

1 Erhebung und gemeinsame Festlegung des Bedürfnisses und des Bedarfs von Teilhabe

Eine pflegfachliche methodische Vorgehensweise ist die systematische Erhebung und gemeinsame Bewertung und Festlegung des Bedürfnisses und des Bedarfs der Teilhabe. Diese Vorgehensweise kann auch für die Festlegung einzelner Formen der Teilhabe, z. B. der sozialen oder politischen Teilhabe, übernommen werden.

Vor der Erhebung eines subjektiven Bedürfnisses oder eines individuellen Bedarfs sollten beide Begriffe definiert werden.

Subjektives Bedürfnis
oder individueller
Bedarf

Bei einem subjektiven Bedürfnis der älteren Menschen handelt es sich um existenzielle und lebensnotwendige Kompetenzen und Aktivitäten, die einen empfundenen Mangel bezüglich ihrer Lebens- und Alltagsgestaltung decken sollen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Dazu zählen ökonomische und soziale Bedürfnisse von Teilhabe als Basis für die Alltags- und Lebensgestaltung, gefolgt von kulturellen und politischen Teilhabebedürfnissen als Möglichkeiten der Beschäftigung mit identitätsstiftenden Themen, z. B. Kunst und Politik. Ohne die Befriedigung der Bedürfnisse der Teilhabe ist die Gestaltung eines sinnstiftenden und erfüllten Lebens nur schwer möglich.

Ein subjektiver Bedarf bei älteren Menschen umfasst alle Teilhabeformen, die einen positiven Nutzen zur Alltags- und Freizeitgestaltung beitragen können, um ein lebensnotwendiges Bedürfnis zu stillen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Damit stellt ein Bedarf auf die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten ab, die die Befriedigung eines Bedürfnisses verwirklichen können. Der Begriff des Bedarfs lässt sich mit den Schritten der Erhebung und der Realisierung von Teilhabe umschreiben. Der pflegerische Auftrag im Bereich der Teilhabe umfasst in der Regel die Erhebung eines Bedarfs, denn die Realisierung der Teilhabe findet meist im Anschluss an die Bewältigung von gesundheitlicher Einschränkung oder von Pflegebedürftigkeit statt und obliegt meist den Angehörigen der privaten und informellen Netzwerken der älteren Menschen. Pflegerische Anforderungen beziehen sich auf die Vorbereitung älterer Menschen auf die eigenständige oder assistierte Form von Teilhabe, um sie an die Beteiligten der informellen Netzwerke zu übertragen.

Positiver Nutzen der
Alltags- und
Freizeitgestaltung

Die unterschiedlichen Teilhabebedürfnisse wie die soziale, ökonomische, politische und kulturelle Teilhabe bringen zum Ausdruck, dass ältere Menschen mitmachen, mitgestalten, eben »mitmischen« möchten. Diese Bedürfnisse können evtl. aufgrund gesundheitsbedingter Einschränkungen nicht befriedigt werden. Dennoch bleiben sie bestehen und bilden einen Aspekt von »gutem Leben«, wenn sie trotzdem angegangen werden können.

Teilhabebedürfnisse:
sozial, ökonomisch,
politisch und kulturell

Tab. 1:
Übersicht über
individuelle
Bedürfnisse und
subjektive Bedarfe
bei der Teilhabe
älterer Menschen

Bedürfnisse älterer Menschen bei Teilhabe	Subjektiver Bedarf älterer Menschen bei Teilhabe und positiver Nutzen
soziale Teilhabe als Möglichkeit des Eingebundenseins in Gruppen Gleichgesinnter	sozialer Teilhabebedarf als Möglichkeit, eine Gruppe/Person aufsuchen oder empfangen zu können, um Kontakte und Beziehungen zu pflegen
ökonomische Teilhabe als das Vorhandensein finanzieller Möglichkeiten	ökonomischer Teilhabebedarf als die nötigen finanziellen Aufwendungen für den Kauf von Literatur, Eintrittskarten, Fahrkarten etc.
politische Teilhabe als Möglichkeit der Willensbekundung und Interessenvertretung	politischer Teilhabebedarf umfasst Maßnahmen zur Verwirklichung des aktiven und passiven Wahlrechts oder des Engagements in politischen Interessenvertretungen
kulturelle Teilhabe als Möglichkeit der Auseinandersetzung mit kreativer Gestaltung oder eigener kreativer Beschäftigung	kultureller Teilhabebedarf umfasst alle erforderlichen Möglichkeiten, um z. B. Kultur- und Sportveranstaltungen zu besuchen, sich selbst schöpferisch zu betätigen

Dieses drückt sich in der Möglichkeit aus, sich mit Gleichgesinnten zu treffen, um sich auszutauschen, finanzielle Mittel zu besitzen, um sich im öffentlichen Raum zu bewegen oder für pflegerische Unterstützung zu zahlen, politisches Engagement zu betreiben und um Kultur- und Sportveranstaltungen zu besuchen.

Bei der Zuordnung der Teilhabebformen und ihres Nutzens für das Leben zeigt sich, dass die soziale und ökonomische Teilhabe am ehesten den Charakter lebensnotwendiger Aktivitäten haben. Ohne soziale und ökonomische Teilhabe kann die Lebens- und Alltagsgestaltung kaum gelingen. Die politische und kulturelle Teilhabe dagegen können die Lebens- und Alltagsgestaltung bereichern und identitätsstiftend wirken. Kann diese Bereicherung nicht mehr initiiert werden, weil z. B. der ältere Mensch seine Wohnung nicht verlassen kann, kann der Alltag dennoch gestaltet werden, auch wenn wichtige Impulse aus Kultur und Politik fehlen. Eine fehlende kulturelle und politische Teilhabe kann von den älteren Menschen am ehesten über Medien wie das Fernsehen oder das Internet kompensiert werden. Dies ist kein Ersatz für eine soziale Interaktion, kann aber als eine passive Möglichkeit der Information und Auseinandersetzung mit Politik und Kultur gelten.

Der Auftrag an die Pflegenden lautet nun, sich mit den älteren Menschen über ihre Teilhabebedürfnisse zu verständigen, um den entsprechenden Bedarf in Form pflegerischer Unterstützung anzubieten und somit den individuellen Teilhabebedarf zu initiieren und ggf. zu decken. Dabei können Pflegende auf die Unterstützung anderer Berufsgruppen zurückgreifen, wenn spezielles Wissen, wie z. B. die Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche, nötig ist.

Individuellen
Teilhabebedarf decken

Auch wenn die Pflegenden in der Regel nicht die Maßnahmen zur Teilhabe selbst ausführen, sondern eher parallel zur Genesung von gesundheitlichen Einschränkungen einen Teilhabebedarf erheben, sind sie gehalten, dies systematisch zu tun. Vor der Ermittlung des Teilhabebedarfs werden die Teilhabebedürfnisse ermittelt. Dieses Ermitteln kann als ein pflegediagnostischer Prozess und Festlegung von pflegerischen Interventionen verstanden werden.

Dieser pflegediagnostische Prozess kann in einzelne Schritte unterteilt werden:

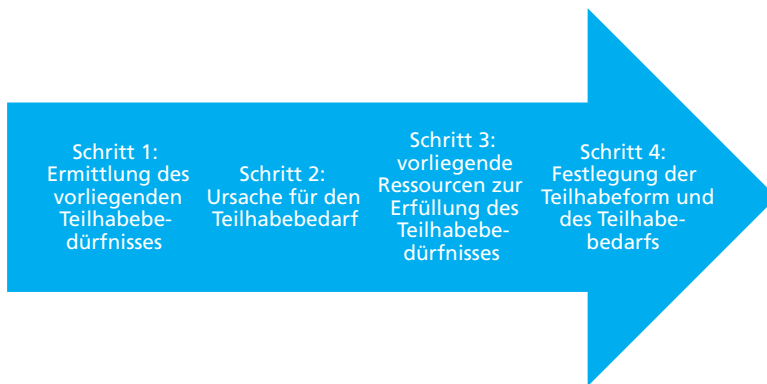


Abb. 1:
Schritte des
pflegediagnostischen
Prozesses

Im ersten Schritt ermitteln die Pflegenden zusammen mit den älteren Menschen ihr Teilhabebedürfnis, um zu verstehen, wo ein empfundener Mangel besteht. Dieser Mangel soll behoben werden, indem die Ursache für den Mangel, d. h. der Teilhabebedarf, ermittelt wird. Die Ursache für einen Teilhabebedarf gibt wichtige Hinweise, welche Teilhabeform betroffen sein könnte. Das Vorhandensein von Ressourcen kann dabei helfen, die verlorengegangene Teilhabe wiederherzustellen, und ist ein wichtiger Bestandteil zu ihrer Wiedererlangung. Diese vorhandenen Ressourcen zeigen sich meistens in Alltagssituationen und sind deshalb im pflegerischen Kontext gut zu ermitteln. Im letzten Schritt erfolgt die Erhebung des Umfangs und der Art des Teilhabebedarfs, um die entsprechenden Angebote zu unterbreiten.

Für die Realisierung der Teilhabeformen ist das Einverständnis der älteren Menschen erforderlich, aus diesem Grund ist die Gestaltung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Vorteil. Interventionen zur Förderung z. B. der ökonomischen Teilhabe bedürfen der Zustimmung der älteren Menschen. Angebote zur sozialen oder kulturellen Teilhabe dagegen können auch von den älteren Menschen abgelehnt werden, ohne dass dies zu existenziellen Risiken führen müsste.

1.1 Die integrierte Teilhabeplanung für ältere Menschen

Berufsgruppen- und
trägerübergreifende
Eingliederungshilfe

Bei der integrierten Teilhabeplanung handelt es sich um ein Planungs- und Steuerungsinstrument aus dem Bundesteilhabegesetz. Es ist kein rein pflegerisches, sondern ein berufsgruppenübergreifendes und trägerübergreifendes Instrument der Eingliederungshilfe. Das schrittweise Erstellen und die Organisation als Regelkreis erinnern an die Pflegeprozessplanung.

Es soll als Instrument in diesen Band aufgenommen werden, da es durchaus möglich sein kann, dass ältere pflegebedürftige Menschen an ihrer Teilhabeplanung beteiligt sind, über einen Plan mit zahlreichen wertvollen Hinweisen zu ihrer derzeitigen und geplanten Teilhabe verfügen oder Termine zur Teilhabeplanung bei der Kommune oder dem Bezirk/Stadtteil wahrnehmen sollen.

Die integrierte Teilhabeplanung kann mithilfe pflegerischen Wissens zu den Teilhabebedarfen und -bedürfnissen ergänzt werden. Dieses bildet den Ausgangspunkt für die Gestaltung von Teilhabe in dem Sozialraum, in dem der ältere Mensch lebt oder z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt wieder leben wird. Unter Sozialraum wird in diesem Zusammenhang sein näheres Lebensumfeld verstanden, in dem seine Wohnung liegt. Darunter können auch pflegebedürftige Personen verstanden werden, die in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer anderen Institution leben, z. B. in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz.

Gerade für Menschen mit Demenz existieren in der Zwischenzeit zahlreiche Angebote, die sich hinter dem Label einer »demenzfreundlichen Kommune« oder »demenzfreundlichen Stadt« verbergen. Vorkehrungen einer Kommune zur Integration von Menschen mit einer Demenz erweitern ihre Teilhabemöglichkeiten, z. B. mithilfe von Orientierungshilfen im öffentlichen Raum, Betreuungsdiensten für Menschen mit Demenz bei öffentlichen Veranstaltungen, Sensibilisierung der Bevölkerung für das Krankheitsbild, Sensibilisierung von Mitarbeitern der Polizei, von Banken, im Einzelhandel, im Gastgewerbe, speziellen Angeboten von Kultureinrichtungen etc.

Für den pflegerischen Bereich von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang Einrichtungen des Gesundheitswesens, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Demenz eingerichtet haben, wie z. B. Zahnärzte, Therapeuten, Hausärzte, spezielle Abteilungen für Menschen mit Demenz im Krankenhaus.

Die Anbindung der integrativen Teilhabeplanung an die Eingliederungshilfe führt nicht nur zur individuellen Förderung von Menschen mit einer Demenz oder von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen. Die Gesamtheit aller Teilhabepläne ergibt einen guten Überblick über Teilhabebedarfe und -bedürfnisse verschiedener Personengruppen. Die regelmäßige Analyse von Teilhabebedarfen wird zur Anpassung von Teilhabeangeboten für eine einwohnernahe Sozialplanung und Gestaltung des Sozialraums verwendet.

Regelmäßige Analyse
zur Anpassung der
Sozialplanung und
Gestaltung des
Sozialraums

Kommunen und Städte stehen nicht nur im Hinblick auf den Bereich der Behindertenhilfe, sondern auch auf den der Altenhilfe und Pflege vor neuen Gestaltungsherausforderungen. Planungsansätze, z. B. familienfreundliches Gemeinwesen, demenzfreundliche Stadt oder Kommune, gewinnen aufgrund demografischer Entwicklungen an Bedeutung. Dabei werden die Schnittstellen der Sozialplanung zur Raum- und Umweltplanung, zur Finanzplanung und anderen kommunalen Planungsbereichen immer deutlicher, sodass die Integration der Planungsansätze zur weiteren Herausforderung für kommunales Handeln wird (vgl. Rohrman et al., 2010).

An dieser Stelle schließt sich der Kreis der pflegerischen Unterstützung, um dem Gestaltungsauftrag einer Stadt oder Kommune hinsichtlich ihrer sozialen Angebote zur Förderung der Teilhabe durch Teilhabeplanung gerecht zu werden. Ohne diese Verbindung entstehen keine neuen Teilhabeangebote, auf die Pflegenden verweisen können, wenn es um die Vorbereitung auf das Leben zuhause geht. Im Kontext von Beratung bei der Überleitung in den häuslichen Bereich ist der Hinweis auf diese Angebote für die betroffenen Personen, aber auch für ihre Angehörigen hilfreich und gibt Sicherheit.

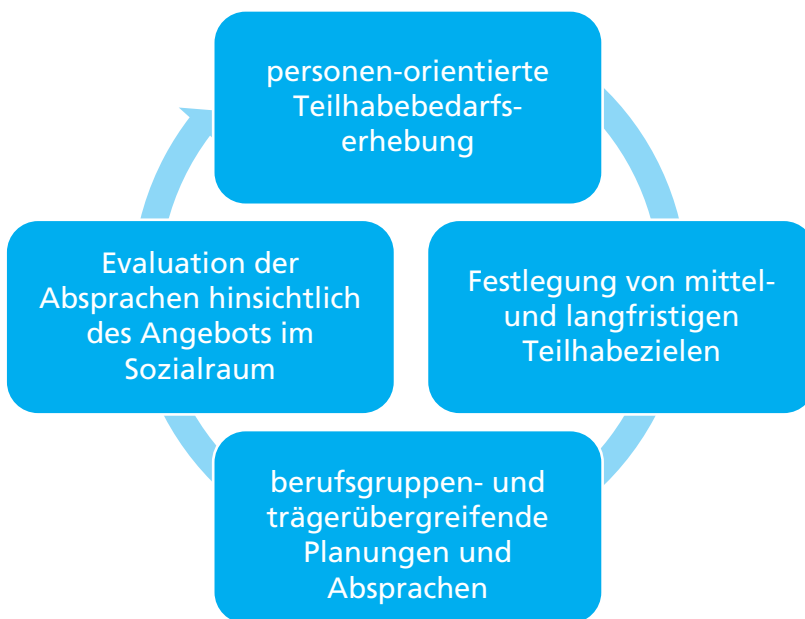


Abb. 2:
Übersicht über die
Schritte eines
integrierten
Teilhabeplans

Ein kurzer Einblick in die Vorgehensweise bei der integrierten Teilhabeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe verdeutlicht ihre Komplexität und Unterstützungsmöglichkeiten von Pflegenden. Demnach soll die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch systematische Planungsprozesse zunehmend realisiert werden:

Unterstützungs-
möglichkeiten von
Pflegenden

- Der Planungsprozess in der Behindertenhilfe geht von den person-orientierten individuellen Bedürfnissen der älteren Menschen aus. Unter dieser Maßgabe sollen sich alle beteiligten Akteure als Teil eines Netzwerks verstehen, das Menschen mit Einschränkungen eine möglichst selbstbestimmte Gestaltung des individuellen Lebenslaufs ermöglicht. Bereichs- und zielgruppenorientierte Planungen sollen sich dieser integrierenden Zielsetzung unterordnen.
- Die Teilhabeplanung beschränkt sich nicht auf eine Analyse des Ist-Zustands und die Benennung von kurz- und mittelfristigen Handlungsplänen, sondern stellt die Entwicklung von Instrumenten zur kontinuierlichen Bedarfseinschätzung und zur Planung im Sinne einer Prozessorientierung in den Vordergrund. Dabei wird sowohl die sozialräumliche Infrastruktur im Sinne der »Barrierefreiheit« als auch die Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten einbezogen.
- Die Beteiligungsorientierung fokussiert darauf, dass ältere Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen ebenso wie andere Akteure (freie Träger, andere Sozialleistungsträger und kreisangehörige Gemeinden, Stadtbezirke) am Planungsprozess beteiligt werden.
- Die am Gemeinwesen orientierten Prozesse der Teilhabeplanung zielen darauf ab, dass die Dienste und Einrichtungen ihre Angebote an den Sozialräumen der älteren Menschen ausrichten. Gleichfalls beinhalten sie die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Diensten der allgemeinen Daseinsvorsorge im Hinblick auf die Belange von Menschen mit Behinderung. Sie schließen auch Maßnahmen zur Sensibilisierung des Gemeinwesens ein (vgl. Rohrman et al., 2010).

Gestaltung der persönlichen Teilhabe

Die Erfassung von Teilhabebedürfnissen und -bedarfen und ihre Integration in die Teilhabeplanung versetzt Pflegende in die Lage, auch über die pflegerische Betreuung hinaus die Teilhabe von pflegebedürftigen Personen positiv zu beeinflussen. Ihre Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung ermöglicht erst, dass sie aktiv ihr persönliches Teilhabegeschehen gestalten können.

2 Teilhabe aus der Perspektive der älteren Menschen

Der Begriff der Teilhabe wird häufig verwendet, z. B. im Sozialgesetzbuch IX oder im Pflegeberufegesetz. In diesen Quellen wird der Begriff der Teilhabe mit der Inanspruchnahme sozialrechtlicher Leistungen oder der Formulierung pflegerischer Anforderungen in Verbindung gebracht. So sind im Sinne des Sozialgesetzbuches IX Leistungen zur Teilhabe solche, die die persönliche Entwicklung ganzheitlich fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen oder erleichtern (vgl. SGB IX, § 4, Abs. 4). Im neuen Pflegeberufegesetz werden sämtliche Bemühungen um den Erhalt der Selbstständigkeit der älteren Personen als die Basis für Teilhabe verstanden und aus diesem Grund zu pflegerischen Anforderungen erklärt. Die Erfüllung dieser pflegerischen Anforderungen ist von den Auszubildenden nachzuweisen, wenn sie das Ausbildungsziel erreichen und als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann arbeiten möchten.

Selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung

Im Sozialbericht des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen hängen die Möglichkeiten zur Teilhabe sowohl von den körperlichen und materiellen Ressourcen als auch von der Erreichbarkeit relevanter Infrastruktureinrichtungen ab und er erweitert die Definition der Teilhabe um den Zugang zu oder um die Angebote von z. B. öffentlichen Einrichtungen. Damit kann eine gleiche Verteilung von gesellschaftlichen Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten sichergestellt und die Ausgrenzung von bestimmten Bevölkerungsgruppen, wie z. B. älteren Menschen, vermieden werden (vgl. Sozialberichte des Landes NRW). Teilhabe kann auch mit den Begriffen der Inklusion, Integration, Gleichberechtigung, Gleichstellung aller Personen in Verbindung gebracht werden. Sie zielen alle auf die Vermeidung von Diskriminierungs- und Benachteiligungserleben ab. Davon können ältere Menschen aufgrund ihrer körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen häufig betroffen sein (► Kap. 3.2).

Inklusion, Integration, Gleichberechtigung, Gleichstellung

Es scheint für ältere Menschen nicht selbstverständlich, sozial eingebunden zu sein, ein soziales Beziehungsnetzwerk zu unterhalten, was eine Ursache für Einsamkeit im Alter sein kann. Beide Faktoren erschweren ein selbstbestimmtes Leben, denn die Einbeziehung in gesellschaftliche Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse bleibt aus (vgl. Vogel et al., 2017). Auch wenn ältere Menschen sich sehr schnell in ihr Schicksal fügen und das Alter mit allen Nachteilen akzeptieren, bleibt ihr Bedürfnis nach Selbstbestimmung erhalten.

Teilhabe erfüllt Funktionen wie die Möglichkeit zu und die Gestaltung von persönlicher Entwicklung, Inklusion, Gleichberechtigung und Gleich-

stellung sowie das Eingebundensein in die Gemeinschaft, um an Entscheidungsprozessen teilzunehmen. Gerade der Aspekt der persönlichen Entwicklung entfaltet in jeder Lebensspanne ihre Relevanz, dies gilt auch für die letzte Lebensphase. Auch hier sind ältere Menschen gefordert, Lösungen für auftretende Probleme zu finden oder die Auseinandersetzung mit den Besonderheiten ihrer Lebenssituation zu suchen.

Wechselwirkung der
Teilhabebereiche

Aus diesen zahlreichen Funktionen heraus ergeben sich unterschiedliche Definitionen von Teilhabe. Ihre Entwicklung oder Erhaltung besteht aus einer sozialen, ökonomischen, politischen und kulturellen Teilhabe, die sich gegenseitig ergänzen und in einer Wechselwirkung (► Abb. 3) zueinander stehen. Ohne eine Priorisierung festzulegen, können die kulturelle und politische Teilhabe nur aus einer ökonomischen und sozialen Teilhabe entstehen. Die Möglichkeit, gleichgesinnte Menschen aufzusuchen oder zu empfangen, und die Verfügbarkeit finanzieller Mittel sind Voraussetzung für kulturelle und politische Teilhabe, welche durch fehlende Möglichkeiten eine Grenze erfahren können. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Verfügbarkeit finanzieller Mittel zur Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln oder der Entrichtung von Eintrittspreisen.

2.1 Bildung und Lernen als Grundlage für die persönliche Entwicklung im Alter

Eine persönliche Entwicklung findet über die gesamte Lebensspanne statt und folglich auch im Alter. In dieser Lebensphase kann in der Regel auf Erfahrungen mit sozialer, ökonomischer, kultureller und politischer Teilhabe, je nach Interessenlage der älteren Person, zurückgegriffen werden.

Bildungs- und
Lernbedarf

Bildungs- und Lernbedarf kann bei älteren Menschen darin bestehen, mit gesundheits- und krankheitsbedingten Unterbrechungen von Teilhabe umzugehen und an ein Niveau wieder anzuschließen, welches die selbstständige, selbstbestimmte und größtmögliche Alltags- und Freizeitgestaltung zulässt. In der Folge entsteht ein Bildungs- und Lernbedarf, der zum größten Teil aus der Aktualisierung des bisherigen Wissens und seiner Anwendung im Alltag bestehen dürfte. Im Mittelpunkt können dabei Bildung und Lernen im Zusammenhang mit dem Umgang mit der persönlichen Gesundheit, chronischen und akuten Erkrankungen, dem Alternsprozess an sich sein, um das Erleben von subjektiver Lebensqualität zu fördern. Dieser besondere Bildungs- und Lernansatz wird als die Erlangung einer Gesundheitskompetenz bezeichnet.

Förderung der
Gesundheits-
kompetenz

Der Präventionsansatz der Förderung der Gesundheitskompetenz gilt als eine pflegerische Anforderung, die (Gesundheits-)Bildung und Lernen ins Zentrum ihrer Aufgaben stellt. Die Entwicklung einer Gesundheitskompetenz kann dazu führen, dass ältere Personen sich gesünder fühlen, aktiver

sind, weil sie gelernt haben, sich ihre Teilhabe selbst zu gestalten (vgl. Vogel et al., 2017). Bildung wird in diesem Zusammenhang nicht nur als Grad der schulischen oder beruflichen Ausbildung verstanden, sondern auch als eine Kompetenz, sich reflektiert den Herausforderungen des individuellen Lebens zu stellen und sich dadurch zu entwickeln. Diesem Entwicklungsprozess liegt ein Bildungsprozess zu Grunde, der Erfahrungen reflektieren, neu auftretende Situationen und Rahmenbedingungen einbeziehen und die Suche nach neuen Lösungen für die Bewältigung des Alltagslebens fördern kann.

Suche nach neuen Lösungen für die Bewältigung des Alltagslebens

Für ältere Menschen bedeutet die Aneignung von Gesundheitskompetenz die Auseinandersetzung mit ihrer Gesundheit und Krankheit, die in dieser Lebensphase eine große Relevanz entfalten kann. Ältere Menschen möchten oder müssen lernen, mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen zu leben. Dabei kann es um die genaue Kenntnis ihrer Erkrankungen, die Erfahrung unterschiedlicher Symptome und die anschließenden Entscheidungen zum eigenständigen Umgang damit gehen. Verfügt die ältere Person über die Kompetenz, die eigene Gesundheit und die eigenen Erkrankungen zu kontrollieren und steuern, kann es ihr gelingen, gesundheitliches Wohlbefinden und eine persönliche körperliche und psychische Stabilität herzustellen. Dies wiederum ist nötig, um aktiv Teilhabe zu leben. Diese eigenständige Auseinandersetzung hilft bei der Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und persönlichen Autonomie als wichtige Aspekte für ein »gutes Leben«.

Im Detail handelt es sich bei der Bildung von Gesundheitskompetenz um das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die Gesundheit zu erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung durch das Gesundheitssystem zu sichern oder sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung zu beteiligen, um die dazu nötigen Entscheidungen treffen zu können (vgl. Schäffer et al., 2016). Eine besondere Bedeutung erlangen dabei gesundheitsrelevante Informationen, die leicht zugänglich und in einer verständlichen Sprache formuliert sind. Entscheidungshilfen können diese Anforderungen erfüllen, da sie eine knappe, aber präzise Darstellung von Entscheidungsmöglichkeiten vorstellen. Sie können gut für die Vorbereitung eines Gesprächs mit Pflegenden genutzt werden, um sachkundig abzuwägen, welche pflegerischen Angebote individuell die besten sind.

Gesundheitsrelevante Informationen ausfindig machen, verstehen, beurteilen und nutzen

Eng mit persönlicher Bildung zur Erlangung einer Gesundheitskompetenz hängt das selbstorganisierte Lernen zusammen, d. h. ältere Menschen suchen selbst nach Wegen, wie sie ihren Wissens- und Lernbedarf decken können. Die Suche nach Daten und Informationen hat das Internet auch bei älteren Menschen erleichtert. Fällt bei ihnen die Nutzung des Internets zusammen mit einer Fertigkeit, sich die gewünschten Informationen zu suchen, zu lesen und sich selbst anzueignen, kann es dabei helfen, sich mit krankheitsbedingten Veränderungen oder gesundheitsrelevanten Fakten auseinanderzusetzen und damit die erforderliche Gesundheitskompetenz zu erreichen. Als Beispiel für entsprechende Informationen sollen sog.

Patientenleitlinien angeführt werden. Es handelt sich um medizinische oder pflegerische Leitlinien, die in eine patientengerechte Sprache »übersetzt« wurden, z. B. ausgewählte Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher und medizinischer Fachgesellschaften. Beispielhaft sollen auf Patientenleitlinien zum Thema Diabetes mellitus der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) verwiesen werden. Auf Basis dieser Patientenleitlinien lassen sich dann die bereits oben benannten Entscheidungshilfen formulieren.

Anpassung an und
Beeinflussung von
neuen Situationen

Lernen und Bildung bei älteren Menschen weisen Besonderheiten auf. Ältere Menschen sind in der Lage zu lernen, denn es ermöglicht ihnen zu überleben, indem sie sich neues Wissen und Fähigkeiten aneignen. Dies wiederum ermöglicht Anpassung an verschiedene Rahmenbedingungen und neue Situationen, aber auch ihre aktive Beeinflussung (vgl. Simon, 2007). Sowohl Anpassung als auch aktive Beeinflussung sind Strategien, selbstbestimmt zu leben und selbstständig zu bleiben.

Neu- und Hinzulernen
nach Diskontinuität

Lernen bei älteren Menschen findet insbesondere vor dem Hintergrund ihrer Lebenserfahrung statt und Neulernen wird erforderlich, wenn die Lebenserfahrung keine schon bewährte Lösung bereithält. Neulernen ist dann nötig, wenn eine Diskontinuität eintritt, z. B. durch die Konfrontation mit neuer Technik oder die Unterbrechung einer Alltagsroutine nach einem Sturz. Eine Erkrankung kann ebenfalls eine Diskontinuität hervorrufen, die in ihrem Verlauf das Wiedererlernen der Alltagskompetenzen erforderlich macht. Diese Diskontinuität zeigt auf, dass das bisher Erlernte keine Lösungsmöglichkeiten mehr bereitstellt und das Hinzulernen den einzig möglichen und gangbaren Weg darstellt und die Ausweglosigkeit beenden kann.

Geistige und
körperliche
Erfahrungen

Das Erlernen einer Lösungsmöglichkeit kann gelingen, aber auch genauso gut scheitern. Die Möglichkeit des Scheiterns kann als eine psychische Last oder auch als ein körperlich-leibliches Phänomen im Sinne von Unwohlsein, Schmerz und Schwäche empfunden werden. Eine positive Lernerfahrung kann dagegen zu Wohlbefinden führen. Lernerfahrungen bei älteren Menschen sind nicht nur geistig-intellektuelle Erfahrungen, sondern auch leiblich-körperliche, letztere können sogar in den Vordergrund treten und z. B. rehabilitative Behandlungen erschweren (vgl. Simon, 2007). Da das Lernen bei älteren Menschen sowohl ein körperliches als auch ein kognitives Erlebnis ist, kann es folglich auf diesen beiden Ebenen positiv beeinflusst werden, z. B. durch die Kombination von Bewegung und Auseinandersetzung mit Fakten.

Auseinandersetzung
mit Gelerntem

Lernen bei älteren Menschen kann auch die Auseinandersetzung mit schon Gelerntem und Gekonntem sein, wenn die Reproduktion von Gelerntem nicht mehr gelingt. Diese Erfahrung kann sich als Verzweiflung oder als Blockade äußern und z. B. die eigene Selbstständigkeit oder die Kommunikationsfähigkeit in Frage stellen, was Auswirkungen auf die Teilhabe, insbesondere die soziale Teilhabe, der älteren Person haben kann (vgl. Simon, 2007).

Lernen im Alter kann aber auch das aktive Vergessen sein, um bestimmte z. B. pathologische Bewegungsmuster zu verlernen, dies ist ein notwendiger