

Ursula Kremer-Preiß

Wohnen 6.0 – Mehr Eigenverantwortung in der (institutionellen) Langzeitpflege wagen!

Zusammenfassung

Die Heimversorgung ist in der Krise. Viele Stellschrauben hat man in den vergangenen Jahren bewegt, um den Funktionsstörungen zu begegnen. Aber diese sind systembedingt und es bedarf einer strukturellen Neuausrichtung. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat in den vergangenen Jahren mit seiner 1.-5. Heimgeneration immer wieder Vorschläge zur Weiterentwicklung der Heimversorgung gemacht. Mit Wohnen 6.0 will das KDA die Diskussion zur Weiterentwicklung der Heimversorgung erneut anregen. Wohnen 6.0 zielt auf eine Demokratisierung der Sorgeleistungen. Heime sollen nicht nur Mitglieder einer Caring Community im umgebenden Sozialraum sein, sondern *intern* die Werthaltung der Sorgenden Gemeinschaft aufgreifen. Eine solche Demokratisierung der Sorgeleistung kann für alle ein Gewinn sein.

Stichworte: Demokratisierung, Heimgeneration, Heimversorgung, Heimtypologie, Pflegewohnen, Sektorenübergreifende Versorgung, Sorgende Gemeinschaft, zivilgesellschaftliches Engagement

Abstract

Home care is in crisis. Many adjustments have been made in recent years in order to counteract the malfunctions. But these are system-related and a structural realignment is required. In recent years, the Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) has repeatedly made suggestions for the further development of home care with its 1.-5. home care generation. With "Wohnen 6.0", the KDA wants to stimulate the discussion on the further development of home care once again. "Wohnen 6.0" aims to democratize care services. Homes should not only be members of a caring community in the surrounding social space, but internally pick up on the values of the caring community. Such a democratization of care can be of benefit to everyone.

Keywords: Caring community, democratization, home care generation, home care, home care typology, nursing homes, cross-sector care, civic engagement

1. Weiter so – nur mehr vom Althergebrachten?

Die Geburtsstunde der Altenheime in Europa liegt im Mittelalter, damals breitete sich in vielen Städten die Idee des „Heilig-Geist-Stifts“ aus, die sich zum Ziel gesetzt hatte, Kranken und Alten zu helfen. Die Bewohnerschaft des Hospitals erhielt eine Schlafstelle, Nahrungsmittel und seit dem 17. Jahrhundert „acht Mal im Jahr ein warmes Bad“ und sollte „stets mit gutem Brote“ (*Renafan 2021, o. S.*) versorgt werden. Die Finanzierung wurde über Geldzuwendung oder eigene Pflegetätigkeit im Hospital gesichert. 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, sichere und finanzierte Versorgung ermöglichen. Dieses *magische Dreieck „Bedarfsgerechtigkeit – Versorgungssicherheit – Fi-*

– nanzierbarkeit“ (*Bertelmann 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: 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; Kostenträger stehen vor der Herausforderung, die Finanzierbarkeit der Kosten vor dem Hintergrund wachsender Altersarmut zu gewährleisten. Dennoch wird das institutionelle Pflegewohnangebot kontinuierlich weiter ausgebaut. Alleine zwischen 1999 und 2019 ist die Zahl der Pflegeheime in Deutschland um mehr als 70 Prozent angewachsen (*Statista 2020*). Heute leben mehr 900.000 Menschen in rund 11.000 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen, das entspricht ca. einem Viertel aller Pflegebedürftigen (*BMG 2021*). Branchenexpert*innen aus dem investiven Sektor prognostizieren einen weiteren Bedarf von über 300.000 neuen Pflegeplätzen in den nächsten Jahren (u. a. *GWS 2016*). 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. Und zunehmend wird deutlich: Diese Funktionsstörungen sind weniger auf die Betreiber*innen und pflegenden Mitarbeitenden in diesen Einrichtungen zurückzuführen, sondern vielmehr erwachsen sie 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.

2. Wie Heime weiterentwickeln: personalisieren, inkludieren, auflösen?

Aber wie sollte die Heimversorgung weiterentwickelt werden? Viele Stellschrauben hat man in den vergangenen Jahren bewegt, um den Funktionsstörungen in der Heimversorgung zu begegnen – zuletzt die Tarifbindung für Pflegetätigkeiten und die Deckelung der pflegebedingten Eigenanteile. Aber reicht es, einzelne Stellschrauben zu drehen? Ist 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 strukturell neu ausgerichteter Konzepte? Auch hier stehen wir nicht am Anfang. In der Vergangenheit sind viele neue Konzepte entwickelt worden. Für viele Betreiber*innen ist die Verwirrung mittlerweile perfekt und sie suchen nach Orientierung, wie sie sich für die Zukunft aufstellen sollen.

Das Kuratorium Deutsch Altershilfe (KDA) hat in den vergangenen Jahren immer wieder Anregungen zur Weiterentwicklung der Heimversorgung gegeben und den

Wandlungsprozess der Heimleitbilder mit seiner Heimtypologie der 1. bis 5. Generation der Heimversorgung deutlich gemacht (KDA 2013):

- Das beginnt in den 50er- 60er Jahren mit den *de-personalisierten Heimen* der 1. *Heimgeneration (Verwahranstalten)* und 2. *Heimgeneration (Krankenhausversorgung)*, die lediglich eine Grundversorgung in von der „normalen“ Welt weitgehend separierten Sondereinrichtungen gesichert haben, ohne auf die individuellen Besonderheiten der Betroffenen einzugehen.
- Geht in den 70er- 80er Jahren über in die *personenorientierten Heime* der 3. *Heimgeneration (Wohnheime)* und 4. *Heimgeneration (Hausgemeinschaften)*, die Pflegebedürftigen auch in Sondereinrichtungen ein „normales“ und individuelles Leben ermöglichen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, sowie eine am individuellen Bedarf orientierte Alltagsnormalität integriert in ein familienähnliches Leben gewährleisten wollen.
- Mündet dann in den 90er- 2000er Jahren in die *inkludierenden Heime* mit den „*gemeinwesenorientierten Heimen*“ (Hummel 1986) und der darauf gründenden 5. *Heimgeneration (Quartiershäuser)*, die verstärkt durch die Behindertenrechtskonvention die Sicherung der sozialen Teilhabe in den Fokus rückten. „Individualität liegt nicht in der Maximierung von Selbstständigkeit begründet, sondern darin, dass Menschen Teil einer Gemeinschaft sind ...“ (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). Mit der „Öffnung ins Quartier“ soll die „Sonderwelt“ Heim zu einem Mitglied oder sogar Motor einer „Sorgenden Gemeinschaft“ im Sozialraum werden.

Trotz dieser Weiterentwicklungen und dem hohen Engagement vieler Betreiber*innen diese Reformelemente in der Praxis umzusetzen, bleiben die meisten Einrichtungen weiterhin „Sonderwelten“, die in der Ausgestaltung mehr oder weniger von einem Träger bestimmt werden und damit auch den Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen der Betroffenen Grenzen setzen.

Kritiker*innen fordern daher immer wieder die *Auflösung der Heime* (Dörner 2007). Durch verschiedene Pflegeversicherungsreformen wurde in den vergangenen Jahren ambulantes Pflegewohnen gestärkt und die Ambulantisierung der Einrichtungen erleichtert. In der Praxis wurden neue ambulante „Verbundmodelle“ geschaffen, mit ähnlich hoher Versorgungssicherheit wie sie eine Heimversorgung hat. Damit wurde gleichzeitig die Verantwortung für die Sicherstellung der Sorgeleistung an die Betroffenen zurückgegeben. Praktische Erfahrungen zeigen aber, dass die Alleinverantwortlichkeit die hoch vulnerablen Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen nicht selten überfordert (GKV 2019).

Die aktuelle Diskussion zur Auflösung der Sektoren und Schaffung *sektorenübergreifender Versorgungsmodelle* greift diesen Gedanken auf. Sie sehen die Weiterentwicklung darin, Heime zu Orten des Wohnens mit integrierten Leistungen zu machen, die nach Bedarf „zugewählt“ werden können und von verschiedenen informellen und professionellen Akteuren auch im Sinne von „Stambulant“-Modellen erbracht werden können (u. a. *De Vries 2021*). Die gemeinsame Erbringungsverantwortung für den *gesamten* Prozess der Sorgeleistungen soll durch ein professionelles Case-/Care-Management gesteuert werden – angesiedelt bei, bzw. verantwortlich gesteuert von der Kommune (*Rothgang, Kalvitzki, Cordes 2019*).

3. Wer soll die Verantwortung für die Sorgeleistungen tragen?

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 ist zu fragen, wie *in den Wohnsettings* die Abstimmung erfolgen und die Verantwortlichkeit verteilt werden soll.

Die Alleinverantwortlichkeit der Träger hat in den vergangenen Jahren viele Strukturschwächen bedingt. Die Alleinverantwortlichkeit der Betroffenen überfordert diese nicht selten. Die Steuerungsverantwortung 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. Aber überfordert dies nicht viele Kommunen, wenn sie die Gesamtverantwortung in den einzelnen Pflegewohnsetting tragen müssen?

- Besteht nicht die Gefahr ungleichwertige Lebensverhältnisse zu vertiefen, wenn Kommunen sich dieser Aufgabe nicht umfassend stellen können?
- Kann verhindert werden, dass Kommunen aus ihrer Pflichtverantwortung für die Pflegeinfrastruktur nur eine beschränkte Sichtweise auf ein ganzheitlich zu betrachtendes Wohnangebot haben?
- Besteht nicht die Gefahr, dass die Beteiligung der Betroffenen wieder in den Hintergrund tritt, weil sie bei einer professionellen Steuerung wenig in den Entscheidungsprozess eingebunden sind?
- Gerät die „Notwendigkeit des Zurücktretens der Pflege-Profis“ (*Dörner 2007, S. 15*) 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 auch mit Mitsprache- und Mitentscheidungsmöglichkeiten ausgestattet werden?

4. Mehr Demokratie in der Sorgekultur Langzeitpflegebedürftiger wagen

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 und den Mitarbeitenden sowie professionellen Trägern und kommunalen Verantwortlichen. Die Umsorgten und die Sorgenden gilt es in einen gleichberechtigten Austauschprozess zu bringen, um Freiheit und Sicherheit jeweils auszutarieren.

Letztlich geht es um „...einen Impuls, der fast an programmatiche Reden erinnern könnte: „Mehr Demokratie wagen“ (Hackler 2014, S.8) – es geht darum, mehr Demokratie in der Sorgekultur auch in institutionellen Wohnsettings zu wagen.

Nur dann ist auch wirkliche Teilhabe möglich. Denn Teilhabe ist nicht nur die Sicherung der internen und externen Kommunikation mit anderen Menschen, sondern bedeutet immer auch Partizipation – Mitentscheidungs-, Mitverantwortungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Nach der WHO-Definition hat Teilhabe eine Doppelbedeutung: zum einen das eher "konsumierende Teil-Nehmen" – z. B. wenn mobilitätseingeschränkte Menschen barrierefrei ein Gebäude betreten können – und zum anderen das eher „gestaltende Teil-Haben“ (Vester 2012) – z. B. wenn mobilitätseingeschränkte Menschen bei der Planung des Gebäudes mitentscheiden (und evtl. sogar mitwirken). Teilhabe impliziert damit nicht nur, dass pflegedürftige Menschen im Nachhinein oder von anderen in eine Lebenssituation einbezogen werden, sondern auch eine Lebenssituation von vorneherein selbst mitzugestalten oder wie Hartung (2012) es definiert, „Entscheidungsteilhabe“ zu gewähren.

5. Wohnen 6.0 – Demokratisierung der Sorgehaltung in Langzeitpflegewohnsettings

Dieses 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 und „Entscheidungsteilhabe“ für alle – das ist die besondere Haltung des Sorgens in einer *Caring Community*/ Sorgenden Gemeinschaft.

5.1 Demokratischere Sorgehaltung orientiert am Leitbild Caring Community

„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“ (*Klie 2014, S. 12*). Es geht darum, Sorgeverantwortung für sich und andere zu übernehmen. Von wem aber mehr Eigen- und Mitverantwortung gewünscht wird, dem müssen auch mehr Einflussmöglichkeiten auf Entscheidungen gegeben werden. Es geht in diesen „Sorgenden Gemeinschaften“ auch um demokratischere Beteiligungsprozesse: von den Mitgliedern einer Gemeinschaft gehen die Entscheidung aus, der Mehrheitswillen entscheidet, wie das Zusammenleben gestaltet werden soll, jede/ jeder hat dabei das *gleiche* Recht auf Mitentscheidung und Mitwirkung an den Angelegenheiten, die die gesamte Gemeinschaft betreffen. Das schließt alle ein – auch Ältere und Menschen mit Beeinträchtigungen. Sie sind nicht nur Sorgeempfangende sondern auch Sorgegebende, wie *Kruse* in seinen Studien eindringlich aufzeigen konnte (*Kruse 2017*) und damit ebenso in die Entscheidungsteilhabe einzubeziehen.

5.2 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, Stadtteilen, Dörfern lässt sich die identitäre Bindekraft und integrative Wirkung des sozialen Miteinanders leichter entfalten und „Sorgende Gemeinschaften“ sind im Sinne „*lokaler Verantwortungsgemeinschaft*“ (u. a. *Netzwerk SONG 2007*) entstanden. Auch deshalb ist der Blick auf die kommunale Ebene und die kommunalen Verantwortlichkeiten in den vergangenen Jahren besonders geschärft worden und es ist in der Pflege fast zu einem Allgemeinplatz geworden, die Pflege sozialraumorientiert auszurichten.

Aber dabei hat man nicht selten nur den kleinräumigen territorialen Bezug von Pflegeleistungen 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 einzubringen (*Hinte 2009*).

5.3 Caring Community im Pflegewohnsetting

Diese besondere Haltung des Sorgens umeinander in demokratischer Entscheidungsbeteiligung muss sich nicht nur auf einen ganzen Sozialraum im Sinne einer „*lokalen Verantwortungsgemeinschaft*“ beziehen. „Entscheidend ist nicht die lokale Einheit, sondern das Zu- und Zusammengehörigkeitsgefühl zu einer Gemeinschaft und ein gemeinsamer Werthonizont“ (*Klie 2014, S. 12*) – daher formieren sich Caring Communities auch nicht nur in der Pflege, sondern auch für den Klimawandel und nicht nur in Kommunen, sondern auch in Unternehmen oder Bildungsinstitutionen.

Auch in gemeinschaftlichen Langzeitpflegewohnsettings, die den gemeinsamen Werthonizont „der Inklusion der Exkludierten“ (Klie 2014, S. 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 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, sowie primär die Energie in die Weiterentwicklung „Sorgender Gemeinschaften“ in den Sozialräumen legen. Es erscheint jedoch – angesichts der enormen Pflegeaufgaben, die noch vor uns liegen – kaum realistisch, alle Heime aufzulösen. Praxiserfahrungen aus der Quartiersentwicklung zeigen zudem, 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/ Mennert 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.

Durch das gemeinsame Ringen um die demokratischere Ausgestaltung können Pflegewohnsettings zugleich zu einem gehaltvollen Baustein in einer Caring Community im umgebenden Sozialraum 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 Organisationsentwicklung 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 demokratischer Sorgestrukturen im Sozialraum bis hin zu einer „Inklusionsgemeinschaft“ (Schulz-Nieswandt 2013) anstoßen – also ein neues Gemeindeleben befördern, mit genossenschaftlich getragener gemeinsam verantworteter Daseinsvorsorge.

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 Pfle-

ge umsetzen. Die „Sorgende Gemeinschaft“ soll selbst entscheiden, wieviel professionelles Wohnen sie wünscht und wie viel sie selbst organisieren will. 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* organisiert werden kann.

6. Wohnen 6.0 – wie umsetzen?

Was bedeutet es nun konkret, die demokratischere Haltung der Caring Community in Langzeitpflegewohnsetting zu platzieren? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für das Leben in den Pflegewohnsettings und die Organisations- und Personalentwicklung?

Bei demokratischeren Sorgestrukturen wie Wohnen 6.0

- entscheiden *Betroffene (Langzeitpflegebedürftige mit ihren An- und Zugehörigen)* über das Leben und Wohnen in *ihrem* Zuhause – dabei geht es um mehr als Mitwirkungsrechte im Sinne des Heimgesetztes, sondern um umfassende auch vertragsrechtliche Mitentscheidungsmöglichkeiten und Eigenverantwortung für das alltagsweltliche Wohnen (Care-Verantwortung) – so werden Heime zu einem wirklichen *Teilhabe-Haus*.
- unterstützt die *Zivilgesellschaft aus dem Sozialraum* die partizipative Gestaltung des Wohnens und Lebens (Care-Verantwortung) – dabei geht es um mehr als ehrenamtliche Ressourcen für ein notleidendes System, sondern um eine partizipative Engagementkultur und Mitverantwortung der Zivilgesellschaft 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.
- werden *Mitarbeitende partizipativ eingebunden*, 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.
- ermöglichen *professionelle staatliche- und Markt-Akteure* die demokratische Umsetzung. 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 über die inhaltliche Ausgestaltung.

Bei der konkreten Ausgestaltung dieser unterschiedlichen Rollen stellen sich viele Fragen: Wie sollen die demokratischen Entscheidungsprozesse ablaufen und welche Gremien und vertraglichen Regelungen sind zu bilden? Welche zivilgesellschaftlichen Akteure aus dem Sozialraum sind zu aktivieren und wie ist deren partizipative Einbin-

dung zu sichern? 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“ auszustalten? Sind sie im Sinne „professioneller Langzeitpflegewohnsettings“ aktive ermöglicher des demokratischen Prozesses oder im Sinne „selbstgesteuerter Langzeitpflegewohnsettings“ lediglich partnerschaftliche 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.¹

7. Demokratischere Sorgestrukturen sind für alle ein Gewinn!

„Schon wieder ein neues Heimleitbild! Wir haben aktuell genug mit den vielfältigen ordnungs- und leistungsrechtlichen Regelungen sowie sozialen und ökonomischen Herausforderungen zu tun, die sich für die stationäre Pflege stellen!“ – so werden viele denken und die Mühen der Auseinandersetzung und Umsetzung scheuen. Je doch lohnt sich hier ein Blick darauf das, was man gewinnen kann:

7.1 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 wirkliche 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. Ähnlich wie in den ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften, wo schwer Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen in sog. „Auftraggebergemeinschaften“ über das Leben in diesen Pflegewohnsettings entscheiden, könnten „Hausparlamente“ – organisiert mit Unterstützung der Zivilgesellschaft und Profis – die demokratische Abstimmung über das Leben und Wohnen in Wohnen 6.0 sichern. 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 Pfle-

1 Im Rahmen eines neuen vom Deutschen Hilfswerk (DHW) geförderten Projektes „Wohnen 6.0 – Entwicklung und Erprobung eines zukunftsgerichteten 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.

ge gleichwertig um die bedarfsgerechte Gestaltung des Alltags und des Wohnens. Unterstützt durch eine modularisierte frei wählbare Leistungsgestaltung, deren Zusammenstellung von den Betroffenen selbst bestimmt werden kann, kann man den zunehmend pluralistischen Anforderungen gerecht werden.

7.2 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 könnten.

Mit demokratischeren Strukturen wie Wohnen 6.0 können mehr *zivilgesellschaftliche Ressourcen* (Kirchengemeinden, Non-Profit-Organisationen, Vereine, Bürgerinitiativen usw.) zur Sicherung der Versorgung gewonnen werden, weil sich zivilgesellschaftliches Engagement vielfach und nachhaltig erst durch die Sicherung einer partizipativen Beteiligungskultur motivieren lässt (Hämel 2010). Wenn Engagierte nur in eng und professionell strukturierten Nischen eingesetzt werden, um sie für die Übernahme von regulären Leistungen zur Personalmehrung zu gewinnen, können Potenziale von Engagement verloren gehen. Wohnen 6.0 zielt auf eine partnerschaftliche Engagementkultur, wo sich Engagierte selbst gestaltend einbringen und nicht auf eine Beteiligung – „aber bitte nicht zu Lasten eingespielter Betriebsabläufe und -hierarchien und professioneller Herangehensweisen“ (Hämel 2010, S. 82). Nur so können zivilgesellschaftliche Akteure aus dem Sozialraum dazu bewegt werden, die Anliegen eines Pflegewohnsettings zu den „Ihren“ zu machen. Dies erfordert eine stärkere partizipative Einbindung auch der Zivilgesellschaft. Vorstellbar ist, in gemeinsamen Arbeitsgruppen mit Mitarbeitenden Grundsatzfragen des Pflegewohnens zu verhandeln: Was soll das Leitbild des Pflegewohnsettings sein? Nach welchem Pflegekonzept soll gearbeitet werden? Wie soll die Einbindung Freiwilliger zur Unterstützung der Bewohnerschaft im Rahmen ihrer Care-Verantwortung gestaltet werden? Wie kann sich das Pflegewohnsetting ins umgebende Gemeinwesen einbringen? Mit einer solchen partizipativen Engagementkultur wird zugleich eine Weiterentwicklung des professionellen Profils in Richtung demokratischer und kooperativer Strukturen angeregt. Ebenso wird die Integration des Pflegewohnsettings in den Sozialraum motiviert. Denn zivilgesellschaftliche Akteure aus dem Sozialraum werden angeregt, sich präventiv mit der Gestaltung *ihrer* Pflegewohnsettings in *ihrem* Sozialraum auseinanderzusetzen, deren Sorgeleistungen sie evtl. in Zukunft nutzen wollen – evtl. sogar bis hin zur Mitfinanzierung über ein genossenschaftlich organisiertes Pflegewohnsetting.

Auch rückt das Thema „Pflege“ so 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 darin zu investieren.

7.3 Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Träger können an klassischen Organisations- und hierarchischen Führungsstilen festhalten – aber dann werden sie vielleicht im zukünftig sich eher verschärfenden Wettbewerb um das Pflegepersonal ungünstiger abschneiden und dem „Pflegxit“ weniger entgegensezten können. Mitarbeitende fordern nicht nur mehr Geld, sondern auch andere Arbeitsbedingungen. In diesem Kontext geht es auch um mehr Beteiligung und Einflussnahme auf die Arbeitskultur.

Mit demokratischeren Strukturen wie Wohnen 6.0 sollen die positiven Erfahrungen von selbstverantwortlichen Pflegeteams im ambulanten Bereich (siehe Buurtzorg-Modell) oder im Krankenhausbereich (siehe Magnethäuser) auch für Langzeitpflege-settings nutzbar gemacht werden. Gemeinsam im Team Führungsverantwortung übernehmen erfordert einen kooperativen Führungsstil, z. B. im Sinne eines „Shared-Leadership-Ansatz“ (Teichmann, Hüning 2018). Hier werden die Aufgaben aufgeteilt und die Mitarbeitenden übernehmen Führungsverantwortung für die Zielerreichung. Führung findet auf der Gruppenebene statt, die auf gegenseitigem Vertrauen und gemeinsamer Einflussnahme unter den Teammitgliedern basiert, um Teamziele zu erreichen. Praxiserfahrungen zeigen, dass durch eine stärkere Beteiligung der Mitarbeitenden und einen kooperativen Führungsstil die Arbeitszufriedenheit steigt, Fluktuationen und Krankheitsraten verringert sowie die Personalrekrutierung erleichtert werden kann (u.a. Sattelberger, Welpe, Boes 2015) – eine wichtige Voraussetzung für Leistungserbringer, um dem „Pflegxit“ zu begegnen und Pflegepotenziale für die Langzeitpflege zu aktivieren. Von der Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte profitieren wiederum die Pflegebedürftigen (Christiansen 2019).

7.4 Bewältigung notwendige 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 und ihre An- und Zugehörigen als auch die Pflegekräfte – mit ihren Bedürfnissen, Interessen und Ängsten in den notwendigen Transformationsprozess einbezogen werden (Keup et al. 2018).

Für all das bietet Wohnen 6.0 eine Chance!

Literaturverzeichnis

- Bertelmann Stiftung (2020), Impulspapier Pflege 4.0 in der internationalen Praxis, Gütersloh.
- BMG Bundesgesundheitsministerium (2021), 7. Pflegebericht, Berlin/Bonn, Siebter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (bundesgesundheitsministerium.de) (Zugriff: 5.7.2021).
- Brandenburg, H., Lörsch, M., Bauer, J., Ohnesorg, B., Grebe, Chr. (2021), Organisationskultur und Quartiersöffnung in der stationären Altenhilfe, Vallendar: Springer VS.
- Christiansen, M. (2019), Arbeitsorganisation und Führungskultur, in: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeij, Stefan Grefe, Jürgen Klauber, Antje Schwinger (Hrsg.) (2019): Pflege-Report 2019 Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin.
- De Vries, B. (2021), Neue Ideen fürs Wohnen der Zukunft, in: Magazin-Sameriter-Stiftung 19/2021, o. O., S. 8ff, https://magazin.samariterstiftung.de/2021_19/#8d (Zugriff: 5.7.2021).
- Dörner, K. (2007), Leben und sterben, wo ich hingehöre, Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus Verlag.
- GKV-Spitzenverband der Krankenkassen (2018), Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen, Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI, Die Projekte, Berlin, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/20181008_Reader_Pflegemodellprojekte_barrierefrei.pdf (Zugriff: 24.6.2021).
- GWS Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH (2016), Struktur des Pflegemarktes in Deutschland und Potentiale seiner Entwicklung, Kurzfassung, i. A. des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, Osnabrück, https://www.gws-os.com/discussionpapers/Kurzfassung_ProjNr_019_16.pdf (Zugriff: 24.6.2021).
- Hackler, D. (2014), Grußwort des Bundesfamilienministeriums zur ISS Dialog Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen – Dokumentation, Frankfurt, S. 7 ff.
- Hämel, K. (2010), Öffnung und Engagement – Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung, Gießen: Springer VS, S. 54, http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2010/7834/pdf/HaemelKerstin_2010_10_28.pdf (Zugriff: 24.6.2021).
- Hartung, S. (2012), Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: Rosenbrock, R./ Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern, S. 55 ff.
- 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. 318 ff, <https://www.springerprofessional.de/das-altenheim-vergangenheit-gegenwart-und-zukunft-einer-sozialen/18011524> (Zugriff: 24.3.2021).
- Hinte, W. (2009), Sozialraumorientierung – Was ist das eigentlich?, Essen.
- Hummel, K. (1986), 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.
- Kremer-Preiß, U., Mehner, T. (2018), DHW-Quartiers-Monitoring – Langzeitstudie zu den geförderten Quartierprojekten des DHW 2012-2018, Heidelberg.
- Keuper F, Schomann M, Sikora LI, Wassef R. (Hrsg.) (2018), Disruption und Transformation Management. Springer Gabler, Wiesbaden.

- KDA Kuratorium Deutsche Altershilfe (2013), Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser, Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen, Köln.
- Klie, T. (2014), Caring Community – leitbildfähiger Begriff für eine generationenübergreifende Sorgekultur?, in: ISS Aktuell 3/2014, Frankfurt, S. 11 ff, https://www.iss-ffm.de/fileadmin/assets/veroeffentlichungen/downloads/Sorgende_Gemeinschaften_-_Vom_Leitbild_zu_Handlungsans_auml_tzen.pdf (Zugriff: 24.3.2021).
- Klie, T., Arend, V. (Hrsg.) (2018), Arbeitsplatz Langzeitpflege. Schlüsselfaktor Personalarbeit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, T., Ranft, M., Szepan, N.-M. (2021), ECKPUNKTE Strukturreform Pflege und Teilhabe II – Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik – Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs hrsg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin, https://www.eh-freiburg.de/wp-content/uploads/2021/03/2021_Klie_Ranft_Szepan_Strukturreform_Pflege-und-Teilhabe-II_short.pdf (Zugriff: 25.6.2021).
- Kruse, A. (2017), Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife, Berlin, Heidelberg: Springer.
- Netzwerk SONG – Soziales neu gestalten SONG (2007), Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden – Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen – Lokale Vernetzung und Kooperation, Gütersloh.
- Renafan (2021), Das erste Altenheim, Glossar, Berlin. <https://www.renafan.de/glossar/a/altenheim> (Zugriff: 25.6.2021).
- Rothgang, H., Kalvitzki, T., Cordes, J. (2019), Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. 2. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform, Bremen, https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/2._Gutachten_AAPV_-_Kurzfassung.pdf (Zugriff: 25.6.2021).
- Sattelberger, T., Welpe, I., Boes, A. (2015), "Das demokratische Unternehmen"- Neue Arbeits- und Führungskulturen im Zeitalter digitaler Wirtschaft, München.
- Statista (2020), Pflege in Deutschland – Zahlen und Statistiken, Hamburg, <https://de.statista.com/themen/785/pflege-in-deutschland/> (Zugriff 24.6.2021).
- Schulz-Nieswandt, F. (2013), Der leidende Mensch in der Gemeinde als Hilfs- und Rechts -genossenschaft. Berlin.
- Teichmann S., Hüning, C. (2018), Digital Leadership-Führung neu gedacht: Was bleibt, was geht? In: Keuper F, Schomann M, Sikora LI, Wassef R (Hrsg.) Disruption und Transformation Management. Springer Gabler, Wiesbaden, S 23–42. Vester, M. (2012), Partizipation, sozialer Status und Milieus. In: Rosenbrock, R./ Hartung, S. (Hrsg.): In: Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern, S. 32 ff.

Autorin

Ursula Kremer-Preiß, Fachbereich „Wohnen und Quartiersgestaltung“, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Michaelkirchstraße 17-18, 10179 Berlin, ursula.kremer-preisskda.de