsfindung" zu begegnen.

Rolle als demokratischer Ermöglicher

Neben dem partizipativ zu gestaltenden Leistungsgeschehen können professionelle Leistungsträger in *Wohnen 6.0* auch als Ermöglicher demokratischer Entscheidungsprozesse mitwirken. Demokratieprozesse stellen sich nicht von alleine ein oder können so nebenbei in der Alltagsroutine motiviert werden. Die Sicherung des demokratischen Zusammenwirkens der Sorgenden Gemeinschaft im Wohnsetting braucht professionelle Begleitung. Sie brauchen Informationsträger, Aktivatoren, Moderatoren, Koordinatoren – diese Leistungen könnten als eigener Leistungsbaustein „**Demokratie- oder Teilhabemanagement**" *(Schmuhl, Winkler 2018)* von professionellen Umsetzern erbracht werden – ähnlich z.B. des Quartiersmanagements in Quartierskonzepten.

Beim „Demokratie- oder Teilhabemanagement" geht es darum,

- die Mitglieder der Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings zu informieren und damit zu **befähigen**, an demokratischen Entscheidungsprozessen versiert teilzunehmen. Ebenso gehört hierzu z.B. ggf. Stellvertreter/Assistenten zu qualifizieren, damit sie im Sinne der Betroffenen deren Willen wahrnehmen und in Entscheidungsprozesse einbringen können oder Mitarbeitende zu qualifizieren, damit diese mehr selbstverantwortlich arbeiten können.
- die Bewohnerschaft, ihre An- und Zugehörigen, zivilgesellschaftliche Akteure aber auch die Mitarbeitenden zugehend zu **aktivieren**, sich an solchen Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Gefordert sind Methodenkompetenzen, welche Beteiligungsformate für welche Zielgruppen erfolgreich sind und wie man auch „stille Gruppen" für demokratische Beteiligungsprozesse motivieren bzw. sie durch „gestützte Entscheidungsfindungen" beteiligen kann. Hier geht es auch darum, die Gemeinschaft in ihrer Emotionalität anzusprechen und ein „Wir-Gruppe-Gefühl" zu motivieren.
- die Sorgende Gemeinschaft des Pflegewohnsettings durch fachliche **Moderation** zu einem demokratischen Konsens zu führen und gemeinsam tragfähige Entscheidungen zu erwirken.
- die vielfältigen Prozesse für die demokratische Entscheidungsfindung **zu koordinieren** und für deren Umsetzung Sorge zu tragen. Dies beginnt bei der Aufbereitung der Entscheidungsfelder, geht über in die Gestaltung und Sicherung der Entscheidungsverfahren einschließlich der Einberufung der Entscheidungsgremien (z.B. Heimbeirat oder Fürsprecher, Heimparlament, Auftraggebergemeinschaften usw.) und reicht bis zur Sicherung der Transparenz über die Entscheidungen und Koordination der sich daraus ergebenden Leistungs- und Arbeitsgestaltung. Hier geht es auch um eine Evaluierung der Umsetzung.

Wünschenswert wären neutrale Akteure, die dieses Demokratie- oder Teilhabemanagement steuern z.B. kommunale Heimaufsichten oder Bürgervereine. Diese Steuerungsrolle erfordert jedoch viele fachliche Kompetenzen, die von bürgerschaftlichen Initiativen kaum alleine zu stemmen sind. Auch kommunale Aufsichtsbehörden werden diese Prozesse in allen Pflegewohnsettings ihres Einzugsbereichs kaum kontinuierlich begleiten können und eher eine allgemeine beratende oder eine Kontrollfunktion für die Umsetzung demokratischer Entscheidungsprozesse übernehmen können (*siehe hierzu auch die Kontrollfunktion der staatlichen Aufsichtsbehörden in Kapitel 4.4.3).* Von daher wird diese Rolle vielfach von professionellen Leistungsträgern (Trägern, Betreibern, Initiatoren von Pflegewohnsettings) zu erbringen sein, vor allem auch, weil sie nahe genug an den Betroffenen und an den Mitarbeitenden sind, um **Alltags-Demokratie zu kultivieren**.

Es ist in Zukunft zu erproben, wie professionelle Umsetzer diese Rolle als demokratischer Ermöglicher *tatsächlich* ausfüllen können. Hier kann man Praxiserfahrung von professionellen Leitungserbringen ambulant betreuter Pflegewohngemeinschaften nutzen. So wird z.B. im *Kölner Modell* die Sicherung der Selbstbestimmung und Selbstorganisation der schwerpflegebedürftigen Bewohnerschaft durch einen professionellen Beistand ermöglicht, der von allen Mitgliedern der Pflegewohngemeinschaft gewählt und finanziert wird. Wünschenswert wären Tandemlösungen – auch bei der Finanzierung – von professionellen und staatlichen oder

zivilgesellschaftlichen Akteuren, um dieses Demokratie- oder Teilhabemanagement neutraler zu gestalten.

Praxisbeispiel: Professioneller Beistand für die Selbstorganisation

GbR Auftraggebergemeinschaften in Pflegewohngemeinschaften des Kölner Modells
Seit 2007 gibt es in Köln Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, die als Auftraggebergemeinschaften in der Rechtsform der GbR organisiert sind und durch einen fachlich qualifizierten Beistand begleitet werden.

Hier organisiert sich die Gemeinschaft der Bewohner und ihrer Angehörigen als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Nach § 709 I BGB ist damit eine Gesamtleitung *aller* Gesellschafter vorgesehen, die gemeinsam über das Geschehen in der Wohngemeinschaft entscheiden. Da alle Bewohner Mitglied der GbR sind, entscheiden alle Bewohner gemeinsam über deren Gestaltung. Die GbR mietet eine komplette Wohnung an und entscheidet somit unabhängig vom Vermieter über die Aufnahme neuer Mieter. Sie beauftragt einvernehmlich einen ambulanten Dienst und kann diesen gemeinschaftlich auch wirksam wechseln. In der GbR wird gemeinsam abgestimmt, welche Aufgaben von wem übernommen werden. Auch nach außen können wirksame Erklärungen für die Gesellschaft nur abgegeben werden, wenn alle Gesellschafter zusammenwirken. Von dieser gesetzlichen Regelung abweichend können jedoch verschiedene Arten der Geschäftsführung per Vertrag vereinbart werden, z.B. eine Gesamtleitung aller Gesellschafter mit Mehrheitsbeschluss, eine Gesamtleitung mehrerer unter Ausschluss der übrigen Gesellschafter oder eine Einzelleitung.

Die GbR kann auch eigenes Personal einstellen. Im Kölner Modell haben die Gesellschafter gemeinsam einen professionellen Beistand eingestellt. Die *Wohnkonzepte Schneider gGmbH* begleitet auf diese Weise 14 Wohngemeinschaft für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf in und um Köln als Beistand. Der Beistand kümmert sich um Verwaltungsaufgaben, organisiert und moderiert die regelmäßigen Sitzungen, tritt als Vermittler gegenüber Dritten auf und berät die GbR in fachlichen Fragen. Die Profis rutschen hier in die Rolle des „Enabler" als fachlich qualifizierter Beistand, der die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen sichert. Die Refinanzierung solcher Koordinationsleistungen kann in ambulant betreuten Wohngemeinschaften über den Leistungsbaustein des § 38a SGB XI als Regiekosten abgerechnet werden.

Quelle: Wohnkonzepte Schneider 2018

4.4.3 Rolle der Steuerer: Demokratische Selbstverwaltung sichern

Auch staatliche Akteure und hier zuvorderst die Kommunen können bei *Wohnen 6.0* als demokratische Ermöglicher mitwirken. Ihnen kann die Rolle zufallen, „fördernd und fordernd" den Demokratisierungsprozess zu begleiten. Dies umfasst einmal die demokratischen Prozesse in den einzelnen Wohnsettings durch entsprechende Rahmenbedingungen zu stärken (Rolle als Förderer) und zum anderen die Umsetzung der demokratischen Prozesse insgesamt zu kontrollieren (Rolle als Fordernde).

Rolle als Förderer

Fördernd können Kommunen die Umsetzung von *Wohnen 6.0* unterstützen, indem sie für die einzelnen Pflegewohnsetting günstige Rahmenbedingungen für eine stärkere Demokratisierung schaffen, z.B.:

- indem sie Handlungsempfehlungen mit guten Praxisbeispielen entwickeln, wie mehr demokratische Prozesse in Langzeitpflegewohnsettings umgesetzt werden können,
- indem sie zivilgesellschaftliche Akteure qualifizieren, sich in demokratischer zu organisierenden Pflegewohnsettings einzubringen,
- indem sie Umsetzer beraten, demokratischere Strukturen in Langzeitpflegesettings zu etablieren (z.B. könnte die beratende Funktion der Heimaufsichten in dieser Richtung vertieft werden),
- indem sie durch eine Ermöglichungsverwaltung Freiräume gewähren, neue Wege, wie sie in *Wohnen 6.0* gefordert sind, leichter zu erproben,
- indem sie selbst an Beteiligungsgremien in Pflegewohnsettings mitwirken und diese evtl. moderieren,
- indem sie personelle Ressourcen zur Umsetzung demokratische Beteiligungsprozesse finanziell fördern.

Für die Demokratisierung der einzelnen Pflegewohnsettings ist es zielführend, die „Demokra-

tisierung der Sorgestrukturen" in eine **kommunale Gesamtstrategie** einzubinden, denn: „Eine Demokratisierung der Sorge und Pflege vor Ort ist Voraussetzung für eine Teilhabeorientierung in Pflegeheimen" (*Klie u.a. 2019:42*). Neben der bereits erwähnten Steuerungsverantwortung der Kommune mehr beteiligungsorientierte Planungen im Quasi Pflegemarkt zu befördern, kann Teil einer solchen Gesamtstrategie auch sein, neue „Care-Bündnisse" vor Ort zu initiieren. Anregung hierfür bietet das Praxisbeispiel der Initiative zur Bildung eines „Care Rates" in der Stadt Freiburg, wo *alle* an Sorgeleistungen Beteiligten – also Sorgende und Umsorgte – in der Stadt in einen demokratischen Austausch gebracht werden sollen:

Praxisbeispiel: Gesamtstrategie zur Demokratisierung der Sorgestrukturen

Care-Rat in Freiburg

2017 wurde im Rahmen der *Care-Revolutionen Initiative auf der Aktionskonferenz „Sorge ins Zentrum – Care Revolution als Perspektive" in Freiburg ein „Care-Rat" gegründet. Der Care-Rat ist ein demokratischer Zusammenschluss verschiedenster Personen. Er hat es sich zur Aufgabe gemacht, Missstände in bezahlten und unbezahlten Care-Bereichen wie Gesundheit und Pflege, Erziehung und Bildung sowie Sozialer Arbeit aufzugreifen, nach politischen Antworten zu suchen und entsprechend politisch zu handeln, um gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen. Im Care-Rat sollen alle teilhaben, Vorschläge einbringen, mitreden und Entscheidungen treffen können.*

Der Care-Rat will, dass Umsorgte und Sorgende in Zukunft die Pflegeinfrastruktur in ihrer Stadt mehr selbst gestalten. Sie sollten darauf Einfluss nehmen können, welche Angebote sie benötigen. Man will auch in jeder Einrichtung handlungsfähigere Interessenvertretungen installieren, die den Sorgenden und Umsorgten hinreichenden Einfluss auf die Qualität der Pflege und die Arbeitsbedingungen erlauben. Der Care-Rat trifft sich sechswöchig mit 10 bis 20 Teilnehmenden. Zwischen den Treffen sind Arbeitsgruppen aktiv. Die Treffen werden durch ein Koordinationsteam vorbereitet, alle inhaltlichen Entscheidungen werden gemeinsam im Care-Rat getroffen.

Quelle: www.carerat-freiburg.de

Letztlich geht es um neue Governance-Formen, indem verschiedene Akteure vor Ort partizipativ bei der Gestaltung der Sorgeleistungen zusammenwirken und vor allem die Betroffenen und die Bürgerschaft mehr Mit- und Selbstverantwortung aber auch mehr Einfluss auf die Gestaltung der Sorgeleistungen vor Ort erhalten.

„Wie steht es um die „Sakralität der Person"? Die Antwort wird die Fokussierung auf eine radikale Sozialraumorientierung einer kommunalisierten Choreographie und somit die Bildung von Caring Communitys auf der Grundlage der Differenzierung der Wohnformen im Alter sein müssen" (Schulz-Nieswandt 2020: 12).

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, seit 2003 Kurator im KDA

Frank Schulz-Nieswandt regt in diesem Kontext die Bildung sogenannter „**Inklusionsgemeinschaften**" (*Schulz-Nieswandt 2013*) an. Inklusionsgemeinschaften versteht *Schulz-Nieswandt* als Vision eines neuen Gemeindelebens, in dem sich die Mitglieder auf die Form eines stärker gemeinschaftlichen interpersonalen Lebens einlassen und eine genossenschaftliche Antwort für Bedingungen der Existenz vor Ort (Daseinsvorsorge) geben. Es geht um eine lokale Gemeinde als „offene Rechts- und Hilfegenossenschaft" (*Schulz-Nieswandt 2013: 57)* in der wesentliche Bereiche - wie die Schutzfunktion vor Krankheit, die Sorge um andere Menschen und auch die Sicherstellung sozialer Chancen – demokratisch ausgehandelt und genossenschaftlich getragen werden. Damit entsteht ein Verantwortungsraum im Sinne einer wirklichen Bürgergesellschaft (*Schulz-Nieswandt 2013).*

Erste Schritte in diese Richtung gehen Kommunen, die sich als **Bürgerkommunen** verstehen. Sie bieten eine günstige Basis für die Umsetzung einer Gesamtstrategie für demokratischere Sorgeleistungen. Denn Bürgerkommunen bemühen sich um eine „Neugestaltung des Kräftedreiecks zwischen Bürgern, Kommunalvertretung und Verwaltung" *(Bogumil, Holtkamp 2002:5)* und versuchen repräsentative Entscheidungsformen mit mehr direkten Demokratieformen zu ergänzen. Hier werden z.B. Organisationsstrukturen geschaffen, die ein systematisches Partizipationsmanagement etablieren. Die Verantwortung wird mehr auf Stadtteilebene oder dezentrale Einrichtungen und Bürgergruppen bei kommunaler Rahmensteuerung übertragen. Und ein Kulturwandel wird unterstützt, der als kollektiver Lern-

prozess dazu führen soll, „dass die kommunalen Entscheidungsträger die Beteiligung der Bürger eher als Bereicherung, denn als Beschneidung ihrer Kompetenzen empfinden *(Bogumil, Holtkamp 2002:0. S.).* All das sind günstige Rahmenbedingungen, um Sorgeleistungen auch in Langzeitpflegewohnsettings mehr zu demokratisieren. Bürgerkommunen müssen sich jedoch explizit auch der Förderung von Entscheidungsteilhabe in Pflegewohnsettings für Schwerpflegebedürftige zuwenden. Leider wird dieser Aspekt auch von engagierten Bürgerkommunen (z.B. Potsdam) noch nicht umfassend in den Blick genommen.

Anregungen, wie man Entscheidungsteilhabe stärker in eine kommunale Gesamtstrategie einbinden kann, könnte auch das Verfahren des **Community Organising** (CO) geben. Dieses Verfahren bezieht sich zwar nicht explizit auf Gemeinschaften von Pflegewohnsettings, sondern auf Gemeinschaften in Sozialräumen. Jedoch hat dieses Verfahren den Prozess der Stärkung von Entscheidungsteilhabe zum Ziel. CO ist ein Prozess, in dem Menschen sich selbst organisieren, um ihre Situation in die eigenen Hände zu nehmen. „Ziel von CO ist es, gegenüber den scheinbar allmächtigen Kräften von Staat und Wirtschaft durch das demokratische Organisieren der Bürger, sie handlungsfähig zu machen, um auf diese Weise soziale Missstände im Stadtteil zu beseitigen" (*Markewitz 2005:0. S.).* Die in diesem Kontext entwickelten Methoden der ständigen Einmischung der Betroffenen und die Mitgestaltung scheinbar „Ohnmächtiger" an der Weiterentwicklung ihres Lebensraums verändert Machtbeziehungen. Diese Form des gemeinsamen Wirkens einer Community kann vielfältige Anregungen für die Gestaltung demokratischerer Sorgestrukturen auch in Pflegewohnsettings bieten.

Rolle als Fordernde

Zur fordernden Rolle der professionellen Akteure – und hier insbesondere der Kommunen – gehört ihre Prüffunktion. Kommunen könnten in *Wohnen 6.0* verstärkt die prüfende Rolle übernehmen, ob Entscheidungsteilhabe in Pflegesettings für Menschen mit langanhaltendem schwerem Pflegebedarf *tatsächlich* gewährt wird. Wie „Wahlbeobachter" die Umsetzung demokratischer Wahlentscheidungen prüfen, so könnte der Kommune die Rolle der „**Demokratiebeobachter in Pflegesettings**" zukommen. Dies würde eine Rolle für kommunale Akteure darstellen, die ordnungsrechtlich im Rahmen der länderspezifischen Heimaufsichtsregelungen schon vielfach normiert ist, die jedoch einer wirksameren Ausgestaltung in der Praxis bedarf (*siehe hierzu die Ausführungen zur Umsetzung der heimrechtlichen Mitwirkungsverordnung in Kapitel 4.1).* Zu überlegen ist, wie hier die Zivilgesellschaft mehr eingebunden werden kann - Beispiele dafür gibt es in Kanada, wo die Bürgerschaft regelmäßig Einrichtungsbewohner zu ihrem Wohlbefinden befragt und die Ergebnisse auch den kommunalen Behörden zur Verfügung stellt. Diese Mitwirkung könnte ausgeweitet werden auch auf die Prüfung, ob Entscheidungsteilhabe gewährt wird *(siehe hierzu Kapitel 4.2).*

Bei *Wohnen 6.0* muss es daher bei der Qualitätssicherung, neben der Sicherung der fachlichen Qualität der Wohn-, Pflege- und Betreuungsleistung, vor allem auch um die Sicherung der Entscheidungsteilhabe gehen.

„Wenn es gelingt, in die Qualitätssicherungssysteme konsequent auch Aspekte der Demokratisierung und Teilhabe einzubeziehen…, dann könnte die Sicherung fachlicher Qualität mit der Entwicklung von Teilhabeorientierung verbunden werden" (Klie et al. 2019: 44).

Prof. Dr. Thomas Klie, seit 2001 Kurator im KDA

Aber nicht nur der Gegenstand der Qualitätssicherung ist zu erweitern. Daneben fordert Wohnen 6.0 auch die Formen der internen und externen Qualitätssicherung neu zu denken. Zu prüfen ist, ob das Verfahren der Qualitätssicherung selbst nicht zumindest in Teilen in die Hände der Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings gelegt werden kann und zwar sowohl bei der Definition der Qualitätsstandards als auch bei der Qualitätsprüfung:

- Der schon begonnene Prozess, das Wohlbefinden der Betroffenen bei der Qualitätsprüfung mehr in den Fokus zu rücken, ist dabei ein wichtiger Aspekt (wobei interne Qualitätssicherungssysteme in Zukunft verstärkt auch Aspekte des Wohlbefindens der sorgenden Mitarbeitenden in den Blick nehmen sollten). Aber mit der Prüfung, ob die vorgegebenen meist von externen Experten definierten Strukturen und Prozesse der Bewohnerschaft wohltun oder nicht, bleibt die Perspektive eingegrenzt. Müssten nicht auch die Qualitätsstandards insbesondere für die Care-Leistungen noch verstärkt mit Betroffenenbeteiligung definiert

werden? Externe Qualitätssicherungssysteme sollten mehr Spielräume eröffnen, damit die Sorgende Gemeinschaft selbst Qualitätsanforderungen für das Wohnen und die Alltagsgestaltung ihres eigenen Pflegewohnsettings definieren kann.

- Auch die Qualitätsprüfung für Care-Leistungen sollte dann nicht alleine in professioneller Hand bleiben. Wäre es nicht auch hier zielführend, noch mehr mit den Betroffenen bzw. ihren Bezugspersonen unterstützt durch zivilgesellschaftliche Akteure zu prüfen, ob ihre Vorstellungen und Präferenzen umgesetzt werden? Denn „die Messung von Lebensqualität ist keine Aufgabe staatlicher Akteure" (*Hoberg, Klie, Künzel 2013: 19).*

Letztlich geht es um die beteiligungsorientierte Erarbeitung eines Qualitätssicherungskonzeptes angepasst auf das individuelle Pflegewohnsetting der Sorgenden Gemeinschaft – also ob die von den Betroffenen selbst definierten Aspekte der Lebensqualität auch umgesetzt werden. Externe Qualitätsprüfung durch staatliche Ordnungsbehörden sollte sich im Care-Bereich (nicht pflegefachlichen Cure-Bereich) weniger auf die Einhaltung vorgegebener extern definierter fachlicher Standards konzentrieren, sondern prüfen, ob die Sorgende Gemeinschaft des Pflegewohnsettings unterstützt wurde, für ihr Pflegewohnsetting ein eigenes Qualitätssicherungskonzept für das Wohnen und die Alltagsgestaltung demokratisch zu entwickeln und umzusetzen Ein Vorschlag, wie ein solches Konzept aussehen könnte, liefern neuere Überlegungen zur Qualitätssicherung für – ambulante - neue Wohnformen für Pflegebedürftige:

Beteiligungsorientiertes Qualitätssicherungskonzept für neue Wohnformen

Der Gesetzgeber hat Anfang 2017 mit dem in Kraft getretenen Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI verpflichtet ein Konzept für die Qualitätssicherung in „neuen Wohnformen für Pflegebedürftige" – wie z.B. ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Ambulantisierte Einrichtungen, Verbundmodelle - entwickeln zu lassen. Das Konzept soll sich dabei auf Qualitätsanforderungen beziehen, die nicht bereits im Pflegeversicherungsgesetz oder in länderspezifischen Heimgesetzen für die ambulante bzw. stationäre Pflege geregelt sind. Im August 2017 wurden die *Universität Bremen*, das *Kuratorium Deutsche Altershilfe* und die *Prognos AG* durch den *„Qualitätsausschuss Pflege e.V."* beauftragt, ein solches Konzept zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu erarbeiten.

In neuen Wohnformen – die sich rechtlich zwischen Heim und Häuslichkeit bewegen – sind aufgrund der Verantwortlichkeiten andere Formen der Qualitätssicherung vor allem für die Gesamtsteuerung zu entwickeln. Während individuelle Pflegeleistungen auch in neuen Wohnformen den bestehenden Qualitätssicherungsverfahren nach § 113 SGB XI unterliegen, sind die Umsetzungsakteure für die Gesamtsteuerung selbst verantwortlich. Erbringen Profis diese Gesamtsteuerung, erhalten aber keine speziellen SGB XI Leistungsbausteine, können keine verbindlichen Vorgaben zur externen Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung für solche Leistungen in neuen Wohnformen vorgegeben werden. Die Qualitätssicherung für die Gesamtsteuerung kann nur freiwillig und individuell von den Akteuren selbst erfolgen durch interne Qualitätssicherung und ein individuelles Qualitätssicherungskonzept.

Bei Gewährung von SGB XI-Leistungsbausteinen für die Gesamtsteuerung (wie z.B. § 38 SGB XI) könnten Vorgaben über die Qualitätssicherung im SGB XI gemacht werden und eine externe Qualitätsprüfung erfolgen. Aufgrund der Selbstverantwortung der Umsetzungsakteure wurde jedoch auch hier vorgeschlagen, von extern definierten Qualitätsstandards, wie gesamtsteuernde Aufgaben erfolgen und geprüft werden sollen, abzusehen. Auch hier sollten die Umsetzungsverantwortlichen die Gelegenheit erhalten, gemeinsam für ihr Wohnsetting, das sie verantworten, ein **individuelles Qualitätssicherungskonzept** für die Gesamtsteuerung zu erarbeiten. Die gewährten Leistungen für die Gesamtsteuerung sollten dafür verwandt werden, die Umsetzungsverantwortlichen bei der gemeinsamen Entwicklung ihres individuellen Qualitätssicherungskonzeptes zu begleiten, durch:

- Information der Bewohnerschaft und ihrer An- und Zugehörigen
- Moderation der gemeinsamen Diskussion,
- schriftliche Darstellung des individuellen Qualitätssicherungskonzeptes
- Unterstützung bei der Entwicklung von individuellen Qualitätssicherungsverfahren.

Die externe Qualitätsprüfung solle sich nicht auf die Kontrolle, ob einzelne vorab und extern definierte Qualitätsanforderungen für die Gesamtsteuerung umgesetzt werden, konzentrieren, sondern auf die Kontrolle, ob der Prozess zur Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungssystems angestoßen und – bei einer Inanspruchnahme von SGB XI-Leitungen - entsprechend fachlich begleitet wurde.

Ein solches Konzept der Qualitätssicherung belässt die Akteure neuer Wohnformen in ihrer besonderen Verantwortungsrolle und eröffnet genügend Spielraum, je nach Besonderheit des eigenen Pflegewohnsettings und nach den individuellen Bedarfen der Bewohnerschaft, die Schwerpunkte bei der Qualitätssicherung passgenau zu definieren und in einem demokratischen Prozess gemeinsam abzustimmen. Zugleich erfahren die Bewohner solcher Wohnformen eine Begleitung und sichern damit die „gestützte Selbstverantwortung", die Wesenskern dieser Wohnform ist.

Quelle: Wolf-Ostemann, Kremer-Preiß, Hackmann 2019

5 Die Wohligkeit der Steinzeithöhle verlassen: Aus Funktionsstörungen Chancen machen!

Die Überlegungen zur Umsetzung von *Wohnen 6.0* haben deutlich gemacht: *Wohnen 6.0* erfordert für die einzelnen Akteure sich auf **neue Wege, neue Haltungen und neue Arbeitsprozesse einzulassen** und liebgewonnen Gewohnheiten zu verlassen. Um ungewohnte, neue Handlungsfelder zu bearbeiten, braucht das Gehirn nach den Erkenntnissen der Hirnforschung viel Energie. Das Gehirn belohnt daher jeden Schritt, der auf alten, ausgetretenen Pfaden gegangen wird mit der Ausschüttung von Gefühlen wie Sicherheit, Geborgenheit, Wohlbefinden also körpereigenen Wohlfühldrogen. „Und deswegen kämpfen die meisten Menschen nicht mit der Angst vor Neuem, sondern mit dem Verzicht auf den gewaltigen gehirneigenen Bonus, der bei gewohnheitskonformen Verhalten ausgeschüttet wird" *(Burchardt 2018:2)*. Doch Hirnstrukturen sind veränderbar und der Mensch ist Lebens lang lernfähig. Für *Wohnen 6.0* gilt es „die Emotionsreaktionen der Steinzeitprägung im Hinterkopf zu verlassen und Veränderungen als sinngebende Visionen in die Köpfe aller zu verankern so wie Raum und Zeit zu geben, sich mit dem Neuen auseinanderzusetzen" *(Burchardt 2018:2)*.

Die Akteure, die gewillt sind die „Wohligkeit der Steinzeithöhle" zu verlassen, alte Gewohnheiten zu hinterfragen und neue Wege für *Wohnen 6.0* zu beschreiten, brauchen aber auch förderliche **Rahmenbedingungen**:

- Zu den förderlichen Rahmenbedingen gehört zuvorderst **ordnungs- und leistungsrechtliche sowie leistungserbringungsrechtliche Strukturen zu schaffen, die die Demokratisierung von Sorgeleistung fördern** und nicht behindern. Neben mehr Flexibilität im Ordnungsrecht, um neue Wege leichter erproben zu können, wäre vor allem die Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsformen ein wichtiger Baustein. Ein sektorenfreier Modul- und Leistungskatalog für alle Leistungen (SGB XI und auch behandlungspflegerische Leistungen nach SGB V) unabhängig vom Ort der Leistungserbringung schafft die Basis für demokratischere Langzeitpflegewohnsettings. Es stellt der Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings anheim, das Leistungsgeschehen entlang der Grenzlinie „Wohnen" und „Pflegen/Betreuung" selbst zu gestalten (*Rothgang, Kalvitzki, Cordes 2019*). Die Sorgende Gemeinschaft des Langzeitpflegewohnsettings und nicht staatliche Aufsichtsbehörden bestimmen dann, ob *ihr* Wohnsetting mehr privat oder mehr professionell organisiert werden soll und wie der Mix aus formell und informell Pflegenden gestaltet sein soll. Für eine Übergangsphase könnte an der ordnungsrechtlichen Trennung von ambulant und stationär festgehalten werden – sozusagen für die demokratische Lernphase. Aber auch den in der Gesamtverantwortung bleibenden Trägern müssten dann mehr Flexibilität in der Leistungsgestaltung gewähren bzw. für sie müssten Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit sie diese ermöglichen können (z.B. Erleichterung bei der Umsetzung integrierter Versorgungsverträge). Langfristig sollten die Sektoren jedoch abgeschafft werden. Die damit verbundene stationäre Gewährleistungsverantwortung *eines* Trägers ist für demokrati-

schere Pflegewohnsettings nicht zielführend. Die Verantwortung sollte bei den Mitgliedern der Sorgenden Gemeinschaft des Pflegewohnsettings liegen, um „gestützte Selbstverantwortung" zu ermöglichen.

- Dies setzt weitere förderliche Rahmenbedingungen voraus. Es bedarf funktionsfähiger Gremien und Prozesse für die demokratischen Aushandlungsprozesse in Langzeitpflegewohnsettings. Dies wird ohne **fachliche Begleitung** der **demokratischen Prozesse** kaum gelingen. Mitwirkungsmöglichkeiten in stationären Einrichtungen scheitern nicht selten daran, dass nicht genügend fachliche Unterstützung für die Mitwirkungsgremien gewährt werden (*Klie et al. 2019*). Will man einen umfassenden Demokratisierungsprozess in der Langzeitpflege sichern, wird fachliche Begleitung und deren Finanzierung erforderlich sein. Dafür ist über mögliche Projektförderung hinaus langfristig eine Regelfinanzierung für das „Demokratie- bzw. Teilhabemanagement" notwendig. Förderlich wäre für Langzeitpflegewohnsettings, die sich im Sinne von *Wohnen 6.0* gezielt um die Umsetzung demokratischer Prozesse bemühen, einen separaten Leistungsbaustein einzuführen. Zu diskutieren wäre, den Leistungsbaustein § 38a SGB XI, der schon heute in ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften für allgemeine Koordinations- und Organisationsleistungen gewährt wird, hierfür zu erweitern. Die Gewährung solcher Leistungen könnte an eine gezielte Beratung oder Qualifizierung der Leistungsnehmer zur Demokratisierung der Sorgestrukturen gebunden werden, was der Demokratisierung der Sorgestrukturen einen Schub verleihen könnte.

- Zu den förderlichen Rahmenbedingungen gehört auch eine **demokratische Lernkultur für Langzeitpflegewohnsettings** anzuregen. Dazu gehört, die Demokratisierung der Sorgekultur stärker in den fachlichen (z.B. auch der Versorgungsforschung) aber auch bundes-, landes- und kommunalpolitischen Pflegereformdiskurs einzubringen. Ebenso bedarf es der Sammlung und Verbreitung von Ansätzen guter Praxis, wie Demokratie in Langzeitpflegewohnsettings besser gelingen kann. Auch in Qualifizierungsmaßnahmen insbesondere für Pflegeberufe sollte der Aspekt der Demokratisierung der Sorgekultur mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Ebenso könnten Förderpreise wie etwa „Demokratie in Langzeitpflegewohnsettings leben" die Auseinandersetzung mit diesem Thema beleben oder Popup-Labore, die vor Ort Einblick in Erfahrungen geben, die demokratische Expertise in die Fläche bringen. Neben Wissensvermittlung und Fähigkeitsentfaltung sollten bei der Entwicklung einer demokratischen Lernkultur auch motivationale und volitinale Aspekte berücksichtigt werden, denn neben demokratischen Fähigkeiten muss auch die Bereitschaft, demokratische Prozesse in Gang zu setzen, motiviert werden. Das KDA will mit *Wohnen 6.0* einen Beitrag leisten, den Diskurs und die Lernkultur für eine demokratischere Gestaltung der Langzeitpflegewohnsettings anregen.

Letztlich geht es jedoch nicht nur um eine stärkere Demokratisierung institutioneller Langzeitpflegesettings, sondern darum über eine stärke Demokratisierung im gesamten Sorgebereich nachzudenken – so wie es bereits in einzelnen Netzwerken wie z.B. „Care Revolution"[26] gefordert wird. Dies schließt auch ein, dass die Debatten um den Erhalt oder die Förderung der Demokratie in unserer Gesellschaft den bisher kaum diskutierten Zusammenhang von Sorge und Demokratie mehr in den Fokus rücken.

Sorgebedürftigkeit und Sorgeaufgaben werden nach wie vor häufig als individuelle Schicksale und familiäre Aufgaben behandelt. Sorgeaufgaben sind aber als gesellschaftliche Aufgaben und deshalb als von der Gesellschaft zu organisierende Aufgabe anzusehen. Nicht umsonst werden Sorgeleistungen um die Erziehung und Bildung der Kinder und Jugendlichen als gesellschaftliche Aufgabe betrachtet, deren gesellschaftlicher Beitrag fast frei vom Marktgeschehen organisiert und finanziert wird (siehe Kindergärten und Schulen). Wir müssen uns als Gesellschaft fragen, ob es

26 Das Netzwerk „Care Revolution" ist ein Zusammenschluss von über 80 Gruppen und Personen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, die in verschiedenen Feldern sozialer Reproduktion – Hausarbeit, Gesundheit, Pflege, Assistenz, Erziehung, Bildung, Wohnen – aktiv sind. Gemeinsam ist ihnen der Kampf gegen Lücken in der öffentlichen Daseinsvorsorge, die zu Überforderung und Zeitmangel führen. Langfristig streben sie neue Modelle von Sorge-Beziehungen und eine Care-Ökonomie an, die weniger die Marktorientierung , sondern die Bedürfnisse der Menschen ins Zentrum stellt (https://care-revolution.org/).

der richtige Weg ist, die Sorge um die Betreuung der alten und hilfebedürftigen Menschen privat und dominant über den Markt zu regeln, Menschen nach dem „Prinzip maximaler Rentabilität zu heilen, zu beraten oder zu pflegen" und „Pflegeheime zum Feld der Kapitalverwertung" zu machen *(Neumann, Winker 2018:158).* Wir müssen uns fragen, ob dieser Weg angesichts der zunehmenden Funktionsstörungen wirklich alternativlos ist – wie so häufig vermittelt wird.

Zumindest müssen wir die am Sorgegeschehen Beteiligten mehr fragen, wie der Weg sein soll. Nur die Umsorgten können sagen, ob ihre Bedürfnisse erfüllt sind und was gegebenenfalls geändert werden müsste, damit dies der Fall ist. Nur die entlohnt und nichtentlohnt Sorgenden können sagen, welche Rahmenbedingungen sie brauchen, um gut sorgen zu können. Gelingende Sorgebeziehungen sind ohne Entscheidungsteilhabe der Sorgebedürftigen und der Sorgenden kaum denkbar. Gelingende Sorgebeziehungen brauchen daher nicht nur bessere Rahmenbedingungen für Sorgearbeit, sondern es ist ebenso wichtig, den direkten Einfluss auf die je eigenen Sorgebeziehungen zu verbessern.

Aber „Demokratie ist eine schwer zu lernende Lebensform. Das gilt auch und gerade in Institutionen der stationären Langzeitpflege, die denkbar schlechte Voraussetzungen für klassische Demokratieformen mitbringt" (*Klie et al. 2019:65*). Kritiker fragen auch, ob die Demokratie angesichts der rasanten Veränderungen in der Welt überhaupt noch funktionieren kann und zweckmäßig ist mit ihren langwierigen und aufwendigen Beteiligungsprozessen. Doch Demokratie ist keine Frage eines zweckmäßigen Kosten-Nutzen-Kalküls, sondern ein grundsätzlicher moralischer Auftrag, „das Bekenntnis zu einer gerechten Gesellschaftsordnung, die die Freiheit und Gleichheit aller Menschen achtet" (*Leonard 2019. S.1*). Und dieser Auftrag gilt in besonderem Maße für hoch vulnerabel Menschen in Langzeitpflegewohnsettings:

„Die Demokratie ist keine Frage der Zweckmäßigkeit, sondern der Sittlichkeit" (Willy Brandt).

LITERATURVERZEICHNIS

Alberts, E. M. 2021: Es liegt nicht am Wollen, in CareTRIALOG 13. Mai 2021, o.O., https://www.caretrialog.de/elke-maria-alberts-es-liegt-nicht-am-wollen?fbclid=IwAR3EpoZJcUrfi6QGNw1QE5j2GD5YX-8rT3UqcaSV-4L-LeFefXxSdTQS8pk (Zugriff am 12.08.2021)

Alicke, T. (2013): Inklusion – Modebegriff oder grundlegender Paradigmenwandel? In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 64 (5), S. 243-254.

Altenheim (2021): Zeitschrift: Altenheim 12.5.2021: Scholz: Koalition einig über gemeinsames Vorgehen bei Pflegelöhnen, Vincenz Verlag.

Arendt, S. (2021): Pflegeheime in Deutschland: Immer mehr trostlose Architektur und gestalterischer Einheitsbrei, in: CareTRIALOG 22. Febr. 2021, o. O.

Arend, S. (2011): Ein Jahrzehnt Hausgemeinschaften in Deutschland. In: BFS-Info 3/2011, S. 13–16.

BAGSO Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (2021): Selbst- und Mitbestimmung in Pflegeheimen während der Corona-Pandemie, GERAS-Preis der BAGSO sucht gute Praxisbeispiele, Bonn.

Bank für Sozialwirtschaft (2021): Umfrage zu wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie, Dritte Erhebung für den Bereich Senioren- und Langzeitpflege (04-05/2021), Köln.

Barmer (2019): BARMER-Pflegereport 2019 Pressekonferenz der BARMER Berlin, 28. November 2019, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.barmer.de/blob/218316/1c91ce483fca32c2053b1b45fe6666c3/data/dl-digitale-pressemappe.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

BeneVit Gruppe (2018): Ambulante Individualität und stationäre Sicherheit vom Modell zur praktischen Umsetzung, Vortrag BAP Fachtag, o. O. Online abrufbar unter: https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BW/Fachtag_2018_2/Praesentation_Kaspar_Pfister.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Bertelsmann Stiftung (2021): Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege, Gütersloh https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/potenziale-sozialer-innovationen-in-der-ambulanten-langzeitpflege-all#0 (Zugriff am 12.08.2021)

Bertelmann Stiftung (2020): Impulspapier Pflege 4.0 in der internationalen Praxis, Gütersloh.

Bertelsmann Stiftung (2019): Langzeitpflege im Wandel Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung, Gütersloh. Online abrufbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Langzeitpflege_final.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Bertelsmann Stiftung (2017): Entwicklung der Altersarmut bis 2036 – Trends, Risikogruppen und Politikszenarien, Gütersloh. Online abrufbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/Entwicklung_der_Altersarmut_bis_2036.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Biallo, H. (2020): Wie hoch sind die Nebenkosten? Ratgeber Baufinanzierung, 11.8.2020, o. O. Online abrufbar unter: https://www.biallo.de/baufinanzierung/ratgeber/nebenkosten-wohnung/ (Zugriff am 12.08.2021)

BIVA Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (2018): Mitwirkung im Heim, Bonn. Online abrufbar unter: https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Mitwirkung-im-Heim.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Bogumil, J., Holtkamp, L. 2002: Bürgerkommune konkret – Vom Leitbild zur Umsetzung – Leitbild für die kommunale Praxis erstellt für den Arbeitskreis Bürgergesellschaft und Aktivierende Stadt der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, https://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/01431.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

BA Bundesagentur für Arbeit (2021): 07.05.2021 | Presseinfo Nr. 19: Mehr Beschäftigte in der Alten- und Gesundheitspflege, Nürnberg. Online abrufbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/presse/2021-19-tag-der-pflege-mehr-beschaeftigte-in-pflegeberufen (Zugriff am 12.08.2021)

Burchhard, U. (2017): Umgesetzt wird vor Ort: Die Rolle der Zivilgesellschaft bei der Umsetzung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie und der Nachhaltigkeitsstrategien der Länder, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.nachhaltigkeitsrat.de/wp-content/uploads/2018/03/Impulsvortrag_Ulla_Burchardt_RENNtage_Berlin_2017.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

BMFFSJ Bundesfamilienministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (2016): Freiwilligen Engagement in Deutschland, Zusammenfassung zentraler Ergebnisse des Vierten Deutschen Freiwilligensurveys, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.bmfsfj.de/blob/113702/53d7fdc57ed97e4124fffecoef5562a1/vierter-freiwilligensurvey-monitor-data.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

BMG Bundesgesundheitsministerium (2021): Siebter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin/Bonn. Online abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf

BMG Bundesgesundheitsministerium (2019): Konzertierte Aktion Pflege: Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin/Bonn. Online abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html (Zugriff am 12.08.2021)

BMG Bundesgesundheitsministerium (2018): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen, Bremen/Berlin. Online abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Bösch, P. (2021): Demokratische Unternehmen sind im Trend, Luzern. Online abrufbar unter:https://hub.hslu.ch/management-and-law/2019/07/03/demokratische-unternehmen-sind-im-trend/ (Zugriff am 12.08.2021)

Brandenburg, H., Lörsch, M., Bauer, J., Ohnesorg, B., Grebe, Chr. (2021): Organisationskultur und Quartiersöffnung in der stationären Altenhilfe, Vallendar: Springer VS.

Buurtzorg-Deutschland (2021): Weniger Bürokratie, Mehr Zeit, o. O. Online abrufbar unter: https://www.buurtzorg-deutschland.de/ueber-uns/ (Zugriff am 12.08.2021)

CAREkonkret (2020): Stambulante Hausgemeinschaft: Ruf nach bundesweiter Umsetzung wird immer lauter - Kommt jetzt der Durchbruch?, Wochenausgabe 48 / 27.11.2020, Hannover.

CareTrialog (2021): Kommunikation in der Pflege, sich selbst organisierende Teams und die Vorteile digitaler Vernetzung, 26. Febr. 2021. Online abrufbar unter: https://www.caretrialog.de/kommunikation-in-der-pflege-sich-selbst-organisierende-teams-und-die-vorteile-digitaler-vernetzung (Zugriff am 12.08.2021)

Chiu CC, Owens BP, Tesluk PE (2016): Initiating and utilizing shared leadership in teams: the role of leaderhumility, team proactive personality, and team performance capability. Journal of Applied Psychology 101: S. 1705–1720.

Christiansen, M. (2019): Arbeitsorganisation und Führungskultur, in: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Antje Schwinger (Hrsg.) 2019: Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin.

DAK Deutsche Angestellten Krankenkasse (2019): DAK-Pflegereport – 25 Jahre Pflegeversicherung Kosten der Pflege | Bilanz und Reformbedarf, Freiburg, Berlin, Tutzingen. Online abrufbar unter: https://www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-pflegereport-2019-2159018.html#/ (Zugriff am 12.08.2021)

Deutscher Bundestag (2021): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 9.6.2021, Drucksache 19/30550, Berlin. Online abrufbar unter: https://dserver.bundestag.de/btd/19/305/1930550.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Online abrufbar unter: https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-525400088cada (Zugriff am 12.08.2021)

Deutsche Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung (2021): Start der zweiten Phase der Neuen Europäischen Bauhaus-Initiative, in: EU-Info Okt. 2021, S.3ff

Destatis Statistische Bundesamt (2021a): Höhere Löhne bei Pflegefachkräften, in: Zeitschrift Altenheim 11/5/2021, Hannover: Vincenz Verlag.

Destatis Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversi-

cherung, Deutschlandergebnisse 2017, Wiesbaden. Online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 12.08.2021)

De Vries, B. (2021): Neue Ideen fürs Wohnen der Zukunft, in: Magazin-Samariter-Stiftung 19/2021. Online abrufbar unter: https://magazin.samariterstiftung.de/2021_19/#8d

Dörner, K. (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus Verlag.

Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" (2002): Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft.

Deutscher Bundestag – 2002, Berlin.

Eisenhardt, P. (2012): Der Einfluss der Personalmanagements auf den Unternehmenserfolg. Eine theoriegeleitete empirische Analyse. Heidelberg: Springer Gabler.

Engel, A. (2016): „Gemeinsam einsam?"– das soziale Netzwerk als Ressource bei der unterstützten Entscheidungsfindung". In: BtPrax, 2016 (5), S. 172–176

Engelfried, U. (2017): Entscheidungsfindung zwischen Betreuungsrecht und UN-Behindertenrechtskonvention Erforschung des mutmaßlichen Willens von Klient/innen. In: Kompass. Fachzeitschrift für Betreuungsmanagement, 6.Jg., 2017 (1), S. 8–11

EUTB Fachstelle ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (2021): Partizipation, o. O. Online abrufbar unter: https://www.teilhabeberatung.de/woerterbuch/partizipation (Zugriff am 12.08.2021)

Evangelisches Johanneswerk (2021): Pflege stationär – Weiterdenken, Präsentationsbeitrag zur Altenheim EXPO 2021 am 26.10.2021 in Berlin, Bielefeld

Evers, A.; Rauch, U.; Stitz, U. (2002): Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen: hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienst-leistungen. Berlin: Ed. Sigma.

Fleischer, T. (2013): Einführung der Wohnform Hausgemeinschaft in der stationären Altenpflege Mitarbeiterbeteiligung bei organisatorischen Veränderungsprozessen, o. O.

Gangl, K (Hrsg.) (2011): Themenkompass Älterwerden in Deutschland. Aktuelle Bevölkerungsbefragung; Markttrends, mit Technik länger selbständig; Wohnen im Alter, Sicherheit hat Priorität; Assistenzsysteme, im Alltag unterstützen, Frankfurt/Main.

GKV-Spitzenverband der Krankenkassen (2018): Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI, Die Projekte, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/20181008_Reader_Pflege-modellprojekte_barrierefrei.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

GKV-Spitzenverband der Krankenkassen (2019): Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Pflege_Endbericht_Wohnformen_45_28.02.2019.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Giefing-Kröll C., Grubeck-Löwenstein B. (2019): Improving health in later life: how a life course approach could improve health and well-being in old age. In: Walker A (Hrsg): The future of ageing in Europe – making an asset of longevity. Palgrave Macmillan, Singapore, S. 177–215.

Görres, S., Hasseler, M., Mittnacht, B. (2008): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten, im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V., Bremen.

Goffman, E. (1973): Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/ Main.

GWS Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH (2016): Struktur des Pflegemarktes in Deutschland und Potentiale seiner Entwicklung – Kurzfassung der Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, Osnabrück. Online abrufbar unter: https://www.gws-os.com/discussionpapers/Kurzfassung_ProjNr_019_16.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Habermas, J. (1996): Drei normative Modelle der Demokratie, in: ders.: Die Einbeziehung des Anderen, Frankfurt am Main, S, 277 -292

Hackler, D. (2014): Grußwort des Bundesfamilienministeriums zur ISS Dialog Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen – Dokumentation, Frankfurt, S. 7ff.

Häffner, H. (2003): Die Inquisition der psychisch Kranken geht ihrem Ende entgegen. Die Geschichte der Psychiatrie-Enquete und Psychiatriereform in Deutschland. In: Franz-Werner Kersting (Hrsg.): Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Schöningh, Paderborn, S. 113–140.

Hämel, K. (2010): Öffnung und Engagement – Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung, Gießen: Springer VS, S. 54. Online abrufbar unter: http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2010/7834/pdf/HaemelKerstin_2010_10_28.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Hartung, Susanne (2012): Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: Rosenbrock, Rolf/ Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipa-tion und Gesundheit. Verlag Hans Huber Bern.

Heiden, G. (2014): „Nichts über uns ohne uns!"-- Von der Alibi-Beteiligung zur Mitentscheidung! Eine Handreichung zur Umsetzung des Gebotes der „Partizipation" der UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin.

Heil, H. (2018): Traumhaus Altenheim – Ein Senioren- oder Pflegeheim muss kein Albtraum sein, wenn alternative Modelle wie Genossenschaften profitorientierte Investoren ablösen würden, in: taz- 8.11.2018, Berlin. Online abrufbar unter: http://www.nw3.de/attachments/article/115/Nichts%20%C3%BCber%20uns%20ohne%20uns%20-%20Von%20der%20Alibi-Beteiligung%20zur%20Mitentscheidung!.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Heimerl., K. 2015: Pflegeheime als „Caring Institutions", in: Kojer, M, Schidl, M. 2015: Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis -Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen, Heidelberg Wiesbaden, S. 275ff https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-7091-1851-1_26 (Zugriff am 12.08.2021)

Hillebrecht, M. (2020): Das Altenheim – Vergangenheit Gegenwart und Zukunft einer sozialen Fürsorgeinstitution, in: S. Stadelbacher und W. Schneider (Hrsg.) (2020): Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s, S. 318ff. Online abrufbar unter: https://www.springerprofessional.de/das-altenheim-vergangenheit-gegenwart-und-zukunft-einer-sozialen/18011524 (Zugriff am 12.08.2021)

Hoberg, R.; Klie, Th., Künzel, G. (2013): Strukturreform PFLEGE und TEILHABE. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. Freiburg im Breisgau. Online abrufbar unter: http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Hoffmann, A., Klie, T. (1999): Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Langzeitpflege: Ein klientenbezogener Ansatz aus Kanada Paperback, Freiburg.

Hummel, K. (1986a): Neue Wege der Heimversorgung – die offene Institution als Praxis gemeinwesenorientierter Arbeit. In: Artikus, S.; Karolus, S. (Hrsg.): Altenhilfe im Umbruch. Frankfurt/M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 144-227.

Hummel, K. (1986b): Das gemeinwesenorientierte Konzept der Altenarbeit. In: Hummel, K.; Steiner-Hummel, I. (Hrsg.): Wege aus der Zitadelle: gemeinwesenorientierte Konzepte in der Altenpflege. Hannover: Vincentz, S. 1-72.

IAQ Institut für Arbeit und Qualifikation (Universität Duisburg) (2019): Empfänger von Hilfe zur Pflege 1992-2019, in: Sozialpolitik-aktuell, Duisburg. Online abrufbar unter: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Sozialstaat/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIII55.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Ideal 12 (2017): Handbuch von guten und vielversprechenden praktischen Vorgängen, Inklusiver Weiterbildungskurs zum Artikel 12, UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, o.O. https://www.idea12.eu/res/archive/001/000230.pdf?seek=1537175126. (Zugriff am 12.08.2021)

IEGS Institut 2019: Handlungsempfehlungen zur Altenhilfeplanung, Berlin

Institut der Deutschen Wirtschaft (2019): Pflegeheimkosten und Eigenanteile, IW-Report 2019, Köln. Online abrufbar unter: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2019/IW-Report_2019_Pflegeheimkosten-und-Eigenanteile.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Institut der Deutschen Wirtschaft (2018): Pflegenotstand: So viele Fachkräfte fehlen wirklich, Köln. Online abrufbar unter: https://www.iwkoeln.de/presse/presseveranstaltungen/beitrag/susanna-kochskaemper-so-viele-fachkraefte-fehlen-wirklich.html (Zugriff am 12.08.2021)

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gemeinnützige GmbH (ism gGmbH) (2008): Qualitätssicherungsverbund stationärer Pflegeeinrichtungen im Landkreis Heilbronn – QSV, Mainz.

ISS Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (2014): Fachgespräch am 16. Dezember 2013, Frankfurt am Main -Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen -Dokumentation, ISS-Aktuell 3/2014, Frankfurt am Main.

Jacobs K, Kuhlmey A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.) (2021): Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen; Springer-Verlag (Berlin Heidelberg).

Kaiser, G. (2008): Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft – Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln (Reihe Architektur und Gerontologie Band 5).

Kitwood, T. (2008): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Aus dem Englischen von Michael Herrmann. 5. ergänzte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto u. a.: Verlag Hans Huber. Online abrufbar unter: http://www.worldcat.org/oclc/226293099 (Zugriff am 12.08.2021)

Klie, T. (2019): Pflegereport 2019 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf, Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Klie, T. (2014): Caring Community – leitbildfähiger Begriff für eine generationenübergreifende Sorgekultur?, in: ISS Aktuell 3/2014, Frankfurt, S. 11ff. Online abrufbar unter: https://www.iss-ffm.de/fileadmin/assets/veroeffentlichungen/downloads/Sorgende_Gemeinschaften_-_Vom_Leitbild_zu_Handlungsans_auml_tzen.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Klie, T. (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München.

Klie, T./Arend, K. (Hrsg.) (2018): Arbeitsplatz Langzeitpflege. Schlüsselfaktor Personalarbeit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Klie, T., Hoch, H., Pfundstein, T. (2008): Bela – Bürgerschaftliche Engagement für Lebensqualität im Alter, Freiburg.

Klie, T., Ranft, M., Szepan, N-M. (2021): ECK-PUNKTE Strukturreform Pflege und Teilhabe II - Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik – Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Hrsg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.eh-freiburg.de/wp-content/uploads/2021/03/2021_Klie_Ranft_Szepan_Strukturreform_Pflege-und-Teilhabe-II_short.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Klie, T., Rischard, P., Wernicke F., Pfeil, J. (2019): Aufgaben, Rechte und Möglichkeiten der Weiterentwicklung von Bewohner*innenvertretungen – Gutachten im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Freiburg, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_Veranstaltungen/Gutachten%20Prof.%20Thomas%20Klie.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Klie, T., Heislbetz, C., Schuhmacher, B., Keilhauer, A., Rischard, P., Bruker, C. (2017): Ambulant betreute Wohngruppen – Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen – Abschlussbericht, Bonn/Freiburg.

Klie, T.; Rischard, P.; Ziller, H. (2017a): Evaluation des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG). Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von Charlyn Gädckens, Eva-Maria Sauter und Nikolaj Boggild. Hrsg. v. AGP Sozialforschung. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg (BGV); Kienbaum Consultants International GmbH. Freiburg.

Klie, T. /Arend, W. (Hrsg.) (2018): Arbeitsplatz Langzeitpflege. Schlüsselfaktor Personalarbeit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Koselleck, R. (1982): Krise. In: Otto Brunner, Werner Conze, Reinhart Koselleck (Hrsg.): Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland. Band 3, Klett-Cotta, Stuttgart, S. 617–650.

Kremer-Preiß, U., Mehner, T. (2018): DHW-Quartiers-Monitoring – Langzeitstudie zu den geförderten Quartierprojekten des DHW 2012-2018, Heidelberg.

Kremer-Preiß, U., Mehnert, T., Klemm, B. (2018): Betreutes Seniorenwohnen - Entwicklungsstand und Anforderungen an eine zukunftsgerechte Weiterentwicklung. Ergebnisse einer

empirischen Studie, Heidelberg: medhochzwei Verlag.
Krohwinkel, M. (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern.
Kruse, A. (2017): Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife, Berlin, Heidelberg: Springer.
Kruse, A. (2018): Überlegungen zu den Verantwortungsbezügen und Sorgeformen älterer Menschen und der Bedeutung kommunaler Sorgestrukturen in: EAfA 2018: Sorgende Gemeinde werden – ein Auftrag und ein Anliegen, Werkheft, Hannover, http://www.krueger-pressebuero.de/wp-content/uploads/2018/03/Werkheft_Sorgende_Gemeinde_werden.pdf
Kruse, A. (2005): Selbstständigkeit, bewusst angenommen Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethnischen Betrachtung des Alters. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (4), S. 273–287.
Kuhlmey, A., Blüher, S. (2014): Demografische Entwicklung in Deutschland – Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung. In: Handbuch Pflegewissenschaft. Hrsg. v. D. Schaeffer und K. Wingenfeld, 185–198. Weinheim: Beltz Juventa.
Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2005): Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft, Köln. Online abrufbar unter: http://www.infaqt.de/media/files/nrw_vom_pflegeheim_zur_hausgemeinschaft.pdf (Zugriff am 12.08.2021)
Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2013): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Leonard, J. v. (2019): Keine Frage der Zweckmäßigkeit, o.O, https://www.demokratiegeschichten.de/keine-frage-der-zweckmaessigkeit/ (Zugriff am 12.08.2021)
Likert, R. (1972). Neue Ansätze der Unternehmungsführung. Bern/Stuttgart: Paul Haupt.
Lösch, B. (2011): Keine Demokratie ohne Partizipation. Aktive Bürgerinnen und Bürger als Ziel der politischen Bildung, in: Widmaier, Benedikt (Hrsg.): Partizipation als Bildungsziel. Politische Aktion in der politischen Bildung. Schwalbach: Wochenschau Verl. (2011) S. 111-124.

Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden Sozialleistungs- und Jobcenter und Amt für Soziale Arbeit 2021: Ältere Menschen in Wiesbaden 2020 Entwicklungen, Bedarfe und Angebote, Wiesbaden
Markewitz, S. 2005: Was ist Community Organizing ? Eine besondere Art der Selbstorganisation von Menschen, o.O., https://www.stadtteilarbeit.de/lernprogramm-stadtteilarbeit/hauptseiten/community-organizing-co
MDK - Medizinische Dienst der Krankenversicherung (2007): Qualitätsprüfungen in Einrichtungen, in: Hämel, K. (2012): Öffnung und Engagement – Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung, Gießen: Springer VS.
Meints-Stender, W. (2020): Ohne Angst verschieden sein – politische Partizipation als Kritik, in: HephataMagazin 55 l November 2020, o.O.
Mingot, K.; Ritter, J.; Stiehr, K. (2007): Forschungsprojekt. „Evaluation der Heimmitwirkung". Institut für Soziale Infrastruktur.

Neuhäuser, Chr. (2013): Amartya Sen zur Einführung. Junius Verlag, Hamburg.
Neumann, Matthias; Gabriele Winker (2018): Solidarische Gesellschaft als Ziel – Care Revolution als Strategie. In: Neupert-Doppler, Alexander: Konkrete Utopien. Stuttgart.
Netzwerk SONG – Soziales neu gestalten SONG (2007): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden – Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen – Lokale Vernetzung und Kooperation, Gütersloh.

Oswald, F., Mollenkopf, H., Wahl, H.-W. (2003): Wohnwünsche und Wohnwirklichkeit – Belastungen, Chancen und Perspektiven selbstständigen Lebens im Alter, Heidelberg.

Prchal, K., Ortmann, K.-H. (2020): Unterstützte Entscheidungsfindung. Ein Konzept zur Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Klient*innen, Forum Sozialarbeit 3/2020, S. 28 ff https://www.researchgate.net/publication/342698965_Unterstutzte_Entscheidungsfindung_Ein_Konzept_zur_Forderung_der_Selbstbestimmung_und_Teilhabe_von_Klientinnen (Zugriff 18.10.2021)

Renafan (2021): Das erste Altenheim, Glossar, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.renafan.de/glossar/a/altenheim

Ritter, J.; Markus, K.; Stiehr, K.(2005a): Befragung von Heimbeiräten zum Entwicklungsbedarf von Unterstützungsstrukturen bei der Ausübung von Mitwirkungsrechten. Institut für Soziale Infrastruktur.

Roder, A. (2016): Besorgung von Selbstsorgekompetenz. In: Kompass. Fachzeitschrift für Betreuungsmanagement, 2016 (2), S. 18–23.

Roß, P.-S. (2017): Alles im Wandel – im Engagement alles beim alten?!, Stuttgart, https://www.ehrenamt-verbindet.de/wpD4/wp-content/uploads/2017/04/Engagment-4-0_KISS.pdf (Zugriff 18.10.2021)

Rothgang, H. (2020): Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM), Abschlussbericht, Bremen. Online abrufbar unter: https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Roß, Paul-Stefan; Klie, Thomas (2002): Mehr Demokratie wagen. Bürgerschaftliches Engagement und Soziale Kommunalpolitik.

Rothgang, H., Kalvitzkiy, T. (2018): Ziele des Pflegeversicherungsgesetztes, Bremen. Online abrufbar unter: https://www.google.com/search?q=Rothgang/Kalvitzkiy++Ziele+des+Pflege-Versicherungsgesetzes,&client=firefox-b-d&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=a8eujyHdcOOVdM%253A%252CR77ZDDObrk8CZM%252C_&vet=1&usg=AI4_-kQ-8KTrIvGTS6C7GLx-lukmRaZ-fGA&sa=X&ved=2ahUKEwjm276fqb3pAhXFC-wKHRrXAaIQ9QEwCHoECAkQBQ#imgrc=a8eujyHdcOOVdM (Zugriff am 12.08.2021)

Rothgang, H., Kalvitzki, T., Cordes, J. (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, 2. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform, Bremen. Online abrufbar unter: https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/2._Gutachten_AAPV_-_Kurzfassung.pdf (Zugriff am 12.08.2021)

Rott, C., d'Heureuse, V., Schönemann, P., Kliegel, M., & Martin, P. (2001): Heidelberger Hundertjährigen-Studie (Forschungsbericht Nr. 9). Heidelberg: Deutsches Zentrum für Alternsforschung.

Saheb, A. (2016). Arbeiten ohne Chef und Hierarchie. NZZ online. Online abrufbar unter: https://www.nzz.ch/wirtschaft/unternehmen/neue-firmenorganisation-arbeiten-ohne-chef-und-hierarchie-ld.11539 (Zugriff am 12.08.2021)

Saup, W. (1993): Alter und Umwelt, Stuttgart: Kohlhammer.

Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H., Meleis, A. (2008): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern.

Schmidt, M. G. (2004): *Partizipatorische Demokratie.* In: ders.: *Wörterbuch zur Politik* (= *Kröners Taschenausgabe.* Band 404). 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Kröner, Stuttgart, S. 524.

Schneider M., Besser J., Zerth J. (2017): Individualisierung durch Digitalisierung am Beispiel der stationären Pflegeversorgung – Organisations- und informationsökonomische Aspekte. In: Pfannstiel MA, Da-Cruz P., Mehlich H. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I. Springer Gabler, Wiesbaden, S. 205–226.

Schirmer U., Woydt S. (2016): Mitarbeiterführung, 3. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg.

Schönwiese, V. (2013): Thesen zur UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und die Perspektive der De-Institutionalisierung, o. O. Online abrufbar unter: http://bidok.uibk.ac.at/library/schoenwiese-thesen.html (Zugriff am 12.08.2021)

Schmuhl, H.-W., Winkler, U. 2018:Wege aus dem Abseits - Der Wandel der Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung in den letzten sechzig Jahren (1958–2018, hrsg. Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., Marburg https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Shop/Buecher/Langfassung_Wege_aus_dem_Abseits_A4-komplett.pdf

Schulz-Nieswandt, F. (2021): Der alte Mensch als Verschlusssache: Corona und die Verdichtung der Kasernierung, Wetzlar.

Schulz-Nieswandt, F. (2020): Der Mensch als Keimträger - Hygieneangst und Hospitalisierung des normalen Wohnens im Pflegeheim, Bielefeld

Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., Langenhorst, F., Marks, H. (2012): Neue Wohnformen im Alter –Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser, Stuttgart.

Schulz-Nieswandt, F. (2013): Der leidende Mensch in der Gemeinde als Hilfs- und Rechts genossenschaft. Berlin.

Schumpeter, J. A. (1975): Capitalism, Socialism and Democracy. New York: Harper. [orig. pub. 1942]
Schmuhl, H.-W., Winkler, U. 2018:Wege aus dem Abseits - Der Wandel der Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung in den letzten sechzig Jahren (1958–2018, hrsg. Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., Marburg https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Shop/Buecher/Langfassung_Wege_aus_dem_Abseits_A4-komplett.pdf
Schwinger, A. (2021): Pflegereport 2021, Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2021/pflege-report-2021/er
Specht, F. (2020): Alterssicherungsbericht - Wie wohlhabend sind Deutschlands Ruheständler? – Die wichtigsten Fragen und Antworten, im Handelsblatt 6.11.2020, o. O. Online abrufbar unter: https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/alterssicherungsbericht-wie-wohlhabend-sind-deutschlands-ruhestaendler-die-wichtigsten-fragen-und-antworten/26596138.html?ticket=ST-4000976-CR3ynxsRbZ6l-sOTCDKyc-ap6 (Zugriff am 12.08.2021)
Sowinski, Ch., Gergana, I. (2014): Stationäre Langzeitpflege. In Handbuch Pflegewissenschaft. Hrsg. D. Schaeffer und K. Wingenfeld, 531–542. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
Statista (2020): Pflege in Deutschland – Zahlen und Statistiken, Hamburg. Online abrufbar unter: https://de.statista.com/themen/785/pflege-in-deutschland/ (Zugriff am 12.08.2021)
Steiner, G. (1999): Selbstbestimmung und Assistenz, in: in: Gemeinsam leben - Zeitschrift für integrative Erziehung Nr. 3-99, Neuwied, S.28ff

Terragon (2019): Versorgungssituation mit Betreuten Wohnungen in Nordrhein-Westfalen, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.terragon-ag.de/wp-content/uploads/2019/11/20191127_Studie_NRW_FINAL.pdf (Zugriff am 12.08.2021)
Thimm, W. (1990): Das Normalisierungsprinzip – eine Einführung, Kliene Schriftenriehe, Bd. 4, 4. Auflage, Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.

VDEK (2019): SPV Finanzierung der vollstationären Pflege 1. Juli 2019, Berlin.
VDEK (2021): Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege, o. O. Online abrufbar unter: https://www.vdek.com/LVen/SHS/Presse/Pressemitteilungen/2021/Eigenanteil-in-stationaeren-Pflegeeinrichtungen-gestiegen.html (Zugriff am 12.08.2021)
Vester, W. (2012): Partizipation, sozialer Status und Milieus. In: Rosenbrock, Rolf/ Hartung, Susanne (Hrsg.): In: Handbuch Partizipation und Gesundheit Verlag Hans Huber, Bern.
Vieth, W. (1986): Krise des Sozialstaats -Krise der Sozialarbeit? Herausforderung durch veränderte Rahmenbedingungen. In: Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete (5), S. 184–189.

Wansing, G. (2013): Der Inklusionsbegriff zwischen normativer Programmatik und kritischer Perspektive. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 3 2013, S. 96 – 127.
WHO Weltgesundheitsorganisation (2001): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzdarstellung, New York.
WHO Weltgesundheitsorganisation (2002): Aktiv Altern - Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, Madrid. Online abrufbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf;jsessionid=151C22FE05952CD7A222BDB685D25973?sequence=2 (Zugriff am 12.08.2021)
Wingenfeld, K. (2014): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In Handbuch Pflegewissenschaft, Hrsg. D. Schaeffer und K. Wingenfeld, 263–290. Weinheim und München: Beltz Juventa.
Winker, G. (2015): Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft. Bielefeld
Wohnkonzepte Schneider gGmbH (2018): Kölner Modell - Perspektiven und Unterstützungsstrukturen für Wohngemeinschaften mit Auftraggebergemeinschaft, Berlin. Online abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_a/Projektinformation_Wohnkonzepte_Schneider_gGmbH.pdf (Zugriff am 12.08.2021)
WOGA (2021) Genossenschaftsporträts – WoGA Pfullendorf eG bietet neue Lösungsansätze für die Pflege, o. O. Online abrufbar unter: https://www.wir-leben-genossenschaft.de/de/woga-pfullendorf-eg-bietet-neue-loesungs-

ansaetze-fuer-die-pflege-347.htm (Zugriff am 12.08.2021)
Wolf-Ostemann, K. , Kremer-Preiß, U., Hackmann, T. (2019): Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI, Bremen, Köln, Freiburg https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/04/20190117-Abschlussbericht-neue-Wohnformen.pdf
Wozniak, Dagmara (2011): Adaptationsprozesse im Alter. Die Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter. Inauguraldissertation. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg. Online abrufbar unter: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/12170/1/wozniak_dissertation_final_online.pdf
Zeit-Online (2019): Mehr als die Hälfte der Pflegeheime haben offene Stellen, 10. Febr. 2019, Hamburg. Online abrufbar unter: https://www.zeit.de/wirtschaft/2019-02/personalmangel-pflege-pflegeheim-gehaltserhoehung-umfrage (Zugriff am 12.08.2021)
Zeit-Online (2019a): Von 4 bis 17 Euro: So teuer ist Wohnen in Deutschland wirklich, 25. Nov. 2019. Online abrufbar unter: https://www.zeit.de/wirtschaft/2019-11/mietpreise-steigerung-mietspiegel-wohnungsnot-gemeinden (Zugriff am 12.08.2021)
Zimmer, A. (2012): Verschiedene Dimensionen der Zivilgesellschaft. In: Bundeszentrale für politische Bildung Dossier- Deutsche Verhältnisse – eine Sozialkunde, vom 31.5.2012. Online abrufbar unter: https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138713/dimensionen (Zugriff am 12.08.2021)
Zippelius, R. (2003): Wege und Irrwege zur Gerechtigkeit. Akademieabhandlung, Mainz.