

**Koproduktion in der Bewältigung von chronischen Krankheiten und
Pflegebedürftigkeit:
Der Beitrag von integrierten Quartiers- und Gesundheitszentren des
Modellverbunds „Pflege stationär – Weiterdenken!“**

Abgabe des Erstberichts: Bielefeld, 28. Juni 2019
Durchgesehene, leicht gekürzte Fassung: Mai 2020

Projektträger: Alters-Institut Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik

Förderung: Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW im Rahmen der Initiative
“Pflege Inklusiv“

Wissenschaftliche Evaluation

Prof. Dr. Kerstin Hämel (Projektleitung und -koordination)
Marcus Heumann, Dr. Gundula Röhnsch & Jonas Vorderwülbecke
(Projektmitarbeiter*innen)

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

Autor*innen des Berichts:

Gundula Röhnsch & Kerstin Hämel

Impressum:

Röhnsch, G. & Hämel, K. (2019). *Koproduktion in der Bewältigung von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit: Der Beitrag von integrierten Quartiers- und Gesundheitszentren des Modellverbunds „Pflege stationär – Weiterdenken!“* Universität Bielefeld, Universitätsbibliothek.

DOI: <https://DOI.org/10.4119/unibi/2938280>



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25

D-33615 Bielefeld

Tel.: +49 521 106-3886

E-Mail: gundula.roehnsch@uni-bielefeld.de

Vorbemerkung und Danksagung

Bei dem vorliegenden Bericht handelt es sich um eine Teilstudie zur Evaluation des Modellverbunds „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Dieses Modellprojekt wurde im Rahmen der Förderlinie „Pflege inklusiv“ von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen gefördert (Projektlaufzeit 2016–2019). Träger des Modellprojekts war das Alters-Institut Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik, beteiligt waren als Träger*innen der Modelleinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt-Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe, die von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und das Evangelische Johanneswerk. Kooperationspartnerinnen waren die Städte Bielefeld und Herford. Die wissenschaftliche Evaluation des Verbunds wurde an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt.

Wir bedanken uns bei der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen für die finanzielle Förderung der Studie. Dem Alters-Institut, den Träger*innen der Modelleinrichtungen sowie den Städten Bielefeld und Herford gilt unser Dank für die Kooperation während der Projektlaufzeit. Bei allen Studienteilnehmer*innen bedanken wir uns natürlich ebenfalls für ihre Bereitschaft, sich uns mitzuteilen.

Weitere bisher publizierte Berichte und Artikel der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojekts:

- Hämel, K., Kafczyk, T., Vorderwülbecke, J., & Schaeffer, D. (2017). *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: Institut für Pflegewissenschaft.
- Hämel, K., & Röhnsch, G. (2019). Möglichkeiten und Grenzen integrierter Tagespflege in Pflegeheimen: Sichtweisen von ExpertInnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(2), 148-156. DOI: <https://DOI.org/10.1007/s00391-018-01489-w>
- Hämel, K., Vorderwülbecke, J., & Heumann, M. (2019). *Information und Beratung in den Einrichtungen des Modellverbands „Pflege stationär – Weiterdenken!“ Auswertung der Nutzeranfragedokumentation.* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://DOI.org/10.4119/unibi/2938289>
- Heumann, M., Hämel, K., & Vorderwülbecke, J. (2019). *Wohnortnahe und integrierte Angebotsnutzung? Nutzer*innen und Nutzungsverläufe im Modellverbund „Pflege stationär – Weiterdenken“.* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://DOI.org/10.4119/unibi/2938279>
- Röhnsch, G., & Hämel, K. (2019). Öffnung von Pflegeeinrichtungen für den Sozialraum: Ergebnisse einer Studie zu Zielgruppen und Barrieren der Erreichbarkeit. *Pflege & Gesellschaft*, 24(4), 350-365.
- Röhnsch, G., Hämel, K., Vorderwülbecke, J., Heumann, M. (2020). *„Pflege stationär – Weiterdenken!“ Abschlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation des Modellverbands.* Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://DOI.org/10.4119/unibi/2938282>

Inhalt

1. Hintergrund und Zielsetzung der Studie	1
1.1 Herausforderungen bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit.....	3
1.2 Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und Koproduktion.....	4
1.3 Kontext der Studie: Quartiers- und Gesundheitszentren.....	6
2. Methodisches Vorgehen.....	7
3. Ergebnisse.....	10
3.1 Expertisieren	10
3.2 Entlasten von Verantwortung	13
3.3 Priorisieren von Sozialem.....	16
4. Diskussion	18
4.1 Expertisieren	19
4.2 Entlasten von Verantwortung	20
4.3 Priorisieren von Sozialem.....	21
Literatur	24

1. Hintergrund und Zielsetzung der Studie

Der fortschreitende demographische Wandel stellt die Gesundheitssysteme weltweit vor große Herausforderungen; das gilt besonders für Deutschland: Während im Jahr 1997 15,8% der Bevölkerung 65 Jahre und älter war, macht ihr Anteil im Jahr 2017 bereits 21,4% aus (Statistisches Bundesamt, 2019). Vorausberechnungen zufolge werden im Jahr 2030 rund 26,3% Menschen in Deutschland 65 Jahre und älter sein (Statistisches Bundesamt, 2017) und der Anteil der Hochaltrigen (ab 80 Jahren) besonders stark wachsen (Statistisches Bundesamt, 2018a). Deutschland nimmt hier im EU-Vergleich gemeinsam mit Italien und Griechenland einen Spitzenplatz ein (Eurostat, 2019).

Ältere Menschen verbringen die zugewonnenen Lebensjahre heute länger in physischer und psychischer Vitalität. Gleichwohl treten insbesondere im hohen Alter Erkrankungen gehäuft auf (Kuhlmey & Blüher, 2011). Diese haben meist einen chronischen, langfristigen und komplexen Verlauf; oft treten mehrere körperliche und/oder psychische chronische Erkrankungen gleichzeitig auf. Gerade Mehrfacherkrankungen gehen mit funktionellen Einbußen einher und stellen ein wesentliches Risiko für eine Pflegebedürftigkeit dar (Kuhlmey & Blüher, 2011, S. 190).

In Deutschland leben 3,4 Millionen pflegebedürftige Menschen (Stichtag: 31.12.2017), die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten. Sie machen rund 4% der Bevölkerung aus und ihr Anteil wird demografisch bedingt weiter steigen: Während in der Altersgruppe der 65-70-Jährigen 3,8% der Bevölkerung pflegebedürftig sind, sind es bei den ab 85-Jährigen 35% (Statistisches Bundesamt, 2018b, S. 8).

76% der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden zu Hause, überwiegend von Familienmitgliedern, versorgt (Statistisches Bundesamt, 2018b). Die Pflege(übernahme) zu Hause ist ein ‚schleichender Prozess‘ mit zunehmender Versorgungsintensität in einem meist langjährigen Verlauf. In der Regel übernehmen weibliche Angehörige die Verantwortung dafür – trotz der gestiegenen Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen und zunehmender räumlicher Mobilität. Politisch ist die Übernahme von Pflege in der Familie gewünscht, was beispielsweise damit unterstützt werden soll, dass die Pflegeversicherung Geldleistungen gewährt, die frei (ohne Auflagen) in den Familien verwendet werden können. Dieses Pflegegeld wird teilweise als ‚Lohnersatz‘ für pflegende Angehörige in den Familien genutzt. Um ein Ineinandergreifen informeller und professioneller Pflege zu ermöglichen, können die Pflegebedürftigen auch die Inanspruchnahme von Sachleistungen – oder eine Kombinationen von Geld- und Sachleistung – wählen (Hämel, 2016).

In der deutschen Pflegepolitik ist seit einigen Jahren das Bewusstsein gestiegen, dass familiäre Pflege der professionellen Unterstützung bedarf: Auf diese Weise sollen Angehörige entlastet und somit die Pflege zu Hause nachhaltiger stabilisiert werden. Studien zeigen, dass ein gut abgestimmter ‚Care-Mix‘ von informellen und professionellen Hilfen Überlastungsgefühlen von pflegenden Angehörigen entgegenwirkt und einen Umzug in ein Pflegeheim zumindest verzögern kann (Spilman & Long, 2009).

Für eine nachhaltige Koproduktion informeller und professioneller Unterstützung ist es wichtig nachzuvollziehen, wie „Nutzer*innen“ und ihre Familien (zunehmende) Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erleben und damit umgehen und wie sie professionelle Unterstützung integrieren können oder eben nicht. Umgangsformen mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu verstehen, bietet zudem das Potential, die Betroffenen zu einem möglicherweise ‚angemesseneren‘ Umgang mit ihrer Situation zu befähigen und Rahmenbedingungen, die dem entgegenstehen, zu verbessern (Donabedian, 1992).

Die Betroffenen können ‚objektiv‘ stressreiche Situationen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sehr unterschiedlich wahrnehmen (Lazarus & Folkman, 1984). Ob sie überhaupt als belastend empfunden und als handlungsrelevant bewertet werden, ist u.a. abhängig von kognitiven und motivationalen Faktoren sowie von den subjektiv wahrgenommenen Handlungsspielräumen, mit der Belastung (zufriedenstellend) umzugehen. Wie die Betroffenen ihre Bewältigungsmöglichkeiten einschätzen und welche Handlungsspielräume sie nutzen, ist nicht zuletzt abhängig davon, ob aus ihrer Sicht Hilfen in ihrem Umfeld verfügbar sind, die geeignet erscheinen, der Belastung abzuhelpen (Lazarus & Folkman, 1984).

Ziel dieses Beitrags ist es, zu untersuchen, a) wie ältere Menschen und deren Angehörige damit umgehen, wenn ihr Alltag zunehmend von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bestimmt wird, b) welche Rolle aus ihrer Sicht professionelle Hilfen bei der Bewältigung spielen und c) wie professionelle Unterstützung gestaltet sein sollte, um in das eigene Bewältigungshandeln ‚integrierbar‘ zu sein. Bevor wir diesen Fragen anhand einer empirischen Analyse der Koproduktion von Hilfen zur Bewältigung chronischer Krankheiten und Pflegebedürftigkeit im Projekt „Pflege stationär – Weiterdenken!“ nachgehen, betrachten wir zunächst genauer, welche Herausforderungen mit chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden sind und welche Anforderungen sich daraus für die Koproduktion informeller und professioneller Hilfen ergeben können.

1.1 Herausforderungen bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Charakteristisch für chronische Krankheiten ist ein Verlauf, der eine wechselnde Abfolge von krisenhaften, instabilen und stabilen Phasen umfasst und langfristig nach unten weist (vgl. Charmaz, 2010; Schaeffer & Moers, 2011, S. 331). Chronische Erkrankungen sind mit unterschiedlichen Bewältigungs- und Anpassungserfordernissen verbunden. So führen sie zu Irritationen in der Lebensgestaltung und werden von den Betroffenen oft als Zäsur oder gar als „biographischer Bruch“ (Bury, 1982) erlebt, der bisherige Selbstverständlichkeiten in Frage stellt. Der Umgang mit chronischen Erkrankungen erfordert häufig weitreichende Änderungen von Gewohnheiten, die im bisherigen Alltag Sicherheit und Rückhalt vermittelt haben (Schaeffer & Moers, 2011, S. 337 f.). Häufig versuchen die Betroffenen, neue Routinen zu finden, diese lassen sich aber aufgrund der Krankheitsdynamik immer nur teilweise stabil halten. Im Verlauf ihrer Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit versuchen die Betroffenen, *trotz* gesundheitlicher Einbußen zu persönlicher Integrität zurückzufinden. Dazu gehört auch, dass versucht wird, Krankheit und Krankheitsbewältigung in einen „normalen“ Alltag zu integrieren, um ein subjektiv sinnvolles Leben zu führen, das soziale Einbindung, Teilhabe und berufliche Entwicklung umfasst (Auduly, Asplund, & Norbergh, 2012; Whitemore & Dixon, 2008).

Chronische Krankheiten haben ebenso zahlreiche Konsequenzen für das soziale Umfeld der Betroffenen, vor allem für die Angehörigen, die Pflegeverantwortung übernehmen (Kruse, 2017, S. 358). Zwar können Angehörige die Sorgetätigkeit für ein nahestehendes Familienmitglied als bereichernd wahrnehmen. Dennoch sind sie häufig stark beansprucht und in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Viele fühlen sich allein gelassen, sie empfinden Hilflosigkeit und Trauer angesichts des gesundheitlichen ‚Verfalls‘ ihres Angehörigen. Körperliche und/oder emotionale Erschöpfung ist bei pflegenden Angehörigen – speziell von kognitiv eingeschränkten pflegebedürftigen Menschen – weit(er) verbreitet als in der Gesamtbevölkerung (Mestheneos & Triantafillou, 2005). Während Angehörige in ihren Bemühungen, das pflegebedürftige Familienmitglied zu unterstützen, eine geringe persönliche Anerkennung beklagen und (zunehmend) das Gefühl haben, die Kontrolle über die Situation zu verlieren, sind sie zugleich oft der Ansicht, in der Versorgung persönlich unersetzbar zu sein (Erlingsson, Magnusson, & Hanson, 2012). Insbesondere Frauen internalisieren ihre Rolle als ‚caregiver‘ und sehen sich unter sozialem Druck, ‚alles richtig‘ zu machen. Sie scheuen häufig davor zurück, sich zu ihrer Entlastung Unterstützung zu suchen (del Rio-Lozano et al., 2013). Frauen sind als ‚caregiver‘ stärker belastet als Männer (Brazil et al., 2009; Garlo et al.,

2010; Kim et al., 2012), denen es leichter fällt, pflegerische Verantwortung zu delegieren und sich im Fall eigenen Belastetseins Hilfe zu holen (del Rio-Lozano et al., 2013). Überlastungserscheinungen infolge von (langjährigen) privaten Pflegeverpflichtungen sowie zunehmende gesundheitliche Einschränkungen des zu pflegenden Familienmitglieds erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass diese nicht mehr (nur) zu Hause versorgt werden können. Unterschiedliche ambulante und teilstationäre Dienstleistungen, aber auch eine Heimunterbringung können hier Entlastung bieten. Gleichwohl sind – potentielle – Nutzer*innen mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert, wenn sie diese in Anspruch nehmen. Während etwa der Besuch einer Tagespflege vor allem im ersten Monat als ‚schwierig‘ gilt, da sich Routinen sowie die Bereitschaft, sich auf diese Form der Hilfe einzulassen, erst noch herausbilden müssen (Bull & McShane, 2008), ist der Umzug in ein Pflegeheim für viele Betroffene sowie deren Angehörige geradezu krisenhaft. Häufig empfinden Angehörige Schuld- und Schamgefühle, für die Versorgung ihres Angehörigen nicht genug getan und somit dessen ‚Übersiedlung‘ leichtfertig herbeigeführt zu haben (Erlingsson, Magnusson, & Hanson, 2012). Andererseits beklagen viele Angehörige, dass ihre Sorgetätigkeiten plötzlich kaum mehr abgefragt werden (Bramble, Moyle, & McAllister, 2009). Eine neue Aufgabe für die Angehörigen und Betroffenen ist hier, Wege der Bewältigung von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie eine Versorgung in Koproduktion gemeinsam mit den Professionellen zu entwickeln bzw. ‚auszuhandeln‘, wie professionelle Hilfen abgestuft und zugeschnitten auf die jeweilige Situation bestmöglich greifen können.

1.2 Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und Koproduktion

Um Ansatzpunkte für eine (nachhaltige) Koproduktion informeller und professioneller Unterstützung nachvollziehen zu können, lohnt ein genauerer Blick auf den Umgang mit chronischer Krankheit in der Familie. Chronische Krankheiten verlangen den Betroffenen und ihrem – engeren – sozialen Umfeld ab, Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln, um die Erkrankung so weit wie möglich unter Kontrolle zu halten, Symptome zu reduzieren und den Alltag an krankheitsspezifische Erfordernisse anzupassen. Zugleich gilt es, Krankheit und Krankheitsbewältigung in lange etablierte Alltagsroutinen zu integrieren, um ein gleichwohl subjektiv sinnvolles Leben zu führen, das soziale Einbindung, Teilhabe und berufliche Entwicklung umfasst (Audulv, Asplund, & Norbergh, 2012; Whittemore & Dixon, 2008).

Um den vielfältigen Anforderungen im Umgang mit der Erkrankung gerecht zu werden,

ist es für die Betroffenen erforderlich, „Expertentum und Selbstmanagementkompetenz“ (Schaeffer & Moers, 2011, S. 336) zu entwickeln. Das (Ideal-)Bild des ‚expertisierten Patienten/Nutzers‘, das u. a. Konzepten zur Förderung des Selbstmanagements (Philipps et al., 2015; Taylor & Bury, 2007) zugrunde liegt, stößt allerdings in der Fachdiskussion zunehmend auf Kritik. Kritisiert wird, dass es auf stets rational und logisch handelnden, sich bewusst für oder gegen Verhaltensalternativen entscheidende Patient*innen oder Bürger*innen fußt (Pickard & Rogers, 2012). Mehrdeutigkeiten werden ebenso ausgeklammert wie lebensweltliche Kontexte, die die Bewältigung von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit fördern oder begrenzen (ebd.; Lindsay & Vrijhoef, 2009). Zudem werden Nutzer*innen in starker Verantwortung für ihre Gesundheit und Versorgung gesehen und quasi verpflichtet, alles zu tun, um die eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen. Werden Nutzer*innen dieser Verantwortung nicht gerecht, gelten sie als ‚selbst Schuld‘ (Seear, 2009, S. 195).

Nutzer*innen gesundheitlicher und speziell auch pflegerischer Leistungen sind jedoch nicht alleinige, sondern ‚Mitproduzenten‘ von Gesundheit. Gesundheitsversorgung vollzieht sich als ‚Koproduktion‘, in deren Rahmen – idealiter – informelle und professionelle Hilfen so ineinandergreifen, dass es zu einer höheren Versorgungsqualität kommt (Vennik et al., 2016, S. 151). Im Verständnis von ‚Koproduktion‘, einem Konzept, das seine Wurzeln in der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung hat und als ein ‚Königsweg‘ der Produktion öffentlicher sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen vielfach rezipiert wurde (vgl. Realpe & Wallace, 2010; Ewert & Evers, 2014), sind Professionelle nicht länger ‚allwissende Expert*innen‘, die Patient*innen bzw. Nutzer*innen sagen, ‚was gut für sie ist‘. Umgekehrt sollte Verantwortung für Versorgungsabläufe nicht umfassend in professionelle Hand übergehen, sodass beispielsweise ‚ehemals‘ pflegende Angehörige ‚nicht mehr gefragt‘ sind (Bramble, Moyle, & McAllister, 2009). Vielmehr begleiten und moderieren Professionelle gesundheits- und versorgungsbezogene Entscheidungen von Nutzer*innen (Realpe & Wallace, 2010). Nutzer*innen professioneller Dienste sind dabei in ihrer Kompetenz anzuerkennen und zu stärken (Ewert & Evers, 2014).

Koproduktion verlangt von den beteiligten Parteien auch, Risiken zu übernehmen: Nutzer*innen von Gesundheitsleistungen müssen professionellem Rat und Unterstützung vertrauen, wogegen Professionelle bereit sein sollten, Entscheidungen und Verhaltensweisen von Nutzer*innen zu akzeptieren, anstelle ihnen diese zu ‚diktieren‘ (Bovaird, 2007).

In dem Kontext stellen sich unterschiedliche Herausforderungen. So kann es zu Konfusionen kommen, wenn Nutzer*innen nach persönlicher Handlungsmächtigkeit streben und sich zugleich, tradierten Rollen folgend, in Empfehlungen und Vorgaben von Gesundheitsprofessionellen bereitwillig ‚fügen‘ (Ewert & Evers, 2014, S. 436). Eine weitere Barriere für eine gelingende Koproduktion bilden beispielsweise Ansichten von Professionellen, dass die Fähigkeiten der Nutzer*innen begrenzt sind. Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen etwa erscheinen aufgrund von kognitiven und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen als nicht daran interessiert, in Entscheidungen zu ihrer medizinisch-pflegerischen Versorgung oder in Selbstpflege-Aktivitäten einbezogen zu werden (Garcia, Harrison, & Goodwin, 2015, S. 722). Professionellen wiederum stellt sich die Herausforderung zu verstehen, dass die während der oft jahrelangen Versorgung in der Familie entwickelten Wissensbestände und Routinen die Präferenzen in der Versorgung prägen. Vorteilhaft ist hier, wenn weniger starre Dienstleistungsangebote den Nutzer*innen ‚präsentiert‘ werden, sondern stattdessen ein abgestuftes Angebotsspektrum zur Verfügung steht, das es ermöglicht, – in Koproduktion – eine bestmögliche Hilfeintensität um chronisch kranke, hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen herum zu arrangieren (Hämel et al., 2017).

1.3 Kontext der Studie: Quartiers- und Gesundheitszentren

Wie sich das Ineinandergreifen von informellen und professionellen Hilfen im Rahmen des Umgangs mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit vollzieht, soll im Weiteren anhand des in Deutschland durchgeführten Modellprojekts „Pflege stationär – Weiterdenken!“ näher untersucht werden.

In diesem Projekt wurden vier Pflegeheime zu Quartiers- und Gesundheitszentren weiterentwickelt (ausführlich zu den Standorten und Einrichtungen: Hämel et al., 2017; de Vries & Schönberg, 2017). Die Zentren liegen in städtischen Quartieren und haben zusätzlich zur stationären Langzeit- und Kurzzeitversorgung offene Angebote und Tagespflegeangebote aufgebaut, sie wollen mithin auch jenen Menschen, die keine stationäre Versorgung benötigen oder wünschen, eine Anlaufstelle sein. Ziel ist es, eine nutzerorientierte Versorgung zu bieten, die an die unterschiedlichen Bewältigungsformen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in den Familien anknüpft und zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung beiträgt.

2. Methodisches Vorgehen

Der vorliegende Artikel analysiert subjektive Sichten von Nutzer*innen der vier Modelleinrichtungen, die in eigener Häuslichkeit leben; ergänzend oder alternativ Sichten ihrer pflegenden Angehörigen. Um im Sample die Breite von Versorgungssituationen und Inanspruchnahmen professioneller Unterstützung an den Standorten abbilden zu können, wurden Nutzer*innen *offener Angebote* (z. B. Rehasport, Mittagstisch) und Nutzer*innen professioneller *pflegerischer Angebote* (Tages- oder Kurzzeitpflege) rekrutiert (vgl. Tab. 1). Genauer sah die Samplingstrategie vor, diese in etwa zu gleichen Teilen in die Studie einzubeziehen. Zudem sollten die Teilnehmer*innen über die vier Modellstandorte hinweg möglichst gleichverteilt sein.

Für die *Rekrutierung* wurden verschiedene Zugänge gewählt: Mitarbeiter*innen der Modelleinrichtungen haben a) Informationsschreiben zur Studie an zentralen Begegnungsorten der Einrichtungen, z. B. der Cafeteria, ausgelegt und b) diese an alle Tages- und Kurzzeitpflegegäste eines Stichtags (im November oder Dezember 2017) postalisch gesendet. Zudem hat ein Mitglied des Forscher*innenteams an offenen Angeboten persönlich teilgenommen, um Teilnehmer*innen zu gewinnen.

Tabelle 1: Sample nach Ort und Art der Angebotsnutzung

Nutzungstyp	Modellstandort				Standort- übergreifend
	1	2	3	4	
Nur pflegerische Angebote	4	1	5	3	13
Nur offene Angebote	--	5*	1*	4	10
Pflegerische und offene Angebote	--	1	--	2	3
n =	4	7	6	9	26

* Darunter jeweils eine Person mit Erfahrungen als pflegende*r Angehörige und als Nutzer*in.

In unserer Studie wurden prioritär die Nutzer*innen zu einer Interviewteilnahme aufgefordert. Sie wurden schriftlich und mündlich auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, Angehörige hinzuzuziehen. Interviews wurden dann alleine mit Angehörigen durchgeführt, wenn die Teilnahme nach Einschätzung der Familien für die Nutzer*innen zu

belastend ist. Wenn Nutzer*innen aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen und/oder angesichts räumlich-zeitlicher Desorientierung zu eingeschränkt waren, wurden pflegende Angehörige interviewt. Durch dieses Vorgehen sollten ebenfalls Belastungen für Studienteilnehmer*innen möglichst geringgehalten werden; zudem sind – mit Blick auf die Zielsetzung der Analyse – die Sichtweisen der pflegenden Angehörigen oft sehr prägend für die Bewältigungsstrategien bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit, da sie gerade bei fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit meist über einen langen Zeitraum hinweg Verantwortung tragen und die Versorgung(s)möglichkeiten entscheidend prägen.

Insgesamt wurden $n=26$ Personen im Zeitraum von 11/2017-08/2018 interviewt, darunter $n=14$ Nutzer*innen, $n=10$ Angehörige und $n=2$ Personen, die mit der Modelleinrichtung sowohl als pflegende Angehörige als auch als Nutzer*innen Erfahrungen haben (vgl. Tab. 2)¹. Ein Interview wurde mit zwei Personen einer Familie (beides Nutzer*innen) durchgeführt, in zwei Fällen wurden zwei getrennte Interviews innerhalb einer Familie (jeweils Nutzer*in und Angehörige*r) durchgeführt, so dass letztlich $n=23$ Fälle einbezogen wurden. Wurde mit zwei Personen aus jeweils einer Familie ein Interview geführt, wurden die Interviews separat ausgewertet.

Alle Interviewpartner*innen haben im Vorfeld ihr schriftliches Einverständnis erteilt. Für die Durchführung der Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Bielefeld vor (Aktenzeichen EUB 2017 – 064); die Begutachtung erfolgte nach den Ethikrichtlinien der Dt. Gesellschaft für Psychologie e.V.

¹ Im Rahmen des Samplings wurde darauf geachtet, vorrangig die alten Menschen als Studienteilnehmer*innen zu gewinnen, die im Quartier bzw. Stadtteil, in dem die Einrichtungen liegen, wohnen.

Tabelle 2: Übersicht über die Interviewpartner*innen nach Alter und Geschlecht

Alter	Nutzer*innen		Angehörige		Angehörige und Nutzer*in- nen	
	m	w	m	w	m	w
50-59 Jahre	-	-	1	1	-	-
60-69 Jahre	-	-	-	4	-	-
70-79 Jahre	1	2	-	3	-	1
80-89 Jahre	6	4	-	-	1	-
≥ 90 Jahre	-	1	1	-	-	-
Gesamt	7	7	2	8	1	1

Alle Interviewpartner*innen wurden mittels episodischer Leitfadeninterviews (vgl. Flick, 2018) befragt. Bei dieser Interviewform werden Aufforderungen zum Erzählen von Situationen (z. B. dazu, unter welchen Aspekten Angebote des Modellprojekts als unterstützend für das informelle Versorgungsarrangement wahrgenommen werden) kombiniert mit konkret zielgerichteten Nachfragen. Episodische Interviews verlangen im Unterschied zu narrativen Interviews den Gesprächspartner*innen keine umfassenden, sondern lediglich umgrenzte Erzählungen ab (Flick, 1997). Somit sollten sie gerade für Menschen, die z. B. aufgrund aufkommender kognitiver Einschränkungen nur über begrenzte kommunikative Kompetenzen verfügen, sowie generell für hochaltrige Menschen, die unser Sample stark prägten, eine geeignete Erhebungsform darstellen. Darüber hinaus provozieren Erzählungen in geringerem Maß als strukturiertere Erhebungsformen sozial erwünschtes Antwortverhalten. Erzählungen anzuregen, wird daher besonders im Kontext der Erhebung von ‚Nutzersichten‘ älterer Menschen auf Pflegeangebote empfohlen, da diese oft dazu neigen, auch Angebote, denen sie kritisch gegenüberstehen, positiv zu bewerten (Kelle, Metje, & Niggemann, 2014).

Der Interviewleitfaden umfasste Fragebündel a) zur Alltagsgestaltung und zum sozialen Umfeld der Nutzer*innen, b) zu ihren gesundheitlichen Einschränkungen und ihrer Versorgungssituation allgemein, sowie c) zur subjektiven Wahrnehmung und Bedeutung der in der Modelleinrichtung genutzten Angebote. Wenn das Interview mit einem/einer Angehörigen durchgeführt wurde, wurden die Fragen leicht umformuliert;

zusätzlich wurden die Angehörigen gefragt, d) wie sie das Versorgungsarrangement wahrnehmen und ob sie sich Entlastung wünschen.

Im Schnitt dauerten die Interviews 47 Minuten. Alle Interviews wurden aufgezeichnet, vollständig transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung erfolgte unter Herausarbeitung von Deutungs- und Handlungsmustern (vgl. Höffling, Plaß, & Schetsche, 2002). Dazu wurden zunächst alle Aussagen zu einem Bereich – z. B. alltägliches ‚Management‘ des Versorgungsgeschehens – mithilfe MAXQDA 12 fallspezifisch thematisch kodiert (Flick, 2018). Im Weiteren erfolgte die Bestimmung von fallübergreifenden Vergleichsdimensionen (z. B. eigene Rolle im Versorgungsprozess), auf deren Basis Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Interviews herausgearbeitet wurden (Kelle & Kluge, 2010, S. 91 ff.). Entlang dieser Dimensionen und ihren Merkmalsausprägungen wurden die Fälle schließlich gruppiert und hinsichtlich des Auftretens bestimmter Merkmalskombinationen vergleichend analysiert. Mittels Fallkontrastierungen wurden die Fälle hierfür zunächst innerhalb einer Gruppierung auf Ähnlichkeiten verglichen. Daran anschließende Fallvergleiche zwischen den Gruppen sollten die bestehenden Unterschiede zwischen diesen verdeutlichen (a.a.O., S. 96ff.). Auf die Weise wurden drei Typen von Deutungs- und Handlungsmustern herausgearbeitet, die in ihren Sinnzusammenhängen analysiert und interpretiert wurden. Auch dazu wurden Fallvergleiche und -kontrastierungen innerhalb und zwischen Gruppen angestellt (a.a.O., S. 105 ff.).

3. Ergebnisse

Es wurden drei Typen von Deutungs- und Handlungsmustern identifiziert: a) ein Expertisieren in der Versorgung, b) die Orientierung an einer Entlastung von Verantwortung sowie c) eine starke Priorisierung von Sozialem als Muster der Angebotsnutzung.

3.1 Expertisieren

Dieses Muster, das sich vor allem bei Angehörigen von Nutzer*innen der Quartierszentren findet, ist dadurch charakterisiert, dass die Interviewten aufgrund ihrer Erfahrungen in der Pflege eines Familienmitglieds nach und nach selbst zu (Laien-)Expert*innen für dieses Feld werden. Wie sich im Verlauf des Gesprächs wiederholt zeigt, füllen diese Angehörigen, die sich in der Regel seit mehreren Jahren als ‚Hauptverant-

wortliche' der Versorgung sehen, eine solche Rolle recht selbstbewusst aus. Sie wirken sehr informiert über Erkrankungsbilder ihrer Angehörigen und deren Versorgungsbedürfnisse und -bedarfe. Ein solches Muster trifft auf fünf Interviewte zu. Im Lauf ihrer langen ‚Versorgungskarriere‘ haben sie gelernt, sich in die Strukturen und Handlungslogik des Versorgungssystems hineinzudenken. Sie können einschätzen, was getan werden sollte, wenn sich die gesundheitliche Situation ihrer Angehörigen zuspitzt und wer dann auf professioneller Seite der/die richtige Ansprechpartner*in für sie ist. Auf der Basis ihres Erfahrungswissens versuchen die Interviewten, Versorgungsabläufe mit Fachkräften in den Versorgungseinrichtungen auszuhandeln und eigene Vorstellungen und Erwartungen durchzusetzen.

„(...) ich habe mich da schon sehr eingebracht (...) die [Fachkräfte der Einrichtung – die Verf.] bestellen ja auch Medikamente, ne, zentral in einer Apotheke, das kann ich ja auch verstehen, und ich habe gleich von Anfang an gesagt, also die Sache mit der Apotheke übernehme ich (...) ich habe Wochen gebraucht, bis die das umgesetzt hatten.“ (Frau Friese², 147).“

Die Interviewten kennen sich im ‚Dschungel‘ der in ihrem Fall potentiell zur Verfügung stehenden Versorgungsangebote aus und wissen ungefähr, auf welche finanzielle Unterstützung sie einen Anspruch haben. Sie organisieren und koordinieren die Betreuung und Versorgung ihrer Angehörigen, solange diese in der eigenen Häuslichkeit leben. Sie übernehmen direkte Pflegeaufgaben, greifen aber auch relativ frühzeitig auf die Unterstützung ambulanter Pflegedienste zurück, wenn sie sich aufgrund eigener Krankheit oder beruflicher Verpflichtungen nur eingeschränkt um ihr pflegebedürftiges Familienmitglied kümmern können. Zudem binden sie in solchen Situationen gezielt andere Angehörige in ‚ihre‘ Sorgearbeit ein.

Die Interviewten sehen sich selbst jedoch in jedem Fall weiterhin als Hauptverantwortliche*n für die Versorgung. Unter implizitem Bezug auf moralisch-normative Erwägungen wird eine solche Rolle auch dann nicht aufgegeben, wenn die Pflege trotz der Kenntnisse und Fähigkeiten, die sich die Befragten angeeignet haben, psychisch und physisch so belastend ist, *„(...) dass man dann sagt, man geht lieber arbeiten“* (Frau John, 125). Die Interviewten lernen mit der Zeit, ihre eigenen Grenzen zu erkennen, nehmen bei sich beispielsweise unterschwellig aufkommende Aggressionen gegen den/die pflegebedürftige/n Angehörige/n wahr. Sie gestehen sich eigenes Belastet-Sein und den daraus resultierenden Hilfebedarf ein und wissen, sich selbst auch etwas

² Alle Namen von Befragten wurden anonymisiert.

Gutes tun zu müssen, um nicht ‚auszubrennen‘ und die Pflege ihrer Angehörigen weiterhin verantworten zu können.

„Ich meine, ich bin ihr gegenüber ja dann nicht, nicht aggressiv oder so, das bin ich dann wahrscheinlich nur innendrin (...) ich wollte was gegen meine innere Aggressivität (...) dass es auch psychologische professionelle Hilfe gibt.“ (Frau Brandt, 93)

Die Befragten nehmen Unterstützungsangebote, die ihr persönliches Wohlbefinden fördern, wie Beratungs- oder Entspannungsangebote, (auch) in den Quartierszentren in Anspruch. Sie binden zudem über die Zeit zunehmend professionelle Pflege ein, wenn sie im Zuge eines sich verschlechternden gesundheitlichen Befindens des pflegebedürftigen Familienmitglieds bemerken, dass das bisherige informelle Versorgungsarrangement an Grenzen stößt. Nur im Einzelfall schrecken die Befragten davor zurück, *„(...) weil ich es mir finanziell nicht leisten kann“* (Frau John, 94).

Selbst wenn die Pflege ihrer Angehörigen mehr und mehr von professionellen Kräften übernommen wird, bleiben die Interviewten am Versorgungsgeschehen beteiligt und wissen sich in ihrer Rolle als Expert*innen für die Versorgung ihrer Angehörigen zu behaupten. Um damit einhergehenden Herausforderungen gerecht zu werden, besuchen die Befragten auch Informationsveranstaltungen und Kurse in den Quartierszentren, die es ihnen ermöglichen, ihr vorhandenes Wissen zu erweitern und zu vertiefen. Dass ihnen somit die Möglichkeit geboten wird, sich weiter zu expertisieren, erleben sie als sehr hilfreich. Sie akzeptieren einen teils erheblichen zeitlichen Aufwand, der mit solch einem Ausbau ihrer Kompetenzen verbunden ist. Die Veranstaltungen und Kurse sind ihnen hilfreich, ihre Situation zu verstehen und teils zu relativieren und ermöglichen einen Austausch mit Menschen, die in vergleichbarer Situation sind.

„(...) die Hospizpflege (...) nach den Kursen (...) ich bin nicht dümmer geworden (...) das ist jetzt ganz banal gesagt, aber ich habe auch andere Leute kennengelernt, die vielleicht anders mit solchen Sachen umgehen oder vielleicht nicht so emotional waren.“ (Frau Friese, 210)

Allerdings fällt es den Befragten oft schwer, ihre Verantwortung mit den Pflegekräften zu teilen. Sie betrachten Versorgungsanbieter nuanciert und neigen eher nicht dazu, sie undifferenziert positiv zu beurteilen. In ihre Einschätzung lassen die Befragten eigene Wissensbestände und Erfahrungen einfließen, zugleich expertisieren sie sich im Zuge ihrer kritischen Auseinandersetzung mit dem Versorgungsgeschehen weiter.

„(...) die [andere Pflegeeinrichtung] hat [einen] Rollstuhlfahrdienst, und das vermisse ich bei der [Modelleinrichtung]. Habe ich denen aber auch schon mal gesagt, dass ich

das schade finde. Sonst würde sie vielleicht auch einen zweiten Tag [zur Tagespflege] gehen“. (Frau Brandt, 29)

Die Befragten kritisieren durchaus auch Handlungen von Pflegekräften in den Modelleinrichtungen, wobei das Spektrum dessen, was die Interviewten monieren, recht breit gefächert ist. So beklagen sie, dass sie nicht in jedem Fall über gesundheitliche Krisen ihrer Angehörigen oder über ‚Zwischenfälle‘ in den Einrichtungen, wie Stürze, informiert werden. Auch befürchten sie eine Vernachlässigung ihrer Angehörigen, wenn Pflegekräfte Schmerzen nicht angemessen zu versorgen scheinen oder wenn sie für die Interviewten im Fall von Fragen nicht ansprechbar sind. Die Befragten empfinden solche Vorkommnisse als Vertrauensbruch, sie fühlen sich hintergangen und sind angesichts halbherzig wirkender Einlassungsversuche der Pflegenden enttäuscht. Sie sind jedoch handlungsmächtig genug, um sich ‚an höherer Stelle‘ über die erlebten Unzulänglichkeiten zu beschweren und dabei den eigenen Standpunkt hartnäckig gegenüber Einsprüchen zu verteidigen.

„(...) dann hörte sich das immer so an, als wenn der [Mitarbeiter von Wohlfahrtsorganisation] uns die Schuld in die Schuhe schieben wollte (...) sie [in der stationären Einrichtung] haben doch das falsch gemacht, dass Sie uns nicht informiert haben‘ (...) jedenfalls hin und her und dann, da kamen wir auf keinen grünen Zweig (...) es war ein zäher Kampf, muss ich sagen.“ (Frau Bruns, 101)

Wenn die Interviewten aus dieser Gruppe Kritik äußern an der pflegerischen Versorgung im Quartierszentrum, bedeutet das nicht, dass sie mit der Einrichtung und deren Leistungen unzufrieden wären³. Vielmehr schätzen sie – vergleichbar mit den Interviewten, die den anderen Deutungsmustern zugeordnet wurden – besonders das breite Spektrum an Angeboten des Zentrums, das es ihnen erleichtert, ein passfähiges Sorgearrangement für die Angehörigen zu verwirklichen.

3.2 Entlasten von Verantwortung

Dieses Muster ist dadurch bestimmt, dass für die Befragten die Inanspruchnahme von Tagespflege oder von (wiederkehrenden) Kurzzeitpflegeaufenthalten (respite care) in den Quartierszentren recht schnell zu einer Selbstverständlichkeit wird.⁴ Die Befragten

³ Im Einzelfall sind sie der Modelleinrichtung ‚treu‘ geblieben und besuchen diese sogar nach dem Tod des Angehörigen, um beispielsweise soziale Kontakte, die sie in den Einrichtungen aufgebaut haben, weiterhin zu pflegen.

⁴ Nutzer*innen ausschließlich offener Angebote der Quartierszentren finden sich in dieser Gruppe nur im Einzelfall.

verdeutlichen, dass sie sich den komplexen, alltäglichen Versorgungsherausforderungen nicht mehr gewachsen fühlten und erleichtert sind, Verantwortung an professionelle Pflegeanbieter (auch) an den Modellstandorten abgeben zu können. Ein solches Muster findet sich bei neun Interviewten – bei sieben Angehörigen und zwei Nutzer*innen. Die Befragten verdeutlichen, dass sich Probleme in der familialen Pflege im Zeitverlauf mehr und mehr zugespitzt haben und sich die Situation immer schlechter ‚kontrollieren‘ ließ. Befragte Angehörige, die noch berufstätig sind und sich tagsüber nicht um ihren Angehörigen kümmern können, erleben dies als sehr verunsichernd. Sie befürchten ‚das Schlimmste‘, wenn sie außer Haus sind, und kommen nur schwer innerlich zur Ruhe.

„(...) das war schon schlimm, man ging zur Arbeit und man wusste nicht, wird gleich der Herd angedreht und die Bude steht in Flammen. Ne, oder läuft sie irgendwo hin und findet nicht mehr zurück.“ (Herr Löwe, 57)

Überfordert mit einer zugespitzten gesundheitlichen Situation des pflegebedürftigen Familienmitglieds sind die befragten Angehörigen auch, wenn sie selbst (sehr) alt sind und in zunehmendem Maß unter Gesundheitseinbußen leiden. Sie sind zunehmend davon in Beschlag genommen, ihre eigene Selbstständigkeit aufrechterhalten oder wiederherstellen zu müssen. Physische Ressourcen und die Kraft, mit den Abwärtsentwicklungen und den nicht selten belastenden Situationen der häuslichen Pflege umzugehen, schwinden. Befragte, die selbst hilfe- und pflegebedürftig sind, nehmen ihrerseits wahr, dass die Bemühungen von Familienmitgliedern, sie zu versorgen, nunmehr an Grenzen stoßen.

Die Inanspruchnahme von pflegerischen Hilfen erscheint aus Sicht der befragten Angehörigen und Nutzer*innen als unumgänglich. Sie wird zu einer Strategie im Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und ermöglicht speziell den interviewten Angehörigen, ein Stück der alltäglichen Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen. Dazu gehört auch, dass sie sich selbst kleine Freiräume zu schaffen versuchen, in denen sie ihren langjährigen Hobbies nachgehen. Sie erfahren so eine zumindest kurzfristige Ablenkung von der oft als belastend wahrgenommenen Situation. Die Befragten tendieren implizit zu einer Perspektive, nach der für alle die Versorgung betreffenden Fragen primär die ‚Profis‘ zuständig sein sollten. Wenn sich die interviewten Angehörigen aus der Versorgung eher ‚raushalten‘, ist das in ihren Augen auch im Interesse des pflegebedürftigen Familienmitglieds, *„(...) ich halte mich für den Augenblick fern (...) dass sie nicht das Gefühl hat, sie würde bevormundet schließlich von mir.“ (Herr Lustig, 37).* Für die Zeit, in der sich das pflegebedürftige Familienmitglied beispielsweise in der

Tagespflege im Quartierszentrum aufhält, geben Angehörige die Versorgungsverantwortung bewusst ab und verschaffen sich somit – kurzzeitig – Entlastung. Wissen die Interviewten ihre Familienmitglieder gut professionell versorgt, hält ihnen dies auch ‚den Rücken frei‘, um sich auf die persönlich-emotionale Betreuung des Betroffenen sowie auf die Haushaltsführung zu konzentrieren. Sie sorgen auf diese Weise dafür, dass langjährig gewohnte familiäre Routinen weit möglichst beibehalten werden und können so ein Gefühl von Normalität *trotz* Pflegebedürftigkeit vermitteln.

Die Tendenz zur ‚Abgabe von Verantwortung‘ findet sich auch bei den hilfe- und pflegebedürftigen Nutzer*innen dieser Gruppe wieder. Sie sind sich über die eigene Krankheitsgeschichte und den Sinn von bislang erhaltenen medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen im Unklaren, wesentlich ist für sie, dass die Professionellen wissen, was sie tun.

Mit den Quartierszentren und den dort vorgehaltenen Angeboten sind die Befragten aus dieser Gruppe *sehr* zufrieden. Kritik, sofern sie überhaupt in den Interviews geäußert wird, bezieht sich auf eher kleinere organisatorische Fragen, beispielsweise, dass Fahrdienste zu den Einrichtungen nicht reibungslos funktionieren; abgesehen davon nehmen die Interviewten die Quartierszentren ausschließlich positiv wahr. Sie wissen es zu schätzen, dass die Zentren – im Unterschied zu ausschließlich ambulanten Einrichtungen – immer ‚geöffnet‘ und erreichbar sind, so dass sie professionelle Unterstützung individuell, zeit- und bedürfnisnah in Anspruch nehmen können. Wenn die interviewten Angehörigen mit den Modelleinrichtungen und deren Angeboten zufrieden sind, dann auch, weil sich ihre pflegebedürftigen Angehörigen dort offensichtlich sehr wohlfühlen, da sie „(...) *nicht nur irgendwie verwahrt*“ (Herr Löwe, 69) werden. Die Befragten in dieser Gruppe empfinden das Spektrum der vorgehaltenen Angebote in den Quartierszentren als sehr breit und abwechslungsreich und mithin geeignet, um den individuellen Interessen zu genügen und ihrem Alltag (wieder) eine Struktur zu geben. Diese tut gut und führt nach Meinung der interviewten Angehörigen zu einer gesundheitlichen Stabilisierung der Nutzer*innen. Erleben die befragten Angehörigen, dass es ihrem hilfe- oder pflegebedürftigen Familienmitglied infolge der Aufenthalte im Quartierszentrum augenscheinlich bessergeht als zuvor, führt das bei ihnen zu einem Gefühl der Entspannung und mithin auch zu einer Stabilisierung der häuslichen (Versorgungs-)Situation.

Zur Zufriedenheit dieser Interviewten tragen des Weiteren wesentlich die Pflegenden in den Modelleinrichtungen bei. Diese vermögen es aus Sicht der Befragten sehr gut, auf ihre Angehörigen und andere Nutzer*innen einzugehen und sie ernst zu nehmen.

Auch von einem krankheitsbedingt ‚gestörten‘ Verhalten, z. B. im Fall von Demenz, scheinen sich die Mitarbeiter*innen nicht aus der Ruhe bringen zu lassen. Die Pflegenden bleiben unerschütterlich freundlich und empathisch und wissen die alten Menschen so zu nehmen, wie sie sind.

„(...) das ist auch eine, die kann mit den Leuten umgehen, also das ist das, was ich so bewundere (...) im Alter dann haben sie alle ihre Macken (...) aber wie sie damit umgehen, das ist einmalig. Die sagen immer ‚Ja, ja, das ist schon recht, das machen wir schon‘ (...).“ (Herr Lehmann, 13)

Die diesem Muster zugeordneten interviewten Angehörigen bemerken zudem, dass sich die Mitarbeiter*innen nicht nur ihren Angehörigen, sondern auch ihnen selbst gegenüber sehr zugewandt verhalten. Sie fühlen sich somit in das soziale Leben innerhalb der Einrichtungen einbezogen und nehmen am dortigen Alltag ihrer Angehörigen Anteil. Im Einzelfall haben die Angehörigen so vertrauensvolle Beziehungen zu Mitarbeiter*innen und zu Bewohner*innen der Einrichtungen aufgebaut und fühlen sich bei ihnen so wohl, dass auch sie beginnen, – offene – Angebote in der Einrichtung, z. B. einen Mittagstisch oder einen Bewegungskurs, zu besuchen. Die Angehörigen werden somit selbst zu Nutzer*innen der Einrichtung.

3.3 Priorisieren von Sozialem

Für dieses Muster, das sich bei zwölf Befragten findet, ist charakteristisch, dass diese herausstreichen, die Angebote im Quartierszentrum (allein) deswegen zu nutzen, weil das Zentrum ihnen gute Möglichkeiten bietet, soziale Beziehungen zu pflegen und auszugestalten. Der Gruppe gehören allesamt Nutzer*innen an – keine Angehörigen haben sich derart pointiert auf soziale Aspekte der Angebotsnutzung fokussiert. Die Befragten haben eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einer (möglicherweise drohenden) Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wenig Raum im Interview gegeben. Dennoch leiden einige unter ihnen an mehreren chronischen Erkrankungen, die für sie phasenweise mit langwierigen, teils stationären Behandlungen und einem beträchtlichen Versorgungsaufwand verbunden sind oder waren. Die Befragten leugnen nicht, durch die Erkrankungen in ihrem Alltagsleben eingeschränkt zu sein und abwägen zu müssen, was sie sich zumuten können und was nicht. Sie haben sich aber an die Krankheit(en) gewöhnt und relativieren mögliche negative Implikationen, „(...) aber gut, ich kann damit 100 Jahre werden“ (Herr Flieder, 27). Sofern die Befragten aus dieser Gruppe pflegebedürftig sind – was auf einen der Interviewten zutrifft – haben

sie sich auch damit in gewisser Weise ‚arrangiert‘.

Ihren Alltag bestreiten die Befragten weitgehend selbständig, wobei sie ‚unternehmungslustig‘ wirken, trotz ihrer Beeinträchtigungen noch weitgehend mobil sind, sich ihren Hobbies widmen und am soziokulturellen Leben in ihrem Umfeld teilnehmen. Die Interviewten vermitteln ein Bild von sich, das eigene Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit als recht weit entfernt erscheinen lässt, als Problem, das sie allenfalls ‚am Rande‘ betrifft. Sie haben es geschafft, trotz chronischer Krankheiten einen aus ihrer Sicht weitgehend ‚normalen Alltag‘ zu leben. Von Angehörigen, teilweise auch von Freund*innen und Nachbar*innen, erhalten die Interviewten Unterstützung bei alltäglichen Erledigungen wie beispielsweise Hilfen bei der Haushaltsführung.

Allerdings scheint die Menschen dieser Gruppe ein Mangel an sozialen Beziehungen zu belasten, der sich ergeben hat, weil enge Freund*innen oder Ehepartner*innen, die nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben die engsten oder gar einzigen Bezugspersonen waren, gestorben sind. Deren Fehlen wird für die Interviewten umso belastender dann, wenn sie in anonymen städtischen Wohnverhältnissen leben, die den Aufbau und die Pflege von ‚neuen‘ tragfähigen Sozialbeziehungen erschweren.

„(...) ich weiß erstens mal gar nicht, wie die Leute heißen. Das sind vier, fünf ja, wo man schon mal näher mit gesprochen hat. Die eine Frau hat einen Dackel, das war schon der alleinige Grund, der nervte da so ein bisschen, ne (...) aber es ist doch, man ist doch, wenn man sonst immer in Gesellschaft war, ein bisschen einsam ist es da, nicht.“ (Herr Jostes, 63)

Wenn diese Befragten Tagespflege oder einen Mittagstisch, eine Skatrunde oder Gesundheitssport nutzen, treffen sie mit anderen alten Menschen zusammen, die von den gleichen ‚Schicksalsschlägen‘, wie dem Tod des/der Ehepartner*in, betroffen sind. Dies vermittelt ihnen ein Gefühl von Verständnis und Geborgenheit. Die Interviewten fühlen sich gar teils in eine ‚verschworene Gemeinschaft‘ eingebunden, die in ihrem Belastet-Sein gegenseitig aneinander Halt findet. Offene Angebote der Modelleinrichtungen decken zwar bestimmte gesundheitsbezogene Bedarfe der Interviewten oder ermöglichen ihnen die Deckung ihrer unmittelbaren Grundbedürfnisse, wie ein warmes Mittagessen. Sie gehen aber in ihrer Bedeutung weit darüber hinaus, denn die Betroffenen empfinden die Besuche im Quartierszentrum vor allem als eine psychosoziale Unterstützung.

„(...) das ist immer eine anregende Gesellschaft. Wir kommen hier nicht nur hin, um unseren Hunger zu stillen, das muss man schon sagen. Wir kommen hier gerne hin

zum Unterhalten, und das ist eine feine Sache.“ (Herr Fein, 137).

Besonders erfreut es die Befragten, wenn sie in den Quartierszentren alte Bekannte wiedersehen, die sie aus den Augen verloren hatten und zu denen sie nun den Kontakt wieder aufnehmen können.

Für die Interviewten bedeutet es eine – lang vermisste – persönliche Zuwendung, wenn sie erleben, dass andere alte Menschen, denen sie im Rahmen der Angebotsnutzung begegnen, erfreut sind über ihre Anwesenheit. Zudem ist es für sie selbstwertförderlich, Andere, denen es gesundheitlich schlechter zu gehen scheint als ihnen, je nach Möglichkeit zu unterstützen.

Wie intim die Beziehungen sind, die die Befragten zu anderen Nutzer*innen der Modelleinrichtungen pflegen, ist allerdings unterschiedlich: Ein Teil nutzt die Angebote, weil dies auch Freund*innen tun; die Inanspruchnahme ist insofern an den schützenden Rahmen des Freundes- und Bekanntennetzwerks gebunden. Ein anderer Teil verdeutlicht demgegenüber, dass es außerhalb des Besuchs in der Einrichtung keine privaten Begegnungen mit anderen Nutzer*innen gibt und diese auch nicht gewünscht werden, der Austausch im Quartierszentrum aber gleichwohl sehr wertvoll für sie ist.

Wenn die Befragten aus dieser Gruppe weniger aufgrund eigener Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit Angebote des Zentrums nutzen als vielmehr, weil ihnen dies die Möglichkeit regelmäßiger Sozialkontakte bietet, so zählen hierzu auch Beziehungen zu Pflegekräften aus den stationären Einrichtungen. Die Pflegenden werden als engagiert und als sozial und fachlich sehr kompetent wahrgenommen, was den Umgang mit (schwer) kranken, häufig psychisch beeinträchtigten alten Menschen anbelangt. Auf die Befragten wirkt dies sehr vertrauenswürdig, sie können sich vorstellen, bei Bedarf selbst als Bewohner*in den stationären Bereich zu ziehen.

4. Diskussion

Als Ergebnis dieser Studie haben wir Deutungs- und Handlungsmuster von Nutzer*innen integrierter Quartiers- und Gesundheitszentren und von ihren pflegenden Angehörigen herausgearbeitet; diese Muster zeigen, wie die interviewten Personen mit (zunehmender) Hilfe- und Pflegebedürftigkeit umgehen und dabei professionelle Unterstützung einbinden. Unseren Studienteilnehmer*innen ist gemeinsam, dass sie in Quartierszentren ein abgestuftes Dienstleistungsspektrum offener, ambulanter, teil- und vollstationärer Hilfen in Anspruch nehmen können, ihnen also dort Wahlmöglichkeiten für einen individuell passfähigen ‚Care-Mix‘ eröffnet werden. Dies eröffnet den

Nutzer*innen und Angehörigen zugleich Handlungsspielräume, um zu einer für sie subjektiv als sinnhaft erlebten Koproduktion von Gesundheit und Versorgung zu gelangen.

Inwiefern sich vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Umgangsformen unterschiedliche Möglichkeiten und Grenzen für eine Koproduktion von informeller und professioneller Hilfe in solchen integrierten Quartierszentren ergeben, sei abschließend diskutiert.

4.1 Expertisieren

Einige wenige Interviewte haben sich im Zeitverlauf ein beachtliches (Laien-)Wissen im pflegerischen Bereich angeeignet und sind mithin als „expertisierte Nutzer*innen“ (Lindsay & Vrijhoef, 2009) anzusehen. Als solche haben sie klare Erwartungen an die professionelle Versorgung ihrer Angehörigen. Sie versuchen, das Versorgungsgeschehen beispielsweise mit Pflegenden auf Augenhöhe abzustimmen, wobei ihnen wichtig ist, dass ihre Erfahrungen als pflegende Angehörige berücksichtigt werden. Während die Befragten Unterstützung durch ambulante Pflegedienste, Tagespflege oder phasenweise stationäre Aufenthalte nutzen, fällt es ihnen jedoch oft schwer, Versorgungsverantwortung an die Professionellen tatsächlich abzugeben. Dass pflegende Angehörige oft Schwierigkeiten haben, sich aus dem Hilfeprozess zurückzuziehen und pflegebedürftige Familienmitglieder anderen ‚anzuvertrauen‘, hat sich ähnlich in anderen Untersuchungen gezeigt. In einer schwedischen Studie etwa sahen sich die befragten pflegenden Angehörigen als Hauptverantwortliche für die (häusliche) Pflege und waren sich unsicher, inwieweit sie den Professionellen eine adäquate Versorgung ihres Angehörigen etwa in Krankenhäusern zutrauen können (Erlingsson, Magnusson, & Hanson, 2012).

Menschen, die sich dem beschriebenen Muster folgend expertisiert haben, wollen von den Professionellen als aktive Koproduzenten wahrgenommen und adressiert werden. Das – im Vergleich zu ‚klassischen‘ Pflegeeinrichtungen – integrierte, umfassendere Angebotsspektrum in den Zentren erleichtert es Ihnen, diese Rolle einzunehmen. Voraussetzung ist aber, dass sich die Professionellen in den Zentren auf die von ihnen ‚eingeforderten‘ Aushandlungsprozesse der Ausgestaltung der Versorgung einlassen und auch Verantwortung abgeben können. Unsere Ergebnisse liefern wichtige Hinweise, wie eine gelingende Koproduktion mit ihnen entwickelt werden kann. So ist

ihnen wichtig, auch Kritik an professioneller Versorgung äußern zu können. Gesundheitsprofessionen sollten sie daher so weit wie möglich in die Abstimmung der Versorgung wie auch in praktische alltägliche Versorgungsaufgaben einbeziehen. Für eine gelingende Koproduktion ist es zugleich wichtig, dass Pflegende ihnen verdeutlichen, von welchen Grundsätzen sie sich in der Versorgung leiten lassen, da Angehörige dieses Musters meist weitergehende Informations- und Beratungsbedürfnisse haben und aktiv in die versorgungsbezogenen Entscheidungsfindungen eingebunden werden wollen. Befragte, die diesem Muster zugeordnet wurden, entsprechen wohl am stärksten dem ‚Idealbild‘ des/der Koproduzierenden.

4.2 Entlasten von Verantwortung

Ungefähr ein Drittel der Studienteilnehmer*innen sucht durch die Nutzung der Dienstleistungen im Quartierszentrum vor allem Entlastung – dies vor dem Hintergrund, dass die Versorgung zu Hause nicht mehr als (allein) leistbar wahrgenommen wird, beispielsweise, weil pflegende Angehörige selbst alt und gesundheitlich eingeschränkt oder beruflich stark eingebunden sind.

Die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten, von Tagespflege und phasenweisen stationären Aufenthalten (auch) an den Modellstandorten wird von ihnen als sehr unterstützend empfunden. Wenn pflegende Angehörige, die nach diesem Muster handeln, ihr pflegebedürftiges Familienmitglied ‚in professionelle Hände geben‘ und dort ‚gut aufgehoben‘ wissen, ziehen sie sich – anders als Expertisierer*innen – aus dem direkten Versorgungsgeschehen zurück. Sie geben die Verantwortung hierfür bewusst und gern an die Professionellen ab. Auch, dass sich diese Interviewten sehr zufrieden zu den professionellen Angeboten äußern, bestätigt nach unserer Analyse den unbedingten Willen, Verantwortung abgeben zu können. Eine solche Abgabe von Verantwortung könnte Ausdruck dessen sein, dass sie sich mit der Position der aktiven Koproduzent*innen überfordert fühlen, wie es im Fall von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit mehrfach beschrieben wurde (vgl. Pickard & Rogers, 2012). Allerdings stellt das Muster ‚Entlasten von Verantwortung‘ nach unseren Analysen keinen allgemeinen Rückzug von Verantwortung in Koproduktion dar. Im Gegenteil, lässt sich dieses Muster eher als funktionale Trennung von Verantwortung zwischen Professionellen und Angehörigen/Nutzer*innen verstehen, dass von letzteren aktiv ‚eingefordert‘ wird. Während die Professionellen sich auf die ihnen zuge dachte Rolle fokussieren und zeit- bzw. phasenweise die Versorgung komplett übernehmen, verschafft dies den Angehörigen und Nutzer*innen dieses Musters die Kapazitäten, den familiären

Alltag gemeinsam zu gestalten (beispielsweise sich zum gemeinsamen Kaffee und Kuchen treffen oder auch Haushalt und Garten in Schuss zu halten). Wie ein internationales Review belegt (vgl. Crespo et al., 2013), kann ein solches Festhalten an Alltagsroutinen zu (verstärkter) emotionaler Zuwendung sowie zu einem Gefühl von Normalität trotz chronischer Krankheiten und Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit innerhalb von Familien beitragen.

Für eine an dieses Handlungsmuster anschlussfähige Koproduktion informeller und professioneller Hilfen lässt sich schlussfolgern, dass erstens die Fachkräfte die Angehörigen und Nutzer*innen im Sinn einer Koproduktion verstärkt an die Hand nehmen sollten. Dies insbesondere, wenn versorgungsrelevante Entscheidungen gefällt werden müssen oder wenn sich die Betroffenen zwischen einer Auswahl an unterschiedlichen Dienstleistungen und Therapien zurechtfinden müssen. Pflegende sollten dabei allerdings insbesondere auch ein auf die Versorgung bezogenes ‚Nicht-Wissen-Wollen‘ dieser Angehörigen und Nutzer*innen als Teil ihrer Autonomie so weit wie möglich berücksichtigen.

4.3 Priorisieren von Sozialem

Fast die Hälfte der Studienteilnehmer*innen hat sich mit den eigenen gesundheitlichen Einschränkungen ‚arrangiert‘. Stärker als Versorgungsfragen belastet die Befragten, im Alltag weitgehend auf sich allein gestellt zu sein und beispielsweise nach dem Verlust von Partner*innen und Freund*innen kaum noch über Bezugspersonen zu verfügen. Interviewte aus diesem Muster sind überwiegend Nutzer*innen offener Angebote (z. B. Mittagstisch, aber auch gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Kraft- und Balancetraining). Die Teilnahme an den Angeboten ist wesentlicher Anker ihrer gelebten sozialen Teilhabe.

Koproduktion vollzieht sich hier vor allem dadurch, dass die Zentren den Interviewten die Gelegenheit bieten, sich ihre sozialen Bedürfnisse zu erfüllen. Zwar gibt es in Deutschland eine Reihe von stadtteilbezogenen Freizeit- und Begegnungsangeboten für ältere Menschen, allerdings ist eine Teilnahme daran bei zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen oft schwierig. Die Zentren bieten demgegenüber zielgruppengerechte Beschäftigungs- und Begegnungsmöglichkeiten trotz Gesundheitsbeeinträchtigungen.

Dass tragfähige Sozialbeziehungen für chronisch kranke, potentiell hilfe- oder pflegebedürftige Menschen von hoher Bedeutung sind, zeigen auch die Ergebnisse von US-

amerikanischen oder skandinavischen Studien. Diese belegen, dass (enge) Freund*innen, die Zuwendung vermitteln, bei Bedarf als Gesprächspartner*in zur Verfügung stehen und bei der Lösung alltagspraktischer Angelegenheiten unterstützen, eine wichtige Ressource dafür sind, die Krankheit in den Alltag zu integrieren (Whittemore & Dixon, 2008) und sie ‚händeln‘ zu können (Audulv, Asplund, & Norbergh, 2012).

Koproduktion heißt im Fall dieses Musters vor allem, soziale Teilhabe zu stärken. Hier könnte gezielt eine Weiterentwicklung von Dienstleistungsangeboten ansetzen, wobei zu diskutieren wäre, ob speziell offen-unstrukturierte Gespräche oder – gezielter – angeleitete Gesprächsgruppen als professionelle Angebote zur Förderung der Koproduktion geeignet sind.

Abschließend sei hervorgehoben, dass auch unsere Studie zeigt, dass pflegende Angehörige und Nutzer*innen je in ihrer individuellen Rolle betrachtet werden müssen. Sie haben unterschiedliche Umgangsformen mit Pflegebedürftigkeit und unterschiedliche Erwartungen an Koproduktion – ein Aspekt, der auch in der Fachliteratur immer wieder betont wird. Für Professionelle, die im Alltag mit beiden Gruppen regelmäßig zu tun haben, ist es daher wichtig, beide Zielgruppen in ihren jeweils individuellen Zielen, Bedarfen, Bedürfnissen und Handlungsmustern anzuerkennen und eben nicht allgemein „familiäre“ Bewältigungsmuster zu adressieren.

Insgesamt ist festzuhalten, dass integrierte Quartiers- und Gesundheitszentren durch ihre Angebotsvielfalt gute Voraussetzungen bieten, den unterschiedlichen Umgangsformen mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entsprechend zu einer Koproduktion zu finden, die für Nutzer*innen/Angehörige und Professionelle erfüllend ist.

In dieser Studie haben wir die Perspektive von Nutzer*innen und Angehörigen herausgearbeitet. Um tiefere Einblicke über die Möglichkeiten und Grenzen von Koproduktion bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu bekommen, sollte auch die Perspektive der Professionellen berücksichtigt werden, denn auch für sie ist Koproduktion sehr voraussetzungsvoll (Bovaird, 2007).

Studienlimitationen

Limitationen, die die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken, ergeben sich im Kontext unserer Studie daraus, dass nur die chronisch kranken Menschen zu ihrem Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie zur Koproduktion von pflegerischen Ver-

sorgungsangeboten interviewt wurden, die kognitiv allenfalls gering beeinträchtigt waren. Somit können keine Aussagen darüber getroffen werden, wie Nutzer*innen mit stärkeren kognitiven Einschränkungen, die, wie im Kontext der methodischen Darlegungen bereits erwähnt, aufgrund ethischer Erwägungen von der Studienteilnahme ausgeschlossen wurden, das Zusammenspiel von informeller und professioneller Unterstützung erleben.

Zudem wurden möglicherweise für diese Studienteilnahme vor allem solche Nutzer*innen und Angehörige gewonnen, die den Angeboten des Zentrums tendenziell offen(er) und positiv(er) gegenüberstehen. In ihrem Fall hat sich möglicherweise auch die Koproduktion gesundheitlicher Versorgung ‚unproblematisch‘ gestaltet. In einem anderen Sample hätten womöglich mehr Konflikte zwischen Angehörigen/Nutzern und Professionellen herausgearbeitet werden können, was ebenfalls wichtig für die Frage einer geeigneten Koproduktion von gesundheitlicher Versorgung gewesen wäre.

Zwar können offenere Formen der Datenerhebung – wie die hier durchgeführten episodischen Interviews – eher als standardisierte Erhebungsverfahren die Wahrscheinlichkeit falsch-hoher Zufriedenheitsangaben von Studienteilnehmern reduzieren (Kelle, Metje, & Niggemann, 2014). Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass einzelne unserer interviewten Nutzer*innen auf Interviewfragen hin – wie im Alter häufig (ebd.) – ‚sozial erwünscht‘ geantwortet haben.

Literatur

- Audulv, A., Asplund, K. & Norbergh, K. G. (2012). The integration of chronic illness self-management. *Qualitative Health Research*, 22(3), 332-345. DOI: 10.1177/1049732311430497
- Bovaird, T. (2007). Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. *Public Administration Review*, 846-860.
- Bramble, M., Moyle, W. & McAllister, M. (2009). Seeking connection: family care experiences following long-term dementia care placement. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3118-3125.
- Brazil, K., Thabane, L., Foster, G. & Bédard, M. (2009). Gender differences among Canadian spousal caregivers at the end of life. *Health and Social Care in the Community*, 17(2), 159-166.
- Bull, M. J. & McShane, R. E. (2008). Seeking What's Best During the Transition to Adult Day Health Services. *Qualitative Health Research*, 18(5), 597-605.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health and illness*, 4(2), 167-182
- Charmaz, K. (2010). Studying the Experience of Chronic Illness through Grounded Theory. In G. Scambler & S. Scambler (Hg.), *New Directions in the Sociology of Chronic and Disabling Conditions* (S. 8-36). Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Crespo et al. (2013). Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review. *International Journal of Psychology* 48(5), 729-746.
- de Vries, B. & Schönberg, F. (2017). Was wird aus der stationären Pflege? Konzepte für eine pflegerische Versorgung im Quartier. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* (3), 40-48.
- del Río-Lozano, M., del Mar Carcía-Calvente, M., Marcos-Marcos, J., Entrena-Durán, F. & Maroto-Navarro, G. (2013). Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1506-1520.
- Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*(1), 247-251.
- Erlingsson, C. L., Magnusson, L. & Hanson, E. (2012). Family Caregivers' Health in Connection With Providing Care. *Qualitative Health Research*, 22(5), 640-655.

- Eurostat (2019). *Bevölkerung: Strukturindikatoren*. Online verfügbar unter: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (05.06.2019).
- Ewert, B. & Evers, A. (2014). An Ambiguous Concept: On the Meanings of Co-production for Health Care Users and User Organizations? *Voluntas*, (25), 425-442. DOI: 10.1007/s11266-012-9345-2
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6. Aufl.). London/Thousand Oaks, CA/Dehli: Sage.
- Flick, U. (1997). The episodic interview – Small scale narratives as approach to relevant experiences. LSE Methodology Institute Discussion Papers – Qualitative Series 5. Abgerufen von: <http://docshare01.docshare.tips/files/24191/241911951.pdf> (Stand: 06.06.2019).
- Garcia, T. J., Harrison, T. C. & Goodwin, J. S. (2015). Nursing Home Stakeholder Views of Resident Involvement in Medical Care Decisions. *Qualitative Health Research*, 26(5), 712-728.
- Garlo, K., O'Leary, J. R., Van Ness, P. H. & Fried, T. R. (2010). Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2315-2322.
- Hämel, K., Kafczyk, T., Vorderwülbecke, J. & Schaeffer, D. (2017). *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. (2016). Making nursing homes more communityoriented: insights from an exploratory study in Germany. *Ageing & Society*, 36, 673-693.
- Höffling, C., Plaß, C. & Schetsche, M. (2002). Deutungsmusteranalyse in der kriminologischen Forschung. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 3(1), Art. 14.
- Kelle, U., Metje, B. & Niggemann, C. (2014). Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In A. Amand & F. Kolland (Hrsg.), *Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie* (S. 175-206). Wiesbaden: VS Verlag
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. (2., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kim, H., Chang, M., Rose, K. & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x
- Kruse, A. (2017). Verletzlichkeit im hohen Alter - die Sicht der Angehörigen. In A. Kruse (Hg.), *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife* (S. 355-409). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Kuhlmei, A. & Blüher, S. Demografische Entwicklung in Deutschland – Konsequenzen für Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (Neuausgabe, S. 185-198). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lindsay, S. & Vrijhoef, H. (2009). A sociological focus on expert patients. *Health Sociology Review*, 18(2), 139-144. DOI: 10.5172/hesr.18.2.139
- Phillips, R.L., Short, A., Kenning, A., Dugdale, P., McGowan, R. & Greenfield, D. (2015). Achieving patient-centred care: the potential and challenge of the patient-as-professional role. *Health Expectations*, 18(6), 2616-2628.
- Pickard, S. & Rogers, A. (2012). Knowing as practice: Self-care in the case of chronic multi-morbidities. *Social Theory & Health*, 10(2), 101-120. DOI: 10.1057/sth.2011.2
- Realpe, A. & Wallace, L. M. (2010). *What is co-production?* London: The Health Foundation. Retrieved from https://personcentredcare.health.org.uk/sites/default/files/resources/what_is_co-production.pdf (04.06.2019).
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2011). Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (Neuausgabe, S. 329-363). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Seear, K. (2009). The third shift: Health, work and expertise among women with endometriosis. *Health Sociology Review*, 18(2), 194-206. DOI: 10.5172/hesr.18.2.194
- Spillman, B. C. & Long, S. K. (2009). Does High Caregiver Stress Predict Nursing Home Entry? *Inquiry*, (46), 140-161.
- Statistisches Bundesamt Destatis (2019). Destatis 2017. Verfügbar über GENESIS-Online Datenbank (Suchverlauf: Themen – 12 Bevölkerung – 124 Bevölkerungsstand, -vorausberechnung – 12411 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes – 12411-0005 Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre – Zeit auswählen:

31.12.2017 – Altersjahre auswählen: ab 65 Jahre –Werteabruf: Zusammenrechnen Altersjahre 65-Jährige bis 85 Jahre und mehr; ergibt 17.709.711). Online verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> (28.05.19).

Statistisches Bundesamt Destatis (2018a). Auszug aus dem Datenreport 2018 - Kapitel 1: Bevölkerung und Demografie. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018-kap-1.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (05.06.2019).

Statistisches Bundesamt (2018b). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse* (S. 44). Bonn.

Statistisches Bundesamt Destatis (2017). Bevölkerungsentwicklung bis 2060 - Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publicationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-bundeslaender-2060-aktualisiert-5124207179004.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (05.06.2019).

Taylor, D. & Bury, M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition *Sociology of Health & Illness*, 29(1), 27-45. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.00516.x

Vennik, F. D., van de Bovenkamp, H. M., Putters, K. & Grit, K. J. (2016). Co-production in healthcare: rhetoric and practice. *International Review of Administrative Sciences*, 82(1), 150-168. DOI: 10.1177/002085231557055

Whittemore, R. & Dixon, J. (2008). Chronic illness: the process of integration. *Journal of Clinical Nursing*, 17(0), 177-187. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x