





#### Abschlussbericht AQUILA - 1:

# Aufbau von Quartiersansätzen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

Projektleitung: Prof. Dr. Ines Himmelsbach, Prof. Dr. Nadine Konopik

Akademische Mitarbeiter\*innen: Ines Theda, Jasmin Kiekert

Mit besonderem Dank an Birgit Krötz als studentische Mitarbeiterin des Projektes

Gefördert im Rahmen der Landesstrategie "Quartier 2030 – Gemeinsam. Gestalten." des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.

### Inhaltsverzeichnis

| Inh | naltsv        | erzei  | chnis   | 2  |
|-----|---------------|--------|---|----|
| Αb  | bildu         | ngsve  | erzeichnis  | 4  |
| 1.  | Ein           | leitu  | ng  | 6  |
| •   | 1.1.          | Kon    | ntext   | 7  |
| •   | 1.2.          | The    | oretischer Hintergrund: Klärung Zentraler Begriffe  | 8  |
|     | 1.2           | .1 So  | zialraum und Quartier   | 9  |
| •   | 1.3.          | Qua    | artiersstrategie  | 11 |
| •   | 1.4.          | Ziel   | e und Fragestellung   | 11 |
| 2.  | Lite          | eratu  | rrecherche zu Quartiersstrategie stationären Langzeitpflege                                     | 12 |
| :   | 2.1.          | Met    | hode und zentrale Ergebnisse der Literaturrecherche   | 14 |
|     | 2.1           | .1.    | Zielsetzungen & Theorien zu Quartiersorientierung und Verständnis                               | 14 |
|     | 2.1           | .2.    | Konzepte von Pflegeeinrichtungen zur Quartiersorientierung                                      | 19 |
|     | 2.1           | .3.    | Erkenntnisse aus quantitativen Erhebungen zu konzeptueller Arbeit                               | 19 |
|     | 2.1           | .4.    | Erkenntnisse aus qualitativen Untersuchungen zu konzeptueller Arbeit                            | 20 |
|     | 2.1           | .5.    | Einflussfaktoren auf Quartiersstrategien  | 21 |
| 3.  | Qu            | alitat | iven Erhebung leitfadengestützter Interviews  | 24 |
| ;   | 3.1.          | Met    | hodik   | 24 |
|     | 3.1           | .1.    | Feldzugang  | 25 |
|     | 3.1           | .2.    | Darstellung des Samplings   | 25 |
| ;   | 3.2.          | Bes    | schreibung der Standorte und der untersuchten Einrichtungen                                     | 27 |
|     | 3.2           | .1.    | Standort 1  | 27 |
|     | 3.2           | .2.    | Standort 2  | 27 |
|     | 3.2           | .3.    | Standort 3  | 28 |
|     | 3.3.<br>Betra | _      | ebnisse der empirischen Studie zum Selbstverständnis der Einrichtungen ung des Quartiersbezuges |    |
|     | 3.3<br>Wo     |        | Zu Grunde liegende (Quartiers-) Verständnisse und deren Ursprünge zwis und Können               |    |
|     | 3.3           | .2.    | Perspektiven und Blickrichtungen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen                        | 31 |
|     | 3.3           | .3.    | Quartiersstrategien stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen                                     | 33 |
|     | 3.3           | .4.    | Resümee   | 34 |
|     | 3.3           | .5.    | Limitation  | 37 |
|     | 3.3           | .6.    | Weiterer Forschungsbedarf   | 37 |
|     | 3.3           | .7.    | Fazit   | 38 |
| 4.  | Dis           | kuss   | sion  | 38 |
| 4   | 4.1. E        | Beant  | wortung der Forschungsfrage   | 41 |
| 4   | 4.2. <b>⊦</b> | Handlı | ungsempfehlungen  | 42 |

| Literaturverzeichnis | 44 |
|----------------------|----|
| Anhang               | 47 |

## Abbildungsverzeichnis

| Abb.1 Zunahme der Pflegequote und absolute Zahlen inklusive Trendlinie             | 6  |
|--|----|
| Abb.2 Ein- und Ausschlusskriterien Schritt 1                                       | 11 |
| Abb.3 Ein- und Ausschlusskriterien Schritt 2                                       | 12 |
| Abb.4 Darstellung des Samplings  | 25 |
| Abb.5 Komprimierte Darstellung der empirischen Ergebnisse                          | 36 |
| Abb.6 Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement im Bereich Pflege alle Angabezent |    |
| Abb.7 Entwurf Quartiersanalyse AQuiLA  | 43 |

### 1. Einleitung

Eine inklusive und damit auch alten- und generationengerechte (sowie diversitätssensible) Gestaltung von Quartieren ist ein wesentlicher Maßstab für ein Wohn- und Lebensumfeld mit hoher Lebensqualität in jedem Lebensalter und Grundlage, um die Herausforderungen des demografischen und des sozialen Wandels aktiv gestaltend anzunehmen. Mit Blick auf (ältere) Quartiersbewohner\*innen mit Pflegebedarf werden vermehrt neue Wohnformen, wie Wohngemeinschaften in geteilter Verantwortung, initiiert und Angebote der ambulanten Betreuung und Pflege in der eigenen Häuslichkeit sowie teilstationäre Angebote, z. B. die Tagespflege, ausgebaut<sup>1</sup>.

Auch stationäre Pflegeeinrichtungen spielen als Akteure in der gemeinsamen Gestaltung inklusiver Quartiere eine bedeutende Rolle. Durch die Einbindung von Familien, Nachbarn und Zivilgesellschaft, sowie durch die Entwicklung der Einrichtungen hin zu Anlauf- und Beratungsstellen, kurz um zu Kompetenzzentren für Gesundheit und Pflege, kann ein hohes Maß an biografischer Kontinuität erzielt werden. Hinzu können durch kulturelle Angebote in den Einrichtungen im Quartier sowohl für die Bewohner\*innen der Einrichtungen als auch für die weiteren Bewohner\*innen des Quartiers die Teilhabe- sowie Teilgabeoptionen² am sozialen Leben verbessert werden. Es geht also um nichts weniger als um die Bedeutung von Reziprozität in sozialen Beziehungen. Darüber hinaus kann für die unterstützungsbedürftigen Bewohner\*innen des Quartiers - der Verbleib im vertrauten Umfeld ermöglicht werden, sei es in der stationären Einrichtung, im eigenen Wohnviertel, oder sei es in der eigenen Häuslichkeit (Jacobs et al., 2015).

Im Jahr 2019 wurden 19,8%, also knapp ein Fünftel aller pflegeversicherten Menschen mit Pflegebedarf Destatis (2020) (Statistisches Bundesamt 2020), in stationären Einrichtungen betreut und gepflegt. So kommt der Untersuchung, wie Kommunen, zivilgesellschaftliche Akteure und Pflegeeinrichtungen in Zusammenarbeit mit weiteren sozialen Einrichtungen und Diensten, Gesundheitsdienstleistern, Wohnbaugesellschaften und anderen Akteuren flächendeckend und dauerhaft eine Anbindung von Pflegeeinrichtungen in das, für das und mit dem Quartier gewährleisten können, eine hohe Relevanz zu.

In der Landesstrategie "Quartier 2030 – Gemeinsam. Gestalten.", zur Förderung einer alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung, setzt das Land Baden-Württemberg auf die Einbeziehung der stationären Pflegeeinrichtungen in die Quartiersentwicklung und fördert die wissenschaftliche Untersuchung von Quartiersansätzen für und mit stationären Pflegeeinrichtungen und deren Rahmenbedingungen im Forschungsprojekt "AQuiLa - Aufbau von Quartiersansätzen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege". Übergeordnetes Ziel des Projektes ist die Erstellung einer Expertise für eine zukunftsorientierte inklusive Altenplanung und Altenhilfe.

Die Situation älterer Menschen im Stadtteil und in den ländlichen Regionen in Baden - Württemberg ist eng verbunden mit der Frage nach der Versorgungssituation bei eintretendem Hilfebedarf von der häuslichen Betreuung und Begleitung bis hin zur Versorgung in einem Pflegeheim.

Im Rahmen der Landesstrategie "Quartier 2030 – Gemeinsam. Gestalten.", die eine alters- und generationengerechte Quartiersentwicklung fördern möchte, lässt sich das Forschungsprojekt AQuiLa einordnen. Die Quartiersstrategie des Landes setzt auf die Weiterentwicklung von Quartieren sowie auf die Etablierung innovativer Ansätze an den Sektorengrenzen. Die Definition von Quartieren ist dort bewusst offen und breit gefächert, so dass Quartiere als *Sozialräume* zu verstehen

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Das am 1.1.2019 in Baden-Württemberg in Kraft getretene Gesetz zur sozialräumlichen Gestaltung von Pflege- und Unterstützungsstrukturen (Landespflegestrukturgesetz - LPSG) setzt insofern verstärkt auf den Aufbau und die Förderung von Pflege- und Unterstützungsstrukturen, die einen möglichst langen Verbleib von Menschen mit Pflegebedarf im eigenen Wohnumfeld ermöglichen, vgl. § 2 Abs. 2 Landespflegestrukturgesetz – LPSG BW Landtag Baden-Württemberg 18.12.2018.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Teilgabe ist als eine Vorstufe zur Teilnahme zu verstehen, somit das aktive Dazugehören und Einbezogen-Sein in relevante soziale Aktivitäten, die aber aktiv gewährt werden muss.

sind. In vielen Quartiersansätzen ist auch eine räumliche Grenze von Quartieren (im Gegensatz zu Stadtteilen, die entlang verwaltungsrechtlicher Grenzen bestimmt werden) nicht definiert, so dass auch im Forschungsprojekt AQuiLa der strikt räumliche Bezugsrahmen als identifizierender Maßstab nicht im Fokus steht.

Die demografischen und sozialen Herausforderungen erfordern neue Strukturen und ein Umdenken in der Struktur des Zusammenlebens (Kricheldorff, 2015). Hierbei ist es auch erforderlich den sozialen Lebensraum in den Nachbarschaften, Stadtvierteln, Dörfern und Gemeinden zu stärken, um eine möglichst hohe Lebensqualität sowie soziale Teilhabe für die dort lebenden Menschen zu realisieren.

Neben bedarfsgerechten Wohn- und Nahversorgungsangeboten sind wohnortnahe formelle Angebote (wie z. B. Beratung) und informelle Begegnungsorte (z. B. Cafés, Treffpunkte) von besonderer Bedeutung (Fromm, 2019).

Die stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sind feste Bestandteile vieler Quartiere, eines Sozialraumes. Nichtsdestotrotz werden Einrichtungen der stationären Langzeitpflege häufig als Orte einzig, für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, wahrgenommen und nicht als Räume der
Begegnung, des aktiven Lebens des Sozialraums und Quartiers. Es lässt sich die Frage stellen, ob
Langzeitpflegeeinrichtungen als Sonderorte betrachtet werden, vielleicht sogar als weitgehend geschlossene Räume.

Der vorgelegte Bericht besteht einerseits aus den zentralen Ergebnissen einer Literaturrecherche, die sich mit dem aktuellen Forschungsstand zu Quartiersansätzen von und mit stationären Pflegeeinrichtungen sowie Beispielen guter Praxis intensiv beschäftigt hat. Die Literaturrecherche diente als Grundlage für die ergänzende empirische Forschung, in der mit Einrichtungen der stationären Langzeitpflege das Gespräch zu ihren Quartiersstrategien gesucht wurde. Diese empirischen Erkenntnisse werden in Form eines kontrastierenden Vergleichs von drei Standorten präsentiert und sie dienen – ebenso wie die Literaturrecherche - für die abschließende Erarbeitung einer anwendungsorientierten Handreichung zu nachhaltigen Umsetzungswegen für Kommunen, Träger von Einrichtungen und interessierten Praktiker\*innen.

#### 1.1. Kontext

Im Zuge des demografischen Wandels und mit dem bestehenden Grundsatz "ambulant vor stationär" ist in den letzten Jahren zu beobachten, dass der Einzug in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung durchschnittlich in einem immer höheren Lebensalter stattfindet (Ehrentraut et al., 2019). Mit der Zunahme des Einzugsalters der Bewohner\*innen verbunden ist eine durchschnittlich stärkere Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität. Hierbei gilt es zu unterscheiden, ob Pflegebedürftigkeit als Prozess entlang eigenen Älterwerdens gestaltet werden kann oder ob ein akutes kritisches gesundheitliches Ereignis, wie ein Schlaganfall, ein schwerer Sturz usw. zu einer akuten und nachhaltigen Verschlechterung führt und einen Einzug in eine stationäre Langzeiteinrichtung erforderlich macht (Franke et al. 2017). Weitere Gründe nach Erlach-Stickler (2009) können der Wunsch nach Sicherheit sein oder fehlende verlässliche Hilfestrukturen innerhalb der Familie.

Die durchschnittliche Abnahme der Verweildauer in stationären Einrichtungen verfestigt das Bild, dass ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Zuhause solange wie möglich aufrechterhalten werden soll, womit auch der Bezug zum angestammten sozialen Nahraum und die lokalen Versorgungsstrukturen verbunden sind (Techtmann, 2015). Die nachstehende Grafik veranschaulicht die absolute Zunahme pflegebedürftiger Personen von 2011 bis 2019. Wichtig ist es hierbei zu bedenken, dass durch die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach SGB XI, Personen mit dementiellen Erkrankungen, mit einer rein eingeschränkten Alltagskompetenz, seit 2017 leistungs-

berechtigt sind. Aktuell sind in Baden-Württemberg nach Angaben der Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg (2021) ca. 200.000 Personen von einer dementiellen Erkrankung betroffen. Des Weiteren besteht durch den demografischen Wandel eine prozentuale Zunahme älterer und hochaltriger Menschen, welche von Tews (1993) als dreifaches Altern der Gesellschaft bezeichnet wurde.

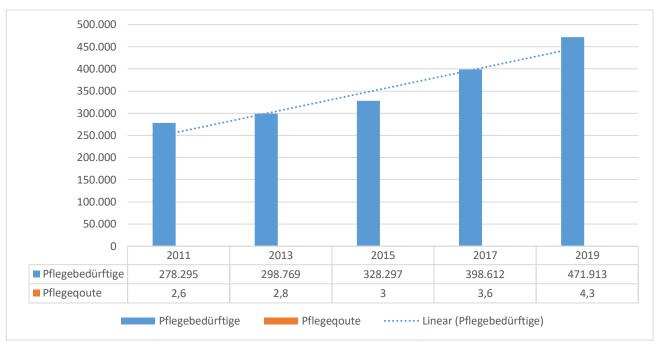


Abb.1: Zunahme der Pflegequote und absolute Zahlen inklusive Trendlinie, eigene Darstellung. www.gbe-bund.de erstellt, extrapolierte Daten für Baden-Württemberg (22.02.2021).

Betrachtet man des Weiteren die Statistik der Heimbewohner\*innen nach Pflegegraden, wird deutlich, dass beim Eintritt in die stationäre Langzeitpflege, wie oben beschrieben, ein erheblicher Pflegebedarf bei den Bewohner\*innen besteht. Gemäß der Pflegestatistik des Landes Baden - Württemberg aus dem Jahr 2019 waren 94.047 Personen in Heimen stationär untergebracht, 35 Prozent entfielen auf den Pflegegrad 3, 31 Prozent auf den Pflegegrad 4 und 15 Prozent auf den Pflegegrad 5. Auf den Pflegegrad 2 entfielen 19 Prozent, wohingegen der Pflegegrad 1 lediglich einem Prozent der Bewohner\*innen zugeordnet werden konnte.

Im Projekt AQuiLa gibt es auch Hinweise, was diese Entwicklung für die stationäre Langzeitpflege im Hinblick auf die Entwicklung von Quartiersansätzen, den Einbezug von Bürger\*innen an der (Weiter-) Entwicklung von Quartiersansätzen bedeutet, und wie diese in Handlungsempfehlungen adressiert werden können (Abschlussbericht AQuiLa Handlungsempfehlung S.43-44).

Diese Entwicklung vollzieht sich aber auch bei gleichzeitiger Ausdifferenzierung von Optionen und Möglichkeiten bei Pflegebedarfen durch den Ausbau der Tages-und Nachtpflege und hybriden Formen aus heimischer und teilstationärer Versorgung. Man könnte von Übergangsmodellen sprechen, die den Verbleib im gewohnten Umfeld solange als möglich realisieren sollen. Hinzu kommen Konzepte wie das der "caring communities", in denen Menschen sich zusammenfinden und sich gegenseitig unterstützen.

#### 1.2. Theoretischer Hintergrund: Klärung Zentraler Begriffe

Um die Forschungsfragen nach der Einbindung stationärer Einrichtungen und ihrer Bewohner\*innen im Quartier und nach Quartiersstrategien mit und für stationäre Pflegeeinrichtungen zu erörtern, ist zunächst eine Klärung der hier verwendeten zentralen Begrifflichkeiten bedeutsam.

Die Begrifflichkeiten "Quartier" und "Sozialraum" sowie die entsprechenden "quartiersorientierten" oder "sozialraumorientierten" Arbeitsweisen werden je nach Wissenschaftsdisziplin, wie den Sozial-, Kulturwissenschaften, der Sozialgeographie, der Sozialen Arbeit, der Sozialgerontologie und der Philosophie, aber auch je nach Forschungsgebiet oder, - kontext sehr unterschiedlich verstanden. Hinzu kommt, dass die Begriffe immer häufiger synonym verwendet werden, sodass sie an Kontur verlieren, sofern keine Klärung stattfindet.

#### 1.2.1 Sozialraum und Quartier

Aufgrund der unterschiedlichen alltagsprachlichen Verwendung, der unterschiedlichen etymologischen Herkunft und der wissenschaftlichen Prägungen der Begriffe in den Traditionen der verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen wird davon ausgegangen, dass sowohl im lebensweltlichen als auch im wissenschaftlichen Sprachgebrauch dem Sozialraum und dem Quartier unterschiedliche Bedeutungen beigemessen werden.

#### **Der Sozialraum**

Für den Sozialraumbegriff (engl. social space), auch "sozialer Raum", ist dessen sozial- und kulturwissenschaftliche sowie philosophische Prägung elementar. Für die Methoden, Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit als Praxis, die bei der Gestaltung von Sozialem einbezogen werden, ist der Sozialraumbegriff nicht aus der Arbeit und dem professionellen Selbstverständnis wegzudenken. Sofern in dieser Arbeit von "Sozialraum" die Rede ist, so liegt dem ein relationales Verständnis des sozialen Raumes zugrunde, das Kessl und Reutlinger kurz wie folgt zusammenfassen: "Mit Sozialraum wird [...] die von den handelnden Akteur\*innen permanent (re)produzierte Räumlichkeit bezeichnet [...]. Eine Räumlichkeit, die deren Praktiken wiederum beeinflusst." (Kessl & Reutlinger, 2010, S. 250). Das soziale, relationale Raumverständnis ist gekennzeichnet durch untrennbare dynamische Wechselbezüge zwischen sozialen Interaktionen und Praktiken, deren Prägung durch Macht- und Wissensordnungen und der Entfaltung des physischen Raums sowie dessen Strukturen (Foucault, 2015, Bourdieu, 2015). Kurzum: Der Sozialraum ist vor allem ein Beiziehungsraum. Wird vom Sozialraum gesprochen, so liegt der Fokus primär auf den Akteuren und ihrer Interaktion im Raum. Eine feste physisch-räumliche Begrenzung ist dem Sozialraum dagegen nicht immanent, sondern er ist einer prozesshaften, dynamischen Entwicklung unterworfen. Bezogen auf stationäre Pflegeeinrichtungen und ihre Bewohner\*innen können damit auch individuelle Sozialräume der einzelnen Bewohner\*innen betrachtet werden, die sich je nach ihrer sozialen Eingebundenheit und ihrer Mobilität individuell unterscheiden können (Deinet, 2015 & Strube, 2018) und sich in räumlicher Hinsicht auch auf die Pflegeeinrichtung selbst als Sozialraum beschränken. Sie können in physisch räumlicher Hinsicht also kleiner oder auch größer als das (Wohn) Quartier sein (Stiel, 2021).

Die "Sozialraumorientierung" wird in den Feldern der Sozialen Arbeit sowohl in der Form von kommunal - administrativen Strategien der neuen Steuerung verstanden als auch als Fachkonzept (Hinte, 2019) ausformuliert, das als konzeptioneller Hintergrund für das Handeln in zahlreichen Feldern Sozialer Arbeit dient (Kessl & Reutlinger, 2010). Im Kontext dieser Forschungsarbeit beziehen wir uns mit dem Begriff der Sozialraumorientierung im Handlungsfeld von Quartieren mit stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Pflegeeinrichtungen und ihren Bewohner\*innen als Akteuren und Nachbarn im Quartier auf ein Handlungskonzept, das zunächst an den Interessen und an der Lebenswelt der Menschen im Fokus ansetzt. Neben dem Prinzip der Orientierung an der Lebenswelt und den Interessen der jeweiligen Zielgruppe(n) sehen wir dabei, insbesondere mit Blick auf das hier maßgebliche gerontologische Handlungsfeld das Empowerment - Konzept mit:

- Ressourcenfokussierung auf individueller und sozialräumlicher Ebene
- der Weiterentwicklung von (lebensweltlichen Unterstützer-)Netzwerken
- der Öffnung von Institutionen und sozialen Diensten für bürgerschaftliche Teilhabe und Partizipation der Betroffenen

• der Entwicklung partizipativer Verfahren auf lokalpolitischer Ebene als elementaren Baustein der sozialraumorientierten Arbeit an (Kricheldorff & Himmelsbach, 2020)

#### **Das Quartier**

In Abgrenzung zum Sozialraumbegriff kann der Begriff des Quartiers durchaus als rein territorialräumlich abgrenzbares Gebiet gedacht und verwendet werden, was die etymologische Herkunft des Wortes belegt (Oehler und Drilling 2010, S. 205). So ist das Mittelhochdeutsche Quartier (=Viertel) dem altfranzösischen cartier, quartier, dem vierten Teil von etwas (z. B. einer Fläche) entlehnt und damit dem "Stadtviertel" nahe stehend. Bei einer Betrachtung nach disziplinären Kontexten kann zudem festgestellt werden, dass in der Stadtplanung und der Wohnungswirtschaft der Begriff des Quartiers gängig ist, wohingegen deutlich seltener vom "Sozialraum" gesprochen wird.

Im Kontext der Sozialen Arbeit rückte das Quartier vor allem als (Wohn)Quartier im Sinne einer physisch bestimmbaren Raumeinheit als Ansatzpunkt für die Gemeinwesenarbeit (zur Entwicklung der Gemeinwesenarbeit als Arbeitsfeld und Handlungskonzept, siehe Potz et al. 2020, 19 ff. und Noack 2015, 57 ff.) sowie die Quartiersorientierung als Strukturprinzip der Organisation sozialer Dienstleistungen in den Fokus. Als Prinzipien wurden dabei u.a. die Orientierung an der Lebenswelt der Menschen und eine sozialraumbezogene Gestaltung der Hilfsangebote, wie sachgebietsübergreifende Kooperation, Vernetzung und zielgruppenübergreifende Arbeitsweise herausgearbeitet (Oehler & Drilling 2010, S. 204). Kurzum: Das Quartier ist ein strukturierender Begriff, sei es räumlich oder im Hinblick auf Dienstleistungen.

#### Das Quartier als Sozialraum

Diese begriffliche Abgrenzung vorweggeschickt, kann nach einer Analyse der Literatur für die hier maßgeblichen Handlungsfelder festgestellt werden, dass sowohl in der Fachliteratur als auch im politischen Sprachgebrauch und in der Praxis der Altenhilfe eine immer stärkere Zusammenführung, Überschneidung oder auch synonyme Verwendung der Begriffe vorgenommen wird. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Entwicklung über interdisziplinären Austausch und Zusammenarbeit beispielsweise in Kontexten der sozialen Stadtplanung und der Sozialplanung vorangetrieben wird. Ziel der Entwicklung von Quartieren, zunächst verstanden als (kleinräumige) Raumeinheit, ist in den hier interessierenden Kontexten jene hin zu "sozialen Quartieren", zu inklusiven, zu alten- und generationengerechten Quartieren. Eine in dieser Hinsicht kontextualisierte Quartiersentwicklung kommt ohne sozialraumorientierte Ansätze nicht aus (Stiel 2021, S. 17). So verbindet beispielsweise Michell-Auli das Fachkonzept der Sozialraumorientierung und die Gemeinwesenarbeit mit der Quartiersentwicklung in einer Darlegung zur alter(n)sgerechten Quartiersentwicklung mit den KDA-Quartiershäusern (Michell-Auli 2011) und definiert das Quartier dabei als "den Stadtteil, die Gemeinde etc., deren Bürgerschaft durch eine gemeinsame Identität und eine soziale Interaktion gekennzeichnet ist" (Michell-Auli 2011, S. 13). Explizit werden die Verbindungen zwischen dem Quartiersansatz und verschiedenen weiteren Fachkonzepten der Sozialen Arbeit von ihm und Kremer-Preiß nochmals im Buch "Quartiersentwicklung - KDA-Ansatz und kommunale Praxis (Zukunft gestalten, Bd. 2)." dargestellt: Danach nutze der Quartiersansatz für sich "verschiedene theoretische und methodische Blickrichtungen: Sozialraumorientierung, Gemeinwesenarbeit, Empowerment, Theorie des sozialen Kapitals, Theorie der Lebensweltorientierung, New Governance und Bürgerkommune" (Michell-Auli und Kremer-Preiß 2013, S. 59), (Heite et al. 2015).

Auch im Rahmen der Landesstrategie "Quartier 2030 Gemeinsam. Gestalten " des Landes Baden-Württemberg, in welcher sich das Forschungsprojekt AQUILA bewegt, wird von Quartieren gesprochen, die über die Zuschreibungen der Menschen vor Ort entstehen, wobei den lokalen baulichen, sozialen, politischen, historischen und ökonomischen Bedingungen eine wichtige Rolle zukomme (Gründer et al. 2021, S. 7). "Aber auch das soziale Miteinander, die Möglichkeiten der nachbarschaftlichen Beteiligung und Unterstützung oder auch das Wir-Gefühl" prägen das Quartier (ebd.).

Im Hinblick auf die Quartiersentwicklung wird die Notwendigkeit der Partizipation der Menschen vor Ort in den Nachbarschaften stark betont (ebd.). Ein solches Quartiersverständnis, das nicht allein auf die territorial abgegrenzte räumliche (Planungs-)Einheit als Quartier abstellt, sondern den Raum gleichsam als sozial konstruierten Raum definiert, nähert sich einem relationalen Sozialraumbegriff (Löw,2001) an.

Eine synonyme Verwendung der Begrifflichkeiten, die ggf. auf die ausschließliche Verwendung des Quartiersbegriffs hinausliefe, liefe Gefahr, Quartiersorientierung als rein territoriale Ausrichtung neuer Handlungs- und Organisationsansätze misszuverstehen und ein mögliches Verständnis von individuellen bzw. zielgruppenspezifischen Sozialräumen aus den Augen zu verlieren oder bereits ausgearbeitete Konzepte wie die Sozialraumorientierung zu verwaschen. Gleichsam wird für das hiesige Quartiersverständnis betont, dass sich Quartiere nicht von außen als am Reißbrett abgrenzbare Raumeinheiten sondern, wie im Quartiersentwicklungsatlas für Baden-Württemberg beschrieben, über die Zuschreibungen der Menschen vor Ort konstituieren (Gründer et al. 2021, S. 6) und damit eine Nähe zum Sozialraumbegriff aufweisen.

#### 1.3. Quartiersstrategie

Im Projekt AQUILA wird der Begriff der "Quartiersstrategie" verwendet. Die damit zusammenhängende Fragestellung kann wie folgt formuliert werden: Welche Strategien, Konzepte und Handlungsansätze entwickeln und verfolgen stationäre Pflegeeinrichtungen, um

- (1) die Einbindung in das Quartier zu intensivieren,
- (2) die Teilhabe und die Teilgabe der Bewohner\*innen in ihren Sozialräumen und im Quartier noch weiter zu verbessern,
- (3) als einer von mehreren Akteuren im Quartier an der inklusiven Ausgestaltung eines Quartiers mitzuwirken und
- (4) aktiver Teil des Welfare Mixes vor Ort zu sein.

Hierdurch kann Quartiersbewohner\*innen im Sinne der Unterstützung und der Kontinuität ihrer Umwelten und Beziehungen ein längerer Verbleib in der Häuslichkeit ermöglicht werden und Übergänge in stationäre Einrichtungen besser koordiniert werden. Strategie wird damit hier gleich verstanden wie Konzeption oder Handlungsansätze. Dabei richtet sich die Frage nach den Strategien nicht nur an die Strategien der Einrichtungen und der Träger, sondern auch an Strategien der Kommunen und Netzwerkpartner.

Im Folgenden werden das methodische Vorgehen und das Sampling der Untersuchung dargestellt. Im Anschluss folgen die Ergebnisse des Forschungsprojekts und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die Praxis.

#### 1.4. Ziele und Fragestellung

Das Erkenntnisinteresse der Literaturrecherche liegt in der Erarbeitung eines Überblicks über die derzeit verfolgten Ansätze der "Quartiersorientierung" bzw. "Quartiersstrategien" stationärer Pflegeeinrichtungen und in der Identifikation verschiedener Faktoren, die im Rahmen der Quartiersarbeit von und mit stationären Pflegeeinrichtungen als bedeutsam beschrieben werden. Die empirische Untersuchung knüpft an diese Aspekte an. So werden für die Literaturrecherche und die empirische Untersuchung folgende Fragestellungen verfolgt:

 Wie ist der aktuelle Entwicklungsstand der Einbindung von stationären Pflegeeinrichtungen im Quartier und wie ist der aktuelle Forschungsstand zu dieser Fragestellung?

- Was ist aus der vorhandenen Literatur bekannt über Quartiersstrategien von und mit stationären Pflegeeinrichtungen?
- Welche Einflussfaktoren werden als günstig und welche als hinderlich bezüglich der Öffnung bzw. Einbindung von stationären Pflegeeinrichtungen in das / im Quartier beschrieben?
- Wie verorten sich die Einrichtungen selbst im Quartier?

Die Literaturrecherche orientierte sich an Kriterien eines "integrativen Literaturreviews" (Torraco 2016). Das Kernelement ist dabei die Synthese von Ergebnissen aus verschiedenen Studien, um sowohl den aktuellen Stand der Forschung, als auch bestehende Desiderate zu erfassen und die für die eigene Forschung relevante Fragestellung zu identifizieren.

Im Forschungsprojekt AQuiLa wird deshalb die Perspektive der Einrichtungen selbst auf ihr eigenes "Sein im Quartier" und ihr "Mit-Sein" mit anderen Akteuren untersucht. Es soll identifiziert werden, mit welchen Akteuren die stationäre Langzeitpflege in Kontakt steht, wie weit das Quartier oder der Sozialraum als Radius der stationären Einrichtungen und der Einbezug der Bewohner\*innen des Quartiers oder des Sozialraumes in die eigene Arbeit erlebt wird. Dies wird entlang der drei nachfolgenden Forschungsfragen beantwortet:

- 1. Welche Quartiersansätze für stationäre Pflegeeinrichtungen bestehen, bzw. wurden benannt?
- 2. Welche sind optimale und minimale Rahmenbedingungen hierfür und für den Einbezug von Bürgern\*innen an der (Weiter-)Entwicklung von Quartiersansätzen?
- 3. Welche Handlungsempfehlungen können abgeleitet werden?

Zunächst findet im Folgenden eine Klärung und Einordnung auf theoretischer Basis statt, um anschließend die Ergebnisse der Praxis einzuordnen und somit den Stand der Vernetzung mit dem Quartier der untersuchten Einrichtungen zu analysieren.

## 2. Literaturrecherche zu Quartiersstrategie stationären Langzeitpflege

Die Auswahl der in die Auswertung einfließenden wissenschaftlichen Arbeiten erfolgte in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert, die einen breiten Überblick über die wissenschaftliche Literatur ermöglichten:

| Einschlusskriterien |  | Ausschlusskriterien  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|
| Thema-<br>tisch     | (mögliche) Verbindung statio-<br>näre Pflegeeinrichtung und<br>Quartier / Sozialraum<br>Inkl. Sozialplanung,<br>Caring Communities | <ul> <li>Quartiersgestaltung (-entwicklung) aus rein städte-baulicher Perspektive ohne Beziehung zur generationengerechten Gestaltung</li> <li>Zielgruppen ausschließlich Kinder/Jugendliche/Menschen mit Migrationshintergrund</li> <li>Themen der stationären Pflege ohne erkennbaren Bezug zum Quartier / Sozialraum</li> </ul> |  |  |
| Typen               | Fachzeitschriften, graue Literatur, Dissertationen, Bücher   | reine Praxisberichte   |  |  |
| Aktualität          | 2000 - 2021  | älter als 2000   |  |  |
| Sprache             | Englisch und Deutsch   | alle weiteren Sprachen   |  |  |
| Länder              | D, A, CH, NL, S, FIN, DK, NOR, CAN, USA  | alle weiteren Länder   |  |  |

Abb.: 2 Ein- und Ausschlusskriterien Schritt 1

Die Datenbankrecherche fand zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 statt und wurde ergänzt durch eine weiterführende Handrecherche, insbesondere über die bibliografischen Angaben der

Literatur sowie über weitere einschlägige Fachzeitschriften und Homepages von wissenschaftlichen Instituten, Ministerien und Förderprogrammen, die bis Ende Juni 2021 durchgeführt wurde.

In einer initialen Überblicksrecherche in den Datenbanken "EBSCOhost" und "GeroLit", in dem Online Journal "sozialraum.de" sowie über die Suchmaschinen Google und Google Scholar wurde ein erster Überblick erarbeitet sowie die Suchbegriffe für die Datenbankrecherche bestimmt. Für die deutschsprachige Literatur wurde die Suche über die Datenbanken "GeroLit", die Literaturdatenbank des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA), über EBSCOhost die Datenbanken CINAHL, MEDLINE, OpenDissertations, APA PsycInfo, PSYNDEX Literature with PSYNDEX Tests, die Datenbank WISO sowie der Katalog der Universitätsbibliothek Freiburg - Katalog plus – durchgeführt. Für die internationale Recherche in englischer Sprache wurden die elektronischen Datenbanken CINAHL, MEDLINE, OpenDissertations, APA PsycInfo, PSYNDEX Literature with PSYNDEX Tests über EBSCOhost durchsucht.

Um die so erzielten Ergebnisse weiter einzugrenzen, wurden im weiteren Verlauf die Abstracts und Volltexte entlang unserer Fragestellungen analysiert.

Die Komplexität der Wirkungszusammenhänge unterschiedlichster Faktoren, die die Quartierseinbindung stationärer Pflegeeinrichtungen und ihrer Bewohner\*innen beeinflussen (können), offenbarte sich in besonderem Maße in diesem Arbeitsschritt. Eine maßgebliche Differenzierung zur Auswahl der einzubeziehenden Studien betraf die Perspektive, aus der die Einbindung stationärer Pflegeeinrichtungen und ihrer Bewohner\*innen im bzw. in das Quartier betrachtet wird.

Eine weitere relevante Differenzierung nach Ein- und Ausschlusskriterien wurde in Bezug auf Studien getroffen, die maßgebliche Faktoren, Entwicklungen, Strategien, Interventionen etc. untersuchen, die jeweils von hoher Relevanz für die Einbindung stationärer Pflegeeinrichtungen in das Quartier sind, ihren Fokus jedoch nicht auf die Quartiersanbindung richten. Dies betrifft beispielweise Untersuchungen zur (sozialen) Teilhabe, zur Partizipation, zur Selbstbestimmung, zur erlebten Einsamkeit im Heim, zur Autonomie, zur Mobilität, zur Lebensqualität, zur Aktualgenese im Sinne eines Prozesses der Selbstaktualisierung und des Wachstums der Person der Bewohner\*innen von stationären Einrichtungen, zum Personalmix, zum ehrenamtlichem Engagement, zur Einbindung von Angehörigen, zu Pflegekonzepten, zu technischen Assistenz- und Unterstützungssystemen, kurzum: Studien zum Leben und Wohnen in stationären Pflegeeinrichtungen.

| Einschlusskriterien   |  | Ausschlusskriterien   |  |  |
|-----------------------|--|---|--|--|
| Thematisch            | Fokus auf gezielte Untersuchung der Einbindung stationärer Pflegeeinrichtungen im Quartier | <ul> <li>Untersuchungen zu Sozialplanung / Caring Communities / Quartiersgestaltung / -entwicklung / Leben im Quartier / Netzwerkgestaltung ohne gezielten Einbezug stationärer Pflegeeinrichtungen</li> <li>Untersuchungen zu Teilhabe, Partizipation, Selbstbestimmung, Autonomie, Personalmix, ehrenamtlichem Engagement, Einbindung von Angehörigen, Lebensqualität, Pflegekonzepten, Leben und Wohnen in stationären Pflegeeinrichtungen ohne gezielten Fokus auf Quartierseinbindung</li> </ul> |  |  |
| Empirie               | mit empirischem Anteil   | ausschließlich theoretischer Fokus  |  |  |
| Veröffentli-<br>chung | veröffentlichte Studie mit End-<br>bericht   | unveröffentlicht  |  |  |

Abb.: 3 Ein- und Ausschlusskriterien Schritt 2

Im zweiten Schritt wurde eine weitere Synthese der Literatur durchgeführt. Hierzu wurden nach der Lektüre sämtlicher Volltexte und nach Diskussion im Forschungsteam, bestehend aus fünf Forschenden, unter Berücksichtigung der leitenden Fragestellungen sowie der Fragestellungen und

Anregungen der Mitglieder des Projektbeirats die folgenden fünf Kategorien gebildet, anhand derer die Studien und ihre Ergebnisse verglichen wurden:

- 1. Zielsetzungen & Theorien für Quartiersorientierung und Verständnis
  - a. Verwendete Begrifflichkeiten und Verständnis
  - b. Theorien zur Quartiersorientierung / zum Sozialraum-Bezug
  - c. Beweggründe und Ziele für Quartiersorientierung und/oder sozialräumliche Ausrichtung
- 2. Konzepte von Pflegeinrichtungen zur Quartiersorientierung
- 3. Einflussfaktoren: von hinderlich bis begünstigend sowie Beispiele für einzelne Angebote und Maßnahmen
- 4. Stand der Quartiersorientierung in den Einrichtungen
- 5. Offene Fragen: Limitationen der Studien Ansätze für künftige Forschung

#### 2.1. Methode und zentrale Ergebnisse der Literaturrecherche

Durch die Datenbankrecherche konnten im ersten Durchgang nach Suchstringeingabe über 750 und zusätzlicher Handsuche über 300 Quellen erfasst werden von denen 228 Duplikate im ersten Schritt ausgeschlossen wurden und nach Ausschlusskriterien Schritt 1 und Schritt 2 mittels Screening 342 verblieben sind. Nach Inhaltsextraktion wurden 23 Quellen eingeschlossen die auf zwölf Studien zurückzuführen sind aus denen sechs Projekte identifiziert wurden.

Im Kontext der Fokussierung auf die Studien, die in Deutschland durchgeführt wurden, musste eine Vielzahl an Studien ausgeschlossen werden, da sie keine Anschlussfähigkeit im Rahmen der Wohlfahrtspolitik aufwiesen.

Weiter wurden Best Practice Beispiele recherchiert. Hier konnten sieben umfangreiche Berichte aufgefunden werden. Aufgrund ihrer Heterogenität sind sie aber nicht teil des Berichts, gehen aber in das nachfolgende Projekt AQUILA 2 in die Überlegungen ein.

Anhand der oben beschriebenen Kategorien wurden für die Forschungsfrage relevante Erkenntnisse der Studien extrahiert und den einzelnen Kategorien zugeordnet, diese werden nun detailliert und komprimiert vorgestellt. Einen Kurzüberblick über die Studien finden Sie im Anhang.

#### 2.1.1. Zielsetzungen & Theorien zu Quartiersorientierung und Verständnis

Die Quartiersorientierung bzw. die "Öffnung" der Pflegeeinrichtungen in das und für das Quartier sowie die sozialräumliche Ausrichtung der Arbeit stationärer Pflegeeinrichtungen wurde vor allem in den letzten zwei Dekaden sowohl aus der Praxis der Sozialwirtschaft als auch aus der Zivilgesellschaft heraus sowie durch sozialwissenschaftliche und sozialpolitische Impulse angestoßen³. Beispielhaft hierfür kann rekurriert werden auf

- die Fortentwicklung der KDA-Generationen des Altenwohnbaus mit der 5. Generation, dem "KDA-Quartiershaus" (Michell-Auli 2011; Michell-Auli et al., 2010),
- die inzwischen zahlreichen landes-, sowie einzelne bundesgesetzliche Verankerungen der Sozialraumorientierung in der Pflege (vgl. § 8 Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) Rheinland-Pfalz; § 5 WTG NRW; § 11 AGP NRW; § 27 APG DVO NRW),
- die Anforderungen der seit 01.03.2019 geltenden Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Als Vorreiter der Bewegung kann Hummel gesehen werden, der bereits 1988 in seinem Buch "Öffnet die Altersheime! – gemeinwesenorientierte, ganzheitliche Sozialarbeit mit alten Menschen" die Öffnung der Heime als Teil des Gemeinwesens gefordert hatte.

Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege (GKV-Spitzenverband et . 2018), Förderlinien auf Landesebene (z.B. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2019) oder

• die inzwischen zahlreichen Leuchtturmprojekte des Netzwerks SONG, Soziales Neu Gestalten (Kuhn & Amrhein, 2018).

Die unterschiedlichen Projekte, Vorgaben und Veröffentlichungen legen nahe, dass sowohl die Zielsetzungen als auch das Verständnis dessen, was unter "Quartiersorientierung", "Quartiersöffnung", "Quartierskonzepten", "sozialräumlichen Arbeiten" in der Pflege zusammengefasst wird, sehr heterogen sind. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde daher anhand der eingeschlossenen Studien untersucht.

- was unter den genannten Begriffen verstanden wird,
- aus welchen Motiven heraus die beteiligten Akteure bei der Umsetzung entsprechender Konzepte handeln und
- auf welcher theoretischen Grundlage dies geschieht.

Zum Verständnis der Zielsetzungen bzw. der Motivation für die Quartiersorientierung wurden die Beschreibungen der Einrichtungen in den Studien, die darin enthaltenen Zitate aus Interviews sowie die Interpretationen der Forschenden untersucht im Hinblick auf:

- das Verständnis von "Quartiersorientierung" und die von den Einrichtungen verwendeten Begriffe,
- die zugrunde gelegten Theorien sowie
- die jeweils beschriebenen Beweggründe, aus denen heraus sich stationäre Pflegeeinrichtungen oder andere Akteure aus dem Quartier und den Kommunen auf den Weg machen, die Einbindung der Einrichtungen in das Quartier zu verbessern.

Die Beweggründe, die in den Studien aus den quantitativen Befragungen aus der Literaturrecherche und den qualitativen Interviews berichtet werden, sind bis auf ihre jeweilige Gewichtung in den Studien GALINDA (Brandenburg et al., 2020a); Sozialräumliche Perspektiven in der stationären Altenhilfe (Bleck et al. 2018a) und Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in den Sozialraum Quartier (Eifler 2020) zu großen Teilen deckungsgleich. Zu beachten ist dabei, dass Bleck et al. (2018a) die Gründe in ihrer quantitativen Befragung vorgegeben haben und auf einer Zustimmungsskala von 1 bis 5 den Grad der Zustimmung erfragt haben<sup>4</sup>. In der folgenden zusammenfassenden Darstellung werden diese vorgegebenen Formulierungen daher kursiv gekennzeichnet. Da nicht in allen Studien konkrete Angaben zur Gewichtung gemacht wurden, wird in der folgenden Darstellung auf eine solche verzichtet. Anhand der drei Kategorien, Ziele, die das Heim selbst betreffen, Ziele in Bezug auf das Quartier und Ziele in Bezug auf Bewohner\*innen, erfolgt im Folgenden eine Synthese der angeführten Gründe:

Ziele, die das Heim selbst betreffen

- neue Angebote (Tagespflege, Beratung),
- Auf- und Ausbau von Kooperationen
- Förderung des ehrenamtlichen Engagements bzw. Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen
- Öffentlichkeitsarbeit Aufwertung des Images der Einrichtung und der stationären Pflege allgemein / Einrichtung wird als Ansprechpartner für Fragen des Alters und der Pflege sichtbar
- Gewinnung neuer Bewohnerinnen

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Bei diesen Vorgaben bezogen sie sich auf die in der Handreichung des Deutschen Evangelischen Verbands für Altenarbeit und Pflege e. V. benannten "10 guten Gründe für sozialraumorientiertes Arbeiten und die Öffnung ins Quartier" für (teil-)stationäre Einrichtungen

|   | • der Aufbau generationenübergreifender Projekte sowie das "Offen- |
|---|--|
| ı | sein" an sich  |

- Einrichtung wird zu einem lebendigen Ort, wo Begegnung stattfindet
- Evaluation und Qualitätssicherung
- Attraktivität der Einrichtung als Arbeitgeber erhöht sich

## Ziele in Bezug auf das Quartier

- Abbau von Schwellenängsten / Hemmschwellen bei den Menschen aus dem Quartier
- Chance für den Aufbau von Vertrauen
- längerer Verbleib in der Häuslichkeit wird ermöglicht
- verbesserte Kooperation der Einrichtung mit anderen Institutionen im Stadtteil
- verbesserter Austausch und Miteinander von Nachbarschaft und Einrichtung
- Einrichtung nimmt Einfluss auf die Infrastruktur des n\u00e4heren Umfeldes

#### Ziele in Bezug auf die Bewohner\*innen der Einrichtung

- Teilhabeaspekte. Erhalt sozialer Kontakte bzw. des sozialen Umfelds.
- die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Kontaktpflege zu Vereinen – trotz k\u00f6rperlicher und psychischer Einschr\u00e4nkungen
- verbesserte Lebensqualität

#### Verwendete Begriffe und Quartiersverständnis in den Studien

Die Studien wurden daraufhin untersucht, welche Begriffe in den jeweiligen Studienkontexten von Seiten der Forschenden und der interviewten Praktiker\*innen verwendet werden und wie diese verstanden werden.

Zunächst kann dabei festgestellt werden, dass der Quartiersbegriff gängig ist und in sämtlichen Studien aufgegriffen wird – dies jedoch in sehr unterschiedlicher Dichte. Von Seiten der Forschenden wird das Quartier durchgängig nicht allein als territorial bestimmbare Raumeinheit definiert, sondern auch als "sozialer Raum" (Bleck et al., 2018a; Hämel et al., 2017; Halek et al., 2019, Eifler, 2020; Weinberger et al., 2018). Beispielhaft hierfür kann die in GALINDA vorgenommene Definition angeführt werden: Dabei wird unter Quartier eine überschaubare Wohnumgebung, d.h. der soziale Nahraum verstanden, der sich sowohl auf die vorhandene bauliche und infrastrukturelle Umwelt als auch die leben weltlichen Nutzungsweisen und -beziehungen der dort lebenden Menschen bezieht. Der Quartiersbegriff berücksichtigt also ausdrücklich das soziale Handeln im Raum und die dabei kollektiv erfahrenen Umweltstrukturen und Bedingungen ebenso wie die individuell unterschiedlich wahrgenommenen Lebensweltperspektiven in der Wohnumgebung oder auch innerhalb der genutzten Wohnform (Brandenburg et al. 2020a, S. 36). In diesem Kontext wird dabei die Quartiersdefinition des KDA zitiert, die im Rahmen der 5. Generation des Altenwohnbaus, der KDA-Quartiershäuser, ausformuliert wurde (Michell-Auli, 2011). Gleichwohl kann festgestellt werden, dass das Quartier teils auch in einem Atemzug mit dem Stadtviertel/Stadtteil genannt wird und damit möglicherweise vor allem als räumliche Kategorie betrachtet wird (Hämel et al. 2019).

Im Vergleich zur Verwendung des **Sozialraumbegriffs** ergeben sich aufschlussreiche Perspektiven: Dieser wird, je nach Studie und Studienkontext, teils sehr häufig verwendet bis hin zu gar nicht. So verwendet Hämel in "Öffnung und Engagement" (Hämel 2012) nahezu ausschließlich den Begriff des Sozialraums, im Gegensatz dazu in der Studie "Pflege stationär –Weiterdenken!" (Hämel et al. 2019; Hämel et al. 2017) deutlich häufiger den Begriff des Quartiers. In der Studie "Vielfalt aus einer

Hand" – Praxis- und Studienbericht zur Umsetzung des Gesamtversorgungskonzepts der Städtischen Seniorenheime Krefeld" (Halek et al. 2019) wird gar nicht auf den Sozialraumbegriff zurückgegriffen. Demgegenüber betonen Bleck et al. ihre Präferenz für den Begriff des Sozialraums im Vergleich zum Quartier in der Studie "Sozial-räumliche Perspektiven in der stationären Altenhilfe" (Bleck et al. 2018a, S. 14), entscheiden sich aber aus pragmatischen Gründen der besseren Verständigung in der Praxis für eine synonyme Verwendung der Begriffe Quartier und Sozialraum (ebd.) sowie "Quartiersorientierung" und "Sozialraumorientierung". In Abgleich mit den Studienkontexten zeigt sich, dass vor allem in den Studien zur Planung und dem Ausbau stationärer Pflegeeinrichtungen zu "Quartierszentren" (Hämel et al. 2019; Halek et al. 2019), in denen die Erweiterung des Dienstleistungsangebotes der Einrichtungen für Quartiersbewohner\*innen, beispielsweise über niedrigschwellige Hilfen im eigenen Haushalt sowie ambulante oder teilstationäre Pflegeleistungen, im Mittelpunkt stand, der Quartiersbegriff zentral verwendet wurde.

Demgegenüber wurde in Studien, in denen vermehrt soziale Beziehungen beleuchtet wurden, bspw. mit dem Blickwinkel der Verbesserung der Teilhabe und der Lebensqualität der Bewohner\*innen der Pflegeeinrichtungen, der Einbindung Ehrenamtlicher und Angehöriger, der Einstellungen der Mitarbeitenden der Einrichtungen (Hämel 2012; Eifler 2020; Bleck et al. 2018a) auch vermehrt der Begriff des Sozialraums und der sozialräumlichen Orientierung der Arbeit verwendet.

Damit liegt die Hypothese nahe, dass andere Themen fokussiert, andere Ziele angesteuert und so möglicherweise auch andere Ergebnisse erzielt werden je nachdem, ob sich eine Einrichtung aufmacht, ihre Arbeit "sozialräumlich" oder "quartiersorientiert" auszurichten.

→ Zwischenfazit: Sowohl der Begriff des Sozialraums, wie auch jener des Quartiers finden in der Studienlage Berücksichtigung: Für die Praxis ist zu empfehlen, sich der Begriffe genau zu vergewissern und abzuklären, ob alle Akteure im bearbeiteten Feld über die gleiche Begriffsdefinition verfügen. Besonders von Bedeutung ist dabei die angestrebte Rolle sozialer Beziehungen in den Umsetzungswünschen.

Ein weiterer Begriff ist im Studienzusammenhang zentral: der der "Öffnung" im Sinne einer Öffnung der Pflegeeinrichtungen in den Sozialraum / in das Quartier. Es wird auch von "Quartiersöffnung" gesprochen, so vor allem in GALINDA (Brandenburg et al. 2020a).

Dabei werden häufig Bleck et al. zitiert mit der Unterscheidung von Öffnungsperspektiven, um verschiedene Dimensionen von Öffnung zu betonen: Die Öffnung für und in das Quartier sowie die Öffnung zum und in das Quartier (Bleck et al. 2018a, 5 f.; Bleck et al. 2018b, S. 226).

Mit einer Öffnung für das Quartier sind dabei vor allem die Quartiersbewohner\*innen und Netzwerke im Quartier angesprochen, die dabei vermehrt die Angebote und Räume der Einrichtung nutzen können sollen sowie über eine Erweiterung des Dienstleistungsangebots der Einrichtung als Nutzer\*innen angesprochen werden sollen (Hämel & Röhnsch 2019). Die Bewohner\*innen der Einrichtung selbst stehen bei einer Öffnung zum Quartier im Fokus in dem Sinne, als dass sie das Quartier als Sozialraum intensiver nutzen können und ihre Teilhabemöglichkeiten verbessert werden. Hierfür wird die Vernetzung mit Akteuren/Angeboten aus dem Quartier als wesentlich angesehen (Bleck et al. 2018a).

Brandenburg et al. differenzieren die Öffnungsperspektiven dementsprechend nach der Zielgruppe und nach dem Raum (im Quartier / in der Einrichtung) (Brandenburg et al., 2020a).

Bleck et al. sehen die Öffnung von Einrichtungen im Kontext einer neuen Rolle von Pflegeeinrichtungen als Akteur im Hilfe- und Pflegemix vor Ort in der Kommune (Bleck et al., 2018a). Hämel beschreibt unter der Perspektive der Öffnung des Heims nach "außen" die Integration des Heims in das lokale Gemeinwesen (Hämel, 2012; Eifler 2020) und mit der Öffnung des Heims nach "innen" jene zu den Bewohner\*innen hin, indem zusätzliche Angebote geschaffen werden, die auf eine Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner\*innen abzielen, wie die Einbindung von Angehöri-

gen und anderen Akteuren in die Versorgung (ebd.) Sie betont damit einen weiteren Öffnungsaspekt: die Öffnung professioneller Hilfesysteme für Beiträge von engagierten Bürger\*innen und Familienangehörigen (Hämel, 2012; Klie 2015), wodurch im Organisationsfeld der Einrichtungen auch andere Logiken zum Tragen kommen (Hämel 2012). Hämel verknüpft mit diesem Öffnungsverständnis gleichfalls ein neues Rollenverständnis von bzw. für Pflegeeinrichtungen: "Der Heimträger hat dann nicht mehr ein "Monopol" auf weite Teile der Versorgung eines Bewohners inne, stattdessen ist er nun auch als Koordinator der Beiträge von Anderen gefordert." (Hämel 2012, S. 17 f.)

→ Zwischenfazit: Quartiersstrategien unterscheiden sich von der Richtung der Öffnung: Welche Öffnungsstrategie ist angestrebt, wer wird wie in die Versorgung eingebunden und wo liegen die Grenzen der Einbindung entlang der Akteure und ihrer Ressourcen und Kompetenzen?

Je nach Fokus, nach Interviewpartner\*in und nach Zielsetzung werden unterschiedliche Akteure und Interventionen/Angebote, die von den Quartiersstrategien adressiert werden, in den Fokus gestellt. So stellen beispielsweise Bleck et al. fest, dass Quartiersbezüge bei den Mitarbeitenden der stationären Altenhilfe sehr unterschiedliche Assoziationen hervorrufen und vermuten, dass in der Handlungspraxis Quartiersorientierung noch nicht gebräuchlich sei (Bleck et al., 2018a). Eifler stellt demgegenüber nach Interviews vor allem mit Vertreter\*innen der Wohlfahrtsverbände und Leitungskräften fest, dass bei 9 von 10 Interviewten Sozialraumorientierung in der stationären Pflege bereits ein Thema im Arbeits- und Organisationskontext gewesen sei (Eifler, 2020). Zudem zeige sich ein recht homogenes Verständnis dahingehend, dass Sozialraumorientierung vor allem auf eine übergreifende Versorgung von ambulant und stationär betreuten Menschen abziele und die Zugänge in die Versorgung verbessert werden müssten (ebd.).

Halek et al. und Brandenburg et al. schildern nach Interviews vor allem mit Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen, dass mit Fragen nach Quartiersbezügen / Quartiersöffnung vielfältige und je nach Kontext auch sehr unterschiedliche Assoziationen hervorgerufen werden (Halek et al., 2019 & Brandenburg et al., 2020a). Hämel stellt verschiedenste Herangehensweisen aus der Praxis dar, um Familie und zivilgesellschaftliche Akteure in den Heimalltag einzubeziehen (Hämel, 2012).

Sowohl Brandenburg et al. als auch Bleck et al. stellten in den qualitativen Interviews fest, dass je nach professionellem Hintergrund und Rolle / Arbeitsbereich in der Einrichtung unterschiedliche Verständnisse und Bezüge zu Quartiersorientierung vorliegen. Vor allem Mitarbeitende der sozialen Betreuung und des Sozialen Dienstes sowie Hausleitungen und – sofern vorhanden – des Quartiersmanagements hätten Bezüge zum Thema (Bleck et al. 2018a; Brandenburg et al., 2020a). Diesen Mitarbeitenden werde die Aufgabe der Quartiersarbeit von den weiteren Mitarbeitenden, vor allem aus der Pflege, auch zugeschrieben, wobei von Seiten der Mitarbeiter\*innen des Pflegepersonals auch von skeptischen Haltungen gegenüber der Sinnhaftigkeit der Arbeit eines Quartiersmanagers berichtet wird (Brandenburg et al., 2020a). Hintergrund sei dabei auch ein unterschiedliches Verständnis von Quartier (ebd.), nämlich dass das befragte Pflegepersonal die Einrichtung selbst als Quartier betrachtet und es somit eher um einen Quartiersanschluss geht.

Aspekte der Quartiersorientierung, die von allen Studien, in denen Mitarbeitende interviewt wurden, benannt wurden, waren Kooperationen und Vernetzungen der Einrichtung ins Quartier, beispielsweise mit Schulen oder Kindergärten; die Nutzung von Räumlichkeiten der Einrichtung durch externe Gruppen; das Durchführen von offenen Veranstaltungen und Ausflügen mit den Bewohnerinnen ins Quartier (Brandenburg et al. 2020a). Hinzu kommen: die Einbindung Ehrenamtlicher, die Erweiterung des Angebotsportfolios für Quartiersbewohner\*innen bspw. um einen offenen Mittagstisch, ambulante und (integrierte) teilstationäre Leistungen, die Schaffung von ambulant betreuten Wohngruppen oder betreutem Wohnen und die Einrichtung einer Begegnungsstätte bzw. eines

Quartiersmanagements (Eifler, 2020; Brandenburg et al., 2020a.; Halek et al., 2019), sowie der Ausbau der Einrichtung zu einem Quartierszentrum (Hämel et al., 2019; Halek et al., 2019).

→ Zwischenfazit: Akteure – Wer ist eingebunden in die Vernetzungsstrategien: Wer steht im Hauptfokus? Empfehlung für die Praxis: Vergewisserung über Zuständigkeiten und die Zielgruppen umzusetzender Maßnahmen. Wie können die Vorteile einer Erweiterung des Portfolios und der Einbindung weiterer Akteure, auch aus der Zivilgesellschaft, zielführend in Abläufe integriert werden und Veränderungen sukzessive unter Einbezug der Mitarbeiter\*innen initiiert werden, so dass eine Identifikation damit einhergeht.

#### 2.1.2. Konzepte von Pflegeeinrichtungen zur Quartiersorientierung

Aufgrund der unterschiedlichen Studienkontexte und Fokussierungen unterscheiden sich auch die dargestellten Konzepte der Einrichtungen: Bei den Forschungsprojekten "Pflege stationär – Weiterdenken!" (Hämel et al., 2019) und "Vielfalt aus einer Hand" (Halek et al., 2019) handelt es sich um Begleitforschung von Einrichtungen auf ihrem Weg zur Entwicklung und Umsetzung größerer Quartiersprojekte in Form von Pflege-/Gesundheitszentren im Quartier. Dementsprechend sind die Konzeptionen ausgerichtet.

Für das Projekt "Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in den Sozialraum Quartier" gilt es zu beachten, dass vor allem Interviews mit Verbandsvertreter\*innen geführt wurden (n=7) und nur n=2 Mitarbeitende aus Einrichtungen sowie ein/e Quartiersmanager\*in interviewt wurden. Konzeptionen werden dort größtenteils nicht aus erster Hand beschrieben oder beobachtet.

Unter diesen Vorzeichen und in Anbetracht der zwar beachtlichen, aber doch auch begrenzten Anzahl quantitativer Erhebungen, sollten die Aussagen nicht verallgemeinert werden. Dennoch lassen sich Hinweise und Darstellungen zu Konzepten finden.

#### 2.1.3. Erkenntnisse aus quantitativen Erhebungen zu konzeptueller Arbeit

Die Fragestellung nach dem Stand der Quartiersorientierung in den Einrichtungen, die im Hinblick auf die (Weiter-)Entwicklung von Quartiersansätzen von und mit stationären Pflegeeinrichtungen interessiert, lässt sich nach den Ergebnissen der vorliegenden Studien nicht allgemein beantworten. Die Autoren der Studie GALINDA gehen davon aus, dass nur in wenigen Einrichtungen die Quartiersarbeit konzeptionell verankert ist (Brandenburg et al., 2020b).

Auf die Frage, ob die Einrichtungen Konzepte entwickelt haben bzw. gezielte Quartiersstrategien verfolgen, können die quantitativen Erhebungen aus "GALINDA" und "Sozialräumliche Perspektiven in der stationären Altenhilfe" Hinweise liefern. Befragt nach dem Vorhandensein einer gesonderten Konzeption zur Quartiersöffnung gaben in dem Flächenland Rheinland-Pfalz 34,6 % der teilnehmenden Einrichtungen an, dass entsprechende Konzeptionen existierten (Brandenburg et al., 2020a). Die Einrichtungen im Stadtgebiet Düsseldorf wurden befragt, ob Quartiersorientierung im Konzept der Einrichtung berücksichtigt werde, woraufhin 76% der teilnehmenden Einrichtungsleitungen diese Frage mit "Ja" beantworteten (Bleck et al., 2018a). Durch die unterschiedliche Form der Fragestellung lassen sich diese Ergebnisse allerdings nicht vergleichen und auch eine Hypothese dazu, dass ggf. Quartierskonzepte in Einrichtungen im städtischen Raum häufiger vorliegen, lässt sich aufgrund der geringen Stichprobe noch nicht erhärten.

Es lässt sich aus diesen Angaben auch nicht schließen, was diese Konzeptionen beinhalten. Einen ersten Hinweis hierzu liefern Anschlussfragen. So wurde in GALINDA zur Zuständigkeit für "Planung und Organisation der Aktivitäten im Bereich der Quartiersöffnung" ermittelt, dass die Einrichtungen mit einem Quartierskonzept in 40% der Fälle nicht ausdrücklich regeln, wer hierfür zuständig ist.

45% regeln nicht ausdrücklich, wer für die Weiterentwicklung dieser Aktivitäten zuständig ist (Brandenburg et al. 2020a, S. 317). Zu den Zuständigkeiten haben Bleck et al., weitergefragt: Sowohl in den qualitativen als auch den quantitativen Untersuchungen zeigte sich, dass der Soziale Dienst und die ehrenamtlichen Mitarbeitenden für die Kontakte in den Sozialraum zuständig sind bzw. dafür als zuständig gesehen werden. Darüber hinaus wurde in den quantitativen Befragungen die Zuständigkeit der Heimleitung hervorgehoben. An vierter Stelle kamen die Mitarbeiten aus der Pflege in einer Rangfolge. Die Mitarbeitenden aus der Küche, der Verwaltung, der Hauswirtschaft und der Haustechnik folgten zum Schluss (Bleck et al., 2018a). 36 % der Befragten gaben zudem an, dass es Fortbildungen zur Quartiersorientierung für die Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen gebe (Bleck et al. 2018a). Eine Zuständigkeit in Form einer Vorbehaltsaufgabe der Heimleitung und des Sozialdienstes sowie nachgeordnet der Alltagsbegleiter\*innen und ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen wird aus einer Einrichtung in der qualitativen Untersuchung von GALINDA berichtet (Brandenburg et al., 2020a).

Hinweise zur konzeptionellen Einbindung von bürgerschaftlich Engagierten lassen sich beiden quantitativen Erhebungen entnehmen. In GALINDA wurde nach deren Einbindung gefragt, woraufhin 87% der Einrichtungen angaben, dass sie entsprechende Unterstützung bekommen. Von diesen Einrichtungen verfügen 80% über ein entsprechendes Konzept (Brandenburg et al. 2020a).

#### 2.1.4. Erkenntnisse aus qualitativen Untersuchungen zu konzeptueller Arbeit

Die qualitativen Untersuchungen jener zwei Studien, die keine expliziten Modellstandorte in den Fokus nahmen (Brandenburg et al. 2020a; Bleck et al. 2018a), zeigen im Hinblick auf das Vorhandensein und die Umsetzung von Konzeptionen zur Quartiersorientierung deutliche Unterschiede zur quantitativen Untersuchung auf: Aus den Interviews von Pflegefachkräften folgern Bleck et al. (2018a), dass Ansätze der Sozialraum-/Quartiersorientierung im Arbeitsalltag stationärer Altenhilfeeinrichtungen noch kaum geläufig seien (Bleck et al. 2018a). Sowohl bei den Mitarbeitenden aus der Pflege, des Sozialen Dienstes und der Betreuungsassistenz spiele das Quartier – wenn überhaupt – nur eine Nebenrolle im Arbeitsalltag (Bleck et al. 2018a). Den Unterschied zu den Angaben in der Online Befragung erklären sich die Autoren daraus, dass bei den dort befragten Leitungskräften im Unterschied zu den Fachkräften das Thema präsenter sei (Bleck et al. 2018a).

Auch bei GALINDA zeigten sich Differenzen zwischen der von den Autor\*innen vor allem über teilnehmende Beobachtung festgestellten gelebten Strategien im Alltag und den in den Interviews dargestellten Konzepten (Brandenburg et al. 2020a).

Die Konzeptionen zur sozialräumlichen Orientierung bzw. Einbindung in das Quartier der in die Studien eingeschlossenen stationären Einrichtungen sind demnach so vielfältig und unterschiedlich wie die Einrichtungen selbst, ihre Organisationskultur, ihre Träger, die Quartiere und Kommunen, ihre Bewohner\*innen, ihre Mitarbeiter\*innen, Leitungspersonen, etc.

Es zeigt sich damit, dass eine Beurteilung allenfalls anhand einzelner Merkmale, die zur Quartiersorientierung beitragen, erfolgen kann. Daher wurde in der Literaturrecherche die vorhandene Literatur zunächst im Hinblick auf die oben dargestellten Kategorien ausgewertet.

Danach kann festgehalten werden, dass sich ein sehr heterogenes Bild ergibt, da bereits das Verständnis dessen, was unter Quartiersorientierung verstanden wird, welche Ziele damit verfolgt werden und welche Konzeptionen entwickelt werden, deutlich unterscheiden. Der Blick auf die Einflussfaktoren verdeutlicht zudem, wie unterschiedlich die Kontextbedingungen der Einrichtungen, der Quartiere und Kommunen sein können. Aussagen zum Entwicklungsstand sollten dementsprechend auch kontextabhängig getroffen werden.

Die Frage nach einer Konzeption auf Seiten der Einrichtungen erscheint bei genauer Betrachtung nicht ausreichend. Eine solche Frage wurde in beiden Studien mit unterschiedlichen Formulierungen gestellt. Im Falle des Vorhandenseins einer Konzeption könnte zwar auf eine sozialräumliche Ausrichtung der Arbeit bzw. eine Quartiersorientierung geschlossen werden, doch bleibt offen, was

unter "Quartiersorientierung" verstanden wird, was das jeweilige Konzept dementsprechend beinhaltet und wie das Konzept in der Praxis umgesetzt wird (Brandenburg et al., 2020a).

→ Zwischenfazit: Konzepte zu Quartiersstrategien liegen laut Studienlage bislang kaum vor. Es ist wenig definiert, wer für diese Strategien Verantwortung hat, vielmehr stechen einzelne Initiativen unterschiedlicher Akteure hervor. Für die Praxis wäre zu überprüfen, ob eine Verankerung von Quartiersstrategien in die konzeptuelle Arbeit der Einrichtungen von Relevanz ist und wenn ja von welcher.

#### 2.1.5. Einflussfaktoren auf Quartiersstrategien

Weiter wurden die Studien daraufhin untersucht, welche Faktoren als relevant für die Einbindung stationärer Einrichtungen in den Sozialraum und in das Quartier beschrieben werden. In den Studien wurden vor allem die Akteure aus den Einrichtungen mit unterschiedlichen Fragestellungen dazu befragt, wo sie Stellschrauben sehen; welche Möglichkeiten oder auch Barrieren einer intensiveren Einbettung der Einrichtungen in das Quartier existieren. Unterteilt wurden die jeweiligen Einflussfaktoren auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. Diese werden im Folgenden komprimiert dargelegt.

#### Mikroebene: Bewohner\*innen und ihre Nahestehenden

Die Bezüge zum Quartier für die Bewohner\*innen, die aus dem näheren Umfeld der Einrichtung kommen, sind deutlich größer (Bleck et al. 2018a, S. 54) als bei Bewohner\*innen, die beispielsweise aus anderen Gemeinden zugezogen sind. Auch die Besucher\*innen der Bewohner\*innen als Nachbarn kommen daher häufiger ebenfalls eher aus dem Quartier.

→ Einflussfaktor: räumliche Nähe

Die Bekanntheit und das Image der Einrichtung im Quartier spielen insofern eine wichtige Rolle, als dass Quartiersbewohner\*innen bevorzugt in die Einrichtung in ihrer Nachbarschaft mit einem guten Ruf ziehen. Des Weiteren spielt die Identifikation der Bewohner\*innen mit der Einrichtung eine Rolle für die weitere Quartiersöffnung (Brandenburg et al. 2020a, S. 190).

→ Einflussfaktor: Image der Einrichtung

Aufgrund der Entwicklungen der Bewohnerstruktur in den letzten Jahren hin zu Bewohner\*innen, die immer später und mit einem höheren Maß an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in die Einrichtungen ziehen, berichten sämtliche Studien, dass der Anteil der Personen, die sich selbstständig außer Haus bewegen, gering ist (Bleck et al. 2018a, S. 55). Doch auch dann zählen Quartierskontakte zu den grundlegenden Bedürfnissen der Bewohner\*innen (ebd.).

Das gesellschaftlich präferierte Bild der "aktiven Alten" entspricht in aller Regel nicht der Realität der Bewohner\*innen in stationären Pflegeeinrichtungen, die zumeist erst in stationäre Einrichtungen ziehen, wenn die Pflege und Betreuung in der eigenen Häuslichkeit aufgrund eines hohen Hilfebedarfs nicht mehr sichergestellt werden kann. Die Vulnerabilität der Bewohner\*innen und die zu beobachtende Zunahme von Bewohner\*innen mit Demenzerkrankungen und hochgradig multimorbiden Bewohner\*innen erschweren die Partizipation an Aktivitäten im Sinne einer Öffnung (Brandenburg et al. 2020a, 194, 384). Vor diesem Hintergrund spricht Hämel von einer "anderen" Normalität im Heim: eine Normalität, die Alter, Krankheit und Tod respektiert und anerkennt und daher spezielle Fürsorgeangebote notwendig macht.

→ Einflussfaktoren: Physischer und kognitiver Zustand der Bewohner\*innen

Die Angehörigen der Bewohner\*innen stellen häufig den engsten sozialen Bezug zum Quartier dar

und das bis zum Lebensende der Bewohner\*innen, sofern sie selbst enge Bezüge zum Quartier haben oder dort leben. Wenn diese Bedingung erfüllt ist, nehmen sie eine wichtige Schlüsselposition ein (Brandenburg et al. 2020a, S. 191).

→ Einflussfaktor: Bezug der Angehörigen zum Quartier

#### Mesoebene: Die Einrichtung

Als Teil der Organisationskultur spielen die tatsächlich gelebten Leitbilder und Werte eine grundlegende Rolle im Hinblick auf die Einbindung der Einrichtung ins Quartier und den Sozialraum (vgl. Eifler 2020, S. 23; Hämel 2012, S. 259; Brandenburg et al. 2020a, S. 172). So "öffnen" sich Einrichtungen nicht per se durch den Einbezug neuer Partner aus dem Quartier, sondern dann, wenn entlang eines Leitbilds des offenen Heims eine Suchrichtung nach neuen Qualitäten entwickelt wird (Hämel 2012, S. 259). Die Strukturen der Zusammenarbeit, der Kommunikation, die Beteiligungsmöglichkeiten von Mitarbeitenden bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe, bei Entscheidungen in der Organisation als Teil der Organisationskultur bestimmen mit, inwiefern eine quartiersorientierte Weiterentwicklung der Einrichtung von innen heraus stattfindet (Eifler 2020, S. 33; Brandenburg et al. 2020a).

#### → Einflussfaktoren: Leitbilder, Werte, Organisationskultur

Die Einstellung des Trägers und seiner Mitarbeiter, vor allem jener in Schlüsselpositionen mit Entscheidungskompetenz, zu sozialraumorientiertem Arbeiten, zur Quartiersorientierung der Einrichtung stellen eine relevante Stellschraube dar. Aus einer der untersuchten Einrichtungen wird berichtet, dass ein größeres Projekt erst durch die aktive Unterstützung des Trägers starten konnte (Brandenburg et al., 2020a; Eifler, 2020).

Relevant ist darüber hinaus, ob die Einrichtung von einem kommunalen, von einem frei-gemeinnützigen (konfessionellen) oder von einem privat gewerblichen Träger getragen wird. So kann aufgrund der Studien vermutet werden, dass kommunale Träger noch stärker unter Beobachtung der Öffentlichkeit stehen und eher eine Vorbildfunktion in der Altenhilfe einnehmen und zudem die Kooperation (und Kommunikation) mit weiteren kommunalen Einrichtungen und Unternehmen erleichtert ist (Hämel, 2012). Die Kooperation mit Glaubens- und Kirchengemeinschaften wird von Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft höher bewertet als von anderen Trägern (Bleck et al., 2018a).

#### → Einflussfaktor: Unterstützung des Trägers

Die Lage stellt einen relevanten Einflussfaktor dahingehend dar, wie Bewohner\*innen das Quartier eigenständig auch mit Mobilitätseinschränkungen nutzen können und wie Quartiersbewohner\*innen und Akteure die Einrichtung erreichen können und wahrnehmen. (Zentrumsnah? / gute ÖPNV-Anbindung? / Nähe zu Grünanlagen?), (Brandenburg et al. 2020a; Eifler, 2020).

Räume, die auch von Bewohner\*innen aus dem Quartier, beispiels-weise für Vereinsaktivitäten genutzt werden können oder für offene Veranstaltungen der Einrichtung, zu denen externe Besucher\*innen eingeladen werden können, sind eine der räumlichen Grundvorausset-zungen für Begegnung. Nach den Ergebnissen der Befragung von Bleck et al. werden die folgenden Räumlichkeiten nach Relevanz für eine Quartiersöffnung als bedeutsam angesehen: Raum für Feste, Cafeteria, Mittagstisch, Festsaal/ Mehrzweckraum, religiöse Angebote, Kapelle/ Andachts-raum, Terrassen/ Garten, Kunst--- und Kulturangebote, Friseursalon, Bibliothek, Gymnastikraum, Ausflüge, Kiosk; Sport---/ Gymnastik---/ Bewegungsangebote; Spiel- und Gesprächskreise, Maniküre/ Pediküre, Kosmetik, Physikalische Therapieabteilung/ Massagepraxis, Schneiderei/ Wäschedienst, Schwimmbad (Bleck et al. 2018a).

Bei der Nutzung von Räumen durch Besucher\*innen sind zwei mögliche Effekte zu berücksichtigen, die ggf. einer Teilhabe der Bewohner\*innen entgegenwirken:

Die Schaffung von zahlreichen Angeboten im / für "das Außen" kann durchaus zu mehr Schließung

"im Innen" führen: Zum einen geht es um die Balance der Bedürfnisse nach Privatheit, Ruhe, selbstbestimmten Rückzugsmöglichkeiten und dem Bedürfnis nach Gemeinschaft und offenen Türen. So kann es durchaus bei vermehrter Frequentierung des Hauses durch externe Nutzer\*innen dazu kommen, dass Mitarbeitende gerade vulnerable Bewohner\*innen mit Demenz schützen wollen und daher eher von Begegnungsmöglichkeiten fern halten (vgl. Brandenburg et al. 2020a, S. 288). Darüber hinaus kann eine "Vollversorgung" in der Einrichtung über externe Dienstleister wie Friseure, Einkaufsmöglichkeiten etc. für die Teilhabe der Bewohner\*innen im Quartier kontraproduktiv sein, da somit nicht mehr die Notwendigkeit besteht, die Einrichtung zu verlassen (Brandenburg et al. 2020a).

→ Einflussfaktoren: Lage und räumliche Kapazitäten der Einrichtung

#### Mesoebene: das Quartier

Im Hinblick auf das Quartier und seine Akteure, den Auf- und Ausbau von Netzwerken und Kooperationen beispielsweise zur Schaffung neuer Dienstleistungsangebote für Quartiersbewohner\*innen oder dem Abbau von Barrieren im Quartier für Menschen mit Demenz, mit eingeschränkter Mobilität etc. pp. ist es notwendig, eine Analyse der Bedarfs- und Angebotssituation, des Sozialraums der Bewohner\*innen des Hauses und des Quartiers durchzuführen (vgl. Bleck et al. 2018a; Hämel et al. 2019; Brandenburg et al. 2020b; Eifler 2020; Halek et al. 2019). Dabei sollte sich die Bedarfsanalyse nicht auf das Quartier "außerhalb" der Einrichtung beschränken, sondern den Sozialraum der Bewohner\*innen der Einrichtung erforschen (vgl. v.a. Bleck et al. 2018a). Die Analysen im Quartier fördern die synergetische Verschränkung von Ressourcen zu sinnvollen Angeboten und verhindern die Entstehung von Doppelstrukturen. Darüber hinaus wird empfohlen, die initiale Bedarfs- und Angebotsanalyse in niederschwelliger Form fortzuschreiben, um neue Entwicklungen im Quartier frühzeitig wahrzunehmen und (erneut) darauf reagieren zu können (Hämel et al. 2019). Eine wissenschaftliche Begleitung im Rahmen der Sozialraumanalysen bietet sich an (Hämel et al. 2017).

→ Einflussfaktoren: Analyse von Bedarfen, Ressourcenorientierung

Die Vorurteile und Hemmschwellen gegenüber der stationären Pflege (und dem Alter, der Hilfebedürftigkeit, dem Tod) werden durchgängig beschrieben (Eifler 2020; Brandenburg et al., 2020a; Hämel et al., 2019; Hämel et al. 2017).

Eine besondere Qualität von Hemmschwellen gegenüber professioneller Pflege und stationärer Einrichtungen berichten Hämel et al. von Quartiersbewohner\*innen mit Migrationshintergrund (Hämel et al. 2017), die auf sprachliche Barrieren oder Kulturunterschiede zurückgeführt werden. Gleichzeitig wird beobachtet, dass die informellen nachbarschaftlichen Unterstützernetzwerke in migrantischen Milieus durch sich wandelnde Familienstrukturen an Überlastungsgrenzen kommen, auf die es sich einzustellen gilt (ebd.).

→ Einflussfaktoren: Hemmschwellen und Berührungsängste

#### Mesoebene: Die Kommune

Die zentrale Rolle der Kommunen im Rahmen der Einbindung stationärer Pflegeeinrichtungen in den Sozialraum wird von allen Studien gleichermaßen betont (Hämel 2012; Brandenburg et al. 2020a; Halek et al., 2019; Hämel et al., 2019; Eifler 2020) In ihrer Funktion als verantwortliche bürgerschaftliche Selbstverwaltung vermögen sie ein partizipativ-dialogisches "Miteinander-Wirken" von Kommunen, Sozialversicherungen, Leistungserbringern, Wohnungswirtschaft, Zivilgesellschaft und weiterer Stakeholder zu moderieren und so eine Kultur der "Miteinander-Verantwortung" zu choreografieren (Schulz-Nieswandt, 2020b)

In ihrer Rolle als Sozialhilfeträger sollten sich die Kommunen als Akteure der sozialen Daseinsvorsorge und verantwortliche aktive Player – und nicht nur als "Payer" verstehen (Schulz-Nieswandt 2020b)

→ Einflussfaktoren: Selbstverständnis und Aktivität der Kommune

#### Makroebene: Land / Bund / Pflegekassen

Über sämtliche Studien hinweg werden die vor allem sozialleistungs-rechtlich induzierten Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit ihren unterschiedlichen Logiken beispielsweise der Vergütung von Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V, mit unterschiedlichen personellen Voraussetzungen (Unmöglichkeit der Abrechnung von Betreuungsleistungen für ambulant versorgte Quartiersbewohner\*innen durch die stationäre Einrichtung) etc. pp. als erhebliches Hindernis beschrieben (Eifler 2020; Brandenburg et al., 2020b; Hämel et al., 2019). Auch die Sektorengrenzen zwischen pflegerischer, sozialer, gesundheitlicher und rehabilitativer Versorgung wirken vor allem bei komplexen Unterstützungsbedarfen als Hindernisse für eine umfassende und ganzheitliche Versorgung (Hämel et al., 2017).

Auf mögliche Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX auch für die Bewohner\*innen der stationären Pflege zur sozialen Teilhabe wird in den Studien bisher nicht bzw. nur am Rand (vgl. Schulz-Nieswandt 2020b) eingegangen.

→ Einflussfaktor: Sektorengrenzen

→ Zwischenfazit: Förderliche und hinderliche Faktoren liegen im Bereich der lokalen Lage der Einrichtungen und den Ressourcen der Einrichtungen, sowie der personellen und räumlichen Ausstattung. Dem Grad des institutionellen Engagements des Trägers im Hinblick auf die Wertigkeit und das Bewusstsein, Teil eines Quartieres / der Daseinsfürsorge zu sein und dem Kontakt zu Kommune. Anlaufstelle und Schutzraum gleichermaßen zu sein für Bewohner\*innen der Einrichtung und des Quartiers. In den Möglichkeiten und Grenzen der Bewohner\*innen der Einrichtung und des Quartiers im Hinblick auf Teilgabe und Teilhabe. Sowie an den Sektorengrenzen, zwischen ambulant und stationär, zwischen Medizin und Pflege.

### 3. Qualitativen Erhebung leitfadengestützter Interviews

#### 3.1. Methodik

Die Datenerhebung erfolgte methodisch entlang problemzentrierter, leitfadengestützter Interviews (PZI) (Witzel, 2000). Die Leitfäden umfassen die Themen Verortung und Wahrnehmung im Quartier, Angebote für Bewohner\*innen der Einrichtung und Quartiersbewohner\*innen, biografische Kontinuität, strukturelle Aspekte, Vernetzung mit anderen Akteuren und Zukunftsperspektiven.

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Zur Auswertung der in den Interviews erhobenen Daten wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, kurz QIA, als Primärverfahren angewandt (Mayring, 2015; Stamann et al., 2016). Im Zuge der Vergleichbarkeit wurden für diesen Bericht nur die drei Leitungsinterviews vollständig ausgewertet. Zugrunde lagen dabei zunächst deduktive, inhaltliche Kategorien, die aus den Ergebnissen der Literaturrecherche resultierten. Hierbei wurde sich am im Vorfeld entwickelten Leitfaden für die Interviewdurchführung orientiert. In einem ersten Auswertungsschritt wurden die Interviews codiert, d.h. es wurden relevante Sequenzen aus den Transkripten diesen Kategorien zugeordnet. Die deduktiven Kategorien wurden einerseits in einem zweiten Auswertungsschritt induktiv, d.h. vom Besonderen zum Allgemeinen bzw. aus dem Material heraus unter Anwendung einer zusammenfassenden Strategie nach Mayring (2015) weiter ausdifferenziert und, andererseits ergänzt durch neue Kategorien, die aus den Interviewtexten heraus gebildet wurden.

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt einen methodischen Ansatz zur systematischen und regelgeleiteten Analyse qualitativer Texte dar. Sie charakterisiert sich durch eine kategorienbasierte Vorgehensweise, in welcher die Interviewaussagen zu Kategorien zugeordnet und zusammengefasst werden. Da eine Gegenüberstellung gegensätzlicher oder gleicher Aussagen seitens der drei Einrichtungsleitungen und der Mitarbeiter\*innen des Sozialdienstes herausgearbeitet werden sollte, stellte die qualitative Inhaltsanalyse eine geeignete Methode zur Analyse und Interpretation der Daten dar. Relevanz bei der Analyse sollten sowohl die angesprochenen inhaltlichen Aspekte als auch die emotionalen Reaktionen der Interviewpartner auf das Thema haben.

Im Rahmen des Projektes AQuiLa werden unterschiedliche Perspektiven der verschiedenen Ebenen sprich der Institution, des Trägers und der Leitung zum Thema des Aufbaus von Quartiersansätzen in der stationären Langzeitpflege erhoben. In der Auswertung der erhobenen Daten geht es darum, "zu verstehen, was in einem sozialen System vor sich geht und warum das so ist." (Froschauer & Lueger 2003, S.80). Im Kontext des Projektes AQuiLa wurde ein Hybridverfahren angewendet, das aus einer Kombination der qualitativen Inhaltsanalyse und der Grounded Theory bestand.

Die Grounded Theory (GTM) nach Strauss, Corbin (1996) stellt eine Methodologie der Sozialforschung zur Entwickeln einer Theorie auf der Grundlage empirischer Daten dar. Das Ziel von Grounded Theory ist es, eine Erklärung der wesentlichen Probleme und Motivationen der untersuchten Zielgruppe an Hand des Materials herauszuarbeiten. Durch die Arbeit mit kontrastiven Fällen kann die dateninspirierte Kategorienbildung in der QIA erweitert und das Bilden von theoretischen Kategorien befördert werden. Derartige Hybridverfahren bzw. Integrationen einzelner Bausteine der einen Methode in die andere sind geeignet, um komplexe und interdependente Kategorien herauszuarbeiten.

#### 3.1.1. Feldzugang

Im Rahmen der Coronapandemie war es nicht möglich, die Interviews vor Ort in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu führen. Die Auswirkungen der Pandemie, das Auftreten von Corona-Fällen in angefragten Einrichtungen, die strikten Hygiene- und Schutzmaßnahmen, stellten große Hürden in der Umsetzung der Interviews dar. Zeitliche Verzögerungen und Absagen von Terminen gefährdeten die Umsetzung des Forschungsprojekts. In Folge dessen musste das geplante Vorgehen angepasst werden. Im Rahmen der Hygienebestimmungen und der ausgeprägten pandemischen Lage musste von den ursprünglich geplanten Fokusgruppen Abstand genommen werden. Stattdessen wurden Einzelinterviews geführt. Es fanden sich trotz der erschwerenden Bedingungen drei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, die bereit waren Interviews zu geben und sich auf das Thema einließen. Nahezu alle Interviews wurden online oder telefonisch geführt. Zwei Interviews wurden im Freien geführt. Um unter den gegebenen Umständen eine möglichst große Kontrastierung zu erzielen, wurde versucht den ruralen und den urbanen Raum im Sampling abzubilden. Die Akquise teilnehmender Einrichtungen erfolgte über persönliche Kontakte, per Telefon und E-Mail.

#### 3.1.2. Darstellung des Samplings

In der folgenden Darstellung ist das Sampling abgebildet, welches die drei Einrichtungen und eine kommunale Perspektive, vertreten durch ein Seniorenbüro, aufzeigt. Das Einholen der kommunalen Perspektive war zu anfangs nicht geplant. Basierend auf den in den Interviews erhobenen Aussagen und dem Forschungsvorhaben insgesamt, wurde es jedoch als zielführend erachtet diese Perspektive zusätzlich einzuholen.

| Einrichtung   | Träger und<br>KDA Generation   | KDA Gene-<br>ration                  | Position  | Berührung zum Thema<br>Quartier/Pflege seit                              |
|---|--|--------------------------------------|---|--|
| Standort 1  Solitäre Einrichtung in der Region;  Standort 2  Einrichtung mit Begegnungsstätte für das Quartier  | konfessionell gebunden, freige- meinnützig Träger überregional aktiv in den Bereichen Senioren, Kinder- und Jugendli- che, Suchtkranke und Menschen mit Behinderungen konfessionell gebunden, freige- meinnützig Träger überregional tätig in der Altenhilfe | 3. Generation KDA  4. Generation KDA | Leitung Sozial- dienst Hauslei- tung Leitung Sozial- dienst Hauslei- tung Leitung Begeg- nungs- | ca. 16 Jahren  ca. 20 Jahren  ca. 30 Jahren  ca. 20 Jahren  ca. 6 Jahren |
| Standort 3  Einrichtung im Verbund mit Betreutem Wohnen,  Träger betreibt in der Stadt in Kooperation mit einer Sozialstation ambulanten Pflegedienst, der auch von einer selbstverantworteten Senioren-WG beauftragt wird etc. pp. | konfessionell gebunden, freige-<br>meinnützig<br>Träger überregional aktiv in Al-<br>tenhilfe, Behindertenhilfe, Ju-<br>gendhilfe, Sozialpsychiatrie, Ar-<br>beit und berufliche Bildung   | 4. Generation KDA                    | stätte  Hausleitung  Fachbereichsleitung  Altenhilfe für die Region                             | ca. 9 Jahren ca. 8 Jahren  |
| Seniorenbüro - zuständig im kommunalen Be- reich für Standort 1 und 2   | Organisatorisch dem Sozialamt der Kommune zugeordnet   | Nicht zutref-<br>fend                | Leitung<br>Senio-<br>renbüro  | ca. 6 Jahren   |

Abb.: 4 Darstellung des Samplings

Neben den Interviews sollten gleichfalls die Strukturdaten der stationären Einrichtungen erhoben werden, hierzu zählte die Struktur der Beschäftigten, die Belegungssituation nach Pflegegraden, die Erhebung sonstiger in der Einrichtung tätiger Berufsgruppen, sowie ehrenamtlich Tätige.

Lediglich eine Einrichtung stellte uns die oben genannten strukturellen Daten zur Verfügung, so dass eine kontrastierende Darstellung unter diesem Aspekt nicht möglich ist.

In den drei Einrichtungen konnte jeweils ein Interview mit der Hausleitung geführt werden, so dass hier die größte Vergleichbarkeit erzielt werden kann. In zwei Einrichtungen konnte zusätzlich die Leitung des Sozialdienstes interviewt werden. Eine Einrichtung besitzt bereits eine Begegnungsstätte, so dass hier noch die Perspektive der Leitung der Begegnungsstätte erhoben werden konnte. An einem Standort konnte neben der Einrichtungsleitung auch die regionale Fachbereichsleitung befragt werden, die für mehrere Einrichtungen zuständig ist. Alle befragten stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sind in konfessioneller Trägerschaft.

#### 3.2. Beschreibung der Standorte und der untersuchten Einrichtungen

Im Folgenden werden die drei untersuchten Einrichtungen in ihren lokalen Bezügen dargestellt. Hierbei wird an die territoriale Definition von Quartier angeschlossen.

#### 3.2.1. Standort 1

Die Einrichtung befindet sich im Zentrum der Stadt, an der Grenze zweier Stadtteile, die durch eine vierspurige Straße getrennt sind. Die stationäre Einrichtung liegt entlang einer langen Häuserzeile und ist als Einrichtung der Altenpflege nahezu nicht kenntlich im Hinblick auf ihr Erscheinungsbild. Das Haus wurde zu Beginn der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts errichtet. Trotz des langen Bestehens der Einrichtung ist sie nahezu unbekannt und unauffällig.

" Des Stift is aufgrund seiner seiner Historie schon eine Einrichtung die sehr lange von Bestand ist und sehr lange schon ähm Pflege und Betreuung anbietet. Auch unter der vorherigen Trägerschaft war hier ein Pflegeheim. Gleichzeitig ist es paradoxerweise so, dass ähm dieses die Lage und der Ort nich so wirklich bekannt ist. Viele Menschen die zu uns kommen sagen 'Ach des is des L.- stift? Des hätten wir jetzt nicht gedacht, dass des hier liegt'. #00:07:34-8# (Interview1\_Leitung, Pos. 7)

Die Einrichtung entspricht der 3. KDA Generation. Der konfessionelle Träger hat seine Schwerpunkte in den Bereichen Senioren, Suchtkranke, psychisch kranke Menschen, Menschen mit Behinderung und der Kinder- und Jugendhilfe.

Es handelt sich um eine solitäre Einrichtung, die in Baden-Württemberg noch eine weitere stationäre Pflegeeinrichtung unterhält. Mit der Schwerpunktsetzung des Trägers verbunden ist auch die Struktur der Bewohner\*innen der Einrichtung. Neben der klassischen Altenpflege, gibt es einen Bereich für Menschen mit psychischen Erkrankungen und einen kleinen Bereich für Menschen mit dementiellen Erkrankungen. In der Einrichtung befindet sich auf einer Etage eine Kindertagesstätte, in der bis zu zehn Kinder bis zum Alter von drei Jahren betreut werden. Die Kindertagesstätte ist in der Einrichtung eingemietet, wird aber nicht von der Einrichtung betrieben.

#### 3.2.2. Standort 2

Die Einrichtung befindet sich in der Nähe des Stadtzentrums und ist im Stadtteil durch ihre lange Tradition bekannt. Diese Einrichtung entspricht der 4. KDA Generation. Die Einrichtung hat sich im Laufe der Zeit verändert. Der konfessionelle Träger hat zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Die ursprüngliche Einrichtung wurde Ende der 50er Jahre errichtet und besitzt eine wechselvolle Geschichte, von der Hilfe und Unterkunft für sozial schwache Mädchen, sozial schwache Senioren, über eine Altenpflegschule bis hin zur stationären Dauerpflege, mit der Einführung der Pflegeversicherung 1994. Aus der Tradition der Einrichtung und den nicht mehr bedarfsgerechten baulichen Standards, wurde ein Neubau geplant und realisiert. Durch den Erwerb einer Baufläche auf der anderen Straßenseite konnte die Einrichtung neu entstehen. Die Einrichtung besteht aus 5 Etagen, in denen unterschiedliche Pflegeformen und entsprechend unterschiedlich erkrankte Menschen leben. Durch die Umsetzung der Idee der Wohngemeinschaften im Haus entstand eine neue, ansprechend wirkende Einrichtung für Menschen im Quartier. Es gibt einen geschützten Garten, der von der Straße abgewendet ist. Die erste Etage ist für Menschen mit dementiellen Erkrankungen speziell gestaltet. Die Etagen 2 und 3 sind nicht nach spezifischen Erkrankungen im Hinblick auf die Bewohner\*innen belegt. Den vierten Stock bewohnen die mittlerweile pflegebedürftigen Ordensangehörigen und auf der 5. Etage befindet sich die Fachkrankenpflege für Menschen mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen.

Neben den Spezifika im Hinblick auf die Bewohner\*innenstruktur besitzt die Einrichtung eine inkludierte Begegnungsstätte für Menschen im Quartier. Die Begegnungsstätte kann von Menschen, die in der Einrichtung leben und von Menschen, die nicht in der Einrichtung leben aufgesucht werden.

Somit bestehen Kontaktmöglichkeiten zwischen Bewohner\*innen der Einrichtung und Bewohner\*innen des Quartiers, welche über den Angehörigenkontakt hinausgehen können.

#### 3.2.3. Standort 3

Die Einrichtung am dritten Standort ist ebenfalls in der 4. KDA Generation zu verorten. Die Einrichtung liegt ca. 10 Minuten vom Stadtzentrum entfernt. Die gleiche Entfernung besteht zu einem See. Die Einrichtung liegt ruhig, in einem Stadtteil mit viel Begrünung und in innerstädtischer Randlage. Der Träger ist konfessionell gebunden und wie die beiden anderen Einrichtungen überregional tätig. Die Schwerpunkte liegen in der Altenpflege, Behindertenhilfe, Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie. Die Einrichtung bietet neben der klassischen Altenpflege, einen Bereich für Menschen mit Demenz, sowie einen geschützten Innenhof. Neben der klassischen Altenpflege und der Betreuung und Pflege von Menschen mit dementiellen Erkrankungen bietet der Träger der Einrichtung eine breite Palette von Angeboten, wie eine angeschlossene Tagespflege und ein betreutes Wohnen an. Des Weiteren gibt es einen offenen Mittagstisch, der von Bürger\*innen aus dem Stadtteil genutzt werden kann. Die Einrichtung ist nicht auf den stationären oder teilstationären Bereich begrenzt, sondern besitzt durch den Träger auch einen ambulanten Versorgungsbereich.

## 3.3. Ergebnisse der empirischen Studie zum Selbstverständnis der Einrichtungen unter Betrachtung des Quartiersbezuges

Im Rahmen der Landesstrategie "Quartier 2030 – Gemeinsam. Gestalten", ist es auch zunehmend wichtig, die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in die Quartiersentwicklung miteinzubeziehen. Alte Menschen sind häufig zu Fuß in ihrer Nachbarschaft unterwegs (Oswald et al., 2013). Mit steigendem Lebensalter und mit kognitiven Einbußen (Projekt SenTra) nimmt zudem durchschnittlich betrachtet der Bewegungsradius älterer Menschen ab (Mollenkopf, 2001). Somit können stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen im Quartier ein Ansprechpartner sein, der erreichbar ist und der über die fachliche Kompetenz verfügt, Menschen zu beraten und zu unterstützen und damit innovative Wege, auch zur Förderung des privaten Wohnenbleibens, zu beschreiten. Doch wie sehen die Einrichtungen sich selbst im Quartier?

Die stationären Langzeitpflegeeinrichtungen erfuhren im Rahmen der Corona-Pandemie eine breite mediale Aufmerksamkeit, die häufig negativ konnotiert war. Der Begriff der gesundheitlichen Vulnerabilität wurde zum Stigma (Kessler et al., 2020). Die strengen Zugangsregelungen bzw. -verbote der Einrichtungen zum Schutz vor Ansteckungen der Bewohner\*innen bedeutete für alle Bewohner\*innen Kontaktverbote, den Ausfall von therapeutischen Maßnahmen, die fast völlige Isolation nach außen hin.

Durch die Abflachung der Inzidenzen und die damit verbundenen Lockerungen und der Aufhebung des Kontaktverbotes, ging sukzessiv eine Normalisierung in den stationären Einrichtungen einher worunter Angebote der Ergo- und Physiotherapie, sowie Besuche von Angehörigen unter Auflagen zählten. Wie es sich auswirkt, dass die zuvor offenen Einrichtungen schließen mussten und welche Auswirkungen die Corona-Pandemie auf den "neuen normalen Alltag" in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen hat, ergeben sich erste Hinweise aus den Interviews.

Das Projekt AQuiLa gibt anhand von drei stationären Einrichtungen der Langzeitpflege einen Einblick in die Entwicklung der Einrichtungen. Leitend waren hierbei die Fragen, wie stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen sich und ihr Umfeld wahrnehmen, mit wem sie kooperieren, welche Herausforderungen sich ihnen stellen und welche Möglichkeiten sie für eine (noch) bessere Anbindung im Quartier sehen.

Die Intention, d.h. das "Warum" sowie das " Wer" und das "Wie" des Handelns von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zur Quartiersvernetzung werden im Folgenden dargestellt.

## 3.3.1. Zu Grunde liegende (Quartiers-) Verständnisse und deren Ursprünge zwischen Wollen und Können

Im Rahmen der Untersuchung wurden drei konfessionell getragene Einrichtungen befragt. Deutlich wurde, dass es kein einheitliches Verständnis im Hinblick auf das Quartier an sich gibt. Vielmehr gibt es ein Kontinuum von Quartiersverständnissen. Dieses erstreckt sich zwischen den Dimensionen Raum, Person und Institution.

Die untersuchten Einrichtungen der Langzeitpflege sehen auf der Basis ihrer Werte die Versorgung pflegebedürftiger Menschen als ihre zentrale Aufgabe, hierin besteht Konsens.

"Aber unser Kernauftrag ist einfach der diakonische Auftrag auch und da versuchen wir auch ganz viele Werte auch zu vermitteln, ja? ähm und im Alltag auch mit einfließen zu lassen, ja? (Interview-Leitung3,Pos. 517)

Der "diakonische Auftrag" umfasst das Tun am und für den Menschen in Form von Pflege und Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen, sowie die Vermittlung dieser Werte und Haltungen an die Umwelt.

Die Ursprünge dieser Haltung liegen in der frühen Kirche und finden sich bis heute in den Leitbildern der konfessionellen Träger wieder. Die *diakonía*, (griechisch, der Dienst), entstammt dem christlichen Werteverständnis, das katholische Pendant hierzu ist die caritas. Der Dienst am Nächsten, der sich im Doppelgebot der Liebe findet und letztlich im Rahmen der Säkularisierung in die Gesetzgebung eingeflossen ist.

"Wir nehmen auch ALLE Menschen auf. MUSLIME, wir haben muslimische Mitarbeiter, wir haben ALLES. Und es gibt äh äh das is' eigentlich auch der Grundgedanke von Vinzenz von PAUL, ja? (holt Luft) Der hat ja eigentlich gesagt, Nächstenliebe steht über ALLEM, also die Liebe is' des Wichtigste im Leben #00:31:41-1# (Interview\_Leitung2 Pos. 210)

Die Versorgung besteht dabei nicht nur aus der reinen Pflege, sondern auch aus dem Willen Teilhabe zu ermöglichen und einen Platz zum Leben in der letzten Lebensphase zu haben. Doch gerade im Kontext einer wohnortnahen Versorgung zeigte sich, dass das Verständnis von Quartier sehr dehnbar ist und eher die Quartiersanbindung im Fokus liegt. Daraus resultiert, dass es zu einer Verschiebung des Begriffes Quartier auf die räumliche und institutionelle Dimension kommt. Die Gründe hierfür liegen in der Belegung der stationären Einrichtungen. Das Einzugsgebiet aller drei Einrichtungen geht über das lokal definierte Quartier oder den Stadtteil hinaus. Die Belegung hängt von mehreren Faktoren ab, die wiederum abgekoppelt vom Quartier sind. So sind spezifische Angebote für Personen mit besonderen Krankheitsbildern ein Charakteristikum, aber auch die reine Verfügbarkeit von Pflegeplätzen.

Alle drei Einrichtungen besitzen einen Bereich für Menschen mit dementiellen Erkrankungen, darüber hinaus weisen sie Spezialisierungen auf.

Die Einrichtung 2 besitzt Plätze für Menschen nach Hirntraumata, die in einem komatösen Zustand sind und eine dementsprechende Fachpflege benötigen. Bei dieser Einrichtung, genauer auf einem Stockwerk der Einrichtung, ist das Alter nicht das ausschlaggebende Kriterium für den eben dargestellten Personenkreis, sondern die Form der Erkrankung. Mit dieser Spezialisierung besitzt die Einrichtung ein Alleinstellungsmerkmal und zeigt, dass die stationäre Langzeitpflege auch altersunabhängig sein kann.

Die Einrichtung 1 wies eine Spezialisierung für Menschen mit psychischen Erkrankungen auf, die auf einem Stockwerk der Einrichtung leben. Die Betreuung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und wenig physischem Pflegebedarf kann hier als Alleinstellungsmerkmal betrachtet werden. Mit der Spezialisierung einher geht eine "überquartierliche" und sogar "überstädtische" Versorgung im Hinblick auf die (sozial-) räumliche Dimension einher.

Die Spezifika sind einerseits basierend auf der institutionellen, wertebasierten Grundhaltung der Träger und somit der Institution zusehen, andererseits dienen sie der Standortsicherung im Hinblick auf die Belegung und bieten spezifische Versorgung für spezielle Bedarfe bei Personen an. Daraus ergibt sich das eingangs beschriebene Kontinuum aus Raum, Person und Institution. Durch die Konzepte der Einrichtungen im Hinblick auf ihre Schwerpunkte und Alleinstellungsmerkmale, zeigen sie, wie sie Öffnung für die Institution verstehen. Durch das Vorhandensein im Quartier, sehen sie sich als Teil des Quartiers, das aber auch in seinem Quartiershandeln limitiert ist. Das Verständnis von Quartier orientiert sich an der Anbindung und Einbettung in Strukturen und an Sektorengrenzen. Gleichzeitig zeigt sich, dass stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen bestrebt sind von der Zivilgesellschaft wahrgenommen zu werden, dies aktiv betreiben und versuchen das Umfeld der Einrichtung zu erfassen.

"(...) das ist hier SCHWER. (..) daher meinte ich, oder mein Eindruck, wenn sie mich jetzt fragen, nach dem Quartier (holt Luft) OK GUT und ansonsten, dass ist jetzt die Frage, was wollen jetzt diese BÜRGER? Nochmal zurück zum Quartier (holt Luft) hm (fragend), wenn ich nochmal weiter des beschreiben sollte und ans ...Haus denke, is' es für uns eben KLAR, wir möchten GERNE und wir tun das ja AUCH (holt Luft) und Quartier bedeutet für uns ja natürlich ja auch der Kontakt zu allem was hier im Quartier ansässig ist, also NICHT NUR VERNETZUNG, SONDERN (.) KONTAKT. (...) QUARTIER ist Kontakt.

Quartier ist BÜRGER (locken), Quartier ist KINDER (locken), Quartier is' HOCHSCHULE (locken) Weil die Menschen aus dem Haus nicht rauskönnen oder SCHLECHT rauskönnen" #00:29:19-3# (Interview\_ Leitung2)

Deutlich wird in dieser Passage, dass stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen als Orte wahrgenommen werden, die gemieden werden, wenn kein Kontakt als Mitarbeiter\*in, Angehörige oder auf beruflicher Ebene besteht. Mit dem Wort "Locken", das in Verbindung mit Quartier, Kontakt, Bürger, und Hochschule assoziiert wird, zeigt sich, dass eine aktive Bewegung der Einrichtung als erforderlich geschildert wird, um im Quartier Kontakte herzustellen. Das "Locken" bedeutet, dass stationäre Pflegeeinrichtungen versuchen, sich durch Angebote, die auch für Quartiersbewohner\*innen sind, als Teil des Quartiers darzustellen und in Kontakt mit dem Quartier zu gelangen, da sonst noch weniger Kontakte zwischen Bewohner\*innen des Heimes und anderen Menschen, die nicht primär mit der Einrichtung in Kontakt stehen, entstehen könnten. Des Weiteren verweist die Leitung auf die Mobilitätseinschränkungen der Bewohner\*innen der Einrichtung, die mit der Pflegestatistik korreliert.

Die Bereitschaft ein aktiver Part des Quartiers oder des Sozialraumes zu sein, zeigt sich auch in der nachstehenden Passage der Einrichtungsleitung 3. Deutlich wird hier das "Wollen" formuliert. Es ist ein aktives Holen, einen Ringen um Kontakte zwischen Bewohner\*innen der Pflegeeinrichtungen und Personen außerhalb der Einrichtungen. Das "Wollen" auf Seiten der Einrichtungen steht dem "Sein eines Pflegeheimes" gegenüber. Das "Wollen" kann als Pull-Faktor interpretiert werden, dem das Stigma des Heimes als Push- Faktor entgegensteht.

"B: Na die Dinge, die ich vorhin schon mal gesagt hab', ganz am Anfang halt, dass WIR, wie gesagt, generell für alle offen sind, wir sind kein geschlossenes Haus, wenn nicht grad' Corona, is' die Tür OFFEN. Ähm und wir WOLLEN eigentlich auch, dass LEUTE von draußen hierherkommen." (Interview\_Leitung3 01:11:56-0#, Pos. 39)

Neben der Standortsicherung und Spezialisierung ist die Belegung durch den Faktor Zeit limitiert. Der Einzug in eine stationäre Einrichtung muss meist sehr schnell von statten gehen, häufig binnen 48 Stunden. Dies hängt mit der Finanzierung und dem Bedarf an Pflegeheimplätzen zusammen. Somit kann bei der Belegung der Faktor der räumlichen Nähe erstens für neue Bewohner\*innen häufig nicht mitberücksichtigt werden und zweitens ist der Bedarf, an Plätzen, an Kooperationen und Angeboten wie "Wohnen auf Probe" und Wohnberatung im Umfeld, wenn nicht aktiv auf eine informierende Einrichtung zugegangen wird, zumeist nicht bekannt.

"Und wenn jetzt ein Mensch aus dem Quartier bei uns nen Platz sucht, dann ist es ja ne reine Glücksache. Das Pflegeheim zu suchen is wie Lotto spielen. Man hat regelmäßig Angehörige am Telefon, die auch mal vor Glück weinen, wenn man ihnen einen Platz anbietet, weil sie aus solchen emotionalen Stresssituationen heraus jetzt dringenst en Pflegeheim suchen, weil die Demenz so fortgeschritten ist und sie einfach völlig am Ende ihrer Kräfte sind, völlig überlastet sind mit der Versorgung ihres Angehörigen." Interview1\_Leitung#01:00:57-3#

In diesem Abschnitt zeigt sich, dass die Belegung der Einrichtung nicht am Wunsch einer quartiersnahen Versorgung orientiert ist, sondern es "reines Glück" ist im gewohnten Quartier verbleiben zu können und somit möglichst Kontakte zu Bekannten und dem vertrauten Umfeld noch erhalten zu können. Hier stehen sich der Wunsch nach einer politisch gewollten und quartiersbewohneradressierten, quartiersnahen Versorgung und die eher funktionale ökonomische Belegungspraktik diametral entgegen.

"und oft schon sagen also es wär schön, wir wohnen hier um die Ecke, dass wir hier nen Platz finden würden, aber des is en reines Glücksspiel. Eine Pflegeplatzvergabe läuft in der Regel innerhalb von zwei Tagen. Also es stirbt jemand, braucht meist so 24 Stunden bis des dann mit den Angehörigen soweit geregelt is, wann die Sachen, wenn noch was abgeholt werden will, dann abgeholt werden; dann wird das Zimmer noch gereinigt, eventuell neu gestrichen und dann wirds neu belegt. Ne? Des is dieser völlig wirtschaftliche Betrieb des Heimes is ja losgelöst von aller Ethik. (Interview1\_Leitung, Pos. 83-84)

In der weiteren Ausführung der Passage wird deutlich, dass die Leitung der Einrichtung diese Praxis auch als rein ökonomisch motiviert bewertet. Hierin wird das Dilemma zwischen Ökonomie und verschiedenen Aspekten von Ethik offenbart, der eine quartiersbezogene Versorgung in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung unterworfen ist. Verbunden mit dieser Praxis sind bekannte Tabuthemen wie Tod und Sterben, die zu großen Teilen institutionalisiert sind.

#### 3.3.2. Perspektiven und Blickrichtungen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen

Die beiden vorangegangenen Zitate verweisen auf den nächsten Aspekt der in der Untersuchung betrachtet wurde, auf das "Wer". Wer betrachtet wen wie im Quartier.

Deutlich wurde, dass die befragten Einrichtungen sich in einem Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik bewegen, wobei der Aspekt der quartiersnahen Versorgung eine untergeordnete bis keine Rolle spielt. Ausschlaggebend sind der Bedarf und die Kapazität der Einrichtung, wobei hier ökonomische Interessen, aber auch die Entlastung pflegender Angehöriger benannt werden.

Die solitäre Einrichtung 1 besitzt eine stark institutionsgebundene Perspektive, die sich auf ihre Aufgabe in der Einrichtung fokussiert und wenig auf das Quartier und dessen Bewohner\*innen. Es bestehen Kontakte zu den Kostenträgern und zu anderen Einrichtungen der Altenhilfe im Rahmen von Netzwerktreffen und Verbindungen zu Kliniken. Es gibt kein aktives "Nachdraußengehen" zur Anwerbung oder Außenvorstellung, sondern die Bewohner\*innen werden über den Sozialdienst der Krankenhäuser oder das Seniorenbüro mehrheitlich in die Einrichtung vermittelt. Anders formuliert, es werden Anfragen von außen entgegengenommen. Es gibt sehr wenig Wissen über die Bewohner\*innen des Quartiers.

"Aber da können im Umkreis ja Menschen leben, die seit drei Jahren nicht mehr aus der Wohnung draußen waren, weil sie die vier Stockwerke nich mehr schaffen, ja? Von denn WEIß ich ja nix, ja? Und wenn ich aber von denen wüsste, hätte ich Möglichkeiten, ne?

Ne, dann im Zusammenspiel mit anderen Akteuren zu sagen 'Hey wir bieten einmal die Woche in unserem Garten en Kaffeeplausch für die nächsten Nachbarn an', ja? Um eben daraus zu finden

'Ah schau mal, bei der Frau Maier, Müller so und so, da müsst man mal mit den Angehörigen sprechen, da ist was offensichtlich'. Des is ja auch für mich Teil der Quartiersarbeit, dass man eben an Gruppen rankommt, die den Tellerrand hinten runter fallen, weil sie nicht mehr wahrgenommen werden, ja? (Interview1\_Leitung, Pos. 71-72)

Das Wissen um die Versorgungssituation der Bewohner\*innen im Quartier wird von den Einrichtungen häufig erst bei einem akuten Bedarf wahrgenommen. Der Träger ist an diesem Standort prinzipiell an Quartiersbezügen interessiert, jedoch stehen keine personellen oder räumlichen Kapazitäten zur Verfügung. Es gibt kein aktives Zugehen auf Bewohner\*innen des Quartiers, bzw. Angebote, die eröffnet wurden, wie z.B. ein Mittagstisch, Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz oder kulturelle Angebote, wurden von den Bewohner\*innen des Quartiers nicht angenommen. Die Einrichtung 2 hat eine inkludierte Begegnungsstätte im Haus, die von Bewohner\*innen des Quartiers und von Bewohner\*innen der Einrichtung genutzt werden kann. Dadurch werden Bewohner\*innen des Quartiers oder ihre Angehörigen auf die Einrichtung aufmerksam und somit besteht die Möglichkeit für einen engeren Kontakt mit den Bewohner\*innen des Quartiers, die gleichzeitig perspektivisch neue Bewohner\*innen der Einrichtung werden können. Durch das Kennenlernen der Einrichtung, können Ängste gemildert werden. Des Weiteren eröffnet das Kennenlernen der Einrichtung die Option der bewussten und freiwilligen Entscheidung dort einzuziehen, bevor die Entscheidung unter Umständen nicht mehr selbstständig getroffen werden kann. Es ist hier ein "Zugehen" der Einrichtung auf ihr Umfeld möglich und konzeptionell gewollt. Dieses wird von der Einrichtungsleitung, dem Sozialdienst und der Leitung der Begegnungsstätte getragen und mit hohem persönlichem Einsatz umgesetzt. Dennoch wird beschrieben, dass die Bewohner\*innen des Quartiers darauf verhalten reagieren.

"B: Des is' auch WICHTIG, ja? und des is' so durch die Begegnungsstätte, was (unv.) zweite Vernetzung, bei der Frau K. melden sich oft Menschen, die nicht unbedingt jetzt schon in Pflegeheim MÜSSEN #00:38:49-5#

Aber natürlich, wenn die Frau K. merkt 'Aha Ok, das wird jetzt kritisch, das geht nicht mehr', dann empfiehlt sie schon auch oder es gibt dann vielleicht nochmal 'ne BERATUNG oder zumindest mal ZEIGEN von 'em Haus, weil oft die BERÜHRUNGSANGST so groß is' #00:39:06-3#

Und wenn man's vielleicht mal GESEHEN hat oder mal im CAFÉ da war und merkt 'Aha, da sind ja nicht nur externe im Café auch unsere Bewohner (lacht) geh'n in's Café' #00:39:16-2# mit den ANGEHÖRIGEN, ja? #00:39:17-9#

Und des is' klar, dass die Leut' dann miteinander quatschen und dann merkt jemand 'Och, des is' ja gar nicht so schlecht, also die erzählt ja nur gute Sachen, also muss ich nicht so viel Angst haben // im Pflegeheim' #00:39:29-0#". (Interview2 Leitung Pos. 276-284)

Deutlich wird, dass die negative Konnotation der stationären Pflege bei Bewohner\*innen des Quartiers vorhanden ist und durch die Einrichtung wahrgenommen wird. Durch die Begegnungsstätte und Angebote im Haus, die von Quartiersbewohner\*innen genutzt werden können, soll diese vermindert werden, in dem man "nicht so viel Angst haben" muss.

Die Einrichtung 3 unterscheidet sich von den zuvor vorgestellten dadurch, dass sie eine komplette Angebotspalette aufweist. Der Träger bietet von der vollstationären Versorgung, über Wohngruppen für Menschen mit Demenz, betreutes Wohnen, Essen auf Rädern und einem ambulanten Pflegedienst, sowie einem Mittagstisch für Menschen im Quartier eine Vielzahl von Leistungen an.

Mit dieser breiten Aufstellung ist diese Einrichtung in der Lage entlang den Bedarfen der Menschen ein Angebot zu machen und frühzeitig mit ihnen im Kontakt zu sein, sodass der Prozess des körperlichen und oder kognitiven Abbaus begleitet werden kann. Bei diesem Standort haben die Bewohner\*innen des Quartiers die Möglichkeit frühzeitig in Kontakt zu kommen und gleichzeitig hat der Träger durch die graduellen Leistungen die Möglichkeit, Bedarfe zu erkennen und somit eine wohnortnahe Unterbringung zu realisieren bzw. besser realisieren zu können.

#### 3.3.3. Quartiersstrategien stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen

So unterschiedlich die Einrichtungen von ihrer Struktur und ihrem Angebotsspektrum sind, so differenziert sind auch die Wege und Strategien, das "Wie", die sie beschreiten um im Quartier oder im Stadtteil wahrgenommen zu werden und den Bewohner\*innen der Einrichtung und des Quartiers Teilhabe zu ermöglichen.

Alle drei Einrichtungen gaben an, die klassischen Kontakte zu Schulen und Kindergärten zu haben. Hier bestanden vor der Corona- Pandemie regelmäßige Kontakte zwischen Bewohner\*innen und Kindergarten- und Schulkindern. Durch die konfessionelle Trägerschaft sind dies klassische Kontakte. Zudem kommen die Sozialpraktika von Schüler\*innen, die durch die räumliche Nähe in den Pflegeeinrichtungen für eine klar umgrenzte Zeit tätig sind.

Hierdurch versuchen die Einrichtungen nicht nur den Generationenkontakt zu fördern, sondern gerade bei den Schüler\*innen den Pflegeberuf nahezubringen und Interesse zu wecken.

Durch Angebote in der Einrichtung, die auch für Anwohner\*innen zugänglich sind und die über lokale Medien bekannt gemacht werden, wird gleichsam versucht den Kontakt zwischen Bewohner\*innen und Nichtbewohner\*innen der Einrichtung herzustellen, Austausch und Begegnung zu ermöglichen. Doch es wird berichtet, dass die Annahme der Angebote variierte in den Einrichtungen, sowohl von Seiten der Bewohner\*innen als auch von Bewohner\*innen des Quartiers. Im Hinblick auf die Bewohner\*innen ist anzumerken, dass alle Leitungspersonen der Einrichtungen für die stationäre Langzeitpflege angaben, dass die Bewohner\*innen mehrheitlich die Pflegegrade 4 und 5 aufwiesen und eine sehr große gesundheitliche Belastung in den letzten Lebensjahren bestehe, so dass Aktivitäten und Begegnung aktiv in die Einrichtung geholt werden müssten.

Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und quartiersorientierte Pflege hat die Einrichtung 2 durch einen Neubau mit integrierter Begegnungsstätte und einem Wohngruppenkonzept der 4.Generation der KDA-Logik frühzeitig auf die sich verändernden Anforderungen reagiert. Eine jahrelange Planung sowie das finanzielle Volumen des Trägers und die kooperative Finanzierung der Begegnungsstätte zu gleichen Teilen zwischen Träger und Kommune haben dieses Konzept ermöglicht. Zu den Strategien lässt sich auch das Angebotsportfolio der Einrichtungen, ihre Alleinstellungsmerkmale und die Spezialisierungen zählen.

Die Einrichtung 1 besitzt eine enge Verbindung zu einer nahegelegenen Schule, sodass Schüler\*innen zum Mittagessen kommen und teilweise ihre Praktika in der Einrichtung erbringen. Die Einrichtung ist offen für Studierende unterschiedlicher Hochschulen, die Forschungsarbeiten durchführen. Darüber hinaus bilden sie Altenpfleger\*innen aus und sind durch Leitungstreffen mit anderen Einrichtungen auf Leitungsebene in Kontakt. Mit einem Schwerpunkt für Menschen mit psychischen Erkrankungen besitzt die Einrichtung 1 ein Alleinstellungsmerkmal.

Die Einrichtung 2 besitzt die gleichen Kontakte wie die Einrichtung 1, dennoch hat sie durch die Begegnungsstätte und die Fachpflege im Haus einen noch spezifischeren Adressatenkreis. Die Einrichtung 2 hat regelmäßigen Kontakt zu einem Kindergarten. Des Weiteren bestehen zwischen den Einrichtungen 1 und 2 durch die Bewohner\*innen und deren finanziellen Status Unterschiede, obwohl sie im gleichen Quartier befindlich sind. Bei Einrichtung 2 sind spezifische therapeutische Angebote buchbar, die aber von den Bewohner\*innen selbst finanziell getragen werden müssen. Hierdurch werden auch andere Personen in die Einrichtung geholt und Angebote für die Bewohner\*innen initiiert. Durch die Fachpflege für Personen mit Schädel-Hirn-Trauma und anderen irreversiblen neurologischen Erkrankungen besitzt die Einrichtung ein Alleinstellungsmerkmal, dass sich auch in Kontakten zu bestimmten Abteilungen von Kliniken zeigt.

Die Einrichtung 3 weist die zuvor bereits genannten klassischen Kontakte zu Schulen und Kindergärten auf. Durch die breite Aufstellung des Trägers über den stationären Bereich hinaus, mit betreutem Wohnen, Tagespflege und ambulantem mobilen Dienst ist sie von den drei untersuchten Einrichtungen, die mit dem breitesten Angebotsportfolio. Die Einrichtungen weisen Kontakte zu Drit-

ten auf, wie Schulen, Kindergärten und Hochschulen, in dem sie sich an Projekten beteiligen, sichtbar werden und sich aktiv beteiligen. Sie ermöglichen hierdurch das Erleben und Erlernen von Pflege und Heilpädagogik in unterschiedlichen Ausprägungen. Somit sind sie Teil von Bildung und Praxis.

Die Einbindung von Ehrenamtlichen und Angehörigen ist für das Leben und die Umsetzung von Angeboten von hoher Bedeutung. Die Realisierung von Ausflügen oder Spaziergängen, kann durch das Pflegepersonal nicht geleistet werden. Alle drei Einrichtungen gaben an, dass neben den Alltagsbegleitern ehrenamtlich Tätige unerlässlich sind.

Es wurde aber auch betont, dass der Pflege des Ehrenamtes bedarf, um die Ehrenamtlichen in der Tätigkeit zu halten. Anerkennung und Wertschätzung in Form von Festen oder Treffen mit Mitarbeiter\*innen des Sozialdienstes seien ein wichtiges Element. Durch den Einsatz von Ehrenamtlichen entstünden für die Bewohner\*innen der Einrichtung neue Kontakte, Möglichkeiten die Einrichtung zu verlassen und am Leben außerhalb der Einrichtung teilzunehmen.

#### 3.3.4. Resümee

Durch eine vertiefte Analyse von drei Einrichtungen ließen sich begünstigende und hinderliche Faktoren im Hinblick auf die Anbindung stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen im Quartier oder Stadtteil identifizieren. Die Betrachtung von 3 Einrichtungen liefert erste wichtige Hinweise, hat aber nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Zu den begünstigenden Faktoren zählen die Bekanntheit der Einrichtung bei den Bewohner\*innen des Quartiers und die Tradition der Einrichtung im Quartier. Jedoch zeigte sich, dass Tradition nicht genügt um im Quartier wahrgenommen zu werden. Die Standorte 1 und 2 liegen im gleichen Stadtteil und sind dennoch von ihrem Bekanntheitsgrad sehr unterschiedlich in der öffentlichen Wahrnehmung, was sich wie berichtet auch auf die Anzahl der Ehrenamtlichen auswirkt. Neben der Bekanntheit und Tradition sind die optische Erscheinung von Relevanz und die Möglichkeiten auf die Einrichtung aufmerksam zu machen.

"Vorne am F.-ring hab ich quasi keine Präsenz, ja da gibts ein Schild na des is äh ungefähr so groß( zeigt die Größe, annähernd DIN A4 Blatt) und da steht L.-stift drauf (...) Orden mit auch dem Wappen des Ordens und des wars ne? ähm deswegen, also dadurch schon, werden wir nich wahrgenommen, ne? Wenn ich des jetzt mit nem Pflegeheim im direkten Umfeld vergleiche, die sind von ihrer Baulichkeit her viel präsenter, wir sind ja so die Front von zwei langen Schenkeln von Gebäuden, nebendran die Bank mit einem riesigen roten Gebäude und dann wir des unscheinbare auch riesige aber graue Gebäude. Des is auch für uns en wahnsinniges Thema, das wir jetzt ähm durch unterschiedliche zukünftige Maßnahmen versuchen wollen des präsenter zu machen, dass hier eben ein Pflegeheim is. Noch eins der Größten die es hier in F. überhaupt gibt, ne so ne" (Interview1\_Leitung, Pos. 16)

Große Schilder oder Flaggen sind bei der Einrichtung 2 möglich und vorhanden, bei der Einrichtung 1 nicht. Zudem ist die Optik durch die Architektur geprägt. Die Einrichtung 1 fällt entlang einer langen Häuserzeile mit kleinen Fenstern und grauer Fassade nicht als Einrichtung der stationären Langzeitpflege auf. Man assoziiert sie eher mit einem alten Wohnblock oder einer Behörde.

Durch die räumlichen Möglichkeiten, eine Begegnungsstätte in der Einrichtung zu inkludieren, gibt es Raum für Begegnung zwischen Generationen und Bewohner\*inne des Quartiers und Bewohner\*innen der Einrichtung. Dies trifft auf die Einrichtungen 2 und 3 zu. Hinzu können Angebote für Quartiersbewohner\*innen und Heimbewohner\*innen in diesen Einrichtungen angeboten werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Hinblick auf die Anbindung im Quartier ist die Motivation der Leitung und das Interesse des Trägers verbunden mit dem Einsatz finanzieller Mittel und der Bereitschaft der Kommune das Anliegen zu unterstützen und in Teilen auch finanziell mitzutragen.

Deutlich wurde auch, dass je breiter ein Träger in seinem Angebotsportfolio aufgestellt ist, umso besser können Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf begleitet werden. Die Einrichtung 3 ist hier durch ihren ambulanten und teilstationären Bereich am besten aufgestellt. Durch die Wahrnehmung des Mehrbedarfes und dem Vertrauen gegenüber einem bekannten Träger können die zunehmenden Bedarfe an Unterstützung und Pflege schneller erkannt und die nächsten Schritte mit der Person oder den Angehörigen angesprochen und initiiert werden. Das heißt eine Schnittstelle zwischen ambulanter und teilstationärer, bzw. stationärer Pflege bringt aus Adressatensicht eine mögliche Verlässlichkeit und Kontinuität, sowie die Möglichkeit der wohnortnahen Versorgung in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege.

Nun sollen die hinderlichen Faktoren der Anbindung noch skizziert werden. Eine geringe Bekanntheit der Einrichtung, wenig Präsenz in Medien, nahezu keine Angebote für Bewohner\*innen des Quartiers, sowie eine wenig ansprechende Optik sind Hinderungsgründe für Menschen im Quartier in die Einrichtung zu gehen, sie kennenzulernen, sich ehrenamtlich zu engagieren oder gar dort geplant / selbstorganisiert einziehen zu wollen.

"Dann wurde schon versucht, dass wir ähm vor meiner Zeit, in unserem Speisesaal ähm Infoabende anzubieten auch nicht nur speziell für Angehörige sondern auch für interessierte Rund-Rum-Wohnende, aber des is wurde zu dem damaligen Zeitpunkt, des ist jetzt so vier Jahre her, ähm quasi nicht angenommen, das da von der Bürgerschaft im Umkreis sagt 'Ah super, da gibts en Infoabend zu Demenz, da gehn wir mal hin und lassen uns mal informieren!, also des mag vielleicht auch damit zusammenhängen, das die Verbreitungskanäle auch wieder sehr limitiert sind ne? Die man damals gewählt hat. #00:18:17-0#B: Des war wohl nur das sonst gabs da nix, also da wüsst ich nix was sonst noch gab ne so. Also sonst gibts gabs keinerlei Angebote, die offen waren für andere ne es war noch ne kurze Überlegung, ob man en Mittagstisch anbietet, dass Personen hier zu uns zum Essen hereinkommen können, aber des wird in keinster Weise wahrgenommen." (Interview1\_Leitung, Pos. 21-23)

Fehlende Räume für Begegnung zwischen Menschen die in der Einrichtung leben und Menschen die im Quartier leben erschweren die Teilhabe der Bewohner\*innen durch Kontakte zu externen Personen, die nicht als Angehörige oder aus medizinischen Gründen die Einrichtung aufsuchen. Einrichtungen, die keine ambulanten Dienste angegliedert haben, wissen wenig bis nichts über die Situation der Bewohner\*innen im Quartier bis zu dem Zeitpunkt, an dem die stationäre Unterbringung unausweichlich wird. Dies erschwert den Bewohner\*innen auch den Übergang in eine stationäre Einrichtung.

In einem abschließenden Resümee sollen die von den Einrichtungen formulierten Bedarfe in ihren Gemeinsamkeiten und Unterschieden dargelegt werden im Hinblick auf die Landesstrategie.

#### Gemeinsamkeiten

Alle Einrichtungen berichteten, dass es basierend auf der gesundheitlichen Situation notwendig sei, Angebote für die Bewohner\*innen in die Einrichtung zu holen. Es bedarf eines hohen Engagements Personen für ehrenamtliche Tätigkeiten zu gewinnen und sie in diesen zu halten. Um Teilhabe zu realisieren und Sozialräume zu erschließen, bedarf es Menschen, die die Heimbewohner\*innen darin unterstützen. Hier wird neben den Alltagsbegleitern stark auf das Ehrenamt gesetzt, das aber nach den Beobachtungen der befragten Personen in den letzten Jahren einen Rückgang erfahren hat und eine geringere Verlässlichkeit und Planbarkeit in sich trägt.

"Und wir haben wie viele Einrichtungen ebenso dieses klassische Ehrenamt, also das ähm eine Personengruppe, die ist mal größer, mal kleiner, wie sich das beim Ehrenamt eher gestaltet. Im Moment würde ich eher sagen, dass des klassische Ehrenamt schrumpft, das die klassische Klientel, die das

Ehrenamt übernimmt, des sind so meistens Personen, die gerade aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, immer weniger bereit sind, da aktiv zu werden. Und dass man da viel Zeit investieren muss, um ein größeren ehrenamtlichen Kreis zu generieren. (00:09:25-7# Interview1\_Leitung).

Die Struktur der Bewohner\*innen hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Alle Einrichtungen haben dies berichtet. Umso wichtiger war es den Einrichtungen, die keine ambulante Versorgung anbieten einen besseren Überblick über ihr Umfeld, respektive den Bedarf der Personen zu kennen.

Hierbei wäre eine Bündelung der Ressourcen und Kompetenzen der Einrichtungen im Stadtteil zielführend nach Ansicht der Einrichtungen. Der Gedanke der Konkurrenz ist teilweise vorhanden, aber ausgehend vom Bedarf nicht vordergründig relevant.

B: als es jetzt im Prinzip ähm wir. Und WARUM muss im Prinzip ein Träger alles können, ja? Warum gibt es nicht den Ansatz, dass halt im Prinzip, dieses gemeinschaftliches, 'en gemeinschaftliches Quartier entwickelt wird, wo halt der Träger, der des besser kann, des anbietet und der andere des. Und das is' so dieses Thema Konkurrenz, ja? Dass des vielleicht 'en bisschen ähm abflacht, in Bezug auf ähm (...) ja auf des gemeinsame Ziel einfach, des Quartier zu stärken, die Versorgung der Menschen aus der Region, ja?" ( 00:48:22-9#(Interview\_Leitung 3).

Zur Realisierung einer solchen Bündelung sehen die Einrichtung aus ihren eigenen Ressourcen nicht hinreichende Kapazitäten. So ist auf der Ebene der Organisationen der Wunsch vorhanden, dass eine Vernetzung und Erhebung der Bedarfe von der Kommune initiiert wird. Hierbei ließen sich in einem ersten Schritt im Rahmen einer langfristigen Strategie zunächst die Quartiere mit einem Raster überziehen, eine Sozialraumanalyse durchführen, und dann gezielt auf die Akteure zuzugehen.

"Um jetzt nochmal auf den Punkt zu kommen: Genau, es wäre für mich ähm wichtig von der Stadt initialisiert und des eben diese Vorarbeit geleistet wird, dass man en Raster über (XXX Name Stadt) legt, diese Sozialräume wollen wir auf unterschiedliche Art und Weise bearbeiten und welche Akteure brauchen wir für was und die sprechen wir an, und wir bieten DENEN die Möglichkeit sich mit uns zusammen zu vernetzen um Angebote zu generieren". (00:50:18-8, Interview\_ Leitung1).

#### Unterschiede

Bei vielen gemeinsamen Aspekten wurden jedoch auch Unterschiede deutlich. Die sozialräumliche Anbindung einer Einrichtung lässt sich nicht an einem Aspekt fest machen, sondern es bestehen Zusammenhänge zwischen diesen Aspekten. Die befragten Einrichtungen weisen einen sehr heterogenen Stand im Hinblick auf ihre Quartiersanbindung auf. Die Einrichtung 1 besitzt nicht die strukturellen und räumlichen Voraussetzungen um Quartiersbewohner\*innen oder Angebote in größerem Maße in die Einrichtung zu holen. Daneben fehlt die Unterstützung seitens des Trägers. Im Wissen um diese Defizite und gescheiterte Anläufe hat sich die Einrichtung zum Befragungszeitpunkt mit ihrer Situation abgefunden und nimmt eine abwartende Haltung ein.

Die Einrichtung 2 besitzt eine inkludierte Begegnungsstätte und hat durch die umsichtige und langfristige Planung der Leitung und des Trägers Strukturen geschaffen, die eine gute Anbindung an das Quartier ermöglichen. Hier ist das Zusammenspiel von politischem Anspruch, institutioneller, struktureller und persönlicher Ebene im Gegensatz zur Einrichtung 1 gelungen. Dennoch ist der Kontakt zu Bewohner\*innen des Quartiers überschaubar.

Die Einrichtung 3 hat durch ihr breites Angebotsportfolio und eine nicht städtische Lage andere Voraussetzungen die Anbindung der stationären Langzeitpflegeeinrichtung an das Quartier zu realisieren. Durch die ambulanten und teilstationären Angebote ist der Träger in der Lage, auf Bedarfe des Individuums schneller zu reagieren. Durch die breite Aufstellung ist der Träger in der Lage

"fließende Übergänge" zu gestalten, die sich am Alterungsprozess orientieren. Durch eine frühzeitige Bedarfserkennung und Kommunikation mit der teilstationären oder stationären Einrichtung des Trägers, kann eine wohnortnahe Versorgung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit realisiert werden, wodurch soziale Kontakte besser erhalten bleiben können und die Gefahr der "Entwurzelung" reduziert werden kann. Des Weiteren bestehen im ruralen Raum engere und gewachsene Kontakte als im urbanen Raum, der häufig durch Anonymität geprägt ist, so dass Kontakte verfestigter sind und beständiger, auch bei Übergängen.

|  | Netzwerk  | Portfolio   | Ehrenamt   | Quartiersbezug zu<br>Bewohner*innen<br>und Angebote   | Präsenz der<br>Einrichtung   | Haltung des<br>Trägers   | Leitung  | Perspektive  |
|--|---|---|--|---|--|--|--|--|
| Einrichtung 1,<br>3. Generation<br>KDA | Schule, Kita,<br>Ausbildungsstätte,<br>Kliniken,<br>Netzwerktreffen<br>mit<br>Einrichtungsleitun<br>gen | Bereich für<br>Menschen mit<br>Demenz,  | wenig Ehrenamt   | Angebote für<br>Personen im<br>Quartier wurden<br>nicht bzw. so gut<br>wie nicht<br>angenommen  | Kaum<br>Medienpräsenz,<br>unscheinbarer<br>Bau   | Kerngeschäft ist<br>nicht die<br>Altenhilfe,<br>sondern die<br>Suchthilfe,<br>wenig bis keine<br>Ambitionen im<br>Hinblick auf das<br>Quartier                                       | Präsenz zu<br>schaffen,<br>limitiert durch<br>Lage und | Wunsch nach<br>ressourcenorient<br>ierter Planung im<br>Hinblick auf<br>Quartiersbezug;<br>Initiierung durch<br>die Kommune<br>gewünscht       |
| Einrichtung 2,<br>4.Generation<br>KDA  | Schule, Kita,<br>Kliniken ,<br>Ausbildungsstätte,<br>Hochschule, auf<br>politischer Ebene<br>aktiv      | klassische<br>Altenpflege,<br>Bereich für<br>Menschen mit<br>Demenz,<br>Bereich für<br>Menschen mit<br>Schädel-Hirn<br>Trauma | viele<br>Ehrenamtliche,<br>aber rückläufig<br>im Hinblick auf<br>Anzahl und<br>Verlässlichkeit | inkludierte<br>Begegnungsstätte,<br>Kurse für Senioren<br>wie Englisch und<br>Yoga  | immer wieder in<br>den Medien<br>präsent; Neubau,<br>einladend<br>gestalteter<br>Eingangsbereich | konstruktiv,<br>aufgeschlossen,<br>finanzielle<br>Kapazitäten,<br>Quartiersaspekt<br>wurde i.R.d.<br>Planung<br>mitgedacht.  | visionär,<br>innovativ, aktiv                          | kein<br>Optimierungsbed<br>arf benannt   |
| Einrichtung 3,<br>4. Generation<br>KDA | Schule, Kita,<br>Hochschule,<br>Kliniken, auf<br>politischer Ebene<br>aktiv                             | klassische<br>Altenpflege,<br>betreutes<br>Wohnen,<br>Tagespflege,<br>ambulanter<br>Dienst des<br>gleichenTrägers             | viele<br>Ehrenamtliche,<br>aber rückläufig<br>im Hinblick auf<br>Anzahl und<br>Verlässlichkeit | Mittagstisch, der<br>von<br>Bewohner*innen<br>des Quartiers<br>genutzt werden<br>kann und wird;<br>Veranstaltungen,<br>die für Externe<br>offen sind. | in den Medien<br>präsent,<br>Veranstaltungen,<br>Presseberichte.                                 | Träger hat sich<br>breit aufgestellt<br>und bedient alle<br>Bereiche der<br>Pflege; Quartier<br>wurde<br>mitbedacht;<br>Brücke<br>zwischen<br>ambulant und<br>stationär<br>vorhanden | Konzept der  | Wunsch nach<br>ressourcenorient<br>ierter Planung im<br>Hinblick auf<br>Quartiersbezug.<br>Nicht<br>Konkurrenz,<br>sondern<br>Zielorientierung |

Abb.: 5 Komprimierte Darstellung der empirischen Ergebnisse

#### 3.3.5. Limitation

Durch die Corona-Pandemie und die damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen, konnte das ursprünglich geplante Fokusgruppendesign nicht durchgeführt werden. Hierdurch hätten mehr Interviewpartner\*innen, sowie auch deren Interaktionen untereinander während des Interviews einbezogen werden können.

## 3.3.6. Weiterer Forschungsbedarf

In der Literatur ist die Perspektive der Bewohner\*innen der Einrichtungen weitgehend noch nicht beschrieben. Es gibt bisher noch keine Studien, die eine Sozialraumanalyse eines Quartiers mit der Perspektive der Bewohner\*innen stationärer Altenpflegeeinrichtungen in Verbindung bringen. Dies soll in Aquila-2 realisiert werden.

Die Perspektive der Bewohner\*innen der Einrichtungen konnte aufgrund der Beschränkungen der Corona- Pandemie nicht in die Betrachtung einfließen, da der Zugang nicht realisiert werden konnte.

Sodass, das Empfinden und die Wünsche der Bewohner\*innen im Hinblick auf das Quartier, Angebote und Kontakte zu Personen außerhalb der Einrichtung nicht erhoben werden konnten.

Da die stationären Einrichtungen Teil eines Quartieres sind, wäre eine Sozialraumanalyse und Befragungen von Bewohner\*innen der Quartiere interessant gewesen im Hinblick auf die Wahrnehmung der Einrichtung von außen und bestehende, bzw. durch die Pandemie abgebrochene Kontakte in die Einrichtungen.

#### 3.3.7. Fazit

In die Betrachtung sind lediglich konfessionell getragene Einrichtungen eingeflossen. In wie weit private Träger den Quartiersbezug mitdenken, konzipieren und realisieren, konnte in dieser Untersuchung nicht erfasst werden. Dies soll in AQuiLa 2 in die Forschung einfließen, da private Akteure eine stetig wachsende Größe in der Versorgungslandschaft darstellen. 2019 lag ihr Anteil bei 40 Prozent (Statista, 2021).

# 4. Diskussion

Die gewonnen Erkenntnisse aus der Literaturrecherche und der eigenen hier vorliegenden empirischen Untersuchung sollen nachstehend diskutiert werden, hierbei liegt der Fokus auf den Quartiersstrategien und der Quartiersorientierung zur Anbindung stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen ins Quartier.

Die bei Bleck et al. (2018a) und Brandenburg et al. (2020a) deutlich gewordenen Ergebnisse im Hinblick auf Verantwortlichkeiten der Quartiersanbindung und Konzeptionen für Quartiersanbindungen von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege, spiegeln sich auch in der empirischen Untersuchung wider.

Der Quartiersbezug wird im Rahmen der KDA-Logik der 4. Generation mitgedacht und dennoch bestehen keine einheitlichen Konzepte. Vielmehr ist das persönliche Engagement der Einrichtungsleitungen und des Sozialdienstes ausschlaggebend für die Kontakte ins Quartier, sei es zu Bürger\*innen oder zu anderen Akteur\*innen. Deutlich wurde, dass die Einrichtung, die einen ambulanten Dienst angegliedert hat, potentiell einen früheren Zugang zu Personen im Quartier besitzt und den Prozess der Unterstützung besser zu steuern vermag, da er schon früh begleitet werden kann, im Sinne einer Steigerung des Unterstützungsbedarfes bei steigendem Pflegebedarf.

Die Interviews geben Hinweise darauf, dass Einrichtungen, die keinen ambulanten Dienst betreiben, häufig erst mit der stationären Aufnahme von Bewohner\*innen Kenntnis über deren Situation und Bedarf erhalten. Es besteht keine Schnittstellenkommunikation mit dem ambulanten oder teilstationären Bereich.

Ein in den bisherigen Studien nicht untersuchter Aspekt ist die Belegungspraktik der Einrichtungen, die in der hier durchgeführten empirischen Untersuchung deutlich wurde. Durch den ökonomischen Druck der Belegung, der einher geht mit einem Druck auf Bewohner\*innen des Quartiers die unter Umständen einen Platz benötigen würden, sich aber nicht sofort entscheiden wollen, bzw. der Umzug in eine stationäre Einrichtung die ultima ratio ist, die häufig nicht mehr selbstständig getroffen wird, bzw. getroffen werden kann führt zu einem unlösbaren Dilemma. Pflegeplätze können nicht freigehalten werden, so dass auf einen akuten Bedarf aus dem Quartier meist nicht reagiert werden kann, wenn alle Plätze belegt sind. Durch eine Kommunikation der ambulanten Versorger mit den Einrichtungen könnte dies abgemildert werden. Dafür müsste es aber auch ein Budget, eine Finanzierung für die Einrichtungen geben, wenn ggf. ein Platz frei gehalten wird für einen geplanten Umzug innerhalb des Quartiers.

In der hier durchgeführten empirischen Untersuchung konnten die klassischen Kontakte zu Schulen und Kitas identifiziert werden wie bei Brandenburg (2020a).

Des Weiteren wurde deutlich, dass Einrichtungen mit diesen Kontakten nicht nur den Generationenkontakt herstellen möchten, sondern gerade im Kontext des Kontaktes zu Schulen auch auf die Pflege als mögliches Berufsziel aufmerksam machen wollen.

Im Kontext der Quartiersorientierung wurde deutlich, dass die untersuchten Einrichtungen über den rein territorialen Stadtteil agieren, durch spezifische Pflege- und Versorgungsangebote. So dass, das Quartier, wie es in der Sozialen Arbeit, als physisch bestimmbare Raumeinheit für die Gemeinwesenarbeit (Potz et al., 2020; Noack, 2015), als Strukturprinzip der Organisation sozialer Dienstleistungen fungiert, nicht primär im Fokus liegt und dass obwohl mittlerweile gut belegt ist, dass es für das Wohlbefinden älterer Menschen wichtig ist im gewohnten Umfeld verbleiben zu können (Oswald et al., 2015), auch bei eintretendem Hilfe- und Pflegebedarf.

Ehrenamtlich Tätige wurden in der empirischen Untersuchung als ein Faktor benannt, der Verbindungen ins Quartier schafft, hier besteht eine Analogie zu den Studien von Hämel 2012, Eifler 2020 und Bleck et al. 2018a. Doch im Rahmen der Untersuchung wurde deutlich, dass das Ehrenamt insgesamt, aber gerade im städtischen Bereich weniger verlässlich und kontinuierlich tätig ist. Die in der empirischen Untersuchung beschriebenen Schwierigkeiten Ehrenamtliche zu finden, die sich in der stationären Langzeitpflege engagieren, spiegeln sich auch in der DAK-Statistik 2016 wider.

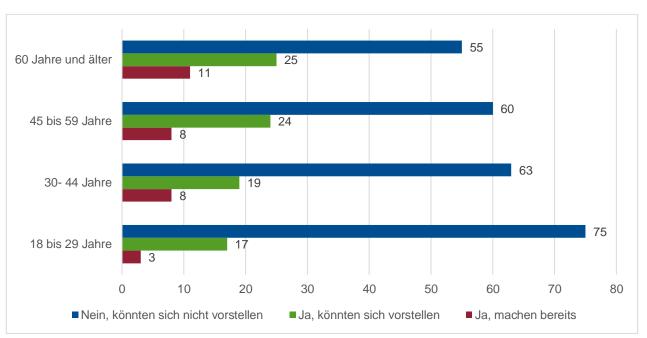


Abb.: 5 Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement im Bereich Pflege alle Angaben in Prozent, eigene Darstellung, Gesundheitsreport 2016 | DAK-Gesundheit (18.11.2021).

Darüber hinaus findet sich im urbanen Raum eine Konzentration von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, die um die weniger werdenden Ehrenamtlichen "konkurrieren". Im ruralen Raum hingegen, ist die Häufung von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen nahezu nicht zu finden. Hier ist meist nur eine Einrichtung vertreten.

Die Einrichtung der 3. Generation der KDA-Leitlinie, besitzt nicht die räumlichen Ressourcen um Personen von außerhalb in die Einrichtung zu Veranstaltungen oder Ähnlichem zu holen. Hier müssten weitere Einrichtungen dieses Typs befragt werden, um die Vergleichbarkeit der Voraussetzungen zu prüfen.

Wie in der empirischen Untersuchung deutlich wurde, besteht zwischen Bewohner\*inne des Quartiers und der stationären Langzeitpflegeeinrichtung häufig kein Kontakt. Der Kontakt wird erst hergestellt, wenn die Aufnahme in eine Einrichtung mittelbar oder unmittelbar bevorsteht. Um zu erfas-

sen, welche Bedarfe Quartiersbewohner\*innen haben, was sie sich von einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung wünschen würden, wäre eine Befragung erforderlich. Die Befragung von betroffenen Personen, als Expert\*innen ihrer eigene Situation wäre ein zielführendes Mittel. Das bedeutet,
bei den betroffenen Personen selbst nachzufragen, was Ihnen helfen würde und wie Quartiersansätze adressatengerecht ausgerichtet sein müssten. Hier sind die Begriffe der Lebensqualität und
Teilhabe in den Fokus zu rücken.

Um die Adressierung zu konkretisieren würden zielgruppenspezifische Befragungen sich als zielführend erweisen. Personen mit stark eingeschränkter Mobilität haben andere Bedarfe als Personen mit dementiellen Erkrankungen. Eine weitere Zielgruppe könnten Personen mit Migrationshintergrund sein, die nun in ein Alter kommen, in dem Pflegebedarf aktuell wird, gemeint ist die erste Generation der Gastarbeiter\*innen. Eine ebenfalls relevante Zielgruppe, könnten sozial benachteiligte Menschen sein, im Rahmen von materieller Deprivation, oder einfacher Altersarmut, sind die Teilnahme an Aktivitäten und die medizinisch- pflegerische Versorgung häufig weniger gut ausgestaltet.

Neben der Befragung könnte auch die Methode der teilnehmenden Beobachtung als zielführend eingesetzt werden. Hierbei könnte beobachtet werden, wer welche Angebote wahrnimmt. Welche Herausforderungen bei der Teilnahme von Angeboten existieren; ist beispielsweise ein Begleitdienst erforderlich, kommen Personen mit dem Taxi oder werden von Angehörigen gebracht. Anschließend könnte in diesem Kontext eine Bedarfsanalyse und Evaluation von Leistungen und Angeboten mit sozialräumlichem Bezug und den angewendeten Quartiersstrategien durchgeführt werden.

Deutlich wurde im Rahmen der Literaturrecherche und der hier durchgeführten empirischen Untersuchung, dass der Einbezug von Bewohner\*innen der Einrichtung, Bewohner\*innen des Quartiers aber auch des Personals in den Einrichtungen auf allen Ebenen, notwendig ist, wenn die sozialräumliche Einbindung stationärer Langzeitpflege diskutiert wird. Um dies zu realisieren ist die partizipative (Aktions-) Forschung zur Entwicklung und Implementierung neuer Konzepte zu betrachten, die unter Einbezug des Personals und/oder der Bewohner\*innen der Einrichtung und des Quartiers und/oder der Kommunen und weiterer Akteure des Quartiers aus den Sektoren der Wohlfahrtproduktion zu initiieren wäre.

Die hier durchgeführte Untersuchung hatte wie bei Bleck et al. einen deutlich urbanen Schwerpunkt. Unter dem Aspekt einer geografischen Vergleichbarkeit bzw. Differenzierung in Bezug auf landesspezifische und regionale Strukturen, Förderprogramme, und sozialräumlicher Einbindung der Einrichtungen könnten bundesländerübergreifende Forschungsprojekte zielführend sein.

Um gleiche Lebensverhältnisse zu schaffen, ist es erforderlich die Potentiale und Barrieren zu identifizieren - vor allem in strukturschwachen und ländlichen Räumen um bedarfsgerechte Konzepte zu entwickeln. Eine Ausgangslage, bzw. Orientierung hierfür, könnten die Demografietypen der Bertelsmann Stiftung (2014) darstellen, die Städte und Gemeinden ausgehend von verschiedenen Faktoren, wie Alter, Zusammensetzung, Infrastruktur etc. strukturieren. Ausgehend von diesen Strukturen ließen sich spezifische Anforderungen und Bedingungen ableiten, die sowohl für die Einrichtungen als auch die Kommunen handlungsleitend sein können. Hieran könnten sich strukturelle Maßnahmen orientieren und Synergien gebildet werden.

Deutlich wurde, dass die Trägerinstitutionen bisher nahezu nicht als Akteure betrachtet wurden. Ihre Möglichkeiten und Grenzen im Hinblick auf die Gestaltungsmöglichkeiten im Sozialraum, gemeinsam oder im Verbund mit anderen Trägern lassen sich als ein Desiderat identifizieren, worauf der Fokus für künftige Forschungen gelegt werden könnte, verbunden mit der Frage welche Chancen und Herausforderungen für stationäre Einrichtungen, die von Sozialgemeinschaften / Sozialgenossenschaften / Privatgewerblichen Trägern getragen werden, bei der sozialräumlichen Einbindung bestehen. Neben den Trägern der freien Wohlfahrtspflege, sind die privaten Träger mit in den Blick zu nehmen, deren Anteil an der stationären Versorgung in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist und dennoch nahezu unerforscht ist. Interessant wäre hier zu untersuchen, ob es

divergierende Haltungen im Kontext sozialräumlicher Anbindungen zwischen freien und privaten Trägern gibt und wenn ja, woraus diese resultieren.

Wenn man den Fokus von der Einrichtung und vom Träger hin zur Kommune lenkt, lässt sich hier ein weiterer Ansatz identifizieren. Nämlich in wie weit, sich stationäre Einrichtungen als ein Akteur im Quartier im Rahmen kommunal gesteuerter Quartiersentwicklung einbinden lassen. Ist ein proaktives Vorgehen der Kommune vorhanden oder bedarf es eines aktiven Zugehens von Einrichtungen auf die Kommune. Hieraus könnten zielführende Aspekte und Faktoren gewonnen werden, welche in einem Dialog zu einer Synthese von Perspektiven führen könnten.

Betrachtet man Quartiere und ihre Akteure, sowie deren Kooperationen ließen sich im Rahmen einer Begleitforschung und Evaluation Chancen und Herausforderungen für Versorgungsnetzwerke im Quartier im Kooperationsverbund aus Leistungsbringern unterschiedlicher Träger untersuchen und deren Strategien analysieren. Hieraus könnten sich für die Entwicklung entsprechender Verbünde / Netzwerke Synergien ableiten und als Vorlage zur Adaption dienen.

# 4.1. Beantwortung der Forschungsfrage

Deutlich wurde, dass es einer Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Akteuren bedarf, die den Verbleib von Bewohner\*innen des Quartiers oder des Stadtteils im Fall einer stationären Unterbringung in einer Einrichtung der Langzeitpflege frühzeitig anbahnen können.

Es gibt nach unserer Einschätzung hierzu neben der oben genannten Variante, eine weitere gangbare Option, die der *Ambulantisierung* der Einrichtungen. Wenn Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, in ihrem Umfeld Personen mit Pflegebedarf versorgen würden, würden sie frühzeitig über den Bedarf informiert sein und neue Bewohner\*innen in einem (vielleicht) noch selbstbestimmten Rahmen in die Einrichtung aufnehmen, womit die biografische Kontinuität und der Bezug zum Stadtteil, zum Quartier erhalten werden könnte.

Stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen agieren nicht nach Konzepten der Sozialen Arbeit, sie Agieren entsprechend den Möglichkeiten der KDA-Einteilung, den Möglichkeiten der Einrichtungen, der personellen Struktur im Haupt- und Ehrenamt. Das heißt, es wäre zu klären, was kann die Einrichtung leisten, wo bedarf es der Vernetzung mit anderen Anbietern und an welchen Stellen sind interprofessionelle Lösungen erforderlich. Die Schnittstellen bewegen sich nicht nur zwischen ambulant und stationär, sondern auch zwischen Pflege und Sozialer Arbeit, hierunter verstehen wir die Gemeinwesenarbeit (GWA), aber auch das Entlassungsmanagement der Kliniken.

Die Einrichtungen der Langzeitpflege sind nicht selbstständig, sondern an einen Träger gebunden. Dieser muss die Anbindung an das Quartier unterstützen und fördern und dafür Mittel zur Verfügung stellen, idealerweise in Verbindung mit der Kommune. Letztlich ist es aber eine zivilgesellschaftliche Aufgabe sich mit dem Thema Alter, Pflege und Sterben auseinanderzusetzen und zu überlegen wie die Kommunalpolitik in Verbindung mit den Professionen Pflege und Soziale Arbeit dieses Thema wieder stärker in das Bewusstsein der Menschen bringen kann.

Inklusive Sozialräume/Quartiere und sorgende Nachbarschaften, in denen Pflegeeinrichtungen und ihre Bewohner\*innen als Nachbarn eingebunden sind und evtl. auch als Gesundheits- und Pflege-kompetenzzentren oder kulturelle Zentren eine Rolle spielen, entstehen durch das netzwerkartige Zusammenwirken aller beteiligten Akteure und können selbstverständlich nicht allein von Seiten der Pflegeeinrichtungen entwickelt werden. Schulz-Nieswandt fasst dies wie folgt zusammen:

"Sozialraumorientierung in der Öffnung der Heime bedeutet nicht einfach eine Öffnung hin zu einem fertigen Resonanzraum der Rezeption "(st)ambulantisierungsbereiter" Einrichtungen. Der Sozialraum muss überhaupt erst (community-building) gebildet werden. Sozialraum bezeichnet – die Raumidee eben nicht (oder nicht nur) nicht (sic!) containerartig verstehend – die Kultur der Vernetzung in der Lebenswelt des Wohnens (Schulz-Nieswandt 2018d). Im Moment des Verschwindens der Netzwerke verschwindet auch der Sozialraum. Dann bleibt nur die leere Hülle physischer Geographie." (Schulz-Nieswandt 2020, S. 32 f.)

# 4.2. Handlungsempfehlungen

#### a) Prüfen Sie das Quartiersverständnis Ihrer Einrichtung!

# Kurze Definition Quartiersverständnis:

Wo denken wir als Einrichtung eher im Sinne von Quartier, wo im Sinne von Sozialraum. Wer sind die Beziehungsakteure in der jeweiligen Sicht: Die Bewohner\*innen, die professionell Tätigen in der Einrichtung, die Dienste und Akteure im Quartier.

Für die Praxis ist zu empfehlen, sich der Begriffe genau zu vergewissern und abzuklären, ob alle Akteure im bearbeiteten Feld über die gleiche Begriffsdefinition verfügen. Besonders von Bedeutung ist dabei die angestrebte Rolle sozialer Beziehungen in den Umsetzungswünschen.

#### b) Prüfen Sie Ihre Quartiersstrategie

#### Kurze Definition Quartiersstrategie:

Quartiersstrategien unterscheiden sich von der Richtung der Offnung: Welche Richtungen werden eingeschlagen? Für die Umsetzung von Quartiersstrategien ist eine Entscheidung hilfreich, welche Richtungen angestrebt werden. Wer wird wie und wann in die Versorgung eingebunden und wo liegen die Grenzen der Einbindung entlang der Akteure und ihrer Ressourcen und Kompetenzen?

## c) Prüfen Sie die Vernetzung Ihrer Einrichtung im Quartier/ Stadtteil/ Gemeinde

#### Kurze Definition Vernetzung:

Welche Akteure sind in die Vernetzungsstrategien eingebunden? Wer steht im Hauptfokus? Vergewisserung über die Zuständigkeiten und die Zielgruppen umzusetzender Maßnahmen. Wie können die Vorteile einer Erweiterung des Portfolios und der Einbindung weiterer Akteure, auch aus der Zivilgesellschaft, zielführend in Abläufe integriert werden und Veränderungen sukzessive unter Einbezug der Mitarbeiter\*innen initiiert werden, so dass eine Identifikation damit einhergeht. Identifikation schafft Bindung und Beziehung.

#### d) Prüfen Sie Ihre Konzepte/ Ansätze/ Ideen

#### Kurze Definition Konzepte:

Konzepte zu Quartiersstrategien liegen laut Studienlage bislang kaum vor. Es ist wenig definiert, wer für diese Strategien Verantwortung hat, vielmehr stechen einzelne Initiativen unterschiedlicher Akteure hervor. Für die Praxis wäre zu überprüfen, ob eine Verankerung von Quartiersstrategien in die konzeptuelle Arbeit der Einrichtungen von Relevanz ist und wenn ja von welcher. Des Weiteren wäre zu klären wo diese konzeptuelle Arbeit mit welchen Ressourcen in welchem zeitlichen Rahmen geleistet werden kann.

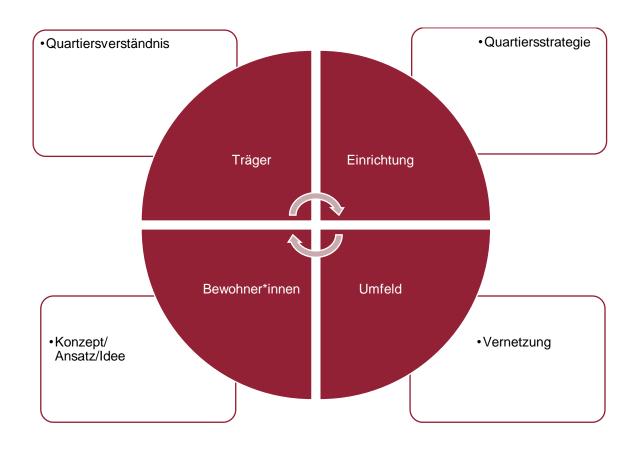


Abb.7.: Entwurf Quartiersanalyse AQuiLa

#### Literaturverzeichnis

- Alzheimergesellschaft Baden-Württemberg: https://www.alzheimer-bw.de/ (17.11.2021).
- Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement im Bereich Pflege in Deutschland im Jahr 2016, DAK 2016, <a href="https://de.statista.com/statistik/daten/studie/653396/umfrage/bereitschaft-zum-ehrenamtlichen-engagement-im-bereich-pflege-in-deutschland/">https://de.statista.com/statistik/daten/studie/653396/umfrage/bereitschaft-zum-ehrenamtlichen-engagement-im-bereich-pflege-in-deutschland/</a> (12.11.2021).
- Bertelsmannstiftung (2014). <a href="https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/kommunen-gestalten-den-demographischen-wandel/projektthemen/kommunale-demographietypen/">https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/kommunen-gestalten-den-demographischen-wandel/projektthemen/kommunale-demographietypen/</a> (17.11.2021).
- Bleck C. van Rießen A., Knopp R., Schlee T., (2018a): Sozialräumliche Perspektiven in der stationären Altenhilfe. Eine empirische Studie im städtischen Raum. Wiesbaden: Springer VS.
- Bormann R., Carlow V. M., Christmann A. Dangschat J., Faber W., Grandt B., et al. (2016). Das Soziale Quartier Quartierspolitik für Teilhabe, Zusammenhalt und Lebensqualität. Hg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung und Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn, zuletzt geprüft am 04.05.2021
- Bourdieu P., (2015). Sozialer Raum, symbolischer Raum (1989). In: Dünne J, Günzel S. (Hg.): Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften. 8. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1800), S. 354–369.
- Brandenburg H., Bauer J., Ohnesorge B., Grebe C., Rittershaus T., Lörsch M. et al. (2020a): GALINDA Endbericht. Kulturwandel und Quartiersöffnung in der stationären Langzeitpflege ein Beitrag zu sorgenden Gemeinschaften. <a href="https://www.researchgate.net/publication/342961521">https://www.researchgate.net/publication/342961521</a> Gutes Altern in Rheiland-Pfalz GALINDA Kulturwandel und Quartiersoffnung in der stationaren Langzeitpflege ein Beitrag zu sorgenden Gemeinschaften Endbericht/link/606c226f92851c4f26850061/download (17.11.2021).
- Deinet, U. (2015). "Raumaneignung" im Alter? Sozialökologische Ansätze und das Aneignungskonzept für die Altersforschung nutzbar machen. In: Christian Bleck, Anne van Rießen und Reinhold Knopp (Hg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 79–96.
- Destatis (2020). Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2019: <a href="https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.html">https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.html</a> (17.11.2021).
- Ehrentraut O. et al. (2019). Langzeitpflege im Wandel Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)
- Eifler B. (2020). Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen in den Sozialraum Quartier. Explorative Untersuchung zu den Perspektiven der Sozialraumorientierung aus Sicht der Akteure des Thüringer Altenpflegesektors. Hrsg. v. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. AGETHUR. Weimar.(21.04.2021).
- Erlach-Stickler G. (2009). Wie erleben alte Menschen den Eintritt in ein Pflegeheim? Welche Faktoren tragen dazu bei, dass ein Heimeintritt positiv erlebt wird? Eine qualitative Forschungsarbeit. VDM- Verlag.
- Foucault M. (2015). Von anderen Räumen (1967). In: Dünne, J. & Günzel, S. (Hrsg.) Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften. 8. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1800), S. 317–329.
- Franke A., Heusinger J., Konopik N., Wolter B. (2017). Kritische Lebensereignisse im Alter- Übergänge gestalten, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 49, (Hrsg.): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln: online: http://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/band-49-kritische-lebensereignisse-im-alter-uebergaenge-gestalten/ (06.09.2021).
- Fromm S., Rosenkranz D. (2019). Unterstützung in der Nachbarschaft: Struktur und Potenzial für gesellschaftliche Kohäsion, Spinger-Verlag.
- Froschauer U. & Lueger M. (2003). Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV-Universitätsverlag.

- Gründer R., Reiff G., Rath L., Werner M. (2021). Quartiersentwicklungsatlas Baden-Württemberg. Kurzbericht der Begleitforschung zur Landesstrategie "Quartier 2020 Gemeinsam. Gestalten." (2018 2020). Hg. v. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Stuttgart, <a href="https://www.quartier2030-bw.de/aktuelles/">https://www.quartier2030-bw.de/aktuelles/</a> Neues-aus-der-wissenschaftlichen-Begleitung-zur-Quartiersstrategie-Kurzbericht-zum-Quartiersentwicklungsatlas-Baden-W%C3%BCrttemberg-ist-da\_1122.html (04.05.2021).
- Halek M., Hagedorn A., Autschbach D., Bartelsmeier N., Wibbeke D., Meilwes J., (2021) Modellprojekt Communio firmo prosperamus. Erleben einer guten Gemeinschaft. Hg. v. Altenheim St. Clara. Universität Witten/Herdecke. Salzkotten, <a href="https://modellprojekt-st-clara.de/cms/wp-content/uplo-ads/2021/04/Praesentation-Projekt.pdf">https://modellprojekt-st-clara.de/cms/wp-content/uplo-ads/2021/04/Praesentation-Projekt.pdf</a> (17.11.2021).
- Halek M., Kutschke A., Albers B., Bleckmann A., Essig G., Hartwig I. et al. (2019). Mittendrin und nah dran am Menschen. "Vielfalt aus einer Hand" - Praxis- und Studienbericht zur Umsetzung des Gesamtversorgungskonzepts der Städtischen Seniorenheime Krefeld. Hg. v. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. und Städtische Seniorenheime Krefeld ggmbH. Witten / Krefeld.
- Hämel K. (2012). Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hämel K., Kafczyk TM., Vorderwülbecke J., Schaeffer D. (2017). Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Evaluation (Universität Bielefeld) des Projekts "Pflege stationär Weiterdenken!" (Träger: Alters-Institut). Unter Mitarbeit von Christine Thienel. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Hämel K., Röhnsch G. (2019). Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (4), S. 350–365.
- Hämel K., Röhnsch G., Vorderwülbecke J., Heumann M. (2019). "Pflege stationär Weiterdenken!" Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Evaluation des Modellverbunds.
- Heite E., Rüßler H., Stiel J. (2015). Alter(n) und partizipative Quartiersentwicklung. Stolpersteine und Perspektiven für soziale Nachhaltigkeit. In: Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie 48 (5), S. 415–425. DOI: 10.1007/s00391-015-0909-9.
- Hinte W. (2019). Das Fachkonzept "Sozialraumorientierung" Grundlage und Herausforderung für professionelles Handeln. In: Roland Fürst und Wolfgang Hinte (Hg.): Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. 3. Auflage. Stuttgart: UTB, S. 9–28.
- Jacobs K., Kuhlmey A., Greß S., Schwinger A. (2015). Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. 1. Aufl. Stuttgart
- Kessl F., Reutlinger C.(Hrsg.) (2007). Sozialraum. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Kessl F., Reutlinger C. (2009). Sozialraumarbeit statt Sozialraumorientierung. Zur Notwendigkeit einer reflexiven räumlichen Haltung in der Sozialen Arbeit. In: sozialraum.de 1 (2).
- Kessl F., Reutlinger C. (2010). Sozialraum. In: Reutlinger C., Fritsche C. & Lingg E. (Hg.): Raumwissenschaftliche Basics. Eine Einführung für die soziale Arbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaft (Sozialraumforschung und Sozialraumarbeit, 7), S. 247–256.
- Kessler EM. et al. (2020). Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen. <a href="http://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/co-vid19/20200424">http://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/co-vid19/20200424</a> DGGG Statement Sektionen II III IV Soziale Teilhabe und Partizipation.pd, (06.09.2021).
- Kricheldorff C., Oswald F. (2015). Gelingendes Altern in Sozialraum und Quartier. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, (5), S. 390-400.
- Kricheldorff C., Himmelsbach I. (2020). Sozialraumorientierung in gerontologischen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. In: Martin Becker (Hg.): Handbuch Sozialraumorientierung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 244–270.
- Kuhn U., Amrhein U. (2018): Neu Denken, Mutig Handeln. Gemeinsame Position des Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) e. V. Hg. v. Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) e. V. Meckenbeuren.

- Löw M. (2001). Raumsoziologie, Frankfurt am Main, Suhrkamp-Verlag
- Mayring P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Michell-Auli P. (2011): Der Sozialraumorientierte Versorgungsansatz Ein Kernbaustein der KDA-Quartiershäuser. In: Pro Alter 43 (5), S. 13–19.
- Michell-Auli P., Kremer-Preiss U., Sowinski C. (2010): Öffnung der Heime: Orte der Begegnung im Quartier. In: Pro Alter 42 (05/06), S. 32–36.
- Mollenkopf H., Flaschenträger P., (Hg). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 2001, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 197.
- Noack M., (2015): Kompendium Sozialraumorientierung. Geschichte, theoretische Grundlagen, Methoden und kritische Positionen. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Oswald F., Konopik N. (2015): Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48 (5), 401-407.
- Potz P., Günther S., Rosenow R., Zimmer-Hegmann R., Matzke F. L. (2020). Gemeinwesenarbeit in der sozialen Stadt. Entwicklungspotenziale zwischen Daseinsvorsorge, Städtebauförderung und Sozialer Arbeit. Endbericht. Studie im Forschungsprogramm Städtebauliche Begleitforschung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat (BMI), betreut vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Berlin.
- Schulz-Nieswandt F. (2020a): Der Sektor der stationären Langzeitpflege im sozialen Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Stamann C., Janssen, M., Schreier M., (2016) Qualitative Inhaltsanalyse Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(3), Art. 16.
- Statista (2021). Pflegeheime nach Trägerschaft in Deutschland bis 2019 <a href="https://de.statista.com/statistik/da-ten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/">https://de.statista.com/statistik/da-ten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/</a> (13.09.2021).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). Pflegestatistik 2019, Pressemitteilung 347/2020.
- Stiel J. (2021). Alter(n)sgerechte Quartiersentwicklung unter Beachtung der Heterogenität des Alters. Verknüpfung von Erkenntnissen der Ökogerontologie, Sozialgerontologie und Konzepten für die kommunale Praxis. Inauguraldissertation. Online verfügbar unter <a href="https://eldorado.tu-dort-mund.de/bitstream/2003/40254/1/Dissertation%20Stiel%20barrierefrei.pdf">https://eldorado.tu-dort-mund.de/bitstream/2003/40254/1/Dissertation%20Stiel%20barrierefrei.pdf</a> (22.08.2021).
- Strauss A., Corbin J. (1998). Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Strube A. (2018). Teilhabe benachteiligter pflegebedürftiger älterer Menschen durch Welfaremix und Sozialraumorientierung? In: Christian Bleck, Anne van Rießen und Reinhold Knopp (Hrsg.): Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: Springer VS, (S. 161–175).
- Techtmann G. (2015). Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen, <a href="http://www.alters-institut.de">http://www.alters-institut.de</a> (05.11.2021).
- Tews HP. (1993). Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: HP Tews & Nägele G. (HG.) Lebenslagen im Strukturwandel des Alters.: Alternde Gesellschaft Folgen für die Politik, (S.15-43), Westdeutscher Verlag.
- Torraco RJ. (2016). Writing Integrative Literature Reviews: Using the Past and Present to Explore the Future. In: *Human Resource Development Review* 15 (4), 404–428. DOI:10.1177/1534484316671606
- Witzel A. (2000). Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Research 1 (1), <a href="https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132">https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132</a> (17.02.2021)

# **Anhang**

**Tabelle Literaturrecherche** 

Kurzfragebogen Leitungen

Leitfaden

Einverständniserklärung

# Tabelle Literaturrecherche AQuiLa

| Autoren<br>und<br>Titel   | Jahr | Ziel der Studie  | Setting   | Studienpopulation<br>und<br>Empir. Methoden / Design  | Ergebnisse / Outcomes der Studie in Form von zentralen Empfehlungen   |
|---|------|--|---|---|---|
| Bleck,<br>Christian;<br>van Rie-<br>ßen, Anne;<br>Knopp,<br>Reinhold;<br>Schlee,<br>Thorsten<br>"Sozial-<br>räumliche<br>Perspekti-<br>ven in der<br>stationären<br>Altenhilfe –<br>Eine empi-<br>rische Stu-<br>die im städ-<br>tischen<br>Raum" | 2018 | Untersuchung<br>der Sozialraum-<br>orientierung in<br>der Handlungs-<br>praxis der Al-<br>tenhilfe und Be-<br>stimmung von<br>Bedingungen,<br>die zu deren<br>Umsetzung er-<br>forderlich sind   | 2 stat. Einrichtungen<br>in Düsseldorf in Sozi-<br>alräumen mit unter-<br>schiedlicher sozial-<br>struktureller Beschaf-<br>fenheit +<br>Gesamt-Düsseldorf:<br>47 Einrichtungen | Qualitativ: Führungskräfte (n=10), Mitarbeiter*innen Pflege, Ehrenamt, Sozialdienst und Be- treuung (n=8), Bewohner*innen (n=21), Sozialraumstudien Quantitativ: alle Düsseldorfer Al- tenpflegeeinrichtungen (n=47, Rücklauf: 90%)  Mixed Methods Qualitativ: Workshops, Expert*in- neninterviews, Gruppendiskussio- nen, Sozialraumstudien Quantitativ: Standardisierte On- line Befragung + Fachtag mit Führungs- und Fachkräften  | 4 Handlungsbausteine für sozialraumorientiertes Arbeiten in der stationären Altenpflege identifiziert, , die zentral sind für Sozialraumorientierung:  A. HAUS: Eigenbild: das Haus als Sozialraum; sozialraumsensible Gestaltung und Nutzung der Räume; 'Öffnung' zum Quartier; Informationsund Beratungsangebote für Quartiersbewohner*innen  B. QUARTIER: Eigenbild: Einrichtung als aktiver "Akteur im Quartier" und Träger der Interessen der Bewohner*innen; Sozialraumanalysen zum Aufzeigen der Nutzungs- und Kooperationsmöglichkeiten  C. PERSONAL: Wissen über das konkrete Quartier und sozialraumorientiertes Arbeiten in der Altenpflege beim Personal und den ehrenamtlich Tätigen fördern;  D. BEWOHNER*INNEN: Wissen des Personals um Sozialraumbezüge der Bewohner*innen fördern  |
| Branden-<br>burg, Her-<br>mann;<br>Bauer, Ju-<br>dith; Grebe,<br>Christian;<br>Ohnesorge,<br>Bernadette;<br>Ritters-<br>haus,<br>Thomas<br>u.w.<br>"GALINDA"  | 2020 | Untersuchung des Zusammenhangs der Organisationskultur stationärer Pflegeeinrichtungen mit deren Quartiersöffnung     Identifikation von Einflussfaktoren, die den Kulturwandel in den Einrichtungen mit einer Öffnung und nachhaltigen Netzwerkbildung prägen und fördern Identifikation von förderlichen und hinderlichen Orientierungen | stationäre Pflegeeinrichtungen (n = 3) + Stationäre Pflegeeinrichtungen RLP gesamt (n = 149)  | Qualitativ: Interviews gesamt (n = 67), davon: Einzelinterviews (n=58) Gruppendiskussionen (n=9) Mit: Einrichtungsleitungen, weiteren Führungskräften, Mitarbeitenden, Bewohner*innen, Angehörigen, Kooperationspartnern aus Kommune und Quartier, Einwohnern im Quartier + Einrichtungsleitungen Quantitativ: Führungskräfte (n= 149)  Mixed Methods: Qualitativ: Einzelinterviews, Gruppendiskussionen, teilnehmende Beobachtungen in Einrichtungen und Quartiersbegehungen und -befragungen Quantitativ: Online Befragung aller stat. Einrichtungen in RLP | <ul> <li>Übergreifend als zentrale Ansatzpunkte identifiziert:</li> <li>Reflexion der Haltung aller Akteure (im Quartier, in der Politik) notwendig</li> <li>Entwicklung der Professionen (inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit)</li> <li>Mitverantwortung der Kommunen und der Zivilgesellschaft</li> <li>nachhaltige und umfassende Quartiersöffnung setzt eine entsprechende Organisationskultur der Pflegeeinrichtungen voraus und erfordert Organisationsentwicklungsprozesse, die einen entsprechenden Kulturwandel fördern</li> <li>drei Ebenen von besonderer Bedeutung:         <ul> <li>individuelle Ebene (Habitus),</li> <li>organisatorische Ebene (systemische Organisationslogik) und</li> <li>Umwelten (Netzwerkstrukturen und Governance)</li> </ul> </li> <li>Unterstützungskultur in und außerhalb der Einrichtungen ist notwendig</li> <li>Aufgrund der Komplexität der Zusammenhänge werden Einschätzungen/Empfehlungen aus unterschiedlichen Perspektiven aufgezeigt:         <ul> <li>Systemisch - organisationstheoretisch;</li> <li>Systemisch - manageriell;</li> <li>Kulturwissenschaftlich-sozialpolitisch;</li> </ul> </li> </ul> |

| Eiffler,<br>Björn<br>"Öffnung<br>von statio-<br>nären Pfle-<br>geeinrich-<br>tungen in<br>den Sozial-<br>raum Quar-<br>tier" | 2021 | Welche sozial- raumorientier- ten Ansätze für eine Öffnung von stationären Pflegeeinrich- tungen existie- ren in Thürin- gen? Möglichkeiten und Umset- zungsbedin- gungen für Öff- nung? Nutzen der Öff- nung für Be- wohner*innen der Einrichtun- gen und das umliegende Quartier? | Wohlfahrt und bpa in<br>Thüringen  | Experteninterviews n=7 Wohlfahrt und bpa (Referenten/GF) n=1 Hausleitung n=1 PDL n=1 Quartiersmanagement  Methoden Literatur- und Studienanalyse; Experteninterviews mit teilstandardisiertem Leitfaden | <ul> <li>Pflege- und sozialwissenschaftlich;</li> <li>Pastoraltheologisch;</li> <li>(Pflege)-pädagogisch und pflegepraktisch</li> <li>alle Maßnahmen müssen im Sinne der Bewohner*innen geplant werden; Respekt privater Schutzräume: Trennung öffentlich - privat;</li> <li>unabdingbar: Bestands- und Bedarfsanalyse: im Quartier idealerweise mit Bürgerbefragung und Einrichtungsintern</li> <li>notwendig:</li> <li>Einbezug der Bewohner*innen, Angehörigen; Ehrenamtlichen und des Heimbeirats; Einbezug der Bürger*innen</li> <li>Bildungsarbeit zu Demenz, kognitiven Veränderungen und Verhalten</li> <li>Auf- und Ausbau von Netzwerken und Kooperationen im Quartier</li> <li>Räume schaffen, die sinnhafte Beziehungen ermöglichen, bspw. mit Gesprächspatenschaften / gemeinsame Aktivitäten</li> <li>personelle und finanzielle Unterstützung - v.a. Quartiersmanagement - professionelles Sozialmanagement für Netzwerkarbeit</li> <li>sektorenübergreifene Versorgung - Abbau der Grenze Ambulant / Stationär</li> <li>Ausbau ambulanter Angebote</li> <li>Selbstverständnis als Einrichtungsleitung und entsprechend geprägte Leitbilder</li> <li>kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>Austausch auf Pflegekonferenzen und finanzielle Förderung der Konferenz vom Land</li> <li>Austausch zwischen ambulant und stationär</li> <li>sinnvoll:</li> <li>-Einbezug in kommunale Planungsprozesse</li> <li>-Weiterentwicklung zum Zentrum für Pflege und Gesundheit</li> <li>-professionelle externe Beratung für Einrichtungsleitungen + Checklisten und Fragebögen</li> <li>Theorieteil:</li> </ul> |
|--|------|---|--|---|--|
| Hämel;<br>Kerstin<br>"Öffnung<br>und Enga-<br>gement"  | 2010 | Bedingungen+ Zusammen- hänge hybrider Strukturen in Heimen, bei de- nen Familie und Engage- ment aufgewer- tet werden 1. Wel- che Formen + Beispiele von Wohlfahrtsmix- turen gibt es im Bereich der Heimversor- gung? ⇔ Öff- nung von Hei-   | Heime, bei denen Engagement gepflegt wird  Heime in ländlicher + (groß-)städtischer Umgebung über ganz Deutschland verteilt unterschiedliche Trägerorganisationen und Wohlfahrtsverbände | Literaturanalyse +  Qualitative Fallstudien 17 leitfadengestützte Experteninterviews mit Leiter*innen von Einrichtungen - nach Wunsch unter Einbezug weiterer Personen                                  | <ul> <li>Theorieteil:</li> <li>doppelter Paradigmenwechsel ermöglicht heutiges Verständnis von Öffnung: sozialpolitisches Leitbild der geteilten Verantwortung + sozialkultureller Wandel, dass Alte und mit ihnen die Heime in die Gesellschaft integriert werden sollen</li> <li>Öffnung von Heimen für zivilgesellschaftliches Engagement erweitert Referenzrahmen professionellen Handelns in Heimen und bedingt eine Hybridisierung bestehender Organisationsstrukturen im Sinne einer Organisationsprägung durch Außenbeziehungen</li> </ul>   |

|   |      | men für Gesellschaft, Familie, Staat und Markt 2. Wie funktionsfähig sind die vorhandenen Konstellationen? 3. Welche Synergien und Konflikte entwickeln sich, wenn zu den eingespielten staatlichen Vorgaben und dem Marktsystem Gesellschaft und Familie hinzukommen?  |  |   | Wirtschaftliche Öffnung des stationären Sektors muss ermöglicht werden     Einbezug zivilgesellschaftlicher Akteure führt erst dann zur Öffnung, wenn dies entlang eines neuen Leitbilds zu Qualität und offenem Haus geschieht     Zivilgesellschaftliche Einbettung bedarf einer Neudefinition des Selbstverständnisses und des Rollenbilds der Professionellen     Rolle der Kommunen ist zentral für hybride Arrangements in der Heimversorgung: Bestärkung der Einbindung in das lokale Gemeinwesen; Verbindungsherstellung Staat-Bürger     Risiko der "Ökonomisierung" von Engagement - Begleitung durch kritische Öffentlichkeit sinnvoll, um unternehmerische bzw. wirtschaftliche und soziale Zielsetzungen und Interessen in synergetischem Zusammenspiel auszugleichen     Sozialraumanalyse vor der Ange-  |
|---|------|---|--|---|---|
| Hämel;<br>Kerstin;<br>Heumann,<br>Marcus;<br>Röhnsch,<br>Gundula;<br>Vorderwül-<br>becke, Jo-<br>nas<br>"Pflege sta-<br>tionär –<br>Weiterden-<br>ken!" | 2019 | Wissenschaftliche Begleitung von Modellprojekten  Ziele der Modellprojekte:  Realisierung einer bedarfsund bedürfnisgerechten Versorgung der Menschen im Stadtteil durch Weiterentwicklung stationärer Einrichtungen zu sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Pflegezentren, Herstellung von Versorgungskontinuität im angestammten Quartier | 4 stationäre Pflege-<br>einrichtungen in städ-<br>tischen Quartieren in<br>NRW | Mixed Methods, multiperspektivisch, über mehrere Erhebungszeiträume:  1. Ausgangsanalyse: Analyse Bedarfs- und Angebotssituation in Anlehnung an ein Community Health Assessment - 21 Interviews mit 24 Expertinnen + 20 Interviews mit 27 Quartiersbewohnerinnen  2. Prozess- und Ergebnisanalyse: a. Qualitativ: _Konzept- und Umsetzungsanalyse: Experteninterviews - Fallanalysen: leitfadengestützte Interviews mit Nutzer*innen - Analyse der Nutzerorientierung und Akzeptanz integrierter Tagespflege (ITP) aus Sicht von Heimbewohner*innen Gesamt = 75 Interviews mit 81 Personen b. Quantitativ: - Analyse von Nutzeranfragen und Beratung, Nutzeranfragen und Beratung, Nutzeranfrager und Beratung, Leitfadengestützte Experteninterviews - Analyse von Merkmalen der Nutzer*innen und Nutzungsverläufe 457 Nutzeranfragen; 8 Experteninterviews + 501 dokumentierte Fälle 3. Wirkungsanalyse: Summative Evaluation, Bilanzierung der Teilergebnisse aus den verschiedenen quantitativen und qualitativen Erhebungsschritten + vertiefende Analyse des erhobenen Materials | <ul> <li>Sozialraumanalyse vor der Angebotsentwicklung ist essentiell, Berücksichtigung der Bedürfnisse unterschiedlicher Nutzergruppen</li> <li>Chance für Versorgungskontinuität im Quartier/biografische Kontinuität:         Bündelung verschiedener sektorenübergreifender Angebote für Quartiersbewohner*innen für eine umfassende Versorgung: von offenen Angeboten und niedrigschwelliger Unterstützung hin zu (phasenweise) intensiveren Versorgungsangeboten wie Kurzzeitpflege und integrierte Tagespflege, deren Inanspruchnahme zeitflexibel möglich ist, Möglichkeit der kurzfristigen Inanspruchnahme von Angeboten/Leistungen</li> <li>relevant für gelingende Versorgungskontinuität und Inanspruchnahme von Angeboten:         <ul> <li>vertrauensvolle Beziehungen zwischen Fachkräften und Nutzer*innen;</li> <li>kompetente und umfassende Beratung, Aufklärung, Information</li> <li>stärkerer Einbezug pflegender Angehöriger als Partner*innen in der Pflege</li> </ul> </li> <li>5 Dimensionen für förderliche umfassende Versorgung im Quartier:         <ul> <li>Arbeitsweisen und Angebote für eine verbesserte Erreichbarkeit von Zielgruppen: Mitarbeitende sollten "sozialräumlich-lebensweltlichen Blick" für die Lebens- und Versorgungssituationen im Quartier entwickeln - andere Professionalität erforderlich (iS Community Health Nursing)</li> <li>Unterschiedliche Nutzergruppen adressieren</li> </ul> </li> </ul> |

| Halek, Margareta; Kutschke, Andreas; Albers, Bernd; Bleckmann, Anne; Essig, Gundula; Hartwig, Ina; Holle, Bernhard; Jagoda, Franziska; Pradella, Anna; Purwins, Daniel; Roes, Martina; Schmidt, Jörg; Wolke, Reinhold "Vielfalt auseiner Hand" | 2019 | Ziele der Intervention: Entwicklung eines Quartiers-konzepts / Gesamtversorgungskonzepts (GVK) mit Abschluss eines sektorenverbindenden (Gesamt-)Versorgungsvertrags, das auf die Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements abzielt; Bedürfnisse der Bewohner*innen des Quartiers sollen zeitnah und wohnortnah aus einer Hand erfüllt werden können Zlele Studie: Evaluation der Interventionen | 4 stationäre Einrichtungen der Städtischen Seniorenheime Krefeld (kommunaler Träger - mit SSK gGmbH und SS-Service-Gesellschaft mbH) | Mixed Methods, multiperspektivisch, über mehrere Erhebungszeiträume:  Nutzer*innenperspektive (Betroffene, Angehörige und MAder SSK)  Perspektive Mitarbeitende (Leitungen, amb Pflege, stat. Pflege)  Systemperspektive (Stadt, 2 Landesverbände privater Träger in NRW, regionale + überregionale Träger der freien Wohlfahrtspflege, MAGS NRW, Geschäftsführung SSK, Landesverband einer Pflegekasse)  ökonomische Perspektive: Kostenträger und SSK | Multiprofessionelle Zusammenarbeit     Information, Beratung und Vermittlung     Aufbau von Kooperationen im Stadtteil und Quartier  Faktoren, die gelungene Umsetzung des GVK begünstigen:     wissenschaftliche Evaluation für den Blick von außen sowie von innen (über Interviews der beteiligten Akteure)     Mitarbeitende, die hinter den Entscheidungen stehen und andere motivieren können     Bedarfsanalyse im Quartier     ein auf die Bedarfslagen der Kundinnen ausgerichtetes Konzept, das die Verbesserung der Versorgungssituation der Menschen im Quartier und in der Einrichtung in den Fokus stellt     Beteiligung der Mitarbeitenden bei der Konzeptentwicklung und - umsetzung     engmaschige Begleitung und Schulung der Mitarbeitenden     regelmäßiger Dialog mit allen Beteiligten     Kooperation aller Ebenen  Nutzer*innenperspektive:     Case-Management mit regelmäßigen Gesprächen mit Betroffenen und Angehörigen: vorausschauende Versorgungsplanung; Identifizierung expliziter und impliziter Bedürfnisse und Bedarfe: umfassende Assessments unter Einbezug der Angehörigen     Dienstleistende sind Teil eines komplexen Beziehungsgeflechts in der häuslichen Versorgung     proaktive Beratung bei Belastungsfaktoren und sich anbahnenden Krisen, gemeinsame Erarbeitung von Lösungsansätzen     gute Kenntnis der Angebotspalette bei den Mitarbeitenden     funktionierendes Netzwerk von relevanten Akteuren im Quartier  Perspektive Mitarbeitende:     Umsetzung von Konzepten wie den GVK muss sich an den jeweiligen Gegebenheiten orientieren  Systemperspektive:     ausschlaggebend: Innovationsbereitschaft von Kostenträgern und Leistungserbringern gleichermaßen      ökonomische Perspektive:     längere Betrachtungsphase notwendig zur abschließenden Beurteilung Gegenüberstellung Einnahmen /Ausgaben  Notwendigkeit einer umfassenden Betrachtung des Versorgungsgeschehens über Sektoren hinweg- |
|--|------|--|--|---|--|
|--|------|--|--|---|--|

| sorgungskonzepts im Vergleich z<br>einer regulären Versorgung er-<br>möglicht |  |  |  |  |  | 5 5 |
|---|--|--|--|--|--|-----|
|---|--|--|--|--|--|-----|

# Kurzfragebogen Leitungen





# Kurzfragebogen Leitung

| Profession/ B  | eruf:                 |                             |                       |
|----------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Position in de | r Einrichtung:        |                             |                       |
| Umfang der B   | eschäftigung:         | □ Vollzeit (100%)           | □ Teilzeit:           |
| Berufserfahru  | ing:                  |                             |                       |
| Beschäftigt in | der Position seit:    |                             |                       |
| Aktive Beschä  | iftigung mit der Thei | matik Quartier/ Pflege, Pfl | ege im Quartier seit: |
| Alter:         |                       |                             |                       |
| Geschlecht:    | □ männlich            | □ weiblich                  | □ divers              |

%

# Kurzfragebogen Allgemein





# Kurzfragebogen

| Profession/ Beruf:               |                         |                |             |
|----------------------------------|-------------------------|----------------|-------------|
| Umfang der Beschäftigung:        | □ Vollzeit (100%)       | □ Teilzeit:    | %           |
| Berentet/ Pensioniert:           | □ ја                    | □ nein         |             |
| Kontakt zur Einrichtung als :    |                         |                |             |
| □ Angehörige □ Ehren             | amtliche 🗆 beruf        | licher Kontext | □ Sonstiges |
| In der Einrichtung aktiv seit:   |                         |                |             |
| Berührungspunkte zur Thema       | tik Quartier und Pflege | oder Pflege im | Quartier:   |
| □ ja<br>Wenn ja, seit wann ca. : |                         |                |             |
| □ nein                           |                         |                |             |
| Alter:                           |                         |                |             |
| Geschlecht: □ männlich           | $\square$ weiblich      | □ divers       |             |

#### Leitfaden

#### 1. ALLGEMEINE FRAGEN zum Themenkomplex

Würden Sie mir bitte Ihre Einrichtung beschreiben? Was ist charakteristisch für Ihre Einrichtung?

Das Land BW möchte den gesellschaftlichen Zusammenhalt im Quartier/Wohnviertel/Stadtteil stärken und fördert entsprechende Projekte von Kommunen – wenn Sie nun Ihre Einrichtung im "Quartier" betrachten: Was kennzeichnet für Sie das Quartier, in das Ihre Pflegeeinrichtung verortet ist?

#### 2. NETZWERK - EINRICHTUNG - QUARTIER/ KOMMUNE

Mich würde interessieren, wie die Einrichtung in ihrem Stadtteil (Quartier?) und in der Kommune vernetzt ist. Würden Sie mir bitte hierzu etwas mehr erzählen?

- a. Wie wird die Einrichtung von ihrem Umfeld im Quartier Ihrer Ansicht nach wahrgenommen? Nachfrage: von den Bürgern, Akteuren, Privatwirtschaft, Versorgung
- b. Und wie werden die Bewohner von den Akteuren im Quartier Ihrer Ansicht nach wahrgenommen?
- Nachfrage: von den Bürgern, Akteuren, Privatwirtschaft, Versorgung

#### Nachfragen:

Wie würden Sie denn ganz grundsätzlich die Haltung oder das Interesse Ihrer Einrichtung im Hinblick auf die Vernetzung im Stadtteil beschreiben?

Ggf.: Haltung des Trägers?

Welche Kooperationen / Aktivitäten haben Sie mit Akteuren aus dem Stadtteil (Quartier,...) und/oder der Kommune?

Welche Akteure sind die wichtigsten für die Einrichtung? Wer zählt hier dazu?

Wie kommt Ihre Einrichtung mit den anderen Akteuren zusammen? Nachfrage: Was wirkt unterstützend (Leitlinien / Austauschforen...)

Was denken Sie: Wem gelingt die Pflege dieser Beziehungen besonders gut? (optional, wenn vorher nicht erwähnt) (Fest angestellt und Ehrenamt?)

#### 3. LAGE - CHARAKTER QUARTIER (Optional, als Eingangsfrage)

Wenn Sie das Umfeld der Einrichtung, das Stadtviertel betrachten: Wie würden Sie dieses beschreiben?

#### Nachfragen:

Was ist charakteristisch für das Stadtviertel?

Soziales Leben.

(soziale / gesundheitsbezogene) Dienstleistungen

Einkaufsmöglichkeiten

Verkehr, Parks

Straßenmöbel / Stadtmöbel (Bänke, Bücherschrank, Sitzgelegenheiten)

Zivilgesellschaftliche Initiativen / Engagement

# 4. STRUKTURELLER RAHMEN

KOMMUNE - Kostenträger

Beschreiben Sie doch einmal die Zusammenarbeit der Einrichtung mit der Kommune. (Personen? Abteilungen? Verantwortlichkeiten? Einbindung der Einrichtung in Sozialplanung)

(Inwieweit ist der Träger aktiv im Hinblick auf die Kommune?)

Inwieweit ist die Kommune aktiv in Bezug auf Quartiersentwicklung (in Ihrem Quartier)?

Wie würden Sie das Verhältnis zu den Kostenträgern, also zu den Pflegekassen und zum Sozialhilfeträger, beschreiben - Welche Rolle spielen die Kostenträger und ihre Vereinbarungen mit den Kostenträgern für Ihre Verbindungen in das Quartier?

Nachfrage: Inwieweit werden Verbindungen in das Quartier durch die Kostenträger ihrer Ansicht nach

- gefördert
- erschwert? Welche Beispiele haben Sie hierfür?

#### **GESETZLICHER RAHMEN**

Welche gesetzlichen Vorgaben sind förderlich und hinderlich, um eine gute Vernetzung in / mit dem Quartier, seinen Akteuren und Bewohner\*innen zu haben?

#### 5. (SOZIALE) TEILHABE / PARTIZIPATION / AUTONOMIE / SELBSTBESTIMMUNG

Ich würde gerne mit Ihnen einmal konkret auf die Bewohnerinnen und Bewohner Ihrer Einrichtung schauen: Wie nehmen sie am gesellschaftlichen Leben teil – sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung? Könnten Sie das bitte beschreiben?

- Was unterstützt die Bewohner\*innen dabei und was ist hinderlich?
- Ggf. Nachfrage zu digitaler Teilhabe

#### <u>ÜBERGÄNGE – BIOGRAFISCHE KONTINUITÄT</u>

Wie nehmen Sie den Einzug der Bewohner\*innen in Ihre Einrichtung wahr? Wie würden Sie Ihre Erfahrungen hierzu beschreiben im Hinblick auf die Bewohner\*innen?

Welche Möglichkeiten sehen Sie im Rahmen von Quartiersstrategien, um den Übergang von der eigenen Häuslichkeit in eine stationäre Einrichtung im Quartier/im Stadtteil gestalten zu können. Als wessen Aufgabe betrachten Sie dies?

Welche Relevanz hat Ihrer Ansicht nach die Anbindung der Einrichtung an das Quartier für (Neu) Bewohner\*innen bei der Belegung? Welche Relevanz hat Ihrer Ansicht nach die Beziehung zum vorherigen Wohnumfeld für neue Bewohner\*innen?

Bitte beschreiben Sie mir die Bewohner\*innen in Ihrer Einrichtung im Hinblick auf die Verbindung zum Quartier.

Wie viele Ihrer Bewohner\*innen sind aus dem Quartier in dem die Einrichtung liegt?

#### 7. "BEWOHNERSTRUKTUR": (optional – Kürzungskandidat, wenn vorher nicht benannt)

Welche Veränderungen in der Bewohner\*innenstruktur (bspw. bzgl. Pflegegrade, Demenz, Verweildauer,...) haben Sie in den letzten (....) Jahren in Ihrer Einrichtung festgestellt, was ist Ihnen in dieser Hinsicht aufgefallen?

Welche Auswirkungen hat dies Ihrer Ansicht nach auf Möglichkeiten der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben?

Ggf. gesonderte Nachfrage zu Mobilität der Bewohner\*innen und Förderungsmöglichkeiten der Mobilität Inwieweit hat sich dies auf das Handeln der Einrichtung ausgewirkt?

Und wie hat sich das auf das Handeln der Akteure im Stadtviertel, mit denen Sie vernetzt sind, ausgewirkt?

#### **8. KONKRETE ANGEBOTE**

Ganz allgemein: Welche Kontakte zwischen Bewohner\*innen der Einrichtung und Personen im Quartier bestehen? (optional)

#### FÜR QUARTIERSBEWOHNER\*INNEN

Welche Angebote bestehen, die für Personen, die nicht in der Einrichtung leben, zugänglich sind und wie werden diese angenommen?

- Im Quartier
- Im Haus
- Welche Aspekte sind Ihrer Ansicht nach f\u00f6rderlich oder hinderlich bei der Annahme der Angebote?

#### FÜR BEWOHNER\*INNEN DER EINRICHTUNG

Welche Angebote des Quartiers / der Kommune richten sich an die Bewohner\*innen der Einrichtung um Kontakte zum Quartier pflegen zu können?

- Im Quartier
- Im Haus
- Welche Aspekte sind Ihrer Ansicht nach f\u00f6rderlich oder hinderlich f\u00fcr Ihre Bewohner\*innen, um Angebote innerhalb/au\u00dferhalb der Einrichtung zu nutzen

Nachfrage: Alltagsbegleiter\*innen / Betreuungsassistent\*innen

Welche Angebote der Einrichtung existieren, die für die Bewohner\*innern der Einrichtung wichtig sind, um die Kontakte im Quartier zu pflegen?

- Im Quartier
- Im Haus
- · Welche Aspekte sind Ihrer Ansicht nach förderlich oder hinderlich bei der Nutzung der Angebote?

#### 9. EHRENAMTLICHES ENGAGEMENT

Beschreiben Sie mir bitte, in wie weit sich Ehrenamtliche (aus dem Quartier) in der Einrichtung einbringen? Wie relevant ist der Quartiersbezug hierbei?

förderliche und hinderliche Faktoren (abgesehen von Corona)

Optional, wenn zutreffend: Wenige oder keine Ehrenamtlichen vorhanden

Was glauben Sie sind Gründe dafür, sich nicht ehrenamtlich in der Einrichtung zu engagieren? Was bräuchte es als gute Beispiele? Wo gibt es gute Beispiele?

Wie sieht es aus mit dem ehrenamtlichen Engagement Ihrer Bewohner\*innen?

# 10. ABGEBROCHENE / "GESCHEITERTE" ANLÄUFE

(Wenn Sie einmal zurück denken, gab es da Anläufe und ...)

Wie würden Sie das Zusammenspiel zwischen Einrichtung, Gesellschaft, Kommune und Land beschreiben?

Welche Anläufe oder Überlegungen im Hinblick auf die Vernetzung mit dem Quartier haben Sie unternommen, die entweder nicht in eine Umsetzungsphase gekommen sind oder nicht weitergeführt worden sind?

Was sind bzw. waren hierbei die Gründe?

#### 11. PERSPEKTIVE / SZENARIEN

Wenn Sie sich die optimale Einrichtung im optimalen Quartier in der optimalen Kommune vorstellen: Wie würde das aussehen?

Haben Sie ein Beispiel für so eine Einrichtung / Kommune? Ggf. auch aus einem anderen Sektor- wo können wir lernen?

Wenn Ihnen oder dem Träger 50.000 Euro pro Jahr zur Verfügung gestellt werden würden, wofür würden Sie diese im Hinblick auf eine bessere Anbindung an das Quartier einsetzen?

#### **BEWOHNERPERSPEKTIVE**

Wenn Sie sich in die Perspektive eines / einer Bewohner\*in Ihrer Einrichtung versetzen: (Oder: Stellen Sie sich vor, Sie lebten selbst in Ihrer Einrichtung. Nehmen Sie mal diese Perspektive ein: ...) Wenn alles gegeben wäre, was man braucht. Wie würde die optimale Einrichtung im optimalen Quartier in der optimalen Kommune aussehen, damit Sie gerne dort leben und sich eingebunden fühlen würden?

#### 12. Letzte Frage:

Gibt es noch etwas, was Sie anmerken möchten, was Ihnen noch besonders wichtig wäre?

#### Einverständniserklärung





# Projekt AQuiLa – Aufbau von Quartiersansätzen für stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege

#### Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

im Folgenden informieren wir Sie über das Forschungsprojekt, für das ich Sie gern interviewen möchte, sowie über unser Vorgehen im Rahmen der Interviews. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz verlangen Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung darüber, dass wir am Institut für Angewandte Forschung an der Katholischen Hochschule Freiburg das Interview speichern und auswerten dürfen.

## Das Projekt:

Das Projekt "Aufbau von Quartiersansätzen für stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege" (AQuiLa) hat das Ziel, eine Expertise für eine zukunftsorientierte inklusive kommunale Altenplanung in Baden-Württemberg im Hinblick auf Quartierskonzepte mit stationären Pflegeeinrichtungen zu erstellen. Das Projekt findet im Rahmen der Landesstrategie "Quartier 2030 – Gemeinsam. Gestalten." statt und wird gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.

Während zahlreiche Konzepte zur alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung in erster Linie neue Wohnformen wie beispielsweise Wohngemeinschaften in geteilter Verantwortung und weitere ambulante Versorgungsangebote in den Blick nehmen, richtet das Projekt AQuiLa seinen Fokus explizit auf stationäre Pflegeeinrichtungen im Quartier. Die übergeordnete Fragestellung dabei ist: Wie kann die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen an der Gesellschaft und deren Einbeziehung in die Gesellschaft erreicht und gesichert werden.

Die verantwortliche Leitung des Projekts liegt bei Prof.\*in Dr. Ines Himmelsbach und Prof.\*in Dr. Nadine Konopik.

Die Projektmitarbeiterinnen Ines Theda, Jasmin Kiekert und Birgit Krötz bearbeiten das Projekt inhaltlich und führen Interviews im Rahmen des Projekts.





#### Datenschutz

Die Durchführung der Studie erfolgt auf der Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetztes. Die Interviewerin unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Erzählten um: Wir nehmen das Gespräch als Tonaufzeichnung (Audio) auf und transkribieren das Gesagte. Das Tonband wird nach Beendigung des Projekts wieder gelöscht.
- Wir anonymisieren, d.h. wir verändern alle Personen-, Orts- und Straßennamen. Alle Altersangaben werden um ein bis zwei Jahre nach unten oder oben verändert.
- Ihr Name und Ihre Telefonnummer werden am Ende des Projektes in unseren Unterlagen gelöscht, so dass lediglich das anonymisierte Transkript existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten Stelle aufbewahrt. Die Erklärung dient dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Die Erklärung kann mit ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.
- Die Abschrift der Tonbandaufnahme wird nicht veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Die anonymisierte Abschrift wird von den Mitarbeiter\*innen des Projektes gelesen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen. In Veröffentlichungen gehen jedoch einzelne Zitate ein, selbstverständlich ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen. Sie können mit ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.
- Es werden keine Informationen an Dritte weitergegeben.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, uns Auskunft zu geben!

Ort, Datum





# Einwilligungserklärung

# AQuiLa – Aufbau von Quartiersansätzen für stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege

Ich bin über Ziel und Zweck der Studie und des in diesem Rahmen stattfindenden Interviews informiert worden.

Ich weiß, dass meine personenbezogenen Daten so ausgewertet werden, dass niemand außerhalb der Katholischen Hochschule Freiburg die Daten mir zuordnen kann. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig erfolgt und meine Anonymität gewährleistet ist.

Ich willige in die Teilnahme an der oben beschriebenen Studie ein und bin mit der Auswertung meiner Daten einverstanden.

| Unterschrift des/der Teilnehmenden  |
|---|
|   |
|   |
| Rahmen stattfindende Interview mit der / dem Teilnehmen-<br>n Sprache besprochen und sie / ihn über die Bedeutung |
|   |
|   |
|   |

Unterschrift der Projektmitarbeiterin