

## Beiträge

Gundula Röhnsch, Kerstin Hämel

# Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit

Opening up of care institutions for communities: Results of a study on target groups and barriers of reachability

Even in case of increasing health limitations, many old people prefer staying in their accustomed community. This paper looks at possible contributions from nursing homes; the nursing homes studied in this qualitative study aim to improve close-to home service access for community-dwelling older people in their neighbourhood. The focus of this study is on how the care institutions could reach the older people to offer social, health and nursing care services and which barriers of target group reachability emerge. Interviews with experts responsible for the conception, implementation and realization of the project "Pflege stationär – Weiterdenken!" have been conducted and analyzed. From the interviewees perspective limitations in the reachability of old people in the community are related to user-side barriers and provision-side barriers. To reach old people, care institutions have to take greater account of the living and care situations in the community. On this basis their spectrum of services needs to be diversified; moreover it is important to engage in relationship work with the target group and to win over multipliers in the community as partners. Nurses have to take over extended tasks, to consider social and health problems in a socio-spatial context and work more community-oriented – areas of responsibility which, however, have hardly yet been opened up for nurses in Germany.

### Keywords

old people, target group reachability, social space, community-oriented care, Community Health Nursing

Viele alte Menschen haben den Wunsch trotz zunehmender gesundheitlicher Einschränkungen in ‚ihrem‘ Quartier wohnen zu bleiben. Der Beitrag betrachtet, inwiefern Pflegeheime dazu beitragen können. Die hier untersuchten Heime zielen darauf, älteren Menschen, die in eigener Häuslichkeit in der Nachbarschaft der Einrichtungen leben, einen Zugang zu präventiv orientierten Versorgungsangeboten zu bieten. Im Fokus der Studie steht, wie es den Einrichtungen gelingen könnte, die älteren Menschen mit sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten zu erreichen und welche Barrieren der Ziel-

---

eingereicht 17.12.2018

akzeptiert 22.03.2019

gruppenerreichbarkeit sich ihnen stellen. Dazu wurden Interviews mit Verantwortlichen für die Konzeption, Durchführung und Umsetzung des Projekts „Pflege stationär – Weiterdenken!“ geführt und analysiert. Aus Sicht der Befragten ist die Erreichbarkeit alter Menschen im Quartier durch nutzerseitige und angebotsseitige Barrieren erschwert. Um alte Menschen im Quartier besser zu erreichen, sollten Pflegeeinrichtungen die Lebens- und Versorgungssituationen im Quartier stärker berücksichtigen und auf dieser Basis ihr Spektrum an Angeboten ausdifferenzieren. Ebenso wichtig ist es, Beziehungsarbeit mit der Zielgruppe zu leisten und Multiplikator\_innen im Quartier als Partner\_innen zu gewinnen. Pflegenden müssen insofern erweiterte Aufgaben übernehmen, soziale und gesundheitliche Probleme im sozial-räumlichen Kontext betrachten und gemeindeorientiert arbeiten – Aufgabenbereiche, die für Pflegenden in Deutschland jedoch noch kaum erschlossen sind.

### Schlüsselwörter

Alte Menschen, Zielgruppenerreichbarkeit, Sozialraum, quartiersnahe Versorgung, Community Health Nursing

## 1. Einleitung

Für Menschen im hohen Alter, denen es aufgrund kognitiver oder körperlicher Beeinträchtigungen schwerfällt, ein weiträumiges Netz sozialer Kontakte und Aktivitäten zu pflegen, gewinnt das Viertel bzw. Quartier, in dem sie leben, an Bedeutung. Außerhäusliche Aktivitäten, wie auch Stadtteilverbundenheit und Gefühle nachbarschaftlicher Zusammengehörigkeit, haben besonders im hohen Alter großen Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden (Oswald et al. 2015; Kricheldorf 2015). Die Verbundenheit alter Menschen mit dem Wohnumfeld drückt sich auch in dem Wunsch aus, bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in gewohnter Umgebung Unterstützung zu erhalten (Heusinger et al. 2017; WHO 2015), um im angestammten Quartier wohnen bleiben zu können. Konzepte der Altenhilfe und der Pflege sollten daher so ausgestaltet sein, dass sie ein Ineinandergreifen von Unterstützungsleistungen im Sozialraum befördern (van Rießen et al. 2018; Hämel et al. 2017a).

Eine gut zugängliche, quartiersnahe Versorgung ist nicht nur ein Beitrag zu einem – weitgehend – selbstbestimmten Leben im Alter schlechthin (van Rießen et al. 2018). Sie kann die Teilhabechancen alter sowie hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ihrem Sozialraum verbessern und auch Vereinsamung entgegenwirken. Gerade für mobilitätseingeschränkte, alte Menschen stellen lange Wegstrecken zu sozialen oder gesundheitsbezogenen Angeboten eine hohe Zugangsbarriere dar.

Dieser Beitrag geht der Frage nach, inwiefern es stationären Pflegeeinrichtungen gelingen könnte, durch Erweiterung ihres Angebotsspektrums im offenen, ambulanten und teilstationären Bereich, alten Menschen im Quartier eine ‚Anlaufstelle‘ rund um Fragen und Probleme im Alter und bei sozialem, gesundheitlichem und pflegerischem Versorgungsbedarf zu bieten, und welche Barrieren der Zielgruppenerreichbarkeit sich möglicherweise stellen. Hierzu werden zunächst Überlegungen zur Öffnung von Heimen für und in den Sozialraum und zu Ansätzen der quartiersnahen Pflege (Communi-

ty Health Nursing) angestellt, und schließlich Chancen und Barrieren der Erreichbarkeit alter, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Quartier diskutiert. Auf Basis einer eigenen Studie werden schließlich Ergebnisse der qualitativen Evaluation des Modellprojekts „Pflege stationär – Weiterdenken!“ vorgestellt. Abschließend wird diskutiert, welche Perspektiven sich für die Öffnung von Pflegeheimen in das Quartier und für die Professionalisierung der Pflege im Bereich Community Health Nursing ergeben.

## 2. Wandel von stationären Pflegeeinrichtungen zu quartiersnahen Pflege- und Versorgungszentren. Ziele und Ansatzpunkte

### Öffnung von Heimen

Bleck und Kolleg\_innen unterscheiden zwischen einer Öffnung der Heime für den Sozialraum und einer Öffnung zum bzw. in den Sozialraum (Bleck et al. 2018). Eine Öffnung für den Sozialraum beinhaltet beispielsweise die Nutzung von Angeboten oder Räumlichkeiten der Pflegeeinrichtungen durch die Menschen in ihrem Umfeld; sie geht in vielen Fällen auch mit einer Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Angebotsspektrums am Standort einher (Bleck et al. 2018). Die Öffnung in den Sozialraum zielt darauf ab, dass Heimbewohner\_innen am sozialen Leben außerhalb der Einrichtung teilhaben können.

Die Öffnung von Heimen für und in den Sozialraum wurde bereits in den 1980er-Jahren, damals ausgehend von den Impulsen aus der gemeinwesenorientierten, offenen Altenarbeit, gefordert (Hämel 2012). Entsprechende Konzepte sind dadurch motiviert, die soziale Abgeschlossenheit der Heime und die Exklusion ihrer Bewohner\_innen zu durchbrechen und eine Kultur der Unterstützung im Gemeinwesen zu befördern. Heime sollen durch Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten und erweiterte Angebote (z. B. teilstationäre Pflege; offener Mittagstisch) zu einer gemeindeorientierten Versorgung beitragen (Hämel 2012; Hummel 1986). Allerdings sind Öffnungskonzepte nicht immer leicht zu realisieren, so können z. B. Abgrenzungstendenzen gegenüber pflegebedürftigen Menschen dafür verantwortlich sein, dass gesundheitlich weniger beeinträchtigte ältere Menschen aus dem Quartier Hemmungen haben, Angebote wie einen Mittagstisch oder tagesaktivierende Maßnahmen in einem Pflegeheim anzunehmen (Helmer-Denzel 2016: 391).

### Öffnung von Heimen: Orientierung am Konzept ‚Community Health Nursing‘

Die Öffnung von Heimen geht mit neuen Anforderungen an Pflegenden und andere in den Heimen tätigen Professionen einher. Sie müssen lernen, zusätzlich zu den Heimbewohner\_innen und ihren Angehörigen, auch die Menschen im Quartier mit in den Blick zu nehmen: Menschen, die (noch) in eigener Häuslichkeit leben, werden zu ihren Klient\_innen und sollen durch Hilfeangebote auch erreicht werden. In dem Kontext sind Pflegenden in den Einrichtungen gefordert, Bedarfe und Bedürfnisse in der Ge-

meinde verstärkt zu reflektieren, soziale und gesundheitliche Risiken und Problemsituationen zu erkennen und Maßnahmen für die Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituationen in der Gemeinde zu entwickeln (Shuster 2012: 407). Dies beinhaltet auch die Förderung der Inklusion alter, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ihren Sozialraum.

Wenn sich Versorgungseinrichtungen für den Sozialraum öffnen möchten, sind zudem Kompetenzen im Aufbau von Kooperationen und Partnerschaften im Gemeinwesen gefordert, die beispielsweise eine Zusammenarbeit mit sozialen und kulturellen Einrichtungen umfassen können (Hämel et al. 2017b). Alles in allem stehen die Pflegenden somit vor Aufgabenbereichen, die unter dem Konzept von ‚Community Health‘ bzw. ‚Community/Public Health Nursing‘ diskutiert werden (Brieskorn-Zinke 2007; Hämel et al. 2017b; Shuster 2012). Community Health Nursing beinhaltet eine populations- und gemeindeorientierte Arbeitsweise (Saucier Lundy et al. 2009: 6). Diese sollte insbesondere auch dazu beitragen, vulnerable und sozial benachteiligte, mithin nur schwer erreichbare Zielgruppen besser zu erreichen. Im Rahmen von Community Health Nursing sollen Pflegenden die Vorlieben, Gewohnheiten, Lebensstile und sozialen Unterstützungssysteme der Menschen in der Gemeinde stärker in den Versorgungsalltag einbeziehen. Solch eine populations- und gemeindeorientierte bzw. eben auch milieubezogene Orientierung geht über eine individuumszentrierte Pflege hinaus (Saucier Lundy et al. 2009: 15), Communities werden zu Klienten der Pflegenden (Shuster 2012)<sup>1</sup>.

Dabei ist generell zu berücksichtigen, dass die Lebens- und Versorgungssituationen alter sowie hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Quartier sowie die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und Handlungsspielräume unterschiedlich sind (Heusinger et al. 2012). Alte Menschen sind demnach auch unterschiedlich gut oder schlecht durch professionelle Angebote zu erreichen. Um geeignete Angebote für eine Gemeinde bzw. ein Quartier zu identifizieren und Zugang zur Zielgruppe zu finden, werden insbesondere im nordamerikanischen Raum Community Health Assessments durchgeführt (Burdine et al. 2017; Pennel et al. 2017; Shuster 2012).

Auch für das hier berichtete Modellprojekt wurde – angelehnt an ein Community Health Assessment – eine Bedarfs- und Angebotsanalyse der Quartiere, in denen die Modelleinrichtungen liegen und an deren Bedarf sie sich verstärkt ausrichten wollen, durchgeführt (Hämel et al. 2017a). Die Analyse zeigte deutliche Unterschiede des Anteils alter und hochaltriger Menschen im Umfeld der Einrichtungen; sie verwies auch auf unterschiedlich hohe Anteile von alleinlebenden alten Menschen, sozial-ökonomisch benachteiligten älteren Menschen sowie von Menschen mit Migrationshintergrund. Dem steht eine unterschiedlich gute Zugänglichkeit von pflegerischen, sozialen

---

<sup>1</sup> In Deutschland steht die Entwicklung und Umsetzung von Community Health Nursing noch am Anfang. Sie wird derzeit u. a. im Rahmen eines von der Robert-Bosch-Stiftung und der Agnes-Karll-Gesellschaft im DBfK gefördertes Modellprojekt zur Einrichtung von Masterstudiengängen verstärkt vorangetrieben (DBfK 2018). Community/Public Health Nursing ist demgegenüber in vielen Ländern ein bedeutendes pflegerisches Tätigkeitsgebiet und dementsprechend als fester Bestandteil der grundständigen Pflegeausbildung sowie auch als postgraduales Spezialisierungsgebiet fest verankert (Hämel et al. 2017b; c).

und gesundheitlichen Angeboten gegenüber, teils weite Wege und räumliche Barrieren erschweren die Inanspruchnahme. Leitfadengestützte Experteninterviews verwiesen darauf, dass teils unklar ist, ob und wie die Modelleinrichtungen ein ansprechendes und adäquates Angebot für die Gruppen leisten können (Hämel et al. 2017a). Unsicherheiten bestehen beispielsweise darin, welche Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse Menschen mit Migrationshintergrund haben und wie demnach eine kultursensible Versorgung aussehen könnte oder wie ältere Menschen, die zurückgezogen leben, erreicht werden können.

### **Barrieren der Zielgruppenerreichbarkeit**

Allgemein kann die Erreichbarkeit von Zielgruppen aus unterschiedlichen Gründen eingeschränkt sein. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Adressat\_innen nur ein geringes Interesse an gesundheits- bzw. pflegebezogenen Themen haben (Liljas et al. 2017) oder wenn Inhalte und Zielsetzungen von Angeboten für sie unverständlich sind (Reifegerste 2014). Menschen, die z. B. aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen zurückgezogen leben, geraten ‚aus dem Blickfeld‘ professioneller Anbieter, insbesondere, wenn diese auf reine Komm-Strukturen setzen. Zudem scheint Zielgruppenerreichbarkeit geschlechtsspezifischen Faktoren zu unterliegen; so nehmen vor allem alte und multimorbide Männer kaum präventive Gesundheitsangebote in Anspruch (Patzelt et al. 2016). Wichtig ist auch, die sozio-ökonomische Situation alter Menschen in der Gemeinde zu berücksichtigen, denn fehlende finanzielle Mittel führen dazu, dass sich die Betroffenen bestimmte Angebote nicht leisten können (Heusinger et al. 2017). So stellt die auf einer Teilkostenerstattung basierende Pflegeversicherung in Deutschland eine Zugangsbarriere zu professioneller Pflege dar.

Studienergebnissen zufolge gelingt es darüber hinaus eher sozial gut eingebundenen, gesundheitlich wenig eingeschränkten alten Menschen, das für sie ‚passende‘ Angebot an sozialen oder gesundheitsförderlich-präventiven Hilfen aktiv zu finden (Gebert et al. 2016). Diese können jedoch auch, wie Gebert und Weidner (2010) mit Blick auf Hausbesuche zur Prävention von Pflegebedürftigkeit diskutieren, abgelehnt werden, wenn die eigene Situation als ‚zu gut‘ eingeschätzt wird, um professionelle Hilfe zu beanspruchen.

Sollen alte Menschen erreicht werden, die Unterstützungsangebote nicht aktiv nachfragen, kommen unterschiedliche Strategien in Frage. Hierzu gehören Ansätze aufsuchender Arbeit (Hämel et al. 2017d; WHO 2015) ebenso wie die Zusammenarbeit mit Multiplikator\_innen (Walter et al. 2015), die über längerfristige Kontakte zur Zielgruppe verfügen und daher nicht nur deren Vertrauen genießen, sondern oft auch wissen, welche Angebote zu wem ‚passen‘ (Liljas et al. 2017; Reifegerste 2014). Aufsuchende Gesundheitsarbeit ermöglicht insbesondere einen verbesserten Zugang zu sozio-ökonomisch benachteiligten Gruppen (Saucier Lundy et al. 2009: 15).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Pflegende angesichts einer heterogenen Bevölkerungs- und Quartiersstruktur auf unterschiedliche Erreichbarkeitsprobleme tref-

fen. Generell sollten sie daher lebensweltliche Bedingungen stärker beachten und Konzepte nutzer- und gemeindeorientiert entwickeln, wenn sie ‚ihre‘ Zielgruppen besser erreichen möchten (Patzelt et al. 2016; Reifegerste 2014; SVR 2014).

### **Das Modellprojekt „Pflege stationär – Weiterdenken!“**

Intention des Modellverbunds „Pflege stationär – Weiterdenken!“<sup>2</sup> ist es, vier Pflegeheime in NRW modellhaft zu sogenannten Quartiers- und Gesundheitszentren fortzuentwickeln, die zusätzlich offene, ambulante und teilstationäre Angebote integrieren (Hämel et al. 2017a). Hierzu gehören z. B. Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, Tagespflege oder auch Sozialberatung. Die Modelleinrichtungen bieten zudem Veranstaltungen rund um die Themen Gesundheit, Pflege und Alter an und fördern generell die Entwicklung und Ausweitung offener Angebote, die ein geselliges Beisammensein (z. B. Tanzveranstaltungen, Bingo, Café) und auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Reha-Sport oder Kraft- und Balancetraining umfassen. Diese Angebote sind teils speziell für externe ‚Besucher\_innen‘ geschaffen worden, teils wurden bestehende Angebote für sie geöffnet. In den Einrichtungen wurde die Zahl der Teilnehmer\_innen an regelmäßigen offenen Angeboten dokumentiert, differenziert nach Geschlecht sowie danach, ob es sich um Bewohner\_innen/Tagespflegegäste oder externe Besucher\_innen handelt.

Die wissenschaftliche Evaluation des Modellverbunds erfolgte unter Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden. Im Zentrum der Evaluation stand u. a. die Frage, inwiefern eine nutzerorientierte, koordinierte und auf Kontinuität ausgerichtete Versorgung an den Modellstandorten bereitgestellt wird und welche Herausforderungen damit verbunden sind.

In dem Kontext fokussiert der folgende Artikel darauf, welche Personen im Quartier aus Sicht von Verantwortlichen für die Konzeptentwicklung und -umsetzung überhaupt zur Zielgruppe gehören und welche Barrieren der Erreichbarkeit sich stellen.

## **3. Methodisches Vorgehen**

In der hier berichteten multiperspektivischen Studie wurden u. a. leitfadengestützte Experteninterviews mit Fachkräften aus den Modelleinrichtungen und Expert\_innen, die auf Planungs- und Kooperationsebene in das Modellvorhaben involviert sind, geführt. Insgesamt bilden 18 Interviews mit N=20 Expert\_innen die Grundlage für die nachfolgende Auswertung (Tabelle 1). Einzelne Expert\_innen wurden gezielt für ein Interview ausgewählt, bei anderen erfolgte die Auswahl nach dem Schneeballprinzip.

<sup>2</sup> Der Modellverbund wird im Rahmen der Förderlinie ‚Pflege inklusiv‘ von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen gefördert (Projektlaufzeit 04/2016-03/2019). Träger des Modellprojekts ist das Alters-Institut gGmbH. Beteiligt sind als Träger der Modelleinrichtungen der AWO-Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe, die von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel und das Evangelische Johanneswerk. Kooperationspartner sind die Städte Bielefeld und Herford.

	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>	<i>gesamt</i>
Fachkräfte aus Modelleinrichtungen	2	7	9
Experten auf Entscheidungs-, Planungs- und Kooperationsebene	4	7	11
Gesamt	6	14	20

Tab. 1: Studiensample

Im Vorfeld der Interviews wurden die Befragten schriftlich über die Hintergründe der Studie und den Ablauf der geplanten Befragung informiert und unterzeichneten auf dieser Basis eine Einverständniserklärung.

Während es sich bei den interviewten Fachkräften aus den Modelleinrichtungen meist um Fachkräfte mit Leitungsfunktionen handelt, gehören zu den befragten Expert\_innen auf Planungs- und Kooperationsebene Vertreter\_innen von Kommunen, Kassen und Trägern der beteiligten Modelleinrichtungen.

Die Interviews wurden von Ende Juni bis Mitte Dezember 2017 durchgeführt und dauerten durchschnittlich 60 Minuten. Die Interviews wurden für eine formative Evaluation in ungefähr der Mitte der 3-jährigen Laufzeit des Modellprojekts durchgeführt. Im Anschluss daran durchgeführte Maßnahmen zur Verbesserung der Erreichbarkeit der Zielgruppen sind folglich im vorliegenden Artikel nicht berücksichtigt. Schwerpunkte des Interviewleitfadens waren: Herausforderungen und Chancen in der Umsetzung des Modellprojekts; Entwicklungsprioritäten; (neue) Zielgruppen und Barrieren in deren Erreichbarkeit; Einschätzung und Realisierbarkeit der Grundideen des Projekts; Visionen. Für diesen Artikel wurde der Fokus auf die Aspekte der Zielgruppenerreichbarkeit gelegt.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet, vollständig transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte unter Anwendung von MAXQDA 12 in Anlehnung an das Thematische Kodieren (Flick 2016). In einem ersten Schritt wurden dazu alle Aussagen zu einem Themenbereich (z. B. ‚schwer erreichbare Zielgruppen‘) fallbezogen offen kodiert (Strauss 1991) und kategorisiert. Diese Kategorien wurden anschließend zwischen den einbezogenen Fällen abgeglichen, um eine fallübergreifende thematische Struktur zu entwickeln. Diese weist – was die hier interessierende Frage von Zielgruppen und Zielgruppenerreichbarkeit anbelangt – folgende Gliederung auf, an der entlang auch unsere anschließende Ergebnisdarstellung orientiert ist:

- (1) Zielgruppen und Problemlagen
- (2) Barrieren der Erreichbarkeit von Zielgruppen
  - (2.1) Nutzerseitige Barrieren
  - (2.2) Angebotsseitige Barrieren
- (3) Ansätze zur Überwindung der wahrgenommenen Barrieren

An die Herausarbeitung dieser thematischen Struktur schloss sich eine Feinanalyse der einzelnen Kategorien an. Dazu wurden unter Anwendung des Strauss'schen Kodierparadigmas (Strauss 1991) einzelne, den jeweiligen Kategorien zugeordnete Textpassagen (z. B. Erzählungen der Interviewten zu Strategien, alte Menschen im Quartier als Zielgruppe des Modellprojekts anzusprechen) in ihrem Sinngehalt interpretiert.



An die Bewertung dieser Studie wurden nicht die ‚klassischen‘ Gütekriterien von Objektivität, Validität und Reliabilität herangetragen, da deren Übertragbarkeit auf die qualitative Forschung sehr kritisch betrachtet wird (Flick 2014: 413). Stattdessen wurde in der Studie eine Methodentriangulation als Strategie der Geltungsbegründung angewandt, die auf eine Erweiterung des methodisch-theoretischen Zugangs zum Untersuchungsgegenstand zielt und somit dessen Vielschichtigkeit Rechnung zu tragen versucht (ebd.: 419). In dieser Studie wurden dazu – neben den hier berichteten Experteninterviews und der bereits erwähnten Bedarfs- und Angebotsanalyse – noch weitere Methoden zum Einsatz, auf die in diesem Artikel aus Kapazitätsgründen allerdings nicht eingegangen werden kann. Hierzu gehören insbesondere Interviews mit Nutzer\_innen von Angeboten des Modellprojekts bzw. mit deren Angehörigen sowie eine Analyse von Nutzer- und Nutzungsdaten sowie von Nutzeranfrage.

## 4. Ergebnisse

Zunächst wird betrachtet, welche Zielgruppen aus Sicht der Expert\_innen im Zuge der Öffnung der Heime für das Gemeinwesen erreicht werden sollen, wie sich ihr Bedarf und ihre Bedürfnisse darstellen und was die Modelleinrichtungen beitragen könnten. Anschließend wird analysiert, welche Barrieren sich bei der Erreichbarkeit dieser Zielgruppen stellen und welche Strategien geeignet erscheinen, um sie künftig besser zu erreichen.

### 4.1 Öffnung für den Sozialraum: wahrgenommene Adressat\_innen und Unterstützungsbedarf

Die ‚neuen‘ Adressat\_innen der Angebote in den Modelleinrichtungen sind ganz allgemein alte Menschen, die in eigener Häuslichkeit „fußläufig“ (Frau Gänze<sup>3</sup>, 80<sup>4</sup>) zu der jeweiligen Einrichtung wohnen. Diese Adressat\_innen stellen sich aus Sicht der Expert\_innen insofern als eine sehr heterogene Gruppe dar, da ihnen lediglich ein bestimmter Lebensabschnitt gemeinsam ist, „(...) wir bringen wieder Menschen, die alle in der Lebensphase Alter sind, zusammen“ (Herr Günter, 85). Für sinnvoll wird daher eine möglichst breite Ansprache alter Menschen im Quartier erachtet.

Für die Expert\_innen ist es wichtig, dass sich die Angebote der Pflegeeinrichtungen nicht nur an Menschen richten, die bereits pflegebedürftig nach SGB XI sind, sondern generell Unterstützungsbedarf von alten Menschen adressiert wird, da hier bereits Versorgungslücken bestehen können, „(...) im Vorfeld von Pflege ist es ja im Grunde genommen auch schon das Problem“ (Frau Grobe, 75).

Die Interviewten sehen hier einen Auftrag, Unterstützung zu bieten, der über den gesetzlichen Rahmen stationärer Pflegeeinrichtungen hinausgeht, aber unter präventi-

<sup>3</sup> Alle Namen wurden anonymisiert.

<sup>4</sup> Bei den hinter den anonymisierten Namen von Expert\_innen angegebenen Ziffern handelt es sich um Absatzmarken der zugrundeliegenden MAXQDA-Datei.



ven Gesichtspunkten und für die Gesunderhaltung alter Menschen zentral ist. Der Anspruch, präventiv und bedarfsorientiert zu agieren, wird dadurch konkretisiert, dass die Modelleinrichtungen speziell jene alten Menschen adressieren, die von ‚herkömmlichen Angeboten‘ nur unzureichend erreicht werden. Genannt werden hier insbesondere alte Menschen, die allein leben, sich einsam fühlen und nicht selten unter depressiven Verstimmungen leiden. Sie könnten von den Gruppenangeboten und Begegnungsmöglichkeiten, die in den Heimen bereits existieren bzw. modellhaft erprobt werden, besonders profitieren. Eine weitere Zielgruppe sind nach Ansicht der Expert\_innen ältere Menschen, die von (leichteren bis mittleren) demenziellen Veränderungen betroffen sind und für die in den Heimen bereits eine gute Expertise besteht.

Darüber hinaus werden in den Interviews speziell alte Männer als Zielgruppe angesprochen, die in der stationären Pflege unterrepräsentiert sind und denen nach Meinung einzelner Expert\_innen der Weg in (teil-)stationäre Versorgungsformen über niedrigschwellige Zugänge besser erschlossen werden sollte. Schließlich sollten bei Pflegebedürftigkeit ambulante und stationäre Hilfen ‚aus einer Hand‘ gewährt werden können, „(...) *wir möchten, dass Menschen in Versorgungsketten bei uns sind*“ (Frau Gast, 85).

Welche Zielgruppen im Quartier von den Angeboten des Modellprojekts verstärkt adressiert werden sollten, thematisierten nicht nur die Expert\_innen in den Interviews. Erkenntnisse dazu ließen sich vielmehr auch aus dem im Rahmen dieser Studie durchgeführten Community Health Assessments ableiten (Hämel et al. 2017a). Als Zielgruppen wurden dort ältere sozial benachteiligte Menschen, alleinlebende Ältere sowie ältere Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert. Auf die beiden letztgenannten Gruppen nehmen auch die befragten Expert\_innen Bezug, nicht aber auf Menschen in sozial prekären Lebenssituationen. Stattdessen fokussieren die Expert\_innen im Weiteren auf Menschen mit dementiellen Veränderungen oder depressiven Störungen sowie allgemein auf alte Männer als Zielgruppen, an die sich das Projekt richten sollte.

## 4.2 Herausforderungen in der Erreichbarkeit

Die Erreichbarkeit alter, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Quartier wird aus Sicht der Expert\_innen durch nutzer- sowie angebotsseitige Barrieren eingeschränkt.

### 4.2.1 Nutzerseitige Barrieren

Wie die Interviewten verdeutlichen, ist es für viele alte Menschen selbstwertbedrohlich, sich eingestehen zu müssen, nicht mehr wie gewohnt und scheinbar mühelos für sich selbst sorgen zu können. Im Bestreben, dieses Bild von sich selbst möglichst lange aufrechtzuerhalten und Ängste angesichts der eigenen gesundheitlichen Verwundbarkeit nicht zuzulassen, wird die Inanspruchnahme von Hilfen dort, wo sie präventiv ansetzen könnten, verzögert.

„Da brauche ich ja auch erst mal eine eigene Einschätzung für meine ganz persönliche Situation (...) jemand, der sein Leben lang für sich gesorgt hat (...) sich plötzlich Gedanken machen zu müssen, dass es da doch Schwierigkeiten gibt, das ist noch nicht so ganz einfach (...) da machen wir, glaube ich, gerne alle die Augen ein bisschen zu.“ (Frau Grobe, 79)

Eine schlechte Erreichbarkeit von alten Menschen erklärt sich für die Befragten zudem daraus, dass sie sich oftmals „(...) zum letztmöglichen Zeitpunkt mit dem Thema Pflege und Tod“ (Frau Guse, 27) beschäftigen. Eine Auseinandersetzung mit der Frage, wie eine Versorgung im (hohen) Alter aussehen sollte, damit sie eigenen Ansprüchen und Bedürfnissen und vorhandenen physischen, psychischen und kognitiven Möglichkeiten so weit wie möglich entspricht, versuchen viele alte Menschen eher zu vermeiden. Professionelle Pflege nehmen sie den Erfahrungen der Expert\_innen zufolge vor allem in akuten Krisensituationen in Anspruch, mithin ‚aus der Not‘ heraus, wenn sich z. B. Gesundheitsprobleme zuspitzen.

Speziell, wenn Menschen unter demenziellen Veränderungen oder unter Depressionen leiden, kommt als Barriere der Erreichbarkeit noch hinzu, dass sie sich von ihrem Umfeld zurückziehen, weil sie sich ihrer wahrgenommenen Hilflosigkeit schämen. So werden von den Expert\_innen Denkmuster beschrieben, die ihnen bei Nutzer\_innen begegnet sind bzw. sich bei ihnen erahnen lassen.

„(I: Da gibt es ja dann zum Beispiel auch wieder im Prinzip die Scham?) (...) B: Ja, in der Depression heraus auch, ne, ‚Ich will ja auch keinem zur Last fallen und will das auch keinem deutlich machen, wie, wie armselig ich hier lebe. Wie einsam ich hier lebe‘ (...).“ (Herr Gandalf, 76-79)

Für professionell Pflegende sind Betroffene, die sich auf diese oder andere Weise sozial zurückziehen, nicht mehr sichtbar, speziell dann nicht, wenn es keine Angehörigen gibt, die auf sie aufmerksam machen. Zu sozialem Rückzug trägt auch ein geringes Einkommen bei, denn es begrenzt nicht nur Handlungsspielräume, sondern führt überdies bei den alten Menschen auch zu Scham und Selbstzweifeln.

Die von uns Befragten verdeutlichen auch geschlechtsspezifische Unterschiede der Erreichbarkeit. So fühlen sich nach Wahrnehmung der Expert\_innen insbesondere alte Männer durch die Angebote der Modelleinrichtungen kaum angesprochen, typische Angebote des geselligen Beisammenseins in den Modelleinrichtungen (Tanzen, Bewegen, offenes Café) richten sich – vermeintlich ? vor allem an Frauen. Indem alte Männer entsprechende Angebote als weiblich konnotieren, schrecken sie vor einer Inanspruchnahme zurück. Jedoch haben den Wahrnehmungen der Expert\_innen zufolge auch alte Männer ein Bedürfnis nach sozialer Einbindung und emotionaler Unterstützung, wenngleich sie dies eher zu verbergen suchen.

„Da sind manchmal aber die Bedürfnisse durchaus ja da, ne. Ins Gespräch zu gehen, in Interaktion, nicht mehr ganz so einsam zu sein, das würden die vielleicht nicht so zugeben, aber das ist schon so.“ (Frau Gast, 67)

#### 4.2.2 Angebotsseitige Barrieren

Eine schlechte Erreichbarkeit alter Menschen, die in der Nachbarschaft wohnen, erklärt sich für einige Interviewte auch aus angebotsseitigen Faktoren. Verwiesen wird darauf, dass offene Angebote in Pflegeeinrichtungen, die speziell auf Heimbewohner\_innen ausgerichtet waren und sich nun auch an alte ‚fitte‘ Menschen im Umfeld richten, oft nicht passgenau genug sind. Sie gehen an den Bedürfnissen derjenigen, die in eigener Häuslichkeit leben, vorbei und unterfordern sie vor allem kognitiv. Eine Anhebung des Anforderungsniveaus wird hingegen den Erfahrungen dieser Befragten zufolge den Heimbewohner\_innen nicht gerecht, da diese meist älter und stärker beeinträchtigt zu sein scheinen. Hinzu kommt, dass das Zusammensein mit gesundheitlich stark beeinträchtigten Menschen nach Meinung der Interviewten alte Menschen für eigene (drohende) chronische Beeinträchtigungen sensibilisiert und daher angstaussendend wirkt.

*„Wo ‘ne hohe Beteiligung von Bewohnern ist, da wird es schwierig, dass das angenommen wird (...) sitzen da viele Alte, Hilfebedürftige, schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen (...) das schreckt eher ab.“* (Herr Hanke, 55)

Eine weitere angebotsseitige Barriere, die alte Menschen von einer Inanspruchnahme abhält, liegt aus Sicht der Interviewten in dem verbreiteten Image von stationären Pflegeeinrichtungen, „Sterbehäuser“ (Herr Günter, 102) zu sein. Diese Wahrnehmung scheint den Institutionen auch dann noch anzuhafte, wenn sie ihre Nutzergruppen diversifizieren (möchten).

#### 4.3 Strategien für die Ansprache alter Menschen im Quartier

Um ältere Menschen aus dem Umfeld der Einrichtungen zu erreichen, wurde an den Standorten die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert. Durch Verteilung von Flyern per Postwurfsendung und als Auslage in anderen Einrichtungen im Quartier wurde auf (neue) Angebote in den Einrichtungen in der Breite aufmerksam gemacht. Die Befragten vermuten jedoch, dass ein größerer Teil der alten Menschen einen Flyer nicht wahrnimmt bzw. ihn nicht wahrnehmen will, weil sie eine Auseinandersetzung mit Themen wie Pflege und Pflegebedürftigkeit vermeiden.

Effektiver als das Verteilen von Flyern erweist es sich nach den Erfahrungen der Interviewten, Multiplikator\_innen im Quartier zu gewinnen, die wiederum ihnen bekannte alte Menschen auf die Angebote der Pflegeeinrichtungen hinweisen. Als solche Multiplikator\_innen kommen für sie insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiter\_innen von Pflegediensten und Kirchengemeinden infrage.

Als weitere Strategie werden alte Menschen, die im Umfeld der Modelleinrichtungen wohnen, zu geselligen Veranstaltungen (z. B. Seniorencafé, Tanzcafé) eingeladen, um eine niederschwellige Möglichkeit für ein Kennenlernen und den sozialen Austausch zu schaffen: *„(...) die Menschen brauchen Kaffee und Kuchen“* (Frau Guse, 145).

Für einen Zugang zu alten Menschen, die sehr zurückgezogen leben, ist nach Ansicht einzelner Interviewter aufsuchende Arbeit innerhalb des Quartiers notwendig. Sie ermöglicht es, Betroffene in ihrer Lebenswelt anzusprechen – etwa im Rahmen von präventiven Hausbesuchen – und alltägliche Hilfebedürfnisse zu erkennen. Um mittels aufsuchender Arbeit älteren Menschen Wege zu Angeboten der Einrichtungen zu bahnen, ist es nach Einschätzung der Befragten wichtig, dass es stets ein- und dieselben sind, die als Kontaktpersonen für die alten Menschen fungieren, deren unterschiedliche Sorgen und Belange zu verstehen suchen und für die neuen Angebote des Modellprojekts werben. Erst das Vorhandensein persönlicher Ansprechpartner\_innen ermöglicht es den alten Menschen aus Sicht der Interviewten, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und Hilfen auch ‚gern‘ anzunehmen. Inwieweit alte Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, für Angebote in ‚Pflegezentren‘ erreichbar sind, steht und fällt insofern wesentlich mit der Person, die aufsuchend arbeitet und sich dazu entweder zu den alten Menschen in die Häuslichkeit begibt oder sie während geselliger Zusammenkünfte im Quartier zu ‚treffen‘ versucht.

*„(...) da brauchen Sie richtig eine Persönlichkeit, die das kann und die das gerne macht (...) die ist auch so eine kleine Menschenfängerin, ne, wenn die umherläuft, die kriegt die Leute einfach durch ihre sehr sorgende Art (...) dass die gerne kommen (...) kann ein Top-Projekt sein, aber das lebt von den Leuten, die das umsetzen.“ (Frau Gast, 77)*

## 5. Diskussion der Studienergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass sich mit der Öffnung von Pflegeheimen für den Sozialraum und mit dem Aufbau von neuen Angeboten die Zielgruppen professioneller Pflege ausdifferenzieren und erweitern. Insbesondere stellt sich die gesundheitliche Situation und das Ausmaß von Beeinträchtigungen der Klient\_innen breiter dar. Dabei steht der Anspruch, Angebote in den Modelleinrichtungen sozial integrierend zu gestalten, weite Teile der Bevölkerung im Alter zu adressieren und alte Menschen zusammenzubringen, im Spannungsfeld zur Vorstellung, Angebote ‚passgenau‘ auf individuelle Bedürfnisse abzustimmen. Eine größere Diversität der Zielgruppen stellt Pflegeeinrichtungen, die sich für das Quartier öffnen, vor die Herausforderung, mit eben dieser Diversität umgehen zu lernen, um Zielgruppen (dauerhaft) zu erreichen.

Den interviewten Expert\_innen zufolge nehmen vor allem alte Männer Angebote in den Modelleinrichtungen nur zögernd an, weil diese in ihren Augen eher etwas ‚für Frauen‘ sind, die größere Bedürfnisse nach Unterstützung und sozialen Kontakten zu haben scheinen. Ein solches Resultat findet seine Widerspiegelung in den Ergebnissen anderer Studien, denen zufolge sich ältere Frauen von älteren Männern in ihrem Gesundheitsverständnis und ihrem Verständnis von ‚gesundem Altern‘ unterscheiden. Während für Männer primär physische Fitness wichtig ist, um gesund zu bleiben, sehen ältere Frauen hierfür eine Vielzahl unterschiedlicher Aktivitäten als bedeutsam an, so etwa Gedächtnistraining, Gespräche oder tagesstrukturierende Strategien (Patzelt et

al. 2016) – mithin Aktivitäten, wie sie auch von den hier berichteten Modelleinrichtungen vorgehalten werden.

Die im Rahmen des Modellprojekts durchgeführte Dokumentation von Teilnehmerzahlen bestätigt diese Sichtweise dahingehend, dass alte Männer offene Angebote in den Modelleinrichtungen insgesamt seltener in Anspruch nehmen. Dies trifft allerdings nicht auf Angebote wie einen Mittagstisch oder eine Skatrunde zu, die alte Männer häufig annehmen. Die Frage, wie Männer verstärkt erreicht werden können und ob die Erreichbarkeit von alten Männern durch geschlechtsspezifische Gruppenangebote verbessert werden könnte, gewinnt in der Altenhilfe und -pflege zunehmend an Aufmerksamkeit, ist jedoch wissenschaftlich noch wenig untersucht (Heusinger et al. 2015).

Ob alte Menschen im Quartier erreicht werden, unterliegt unseren Studienergebnissen zufolge neben der Geschlechtsspezifität noch anderen Faktoren. Den Erfahrungen der Expert\_innen nach scheuen viele alte Menschen, die (noch) in eigener Häuslichkeit leben, vor der Inanspruchnahme von Angeboten des Modellprojekts zurück, weil sie stolz sind, ihren Alltag bisher weitgehend ohne fremde Hilfe zu meistern. Dass alte Menschen auf Unterstützung verzichten, weil sie sich als ‚zu gesund‘ betrachten und weil es für sie ‚abschreckend‘ wirkt, Angebote gemeinsam mit den Bewohner\_innen stationärer Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, hat sich auch in anderen Studien gezeigt (Helmer-Denzel 2016; Gebert et al. 2010). In eigener Häuslichkeit lebende hilfe- und pflegebedürftige Menschen, so die Ergebnisse unserer Analysen, werden von den Angeboten der Modelleinrichtungen gerade dann besonders schlecht erreicht, wenn sie (bereits) vereinsamt sind und/oder sich krankheitsbedingt von ihrem sozialen Umfeld zurückziehen.

Vorliegende Studien und Berichte (Heusinger et al. 2017; Walter et al. 2015; SVR 2014) zeigen auch, dass sozial benachteiligte alte Menschen pflegerische Angebote seltener nutzen. Die von uns Befragten verweisen dagegen nur ausnahmsweise darauf, dass auch prekäre soziale und ökonomische Verhältnisse dazu führen, dass sich die betroffenen Menschen nach außen abschotten und für Angebote des Modellprojekts unerreikbaar werden.

Wie im Ergebnis der vorliegenden Studie deutlich wird, können unterschiedliche Strategien dazu beitragen, ältere Menschen im Quartier zu erreichen. Das Vorgehen ist weitgehend identisch mit den in der Literatur dargelegten Ansätzen zum Zugang zu ‚Hard to reach‘-Populationen (Heusinger et al. 2017; Walter et al. 2015; Patzelt et al. 2016) und umfasst aufsuchende Arbeit (WHO 2015) sowie Ansprache über Multiplikator\_innen, die für die alten Menschen im Quartier besondere Vertrauenspersonen sind und als solche das ‚Mandat‘ besitzen, sie über Angebote des Modellprojekts zu informieren und zur Inanspruchnahme zu motivieren (Liljas et al. 2017).

## 6. Implikationen für die Pflege

Damit es gelingen kann, Heime für das Quartier zu öffnen und alte Menschen auch präventiv zu erreichen, ist es wichtig, dass Pflegenden die Lebens- und Versorgungssituationen im Quartier möglichst genau kennen und verstehen. Dies, um einen Zugang zur Zielgruppe zu etablieren und geeignete Angebote entwickeln zu können. Dazu ist es für die professionelle Pflege wichtig, vertrauensvolle Beziehungen zur Zielgruppe aufzubauen, pflegerische und psycho-soziale Hilfen stärker zu verzahnen und Pflege sozialraumorientiert auszurichten. In einem allgemeineren Kontext ist die Pflege – auch im Rahmen deren Akademisierung (Simon et al. 2015) – gefordert, sich neuen, erweiterten Aufgaben und Rollen zu stellen, die – so lehrt das Beispiel der Altenpflege – nicht allein in mehr klinischer Tätigkeit liegen können, sondern Strategien einer gemeindeorientierten Pflege umfassen müssen (Kendall et al. 2017), wie sie für die Professionalisierung von Community Health Nurses beschrieben wurden (Saucier Lundy et al. 2009; Shuster 2012).

In dem hier berichteten Modellprojekt wurden entsprechende Schritte eingeleitet, beispielsweise alte Menschen im Quartier proaktiv über Hausbesuche aufgesucht, vermehrte Einladungen der Nachbarschaft in die Häuser ausgesprochen und Dialoge mit (potentiellen) Nutzer\_innen initiiert. Diese und weitere Ansätze einer sozialraumorientierten Pflege können weder ‚nebenbei‘ von Pflegenden erledigt werden, noch ist ihre Umsetzung allein eine Frage ‚des guten Willens‘. Um den Dialog mit den Adressat\_innen in der Gemeinde zu entwickeln, um deren Perspektiven, Gewohnheiten und Bedürfnisse in Erfahrung zu bringen und um Angebote mithin nutzerorientiert zu gestalten, ist eine Stärkung des Methodenrepertoires und der Expertise von Pflegenden in der gemeindeorientierten Pflege erforderlich, die sich auch in der Pflege(aus)bildung entsprechend niederschlagen sollte.

### **Einhaltung ethischer Richtlinien**

Interessenkonflikt. Die Autorinnen geben an, dass diese Studie aus Mitteln der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW für die Evaluation des Modellvorhabens „Pflege stationär – Weiterdenken“ gefördert wird (Az.: SW-620-660-Z). Die Universität Bielefeld erhält die Mittel für die Evaluation als Letztzuwendungsempfänger über den Träger des Modellvorhabens, das Alters-Institut gGmbH. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgt nach den Regeln des Zuwendungsvertrags unabhängig von möglichen Interessen des Trägers des Modellprojekts.

Für die Durchführung der Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Bielefeld nach den Ethikrichtlinien der Dt. Gesellschaft für Psychologie e.V. vor (Aktenzeichen EUB 2016-140).



## Literatur

- Bleck, C./van Rießen, A./Schlee, T. (2018): Sozialraumorientierung in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Bezüge und zukünftige Potenziale. In: Bleck, C./van Rießen, A./Knopp, R. (Hrsg.): *Alter und Pflege im Sozialraum*. Wiesbaden: Springer VS, 225-247
- Brieskorn-Zinke, M. (2007): *Public Health Nursing. Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer
- Burdine, J.N./Smith, L.U. (2017): Introduction: Why a Special Issue on „Community Health Assessment“? In: *Journal of Public Health Management and Practice* 23 (Suppl 4), S1-S2
- DBfK – Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe (2018): *Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*. Berlin: Agnes-Karll-Gesellschaft/DBfK Bundesverband
- Flick, U. (2016): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Flick, U. (2014): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur, N./Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 411-423
- Gebert, A./Seifert, K./Weidner, F. (2016): *Modellprojekt Gemeindegewestplus. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur „Implementierungsphase“*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. <[https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere\\_Menschen/AM\\_Dokumente/Bericht\\_zur\\_Implementierungsphase\\_des\\_Modellprojekts\\_Gemeindegewestplus\\_in\\_RLP.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Bericht_zur_Implementierungsphase_des_Modellprojekts_Gemeindegewestplus_in_RLP.pdf)> [Stand 2018-06-21]
- Gebert, A./Weidner, F. (2010): *PON – Ergebnisbericht der Adressatenbefragung. Evaluation der die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren des Präventiven Hausbesuches im Kreis Siegen-Wittgenstein*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. <<https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/PON-Ergebnisbericht-Adressatenbefragung.pdf>> [Stand 2018-06-07]
- Hämel, K. (2012): *Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung*. Wiesbaden: Springer VS
- Hämel, K./Kafczyk, T./Vorderwülbecke, J./Schaeffer, D. (2017a): *Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P17-155. Bielefeld: IPW – Institut für Pflegewissenschaft
- Hämel, K./Backes, D.S./Giovannella, L./Büscher, A. (2017b): *Familiengesundheitsstrategie in Brasilien? Profilierung der Pflege in der Primärversorgung*. In: *Pflege & Gesellschaft* 22 (1), 35-50
- Hämel, K./Vössing, C. (2017c): *The collaboration of general practitioners and nurses in primary care – a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain*. *Primary Health Care Research & Development* 18 (5), 492-506
- Hämel, K./Kafczyk, T./Vorderwülbecke, J./Schaeffer, D. (2017d): *Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P17-155. Bielefeld: IPW - Institut für Pflegewissenschaft
- Helmer-Denzel, A. (2016): *Quartiersarbeit in der Altenhilfe – Die Mühen der Ebene*. In: Naegele, G./Olbermann, E./Kuhlmann, A. (Hrsg.): *Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. Wiesbaden: Springer VS, 389-403
- Heusinger, J./Falk, K./Khan-Zvornicanin, M./Kammerer, K./Zander, M./Kümpers, S. (2012): *Spielräume und Restriktionen für Selbstbestimmung trotz Pflegebedarf*. In: *Pflege & Gesellschaft* 17 (2), 149-161
- Heusinger, J./Berndt, S./Dummert, S. (2015): *Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohnern. Teilstudie des ZQP-Projekts Bedürfnisgerechte Pflege und Genderspekte. Kurzbericht*. Berlin: Institut für Gerontologische Forschung. <[https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2016\\_05\\_13\\_Kurzbericht\\_Bewohnerbefragung\\_geschlechtsspezifische\\_Pflege\\_vf.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2016_05_13_Kurzbericht_Bewohnerbefragung_geschlechtsspezifische_Pflege_vf.pdf)> [Stand 2018-09-13]
- Heusinger, J./Hämel, K./Kümpers, S. (2017): *Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter. Zukunft der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50 (5), 439-445



- Hummel, K. (1986): Das gemeinwesenorientierte Konzept der Altenarbeit. In: Hummel, K./Steiner-Hummel, I. (Hrsg.): Wege aus der Zitadelle: gemeinwesenorientierte Konzepte in der Altenpflege. Hannover: Vincentz, 1-72
- Kendall, S./Bryar, R. (2017): Stärkung der Pflege in der Primärversorgung in Europa: die Bedeutung einer positiven Praxisumgebung. In: Pflege & Gesellschaft 22 (1), 5-18
- Kricheldorf, C. (2015): Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In: van Rießen, A./Bleck, C./Knopp, R. (Hrsg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 15-30
- Liljas, A.E./Walters, K./Jovicic, A./Ilffe, S./Manthorpe, J./Goodman, C./Kharicha, K. (2017): Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. In: BMC Public Health 17 (1)
- 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
- Patzelt, C./Heim, S./Deitermann, B./Theile, G./Krauth, C./Hummers-Pradier, E./Walter, U. (2016): Reaching the Elderly: Understanding of health and preventive experiences for a tailored approach – Results of a qualitative study. In: BMC Geriatrics 16 (210)
- Pennel, C.L./Burdine, J.N./Prochaska, J.D./McLeroy, K.R. (2017): Common and Critical Components Among Community Health Assessment and Community Health Improvement Planning Models. In: Journal of Public Health Management and Practice 23 (Suppl 4), S14-S21
- Reifegerste, D. (2014): Gesundheitskommunikation für schwer erreichbare Zielgruppen. In: Hurrelmann, K./Baumann, E. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber, 170-182
- Saucier Laundry, K./Janes, S. (2009): Community Health Nursing: Caring for the Public's Health. Burlington: Jones & Bartlett Learning
- Shuster, G. (2012): Community as Client: Assessment and Analysis. In: Stanhope, M./Lancaster, J. (Hrsg.): Public Health Nursing: population-centered health care. Riverport Lange, Missouri: Elsevier, 396-428
- Simon, A./Flaiz, B. (2015): Der Bedarf hochschulisch qualifizierter Pflegekräfte aus Sicht der Praxis – Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: Pflege & Gesellschaft 20 (2), 154-172
- Strauss, A. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München: Fink
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bern: Huber
- van Rießen, A./Bleck, C./Knopp, R. (2018): Sozialräumliche Perspektiven in pflegerischen Kontexten des Alterns. In: Bleck, C./van Rießen, A./Knopp, R. (Hrsg.): Alter und Pflege im Sozialraum. Wiesbaden: Springer, 1-15
- Walter, U./Jahn, I. (2015): Zielgruppen erreichen – Zugangswege gestalten. In: Gesundheitswesen 77 (Suppl 1), S14-S18
- WHO – World Health Organization (2015): World Report on Ageing and Health. Genf: WHO

*Dr. Gundula Röhsch*

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6: Pflege- und Versorgungsforschung, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, gundula.roehnsch@uni-bielefeld.de

*Prof. Dr. Kerstin Hämel*

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6: Pflege- und Versorgungsforschung, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, kerstin.haemel@uni-bielefeld.de