



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung



Jedes  
Alter  
zählt  
Die Demografiestrategie  
der Bundesregierung



Eine Initiative des Bundesministeriums  
für Bildung und Forschung

Wissenschaftsjahr 2013

DIE DEMOGRAFISCHE  
CHANCE

## Demografie-Werkstattgespräch in Frankfurt „Mit guter Pflege zu mehr Lebensqualität“

Dokumentation / Materialsammlung



## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Idee der Demografie-Werkstattgespräche.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Format des Werkstattgesprächs in Frankfurt a.M. ....</b>	<b>3</b>
<b>3. Forschungsfragen von morgen .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Blick in die Zukunft:</b>	
<b>Wie wollen wir pflegen und gepflegt werden? .....</b>	<b>6</b>
4.1. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen .....	8
4.2. Zugrundeliegende wissenschaftliche und technologische Erkenntnisse.....	9
4.3. Maßnahmen, Produkte und Dienstleistungen.....	10
4.4. Auswirkungen auf die Gesellschaft .....	11
<b>5. Diskussion in Kleingruppen.....</b>	<b>12</b>
5.1. Neue Technologien in der Pflege .....	12
5.2. Lebensqualität erhalten z.B. bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen.....	14
5.3. Genderperspektiven und bürgerschaftliches Engagement .....	16
5.4. Mobilität – Facetten von Barrierefreiheit.....	18
5.5. Migration und Interkulturalität.....	19
<b>6. Individuelle Priorisierung durch die Teilnehmer.....</b>	<b>22</b>

# 1. Idee der Demografie-Werkstattgespräche

Im ersten Halbjahr 2013 werfen Senioren und Forscher einen gemeinsamen Blick in die Zukunft, um Forschungsfragen von morgen zu identifizieren. Denn zukünftige Lösungen, Produkte und Dienstleistungen sollen bereits ab dem Zeitpunkt der Ideenfindung konsequent an den realen Bedürfnissen älterer Menschen ausgerichtet werden. Jedes der sechs Demografie-Werkstattgespräche ist einem Feld der Forschungsagenda der Bundesregierung für den demografischen Wandel „Das Alter hat Zukunft“ gewidmet. Die Veranstaltungsreihe wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V. durchgeführt.

In einem abschließenden Fachgespräch werden die Erkenntnisse zusammengeführt und forschungsfeldübergreifend diskutiert. Ein Katalog mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Forschungsagenda „Das Alter hat Zukunft“ dokumentiert die Ergebnisse.

## 2. Format des Werkstattgesprächs in Frankfurt a.M.

Die Veranstaltung in Frankfurt fand am 19.06.2013 in Kooperation mit dem Fachbereich 4, Soziale Arbeit und Gesundheit, der Fachhochschule Frankfurt am Main statt.

### Sprecher der Seniorensseite:



**Hans Georg Gabler**  
Mitglied des Seniorenbeirats Frankfurt  
Kiesstr. 28, 60486 Frankfurt  
Tel.: 069 70 73 152  
georggabler@gmx.net

### Sprecherin der Forscherseite:

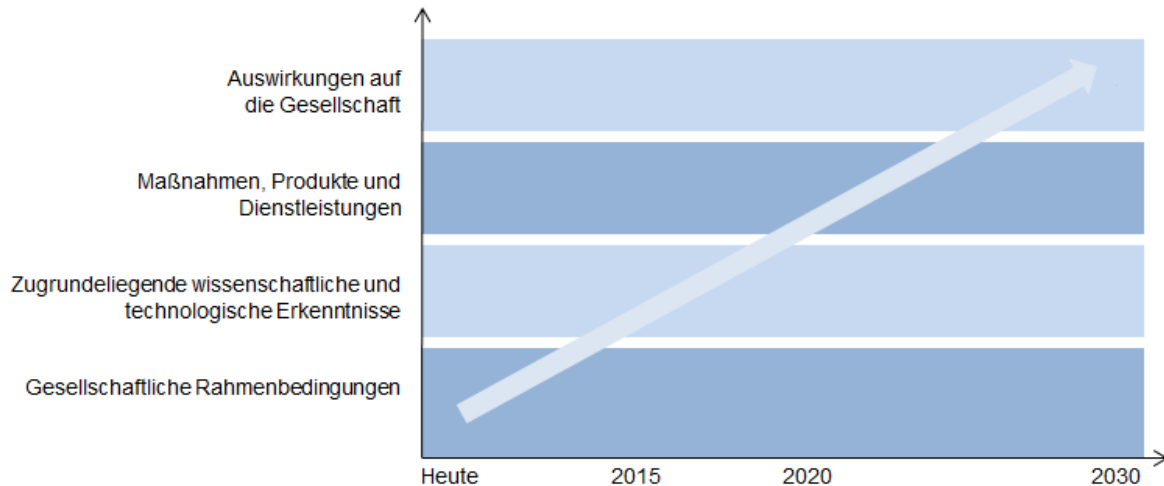


**Prof. Dr. Barbara Klein**  
Fachhochschule Frankfurt am Main  
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt  
Tel.: 069 1533 2877  
bklein@fb4.fh-frankfurt.de

„Mit guter Pflege zu mehr Lebensqualität“ war das zentrale Forschungsthema, welches im Fokus der letzten von sechs Veranstaltungen stand. Die inhaltliche Arbeit wurde, wie an allen Standorten, im Rahmen von zwei Workshopformaten geleistet. Am Vormittag diskutierten die Teilnehmer, moderiert von Nachwuchsforschern, in fünf Kleingruppen bestehend aus je 4 Senioren und 2 Forschern zu den Themen:

- Neue Technologien in der Pflege
- Lebensqualität erhalten, z. B. bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen
- Genderperspektiven und bürgerschaftliches Engagement
- Mobilität – Facetten von Barrierefreiheit
- Migration und Interkulturalität

Am Nachmittag folgte ein Blick in die Zukunft: „Wie wollen wir pflegen und gepflegt werden?“ Mit Hilfe der Strukturlegetechnik (auch Visual-Roadmapping-Methode genannt) soll im gemeinsamen Gespräch das komplexe Wechselspiel aus vier relevanten Fragestellungen (siehe Grafik) abgebildet und die Entwicklung über den Zeitraum von heute bis ins Jahr 2030 betrachtet werden:



Je zwei Gruppen („orange“ und „grün“) zu je 10 Senioren und 5 Forschern diskutierten entlang eines Zeitstrahls bis 2030 folgende Fragen:

- Welche politischen und gesellschaftlichen Veränderungen beeinflussen wie wir zukünftig pflegen oder gepflegt werden?
- Auf welche Fragen können und müssen Wissenschaft und Technik Antworten finden, damit wir die Herausforderungen meistern können?
- Wie können neue Maßnahmen, Produkte und Dienstleistungen den demografischen und gesellschaftlichen Wandel gestalten und unterstützen?
- Welche Auswirkungen haben die beschriebenen Veränderungen auf unser eigenes Leben und auf die gesamte Gesellschaft?

Die Workshops wurden von Mitarbeiterinnen der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH moderiert. Die beiden Gruppen arbeiteten nach dem Prinzip des „Welt-Café“ im Wechsel an beiden Strukturlegetechniken mit.

### 3. Forschungsfragen von morgen

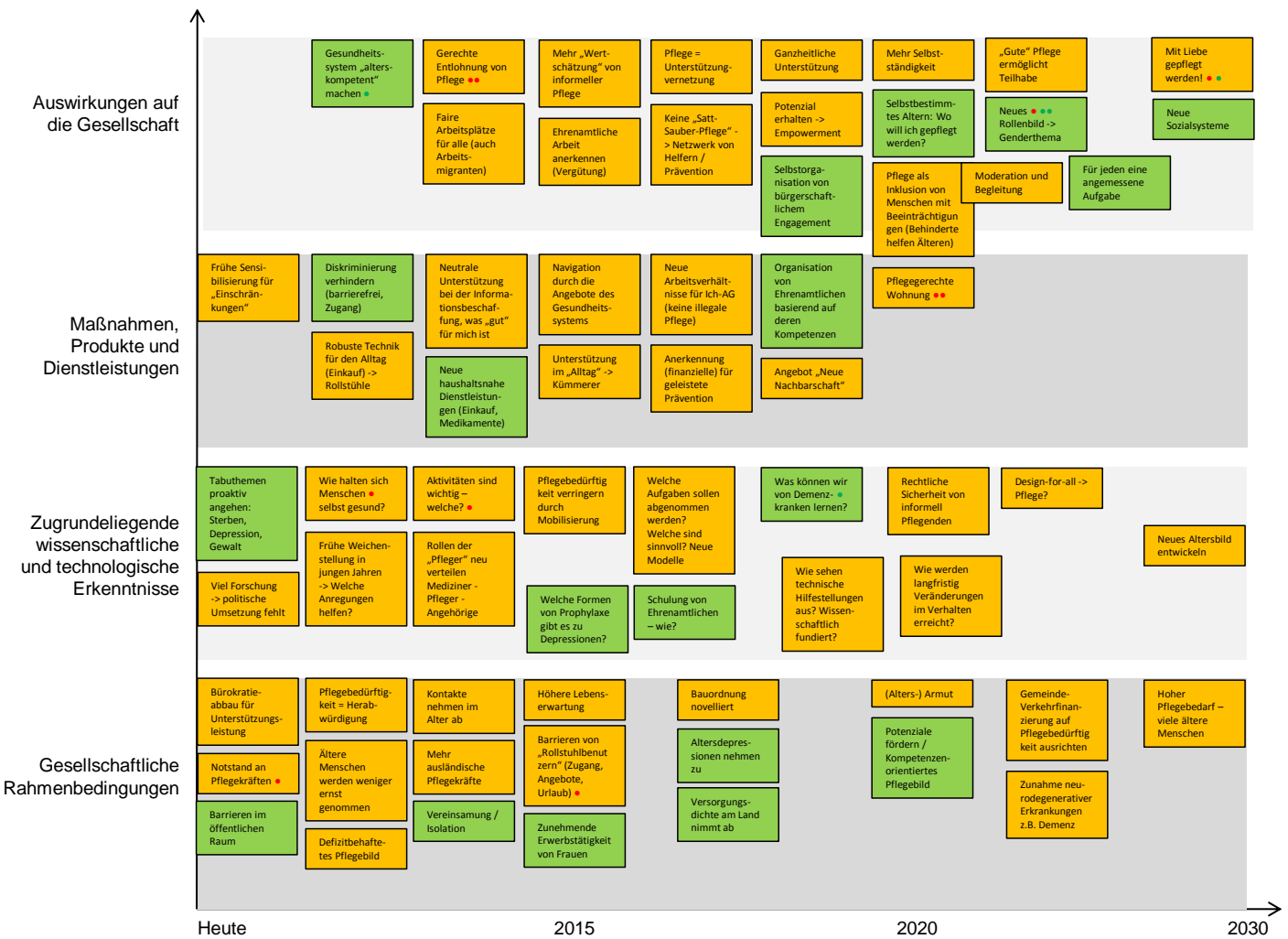
Im Rahmen der Diskussion wurden folgende 14 Forschungsfragen dokumentiert:

1. Was ist gute Pflege?
2. Wie können Versorgungsmodelle zu einem bedarfsgerechten Hilfemix optimiert werden?
  - Wie kann Pflege in der Familie ermöglicht werden?  
=> finanziell, strukturell, Belastbarkeit
  - Wie kann Pflege im Quartier ermöglicht werden?
3. Welche Auswirkungen haben neue Technologien auf Dienstleistungsorganisationen?
  - Welche strukturelle Veränderungen und welche Ablauforganisationen sind nötig? Welche sind möglich?
  - Durchführen einer Kosten-Nutzen-Analyse / Evaluation
4. Welche Chancen und Risiken bringt die Internationalisierung der Pflege mit sich?
5. Wie sollte das Verhältnis zwischen angemessener Hilfe und Aktivierung vorhandener Potenziale gestaltet sein, ohne dass der Mensch durch die Umwelt bevormundet wird?
6. Wie können langfristige Verhaltensänderungen erzielt werden, um Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern (Prävention)?
7. Wie kann Technik angemessen helfen, die sich verringernden Ressourcen der Pflegekräfte auszugleichen?
8. Wie können ältere Menschen im gesundheitskompetenten Leben unterstützt werden?
9. Wie kann bürgerschaftliches Engagement umgesetzt werden?
  - a. bei selbstorganisierten Wohnkonzepten
  - b. bei „neuen“ Pflegekonzepten
10. Welche Anreizsysteme eignen sich z. B. für zielgruppenorientierte Kommunikation in Bezug auf
  - a. Prävention
  - b. Rehabilitation
  - c. Gesundheitsförderung?
11. Wie kann eine „Pflegekultur“ etabliert werden? (Staat <--> Familie)
12. Wie kommen wir zu einem neuen Sozialmodell?  
z. B. Einsatz von Instrumenten der Wirtschaft, um die finanziellen Herausforderungen der Pflege abzufedern?
13. Kann der Ansatz eines „bedingungslosen“ Grundeinkommens „potente“ Kunden für Pflege generieren?
14. Welche Anreize können für eine freundlichere Beratung in Behörden geschaffen werden?

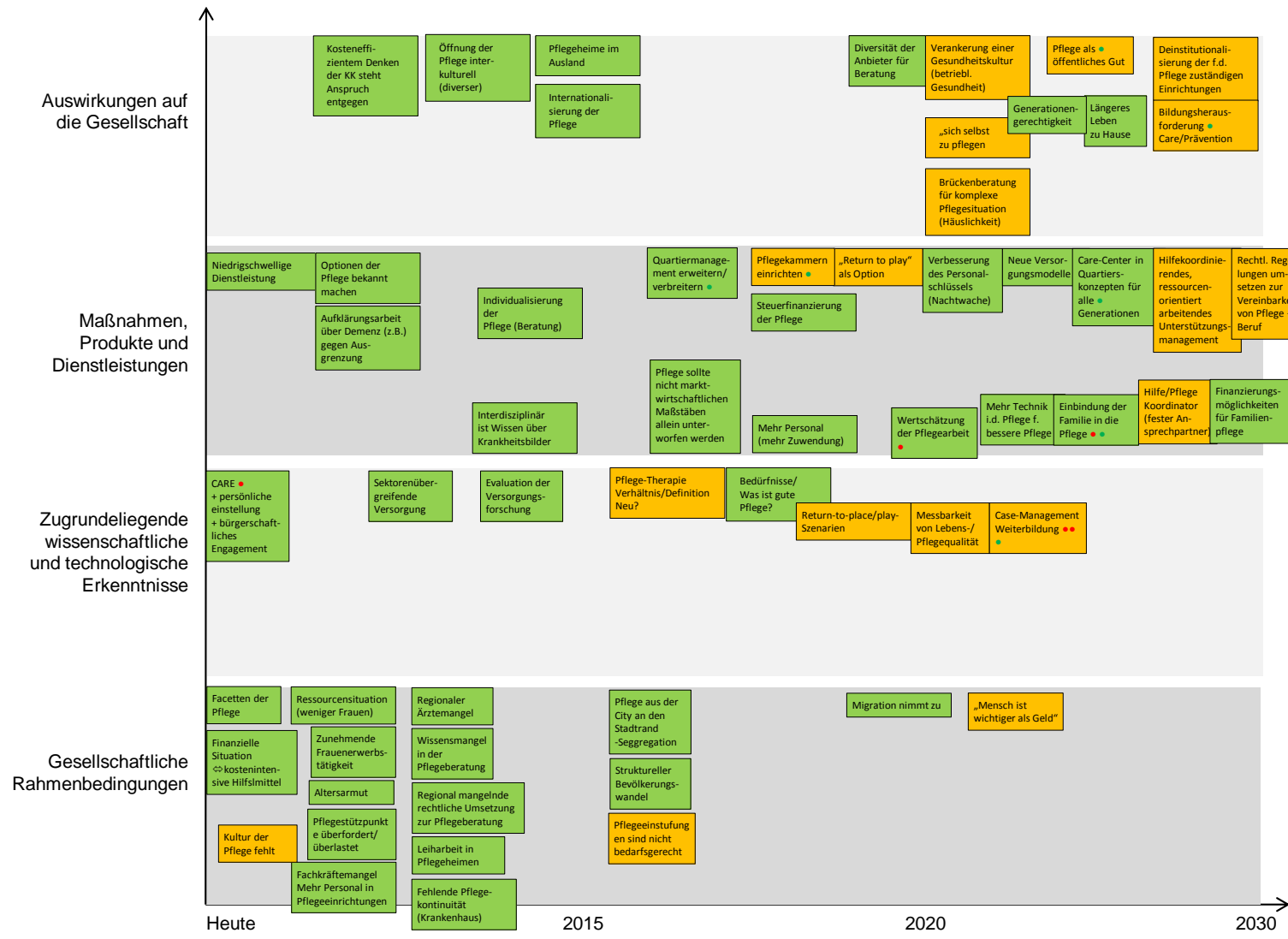
## 4 Blick in die Zukunft: Wie wollen wir pflegen und gepflegt werden?

Bei den in diesem Kapitel erarbeiteten Punkten handelt es sich um Reflexionen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die übergeordnete Fragestellung, die spontan genannt, erwartet oder gar befürchtet werden. Die Aufzählung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Gruppe „orange“







## **4.1. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen**

### **II Heute**

Eingangs wurde auf die ganz unterschiedlichen Facetten der Pflege aufmerksam gemacht. Pflege schließt Prävention, gesundheitliche Pflege, sowie Betreuung und Sorge ein. Die höhere Lebenserwartung wird begrüßt, bringt aber aufgrund abnehmender Kontakte im Alter auch Vereinsamung und Isolation für viele Menschen mit sich. Generell wurde festgestellt, dass es in Deutschland keine Kultur der Pflege gibt. Das Bild von Pflege ist defizitorientiert und eine Pflegesituation kommt nach Aussage der Teilnehmer oft einer Herabwürdigung des Gepflegten gleich. Beklagt wurde von Pflegesituationen größtenteils persönlich betroffenen Teilnehmern, dass ein immenser Wissensmangel in der Pflegeberatung bestehe. Viele Pflegestützpunkte seien überfordert und überlastet und die Qualität der Beratung entsprechend mangelhaft, obwohl sie gesetzlich vorgehalten werden muss. Auch die Kosten der Hilfsmittel überfordern heute schon die finanziellen Möglichkeiten vieler. Gewünscht wurde hier ein spürbarer Bürokratieabbau für Unterstützungsleistungen. Pflegeeinstufungen werden als nicht bedarfsgerecht empfunden. Diese Kritik der Teilnehmer setzte sich auch bei der Beurteilung der Pflegeeinrichtungen selbst fort: der Fachkräftemangel im Pflegesektor führe zu einem spürbaren Notstand an Pflegekräften und zu fehlender Pflegekontinuität. Leiharbeit gehört zum Alltag der Pflegedienstleistungen. Gleichzeitig sind immer mehr Frauen erwerbstätig, so dass der Anteil der familiären Pflege zurückgehen wird. Regionaler Ärztemangel wird bereits heute wahrgenommen. Beklagt wurden bauliche, aber auch finanzielle Barrieren im öffentlichen Raum, die insbesondere für Rollstuhlfahrer sehr problematisch sind. Hierzu gehört auch die Möglichkeit mit Pflegebedürftigen bezahlbaren Urlaub zu machen.

### **🕒 2020**

Bis 2020 wird erwartet, dass die (Alters-)Armut weiter zunimmt und es zu einem strukturellen Bevölkerungswandel kommt. Migration wird ebenfalls zunehmen und damit auch die Anzahl von Pflegepatienten nicht-deutscher Herkunft. Ebenso wird Pflegepersonal aus dem Ausland immer selbstverständlicher. Darüber hinaus wird erwartet, dass die Versorgungsdichte auf dem Land abnimmt. Gleichzeitig wird es eine Verdrängung der „Schwächeren“ aus den Citys an die Stadtränder geben. Altersgerechtes Bauen bedarf einer verbindlichen Novellierung der Bauordnung. Themen wie Altersdepression werden noch präsenter. Gleichzeitig wird erwartet, dass sich ein positives Pflegebild durchsetzt, das von aktiver Förderung von Potenzialen und Kompetenzen geprägt sein wird.

### **▶▶ 2030**

Für 2030 wird erwartet, dass es einen hohen Pflegebedarf und viele alte Menschen geben wird. Dies wird auch zur Zunahme von neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenz führen. Vorgaben wie die Gemeindeverkehrsfinanzierung müssen noch mehr auf die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Eines war allen Teilnehmern wichtig: Der Mensch muss (auch) in Zukunft wichtiger sein als Geld.



## **4.2. Zugrundeliegende wissenschaftliche und technologische Erkenntnisse**

### **II Heute**

In der Forschung rund um die Pflege spielt das bürgerschaftliche Engagement eine wichtige Rolle. Dazu wird derzeit erforscht, welche Aufgaben durch Ehrenamtliche mit abgedeckt werden können und entsprechende neue Modelle entwickelt. Die Frage danach, wie die Ehrenamtlichen geschult werden sollen, spielt hier eine herausgehobene Rolle. Auch das persönliche Engagement für die eigene Gesundheit und die der Angehörigen ist aktuell ein wichtiges Forschungsfeld. Hier, so die Erkenntnis, müssen bereits in jungen Jahren Weichen gestellt werden. Es wird untersucht, wie Menschen sich selbst gesund halten können und welche Aktivitäten wichtig sind. Auch die Reversibilität von Pflegebedürftigkeit durch Mobilisierung ist ein Thema. Zudem wird „Depression im Alter“ aktuell in der Forschung aufgegriffen. Übergeordnet gilt es, die sektorenübergreifende Versorgung weiter zu untersuchen und die Versorgungsforschung zu evaluieren. Interdisziplinärer Austausch ist auch beim Wissen über Krankheitsbilder gefragt. Im Dreiklang von Medizin, Pflege und Angehörigen gilt es Rollen neu zu verteilen. Tabuthemen wie Sterben, Depression und Gewalt müssen erforscht und öffentlich angesprochen werden. Wie auch bei anderen Forschungsfeldern wurde beklagt, dass zwar viele Erkenntnisse der Forschung vorliegen, diese jedoch nicht den Weg in die Praxis finden.

### **↻ 2020**

Bis 2020 gilt es, die Begriffe und das Verhältnis von Pflege und Therapie neu zu definieren. Dieser Ansatz wird untermauert durch sogenannte „Return to Play“ Szenarien, die durch gezielte Aktivierung einen einmal erreichten Pflegebedarf wieder verbessern können. Die Frage danach, was „gute“ Pflege ausmacht, ist auch vor dem Hintergrund dieser Neudefinitionen von Pflege und Therapie zu beantworten. Hier kann Forschung wichtige Beiträge leisten. Forschungsfragen müssen auch die Frage von Technikeinsatz in der Pflege näher untersuchen. Es gilt wissenschaftlich fundiert nach Möglichkeiten für ein längeres Leben zu Hause durch Technik zu forschen. Ebenso ist die rechtliche Sicherheit von informeller Pflege zu untersuchen. Erkenntnisse über Demenz müssen zum Nutzen der Gesellschaft weiter erforscht werden.

### **» 2030**

Langfristig wird ein „Design für alle“ gefordert, dass auch Selbstständigkeit von Menschen in Pflegesituationen stärkt. Die Messbarkeit von Lebens- und Pflegequalität ist eine Frage, der sich die Forschung in Zukunft zu stellen hat. Casemanagement und Weiterbildung sind zentrale Aspekte zur Professionalisierung des Pflegewesens. Die Forschung wird Antwort auf die Frage finden, wie langfristige Veränderungen im Verhalten erreicht werden können. Die große Aufgabe der Gesellschaft ist es, auf Basis fundierter wissenschaftlicher Erkenntnisse, ein neues Altersbild zu entwickeln.

## 4.3. Maßnahmen, Produkte und Dienstleistungen

### II Heute

Von den Teilnehmern wird eine frühe Sensibilisierung der Bevölkerung für Auswirkungen und Folgen von altersbedingten Einschränkungen gefordert. Dies könnte helfen Diskriminierungen durch Barrieren und fehlende Zugänge zu verhindern. Aufklärungsarbeit über altersbedingte Krankheiten wie Demenz soll Ausgrenzung entgegen wirken. Krankheitsbilder sollen interdisziplinär betrachtet werden. Ein besonderer und akuter Bedarf wird bei der Navigation durch die Angebote des Gesundheitssystems gesehen. Optionen der Pflege sollen kompetent und verlässlich vermittelt werden. Gewährleistet werden soll die Möglichkeit einer neutralen Informationsbeschaffung. Individuelle Beratung und Pflege sollen an Stelle einer Einheitsberatung erbracht werden. Robuste Technik für den Alltag, wie z. B. (Einkaufs)-Rollstühle, werden gewünscht, teilweise kombiniert mit niedrigschwelligen, haushaltsnahen Dienstleistungen. Aber immer soll der menschliche „Kümmerer“ eine prominente Rolle im Alltag spielen.

### ☺ 2020

Auch in naher Zukunft soll Pflege nicht alleine an marktwirtschaftlichen Maßstäben gemessen werden. Dies gilt neben dem Umgang mit Pflegebedürftigen auch für die Pflegekräfte. Hier sollen „illegale“ Pflegedienstleistungen in legale Anstellungen überführt werden. Für 2020 wird die Einrichtung einer „Pflegekammer“ als sinnvoll eingeschätzt. Diese kann auch einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung einer Pflegekultur beitragen. In diesem Konzept soll auch die finanzielle Anerkennung für geleistete Prävention berücksichtigt werden, so einige der Teilnehmer. Als Maßnahme werden neue Versorgungsmodelle gefordert, die z. B. eine „Return to Play“ Option, also den Schritt von der Pflege in die Reha, vorsehen. Die Erhöhung des Personalschlüssels, z. B. bei der Nachtwache, wird als eine akut notwendige Maßnahme im deutschen Gesundheitssystem gesehen. Die Organisation von Ehrenamtlichen soll u. a. auch basierend auf deren Kompetenzen erfolgen. Auch weiche Faktoren, wie die höhere Wertschätzung der Pflegearbeit, werden als Maßnahme gefordert. Im Quartierbereich können sich die Teilnehmer gut das Angebot „Neue Nachbarschaften“ vorstellen. Hier sollen ehrenamtliche Potenziale in einem abgegrenzten, lokalen Raum effektiv organisiert werden.

### ▶▶ 2030

Bis 2030 wird erwartet, dass neue Versorgungsmodelle entstehen werden. Als allumfassende Dienstleistung wurde der Begriff des „hilfekoordinierenden und ressourcenorientierten Unterstützungsmanagements“ genannt. Auch für die Zukunft wird der Bedarf an kompetenten Beratungsangeboten von den Teilnehmern herausgehoben. Auch komplexe Pflegesituationen sollen mit dieser Beratung zu Hause möglich sein, wofür aber auch genügend pflegegerechte Wohnungen zur Verfügung stehen müssen. Technik wird gerade in der häuslichen Pflege eine immer bedeutendere Rolle spielen. In Konzepte der Pflege sollen stärker als bislang die Familie / informelle Pflege eingebunden werden. Dabei sollen die Finanzierungsmöglichkeiten für die Familienpflege berücksichtigt werden. Auch rechtliche Regelungen, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu ermöglichen, gilt es zu bedenken. Auch dafür sollen „Care Center“ in allen Quartieren als Anlaufpunkt für alle Generationen eingerichtet werden. Der Hilfe- und Pflegekoordinator steht als fester Ansprechpartner in diesen lokalen Einheiten zur Verfügung.

## 4.4. Auswirkungen auf die Gesellschaft

### II Heute

Nach Ansicht der Teilnehmer steht heute das Kosteneffizienzdenken der Krankenkassen dem Anspruch an gute Pflege entgegen. Die Teilnehmer fordern faire Arbeitsplätze und Löhne in der Pflege für alle, explizit auch für Arbeitsmigranten. Es ist schon heute absehbar, dass sich die Pflege interkulturell und international öffnen wird. Beispielsweise gibt es bereits Pflegeheime für deutsche Patienten im Ausland. Es werden erste Anstrengungen unternommen, das Gesundheitssystem „alterskompetent“ zu gestalten. In diesem Zusammenhang wird informelle Pflege mehr wertgeschätzt und ehrenamtliche Arbeit (auch finanziell) mehr anerkannt.

### 🕒 2020

Das Konzept der „Satt und Sauber“-Pflege gehört immer mehr der Vergangenheit an. Die Diversität der Anbieter für Beratung und Pflege wird zunehmen. Dabei wird es immer stärker um den Erhalt von Potenzialen (Empowerment), um die Stärkung der Selbstständigkeit und um eine ganzheitliche Unterstützung gehen. Solche Unterstützungsnetzwerke entstehen durch Selbstorganisation von bürgerschaftlichen Engagement. Ziel ist ein selbstbestimmtes Altern inkl. der Frage: „Wo will ich gepflegt werden?“ Pflege und Versorgung werden aber auch neue Wege gehen. So gibt es erste Ideen die Inklusion von Menschen mit Behinderungen zu befördern, indem sie in der Altenpflege geeignete Aufgaben übernehmen. Dies bedarf aber einer professionellen Begleitung und Moderation der involvierten Personen.

### ➡ 2030

Bis 2030 werden neue Sozialsysteme erwartet, die auch der Generationengerechtigkeit Rechnung tragen sollen. Die Teilnehmer vermuten die Verankerung einer neuen gesellschaftlichen Gesundheits- und Pflegekultur in allen Lebensbereichen. Als Bildungsherausforderung stehen die Themen „Versorgung“ und „Prävention“ auf der Agenda aller Generationen. Auch die Notwendigkeit „sich selbst zu pflegen“ wird als wichtige gesellschaftliche und auch individuelle Maßnahme für ein langes unabhängiges Leben erkannt. „Gute Pflege“ wird bis 2030 als ein öffentliches Gut (gesellschaftlicher Wert) anerkannt sein, das Teilhabe ermöglicht. Die Einrichtungen, die heute für Pflege zuständig sind, werden sich verändern. Ein längeres Leben zu Hause wird bis 2030 für mehr Menschen als bislang möglich sein. Moderation und Begleitung von Pflegenden wird gewährleistet und vermeidet Überlastung und Konflikte in der Pflege. Es wird für jeden eine angemessene Aufgabe in der Pflege geben. Ein neues komplexeres Rollenbild von Männer- und Frauenaufgaben entsteht. Eine Teilnehmerin beantwortete die Frage: „Wie wollen wir pflegen und gepflegt werden?“ mit den treffenden Worten: „Mit Liebe!“

## 5. Diskussion in Kleingruppen

### 5.1. Neue Technologien in der Pflege

Berichtersteller Prof. Dr. Barbara Klein, Fachhochschule Frankfurt am Main  
Nadine Konopik, Goethe-Universität Frankfurt

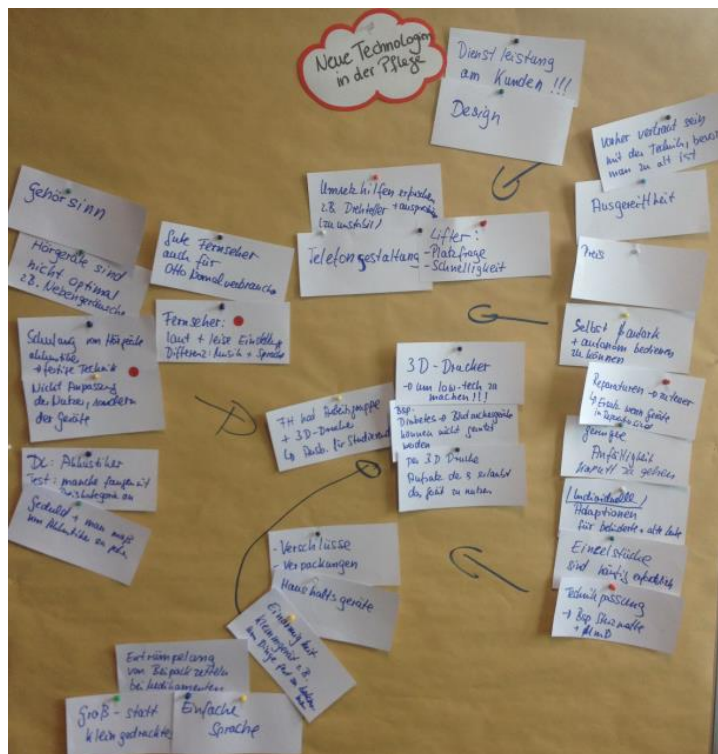
#### Beschreibung des Themas im Vorfeld des Werkstattgesprächs

Selbstbestimmtes Wohnen in den eigenen vier Wänden ist für ältere Menschen nach wie vor die meist gewünschte Wohnform. Besondere Bedeutung kommt dabei dem physischen und dem sozialen (nahen) Wohnumfeld der Personen zu. Wie kann die Versorgung mit Dingen des alltäglichen Lebens und deren Erreichbarkeit langfristig und auch bei Mobilitätseinschränkungen gewährleistet werden? Wie können (notwendige) Wege und Distanzen zurückgelegt werden? Wie kann Mobilität im Wohnumfeld bezahlbar und gesichert werden?

#### Ergebnis der Kleingruppe „Neue Technologien in der Pflege“

##### **Forschungsbedarf bei der Verbesserung vorhandener Produkte und Dienstleistungen rund um die Veränderungen des Gehörsinns:**

Hörgeräte werden häufig nicht getragen, da sie nicht optimal auf den Benutzer eingestellt sind. Beispielsweise werden Nebengeräusche nur unzulänglich gefiltert, so dass Gespräche nicht verstanden werden. Die Erfahrungen eines Teilnehmers, die dabei u. a. auch auf einer Befragung von Hörgeräteakustikern basieren, zeigten, dass diese häufig lediglich eine bestimmte Technik kennen und verkaufen möchten. Dienstleistungserbringer wie Hörgeräteakustiker müssen besser geschult sein, damit sie die Geräte anpassen können. Thematisiert werden u. a. die vielen unterschiedlichen Informationen, mit



denen Patienten / Kunden zurecht kommen und sich orientieren müssen (z. B. von verschiedenen Hörgeräteakustikern, Ärzten, Leistungserbringern). Manche Hörgeräteakustiker begannen bei der Beratung im oberen Preissegment. Es erfordere viel Geduld verschiedene Angebote einzuholen. Es gäbe zudem eine Vielzahl an (preislich stark differierenden) Angeboten. Eine ähnliche Problematik haben Fernsehgeräte. Vielen Geräten fehlen spezifische Einstellungsfunktionen bezüglich Laut-/ Leise-Einstellungen sowie dem Zusammenspiel von Musik und Sprache. Obwohl einer der Teilnehmenden sich mit einer Fernsehanstalt diesbezüglich in Verbindung gesetzt hat, gab es keine Reaktion darauf. Solche Funktionen werden gewünscht, und zwar nicht nur für teure, sondern auch für „Otto-Normalverbraucher-Fernsehgeräte“.

**Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Produktgestaltung, so dass diese die Autonomie und Selbstständigkeit auch bei schwer(st)en Einschränkungen ermöglichen:**

Als Beispiel wird das schnurlose Telefon genannt, das kein automatisches Wählen oder Abheben bei Schwerstbehinderung ermöglicht. Bislang wird immer Unterstützung durch eine weitere Person benötigt.

**Handlungsbedarf im Bereich des Personentransfers:**

Bei Umsetzhilfen und Liften geht es vor allem um die Platzfrage, Schnelligkeit und Platzgestaltung sowie tatsächliche und wahrgenommene Sicherheit. Das Hilfsmittel „Drehteller“ sei zu unstabil.

**Forschungsbedarf bei Verschlüssen, Verpackungen, Haushaltsgeräten und Beipackzetteln:**

Bei vielen Produkten ist eine Anpassung an alters-, krankheits- und behinderungsbedingte Funktionsverluste erforderlich (beispielsweise das Öffnen von Schraubverschlüssen z. B. von Flaschen auch bei Arthrose oder nachlassenden Kräften). Beipackzettel, insbesondere bei Medikamenten, sollten entrümpelt und wichtige Information in großer Schrift und einfacher Sprache dargestellt werden (einfache Sprache als Technik für Alle).

**Forschungsbedarf bei der Nutzung von High-Tech-Geräten zur Produktion individualisierter Low-Tech-Hilfen für ältere, kranke und behinderte Menschen:**

3D-Drucker können die individualisierte Produktion von technischen Hilfsmitteln ermöglichen. Prinzipiell könnte mit einem 3D-Drucker – relativ preisgünstig – eine individuelle Adaptionen von Hilfsmitteln erfolgen. Beispiel: einem der Teilnehmer ist es aufgrund seiner Behinderung nicht möglich, sich selbst Insulin zu spritzen. Über einen 3D-Drucker könnte ein Aufsatz erstellt werden, der es ihm persönlich ermöglichen würde, sich selber Insulin zu spritzen. Ebenso könnten z. B. auf die Person und ihre jeweilige Funktionseinschränkung abgestimmte, individuelle Tasten / Tastatur für die Bedienung eines PCs produziert werden. Diskutiert wurden Überlegungen, ob die FH Frankfurt eine Arbeitsgruppe ins Leben ruft, die sich zusammen mit Studierenden mit solchen Themen (Anforderungsanalyse, Konzeption und Programmierung von 3D-Druckern zur Erstellung individualisierter Hilfsmittel) auseinandersetzt. Notwendig ist dafür eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Forschung. Auf Grund der relativ geringen Sachkosten könnte zu Beginn die jeweilige Adaption / Weiterentwicklung als Versuch und Irrtumsprozess mit den Beteiligten gestaltet werden.

**Übergreifender Forschungs- und Umsetzungsbedarf**

- Produktdesign mit dem Ziel Autonomie, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit zu fördern
- Nicht-stigmatisierendes Design (Design for All)
- Ausgereiftheit der Produkte, wenn diese in den Markt kommen
- Komplexitätsreduktion anstelle von Überkomplexität
- Haltbarkeit, Robustheit und geringe Störanfälligkeit
- Preis, der allen eine Teilhabe und Nutzung ermöglicht
- Mehr Service: z. B. Ersatzgeräte, wenn Geräte und Hilfsmittel in Reparatur müssen, Reparaturen dürfen nicht zu teuer sein

**Abgeleitet: methodische Fragestellungen**

- Welche Forschungsmethoden eignen sich zum Testen assistiver Technologien und Produkte hinsichtlich ihrer Ergonomie, Handhabung, Effektivität und Akzeptanz im täglichen Leben?
- Welche Methoden werden für eine systematische Weiterentwicklung benötigt? (z. B. Lifte sind Medizinprodukte – trotzdem werden sie von Pflegefachkräften aufgrund der „umständlichen“ Handhabung häufig unzureichend eingesetzt. Auch betroffene Personen fühlen sich beim Einsatz häufig unwohl.)

- Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Gestaltung von Beratungs- und Informationsmanagement sowie der Dienstleistung am Kunden.

## 5.2. Lebensqualität erhalten, z. B. bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen

Berichtersteller Sebastian Reutzel, Fachhochschule Frankfurt am Main  
Susanne Karner, Fachhochschule Frankfurt am Main

### Beschreibung des Themas im Vorfeld des Werkstattgesprächs

Gerontopsychiatrische Erkrankungen bedeuten eine hohe Belastung, sowohl für die Betroffenen, die sich mit ihren Veränderungen auseinandersetzen müssen, als auch für die pflegenden Angehörige und die professionell Tätigen. Ca. 75% der Menschen mit fortgeschrittener demenzieller Erkrankung haben Verhaltenssymptome unterschiedlichster Art. Forschungsarbeiten und Metastudien zeigen, dass abwechslungsreiche Beschäftigungen Symptome lindern und zu mehr Lebensqualität beitragen können. Wie können solche Erkenntnisse flächendeckend umgesetzt werden? Welche Ressourcen können dazu genutzt werden? Wie kann weiteres Wissen zur Lebensqualitätsförderung generiert werden?

### Ergebnis der Kleingruppe „Lebensqualität erhalten“

#### **Einleitung**

Die Teilnehmer brachten nach einer kurzen Vorstellungsrunde ihren persönlichen Bezug zum Thema ein. Hier ergab sich eine breite Aufstellung des Bezugs: Erfahrungen in der eigenen Familie, langjährige Tätigkeit in der Demenzberatung und auch Gedanken zum eigenen „Dementwerden“. Die Gruppe fokussierte sich von Anfang an auf die Demenz als gerontopsychiatrisches Problemfeld. Es ergaben sich in der Diskussion drei Cluster in denen die Gruppe zukünftiges Entwicklungspotential für mehr Lebensqualität sieht. Die Cluster wurden mit „Personenbezogene Aspekte“, Wohnen und Wohnumfeld“ und „Gesellschaftliche Aufgaben“ betitelt.



#### **Personenbezogene Aspekte**

Eine gute Pflege zeichnet sich durch eine noch stärkere Berücksichtigung biografischer Aspekte aus, als dies jetzt schon der Fall ist. Wichtig ist die Beibehaltung alter Gewohnheiten sowie die Möglichkeit Bedürfnisse ausleben zu können. Das Pflegen sozialer Kontakte ist ein entscheidendes Kriterium von Lebensqualität. Ethische Fragen sollten offener diskutiert werden (z. B. der Einsatz technischer Hilfen zur Personenortung). Sehr bedeutsam ist der intergenerationelle Austausch. Dabei geht es um die Förderung von Kommunikation unter Generationen bezüglich des Alterns. Für sich selbst Vorsorge treffen - in Form von Patientenverfügungen - ist entscheidend. Dies bedeutet ohne Angst alt werden zu können und sich mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen.

## **Wohnen und Umfeld**

Der soziale Einbezug der Person und ein Leben in der gewohnten Umgebung werden hervorgehoben. Ein Wohnortwechsel sollte mit individuellen Wohnkonzepten verknüpft werden, wie etwa das Leben zu Hause, in einer Gemeinschaftswohnung oder stationär. Nachbarschaftliche Organisation und eine Sensibilisierung des Wohnquartiers sind für die Lebensqualität wichtig. Dabei gilt es seniorengerechte Wohnimmobilien bereitzustellen. Im öffentlichen Raum sind beispielsweise Toiletten und bewegungsunterstützende Angebote zu schaffen, ebenso wie spezielle Bewegungsangebote für demenziell Erkrankte. Zitat: „Die Umwelt muss sich an den Demenzkranken anpassen. Er kann sich nicht mehr anpassen.“

## **Gesellschaftliche Aufgaben**

Demenz ist heute immer noch ein scham- und tabubesetztes Thema. Es gibt zu wenige Ärzte, die sich mit Demenz adäquat genug auskennen, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Die Öffentlichkeit sollte verstärkt für das Thema sensibilisiert werden, etwa durch demenzbezogene Filme. Informationen über Demenz sollten multimedial verbreitet werden. Über spezielle Demenzschulungen für bestimmte Schlüsseldienstleister (etwa: Polizei, Einzelhandel) sollte nachgedacht werden. Ein Informationsnetz sollte die Kommunikation und den Informationsfluss verbessern. In die Forschung, insbesondere in Sozialwissenschaften, Pflege- und Versorgungsforschung, sollte verstärkt investiert werden.

## **Forschungsbedarf**

### **Qualifizierung / Sensibilisierung der Öffentlichkeit**

- Entwicklung und Anwendung bedarfsorientierter Qualifizierungskonzepte zur öffentlichen Sensibilisierung für Themen wie Altern mit kognitiven Einschränkungen
- Reflexion von Altersbildern
- Entwicklung, Verbreitung und Untersuchung von diskursiven Mitteln wie Filme und Bücher, um Demenz zu einem breiteren Diskussionsthema zu machen. Dazu müsste ein neuer, weniger medizinischer Diskurs etabliert werden.

### **Quartiersbezug / Mobilität / Barrierefreiheit**

- Gestaltung von Lebensräumen, damit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sich wohlfühlen
- Erhaltung und Förderung von Mobilität bei kognitiven Einschränkungen; Identifizierung und Beseitigung von Barrieren
- Bearbeitung ethischer Fragen zur Mobilität von Menschen mit Demenz: Wie sieht das Spannungsverhältnis von Bewegungsförderung und Bewegungseinschränkung aus?

### **Bedeutung von Generationen, biografischen Aspekten und Willensfreiheit**

- Bedeutung des intergenerationellen Austauschs im Hinblick auf Lebensqualität im Alter
- Wie kann ein Austausch zwischen den Generationen im Hinblick auf Pflege gefördert werden?
- Bedeutung familiärer Unterstützung in der Pflege
- Wie kann die Patientenverfügung im Hinblick auf Erhaltung der Selbstbestimmung verbessert werden?
- Wie kann frühzeitig Vorsorge / Vorbereitung getroffen werden, um mit einer demenziellen Entwicklung zurechtzukommen.

### **Bedürfnisse befriedigen / äußern**

- Wie können Menschen mit Demenz dazu befähigt werden, trotz ihrer Einschränkungen ihre Bedürfnisse zu äußern und entsprechend auszuleben?
- Wie kann das Umfeld lernen damit umzugehen?
- Wie kann Kommunikation mit demenziell Beeinträchtigten so lange wie möglich aufrechterhalten werden?





Männer, sondern auch die Frauen berufstätig waren, habe es an der „Bereitschaft“ der Männer gefehlt. Wieweit hier rationale Opportunitätsüberlegungen ausschlaggebend waren (höheres und sicheres Einkommen der Männer) oder ob sich das Bild von der „weiblichen“ Pflege durchgesetzt hat, blieb offen.

### **Familienkonferenzen unterstützen**

Da auch familiäre Autoritäts- und Dominanzstrukturen die Entscheidung beeinflusst haben könnten, stellte sich in der Diskussion schließlich die entscheidende und weiterführende Frage: Wer könnte dabei unterstützen, eine von allen getragene „gerechte“ Lösung zu finden? Dies könnte beispielsweise moderierend im Rahmen einer einmaligen Familienkonferenz bzw. Helferkonferenz stattfinden. Eine solche Dienstleistung sollte für Familienverbände (oder auch Hausgemeinschaften) abrufbar sein.

### **Hilfe annehmen ist ... schwierig und unterschiedlich**

Ein weiterer Gesprächsfaden rankte sich um das Thema „Warum ist es so schwierig, Hilfe anzunehmen?“ Hierzu wurde eine Reihe von Vermutungen angestellt. Auf die Frage, weshalb es so schwierig ist, antwortete der am Gespräch beteiligte Mann kurz und bündig: „zu stolz“. Die Frau führte aus, dass sie es noch allein könne und niemanden „zu belästigen“ brauche. Darüber hinaus schilderte sie den Fall einer Verwandten, die sie regelmäßig im Krankenhaus besucht hat. Obwohl eine weibliche Fachkraft dieser Patientin gute Vorschläge gemacht habe, wie sie ihre Mobilität verbessern könne, hat sie alle abgelehnt und es vorgezogen, im Bett liegen zu bleiben. Für sie wäre es eine große Erleichterung gewesen, wenn die Patientin die angebotenen Hilfen angenommen hätte. Sie habe diese Funktion nicht übernehmen können.

### **Gendersensible Beratung**

Wie wäre wohl die Reaktion gewesen, wenn eine männliche Fachkraft diese Vorschläge gemacht hätte? Diese Szene verweist auf die Bedeutung einer gendersensiblen Beratung: Welche Rolle spielt das soziale Geschlecht in Situationen der Pflegeberatung? Hier gibt es erhebliche Herausforderungen, sowohl im Bereich der Pflegeforschung als auch im Bereich der Weiterbildung für die meist weiblichen Fachkräfte.

### **Männliches Engagement in der Sorge-Arbeit fördern**

Ein typisches Beispiel für ein genderbasiertes ehrenamtliches Engagement bot eine weitere Schilderung. Obgleich an den Rollstuhl gefesselt, hat ein ehemals selbständiger Dienstleister einen Krankenhaus-Besuchsdienst ins Leben gerufen. Aus seinem eigenen Umfeld des betreuten Wohnens hat er einen Kreis von 10 Frauen rekrutiert. Dieses Beispiel zeigt, wie (ältere) Männer die Erfahrungen und Kompetenzen aus ihrem Arbeitsleben, u. a. planen, organisieren und koordinieren, einsetzen können. Diese Ressourcen müssen gesehen und männliches Engagement im Bereich der Sorge-Arbeit gefördert werden.

### **Best-Practice Beispiele sammeln**

„Und was ist, wenn man alleine ist?“, fragte eine Teilnehmerin. Sie hatte versucht, die Nachbarschaft zusammen zu bringen, z. B. mit der Einladung zu einem gemeinsamen Kaffeetrinken. Aber es hat nicht so gut funktioniert. Nur zwei waren gekommen. Sie fragt sich, was kann man tun, damit sich mehr Leute engagieren. Als Lösung fällt ihr ein: „Darüber sprechen, was funktioniert, und publik machen, was man alles bewirken kann.“

### **Unterstützungspotenziale informeller sozialer Gruppen erkennen**

In der Diskussion wurde ferner auf die verdeckten Hilfe-Potenziale informeller, sozialer Gruppen hingewiesen. Am Beispiel von „Hundefreunden“, Hundehalterinnen und Hundehalter, die sich beim Spazierengehen treffen, oder zum Beispiel einer locker organisierten Wandergruppe wurde deutlich, dass hier Ressourcen schlummern: Der besondere Charme besteht in der Unverbindlichkeit der Teilnahme an solchen Aktivitäten, die zugleich aber „Möglichkeitsstrukturen“ für eine soziale Unterstützung bieten.

## 5.4. Mobilität – Facetten von Barrierefreiheit

Berichterstatte Prof. Dr. Christian Haas, Hochschule Fresenius  
Prof. Dr. Thomas Wolf, Hochschule Fresenius

### Beschreibung des Themas im Vorfeld des Werkstattgesprächs

Mobilität prägt den Lebensalltag – auch und gerade im Alter. Auf der einen Seite geht Alter oft mit einem Verlust an körperlicher Mobilität einher. Auf der anderen Seite gibt es heute vielfältige Möglichkeiten, trotz körperlicher Einschränkungen, mobil zu sein. Welche Bedeutung hat Mobilität für den Menschen im Alter? Wie können Pflegebedürftige mobilisiert werden? Welche Facetten weisen barrierefreie Lebensräume auf?

### Ergebnis der Kleingruppe „Mobilität – Facetten von Barrierefreiheit“

#### **Über den Stellenwert von Mobilität und die alltäglichen Erfahrungen**

Mobilität ist ein Merkmal unserer Gesellschaft, sie ist eine bedeutende Facette von Teilhabe und Lebensqualität und somit eng mit der UN-Behindertenrechtskonvention verbunden. Trotz des hohen Stellenwerts des Themas in der Gesellschaft, dem Vorhandensein von Gesetzen, Richtlinien, Normen und Hinweisen zur Mobilitätssicherung, erfahren ältere Mitbürger häufig Einschränkungen in ihrer Mobilität.

Insbesondere Personen mit Bewegungsstörungen sehen den wesentlichen Grund hierfür in nicht konsequent barrierefreien Lebensräumen. Die im Weg stehenden „physischen Barrieren“ werden nicht nur als Ausgrenzung empfunden, sondern auch als hochgradig entmündigend. Ferner nehmen ältere Mitbürger eine hohe Verletzungs- und Unfallgefahr wahr, wenn sie versuchen die Barrieren zu überwinden. Ebenso stellen sie eine hohe Standhaftigkeit der Barrieren fest, d. h. Hinweise (z. B. in Ämtern oder Ausschüssen auf bestehende Barrieren im öffentlichen Lebensraum und insbesondere im öffentlichen Personennahverkehr) werden kaum aufgegriffen bzw. unzureichende Lösungsmöglichkeiten geschaffen. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen haben junge Senioren Angst vor dem Älterwerden und den damit assoziierten Folgen und entwickeln Wut auf das „System“, das ihnen wenig hilfsbereit, zu bürokratisch und kaum lösungsorientiert erscheint.



#### **Über die Perspektiven von Mobilität**

Älterwerden und weniger mobil bzw. immobil sein wird von den Senioren zunächst als eng miteinander verknüpft und als quasi-automatischer Prozess wahrgenommen. Ebenso wird das Potential, Mobilität dadurch zu erhöhen, dass die eigenen motorischen Ressourcen zur Barriereüberwindung systematisch trainiert und verbessert werden, zunächst als gering erachtet. Barrieren wurden ausschließlich als hindernd wahrgenommen. Eine nützliche, herausfordernde und auffordernde Funktion einer Barriere erschien den Senioren zwar

theoretisch möglich, aber eher als realitätsfern. Der weitere Diskussionsprozess ergab dann allerdings eine Perspektivenerweiterung: Bei gesamtgesellschaftlicher Betrachtung erfüllen Barrieren somit eine Doppelfunktion aus „Hindern an“ (Ausschluss, Ausgrenzung) und „Umgehen mit“ (Aufforderung, Training). Welcher Funktionsanteil dominiert, bzw. wie dieser wahrgenommen wird, hängt vor allem von den eigenen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten und nicht primär vom kalendarischen Alter ab. In Konsequenz bedeutet dies, dass eine Stigmatisierung des Alters bzw. Alterns – im Sinne von automatischen Negativszenarien – vermieden werden muss. Gleichzeitig bedarf es einer soliden Folgeforschung, die eine Einschätzung zukünftiger Bedingungen und Anforderungen erlaubt.

### **Über weitere Perspektiven und Barrieren**

Analog zur Doppelfunktion einer Barriere bietet auch das Thema „Pflege“ mehrere Perspektiven an. Unter guter Pflege kann somit einerseits verstanden werden „gut gepflegt zu werden“ und andererseits „sich selbst zu pflegen“ und fit und gesund zu halten. Pflege im Sinne eines „Health Care“-Verständnisses ist folglich nicht auf den Lebensabschnitt des höheren Alters beschränkt, sondern bedarf einer Betrachtung über die komplette Lebensspanne hinweg. Bereits im Zeitraum des Kindes- und Jugendalters und ebenso im Erwachsenenalter kommt der Pflege der eigenen gesundheitlichen Ressourcen sowohl eine entwicklungsfördernde als auch präventive Funktion zu und ist somit Teil eines umfassenden Gesundheitsverständnisses.

Die **Überwindung von „Barrieren im Kopf“** (Zitat eines Teilnehmers) und das Zulassen einer Multiperspektivität reduziert das Risiko, dass Konflikte zwischen den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (z. B. jung vs. alt, sehbehindert vs. gehbehindert) entstehen und sind somit eine Voraussetzung, um die demografische Entwicklung als Chance und nicht als Bürde zu verstehen.

## **5.5. Migration und Interkulturalität**

Berichtersteller Prof. Dr. Stefan Gaitanides, Fachhochschule Frankfurt am Main  
Dr. Agnieszka Satola, Hochschule Fulda

### Beschreibung des Themas im Vorfeld des Werkstattgesprächs

Der Anteil älterer Migranten wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Hierbei handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen kulturellen, sozio-ökonomischen und sozialen Hintergründen und Lebensbiographien. Über 65-jährige Personen mit Migrationshintergrund haben ein signifikant höheres Armutsrisiko. Zunehmend fehlen familiäre Netzwerke, die die Pflege erbringen können. Wie kann der Prozess interkultureller Öffnung bei der Gestaltung von Versorgungsangeboten für ältere Migranten organisiert werden? Welche Rolle spielen religions- und / oder ethniespezifische Anforderungen? Was bedeutet die interkulturelle Öffnung für vorhandene Leistungen der Regelversorgung?

## Ergebnis der Kleingruppe „Migration und Interkulturalität“

### **Unzureichende Forschungslage zu den Zugangsproblemen von älteren Menschen mit Migrationsgeschichte zur Altenhilfe und insbesondere zu Pflegeangeboten**

Aus der bisherigen Sekundärliteratur über ältere Migranten erfährt man nur rudimentär etwas über die Lage und Bedürfnisse dieser Gruppe als Adressaten von professionellen Pflegeangeboten. Es gibt zwar viele Mutmaßungen und hypothetische Einschätzungen von Fachpersonal über die Ursachen der quantitativ belegbaren unterdurchschnittlichen Nutzung der bestehenden Angebote. Aber es gibt wenig systematische, qualitative Studien, die sowohl die Sicht der Adressaten als auch der Fachkräfte sowie deren Kommunikations- und Interaktionsbeziehungen erforschen. Zudem neigen viele bisherige Berichte aus der Praxis häufig zu undifferenzierten, auf kulturelle Aspekte reduzierten Erklärungsmustern. Die strukturellen Barrieren für eine Inanspruchnahme der Angebote durch ältere Zuwanderer und die Qualifikationsdefizite bezüglich interkultureller Kompetenz werden seltener in die Analyse einbezogen.



Die bisherigen Annahmen und Behauptungen für die Nichtnutzung der Angebote (z. B. Pflege in der Familie als intergenerative Verpflichtung, Informationsdefizite, mangelnde Sprachkenntnisse, gesellschaftliche Benachteiligungen und Vorurteile gegenüber deutschen Institutionen) müssen daher gründlicher erforscht werden. Für die Entwicklung der niedrigschwelligen Angebote sollten vor allem auch die bisherigen und potenziellen Nutzer und Migrantenorganisationen selbst nach ihrem Bedarf und Angebotswünschen befragt werden. Es sollte zudem erforscht werden, welche unbeabsichtigten, aber systematischen Strukturen den Zugang zu den Pflegeinstitutionen / -angeboten verhindern.

### **Vorschläge zur Differenzierung und Systematisierung der qualitativen Forschung**

Das Thema Pflege in der Einwanderungsgesellschaft sollte im Gegensatz zu einseitig kulturalisierenden und ethnizierenden Beobachtungs- und Deutungsmustern milieuspezifisch und multiperspektivisch erforscht werden. Dabei sollten auch die gesellschaftlichen, sozialpsychologischen, rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen mit in den Blick genommen werden, die das Leben von Zuwanderern auch im Prozess des Alterns und die Konzepte des Altseins beeinflussen. Es ist nicht zu übersehen, dass die älteren Migranten aufgrund ihres Alters und ihres ethnisch-kulturellen Hintergrundes und anderer Kategorien, die entweder sichtbar sind oder konstruiert werden, mehrfach benachteiligt sind. Darüber hinaus waren die in die Jahre gekommenen Arbeitsmigranten überproportional niedrigqualifiziert beschäftigt, in Bereichen, für die in Zeiten der Vollbeschäftigungen keine inländischen Arbeitskräfte mehr zu finden waren. Daraus resultieren für viele überdurchschnittliche Frühverrentung, chronische Gesundheitsprobleme und Altersarmut.

### **Einschränkungen der familiären Pflege**

Auf den Prüfstein zu stellen wäre die Annahme, die aus traditionellen Familienkulturen stammenden älteren Zuwanderer könnten auf das soziale Kapital einer solidarischen „Quasi-Großfamilien“ auch in der Pflege zurückgreifen. Der soziale Wandel und der damit verbundene Individualisierungsprozess erfassen auch die zugewanderten Familien aus

traditionellen Herkunftsmilieus und das im Generationsmaßstab mit unterschiedlicher Geschwindigkeit, was zu Generationsspannungen führen kann. Dies beeinflusst auch die Einstellung und das Verhalten zur familiären Pflege der Eltern. Die objektiven Unterstützungspotenziale werden zudem durch strukturelle Zwänge eingeschränkt (kleine Wohnungen, berufliche Mobilität, keine Barrierefreiheit, Zwang zu Doppelverdienst in prekären, zeitflexiblen Arbeitsverhältnissen)

### **Konzepte interkultureller Öffnung: Aktuelle Situation und weitere Schritte**

Die wissenschaftlichen Begleiter von interkulturellen Öffnungsprozessen sind sich darüber einig, dass es sich hierbei um einen komplexen Organisations-, Personalentwicklungs- und Qualitätsentwicklungsprozess handelt, der von der Leitung engagiert und konsequent vorangetrieben und mit Ressourcen ausgestattet werden muss – u. a. für inhouse-Fortbildungen, Praxisberatungsbegleitforschung und mehrsprachige Öffentlichkeitsarbeit. Eine Delegation dieser Aufgabe an motivierte, einzelne Mitarbeiter und / oder einige wenige, sich selbst überlassene Fachkräfte mit Migrationshintergrund hat keine nachhaltige Veränderungswirkung. Interkulturelle Öffnung ist eine top-down / bottom-up Querschnittsaufgabe. Um die Informationsdefizite der Migrantenbevölkerung bezüglich Pflege abzubauen, sollte der Kontrakt und die Vernetzung mit migrantischen Mittlern (MiMi, Integrationslotsen usw.), mit den Migrationsdiensten, den Migrantenselbstorganisationen, den interkulturellen Büros und den örtlichen Arbeitskreisen zu Gesundheits- und psychosozialen Problemen von Migranten intensiviert werden. Deutschsprachige Informationen im Internet, die von internetgewohnten jüngeren Angehörigen genutzt werden, sollten ausgebaut werden.

### **Das Rad muss nicht neu erfunden werden**

Es gibt viele gute Beispiele erfolgreicher interkultureller Öffnung im Pflegebereich. Das aus einem bundesweiten Netzwerk entstandene „Memorandum Interkulturelle Altenhilfe – am Beispiel der Pflege“ wurde bereits 2002 veröffentlicht. Die Erfahrung der Forscher ist, dass der Wissenstransfer guter Praxis und die schriftliche, fachlich reflektierte Dokumentation im Alltagsstress untergehen. Daher wäre der erste Schritt einer handlungsorientierten Analyse, eine systematische Bestandsaufnahme von bewährten better-practice-Modellen und Konzepten. Zudem gibt es einige wenige wissenschaftlich begleitete Modellprojekte, die in eine Bestandsaufnahme eingehen sollten.



## 6. Individuelle Priorisierung durch die Teilnehmer

Zum Abschluss der Veranstaltung hatte jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer die Möglichkeit, fünf Klebepunkte auf die Themen und Fragen aller erarbeiteten Poster zu setzen, die aus persönlicher Sicht eine besonderer Priorität hatten. Die Tabelle stellt die ausgewählten Themen in absteigender Reihenfolge der Gesamtpunktzahl (GPZ) dar.

GPZ	Themen	For- scher	Sen- ioren	Poster
9	Wie kann bürgerschaftliches Engagement bei selbstorganisierten Wohnkonzepten / neuen Pflegekonzepten umgesetzt werden?	2	7	Forschungsfragen
7	Wie können Versorgungsmodelle durch einen bedarfsgerechten Hilfemix optimiert werden?	3	4	Forschungsfragen
4	Wie kann eine „Pflegekultur“ etabliert werden?	1	3	Forschungsfragen
4	Wie können ältere Menschen im gesundheitskompetenten Leben unterstützt werden?	3	1	Forschungsfragen
3	Welche Anreizsysteme eignen sich für a) Prävention, b) Rehabilitation (Return to Play) und c) Gesundheitsförderung? (z. B. durch zielgruppenorientierte Kommunikation)	2	1	Forschungsfragen
3	Wie kommen wir zu einem neuen Sozialmodell? (Instrumente der Wirtschaft, um die finanziellen Herausforderungen für Pflege abzufedern, z. B. bedingungsloses Grundeinkommen um potente Kunden für Pflege zu generieren)	1	2	Forschungsfragen
3	Wie können langfristige Verhaltensänderungen erzielt werden (Prävention / Herauszögern der Pflegebedürftigkeit)?	3	0	Forschungsfragen
3	Öffentliche Barrieren (Straßenbau, Verkehrsmittel)	1	2	Kleingruppenarbeit
3	Generationenübergreifendes Wohnen	0	3	Kleingruppenarbeit
3	Neues Rollenbild / Genderthema	2	1	Strukturlegetechnik
3	Case-Management / Weiterbildung	2	1	Strukturlegetechnik
2	Hilfe / Pflegekoordinator (fester Ansprechpartner)	1	1	Strukturlegetechnik
2	Care Center in Quartierskonzepten für alle Generationen	2	0	Strukturlegetechnik
2	Einbindung der Familie in die Pflege	1	1	Strukturlegetechnik
2	Pflege als öffentliches Gut	2	0	Strukturlegetechnik
2	Mit Liebe gepflegt werden	1	1	Strukturlegetechnik
2	Pflegegerechte Wohnung	0	2	Strukturlegetechnik
2	Gerechte Entlohnung von Pflege	0	2	Strukturlegetechnik
2	Demenzfreundliches Umfeld, Wohnquartiere schaffen	0	2	Kleingruppenarbeit
2	Verhältnis zwischen angemessener Hilfe und Aktivierung vorhandener Potenziale (Bevormundung des Menschen durch die Umwelt)	2	0	Forschungsfragen
2	Wie kann Technik helfen die sich verringernden Ressourcen (Pfleger) auszugleichen?	0	2	Forschungsfragen
2	Was ist „gute“ Pflege?	2	0	Forschungsfragen
2	Welche Auswirkungen haben neue Technologien auf Dienstleistungsorganisationen	2	0	Forschungsfragen
1	Bildungsherausforderung Care / Prävention	1	0	Strukturlegetechnik



GPZ	Themen	For- scher	Sen- ioren	Poster
1	CARE-persönliche Einstellung / bürgerschaftliches Engagement	0	1	Strukturlegetechnik
1	Welche Chancen und Risiken bringt die Internationalisierung der Pflege mit sich?	0	1	Forschungsfragen
1	Wertschätzung der Pflegearbeit	1	0	Strukturlegetechnik
1	Quartiersmanagement erweitern / Service verbreitern	1	0	Strukturlegetechnik
1	Pflegekammern einrichten	1	0	Strukturlegetechnik
1	Neues Altersbild entwickeln	1	0	Strukturlegetechnik
1	Altersarmut	0	1	Strukturlegetechnik
1	Barrieren für Rollstuhlfahrer	0	1	Strukturlegetechnik
1	Was können wir von Demenzkranken lernen?	1	0	Strukturlegetechnik
1	Aktivitäten sind wichtig - welche?	0	1	Strukturlegetechnik
1	Gesundheitssystem alterskompetent machen	1	0	Strukturlegetechnik
1	Wie halten sich Menschen selbst gesund?	0	1	Strukturlegetechnik
1	Notstand an Pflegekräften	0	1	Strukturlegetechnik
1	Kommunikation zwischen Dienstleistern verbessern	0	1	Kleingruppenarbeit
1	Nachbarschaftshilfe	0	1	Kleingruppenarbeit
1	Geeignete Immobilien finden	0	1	Kleingruppenarbeit
1	Seniorengerechter Wohnraum	0	1	Kleingruppenarbeit
1	Schulung zu Hörgeräten (nicht Anpassung der Nutzer sondern der Geräte)	0	1	Kleingruppenarbeit
1	Fernseher: laut+leise-Einstellung; Differenz Musik-Sprache	0	1	Kleingruppenarbeit
1	Zu wenig Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in den Institutionen	1	0	Kleingruppenarbeit
1	Barrieren haben auch etwas Positives	1	0	Kleingruppenarbeit
1	Barrieren als Förderer von Ressourcen	1	0	Kleingruppenarbeit
1	Wohnraum: rollstuhlgerecht, behindertengerecht	0	1	Kleingruppenarbeit