

7. Schlussbetrachtung und Ausblick

In diesem abschließenden Kapitel werden die zentralen empirischen Ergebnissen der STAP-Studie mit Fokus auf die fördernden Faktoren selbstbestimmter Teilhabe resümiert, ein Ausblick zu dem darauf aufbauenden Musterrahmenkonzept vermittelt sowie Empfehlungen an die Politik und weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf festgehalten.

7.1. Fördernde Faktoren selbstbestimmter Teilhabe in Altenpflegeeinrichtungen

Die leitenden Fragestellungen im Rahmen des Projektes STAP lauteten: (1.) Wie können Wünsche und Bedürfnisse von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe innerhalb und außerhalb der Einrichtung festgestellt und berücksichtigt werden? (2.) Wie kann auf dieser Basis das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe dieser Bewohner*innen praktisch verwirklicht und dessen Umsetzung überprüft werden? An diesen beiden Fragen hat sich STAP im Rahmen der empirischen Analysen übergeordnet orientiert, wie in den jeweiligen Untersuchungsbausteinen angeführt – von der Literaturrecherche zum Forschungsstand, über die Wahl der Forschungsmethoden, der Gestaltung der Erhebungsinstrumente und Auswertungskategorien bis zur Einordnung der Forschungsergebnisse.

Im Rahmen der STAP-Studie konnte auf Grundlage eines explorativ ausgerichteten und sequenziell aufgebauten Mixed-Methods-Designs – auch in Anschluss an bislang vorhandene theoretisch-konzeptionelle Überlegungen (Garms-Homolová & Theiss, 2009b, S. 190) – empirisch fundiert und ausdifferenzierend beleuchtet werden, dass die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen potenziell von einer Vielzahl von Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen abhängig ist, die sich gegenseitig beeinflussen und deren konkrete Bedeutung personen- und kontextgebunden variieren kann. Diese Vielschichtigkeit ist insofern wenig verwunderlich, weil eine Verwirklichung von Teilhabe nach dem Prinzip der Selbstbestimmung an und für sich mit Bedingungen und Voraussetzungen verbunden ist, die sich individuell – bei den Bewohner*innen, den Mitarbeiter*innen und in der jeweiligen Einrichtung sowie deren Umfeld – unterscheiden (können) und in Wechselbezie-

hung zueinander stehen. Prozesse der Teilhabeförderung sind demnach prinzipiell von Komplexität, Individualität und Offenheit gekennzeichnet, die sich der Logik verallgemeinerbarer linearer Kausalzusammenhänge entziehen und somit typischerweise auch mit dem Begriff des „Technologiedefizits“ (Luhmann & Schorr, 1982; Spiegel, 2013) verbunden werden können. In diesem Sinne ist das auf die Verwirklichung von selbstbestimmter Teilhabe bezogene professionelle Handeln in Altenpflegeeinrichtungen also potenziell so vielschichtig, dass sich die finalen Zusammenhänge zwischen Vorgehensweisen und Ergebnissen nicht durchgängig planmäßig herstellen oder wiederholen lassen (Spiegel, 2013, S. 31).

Vor diesem Hintergrund lässt sich nachvollziehen, dass die Ergebnisse von STAP nicht auf einem theoretischen Modell basieren, das kausale Verbindungen zwischen einzelnen, wenigen Faktoren herstellt. Demgegenüber markieren die empirischen Ergebnisse von STAP einerseits – mit dem Blick auf die Äußerung, Erfassung, Berücksichtigung und Verwirklichung von Bewohner*innenwünschen zur Teilhabe – einen zentralen Ausgangspunkt und Kernprozess der Teilhabeförderung sowie andererseits – mit Bezug auf die Ebenen der Bewohner*innen, Mitarbeitenden sowie Einrichtungsstrukturen und -prozesse – ein elaboriertes Set an Erklärungsfaktoren für eine gelingende Umsetzung selbstbestimmter Teilhabe von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen.

Mit einer anwendungsorientierten Zielsetzung erfolgte die Forschung einerseits mittels des qualitativen Zugangs primär aussagenorientiert und inhaltsanalytisch in entsprechender Breite der identifizierten Inhalte, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Andererseits wurden der Kernprozess und die identifizierten Faktoren aber in ihrer Relevanz – und ihrer Breite – sowohl durch den quantitativen Zugang als auch durch ergänzende Formate der Validierung (z. B. über Lernworkshops mit den Projekteinrichtungen, Projektgremien, trägerübergreifende Fokusgruppen, eine Jahrestagung von Bewohner*innenbeiräten sowie Fachtagungen mit Praktiker*innen und Wissenschaftler*innen) multimethodisch und mehrperspektivisch ausdrücklich bestätigt. Eine Übersicht zu den über diese Zugänge als relevant identifizierten Ergebnisbereichen bietet nun die folgende Abbildung.



Abbildung 18: Kernprozess sowie Faktoren zur Förderung selbstbestimmter Teilhabe

Im Zentrum der Abbildung stehen die beiden wesentlichen Phasen im Prozess zur Förderung selbstbestimmter Teilhabe, die bei aller Komplexität, Individualität und Offenheit des Fördergegenstands festgehalten werden können: (1) Die Äußerung und Erfassung von Wünschen zur Teilhabe der Bewohner*innen.⁸² (2) Die Berücksichtigung und Verwirklichung der Teilhabewünsche in der Alltags- und Angebotsgestaltung. Auch wenn diese Unterscheidung im Praxishandeln nicht immer chronologisch trennscharf ist (etwa wenn geäußerte Teilhabewünsche situativ unmittelbar umgesetzt werden), kann sie schematisch als prototypische Abfolge der zentralen Prozessphasen in der Teilhabeförderung von Bewohner*innen in stationären Altenpflegeeinrichtungen betrachtet werden, die sich empirisch als relevant herausgestellt haben.

1. Äußerung und Erfassung von Wünschen zur Teilhabe

Die individuellen Wünsche der Bewohner*innen zur Teilhabe sind der Ausgangspunkt zur Verwirklichung ihrer selbstbestimmten Teilhabe, da eine Förderung von Teilhabe nach dem Prinzip der Selbstbestimmung vor-

⁸² In dieser abschließend fokussierten Darstellung der *fördernden* Voraussetzungen zur Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe werden die Wunschäußerung und -erfassung als zusammenhängende Schritte in einer Prozessphase betrachtet, die bestenfalls aufeinander aufbauen, gleichwohl sie in der Ergebnisdarstellung in Kapitel 4.1.2 als zwei getrennte Prozessphasen näher beleuchtet wurden.

aussetzt, dass individuelle Wünsche berücksichtigt werden, die zuvor von den Bewohner*innen verbal geäußert oder situativ nonverbal (z. B. durch Mimik, Gestik) angezeigt wurden. Zu berücksichtigen ist, dass die Motivationen und Möglichkeiten zur Äußerung von Teilhabewünschen bei den Bewohner*innen durch verschiedene Voraussetzungen eingeschränkt sein können (z. B. gesundheitliche Einschränkungen, Bescheidenheit, wahrgenommenes Abhängigkeitsverhältnis). Daher sollten – entsprechend den Voraussetzungen der Bewohner*innen – verschiedene Formen der Einbeziehung genutzt werden, indem entweder Anlässe zur Wunschäußerung gegeben oder Angebote zur Teilhabe sensibel offeriert werden und deren Akzeptanz gedeutet wird. Letztlich kann nur sichergestellt werden, dass Menschen mit Pflegebedarf auch im Kontext von Altenpflegeeinrichtungen einen gleichberechtigten Zugang zu allen Teilhabeleistungen haben, wenn sie vom Tag ihres Einzugs an systematisch und kontinuierlich nach ihren Wünschen gefragt werden bzw. auf ihre Wunschäußerungen geachtet wird. Sie bewusst zu motivieren, ihre Wünsche zu äußern, ist sinnvoll, um einem möglichen Anpassungsverhalten von Bewohner*innen an empfundene oder existierende institutionelle Bedingungen und Abläufe von Seiten der Mitarbeitenden entgegenzuwirken. Zudem können eine sensible Unterstützung der Wunschäußerung oder eine Weckung von Wünschen bei Bewohner*innen förderlich sein, die von sich aus keine Wünsche äußern (können). Allerdings ist auch der selbstbestimmte Wunsch der Nichtteilnahme an Teilhabeangeboten ausdrücklich zu achten. Außerdem kommt dem Bewohner*innenbeirat als Selbstvertretungsorgan der Bewohner*innen bei der Äußerung und auch späteren Erfassung von Wünschen zu teilhabeorientierten Angeboten und Leistungen der Einrichtung eine besondere Rolle zu. Da sich aber auch gezeigt hat, dass die Partizipation von Bewohner*innen im Rahmen des Bewohner*innenbeirates und dessen Angebote (z. B. Sprechstunde für Bewohner*innen) in der Praxis aufgrund der veränderten Bewohner*innenstruktur tendenziell abnimmt oder diffiziler wird, sind hier mitunter kreativere Lösungen gefragt. Folgende Faktoren können die Wunschäußerung⁸³ von Bewohner*innen fördern:

83 Hier und im Folgenden wird eine Auswahl der in der Studie zentral identifizierten – in Bezug auf die selbstbestimmte Teilhabe von Bewohner*innen – *fördernden Faktoren* aufgelistet. Auf eine Darstellung der gleichermaßen identifizierten hemmenden Faktoren wird verzichtet (siehe hierzu v. a. die Kapitel 4 und 5).

Wunschäußerung – fördernd, zum Beispiel: Bewohner*innen- und Biografieorientierung in Alltagsgestaltung und Angebotsplanung / fortlaufende partizipative Gespräche in Bezug auf Teilhabewünsche / Schaffung konkreter Anlässe zur Wunschäußerung wie etwa partizipative Angebotsplanungen / Vorschläge von konkreten Angeboten und deren Abstimmung / bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit sensibles Anbieten und Erproben von Teilhabeangeboten.

Äußerungen zu Teilhabewünschen von Bewohner*innen können in verschiedenen Situationen stattfinden, in denen die Initiative von den Bewohner*innen, Angehörigen oder Mitarbeitenden erfolgt. Geäußerte Wünsche von Bewohner*innen zur Teilhabe sollten aber in der Einrichtung regulär erfasst werden, um eine Teilhabeförderung dementsprechend planen, koordinieren und umsetzen zu können. Dass für die Erfassung von Bewohner*innenwünschen grundsätzlich genügend Kontexte und Verfahren in den Einrichtungen existieren, soll mit der folgenden Abbildung nochmal zum Ausdruck gebracht werden. Dort sind zentrale formelle und informelle Erfassungsformen in Altenpflegeeinrichtungen im „Zeitverlauf“ aufgeführt, die mit unterschiedlichen Zielsetzungen Voraussetzungen, Wünsche und Bedürfnisse von Bewohner*innen erfassen und mit denen prinzipiell auch Wünsche zur Teilhabe erfasst werden können.

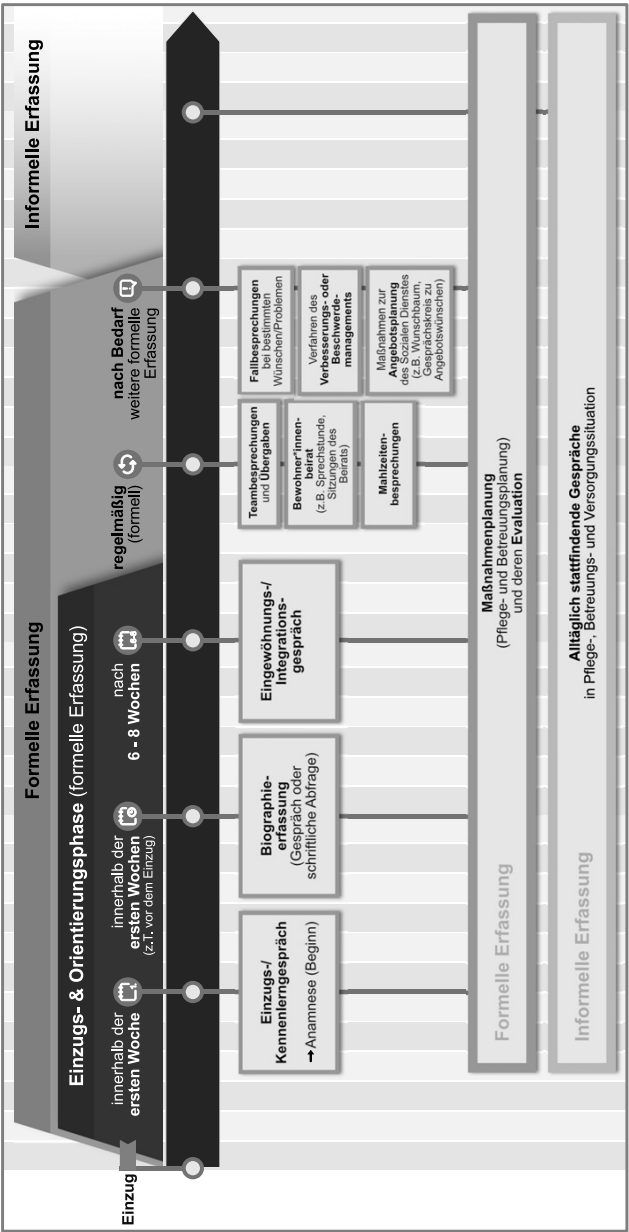


Abbildung 19: Formelle und informelle Erfassungsformen von Wünschen und Bedürfnissen in Altenpflegeeinrichtungen

Somit können Wünsche von Bewohner*innen in der Einzugs- und Orientierungsphase (z. B. über Einzugs-, Biografie- und Eingewöhnungsgespräche) prinzipiell sehr ausgeprägt erfasst sowie potenziell auch fortlaufend in der Maßnahmenplanung (z. B. Pflege- und Betreuungsplanung) berücksichtigt werden. Außerdem können Bewohner*innenwünsche im Rahmen des Besprechungswesens (z. B. bei der Übergabe) sowie in speziellen Angeboten des Bewohner*innenbeirats (z. B. Sprechstunde) und der Hauswirtschaft (z. B. Mahlzeitenbesprechung) von Bewohner*innen regelmäßig angesprochen werden. Darüber hinaus existieren verschiedene Kontexte der formellen Erfassung, die eher nach Bedarf und unregelmäßig erfolgen (z. B. Fallbesprechungen, Verfahren des Verbesserungs- oder Beschwerdemanagements und Angebote zur Maßnahmenplanung des Sozialen Dienstes).

Vor diesem Hintergrund ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie festzuhalten, dass kein Bedarf besteht, neue Instrumente der Wunscherfassung zu entwickeln. Entscheidend ist jedoch, dass individuelle Wünsche zur Teilhabe in den vorhandenen Instrumenten auch ausdrücklich berücksichtigt und routinemäßig dokumentiert werden. Bislang werden aber Aspekte der Pflege und Versorgung regulärer erfasst (z. B. in Instrumenten der Pflegeprozessplanung) und thematisiert (z. B. in Übergaben) als Teilhabethemen. Auch wenn eine Feststellung von Teilhabewünschen informell erfolgt und eine informelle Weitergabe dieser Information an aktuell zuständige Mitarbeitende sinnvoll ist, sollten die festgestellten Wünsche danach dennoch dokumentiert werden, damit die Informationen langfristig und für alle Mitarbeitenden festgehalten sind. Grundlegend ist, den Umgang mit Wünschen als einen andauernden und offenen Prozess zu verstehen, der methodisch über Biografiearbeit und bei Bedarf über Angehörigengespräche unterstützt werden kann, aber stets die Aktualität von Wünschen der Bewohner*innen zur Teilhabe in der Wunscherfassung berücksichtigt. Teilhabefördernd ist folglich auch, wenn die Erfassung von Teilhabewünschen von den Mitarbeitenden bereichsübergreifend als Teil der wahrgenommenen Aufgaben verstanden wird.

Wunscherfassung – fördernd, zum Beispiel: Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen durch Leistungskräfte / Wunscherfassung als Teil der wahrgenommenen Aufgaben aller Mitarbeiter*innen / prinzipielle Dokumentation von wahrgenommenen Wünschen / Abstimmung zwischen Mitarbeitenden verschiedener Schichten und Einrichtungsbereiche / Biografiearbeit / fortlaufende bzw. aktualisierte Wunscherfassungen / Kontaktpflege zu Angehörigen, wenn Bewohner*innen sich nicht mehr selbst äußern können.

2. Berücksichtigung und Verwirklichung von Teilhabewünschen in Alltags- und Angebotsgestaltung

Die zweite Prozessphase in der Teilhabeförderung beinhaltet, dass die erfassten Wünsche zur Teilhabe von Bewohner*innen im Kontext der Alltags- und Angebotsgestaltung – je nach Teilhabewunsch wiederholend oder einmalig – tatsächlich berücksichtigt und verwirklicht werden. Die Berücksichtigung der Wünsche meint hier, dass die erfassten Wünsche in der Planung und Vorbereitung von Teilhabeangeboten beachtet werden, während sich die Verwirklichung dann auf die eigentliche Realisierung des gewünschten Teilhabeangebotes in der Alltags- und Angebotsgestaltung bezieht.

Die Alltags- und Angebotsgestaltung beinhaltet hier alle Kontexte und Prozesse der Versorgung, Betreuung sowie Begleitung der Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen, in denen Teilhabeförderung unmittelbar stattfindet oder in denen mittelbar dazu beigetragen wird. Daher gehören etwa Angebote, Leistungen und Handlungen der sozialen Betreuung ebenso dazu wie jene der Pflege und Mahlzeitengestaltung. Teilhabewünsche sind hierbei nicht an die bestehende Alltags- und Angebotsgestaltung anzupassen, sondern die Alltags- und Angebotsgestaltung orientiert sich an den Wünschen der Bewohner*innen oder versucht ihre Teilhabewünsche zu integrieren. So sollte in der Organisation und Gestaltung der Pflege und Versorgung auf die besonderen Wünsche, Bedürfnisse und Voraussetzungen der Bewohner*innen eingegangen werden, auch wenn fehlende personelle Ressourcen hierbei oft hemmende Rahmenbedingungen darstellen. Unmittelbar auf die Förderung von Teilhabe ausgerichtet sind in der Regel die Angebote der sozialen Betreuung. So existieren Einzel- und Gruppenangebote innerhalb und außerhalb der Einrichtungen, die von regelmäßigen Einzelbetreuungen und Gruppenangeboten über besondere Veranstaltungen innerhalb der Einrichtung bis zu Einzelaktivitäten, Gruppenausflügen und Urlaubsfahrten außerhalb der Einrichtung reichen. Auch hier lässt sich festhalten, dass im Prinzip genügend Kontexte zur Verwirklichung von Teilhabe existieren, fraglich ist aber, inwieweit die Inhalte und Gestaltung dieser Angebote den Wünschen der einzelnen Bewohner*innen entsprechen und inwiefern davon unabhängig individuelle Teilhabewünsche berücksichtigt und verwirklicht werden (können). So sollte bei der Alltags- und Angebotsgestaltung ein durchgängiger Maßstab sein, dass diese auf Basis der individuellen Wünsche zur Teilhabe erfolgt. Gleichmaßen sollte (selbst)kritisch hinterfragt werden, inwieweit Angebote des Sozialen Dienstes über die Zwecke der allgemeinen Beschäftigung und

Tagesstrukturierung hinausgehend auch das Ziel der Verwirklichung von persönlich bedeutsamer Teilhabe verfolgen.

Neben der Orientierung an der Selbstbestimmung ist in stationären Einrichtungen daher vor allem das Prinzip der Normalität ausschlaggebend, um die Teilhabe individuell nach den aktuellen Wünschen der Bewohnerinnen sowie nach ihren biografisch gewohnten Normen und Routinen zu unterstützen. Dass die Bewohner*innen in ihrem Alltag in ihrer selbstbestimmten Teilhabe durch Mitarbeitende begleitet und unterstützt werden, ist aber nicht als besondere Dienstleistung, sondern als reguläre Aufgabe einer Altenpflegeeinrichtung und als Rechtsanspruch der Bewohner*innen zu verstehen, denn aufbauend auf einem menschenrechtsbasierten Verständnis von Teilhabe ist der „gleichberechtigte Zugang zu sozialen Umweltbeziehungen [...] Bedingung für die Verwirklichung von Grundrechten“ (Fuchs, 2009, S. 20).

Alltags- und Angebotsgestaltung – fördernd, zum Beispiel: Teilhabewünsche werden in Alltags- und Angebotsgestaltung in Kontexten der Pflege, Versorgung und Betreuung prinzipiell berücksichtigt / erforderliche Ressourcen werden entsprechend ein- oder umgeplant / Angebotsplanungen sind nicht von der Anzahl der Teilnehmenden, sondern von Wünschen und Voraussetzungen der Bewohner*innen abhängig / Gruppenangebote mit inhaltlicher Breite und zu verschiedenen Zeiten sind vorhanden / Information der Bewohner*innen und Mitarbeitenden über Angebote / barrierefreie, für verschiedene Bewohner*innengruppen zugängliche Angebote; / Angebote mit größeren Gruppen oder Bewohner*innen mit heterogenen Voraussetzungen werden von mehreren Mitarbeitenden begleitet.

Die oben erläuterten Phasen der Äußerung und Erfassung von Teilhabewünschen sowie deren Berücksichtigung und Verwirklichung in der Alltags- und Angebotsgestaltung sind beeinflusst von einer Vielzahl von Faktoren, die hier auf der Ebene der Bewohner*innen, der Mitarbeitenden sowie der Einrichtungsstrukturen und -prozesse unterschieden werden. An diesen Ebenen wird nun konkret deutlich, dass die damit verbundenen Faktoren vor Ort sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen Altenpflegeeinrichtungen variieren (können) und diese Ebenen bzw. deren Faktoren in Wechselwirkung zueinanderstehen, denn die Voraussetzungen von Bewohner*innen sind individuell ebenso wie sich die Kompetenzen von Leitungskräften und Mitarbeitenden sowie Einrichtungsstrukturen und -prozesse unterscheiden. Gleichmaßen ist zu berücksichtigen, dass

mit den oben benannten Anforderungen zur Teilhabeförderung auch Ressourcen verbunden sind, die daher eine besondere Bedeutung auf Ebene der Einrichtung aufweisen.

a) Bewohner*innen

Die Voraussetzungen zur Äußerung von Teilhabewünschen und deren Verwirklichung sind bei den Bewohner*innen äußerst heterogen und dementsprechend individuell zu berücksichtigen. Dennoch können schematisch verschiedene Teilgruppen von Bewohner*innen unterschieden werden, die differierende Voraussetzungen zur Teilhabeförderung „mitbringen“. Für die Teilhabeförderung bedeutsam scheinen zunächst Differenzen zwischen Bewohner*innen in Bezug auf physische und psychische Voraussetzungen („orientierte“ Bewohner*innen, kognitiv eingeschränkte bzw. psychisch veränderte Bewohner*innen, physisch stark eingeschränkte Bewohner*innen und Bewohner*innen in der Sterbephase). Hier ist eine Fortsetzung der Entwicklung zu erwarten, da die Bewohner*innen, die in stationäre Altenpflegeeinrichtungen einziehen, zunehmend von Hochaltigkeit, Multimorbidität und schwerer Pflegebedürftigkeit geprägt sein werden. Das darf aber keineswegs zu der gelegentlich zu hörenden, pauschalen Aussage führen, die Bewohner*innen wollten oder könnten überhaupt nicht mehr teilhaben. Vielmehr ist von zentraler Bedeutung, Prozesse der Wunscherfassung und Teilhabeförderung differenziert nach den jeweiligen Voraussetzungen vorzunehmen und auch etwa bei Bewohner*innen mit psychischen Veränderungen und kognitiven Einschränkungen Teilhabewünsche sensibel zu identifizieren oder zu wecken. Zudem gilt es, dies auch bei der Bereitstellung und Planung notwendiger Ressourcen in der Altenhilfe zu berücksichtigen.

Quer liegend zu den Differenzierungen in Bezug auf physische und psychische Voraussetzungen sind weitere Differenzmerkmale von Bedeutung, die sich in den vorliegenden Ergebnissen vor allem auf das Geschlecht, die finanzielle Lage und die Herkunft der Bewohner*innen beziehen. Hier ist absehbar, dass die Pluralisierung und Individualisierung von Lebensformen und -stilen im hohen Alter und damit auch in der stationären Altenhilfe als bedeutsames Thema zunehmen wird. Somit gilt es also wiederum, die Wünsche und Voraussetzungen zur Verwirklichung von Teilhabe individuell zu erfassen und zu berücksichtigen.

Auch wenn die hier vorgenommenen Unterscheidungen für unterschiedliche Voraussetzungen in der Teilhabeförderung sensibilisieren kön-

nen, dürfen diese umgekehrt nicht zu Stigmatisierungen und Defizitzuschreibungen sowie – entgegen gleichberechtigter Teilhabezugänge – zu fixen Zuteilungen in spezifische Teilhabeoptionen und Angebotsformen führen.

*Bewohner*innen – fördernd, zum Beispiel: individuelle Differenzierungen in Bezug auf die Teilnahme an Einzel- und Gruppenangeboten / keine fixen Zuordnungen von Teilgruppen zu Angebotstypen / Ressourcenorientierung / Beobachtung des Verhaltens von Bewohner*innen im Teilhabeangebot*

b) Mitarbeitende

Der Umfang und die Qualität der Teilhabeförderung steht nach den vorliegenden Ergebnissen auch erheblich im Zusammenhang mit den individuellen Kompetenzen und persönlichen Eigenschaften der jeweiligen Mitarbeiter*innen, denn die Berücksichtigung und Verwirklichung der selbstbestimmten Teilhabe der Bewohner*innen findet im Alltag unmittelbar in der Wechselbeziehung zwischen Bewohner*innen und Mitarbeitenden statt. Doch auch wenn hierbei die Individualität der Mitarbeitenden ebenso zu berücksichtigen ist, wie jene der Bewohner*innen, darf es auf Ebene der Mitarbeitenden nicht primär von der einzelnen Person abhängig bleiben, inwieweit und wie das Recht der Bewohner*innen auf Teilhabe tatsächlich verwirklicht wird. Vielmehr sollten Mitarbeitende über gemeinsame Ziele und Wissensgrundlagen sowie wesentliche Fähigkeiten für das Handeln mit Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen verfügen. Hierzu ist von Bedeutung, dass die – für eine Förderung von selbstbestimmter Teilhabe – relevanten Ziele, Werte und Prinzipien in der Einrichtung auch vermittelt sowie wesentliche Wissensgrundlagen und Fähigkeiten bei den Mitarbeitenden gefördert werden.

Relevant auf dieser Ebene ist zunächst die individuelle Arbeitskultur der Mitarbeitenden, die in enger Verbindung mit der auf Einrichtungsebene verorteten Organisationskultur steht und hier primär auf die individuellen Annahmen, Werte und Überzeugungen sowie das jeweilige Arbeitshandeln der Mitarbeitenden fokussiert. Diese oft auch als „Haltung“ oder „Selbstverständnis“ der Mitarbeitenden umschriebene Arbeitskultur prägt maßgeblich, ob überhaupt und mit welchen Zielen und wie die Teilhabe von Bewohner*innen gefördert wird. Und sie kann etwa über das Thematisieren der für die Einrichtung relevanten Ziele, Werte und Prinzipien in

Besprechungen oder Schulungen begünstigt werden. Ein Einflussfaktor ist hierbei auch das jeweilige Arbeitsengagement, das an die Arbeitskultur anschließt und insbesondere die jeweilige Einstellung zum Arbeiten selbst betrifft, die etwa in Mitarbeiter*innengesprächen thematisiert werden kann.

Arbeitskultur und -engagement – fördernd, zum Beispiel: Orientierung an den Bewohner*innen im professionellen Handeln / Zugewandtheit gegenüber Bewohner*innen / kooperatives Denken und Handeln unter Mitarbeitenden / positive Einstellung zur Arbeit und kein „Dienst nach Vorschrift“ / Förderung etwa im Kontext von Mitarbeiter*innenversammlungen, Teamgesprächen, Übergaben, Fallbesprechungen, Mitarbeiter*innengesprächen, Hospitationen in anderen Einrichtungsbereichen.

Ferner sind spezifische Wissensgrundlagen und Fähigkeiten bei den Mitarbeitenden bedeutsam. Sie können in Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen unterschieden und mit verschiedenen für Prozesse der Teilhabeförderung inhaltlichen Aspekten verbunden und etwa über Schulungen, Fort- und Weiterbildungen gefördert werden.

Fachkompetenz – fördernd, zum Beispiel: Wissen über Handlungsprinzipien (z. B. Normalitätsprinzip) / Handlungsmethoden (z. B. Biografarbeit) / zentrale Krankheitsbilder (z. B. Demenz) und Voraussetzungen (z. B. Mobilisation) zur Teilhabeförderung / Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung (z.B. aktives Zuhören) / gesetzliche Vorgaben bzw. Vorschriften, die sich auf selbstbestimmte Teilhabe auswirken (z. B. Hygienevorschriften, Brandschutz) / Förderung der Fachkompetenz etwa über Schulungen, Fort- und Weiterbildungen, interdisziplinäre Fallbesprechungen.

Methodenkompetenz – fördernd zum Beispiel: Fähigkeiten in der Anwendung von Methoden und Techniken (z. B. Biografarbeit, soziale Netzwerkarbeit, soziale Gruppenarbeit, Sozialraumorientierung, motivierende Gesprächsführung, Beobachtungsmethoden) / Förderung der Methodenkompetenz etwa über Schulungen, Fort- und Weiterbildungen, Hospitationen.

Sozialkompetenz – fördernd zum Beispiel: Fähigkeiten zur Gestaltung von Interaktionen und Beziehungen (z. B. Empathiefähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit) / Förderung der Sozialkompetenz etwa über Schulungen, Fort- und Weiterbildungen, Teamsitzungen.

Subjektkompetenz – fördernd zum Beispiel: Fähigkeiten der Selbstregulation in Wahrnehmung und Handlung (z. B. in Bezug auf Flexibilität im professionellen Handeln, Reflexionsfähigkeit, Einsatzbereitschaft) / Förderung der Subjektkompetenz etwa über Fort- und Weiterbildungen, Mitarbeiter*innengespräche.

c) Einrichtungsstrukturen und -prozesse

Für die Erfassung und Berücksichtigung von Teilhabewünschen sowie die Verwirklichung der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohner*innen spielen die Rahmenbedingungen sowie organisatorischen Abläufe in der jeweiligen Altenpflegeeinrichtung eine wesentliche Rolle. Auf dieser komplexen Ebene der Einrichtungsstrukturen und -prozesse wurden die meisten fördernden und hemmenden Faktoren identifiziert, die hier zusammenfassend in den Bereichen „Organisationskultur und Verankerung in Konzepten und Instrumenten“, „Schnittstellen und Handlungsspielräume“ sowie „Besondere und zusätzliche Ressourcen“ wiedergegeben und diskutiert werden.

Organisationskultur und Verankerung in Konzepten

Wesentlich als Rahmenbedingung ist eine in der Einrichtung entwickelte Organisationskultur, die eine gemeinsame Orientierung der Mitarbeitenden an der selbstbestimmten Teilhabe der Bewohner*innen fördert und die individuelle Arbeitskultur prägt. Die Organisationskultur bezieht sich auf die Einrichtungsziele sowie organisationalen bzw. einrichtungsbezogenen Werte und Prinzipien, die von den Mitarbeitenden der Einrichtung bereichsübergreifend – hier in Bezug auf die selbstbestimmte Teilhabe der Bewohner*innen – anerkannt werden. In der Entwicklung und Förderung der Organisationskultur haben die Leitungskräfte eine zentrale Rolle. Diese sollten im Alltag wiederholend das Ziel der selbstbestimmten Teilhabe einbringen und an Mitarbeitende transportieren. Dabei unterstützt eine Verankerung des Themas in Konzepten der Einrichtung, damit dort für

die Mitarbeitenden gemeinsame Orientierungsgrundlagen konkret festgehalten, präsent und nachvollziehbar sind. Förderlich sind zudem Fortbildungen zu Aspekten selbstbestimmter Teilhabe, um die Mitarbeitenden entsprechend informieren, sensibilisieren und motivieren zu können – wie auf der Ebene der Mitarbeitenden angesprochen. Allerdings reichen singuläre Fortbildungen für die langfristige Entwicklung einer teilhabeförderlichen Organisationskultur nicht aus, vielmehr ist hierfür auch das stete Reflektieren in Bewohner*innensituationen und Besprechungen – unter Beteiligung von Leitungsverantwortlichen – wichtig und nützlich. Beachtenswert ist hierbei einerseits, dass die Entwicklung einer Organisationskultur (z. B. über bereichsübergreifende Schulungen und Mitarbeiter*innenversammlungen) auf der Ebene der Einrichtung einen Ausgangspunkt für den Weg zu einem teilhabeförderlichen Arbeiten darstellen kann. Andererseits ist somit aber auch zu beachten, dass die Vermittlung einer teilhabeförderlichen Organisationskultur mit einem andauernden Prozess verbunden ist, in dem die Leitungskräfte immer wieder für das Thema der selbstbestimmten Teilhabe im Arbeitsalltag sensibilisieren und motivieren.

*Organisationskultur und Verankerung in Konzepten – fördernd, zum Beispiel: geteiltes Verständnis zu Einrichtungszielen, Werten und Prinzipien bezogen auf selbstbestimmte Teilhabe im Leitungsteam und bei Mitarbeitenden / Initiierung und Verantwortungsübernahme in der Organisationskulturförderung durch das Leitungsteam / Coaching oder Beratung des Leitungsteams / Aufnahme von Zielen, Werten und Prinzipien in Konzepten (z. B. Leitbild, Einrichtungs-, Pflege-, Sozialdienst-, Hauswirtschafts- und Verpflegungskonzept) / Schulungen, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden / fortlaufend bedarfsorientierte Thematisierung im Arbeitsalltag durch Leitungskräfte (z. B. in Teamsitzungen, Übergaben, Mitarbeiter*innengesprächen).*

Schnittstellen und Kooperation

Für die Versorgung, Betreuung und Begleitung der Bewohner*innen in einer Altenpflegeeinrichtung im Allgemeinen sowie die Förderung selbstbestimmter Teilhabe im Speziellen ist es unabdingbar, dass verschiedene Funktionsbereiche mit spezifischen Qualifikationen und Kompetenzen vorhanden sind und die jeweiligen Mitarbeitenden miteinander kooperieren. Die für die Teilhabeförderung relevante Kooperation findet einerseits im Rahmen von direkt bewohner*innenbezogenen Aktivitäten (z. B.

Gruppen- und Einzelangeboten, Ausflügen, Festen) und andererseits von indirekt bewohner*innenbezogenen Aktivitäten (z. B. Übergaben, Fallbesprechungen, Dokumentationen) statt. Hierbei wurde als relevant identifiziert, dass Zeitpunkte der Schnittstelle und Aufgaben der Kooperation von den jeweiligen Einrichtungsbereichen eingeplant werden und die Einrichtungsbereiche wechselseitig informiert sind. Ferner verbessert ein gegenseitiges Verständnis für die jeweiligen Funktionen und Aufgaben sowie ein geteiltes Verständnis von Zielen, Werten und Prinzipien der Einrichtung die Kooperation. Auch im Kontext der vorhandenen Besprechungs- und Dokumentationsverfahren sollten zwischen den Einrichtungsbereichen – insbesondere zwischen Pflege und Sozialem Dienst – regelmäßige Abstimmungen erfolgen, damit teilhaberelevante Informationen über Bewohner*innen weitergegeben werden. Das heißt nicht, dass etwa der Soziale Dienst täglich an der Dienstübergabe in einem Wohnbereich teilnehmen muss, dennoch sollte dessen Teilnahme regelmäßig, zumindest aber bedarfsorientiert selbstverständlich sein. Darüber hinaus ist als wichtige Rahmenbedingung festzuhalten, wie die Stellen des Sozialen Dienstes und die der zusätzlichen Betreuungskräfte in der Einrichtung integriert sind und ihre Kooperation systematisch organisiert ist. Hier sollte der Soziale Dienst auf „Augenhöhe“ mit der Pflege agieren (können) und auch im Leitungsteam der Einrichtung vertreten sein. Ferner hat sich als bedeutsam herausgestellt, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte (nach § 43b SGB XI) eine besondere personelle Ressource für die – insbesondere auf einzelne Bewohner*innen bezogene – Teilhabeförderung darstellen und sie daher dementsprechend eingesetzt werden und nicht Aufgaben außerhalb ihres Aufgabenbereichs übernehmen sollten. Die enge Kooperation mit den Fachkräften des Sozialen Dienstes ist hierbei besonders relevant. Innerhalb derer ist es dann durchaus sinnvoll, wenn Aufgaben von Vorgesetzten bezüglich der zusätzlichen Betreuungskräfte bzw. Anteile von ihnen über die Leitung bzw. koordinierende Kraft des Sozialen Dienstes erfolgen, auch wenn die Einhaltung der Vorgaben der Betreuungskräfteleitlinie formal der Pflegedienstleitung obliegt (BetrKrRL § 2, Absatz 4).

Schnittstellen und Kooperation – fördernd, zum Beispiel: gemeinsame Orientierungsgrundlagen im Sinne der Organisationskultur / gegenseitiges Verständnis von den Funktionen und Aufgaben der Einrichtungsbereiche / Kooperation der Professionen auf „Augenhöhe“ / Kenntnis über und Einplanung der Schnittstellenaufgaben / aufgaben- und bewohner*innenbezogene Abstimmung über das Besprechungs- und Dokumentationswesen / Hospitation in anderen Einrichtungsbereichen.

Handlungsspielräume

Um eine Teilhabeförderung zu verwirklichen, die sich an den individuellen Wünschen der Bewohner*innen orientiert, müssen Mitarbeitende innerhalb der gegebenen Arbeitsprozesse und Organisationsstrukturen flexibel agieren (können). Die Nutzung von Handlungsspielräumen wird auf Ebene der Mitarbeitenden über die individuelle Flexibilität als Teil der Subjektkompetenz begünstigt. Auf der Ebene der Einrichtung sind es aber die Routinen und Abläufe der Einrichtung sowie vorhandene Vorgaben sowie Werte der Vorgesetzten und Kolleg*innen, die Handlungsspielräume beschränken oder tolerieren. Auch wenn diesem Faktor – zumindest im Vergleich mit den anderen Faktoren – in der quantitativen Analyse eine geringere Relevanz zugeordnet wurde, bleibt mit den Ergebnissen der qualitativen Analyse dennoch festzuhalten, dass die Offenheit für und Wahrnehmung von Handlungsspielräumen für situativ erforderliche Unterstützungen und Begleitungen von Bewohner*innen selbstverständlich sein sollte – zumindest dann, wenn das Normalitätsprinzip und nicht institutionelle Reglementierungen im Vordergrund stehen.

Handlungsspielräume, zum Beispiel: Legitimation von Handlungsspielräumen zwischen Wochentagen und Dienstschichten durch Vorgesetzte (z. B. Verschiebung von Aufgaben auf andere Schichten oder Wochentage) / bei Bedarf Abweichungen von Routinen und Rahmenplänen / Personalplanung entsprechend arbeitsintensiver Zeiten / Kenntnisse zu Handlungsspielräumen innerhalb rechtlicher Vorgaben und Vorschriften (z. B. Brandschutz, Hygienevorschriften)

Besondere und zusätzliche Ressourcen

Für eine Teilhabeförderung nach dem Prinzip der Selbstbestimmung bedarf es spezifischer Ressourcen in der Einrichtung, die es zu identifizieren, beschaffen und nutzen gilt. Besondere und zusätzliche Ressourcen beziehen sich hier auf (fördernde Faktoren der) Rahmenbedingungen, die Zugänge für die Teilhabe der Bewohner*innen eröffnen und die Prozesse der Teilhabeförderung innerhalb und außerhalb der Einrichtung unterstützen bzw. ermöglichen. So werden die Möglichkeiten zur Teilhabe der einzelnen Bewohner*innen etwa über die Vermittlung von finanziellen Mitteln, externen Dienstleistungen oder Hilfsmitteln sowie die Beteiligung ihrer Angehörigen, Betreuer*innen und Bevollmächtigten gefördert. Dabei ist

die Erschließung zusätzlicher personeller und finanzieller Ressourcen hilfreich, um regulär vorhandene Strukturen (und Mittel) in der Einrichtung für die Teilhabeförderung erweitern zu können. Auch die vorhandenen Raumressourcen und die damit verbundene Materialausstattung sind wichtige Ressourcen, da sie Aneignungsmöglichkeiten durch die Bewohner*innen und das Setting der Teilhabeförderung innerhalb der Einrichtung beeinflussen. Für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben außerhalb der Einrichtung sind ferner Unterstützungen und Hilfen der Mobilität der Bewohner*innen relevante Ressourcen. Darüber hinaus sind die Ressourcen im Quartier von Bedeutung, die in Kooperationen mit Akteur*innen und Nutzung der Quartierstrukturen liegen und über Öffnungen der Einrichtung für das und zum Quartier die Teilhabe der Bewohner*innen innerhalb und außerhalb der Einrichtung fördern. Von Interesse wäre zudem, welche Rolle in Zukunft soziale Medien, technische Hilfen und Assistenzsysteme in der Förderung selbstbestimmter Teilhabe spielen werden, die in dieser Zusammenstellung (noch) nicht als relevanter Faktorenbereich aufgenommen wurden, weil dazu offenbar die Erfahrungen noch zu gering sind und daher in der vorliegenden Studie die empirischen Hinweise fehlten.

Grundlegend ist im Themenbereich der Ressourcen aber, dass die Ressourcen, die zur Teilhabeförderung (potenziell) zur Verfügung stehen, für die jeweilige Einrichtung eruiert und ihre Mitarbeitenden dafür sensibilisiert werden, diese zu nutzen. Hervorzuheben ist auch, dass viele dieser Ressourcen geprägt sind durch politische Rahmenbedingungen auf Ebene des Bundes, des Landes und der Kommune, so dass fehlende Ressourcen oder Rahmensetzungen durchaus auch von den Einrichtungen thematisiert und auf politischer Ebene eingebracht werden sollten (hierzu Kapitel 7.3).

Personelle Ressourcen – fördernd, zum Beispiel: zusätzliche Betreuungskräfte nicht als „zusätzliche“, sondern als besondere Ressource für teilhabebezogene Einzelangebote / Ehrenamtler*innen zur individuellen Begleitung einzelner Bewohner*innen / Angehörige, die etwa bei der Gewinnung biografischer Informationen, individuellen Begleitungen von Bewohner*innen oder im Rahmen von Gruppenangeboten und Ausflügen unterstützen.

Finanzielle Ressourcen – fördernd, zum Beispiel: Spenden über Stiftungen, (eigene) Fördervereine oder Sponsoring / Projektmittel / Personalstelle beim Träger, die für Akquise von Spenden und Projektmitteln zuständig ist.

Räumliche Ressourcen – fördernd, zum Beispiel: Aufenthaltsbereiche, die selbstbestimmten Aufenthalt und selbstbestimmte Beschäftigungen ermöglichen / Existenz geeigneter Räume hinsichtlich Größe und Ausstattung für Gruppenangebote / bewohner*innenorientierte Raumgestaltung / keine Zweckentfremdung von Aufenthaltsräumen.

Mobilitätsressourcen – fördernd, zum Beispiel: Koordination der Kräfte (z. B. zusätzliche Betreuungskräfte, Ehrenamtler*innen) zur Begleitung von Bewohner*innen durch den Sozialen Dienst / Flexibilität in personellen Ressourcen für Begleitungen von Bewohner*innen / kommunale Unterstützung von Taxifahrten / einrichtungseigenes, geräumiges Fahrzeug.

Quartiersressourcen – fördernd, zum Beispiel: Kooperationen und Vernetzungen mit Institutionen und Schlüsselpersonen des Quartiers / Öffnung von Veranstaltungen im Haus für Quartiersbewohner*innen / Nutzung von Veranstaltungen und Angeboten im Quartier / eine im Quartier wahrnehmbare Öffentlichkeitsarbeit / Beteiligung an politischen Gremien im Quartier.

Mit Blick auf den Kernprozess von Teilhabeförderung als auch auf die drei Ebenen der Bewohner*innen, Mitarbeitenden sowie Einrichtungsstrukturen und -prozesse konnten also nochmals resümierend die als relevant identifizierten Faktoren zur Förderung selbstbestimmter Teilhabe in Altenpflegeeinrichtungen dargestellt werden. Entsprechend den Untersuchungsfragen wurde damit sowohl differenziert beleuchtet, wie Wünsche von Bewohner*innen festgestellt und berücksichtigt werden können, als auch wie auf dieser Basis ihr Recht auf selbstbestimmte Teilhabe praktisch verwirklicht werden kann.

Überprüfung der Umsetzung selbstbestimmter Teilhabe

Nicht näher eingegangen wurde bislang auf den zweiten Teil der zweiten Untersuchungsfrage, wie die Umsetzung selbstbestimmter Teilhabe überprüft werden kann. Dieser Aspekt wurde deswegen ausgelassen, weil die empirischen Erhebungen keine expliziten Antworten dazu geliefert haben. So wurden in den Interviews keine Instrumente genannt, mit denen ausdrücklich die Umsetzung selbstbestimmter Teilhabe der Bewohner*innen überprüft wird. Als vorhandene Instrumente, mit denen *generell* die Qualität der Einrichtung, ihrer Angebote und Leistungen erfasst sowie Verände-

rungsprozesse angestoßen werden, wurden demgegenüber aber vor allem Bewertungsinstrumente wie Zufriedenheitsbefragungen von Bewohner*innen und Angehörigen, das Beschwerde- bzw. Verbesserungsmanagement sowie die individuelle Evaluation im Rahmen der Pflege- und Betreuungsplanung genannt. Damit stehen wiederum Instrumente im Fokus, die auch im Kontext der Wunscherfassung eine Rolle spielen. Allerdings wurde dazu auch – und noch expliziter als im Kontext der Wunscherfassung – festgehalten, dass die Perspektive der selbstbestimmten Teilhabe im Rahmen dieser Instrumente bislang kaum bzw. nur eingeschränkt eine Rolle spiele. Demnach ist auf die Frage nach Möglichkeiten zur Überprüfung der Umsetzung der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen zunächst zu antworten, dass hier wiederum eine stärkere Berücksichtigung des Themas in den vorhandenen Instrumenten sinnvoll erscheint. Konkret ist es einerseits unerlässlich, auf der Ebene der einzelnen Bewohner*innen die Verwirklichung der individuellen Teilhabewünsche zu überprüfen, was dann vor allem über vorhandene Instrumente der Pflege- und Betreuungsplanung – mit Abstimmungs- oder Zugriffsmöglichkeiten zwischen den relevanten Einrichtungsbereichen – erfolgen sollte und über Pflegevisiten sowie Fallbesprechungen flankiert werden kann. Andererseits wäre eine Bewertung auf Einrichtungsebene möglich, indem etwa in Zufriedenheitserhebungen (z. B. im Kontext von Bewohner*innen- und Angehörigenbefragungen, aber auch von Wunsch- und Evaluationsrunden zu Angeboten des Sozialen Dienstes, Bewohner*innenbeirats- und Angehörigentreffen) teilhaberelevante Aspekte konkret aufgenommen werden. Damit könnten Daten und Aussagen zur Umsetzung der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohner*innen in der Einrichtung aggregiert gewonnen werden – im Sinne einer Selbstevaluation im Kontext der Ergebnisqualität des Qualitätsmanagements und mit entsprechenden Zugängen, die nicht den Anspruch einer Wirkungsevaluation haben können. Sinnvoll ist es außerdem, die Teilhabeangebote selbst bzw. die Angebotsplanung regelmäßig zu reflektieren und gegebenenfalls anzupassen (z. B. bezüglich Zielgruppenspezifika bzw. Inhalt des Angebots, angewandten Methoden und eingesetzten Materialien sowie bei Gruppenangeboten die Anpassung der Gruppengröße und -zusammensetzung im Verhältnis zum eingesetzten Personal). Für Erweiterungen der bestehenden Instrumente auf Einrichtungsebene kann sowohl auf bereits vorhandene Indikatoren zur Teilhabe, die im Rahmen von (Lebens-)Qualitätsmessungen vorliegen (z. B. Weidekamp-Maicher, 2016, S. 81ff), als auch auf Kriterien, die im Rahmen von STAP für das Musterrahmenkonzept festgehalten wurden, zurückgegriffen werden. Zudem kann das Musterrahmenkonzept

selbst als Instrument betrachtet werden, das Hinweise zur Umsetzung der selbstbestimmten Teilhabe auf Einrichtungsebene gibt, da damit zumindest im Rahmen einer Selbsteinschätzung eine kriteriengeleitete Überprüfung des Ist-Standes in der eigenen Einrichtung möglich ist.

7.2. Ausblick zum Musterrahmenkonzept

Basierend auf den empirischen Ergebnissen der STAP-Studie und ergänzt durch gute Praxisbeispiele sowie Hinweise aus der Forschungsliteratur, im Rahmen von Projektveranstaltungen und der Erprobung wurden im Musterrahmenkonzept wesentliche Kriterien, Erläuterungen und Beispiele für die Umsetzung von selbstbestimmter Teilhabe in stationären Altenpflegeeinrichtungen festgehalten, auch wenn damit immer noch kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht. Mit dem Musterrahmenkonzept soll ermöglicht werden, den Ist-Zustand zu den einzelnen Kriterien für die eigene Einrichtung in Bezug auf den Handlungsbedarf einschätzen und auf dieser Basis Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen festhalten zu können.

Inhaltlich wurden die Kriterien im Musterrahmenkonzept den in Altenpflegeeinrichtungen bekannten Ebenen von Struktur, Prozess und Ergebnis zugeordnet. Innerhalb dessen sind jedoch bereits in den Kapitelüberschriften des Musterrahmenkonzeptes die Ergebnisse der STAP-Studie wiedererkennbar (siehe dazu auch den Auszug im Anhang):⁸⁴

- *Strukturkriterien:* 1. Organisationskultur, 2. Arbeitskultur, Kompetenzen und Handlungsspielräume der Mitarbeitenden, 3. Organisationsstruktur, 4. Zusätzliche Ressourcen
- *Prozesskriterien:* 5. Umgang mit Wünschen, 6. Selbstbestimmung, Alltags- und Angebotsgestaltung
- *Ergebniskriterien:* 7. Evaluation der Konzepte und Maßnahmen, 8. Zufriedenheitserhebungen und Verbesserungsmanagement

Im Rahmen der Implementationsanalyse des Musterrahmenkonzeptes in der Erprobungseinrichtung sowie durch die Rückmeldungen von den vier Projekteinrichtungen konnte festgehalten werden, dass das Musterrahmenkonzept einen umfassenden Überblick und Einblick in verschiedenste Aspekte zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen vermittelt. Auch wurde bestätigt, dass sich der Ist-Stand einer Einrichtung in Bezug auf die Teilhabeorientierung gut mit dem MRK einschätzen lässt und auf dieser Basis eine Ableitung teilha-

84 Vollständig verfügbar ist das Musterrahmenkonzept unter www.stap-teilhabe.de.

befördernder Maßnahmen möglich ist. Kritisch betrachtet wurden demgegenüber das Format und der Umfang des Musterrahmenkonzeptes. Diese Kritik wurde berücksichtigt, indem einerseits das Musterrahmenkonzept, das ursprünglich in einem Textverarbeitungsprogramm als fortlaufende Tabelle vorlag, in ein Dateiformat exportiert wurde, das zum Beispiel über Seitenregister die Navigation innerhalb der Kapitel des Musterrahmenkonzeptes erleichtert und Erläuterungen nur bei Bedarf erscheinen lässt. Andererseits wurde der Umfang des Musterrahmenkonzeptes auch inhaltlich angepasst, indem einige ursprünglich getrennt aufgeführte Kriterien durch Zusammenlegungen oder Subsumtionen zwar nicht gestrichen, aber strukturell reduziert wurden.

Für die Zukunft wird die entscheidende Frage sein, ob und wie das Musterrahmenkonzept von anderen Einrichtungen genutzt und angenommen wird. Im Rahmen der weiteren Transferaktivitäten werden die Untersuchungsergebnisse und das Musterrahmenkonzept in Gremien und Veranstaltungen von Politik, Praxis und Wissenschaft eingebracht. Zudem ist zu prüfen, inwieweit und in welchem Rahmen einführende Schulungen zur Nutzung des Musterrahmenkonzeptes angeboten werden können, um die Bedingungen für dessen Implementation zu fördern.

Im Sinne der Akzeptanz des Musterrahmenkonzeptes ist abschließend darauf hinzuweisen, dass die Vielzahl der aufgenommenen Kriterien nicht den Eindruck vermitteln darf, dass eine Förderung selbstbestimmter Teilhabe im Sinne der STAP-Ergebnisse zu anspruchsvoll und komplex ist, um sie in stationären Altenpflegeeinrichtungen umsetzen zu können. Vielmehr bietet das Musterrahmenkonzept eine Übersicht relevanter Kriterien, deren nähere Betrachtung in den meisten Einrichtungen auch deutlich machen wird, dass zu vielen Kriterien bereits Voraussetzungen bestehen. Von Interesse ist dann aber, in welchem Umfang und in welcher Intensität diese Voraussetzungen in den einzelnen Bereichen bereits gegeben sind. Bislang fehlte den Einrichtungen eine entsprechende Orientierung, die Anregungen zu relevanten Kriterien bietet und ermöglicht, für sich einzuschätzen und festzuhalten, wo und inwieweit Handlungsbedarf besteht. Für diesen Zweck wurde das Musterrahmenkonzept entwickelt.

7.3. Empfehlungen an die Politik

Abschließend werden aus Sicht der STAP-Studie relevante strukturelle Rahmenbedingungen zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen in den Blick genommen

und in Anschluss an die Untersuchungsergebnisse Möglichkeiten der gesetzlichen und untergesetzlichen Weiterentwicklung als Empfehlungen an die Politik festgehalten. Allgemein ist aber zunächst festzuhalten, dass die Diskussion um eine qualitativ und quantitativ bedarfsgerechte Personalausstattung in Pflegeheimen auch für die Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe von hoher Bedeutung ist. Die Personalbemessung für Altenpflegeeinrichtungen steht derzeit auf Bundesebene auf dem Prüfstand. Die weiteren Entwicklungen werden auch von den am STAP-Projekt Beteiligten beobachtet. Wichtig wird grundlegend sein, dass in den Einrichtungen ein Organisationsentwicklungsprozess beginnt. Es ist davon auszugehen, dass eine Anpassung des MRK an gegebenenfalls neue Erfordernisse in dieser Hinsicht leicht möglich ist. Neben diesem Punkt der allgemeinen personellen Ressourcenausstattung in der Altenpflege erscheinen darüber hinaus die folgenden teilhabespezifischen Ansätze der gesetzlichen und untergesetzlichen Weiterentwicklung von Belang:

a) Anpassung des SGB XI an die Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention

Leistungsanbieter*innen von Altenpflegeeinrichtungen sind – wie in Kapitel 2.3.1 angeführt – nach den Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), dem Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW), dem Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen (WTG NRW) sowie der Durchführungsverordnung dazu aufgefordert und verpflichtet, die Teilhabe der Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Allerdings ist die konkrete Verpflichtung zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit pflegerischem Versorgungsbedarf bisher lediglich in einigen Heimgesetzen der Länder, wie eben u. a. im Wohn- und Teilhabegesetz NRW, d. h. im Ordnungsrecht, nicht aber im Leistungsrecht der Pflegeversicherung verankert, denn der Teilhabebegriff ist im SGB XI bislang nicht expliziert.

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich mit ihrem Beitritt zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) aber verpflichtet, nach Art. 19 Abs. 1 i. V. m. Art. 25, 26 Abs. UN-BRK wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle As-

pekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.

Nach Art. 4 Abs. 1 Buchst. a besteht die Verpflichtung zur Gewährleistung und Förderung der vollen Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen und ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Es sind alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen.

Die hier im Fokus stehenden Menschen mit pflegerischem Versorgungsbedarf gehören zweifelsfrei zu den Menschen mit Behinderungen im Sinne von Art. 1 Abs. 2 UN-BRK, da sie langfristig seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Das Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist mithin ein geeignetes Gesetz zur Umsetzung der UN-BRK. Dennoch hat der Gesetzgeber, trotz verschiedener Novellierungen des SGB XI in den letzten Jahren, dieses Gesetz nicht an die Anforderungen der UN-BRK angepasst. Ziel des SGB XI ist unverändert nicht die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe pflegebedürftiger Menschen. Stattdessen sollen die Leistungen des SGB XI Pflegebedürftigen lediglich „helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten“.

Statt der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beschränken sich die Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Wortlaut des § 2 SGB XI auf die Verbesserung des individuellen geistigen und körperlichen Zustandes der Berechtigten durch Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen. Folgerichtig ist das Leistungsrecht der Pflegeversicherung auf die medizinisch-pflegerische Versorgung und die soziale Betreuung der Berechtigten orientiert. Die gesetzliche Definition von Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität der Leistungen der Pflegeversicherung kennt keine Inhalte zur Förderung der Teilhabe. Im Rahmen der STAP-Studie hat sich jedoch gezeigt, dass die Orientierung an der selbstbestimmten Teilhabe der Bewohner*innen mit einer entsprechenden Verankerung des Themas in Konzepten und Instrumenten der Altenpflegeeinrichtungen grundlegend gestärkt werden sollte.

Aus Sicht der STAP-Studie wird daher vorgeschlagen, zur Umsetzung der UN-BRK die Zielsetzung der Leistungen der Pflegeversicherung auch auf die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe pflegebedürftiger Menschen auszurichten und entsprechende Leistungstatbestände in die Definition von Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität der Leistungen zur Pflege aufzunehmen.

b) Aufwand der Teilhabeförderung im Vergütungsrecht des SGB XI verankern

Die Einbeziehung der selbstbestimmten Teilhabe in das Leistungsrecht der Pflegeversicherung erfordert dann auch eine Anpassung der Bemessungsgrundsätze für die Pflegesätze (§ 84 SGB XI) in der Weise, dass der entsprechende Leistungsaufwand als leistungsgerecht anerkannt und vergütet wird.

c) Förderung selbstbestimmter Teilhabe als Qualitätskriterium im SGB XI

Nach § 115 Abs. 1 SGB XI stellen die Landesverbände der Pflegekassen sicher, dass die von den Pflegekassen erbrachten Leistungen und deren Qualität hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität veröffentlicht werden. Der Qualitätsausschuss soll nach § 113 Abs. 4 Nr. 4 SGB XI wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen, „ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln.“ Derartige Instrumente stehen bisher aber nicht zur Verfügung.

Die Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114 SGB XI enthalten in verschiedenen Abschnitten zum Beispiel der Wohnqualität oder der Speiseversorgung Fragestellungen, die Teilaspekte sowohl von Lebensqualität wie auch von Teilhabe sein könnten. Die Fragestellungen sind aber nicht auf die Beurteilung von Lebensqualität ausgerichtet.

In der Ausfüllanleitung für die Prüfer (Ziffer 35bb) ist die Frage, ob Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt wird, mit Ja zu beantworten, wenn aus der Dokumentation zu ersehen ist, dass Selbstbestimmung berücksichtigt wird. Die Dokumentation enthält jedoch keine spezifisch auf die selbstbestimmte Teilhabe orientierten, für die Beurteilung der Selbstbestimmung im Sinne der UN-BRK geeigneten Kriterien. Im Übrigen umfasst die selbstbestimmte Teilhabe alle Aspekte des

Lebens (Art. 26 UN-BRK) und ist nicht auf den Aspekt der Lebensqualität beschränkt.

Es wird vorgeschlagen, entsprechend Art. 26 UN-BRK die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe sowohl als Ziel der Pflegeversicherung wie auch als nachzuweisendes und zu überprüfendes Qualitätskriterium im SGB XI zu verankern.

d) Weiterentwicklung des WTG NRW

Das WTG NRW enthält – im Gegensatz zu einigen anderen Bundesländern – insbesondere in den §§ 1 und 3 grundsätzliche, auf die selbstbestimmte Teilhabe orientierende Bestimmungen. Dabei konkretisiert § 5 Abs. 2 die Unterstützung- und Förderverpflichtung der Leistungserbringer (§ 5 Abs. 1), allerdings beschränkt auf vier sehr allgemein gehaltene Aspekte, von denen drei auf Aktivitäten außerhalb der Einrichtung ausgerichtet sind.

Die Ergebnisse der STAP-Studie zeigen jedoch auch, dass eine wirksame Förderung der selbstbestimmten Teilhabe innerhalb und außerhalb von Pflegeeinrichtungen erreichbar ist. Voraussetzung ist allerdings, dass das Selbstverständnis der Einrichtung und die Rahmenbedingung in der Einrichtung neben der pflegerischen Versorgung die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe als völlig gleichwertiges Ziel und Aufgabe adaptiert und konsequent auch auf die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe ausgerichtet werden.

Der Landesgesetzgeber kann diese Entwicklung dadurch fördern, dass er die selbstbestimmte Teilhabe

- als verbindliches Konzept in das Qualitätsmanagement des § 4 Abs. 3 sowie
- in die Aufzählung der Leistungstatbestände des § 19 Abs. 1 aufnimmt, die durch eine fachliche Konzeption hinterlegt sein müssen.

Der Handlungskatalog des § 5 Abs. 2 sollte um die „Unterstützung der Bewohner bei der Geltendmachung von Leistungen zur Förderung der Teilhabe“ ergänzt werden. Neben den Leistungen der Pflegeversicherung bestehen zur Förderung der Teilhabe auch nach anderen Sozialgesetzen Leistungen, für deren Erschließung die Bewohner Unterstützung benötigen.

Das Ergebnis von STAP, insbesondere des Musterrahmenkonzeptes, enthält Kriterien, die auch im Rahmen des ordnungsrechtlichen Prüfauftrages der Aufsichtsbehörden in den Rahmenprüfkatalog einfließen könnten.

e) Anpassung der Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53c SGB XI

Aus Sicht der Studie stellen zusätzliche Betreuungskräfte eine besondere personale Ressource zur individuellen Unterstützung der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohner*innen innerhalb und außerhalb von Pflegeeinrichtungen dar. Allerdings wurden hier auch Verbesserungsbedarfe in Bezug auf die Aufgabenzuschneide und Qualifikation der zusätzlichen Betreuungskräfte festgehalten.

Die Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen sollten daher weiterentwickelt werden. Die Weiterentwicklung sollte insbesondere die teilhabeorientierte Aufgabenstellung und die entsprechende Qualifizierung der Betreuungskräfte umfassen.

Nach § 1 Satz 2 letzter Halbsatz der Richtlinien soll Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen mehr Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Die nachfolgenden Bestimmungen der Richtlinie sind jedoch weniger auf die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet, sondern eher auf Tätigkeiten und Angebote der „klassischen Beschäftigung und Tagesstrukturierung“ beschränkt.

Es wird vorgeschlagen, die Richtlinie auf die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe im Sinne der UN-BRK bei den Inhalten der Aufgaben und der Qualifikation weiter zu entwickeln und damit die konkrete Teilhabeförderung innerhalb und außerhalb von Pflegeeinrichtungen stärker hervorzuheben und zu ermöglichen. Wie zusätzliche Betreuungskräfte organisatorisch zugeordnet werden, obliegt der Organisationsverantwortung der Einrichtungen. Die Richtlinie sollte allerdings konkrete Regelungen zu den Aufgabenstellungen der Vorgesetzten enthalten. Da es sich um eine untergesetzliche Regelung handelt, wäre hier auch eine zeitnahe Weiterentwicklung im Rahmen der Selbstverwaltung der Pflegeversicherung möglich.

f) Pflegeausbildung

Bei der Ausbildung der Pflegefachkräfte sollten in den Curricula Inhalte zur Bedeutung und Förderung von selbstbestimmter Teilhabe sowie zur diesbezüglichen Wunscherfassung berücksichtigt werden. Bezogen auf die neue generalistische Pflegeausbildung gibt der Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufsgesetz eine hilfreiche Orientierung zur

Integration von teilhaberelevanten Inhalten in die Ausbildung (vor allem in der curricularen Einheit 09). Diese Hinweise gilt es jetzt bei der Erstellung der pflegeschulinternen Curricula zu nutzen. Und es ist wichtig, den Transfer der theoretischen Kenntnisse in die Praxis zu gestalten. Eine gute Grundlage dafür bildet der Rahmenausbildungsplan der Fachkommission und vor allem auch die von der Fachkommission bewusst angelegten Verknüpfungen zwischen Rahmenlehr- und Rahmenausbildungsplan. Eine gelingende Umsetzung in der Praxis setzt die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen voraus.

g) Anwendung des Musterrahmenkonzepts bei der Durchführung des § 5 WTG NRW

Ein Ziel des Forschungsprojekts war die Entwicklung eines praxisnahen Musterrahmenkonzeptes, mit dem die Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe in Altenpflegeeinrichtungen gefördert werden kann. Die Praxiserprobung des entwickelten Musterrahmenkonzepts hat gezeigt, dass auf dieser Grundlage eine Selbsteinschätzung des Ist-Standes und die Identifizierung von Handlungsbedarfen sowie die Entwicklung von Maßnahmen zur Organisation selbstbestimmter Teilhabe in Altenpflegeeinrichtungen möglich ist.

Zur Umsetzung des § 5 WTG NRW bietet es sich an, den Altenpflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen zu empfehlen, der einrichtungsspezifischen Förderung der selbstbestimmten Teilhabe dieses Musterrahmenkonzept zugrunde zu legen. Um eine möglichst flächendeckende Entwicklung für Nordrhein-Westfalen zu erreichen, wird angeregt, dass sich der Landesausschuss Alter und Pflege mit dem Ergebnis des Forschungsprojekts und der Wirkungsweise des Musterrahmenkonzepts befasst. Die Sicherstellung der selbstbestimmten Teilhabe in Altenpflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen würde eine signifikante Dynamik erreichen, wenn der Landesausschuss Alter und Pflege eine Empfehlung zur Anwendung des Musterrahmenkonzeptes abgibt.

7.4. Weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf

Die praktische Erprobung des Musterrahmenkonzepts hat gezeigt, dass die Organisation, Koordination und Steuerung der vielfältigen Aktivitäten in der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen im Allgemeinen sowie

die Förderung und Verwirklichung ihrer selbstbestimmten Teilhabe im Speziellen hohe Anforderungen an Altenpflegeeinrichtungen und deren Mitarbeitenden stellt. Die derzeitigen, zum Teil historisch gewachsenen und auf die Ausführung der Anforderungen der medizinische-pflegerischen Versorgung orientierten Abläufe in den Einrichtungen stoßen zunehmend an ihre Grenzen. Im Rahmen der STAP-Studie wurden nicht nur besondere, sondern auch zusätzliche Ressourcen identifiziert und benannt, die es aus Sicht der Studie sowohl von den einzelnen Einrichtungen zu berücksichtigen als auch auf politischer Ebene in den Blick zu nehmen gilt. Darüber hinaus könnte die Organisation, Koordination und Steuerung der Teilhabeförderung auch durch digitale Innovationen maßgeblich unterstützt werden, etwa in Form von digitalen, einrichtungsbereichsübergreifend zugänglichen Planungs- und Dokumentationssystemen. Digitale Dokumentationssysteme werden zwar bereits vielfach in den Altenpflegeeinrichtungen eingesetzt, die Möglichkeiten solcher Systeme zur Steuerung der Teilhabeaktivitäten sind aber häufig noch nicht oder nur begrenzt vorhanden. Es bietet sich an, Art und Umfang solcher Innovationen im Rahmen eines Forschungsprojekts zu erheben und entsprechende Lösungsvorschläge zu entwickeln.

In Bezug auf das im Projekt entwickelte Musterrahmenkonzept wäre es empfehlenswert, wenn dessen Transfer in die Praxis einerseits über Schulungen in Altenpflegeeinrichtungen unterstützt und andererseits mit Blick auf dessen Akzeptanz, Angemessenheit und Machbarkeit sowie auf bewirkte Veränderungen in den geschulten Einrichtungen auf Basis einer größeren trägerübergreifenden Stichprobe näher untersucht werden könnte. Aus Sicht der STAP-Studie kann das Musterrahmenkonzept ausdrücklich zur Weiterentwicklung des Praxishandelns zur Förderung und Verwirklichung der selbstbestimmten Teilhabe in Altenpflegeeinrichtungen beitragen – im Sinne der Bewohner*innen wäre daher ein erfolgreicher Praxis-transfer wünschenswert.

