

# Pflege-Report 2015

## „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmei /  
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 3–14



<b>1</b>	<b>Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen – eine Einführung in das Thema .....</b>	<b>3</b>
	<i>Adelheid Kuhlmei und Stefan Blüher</i>	
1.1	Risiko Pflegebedürftigkeit .....	4
1.2	Charakteristika von Pflegebedarf .....	5
1.3	Wohn- und Versorgungswünsche bei Pflegebedarf .....	6
1.4	Versorgung in spezifischen Wohnformen .....	9
1.5	Ausblick: Pflegebedürftigkeit und die Zukunft spezieller Wohn- und Versorgungsformen .....	11

# Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen – eine Einführung in das Thema

Adelheid Kuhlmeiy und Stefan Blüher

## Abstract

Pflegebedürftigkeit als Zustand höchster physischer, psychischer und sozialer Vulnerabilität ist zu einem zentralen Gesundheitsrisiko in den Gesellschaften des langen Lebens geworden. Angesichts eines zukünftig weiter steigenden Pflegebedarfs stellt sich die Frage, welche Versorgungsformen geeignet sind, wesentliche Anforderungen an „gute Pflege und Versorgung“ zu erfüllen. Zu den grundlegenden Anforderungen gehören in diesem Zusammenhang eine qualifizierte Pflege, die Stärkung und Förderung noch vorhandener gesundheitlicher Ressourcen, der Erhalt eines Höchstmaßes an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sowie soziale Teilhabe. Die Gestaltung von Wohn- und Versorgungsumwelten kann diesbezüglich als eigenständige Ressource – respektive als Risiko – für den Erhalt von physischer oder psychischer Gesundheit und Selbstbestimmung betrachtet werden. Die häusliche Pflege in der angestammten Wohnumgebung durch nahe Angehörige, eventuell unterstützt durch ambulante Dienste, ist dabei mit Blick auf den Erhalt von Autonomie und Selbstbestimmung die bei Weitem bevorzugte Versorgungsform. „Häuslichkeit“ als Idealbild stellt somit letztlich immer auch den Bezugspunkt für andere Versorgungsformen außerhalb der angestammten Wohnung dar. Sowohl die Pflege im Heim als auch andere spezielle Wohnformen müssen diesem Bezugspunkt Rechnung tragen, um gemeinhin akzeptierte Alternativen für die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit darzustellen. Gerade für derzeit noch eher randständige Angebote, wie Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationenkonzepte, bieten sich hier Chancen, das Verhältnis zwischen institutionellen Erfordernissen und individueller Selbstbestimmung neu auszutarieren. Aber auch die vorhandenen Strukturen der stationären Pflege im Heim sind so zu gestalten, dass „Häuslichkeit“ im Sinne eines Qualitätsaspektes in Institutionen entstehen kann.

Being in need of care as the highest state of physical, mental and social vulnerability has become a key health risk in the societies of long life. Faced with an increasing demand for long-term care in the future, the question arises what forms of care are suitable to meet the key requirements for “good (health) care”. The basic requirements in this context include skilled nursing, strengthening and promoting health resources, the preservation of the highest standards of independence and self-determination and social participation. In this respect, the design of residential and care environments can be considered as an independent

resource – or as a risk respectively – for maintaining physical or mental health and self-determination. Home care in the familiar environment by close family, possibly supported by outpatient services, is by far the preferred form of care with respect to maintaining autonomy and self-determination. Thus “domesticity” as an ideal is always the reference point for other forms of care outside the own apartment. Long-term care in a nursing home as well as other special forms must take account of this reference point to represent acceptable alternatives for care at home. Especially still rather marginal forms of long-term care, such as residential communities or multi-generation concepts, offer the opportunity to rebalance the relationship between institutional requirements and individual self-determination. However, the existing structures of residential care in nursing homes must be redesigned in such a way that “domesticity” as a quality aspect can develop in institutions.

## 1.1 Risiko Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist zu einem zentralen Gesundheitsrisiko in den Gesellschaften des langen Lebens geworden. Immer mehr Menschen sind mit dem Thema Pflege in unterschiedlicher Weise konfrontiert. Zum Beispiel gab weit über die Hälfte der Befragten des Gesundheitsmonitors 2013 (60%) an, mit dem Thema Pflegebedürftigkeit in Berührung gekommen zu sein. Darunter hatte jeder Fünfte (21%) zu einem früheren Zeitpunkt einen Angehörigen gepflegt bzw. versorgte derzeit ein Familienmitglied (Kuhlmei et al. 2013). Das Ausmaß der Angst vor einer Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland schon heute relativ weit verbreitet. So äußerte jeder Zweite in einer Infratest-Umfrage (12/2012), von einer kostenlosen Assistenz beim Freitod Gebrauch machen zu wollen, um dem Schicksal der Pflegebedürftigkeit zu entgehen. Die Ergebnisse der Generali-Altersstudie (2013) bestätigen: Im Sorgenkatalog der befragten 65- bis 85-Jährigen steht die Aussage „Dass ich pflegebedürftig werde, dauerhaft auf Pflege angewiesen bin“ ganz oben in der Rangfolge.

So geäußerte Ängste sind auch Ausdruck von Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit und eines stetig steigenden Betroffenheitsgrades. In Deutschland sind derzeit rd. 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (Statistisches Bundesamt 2013). Das Pflegerisiko steigt im Altersgang deutlich an: Sind bei den 60- bis unter 80-Jährigen nur ca. 3,5% pflegebedürftig, ist mit 80 Jahren etwa jeder Fünfte betroffen, mit 85 Jahren jeder Dritte und die 90-Jährigen und Älteren insgesamt zu mehr als 60% (Büscher und Wingenfeld 2008). Frauen sind häufiger pflegebedürftig und ihr Pflegebedarf nimmt im Alter deutlich schneller zu als der der Männer (DZA 2007). Daten zur Entwicklung des Pflegebedarfs in Deutschland verweisen auf die wachsenden Herausforderungen: Die Schätzungen liegen für das Jahr 2050 in einer Bandbreite von 3,17 Millionen Betroffenen (Dietz 2002) bis ca. 4,35 Millionen Pflegebedürftige (SVR 2009).

## 1.2 Charakteristika von Pflegebedarf

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster physischer, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der laut des deutschen Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI (§ 14)) Personen definiert, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. An welchem Kumulationspunkt körperlicher Leiden, psychischer Beeinträchtigungen und sozialer Konstellationen dieser Zustand eintritt, ist letztendlich nicht bekannt. Relativ sicher ist, dass Pflegebedürftigkeit auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen beruht. Die häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, sind neben Frakturen (häufig nach Unfällen) und Amputationen insbesondere Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfälle), andere chronische Erkrankungen der inneren Organe und des Bewegungsapparats, schwere rheumatische Erkrankungen, Krankheiten des Skelett- und Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane. Ein wesentliches Merkmal ist die – insbesondere bei älteren Pflegebedürftigen – häufig auftretende Überlagerung von chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, womit sehr häufig kognitive Einschränkungen verbunden sind. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der stark wachsenden Zahl sehr alter Menschen nimmt damit insbesondere die Bedeutung von Demenzerkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu (MDS 2006; SVR 2009).

Durch die Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ (MuG), die sowohl für die Situation in Privathaushalten als auch für die stationäre Versorgung durchgeführt wurden, stehen Ergebnisse zur Verfügung, die die gesundheitliche Vulnerabilität von zumeist älteren Menschen in Pflegesituationen verdeutlichen. Die schwerwiegendsten Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen zeigen sich beim Duschen/Waschen, gefolgt von An- und Auskleiden, Toilettennutzung und Nahrungsaufnahme. Das Ausmaß solcher funktionellen Einschränkungen zeigt sich in den Befunden aus der stationären Versorgung deutlich: Fast 90 % der Bewohner haben Hilfebedarf beim Duschen und Waschen, beim An- und Auskleiden, bei der Toilettennutzung sowie bei der Nahrungsaufnahme (Schneekloth und Wahl 2006). Neben diesen Beeinträchtigungen, die vor allem den Bereich von Bewegung und Beweglichkeit betreffen, leiden Pflegebedürftige unter ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit. Diese Einschätzung wird durch die Daten aus der Studie „MuG IV“ zur Selbstständigkeit in stationären Einrichtungen gestützt: Knapp 60 % der Bewohner sind häufig oder gelegentlich unfähig zur Lösung von Alltagsproblemen, über 50 % antriebsarm oder niedergeschlagen, knapp 50 % zeigen sich häufig oder gelegentlich unfähig, ihre Grundbedürfnisse wahrzunehmen, sind räumlich unzureichend orientiert und bedürfen einer andauernden Hilfestellung. Eine häufig oder gelegentlich beeinträchtigte Orientierung im Hinblick auf Personen wiesen knapp 40 % auf und zwischen 30 und 35 % zeigten Störungen im Tag-/Nacht rhythmus sowie sozial abweichendes Verhalten (Schneekloth und Wahl 2006).

Angesichts der Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger ist eine wesentliche Aufgabe pflegerischer Versorgung auch darin zu sehen, verbliebene Gesundheit im Alter

im Sinne einer Ressourcenstärkung zu stützen und die jeweils erreichbare Selbstständigkeit für die Betroffenen zu erhalten. Dies kann nur gelingen, wenn die Anstrengungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter deutlich intensiviert werden. Diese Überlegungen müssen zukünftig viel stärker auch auf die Gestaltung von Wohn- und Versorgungsformen bei bereits eingetretener Pflegebedarf bezogen werden. Gerade physische und psychische Funktionalität und alltagspraktische Kompetenzen werden nämlich in hohem Maße von Wohn- und Versorgungsumwelten beeinflusst. Das jeweilige Wohn- und Versorgungssetting ist mithin als eigenständige Ressource (respektive Risiko) für den Erhalt, die Steigerung (oder den Verlust) von körperlicher oder geistiger Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alter zu begreifen. Dies gilt ausdrücklich nicht nur für die häusliche Wohnumwelt, sondern ebenso für Wohn- und Versorgungskonzepte außerhalb der Häuslichkeit (vgl. den Beitrag von Kleina und Horn, Kapitel 7 in diesem Band). Verbreitete Vorstellungen mit Blick auf wünschenswerte Wohn- und Versorgungsformen bei Hilfe- und Pflegebedarf, die Ressourcen für Selbstständigkeit und Teilhabe versprechen, beziehen sich dabei derzeit noch ganz überwiegend auf den möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit.

### 1.3 Wohn- und Versorgungswünsche bei Pflegebedarf

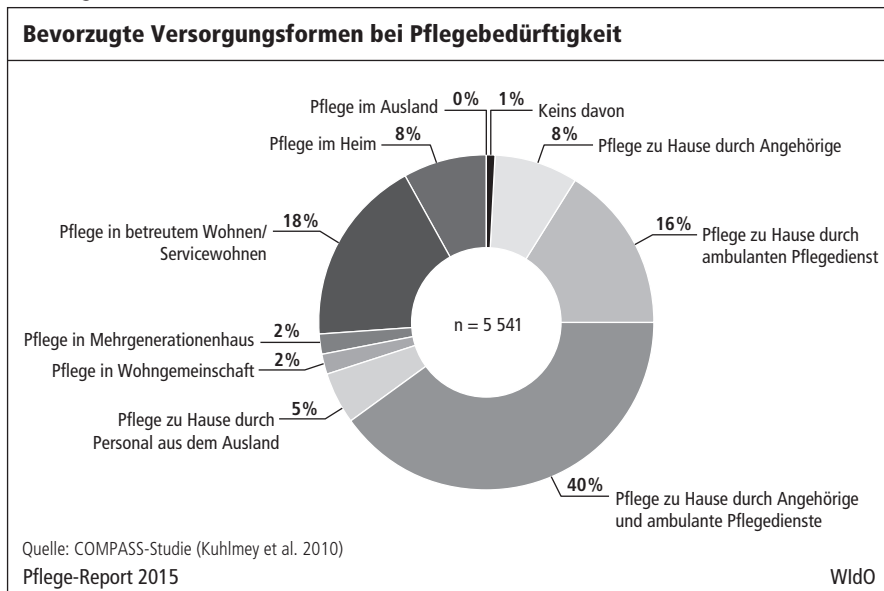
Die Mehrheit der in Deutschland lebenden Frauen und Männer möchte im Falle des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden; alle größeren Befragungen bestätigen dies (vgl. z. B. Gesundheitsmonitor 2006 und 2013; COMPASS-Studie 2010; Deutscher Altenpflege-Monitor 2006) (vgl. den Beitrag von Zok und Schwinger, Kapitel 3 in diesem Band). Mit diesem Wunsch ist die Hoffnung verbunden, ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Kontinuität im Leben im Hinblick auf vertraute Personen im bekannten Wohnumfeld bewahren zu können.

So wird die Auswahl der bevorzugten Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit in einer Befragung (COMPASS-Studie) von knapp 6.000 Personen (>40 Jahre) nach einer Prioritätenliste eindeutig durch das Versorgungssetting „*Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und ambulante Dienste*“ angeführt (40%) (vgl. Abbildung 1–1) (Kuhlmei et al. 2010). Im Gesundheitsmonitor 2006 geben 64% der Befragten an, dass sie von Familienmitgliedern Unterstützung erwarten (Amhof 2006). Der normative Anspruch auf Pflege durch die Kinder (45%) und auf Pflege durch den Partner (62,3%) scheint hoch. Die Wunschpflegeperson bleibt aus der Sicht von Betroffenen ein Angehöriger (Runde et al. 1997 u. 2003). Im Deutschen Altenpflege-Monitor 2006 geben 55% der Befragten an, sich grundsätzlich vorstellen zu können, durch Angehörige oder Kinder zu Hause gepflegt zu werden (vgl. den Beitrag von Dräger, Kapitel 9 in diesem Band).

Angesichts dominierender Vorstellungen, wonach Pflege in der eigenen Häuslichkeit als Idealfall gilt, haben Wohn- und Versorgungsformen außerhalb der Häuslichkeit nach wie vor einen schweren Stand (vgl. Abbildung 1–1).

Neuere Wohnformen, wie z. B. die *Mehrgenerationenhäuser*, spielen mit 2% als bevorzugte Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit eine untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 1–1). Generationenwohnen steht für das Zusammenleben von Jung

Abbildung 1–1



und Alt; die Befragten erwarten ein abwechslungsreiches Miteinander in der Regel in gemeinsamen Wohnumwelten. Bei Pflegebedürftigkeit ist Hilfe intern wie auch extern organisiert denkbar. Für viele Befragte steht das *Generationenwohnen* allerdings für Wohnen in der „eigenen Familie“, welches dann 39% Zustimmung erhält (Deutscher Altenpflege-Monitor 2006).

Hinsichtlich der Präferenz von organisierten Wohngemeinschaften ist die Datenlage uneinheitlich. In der COMPASS-Studie (Kuhlmey et al. 2010) bevorzugen lediglich 2% diese Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit, im Deutschen Altenpflege-Monitor 2006 38% der Befragten. Wichtig erscheint in der selbst organisierten Wohngemeinschaft das Miteinander mit anderen Menschen. Bei Pflegebedürftigkeit wird Hilfe eher von außen erwartet. Wichtige Merkmale, die man sich in beiden Wohnformen erhofft, sind: gegenseitige Hilfe im Alltag, nicht allein zu sein und das gegenseitige Geben und Nehmen (Deutscher Altenpflege-Monitor 2006).

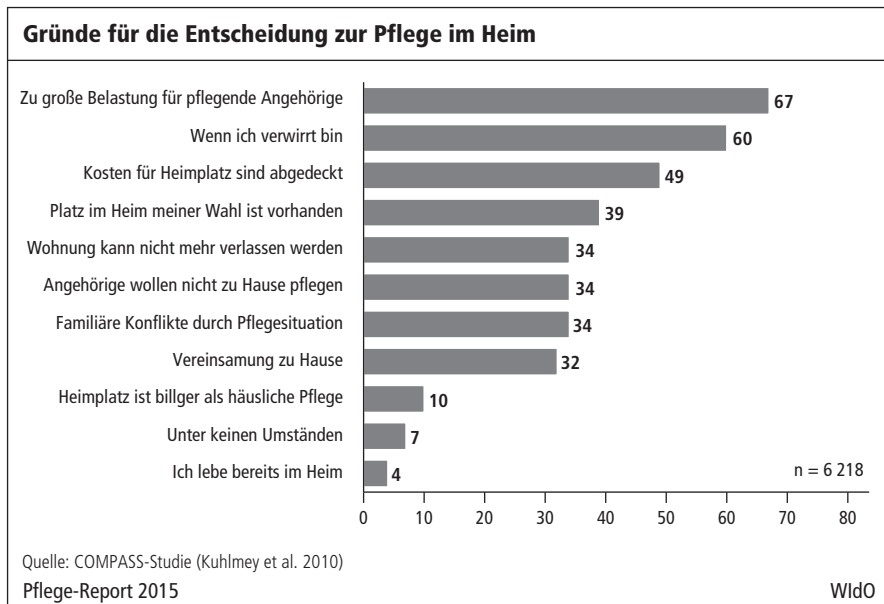
Dieses Konzept ist insbesondere durch ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell Erkrankte bekannt. Hier leben durchschnittlich sechs bis acht hochbetagte Senioren als Mieter in einer gemeinsam genutzten Wohnung zusammen. Diese wird häufig durch einen Verein oder auch durch eine private Initiative angemietet. Die Rund-um-die-Uhr-Betreuung und -Pflege übernehmen ambulante Pflegedienste. In der Regel ist in einer WG auch nur ein Pflegedienst tätig und dieser ist meist bestrebt, ein festes Pflegeteam pro WG vorzuhalten. Jeder Bewohner hat einen getrennten Miet- und Pflegevertrag.

Wenn die Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist, würden 84% der Befragten einer TNS Emnid-Studie gerne ein eigenes Apartment mit pflegerischer Betreuung beziehen (*Betreutes Wohnen/ Servicewohnen*). Sie entscheiden sich damit für eine im Vergleich zur stationären Heimversorgung selbstständigere Wohnform

(TNS Emnid 2008). Im Deutschen Altenpflege-Monitor 2006 ist ebenfalls eine hohe Akzeptanz der Pflege im Betreuten Wohnen (65%) erkennbar. In Konkurrenz mit allen genannten Wohn- und Versorgungsformen erfährt die Pflege im Betreuten Wohnen/Servicewohnen in der COMPASS-Studie einen Zuspruch von 18% aller Befragten und wird damit ungefähr doppelt so häufig genannt wie die Pflege im Heim. Lediglich 8% aller Befragten würden sich für *Leben und Pflege im Heim* als Versorgungsform im Falle einer Pflegebedürftigkeit entscheiden (vgl. Abbildung 1–1). Zu dem gleichen Ergebnis kommt 2007/2008 der Deutsche Altenpflege-Monitor. Im Vergleich hierzu waren es in den Jahren 2005/2006 noch 13% der Befragten, die der Heimversorgung im Falle von Hilfe- und Pflegebedarf zustimmten. Die stationäre Altenpflege verliert demzufolge in den letzten Jahren in Deutschland eher noch an Akzeptanz. Gegenüber diesem allgemeinen Befund zeigt sich eine fast doppelt so hohe Zustimmung zur Versorgung im Heim bei befragten Frauen im Vergleich zu den Männern und bei denjenigen Befragten, die bereits Pflegeerfahrung haben (Kuhlmei et al. 2010).

Aber selbst bei bester privater oder ambulanter professioneller Hilfe und optimaler Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Wohnraumanpassung kann ein Punkt erreicht werden, wo der Verbleib in den eigenen vier Wänden selbst zum Verlust wird. In diesem Zusammenhang muss einmal mehr betont werden, dass Versorgung in der eigenen Häuslichkeit keineswegs immer und in jedem Falle die beste Lösung darstellen muss. Sie kann vielmehr für Gepflegte und Pflegende mit gravierenden Belastungen und Einschränkungen – wie z. B. der Gefahr sozialer Isolation und Vereinsamung – einhergehen (vgl. auch Abbildung 1–2). Hier kann der Umzug in ein Heim oder eine andere spezifische Wohn- und Versorgungsform außerhalb der Häuslichkeit Möglichkeiten – etwa im Hinblick auf Teilhabe und Integration – bieten, die helfen können, das alltägliche Leben wieder besser zu bewältigen. Die Gründe für einen Umzug in ein Pflegeheim haben sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert. Es handelt sich offenkundig immer um Kombinationen von Gesundheitszustand, Netzwerkressourcen und der im Heim abrufbaren Unterstützung. So identifizierten auch die Untersuchungen von Schneekloth 1998 und 2006 die folgenden Gründe: eine erhebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation, der Zusammenbruch der häuslichen Versorgungssituation sowie der Ausfall der Hauptpflegeperson, die Unfähigkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt wieder selbstständig leben zu können, der Wunsch nach geeigneter Betreuung, die Suche nach Sicherheit bei eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten, der Wunsch nach besserer sozialer Einbindung sowie die Befürchtung, Angehörigen zur Last zu fallen (Boguth 2009, modifiziert nach Schneekloth u. Müller 1998 und Schneekloth 2006). Auch die COMPASS-Studie bestätigt, dass die Entscheidung für eine Pflege im Heim begründet wird mit der Belastung von nahen Angehörigen: 67% der Befragten würden in ein Heim gehen, um pflegende Angehörige zu entlasten. Ein weiterer, besonders gravierender Grund sind kognitive Einschränkungen: 60% geben dies als ausschlaggebend für einen Heimeintritt an. Bemerkenswert ist aber auch, dass knapp ein Drittel eine drohende Vereinsamung zu Hause als möglichen Grund für einen Umzug ins Heim nennt und damit die bereits betonte potenzielle Ressource von Pflege außerhalb der eigenen Häuslichkeit anspricht (vgl. Abbildung 1–2) (vgl. auch den Beitrag von Kumpers und Wolter, Kapitel 10 in diesem Band).

Abbildung 1–2



Insgesamt verweist die Studienlage auf eine Einschätzung der Befragten zum Thema Pflege und Versorgung in spezifischen Wohnformen, die sich wie folgt zusammenfassen lässt: Versorgung außerhalb der eigenen Häuslichkeit stellt vor allem bei schweren gesundheitlichen Einschränkungen, die mit zu hohen Belastungen des sozialen Netzwerks und/oder mit Grenzen einer angemessenen ambulanten Versorgung einhergehen, eine Option dar. Hierin spiegelt sich durchaus ein Teil der aktuellen Versorgungsrealität in der institutionellen Pflege wider.

## 1.4 Versorgung in spezifischen Wohnformen

In Deutschland werden aktuell 743 000 pflegebedürftige Menschen in 12 400 Pflegeheimen von 661 000 Beschäftigten versorgt (Büscher und Dorin 2014). Eine steigende Tendenz ist nicht zu übersehen: 2011 lebten 32 % mehr Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen als 1999 (Statistisches Bundesamt 2013). Mit zunehmender Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen und fortschreitenden Funktionsverlusten steigt die Wahrscheinlichkeit einer (institutionalisierten) pflegerischen Versorgung außerhalb der eigenen Häuslichkeit. Dies bedeutet heute noch immer vor allem Versorgung im Pflegeheim. Vollstationär gepflegte Frauen und Männer sind im Schnitt deutlich älter als zu Hause Versorgte. So sind 50 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner hochaltrig (85 Jahre und älter), zu Hause lebende Pflegebedürftige dagegen zu rund 30 %. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für pflegeassoziierte physische und psychische Erkrankungen deutlich. Mit Blick auf die vollstationäre Versorgung steht insbesondere der Verlust der kognitiven Leis-

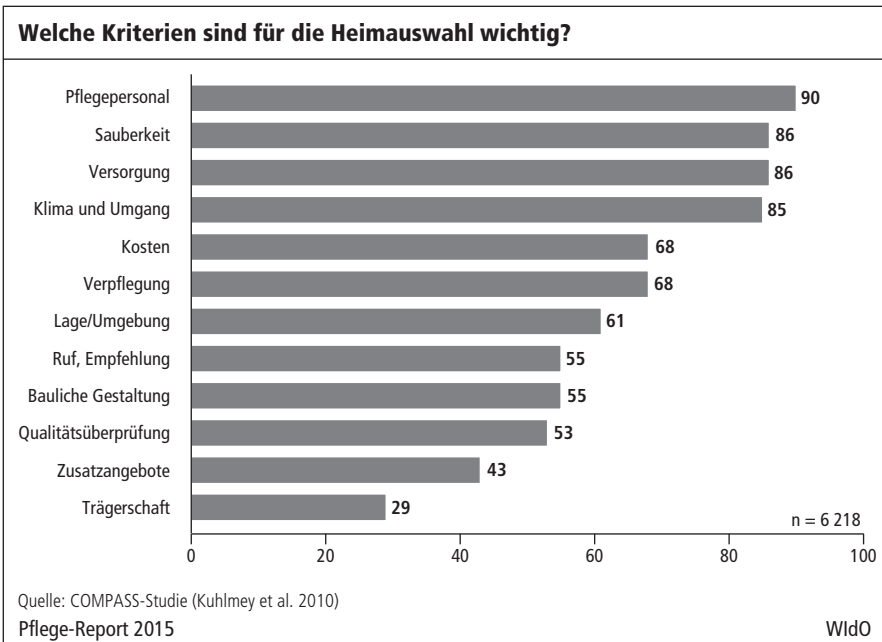


tungsfähigkeit in hoher Korrelation zu einem Pflege- und Hilfebedarf und stellt inzwischen den wichtigsten Grund für den Übergang in ein Pflegeheim dar. Durchschnittlich sind fast 70 % aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner heute an einer Demenz – in unterschiedlichen Schweregraden und unabhängig von ihrer Ursache – erkrankt (Schäufele et al. 2007).

Diese höhere physische und psychische Vulnerabilität spiegelt sich deutlich im höheren stationären Versorgungsbedarf und dem entsprechenden Leistungsgeschehen wider: So lag 2011 der Anteil von Pflegebedürftigen mit der höchsten Pflegestufe III in der stationären Versorgung bei 20 %, bei den zu Hause Gepflegten dagegen bei nur 9 % (Statistisches Bundesamt 2013).

Werden Menschen in Deutschland nach den Kriterien einer guten Versorgung außerhalb der Häuslichkeit gefragt, dann spielen insbesondere gut ausgebildetes Pflegepersonal (90 %), eine gute medizinisch-therapeutische Versorgung und die Sauberkeit der Einrichtung (jeweils 86 %) sowie eine angenehme Atmosphäre bzw. ein höflicher Umgang miteinander (85 %) eine wesentliche Rolle (Kuhlmei et al. 2010; TNS Emnid-Umfrage 2007) (vgl. Abbildung 1–3). Für mehr als zwei Drittel aller Befragten sind die Kosten des Heimaufenthaltes sowie ein ansprechendes Verpflegungsangebot maßgeblich (jeweils 68 %) und für 61 % die Lage sowie Umgebung, in der sich das Heim befindet. Für jeden zweiten Befragten sind der Ruf bzw. die Bekanntheit des Heimes sowie seine ansprechende (innere und äußere) architektonische Gestaltung (jeweils 55 %) und einrichtungsinterne Qualitätsüberprüfungen (53 %) von Bedeutung. Die Trägerschaft eines Heimes spielt lediglich für 29 % der Befragten eine entscheidende Rolle bei der Angebotsauswahl (Kuhlmei et al. 2010). Befragte des Altenpflege-Monitors, die bereits an einem Entscheidungspro-

Abbildung 1–3



zess für ein Heim beteiligt waren, bestätigen zu 76%, dass die örtliche Nähe zum bisherigen Wohnumfeld ausschlaggebend ist für die Auswahl eines Heimes. Ebenso spielen Kosten für 43% der Befragten eine Rolle, während Größe (16%) und Träger eines Heims (11%) in dieser Befragung ebenso zu vernachlässigen sind (Deutscher Altenpflege-Monitor 2007/08) (vgl. den Beitrag von Wingenfeld, Kapitel 6 in diesem Band).

Letztendlich müssen sich spezifische Wohn- und Versorgungsform aber auch an den Kriterien messen lassen, die zu einer Priorisierung der häuslichen Versorgung führen. Diese Kriterien sind die Beibehaltung einer möglichst großen Eigenständigkeit und der Verbleib in vertrauter Umgebung trotz Pflegeabhängigkeit (Kuhlmeier et al. 2010; Runde et al. 2003).

Beim Übergang in eine Versorgung außerhalb der Häuslichkeit gibt ein Mensch nicht nur die eigene Wohnung, sondern auch seine bisherige Beständigkeit auf, verliert das Zuhause und ein Stück der eigenen Identität. Der Einzug in ein Pflegeheim ist kein schlichter Umzug, sondern ein kritisches Lebensereignis und fordert keine geringe Anpassungsleistung von allen Betroffenen.

## 1.5 Ausblick: Pflegebedürftigkeit und die Zukunft spezieller Wohn- und Versorgungsformen

Eine Herausforderung für neue Angebote und die Weiterentwicklung spezieller Wohn- und Versorgungsformen bei insgesamt zunehmendem Pflegebedarf kann darin gesehen werden, eine überzeugende Alternative zu der nach wie vor dominierenden Vorstellung vom Ideal der Pflege und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu bieten. Eine Erhöhung der Akzeptanz spezifischer Formen zur Versorgung bei Pflegebedarf kann dabei nur erreicht werden, wenn es gelingt, wesentliche Aspekte einer häuslichen Versorgung besser als bislang konzeptionell in ein außerhäusliches Setting zu implementieren. Dazu gehören die Beibehaltung einer möglichst großen Eigenständigkeit und Selbstbestimmung sowie der Verbleib in vertrauten Lebensräumen (Ortsteil, Quartier, Dorf usw.). In diesem Zusammenhang muss auch die Rolle von Institutionen und ihr Einfluss auf selbstbestimmtes Handeln trotz Pflegebedürftigkeit auf den Prüfstand gestellt werden. Dies kann einerseits bedeuten, auch Pflege in stationären Einrichtungen als Versorgungsmix zu betrachten und zu organisieren, indem z. B. familiäre Unterstützungsleistungen und professionelle Hilfe und Pflege hier viel stärker verzahnt werden. Andererseits bedarf es einer besseren Diversifizierung von Angeboten mit möglichst individuellen, auf wechselnde Hilfebedarfe flexibel reagierenden Versorgungsnetzen, die je nach Bedarf unterschiedliche Formen umfassen können wie teil- oder vollstationäre Pflege, Servicewohnen, organisierte Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationen-Konzepte. Wie auch im Bereich der medizinischen Versorgung eine bessere Integration unterschiedlicher Versorgungspfade – beispielsweise für chronisch Erkrankte – gefordert wird, benötigt auch die pflegerische (Langzeit-)Versorgung mehr Durchlässigkeit und Flexibilität, die nicht nur die Bedarfe, sondern auch die Bedürfnisse des zu Versorgenden zum Maßstab nimmt. Dabei ist an ein Kontinuum mit fließenden Übergängen von der häuslichen Versorgung in außerhäusliche Settings zu

denken, die grundlegende Elemente von „Häuslichkeit“ (Privatsphäre, Geborgenheit, Selbstbestimmung) mit erforderlichen Leistungen einer institutionellen Versorgung (Sicherheit, hohe Qualitätsstandards für jeden Versorgungsbedarf) verbinden.

Der Pluralisierung der Gesellschaft und der damit einhergehenden Ausdifferenzierung von Lebenslagen und Lebensstilen, die insbesondere für die Lebensphase Alter mehr und mehr bestimmend wird, muss auch bei Hilfe- und Pflegebedarf Rechnung getragen werden. Davon ausgehend könnten Mentalitäten und Haltungen zukünftig Pflegebedürftiger deutlich stärker noch zu einer Ablehnung von Versorgungssettings führen, in denen (vermeintliche) institutionelle Erfordernisse die Selbstbestimmung des Einzelnen beschränken. Die Chance für spezielle Wohn- und Versorgungsformen kann gerade darin gesehen, das Verhältnis zwischen Institution und Individuum so auszutarieren, dass Formen von „Häuslichkeit“ auch außerhalb der angestammten Wohnung entstehen können. Häuslichkeit steht in diesem Sinne als Chiffre für eine individualisierte hochwertige Versorgung unter Wahrung größtmöglicher Eigenständigkeit und Selbstbestimmung.

Die notwendige Weiterentwicklung von Angeboten für Wohn- und Versorgungsformen, die Aspekte von Häuslichkeit mit den Stärken einer institutionalisierten Hilfe und Pflege verbinden, erfordert geeignete Rahmenbedingungen. Neben Finanzierungsfragen sind hierbei immer wieder auch gesetzliche Regelungen und Verordnungen, die häufig Barrieren für die Realisierung neuer Angebote darstellen, zu überprüfen. Aktuell zeigen sich deutliche regionale bzw. lokale Unterschiede in der Verbreitung spezieller Versorgungsformen, wie z.B. ambulant betreuter Demenz-Wohngemeinschaften. Während die Zahl dieser Einrichtungen in Großstädten und Ballungszentren zunimmt, sind sie in vielen Regionen als Versorgungsform noch kaum bekannt.

In diesem Zusammenhang müssen sicherlich auch unterschiedliche Mentalitäten und biografische Erfahrungen von Menschen Beachtung finden. Hilfe- und Pflegebedürftige, die auf eigene Vorerfahrungen mit gemeinschaftlichen, nicht familialen Wohnformen, etwa aus dem jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter, zurückgreifen können, werden solche spezifischen Angebote eher als Versorgungsform in Betracht ziehen. Hier kann von einem Effekt ausgegangen werden, dass nachrückende Generationen im Schnitt deutlich aufgeschlossener gegenüber heute noch eher randständigen Versorgungsformen sein werden. Dennoch dürften Mehrgenerationen-Konzepte oder Wohngemeinschaften wohl in absehbarer Zeit keine annähernd große Verbreitung finden wie etwa die Pflege im Heim; und sie werden auch – wenngleich sie sinnvolle Elemente eines weiter gespannten, flexiblen Versorgungsmixes sein können – nicht zu jeder Zeit und für jeden Pflege- und Versorgungsbedarf gleichermaßen geeignet sein. Dies verweist gleichzeitig auf die Notwendigkeit, bestehende Strukturen der stationären Pflege im Heim dergestalt weiter zu entwickeln, dass Formen von „Häuslichkeit“ im Sinne von größtmöglicher Selbstbestimmtheit und Bewahrung von Individualität auch unter institutionellen Bedingungen möglich werden.

## Literatur

- Amhof R. Pflege und Versorgung im Alter in der Wahrnehmung der Bevölkerung. Gesundheitsmonitor 3/2006. [http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter\\_HPNGemo/0306\\_Pflege.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_HPNGemo/0306_Pflege.pdf) (12. November 2014).
- Boguth K. Harninkontinenz im Alter. Bern: Hans Huber 2009.
- Büscher A, Dorin L. Pflegebedürftigkeit im Alter. Berlin: Walter de Gruyter 2014.
- Büscher A, Wingenfeld K. Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg). Handbuch Gesundheit und Krankheit im Alter. Bern: Hans Huber 2008, 107–19.
- Budnick A, Kummer K, Kuhlmei A, Blüher S, Dräger D. Pflegende Angehörige im Fokus. Der Hausarzt 2010; 11: 18–19.
- COMPASS – „Private Pflegeberatung“. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf. COMPASS-Versichertenbefragung 2010.
- Deutscher Altenpflege-Monitor 2006. Basisstudie, Fachreihe Alternative Wohnformen und Brennpunktthema Häusliche Pflege. Hannover: Vincentz Network 2006.
- Deutscher Altenpflege-Monitor 2007/08: Repräsentative Studie zu Erwartungen und Einstellungen zukünftiger und potenzieller Altenpflege-Kunden in Deutschland. Hannover: Vincentz Network 2008.
- Dietz B. Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2002.
- DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen): Report Altersdaten: Alter und Pflege. Berlin 2007.
- Generali Zukunftsfonds (Hrsg)/Institut für Demoskopie Allensbach 2013. Generali Altersstudie. Bundeszentrale für politische Bildung: Schriftenreihe Band 1348.
- Gesundheitsmonitor 3/2006. [http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter\\_HPNGemo/0306\\_Pflege.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_HPNGemo/0306_Pflege.pdf) (12. November 2014).
- Gesundheitsmonitor 5/2013. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbr/SID-A8124530-36889A34/bst/GesundheitsMonitor\\_5-2013\\_web.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbr/SID-A8124530-36889A34/bst/GesundheitsMonitor_5-2013_web.pdf) (12. November 2014).
- Kuhlmei A, Dräger D, Winter M, Beikirch E. COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. DZA-Informationen 2010, Altersfragen 37 (4): 4–11.
- Kuhlmei A, Suhr R, Blüher S, Dräger D. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen 18 und 79 Jahren. Gesundheitsmonitor 2013. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2013; 1–12.
- Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Demenz-Broschuere\\_4MB.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Demenz-Broschuere_4MB.pdf) (12. November 2014).
- Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (StBA) 2013.
- Runde P, Giese R, Stierle C: Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Universität Hamburg, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung 2003.
- Runde P, Giese R, Vogt K, Wiegel D: Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkung auf den Bereich der häuslichen Pflege. Forschungsbericht Band 2: Die Wirkungen auf Einstellungen und Verhalten. Universität Hamburg, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung 1999.
- Runde, P, Giese R, Kerschke-Risch P, Scholz U, Wiegel D. Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Forschungsbericht 271. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1997.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Sondergutachten: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Baden-Baden: Nomos 2009.

- Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S. Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Engels D, Pfeuffer F, Heusinger J, Knoch T, Köhler L, Lode S, von Törne I, Schäufele M, Schneekloth U, Wahl HW, Weyerer S (Hrsg). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 169–232.
- Schneekloth U, Wahl HW. Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. 2006.
- Schneekloth U, Müller U. Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Stuttgart: Kohlhammer 1998.
- TNS Emnid. Die Pflegesituation in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter der Bevölkerung in Deutschland im Auftrag der Marseille-Kliniken AG. Bielefeld 2007.
- TNS Emnid: Die Pflegesituation in Deutschland – die Sicht der Betroffenen. Bundesweite TNS Emnid-Studie im Auftrag der Marseille-Kliniken AG. Bielefeld 2008.