

Schriften der KatHO NRW
Band 26

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Liane Schirra-Weirich, Henrik Wiegelmann (Hrsg.)

Alter(n) und Teilhabe

Herausforderungen für Individuum und Gesellschaft



Verlag Barbara Budrich



Alter(n) und Teilhabe

Schriften der Katholischen Hochschule
Nordrhein-Westfalen

Band 26

KatHO NRW 

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Liane Schirra-Weirich
Henrik Wiegelmann (Hrsg.)

Alter(n) und Teilhabe

Herausforderungen für Individuum
und Gesellschaft

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2017

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2017 Dieses Werk ist bei der Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY 4.0); <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung unter Angabe der Urheber*innen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.
www.budrich.de



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (<https://doi.org/10.3224/84740587>).

Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-8474-0587-0 (Paperback)
eISBN 978-3-8474-0975-5 (PDF)
DOI 10.3224/84740587

Umschlaggestaltung: disegno visuelle kommunikation, Wuppertal – <http://disegno-kommunikation.de>

Lektorat und typographisches Lektorat: Judith Henning, Hamburg – www.buchfinken.com

Inhalt

Liane Schirra-Weirich und Henrik Wiegelmann
Einführung, Vorwort und Danksagung der HerausgeberInnen..... 7

I. Gesellschaftliche Herausforderungen

Werner Schönig
Altersarmut im Rentnerparadies – Zur Polarisierung der
Teilhabechancen im dritten Alter..... 17

Norbert Frieters-Reermann
Miteinander oder Gegeneinander: Herausforderungen für
intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse 39

Marc Breuer
Leitbilder der Pflege in religiösen Migrantengemeinden. Eine
Untersuchung am Beispiel von Moscheevereinen 61

Friedrich Dieckmann und Christiane Rohleder
Alt werden mit lebenslanger Behinderung..... 75

II. Individuelle Herausforderungen

Andrea Schiff
Die Bedeutung von Mobilität für gesellschaftliche Teilhabe älterer
und pflegebedürftiger Menschen 105

Yvonne Berg und Johannes Jungbauer
Zur Bedeutung des Wohnens für die soziale Teilhabe älterer
Menschen..... 121

Julia Steinfort-Diedenhofen
Herausforderung Großelternschaft – Gestaltung intergenerationaler &
multilokaler Familienbeziehungen..... 135

III. Regionale und kommunale Herausforderungen

Henrik Wiegelmann

Leitbilder einer zukünftigen Demenzversorgung in ländlichen
Regionen. Ergebnisse einer explorativen Interviewstudie mit
ExpertInnen der Demenzversorgung..... 151

Sabine Schäper und Michael Katzer

Teilhabeorientierte Planung von Unterstützungsarrangements für
Menschen mit und ohne lebensbegleitende Behinderung im Alter 167

Bianca Rodekoher

Geographische Informationssysteme als ergänzendes Instrument für
Sozialraumanalysen im Rahmen einer inklusiven Ausrichtung der
Sozialplanung für das Alter(n) 187

IV. Herausforderungen für professionelle Beratungs- und Unterstützungsstrukturen

Johannes Jungbauer

Soziale Teilhabe von Schlaganfallbetroffenen und ihren Angehörigen 211

Liane Schirra-Weirich und Henrik Wiegelmann

Das Soziale mitdenken. Ein Vorschlag zur Weiterentwicklung von
Case Management durch milieuspezifische Zielgruppenorientierung 227

Ulrike Kuhn

Case Management in der Hospiz- und Palliativversorgung 245

V. Die Angehörigen im Fokus

Renate Zwicker-Pelzer

Angehörige als Zugehörige im Prozess der Pflege und Betreuung:
Niemand ist (hoffentlich) alleine krank. 273

Liane Schirra-Weirich

Ein kurzer Ausblick: Familiäre Versorgung im gerontologischen
Kontext – Perspektiven für die (Teilhabe-)Forschung und Politik 291

Autor/innenverzeichnis 301

Einführung, Vorwort und Danksagung der HerausgeberInnen

Die Lebensphase Alter und das Altern, genauer gesagt „die Beschreibung und Erklärung sowie Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und Alters, einschließlich der Analyse von alternsrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Umwelten“ (Baltes/Baltes 1992: 8), sind Gegenstand gerontologischer Forschung. Darüber hinaus zählen aktuelle Herausforderungen, mit denen sich ältere Menschen konfrontiert sehen, sowie sozialpolitische Zustände und Entwicklungen zum Fokus der Gerontologie. In ihrer Forschung bedient sie sich dabei diverser Bezugswissenschaften bzw. wird durch spezielle Fragestellungen vieler einzelner Wissenschaften gespeist. Konstitutiv ist dabei für sie, dass sie häufig mit theoretischen und methodischen Ansätzen der entsprechenden Bezugsdisziplinen arbeitet.

Anton Amann fügt dieser klassischen Definition von Baltes/Baltes hinzu, dass eine sozialgerontologische Perspektive – und einer solchen verschreiben wir uns im vorliegenden Band im weitesten Sinne – „darauf ausgerichtet werden (sollte), unter transdisziplinaren Strategien die Voraussetzungen und Folgen menschlichen Alterns in interkulturell und historisch vergleichender Perspektive individuell und kollektiv nach von ihr selbst gesetzten Maßstäben zu erforschen, die beteiligten Prozesse zu verstehen und zu erklären, und dadurch Voraussetzungen für eine den Veränderungen entsprechende Gestaltung des Alterns für die Gesellschaft und für das Individuum zu schaffen“ (Amann 2014: 30f).

Die Ausweitung der Lebensphase Alter stellt sowohl gesellschaftliche Institutionen als auch individuelle Lebensverläufe vor neue Herausforderungen und sollte daher auch als eine gesellschaftspolitische Gestaltungsaufgabe betrachtet werden. Die negativen Folgen der veränderten quantitativen Relationen der jüngeren, mittleren und älteren Generationen sind hinsichtlich der Funktionalität der Sozialsicherungssysteme mittlerweile hinlänglich bekannt. Darüber hinaus sind aber auch die dysfunktionalen Wirkungen auf Subsidiaritätssysteme insbesondere in familialen Austausch- und Ausgleichssystemen zu eruieren. Gesellschaftliche Strukturmodelle und Konstruktionsmaximen, die sowohl im Bereich der Sozialsicherungssysteme wie auch in der familiären Betreuung und Versorgung auf subsidiäres familiales Handeln rekurren, ignorieren die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden veränderten Rahmenbedingungen.

Die demographische Alterung der Gesellschaft bringt eine Vielfalt an Lebenslagen im Alter und damit auch neue individuelle Bedarfslagen mit sich.

Die Rede um eine wachsende Diversität im Alter, auch vor dem Hintergrund einer wachsenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund im höheren Alter, sollte auch die zunehmende Polarisierung von Lebenslagen mit in den Blick nehmen, soziale Ungleichheiten thematisieren und Formen von Exklusion und Inklusion in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken (Köster 2012). Der bereits von Tews konstatierte Strukturwandel des Alter(n)s kann daher in einem erweiterten Verständnis sowohl als Pluralisierung als auch als Polarisierung von Lebenslagen im Alter bezeichnet werden. Dem Paradigma der Inklusion folgend erfordert dies passgenaue und ebenenübergreifende Anpassungsleistungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Darüber hinaus, so scheint es, kommt es verstärkt zu neuen Aushandlungen des Verhältnisses der Generationen untereinander, was darauf verweist, dass die Perspektiven mittlerer und jüngerer Generationen, ihre legitimen Ansprüche und Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe und einer selbstbestimmten Lebensgestaltung in einer insgesamt alternden Gesellschaft, zu berücksichtigen sind. Das Thema Alter(n) und gesellschaftliche Teilhabe unter dem Blickwinkel der Herausforderungen zu behandeln heißt, die Probleme zu benennen und Chancen, Potenziale und Ressourcen von Menschen im Alter herauszuarbeiten ohne dabei blindlings auf bereitstehende Züge wie zum Beispiel des Active Ageing- und der Produktivitätsparadigmen aufzuspringen (Denninger et al. 2014). Auch mit Blick auf die Erforschung von Alter(n)sbildern und Diskursen des Alter(n)s sind gesellschaftspolitische Implikationen mitzudenken. Soziologisch betrachtet beziehen diese „nicht auf die Bedürfnisse alter Menschen, sondern sie reflektieren soziale Regelungsbedürfnisse“ (Göckenjan 2000: 425), welche in Diskursarenen immer wieder neu verhandelt werden, die weit entfernt davon sind, macht- und herrschaftsfreie Räume darzustellen.

Das Paradigma der Teilhabe ist mittlerweile zu einem allgemeinen sozialpolitischen Leitprinzip aufgestiegen (Appel/Breuer 2011: 429ff). Breitenwirksamkeit erlangte Teilhabe als Gerechtigkeitskonzept vor allem ab den 1990er Jahren und bekam zu Beginn der 2000er Jahre über die Verabschiedung (2006) und das in Kraft treten (2009 in Deutschland) der UN-Behindertenrechtskonvention im deutschsprachigen Raum nochmals einen starken diskursiven Schub. Auch gerontologische Fragestellungen rekurrieren seit einigen Jahren verstärkt auf das Konzept Teilhabe. Auch hier ist, Unterstützungsbedarf in der Lebensphase Alter betreffend, in Analogie zu Normalisierungsbewegungen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung und auch Menschen mit Psychatriererfahrungen, eine schrittweise Abkehr von dominanten bio-medizinischen und rein pflegerischen Leitbildern hinzu einem u.a. durch das ICF-Modell ausformulierten biopsychosozialen Paradigma zu erkennen. Das ICF-Modell betont die Konzepte der funktionalen

Beeinträchtigung, der Aktivitäten und der Teilhabe und kann im Allgemeinen als ressourcenorientiertes Modell betrachtet werden. Mittlerweile hat sich ‚Teilhabe‘ sowohl in Diskursen der praktischen Arbeit mit älteren Menschen (Breuer 2013) als auch in der sozial-gerontologischen Forschung (Naegele et al. 2016) zu einem zentralen Bezugskonzept entwickelt.

Teilhabe selber ist ein mehrdimensionales Konzept. Es geht grundlegend darum, dass Personen sich in verschiedenen Lebenssituationen einbezogen fühlen (WHO 2002). Die verschiedenen Lebenssituationen können dabei grob unterteilt werden hinsichtlich ihres Potenzials Individuen soziale, wirtschaftliche, kulturelle oder politische Teilhabe zu ermöglichen.

Auf der Ebene des Individuums lässt sich Teilhabe an gesellschaftlichen Gütern als Handlungs- und Gestaltungsspielraum in der persönlichen Lebensführung und Alltagsbewältigung verstehen. Vom Individuum her gesehen setzt Teilhabe Fähigkeiten voraus, wie der Capability-Approach (Amartya Sen, Martha Nussbaum) herausstellt. Auf der Ebene der Gesellschaft beinhaltet Teilhabe die Bedingungen und Ressourcen für ein barrierefreies Eingebundensein in Lebensbereiche und Funktionssysteme (Inklusion). Die Teilhabechancen einer Personengruppe hängen ab von der Gelegenheits- und Unterstützungsstruktur für die Teilnahme, Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung (‚Stufen der Partizipation‘) am gesellschaftlich normierten (privaten, öffentlichen oder politischen) Geschehen und an Beziehungsnetzwerken.

Zum Thema Teilhabe zu forschen bedeutet in einem weit gefassten Sinn, sich mit individuumsbezogenen und/oder umwelt-/gesellschaftsbezogenen Faktoren zu befassen, die sich auf Teilhabe positiv oder negativ auswirken (AG Teilhabeforschung 2011).

Die unter anderem durch demographische Entwicklungen induzierten und sich ergebenden gesellschaftlichen und sozialen Veränderungen bedürfen auch einer (kritischen) Bearbeitung durch die Hochschulen für angewandte Wissenschaften. Hierzu soll der Sammelband einen Beitrag leisten. In einer Gesellschaft, in der immer mehr ältere Menschen leben, gewinnt der Themenbereich ‚Alter(n) und Teilhabe‘ zunehmend an Relevanz für die Tätigkeitsfelder des Sozial- und Gesundheitswesens sowie der Theologie und somit auch für eine Hochschule, die in diesem Bereich lehrt und forscht. Auch die Anforderungen an eine sozialgerontologisch fundierte Soziale Arbeit verändern sich. Gefragt sind neben einer pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Perspektive, vertiefte Fach- und Handlungskompetenzen in der Sozialberatung, Gemeinwesenentwicklung, Freizeit-, Kultur- und Bildungsarbeit, damit eine optimale Betreuung, Begleitung und Versorgung sowie maximale Lebensqualität und selbstbestimmte Teilhabe der relevanten Personen- und Zielgruppen

gewährleistet werden können. Für eine Hochschule des Sozial- und Gesundheitswesens kommt es darauf an, fundiertes Wissen zu vermitteln und einen anwendungsorientierten Umgang mit zentralen Themen der gerontologischen Sozialarbeit zu fördern. Wichtig wird sein Lösungsansätze in der sozialen Gerontologie zu vermitteln, diese exemplarisch umzusetzen und sie gezielt auf Basis ‚guter Forschung‘ weiterzuentwickeln. Der teilweise stark normativ aufgeladene gesellschaftspolitische Diskurs rund um die Auswirkungen des sogenannten demographischen Wandel macht eine Versachlichung der Thematik unter wissenschaftlichen und anwendungsorientierten Gesichtspunkten notwendig.

Der vorliegende Band ist initiiert vom Kompetenzfeld ‚Alter(n) und Teilhabe‘ des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung. Der Forschungsschwerpunkt Teilhabeforschung der Katholischen Hochschule NRW wird gefördert vom Ministerium für Wirtschaft und Innovation des Landes Nordrhein-Westfalen und durch Eigenmittel der KatHO NRW.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung beschäftigen sich in zwei Kompetenzfeldern mit der gesellschaftlichen Teilhabe a) von Menschen im Alter und b) von Menschen mit Behinderung. Ziel ist es, die Teilhabe von Menschen im Alter und von Menschen mit Behinderungen inklusive ihrer Bezugspersonen zu analysieren und ihre Teilhabechancen an den materiellen und immateriellen Gütern in unserer Gesellschaft zu verbessern.

Im Fokus des Kompetenzfeldes (KF) ‚Alter(n) und Teilhabe‘ stehen ältere und hochaltrige Menschen mit gesundheitsbezogenem Unterstützungsbedarf im Kontext ihrer informellen sozialen Netzwerke (z. B. Familie, Angehörige, Nachbarschaften) und Milieus, die ein selbstbestimmtes Altern in Wohlbefinden und sozialer Teilhabe ermöglichen oder erschweren. Unterstützungsstrukturen kommt hinsichtlich der Chancen zur Teilhabe eine wichtige Funktion zu. In diesem Zusammenhang sind mittlere und jüngere Generationen konsequent mitzudenken, da sie eine Vielzahl von Unterstützungsleistungen erbringen oder koordinieren und damit in ihren Möglichkeiten der selbstbestimmten Teilhabe und Gestaltung ihres Daseins (z. B. ‚Vereinbarkeitsfrage‘) determiniert sind. Dieser Fokus trägt der Notwendigkeit Rechnung, die Teilhabe älterer und hochaltriger Menschen nicht alleine bezogen auf persönliche Ressourcen und/oder Beeinträchtigungen der selbstständigen Lebensführung zu verstehen. Vielmehr sind die Bezugspersonen aus jüngeren Generationen als bedeutende Akteure im Kontext altersbezogener Unterstützungssysteme verstärkt in den Blick zu nehmen, potenzielle Chancen ebenso wie Belastungen und ihre gesundheitsrelevanten Folgen zu thematisieren.

Neben Beiträgen aus dem Forschungsschwerpunkt Teilhabeforschung versammelt der Band multidisziplinäre Aufsätze aus der gerontologisch orientierten Forschung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW), die am Beispiel von alter(n)sbezogenen Themen vielschichtige Einsichten zu den Herausforderungen der demographischen Alterung ermöglichen. Darüber hinaus werfen die Beiträge einen empirischen, inter- und transdisziplinären Blick auf konkrete Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, Heilpädagogik sowie den Pflege- und Gesundheitswissenschaften.

Das erste Kapitel widmet sich vier großen gesellschaftlichen Herausforderungen der alternden Gesellschaft in Deutschland. **Werner Schönig** eröffnet mit seinem Beitrag den Band und befasst sich aus einer sozialökonomischen und sozialpolitischen Perspektive mit dem Thema der Altersarmut und der Polarisierung von Teilhabechancen im dritten Alter in Deutschland. Die Bedeutung des Themas für die Praxis der Sozialen Arbeit veranschaulicht er anhand zweier fallbezogener Typologien, die über die Binnenstruktur der Altersarmut Aufschluss geben. Anschließend spannt **Norbert Frieters-Reermann** in seinem Aufsatz einen Bogen von den aktuellen gesellschaftlichen Auswirkungen des demographischen Wandels in Deutschland und der globalen ökologischen, sozialen und ökonomischen Krise der Weltrisikogesellschaft über damit einhergehende Spannungen und Konfliktpotentiale zwischen den Generationen und verschiedene Grundkonzeptionen generationsübergreifender Bildungs- und Begegnungsarbeit bis hin zur Vorstellung von sechs didaktischen Grundorientierungen für partizipative und intergenerationelle Lern- und Dialogprozesse. Leitbilder der Pflege in religiösen Migrantengemeinden stehen im Fokus des Beitrags von **Marc Breuer**. Auf Basis qualitativer Leitfadeninterviews mit Vorsitzenden von Moscheegemeinden geht er den Fragen nach, warum gerade muslimische Organisationen eine Mitwirkung bei der Bereitstellung professioneller und auch stationärer Pflegeeinrichtungen anstreben und wie diese angestrebte Mitwirkung begründet wird. Das erste Kapitel beschließt der Artikel von **Friedrich Dieckmann** und **Christiane Rohleder**. Sie befassen sich mit der demographischen Entwicklung bei Menschen mit lebenslanger Behinderung und ihrer Lebenserwartung sowie mit Besonderheiten des Alterns und Merkmalen der Lebenslage dieser Personengruppe. Auf Basis von zwei Fokusgruppeninterviews mit Menschen mit einer psychischen Behinderung zum Thema ‚Alter(n)‘ widmen sich Dieckmann/Rohleder Menschen mit lebenslanger psychischer Behinderung, ihren Altersbildern, Alterswünschen und Alterssorgen.

Im zweiten Themenblock werden individuelle Relevanzen und Herausforderungen der Teilhabe im Alter in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt. **Andrea Schiff** analysiert in ihrem Beitrag die Bedeutung von

Mobilität für die gesellschaftliche Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive und widmet sich dabei dem Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Die Wichtigkeit des Themas Wohnen für die Lebensqualität und die soziale Teilhabe älterer Menschen wird sodann von **Yvonne Berg** und **Johannes Jungbauer** herausgearbeitet. Sie stellen wohnraumbezogene Möglichkeiten und Lösungen speziell für die Gruppe der Menschen, die durch altersbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder Behinderungen eingeschränkt sind, vor und betrachten Möglichkeiten und Grenzen unterschiedlicher Wohnformangebote im Hinblick auf Inklusion und Teilhabe. Darüber hinaus befassen sie sich mit dem Beratungskonzept KoWo *inklusiv*, das als inklusionsorientiertes wohnraumbezogenes Angebot für Menschen mit Behinderung und Menschen mit Pflegebedarf entwickelt wurde. Das Phänomen von Großelternschaft und Identitätsentwicklung ist **Julia Steinfort-Diedenhofen** zufolge noch nicht ausreichend in den Blick der empirischen Sozialforschung gerückt worden. Daher geht sie in ihrem Beitrag dem Thema u.a. aus geragogischer Perspektive nach, versucht diese Lücke zu schließen und dokumentiert Antworten auf die Frage nach dem subjektiven Erleben von Großeltern in multilokalen Familienbeziehungen.

Der dritte Themenblock wiederum steht im Zeichen des Themas ‚Alter(n) in Region und Kommune‘. Eingangs analysiert **Henrik Wiegmann** auf Basis einer Sekundäranalyse qualitativer ExpertInneninterviews, deren Leitbilder einer zukünftigen Demenzversorgung in ländlichen Regionen. Wie ExpertInnen ländliche Regionen konstruieren, welche Bilder sie von einer zukunftsfähigen Gestaltung von Strukturen der Demenzversorgung in ländlichen Regionen haben und welche Relevanzen sich dabei zeigen, steht im Fokus seiner Betrachtungen. **Sabine Schäper** und **Michael Katzer** richten im Anschluss daran ihr Augenmerk auf teilhabeorientierte kommunale Planungsprozesse von Unterstützungsarrangements für Menschen mit und ohne lebensbegleitender Behinderung im Alter. Für ihren Beitrag greifen sie dabei auf Erfahrungen aus dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekt SoPHiA („Sozialraumorientierte Planung von Hilfe- und Unterstützungsarrangements für Menschen mit und ohne lebensbegleitende Behinderung im Alter“) zurück. Ebenso aus dem Forschungsprojekt SoPHiA berichtet **Bianca Rodekoher**. Im Mittelpunkt ihres Aufsatzes steht der Einsatz eines Geographischen Informationssystems (GIS) als wichtiger und ergänzender Unterstützungsbaustein, um den Anforderungen einer sozialräumlichen und inklusiv angelegten Sozialplanung auf kommunaler Ebene gerecht werden zu können.

Im vierten Block des Sammelbandes beschäftigt uns das Thema professioneller Beratungs- und Hilfeangebote in der Versorgungsplanung für

Menschen mit Unterstützungs-/Pflegebedarf im Alter. **Johannes Jungbauer** blickt einleitend auf die soziale Teilhabe von Schlaganfallbetroffenen und ihren Angehörigen. Dabei zeigt er einerseits auf, welche körperlichen und psycho-sozialen Folgen mit einem Schlaganfall einhergehen und andererseits, welche Einschränkungen der sozialen Teilhabe sich für die Betroffenen und Angehörigen ergeben. Abschließend werden Verbesserungsmöglichkeiten für die Versorgungspraxis skizziert. **Henrik Wiegelmann** und **Liane Schirra-Weirich** thematisieren die Chancen eines empirisch fundierten typenbasierten Case Managements für Menschen mit Demenz und ihre versorgenden Angehörigen in regionalisierten und vernetzten Versorgungsstrukturen. Damit möchten die AutorInnen einen Beitrag zum Diskurs um die Weiterentwicklung wohnortnaher Beratungs- und Unterstützungsstrukturen leisten. Der Beitrag möchte aufzuzeigen, dass eine milieusensible Haltung bzw. Perspektive von Forschung und Beratungspraxis dazu beitragen kann, Angebote und Dienste alltagstauglicher und damit passgenauer für verschiedene Zielgruppen in unterschiedlichen Lebenslagen zu gestalten. **Ulrike Kuhn** verfolgt mit ihrem Beitrag das Ziel, aufzuzeigen, in welcher komplexen Problemlage sich Menschen und ihre Angehörigen in einer palliativen Versorgungssituation befinden und welche oftmals mehrdimensionalen und vielschichtigen Koordinationsbedarfe sich ergeben können. Im weiteren Verlauf blickt sie dann in Theorie und Empirie auf das Handlungskonzept Case Management in der Palliativversorgung und beleuchtet Möglichkeiten und Grenzen des Ansatzes.

Zu guter Letzt blickt das fünfte Kapitel dann noch einmal genauer auf die Zielgruppe der pflegenden bzw. versorgenden Angehörigen. **Renate Zwicker-Pelzer** veranschaulicht auf Basis ihrer Forschungstätigkeiten und vor dem Hintergrund systemisch-familiendynamischer Theoriebezüge die (für-)sorgenden Rollen von Angehörigen als Zugehörige im Prozess der Pflege und Betreuung. **Liane Schirra-Weirich** wagt abschließend einen kurzen Ausblick auf die Herausforderungen für die familiäre Versorgung von Menschen im Alter mit Unterstützungsbedarf und skizziert Perspektiven für Forschung und Politik.

Ein Blick in das eigene E-Mail-Fach verrät, dass der Weg hin zur Publikation eines Sammelbandes gut und gerne schon mal zweieinhalb Jahre lang sein kann. Für die Geduld, die gute Kommunikation untereinander sowie die respektvolle Zusammenarbeit möchten wir uns bei allen Beteiligten herzlich bedanken. Besonderer Dank gilt selbstverständlich den Autorinnen und Autoren für ihr Engagement an diesem Band mitzuwirken. Die Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) hat die Entstehung dieses Bandes maßgeblich unterstützt, auch hierfür ein Dankeschön im Namen der versammelten Autorinnen und Autoren. Dank gilt

auch dem Verlag Barbara Budrich für die Projektbegleitung, das Lektorat und die Möglichkeit der Publikation. Herzlich bedanken möchten wir uns auch bei Julia Breuer-Nyhsen, die als studentische Hilfskraft auf der Zielgeraden des Projekts wertvolle Arbeit bei der Fertigstellung des Buch-Manuskripts geleistet hat.

Köln, Winter 2016

Liane Schirra-Weirich und Henrik Wiegelmann

Literatur

- AG Teilhabeforschung (2011): Diskussionspapier Teilhabeforschung. URL: <http://www.dgrw-online.de/files/paper-teilhabeforschung-ef.pdf> [Zugriff: 13.07.2016].
- Amann, A. (2014): Sozialgerontologie: ein multiparadigmatisches Forschungsprogramm? In: Amann, A; Kolland, F. (2014). Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine kritische Gerontologie. Springer VS, Wiesbaden. S. 29-50.
- Appel; B./Breuer, B. (2011): Teilhabe in Europa. Normative Diskurse in der europäischen Sozialpolitik und ihr Einfluss auf die Praxis. In: Eurich; J./Barth; F./Baumann; K./Wegner, G. (Hrsg.): Kirchen aktiv gegen Armut und Ausgrenzung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 427-444.
- Baltes, P.-B./Baltes, M.-M. (1992): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, P.-B./Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Akademie der Wissenschaften. Forschungsbericht 5. Berlin, New York: Walter de Gruyter, S. 2-34.
- Breuer, M. (2013): „Teilhabe“ als Leitbegriff der Altenhilfe. Konflikte und Akteure in einem heteronomen Feld. In: Sozialer Fortschritt 62, H. 4, S. 115-122.
- Denninger, T./van Dyk, S./Lessenich, S./Richter, A. (2014): Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft. Reihe: Gesellschaft der Unterschiede, Band 12, transcript Verlag.
- Göckenjan, G. (2000): Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Köster, D. (2012): Thesen zur kritischen Gerontologie aus sozialwissenschaftlicher Sicht. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, 7, 2012, 45. Wiesbaden: Springer VS, S. 603-609.
- Naegele, G./Olbermann E./Kuhlmann, A. (Hrsg.) (2016): Teilhabe im Alter gestalten – Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Wiesbaden: Springer VS.
- WHO (2002): Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF. The International Classification of Functioning, Disability and Health. URL: <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf> [Zugriff: 13.07.2016].

I. Gesellschaftliche Herausforderungen

Altersarmut im Rentnerparadies – Zur Polarisierung der Teilhabechancen im dritten Alter

Werner Schönig

1. Einleitung: Altersarmut – kein Gewinnerthema

Alter und Armut sind zwei Problemanzeichen, die vermuten lassen, dass es keine einfachen Lösungen gibt. Ein Zeitgeist, der nach vorne schaut, Ressourcen mobilisiert, in Menschen investiert, Projekte voranbringt und sich stets bemüht, gut aufgestellt zu sein, ein solcher Zeitgeist ist von der Armut irritiert und mehr noch von der Altersarmut. Reflexartig will man daher die Armen als Fälle managen, will sie fördern und fordern und ihnen so einen Ausgang aus ihrer Lage ermöglichen. Soziale Arbeit ist hier zur Sozialinvestition mutiert, welche mit verfestigter Armut nicht ungehen kann (zur investiven Sozialpolitik, Farhauer 2005 sowie kritisch Dahme/Wohlfahrt 2015: S. 82).

Angesichts dieser Distanz ist die Literatur zur Altersarmut überschaubar (einen guten Überblick zur deutschen Diskussion bietet schon der Sammelband von Motel-Klingebiel/Vogel 2013). Sucht man etwa die Stichworte ‚Altersarmut‘ oder ‚Armut‘ in der Präsentation des Alterssurveys, welcher vom Deutschen Zentrum für Altersfragen im Auftrag des zuständigen Bundesministeriums erstellt wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013), so wird man nicht fündig und auch die Presstexte zu allen vier Befragungswellen des Surveys erwähnen den Armutsbegriff nicht. Hierzu passt auch, dass ein umfassender Sammelband zur ‚Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts‘ (Wahl/Mohlenkopf 2007) nicht explizit den Begriff ‚Armut‘, erwähnt. Ähnliches gilt für den vierten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, der zwar den Bezug von Grundsicherung im Alter skizziert, gleichzeitig jedoch darauf hinweist, dass Altersarmut kein akutes Problem und dass zudem dieser Grundsicherungsbezug eben nicht mit Altersarmut gleichzusetzen sei (Bundesregierung 2013: 296; auch die Stellungnahme der Bundesregierung zu einer Großen Anfrage im Bundestag, Bundesregierung 2011). Ganz ähnlich argumentiert der wissenschaftliche Beirat beim Bundeswirtschaftsministerium, der ebenfalls darauf hinweist, dass „Armut im Alter im Vergleich zur Gesamtbevölkerung gegenwärtig nicht besonders hoch ist“ (Wissenschaftlicher Beirat 2012: 5). Diese zentralen Stellungnahmen

können durchaus als politische und wissenschaftliche Botschaft aufgefasst werden, dass Altersarmut in Deutschland kein drängendes Thema ist. Mit der Altersarmut verhält es sich wie mit dem Klimawandel – und dies in verblüffend vielfacher Analogie. Schon vor vielen Jahren wurden die absehbaren Probleme thematisiert, jedoch hat die Politik weder die Kraft noch sieht sie überhaupt einen aktuellen Anlass zum Eingreifen, da akut zurzeit nur die allerersten Symptome sichtbar sind. Die entsprechenden Diskussionen finden also auf der Expertenebene statt. Am Umgang mit beiden Problemen wird sich exemplarisch zeigen, wie leistungsfähig Demokratien bei der Bewältigung komplexer, gravierender und langfristiger Probleme wirklich sind.

Der folgende Beitrag betrachtet die Altersarmut in Deutschland aus einer sozialökonomischen und sozialpolitischen Perspektive und leitet von ihr zum Fallbezug über, wie er in der Sozialen Arbeit gängig ist. Zentral ist daher zunächst der Rekurs auf die Altersarmut als Lebenslage und als Phänomen im Dritten Alter. Zudem werden aus sozialpolitischer Sicht interne und externe Faktoren der Verursachung von Altersarmut sowie empirische Eckdaten präsentiert und eingeordnet. Daran schließen sich zwei fallbezogene Typologien der Altersarmut an, die für die Praxis der Sozialen Arbeit von besonderer Bedeutung sind.

Mit diesem Vorgehen entwickelt der folgende Beitrag die Argumentation eines älteren Aufsatzes (Schönig/Wasmuth 2009) fort und ergänzt sie durch weitere Aspekte und neuere empirische Untersuchungen. Die Binnenstruktur der zunehmenden Altersarmut im Rentenparadies (Nolte 2007: 92; Bots 2008) wird zudem in der Einzelfallperspektive deutlich, welche anhand dreier Dimensionen strukturiert und in Fallbeispielen illustriert wird.

2. Altersarmut als Lebenslage und Problem der Sozialpolitik

Mehrdimensionalität der Armut als Lebenslage

Betrachtet man Armut als Lebenslage, so folgt man einem mehrdimensionalen Ansatz, wie er in Deutschland prominent von Gerhard Weisser (Lebenslagenansatz) und sehr ähnlich im internationalen Diskurs von Amartya Sen (Capability Approach) entwickelt wurde (zum Vergleich: Leßmann 2007; Schönig 2010). In der Armutsforschung hat sich die Ansicht durchgesetzt, dass Armut mehrdimensional zu erfassen sei, so dass neben dem Einkommensaspekt auch jene Aspekte berücksichtigt werden sollten, die sich nicht in Geldeinheiten umrechnen lassen, für die aber sehr wohl

Unterversorgungstatbestände konstatiert werden können. In mehrdimensionaler Betrachtung ist die Lebenslage von Menschen in Altersarmut durch mehrere Aspekte gekennzeichnet:

- 1) Biographisch geprägte Bewältigungsmuster: Die subjektive Befindlichkeit im Alter ist stark durch biographische Erfahrungen ganzer Kohorten geprägt (Karl 2007: 88ff.; Barkholdt/Naegele 2007: 21ff.). Naegele u.a. (1992, 1992a: 126) führen als typische Lebenserfahrungen von Menschen in Altersarmut an, dass Kindheit und Jugend in der Kriegs- und Nachkriegszeit schwierig waren und der Arbeitsmarkt wenig Perspektiven bot. Im Weiteren misslang der berufliche Start und es kam zu keiner eigenen beruflichen Entwicklung und Karriere. Die entstehenden Probleme wurden auch nicht durch einen erfolgreichen Partner kompensiert. Letztlich wurde der gesamte Lebenslauf der heute Altersarmen durch ein schwieriges Alltagsleben in der eigenen Familie, beengte Wohnbedingungen und ein frühes Eintreten chronischer Erkrankungen geprägt. Vor diesem Hintergrund hat insbesondere der Bezug der Grundsicherung im Alter als Fürsorgeleistung eine negative Qualität, da sie ein Symbol für einen wenig glücklichen Lebenslauf ist (Naegele u.a. 1992a: 126; zur empirischen Kontinuität von Alg-II-Bezug und Altersarmut Wübbecke 2007).
- 2) Beschränkte Handlungsoptionen: Der Alltag von Menschen in Altersarmut wird in verschiedenen Studien skizziert (Naegele u.a. 1992a: 156f.; Naegele/Weidekamp-Maicher 2002; Michiel/Jäggi 1992: 25ff.; Backes 2007: 153f.). Er ist durch beschränkte Handlungsoptionen bis hin zu Ohnmachtserfahrungen, durch besondere Leistungen und Lasten der Frauen, durch vielfältige Verlusterfahrungen im körperlichen, geistigen und sozialen Bereich, durch stark wechselnde Tagesform und Stimmung, durch Multimorbidität, Mangel an Anerkennung, Mangel an spirituellen Erfahrungen und das In-den-Vordergrund-Drängen der Sinnfrage gekennzeichnet.
- 3) Spezifika der Altersarmut sind selbst dann zu beobachten, wenn man sich nur auf die Einkommens- und Vermögensposition konzentriert. Dann zeigt sich, dass die Ungleichverteilung innerhalb der Ruhestandsbevölkerung größer ist als jene in der Erwerbsbevölkerung, so dass die Armut im Alter umso spürbarer wird. Da z.B. die Eigentümerquoten von Wohneigentum im Alter von 65 bis 69 ihren Maximalwert von 64 Prozent erreichen, hinterlässt das Verbleiben in der Mietwohnung das Gefühl, materiell nicht viel erreicht zu haben. Ebenfalls zeigen sich im Alter sehr deutlich die markanten Unterschiede zwischen Renten und Pensionen: Während die Armutsquote der Pensionsbezieher/innen nur 1,3 Prozent beträgt,

liegt diejenige der Rentner/innen bei 16,8 Prozent (Noll/Weik 2013: 128 ff.).

- 4) Bei Altersarmen stehen möglicherweise ganz andere Formen der Unterversorgung im Fokus als jene, die üblicherweise in der Armutsforschung thematisiert werden. Stichworte sind hier die Gesundheitsversorgung, das Wohnen, die Ernährung und die unzureichende Einbindung in Netzwerke. Für die Analyse der Altersarmut ist es daher von besonderer Bedeutung, zwar die Einkommensarmut zu berücksichtigen, jedoch nicht nur diese zu betrachten, sondern darüber hinaus den Blick auf jene konkreten Güter und immaterielle Lagedimensionen zu richten, die von den Menschen für die eigene Wohlfahrt im Alter als wichtig erachtet werden.

Ohne hier weiter ins Detail gehen zu können, so ist es doch unverkennbar, dass eine multidimensionale Bestimmung der Altersarmut dringend geboten ist, damit die Spezifika dieser Lebenslage mit Blick auf die Teilhabe in zentralen Lebensbereichen adäquat gewürdigt werden können. Unterschlägt man die mehrdimensionale Betrachtung, so droht eine verzerrte Erfassung und Diagnose, versucht man sie hingegen praktisch umzusetzen, so hat man mit Problemen der Empirie zu kämpfen (Bäcker/Schmitz 2013: 28f.; Motel-Klingenbiel/Vogel 2013: 468 und 473). Das Hauptproblem einer empirischen Erfassung der Mehrdimensionalität von Altersarmut liegt darin, dass sich Einkommensgrößen (insbesondere der Rentenbezug) sehr leicht erfassen und quantifizieren lassen, während die anderen Aspekte (z.B. Wohnverhältnisse, Gesundheit, Bildung, Zufriedenheit, Partizipation) nur mit größerem Aufwand ermittelt werden können. Letztlich sind daher materielle und immaterielle Aspekte der Lebenslage hinsichtlich ihrer empirischen Erfassung in einem Ungleichgewicht. Daher treten oftmals die immateriellen Aspekte forschungspragmatisch in den Hintergrund, obgleich dies theoretisch nicht gerechtfertigt ist.

Armut im Dritten Alter

Betrachtet man die besonderen Merkmale der Altersarmut als Lebenslage, so wird deutlich, dass in ihr die Spielräume und Verwirklichungsmöglichkeiten eng begrenzt sind. Damit gerät die Altersarmut regelmäßig in Konflikt mit einer Theorie aktiven, selbstbestimmten Alterns, wie sie exemplarisch von Laslett (1995: 266 ff.) vorgelegt wurde. Ihm zufolge lässt sich der Lebenszyklus eines Menschen in den entwickelten Industriestaaten seit Mitte des 20. Jahrhunderts in vier Altersphasen unterscheiden:

- 1) Erstes Alter: Kindheit und Jugend, geprägt durch Unreife, Abhängigkeit, Sozialisation und Erziehung, bis ca. 25 Jahre.
- 2) Zweites Alter: Erwerbs- und Elternphase, geprägt durch Reife, Unabhängigkeit, familiäre und soziale Verantwortung, Verdienen, bis ca. 65 Jahre.
- 3) Drittes Alter: Phase später Freiheit, geprägt durch aktiven Ruhestand, Unabhängigkeit und persönliche Erfüllung, bis ca. 80 Jahre.
- 4) Viertes Alter: Phase der Schwäche und Todesnähe, geprägt durch passiven Ruhestand, Abhängigkeit und gesundheitliche Einschränkungen, ab 80 Jahre.

In dieser Liste sind die Altersangaben nur grobe Richtwerte und stark pauschalisiert, da es sich bei den Phasen nicht um das kalendarische Alter, sondern um individuelle Lebensabschnitte handelt, die sich im Einzelfall weit verschieben und anders sortieren können. Ein neuerer Versuch, zumindest die durchschnittliche Verbleibdauer im dritten Alter zu schätzen, stellt daher auch nicht auf das kalendarische Alter ab, sondern bezieht sich auf andere Variablen (Gesundheit, Teilhabe u.a. Faktoren). Insgesamt hat Mergenthaler (2013: 5) hieraus eine Phasenlänge von ca. 14 Jahren im dritten Alter errechnet. Bei dieser durchschnittlichen Länge spielt das Geschlecht eine eher geringe Rolle, während der soziale Status – vor allem das Bildungsniveau – einen starken Einfluss auf die Länge des dritten Alters hat, dies in einem Umfang von 20 Prozent (Männer) bis zu 30 Prozent (Frauen).

Ohne hier auf die Details eingehen zu können, so ist doch bemerkenswert, dass in Lasletts Lebensphasenmodell das dritte Alter eine zentrale Stellung einnimmt. Diese Phase ist namensgebend für das gesamte Buch und auch programmatisch zu verstehen, damit der aktive Ruhestand sowohl von den Alten als auch von der Gesellschaft klug gestaltet werden kann und sollte. Lasletts Beitrag fügt sich daher sehr gut in eine Altersforschung, welche Armut im Alter nur ungern thematisiert und die vielmehr einem „Aktivitätsparadigma des Alters“ (Motel-Klingenbiel/Vogel 2013: 466) folgt. Jenes Paradigma ist wohl auch eine Modeerscheinung der 1990er Jahre, da zuvor die Gerontologie durchaus intensiv die Altersarmut beschrieben und diskutiert hat. Erst im Zuge der stetigen Verbesserung der Lebenslage im Alter seit den späten 1980er Jahren kam das Aktivitätsparadigma auf, so dass heute im Umkehrschluss – im Zuge der offensichtlichen Zunahme von Altersarmut – auch wieder mit einer Renaissance dieses Themas gerechnet werden kann. Die Gerontologie zeigt sich hier als nachgehende Reflexion zu den verschiedenen Phasen der Altersarmut.

Blickt man allein auf das dritte Alter, so ist dieses vor allem durch Unabhängigkeit und persönliche Erfüllung gekennzeichnet, d.h. durch vielfältige materielle und immaterielle Kompetenzen, welche man für sich und andere nutzen kann. Das dritte Alter ist insofern das Ideal eines erfüllten

Ruhestandes, d.h. „der Gipfel der überwiegend persönlichen Erfüllung“ (Laslett 1995: 272).

Armut bedeutet hingegen Abhängigkeit und einen Mangel an Verwirklichungsspielräumen. Sie steht daher im Widerspruch zum Unabhängigkeitspostulat und stellt eine Störung für jene Phasen in Lasletts Theorie dar, welche besonders die Unabhängigkeit und Kompetenz der Menschen betonen. Insofern sind sowohl das zweite als auch das dritte Alter besonders von einer Zunahme der Armut betroffen, da die Armut hier zu Frustration und Entfremdung führen kann, wenn die Handlungsspielräume stark eingeschränkt sind (Laslett 1995: 272f.). Das ist vermutlich im dritten Alter besonders schmerzlich, da die Menschen in Altersarmut meist schon im zweiten Alter arm waren, daher eben nicht auf ein erfülltes Leben zurückschauen können und sie zudem auch aktuell wenig Anlass haben, Lebensqualität zu genießen. Armut im dritten Alter ist eine Kumulation von sozialer Herkunft, erreichtem Status, erlebten Übergängen und individuellen Erfahrungen früherer Lebensphasen und sie führt dazu, dass – wie gesehen – die Lebensphase des dritten Alters deutlich verkürzt ist. Armut in dritten Alter führt dazu, dass das vierte Alter früher eintritt.

Das Ideal des dritten Alters wird mithin nicht nur – worauf Laslett abstellt – durch die absehbaren Beschwerden des vierten Alters bedroht, sondern Beschwerden sozialökonomischer Art werden bei Altersarmut bereits im zweiten und erst recht im dritten Alter auftreten und diese Lebenslage deutlich prägen. Menschen, die im dritten Alter auf eine Tafelinitiative angewiesen sind, die ihren Enkeln nur sehr eingeschränkt Geschenke machen können und die zudem nur wenig Mittel haben, um Kontakte außer Haus zu pflegen, werden ihren Ruhestand nicht aktiv und als persönliche Erfüllung erleben. In diesem Sinne fällt für sie das oben beschriebene dritte Alter gänzlich aus.

Es wäre daher notwendig, Altersarmut als Frustration im dritten Alter explizit zu thematisieren und zu untersuchen. Zwar konzidiert Laslett, dass einige Menschen im dritten Alter „weder über die Position oder die Macht noch über die Bildungsvorteile oder das Geld und die Mittel (verfügen), um zu tun, was sie möchten“ (Laslett 1995: 286) und er betont, dass es ein Gerechtigkeitsproblem zwischen, aber auch innerhalb der Jahrgänge gibt, so dass die Lebenslagen weit auseinanderklaffen (Laslett 1995: 287). Weitreichendere Schlüsse in Richtung einer Bekämpfung von Altersarmut im dritten Alter zieht er indes nicht. Dies ist für ein Schlüsselwerk der Gerontologie und Geragogik durchaus ernüchternd.

Interne Faktoren der Altersarmut im System sozialer Sicherung

Ursächlich für den Anstieg der Altersarmut sind zwei Faktoren, die in der Literatur als Risiken und auch als Ansatzpunkte einer präventiven Politik zur

Bekämpfung der Altersarmut diskutiert werden
(Naegele/Olbermann/Bertermann 2013: 453 ff.):

- 1) Als interne Faktoren gelten die verschiedenen Reformen der gesetzlichen Rentenversicherung, welche eine Absenkung der Neurenten und einen verminderten Rentenanstieg bewirkt haben. Diese Reformen führen zu Sicherungslücken, welche durch gezielte Unterstützung und Anrechnungen z.B. von Ausbildungsphasen, Pflege- und Familienzeiten wieder geschlossen werden könnten.
- 2) Hingegen ergeben sich externe Faktoren aus den zunehmenden Unwägbarkeiten der Erwerbsbiographie. Phasen der Arbeitslosigkeit, geringfügige Beschäftigung und andere Abweichungen von der lebenslangen Vollzeitbeschäftigung führen zu geringeren Rentenansprüchen. Hier ist kompensatorisch an eine Politik zur Förderung von Kontinuität und Vollzeiterwerbstätigkeit zu denken. Gleichzeitig können die externen Faktoren auch zu höheren Renten beitragen, da etwa Frauen im steigenden Umfang erwerbstätig sind.

Im Folgenden konzentrieren sich die Ausführungen auf die internen Faktoren innerhalb der Rentenversicherung, welche zu einem Anstieg der Altersarmut geführt haben. Externe Faktoren – die von der Arbeitsmarkt- über die Familien- bis hin zur Bildungspolitik ein breites Themenspektrum umfassen, müssen hingegen im Rahmen dieses Beitrags unbeachtet bleiben.

Der Altersarmut wird im deutschen System sozialer Sicherung vor allem durch die gesetzliche Rentenversicherung entgegengewirkt, die sowohl normativ als auch faktisch die zentrale Säule der Alterssicherung darstellt. Fälle von Altersarmut verweisen daher auf Sicherungslücken in der gesetzlichen Rentenversicherung. Diese Lücken sind konzeptionell gewollt und vorgesehen, da der deutsche Sozialstaat seinem Wesen nach ‚konservativ‘ im Sinne der vergleichenden Sozialstaatsforschung (Esping-Andersens 1990) ist.

Konservativ meint dabei, dass die gesetzliche Rentenversicherung nach Art einer Versicherung zwischen den Erwerbstätigen und den Nicht-Erwerbstätigen umverteilt. Letztlich schreibt dabei die gesetzliche Rentenversicherung den relativen sozialen Status eines Erwerbstätigen auch in die Phase seines Rentenbezugs fort, so dass die Höhe eines Rentenbezugs ein „Spiegelbild der versicherten durchschnittlichen Erwerbseinkommensposition ist“ (Steffen 2008: 1). So dient die gesetzliche Rentenversicherung primär der Fortschreibung des relativen sozialen Status eines Erwerbstätigen in die Phase der Nicht-Erwerbstätigkeit hinein – u.a. das hat ihr das Etikett ‚konservativ‘ eingebracht. Eine Polarisierung der Einkommensverteilung wird daher auch zu einer Polarisierung der Lebenslagen im Alter führen.

Eben jene Grundposition, dass die späteren Renten verdient werden müssen und dass die aktuellen Renten verdient worden sind, verschafft der

gesetzlichen Rentenversicherung eine breite gesellschaftliche Akzeptanz. Sie ist breit akzeptiert, weil sie in diesem Sinne „moralisch anspruchslos“ (Hinrichs 1996: 103) ist: Man erhält viele Leistungen, wenn man viel einbezahlt hat und man erhält keine Leistungen, wenn man nichts (oder nur sehr wenig) eingezahlt hat. Diese moralische Anspruchslosigkeit ist ein zentraler Grund für die erstaunliche institutionelle Stabilität der gesetzlichen Rentenversicherung. Seit ihrer Gründung im Jahre 1889 sind immerhin 126 Jahre vergangen, sie hat das Kaiserreich, die Weimarer Republik und auch die Nazi-Diktatur überstanden und wurde dabei beständig reformiert, jedoch in ihrem Grundzug – der moralisch anspruchslosen Äquivalenz von Beitragsleistung und Rentenhöhe – nicht in Frage gestellt.

Betont sei ausdrücklich: Ziel der gesetzlichen Rentenversicherung ist es nicht, alle Versicherten vor der Altersarmut zu schützen; sie ist nicht explizit auf Armutsvermeidung (Bäcker 2011: 3), sondern nur auf die Sicherung des relativen sozialen Status‘ hin ausgerichtet. Wirksamen Schutz vor Altersarmut bietet sie bislang – als Folge der Fortschreibung des relativen sozialen Status‘ – den ‚Standardrentnern‘ mit Normlebenslauf. Gegenüber anderen Lebensläufen ist die gesetzliche Rentenversicherung „strukturell rücksichtslos“ (Hinrichs 1996: 104) und hier nimmt sie Armutsrisiken in Kauf.

Im Zuge der letzten Rentenreformen, in denen Anrechnungszeiten (z.B. für Bildungsphasen) gekürzt und das Rentenniveau (z.B. durch den Umstieg auf die Nettolohnanpassung und die Einführung des demographischen Faktors) abgesenkt wurde, hat sich die Wahrscheinlichkeit von Niedrigrenten aufgrund interner Faktoren weiter erhöht. Bedenkt man nun, dass auch die externen Faktoren ungünstig stehen, dass also auf dem Arbeitsmarkt die atypischen Beschäftigungsverhältnisse mit Phasen der Unterbrechung, der gering bezahlten und auch der selbständigen Tätigkeit zunehmen, so spricht viel dafür, in Zukunft von einem zunehmenden Armutsrisiko trotz eines Bezugs der gesetzlichen Rente auszugehen.

Es wird „für Personen mit niedrigem Einkommen strukturell schwieriger und teilweise faktisch unmöglich sein“ (Brosig 2014: 36), die immer weiter steigenden Anforderungen für das Erreichen notwendiger Beitragsjahre zu erfüllen. Dieser sogenannte Sozialhilfe-break-even liegt bereits heute, setzt man eine Einkommenshöhe von 70 Prozent des Durchschnittseinkommens voraus, bei ca. 40 Jahren Beitragszahlung und bei einer Einkommenshöhe von nur 50 Prozent des Durchschnittseinkommens bei völlig unrealistischen ca. 55 Jahren Beitragszahlung (Brosig 2014: 60).

Solche Werte tragen stark dazu bei, die Akzeptanz der gesetzlichen Rentenversicherung zu beschädigen, da durch sie die Beitragszahlung zur Rentenversicherung eine Zusatzsteuer wird: Versicherte mit unterdurchschnittlichen Einkommen werden ohnehin keine armutsfesten Renten beziehen, sie werden daher auf die aufstockenden Leistungen der Grundsicherung im Alter angewiesen sein. Diese hätten sie jedoch auch ohne

jede Beitragszahlung erhalten. Daher ist für die unteren Einkommensklassen und Personen in atypischer Beschäftigung der Beitrag zur Rentenversicherung faktisch eine Zusatzsteuer, was der Grundidee der gesetzlichen Rentenversicherung völlig zuwiderläuft. Der konzeptionelle Schaden ist schon heute enorm und das Ansehen ramponiert.

Versicherte, welche keine armutsfesten Renten beziehen, werden im System der sozialen Sicherung seit 2003 auf die Grundsicherung im Alter verwiesen, welche als Fürsorge- und nicht als Versicherungsleistung konzipiert ist. Sie setzt zum Teil die Tradition der Sockelrente fort, welche bis zur großen Rentenreform 1957 existierte und im Zuge der Einführung des Umlageverfahrens abgeschafft wurde (Brosig 2014: 49). Während in anderen Sozialstaaten die Sockelrente nach wie vor als Teil des gesetzlichen Rentensystems existiert, ist sie in Deutschland – wie der Hartz IV Bezug – als Fürsorgeleistung konstruiert, die bei Empfängern einen Bedarf und eine Bedarfsprüfung voraussetzt. Es findet zwar kein Rückgriff auf die Einkommen und Vermögen der Angehörigen statt, jedoch ist schon das reduzierte Verfahren einer bedarfsorientierten Grundsicherung im Alter durchaus stigmatisierend. Zudem sichert die Grundsicherung nicht mehr als eine minimale Rente, welche sich auf dem Niveau des Sozialhilfebezugs bewegt. Die Höhe der Grundsicherung im Alter dient daher eben nicht der Armutsvermeidung, sondern manifestiert vielmehr relative Altersarmut, da sie unterhalb der Armutsgrenze liegt (Hauser 2009: 252; Geyer 2015).

Aufgrund der Absenkung des Sicherungsniveaus (zudem aufgrund einer höheren Antragsneigung und vor allem den steigenden Pflegekosten im Alter) sind die Ausgaben für die Grundsicherung im Alter deutlich angestiegen, was von den Kommunen nicht mehr tragbar war. Daher wird seit 2014 die Grundsicherung im Alter aus den Steuereinnahmen des Bundes finanziert. Der Bund ist nun wieder grundsätzlich daran interessiert, die gesetzliche Rentenversicherung aus Beitragsmitteln der Versicherten möglichst armutsfest zu machen und damit sein eigenes Budget zu entlasten. Ein Beispiel hierfür ist die Einführung der Mütterrente im Jahr 2013, welche die gesetzlichen Renten einiger Mütterjahrgänge erhöht (um 28 bzw. 26 Euro pro Monat und Kind höhere Rente in den alten bzw. neuen Bundesländern; Bundesregierung 2014). Die Verdoppelung der Anrechnung von Erziehungszeiten älterer Mütterjahrgänge hat sehr deutliche Effekte auf die später verbesserte Rentenhöhe und damit auf das geringere Risiko der Altersarmut. Jedoch wird das Wort ‚Altersarmut‘ in der Darstellung der Bundesregierung tunlichst vermieden. Es soll offenkundig der Eindruck entstehen, die Leistungsverbesserung sei ‚verdient, nicht geschenkt‘ (Werbeslogan).

3. Empirie und Kontext der Altersarmut in Deutschland

Altersarmut ist im Kontext der allgemeinen Einkommensarmut und auch im europäischen Vergleich zu sehen. In den OECD-Ländern sind mit Blick auf die 60 Prozent-Armutsgrenze (gemessen jeweils am nationalen Median des Nettoäquivalenzeinkommens) ca. 10 Prozent bis 20 Prozent der Bevölkerung arm, wobei Deutschland hier – wie in fast allen internationalen Vergleichen zur sozialen Lage – im Mittelfeld liegt. Niedrigere Armutsquoten haben traditionell und systembedingt die skandinavischen Länder, höhere Armutsquoten gibt es hingegen in Südeuropa. Relative Armut ist in diesem Sinne ein sehr stabiles, gleichsam systemimmanentes Phänomen der Sozialstaaten in den OECD-Staaten.

Im Zuge von wirtschaftlicher Liberalisierung und einer Absenkung von Sicherheitsstandards ist das Armutsrisiko in Deutschland trotz des Aufschwungs (relative Armutsdefinition!) seit dem Jahr 2000 z.B. von 12 Prozent auf 16 Prozent gestiegen (Bundesregierung 2014: 9), so wie auch generell die Ungleichverteilung (gemessen mit dem Gini-Koeffizienten der Bruttoeinkommen von 0,31 auf 0,34 (Schröder 2011: 4) in diesem Zeitraum deutlich zugenommen hat.

Die Polarisierung der Lebenslagen im Alter ist somit Symptom einer breiteren Polarisierung der Lebenslagen. Diese ist somit in einem größeren Zusammenhang ähnlicher Entwicklungen einer gesellschaftlichen Polarisierungstendenz zu sehen: Die Reichen werden relativ reicher und die Armen werden relativ ärmer. Die absehbaren Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, die weiter zunehmende Spreizung der Einkommen und Vermögen sowie auch die anstehenden Erbschaftswellen werden diese Polarisierungstendenz weiter verstärken. Damit ist ein zukünftiger Rückgang der Armutsquote in Deutschland sehr unwahrscheinlich. Zurzeit leben in Deutschland ca. 12,8 Mio. Personen in Armut (berechnet aus Bundesregierung 2014: 9).

Diese Armutspopulation kann in drei Gruppen differenziert werden, d.h. erstens die vorübergehend Armen, die eigentlich der Mittelschicht angehören (ca. 80 % = 10,2 Mio. Personen, (Peichl 2015)), zweitens die deutlich kleinere Gruppe mit höherer Problemintensität aufgrund von mehreren Armutslagen und ihrer Verfestigung (ca. 20 % = 2,6 Mio. Personen) und drittens Personen in einer verschärften, extremen Form der Armut (ca. 20.000 bis 30.000 wohnungslose Personen nach Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe 2015).

Da Menschen in Altersarmut langfristig in dieser Lage verbleiben und auch oftmals mehrere Unterversorgungstatbestände aufweisen, sind sie in die zweite Gruppe zu zählen. Umgekehrt ist für Politik und Wissenschaft die erste, größere und vergleichsweise dynamische Gruppe der Armen wesentlich

interessanter (exemplarisch Hirsland/Lobato 2010; Peichl 2015), während die beiden letzten Gruppen – und eben auch die Altersarmen – deutlich weniger beachtet werden (Schönig 2008). Für dieses Wegschauen von Wissenschaft und Politik gibt es naheliegende Gründe: Hier sind die aus der Mittelschicht stammenden Akteure in Politik und Wissenschaft weniger persönlich betroffen und hier kann aufgrund von Verfestigung und Mehrdimensionalität nicht schnell, kostengünstig und zielgerichtet interveniert werden. Beides ist für die Wissenschaft wie auch für die Politik vergleichsweise unattraktiv. Dies vor allem erklärt den reservierten Umgang mit dem Thema Altersarmut.

Altersarmut tritt dort auf, wo kollektiver Kohorteneffekt, individueller Erwerbsverlauf und eigener Bedarf ungünstig zusammenwirken (bereits Motel/Wagner 1993: 434 und 446; Naegele et al. 1992: 470f.). Zur Empirie der Altersarmut in Deutschland liegt eine Anzahl von Studien vor, die – trotz Unterschiede in der Methodik – ein recht konsistentes Bild zeigt. Demnach ist generell das Armutsrisiko für ältere Menschen in Deutschland zur Zeit unterdurchschnittlich und zudem in den letzten Jahren stagnierend (es liegt heute bei ca. 10 %), während das Armutsrisiko für die Gesamtbevölkerung auf ca. 16 Prozentangestiegen ist (Goebel/Grabka 2011: 3). So betrachtet, sind die alten Menschen in Deutschland zurzeit einem unterdurchschnittlichen Armutsrisiko ausgesetzt. Dies wird noch deutlicher, wenn man den internationalen Vergleich der OECD-Staaten hinzuzieht. Hier zeigen sich Quoten der Altersarmut von bis zu 45 Prozent (Korea), mit anderen Höchstwerten bei 40 Prozent (Australien), 30 Prozent (Estland, Mexiko) und über 20 Prozent (USA, Japan, Griechenland, Neuseeland, Portugal, Spanien, Italien). International betrachtet, liegt Deutschland mit seiner Armutsquote im unteren Drittel der Spannweite zwischen 0 Prozent (Niederlande, Luxemburg) und den erwähnten 45 Prozent in Korea (OECD 2011).

Betrachtet man freilich nicht nur Größenordnungen, sondern vergleicht die Daten im Detail, so kommen die statistischen Erhebungen – je nach Datenquelle – zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich des Umfangs von Altersarmut in Deutschland. Für das Jahr 2009 haben Bäcker/Schmitz (2013: 30f.) exemplarisch Altersarmutsquoten von 11,9 Prozent (Mikrozensus), 13,6 Prozent (SOEP) und 15 Prozent (EU-SILC) berechnet, d.h. eine Spannweite von über 4 Prozentpunkten für dasselbe Jahr. Dabei sind zwar die Trends, Problemanzeigen und Risikogruppen jeweils identisch, nur eben ist das Niveau, auf dem Altersarmut konstatiert werden kann, durchaus vage. Beim Vergleich unterschiedlicher Studien ist höchste Vorsicht geboten.

Bedenkt man zudem, dass ein erheblicher Teil der über 65-jährigen über recht hohe Rentenansprüche und privates Vermögen verfügt, so steht insgesamt zur Zeit die Altersarmut zu Recht nicht oben auf der politischen Agenda. Die anderen Bevölkerungsgruppen haben wohl eher den Eindruck, dass die älteren Menschen in Deutschland aufgrund hoher Renten, Zusatzrenten und Vermögen oftmals üerversorgt sind. Deutlich sichtbar

konsumieren sie hochwertige Güter und Dienstleistungen und insofern lebt zumindest ein Teil von ihnen – die wohlhabenden Bestandsrentner – tatsächlich in einem Rentnerparadies. Andererseits hat die Altersarmut in den letzten Jahren deutlich zugenommen und es spricht alles dafür, dass sie zukünftig wieder stärker in Erscheinung treten wird und dies vor allem bei alleinlebenden Personen und Frauen (Goebel/Grabka 2011: 3 ff.).

Ergänzend zu diesen einzelnen Aspekten stehen vier übergeordnete Trends der Entwicklung von Altersarmut im Vordergrund (Rückgang des Neurentenniveaus in die Nähe der Grundsicherung, sozialräumliche Konzentration der Altersarmut, Armutsrisiko der Alleinlebenden, Zunahme der Bezieher der Grundsicherung):

- 1) Das Niveau der Neurenten sinkt seit Jahren deutlich ab und hatte im Jahr 2009 eine Höhe von 820 € (West) und 800 € (Ost) erreicht. Es lag damit nur noch wenig über dem Niveau der Grundsicherung im Alter (Regelsatz plus Wohnkosten = 676 €). Aufgrund einer gesteigerten Erwerbstätigkeit der Frauen steigen deren Neurenten zurzeit an, liegen jedoch weiterhin deutlich unter dem Rentenniveau der Männer, d.h. im Durchschnitt ist die Neurente von Frauen schon heute auf dem Niveau der Grundsicherung im Alter. Gemessen am Durchschnittseinkommen der Erwerbstätigen ist das Nettorentenniveau (Bestands- und Neurenten) von 1990 (55 %), über 2000 (52 %) und 2010 (51 %) bis zum Jahr 2015 (49 %) stetig gefallen und dieser Trend wird sich fortsetzen. Plausible Schätzungen gehen von einem weiteren Rückgang auf 48 Prozent im Jahr 2020 und 43 Prozent im Jahr 2030 aus (Brosig 2014: 59). So wird der Anteil von Personen mit Renten unter dem Grundsicherungsniveau in den kommenden Jahrzehnten z.T. drastisch steigen und dies in einer Größenordnung von einem Drittel bis zur Hälfte ihrer Teilgruppen (nach Geschlecht und Jahrgang). Sind in den Jahrgängen 1942-1946 von den Männern nur 18,2 Prozent (West) und 16,3 Prozent (Ost) und von den Frauen nur 23,1 Prozent bzw. 22,3 Prozent hiervon betroffen, so werden es bei den Jahrgängen 1957-1961 von den Männern 20,7 Prozent (West) und 37,8 Prozent (Ost) und von den Frauen 26,7 Prozent bzw. 59,5 Prozent sein (Brosig 2014: 70ff.), die eine Rente unterhalb des Grundsicherungsniveaus beziehen werden. Die Armutsquoten der Menschen über 65 Jahre nähern sich daher seit 2006 stetig der Armutsquote in der Gesamtbevölkerung an und werden in den nächsten Jahren zum Durchschnittswert aufschließen. Dann ist es durchaus wahrscheinlich, langfristig von überdurchschnittlichen Armutsquoten im Alter auszugehen (Martens 2014: 6; Noll/Weick 2012: 6; Kumpmann/Kühne/Buscher 2010: 21; Sozialverband SoVD 2007; Wübbecke 2007: 5). Insbesondere sind die jüngsten Alten am häufigsten von Altersarmut betroffen – sie

verzeichnen den Rückgang der Neurenten unmittelbar und sie sind es, die zunehmend auf die Grundsicherung im Alter angewiesen sind (Sallmon 2013: 67ff.). Diese Verschlechterung des Sicherungsniveaus erklärt wohl auch den sehr starken Anstieg der Erwerbstätigenquote im Alter von 55- 65 Jahren, d.h. unmittelbar vor Beginn des Rentenbezugs. Diese Quote stieg von 38 Prozent im Jahr 1991 auf 63 Prozent im Jahr 2013 (Sozialpolitik aktuell 2015a), was einer Steigerung um 75 Prozent entspricht. Die Vermutung liegt sehr nahe, dass angesichts der sinkenden Zugangsrenten zunehmend weitere Abschlüsse für Frühverrentungen gescheut werden. Denn die kommenden Neurentnerkohorten sind sich des verschlechterten Sicherungsniveaus bewusst und schätzen ihre Position sehr pessimistisch ein (Gasche/Lamla 2012). Da sie selbst Altersarmut erwarten, ist es plausibel, dass sie zunehmend länger erwerbstätig sind, um ihr Armutsrisiko im Alter möglichst abzumindern. Dies wiederum müsste sich in den kommenden Rentenzugangskohorten positiv auswirken. Grundsätzlich jedoch kann es als empirisch gesichert gelten, dass „für den Zeitraum bis 2030 und darüber hinaus ernsthaft mit steigender Altersarmut gerechnet werden muss“ (Werding 2013: 48).

- 2) Da Altersarmut biographisch eng mit früheren Armutsepisoden korrespondiert und die Armutsbevölkerung generell durch eine geringere Mobilität gekennzeichnet ist, tritt Altersarmut sozialräumlich segregiert auf. Gemessen am Bezug der Grundsicherung im Alter ergeben sich daraus z.B. in Berlin lokale Grundsicherungsquoten bis zu 29 Prozent, während in 227 der untersuchten 419 Sozialräumen die Grundsicherungsquote bei unter 4 Prozent liegt (Sallmon 2013: 76). Altersarmut konzentriert sich somit auf einzelne Sozialräume, in denen sie ein Teil der Normalität ist.
- 3) Immer mehr alte Menschen leben in Paarhaushalten und können so eigene Einkommensdefizite durch das Partnereinkommen ausgleichen. Idealerweise liegt das Haushaltseinkommen dann so hoch, dass keine Armutslage mehr vorliegt. Mit zunehmender Lebenserwartung und geringer Trennungsneigung im Alter (mehr als 50 Prozent der älteren Bevölkerung lebt derzeit in Paarhaushalten) ist es zwangsläufig, dass das Armutsrisiko des gesamten Haushalts sinkt (es beträgt ca. 8 Prozent und damit nur die Hälfte des Armutsrisikos der Gesamtbevölkerung). Die Inanspruchnahmequote für die Grundsicherung im Alter beträgt bei Paarhaushalten lediglich 2,5 Prozent (Goebel/Grabka 2011).
- 4) Im Ergebnis ist bereits in den letzten Jahren die Anzahl von Beziehern der Grundsicherung im Alter deutlich gestiegen. Dies mag zum Teil

auf den Abbau verschämter Armut zurückzuführen sein, vor allem jedoch ist damit ein Wachstum der Altersarmut an sich indiziert. Die Anzahl der Bezieher von Grundsicherung im Alter stieg von 257 Tsd. 2003 über 409 Tsd. 2008 weiter auf 497 Tsd. 2013. Das entspricht einer Quote von 1,7 Prozent (2003), 2,5 Prozent (2008) bzw. 3,0 Prozent (2013) der über 65-jährigen (Sozialpolitik aktuell 2015; Goebel/Grabka 2011: 3). Dies sind zwar akut keine dramatisch hohen Werte, jedoch ist die Steigerungstendenz unverkennbar und wird sich in den kommenden Jahren beschleunigen, so dass dann auch politisch relevante Größenordnungen erreicht werden. Es ist davon auszugehen, dass zurzeit ein historisch niedriges Niveau der Altersarmut erreicht ist, auf das die zukünftigen Sozialpolitiker eher neidvoll blicken werden.

Letztlich gilt: Altersarmut und Alterswohlstand werden somit zukünftig deutlich polarisiert sein, da Personen mit höherem Bildungsniveau nicht nur höhere Beiträge in die Rentenversicherung einzahlen und privat vorsorgen, sondern zudem länger erwerbstätig sind und seltener aus dem SGB III in die Altersrente übergehen (Brussig/Wojtkowski 2007: 6f.; Fuchs 2006: 5). Umgekehrt werden sich die Sicherungslücken des Bevölkerungsteils in armutsnahen Lagen kaum noch schließen lassen. Die zunehmende Polarisierung bedeutet, dass die Lebenslage der Menschen im Alter noch heterogener wird (Höpflinger 2007: 308f.) und daher zunehmend differenziert betrachtet werden muss.

4. Fallstruktur der Altersarmut am Beispiel der Stadt Köln

Typologie von Menschen in Altersarmut

Die obigen Analysen zur Altersarmut verharren durchweg auf einem hohen Aggregationsgrad und berühren daher nicht das Feld der Einzelfallhilfe, wie es für die Soziale Arbeit im Kontext von Altersarmut prägend ist. Im Folgenden wird daher ein Schema vorgestellt, anhand dessen sich die Lebenslage von Menschen in Altersarmut strukturiert beschreiben lässt, wobei Skizzen realer Fälle von Personen in der Grundsicherung im Alter zur Illustration dienen (Schönig/Wasmuth 2009).

Im Folgenden wird eine typologische Struktur der Altersarmut aufgezeigt, deren Merkmale und Typen aus der Fallpraxis herausgefiltert wurden. Nach Sichtung der Literatur sowie nach einer kursorischen Aktendurchsicht einiger Fälle und schließlich aufgrund der umfassenden Fallerfahrungen von Mitarbeitern des Sozialamts erschien es sinnvoll, bei der Typologie eine

Reduktion auf wenige Hauptmerkmale vorzunehmen. Die folgende Typologie erfasst acht Haupttypen, die aus drei Merkmalen mit je zwei Ausprägungen konstruiert werden:

- 1) Komplexität der Unterversorgung (ein- oder mehrdimensional): Dieses Merkmal bezieht sich auf die Mehrdimensionalität der Armut, wie sie sowohl im Lebenslagen- als auch im Verwirklichungsmöglichkeitenansatz gefordert wird. Eine erste Unterversorgung – das geringe Einkommen – ist bei den Altersarmen ex definitionem gegeben, hinzu können aber weitere Unterversorgungen mit konkreten Gütern (Wohnung, Gesundheit, Betreuung/Pflege u.a.) treten.
- 2) Art der Bewältigung (passiv erduldet, aktiv artikuliert): Dieses Merkmal bezieht sich auf die subjektive Reaktion auf die eigene Armutslage, die ein passives Erdulden oder eine aktive Artikulation sozialen Bedarfs sein kann. Sind objektiver Bedarf und subjektive Zufriedenheit gleich gerichtet, so ist die Intervention (oder Nicht-Intervention) unstrittig. In der Fallpraxis kommt es jedoch auch immer wieder zu gegenläufigen Bewertungen aus Verwaltungs- und Klientenperspektive, die zu Fehl-, Über- oder Unterversorgung führen können (Schulz-Nieswandt 2006: 39).
- 3) Netzwerkressourcen (ohne oder mit): Dieses Merkmal bezieht sich auf die Nutzungsoptionen von Netzwerkressourcen materieller und immaterieller Art, die für Menschen in Altersarmut zentrale Bedeutung haben. Zur besseren Übersicht wurde hier nur die völlige Isolation einer Zugriffsmöglichkeit auf Netzwerkressourcen gegenübergestellt. Hierbei ist die völlige Isolation zwar heute selten, sie mag jedoch mit Blick auf zukünftige Entwicklungen – steigende Kinderlosigkeit und Mobilität der Kinder, prekäre und ressourcenschwache informelle Netzwerke – häufiger vorkommen. Bei Fragen der Beziehungsgestaltung in Netzwerken alter Menschen spielt deren „natürliche Selektivität“ und „verhandelte Reziprozität“ eine herausragende Rolle (Lang 2007: 314 ff.).

Tabelle 1: Typologie von Menschen in Altersarmut (nach Schönig/Wasmuth 2009)

Interventionsbedarf		Ressourcen					
Komplexität der Unterversorgung	Bewältigungsart	Ohne Netzwerkressourcen (ledig, geschieden, getrennt lebend, verwitwet, alleinstehend) -1-			Mit Netzwerkressourcen (verheiratet, Lebenspartnerschaft, nicht alleinstehend) -2-		
		Ein-dimentional -A-	Passiv erduldet -a-	Aa1			Aa2
01 bescheidene Alltagsbewältiger				02 Menschen mit Behinderung in Familien	03 langfristig unversorgte Selbständige		
Aktiv artikuliert -b-	Ab1			Ab2			
	04 Unbescheidene		05 gescheiterte Selbständige		06 Selbständi- genfamilie am Armutsrand	07 chronisch Kranke	
Mehr-dimentional -B-	Passiv erduldet -a-	Ba1			Ba2		
		08 jüngere Betreu- ungs- fälle	09 ältere Betreu- ungs- fälle	10 Allein- ste- hende passive Dulder	11 Einge- bun- dene Passive Dulder	12 Langjäh- rig be- dürftige Famili- en	13 Abge- stie- gene Migran- ten
	Aktiv artikuliert b-	Bb1			Bb2		
		14 Mehrfach Betroffene mit schwieriger Persönlichkeitsstruktur			15 Multipel Gescheiterte		

Es liegt auf der Hand, dass die hier entwickelte Typologie nur eine Heuristik sein kann, die einer näheren empirischen und praktischen Überprüfung bedarf. Einen ersten Befund erbrachten die stichprobenartige Untersuchung der Hilfeakten sowie die Diskussion mit Mitarbeitern der Sozialverwaltung. Aus ihnen wurden idealtypische Fälle skizziert, die ausführlich in

Schönig/Wasmuth (2009) veröffentlicht wurden, so dass aus Platzgründen hierauf verwiesen wird.

Extreme Armut im Alter

Speziell für die Soziale Arbeit ist darüber hinaus eine Modifikation der obigen Typologie interessant, die im Hinblick auf Personen in extremer Armut im Alter entwickelt wurde (Röttger 2010). Basierend auf leitfadenstrukturierten Interviews mit den Betroffenen in einer Kölner Einrichtung der Wohnungslosenhilfe ermittelte die Autorin sieben Typen. Ihre Typologie lehnt sich an jene von Schönig/Wasmuth (2009) an, modifiziert sie jedoch entscheidend.

Tabelle 2: Typologie von Menschen in extremer Altersarmut (eigene Darstellung in Anlehnung an Röttger (2010: 38)).

		Ressourcen			
Teilhabe	Art der Bewältigung	Ohne Netzwerkressourcen	Mit Netzwerkressourcen, aber ungenutzt	Mit Netzwerkressourcen, teilweise genutzt	
Mit sozialer Teilhabe	Passiv erduldet			Zufriedene	Dulder
	Aktiv artikuliert		Systemsprenger		
Ohne soziale Teilhabe	Passiv erduldet	Resignierte	Selbstmitleidige	Depressive	
	Aktiv artikuliert	Nörgler			

Man erkennt zunächst, dass für die Typen extremer Altersarmut eine komplexe Unterversorgung vorausgesetzt wird, so dass sie nicht mehr als Unterscheidungskriterium wie in der obigen Typologie erscheint. Er ist nun durch die Frage mit oder ohne soziale Teilhabe ersetzt worden. Darüber hinaus ist der Aspekt der Netzwerkressourcen nun in drei Fälle unterteilt (ohne, mit ungenutzt, mit genutzt).

Im Ergebnis zeigt sich auch hier, dass bei annähernd gleicher Lebenslage (extreme Armut, Wohnungslosigkeit) der Rückgriff auf Netzwerkressourcen und ihre subjektive Bewältigung und Artikulation auch in der extremen Altersarmut sehr unterschiedlich sind. Jene Aspekte sind in der Praxis der Sozialen Arbeit gängig und zeigen, wie notwendig der Blick auf die Fallebene auch hier ist.

Gerade im Bereich der Altersarmut mit ihren vielfältigen biographischen Aspekten müssen gleichzeitig Systematisierung und Fallsensibilität angestrebt und berücksichtigt werden. Parallel dazu wäre eine quantitative Schätzung der einzelnen Fallhäufigkeiten sowie der notwendigen Hilfeangebote und Kosten wünschenswert. Hierfür bieten die exemplarischen Fallbeschreibungen strukturierte Anhaltspunkte.

5. Zusammenfassung

Im Beitrag wird zunächst die aktuelle Entwicklung der Altersarmut insbesondere in Deutschland anhand ausgewählter Studien vorgestellt. Sie zeigen im Kern, dass der hohen Zahl wohlhabender Pensionäre eine wachsende Zahl von Rentnern in Altersarmut gegenübersteht. Die Existenz beider Gruppen ist zum einen Ausdruck eines konservativen Sozialstaatsmodells des Bismarckschen Typs und zum anderen durch die wachsende Ungleichverteilung geprägt. Die zunehmende Altersarmut ist dabei Folge interner und externer Faktoren der Alterssicherung wie unter anderem von Phasen der Arbeitslosigkeit und Teilzeitbeschäftigung, der schrittweisen Anhebung der Rentenaltersgrenze, der zunehmenden Anzahl von Geringverdienern und einer Verschlechterung von Anrechnungsmöglichkeiten für Ausbildungszeiten.

Diese wirtschafts- und sozialpolitische Entwicklung führt letztlich zu einer Polarisierung der Teilhabechancen vor allem im sogenannten ‚dritten Alter‘. Dessen Ideal einer positiven Phase des Rückblicks auf persönliche Errungenschaften und der selbstbestimmten Erfüllung setzt die Abwesenheit von Altersarmut voraus; Altersarmut ist daher gerade mit Blick auf das Ideal des dritten Alters eine relevante Störung und Mahnung.

Mit Blick auf Handlungskonzepte im Kontext von Altersarmut ist ein Blick auf die Vielfalt der Einzelfälle notwendig. Zentrale Aspekte sind hierbei die Frage einer mehrdimensionalen Unterversorgung, einer Einbindung in sonstige Netzwerke und der Artikulation des Bedarfs gegenüber externen Stellen. Dies leitet zu einer Typologie konkreter Fälle der Altersarmut und von Fällen extremer Altersarmut über. Die Typen geben Hinweise sowohl auf die zukünftige Fallstruktur der Altersarmut als auch auf mögliche Handlungsansätze für die Soziale Arbeit.

Literatur

- Bäcker, G. (2011): Altersarmut – ein Zukunftsproblem. In: Informationsdienst Altersfragen, 38. Jg., 2/2011, S. 3-10.
- Bäcker, G./Schmitz, J. (2013): Altersarmut und Rentenversicherung: Diagnosen, Trends, Reformoptionen und Wirkungen. In: Vogel, C./Motel-Klingenberg, A. (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS, S. 25-53.
- Backes, G. M. (2007): Geschlechter – Lebenslagen – Altern. In: Pasero, U./Backes, G. M./Schroeter, K. R. (2007): Altern in der Gesellschaft. Ageing, Diversity, Inclusion. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 151-183.
- Barkholdt, C./Naeyege, G. (2007): Konturen und Fragen einer sozialgerontologischen Lebenslauforschung – unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenhangs von Arbeit und Alter. In: Wahl, H.-W./Mollenkopf, H. (Hrsg.) (2007): Altersforschung zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Berlin: Aka, S. 21-41.
- Borsig, M. (2014): Problem Altersarmut? Reformperspektiven der Alterssicherung. Frankfurt/New York: Campus.
- Bota, A. (2008): Was vom Leben übrigbleibt- In: Die Zeit, Nr. 9 vom 21.2.2008, S. 2.
- Brussig, M./Wojtkowski, S. (2007): Altersübergangsreport 2007. Institut für Arbeit und Qualifizierung. Essen.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2015): Umfang der Wohnungsnotfälle 2008-2011. Verfügbar unter http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html [Zugriff: 3.7.2015].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): Der Deutsche Alterssurvey (DEAS). Eine Langzeitstudie über die zweite Lebenshälfte in Deutschland. Berlin. Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Deutsche-Alterssurvey-DEAS.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Zugriff: 28.5.2015].
- Bundesregierung (2004): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Bundesregierung (2013): Lebenslagen in Deutschland. Der 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Bundesregierung (2011): Altersarmut in Deutschland. Antwort auf die Große Anfrage im Bundestag. Bundestagsdrucksache 17/6317. Berlin.
- Bundesregierung (2014): Rentenpaket. Homepage. Verfügbar unter <http://www.rentenpaket.de/rp/DE/Startseite/start.html> am 26.5.2015.
- Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (2015): Soziale Dienstleistungspolitik. Eine kritische Bestandsaufnahme. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Esping-Andersen, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.
- Farhauer, O. (2005): Humanvermögensorientierung in Grundsicherungssystemen: Zur Theorie und Empirie einer investiven Sozialpolitik. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

- Fuchs, J. (2006): Neue Herausforderungen für die Beschäftigungspolitik. IAB-Kurzbericht 16/2006.
- Gasche, M./Lamla, B. (2012): Erwartete Altersarmut in Deutschland: Pessimismus und Fehleinschätzungen. Ergebnisse aus der SAVE-Studie. MEA-Discussion Papers, 13/2012.
- Geyer, J. (2015): Grundsicherungsbezug und Armutsrisikoquote als Indikatoren von Altersarmut. DIW-Roundup 62, Berlin.
- Goebel, J./Grabka, M. M. (2011): Zur Entwicklung der Altersarmut in Deutschland. In: DIW-Wochenbericht Nr. 25/2011, S. 3-16.
- Hauser, R. (2009): Neue Armut im Alter. In: Wirtschaftsdienst, 89. Jg., 4/2009, S. 248-256.
- Hinrichs, J. (1996): Das Normalarbeitsverhältnis und der männliche Familienernährer als Leitbild der Sozialpolitik. In: Sozialer Fortschritt, 45. Jg., 4/1996, S. 102-107.
- Hirsland, A./Lobato, P. R. (2010): Armutsdynamik und Arbeitsmarkt. Entstehung, Verfestigung und Überwindung von Hilfebedürftigkeit bei Erwerbsfähigen. IAB-Forschungsbericht 3/2010, Nürnberg.
- Höpfinger, F. (2007): Ausdehnung der Lebensarbeitszeit und die Stellung älterer Arbeitskräfte – Perspektiven aus Sicht einer vergleichenden Geschlechterforschung. In: Pasero, U./Backes, G. M./Schroeter, K. R. (2007): Altern in der Gesellschaft. Ageing, Diversity, Inclusion. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 307-343.
- Karl, F. (2007): Altersforschung: Brückenschlag zu den Jugendstudien der 1950er und 1960er Jahre. In: Wahl, H.-W./Mollenkopf, H. (Hrsg.) (2007): Altersforschung zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Berlin: Aka, S. 83-98.
- Kumpmann, I./Gühne, M./Buscher, H. S. (2010): Armut im Alter – Ursachenanalyse und eine Projektion für das Jahr 2023. IWH-Diskussionspapiere, 8/2010. Halle.
- Lang, F. R. (2007): Motivation, Selbstverantwortung und Beziehungsregulation im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In: Wahl, H.-W./Mollenkopf, H. (Hrsg.) (2007): Altersforschung zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Berlin: Aka, S. 307-322.
- Laslett, P. (1995): Das dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns. Weinheim/München: Juventa.
- Leßmann, O. (2007): Konzeption und Erfassung von Armut. Vergleich des Lebenslage-Ansatzes mit Sens Capability-Ansatz. Berlin: Duncker und Humblot.
- Martens, R. (2014): Altersarmut in Deutschland. Bislang nur die halbe Wahrheit. Expertise im Auftrag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Berlin.
- Mergenthaler, A. (2013). Auf den Spuren des ‚Dritten Alters‘: Befunde zur Dauer eines Lebensabschnitts auf der Grundlage der ‚Third Age Life Expectancy‘ (TALE). In: Bevölkerungsforschung Aktuell, 34. Jg., 5/2013, S. 2-10.
- Michiel, A./äggi, C. J. (1992): Armut im Alter. In Sozialarbeit, 24. Jg., 9/1992, S. 25-37.
- Motel, A./Wagner, M. (1993): Ergebnisse der Berliner Altersstudie zur Einkommenslage alter und sehr alter Menschen. In: Zeitschrift für Soziologie, 22. Jg., 6/1993, S. 433-448.
- Motel-Klingenbiel, A./Vogel, C. (2013): Altersarmut und die Lebensphase Alter. In: Vogel, C./Motel-Klingenbiel, A. (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS, S. 463-480.

- Naegele, G. et al. (1992): Zur Lebenslage ökonomisch unterversorgter älterer Frauen. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 43. Jg., 12/1002, S. 466-472.
- Naegele, G. et al. (1992a): Landessozialbericht NRW. Armut im Alter. Düsseldorf.
- Naegele, G./Olbermann, E./Bertermann, B. (2013): Altersarmut als Herausforderung für die Lebenslaufpolitik. In: Vogel, C./Motel-Klingenberg, A. (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS, S. 449-462.
- Naegele, G./Weidekamp-Maicher, M. (2002): Lebensqualität im Alter. In: Wissenschaftszentrum NRW, Magazin 3/2002, Düsseldorf.
- Noll, H.-W./Weick, S. (2012): Altersarmut: Tendenz steigend. In: Informationsdienst soziale Indikatoren. Nr. 47, S. 1-7.
- Noll, H.-H./Weick, S. (2013): Materieller Lebensstandard und Armut im Alter. In: Vogel, C./Motel-Klingenberg, A. (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer, S. 113-138.
- Nolte, P. (2007): Riskante Moderne. Die Deutschen und der moderne Kapitalismus. München: Beck.
- OECD (2011): Society at a Glance. OECD Social Indicators. Verfügbar unter http://www.oecd-ilibrary.org/sites/soc_glance-2011-en/06/02/index.html?contentType=/ns/Chapter,/ns/StatisticalPublication&itemId=/content/chapter/soc_glance-2011-17-en&containerItemId=/content/serial/19991290&accessItemIds=&mimeType=text/html [Zugriff: 10.6.2015].
- Peichl, A. (2015): Niemand ist wirklich von absoluter Armut in seiner Existenz bedroht. In: ZEWNNews, Mai 2015, S. 8.
- Röttger, S. (2010): Extreme Armut im Alter. Darstellung und Konkretion mit Fallbeispielen aus der Wohnungslosenhilfe. Diplomarbeit an der KFH, Abteilung Köln, Fachbereich Sozialwesen.
- Sallmon, S. (2013): Einkommensarmut im Alter – Tendenzen der sozialstrukturell differenzierten und sozialräumlich segregierten Rückkehr der Altersarmut in Berlin. In: Vogel, Claudia; Motel-Klingenberg, Andreas (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS, S. 57-80.
- Schönig, W. (2008): Extreme Armut – harter Kern der Armutsproblematik. Mittelschichtorientierung der Armutsforschung als Problem für die Soziale Arbeit. In: Standpunkt Sozial. Hamburger Forum für Soziale Arbeit und Gesundheit, o.J., 1 + 2/2008, S. 38-44.
- Schönig, W. (2010): Heterodoxie in der ökonomischen Theorie der Sozialpolitik. Rezeption, Struktur und Perspektiven einer normativen Sozialökonomik. In: Jens, U./Romahn, H. (Hrsg.): Methodenpluralismus in den Wirtschaftswissenschaften. Marburg: Metropolis, S. 51-70.
- Schönig, W./Wasmuth, D. (2009): Altersarmut als kommunales Handlungsfeld. Lebenslagen und Fallstruktur eines zunehmenden sozialpolitischen Problems. In: Neue Praxis, 39. Jg., 2/2009, S. 145-163.
- Schröder, C. (2011): Einkommensungleichheit und Homogamie. IW-Trends 38. Jg., 1/2011, S. 1-14.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006): Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer.

- Sozialpolitik aktuell (2015): Soziale Sicherung, Grundsicherung, Sozialversicherung. Verfügbar unter: <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/sozialstaatsdatensammlung.html#grusi-im-alter-1794> [Zugriff: 11.6.2015].
- Sozialpolitik aktuell (2015a): Erwerbstätigenquoten nach Altersgruppen 1991 bis 2014. Verfügbar unter: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV15.pdf [Zugriff: 12.6.2015].
- Sozialverband Deutschland (SoVD) (2007): 10 Forderungen zur Verhinderung von Altersarmut. Berlin.
- Steffen, J. (2008): Rente und Altersarmut. Handlungsfelder zur Vermeidung finanzieller Armut im Alter. Arbeiterkammer Bremen. Verfügbar unter: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Kontrovers/Altersarmut/Rente_und_Altersarmut.pdf [Zugriff: 11.6.2015].
- Wahl, H.-W./Mollenkopf, H. (Hrsg.) (2007): Altersforschung zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Berlin: Aka.
- Werding, M. (2013): Alterssicherung, Arbeitsmarktdynamik und neue Reformen: Wie das Rentensystem stabilisiert werden kann. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Wissenschaftlicher Beirat (2012): Altersarmut Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. Berlin.
- Wübbecke, C. (2007): Ältere Bezieher von Arbeitslosengeld II. Einmal arm, immer arm? IAB-Kurzbericht Nr. 1.

Miteinander oder Gegeneinander: Herausforderungen für intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse

Nobert Frieters-Reermann

1. Einleitung

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Herausforderungen in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe, Partizipation und Mitwirkung aus einem generationsübergreifenden bzw. intergenerationellen Blickwinkel. Dabei werden aus einer bildungs- und erziehungswissenschaftlichen Perspektive die Bedeutung von organisierten außerfamiliären intergenerationellen Dialog- und Lernprozessen beleuchtet. In diesem Kontext wird herausgearbeitet, wie diese Prozesse didaktisch geplant und pädagogisch begleitet werden könnten und sollten, um das intergenerationelle Teilhabe- und Kooperationspotential zu erhöhen. Dadurch spannt der Beitrag einen Bogen von den aktuellen gesellschaftlichen Auswirkungen des demographischen Wandels in Deutschland und der globalen ökologischen, sozialen und ökonomischen Krise der Weltrisikogesellschaft (Abschnitt 1: Kontexte) über damit einhergehende Spannungen und Konfliktpotentiale zwischen den Generationen (Abschnitt 2: Konflikte) und verschiedene Grundkonzeptionen generationsübergreifender Bildungs- und Begegnungsarbeit (Abschnitt 3: Konzepte) bis hin zur Vorstellung von sechs didaktischen Grundorientierungen für partizipative und intergenerationelle Lern- und Dialogprozesse (Abschnitt 4: Konsequenzen).

2. Kontexte – Demographischer Wandel und Generationengerechtigkeit

Die gegenwärtigen Generationenbeziehungen werden zumindest durch zwei Dynamiken und damit verbundene Herausforderungen massiv beeinflusst.

Die erste Dynamik ist primär nationalen Charakters, wenngleich auch andere Industrieländer von ähnlichen Prozessen betroffen sind. Es geht um den *demographischen Wandel* (vor allem in Bezug auf die Verschiebung der Altersstruktur) und die Veränderung traditioneller Formen des Zusammenlebens in Deutschland. Von diesen sind sowohl die familiären als auch die gesamtgesellschaftlichen Interaktions- und Beziehungsgefüge der Generationen betroffen (Lüscher 2014; BMFSJ 2012). Eine unmittelbare Folge dieser Veränderungsprozesse ist die zunehmende Anzahl von arrangierten außerfamiliären generationsübergreifenden oder generationsverbindenden Initiativen, die durch eine kaum zu überblickende methodische, inhaltliche, strukturelle und didaktische Vielfalt geprägt sind (Frieters-Reermann 2012; Amrhein 2010; Franz 2010).

Die zweite Dynamik ist globaler Natur, denn es geht um die vielfältigen sozialen, ökologischen und ökonomischen Risiken, welche durch die Globalisierung räumlich und zeitlich entgrenzt werden und als transnationale und transgenerationale Gefahrenlagen einer *Weltrisikogesellschaft* in Erscheinung treten (Beck 2007). Am deutlichsten erfahrbar und für zukünftige Generationen noch weit bedrohlicher werden diese im Kontext des Klimawandels und den damit verbundenen vielfältigen globalen Auswirkungen auf das Leben der Menschen (Klein 2015). Doch letztlich sind es verschiedene globale Risiken und Konfliktpotentiale (u.a. Massen-(Jugend)-Arbeitslosigkeit, Hunger, Finanzkrise, Bürgerkriege, Terror, Flüchtlingsströme, Rohstoffverknappung, Umweltzerstörung, Klimawandel), deren Ursachen und Erscheinungsformen eng miteinander verbunden sind und die sich zu einer einzigen multiplen Krise (Brand 2009) verdichten.

Beide Dynamiken stellen die Generationenbeziehungen vor zentrale Herausforderungen, bieten aber auch wertvolle Ansatzpunkte für intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse. Denn sowohl der demographische Wandel in Deutschland als auch die globale multiple Krise und Weltrisikogesellschaft fordern geradezu generationsübergreifende Handlungsstrategien und ein verstärktes Engagement in Bezug auf transgenerationale Teilhabe und Solidarität. Außerfamiliär inszenierte und organisierte intergenerationelle Dialog- und Bildungsprozesse können hierbei wichtige Katalysatoren sein, wenn sie sorgfältig und sensibel geplant und begleitet werden (Lüscher 2014; Frieters-Reermann 2012; Amrhein 2010; Franz 2010; Antz et al. 2009).

Demographischer Wandel als Chance für Generationenbeziehungen

Der demographische Wandel, vor allem in Bezug auf die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung bei gleichzeitig rückläufiger Geburtenrate und dem damit einhergehenden steigenden Anteil älterer Menschen gegenüber Jüngeren in der Gesellschaft, die Modernisierung von Lebens- und Arbeitswelten, die zunehmende Mobilität im Kontext von individuellen Berufsbiographien und Lebensverläufen und die Flexibilisierung von Lebensweisen haben vielfältige Auswirkungen auf die Gesellschaft und das Zusammenleben der Generationen. Diese Auswirkungen lassen sich vor allem für innerfamiliäre intergenerationelle Begegnungen und Kontakte nachzeichnen. Denn zahlreiche Familien leben heute als multilokale Mehrgenerationenfamilien (Bertram 2000), bei denen die verschiedenen Generationen nicht mehr an einem Ort oder in relativer Nähe wohnen, sondern über größere Distanzen verstreut sind. Dadurch werden traditionelle intergenerationelle Begegnungs- und Dialogprozesse zunehmend weniger selbstverständlich (Lüscher et al. 2014; BMFSJ 2012). Alterstübergreifende Kontakte und die damit verbundenen Dialog- und Lernprozesse sind jedoch für die Weiterentwicklung eines solidarischen, lebensfreundlichen und partizipativen gesellschaftlichen Zusammenlebens unverzichtbar (Antz et al. 2009; Franz et al. 2009). Vor diesem Hintergrund ist seit einigen Jahren ein massiver Anstieg außerfamiliär arrangierter intergenerationeller Projekte, Initiativen, Netzwerke, Kampagnen und Programme zu verzeichnen. Die damit verbundenen intergenerationellen Kontakte, Begegnungen und Lernprozesse werden von externen Akteuren organisiert und inszeniert (u.a. Lüscher 2014; Franz 2014; Amrhein 2010; Marquard et al. 2008; Eisentraut 2007). Dadurch ergeben sich vielfältige arrangierte generationsübergreifende Dialog- und Lernprozesse, die nicht an familiäre Strukturen oder Verwandtschaftsbeziehungen gekoppelt sind, sondern diese oftmals ergänzen oder in gewisser Weise sogar ersetzen. Dennoch haben die familiären Prägungen, Vorerfahrungen und Orientierungen der Teilnehmenden solcher arrangierter Generationenbegegnungen immer auch einen Einfluss auf ihre Haltungen, Rollenvorstellungen und Erwartungen gegenüber dem intergenerationellen Lernprozess (Frieters-Reermann 2012; Franz 2010). Und diese können sehr unterschiedlich sein und somit auch die generationenübergreifenden Begegnungen unterschiedlich prägen. Vor diesem Hintergrund ist zu berücksichtigen, dass außerfamiliäre generationenübergreifende Kontakte und intergenerationelle Bildungsprozesse keine Selbstläufer sind und sie einer intensiven generationensensiblen Vorbereitung bedürfen (u.a. Franz 2014; Frieters-Reermann 2012; Amrhein 2010, Lüscher 2010).

Weltrisikogesellschaft als Chance für Generationensolidarität

Die zweite Herausforderung bezieht sich auf die zahlreichen negativen nicht intendiert aber bewusst in Kauf genommen ökonomischen, sozialen und ökologischen Nebenwirkungen von Industrialisierung, Modernisierung und Globalisierung. Diese haben längst ein Ausmaß erreicht, das ein weltweites Umdenken und Umsteuern erfordert. Dieses Umdenken bezieht sich vor allem auf die Umstellung unserer Lebens-, Konsum- und Wirtschaftsformen auf nachhaltige Prozesse. Damit ist auch eine fundamentale Kritik am globalen klimafeindlichen Kapitalismus verbunden, welcher das Überleben für nachkommende Generationen auf unserem Planeten massiv gefährdet. In diesem Licht erscheint auch die provokante Radikalalternative *Klimaschutz oder Kapitalismus* im Sinne einer Grundentscheidung der Menschheit berechtigt (Klein 2015). Denn die multiple Krise der Weltrisikogesellschaft, in welcher der Klimawandel eine dominante Rolle spielt, markiert einen Wendepunkt in der Menschheitsgeschichte. Zum ersten Mal hinterlässt die ältere Generation der jüngeren eben nicht primär größere Entfaltungsmöglichkeiten, mehr Chancen und mehr Wohlstand und Mobilität, sondern vor allem zahlreiche Risiken, Unsicherheiten und Bedrohungspotenziale. Damit wird die traditionelle Generationenfolge auf den Kopf gestellt. Denn heutige Generationen leben angesichts ihrer Wirtschafts- und Produktionsweisen und ihrem massivem Ressourcenverbrauch auf Kosten der zukünftigen und nachwachsenden Generationen. Diese Lebensweise ist alles andere als nachhaltig und sie ist existenzbedrohend für die Menschheit. Denn nachhaltig (in ökologischer, sozialer, und ökonomischer Hinsicht) sind Lebensweisen und Entwicklungsprozesse dann, wenn dabei die Bedürfnisse der gegenwärtigen Generationen befriedigt werden können, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht mehr befriedigen können (Weltkommission für Umwelt und Entwicklung 1987). Durch eine solche Betrachtungsweise wurde durch die Weltkommission für Umwelt und Entwicklung ein Verständnis von Generationengerechtigkeit formuliert, das zwischen Nachhaltigkeit und intergenerationeller Gerechtigkeit ein Verhältnis wechselseitiger Implikationen erkennt. Dabei wird soziale, ökonomische und ökologische Nachhaltigkeit direkt mit Generationengerechtigkeit und Intergenerationalität verknüpft. Um jedoch unsere Lebens-, Konsum- und Wirtschaftsformen auf nachhaltige und generationengerechte Prozesse umzustellen, bedarf es vielfältiger Strategien und Initiativen auf verschiedenen Ebenen. Einer Bildung für nachhaltige Entwicklung und damit verbundenen Prozessen, Projekten und Netzwerken wird zur Unterstützung dieser Strategien und Initiativen eine Schlüsselrolle zugeschrieben. Bildung für nachhaltige Entwicklung zielt darauf ab, Menschen in einer komplexen von multiplen Krisen betroffenen Weltrisikogesellschaft zu befähigen an einer nachhaltigen Entwicklung mitzuwirken (Scheunpflug 2008). Von daher versteht sich

Bildung für nachhaltige globale Entwicklung als ein umfassendes Bildungskonzept, bei dem es in erster Linie nicht darum geht, die damit verbundenen komplexen Themenbereiche und Herausforderungen nur auf der Wissensebene zu behandeln. Bildung für nachhaltige Entwicklung geht weit darüber hinaus und intendiert die Aneignung oder Vertiefung von spezifischen Gestaltungskompetenzen (de Haan 2002), die es Einzelnen und Gruppen ermöglicht, aktiv an einer nachhaltigen Entwicklung mit zu wirken. In diesem Zusammenhang spielen fachliche Kompetenzen eine ebenso wichtige Rolle wie methodische, sozial-kommunikative, handlungsbezogene, emotionale und personale. Insofern zielt Bildung für nachhaltige Entwicklung darauf ab, dass Menschen befähigt werden, sich für eine sozial und ökonomisch gerechte, eine friedliche und eine ökologisch verträgliche Entwicklung zu engagieren. Partizipation, Teilhabe, Handlungsorientierung und Sozialraumbezüge sind dabei zentrale Elemente und Qualitätsmerkmale einer Bildung für nachhaltige Entwicklung. Denn ohne aktive Teilhabe und Mitgestaltung von Einzelnen und Gruppen und ohne die Vernetzung globaler Dynamiken mit lokalen Lebenswelten und Sozialräumen und ohne die Handlungskompetenz und das Engagement von Menschen ist eine nachhaltige Entwicklung nicht zu realisieren (Frieters-Reermann/Franz 2009; Franz/Frieters-Reermann 2009). Vor diesem Hintergrund sollten auch Empowerment- und Bildungsprozesse, die im Kontext der Nachhaltigkeit angesiedelt sind, unbedingt partizipative Lernformen, sozialraumbezogene Zugänge und aktions- und engagementfördernde Elemente berücksichtigen (Abschnitt 4).

2. Konflikte – Im Spannungsfeld zwischen Kooperation und Kampf der Generationen

Generationenkonflikte gehören seit jeher zum Zusammenleben in Gesellschaften. Diese können unterschiedlicher Intensität sein und sich in verschiedenen Dimensionen und Facetten widerspiegeln, z.B. kulturell (verschiedene Lebensformen), wertebezogen (verschiedene Normen und Grundorientierungen), pädagogisch (verschiedene Rollenverständnisse in Erziehungs- und Bildungskontexten) oder materiell (verschiedene Erwartungen an intergenerative Verteilungsgerechtigkeit). Durch die oben skizzierten Herausforderungen des demographischen Wandels und der Weltrisikogesellschaft werden die bereits vorhandenen latenten oder offenen Konflikte und Spannungen zwischen den Generationen potentiell noch erhöht.

Dabei ist der demographische Wandel in Deutschland vor allem durch drei zentrale Tendenzen gekennzeichnet (Eisentraut 2007): Erstens sinkt die Bevölkerungszahl insgesamt. Zweitens steigen das durchschnittliche Alter der Bevölkerung und der Anteil der Älteren, wobei im Gegenzug der Anteil der

Jüngeren sinkt. Und drittens nimmt die ethnisch-national-religiös-kulturelle Vielfalt migrationsbedingt zu. Vor allem der zweite Aspekt ist für die Generationenbeziehungen und für intergenerationelle Lernprozesse von entscheidender Bedeutung, da sich die Anteile der verschiedenen Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung verschieben werden und zukünftig mehr Generationen miteinander umgehen müssen, wodurch sich das Zusammenleben der Generationen deutlich verändern wird. Von daher besteht an der Untersuchung und Analyse der Generationenbeziehungen zurzeit ein sehr großes Interesse (Lüscher et al. 2014; Frieters-Reermann 2012).

Im wissenschaftlich-fachlichen Diskurs werden im Hinblick auf gegenwärtige und zukünftige Generationenverhältnisse und Generationenbeziehungen verschiedene Grundmodelle oder Tendenzen beschrieben und diskutiert. (Lüscher et al. 2014, Lüscher 2010; Amrhein/Schüler 2005; Liege/Lüscher 2003; Höpflinger 1999). Diese Tendenzen lassen sich vereinfacht in den folgenden vier Modellen zusammenfassen:

- 1) *Generationenkonflikt*: Beim Generationenkonflikt (Modell der negativen Interdependenz) wird das Verhältnis zwischen den Generationen durch tiefgreifende Wert-, Interessens- und Verteilungskonflikte charakterisiert. Die älteren Generationen leben aus dieser Sicht gegenwärtig auf Kosten der jüngeren und nachkommenden Generationen und werden deshalb vor allem als wirtschaftliche Belastung wahrgenommen.
- 2) *Generationensolidarität*: Im Kontext der Generationensolidarität (Modell der positiven Interdependenz) wird demgegenüber hervorgehoben, dass die Interessen und Bedürfnisse älterer und jüngerer Generationen nicht unvereinbar, sondern positiv miteinander verknüpft sind. Solidarische Haltungen und Handlungen finden sich demnach sowohl in innerfamiliären Systemen als auch in gesamtgesellschaftlichen Strukturen.
- 3) *Segregation der Generationen*: Bei der Segregation der Generationen (Modell der Unabhängigkeit und Independenz) wird davon ausgegangen, dass die verschiedenen Generationen in relativer Unabhängigkeit und Entkoppelung voneinander leben. Jede Altersgruppe führt ihr eigenes Dasein, verfolgt die eigenen Interessen und entwickelt eigene generationsspezifische Lebensstile und Kulturen. Dadurch werden einerseits intergenerationelle Konflikte verdeckt oder entschärft. Andererseits ergeben sich wenig soziale Gemeinsamkeiten, Berührungspunkte und Begegnungen zwischen den Generationen.

Vor allem das erste Grundmodell und der damit oftmals populärwissenschaftlich proklamierte Kampf oder gar Krieg der Generationen

(Gronemeyer 2004; Schirmacher 2004) lässt sich durch empirische Analysen jedoch nicht bestätigen (Lüscher u.a. 2014): Sowohl jugendspezifische Untersuchungen (insbesondere Shell Deutschland Holding 2006, 2010 sowie KAS 2014, 2013) und seniorenbezogene Erhebungen (Tesch-Römer u.a. 2006; Tippelt u.a. 2009) als auch altersgruppenübergreifende Studien und Expertisen (BMFFSJ 2012; Haumann 2010; Infratest dimap 2007; Dallinger 2005) gelangen zu anderen Ergebnissen. So wird festgestellt, dass die Generationenbeziehungen noch weitestgehend intakt und vor allem innerfamiliär von Respekt, Unterstützung und Solidarität geprägt sind. Und selbst wenn die intergenerationellen familiären und außerfamiliären Kontakte weniger werden, so führt dies nicht zwingend zu umfassenden Entfremdungs- und Distanzierungsprozessen und damit verbundenen tiefgreifenden Konflikten zwischen den Generationen. Und doch bleiben die potentiellen Spannungen und die Herausforderungen durch die Dynamiken des demographischen Wandels und der Weltrisikogesellschaft bestehen und das Thema Generationengerechtigkeit ist brisant und hochaktuell (Tremmel 2012). In Ergänzung und Erweiterung zu den ersten drei skizzierten Grundmodellen der Generationenbeziehungen wird von daher zunehmend eine vierte Tendenz diskutiert, welche primär die ambivalenten und zwiespältigen Dynamiken beleuchtet (Lüscher et al. 2014, Lüscher 2010).

- 4) *Ambivalenz der Generationenbeziehungen:* Bei der Hervorhebung der Ambivalenz der Generationenbeziehungen (Modell der Zwiespältigkeit und Uneindeutigkeit) wird hervorgehoben, dass sowohl der innerfamiliäre als auch der gesellschaftliche Umgang der Generationen von unterschiedlichen Tendenzen und damit auch von Widersprüchen und scheinbaren Paradoxien geprägt ist, wodurch sich Generationenbeziehungen nicht eindeutig und pauschal einem der drei oben genannten Grundmodelle zuordnen lassen, sondern Aspekte aller dreier Modelle, also konfliktive, kooperativ-solidarische und segregative Dynamiken auch gleichzeitig zu beobachten sind.

Doch zahlreiche intergenerationelle Initiativen und Projekte setzen an einem oder mehreren der oberen drei beschriebenen Grundmodelle an und versuchen z.B. die Segregation oder die Konfliktpotentiale durch inszenierte außerfamiliäre intergenerationelle Dialog- und Begegnungsprozesse abzumildern und den Zusammenhalt der Generationen zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund ist der seit Jahren festzustellende Anstieg an generationsübergreifenden Projekten, Netzwerken, Kampagnen und Programmen zu bewerten, die versuchen, die Kontakt-, Beziehungs- und Lernfähigkeit zwischen den Generationen zu erhöhen (Frieters-Reermann 2012; Amrhein 2010; Amrhein/Schüler 2005). Dieses Vorgehen verweist bereits auf vorhandene Defizite und Herausforderungen in Bezug auf die konzeptionelle Planung intergenerativer Projekte (Abschnitt 3).

4. Konzepte – Generationenbegriffe und intergenerationelle Lernarrangements

Im fachlichen Diskurs wird immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, außerfamiliäre intergenerationelle Projekte, Initiativen und Prozesse sorgfältig zu planen und sowohl die generationen-spezifischen Aspekte als auch die intergenerativen Dynamiken zu berücksichtigen (Franz 2014; Frieters-Reermann 2012; Franz/Scheunflug 2010; Antz et al. 2009; Marquard et al. 2008). Im Mittelpunkt außerfamiliär arrangierter intergenerationeller Begegnungsprozesse steht meist das Ziel, den Generationendialog und die Generationensolidarität zu verbessern. In der Regel sind solche generationsübergreifenden Aktivitäten immer eng mit intergenerationellen Lernprozessen und verschiedenen darauf bezogenen intergenerationellen Lernerfahrungen verbunden. Diese können entweder explizit intendiert sein oder implizit vollzogen werden (Franz 2010). Von daher hat sich in den letzten Jahren ein breites Spektrum intergenerationeller Dialoginitiativen, Bildungsprojekte und Lernräume entwickelt, die auf zum Teil sehr unterschiedlichen generationenbezogenen Grundverständnissen und Konzepten basieren. Dieser Sachverhalt verweist auf einige Defizite und Schwachpunkte, die sich in Bezug auf die Fundierung und Evaluierung intergenerativer Projekte und Prozesse identifizieren lassen:

- 1) *Theoretische Defizite:* Zahlreiche Ansätze und Initiativen basieren auf keinem klaren oder einem diffusen Generationenverständnis und gehen implizit pauschal von gesellschaftlichen Generationenkonflikten aus, denen sie präventiv begegnen zu hoffen. Oftmals wird nur unter dem Motto *Alt und Jung gemeinsam* operiert. Hier wäre es hilfreich, präziser die jeweiligen Generationenbegriffe zu thematisieren und auch die gesellschaftlichen und familiären Generationenbeziehungen differenzierter zu betrachten.
- 2) *Konzeptionell-didaktische Defizite:* Zahlreiche Ansätze und Initiativen wirken darüber hinaus nur wenig didaktisch fundiert bzw. die besonderen konzeptionell-didaktischen Herausforderungen in intergenerationellen Dialog- und Lernsettings werden nicht umfassend berücksichtigt. Hier wäre es ratsam, die spezifischen Anforderungen an generationsübergreifende Dialog- und Begegnungsprozesse stärker zu reflektieren.
- 3) *Diversitätsbezogene Defizite:* Oftmals erscheinen intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse sehr stark oder ausschließlich auf die Identitätskategorie Alter/Generation fokussiert, ja sogar fixiert zu sein. Dadurch geraten andere Aspekte wie z.B. Geschlecht, Nationalität, Religion, Ethnizität, Klasse, Schicht, Milieu häufig aus

dem Blick. Hier wäre es empfehlenswert einzelne Identitätskategorien nicht gegeneinander auszuspielen, sondern im Sinne einer integrativ-inklusive Sicht diese miteinander zu verschränken.

- 4) *Empirische Defizite*: Insgesamt ist das gesamte Praxis- und Handlungsfeld der intergenerationellen Lern- und Dialogprozesse in Deutschland noch wenig erforscht. Das heißt noch ist wenig untersucht worden, welche Praxis- und Projektansätze wie wirken und funktionieren, wie das intergenerationelle Lernen gelingen kann und welche Unterstützungen und Begleitungen hilfreich wären und wie Fachkräfte in diesem Kontext zu qualifizieren wären.

Insbesondere die ersten beiden Defizite verdienen eine besondere Aufmerksamkeit, denn hier sind es vor allem zwei Aspekte und Leitfragen, die im Zuge einer theoretischen und konzeptionellen Fundierung besonders relevant erscheinen. Zum einen die Frage welcher Generationenbegriff der Konzeption eines intergenerationellen Projektes zu Grunde liegt und zum anderen die Frage, auf welchem Grundverständnis das intergenerationelle Lernen basiert.

In Bezug auf die erste Frage ist festzustellen, dass zahlreiche Projekte sich auf einen unspezifischen eher alltagssprachlichen Generationenbegriff beziehen, bei dem nur eine ältere und eine jüngere Generation unterschieden werden. Dies spiegelt sich in zahlreichen Generationenprojekten wieder, die mit Titeln wie *Alt hilft Jung* oder *Jung und Alt gemeinsam* oder *Jung trifft Alt* überschrieben sind. Demgegenüber werden im wissenschaftlichen Diskurs vor allem drei Generationenverständnisse (Lüscher 2005; Lüscher/Liegle 2003) unterschieden:

- 1) *Der genealogische Generationenbegriff* bezieht sich auf die objektive genetische Abstammungsfolge von Familienangehörigen: Urgroßeltern – Großeltern – Eltern – Kinder. Bei diesem Generationenverständnis sind die Generationen biologisch-verwandtschaftlich miteinander verbunden und die Generationenordnung ist eindeutig festgelegt.
- 2) *Der historisch-gesellschaftliche Generationenbegriff* unterscheidet soziale Gruppen im Hinblick auf ihre gemeinsam-kollektiv prägenden Grunderfahrungen. Diese sind oftmals an bedeutsame historische, gesellschaftliche, politische oder kulturelle Ereignisse und Epochen gekoppelt. Häufig, aber nicht immer erfolgen diese prägenden Erfahrungen in der Jugendphase. Bisweilen werden bestimmte Generationen mit spezifischen Überschriften versehen, durch welche die gemeinsame Prägung hervorgehoben werden soll. Prominente Beispiele hierfür sind die Begriffe *Kriegsgeneration*, *Nachkriegsgeneration*, *Wirtschaftswunder-Generation*, *Skeptische Generation*, *68er Generation*, *Generation X*, *Generation Golf*,

Wende-Generation oder 89er-Generation, Generation Praktikum, Generation Y, Generation@, Generation Facebook, Generation app. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Generationenbegriffe keine wissenschaftlichen Definitionen oder Kategorien sind und dass sich insbesondere in den vergangenen Jahren immer wieder neue generationenbezogene Wortschöpfungen geradezu inflationär entwickelt haben, um zu versuchen, das Lebensgefühl der Jugend in einem Begriff zu erfassen.

- 3) *Der pädagogische Generationenbegriff* umfasst nur zwei Generationen und bezieht sich auf das Grundverhältnis zwischen vermittelnder und aneignender Generation in Erziehungs- und Bildungsprozessen. Wer zu welcher Generation gehört, richtet sich grundsätzlich nicht nach Alter, Lebenserfahrung, prägenden Erlebnissen oder Abstammungsfolge, sondern danach, ob jemand eher vermittelnd (lehrend) oder eher aneignend (lernend) tätig ist. Zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Lernkontexten können Personen der einen oder der anderen Generation angehören.

Welches Generationenverständnis der Konzeption eines arrangierten intergenerationellen Dialog- und Lernprozesses zu Grund liegt, ist nicht immer eindeutig zu sagen, weil dieses oftmals nicht expliziert wird. Meist vermischen sich auch verschiedene Generationenbegriffe oder es werden implizit verschiedene durch die Konzeption adressiert bzw. integriert. So erfolgt über den expliziten Gebrauch eines unspezifischen, alltagsprachlichen Generationenverständnisses (*Alt-Jung*) häufig eine implizite Orientierung an dem genealogischen, dem pädagogischen oder dem historisch-gesellschaftlichen Generationenbegriff. Für die Konzeption und Praxis intergenerativer Projekte und Bildungsprozesse, ist es ratsam sich bewusster und reflexiver mit den verschiedenen Generationenbegriffen zu befassen und dadurch auch das tiefere und explizite intergenerationelle Lernen der Teilnehmenden zu ermöglichen.

In Bezug auf die zweite Leitfrage und Differenzierungskategorie können in Anlehnung an Erfahrungen der Erwachsenenbildung drei konzeptionelle Grundformen bei intergenerationellen Dialog- und Lernprozessen idealtypisch und vereinfacht unterschieden werden (Franz/Scheupflug 2013; und vor allem Meese 2005):

- 1) In Konzepten des *Voneinander-Lernens* unterstützt, begleitet oder unterrichtet eine Generation mit ihrem (Fach)wissen eine andere Generation, die über dieses gar nicht oder nur unzureichend verfügt. Dabei spielt es keine Rolle, ob jemand zur unterrichtenden und begleitenden Generation gehört oder zur Generation, die begleitet und unterstützt wird. So können z.B. Senioren Bewerbungstrainings für Jugendliche anbieten oder Jugendliche PC-Kurse für Senioren.

- 2) Bei Konzepten des *Übereinander-Lernens* informiert eine Generation eine andere über ihre historischen Erfahrungen oder ihre aktuelle Lebenssituation. Insofern steht anders als beim Voneinander-Lernen nicht das Fachwissen, sondern autobiographisches, lebensweltliches oder historisches Wissen im Mittelpunkt. Beispiele für Übereinander-Lernen wären Zeitzeugenarbeit, Oral History oder Erzählcafés. Meist sind diese Lernarrangements so ausgerichtet, dass die ältere, erfahrener Generation von ihrem Leben und ihren Erlebnissen der jüngeren Generationen berichtet. Ebenso ist aber denkbar, dass Kinder oder Jugendliche ältere Menschen ihre Lebenswelten und Alltagserfahrungen nahebringen, um das gegenseitige Verständnis zu verbessern.
- 3) Beim *Miteinander-Lernen* stehen das gemeinsame partizipative Lernen an generationsübergreifenden und generationsverbindenden Themen und Herausforderungen im Mittelpunkt. Keiner Generation wird auf Grund ihres Alters, ihrer Rolle in der Familie oder ihrer Erfahrungen eine privilegierte Stellung eingeräumt. Alle am Lernprozess Beteiligten sind gleichberechtigt mit ihren spezifischen Wissensbeständen, Erfahrungen und Kompetenzen. Es geht darum, gemeinsam thematische Schwerpunkte und Lernformen zu identifizieren, die von allen beteiligten Generationen als passend eingestuft werden und diese dann miteinander zu gestalten. Dabei kann das (Experten)wissen sowohl von der Gruppe erarbeitet als auch durch externe Experten eingebracht werden. Beispiele für partizipatives Miteinander-Lernen sind Bürgerinitiativen, Zukunftswerkstätten oder Mehrgenerationenhäuser.

In der Praxis der Projekte und Initiativen lassen sich diese drei konzeptionellen Grundformen des intergenerationellen Lernens meist nicht eindeutig voneinander trennen. So profitiert das Miteinander-Lernen häufig davon, dass einzelne Personen und Generationen ihr fachliches oder biographisches Wissen situativ und explizit einbringen. Dadurch werden partizipative Lernprozesse nicht zwingend blockiert, sondern gezielt angeregt und bereichert. Und insbesondere das biographische Übereinander-Lernen wird sich in allen intergenerationellen Begegnungs- und Lernprozessen explizit oder implizit entfalten. Und gerade das damit verbundene lebensgeschichtliche Erzählen (Engelhart 1997) ist sowohl für die familiären und die gesellschaftlichen Generationenbeziehungen als auch für das kollektive Gedächtnis der Gesellschaft von hoher Bedeutung.

In Bezug auf eine intergenerationelle Bildung für nachhaltige Entwicklung, bzw. in Bezug auf intergenerative Projekte, die sich bewusst für Generationengerechtigkeit und Generationenteilhabe engagieren und auch die damit verbundenen Herausforderungen der Weltrisikogesellschaft in den Blick

nehmen, ist es naheliegend, verstärkt das partizipative Miteinander-Lernen zu berücksichtigen, um dadurch auch die Teilhabe- und Mitgestaltungskompetenzen aller beteiligten Generationen zu erhöhen (Abschnitt 1). Welche weitergehenden Aspekte und Anregungen für teilhabeorientierte, offene und dialogische intergenerationelle Bildungsarbeit von Bedeutung sind, soll abschließend (Abschnitt 4) entfaltet werden.

5. Konsequenzen – Konkrete Anregungen für gelingende intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse

Wenn, wie oben erwähnt, außerfamiliäre und von außen inszenierte Lern- und Dialogprozesse zwischen den Generationen einer besonderen Sensibilität und Planung bedürfen, bietet es sich an, auf Prinzipien und Grundorientierungen zurückzugreifen, um eine generationensensible und konstruktive Lern- und Dialogatmosphäre zu unterstützen. Die nachfolgenden sechs didaktischen Orientierungen für gelingende intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse (Antz et al. 2009: 52ff.; Franz et al. 2009: 27ff.) wurden im Rahmen eines bundesweiten Forschungs- und Entwicklungsprojektes mit dem Titel „*Generationen lernen gemeinsam: Nachhaltigkeit*“ abgeleitet und darauf aufbauend für und durch praktische Erfahrungen konkretisiert und weiterentwickelt (u.a. Franz 2014; Frieters-Reermann/Antz 2010). Im Rahmen des Projektes bestand die Herausforderung darin, pädagogische Fachkräfte aus der Jugend- und Erwachsenenbildung für das noch weitgehend unerschlossene Gebiet einer *intergenerationellen Bildung für nachhaltige Entwicklung* zu sensibilisieren und zu qualifizieren.

Die nachfolgenden Anregungen können die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von offenen, teilhabeorientierten und partizipativen Dialog- und Bildungsprozessen in generationenübergreifenden Gruppen (im Sinn einer *intergenerationellen Bildung für nachhaltige Entwicklung*) in vielfacher Weise anregen, insbesondere, wenn beabsichtigt ist, tradierte, hierarchische, familienorientierte, einseitige und lineare Lerndynamiken zu durchbrechen und das Miteinander-Lernen aller Generationen zu fördern. Die sechs Orientierungen lassen sich nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen und unterliegen mehr oder weniger starken wechselseitigen Bezügen und Interdependenzen. Doch eröffnet jede Orientierung für sich einen besonderen Fokus im Hinblick auf intergenerationelle Lern und Dialogprozesse, wodurch jeweils eine spezifische Herausforderung und Chance generationsübergreifender Bildung und Begegnung fokussiert werden kann.

Biographie- Orientierung	Partizipations- Orientierung	Interaktions- Orientierung
Die vielfältigen Lebenserfahrungen der Generationen integrieren.	Das gleichberechtigte Miteinander aller Generationen ermöglichen.	Den intensiven Kontakt und Austausch der Generationen fördern.
Sozialraum- Orientierung	Aktions- Orientierung	Reflexions- Orientierung
Die Lebenswelten und Orte verschiedener Generationen berücksichtigen.	Das gemeinsame Handeln und Engagement der Generationen fördern.	Die intergenerationellen Lernerfahrungen austauschen und auswerten.

Abbildung 1: Didaktische Grundorientierung für intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse (eigene Darstellung).

Biographieorientierung > Fokus: Lebenslauf und Erinnerung

Eine Biographieorientierung ermöglicht es, die vielfältigen Lebenserfahrungen und Biographien der Lernenden zu berücksichtigen und konstruktiv in intergenerationellen Dialog- und Lernprozessen zu integrieren.

Eine explizite Berücksichtigung der Biographien der Teilnehmenden im Kontext intergenerationeller Dialog- und Lernprozesse ermöglicht es, die vielfältigen, oftmals auch generationsbedingt sehr unterschiedlichen Lebenswelten und Lebenserfahrungen (z.B. zu politischen Ereignissen, Nachhaltigkeitsthemen oder Protest- und Engagementerfahrungen) intensiv zu beleuchten und zu thematisieren. Häufig teilen Menschen einer Altersgruppe ähnliche biographische Erfahrungen oder ihre Lebensläufe wurden von denselben Ereignissen, Moden, Themen, Protestformen, Personen, Bewegungen, Musikstilen oder anderen Aspekten geprägt. Wenn verschiedene Altersgruppen mit ihren generationenspezifischen prägenden Erfahrungen zusammen kommen, bietet es sich an, den jeweiligen biographischen Erlebnissen und Erinnerungen einen besonderen Stellenwert zu geben, um das Übereinander-Lernen der Generationen zu fördern. Dadurch werden alle Teilnehmenden zu den Experten und Expertinnen ihrer Biographie und ihrer Generation und können ihr diesbezügliches Wissen den anderen Altersgruppen vermitteln. Das gilt nicht nur für die älteren Generationen, die als Zeitzeugen und Zeitzeuginnen einer Vergangenheit fungieren können, welche die Jüngeren nicht erleben konnten, sondern auch für die Biographien der jüngeren

Generation, die dadurch Einblicke in ihre gegenwärtigen Alltagswelten und Lebensräume gewähren können. Darüber hinaus ermöglicht eine explizite Biographieorientierung auch eine gemeinsame Reflexion von bedeutsamen historischen und politischen Ereignissen aus verschiedenen Generationenperspektiven. Denn verschiedene Generationen erleben und bewerten eine gemeinsam geteilte Zeitgeschichte und die darauf bezogenen Ereignisse unter Umständen oftmals sehr unterschiedlich. Diese Unterschiede zu entdecken und sich darüber auszutauschen birgt ein wertvolles Potenzial für tiefergehende Dialog- und Lernprozesse. Die dabei gegebenenfalls auftretenden Konflikte und Irritationen zwischen den Generationen ermöglichen herausfordernde aber auch bereichernde Dynamiken. Biographisches Lernen zwischen den Generationen versteht sich von daher nicht nur als das Erinnern, Reflektieren und Vermitteln der eigenen Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung, sondern auch als das Kennenlernen und Respektieren der Lebensentwürfe, Biographien und Sichtweisen von anderen.

Partizipationsorientierung > Fokus: Teilhabe und Mitgestaltung

Eine Partizipationsorientierung eröffnet den Raum für eine ausgewogene Teilhabe und gleichberechtigte Mitgestaltung für alle Beteiligten an intergenerationellen Dialog- und Lernprozessen.

Intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse sind oftmals nicht nur durch verschiedene Biographien und Lebensentwürfe, sondern auch durch sehr unterschiedliche Wissensbestände, Kompetenzen und Rollenverständnisse der Teilnehmenden gekennzeichnet. Häufig wird von allen Beteiligten ein Junglernt-von-Alt- oder Alt-belehrt-Jung-Schema bewusst oder unbewusst kultiviert und reproduziert, in dem der älteren Generation häufig eine mehrwissende, kompetentere, vermittelnde Position zugeschrieben wird. Dadurch werden jedoch häufig offene und dialogische intergenerationelle Prozesse unterlaufen. Partizipative Dialog- und Lernprozesse versuchen dem gegenüber einseitige Rollenzuschreibungen zu durchbrechen und das gleichberechtigte Miteinander-Lernen der Generationen zu fördern. Der Anspruch dabei ist, dass alle beteiligten Generationen voneinander lernen können und keiner Generationen auf Grund ihres Alters, ihrer Lebenserfahrung oder ihres Selbstverständnisses per se eine privilegierte Position eingeräumt wird. In diesem Sinne bezieht sich eine Partizipationsorientierung sehr stark auf den pädagogischen Generationenbegriff. Diesen gilt es im Zuge des partizipativen Lernens kritisch zu reflektieren und allen Generationen eine gleichberechtigte Stellung einzuräumen. Dadurch werden aber nicht nur lebendige und gleichberechtigte Lern- und Dialogprozesse zwischen den Beteiligten gefördert. Die Partizipationsorientierung lenkt den Blick über die konkrete

intergenerationelle Dialog- und Lerngruppe hinaus und nimmt auch den sozialen und gesellschaftspolitischen Kontext in den Blick. Denn ohne die aktive Teilhabe, Mitbestimmung und Mitgestaltung von verschiedenen Altersgruppen an gesellschafts-politischen Prozessen wird sich eine nachhaltige Kooperation und Solidarität zwischen den Generationen nicht realisieren lassen. Durch partizipativ ausgerichtete Dialog- und Lernarrangements werden alle Altersgruppen bestärkt, ermutigt und befähigt, (im Sinne eines umfassenden Empowerments) sich sozial und politisch in Bezug auf die transgenerationellen Krisen und Herausforderungen der Weltrisikogesellschaft zu engagieren. Eine explizite Partizipationsorientierung kann von daher einerseits das interne Dialog- und Lernklima einer intergenerativen Gruppe erhöhen und es kann die externe gesellschaftspolitische Teilhabe, Partizipation und Handlungsorientierung aller Beteiligten erweitern.

Interaktionsorientierung > Fokus: Inhalte und Beziehungen

Eine Interaktionsorientierung fördert die intensive Kommunikation in intergenerationellen Dialog- und Lernprozessen und ermöglicht dadurch vielschichtige Austauschprozesse auf der Inhalts- und der Beziehungsebene.

Eine explizite Interaktionsorientierung ist für gelingende intergenerationelle Projekte und Prozesse wichtig, um mögliche generationsbedingte Irritationen, Störungen und Konfliktpotentiale auf der inhaltlich-thematischen als auch auf der sozial-beziehungsbezogenen Ebene konstruktiv bearbeiten und klären zu können. Denn im Kontext intergenerationeller Dialog- und Lernprozesse ist der erste Kontakt verschiedener Altersgruppen oftmals bereits durch Phantasien, Emotionen, Stereotypen, Nicht-Wissen, unbewusste Vorwürfe und Vorurteile gegenüber der anderen Generationen geprägt. Des Weiteren sind intergenerationelle Dialog- und Lerngruppen durch eine Vielfalt von biographisch geprägten Sichtweisen, Einschätzungen, Gewohnheiten und Wertevorstellungen gekennzeichnet. Die damit verbundene Pluralität kann einen bedeutenden Einfluss auf den Dialog- und Lernprozess entfalten. Wenn es gelingt, die Phantasien und die Pluralität der Beteiligten nicht als Problem oder Risiko, sondern als Potenzial und Ressource einer intergenerationellen Gruppe zu verstehen, eröffnet sich die Chance, den intergenerationellen Dialog- und Lernprozess durch die Berücksichtigung zahlreicher unterschiedlicher Perspektiven zu bereichern. Durch einen interaktiven und transparenten Umgang mit Stereotypen und Differenzen werden mögliche offene oder verdeckte generationenspezifische Spannungen und Konflikte in der Gruppe aufgegriffen und in den Dialog- und Lernprozess integriert und nicht vernachlässigt, verlagert oder ignoriert. Damit diese Aspekte nicht nur sichtbar, sondern auch zu einem wertvollen Bestandteil des gemeinsamen Prozesses

werden, bedarf es eines Rahmens, der es den Teilnehmenden erleichtert, trotz möglichen inhaltlichen Differenzen und beziehungsbezogenen Vorbehalten untereinander mit Offenheit, Neugier und einer positiven Grundhaltung zu begegnen. Nur auf dieser Basis wird es gelingen gemeinsam an generationsverbindenden Themen und Herausforderungen der Weltrisikogesellschaft zu arbeiten.

Sozialraumorientierung > Fokus Lebenswelt und Raumaueignung

Die Sozialraumorientierung ermöglicht es, die Lebenswelt und den Sozialraum der Beteiligten in intergenerationellen Dialog- und Lernprozessen zu erkunden, zu berücksichtigen und aktiv einzubeziehen.

Intergenerationelle Lern- und Dialogprozesse sollten an Orten oder in Räumen erfolgen, die von allen beteiligten Generationen akzeptiert und aufgesucht werden können. Von daher wäre sorgfältig zu prüfen, welche Orte oder Räume auf Grund welcher struktureller, logistischer, sozialer oder kultureller Barrieren für intergenerationelle Initiativen ausscheiden, da sie nur für eine spezifische Altersgruppe konzipiert wurden oder erreichbar und attraktiv sind. Darüber hinaus wäre zu prüfen, welche Räume alternativ passend und geeignet erscheinen. Möglicherweise gilt es auch ganz neue, verborgene und bisher noch nicht bekannte Orte und Räume zu entdecken und zu gestalten. Damit rückt eine sozialraumbezogene intergenerationelle Arbeit in die Nähe von anderen sozialarbeiterischen und pädagogischen Ansätzen, die ebenfalls diese Sozialraum- und Lebensweltperspektive in den Mittelpunkt stellen. Zu nennen wären hier exemplarisch Gemeinwesenarbeit, Community Development, Stadtteilarbeit, Community Organizing oder Quartiers-Management. Alle diese Ansätze erkennen gerade in urbanen sozialen Räumen Orte, in denen sich verschiedene gesamtgesellschaftliche Dynamiken, Entwicklungen und Konflikte widerspiegeln. Eine verstärkte Einbeziehung und Berücksichtigung des Sozial- und Lebensraumes im Kontext intergenerationeller Dialog- und Lernprozesse geht insofern weit über eine didaktische Perspektive hinaus und eröffnet auch die Möglichkeit soziale Räume als dynamisch und veränderbar wahrzunehmen und diese intergenerativ mitzugestalten. Dabei ist hervorzuheben, dass im Zuge einer sozialräumlichen Orientierung verschiedene generationenspezifische Themen und Dynamiken des Sozialraumes beobachtet werden können. Dabei lassen sich häufig sowohl intergenerationelle Probleme, Konfliktthemen und Spannungen (trennende Faktoren) als auch intergenerationelle Gemeinsamkeiten, Begegnungsräume und Kooperationsoptionen (verbindende Faktoren) identifizieren und in den Lern- und Dialogprozess integrieren. Daran anknüpfend besteht die Möglichkeit, die intergenerationelle Bildungs- und Begegnungsarbeit mit einem gemeinsamen sozialraumbezogenem Engagement und

gemeinwesenorientierten Aktivitäten zu verbinden. Und die Identifikation von intergenerativen Konflikten bietet die Chance, diese gemeinsam zu analysieren und nach konstruktiven Bearbeitungsformen und Lösungen zu suchen. Darüber hinaus kann die generationenbezogene Sozialraumorientierung auch dazu beitragen neue potentielle Kooperationspartner und Netzwerke zu identifizieren, die bisher nicht im Blick waren oder bereits bekannte Institutionen und Organisationen aus einer neuen Perspektive zu betrachten und neu kennenzulernen.

Da auch Bildungsangebote für nachhaltige Entwicklung immer in der Lebenswelt und den Brennpunkten des sozialen Nahraums erfahrbar sein sollten, um die Wechselwirkungen globaler und lokaler Dynamiken besser in den Blick nehmen zu können, sollte die Sozialraumorientierung entsprechend berücksichtigt werden.

Aktionsorientierung > Fokus Praxis und Handlungskompetenz

Im Rahmen der Aktionsorientierung in intergenerationellen Dialog- und Lernprozessen werden die Praxisorientierung gestärkt und die Handlungs- und Gestaltungskompetenzen der Beteiligten erhöht.

Die Aktionsorientierung konzentriert sich auf das gemeinsame Erleben, Handeln und Gestalten im Kontext intergenerationeller Bildungs- und Dialogprozesse, wodurch gemeinsame Lernerfahrungen auf einer praktischen und handlungsorientierten Ebene verdichtet werden können. Dadurch werden kognitive, interaktive, soziale und emotionale Lernprozesse um eine praxisorientierte Dimension erweitert. Durch aktives Ausprobieren, praktisches Gestalten und konkretes Handeln werden individuelle und kollektive Erfahrungen auf einer anderen Ebene ermöglicht und der gemeinsame Prozess oftmals sehr bereichert. Das Spektrum aktions- und praxisorientierter Methoden und Möglichkeiten reicht von kleinen Spielen und Übungen bis zu komplexeren Projekten und Aktionen. Dabei können durch interne aktions- und praxisorientierte Lernprozesse im geschützten Raum der intergenerationellen Gruppe wertvolle Erfahrungen gesammelt und Kompetenzen erworben werden, die zum gemeinsamen externen gesellschafts-politischen Handeln motivieren und befähigen können. Damit rückt die Aktionsorientierung in eine starke Nähe zur Partizipations- und Sozialraumorientierung, wenn es darum geht generationsverbindende Anliegen nicht nur kreativ und handlungsbezogen zu bearbeiten, sondern die damit verbundenen Anliegen auch aktiv nach außen zu tragen. Dabei sollte jedoch nicht in Vergessenheit geraten, dass das intergenerationelle Miteinander Lernen stets ein ergebnisoffener Bildungsprozess sein sollte. Auch wenn die Aktionsorientierung sehr stark auf ein gesellschafts-politisches Engagement auf soziale, ökologische oder ökonomische Herausforderungen hin ausgerichtet ist, können die Wirkungen in Bezug auf die

Gestaltungskompetenzen, die Handlungsfähigkeiten und die Engagementbereitschaft der Beteiligten zwar intendiert und beeinflusst aber nicht fest eingeplant und eingefordert werden.

Reflexionsorientierung > *Fokus: Erfahrungsaustausch und Metakommunikation*

Die Reflexionsorientierung fördert den Austausch und die Reflexion in Bezug auf den gemeinsamen intergenerationellen Dialog- und Lernprozess.

Intergenerationelle Dialog- und Lernprozesse ermöglichen vielschichtige Erfahrungen auf verschiedenen Ebenen. Denn der Austausch über biographische Erlebnisse und Erfahrungen (Biographieorientierung), das Aushandeln und Gestalten eines gleichberechtigten Miteinander-Lernens (Partizipationsorientierung), intensive Inhalts- und Beziehungskommunikation und die Diskussion von strittigen Sichtweisen und Standpunkten (Interaktionsorientierung), die gemeinsame Erkundung und Einbeziehung des sozialen Nahraumes (Sozialraumorientierung) und das gemeinsame Handeln und Engagement (Aktionsorientierung), alle diese Aspekte können zahlreiche individuelle und kollektive Lernerfahrungen eröffnen, über die sich reflexiver und metakommunikativer Austausch lohnt. Dabei besteht die Chance, kontinuierlich das individuell und kollektiv Erlebte zu erörtern. Fortlaufende Reflexionen können helfen, die verschiedenen Facetten des gemeinsamen intergenerationellen Prozesses aus einer Metaperspektive zu betrachten und auszuwerten. In diesem Sinne sind gemeinsame Reflexionen ein wertvoller Wegbegleiter, der es fortlaufend ermöglicht, gegebenenfalls noch unbewusste und versteckte intergenerationelle Lernprozesse bewusst und offen zu machen und die individuellen und kollektiven generativen Kompetenzen der Teilnehmenden zu erhöhen.

6. Fazit

Sowohl der demographische Wandel und die Enttraditionalisierung der Lebensformen als auch die globale multiple Krise der Weltrisikogesellschaft markieren zentrale Herausforderungen für die deutsche Gesellschaft im Hinblick auf Generationengerechtigkeit, generationsübergreifende Teilhabe und transgenerationelle Solidarität. Außerfamiliär inszenierte und organisierte intergenerationelle Begegnungs- und Bildungsprozesse können einen wichtigen Beitrag dazu liefern, diese Herausforderungen konstruktiv zu bearbeiten, wenn sie sorgfältig und sensibel geplant und gestaltet werden. Denn dann können sie im positiven Sinne auf einen solidarischen Umgang und

ein gemeinsames globales transgenerationelles Bewusstsein der Beteiligten einwirken.

Die vorgestellten sechs didaktischen Grundorientierungen können diese notwendige sensible Planung und Gestaltung, von offenen und partizipativen intergenerationellen Dialog- und Lernprozessen in vielfacher Weise anregen, unterstützen und begleiten und dadurch die Teilhabe und das Engagement aller Beteiligten erhöhen. Gerade in Bezug auf *eine intergenerationelle Bildung für nachhaltige Entwicklung*, die auf die generationenübergreifenden Herausforderungen der Weltrisikogesellschaft und Fragen der Generationengerechtigkeit reagiert, bieten die sechs Orientierungen vielfältige Anschlussmöglichkeiten. Eine Erfolgsgarantie für konstruktive und erfolgreiche generationenübergreifende Begegnungs- und Bildungsprozesse liefern sie jedoch nicht. Letztlich liegt es immer an allen Beteiligten und mit welchen Orientierungen, Haltungen, Erwartungen und Sichtweisen sie sich in den Dialog- und Lernprozess begeben und wieweit sie in der Lage sind, diese zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Literatur

- Amrhein, V./Schüler, B. (2005): Dialog der Generationen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, 8, S. 9-17.
- Amrhein, Volker (2010): Miteinander von Alt und Jung – Generationenübergreifende Konzepte. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunaler Seniorenpolitik. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 257–268.
- Antz, E. M./Franz, J./Frieters-Reermann, N./Scheunpflug, A. (2009): Generationen lernen gemeinsam. Methoden für die intergenerationelle Bildungsarbeit. Bielefeld: Bertelsmann.
- Beck, U. (2007): Weltrisikogesellschaft: Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit. Frankfurt am Main.: Suhrkamp.
- Scheunpflug, A. (2008): Die konzeptionelle Weiterentwicklung des Globalen Lernens. Debatten der letzten zehn Jahre. Beitrag zur konzeptionellen Weiterentwicklung des Globalen Lernens. In: VENRO (Hrsg.): Jahrbuch Globales Lernen 2007/2008. Bielefeld, S. 11-21.
- Bertram, H. (2000): Die verborgenen familiären Beziehungen in Deutschland. Die multilokale Mehrgenerationenfamilie. In: Kohli, M./Szydlik, M. (Hrsg.): Generationen in Familie und Gesellschaft. Opladen: Leske und Budrich, S. 97–121.
- BMFFSJ (Bundesministerium Familie, Frauen, Senioren und Jugend) (2012): Generationenbeziehungen. Herausforderungen und Potentiale. Gutachten des wissenschaftlichen Beirates für Familienfragen beim BMFFSJ.
- Brand, U. (2009): Die Multiple Krise. Dynamik und Zusammenhang der Krisendimensionen, Anforderungen an politische Institutionen und Chancen

- progressiver Politik (Studie im Auftrag der Heinrich-Böll-Stiftung). https://www.boell.de/sites/default/files/multiple_krisen_u_brand_1.pdf [Zugriff: 21.8.2015].
- Dallinger, U. (2005): Generationengerechtigkeit – Die Wahrnehmung in der Bevölkerung. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 8, 18–27.
- De Haan, G. (2002): Die Kernthemen der Bildung für eine nachhaltige Entwicklung. In: *ZEP Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik* 25, 2002, 1, S. 13-20.
- Eisentraut, R. (2007): *Intergenerationelle Projekte. Motivationen und Wirkungen*. Baden-Baden: Nomos.
- Englehardt, M. (1997): Generation, Gedächtnis und Erzählen. Zur Bedeutung des lebensgeschichtlichen Erzählens im Generationenverhältnis. In: Liebau, E. (Hrsg.): *Das Generationenverhältnis. Über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft* Weinheim und München: Juventa, S. 53–76.
- Franz, J. (2010): *Intergenerationelles Lernen ermöglichen. Orientierungen zum Lernen der Generationen in der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Franz, J./Frieters-Reermann, N./Scheunpflug, A./Tolksdorf, M./Antz, E.-M. (2009): *Generationen lernen gemeinsam. Theorie und Praxis intergenerationeller Bildung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Franz, J./Frieters-Reermann, N. (2009): *Generationen lernen gemeinsam: Globales Lernen und Bildung für nachhaltige Entwicklung in intergenerationellen Lernprozessen*. In: *Zeitschrift für Internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik*, 32. Jg., Heft 4. S.16-21.
- Frieters-Reermann, N./Franz, J. (2007): *Klimawandel zwischen den Generationen? Erste Erfahrungen des KBE-Projektes „Generationen lernen gemeinsam: Nachhaltigkeit“*. *Erwachsenenbildung, Vierteljahreszeitschrift für Theorie und Praxis*, 53. (4), 216–219.
- Frieters-Reermann, N. (2012): *Generationenbeziehungen und Generationenlernen*. In: Boos-Nünning, U./Stein, M. (Hrsg.): *Familie als Ort von Erziehung, Bildung und Sozialisation*. Münster: Waxmann Verlag.
- Frieters-Reermann, N./Franz, J. (2009): *Klimawandler zwischen den Generationen. „Klimawandel“ als Thema in intergenerationellen Lerngruppen*. In: *Erwachsenenbildung, Vierteljahreszeitschrift für Theorie und Praxis*, 54. Jg, Heft 1, S. 35-37.
- Gronemeyer, R. (2004): *Kampf der Generationen*. München: Deutsche Verlags Anstalt.
- Haumann, W. (2010): *Generationen-Barometer 2009. Eine Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach*. Hrsg. v. FORUM FAMILIE STARK MACHEN e.V. Münster: Edition Octopus.
- Höpflinger, F. (1999): *Generationenfrage – Konzepte, theoretische Ansätze und Beobachtungen zu Generationenbeziehungen in späteren Lebensphasen*. Lausanne: Réalités sociales.
- Infratest dimap. (2007): *Kleiner Generationensurvey*. Nordrhein-Westfalen. Berlin: Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen.
- KAS (Konrad-Adenauer-Stiftung) (2013): *Wo bitte geht's zum Generationenkonflikt? Politische Einstellungen Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland*. http://www.kas.de/wf/doc/kas_34554-544-1-30.pdf?130620084144 [Zugriff: 12.8.2015].

- KAS (Konrad-Adenauer-Stiftung) (2014): Wie tickt die Jugend (Analyse und Argumente) Ausgabe 139-Jan 2014. http://www.kas.de/wf/doc/kas_36525-544-1-30.pdf. [Zugriff: 12.8.2015].
- Klein, N. (2015): Die Entscheidung: Kapitalismus vs. Klima. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Lüscher, K./Liegler, L. (2003): Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft. Konstanz: UTB.
- Lüscher, K. (2014): „Generationenprojekte – Generationendialoge“ als Bildung. Eine These zum Gespräch zwischen Praxis und Theorie. In: Binne, H. et al. (Hrsg.): Handbuch Intergeneratives Arbeiten. Perspektiven zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Lüscher, K. et al. (2014): Generationen, Generationenbeziehungen, Generationenpolitik. Ein mehrsprachiges Kompendium. http://www.kurtluescher.de/downloads/Comp_2014_27.03.14.pdf [Zugriff: 12.8.2015].
- Marquard, M./Schabacker-Bock, M./Stadelhofer, C. (2008): Alt und Jung im Lernaustausch. Eine Arbeitshilfe für intergenerationale Lernprojekte. Weinheim und München: Juventa.
- Meese, A. (2005): Lernen im Austausch der Generationen. In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung, 2, S. 37-39.
- Schirmacher, F. (2004): Das Methusalem-Komplott. München: Blessing.
- Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2010): 16. Shell Jugendstudie Jugend 2010. Frankfurt am Main: Fischer.
- Shell Deutschland Holding. (Hrsg.) (2006): Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck. Frankfurt am Main: Fischer.
- Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S.(Hrsg.) (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tippelt, R./Schmidt, B./Schnurr, S./Sinner, S./Theisen, C. (2009): Bildung Älterer – Herausforderungen des demografischen Wandels. Bielefeld: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung.
- Bar-On, D. (2006): Die „Anderen“ in uns. Dialog als Modell der interkulturellen Konfliktbewältigung. Hamburg: Edition Körber-Stiftung.
- Tremmel, J. (2012): Eine Theorie der Generationengerechtigkeit. Münster: mentis.
- Weltkommission für Umwelt und Entwicklung (Hrsg.) (1987): Unsere gemeinsame Zukunft – Der Brundtlandbericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. Online im Internet: URL: <http://worldinbalance.net/agree> [Zugriff: 20.8.2009].

Leitbilder der Pflege in religiösen Migrantengemeinden. Eine Untersuchung am Beispiel von Moscheevereinen

Marc Breuer

1. Moscheegemeinden als Akteure der Pflege?

Teilhabe alter und pflegebedürftiger Menschen wird in vielfältigen Lebensbereichen und Netzwerken ermöglicht, z.B. in Familien, Freundeskreisen, Vereinen, Nachbarschaften oder Religionsgemeinschaften. Die professionelle Soziale Arbeit und die Altenhilfe werden tätig, wenn in solchen Zusammenhängen eine selbstbestimmte Teilhabe nicht mehr oder nur in unvollkommener Form ermöglicht werden kann. Umso wichtiger ist es, die vorgängigen Sozialformen in ihren Potenzialen wie in ihren Grenzen in den Blick zu nehmen. Der vorliegende Beitrag verfolgt dieses Anliegen bezogen auf religiöse Migrantengemeinden. Die größte Verbreitung unter solchen Gemeinden haben in Deutschland muslimische Moscheevereine. Bezogen auf sie wird in der Öffentlichkeit bisweilen der Vorwurf erhoben, sie unterstützen die Bildung sogenannter Parallelgesellschaften und stünden daher gesellschaftlicher Integration im Wege. Dagegen zeigen zahlreiche Untersuchungen, dass zumindest ein großer Teil der Moscheegemeinden¹ über ihre sozialen Aktivitäten und Vernetzungen mit Institutionen der Mehrheitsgesellschaft eher einen förderlichen Einfluss auf die Integration und Teilhabe ihrer Mitglieder entfalten (Beilschmidt 2015; Halm/Sauer 2015; Halm et al. 2012; Schiffauer 2008; Ceylan 2006²). Die genannten Studien lenken die Aufmerksamkeit nicht zuletzt auf die Vielzahl sozialer Dienstleistungen, die dort erbracht werden. Man trifft sich nicht alleine zu Gottesdienst, Gebet oder religiöser Bildung, sondern die Gemeinden verstehen sich als Orte umfassender Vergemeinschaftung. So finden sich regelmäßig Angebote der Freizeitgestaltung (Cafés, Teestuben, Jugendgruppen,

1 Der Begriff der „Gemeinde“ ist in islamischen Ländern ebenso wie in der islamischen Theologie ungebrauchlich, wird aber in Deutschland inzwischen sowohl in der Fremd- als auch in der Selbstbeschreibung zunehmend verwendet. Als der Gemeinde zugehörig lassen sich sowohl die formalen Mitglieder der Moscheevereine (i. S. einer „Kerngemeinde“) verstehen, als auch diejenigen, „die eine Moschee aufsuchen und die von Angehörigen der Kerngemeinde als Teil der Gemeinde betrachtet werden“ (Beilschmidt 2015: 21).

2 Zu Migrantengemeinden unterschiedlicher religiöser Zugehörigkeiten Nagel, Hrsg. 2015, 2013; Baumann 2015.

Ausflüge), der Erziehung und Bildung (Hausaufgabenhilfe, Sprachkurse, Kontakte zu Schulen), des Sports, Einkaufsmöglichkeiten, Beratung und Unterstützung in finanziellen oder gesundheitlichen Fragen sowie im Kontakt mit Behörden.

Unter den sozialen Dienstleistungen thematisiert der vorliegende Beitrag solche, die sich auf Altenhilfe und Pflege beziehen. Die Frage danach wurde jüngst auch im Rahmen der *Deutschen Islam Konferenz (DIK)* aufgeworfen, die sich als Dialogplattform von Bund, Ländern und Kommunen mit den muslimischen Dach- und Spitzenverbänden versteht. In einem zweijährigen, 2014 begonnenen Prozess versuchte man zu klären, „wie soziale Dienstleistungen von und für Muslime in Deutschland verbessert werden können“ (Deutsche Islam Konferenz 2015a). Neben der Kinder- und Jugendhilfe wurde insbesondere die Altenhilfe diskutiert, da in den nächsten Jahren mit einem überproportional wachsenden Anteil älterer Migranten unter den Pflegebedürftigen zu rechnen sei. Mit diesem Fokus schließt die *DIK* an ein Thema an, welches in der sozialpolitischen und pflegewissenschaftlichen Literatur bereits seit Jahren hohe Aufmerksamkeit findet (z.B. Kondratowitz 2016; Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015): Von älteren Migranten insbesondere türkischer Herkunft werden professionelle Pflegedienste bislang nur selten in Anspruch genommen. Das gilt zunächst aus demographischen Gründen, denn viele der Einwanderer kommen jetzt erst in ein Alter, in dem verstärkt mit Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist. Zudem werden von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht selten aus religiösen und kulturellen Gründen höhere Barrieren – bezogen auf Sprache, Ernährung, pflegepraktische Normen – gesehen, professionelle Hilfe zu nutzen. Zwar ist auch in der Mehrheitsbevölkerung die Pflege im Rahmen der eigenen Familie das bevorzugte Arrangement, jedoch scheinen gerade unter muslimischen Migranten Erwartungen in diese Richtung deutlich ausgeprägter zu sein. Absehbar ist jedoch, dass familiäre Pflege in vielen Fällen, z.B. aufgrund regionaler Mobilität und Berufstätigkeit der Kinder, nicht mehr möglich sein wird oder nur unzureichend geleistet werden kann.

Bezogen auf die künftige Gestaltung der Altenpflege sieht das Ergebnisdokument der *DIK*, welches den Themenschwerpunkt ‚Wohlfahrtspflege‘ abschließt, daher ‚islamische Träger‘ als mögliche Partner des Staates: Im Bereich sozialer Dienstleistungen seien „deren bestehende Aktivitäten als großes Potenzial für die Wohlfahrtspflege in Deutschland zu verstehen“ (Deutsche Islam Konferenz 2015b: 5). Da die Gemeinden und Verbände bislang „zu einem überwiegenden Teil ehrenamtlich“ tätig sind, sieht man es als „unabdingbar, zusätzlich fachlich qualifizierte hauptamtliche Strukturen zu schaffen“ (ebd.: 10f.). Analog zu den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, insbesondere der christlichen Kirchen mit ihren Wohlfahrtsverbänden, soll es demnach für muslimische Gemeinden und

Verbände künftig auch bessere Zugänge zur öffentlichen Finanzierung sozialer Dienstleistungen geben.

2. Fragestellung

Die Mitwirkung von Moscheegemeinden und ihren Dachverbänden an der Bereitstellung öffentlich geförderter Dienstleistungen im Rahmen der freien Wohlfahrtspflege ist plausibel, wenn man von einer Gleichberechtigung der Religionsgemeinschaften ausgeht: In großer Zahl werden solche Dienste bislang von den christlichen Kirchen und ihren Wohlfahrtsverbänden angeboten. Auch die jüdischen Religionsgemeinschaften wirken über ihre Zentralwohlfahrtsstelle an diesem Arrangement mit³. Gerade bezogen auf Dienstleistungen der Altenpflege ist das Anliegen einer Mitwirkung muslimischer Träger aber zugleich in hohem Maße erstaunlich: Bislang werden solche Aktivitäten in Moscheegemeinden so gut wie nicht angeboten. Sie bleiben vielmehr, wie eine von der *DIK* veranlasste Erhebung nachweist, weit hinter den sehr umfangreichen Angeboten für Kinder und Jugendliche zurück. Insgesamt boten 2014/2015 lediglich fünf von 893 telefonisch befragten Gemeinden eine Wohngruppe für Senioren an, während Pflegeheime ebenso wie ambulante Pflegedienste in Trägerschaft der Gemeinden nicht nachgewiesen werden (Halm/Sauer 2015: 76). Nur 10,8 Prozent der Gemeinden gaben an, mit stationären Pflegeeinrichtungen anderer Träger zu kooperieren (ebd.: 81f.). Diese Zurückhaltung dürfte nicht zuletzt *theologische* Gründe haben: Grundlegend ist die im Koran mehrfach wiederkehrende Aufforderung, den Eltern Respekt und Güte zu erweisen. In der Literatur (z.B. Zimmermann 2012; Weintritt 2012) wird das immer wieder so gedeutet, dass für Muslime aus religiösen Gründen ein sehr starker Vorrang der familiären Pflege und eine Ablehnung professioneller (insbesondere stationärer) Dienstleister resultierten. Einer hohen Wertschätzung des Alters entspreche die Verpflichtung der jüngeren Generationen, materielle Fürsorge, körperliche Pflege und emotionale Zuwendung innerhalb der eigenen Familie zu leisten. Wenn man davon ausgeht, ist es jedoch erstaunlich, warum gerade muslimische Organisationen eine Mitwirkung bei der Bereitstellung

3 Anders als bei den christlichen Kirchen und dem Zentralrat der Juden gibt es für die Muslime zwar bislang keine Organisation, die eine Vertretung der Religionsgemeinschaft beanspruchen könnte. Zu klären wäre also, ob die an der *DIK* teilnehmenden muslimischen Dachverbände, jeweils eigene Wohlfahrtsverbände gründen – wofür viele Verbände zu klein sind – oder ob es ungeachtet der theologischen und herkunftsbezogenen Differenzen zur Gründung eines gemeinsamen Verbandes kommt. Diese organisationsbezogenen Fragen sollen hier jedoch nicht diskutiert werden.

professioneller und auch stationärer Pflegeeinrichtungen anstreben. Der Beitrag fragt daher nach Positionen zu professioneller und insbesondere stationärer Pflege unter den muslimischen Akteuren: Wie wird die angestrebte Mitwirkung begründet? Die vorliegende Untersuchung lässt die Dachverbände außen vor – diese wären in einer eigenen Untersuchung zu behandeln – und bezieht sich auf die lokale Ebene, d.h. auf die Moscheevereine mit den von ihnen organisierten religiösen Gemeinden.

Zwar gibt es einige qualitative wie quantitative Untersuchungen zu den *Pflegeerwartungen* von Personen mit Migrationshintergrund, wobei häufig ein Schwerpunkt auf türkeistämmigen und muslimischen Bevölkerungsgruppen liegt⁴. Als Pflegeerwartungen gelten normative Aussagen von Individuen, an welchem Ort, von welchen Personen und nach welchen Kriterien Pflege zu leisten sei. Allerdings finden sich bislang keine Analysen zu den pflegebezogenen Positionen, die für die Gemeinden als Organisationen handlungsleitend sind. Die vorliegende Untersuchung gilt daher den *Leitbildern der Pflege* auf der Ebene religiöser Gemeinden. Darunter werden im Folgenden Zielvorstellungen hinsichtlich der Pflegearrangements verstanden (Kondratowitz 2005; Baumgartl 1997), allerdings weniger in Form expliziter ‚Leitbilder‘, wie sie z.B. Pflegeheime formulieren. Zumeist ist nicht davon auszugehen, dass das Leitungspersonal der Gemeinden sich ausdrücklich zu Fragen der Pflege positioniert hätte. Angenommen wird jedoch, dass bestimmte handlungsleitende Positionen in einer Gemeinde zumindest implizit dominieren und andere eher abgelehnt werden.

Erkenntnisse zu solchen Leitbildern sollen im Folgenden ausgehend von qualitativen Leitfadeninterviews gewonnen werden, die der Verfasser dieser Untersuchung im Sommer 2014 und im Frühjahr 2015 mit Vorsitzenden von Moscheevereinen in verschiedenen Großstädten in Nordrhein-Westfalen führte. Die Befragten waren zu Erzählungen dahingehend aufgefordert, welche sozialen Probleme und Herausforderungen sich in den Gemeinden zeigen und mit welchen Aktivitäten sich die Gemeinden darauf beziehen. Für die vorliegende Analyse wurden drei Fälle ausgewählt⁵. Zwei der Befragten kamen von sich aus auf die Situation älterer Gemeindemitglieder zu sprechen, im dritten Fall wurde gezielt danach gefragt. In Anlehnung an die Grounded

4 Siehe die Übersicht bei Tezcan-Güntekin/Breckenkaamp/Razum 2015: 11ff. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge arbeitet im Auftrag der DIK an einer Studie „Muslimisches Leben in Deutschland 2016“, die auf der Basis einer repräsentativen Befragung – im Gegensatz zu der Vorgängerstudie – auch Erwartungen von Muslimen an Angebote der Altenhilfe sowie Einflussfaktoren bezüglich der Inanspruchnahme von Leistungen darstellen soll. (<http://www.bamf.de/SharedDocs/Projekte/DE/DasBAMF/Forschung/Integration/muslimisches-leben-deutschland-2016.html> [Zugriff 29.04.2016]).

5 Zum Zweck der Anonymisierung wurden Pseudonyme vergeben. Die Moscheevereine der Befragten gehören verschiedenen islamischen Dachverbänden an, die auch in der DIK vertreten sind, aufgrund der Anonymisierung jedoch nicht genannt werden.

Theory (Glaser/Strauss 1998; Strauss/Corbin 1996) wurden die relevanten Passagen der Interviews kodiert, um in einer kontrastierenden Analyse jene Phänomene herauszuarbeiten, die sich auf die Vorstellungen von Pflege beziehen.

Die Vorsitzenden agieren nicht – wie die Imane – als religiöse Professionelle, sondern als Vertreter der Mitglieder. In ihrer subjektiven Perspektive verbinden sich individuelle Pflegeerwartungen mit Positionen der Organisation. Aufgrund ihrer Rolle können sie darüber Auskunft geben, wie die genannten Themen in der Gemeinde diskutiert werden. Zudem lassen sich von ihnen Positionen erwarten, ob und gegebenenfalls in welcher Form aus der Gemeinde heraus Aktivitäten im Bereich der Altenhilfe entfaltet werden sollen. In den Blick werden auch die von den Vorsitzenden formulierten *Gemeindekonzepte* genommen, d.h. Vorstellungen, welche Aufgaben die Gemeinde zu erfüllen habe und wie Aktivitäten in der Gemeinde zu gestalten seien. Ausgehend von den Interviews und im Rückgriff auf die Literatur zu den Pflegeerwartungen von türkeistämmigen und muslimischen Migranten lassen sich im Folgenden drei Leitbilder der Pflege herausarbeiten, die als Deutungsmuster in den Gemeinden ebenso wie in den öffentlichen Islamdiskursen zu finden sind.

3. Familienzentrierte Pflege

Ein erstes Leitbild lässt sich als familienzentrierte Pflege bezeichnen. Demnach ist die familiäre Umgebung der bevorzugte Ort der Pflege. Diese soll in der eigenen Wohnung von den Kindern oder den Ehepartnern geleistet werden, wobei zumeist Töchter oder Ehefrauen als Pflegende im Blick sind. Im Interview wurde dieses Leitbild, welches vorrangig von traditionellen Normen geprägt wird, von dem ca. 65-jährigen Herrn İşik vertreten, der als junger Mann als Arbeitsmigrant aus der Türkei nach Deutschland kam:

Interviewer: „Kennen Sie in der Gemeinde alte Menschen, die Pflege benötigen?“
İşik: „Ja, da ist einer, der betreut wird. Ich glaube der wohnt im Altersheim, das weiß ich nicht genau. Soviel ich weiß einer. Da er sich nicht selber helfen kann, muss er Hilfe haben. [...] Das ist ja so bei uns, dass die Pflegebedürftigen gar nicht ins Altersheim rein gehen wollen. Die Kinder lassen sie da auch nicht rein gehen. Deswegen haben wir nicht so viele Pflegebedürftige. In der Familie erledigen wir das dann oder da hilft dann jemand, von den Töchtern oder den Enkeln oder was weiß ich. Da will keiner hin gehen. Ja, manchmal einer oder zwei. Aber viele von uns wollen dann nicht in ein Altenheim gehen.“

Das Potential der muslimischen Familien, die Pflege im Bedarfsfall zu leisten, wird als ausreichend gesehen, wobei gegebenenfalls Unterstützung durch weitere Verwandte, Freunde oder aus nachbarschaftlichen Netzwerken geleistet werden könne. Im Blick sind auch transnationale Netzwerke, d.h. die

Unterstützung durch Verwandte, die gegebenenfalls aus der Türkei anreisen könnten. Falls die Möglichkeiten in der Familie begrenzt sind, sei zudem die Mitwirkung ambulanter Pflegedienste denkbar, insbesondere wenn die Pflegekräfte der eigenen ethnischen bzw. religiösen Gemeinschaft angehören. Strikt abgelehnt werden dagegen stationäre Einrichtungen. Die Angehörigen dorthin ‚zu geben‘, würde als Verstoß der jüngeren Generation gegen ihre Fürsorgepflicht verstanden, wie auch umgekehrt von Pflegebedürftigen niemand dorthin wolle.

Der religiösen Gemeinde werden Aufgaben eines „Seniorenzentrums“ (Ceylan 2006: 149) zugeschrieben: Ältere Gemeindemitglieder treffen sich regelmäßig im Gebäude der Moschee, finden dort Möglichkeiten zum Austausch, Unterstützung z.B. in Gesundheitsfragen oder beim Kontakt mit Behörden sowie zur Strukturierung ihres Alltags. Insofern übernimmt die religiöse Gemeinde Aufgaben, die denen offener Seniorentreffs ähneln. Wenn Personen nicht mehr mobil genug sind, um selbst zur Moschee zu kommen, werden möglicherweise auch Besuchsdienste aus der Gemeinde heraus organisiert. Allerdings sieht sich die Gemeinde für Fragen der Pflege als nicht zuständig: Weil man in der Pflege eine genuin familiäre Aufgabe erblickt, müsse man sich darum nicht kümmern. Im Rahmen eines migrantischen Milieus – d.h. unter solchen Einwanderern, die aus dem gleichen Herkunftskontext stammen und im Einwanderungsland durch dichte Netzwerke verbundenen sind (Fuhse 2014) – ist daher eine gegenseitige Stabilisierung von religiöser Gemeinde und Familie erkennbar. In beiden Bereichen werden Vorleistungen erbracht, welche jeweils die Funktionsfähigkeit der anderen Seite stärken. So entlastet die Gemeinde als Seniorenzentrum zunächst die Familien, indem niederschwellige Unterstützungsangebote bereitgestellt werden. Zugleich legitimiert die Gemeinde durch fortlaufende religiöse Deutungsarbeit ein traditionelles Familienverständnis. Bei Pflegebedarf motiviert sie auf diese Weise die Angehörigen zur Übernahme von pflegerischen Aufgaben. Dabei wird die Norm familiärer Pflege keineswegs ausschließlich religiös legitimiert, sondern ebenso sehr aus der Kultur des Herkunftslandes: Über eine Norm serieller Reziprozität (Hollstein 2005) wird begründet, dass die Kinder für die Pflege ihrer Eltern zuständig sind. Im Gegenzug können sie erwarten, dass ihre eigenen Kinder diese Aufgabe später selbst übernehmen.

4. Gemeindezentrierte Pflege

Der ca. 45 Jahre alte Herr Demir, der als Kind mit seinen Eltern nach Deutschland kam, vertrat im Interview das Ziel, stationäre Pflegeplätze in Trägerschaft der Moscheegemeinde einzurichten. Er setzt sich also aus der

lokalen Perspektive für ein ähnliches Ziel ein, wie es von den muslimischen Dachverbänden im Rahmen der DIK vertreten wird. In der unmittelbaren Nähe des Moscheegebäudes wolle man, so Demir, einen Erweiterungsbau schaffen und darin

„so ungefähr dreißig kleine Wohnungen bauen. Kleine Wohnungen für die erste Generation. Dass die unter unseren Augen sind, dass wir auch wenn die krank sind, oder wenn die irgendwas brauchen, Essen und so weiter, dass wir auch so ein bisschen unterstützen können.“

I.: „Pfleger?“

Demir: „Ja, Pflege, wenn es sein muss. Da haben wir auch den Gedanken, das machen wir auch. Und das müssen wir auch.“

Die Notwendigkeit dieser Verortung von Pflege wird doppelt begründet. Erstens seien viele Familien nicht mehr in der Lage, ihrer traditionellen Pflegeverantwortung gerecht zu werden. Der Befragte beruft sich also zunächst auf die traditionelle Form familiärer Pflege, weist jedoch zugleich auf deren Grenzen hin. So gäbe es Personen, die selbst keine Kinder haben, deren Kinder in einer anderen Stadt wohnen oder aufgrund ihrer Berufstätigkeit nicht in der Lage seien, die Pflege zu übernehmen. Der zweite Grund findet sich im Gemeindekonzept: Im Interview wird von dem Vorsitzenden durchgängig das Anliegen thematisiert, in der Gemeinde Aktivitäten für möglichst alle Teilgruppen der Mitglieder und ihre jeweiligen Lebenssituationen anzubieten, also z.B. Gruppen für Mütter mit kleinen Kindern, Hausaufgabenhilfe für Schüler, Informationen zur Stellensuche für Jugendliche, Sportangebote und Ausflüge. Die Moscheegemeinde fungiert demnach als ein „multifunktionales Zentrum“ (Ceylan 2006: 145ff.; Beilschmidt 2015: 186ff.; Suder 2015), welches möglichst viele Lebensbereiche umfassen soll. Für ältere Gemeindeglieder erfüllt die Moschee laut Demir, wie bereits im vorangehenden Interview, die Aufgabe eines Seniorenzentrums. Allerdings erscheint es dem Befragten als problematisch, wenn ältere Mitglieder aufgrund ihrer körperlichen Konstitution bzw. ihrer mangelnden Mobilität nicht mehr zur Moschee kommen können. Diesem ‚Herausfallen‘ aus der religiösen Gemeinde soll vorgebeugt werden, indem man Wohnmöglichkeiten in räumlicher Nähe zur Moschee bereitstellt. Die Integration der Gemeinde gilt dem Befragten als umso stärker, je mehr Lebensbereiche eingebunden sind. Auch Pflegemöglichkeiten sollen, sofern erforderlich, dort angesiedelt werden. Die Kombination von gemeindeeigenen Wohnungen mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste wäre – was Demir selbst nicht thematisiert – im Anschluss an seine Überlegungen ebenso denkbar wie von der Gemeinde eigenständig organisierte stationäre Pflegeplätze. Abgelehnt werden dagegen weiterhin solche stationären Einrichtungen, die von der religiösen Gemeinde entkoppelt sind.

In dem gemeindezentrierten Leitbild liegt eine deutliche Abgrenzung gegenüber traditionellen Einstellungen unter den Mitgliedern, wonach die

Pflege nur in der Familie geleistet werden soll. Da das gemeindezentrierte Leitbild auch von Vertretern muslimischer Gemeinden und Dachverbände, d.h. von religiösen Organisationen vertreten wird, ist darin ein deutlicher Ausdruck religiösen Wandels erkennbar. Der Befragte stellt das Ziel einer Stabilisierung familiärer Solidarität zurück und betont stattdessen die Einbindung alter Menschen in die religiöse Gemeinschaft. Die traditionelle Norm serieller Reziprozität in der Familie wird abgelöst durch *direkte* Reziprozität in der Gemeinde:

Demir: „Wir möchten das machen als Dankeschön. Dass die alles aufgebaut haben, dass die alles gegeben haben. Tagüber zehn Stunden gearbeitet und nachts gearbeitet, also hier die Gemeinde aufgebaut.“

Das beschriebene Vorhaben wurde allerdings bislang nicht ausgeführt. Demir berichtet nur von der Absicht, im nächsten Jahr mit dem Bau zu beginnen – „wenn das alles gut läuft“ – ohne jedoch schon über erforderliche Genehmigungen oder die Unterstützung von Kostenträgern der Pflege zu verfügen. Die zurückhaltende Umsetzung mag nicht zuletzt an dem hohen Bedarf finanzieller und professioneller Ressourcen liegen, die nach den Kriterien der (in die Länderkompetenz fallenden) Heimgesetze erforderlich sind⁶. Ob das Modell gemeindeeigener Pflegeplätze in den nächsten Jahren nennenswerte Verbreitung findet, wird nicht zuletzt davon abhängen, ob es zur Gründung eines muslimischen Wohlfahrtsverbandes kommt.

5. Kultursensible Pflege

Das dritte Leitbild knüpft an die fachlichen Konzepte einer *kultursensiblen Pflege* an, die seit einigen Jahren auch in einer breiteren Öffentlichkeit diskutiert werden. Nach dem „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ sollen Pflegedienste und -einrichtungen so gestaltet werden, „dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann“ (Forum für eine kultursensible Altenhilfe 2009: 5). Während eine mangelnde Kultursensibilität von Pflegediensten und Heimen als wichtiger Grund für die

6 Auf die Frage, wodurch sich die Gemeinden am Angebot sozialer Dienstleistungen gehindert fühlen wurden v.a. fehlende finanzielle Mittel (73,6 %) und mangelnde finanzielle Fördermöglichkeiten (65,9 %), außerdem zu wenige hauptamtliche Mitarbeiter (68,3 %) und mangelnde professionelle Kenntnisse (56,9 %) benannt. Dagegen nennen nur 42,7 Prozent der Gemeinden einen Mangel an ehrenamtlichen Kräften, nur 15,2 Prozent sehen keinen hinreichenden Bedarf, 7,1 Prozent sehen entsprechende Aktivitäten nicht als ihre Aufgabe (Halm/Sauer 2015: 87).

geringe Inanspruchnahme von Seiten z.B. türkeistämmiger Migranten gilt, verspricht man sich umgekehrt eine größere Akzeptanz der Pflegedienste. Ein Befragter versteht kultursensible Pflege als Ersatzlösung, weil die ursprünglich angestrebte gemeindezentrierte Lösung nicht realisierbar sei. Der ca. 45 Jahre alte Herr Berger konvertierte vor einigen Jahren zum Islam, nachdem er diese Religionsgemeinschaft über seine muslimische Frau kennen gelernt hatte. Bei den Mitgliedern der Gemeinde handelt es sich dagegen zum größten Teil um Einwanderer aus nordafrikanischen Ländern. Berger sieht einen stark wachsenden Bedarf professioneller Pflege, weil viele Familien zur Übernahme pflegerischer Aufgaben nicht in der Lage seien:

„Also meine Vision wäre ein deutlich größeres Gemeindegebäude, wo mindestens sechs, sieben Betten für Pflegebedürftige mit drin wären.“

Dieses Ziel könne er derzeit nicht realisieren, weil der größere Teil der Mitglieder aufgrund der fortdauernden Verbreitung traditioneller Pflegeerwartungen dazu nicht bereit sei. Anstelle von Pflegeplätzen im Rahmen des Gemeindezentrums kann sich Berger aber auch andere Lösungen vorstellen. Möglich sei, dass man Pflegeplätze in Kooperation mit anderen Gemeinden anbiete oder, falls auch das nicht möglich sei,

„dass man zumindest ein Pflegeheim, Altenheim, unterstützt. Damit die [dortigen Mitarbeitenden, MB] wissen, wie man damit [mit den spezifischen Bedürfnissen von Muslimen, MB] umgeht. Sei es auch alleine wegen dem Essen“. Ziel sei in jedem Fall, dass man „Strukturen schaffen muss, wo man islamkonforme Sachen macht“,

d.h. die Einhaltung religiöser Normen auch im Fall der Pflegebedürftigkeit gewährleistet. Auf dem Umweg über das gemeindezentrierte Leitbild lassen sich also unter Umständen Kooperationen mit regulären Pflegeeinrichtungen begründen:

„Wir hatten jetzt schon zwei Schulungen für Altenheime. Und eine Schulung für eine Palliativstation. Damit die wissen, wenn jemand stirbt, was die machen dürfen und können.“

Kultursensible Pflege erscheint in diesem Fall als Kompromiss: Wenn die Pflege nicht – gemäß dem vom Befragten postulierten Ideal – in der Familie und auch nicht im Rahmen der Gemeinde geleistet werden kann, dann sollen Lösungen in Kooperation zwischen Gemeinde und professionellen Anbietern gefunden werden.

6. Fazit

Die kontrastierende Analyse zeigt erhebliche Unterschiede in den Leitbildern zur Pflege. Moscheegemeinden sind, wie andere Organisationen auch, keine homogenen Gebilde. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Positionen und

Interessen bereits innerhalb der einzelnen Gemeinden. Aufgrund des explorativen Zugangs beansprucht die hier entwickelte Typologie keine Vollständigkeit, sondern legt vertiefende Untersuchungen nahe. Auf jeden Fall sollte, wenn die Rolle von Moscheegemeinden bezogen auf Themen der Altenpflege diskutiert wird, das Spektrum an Positionen zur Pflege berücksichtigt werden.

Die traditionelle Erwartung, dass Altenpflege primär im Rahmen der Familie zu leisten sei, führt zunächst nicht in Richtung einer aktiven Beteiligung von Moscheegemeinden an der Bereitstellung von Pflegediensten. In der Verbreitung des *familienzentrierten* Leitbilds dürfte vielmehr ein wichtiger Grund dafür liegen, dass Dienstleistungen der Pflege in Moscheegemeinden bislang so gut wie nicht angeboten werden. Aus der Perspektive einer teilhabeorientierten Altenhilfe verbinden sich mit dem familienzentrierten Leitbild zahlreiche Probleme: So ist in den nächsten Jahren mit einem nachlassenden Pflegepotenzial der Familien zu rechnen. In vielen Fällen kann die Pflegeleistung von den Angehörigen nur in qualitativ unzureichender Form erbracht werden. Vielfach fühlen sich die Angehörigen mit der Pflege überfordert (Mogar/Kutzleben 2015; Ulusoy/Gräbel 2010). Sollten die Angehörigen der Norm familiärer Pflege nicht nachkommen, besteht für sie die Gefahr, deshalb innerhalb der migrantischen Gruppe diskriminiert zu werden (Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015: 9f.). Kooperationen von Kommunen oder Wohlfahrtsverbänden mit Moscheegemeinden, in denen dieses traditionelle Leitbild dominiert, werden sich daher insbesondere darauf konzentrieren, ins Gespräch zu kommen und über Möglichkeiten professioneller Pflege sowie Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren. Sie können dabei an den Charakter der Moschee als Seniorenzentrum anknüpfen, d.h. an die Tatsache, dass sich dort regelmäßig Personen aus der Zielgruppe treffen und erreichbar sind. Möglicherweise können auf diesem Weg Kontakte von älteren Mitgliedern oder pflegenden Angehörigen zu solchen Einrichtungen vermittelt werden, die ihre Pflege kultursensibel ausrichten, um zum Abbau traditioneller Vorbehalte gegenüber professioneller Pflege beizutragen.

In zahlreichen Moscheegemeinden gibt es eine Bewegung weg von dem traditionellen Leitbild und ein eigenständiges Nachdenken über die Mitwirkung an Aktivitäten der Altenhilfe, was sich im *gemeindezentrierten* Leitbild zeigt. Bei Pflegebedürftigkeit sieht man nach wie vor primär die Familie zuständig, allerdings wird deren pflegerisches Potential als deutlich begrenzt gesehen. In der Übernahme familiärer Funktionen kann die Gemeinde selbst als Akteur der Pflege auftreten. Diese Strategie steht in Verbindung mit einer deutlichen Verschiebung im Selbstverständnis muslimischer Gemeinden. Dahinter ist eine Tendenz religiöser Organisationen erkennbar, religiöse Inklusion über alltägliche Praktiken zu stabilisieren und daher möglichst vielfältige Aktivitäten in den eigenen Kontext einzubeziehen (Pollack/Rosta

2015: 462ff.). Dieser Zusammenhang lässt sich hier nur andeuten und wäre an anderer Stelle eingehender zu analysieren. Pflege würde – zumindest der Intention nach – einem Primat *religiöser* Teilhabe folgen. Daraus muss allerdings nicht folgen, dass alleine die religiöse Normerfüllung oder der Zusammenhalt der ethnischen Gemeinschaft angestrebt wird. Strukturell ähnelt das gemeindezentrierte Leitbild dem Modell der kirchlichen Wohlfahrtsverbände, die aus religiöser Motivation an der Bereitstellung sozialer Dienstleistungen im staatlichen Auftrag mitwirken. Daraus resultieren bei den kirchlichen Wohlfahrtsverbänden allerdings vielfältige Spannungsverhältnisse zwischen den religiösen, ökonomischen und staatlichen Anforderungen (Merchel 2011), die vielfach eher zu einer Säkularisierung des Charakters der Dienstleistungen als zu einer religiösen Überformung geführt haben. Im Bereich der Pflege wären von muslimischen Trägern insbesondere die Vorgaben der Kostenträger (Pflegeversicherungen) und die Heimgesetze der Bundesländer zu beachten. Ihre Einrichtungen würden sich, sofern sie nicht rein ehrenamtlich oder selbstfinanziert erbracht werden, möglicherweise den üblichen Formen professioneller Pflege annähern.

Kooperationsmöglichkeiten mit den gegenwärtig etablierten Akteuren der Pflege finden sich aufseiten der Gemeinden insbesondere dort, wo – wie im Interview mit Herrn Berger – ein Bewusstsein für die Grenzen familiärer Pflegekapazitäten vorhanden ist und die Strategie der Gemeindezentrierung in eine solche der *kultursensiblen* Pflege übergeht. Diese bietet sich Akteuren in den Gemeinden offenbar gerade in solchen Fällen an, wo aufgrund mangelnder finanzieller oder personeller Ressourcen sowie traditioneller Vorbehalte den Gemeinden selbst die Möglichkeiten fehlen, eigene pflegerische Kapazitäten bereit zu stellen. Daher werden Kooperationen mit externen Akteuren angestrebt, um eine Ausrichtung der Pflege und Betreuung im Sinne religiöser Normen zu gewährleisten. Kultursensible Pflege zielt auf Formen der Teilhabe, die zwischen ethnischen Netzwerken bzw. migrantischen Milieus und mehrheitsgesellschaftlichen Strukturen vermitteln. In diese Richtung weisen denn auch zahlreiche Kooperationsprojekte, die bislang von Moscheegemeinden einerseits und externen Akteuren, z.B. Wohlfahrtsverbänden oder freien Trägern andererseits etabliert wurden: So schloss ein lokaler Caritasverband einen Kooperationsvertrag mit einer DITIB-Gemeinde, um wöchentlich im Anschluss an das Freitagsgebet dort eine Pflegeberatung anzubieten (Westbeld 2012)⁷. Während die Kooperation für den Träger eine Chance bedeutet, Zugänge zu muslimischen Klienten zu gewinnen, kann die Gemeinde eine Brückenfunktion im Verhältnis zu externen Anbietern sozialer Dienstleistungen übernehmen.

7 Weitere Beispiele: Deutsche Islam Konferenz 2015c.

Literatur

- Baumann, M. (2015): Von Gegenorten zu neuen Brücken- und Heimatorten: Moscheen, Tempel und Pagoden von Immigranten in der Schweiz. In: Mohn, J./Hermann, A. (Hrsg.): Orte der Europäischen Religionsgeschichte. Würzburg: Ergon, 2015, S. 503-523.
- Baumgartl, B. (1997): Altersbilder und Altenhilfe. Zum Wandel der Leitbilder von Altenhilfe seit 1950. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Beilschmidt, T. (2015): Gelebter Islam. Eine empirische Studie zu DITIB-Moscheegemeinden in Deutschland. Bielefeld: transcript.
- Ceylan, R. (2006): Ethnische Kolonien. Entstehung, Funktion und Wandel am Beispiel türkischer Moscheen und Cafés. Wiesbaden: VS.
- Deutsche Islam Konferenz (201a): Thema Wohlfahrt: Konferenz und Lenkungsausschuss der Deutschen Islam Konferenz, 13.01.2015. Verfügbar unter http://www.deutsche-islam-konferenz.de/DIK/DE/DIK/1UeberDIK/Aktuelles/aktuelles_lenkungsausschuss_inhalt.html [Zugriff: 07.03.2016].
- Deutsche Islam Konferenz (2015b): Wohlfahrtspflege als Thema der Deutschen Islam Konferenz. Ergebnisse der Sitzung des DIK-Lenkungsausschusses vom 10. November 2015 in Berlin. Verfügbar unter http://www.deutsche-islam-konferenz.de/SharedDocs/Anlagen/DIK/DE/Downloads/LenkungsausschussPlenum/20151110-la-ergebnisse-dik.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 07.03.2016].
- Deutsche Islam Konferenz (2015c): Religionssensible soziale Dienstleistungen von und für Muslime. Ein Überblick aus Kommunen und den Mitgliedsorganisationen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). Nürnberg.
- Forum für eine kultursensible Altenhilfe (2009): Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe. Ein Beitrag zur Interkulturellen Öffnung am Beispiel der Altenpflege. 2. Aufl. (zuerst 2002). <http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/memorandum2002.pdf> [Zugriff: 07.03.2016].
- Fuhse, J. (2014): Parallelgesellschaften, ethnische Gemeinschaften oder migrantische Milieus? In: Isenböck, P./Nell, L./Renn, J. (Hrsg.): Die Form des Milieus; Zeitschrift für Theoretische Soziologie; 1. Sonderband, Weinheim: Beltz Juventa, S. 189-204.
- Glaser, B. G./Strauss, A. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.
- Halm, D./Sauer, M. (2015): Soziale Dienstleistungen der in der Deutschen Islam Konferenz vertretenen religiösen Dachverbände und ihrer Gemeinden. Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Berlin: Bundesministerium des Innern.
- Halm, D./Sauer, M./Schmidt, J./Stichs, A. (2012): Islamisches Gemeindeleben in Deutschland. Forschungsbericht 13. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Hollstein, B. (2005): Reziprozität in familialen Generationenbeziehungen. In: Adloff, F./Mau, S. (Hrsg.): Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität. Frankfurt/Main: Campus, S. 187-211.

- Kondratowitz, H.-J. v. (2005): Langfristiger Wandel der Leitbilder in der Pflege. In: Schroeter, K. R./Rosenthal, T. (Hrsg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim: Juventa, S. 125-140.
- Kondratowitz, H.-J. v. (2016): Troublesome movements: migration and ageing regimes in Germany. In: Karl, U./Torres, S. (Hrsg.): *Ageing in Contexts of Migration*. London/New York: Routledge, S. 67-80.
- Merchel, J. (2011): Wohlfahrtsverbände, Dritter Sektor und Zivilgesellschaft. In: Evers, A./Heinze, R. G./Olk, T. (Hrsg.), *Handbuch Soziale Dienste*. Wiesbaden : VS-Verlag 2011, S. 245-264.
- Mogar, M./Kutzleben, M. v. (2015): Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48, S. 465-472.
- Nagel, A. (Hrsg. 2012): *Diesseits der Parallelgesellschaft. Neuere Studien zu religiösen Migrantengemeinden in Deutschland*. Bielefeld: Transcript.
- Nagel, A. (Hrsg. 2015): *Religiöse Netzwerke: Die zivilgesellschaftlichen Potentiale religiöser Migrantengemeinden*. Bielefeld: Transcript.
- Pollack, D./Rosta, G. (2015): *Religion in der Moderne. Ein internationaler Vergleich*. Frankfurt am Main: Campus.
- Schenk, L. (2014): *Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin (Charité, Zentrum für Qualität in der Pflege)*. Berlin.
- Schiffauer, W. (2008): *Parallelgesellschaften. Wie viel Wertekonsens braucht unsere Gesellschaft? Für eine kluge Politik der Differenz*. Bielefeld: transcript.
- Suder, P. (2015): Das zivilgesellschaftliche Potential von Moscheevereinen. In: Nagel, A. (Hrsg., 2015): *Religiöse Netzwerke: Die zivilgesellschaftlichen Potentiale religiöser Migrantengemeinden*. Bielefeld: transcript, S. 165-190.
- Strauss, A./Corbin, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Tezcan-Güntekin, H./Breckenkamp, J./Razum, O. (2015): *Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration*. Berlin: Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration.
- Ulusoy, M./Gräbel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43, S. 330-338.
- Weintritt, O. (2012): Altersbilder im Islam und unter Muslimen in Deutschland und Körperbilder im Islam. In: Berner, F./Rossow, J./Schwitzer, K.-P. (Hrsg.): *Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung*, Bd. 1. Wiesbaden: VS, S. 231-288.
- Westfeld, H. (2012): Caritas und türkische Gemeinde ziehen an einem Strang. In: *neue caritas*, H. 6. Verfügbar unter <http://www.caritas.de/diecaritas/in-ihrer-naehe/nordrhein-westfalen/artikel/caritas-und-tuerkische-gemeinde-ziehen-a?searchterm=moschee> [Zugriff: 07.03.2016].
- Zimmermann, H.-P. (2012): Altersbilder von türkischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland im Vergleich. Islamische Grundsätze – alltägliche Sichtweisen. In: Baykara-Krumme, H./Motel-Klingenbiehl, A./Schimany, P. (Hrsg.): *Viele Welten des Alters. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: VS, S. 316ff.

Alt werden mit lebenslanger Behinderung

Friedrich Dieckmann und Christiane Rohleder

1. Einleitung

Dass Menschen mit früh erworbenen Beeinträchtigungen die Lebensphase Alter erreichen und im Durchschnitt sehr viel älter werden als vor wenigen Jahrzehnten, ist eine gesellschaftliche Errungenschaft.¹ Bestehende Beeinträchtigungen führen jedoch im Zusammenspiel mit Umweltbedingungen nicht selten zu Behinderungen, die sich weichenstellend für den gesamten Lebenslauf auf Ausbildungs- und Erwerbsmöglichkeiten sowie soziale Beziehungsnetze negativ auswirken können und auch die Lebenslagen im Alter nicht unberührt lassen (Dieckmann et al. 2015: 22). Während im zweiten Kapitel dieses Beitrags der Personenkreis älter werdender Menschen mit lebenslanger Behinderung² zunächst anhand von Datenanalysen und Prognosen für Nordrhein-Westfalen eingegrenzt und zahlenmäßig differenziert wird, beschäftigt sich das dritte Kapitel intensiv mit den Aspekten, die die Lebenslagen von älteren Menschen mit einer lebenslangen Behinderung häufig kennzeichnen. Diskutiert wird zudem, welche Anforderungen an die Hilfesysteme aus dem Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung der mit dem Alter verbundenen Lebensaufgaben entstehen.

Der Personenkreis der Menschen mit einer lebenslangen Behinderung ist allerdings nicht homogen. Er umfasst Personen mit einer Vielfalt von Schädigungen, Kompetenzen und Teilhabechancen aufgrund von ermöglichenden oder hindernden Umweltbedingungen. Auch die Erfahrungshintergründe der Kriegs-, Nachkriegs- und Babyboomer-Generation führen zu unterschiedlichen Lebensstilen, Lebensauffassungen und Ressourcen. Dies erfordert, Gemeinsamkeiten wie Unterschiede zu beachten. Auffallend ist, dass die deutschsprachige, aber auch die internationale Forschung bislang vorwiegend die Lebenssituationen älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung/intellektueller Beeinträchtigung fokussiert, weshalb im vierten Kapitel dieses Beitrags vertiefend Altersbilder

- 1 Die meisten amtlich schwerbehinderten Menschen fallen nicht in diese Kategorie, da bei ihnen Behinderungen erst im höheren Erwachsenenalter aufgetreten sind.
- 2 Als „lebenslange“ oder „lebensbegleitende“ Behinderung werden dabei Beeinträchtigungen bezeichnet, die bis zum 35. Lebensjahr erworben wurden, da in der Regel bis zu diesem Alter die Berufsfindung, der Einstieg ins Erwerbsleben und die Familiengründung weitgehend abgeschlossen sind, diese Prozesse durch eine früh erworbene Behinderung jedoch häufig negativ beeinflusst werden können.

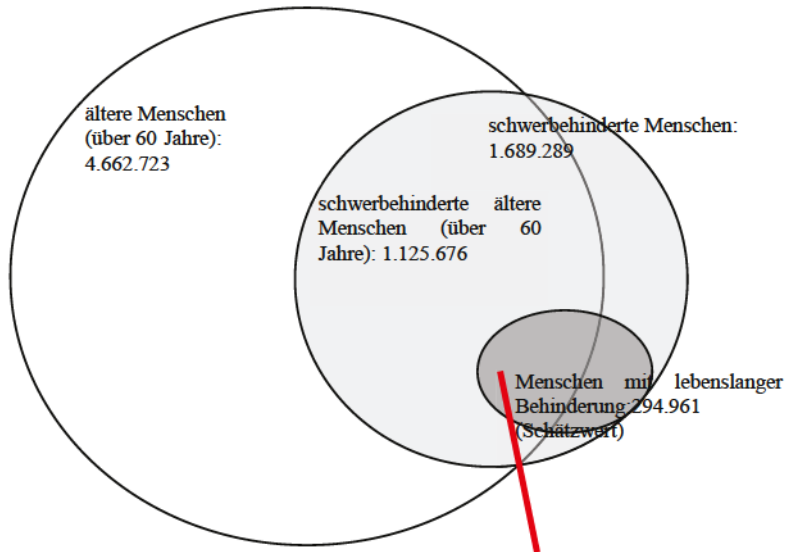
und Alterssorgen von Menschen mit psychischer Behinderung näher betrachtet werden.

2. Die demographische Entwicklung bei Menschen mit lebenslanger Behinderung

Größe und Altersstruktur des Personenkreises

In Deutschland liegen keine Statistiken vor, mithilfe derer sich die Anzahl und Altersstruktur von Menschen mit einer früh im Leben erworbenen Beeinträchtigung einfach errechnen ließen. In einer Expertise haben Dieckmann et al. (2015: 28ff.) diese Angaben für den Personenkreis in Nordrhein-Westfalen anhand von Daten der Schwerbehindertenstatistik rechnerisch geschätzt (siehe Abb.1).

Zum Stichtag 31.12.2011 galten 9,5 Prozent der Gesamtbevölkerung in NRW als schwerbehindert. Über drei Viertel aller schwerbehinderten Menschen waren über 55 Jahre alt. Bei den über 60-jährigen war fast jede/r Vierte amtlich schwer behindert. Ende 2011 lebten gemäß der Schätzung fast 295.000 Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen, was einem Bevölkerungsanteil von etwa 1,7 Prozent entspricht. Knapp 70.000 von ihnen waren 60 Jahre oder älter. Von allen schwerbehinderten über 60-jährigen hatten etwa 6,2 Prozent eine lebenslange Behinderung. Der Personenkreis ist (noch) vergleichsweise klein.



**Menschen mit lebenslanger Behinderung
im Alter (über 60 Jahre): 69.613
(Schätzwert)**

Abbildung 1: Sich überschneidende Personenkreise: Menschen im Alter, mit Schwerbehinderung, mit lebenslanger Behinderung in NRW zum Stichtag: 31.12.2011 (Dieckmann et al. 2015: 29)

Differenzieren nach Art der Behinderung

In der Schwerbehindertenstatistik dominieren generell eindeutig Menschen mit einer körperlichen Behinderung – zu der auch Sinnesbehinderungen oder Beeinträchtigungen der Funktion innerer Organe gezählt werden – oder die Fälle, die im bestehenden Kategoriensystem der Statistik nicht eindeutig zugeordnet werden können („sonstige“). Bei Menschen mit einer lebenslangen Behinderung ist dies anders: Der Personenkreis mit einer psychischen oder geistigen Behinderung ist etwa gleich groß wie derjenige mit einer körperlichen Behinderung (s. Tab. 1). Aus historisch unterschiedlichen

Gründen sind Menschen mit einer psychischen oder geistigen Behinderung im Alter noch weniger häufig anzutreffen.

Tabelle 1: Schätzungen zur Anzahl Schwerbehinderter mit lebenslanger Behinderung für verschiedene Altersgruppen in NRW/*tatsächliche Werte

Art der Behinderung	Schätzung der Anzahl Schwerbehinderter mit lebenslanger Behinderung in NRW		
	über 35 Jahre	über 60 Jahre	über 65 Jahre
körperliche Behinderung	57.486 (31,4 %)	23.860 (34,3 %)	18.544 (34,9 %)
psychische Behinderung	24.088 (13,1 %)	9.998 (14,3 %)	7.770 (14,6 %)
geistige Behinderung	32.963* (18,0 %)	7.203* (10,3 %)	4.672* (8,8 %)
Sonstige	68.790 (37,5 %)	28.552 (41,0 %)	22.191 (41,7 %)
Gesamt	183.327 (100 %)	69.613 (100 %)	53.177 (100 %)

Die errechneten Schätzwerte für Menschen mit lebenslanger Behinderung lassen sich auch mit der nach Art der Behinderung differenzierten tatsächlichen Anzahl der Leistungsempfänger/innen von Eingliederungshilfe vergleichen. 80 Prozent der über 60-jährigen Menschen mit einer geistigen Behinderung in NRW erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, 61 Prozent der über 60-jährigen mit einer lebensbegleitenden psychischen Behinderung, aber nur 1-2 Prozent der Menschen mit einer lebenslangen körperlichen Behinderung (Dieckmann et al. 2015: 35). Leistungsrechtlich betrachtet, scheinen sich die Bedarfe nach professioneller Unterstützung von Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung im Mittel deutlich von denen von Menschen mit einer lebenslangen körperlichen Behinderung zu unterscheiden.

Lebenserwartung von Menschen mit lebenslanger Behinderung

Wie hoch ist die Lebenserwartung von Erwachsenen mit lebenslanger Behinderung?

Eine der ersten Studien zu diesem Thema für Deutschland berechnet die Lebenserwartung für *Erwachsene mit einer geistiger Behinderung* für die Jahre 2007-2009 zum einen auf der Basis einer Kompletterhebung (N=13.500) in stationären Wohneinrichtungen in Westfalen-Lippe und zum anderen für eine Stichprobe von ca. 11.000 erwachsenen Klient/innen mit geistiger Behinderung von zwölf großen Trägern der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg (Dieckmann et al. 2016a). Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug für Männer mit geistiger Behinderung in Westfalen 70,9 Jahre/in Baden-Württemberg 65,3 Jahre und für Frauen in Westfalen 72,8 Jahre/in Baden-Württemberg 69,9 Jahre. Im Vergleich zu jüngeren internationalen Studien ist die durchschnittliche Lebenserwartung somit noch gestiegen (Bittles et al. 2002; Janicki et al. 1999). Gleichwohl ist sie für Männer wie Frauen mit geistiger Behinderung immer noch deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung (für den Betrachtungszeitraum: Männer 77,3 Jahre und Frauen 82,5 Jahre). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Untersuchungsstichprobe auch Erwachsene mit Down-Syndrom (etwa 10-15 % der Teilnehmer/innen) oder mit einer zusätzlichen körperlichen Behinderung vertreten sind, die im Schnitt noch eine deutlich geringere Lebenserwartung als Menschen mit einer geistigen Behinderung generell haben. Für Menschen mit Down-Syndrom errechnet z.B. eine australische Studie eine mittlere Lebenserwartung von 60 Jahren (Bittles/Glasson 2004: 283).

Bei *Menschen mit einer psychischen Behinderung* ist die Lücke zur Lebenserwartung der Allgemeinbevölkerung dagegen laut aktueller Studien nicht kleiner geworden. In den vorliegenden Untersuchungen handelt es sich in der Regel um Patient/innen psychiatrischer Kliniken, die in Dänemark, Finnland und Schweden zentral registriert sind. Untersucht wurden Personen mit Schizophrenie, Depression/affektiven Störungen, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen. Je nach Störung kommt eine Londoner Studie (Chang et al. 2011) für Männer zu einer um 8,0 bis 14,6 Jahre geringeren Lebenserwartung, während die von Frauen je nach Störung zwischen 9,8 und 17,5 Jahre niedriger als im Bevölkerungsdurchschnitt ist. Eine skandinavische Studie (Nordentoft et al. 2013) konstatiert für Frauen mit psychischer Erkrankung eine um etwa 15 Jahre, für Männer eine um etwa 20 Jahre geringere Lebenserwartung. Suizid als eine der häufigsten Todesursachen (13,9 % der Todesfälle in West Australia in der Studie von Lawrence et al. (2013) trägt erheblich zu den nach wie vor bestehenden Differenzen bei.

Bei *Menschen mit einer Körperbehinderung* zeigt sich ebenfalls ein differenziertes Bild. Zwei Beispiele: Für eine Multiple Sklerose geben

Kingwell et al. (2012) auf der Basis einer Stichprobe mit fast 7.000 Patient/innen aus British Columbia (Kanada) die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen mit 78,6 Jahren und für Männer mit 74,3 Jahren an. Für Menschen mit Zerebralparese ist das Funktionsniveau, genauer gesagt die Fähigkeit sich selbständig fortzubewegen und zu essen, ein entscheidender Prädiktor für die Lebenserwartung. Menschen mit Zerebralparese und einem sehr niedrigen Funktionsniveau haben laut der kalifornischen Studie von Strauss und Shavelle (1998), in der 25.000 Betroffene über einen Zeitraum von 15 Jahren erfasst wurden, eine um 11 Jahre verminderte Lebenserwartung, während bei Personen mit hohem Funktionsniveau die Unterschiede gegenüber der Allgemeinbevölkerung gering waren.

Vorausschätzungen zum demographischen Wandel

Wie wird sich die Altersstruktur von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten verändern?

Yvla Köhncke hat 2009 in einer Studie des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung erstmals verschiedene Varianten zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der Menschen mit angeborener Behinderung gemäß Schwerbehindertenstatistik vorgelegt (2009: 43ff.). Für das Ausgangsjahr 2006 geht sie von 323.000 Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung aus. Während 2006 15 über 65-jährige auf 100 jüngere Erwachsene mit angeborener Behinderung (20-64 Jahre) kamen, werden es Köhncke folgend je nach Entwicklungsszenario im Jahre 2030 29 bis 46 sein (sog. Rentnerquotient). In den weiteren Vorausschätzungen berücksichtigt Köhncke auch psychisch behinderte Menschen, sofern sie Wohnhilfen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen – körperbehinderte Erwachsene tun dies dagegen nur in einem sehr geringen Umfang. In stationären Heimen der Eingliederungshilfe kamen im Jahre 2006 17 über 60-jährige auf 100 jüngere erwachsene Bewohner/innen. Im Jahre 2026 werden es je nach Szenario zwischen 58 und 69 über 60-jährige sein. In ambulant betreuten Wohnsettings der Eingliederungshilfe wird die Anzahl der Menschen je nach Szenario von etwa 60.000 im Jahre 2006 auf 76.000 bis zu 114.000 im Jahre 2026 steigen. Kamen 2006 im ambulant betreuten Wohnen nur 9 über 60-jährige auf 100 der 20 bis 64-jährigen Klienten/innen, werden es im Jahre 2026 je nach Szenario 55-65 über 60-jährige sein. Die Vorausschätzungen von Köhncke gehen von den in Altersdekaden gruppierten Leistungsempfänger/innen der Eingliederungshilfestatistik der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (BAGÜS) und der durchschnittlichen Lebenserwartung der entsprechenden Altersdekaden in der Allgemeinbevölkerung aus. Dabei wird nicht zwischen primär geistig, psychisch oder körperlich behinderten

Menschen unterschieden. Den verschiedenen Szenarien liegen zudem rein hypothetisch gesetzte Zuwachs- bzw. Abnahmezahlen zugrunde.

Eine präzisere Vorausschätzung auf der Basis personenbezogener Daten und empirischer Übergangsquoten liegt für Erwachsene mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe vor (Dieckmann et al. 2016a; Dieckmann/Giovis 2012). Die Ergebnisse für diese bevölkerungsreiche Region (8,2 Mio. Einwohner/innen) lassen sich zumindest auf die alten Bundesländer übertragen. Personenbezogene Daten der Eingliederungshilfestatistik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), Angaben aus Schulstatistiken und Aufnahmestatistiken der Werkstätten für behinderte Menschen („nachrückende“ Erwachsenenengeneration) finden Berücksichtigung. Verlaufsmodelle simulieren die Inanspruchnahme und das Verlassen von Angeboten. Die Entwicklungslinien wurden auf der Basis der für 2010 empirisch ermittelbaren und leistungsrechtlich verankerten Realität berechnet: Wie wird sich die Altersstruktur insgesamt und in bestimmten Wohn- und Beschäftigungsformen entwickeln, falls die Leistungsangebote und die Praxis der Inanspruchnahme sich *nicht* verändern (Status-quo-Szenario)? Weil zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine altersbezogenen Sterbewahrscheinlichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland vorlagen, wurde auf die Sterbetafeln der Allgemeinbevölkerung zurückgegriffen. Tendenziell überschätzen also diese Vorausschätzungen ebenso wie die Berechnungen von Köhncke (2009) die Lebenserwartung von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung und stellen somit eine optimistische Rechenvariante dar („best case“).

Unter dieser Vorannahme wird davon ausgegangen, dass sich der Anteil der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, die Eingliederungshilfeleistungen beziehen, an der Bevölkerung gleichen Alters von 0,32 Prozent in 2010 auf 0,47 Prozent in 2030 erhöhen wird. Während im Jahr 2010 die 40 bis 49-jährigen in der Eingliederungshilfe die stärkste Altersgruppe darstellen, werden dies 20 Jahre später Senior/innen sein. Der Anteil der 60-jährigen und Älteren am erwachsenen Personenkreis mit geistiger Behinderung wird in Westfalen-Lippe von 11 Prozent im Jahre 2010 auf 31 Prozent im Jahr 2030 steigen. Die Altersstruktur unter Menschen mit geistiger Behinderung nähert sich damit der der Allgemeinbevölkerung an (Anteil der Generation ‚60plus‘ in NRW in 2025: 39 %). Es handelt sich um eine nachholende Entwicklung, eine ‚Normalisierung‘ des Altersaufbaus. In verschiedenen Wohnformen zeichnen sich unterschiedliche Entwicklungen ab. Im Jahre 2030 werden fast die Hälfte (47 %) aller Bewohner/innen mit geistiger Behinderung in stationären Wohnheimen in Westfalen 60 Jahre oder älter sein (2010: 16 %). Ihre absolute Anzahl wird sich in den nächsten 20 Jahren vervierfachen. Wohnheime werden in 20 Jahren vor allem auch Lebensorte für geistig behinderte Senior/innen sein – das gilt ganz unabhängig

davon, ob es in den nächsten Jahren gelingen wird, ambulant unterstützte Wohndienste quantitativ und qualitativ weiter auszubauen, um die steigenden Bedarfe zu decken. Im Jahre 2010 wurden nur wenige Senior/innen mit geistiger Behinderung von ambulanten Wohndiensten unterstützt (258 Personen in ganz Westfalen). Die Anzahl der 60-jährigen und Älteren in diesem Wohnsegment wird sich jedoch bis zum Jahr 2030 verzehnfachen, ihr relativer Anteil von 7 Prozent auf 36 Prozent steigen. Die ambulanten Wohndienste haben bislang wenig Erfahrung mit älteren Klient/innen mit geistiger Behinderung und sind auf diese Entwicklung noch unzureichend vorbereitet. Die weit überwiegende Zahl von Erwachsenen mit geistiger Behinderung wird im Alter auf eine professionelle Wohnunterstützung angewiesen sein. Der Anteil der Senior/innen, der mit Eltern oder Geschwistern lebt, wird deutlich unter 10 Prozent bleiben, weil alte Eltern ihre dann auch älter gewordenen Töchter und Söhne nicht mehr betreuen können und nur wenige in den Haushalt von Geschwistern ziehen werden. Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit geistiger Behinderung, die stationär oder ambulant unterstützt wohnen, nach dem Ausscheiden aus der WfbM oder anderen Beschäftigungsangeboten Unterstützung bei ihrer Tagesgestaltung benötigen. Die Anzahl von berenteten Personen in tagesstrukturierenden Maßnahmen wird sich dementsprechend in den nächsten 20 Jahren nahezu versechsfachen.

3. Besonderheiten des Alterns von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung

Das Älterwerden geht bei Menschen mit lebenslanger Behinderung mit den gleichen kritischen Lebensereignissen und schleichenden Veränderungen wie beim Gros der Bevölkerung. Aufgrund häufig andersartiger Bildungs-, Berufs- und Beziehungsbiografien verfügen Menschen mit lebenslanger Behinderung häufig jedoch nicht über die gleichen Ressourcen für den Umgang mit diesen Ereignissen und Veränderungen und sind generell – im Alter sowie in früheren Lebensabschnitten – auf Unterstützung angewiesen (Schäper et al. 2010; Dieckmann et al. 2016b).

Merkmale der Lebenslage

Bevor auf die besonderen Herausforderungen der Lebensphase Alter eingegangen wird, sollen (überwiegend nachteilige) Merkmale der Lebenslage der jetzigen Generation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung skizziert werden (Dieckmann et al. 2015: 24). Diese Merkmale kommen bei

den einzelnen Personen in unterschiedlicher Konstellation vor und sind besonders bei Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung verbreitet:

- 1) Die erste Generation, die in der Breite die Lebensphase Alter erlebt, verfügt kaum über (Coping-)Modelle für das Alter(n) und über Vorbilder, an denen sie sich orientieren und mit denen sie sich austauschen können.
- 2) Diese Generation hat zum Teil nur eine geringe Schul- und Berufsbildung. Viele blieben ohne schulischen oder beruflichen Abschluss oder mussten Abbrüche erleben.
- 3) Ein Großteil von ihnen war bzw. ist nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt. Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung sind häufig in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) tätig und haben dort nur äußerst geringe Verdienstmöglichkeiten.
- 4) Menschen mit lebenslanger Behinderung verfügen während ihres Arbeitslebens und erst recht im Ruhestand nur über sehr bescheidene finanzielle Mittel. Da in der Regel auch kein eigenes Vermögen vorhanden ist, sind sie häufig mittellos. Das bedeutet, sie sind auf finanzielle Leistungen der sozialen Sicherungssysteme angewiesen und auf Unterstützung, diese für sich zu beantragen.
- 5) Menschen mit lebenslanger Behinderung haben weit überwiegend keine eigene Familie gegründet und leben seltener in einer Partnerschaft. Neben professionellen Unterstützer/innen spielen die Beziehungen zu Angehörigen der Herkunftsfamilie eine zentrale Rolle. Fallen beispielsweise die Beziehungen zu Arbeitskolleg/innen aufgrund des Eintritts in den Ruhestand weg oder versterben die alten Eltern, ist es für sie eine schwierige Herausforderung, sich neue soziale Beziehungen zu erschließen.
- 6) Insbesondere ältere Menschen mit geistiger Behinderung haben große Teile ihres Lebens in Wohninstitutionen verbracht, die sich in den Nachkriegsjahrzehnten und zum Teil bis in die Gegenwart durch ein hohes Maß an Fremdbestimmung auszeichnen. Auch diejenigen, die bei ihren Eltern wohnen blieben, haben infolge ihrer Abhängigkeit von Hilfe gelernt, sich nach anderen zu richten, sich anzupassen. Der Selbstbestimmung steht oft eine Kultur der fürsorglichen Fremdbestimmung entgegen.
- 7) Menschen mit Behinderung, die heute alt sind, haben im Verlaufe ihres Lebens häufig traumatisierende Erlebnisse und Erfahrungen machen müssen. Dazu zählen beispielsweise zwangsweise Umzüge und Übergänge mit Beziehungsabbrüchen und die Erfahrung von physischer und psychischer Gewalt in Anstalten und Kliniken (Schäper/Graumann 2012).

- 8) Menschen mit lebenslanger Behinderung haben gelernt, mit Beeinträchtigungen zurechtzukommen und fremde Hilfe anzunehmen, womit sich Menschen, die erst im Alter auf Hilfe angewiesen sind, häufig schwertun.

Entwicklungsaufgaben, kritische Lebensereignisse und schleichende Veränderungen

Die gestiegene Lebenserwartung eröffnet dem Individuum die Chance, stellt es vor die Aufgabe, die *Lebensphase Alter selbstbestimmt zu gestalten*. Psychologisch betrachtet, geht es um die Wahrung wie die Weiterentwicklung von Identität in Auseinandersetzung mit sozialen Altersmarken, kritischen Lebensereignissen und biologischen Alterungsprozessen. Im Zuge dieser Veränderungen wird die vertraute *Wohnumgebung* mit ihren sozialen, räumlichen und funktionalen Bezügen für Menschen mit lebenslanger Behinderung – wie für die meisten anderen älteren Menschen auch – zum zentralen Lebensmittelpunkt (Dieckmann 2008: 285), der Bewältigungshandeln erleichtern, Identität stiften, Wohlbefinden und emotionale Bindung fördern sollte. Das Handlungskonzept ‚Ageing in place‘ steht dafür, Menschen die Möglichkeit zu geben, im Alter dort wohnen zu bleiben, wo sie es wünschen. Die Unterstützung kommt dorthin, wo die Menschen leben wollen, und nicht umgekehrt. Umzüge sind insbesondere für ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung riskante Lebensereignisse, die oft mit langandauernden Anpassungsschwierigkeiten verbunden sind. Zugleich benötigen viele Menschen mit lebenslanger Behinderung *erwachsenbildnerische Angebote* vor und im Ruhestand, um ihr Alter gestalten und altersbedingte Veränderungen angemessen wahrnehmen, antizipieren und einordnen zu können (Dieckmann et al. 2015: 40ff.). Das gilt zum Beispiel für Menschen mit einer geistigen Behinderung hinsichtlich der Selbstwahrnehmung als alt und nicht als krank oder für Menschen mit einer psychischen Behinderung im Hinblick auf die Einordnung auftretender Nebenwirkungen im Alter nach jahrzehntelanger Einnahme von Psychopharmaka. Des Weiteren können in erwachsenenbildnerischen Angeboten erste Pläne für die Gestaltung der erwerbsarbeitsfreien Zeit entwickelt werden. Allerdings müssen *Wahlmöglichkeiten für die Lebensgestaltung* im Alter auch vorhanden sein, um die größere Selbstbestimmung, die als Privileg des Alters gilt, tatsächlich realisieren zu können (z. B. im Umgang mit freier Zeit).

Denn das *Ausscheiden aus dem Arbeitsleben* ist für Menschen mit lebenslanger Behinderung mit großen Herausforderung verbunden (Dieckmann et al. 2015: 62ff.). Neben der Gestaltung freier Zeit sind die Beziehungen zu Arbeitskolleg/innen in den an sich kleinen persönlichen Netzwerken von

erheblicher Bedeutung. Aufgrund einer oft eingeschränkten Mobilität fällt es Menschen mit lebenslanger Behinderung häufig schwer, diese Setting-gebundenen Beziehungen im Ruhestand weiterzuführen. Darüber hinaus bieten Arbeitsstätten wie Werkstätten für behinderte Menschen Beschäftigten eine mittägliche Essensversorgung, Gesundheitsvorsorge und Sport- und Freizeitaktivitäten. Mit dem Ausscheiden ändert sich der objektive Lebensraum eines Menschen mit Behinderung, er/sie muss seine/ihre Mobilität neu organisieren. Mit dem Wegfall des Arbeitslohns verkleinern sich die finanziellen Gestaltungsräume, z.B. für die Nutzung freier Zeit im Alter.

Eltern und Angehörige sind für Menschen mit lebenslanger Behinderung häufig die engsten informellen Bezugspersonen. (Dieckmann et al. 2015: 54ff.) Ihre Gebrechlichkeit führt auf Seiten der erwachsenen Töchter und Söhne mit Behinderung zum Wunsch, selbst zu helfen, oder kann Hilflosigkeit auslösen (s. Kap. 4). Der Tod der Eltern ist mit dem *Verlust langjährig vertrauter Personen* verbunden, der oft nicht durch eine eigene Partnerschaft oder Familie aufgefangen werden kann. Auch wenn Menschen mit lebenslanger Behinderung nicht mehr in ihrem Elternhaus gelebt haben, so verändern sich dadurch doch ihr Unterstützungsarrangement und Alltagsleben, zum Beispiel durch den Wegfall von Besuchen im Elternhaus. Entscheidend wird, wie sich die Beziehungen zu möglichen Geschwistern oder anderen Verwandten gestalten und ob es jemanden aus dem informellen Netzwerk gibt, der/die als zentrale Vertrauensperson auch gegenüber den Interessen der verschiedenen professionellen Unterstützer und Leistungsträger fungieren kann und will.

Mit dem Alter sind vermehrt *gesundheitliche Beeinträchtigungen und Kompetenzeinbußen* verbunden. Viele Studien zeigen, dass alterskorrelierte Erkrankungen bzw. Kompetenzeinbußen (Übergewicht, Diabetes, mangelnde Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer) bei Menschen mit geistiger Behinderung im Mittel sehr viel früher auftreten (Dieckmann et al. 2015: 106ff.; Haveman/Stöppler 2010: 75ff.). Das ließe sich in den meisten Fällen durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil hinauszögern, der nach Diehl (2010) vor allem durch die Elemente gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung, soziale Einbindung und kognitive Herausforderungen gekennzeichnet ist. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Kompetenzeinbußen führen zu einem zunehmenden Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung, der Aufrechterhaltung der Mobilität innerhalb und außerhalb der Wohnung sowie einem zunehmenden Pflegebedarf. Für solche, im Alter typischen Unterstützungsbedarfe könnte auch auf die örtlichen ambulanten Dienste, zum Beispiel Pflegedienste, zurückgegriffen werden, die sich aber häufig noch nicht auf Menschen mit lebenslanger Behinderung und deren Lebenssituation eingestellt haben. Zum Beispiel müssen solche Dienste sehr verlässlich mit pädagogischen Fachdiensten kooperieren, weil es im Alltag keine pflegenden Angehörigen im Hintergrund gibt, die flexibel Informations- und Zeitlücken auffangen. Ähnliche Fragen stellen sich beim Management akuter und

chronischer Erkrankungen. Bei Arztbesuchen, im Krankenhaus und bei der Durchführung therapeutischer Maßnahmen bedarf es häufig einer begleitenden und dolmetschenden Unterstützung. Ärzt/innen, Pfleger/innen, Therapeut/innen sind entsprechend zu schulen. Zeitlich aufwendig gestaltet sich die Bewältigung psychischer und psychosozialer Krisen, insbesondere bei Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung.

Das Alter konfrontiert uns mit den Grenzen des eigenen Lebens und letztendlich mit dem Tod (Dieckmann et al. 2015: 128ff.). Die sehr unterschiedlich sich ausformenden Trauerprozesse sollten von professionellen Begleiter/innen im Alltag aufgenommen werden. Die Entscheidungsfindung für die Grenzsituationen des Lebens (unter anderem Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament) dürfen auch Mensch mit lebenslanger Behinderung nicht vorenthalten werden. Sie haben das gleiche Recht auf eine angemessene palliative Versorgung und den Wunsch, im Sterben sozial getragen zu sein, ggfs. unterstützt durch Hospizdienste und Seelsorger/innen, die sich auch auf die Ausdrucks- und Kommunikationsweisen von Menschen mit lebenslanger Behinderung einzustellen wissen.

Nachdem grundlegende Aspekte der Lebenslagen älter werdender Menschen mit einer lebenslangen Behinderung behandelt worden sind, soll im Folgenden ein vertiefender Blick auf Altersbilder und Alterserwartungen von Menschen mit einer psychischen Behinderung geworfen werden.

4. Alter(n) mit einer psychischen Behinderung

Die Zahl der älter werdenden Menschen mit einer psychischen Behinderung ist im Verlauf der letzten Jahre gestiegen, nicht zuletzt aufgrund der Zunahme von Demenzerkrankungen im höheren Lebensalter. Die Schwerbehindertenstatistik des Landes Nordrhein-Westfalen weist für den Stichtag 31.12.2011 78.435 Personen über 65 Jahre aus, die eine psychische Behinderung haben (Dieckmann et al. 2015: 31). Eine Schätzung, wie viele davon in NRW eine lebenslange, d.h. eine bereits vor dem 35. Lebensjahr erworbene, psychische Behinderung, haben,³ kommt auf ca. 7.700 über 65-jährige (a.a.O.: 33). Unter den Bezieher/innen von Eingliederungshilfeleistungen liegt die Zahl der Senioren/innen mit einer psychischen Behinderung auf einem ähnlichen Niveau wie die der älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung. So hatten 2011 in Nordrhein-

3 Eine lebenslange psychische Behinderung kann im Zusammenhang mit einer chronischen psychischen Störung, z.B. einer Schizophrenie oder einer Depression entstehen oder mit ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen, wie z.B. der Borderline-Störung oder Suchterkrankungen (Dieckmann et al. 2015: 23)

Westfalen von den über 60-jährigen Bezieher/innen irgendeiner Form der Eingliederungshilfe 5.761 Personen eine geistige, 6.138 Personen eine psychische Behinderung (a.a.O.: 35).

Während jedoch in den letzten Jahren ein deutlicher Zuwachs an Literatur zu den Themen ‚Alter(n) von Menschen mit einer geistigen Behinderung‘ (z.B. Buchka 2012; Dieckmann/Metzler 2013; Gusset-Bährer 2012; Greving et al. 2012; Havemann/Stöppler 2010; Kruse 2010; Schäper et al. 2010; Zwicky 2011) zu verzeichnen ist, finden sich bislang nur sehr wenige deutschsprachige Publikationen, in denen das Altern von Menschen mit einer psychischen Erkrankung explizit thematisiert wird (Ding-Greiner/Kruse 2010; Müller/Gärtner 2016). Dies kann mehrere Ursachen haben. Zunächst ist nur ein Teil der Menschen mit einer psychischen Erkrankung dauerhaft, ‚lebenslang‘, und damit auch im Alter behindert und erfährt aufgrund dessen langfristige Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe. Des Weiteren sind psychische Behinderungen im Vergleich zu vielen körperlichen und geistigen Behinderungen mit einer weniger starken Offen‘ sichtigkeit‘ verbunden. Und schließlich haben Menschen mit einer psychischen Behinderung stärker als Menschen mit einer geistigen Behinderung von den Bestrebungen der Entstigmatisierung und Ambulantisierung profitiert. So wohnen z.B. in Nordrhein-Westfalen von den psychisch behinderten Menschen, die Eingliederungshilfe erhalten, im Alter von 50-59 Jahren 58 %, von den 60 bis 69-jährigen knapp 55 Prozent ambulant betreut. Im Vergleich dazu leben nur knapp 16 Prozent bzw. 14 Prozent der Bezieher/innen von Eingliederungshilfe mit einer geistigen Behinderung im Alter von 50-59 bzw. 60-69 Jahren in einer Einrichtung des ambulant betreuten Wohnens (Dieckmann et al. 2015: 90).

Älter werdende Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung gehören jedoch zu den Senior/innen, die aufgrund von bereits im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter wirksamen Prozessen sozialer Ungleichheit in ihrer sozialen Teilhabe eingeschränkt sind und damit im Alter ein erhöhtes Risiko haben, von Einsamkeit und sozialem Ausschluss bedroht zu werden (Kricheldorf/Tesch-Römer 2013: 304). Vor diesem Hintergrund scheint eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Lebenssituation und den Altersbildern von (älter werdenden) Menschen mit einer psychischen Behinderung sinnvoll und geboten.

Altersbilder, Alterswünsche und Alterssorgen von Menschen mit einer psychischen Behinderung

Was verbinden Menschen mit einer psychischen Behinderung mit dem Alter(n)? Wie unterscheiden sich Fragestellungen, Wünsche und Themen bezogen auf diese Lebensphase je nach Nähe oder Distanz zum Renteneintritt?

Wo werden Unterstützungsbedarfe offen formuliert, wo lassen sie sich in Befragungen zwischen den Zeilen identifizieren? Nachfolgend sollen ausgewählte Ergebnisse einer qualitativen Studie zu diesen Fragestellungen diskutiert werden.

Methodische Überlegungen zu Fokusgruppeninterviews mit Menschen mit einer psychischen Behinderung

Im Rahmen eines Forschungsprojektes zu den Möglichkeiten inklusiver, sozialraumorientierter kommunaler Sozialplanung für das Alter (SoPHiA)⁴ wurden zwei Fokusgruppeninterviews mit Menschen mit einer psychischen Behinderung zum Thema ‚Alter(n)‘ durchgeführt.⁵ Die Methode des Fokusgruppeninterviews zielt darauf ab, durch den Gruppenkontext beim Einzelnen mehr Erinnerungen und tiefgründigere Reaktionen zu stimulieren, als dies in Einzelinterviews der Fall wäre⁶ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 134f.). Eine zentrale Voraussetzung dafür ist, dass alle befragten Personen eine konkrete soziale Situation erlebt haben oder einem konkreten Stimulus in der Interviewsituation ausgesetzt werden. Im Interview stehen dann das Erleben und Empfinden sowie die persönliche Einschätzung dieser Situation/dieses Stimulus im Mittelpunkt der Befragung (ebd.).

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden über Fokusgruppeninterviews nicht nur sozialraumbezogenes Wissen erfasst⁷, sondern auch Altersbilder auf Seiten der Teilnehmer/innen. Zur Durchführung

- 4 SoPHiA steht als Akronym für „Sozialraumorientierte kommunale Planung von Hilfe und Unterstützungsarrangements für Menschen mit und ohne lebensbegleitende Behinderung im Alter“. In zwei Modellregionen wurden methodische und organisationale Möglichkeiten einer gemeinsamen, inklusiven Planung für das Alter(n) mit (lebenslanger) Behinderung eruiert.
- 5 Die Datenerhebung erfolgte zusammen mit Susanne Frewer-Graumann. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Rohleder/Frewer-Graumann 2016.
- 6 Aufgrund ihrer Nähe zu hypothesentestenden quantitativen Verfahren kommen Fokusgruppeninterviews häufig im Rahmen von Markt- und Medienforschung, aber bislang eher selten in der qualitativen Grundlagenforschung zur Anwendung (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 132).
- 7 Für Sozialplanungsprozesse werden Fokusgruppeninterviews als besonders geeignet erachtet, um Einschätzungen von Personen, die einen vertieften Einblick in die Sozialplanungsräume haben, für die Sozialraumanalyse und die Interpretation quantitativer Daten fruchtbar zu machen (Böhmer 2015: 31). Vorteilhaft ist dabei, auch unter Ressourcengesichtspunkten, dass auf real existierende Gruppenzusammenhänge zurückgegriffen werden kann, um für Sozialplanungsprozesse relativ unaufwendig planungsrelevante Informationen zu gewinnen. Zugleich kann man über Fokusgruppen Zugang zu Zielgruppen bekommen, die in den gängigen Partizipationsmethoden von Sozialplanungsprozessen, wie z.B. Zukunftswerkstätten oder Sozialraumkonferenzen, oft nur schwach vertreten sind. Der vertraute Kontext, sowohl räumlich wie hinsichtlich der Bekanntheit der anderen Gruppenmitglieder, erhöht die Teilnahmebereitschaft und Offenheit der Befragten.

der Interviews bot sich ein tagesstrukturierendes Gruppenangebot der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer psychischen Behinderung an, die einer Werkstattbeschäftigung (noch) nicht nachgehen konnten. Über die altersgemischten Nutzer/innen dieses Angebots hinaus wurden durch den Träger der Einrichtung sowie das Forschungsteam gezielt ältere Personen aus Wohn- bzw. Arbeitskontexten der Behindertenhilfe zu den Gruppeninterviews dazu gebeten. In zwei jeweils ca. anderthalbstündigen Fokusgruppen konnten insgesamt 13 Personen, fünf Männer und sieben Frauen, im Alter von 20 bis 63 Jahren befragt werden.⁸ Diese Altersheterogenität hatte insofern Vorteile, als für verschiedene Lebensalter die Unterschiedlichkeit in der Auseinandersetzung mit Herausforderungen der Lebensphase Alter erfasst werden konnte.

Die Durchführung von Fokusgruppeninterviews mit Menschen mit einer psychischen Behinderung erfordert Abweichungen von dem generellen Ablaufschema und den Durchführungsprinzipien dieser Methode (Przyborski/Wohlrab-Sahar 2014: 136). Zum einen waren Mitarbeiter/innen der Einrichtung bei den Fokusgruppeninterviews zugegen, da einige Teilnehmer/innen aufgrund ihrer psychischen Behinderung zum Zeitpunkt der Befragung nur gering belastbar waren.⁹

Zum anderen erfolgte eine Abweichung insofern, als es keinen konkreten Stimulus in Form eines Inputs oder einer gemeinsam erlebten sozialen Situation zum Einstieg in das Interview gab. Gemeinsam war den Teilnehmer/innen zunächst nur ihre räumliche Verortung im Quartier und Ähnlichkeiten in der Lebenssituation. Mit Blick auf die Intensität der psychischen Behinderungen sowie die z.T. damit verbundene starke Medikamentierung wurde in Absprache mit dem hauptamtlichen Personal der ‚Stimulus‘ bereits im Vorfeld der Interviews gesetzt. Die Leitfragen für die Gruppeninterviews wurden eine Woche vorher an die Einrichtung verschickt. Dies ermöglichte den einzelnen Teilnehmer/innen, sich in Ruhe mit den Fragen auseinanderzusetzen. Einige hatten sich ausführliche Notizen zu den Fragen gemacht.

Dieses Vorgehen verstößt gegen eines der vier Durchführungsprinzipien von Fokusgruppeninterviews, dem Kriterium der Nicht-Beeinflussung (a.a.O., 139). Der Verlauf der Gruppeninterviews zeigt jedoch, dass der Einstieg in das Thema für viele Interviewteilnehmer/innen durch ihre Vorbereitung erst gebahnt war. Menschen mit einer psychischen Behinderung, insbesondere in

8 Die Namen der Befragten wurden über die Buchstaben A bis M anonymisiert.

9 Unter methodischen Gesichtspunkten ist bei der Vorbereitung von Gruppeninterviews in institutionellen Settings wichtig, die anwesenden Fachkräfte darauf hinzuweisen, dass sie sich maßvoll mit eigenen Erfahrungen in die Befragung einbringen sollen, um eine Normalität der Gesprächssituation herzustellen. Wichtig ist die Professionellen im Vorfeld auf die gebotene Zurückhaltung hinzuweisen, falls Gesprächspausen entstehen oder das Interview vermeintlich zu stocken scheint. Ansonsten besteht das Risiko, dass die Fachkräfte die Erhebungssituation zu sehr mit ihren Beiträgen dominieren.

Phasen, in denen sie starke Medikamente nehmen müssen, können z.T. in ihrer Offenheit gegenüber unbekanntem Personen, ihrem Selbstbewusstsein sowie in ihrem Gefühl der Selbstwirksamkeit eingeschränkt sein. Die Möglichkeit der Vorbereitung auf das Gruppeninterview bot neben dem vertrauten sozialen Rahmen zusätzlich Sicherheit und Orientierung. Sie erlaubte den Interviewer/innen zudem, zurückhaltende Teilnehmer/innen anzusprechen und in das Interview zu integrieren. So bildete die vorausgeschaltete individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Alter(n)‘ die notwendige Basis, um im Interview und unter Nutzung der Gruppendynamik Hemmungen abzubauen und damit die anderen drei Durchführungsprinzipien von Fokusgruppeninterviews zu realisieren: erstens die Spezifität im Sinne der subjektiv unterschiedlichen Bedeutung, die verschiedene Altersaspekte für die Befragten hatten, zweitens die Erfassung eines breiten Spektrums an unterschiedlichen Perspektiven auf das Thema sowie drittens die Tiefgründigkeit der Aussagen im Sinne der unterschiedlichen sozialen und persönlichen Bezugsrahmen, die den geäußerten Wahrnehmungen zugrunde liegen. (a.a.O., 139ff.)

Die Leitfragen der Fokusgruppendifkussion bezogen sich auf das Leben und die Rahmenbedingungen im Sozialraum, auf die Gestaltung der Freizeit und auf die Themen ‚Altersbilder allgemein‘ und ‚Wünsche/Sorgen bezogen auf das eigene Alter(n)‘. Insbesondere die Ergebnisse zu den letzten zwei Themen sind für Fragen nach der Teilhabe von Menschen mit einer psychischen Behinderung im Alter relevant und sollen nachfolgend im Mittelpunkt der Analyse stehen.

Altersassoziationen und -bilder von Menschen mit einer psychischen Behinderung

Bei den Antworten auf die Frage, was ganz unabhängig vom eigenen Alter(n) spontan mit ‚Alter‘ und ‚Altern‘ positiv oder negativ assoziiert wird, zeigen sich Unterschiede nach Lebensalter der Befragten. Die jüngeren Fokusgruppenteilnehmer/innen verbinden mit dem Thema nicht vorrangig eigene Krankheiten oder Mobilitätseinbußen, sondern thematisieren zunächst den möglichen Verlust ihrer Eltern.

- D: „Also ich freu mich, ich find das, ich find das nich so erfreulich, weil mein vater ist dann tot [...]. Aber was, was dann ja so'n ja, wie soll ich sagen, was vielleicht so'n ausgleich wäre, dann wären dann meine nichten und meine neffen also erwachsen.“ (Fgi¹⁰ 1, 530-535)
- A: „also für mich ist das auch ein großes problem, dass dann meine eltern nicht mehr leben und ich so keine unterstützung mehr finde.“ (Fgi 1, 781-782)

10 Fgi 1 oder 2 = Fokusgruppeninterview 1 oder 2.

- B: „und ähm ja mir macht auch so sorgen, dass meine eltern halt irgendwann nich mehr da sind ähm dann hab ich zwar noch onkels und vielleicht auch noch tanten und schwestern äh, aber ich hab, also momentan is die beziehung zu meinen eltern eigentlich sehr intensiv, sag ich mal, obwohl ich jetzt auch allein wohne äh und da, die is halt dann irgendwann weg, die verbinding zu denen, und da muss man sich dann eben da finden und äh ja.“ (Fgi 1, 818-123)
- H: „also da, da hab ich schwierigkeiten mit diesem thema, ähm, mit alter und so, weil ich verbinde damit sehr viel mit dem tod. es war, es war nämlich so, dass 2009 hab ich erfahren, dass mein vater verstorben war, er stand mir sehr nah.“ (Fgi 2, 352-354)

Wie generell, erfolgt für Menschen mit einer lebenslangen Behinderung die Konfrontation mit dem Alter(n) häufig zuerst über die Auseinandersetzung mit dem Alter(n) und Sterben der eigenen Eltern. Im System der Behindertenhilfe kommt älteren Eltern von erwachsenen Menschen mit einer lebenslangen Behinderung bislang eher wenig Aufmerksamkeit zu.¹¹ Insbesondere überfürsorgliches Elternverhalten gilt als maßgeblicher Hemmschuh für die Entwicklung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Dabei kann aus dem Blick geraten, dass Eltern im informellen Netzwerk von erwachsenen Menschen mit einer lebenslangen Behinderung oft sehr zentrale Bezugspersonen sind. Die Elternbeziehung weist die höchste Kontinuität auf und im Vergleich zu Geschwistern, anderen Verwandten, aber auch Freund/innen erbringen vor allem Eltern neben professionellen Begleiter/innen konkrete Unterstützungsleistungen für Menschen mit einer lebenslangen Behinderung (Driller et al. 2008: 90). Da diese zudem seltener eine Partnerschaft oder eigene Familie haben und ihre Freundschaften häufig instabiler sind, kann der Verlust der Eltern einen gravierenden Einschnitt in das soziale Netzwerk der Betroffenen darstellen (a.a.O.: 76).

Vorliegende Studien unterstreichen, dass für Menschen mit einer psychischen Behinderung, insbesondere einer Schizophrenieerkrankung, die Herkunftsfamilie zu den wichtigsten Sozialkontakten gehört (Haberfellner/Rittmannsberger 1994). Im Vordergrund der Angehörigenforschung stehen vor allem die Belastungen, die mit einer psychischen Behinderung einhergehen können (Jungbauer et al. 2001; Schmid et al. 2005; Friedrich et al. 2015). Dabei gelten Eltern von erwachsenen Kindern mit psychischer Behinderung im Vergleich zu Eltern von erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung als belasteter (Wolf 2013: 27ff.).

In den Fokusgruppen zeigt sich deutlich, dass sich die Befragten des besonderen Status ihrer Eltern in ihrem Beziehungsnetz positiv bewusst sind. Hervorgehoben wird nicht nur die erhaltene instrumentelle Unterstützung,

11 Ausnahmen bilden die qualitative Studie von Hellmann, Borchers, Olejniczak aus dem Jahr 2007 zur Situation alternder Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in ihren Familien sowie die Publikation „Die ‚unerhörten‘ Eltern. Eltern zwischen Fürsorge und Selbstsorge.“ von Reinhard Burtcher et al. aus dem Jahre 2015.

sondern auch die Intensität der emotionalen Beziehung. Zwar erfolgen Versuche einer Rationalisierung insofern, als man darüber nachdenkt, ob vielleicht Nichten, Neffen oder Geschwister zukünftig die Position der Eltern einnehmen könnten. In Zeiten wachsender Mobilität sehen die Teilnehmer/innen allerdings selber die Grenzen dieser Überlegungen. So stellt D, die zunächst einen möglichen ‚Ausgleich‘ für den irgendwann unvermeidlichen Tod ihres Vaters im Erwachsenwerden ihre Nichten und Neffen sieht, letztlich fest, dass diese Hoffnung aufgrund der Wohnentfernung zu ihren Geschwistern unrealistisch ist.

- D: „Wie gesacht, negativ wäre dann, dann hätt ich jetzt in meiner unmittelbaren Nähe keine Familie mehr, weil dann wär mein Vater tot, meine Tanten wären tot und das sind so die Personen, die ich von meiner Familie in meiner unmittelbaren Nähe habe. Und mein, meine Brüder, die wohnen weit weg und somit auch meine Nichten und meine Neffen und da hätt ich dann, hab ich dann nicht so viel von.“
(Fgi 1, 543-547)

Neben der Sorge darum, welche Konsequenzen der Verlust der Eltern für das persönliche Beziehungs- und Unterstützungsnetz haben könnte, beschäftigt die jüngeren Befragten, ob sie in der Lage sind, ihren Eltern im Falle einer Unterstützungs- oder Pflegebedürftigkeit beizustehen. In einer längeren Interviewpassage zeigt sich die gesamte Ambivalenz, die dieses Thema für Menschen mit einer psychischen Behinderung mit sich bringen kann.

- Int: „also das ist dann, wenn sie an's Älter werden denken, denken sie an das Älter werden ihrer Eltern
B: ja auch; [mhm, mhm] ich will ja auch nicht (.) ich denk dann nicht an mich, sondern ich will, dass es meinen Eltern gut geht. [...]
D: ja genau. mein Vater ist siebenundsiebzig, der ist jetzt noch voller, also der ist noch total fit, also der erfreut sich bester Gesundheit und der reist auch noch ganz viel, aber ähm, wenn er, wenn er irgendwann mal hinfällig wird, dann. ich bin die Einzige, die in seiner unmittelbaren Nähe ist. bei mir sind alle weit weg, der eine ist in X, der andere in Y, der andere in Z [mhm] und die können dann ja nicht einfach mal eben so kommen
Int: mhm, ist ne große Verantwortung
D: ja
E: ja, dann bleibt das an dir kleben und du kannst das ja auch nicht, ne
D: ich kann das auch nicht, ne
E: also ich hatte auch diese Sorge. [...] ich hab immer gedacht, ja, die [Eltern, d.V.] würdest du gerne mal pflegen, wenn die alt sind, ne. äh obwohl meine Mutter immer schon gesacht hat, ach Quatsch E, wenn ich mal alt bin, dann geh ich ins Pflegeheim. die ist da, irgendwie ist die so drauf, ähm. und ich fand das immer schade, weil ich gedacht hab. ich hab da auch nicht die Energie für. dann musste immer zuhause sein und möchtest doch auch irgendwann. ich, ich möchte mich ja auch irgendwann mal gerne nochmal um ähm. mich selber und um meine Genesung kümmern und daran, dass ich auch mal wieder ans Arbeiten komme und sowas ne. das ist im Moment ja bei mir im Vordergrund und ähm, deswegen hab ich immer gedacht. also ich würd das ungern machen, meine Eltern irgendwie ne oder überhaupt, dass die aus dem Haus ausziehen müssen. das tolle ist jetzt nur, dass

ich da jetzt ähm, ganz tollen kerl kennengelernt habe [...]. das is jetzt alles irgendwie so, dass ich gedacht habe, vielleicht schaffe ich's dann doch noch, meine eltern zu pflegen ne. jetzt hab ich unterstützung, da kann ich mich auch 'n bisschen um mich selber kümmern.“ (Fgi 1, 832-875)

Deutlich wird einerseits das Bedürfnis, dass es den Eltern im Alter gut gehen soll und dass die Teilnehmer/innen, möglicherweise gerade, weil sie selber viel Unterstützung in ihrer Erkrankung durch die Eltern erfahren haben, den Wunsch entwickeln, „die würdest du gerne mal pflegen, wenn die alt sind“. Die Pflege der Eltern kann auch als Wunsch nach ‚filialer Reife‘¹² gelesen werden, würde sich darin doch eine erfolgreiche emotionale Ablösung von den Eltern ebenso dokumentieren wie eine sozial angesehene Erwachsenenrolle und die Einsicht, dass „Situationen emotionaler Belastung und materieller Nöte fortan ohne elterliche Unterstützung bewältigt werden müssen“ (Bauer/Gröning 2007: 27). Andererseits zeigt sich die Angst, dass gerade, wenn man das einzige Kind vor Ort ist, die Sorge für die Eltern “an einem kleben bleibt“ und damit aufgrund der psychischen Behinderung eine Überforderung einhergehen könnte. Wo die Pläne für das eigene Leben noch nicht annähernd realisiert sind und die Selbstsorge einen Großteil der Energie absorbiert, sind sich die Befragten einig, dass es nicht möglich sei, sich noch um die älteren Eltern zu kümmern: „du kannst das ja auch nicht“. Hoffnung, die Rolle des erwachsenen Kindes vielleicht doch gegenüber den Eltern ausfüllen zu können, wird da gesehen, wo durch eine Partnerschaft informell verlässliche Unterstützungspotentiale verfügbar scheinen. Das professionelle Unterstützungssystem wird demgegenüber im Zusammenhang mit der Sorge um die älter werdenden Eltern nicht thematisiert. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass auch für die teilnehmenden Fachkräfte das Thema ‚Unterstützung und Verlust der älter werdenden Eltern‘ überraschend neu war, dominiert im sonstigen Einrichtungsalltag doch eher eine kritische Perspektive auf die Beziehung zu den Eltern. In der professionellen Begleitung von Erwachsenen mit einer psychischen Behinderung sollte das Älterwerden der Eltern jedoch nicht ausgeklammert bleiben. Die Erfahrung, erneut eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe nicht erfüllen zu können, kann für Menschen mit einer psychischen Behinderung tiefsitzende Insuffizienzgefühle weiter nähren. Hier gilt es, Möglichkeiten realistischer Hilfestellungen mit den Klient/innen zu erörtern. So kann sich die filiale Reife auch darin dokumentieren, eine tragfähige ehrenamtliche und professionelle Unterstützungsstruktur für die eigenen Eltern zu organisieren. Die hierfür notwendigen Informationen und Ansprechpartner/innen könnten Thema in der professionellen Begleitung von Menschen mit einer psychischen Behinderung sein.

In den Gruppeninterviews rekurren alle Teilnehmer/innen, unabhängig vom Alter, darüber hinaus auf herrschende, z.T. widersprüchliche

12 Das Konzept der ‚Filialen Reife‘ wurde in den 1960er Jahren von Magret Blenker entwickelt. (Bauer/Gröning 2007: 26)

Altersdiskurse. Die generelle gesellschaftliche Pluralisierung von Altersdiskursen (Rossow/Koll-Stobbe 2015: 33ff.) schlägt sich auch in den Altersbildern der Befragten nieder. So finden sich einerseits Defizitperspektiven auf das Alter(n). Befürchtet werden „geringere bewegung und hilfsbedürftigkeit, langeweile, gesprächsbedarf“ (L, Fgi 2, 364-365). Wahrgenommen werden fehlende Rücksichtnahme auf ältere Menschen (K, Fgi 2, 462-465) und dass Ältere schneller „mal abgeschoben werden“ (E, Fgi 1, 555). Die damit verbundenen Sorgen für das eigene Alter(n) sind nicht unabhängig von bisherigen Krankheitserfahrungen.

- E: „Ich hab' vierundzwanzig jahre meines lebens medikamente geschluckt und das war nich ohne. Die ham ganz ätzende nebenwirkungen, [...] Ähm und ich hab' einfach so das gefühl, so leute, die nich gesund sind oder so, die werden schnell mal so unwürdig behandelt so ne, auch so von ärzten [...]. und das find ich ganz furchtbar, dass einfach, dass einfach so die würde vor dem menschen so'n bisschen verloren geht, egal ob man alt is, ob man krank is, ob man behindert is oder sonst was“ (E, Fgi 1, Z.557-571).

E verbindet zum Zeitpunkt der Befragung mit ihrer psychischen Erkrankung vor allem negative Begleiterscheinungen von Medikamenten und die Abhängigkeit von Ärzt/innen. Von diesen fühlt sie sich wenig respektvoll behandelt. Die Gefahr, „unwürdig“ behandelt zu werden, sieht sie für alle, die gesellschaftlichen Leistungsnormen nicht entsprechen können – für kranke, behinderte und eben auch alte Menschen. In diesem Zusammenhang entspinnt sich eine Diskussion unter den Beteiligten über Erfahrungen mit Ärzt/innen und weiteren Menschen aus dem sozialen Umfeld, von denen man ungewollt geduzt worden ist, sobald die psychische Behinderung bekannt geworden sei. Dieser Umgang empört die Anwesenden, nicht alle wissen sich jedoch dagegen erfolgreich zur Wehr zu setzen. Nicht das Alter(n) an sich, sondern bereits erfahrene, generell mit Gesundheitseinbußen einhergehende Abhängigkeiten und Ansehensverluste machen den Befragten Angst.

Auch bei weiteren Themen zeigt sich, dass Alterssorgen wie -wünsche wesentlich von den bisherigen Erfahrungen der psychischen Behinderung beeinflusst werden. Die eingeschränkte finanzielle Situation der Befragten und damit verbundene soziale Begrenzungen schlagen sich z.B. in bescheidenen Wünschen für die Gestaltung des Ruhestands nieder.

- L: „ja wichtig find ich auch noch, ich geh jetzt zum beispiel auch zum mittagstisch hin für bedürftige oder so, und wenn man altersarmut oder so bedenkt, man hat eben nur ne kleine rente, dann ist das schon schön, wenn man [...] aber vielleicht noch irgendwo hingehen kann, um da zu essen.“ (Fgi 2, 453-458)
- M: „ja ja doch, doch mal spazieren gehen, wat unternehmen, ne und sowas, ne. und einkaufen mal und mal in ne stadt gehen, zum markt gehen und sowat alles ja, cafe oder eisdiel, wat unternehmen, ne. nich nur zuhause sein, aktiv sein noch.“ (Fgi 2, 375-377)
- M: „ja, dat hab ich auch aufgeschrieben, das hab ich aufgeschrieben, sitzbänke

- L: fänd ich schön auch für alte leute, die einfach nur ein bisschen spazieren gehen wollen draußen, ein bisschen sitzen wollen und dass sie nicht unbedingt irgendwo in ein cafe gehen müssen oder so
- M: nee, keine getränke, ne. das stimmt.“ (Fgi 2, 486-490)

Zwar formuliert eine Teilnehmerin auch den Ruhestandswunsch, „mehr Reisen“. Aber zumeist bewegen sich die Alterswünsche in einem örtlich wie finanziell beschränkten Rahmen. So fällt auf, dass von den ‚ruhestandsnahen‘ Befragten keine/r Hobbies benennt, für die man im Ruhestand mehr Zeit hätte. „Alter als Chance“ reduziert sich auf Alltagsaktivitäten, die sich vor allem durch Außerhäusig- und Kostengünstigkeit auszeichnen. Auch bei sozialraumorientierten Verbesserungsvorschlägen für das Alter(n), wie z.B. dem Wunsch nach mehr Sitzbänken auf der Haupteinkaufsstraße, wird primär an sozial benachteiligte Personen gedacht – gewünscht wird die Teilhabe am öffentlichen Leben, aber ohne den Zwang, hierfür (nicht vorhandenes) Geld ausgeben zu müssen.

Neben diesem eher an Defiziten des Alters orientierten Diskussionsstrang finden sich in den Gruppeninterviews auch die Diskurslinien „Aktivität“ und „Fitness/Anti-Ageing“ (a.a.O.: 35). So kennen alle in ihrem engeren Umfeld ältere Menschen, die noch aktiv, selbstbestimmt und „beweglich“ sind. Diese Vorbilder verleiten zu hoffnungsfrohen Annahmen bezüglich der eigenen Lebensdauer.

- E: „Ich glaube, sechsundsiebzig is heutzutage kein alter mehr, [...] ich glaube, das is sowieso heutzutage so, ne, wenn wir später mal alt werden, wir werden alle neunzig werden.
- D: ja, glaub ich auch.“ (Fgi 1, 883-891)

Die von Bevölkerungsprognosen geförderte Annahme, dass die Lebenserwartung auch zukünftig kontinuierlich steigen werde, schlägt sich in den Beiträgen der Befragten nieder. Dabei ist den Teilnehmer/innen durchaus klar, dass ‚active ageing‘ nicht ohne das eigene Zutun erfolgt, sondern man hierfür frühzeitig selber aktiv werden muss.

- M: „Muss man selber für was tun, aber ganz viel sogar. man muss immer ab fünfzig, da muss man schon selber laufen und so, also dat muss man selber schon machen, ne. das is so. das is wirklich so, dass man läuft und dann immer so auch unterwegs is und an der frischen luft und so und sowat alle ne und mitmacht im alltag, ne. [...] also radfahren wandern und sowat, dat is alles schon gut, ne, so. und wat unternehmen, reisen und was anderes sehen auch, ne, nich immer zuhause sein, das is auch wichtig.“ (Fgi 2, 506-510)

Einige Teilnehmer/innen verfügen in diesem Zusammenhang über umfangreiche Kenntnisse, wo sie im Stadtteil aktiv werden könnten, um z.B. den für das gesunde Alter(n) notwendigen Sport zu realisieren.

- M: „ja und dann X hier sport [verein, d.V.] ne is da auch, [Sportverein, d.V.] da, das is auch da gibt's auch verschiedene sachen da die man da machen kann da, so kurse und tanzkurse und ja also die haben ECHT also die haben echt
- Int: haben sie da schon mal was gemacht?
- M: NEin ich bin morgens halb acht auf der arbeit, dann hab ich nachmittags keine lust mehr.“ (Fgi 2, 258-264)

Obwohl von den Diskussionsteilnehmer/innen unterschiedlichste Freizeitmöglichkeiten im Stadtteil benannt werden, ist nur eine Teilnehmerin Mitglied in einem Sportverein, eine weitere singt regelmäßig im Kirchenchor. Ansonsten werden zwar unterschiedliche Pläne diskutiert, was man im Stadtteil machen könnte, aber die eigenständige Inanspruchnahme stößt auf Teilhabebarrrieren. So nehmen Befragte bestehende Freizeitaktivitäten im Stadtteil, wie z.B. Bowlen, gerne in Anspruch, wenn diese von Seiten ihrer Wohn- oder Betreuungseinrichtungen organisiert werden. Einzeln sind sie jedoch kaum in andere soziale Strukturen, wie z.B. regelmäßige Vereinsaktivitäten, eingebunden und ihre sozialen Netzwerke sind nicht so groß, dass sie beliebte Aktivitäten selber organisieren könnten. Dies zeigt die Reaktion auf den Vorschlag, eine vorhandene Bowlingbahn intensiver zu nutzen.

- M: „ja, aber da muss man sich ja auch die leute zusammenbekommen. ich weiß nich, ob das dann so einfach is manchmal, ne. glaub ich nich, dass dat so einfach is da, dass, dass man ne gruppe zusammen kriegt.“ (Fgi 2, 181-183)

Mögliche Schwierigkeiten der eigenständigen Ruhestandsgestaltung deuten sich im Zusammenhang mit dem Thema der Zeitgestaltung am Wochenende an. Während an den Wochentagen durch die Beschäftigung in einer Werkstatt bzw. den Besuch einer Betreuungseinrichtung der Alltag positiv Struktur erhält, wird die eigenständige Organisation der Freizeit am Wochenende als Herausforderung thematisiert. Auch Teilnehmer/innen, die nach eigenen Aussagen über einen guten Bekanntenkreis verfügen, erleben die Freizeitgestaltung als anstrengend, weil sie langfristige Planungen und Verabredungen erforderlich macht, die aufgrund der psychischen Behinderung nicht immer zu leisten sind.

- I: „essen kochen oder kino gehen, theater gehen, mach ich schon, aber ich muss immer alles selber organisieren [...] zum beispiel mit der, mit der wochenendplanung, zum beispiel, das schaff ich nur alle vierzehn tage gut, weil ich nich so richtig, also höchstens in vierzehn tagen vorausgucken kann und nich in einer woche.“ (Fgi 2, 111-112; 193-195)

Während in Partnerschaften, Familien oder größeren Freundeskreisen Freizeitaktivitäten oft gemeinschaftlich geplant und durchgeführt werden, fühlen sich die Teilnehmer/innen stark auf ihre Eigeninitiative zurückgeworfen. In diesem Zusammenhang wird bedauert, dass Freizeitangebote seitens der Behindertenhilfe, wie z.B. Tagesausflüge, im

Zeichen von Ambulantisierung und Inklusion abgebaut worden sind. Dies wird als negativer Einschnitt in der eigenen Freizeitgestaltung thematisiert, auch wenn kritisch angemerkt wird, dass man bei diesen Angeboten vorrangig mit ebenfalls „gehandicapt“ Menschen zusammen gewesen sei. Der Aufbau und die Pflege von Kontakten zu Leuten, „die nicht so viele Probleme haben“ (I, Fgi 2, 177-178) wird als sehr wichtig erachtet, aber auch als schwer.

Die Interviewergebnisse illustrieren einen generellen Handlungsbedarf für Wohn- und Tagesangebote. Diese begreifen die Unterstützung von Klient/innen beim Aufbau von informellen Beziehungen in der Regel noch nicht als eine zentrale Aufgabe ihrer Tätigkeit (Dieckmann et al. 2012; Bigby 2004: 126). Insbesondere für ambulant betreute Wohnangebote ist jedoch zu erwarten, dass im Zuge der Alterung der Nutzer/innen dieser Bedarf steigen wird, da tagesstrukturierende Maßnahmen für Menschen mit einer psychischen Behinderung in diesem Hilfesetting mehrheitlich eine ‚Überbetreuung‘ darstellen würden¹³.

Die Herausforderungen der Freizeitgestaltung schlagen sich in beiden Fokusgruppen auch insofern nieder, als sich für den Ruhestand kaum Alterspläne finden¹⁴, in denen die erweiterten zeitlichen Möglichkeiten positiv mit der intensiveren Pflege von Hobbies, Lieblingsaktivitäten oder Freundschaften in Zusammenhang gebracht werden. Vielmehr beschäftigt die ‚ruhestandsnahen‘ Teilnehmer/innen die Frage, ob sie nach dem Renteneintritt in geringerem Umfang weiterarbeiten können.

I: „es kann sein, dass ich dann 400 euro job weiter mache.“

M: ja, ja, ja, das geht alles, das ist so, man muss nicht direkt aufhören. ich glaub auch nicht, dass das

I: ich hör nicht so direkt auf, das glaub ich nicht.

M: ↳ nee, das glaub ich auch nicht, ne.

I: bekommt mir auch nicht.

M: nee, ich glaub auch nicht, dass das bei mir so ist da. also ganz ohne arbeit glaub ich auch nicht. das braucht struktur, ne. und nen halben tag, ich weiß nicht, wie das dann ist. also ich weiß nicht, was für möglichkeiten, also die sind eigentlich so gegeben, ne.“ (Fgi 2, 543-552)

Für viele Menschen mit einer lebenslangen Behinderung ist Erwerbsarbeit eine zentrale Ressource für Anerkennung, soziale Kontakte, Identitätsbildung und

13 Eine Bestandsaufnahme zu den Angeboten der „Tagesgestaltung und Tagesstruktur für ältere Menschen mit Behinderung“ (Schu et al. 2014) kommt zu dem Ergebnis, dass tagesstrukturierende Maßnahmen bundesweit derzeit die häufigsten Angebote für ältere Menschen mit einer Behinderung sind. Zielgruppe der Maßnahmen sind insbesondere diejenigen, die „im dritten Lebensabschnitt eine ständige Betreuung und Unterstützung während des Tages benötigen“ (a.a.O.: 46). Dies trifft jedoch auf viele Menschen mit einer psychischen Behinderung, die ambulant betreut wohnen, nicht zu.

14 Eine Ausnahme bildet eine Teilnehmerin, die für den Ruhestand die „schöne fantasie“ hat, mit ihrem suchterkrankten Lebenspartner in einem „gebrauchten Wohnwagen“ an der Nordsee zu leben. (Fgi 1, 735-737)

Kompetenzerfahrung. Darüber hinaus bricht mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ein wichtiger Pfeiler der Alltagsorganisation weg, weil „das ist besser, wenn man dann morgens aufsteht und dann Struktur hat, ne“ (M, Fgi 2, 559-560). Allerdings verfügen die Teilnehmer/innen zwei Jahre vor dem Ruhestand noch nicht über belastbare Informationen dazu, ob in ihrer WfbM über die Altersgrenze hinaus eine geringfügige Beschäftigung überhaupt möglich wäre. Sie vermuten und hoffen dies, aber eine Thematisierung des Ruhestands scheint an ihren Arbeitsplätzen noch nicht stattgefunden zu haben. Eine vorliegende Bestandsaufnahme zur Tagesgestaltung und -strukturierung von Menschen mit Behinderung kommt zu dem Ergebnis, dass WfbM nur in Einzelfällen nach Erreichen der Regelaltersgrenze eine Weiterbeschäftigung, z.B. auf 450-Euro-Basis ermöglichen. (Schuh et al. 2014: 32) Generell wird einmal mehr die Notwendigkeit deutlich, in Werkstätten für behinderte Menschen frühzeitig Bildungsangebote zum Thema Ruhestand anzubieten, damit die Beschäftigten Alternativen zur Gestaltung ihrer freien Zeit entwickeln können (z.B. Gusset-Bährer 2011; Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. 2004; Lindmeier 2010; Sutter et al. 2009).

5. Fazit

Der demographische Wandel wird in den kommenden Jahren die Einrichtungen der Behindertenhilfe vor neue Herausforderungen stellen. Die Alterung der Nutzer/innen erfordert in allen Arbeitsbereichen eine stärkere Berücksichtigung gerontologischer Erkenntnisse sowie eine Auseinandersetzung mit den Fragen, was gutes Alter(n) in der Behindertenhilfe ausmacht und wie auch für ältere Menschen mit einer lebenslangen Behinderung Inklusion gewährleistet werden kann. Die derzeitige Praxis bezogen auf ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung, den Ruhestand über neue verpflichtende Gruppenangebote in Form tagesstrukturierender Maßnahmen zu gestalten, eröffnet nur bedingte Möglichkeit, das Alter(n) als Chance zu erleben.

Menschen mit einer psychischen Behinderung haben zwar in den letzten Jahren stärker als Menschen mit einer geistigen Behinderung von der Ambulantisierung von Wohnangeboten profitiert. Der damit verbundene Gewinn an Eigenständigkeit und Selbstbestimmung wird in der Regel positiv bewertet. Gemeindeintegrierte Wohnformen sind jedoch nicht automatisch mit sozialer Integration in das Wohnumfeld verbunden. Die Fokusgruppen zeigen, dass insbesondere im Bereich der Freizeitgestaltung die Teilhabe von Menschen mit einer psychischen Behinderung in sozialen Regelzusammenhängen wie Vereinen, Kirchengemeinden oder auch

bürgerschaftlichem Engagement eher selten ist. Generell gewinnen diese sozialen Einbettungen im Ruhestand an zusätzlicher Bedeutung für eine sinnhafte Strukturierung der arbeitsfreien Zeit. Alten- und Behindertenhilfe stehen hier vor der Aufgabe, durch Kooperation, inklusive Angebotsstrukturen sowie individuelle Unterstützung eine Gestaltung des Ruhestands zu ermöglichen, in der eigene Interessen realisiert, soziale Netzwerke erhalten und gepflegt und Möglichkeiten selbstbestimmter Teilgabe, in Form von geringfügiger Beschäftigung oder freiwilligem Engagement auch für Menschen mit einer psychischen Behinderung eröffnet werden (Dieckmann et al. 2015: 79).

Literatur

- Bauer, A./Gröning, K. (2007): Das andere Alter. Verstehende Zugänge zum Alter als Basis für Intergenerationenbeziehungen. In: Dies. (Hrsg.): Die späte Familie. Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 17-40.
- Bigby, C. (2004): Ageing with a lifelong disability: A guide to practice, program and policy issues for human services professionals. London et al: Jessica Kingsley Publishers.
- Bittles, A./Glasson, E. (2004): Clinical, social, and ethical implications of changing life expectancy in Down syndrome. In: *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46, S. 282-286.
- Bittles, A./Pettersson, P./Sullivan, S./Hussain, R./Glasson, Emma./Montgomery, P. (2002): The influence of intellectual disability on life expectancy. In: *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A, S. 470-472.
- Böhmer, A. (2015): Verfahren und Handlungsfelder der Sozialplanung: Grundwissen für die Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Buchka, M. (2012): Das Alter: heil- und sozialpädagogische Konzepte. Stuttgart: Kohlhammer.
- Burtscher, R./Heyberger, D./Schmidt, T./Driener, K. (2015): Die ‚unerhörten‘ Eltern. Eltern zwischen Fürsorge und Selbstsorge. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Chang C.-K./Hayes, R./Perera, G./Broadbent, M./Fernandes, A. et al. (2011): Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS ONE* 6(5): e19590. doi:10.1371/journal.pone.0019590. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097201/pdf/pone.0019590.pdf> [Zugriff: 12.08.2013].
- Dieckmann, F. (2008): Umwelten für Menschen im Alter. In: Flade, A. (Hrsg.): *Architektur psychologisch betrachtet*. Bern: Huber, S. 279-300.
- Dieckmann, F./Giovis, C. (2012): Der demografische Wandel bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Vorausschätzung der Altersentwicklung am Beispiel von Westfalen-Lippe. In: *Teilhabe*, 51, 1, S. 12-19.

- Dieckmann, F./Giovis, C./Roehm, I. (2016a): Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. In: Müller, S./Gärtner, C. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter: Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Heidelberg: Springer, S. 55-75.
- Dieckmann, F./Metzler, H. (2013): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Stuttgart: Kommunalverband Jugend und Soziales Baden-Württemberg.
- Dieckmann, F./Rodekohl, B./Rohleder, C. (2016b): Altern mit Chance(n) auf Teilhabe. In: Pro Alter, 1, S. 14-20.
- Dieckmann, F./Schäper, S./Thimm, A./Dieckmann, P./Dluhosch, S./Luca, A. (2015): Die Lebenssituation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Hrsg. Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Diehl, M. (2010). Optimizing Healthy Aging. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (Supplement 1), S. 57.
- Ding-Greiner, C./Kruse, A. (Hrsg.) (2010): Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Driller, E./Alich, S./Karbach, U./Pfaff, H./Schulz-Nieswandt, F. (2008): Die INA-Studie. Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe. Freiburg: Lambertus.
- Friedrich, F./Gross, R./Wrobel, M./Klug, G./Unger, A./Fellinger, M./Stüßenbacher, S./Freidl, M./Saumer, G./Wancata, J. (2015): Die Belastungen von Müttern und Vätern von Schizophreniekranken. In: Psychiatrische Praxis 42, S. 208-215.
- Greving, H./Dieckmann, F./Schäper, S./Frewer-Graumann, S. (2012): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung. Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv: Innovative Konzepte Unterstützen Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUIT). Hrsg. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster.
- Gusset-Bährer, S. (2012): Demenz bei geistiger Behinderung. München: Reinhardt-Verlag.
- Gusset-Bährer, S. (2011): Kritische Übergänge alternder Menschen mit geistiger Behinderung: Möglichkeiten zur Unterstützung am Beispiel des Übergangs in den Ruhestand. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 80, 1, S. 19-28.
- Haberfellner E. M./Rittmannsberger, H. (1994): Soziale Kontakte schizophrener Menschen – Integration oder extramurales Ghetto? In: Katschnig, H./König, P. (Hrsg.): Schizophrenie und Lebensqualität. Wien: Springer, S. 178-188.
- Haveman, M./Stöppler, R. (2010): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. 2. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hellmann, M./Borchers A./Olejniczak, C. (2007): Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie. Hrsg. Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung GMBH an der Universität Hannover. Hannover http://www.ies.uni-hannover.de/fileadmin/download/Behindert_in_Familie_01.pdf [Zugriff: 14.05.2016].

- Janicki, M. P./Dalton, A. J./Hendersons, C. M./Davidson, P. W. (1999): Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations. In: *Disability and Rehabilitation*, 21, 5/6, S. 284-294.
- Jungbauer, J./Bischkopf, J./Angermeyer, M. C. (2001): Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. In *Psychiatrische Praxis* 28, S. 105-114.
- Kingwell, E./van der Kop, M./Zhao, Y./Shirani, A./Zhu, F./Oger, J./Tremlett, H. (2012): Relative mortality and survival in multiple sclerosis: findings from British Columbia, Canada. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 83, S. 61-66.
- Köhncke, Y. (2009): Alt und behindert. Wie sich der demographische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Herausgegeben von Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin. URL: http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Alt_behindert/Alt_und_behindert_online.pdf [Zugriff: 02.05.2016].
- Kricheldorf, C./Tesch-Römer, C. (2013): Altern und soziale Ungleichheit. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 4, S. 304-305.
- Kruse, A. (2010): Ältere Menschen mit geistiger Behinderung – Anforderungen und Perspektiven der Heilpädagogik in der Gerontologie. In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 79, 4, S. 285-299.
- Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (Hrsg.) (2004): Neuland entdecken. Wenn Menschen mit Behinderung in den Ruhestand gehen. Düsseldorf.
- Lawrence, D./Hancock, K. J./Kisely, S. (2013): The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. In: *British Medical Journal* 2013;346:f2539 doi:10.1136/bmj.f2539. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660620/> [Zugriff: 12.08.2013].
- Lindmeier, B. (2010): Anders alt? Erwartungen von Menschen mit geistiger Behinderung an ihren Ruhestand. In: Schildmann, U. (Hrsg.): *Umgang mit Verschiedenheit in der Lebensspanne. Behinderung – Geschlecht – kultureller Hintergrund – Alter/Lebensphasen*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt-Verlag, S. 280-287.
- Müller, S. V./Gärtner, C. (Hrsg.) (2016): *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Nordentoft, M./Wahlbeck, K./Hällgren, J./Westman, J./Ösby, U./Alinaghizadeh, H./Gissler, M./Laursen, T. M. (2013): Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 Patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE* 8(1): e55176. doi:10.1371/journal.pone.0055176. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555866/pdf/pone.0055176.pdf> [Zugriff: 12.08.2013].
- Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl., München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Rohleder, C./Frewer-Graumann, S. (2016): Leben und Altern in Hilstrup – mit einer psychischen Erkrankung. In: Frewer-Graumann, S./Rodekohr, B. (Hrsg.):

- Regionalbericht Münster-Hiltrup. Forschungsprojekt SoPHiA. S. 100-102 (unveröff.).
- Rossow, J./Koll-Stobbe, A. (2015): Diskursive Konstruktionen und Reflektionen von Altersbildern – Ein Blick auf Sprache und Interaktionsnormen. In: Journal für Psychologie 23, 1, S. 31-54.
- Schäper, Sabine/Schüller, Simone/Dieckmann, Friedrich/Greving, Heinrich (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen: Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung; zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt "Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung (LEQUI). Münster.
- Schäper, Sabine/Graumann, Susanne (2012): Alter(n) als wertvolle Lebensphase erleben – Herausforderungen und Chancen unter Bedingungen einer geistigen Behinderung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 7, S. 630-636.
- Schmid, Rita/Spießl, Hermann/Cording, Clemens (2005): Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis 32, S. 272-280.
- Schu, Martina/Kirvel, Sandra/Oliva, Hans (2014): Abschlussbericht Tagesstruktur und Tagesgestaltung für ältere Menschen mit Behinderung. Köln http://www.fogs-gmbh.de/fileadmin/pdf_downloads/FachtagMai2014/Abschlussbericht_Tagesgestaltung_f%C3%BCr_%C3%A4ltere_Behinderte.pdf [Zugriff: 21.12.2015].
- Strauss, David/Shavelle, Robert (1998): Life expectancy of adults with cerebral palsy. In: Developmental Medicine and Child Neurology, 40, 6, S.369-375.
- Sutter, Bettina/Kägi, Ruth/Gasser, Urs (2009): „Bin ich denn jetzt alt oder jung?“- Menschen mit geistiger Behinderung im Altern begleiten. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 15, 2, S. 31-38.
- Wolf, Sylvia Mira (2013): Bedeutung der Geschwister von Menschen mit geistiger Behinderung im Erwachsenenalter unter besonderer Berücksichtigung der Elternperspektive. Dortmund <http://eldorado.tu-dortmund.de:8080/bitstream/2003/32843/1/disswolfmira.pdf> [Zugriff: 14.05.2016].
- Zwicky, Heinrich (2011): Soziale Netzwerke und institutionelle Konzepte für Menschen mit Behinderung im Alter. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 17, 2 S. 32-39.

II. Individuelle Herausforderungen

Die Bedeutung von Mobilität für gesellschaftliche Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen

Andrea Schiff

1. Einleitung

In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutung Mobilität für die gesellschaftliche Teilhabe älterer und pflegebedürftiger Menschen hat. Dies ist relevant, da immer mehr Menschen alt und hochaltrig werden und gleichzeitig am alltäglichen Leben selbstbestimmt teilhaben möchten und ihnen diese Teilhabe ermöglicht werden soll. Teilhabe wird erheblich durch die Mobilität mitbestimmt, denn der Mensch kann sich in der Bewegung wahrnehmen, sich durch Bewegung Autonomie bewahren und kann nach seinen Wünschen Räume gestalten. Mobilität ist ein vielschichtiges, interdisziplinäres Thema und macht es daher erforderlich, sich aus verschiedenen Perspektiven zu nähern. Der Fokus wird hier auf der pflegewissenschaftlichen Perspektive liegen, denn gerade für pflegebedürftige, oftmals auch hochaltrige Menschen ist die Studienlage dünn, obwohl sie einen großen Teil der von Mobilitätseinschränkung beeinträchtigten Menschen ausmachen. Anders sieht dies für die jüngeren Alten aus, die schon länger im Fokus z. B. der Gesundheitswissenschaften oder Sportwissenschaften sind.

Zunächst wird die Bedeutung von Mobilität über die gesamte Lebensspanne aufgezeigt. Danach erfolgt die Einordnung von Mobilität innerhalb präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze sowie innerhalb der Diskussion um den Begriff der Teilhabe. Der nächste Teil bezieht Mobilität auf verschiedene exemplarisch ausgewählte Lebenslagen, unter anderem die Bedeutung von Bewegung bei Menschen mit Demenz. Herausgehoben werden die Veränderungen durch den „Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, der für alle Einrichtungen nach SGB XI gelten und zurzeit implementiert wird. Es folgt ein Fazit zu Mobilität und Teilhabe vor allem bezogen auf pflegebedürftige Menschen und hier insbesondere notwendige Forschungsbedarfe.

2. Mobilität und Lebensspanne

Mobilität ist über die gesamte Lebensspanne wichtig. Dies beginnt mit der motorischen Entwicklung von Säuglingen. Bewegung ermöglicht ihnen, sich zu spüren und die Umgebung wahrzunehmen. Bewegung ist nicht nur eine physiologische Fähigkeit, sondern auch eine leibliche Erfahrung. Säuglinge machen erste Steh- und Gehversuche, um den umliegenden Raum zu überschauen und zu erobern und ihr Handlungsfeld zu erweitern. Kinder und Jugendliche benötigen Bewegungsanforderungen, um sich zu erleben und um Muskulatur aufzubauen. Deswegen ist es gerade im Jugendalter wichtig, Bewegungsarmut in Schule und häuslicher Umgebung (Medienkonsum) entgegen zu wirken (Graf et al. 2011).

Im Erwachsenenalter ist Mobilität vor allem für alltägliche Aktivitäten wie Einkauf, Wege zur Arbeit und Freizeitaktivitäten bedeutsam. Auch im Erwachsenenalter hat Bewegung eine präventive Funktion, da viele Erkrankungen auf häufiges Sitzen und zu wenig unterschiedliche und zu seltene Bewegung zurückzuführen sind (Wessinghage et al. 2013).

In den letzten Jahren rückt die Bedeutung der Bewegungsfähigkeit im Alter und bei Krankheit oder Pflegebedarf vermehrt in den Blickpunkt. Mit zunehmendem Alter findet im Körper ein Abbau der Skelettmuskelmasse statt (Zahner et al. 2014). Gerade Bettruhe, die nach akuten Erkrankungen früher verordnet wurde, kann im Alter deshalb immer weniger kompensiert werden. Letztlich bewirkt Inaktivität verlängerte Liegezeiten im Krankenhaus und eine verzögerte Rehabilitation (Becker 2006). Neben dem altersbedingten Muskelabbau führt Bettruhe also zu einer Verschärfung der Situation, da Muskulatur nicht mehr genutzt und deshalb reduziert wird. Dies geschieht so rapide, dass dem frühzeitig entgegengewirkt werden muss.

Mit Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit sind häufig weitere negative Folgen verbunden wie z. B. vermehrte Unsicherheit und Angst vor Stürzen, die die Lebensqualität und die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe erheblich einschränken können. Dies war der Anlass, Mobilitätserhalt und -förderung im Rahmen der Entwicklung von Expertenstandards in den Fokus zu nehmen, um professionelle, d.h. sowohl forschungsbasierte als auch am Individuum orientierte Konzepte in pflegerischen Einrichtungen zu implementieren.

3. Bedeutung von Mobilität für Prävention, Gesundheitsförderung und Teilhabe

Prävention

Bewegung – so ist durch viele Studien belegt – kann eine Vielzahl von Krankheitsrisiken senken (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014). Beschrieben wird die Verminderung des Risikos für Herzkrankheiten, für einen Schlaganfall, für Bluthochdruck, Diabetes, Depressionen und Krebserkrankungen. Bewegung mindert das Sturzrisiko und die Anzahl an Hüftfrakturen. Körperliche Aktivität führt zu verbesserten kognitiven Leistungen bei älteren Menschen. Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, wird gesenkt. Bewegung kann Stress- und Angstsymptome verringern. Regelmäßige körperliche Aktivität führt zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls und einem stärkeren Selbstbewusstsein (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014). Die WHO empfiehlt in der Folge dieser Studienergebnisse für alle Menschen ausreichend Bewegung, um Krankheiten zu vermeiden. Bewegung hat also einen präventiven Charakter, da durch Mobilität Krankheiten und deren Folgen vermieden werden können. Aber nicht allein die Vermeidung von Krankheit steht im Fokus der Gesundheit, sondern auch Maßnahmen, die die Gesundheit unterstützen.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung, so wurde in der Ottawa-Charta definiert, zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Kaba-Schönstein 2011). Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) weiterentwickelt worden: Gesundheitsförderung wird seitdem als ein Prozess verstanden, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese zu verbessern, indem sie auf Determinanten der Gesundheit Einfluss nehmen, d.h. sie werden befähigt, selbst Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen. Gesundheitsförderung zeigt hier deutlich die Zielrichtung auf Selbstbestimmung und Teilhabe.

Gesundheitsförderung geht also über die Prävention weit hinaus. Während bei der Krankheitsprävention Risikofaktoren zurückgedrängt oder ausgeschaltet werden, sollen in der Gesundheitsförderung die Schutzfaktoren und Ressourcen gestärkt werden, die für die Verbesserung der Gesundheitsentwicklung – in diesem Zusammenhang insbesondere die

Mobilitätsentwicklung – identifiziert werden (Hurrelmann et al. 2014). Es rückt die Gestaltung der Umwelt in den Fokus der Mobilität. Dazu zählen Rahmenbedingungen wie Räumlichkeiten und Verkehrswege. Für ältere Menschen betrifft dies vor allem die räumliche Gestaltung des direkten Wohnumfeldes und die Ausstattung mit Hilfsmitteln zur Unterstützung der Mobilität. Aber auch im weiteren Umfeld gilt es, die Möglichkeit zur Mobilität zu erhalten, um an Einkaufs- und Freizeitaktivitäten teilzunehmen.

Teilhabe

Häufig werden die Begriffe Partizipation und Teilhabe als Synonyme verwandt. Sie werden breit und unscharf ausgelegt. Übereinstimmend werden beide Begriffe immer in einem positiven Sinn gebraucht. In der neueren Diskussion werden sie allerdings unterschieden: Der Begriff Partizipation entstammt dem politischen Raum. Es geht hier um die Mitbestimmungs- und Mitentscheidungsrechte. Der Begriff der Teilhabe wird inzwischen eher als soziale Teilhabe definiert. Es geht um gesellschaftliche und soziale Eingebundenheit. Soziale Teilhabe ist in diesem Sinn als Gegenbegriff zu sozialer Ausschließung zu verstehen. Es geht also um das Eingebunden-Sein in eine soziale Gemeinschaft.

Wie gestaltet sich nun die Beziehung zwischen Professionellen und Pflegebedürftigen? In einer neueren Theorieentwicklung, die der Sozialen Arbeit entstammt, wird von Leistungsempfängern, hier pflegebedürftigen Menschen, als Co-Produzenten gesprochen (Schaarschuch et al. 2001). Diese Begrifflichkeiten sind für die Pflege erst einmal fremd. Sie lassen sich aber nutzen, um zu zeigen, dass es nicht um paternalistische, also gut gemeinte, häufig überstülpende Pflege gehen kann. Pflegebedürftige Menschen sind nach dieser Dienstleistungstheorie Co-Produzenten des Pflegeprozesses selbst. Dies gilt für die Zielbestimmung, die Interventionen und die Erfolgsbestimmung des Prozesses der Mobilitätsförderung. Professionell Pflegende und pflegebedürftige Menschen gestalten also gemeinsam Mobilitätserhalt und -förderung, beide sind Produzenten des Prozesses. Mobilitätsförderung dient dem Eingebunden-Sein und damit der sozialen Teilhabe. Die Angebote und Interventionen sind darauf auszurichten. Mobilität ist nicht durch Professionelle herstellbar, sie ist zwingend an den Wunsch zur Mobilität durch den Menschen selbst gebunden. Er oder sie produzieren den Prozess der Mobilitätsförderung mit.

4. Mobilitätsfördernde Angebote für ältere Menschen im Quartier

Ein Aspekt der Gesundheitsförderung und damit der Teilhabe und Selbstbestimmung im Alter sind Angebote, die die Mobilität älterer Menschen im Quartier unterstützen sollen. Hierzu gehören barrierefreie Zugänge zu Gebäuden, Gebrauchsgütern, die Nutzung von Verkehrswegen durch alle Menschen unabhängig davon, ob sie von Einschränkungen wie Behinderungen betroffen sind. Insofern sind Quartiere daraufhin zu überprüfen, ob sie zu mehr Mobilität und damit mehr Teilhabe an gesellschaftlichen Angeboten verhelfen.

Für Menschen in benachteiligten Quartieren lässt sich insbesondere zeigen, dass die Möglichkeiten für Mobilität und Teilhabe erheblich von den sozialräumlichen Ressourcen abhängen. Die Chancen, Barrieren zu überwinden und Hilfen zu bekommen, sind milieuhabhängig, auch wenn die individuellen körperlichen Fähigkeiten vergleichbar sind (Heusinger et al. 2013).

Im Quartier mobil zu sein heißt hier, am Leben teilhaben zu können (Heusinger et al. 2013). Es gibt eine Vielzahl an Projekten, die zu diesem Zweck in den Kommunen initiiert werden. Zu nennen wäre hier beispielsweise die „BeSITZbare Stadt“ (Meyer 2011), die darauf abzielt, Ruhe- und Treffpunkte anzubieten, indem Plätze zum Kurzzeitsitzen eingerichtet werden, die baulich kreativ und an den Bedürfnissen der älteren Menschen im Quartier ausgerichtet sind. Weitere Beispiele wären Abbau von Barrieren oder deren Überwindung mit Hilfe von Begleitservicepersonen oder Treppenlotsen. Auch sportliche Angebote wie beispielsweise altersgerechte Sportgeräte (Kardorff et al. 2008a: 253) tragen zum Muskelerhalt und -training bei.

Zudem gewinnen Konzepte der technologischen Unterstützung wie „Ambient Assisted Living“ Bedeutung für die häusliche Situation. Ziel von „Ambient Assisted Living“ ist, zu ermöglichen, dass Menschen in ihrer bisherigen Umgebung bleiben können. Technologische Lösungen wie z. B. der Einsatz von Navigationssystemen zur besseren Orientierung außerhalb der Wohnung sind zunehmend Gegenstand von Studien (Koldrack et al. 2015). Die meisten Innovationen betreffen aber vor allem technische Unterstützungssysteme von Menschen, die sich noch innerhalb der Wohnung bewegen können und in der Lage sind, selbst die technische Bedienung zu übernehmen. Sie werden aber durchaus auch innerhalb der Pflegewissenschaft kontrovers diskutiert (Büscher et al. 2010).

Insgesamt führen die veränderten Möglichkeiten dazu, dass in Einrichtungen der stationären Altenhilfe im vollstationären Bereich zunehmend Menschen mit starken Mobilitätseinschränkungen und einem erheblichen Pflegebedarf leben.

5. Mobilitätsfördernde Angebote für pflegebedürftige Menschen

Für pflegebedürftige Menschen bilden Mobilitätseinbußen ein erhebliches Risiko. Die eingeschränkte Mobilität kann zu weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit wiederum zu vermehrter Pflegebedürftigkeit führen. Dem kann mit Hilfe ausreichender Bewegung entgegengewirkt werden. Selbst hochaltrige und pflegebedürftige Menschen profitieren durch regelmäßige körperliche Aktivität. Es vermindern sich weitere Risiken, die durch Immobilität entstehen, etwa das Dekubitus- und das Kontrakturenrisiko, das Sturz- oder auch das Pneumonie- und das Obstipationsrisiko. Bei Pflegebedürftigkeit sind diese Risiken besonders hoch, so dass die positive Wirkung von Bewegung erhebliche Relevanz hat.

Wie wichtig es ist, den Mobilitätserhalt in den Fokus zu rücken, zeigt eine Studie bei Bewohnern in Pflegeheimen. Bei etwa 40 Prozent der Bewohner und Bewohnerinnen, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen zeigten, wurde innerhalb eines halben Jahres ein schleichender Mobilitätsverlust bis hin zur Bettlägerigkeit beobachtet. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit schweren kognitiven Einbußen lag diese Rate sogar bei etwa 60 Prozent (Wingenfeld et al. 2011). Für den häuslichen Bereich fehlen solche Studien.

Die oben genannten Zielbestimmungen zur Teilhabe stoßen in der pflegerischen Praxis auf erhebliche Herausforderungen. Die jetzige Generation an hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen hat mit Begriffen wie Selbstbestimmung, Autonomie und Teilhabe Schwierigkeiten, da sie zu einer Zeit aufgewachsen sind, in der diese modernen Ideale keinen so prägenden Charakter in ihrer Sozialisation hatten wie heute. „Das zwanzigste und einundzwanzigste Jahrhundert zeichnen sich durch ein ungeheures Streben nach Individualisierung, Eigenentfaltung und Mitsprache aus“, so Garms-Homolová und Theiss, die sich mit theoretischen Konzepten zur Realisierung von Selbstbestimmung und Teilhabe bei Menschen mit Pflegebedarf auseinandergesetzt haben (Garms-Homolová et al. 2008). Kardorffs Argumentation geht in eine ähnliche Richtung: er bezeichnet Teilhabe als „Modebegriff“, der nicht unkritisch gesehen werden darf, wenn es um die Entwicklung eines „Pflegemarktes“ mit „mündigen Kunden“ geht (Kardorff et al. 2008b: 74). In einer Studie ließ sich zeigen, dass es sehr schwierig ist, die tatsächlichen Wünsche und Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnern zu erfragen (Kardorff et al. 2008a). Begriffe wie Teilhabe oder Selbstbestimmung werden zwar sehr stark in der Fachöffentlichkeit diskutiert, aber nicht von den Betroffenen selbst als Bedürfnisse artikuliert. Kardorff erörtert als Grund hierfür, dass zum einen der Begriff der Selbstbestimmung sozialisationsbedingt häufig mit Ungehorsam konnotiert sei: Menschen in abhängigen Situationen, wie zum Beispiel in der Pflege, so Kardorff im

Anschluss an Bollmeyer (Bollmeyer et al. 2002), seien oft geneigt, ausdrückliche Beschwerden aus Furcht vor negativen Konsequenzen zu vermeiden. Zum anderen gebe es eine alterstypische Zurücknahme von Anspruchsniveaus, die zu einer hohen Zufriedenheit führe. Insgesamt zeige sich, dass diese Generation – er bezeichnet sie als ‚Generation Dankbarkeit‘ – ihre Situation vor allem im Vergleich zu anderen, noch bedürftigeren Menschen „neu kalibriert“ und so die Lage im Pflegeheim als recht positiv einschätzt (Kardorff et al. 2008a: 268).

Eine weitere Studie von Reuther untersuchte im Rahmen von Fallanalysen mobilitätsbeeinflussende Faktoren bei Bewohnern der stationären Altenhilfe in Deutschland (Reuther 2014). Demnach lassen sich fünf verschiedene Bewohnertypen identifizieren: Die Motivierten, die Lebenskünstler, die Resignierten, die Vorsichtigen und die Unsichtbaren. Insofern wären die Aussagen in der Studie von Kardorff (Kardorff et al. 2008a) am ehesten dem Bewohnertypus ‚die Unsichtbaren‘ zuzuordnen. Dies wären nach Reuther Bewohner, die sich maximal an die Situation anpassen, ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen und sich häufig völlig der Struktur des Heimes unterordnen. Nicht alle Menschen wünschen, ihre Handlungsspielräume zu nutzen und sich an Alltagsverrichtungen zu beteiligen. Sie erlernen und wählen bewusst Abhängigkeit. Insofern ist der Begriff der Selbstbestimmung vor dem Hintergrund von Kruses These der „bewusst angenommenen Abhängigkeit“ zu sehen (Kruse 2005).

Es gibt also keine für alle älteren Menschen in gleicher Weise geeigneten Angebote und Maßnahmen. Die Typen und Situationen sind verschieden. Angebote der Mobilitätsförderung müssen entsprechend vielfältig sein. Es gilt, für die verschiedenen Bewohnertypen ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung und Teilhabe in der Einrichtung zu erreichen und dazu entsprechende Angebote der Mobilitätsförderung zu etablieren. Dies kann nur individuell geschehen und bedarf der Akzeptanz und des Sich-Einlassens auf die jeweilige Situation der Bewohner.

Im Unterschied zur häuslichen Situation, in der sich die alten und oft auch pflegebedürftigen Menschen noch selbst bewegen, ist die Situation in der stationären Altenhilfe oftmals nicht unabhängigkeitfördernd. Aufgaben, die zuvor selbst erledigt wurden, werden als Service der Einrichtung übernommen (Zegelin 2014). Bewegungsförderung findet häufig unspezifisch und nach dem „Gießkannenprinzip“ statt (Dräger et al. 2013: 166). Gerade im Hinblick auf Bewegungsübungen im Bett und beim Transfer sind die Angebote rar. Die Angebotspalette variiert erheblich zwischen großer Vielfalt bis hin zu gar keinen Angeboten (Dräger et al. 2013: 188). Auf die Gestaltung der Angebotspalette haben die Betroffenen kaum Einfluss. Gerade für pflegebedürftige Menschen gilt, dass Bewegung für sie sinnvoll sein muss, damit sie mit Freude und einem Ziel, beispielweise mit dem Erleben von Kontakten, verbunden ist. ‚Sinnloses Turnen‘ ohne Anlass und Ziel, wie es in

der Praxis häufig der Fall ist, ist für den Einzelnen nicht wertvoll genug, da die Mühe als groß, der eigene Gewinn jedoch als zu gering empfunden wird (Zegelin 2014). Für schwer pflegebedürftige Menschen sind sportliche Angebote häufig ohnehin kaum wahrnehmbar. Für sie ist eher wichtig, wenigstens über ein geringes Maß an Eigenbewegung zu verfügen und darin Selbstbestimmung auszuüben und Selbstständigkeit zu wahren. Das Ausmaß der Eigenbewegung kann schrittweise gesteigert werden, beispielsweise durch das Konzept „Drei-Schritte-Programm“ (Abt-Zegelin et al. 2014). Gerade das Erreichen des aufrechten Standes ermöglicht eine andere Perspektive und ein Gefühl der Würde und Selbstbestimmung (Zegelin 2014). Die Gehfähigkeit wiederum führt zu einem erweiterten Handlungsspielraum, der dann mehr Teilhabe ermöglicht. Sich selbst auch aus Angeboten wieder zurückziehen zu können und nicht auf das Warten auf und die Hilfe beim ‚Rücktransport‘ angewiesen zu sein, ist ein wichtiger Rückgewinn von selbstbestimmter Lebensqualität in der Pflege alter Menschen.

Inzwischen gibt es eine Vielzahl geprüfter geeigneter Interventionen, die in der Langzeitpflege angewendet werden. Allerdings zielen die meisten auf jüngere und gesundheitlich rüstige alte Menschen ab. Die besonderen Bedarfe und darauf abgestimmte Konzepte für kognitiv eingeschränkte Menschen kommen erst allmählich in den Blick (Horn 2013).

6. Mobilitätsfördernde Angebote für Menschen mit Demenz

Das Thema Teilhabe für Menschen mit Demenz gelangt in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus und zeigt sich aufgrund deren kognitiven Einschränkungen als herausfordernd. Es braucht angemessene Formen, um Teilhabe zu ermöglichen. Insbesondere die komplexe Sprache von Broschüren und Materialien, aber auch der Mangel an und die Unkenntnis von wirksamen spezifischen Bewegungsangeboten verhindern oftmals Teilhabemöglichkeiten.

Bewegung und Demenz beeinflussen sich gegenseitig, sowohl in frühen als auch in späteren Stadien der Demenz. In vielen Studien wurde nachgewiesen, dass Bewegung das Demenzrisiko senkt (Etgen et al. 2010). Darüber hinaus wirken sich körperliche Aktivitäten auch positiv auf die Kognition von Menschen aus, die bereits an Alzheimer-Demenz erkrankt sind, wie eine Meta-Analyse von Farina et al. zeigen konnte (Farina et al. 2014). Auch bei bereits mit Demenz lebenden Menschen kommt es zu Muskelaufbau und damit zu einer Verbesserung der körperlichen Aktivitäten (Hauer 2008, 2010). Die Art des Trainings unterscheidet sich jedoch von der bei Menschen, die keine kognitiven Einbußen haben: Es bedarf bei Trainings mit Menschen mit

Demenz einer kontinuierlichen und damit vertrauten Begleitung eines Trainingsleiters und der Beständigkeit einer festen Gruppe. Der Gesprächsstil ist empathisch und die Vorgaben werden in kurzer einfacher Sprache formuliert (Hauer 2008, 2010). Menschen mit Demenz können also durchaus von Trainingsmaßnahmen profitieren, die auf die Mobilität ausgerichtet sind, wenn diese angemessen gestaltet werden. Frühere Vorstellungen, dass Rehabilitationsmaßnahmen nicht mehr sinnvoll seien, wenn eine Demenz vorliegt, wurden widerlegt (Hauer 2008, 2010; Zieschang et al. 2012). Allerdings hatten die Teilnehmenden in den genannten Studien lediglich eine leichte bis mittelgradige Demenz. Für Menschen mit schweren Demenzen ist die Datenlage zu wirksamen Interventionen bisher äußerst spärlich.

Für Menschen mit schwerer Demenz hat – so kann trotzdem vermutet werden – Bewegung ebenfalls eine hohe Bedeutung. Viele Menschen mit Demenz haben einen ausgeprägten Bewegungsdrang, der vermutlich auch mit dem Bedürfnis, sich zu spüren, in Verbindung steht. In vielen Studien wurde früher beschrieben, dass Menschen mit Demenz eine Weglauftendenz haben. Inzwischen wird jedoch zunehmend vom Phänomen der Hinlauftendenz gesprochen (Müller et al. 2008). Sprachlich drückt sich darin aus, dass ein Wunsch hinter dem Bewegungsdrang vermutet wird. Vielfach wird auch von Rastlosigkeit, Unruhe und Wandern gesprochen (Marshall et al. 2011). Unstrittig ist, dass Menschen mit Demenz häufig viele Kilometer zurücklegen, manche einen erheblichen Kalorienverbrauch (bis zu 4000 Kilokalorien) haben (Mahlberg et al. 2009). Von vielen Pflegenden wird dieses Verhalten als schwierig empfunden. Einrichtungen versuchen einerseits Aufenthalts- und Bewegungsräume zu schaffen, indem beispielsweise Sitzgruppen oder Ruhezeiten eingerichtet oder geeignete Gärten konzipiert werden. Sie probieren aber andererseits auch Bewegungsräume zu begrenzen, beispielsweise durch verdeckte Türen oder das Einrichten einer Bushaltestelle oder ‚Rundläufe‘ (Heeg et al. 2004: 12; Heeg et al. 2008), in welchen auf einer Endlosschleife gegangen werden kann, sind besonders umstritten. Wißmann beispielsweise kritisiert diese „Scheinwelten“. Sie stigmatisierten Menschen, die mit Demenz leben (Wißmann: 2015).

Oftmals ist es ein schmaler Grat zwischen der Anforderung des Schutzes und dem Ermöglichen von Autonomie (Mahler 2015: 12). Sehr stark diskutiert werden bewegungsleitende Interventionen unter den Begriffen der freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahmen. Viele sind als solche eindeutig zu identifizieren (Bettgitter oder Gurte), viele Maßnahmen sind aber nicht auf den ersten Blick als freiheitseinschränkend und damit auch mobilitätsverhindernd zu erkennen, wie z. B. tiefe Sessel, vorgestellte Tische, weggestellte Hausschuhe oder medikamentöse Interventionen zur ‚Beruhigung‘ von Bewohnern.

Im Hinblick auf soziale Teilhabe gilt es für Menschen mit Bewegungsdrang, diesen zu ermöglichen. Das Nutzen von Bewegungsräumen

und die Teilnahme an Aktivitäten wie beispielsweise Gruppengymnastik soll unterstützt werden. Es muss erreicht werden, dass Menschen mit Demenz ihrem Wunsch nach Bewegung nachgehen, aber Aktivitäten auch wieder verlassen können. Unruhe und Unterbrechungen sind konzeptionell einzubeziehen und nicht auszuschließen. Die Pflegewissenschaft bezieht beispielsweise Konzepte, die auf Vertrautheit aus der Lebensgeschichte bauen, gezielt ein, um eine gewohnte Atmosphäre für den Einzelnen zu ermöglichen (Bosch 1998).

7. Der Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege

In der Folge der genannten Bedeutung von Mobilitätsförderung wurde für Menschen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, ein Expertenstandard entwickelt, der für die Verbesserung der Pflegequalität relevant ist. Expertenstandards haben eine ähnliche Funktion wie Leitlinien. Sie bestimmen das fachliche Qualitätsniveau, das auf der Grundlage der aktuellen Forschungsliteratur und der Expertise einer Expertenarbeitsgruppe in einem ca. einjährigen Prozess festgelegt wurde. Das methodische Vorgehen ist dabei geregelt.

Von 2013 bis 2014 wurde ein Expertenstandard zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ entwickelt. Anders als in den bisher entstandenen Expertenstandards wird nicht von der Vermeidung eines Problems ausgegangen und der Blick in Richtung Risiken gelenkt, sondern bereits im Titel wird der präventive Charakter betont (Schiff 2014b).

Derzeit (2015) befindet sich der Expertenstandard zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ in der Phase der modellhaften Implementierung. Diese Erprobung wird etwa bis 2016 dauern und erst danach wird je nach Ergebnis der Expertenstandard für alle Einrichtungen, die pflegebedürftige Menschen nach SGB XI versorgen, verpflichtend. Der Expertenstandard wird also zukünftig für alle Menschen, die pflegebedürftig sind, die Versorgung beeinflussen. Es lohnt daher, einen Einblick in zentrale Aussagen des Expertenstandards im Rahmen dieses Beitrags zu geben.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Veröffentlichung des Entwurfs in der Fassung vom 14.7. 2014 (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014; Schiff 2014a).

Ziele und Begründung

Der Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung von Mobilität in der Pflege richtet sich an zwei Stellen explizit an den Themen Selbstständigkeit, Lebensqualität und Teilhabe aus. Dies ist zum ersten die Präambel, in der Grundlegendes zum Expertenstandard formuliert wird und zum zweiten die Standardaussage und Begründung, die dem Standardformular sozusagen als Überschrift vorangestellt ist. Ziel des Expertenstandards ist es, dass jeder pflegebedürftige Mensch eine pflegerische Unterstützung, die zur Erhaltung oder Förderung der Mobilität beiträgt, erhält. In der Begründung heißt es: „Eine eingeschränkte Mobilität ist ein Risiko für pflegebedürftige Menschen. Sie kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität bis hin zu einer Ortsfixierung und Bettlägerigkeit führen und mit dem Risiko weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen (wie z. B. Dekubitus, Sturz) einhergehen. Durch eine regelmäßige Einschätzung der Mobilität, differenzierte Informations- und Edukationsangebote, eine motivierende und mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung, das Angebot sowie die Koordination zielgerichteter, die Eigenaktivität fördernder Maßnahmen kann zur Erhaltung und Förderung der Mobilität beigetragen werden. Eine so verstandene pflegerische Unterstützung hat gesundheitsfördernden Charakter. Die damit erreichte Mobilität hat eine große Bedeutung für die gesellschaftliche Teilhabe.“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014: 24)

Es geht in der Zielbestimmung darum, durch Mobilitätsförderung die Eigenbewegung zu unterstützen, um mehr Selbstständigkeit zu erlangen. In der Präambel des Expertenstandards wird in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung von Mobilität als elementarer Ressource der Selbstpflege hingewiesen. Der Begriff der Selbstpflege, der auf die Selbstpflegedefizit-Theorie von Orem zurückgeht, lässt sich dahingehend für die Mobilität aufschlüsseln, als er betont: Die Legitimation von professioneller Pflege ist nur dann gegeben, wenn Menschen Einschränkungen in ihren Selbstpflegefähigkeiten erfahren, also nur dann, wenn Selbstpflege nicht möglich ist. Professionelle Pflege dient immer der Unterstützung der Selbstpflegemöglichkeiten und damit der Wiedererlangung von Selbstständigkeit. Pflegepersonen werden so zu „therapeutischen Agenten der Selbstpflege“ eines pflegebedürftigen Menschen, um dessen Erfordernisse und Bedürfnisse zu erfüllen (Hallensleben 2003: 62).

Inhalte

Das gesamte Vorgehen im Expertenstandard basiert auf wissenschaftlichen Studien, damit eine qualitativ hochwertige Pflege ermöglicht wird: die

Mobilität des pflegebedürftigen Menschen wird umfassend eingeschätzt und im Verlauf abgebildet. Es werden Faktoren erfasst, die die Mobilität beeinflussen. Zu ihnen gehören beispielsweise Schmerzen, die sich als körperlicher Faktor mobilitätshemmend auswirken, psychische Faktoren wie die Angst vor Stürzen oder auch soziale Faktoren wie zunehmende Vereinsamung. Auch materielle Auswirkungen auf Mobilität lassen sich nachweisen. So wirkt sich ein niedriger sozio-ökonomischer Status mobilitätshemmend aus. Bei der Einschätzung der Mobilität spielt der bisherige Mobilitätsstatus eine entscheidende Rolle, denn dieser ist für die Angemessenheit der Ziele relevant. Andernfalls würden Ziele an der bisherigen Lebenssituation vorbeigehen (Schiff 2014a).

Anforderungen stellt der Expertenstandard auch an die Beratung durch Pflegende. Sie führen je nach Situation eine Information, eine individuelle Beratung oder auch Anleitung durch und empfehlen bzw. zeigen geeignete Maßnahmen zur Unterstützung der Mobilität. Alle Planungen werden mit den Betroffenen und ihren Angehörigen abgestimmt. Der Expertenstandard empfiehlt hierzu – soweit möglich – evidenzbasierte Maßnahmen, die in Studien auf ihre Wirksamkeit überprüft wurden. Letztlich wird der Erfolg durch eine erneute Einschätzung der Mobilität evaluiert. Dieser Prozess kann nur gelingen, wenn entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, die beispielsweise in einem Mobilitätskonzept oder im internen Qualitätsmanagement festgelegt werden.

Die Einrichtung muss als Voraussetzung über entsprechende personelle, materielle und räumliche Ressourcen verfügen und die Umgebung mobilitätsfördernd gestalten. Gerade die Vielfalt der Anforderungen und Bedingungen verlangt von den Einrichtungen eine Fülle an Angeboten. So müssen einerseits zum Beispiel spezifische Angebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen als auch andererseits Angebote für stark mobilitätseingeschränkte Menschen aufgrund körperlicher Ursachen bereitgehalten werden. Der Expertenstandard schlägt hier je nach Setting und individuellen Voraussetzungen eine Reihe von Maßnahmen vor: beispielsweise Gruppenangebote in Kooperation mit anderen Anbietern wie etwa Sportvereinen oder Seniorentreffs im Quartier, in den Einrichtungen Buffettische für die Speisenversorgung, Sitzcken oder Gartenanlagen, die zum Verlassen der eigenen Räumlichkeiten anregen oder auch Räume für das Erlernen komplexer Bewegungsabläufe, etwa beim Tanzen oder Koordinations- und Krafttraining.

Wert legt der Expertenstandard auch auf das Fachwissen des Personals. Eine zentrale Aufgabe von Pflegefachkräften besteht in der Planung und Koordination aller Beteiligten zu dem jeweils individuellen Maßnahmenplan. Dazu ist es nötig, dass Pflegende kontinuierlich zuständig sind, also idealer Weise in einem Bezugspflegesystem mit klaren Zuständigkeiten gearbeitet wird. Dies ist auch wünschenswert, um die Koordination aller beteiligten

Berufsgruppen zu erleichtern, denn gerade beim Thema Mobilität sind verschiedene Professionen relevant und ergänzen sich gegenseitig. Der Expertenstandard empfiehlt deshalb ein koordiniertes Vorgehen zwischen Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Hausärzten und anderen Betreuungskräften. Auch die Koordination mit externen Anbietern fällt in den Aufgabenbereich von Pflegefachkräften, so dass diese sich mit den örtlichen Bedingungen auskennen sollten. Hierfür könnte von der Einrichtung entsprechendes Material zu Informationen und Kooperation im Quartier bereitgestellt werden. Pflegende verantworten dann die Organisation der Begleitung, damit eine Teilnahme und damit gesellschaftliche Teilhabe am Leben im Quartier ermöglicht werden kann.

8. Fazit und Ausblick

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Themen Mobilität und Teilhabe enge Bezüge haben. Dies gilt insbesondere für ältere, hochaltrige und pflegebedürftige Menschen. Mobilität verhilft zu mehr Selbstständigkeit, Teilhabe und Lebensqualität. Die Situationen der von Mobilitätseinschränkung Betroffenen sind dabei sehr verschieden. Von geringen physischen Beeinträchtigungen bis hin zu schweren Einbußen in der Mobilität, aber auch in Kombination mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen bis hin zu schweren Einbußen. Außerdem verbleiben die Menschen zunehmend länger im häuslichen Bereich, was durch neue technologische Möglichkeiten unterstützt wird. Die Reaktionen des Einzelnen auf Veränderungen in Mobilität und Pflegebedarf ist geprägt von unterschiedlichen Lebensgeschichten und Erfahrungen im Umgang mit Verlusten und Einschränkungen, die wiederum ein differenziertes individuelles Handeln auf Seiten der Professionellen erfordern.

Die technologischen Möglichkeiten sind vielfältig und erfordern insbesondere Studien zu Akzeptanz und Risiken sowohl der Professionellen als auch insbesondere der Rezipienten.

Es ist außerdem festzustellen, dass die Forschungslage erhebliche Lücken aufweist, wenn es um Menschen geht, die von schweren kognitiven Einbußen betroffen sind oder erheblich an Immobilität leiden. Kurz gesagt, je pflegebedürftiger die Menschen desto dürftiger ist die Forschungslage. Daher mangelt es an Konzepten und Evaluationen wie dennoch Teilhabe ermöglicht werden kann. Autonomie und Teilhabe gehen über die Wahl zwischen Sitzen und Liegen oder der Art der Kleidung hinaus. Bewegung muss als sinnvoll empfunden und daher nach individuellen Anlässen für Bewegung gesucht werden (Zegelin 2014).

Auch für schwer pflegebedürftige Menschen muss Teilhabe ermöglicht werden, die ein Eingebunden-Sein im Sinne sozialer Teilhabe bedeutet. Der Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung von Mobilität in der Pflege verhilft zu Impulsen in Einrichtungen des SGB XI. Aber auch er zeigt auf, dass bislang nur sehr wenig wissenschaftliche Ergebnisse zur Umsetzung von Konzepten vorliegen.

Literatur

- Abt-Zegelin, A./Reuther, S. (2014): Das „Drei-Schritte-Programm“ als Teil eines Interventions- und Erklärungskonzeptes für Mobilitätsförderung im Altenheim. Schritt für Schritt zur Autonomie. In: *Pflege Zeitschrift* 67 (1), S. 101-3.
- Becker, A. (2006): Schonungslose Medizin: Der neue Umgang mit dem Kranksein. In: *ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 82 (08), S. 338-342.
- Bollmeyer, C./Gültekin, J. (2002): Bewohnerbeschwerdemanagement als Herausforderung zur Leistungsverbesserung und Kundenorientierung. In: *Heim und Pflege* 33 (4), S. 114.
- Büscher, A./Rumm, P. (2010): Ambient Assisted Living und Pflegebedürftigkeit: Wie finden Anspruch und Realität zueinander? In: *Pflege Zeitschrift* 63 (5), S. 272-275.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Thema: Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht: Osnabrück.
- Dräger, D./Kölzsch, M./Wulff, I./Kalinowski, S./Ellert, S./Kopke, K./Fischer, T./Kreutz, R. (2013): Autonomie trotz Schmerz? Ressourcen und Barrieren in der Lebenswelt von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen. In: Kuhlmei, A./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter*. Göttingen: Hogrefe, S. 165-202.
- Etgen, T./Sander, D./Huntegburt, U./Poppert, H./Förstl, H./Bickel, H. (2010): Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: The INVADE study. In: *Archives of internal medicine* 170 (2), S. 186-193.
- Farina, N./Rusted, J./Tabet, N. (2014): The effect of exercise interventions on cognitive outcome in Alzheimer's disease. A systematic review. In: *International psychogeriatrics/IPA* 26 (1), S. 9-18.
- Garms-Homolová, V./Theiss, K. (2008): Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf – Theoretische Konzepte und Voraussetzungen der Realisierung. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): *Teilhabe und Selbstbestimmung in der Pflege. Konzeptionelle und methodische Überlegungen zu den Voraussetzungen*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 105-139.
- Graf, C./Klein, D. (2011): Bewegung bei Vorschulkindern: Empfehlungen und Wirklichkeit. In: *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel – Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 4 (2), S. 16-20.

- Hallensleben, J. (2003): Typologien von Pflegemodellen Diskussion ihrer Nützlichkeit unter besonderer Berücksichtigung der Typologie von AI Meleis. In: *Pflege & Gesellschaft* 8 (2), S.59-67.
- Hauer, K. (2008): Ist körperliches Training in der Rehabilitation von Patienten mit demenzieller Erkrankung erfolgreich? Ergebnisse einer randomisierten-kontrollierten Interventionsstudie; Netzwerk Altersforschung (NAR), Kongress Training bei Demenz, Heidelberg, 8.12.2008. Netzwerk Altersforschung (NAR) (Hrsg.): Heidelberg: Netzwerk Altersforschung.
- Hauer, K. (2010): Erfolgreiches motorisches Training von Patienten mit demenzieller Erkrankung?! Eröffnungskongress „Graduiertenkolleg Demenz“, 18. März 2010, Universität Heidelberg. Netzwerk Altersforschung (NAR) (Hrsg.): Heidelberg: Universitätsbibliothek der Universität Heidelberg.
- Heeg, S./Bäuerle, K. (2008): Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen. Reihe: Planen und Bauen Band 3: Frankfurt am Main: Mabuse.
- Heeg, S./Radzey, B./Kuhn, C./Weyerer, S./Schäufele, M./Rockenbach, C./Köhler, L. (2004): Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieuthérapie–Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS)–Stuttgart. URL: http://www.demenz-support.de/Repository/fundus_forschung_2004_1.pdf. [Zugriff: 14. August 2015].
- Heusinger, J./Falk, K./Kammerer, K./Khan-Zvornicanin, M./Zander, M. (2013): Chancen und Barrieren für Autonomie trotz Pflegebedarf in sozial benachteiligten Quartieren und Nachbarschaften. In: Kuhlmeiy, A./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Göttingen: Hogrefe, S. 111-136.
- Horn, A. (2013): Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Literaturrecherche: Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) (P13-148).
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollst. überarb. Aufl.: Bern: Verlag Hans Huber.
- Kaba-Schönstein, L. (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). URL: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-i-definition-ziele-prinzipien-handlungsebenen-und-strategien/?marksuchwort=1> [Zugriff: 10. Juli 2015].
- Kardorff, E. von/Meschnig, A. (2008a): Die Perspektive der Betroffenen: Ergebnisse einer Fokusgruppen-Studie. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): Teilhabe und Selbstbestimmung in der Pflege. Konzeptionelle und methodische Überlegungen zu den Voraussetzungen. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 253-284.
- Kardorff, E. von/Meschnig, A. (2008b): Selbstbestimmung, Teilhabe und selbständige Lebensführung. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): Teilhabe und Selbstbestimmung in der Pflege. Konzeptionelle und methodische Überlegungen zu den Voraussetzungen. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 61-81.
- Koldrack, P./Zam, K./Teipel, S. (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) e.V. Rostock/Greifswald, Deutschland) (2015):

- Situationsadaptive Navigationsassistentz für Menschen mit Demenz. 8. AAL-Kongress, Frankfurt 04/29/2015 – 04/30/2015.
- Kruse, A. (2005): Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 38 (H.4), S. 273-287.
- Mahlberg, R./Adler, G. (Hrsg.) (2009): Demenzerkrankungen. Erkennen, behandeln und versorgen; mit 50 Tabellen: Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Mahler, C. (2015): Menschenrechte in der Pflege. Was die Politik zum Schutz älterer Menschen tun muss: Berlin: Dt. Inst. für Menschenrechte (30).
- Marshall, M./Allan, K. (2011): „Ich muss nach Hause“: ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen: Huber.
- Meyer, B. (2011): Die besitzbare Stadt. Öffentlicher Raum und individuelle Sicherheit. 1. Aufl.: Aachen: Shaker.
- Müller, E./Dutzi, I./Hestermann, U./Oster, P./Specht-Leible, N./Zieschang, T. (2008): Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In: Pflege & Gesellschaft, Jg 13), S. 321-336.
- Reuther, S. (2014): Mobilitätsbeeinflussende Faktoren bei Bewohnern der stationären Altenhilfe in Deutschland. Factors influencing the mobility of residents in German nursing homes. In: Pflege & Gesellschaft 19 (2), S. 1-15.
- Schaarschuch, A./Flösser, G./Otto, H.-U. (2001): Dienstleistung. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 2. Völlig neu bearbeitete Aufl. Neuwied, Kriftel: Luchterland, S. 266-274.
- Schiff, A. (2014a): Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Eine wissenschaftliche Betrachtung. In: Mobilität und Mobilisation 11 (Sonderausgabe-Nr. 1), S. 6-8.
- Schiff, A. (2014b): Prävention und Pflege. Expertenstandards als pflegerisches Instrument der Prävention. In: Dr. med. Mabuse 39 (208), S. 32.
- Wessinghage, T./Morsch, A. (2013): Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bedeutung von Bewegungsmangel und sportlicher Aktivität. In: Public Health Forum 21 (2), S. 21-22.
- Wißmann, P. (2015): Nebelwelten. Abwege und Selbstbetrug in der Demenz-Szene. neue Ausg: Frankfurt am Main: Mabuse.
- Zahner, L./Donath, L./Faude, O./Bopp, M. (2014): Krafttraining im Alter: Hintergründe, Ziele und Umsetzung. In: Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie 62 (4), S. 23.
- Zegelin, A. (2014): Autonomie im Alter. Die Rolle der Mobilität. In: Dr. med. Mabuse 39 (212), S. 24-26.
- Zieschang, T./Hauer, K./Schwenk, M. (2012): Körperliches Training bei Menschen mit Demenz. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 137 (31-32), S. 1552-1555.

Zur Bedeutung des Wohnens für die soziale Teilhabe älterer Menschen

Yvonne Berg und Johannes Jungbauer

1. Einleitung

In diesem Beitrag soll die wichtige Bedeutung des Themas Wohnen für die Lebensqualität und die soziale Teilhabe älterer Menschen herausgearbeitet werden. Der Fokus liegt dabei auf Menschen, die durch altersbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder Behinderungen eingeschränkt sind und deswegen spezifische Anforderungen bewältigen müssen (Mietzel 2014). Zugleich haben repräsentative Studien gezeigt, dass mehr als zwei Drittel der körperlich und kognitiv eingeschränkten älteren Menschen in der eigenen häuslichen Umgebung leben wollen (Motel et al 2000; MGEPA 2013; Spangenberg et al. 2013). Gerade unter den Bedingungen von Mobilitätseinschränkungen und nachlassender Leistungs- und Anpassungsfähigkeit wird das Wo und Wie des Wohnens besonders bedeutsam für das Wohlbefinden, die subjektive Lebensqualität und die selbständige Lebensführung älterer Menschen (Adler et al. 2000; Spangenberg et al. 2012). Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden wohnraumbezogene Möglichkeiten und Lösungen speziell für diese Personengruppe dargestellt. So sollen u.a. die Wohnungsanpassung sowie die ambulanten Wohnformen skizziert werden, die sich in den letzten Jahren als Wohnungen mit und ohne Hilfesystem entwickelt haben. Weiterhin werden Möglichkeiten und Grenzen unterschiedlicher Wohnformangebote im Hinblick auf Inklusion und Teilhabe betrachtet. Abschließend wird das Beratungskonzept KoWo *inklusiv* vorgestellt werden, dass in der StädteRegion Aachen als inklusionsorientiertes wohnraumbezogenes Angebot für behinderte und pflegebedürftige Menschen entwickelt wurde.

2. Historische und anthropologische Aspekte des Wohnens

Betrachtet man die Geschichte des Wohnens, so ist festzustellen, dass die Entwicklung des Wohnens und der Wohnverhältnisse immer auch im Zusammenhang mit zeitlichen, örtlichen sowie sozio-strukturellen Gegebenheiten zu sehen war. Schon immer war Wohnen sowohl Ausdruck von

Individualität als auch Indikator für den sozialen Status einer Person („Zeige mir deine Wohnung und ich sage dir, wer du bist.“). Sicherlich haben sich durch den technischen und gesellschaftlichen Fortschritt die Ansprüche an Wohnen und die Qualität von Wohnungen stark gewandelt, doch blieben grundlegende Wohnbedürfnisse immer bestehen: Einerseits der Wunsch, eine Bleibe, eine Unterkunft, ein schützendes Dach über dem Kopf zu haben. Andererseits das Bedürfnis nach einem Zuhause, einem bestimmten Ort und Wohnumfeld, in dem man beheimatet und verwurzelt ist (Bollnow 1997; Tyll 2014). Wohnen als existenzieller Teil des menschlichen Seins wird heute als so entscheidend angesehen, dass es als ein Grund- und Menschenrecht im deutschen Grundgesetz verankert ist (§ 13 Abs. 1 GG: Die Wohnung ist unverletzlich). Die Wohnung und das Wohnumfeld sind damit nicht nur Aufenthalts- und Rückzugsmöglichkeit, Ort des Privaten und der Individualität, sondern auch ein Raum des Kontakts und der Gemeinschaft. Das Wohnumfeld, welches sich auf ein bestimmtes Quartier bezieht (Wohngebiet, Siedlung, Stadtteil, Dorf, Straße, Bezirk), also ein überschaubarer Handlungsrahmen, mit der eine räumliche Identität einhergeht, bietet neben einem ausreichenden Angebot an infrastrukturellen Angeboten (Bank, Post, Supermarkt, Friseur, Arzt und Apotheke) bestenfalls auch die Bereitstellung kultureller, kommunikativer und bildungsnahe Angebote (Ries 2012). Die Wohnung und das Wohnumfeld dienen insgesamt der Bedarfs- und Bedürfnisbefriedigung des Menschen. Dabei werden nicht nur individuelle Funktionen wie die Sicherstellung von Grundbedürfnissen und höheren Bedürfnissen bedient (Hieber et al. 2003), sondern gleichsam auch gesellschaftlich-normativ relevante Aspekte in Form einer Adresse, die eine große Bedeutung hinsichtlich aufenthalts- bzw. sozialrechtlicher Belange hat (Tyll 2014). Wohnen ist somit insgesamt betrachtet ein wichtiger Baustein eines bio-psycho-sozialen Konzeptes gesundheitsbezogener Lebensqualität (Schumacher et al. 2003) in der Mensch-Umwelt-Passung (Schulz-Nieswandt 2006).

3. Wohnbedürfnisse älterer Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Gerade in der Lebensphase des höheren Erwachsenenalters (etwa ab dem 65. Lebensjahr) steigt die Wahrscheinlichkeit für Veränderungen im Passungsverhältnis von Wohnbedürfnissen und Wohnverhältnissen. So verbringen ältere Menschen oft deutlich mehr Zeit in ihrer Wohnung und dem unmittelbaren Wohnumfeld als jüngere (Wüstenrot Stiftung 1999). Dies liegt

unter anderem auch daran, dass in dieser Lebensphase typischerweise der Übergang von der Berufstätigkeit in den Ruhestand erfolgt und damit „die Ausgliederung aus einem relevanten Funktionszusammenhang“ gesellschaftlicher Teilhabe (Schönbrodt/Veil 2013: 356). Plötzlich ist das tägliche Verlassen der Wohnung zum Zwecke einer Erwerbstätigkeit nicht mehr zwingend erforderlich. Studien haben gezeigt, dass ältere Menschen die Wohnung durchschnittlich nur noch für etwa drei Stunden täglich verlassen (Tyll 2014). Die Wohnung als Aufenthaltsort steht somit deutlich stärker im Mittelpunkt der individuellen Lebens- und Erlebenswelt. Die in der Wohnung lebenden älteren Menschen müssen sich zudem oft mit den neuen Anforderungen hinsichtlich der Gestaltung des (gemeinsamen) Lebensalltags auseinandersetzen und sich auf die sich veränderten zeitlichen, finanziellen sowie sozialen Rahmenbedingungen einstellen (Jungbauer 2009; Kaiser 2014). Wie diese Anpassung an die veränderte Lebenssituation erfolgt, hängt wesentlich vom Gesundheitszustand der älter werdenden Menschen bzw. vom Vorhandensein physischer und kognitiver Beeinträchtigungen ab. Darüber hinaus ist jedoch auch die subjektive Sicht der Betroffenen bedeutsam, bezogen auf das eigene positive bzw. negative Altersbild. Spangenberg et al. (2012) konnten hier einen direkten Zusammenhang im Hinblick auf die Präferenz bestimmter Wohnformen nachweisen: So trauen sich ältere Personen mit einem positiven Altersbild eher zu, selbstständig ohne Hilfesystem in den eigenen vier Wänden wohnen zu bleiben, während Menschen mit einer pessimistischen bzw. defizitären Sichtweise des Alters eher institutionelle Wohnformen mit einem Unterstützungssystem vorziehen.

Chronische körperliche Krankheiten (wie z.B. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Muskel- und Skelettsystems bzw. der Lungen und Atemwege) sowie das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) werden mit zunehmendem Lebensalter wahrscheinlicher (Nowossadeck/Nowossadeck 2011; Saß et al. 2009). Viele körperliche Erkrankungen führen zu Defiziten in der Geh- und Bewegungsfähigkeit, die unter Umständen Hilfe innerhalb und außerhalb des Haushalts bedingen (Schönbrodt/Veil 2013; Tyll 2014). Ohne eine solche Hilfe oder entsprechende Anpassungen kann die Treppe ins Obergeschoss zum unüberwindbaren Hindernis und das Bad in der Wanne zum gefährlichen Verletzungsrisiko werden. Doch nicht nur körperliche Einschränkungen haben Einfluss auf sich verändernde Wohnbedürfnisse, sondern auch alterskorrelierte kognitive Beeinträchtigungen, wie sie z.B. aufgrund eines Schlaganfalls oder einer Demenzerkrankung auftreten. So steigt das Risiko für einen Schlaganfall bei der Altersgruppe der über 65-jährigen erheblich an (Wilhelm/Lauer 2002; Heuschmann et al. 2010). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen nimmt mit dem Alter sogar exponentiell zu (Ziegler/Doblehammer 2009; Alzheimer

Association 2015). Hirnorganisch bedingte kognitive Störungen führen oftmals zu Problemen hinsichtlich der situativen, der zeitlichen und örtlichen Orientierungs- und Handlungskompetenz der Betroffenen. Sie brauchen daher technische und menschliche Hilfssysteme, die innerhalb der vertrauten Umgebung sowohl Orientierung, Sicherheit als auch Betreuung gewährleisten.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass die eigene Wohnung und das Wohnumfeld Orte sind, an denen wichtige Grundbedürfnisse befriedigt werden, benötigen körperlich und kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen bedürfnisangepasste Hilfestellungen und Maßnahmen. In den meisten Fällen wünschen sich die Betroffenen, in den vertrauten eigenen vier Wänden wohnen bleiben zu können. Je nach Problemlage kann dann etwa eine Anpassung der Wohnung bzw. des Wohnumfelds oder die Schaffung von ehrenamtlichen bzw. professionellen Hilfen sinnvoll sein. Im Idealfall kann älteren Menschen dadurch trotz vorhandener Einschränkungen und Behinderungen weitgehende Selbstständigkeit und damit die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Welche konkreten Möglichkeiten dafür bestehen, soll im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

4. Bedarfsgerechtes Wohnen – Möglichkeiten und Grenzen

Zunächst erscheint es an dieser Stelle sinnvoll, die Begriffe der Pflegebedürftigkeit sowie der Behinderung genauer zu explizieren, da diese insbesondere für sozialrechtlich fundierte Lösungen in Bezug auf Wohnen von entscheidender Bedeutung sind.

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) ist, wer gemäß § 14 Abs.1 SGB XI u. a. wegen einer körperlichen oder geistigen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedarf (Caritasverband 2015). Von den rund 2,6 Millionen pflegebedürftigen Menschen, die in Deutschland leben, sind knapp 80 Prozent älter als 65 Jahre. Zudem werden sieben von zehn pflegebedürftigen Menschen mit familiärer und/oder professioneller Unterstützung in der Häuslichkeit versorgt (destatis 2015), was die Bedeutung der eigenen Wohnung als Lebensmittelpunkt auch bei körperlicher bzw. geistiger Krankheit oder Behinderung untermauert.

Um den Begriff der Behinderung differenziert zu beschreiben, wird heute in der Regel die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) herangezogen. Die ICF ist ein Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Erfassung

möglicher Beeinträchtigungen einer Person vor dem Hintergrund ihrer sozialen und physikalischen Umwelt. Als zentrale zu betrachtende Bereiche werden körperliche Schädigungen, Aktivitätsbeeinträchtigungen und Partizipationseinschränkungen betrachtet; ferner werden auch die individuellen Einflüsse von Person sowie Umwelt erfasst, in der sie lebt. Diese multifaktorielle Definition berücksichtigt, dass eine Behinderung nicht nur aus einer körperlichen Schädigung heraus entstehen kann, sondern dass auch Barrieren in der Umwelt zu Einschränkungen von Aktivitäten und damit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft führen (Puschke 2005). Dies lässt sich gerade am Beispiel des Wohnens verdeutlichen: Wenn ein älterer Mensch, der in seinen Aktivitäten, seiner Wahrnehmung oder Orientierung eingeschränkt ist, seine Wohnung nicht verlassen kann, ist er im Sinne der ICF behindert. In gleicher Weise trifft dies zu, wenn er wichtige Versorgungsmöglichkeiten in seinem Wohnumfeld (z.B. Supermarkt, Arzt, Apotheke) aufgrund struktureller und geographischer Hürden (z.B. durch zu große Entfernungen, Gefälle oder Barrieren) nicht erreichen kann. Er kann dann sein Bedürfnis, am Gemeinschaftsleben zu partizipieren, nicht oder nicht ausreichend befriedigen, wodurch seine Lebensqualität deutlich eingeschränkt wird.

Behinderung und Pflegebedürftigkeit sind vor diesem Hintergrund nicht einfach nur individuelle Probleme älterer Menschen und ihrer Angehörigen, die bemüht sind, vorhandene Beeinträchtigungen und Handicaps zu kompensieren (Mietzel 2014). Vielmehr ist Behinderung auch ein gesellschaftliches Problem, indem Betroffene durch Normalitätskonstruktionen, Barrieren und Ausgrenzungsmechanismen daran gehindert werden, ein selbstbestimmtes Leben zu führen (Göttgens/Schröder 2014).

Damit die angestrebte Teilhabe älterer Menschen in einer modernen, funktional ausdifferenzierten Gesellschaft wie der unsrigen (Kleve 2003) möglich ist, wurde in den letzten Jahren eine Vielzahl von Lösungsansätzen entwickelt, die auf eine verbesserte Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ansprüche älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Versorgung, Behandlung, Betreuung, Begleitung, Förderung und Aktivierung innerhalb der Wohnung und des Wohnumfeldes abzielen (Schulz-Nieswandt 2013). Ein wichtiger Ausgangspunkt für die Entwicklung alters- und bedarfsgerechter Wohn- und Versorgungskonzepte ist die politische Forderung nach Inklusion. Inklusion kann als das Streben nach maximaler Teilhabe- und Verteilungsgerechtigkeit für sämtliche Mitglieder einer Gemeinschaft oder eines sozialen Systems definiert werden. Für einen funktionierenden Inklusionsprozess wird sowohl die wechselseitige Anerkennung der Ansprüche aller Menschen vorausgesetzt, als auch die bedingungslose Anerkennung der Menschenrechte auf Basis einer

gemeinsamen demokratischen Öffentlichkeit (Siller 2013). Die allgemeinen Menschenrechte gelten in dem Prozess als nicht verhandelbare Orientierungspunkte für weitere Übereinkünfte (Kuhlmann 2012) und bilden damit das Fundament aller Überlegungen, aller Kommunikation und Auseinandersetzung zur Umsetzung von Inklusion. Sie regeln die Rechte für ein menschenwürdiges Leben, u. a. das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard in Bezug auf das Thema Wohnen und die Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben (Berg 2014). Eine Übereinkunft, die als Basis der hiesigen Inklusionsbemühungen dient, stellen die 2008 in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonventionen (UN BRK) dar. Dort werden u.a. ausreichend Maßnahmen gefordert, die ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben am Aufenthaltsort der eigenen Wahl unter Berücksichtigung des Zugangs zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen ermöglichen sollen. Ob bzw. inwieweit dieser Anspruch in der Praxis umgesetzt wird und werden kann, ist Gegenstand des aktuellen gesellschaftlichen Diskurses.

Nach aktuellen Forschungsbefunden wohnen neun von zehn älteren Menschen in ihrer vertrauten ‚normalen Wohnung‘ und beabsichtigen, dies auch weiterhin zu tun (BMVBS 2011; Kaiser 2014). Um den Standard und den Komfort für eine entsprechende Lebensqualität in der eigenen Wohnung und im Umfeld auch unter Berücksichtigung von kognitiven und körperlichen Einschränkungen für ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes, partizipatives Leben aufrecht erhalten zu können, wurden unterschiedliche Fachberatungsstellen auf verschiedenen Ebenen eingerichtet. So gibt es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen neben dem Fachreferat des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) das Landesbüro „Altengerechte Quartiere.NRW“. Beide stellen gezielt konzeptionelle und methodische Strategie- und Handlungskonzepte für altersgerechte Quartiersentwicklung und kommunale Versorgungsstrukturen bereit (MGEPA 2013). Darüber hinaus gibt es regionale Fachberatungsstellen, wie z.B. Wohnberatungen, die mittels telefonischer und/oder aufsuchender Beratung konkrete individuelle Lösungsmöglichkeiten hinsichtlich erforderlicher Wohnungsanpassung für die Betroffenen und deren (pflegende) Angehörige anbieten (Tyll 2011, 2014; Wüstenrot-Stiftung 1999). Das niedrigschwellige Beratungsangebot reicht dabei von Ausstattungsänderungsvorschlägen hinsichtlich der Sturzprophylaxe (z.B. das Entfernen von Teppichen und Läufern) und des Brandschutzes (z.B. das Anbringen von Rauchmeldern) über den Einsatz und Erhalt von Hilfsmitteln bis hin zu baulichen Maßnahmen, insbesondere im Eingangs- und Badezimmerbereich. Darüber hinaus informieren die Wohnberatungsstellen zu potenziellen sozialrechtlichen (z.B. Pflegeversicherung und

Eingliederungshilfe), wohnungswirtschaftlichen (z.B. Förderkredite der Kreditbank für Wiederaufbau) sowie der regionalpolitisch motivierten (z.B. Förderprogramm der Städteregion Aachen) Finanzierungsquellen (Berg 2014).

Sollte ein Umzug in eine andere Wohnung vorstellbar bzw. unumgänglich sein, werden ältere Menschen unter Berücksichtigung ihres individuellen Unterstützungsbedarfs darüber informiert, welche alternativen Wohnformen es gibt. Als Beispiele sind neben barrierefreien (Alten-)Wohnungen (ohne Service) das ambulant Betreute Wohnen zu nennen (auch: Servicewohnen bzw. Wohnen mit Service), ferner Pflegewohngemeinschaften (insbesondere für Demenzbetroffene), Gemeinschafts- bzw. Mehrgenerationenwohnen oder Seniorendörfer. Für schwer und schwerst beeinträchtigte ältere Menschen bestehen darüber hinaus die Optionen der vollstationären Versorgungswohnformen, wie Pflegeheim oder Seniorenresidenz (Tyll 2014; Ries 2012).

Alle ambulant genannten Wohnmodelle, die sich seit etwa Mitte der 1990er-Jahre entwickelt haben, zeichnen sich in der Regel durch die räumliche Barrierefreiheit bzw. Barrierearmut aus (Kaiser 2014). Dies bedeutet, dass die baulichen Anlagen in der Wohnung und im direkten Umfeld so beschaffen sind, dass sie für Menschen mit kognitiven und physischen Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Ferner muss die Anbindung an erforderliche Versorgungssysteme in der näheren Umgebung gegeben sein (Kremer-Preiß/Krämer 2014; Loeschke et al 2012). Fakt ist, dass derzeit deutlich mehr barrierefreie bzw. barrierearme Wohnungsangebote benötigt werden, als auf dem Wohnungsmarkt angeboten werden. Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung wird sich der bestehende Mangel an bedarfsgerechten und integrierten Wohnangeboten mit und ohne Service in den kommenden Jahren noch verschärfen (Kremer-Preiß/Krämer 2014). Schon heute besteht eine bundesweite Angebotslücke von über einer Million barrierearmer bzw. barrierefreier Wohneinheiten, davon ein Viertel allein in Nordrhein-Westfalen (KDA/Wüstenrot Stiftung 2014). Dieses eklatante Defizit können natürlich selbst die kompetentesten Beratungsangebote nicht ausgleichen.

Bekanntermaßen lehnt der überwiegende Teil der älteren Menschen das Wohnen in einem konventionellen Pflegeheim klar ab (Kaiser 2014). Zugleich ist das breite Spektrum der alternativen Wohnformen bei älteren Menschen wenig bekannt und präsent. Zwar geben die Wohnberatungsstellen in Form von Informationen und Öffentlichkeitsarbeit auch Auskunft über Angebote in den entsprechenden Einzugsgebieten, jedoch findet in der Regel keine direkte Vermittlung und Umzugsbegleitung statt, da ein dafür erforderliches Case-Management in den bestehenden Konzepten der Wohnberatungen nicht

vorgesehen ist. Dieser Umstand kann durchaus als Versorgungslücke in der Wohnraumberatung für ältere Menschen verstanden werden: Was nützt die Information, dass es grundsätzlich alternativen bzw. barrierefreien Wohnraum gibt, wenn der Klient aufgrund seiner kognitiven bzw. körperlichen Einschränkung nicht in der Lage ist, die dafür erforderlichen Schritte ohne Hilfe und Begleitung zu bewältigen? Nicht selten scheitert der Umzug in eine barrierefreie Wohnung auch daran, dass die finanziellen, gesetzlichen und logistischen Voraussetzungen für eine Anmietung bzw. für den Kauf und den Umzug von den Betroffenen nicht erfüllt werden können.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, bestehende Beratungs- und Hilfeangebote so anzupassen, dass vorhandene Barrieren in der Wohnraumberatung überwunden werden können. Darüber hinaus müssen innovative Praxiskonzepte entwickelt werden, die auf eine verbesserte Passung von Wohnbedürfnissen und regionaler Wohnraumbereitstellung abzielen. Nur so kann unseres Erachtens der Anspruch der Inklusion für ältere, behinderte und pflegedürftige Menschen adäquat eingelöst werden.

5. KoWo *inklusiv* – ein inklusionsorientiertes Hilfskonzept zur Umsetzung bedarfsgerechten Wohnens

Das Konzept „Koordinationsstelle Wohnen *inklusiv*“ (KoWo *inklusiv*) wurde im Rahmen der Masterthesis der Erstautorin an der Kath. Hochschule Nordrhein-Westfalen in Aachen entwickelt (Berg 2014). Es handelt sich um ein inklusionsorientiertes Handlungskonzept zum Zweck einer optimierten Verfügbarkeit von Wohnraum, der den spezifischen Bedürfnissen alter, behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter Menschen Rechnung trägt. Im Sinne der angestrebten Praxisreife wurde KoWo *inklusiv* modellhaft auf die Gegebenheiten in der StädteRegion Aachen zugeschnitten. Das Konzept beinhaltet eine doppelte Zielsetzung:

- 1) Erstens sollen sämtliche verfügbare Informationen hinsichtlich barrierearmer bzw. barrierefreier Wohnungen bzw. alternativer Wohnformen systematisch erfasst werden. Bei dem Aufbau einer entsprechenden Datenbank werden die Kommunen, Sozialämter, Wohnungsgesellschaften und Wohnformanbieter aktiv einbezogen. Die Sammlung, Bündelung und Verwaltung dieser Daten wird im Sinne einer für alle Beteiligten gewinnbringenden Kooperation und Vernetzung durchgeführt (Deller 2009).

- 2) Zweitens sollen pflegebedürftige und/oder behinderte Menschen sowie deren Angehörige individuell und im Sinne des Case-Managements im Hinblick auf bedürfnisgerechtes Wohnen beraten und begleitet werden. Dieses Unterstützungsangebot ist insbesondere für komplexe Problemkonstellationen konzipiert. Es umfasst eine detaillierte Fallanalyse, eine proaktive Prozessbegleitung sowie eine individuelle Beratung im Hinblick auf passgenaue Wohnlösungen.

KoWo *inklusiv* fokussiert somit prinzipiell drei Zielgruppen: Erstens unterstützt es behinderte und pflegebedürftige ältere Menschen sowie deren Familienangehörige bei der Suche nach adäquatem Wohnraum. Zweitens unterstützt es Kommunen und Wohnungsanbieter dabei, bedarfsgerechten Wohnraum bereitzustellen und zu vermitteln. Drittens unterstützt es Gesellschaft und Politik dabei, die Herausforderungen der alternden Gesellschaft zu bewältigen und im Sinne des Inklusionsgedankens innovative Lösungen zu entwickeln.

Neben den o.g. Praxisaufgaben beinhaltet das Konzept von KoWo *inklusiv* auch begleitende Praxisforschung im Sinne einer detaillierten Dokumentation und Evaluation der geleisteten Arbeit. Das Forschungsdesign orientiert sich hierbei an den Grundprinzipien der Handlungsforschung (action research), welche die enge Verschränkung von Praxis und Forschung beinhaltet und auf die unmittelbare Rückspeisung von Forschungsergebnissen in die Praxis abzielt (Mühlhäuser et al. 2012). Durch die im Forschungsdesign implementierten Rückkopplungsschleifen kann sowohl auf der System- als auch auf der Fallebene bei Bedarf entsprechend nachjustiert werden (Abb. 1).

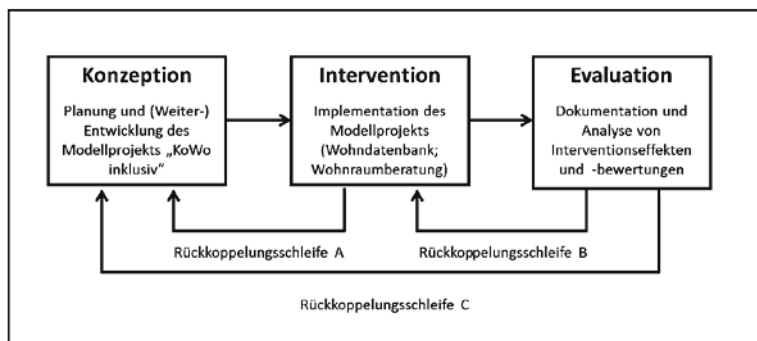


Abbildung 1: Design der wissenschaftlichen Begleitstudie

KoWo *inklusiv* zielt auf eine synergetische Win-Win-Situation für alle Prozessbeteiligten ab: Durch gezielte Steuerung von Angebot und Nachfrage können Mehrfach-, Mangel- oder Fehlberatungen reduziert und dadurch die

Belastung der Betroffenen minimiert werden. Der Leerstand und die Fehlbelegung von potenziellen barrierearmen/-freien Wohnungen kann vermieden werden. Aus der Analyse der gesammelten quartiersbezogenen Daten bezüglich der barrierefreien/-armen Wohnmöglichkeiten lassen sich darüber hinaus Entwicklungstrends ablesen, die hinsichtlich kommunaler Städtebauplanung und -entwicklung relevant sind. Zusammenfassend stellt KoWo *inklusiv* damit für ältere, behinderte Menschen einen wichtigen Impuls zur Verwirklichung von deren Inklusion und damit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dar.

6. Fazit

Wohnen kann als elementares Grundbedürfnis und als unveräußerliches Grundrecht betrachtet werden. Dies ist auch und gerade für ältere Menschen bedeutsam, die von gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen betroffen sind. Allerdings ist es keine leichte Aufgabe, bedürfnisgerechtes Wohnen auch für diese Adressatengruppe zu gewährleisten. Um in diesem Sinne Inklusion zu erreichen, müssen zahlreiche systemimmanente, strukturelle, soziale sowie individuelle Schwierigkeiten bewältigt werden. Bundesweit stehen nicht genug barrierefreie bzw. barrierearme Wohnungen und alternative Wohnformangebote zur Verfügung, so dass der diesbezügliche Bedarf der älteren Menschen mit Behinderungen nicht flächendeckend bedient werden kann (DGfM 2011; Kremer-Preiß/Krämer 2014).

Die oben skizzierten spezifischen Beratungsangebote sowie die genannten Wohnformmöglichkeiten stellen unseres Erachtens eine wertvolle Ressource in Hinblick auf die Realisierung einer inklusionsorientierten bedarfsgerechten Wohnlandschaft dar. Jedoch lässt sich nicht leugnen, dass diese stark geprägt sind von den Strukturen in den einzelnen Bundesländern und dem politischen Willen, diese zu fördern und zu unterstützen (BAG 2015). Hinzu kommt, dass die an die (zum Teil sehr komplexen) Bedarfe der älteren Menschen angepassten Wohnungsmöglichkeiten oftmals mit einem im Vergleich zum ortsüblichen Mietspiegel höheren Durchschnittsmietpreis einhergehen. Dies führt nicht selten dazu, dass einkommensschwachen älteren Menschen der Zugang zu diesen Angeboten zusätzlich erschwert oder gar verwehrt wird. Zudem lässt sich in der Praxis beobachten, dass die regional handelnden professionellen Akteure (z.B. Beratungsstellen, Sozialhilfeträger, Kommunen) und Anbieter (z.B. Wohnungsgesellschaften, Privateigentümer) nicht oder nur unzureichend miteinander kooperieren, um über die Sektorengrenzen hinweg Lösungsansätze zu verbessern bzw. neu zu entwickeln, die die Hürden der

Partizipation und Aktivität für körperlich und kognitiv geschädigte Menschen abbauen und so eine gleichberechtigte Beteiligung aller Betroffenen ermöglichen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass in der bestehenden Angebotslandschaft noch geeignete Lösungsansätze hinsichtlich mehrdimensionaler komplexer Unterstützung fehlen, um die Forderung eines inklusionsorientierten bedarfsgerechten Wohnens einzulösen. Das oben skizzierte Unterstützungskonzept KoWo *inklusive* stellt in diesem Zusammenhang ein praktikable und unseres Erachtens sehr erfolgversprechende Handlungsoption dar.

Literatur

- Adler, G./Tremmel, S./Brassen, S./Scheib, A. (2000): Soziale Situation und Lebenszufriedenheit im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33, S. 210-216.
- Alzheimer Association (2015): Alzheimer und Demenzforschung. Derzeitiger Kenntnisstand. Verfügbar unter <http://www.alz.org/de/forschung-alzheimer-demenz-gehirn.asp> [Zugriff: 26.08.2015].
- BAG/Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung. Landesarbeitsgemeinschaften der BAG Wohnungsanpassung (2015): Verfügbar unter <http://www.wohnungsanpassung-bag.de/bundeslaender.html> [Zugriff: 30.08.2015].
- Berg, Y. (2014): Bedarfsgerechtes Wohnen von Schlaganfallpatienten – Möglichkeiten und Grenzen eines inklusionsorientierten Kooperationsmanagements. Aachen: Master-Thesis an der Kath. Hochschule NRW/Aachen.
- BMVBS/Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Forschungen Heft 147. Berlin.
- Bollnow, O. F. (1997): Mensch und Raum. Stuttgart: Kohlhammer.
- Caritasverband (2015) (Hrsg.): Das neue SGB XI mit eingearbeitetem 1. Pflegestärkungsgesetz. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Deller, U. (2009): Kooperationsmanagement. Eine allgemeine Perspektive. Opladen: Budrich.
- Destatis (2015): Statistisches Bundesamt. Zahlen der Pflegebedürftigen 2013. Wiesbaden. Verfügbar unter <http://bit.ly/1LguWzV> [Zugriff: 29.08.2015].
- Dgfm/Deutsche Gesellschaft für Mauerwerks- und Wohnungsbau e.V. (2011): Bedarf an seniorengerechten Wohnungen in Deutschland. Studie des Pestel-Instituts. Hannover.
- Göttgens, C. K./Schröder, M. (2014): Die ICF als Schlüssel für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Zeitschrift für Heilpädagogik, 65(1), S. 28-38.
- Heuschmann, P. U./Busse, O./Wagner, M./Endres, M./Villringer, A./Röther, J./Kolominsky-Rabas, P. L./Berger, K. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und

- Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie*, 37, S. 333-340.
- Hieber, A./Oswald, F. Wahl, H.-W./Mollenkopf, H. (2005): Die Übereinstimmung von Wohnbedürfnissen und Wohnbedingungen und ihr Einfluss auf die erlebte Stadtteilverbundenheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, S. 293-300.
- Jungbauer, J. (2009): *Familienspsychologie kompakt*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Kaiser, G. (2014): *Bauen für ältere Menschen. Wohnformen – Planung – Gestaltung – Beispiele*. Köln: Müller.
- KDA/Wüstenrot Stiftung (2014): *Wohnatlas*. Köln: KDA.
- Kleve, H. (2003): *Konstruktivismus und Soziale Arbeit*. Aachen: Kersting.
- Kuhlmann, C. (2012): Der Begriff der Inklusion im Armuts- und Menschenrechtsdiskurs der Theorien sozialer Arbeit. Eine historisch-kritische Annäherung. In: H.-J. Balz, B. Benz & C. Kuhlmann (Hrsg.). *Soziale Inklusion*, S. 35-58. Wiesbaden: Springer.
- Kremer-Preiß, U./Krämer, S. (2014): Wohnen im Alter. Rahmenbedingungen und Strategien der Bundesländer. *Pro Alter*, 46, S. 19-25.
- Loeschke, G./Pourat, D./Max, L. (2012): *Barrierefreies Bauen. Kommentar zu DIN 18040-2*. Berlin: Beuth.
- MGEPA (2013): *Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Masterplan altengerechte Quartiere*. Düsseldorf.
- Mietzel, G. (2014): *Erfolgreich altern*. Göttingen: Hogrefe.
- Motel, A./Künemund, H./Bode, C. (2000): Wohnen und Wohnumfeld. In: Kohli, M./Künemund, H. (Hrsg.): *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Altersurvey*, S. 124-175. Wiesbaden: VS Verlag.
- Mühlhäuser, I./Lenz, M./Meyer, G. (2012): Bewertung von komplexen Interventionen – Eine methodische Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (1-2), S. 22-23.
- Nowossadeck, S./Nowossadeck, E. (2011): *Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter*. In *Report Altersdaten (1-2/2011)*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Puschke, M. (2005): Die internationale Klassifizierung von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation. In *WeiberZeit. Politische Interessenvertretung behinderter Frauen*, 7, S. 4-5.
- Ries, W. (2012): *Glücklich wohnen im Alter. Welche Wohnform passt zu mir?* Essen: Alcorde.
- Saß, A.-C./Wurm, S./Ziese, T. (2009): Alter = Krankheit?. Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, S. 32-113. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schönbrodt, B./Veil, K. (2013): Disengagement im Kontext des „Aktiven Alterns“. Handlungsbedarf und gute Beispiele. In: Noack, K./Veil, K. (Hrsg.): *Aktiv Altern im Sozialraum*, S. 353-366. Köln: Verlag Sozial. Raum. Management.
- Schumacher, J./Klaiberg, A./Brähler, E. (2003)(Hrsg.): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006): *Sozialpolitik und Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, F. (2013): *Der inklusive Sozialraum*. Baden-Baden: Nomos.

- Siller, P. (2013): Was heißt Inklusion? Zur Orientierungskraft eines klärungsbedürftigen Begriffs. Drinnen/Draußen. Politikmagazin Polar, 15, S. 21-29.
- Spangenberg, L./Glaesmer, H./Brähler, E./Kersting, A./Strauß, B. (2013): Nachdenken über das Wohnen im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 46, S. 251-259.
- Tyll, S. (2011): Wohnen im Alter. In Zippel, C. & Kraus, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit für alte Menschen (S. 163-184). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Tyll, S. (2014): Zu Hause älter werden – Wohnen im Alter. Wohnungsanpassung und Wohnalternativen. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Wilhelm, J./Lauer, A. (2002): Schlaganfall. Wie man sich auf ein verändertes Leben einstellen kann. Stuttgart: Trias.
- Wüstenrot Stiftung (1999) (Hrsg.): Wohnungsanpassung für ältere Menschen. Saarbrücken/Ludwigsburg.
- Ziegler, U./Doblehammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. Rostock: Diskussionspapier des Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels.

Herausforderung Großelternschaft – Gestaltung intergenerationeller & multilokaler Familienbeziehungen

Julia Steinfort-Diedenhofen

1. Hinführende Gedanken

Großeltern zu sein oder zu werden ist kein neues Phänomen. Dennoch: Die Gestaltung der Rolle ist angesichts der enormen Heterogenität der Lebensentwürfe und Lebenslagen im Alter zu einer Aufgabe geworden, bei der es verstärkt um individuell passende Identitätsentwürfe der Großeltern aber auch um Aushandlungen des Verhältnisses der Generationen untereinander geht. Das Thema ist nicht nur individuell und familial interessant, sondern auch gesellschaftlich, da die privaten und außerfamiliären Beziehungen zwischen den Generationen in erheblichem Maße das Zusammenleben in der Gesellschaft prägen.

Bislang ist das Phänomen von Großelternschaft und Identitätsentwicklung noch nicht ausreichend in den Blick der empirischen Sozialforschung gerückt worden. Der folgende Beitrag versucht diese Lücke zu schließen und dokumentiert Antworten auf die Frage nach dem subjektiven Erleben von Großeltern in multilokalen Familienbeziehungen. Zu Beginn werden die qualitativen Veränderungen der Generationenbeziehungen und zentrale Begriffe, wie Familie und Generationen, eingegrenzt. Weiter werden das Vorverständnis von Großelternschaft in der Dualität von individueller Identitätsarbeit und generativer Sozialisation sowie theoretische Ansätze und empirische Befunde zur Multilokalität als Herausforderung rezipiert. Diese Erträge bilden die Grundlage des folgenden empirischen Teils, der interessante Ergebnisse zur subjektiven Konstruktion von Großelternschaft in multilokalen Familienbeziehungen in der Postmoderne aufzeigt. Ausgangspunkt dieser Systematisierungen ist ein empirisches Forschungsprojekt an der Katholischen Hochschule NRW im Rahmen des Masterstudiengangs Soziale Arbeit in Europa. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die individuelle Gestaltung der Großelternschaft, gerade dann wenn sie durch Multilokalität geprägt ist, ein identitätsrelevantes Thema darstellt und in der Balance von Nähe und Distanz hoch anspruchsvoll für die Gestaltung der Beziehungen zwischen den Generationen ist. Zudem verweisen die Ergebnisse auf die Relevanz und Chancen im Umgang mit neuen Kommunikationsformen, um so auch über

große räumliche Distanzen hinweg Großelternschaft aktiv erleben zu können. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion und einem Ausblick, in dem insbesondere auf die geragogische Perspektive abgehoben wird: Welche Bildungs- und Lernanlässe stellen sich auf der Grundlage der im Beitrag dargestellten Erkenntnisse in der Gestaltung intergenerationeller und multilokaler Familienbeziehungen?

2. Qualitative Veränderungen der Generationenbeziehungen in Familien

Im Folgenden geht es besonders um die Frage der Generationenbeziehungen vor dem Hintergrund der Gestaltung von Großelternschaft in multilokalen Familiensituationen. Deshalb erscheint es notwendig, zunächst den hier grundgelegten Familienbegriff zu definieren. Der Begriff der Familie wird im Folgenden weit gefasst und zunächst verstanden als soziale Beziehungseinheit. Konkreter kann Familie aus soziologischer Perspektive als System mit definierten Rollen (z.B. Vater, Mutter, Kind, Großeltern) konturiert werden, welches i.d.R. „durch verwandtschaftliche Beziehungen direkt verbundener Personen“ gekennzeichnet ist (Pelzer 2009: 39). Konstitutiv sind hier biologische und soziale Reproduktions- und Sozialisationsfunktionen sowie eine Differenzierung der Generationen aus der heraus unterschiedliche Rollendefinitionen hervorgehen (Nave-Herz 2013: 36). Die Psychologie fokussiert, dass sich Familien insbesondere durch Intimität und intergenerationelle Beziehungen auszeichnen und konkretisiert dies z.B. mit der Fokussierung auf Interdependenz oder soziale Verpflichtungen (Kaiser 1993: 144). Begreift man Familien als Netzwerke, lassen sich als konstituierende Elemente Vertrauen, Solidarität, emotionale Unterstützungsleistungen sowie eine unfreiwillige, jedoch auch dauerhafte und oftmals belastbare Zugehörigkeit, sowie ein hohes Verpflichtungskapital und soziale Kontrolle identifizieren (Janßen 2011: 295f). Schließlich kann Familie aus systemtheoretischer Perspektive als offenes und zielorientiertes, autopoietisches System verstanden werden. Da sich die einzelnen Mitglieder einer Familie über die verschiedenen Generationen hinweg selbst ständig verändern und weiter entwickeln, in dem sie sich mit der sich ebenfalls verändernden Umwelt auseinandersetzen haben, kann Familie als Prozess verstanden werden, der durch eine aktive Herstellungsleistung der an ihr beteiligten Personen gekennzeichnet ist (Bertram 2009: 26; Kaiser 1993: 144).

Neben dieser innerfamiliären Prozessperspektive im System Familie lassen sich gesamtgesellschaftlich zwei grundlegende Veränderungen in den Beziehungen von Generationen identifizieren:

- 1) Die veränderten Potenziale von Generationenbeziehungen: Durch den Anstieg der Lebenserwartung hat sich die potenzielle Lebenszeit enorm ausgeweitet und damit auch die potenzielle Dauer des gleichzeitigen Lebens und gegenseitigen Erlebens mehrerer Generationen (Burkhardt 2008: 208). Arránz Becker und Steinbach (2012) fassen pointiert zusammen, dass sich die Mitglieder verschiedener Generationen „für einen in der Geschichte der Menschheit beispiellos langen Zeitraum [begleiten]“ (ebd.: 517). Dieses Phänomen lässt sich auch als Vertikalisierung von Familienbeziehungen beschreiben, da sich Familien mit dem demographischen Wandel vermehrt in die Höhe ausstrecken (z.B. Ur-/Enkel). Gleichzeitig verringert der Rückgang der Geburten horizontale (z.B. Geschwister, Cousins/Cousins) sowie diagonale (z.B. Onkel/Tanten) Generationenbeziehungen.
- 2) Die neuen Typen von Generationenbeziehungen: Neben traditionellen Familienmodellen existieren eine Vielzahl neuer Familienformen, in denen vor allem soziale Faktoren den Ausgangspunkt des Zusammenlebens bilden. Hier zeigen sich z.B. Wahlverwandtschaften die stärker inhaltlich geprägt sind und auch z.T. zeitlich begrenzt sind. Somit entstehen Möglichkeitsräume für intergenerationelle Beziehungen, die weniger formal mit daraus resultierenden Verpflichtungen (z.B. in Form von Sorge- und Pflegeleistungen) geprägt, sondern in weiten Teilen von Sympathie und Partnerschaft getragen werden (Bubolz-Lutz 2010: 185).

Vor dem Hintergrund einer sich rasant wandelnden Gesellschaft müssen Generationenbeziehungen in Familien also neu gedacht werden. Bubolz-Lutz et al (2010) sprechen in diesem Kontext von einer dringenden „generativen Identitätsfindung“ (ebd.: 186) um „konstruktive Lösungsansätze für die damit verbundenen neuen Fragen und Probleme zu entwickeln“ (ebd.). Diese Annahme stützt auch die Studie von Höpflinger et al. (2006), in der die Autoren die Beziehungen zwischen den Großeltern und ihren 12 bis 16-jährigen Enkeln erforschen. Die Ergebnisse stützen zunächst die Aussage, dass Großeltern wichtige familiäre Bezugspersonen sind. Sie können ihren Enkeln etwas anbieten, woran es den Eltern z.B. mangelt, wie etwa Zeit und Gelassenheit. Besonders interessant ist jedoch, dass das sich in den Forschungen abzeichnende Bild von Großelternschaft heute überraschend viele Freiräume innerhalb der Gestaltung dieser damit verbundenen Beziehungen birgt. Moderne Großväter und Großmütter stehen damit vor der Aufgabe, ihre Rolle aktiv und gezielt zu definieren (Erhardt 2014: 127).

3. Großelternschaft als individuelle Identitätsarbeit und generative Sozialisation

Die Konstruktion persönlicher Identität erhält in der fortgeschrittenen Moderne generationsübergreifend eine neue Relevanz (Steinfurt 2010: 23), wobei die aktuell vielfältigen Identitätsdiskurse angesichts gesellschaftlicher Prozesse wie Individualisierung, Pluralisierung, Wertewandel und Globalisierung als Beleg gedeutet werden können, dass die „Suche nach einer sozialen Verortung zu einem brisanten Thema geworden ist“ (Keupp 2012: 79). Unter dem von Keupp (2003) geprägten Begriff der Identitätsarbeit wird im Folgenden nun die „zu leistende individuelle Verknüpfungsarbeit zur Integration verschiedener Erfahrungsfragmente“ (Steinfurt 2010: 50) verstanden, die insbesondere mit Blick auf die Gestaltung einer individuell passenden Rolle von Großelternschaft fokussiert wird.

Menschen, die Großeltern werden, stehen neben der vielfach großen Freude über die Enkelkinder vor der Frage, in welchem Ausmaß sie sich für die Enkel und ihre Familien einbringen wollen und können. Dabei können die anfallenden Aufgaben als Oma oder Opa sehr unterschiedlicher Art sein. Sind die Enkelkinder noch klein, stehen vor allem Betreuungsaufgaben im Vordergrund, später sind es eher elternunabhängige Aktivitäten, die gemeinsam erlebt werden können (Lüscher 2008: 37ff). Unter dem Begriff der aktiven Großelternschaft fasst Erhardt (2014) ein freiwilliges Engagement in der Familie, welches auf der einen Seite der Familie Raum und Ressourcen bietet aber auf der anderen Seite auch sinnstiftend für die Großeltern selbst ist. Das Füllen der „späten Freiheit“ (Rosenmayr 1989) bedeutet hier nun beispielsweise „neue Freiräume für sich selbst zu nutzen und gleichzeitig darauf zu achten, dass Generationengrenzen gewahrt bleiben“ (Erhardt 2014: 128). Das Ausbalancieren dieser zeitlichen, sozialen und emotionalen Räume, auch vor dem Hintergrund materieller Ressourcen, kann als Identitätsarbeit verstanden werden, mit der Großeltern konfrontiert sind. Dabei handelt es sich weniger um eine einmalig zu leistende Aufgabe als um eine permanente alltägliche Identitätsarbeit im Sinne einer permanenten Passungsarbeit, einem „matching“ von innerer und äußerer Welt“ (Rademacher 2004: 27), welche z.B. durch die Geburt eines neuen Enkelkindes, einem neuen Hobby oder körperliche Einschränkungen immer wieder neu zu bearbeiten ist.

Die alltägliche Identitätsarbeit ist zudem vor dem Hintergrund der Wechselseitigkeit der Einflüsse zwischen Großeltern und Enkeln interessant. Die Einbettung des Einzelnen in familiäre, aber auch gesellschaftliche Generationenfolgen beschreibt der Soziologe Lüscher als „generative Sozialisation“ (2010: 11) und fragt hierbei insbesondere nach den Lernprozessen, die sich daraus für die Beteiligten ergeben. Er benennt drei Aspekte:

- 1) die kritische Auseinandersetzung mit dem überkommenen sozialen und kulturellen Erbe, indem dieses modifiziert oder im Extremfall auch verworfen wird,
- 2) die Erweiterung des Verständnisses von Generativität, worunter nicht länger lediglich die Verpflichtung der Älteren gegenüber die Jüngeren gemeint ist, sondern umgekehrt, auch die Sorge- und Pflegeleistungen der jüngeren an die ältere Generation und
- 3) die Fokussierung sinngebender Potenziale, die die wechselseitige Verantwortlichkeit im Generationenverbund betreffen und sich in individueller und gemeinschaftlicher Lebensführung konkretisieren (ebd.).

Die in Familien gelebten Beziehungen tragen zur Bildung, Veränderung und Entwicklung von personaler Identität bei und sind daher in hohem Maße identitätsrelevant (ebd.: 48). Auch, und gerade in späteren Lebensphasen wird das Leben durch Generationenbeziehungen geprägt (Höpflinger et al. 2006: 7).

4. Living apart together – Multilokalität als Herausforderung in der Gestaltung von Generationenbeziehungen

Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt verlangt von Familien zunehmende Mobilität und Flexibilität, die das räumlich nahe Zusammenleben von Kindern, Eltern und Großeltern oft unmöglich macht. Dennoch sind die verschiedenen Generationen innerhalb einer Familie durch vielfältige Formen des emotionalen und funktionalen Austauschs miteinander verbunden (Dallinger 2002). Dies drücken prägnant die Formeln „Innere Nähe bei äußerer Distanz“ oder auch „Intimität auf Abstand“ (Bubolz-Lutz et al. 2010: 184) aus.

Auch wenn die Flexibilität und Mobilität nicht a priori im Gegensatz zu Verlässlichkeit und Nähe stehen, so bedeutet die Gestaltung intergenerationeller Familienbeziehungen vor dem Hintergrund zunehmender Multilokalität für viele Familien neue Herausforderungen in der Gestaltung der Generationenbeziehungen. Durch die „Ausdehnung der Zeitspanne von intergenerationalen Beziehungen“ (Arránz-Becker/Steinbach 2012: 517) haben immer mehr Kinder noch lebende Großeltern und die Großeltern immer weniger Enkelkinder, was zwar prinzipiell eine neue qualitative Basis von Generationenbeziehungen schafft, deren Gestaltung jedoch gerade dann zur individuellen, familialen und gesellschaftlichen Herausforderung wird, wenn Familienalltag durch Multilokalität geprägt ist.

Die multilokale Mehrgenerationenfamilie als „Vita activa an mehreren Orten“ (Petzold 2010: 235) beschreibt hier treffend den Trend von wachsenden

räumlichen Entfernungen zwischen der jüngeren und älteren Generation (Hantel-Quitmann 2013: 275). Diese räumliche Distanz drückt jedoch keine subjektiv-empfundene aus, vielmehr wird konstatiert, dass Großelternschaft dennoch emotional hoch bedeutsam für die ältere Generation ist (Lüscher/Liegle 2003: 181; Herriger 2009: 162).

Nur noch ein Viertel der Großeltern und Enkelkinder leben in unmittelbarer Nähe zueinander, über die Hälfte hat mehr als eine Stunde Fahrzeit, um sich zu besuchen und ein Fünftel wohnt noch weiter entfernt (Hantel-Quitmann 2013: 275). Die Wohnsituation von Menschen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich dabei von denjenigen ohne Migrationshintergrund da Migrantenfamilien zu einem deutlich höheren Anteil mit zwei oder mehr Generationen zusammen wohnen (Thieme 2008: 262). Zu beachten ist hier aber auch die Heterogenität der Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund, da sich durch den Verbleib von Familie in der Herkunftsregion auch hier multilokale Realitäten zeigen, welche jedoch ggf. schon stärker tradiert und institutionalisiert sind. Hieraus ergeben sich spezifische Charakteristika, die jedoch an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden, sondern Ausgangspunkte weiterer Forschungen bieten können.

Die Wohnentfernung spielt eine bedeutende Rolle für die Gestaltung von Generationenbeziehungen, da sie die zentrale Variable für die persönliche Kontakthäufigkeit (Höpflinger 2009: 324) sowie Qualität und Dichte (Schweppe 2007: 272) ist. Familien sind i.d.R. bestrebt, die Verbindung untereinander trotz großer Distanzen aufrecht zu erhalten (Han 2010: 69), was in den letzten Jahren besonders durch technische Entwicklungen erleichtert wird, so dass in Echtzeit unabhängig vom sozialräumlichen Standort Informationen und Erfahrungen ausgetauscht werden können (Schulte/Treichler 2010: 70). Die technischen Entwicklungen können Beziehungen von Großeltern zu ihren Enkeln trotz großer räumlicher Distanz also erleichtern, indem sie steigende Mobilitätsanforderungen kompensieren und intensive, relativ kostenarme Verbindungen auch über größere Entfernungen ermöglichen (Bundministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012: 18). Die ‚skypende Oma‘ ist in diesem Sinne keine abstrakte Zukunftsvorstellung mehr, sondern heute bereits vielfach praktizierte Wirklichkeit. Voraussetzung hierfür ist jedoch die ständige Weiterentwicklung der Medienkompetenz, worauf untenstehend nochmals eingegangen werden wird. Großelternschaft, so kann an dieser Stelle bereits festgehalten werden, erhält bei räumlichen Distanzen zu den Enkeln und veränderten familiären Konstellationen eine neue Qualität und wird zu einer Herausforderung, die sowohl den Einzelnen als auch die Beziehungen zu neuen Identitäts- und Gestaltungswürfen auffordert.

5. Konstruktionen der Großelternschaft in der Postmoderne

Inwiefern sich die subjektive Konstruktion der Großelternschaft als Identitätserleben in multilokalen Familienbeziehungen konkretisiert, war Thema eines empirischen Forschungsprojektes an der Katholischen Hochschule NRW im Rahmen des Masterstudiengangs Soziale Arbeit in Europa (Abschluss Sommer 2014). Die hier gewonnenen Ergebnisse liefern weiterführende Implikationen für die Teilhabe älterer Menschen im Kontext von multilokalen Familienbeziehungen.

Aufgrund verschiedener Fragestellungen der Studierenden im Forschungsprojekt zu Großelternschaft und Identitätsentwicklung in multilokalen Mehrgenerationenfamilien und den damit verbundenen Forschungsperspektiven wurden jeweils passende Untersuchungsdesigns entwickelt. Um entsprechende Großeltern für das Forschungsvorhaben zu gewinnen, wurden Anfragen an Seniorennetzwerke der großen Wohlfahrtsverbände, an soziale Netzwerke und an persönliche Kontakte gestellt. Mittels des Theoretical Sampling wurden Personen nach erkenntnistheoretischen Gesichtspunkten für die Befragung ausgewählt. Dabei standen Typologien im Vordergrund, die insbesondere die Unterschiedlichkeit einbezogener Fälle fokussierten, durch die, wenngleich hypothetisch, theoretisch begründete Vorstellungen und Annahmen ermöglicht wurden.

Als Methoden der Datenerhebung wurden sowohl leitfadengestützte Interviews (N=17) als auch Gruppendiskussionsverfahren (N=9) genutzt. Da zu großen Teilen Identität in Narrationen konstruiert und dargestellt wird (Steinfurt 2010: 83f.) wurden hier zwei Verfahren gewählt, die der Exploration eines bestimmten aber wissenschaftlich noch eher randständig erschlossenen Forschungsfeldes dienlich sind. Die vielfach genutzte Interviewform unter Zuhilfenahme eines Leitfadens, sowie die relativ junge Methode der Gruppendiskussion in der empirischen Sozialforschung (Lamnek 2010: 372), welche auf die Herstellung eines möglichst selbstläufigen Diskurses unter den Teilnehmenden zielt (Kühn/Koschel 2011: 266). Alle erhobenen Daten wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.

Zur Auswertung des erhobenen Materials wurden für die Interviews die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, für die Gruppendiskussionen die Grundprinzipien der dokumentarischen Methode herangezogen. Im Auswertungsprozess qualitativer Inhaltsanalysen wurden Textbestandteile in ihrem Kontext gesehen und es konnten sowohl latente Sinnstrukturen als auch markante Einzelfälle Berücksichtigung finden (Mayring 2002: 114ff.). Der besondere Fokus der Dokumentarischen Methode in der Auswertung qualitativer Daten zielte auf die Rekonstruktion des Zusammenhangs von Orientierungen und Erfahrungen und gab somit Aufschluss über

Handlungsorientierungen (Nohl 2012: 2), also den Wechsel der AnalyseEinstellung vom ‚was‘ zum ‚wie‘ (Bohnsack et al 2007: 15). Unter Einbeziehungen interindividueller Alternativdeutungen im Rahmen der Forschergruppe konnten argumentative Interpretationen der Ergebnisse erreicht werden. Ziel des gesamten Forschungsvorhabens war die Rekonstruktion subjektiver Narrationen älterer Menschen bezüglich ihres Identitätserlebens als Großeltern.

Die spezifischen Fragestellungen und methodischen Zugänge der Studierenden im Forschungsprojekt lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Im Rahmen von zwei Gruppendiskussionen mit insgesamt neun Großeltern, welche anhand der dokumentarischen Methode ausgewertet wurden, fokussiert Frische in ihrem Forschungszugang die Fragestellung, wie ältere Menschen, die Großeltern von Enkeln im Ausland sind, sich selbst erleben und ihre Identität narrativ konstruieren und dadurch „ihre familiäre Rolle als Großmutter oder Großvater trotz Entfernung auszufüllen versuchen“ (Frische 2014: 24).¹

Weiter wurden von Austermühle acht Leitfadeninterviews geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet, welche insbesondere auf die Fragestellung fokussierten, welche Ressourcen Großeltern in multilokalen Familienbeziehungen einbringen und wie sich diese wiederum auf das Identitätserleben der Großeltern auswirken (Austermühle 2014: 25).²

Kontrastierend dazu wurden von Piel und Graß neun Leitfadeninterviews mit Menschen geführt und ebenfalls inhaltsanalytisch ausgewertet, die sich in der nachberuflichen Lebensphase für einige Zeit freiwillig im Ausland engagieren. Leitend war hier die Fragestellung, wie sich das Engagement auf das Identitätserleben der Großeltern auswirkt und welchen Einfluss Enkelkinder z.B. für die Aufnahme oder Fortführung eines weit entfernten freiwilligen Engagements haben (Graß/Piel 2014: 24).³

- 1 Die befragten Großeltern waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 60 und 78 Jahren alt, hatten insgesamt 25 Enkelkinder, wovon 15, also der überwiegende Teil, im Ausland (Mittel-, Süd- und Osteuropa sowie in den Vereinigten Staaten von Amerika) lebten. Die Enkelkinder waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen zwei und 22 Jahre alt. Ausgewertet wurde das voll transkribierte Material mittels der dokumentarischen Methode, die auf die Rekonstruktion des Zusammenhangs von Orientierungen und Erfahrungen abzielt und sich empirisch in den drei Schritten (1) formulierende Interpretation, (2) reflektierende Interpretation und (3) generalisierende/komparative Analyse vollzieht.
- 2 Alter der Interviewpartner zum Zeitpunkt der Befragung 62 bis 79 Jahre, jeweils 2-4 Enkelkinder die unterschiedlich weit entfernt wohnen, zwei Großeltern leben selbst im Ausland (die Kinder und Enkel in Deutschland).
- 3 Von den im Ausland engagierten Älteren (65-76 Jahre) waren zum Zeitpunkt der Befragung sechs Personen selbst Großeltern, acht der neun Befragten haben selbst Kinder. Die Dauer des Aufenthaltes im Ausland variierte zwischen 14 Tagen und 18 Monaten.

6. Zusammenfassende Ergebnisse

Großelternschaft ist ein identitätsrelevantes Thema

Die Ergebnisse der drei Forschungszugänge zeigen, dass die individuelle Gestaltung der Großelternrolle sich als durchaus identitätsrelevante Aufgabe im Alter darstellt. Deutlich wird dies beispielsweise in Aussagen, in denen die Befragten über ihre Enkelkinder sprechen, wie *„Man kann das nicht beschreiben wie schön das ist Enkel zu haben“*, *„in jedem Enkelkind ist schon auch ein Stück von einem selber“* (Frische 2014: 46) oder *„Oma sein bedeutet sehr viel, weil ich weiß, dass ich gebraucht werde und für andere da sein kann“* (Austermühle 2014: 31). Gerade in multilokalen Familiensituationen wird auch die Schwierigkeit der Gestaltung dieser Beziehung thematisiert, was z.B. darin deutlich wird, dass sich die befragten Großeltern erleichtert zeigen, dass sie seitens ihrer Enkel auch dann als Oma und Opa erlebt werden, wenn sie weit entfernt sind *„Das war vielleicht so eine Befürchtung die ich hatte (...) in drei Monaten hat sie vergessen, dass es Oma und Opa in Deutschland gibt, aber ganz, ganz und gar nicht“* (Frische 2014: 40). Dennoch sind insbesondere die Sequenzen in den Befragungen von einer hohen emotionalen Dichte, in denen die, wenn z.T. auch eher seltenen, persönlichen Kontakte beschrieben werden *„Wenn ich da bin, dann bin ich so sorgenfrei“* oder *„Und wenn ich weg muss zwangsläufig, weil mir das so bewusst auch ist, dann leide ich schon ganz schön“* (Frische 2014: 40). Frische arbeitet in ihrer Analyse zudem heraus, dass vermutet werden kann, dass mit dem Verlust des Partners auch ein Bedeutungszuwachs der Enkel einher geht *„Das ist glaube ich nachher auch besonders, wenn man nachher allein ist“*, *„Gott sei Dank haben wir Enkelkinder“* oder *„Ja, aber das ist ja jetzt das, woran wir uns noch festhalten“* (ebd.: 41). Interessant sind hier im Kontrast dazu die Analysen von Graß und Piel mit Senioren, die sich freiwillig im Ausland engagieren. Bei den Befragten scheint der Einfluss der Enkelkinder bei der Entscheidung für das Engagement zunächst nur eine geringe Rolle zu spielen. Jedoch werden vereinzelt auch Zweifel bei denjenigen geäußert, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Enkelkinder haben. Sie können sich vorstellen, dass das Vorhandensein von Enkelkindern die Entscheidung für ein Engagement im Ausland beeinflusst hätte *„...weiß nicht, ob meine Frau dann gegangen wäre“* (Graß/Piel 2014: 50). Deutlich wird die Gewichtung der Großelternrolle bei den engagierten Senioren gleichsam aber auch in Aussagen, in denen beispielsweise Termine wie Geburtstage der Enkelkinder als Planungsfaktoren herangezogen werden *„...das wir zum Beispiel zu den Geburtstagen Anfang des Jahres und zu Weihnachten auf jeden Fall hier in Deutschland sein wollen, um das mit denen zusammen feiern zu können.“* (Graß/Piel 2014: 51). Dies kann als Hinweis gedeutet werden, wie identitätsrelevant die Großelternschaft

trotz der faktischen Distanz wahrgenommen wird bzw. dass das Ausüben eines Engagements bei Menschen ohne Enkelkinder ggf. eine sinnstiftende Alternative zur Füllung einer ggf. vorhandenen Leerstelle in der nachberuflichen Lebensphase ist. Diesen Zusammenhängen müsste jedoch empirisch im Rahmen der Engagementforschung älterer Menschen noch stärker nachgegangen werden.

Großelternschaft aus der Ferne im Besucherstatus

In allen drei Zugängen wird zudem deutlich, dass es oftmals ein großes Bedürfnis nach Nähe und Beziehung zu den Enkelkindern gibt, welches durch die räumliche Distanz Thema und Herausforderung bleibt. „*Wir versuchen (...) wirklich in den wesentlichen Teilen des Jahres und an wesentlichen Festen teilzunehmen (...) und versuchen viel mit den Enkelkindern zu machen wenn wir hier sind*“ (Graß/Piel 2014: 51). Das Überbrücken der Distanz wird zur Aufgabe der Großeltern „*I can make the distance shorter by coming as often as I can*“ (Austermühle 2014: 40), welche sich aber mit zunehmendem Alter auch als schwierig darstellen kann „*I am getting old and flying is getting too much for me, years ago we were on vacation with them. It was good, but it was very expensive. The travelling is getting to much for me in anyway... I am getting to be a homebody, ... years ago I like traveling*“ (Austermühle 2014: 40). Die Großeltern sehnen sich nach ihren Enkeln und vermissen sie, was in Aussagen wie „*Die sind uns immer zu weit weg*“ oder auch „*Die Jungs fehlen mir*“ (Frische 2014: 40) sehr klar artikuliert wird. Bei denjenigen Befragten, die Enkel eher in lokaler Nähe haben, wird zudem artikuliert, dass es einen Unterschied im Kontakt, aber auch in der Wahrnehmung von Nähe und Distanz gibt. Wohnen die Kinder und Enkel nicht so weit entfernt heißt es: „*Das ist ein vollkommen anderer Umgang*“, eine „*unterschiedliche Bindung*“ und „*man wächst da anders rein*“ (Frische 2014: 36). Alle befragten Großeltern verdeutlichen, dass sie sich ein Mehr an Kontakten zu den Enkelkindern im Ausland wünschen. Gleichzeitig erleben sie, dass die intergenerationellen persönlichen Kontakte bei den räumlich weit entfernt lebenden Enkeln nicht als alltäglich gestaltet werden können, denn „*es sind immer nur Besuche*“ oder eine „*Feriensituation*“, bei denen dann „*Highlife von morgens bis abends*“ herrscht (Frische 2014: 37). Was fehlt ist die Spontanität „*einfach mal nur so, ganz schnell mal*“. Multilokale Großelternschaft wird in den Aussagen als „*keine normale Beziehung*“ erlebt sondern eher als besonderes Ereignis, welches faktisch jedoch auch dadurch getrübt sein kann, dass die jüngere Generation in dieser Zeit oftmals weiter den alltäglichen Verpflichtungen und gewohnten Aktivitäten nachgeht „*...aber sie sind ja auch den ganzen Tag in der Schule gewesen*“ (ebd.: 37).

Großelternschaft aus der Ferne in neuen Kommunikationsformen

Auch wenn persönliche Kontakte mit räumlicher Nähe korrelieren, so können heute Distanzen besser und günstiger denn je überwunden werden, was zu neuen Kontaktformen zwischen Großeltern und Enkeln führt. Intensiver Kontakt zu den Enkelkindern in der Ferne konkretisiert sich z.B. durch den Gebrauch von Internet „...*(ich) konnte in der Zeit (...) regelmäßig per E-Mail und natürlich per Telefon Kontakt halten* (Graß/Piel 2014: 52), sie nutzen beispielsweise die Internettelefonie Skype und schaffen so eine ganz neue Form von Nähe. „*Ich finde das jetzt sehr schön über die Medien. Wir können skypen. Manchmal habe ich ja Glück, dass sie dann auch abnehmen und sie dran sind und wenn nicht, dann kann ich denen einfach etwas schreiben*“ (Frische 2014: 38). Dennoch wird die Relevanz dieser Kontaktformen auch relativiert, „*die Kommunikation, wenn man vor Ort ist, ist eine ganz andere*“. Ganz konkret ergeben sich auch Schwierigkeiten in der Verbindung der Generationen, wenn die Enkelkinder beispielsweise Desinteresse zeigen „*weil die einfach da auch keine Lust dazu haben*“ (ebd.). Besonders erschwert wird die Kommunikation, wenn es auf Grund von verschiedenen Sprachen und besonderer kindlicher Ausdrücke zu Erschwernissen in der Kommunikation kommt „*Dann weiß man nicht, was erzählen sie jetzt*“ und „*man fragt drei Mal nach, dann ist der Opa sowieso doof*“ (ebd.).

7. Diskussion und Ausblick

Das Großelternsein aus der Ferne stellt in vielen Familien einen Fakt dar, bei dem es nicht um eine Wertung, sondern um eine jeweils passende Gestaltung dieser Situation geht. In diesem Artikel ist dabei besonders auf die sich daraus ergebende zu leistende Identitätsarbeit geblickt worden, wobei es sich hierbei um erste Annäherungen handelt. Es wäre zu überprüfen, inwiefern sich die gewonnenen Erkenntnisse auch in weiterem Material erhärten. Ein Verständnis von Großelternschaft als Identitätsarbeit und generative Sozialisation vor dem Hintergrund zunehmend multilokaler Familiensituationen ermöglicht den Brückenschlag zu der Frage, welche Lernanlässe sich stellen und wie diesen begegnet werden kann. Die Geragogik ist hierfür diejenige Disziplin, die die Fragen von Lernen und Bildung für den Prozess des Alterns ins Zentrum rückt.

Welche Bildungs- und Lernanlässe stellen sich also in der Gestaltung intergenerationeller und multilokaler Familienbeziehungen? Die Auseinandersetzung mit Fragen der Großelternschaft birgt hierzu drei Perspektiven.

- 1) Auf der Ebene des Subjektes stellen sich Gestaltungsaufgaben in der individuellen Gestaltung der Großelternrolle. Großeltern stehen heute vor der Herausforderung, sich als selbstbestimmte, aber auch gemeinschaftlich eingebundene Person zu verorten und ihren individuell passenden Platz zu finden.
- 2) auf der Ebene intergenerationeller Beziehungen stellen sich Fragen von Interdependenz und Potenzialen von Generationenbeziehungen und auch
- 3) gesellschaftlich stellt sich die Frage, wie angesichts zunehmender Multilokalität von Familien der Herausforderung Großelternschaft begegnet werden kann.

Die veränderten Formen von Generationenbeziehungen allgemein, aber auch ganz speziell die Gestaltung der Großelternschaft können als Lernanlässe gedeutet werden, auch wenn diese Handlungsfelder bislang wenig bedacht worden sind. Die Gestaltung von Generationenbeziehungen zwischen Großeltern und Enkeln ist dabei gleichzeitig auch i.d.R. verbunden mit der Gestaltung der Beziehung zu den Eltern, auch wenn darauf hier weniger der Blick gerichtet wurde. Weiter verweisen die Ergebnisse auf die Notwendigkeit von Settings, in denen sich Menschen in der nachberuflichen Lebensphase als selbstwirksam erleben können. Intensität, Regelmäßigkeit und Spontaneität werden als wünschenswerte Charakteristika in der Beziehungsgestaltung zu ihren Enkeln verbalisiert. Ist dies aus verschiedenen Gründen nicht möglich, könnte dies die Ausgangslage für Projekte freiwilligen Engagements sein (z.B. Leih-Oma/Leih-Opa), in denen neue Formen lokaler Beziehungsgestaltung außerhalb der eigenen Familie gelebt werden. Hier ergeben sich Chancen, auch neue Generationenbeziehungen zu knüpfen, die von allen Beteiligten als emotional bedeutsam und im Alltag hilfreich erlebt werden. Die Anregung und Begleitung solcher Projekte stellt, ebenso wie das Thema Medienkompetenz im Alter, ein neues, zukunftsweisendes Feld Sozialer Arbeit dar.

Literatur

- Arránz-Becker, O./Steinbach, A. (2012): Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkinder im Kontext des familialen Beziehungssystems. In: Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft. 37. Jg. 3-4, S. 517-542.
- Austermühle, D. J. (2014): Welche Ressourcen bringen Großeltern in multilokalen familiären Beziehungen ein und wie wirkt sich dies auf das Identitätserleben aus? Forschungsbericht im Master Soziale Arbeit in internationaler Perspektive, Katholische Hochschule NRW, Köln (unveröff.).

- Bertram, H. (2009): Zur Zukunft der Familie. Von der neolokalen Gattenfamilie zur multilokalen Mehrgenerationenfamilie. In: Beckmann, C./Otto, H.-U./Richter, M./Schrödter, M. (Hrsg.): Neue Familialität als Herausforderung der Jugendhilfe. Lahnstein: Verlag neue praxis. S. 15-31.
- Bohnsack, R./Nentwig-Gesemann, I./Nohl, A.-M. (2007): Einleitung: Die Dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. In: Bohnsack, R./Nentwig-Gesemann, I./Nohl, A.-M. (Hrsg.): Die Dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-27.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Generationenbeziehungen – Herausforderungen und Potenziale. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kurzfassung. Berlin.
- Bubolz-Lutz, E./Gösken, E./Kricheldorf, C./Schramek, R. (2010): Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Burkhard, G. (2008): Familiensoziologie. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Dallinger, U. (2002): Das Problem der Generationen: Theorieentwicklung zu intergenerationellen Beziehungen. In: Dallinger, U./Schroeter, K.R. (Hrsg.): Theoretische Beiträge zur Alterssoziologie. Opladen. Leske + Budrich, S. 203-234.
- Erhardt, M. (2014): Großelternschaft im Wandel der Zeit. In: Erhardt, M./Hoffmann, L./Ross, H. (2014): Altenarbeit weiterdenken. Theorie – Konzepte – Praxis. Kohlhammer, S. 125-131.
- Frische, A.-K. (2014): Identitätskonstruktionen von Großeltern aus der Ferne. Empirischer Forschungsbericht. Forschungsbericht im Master Soziale Arbeit in internationaler Perspektive, Katholische Hochschule NRW, Köln (unveröff.).
- Graß, J./Piel, L. (2014): Senioren im Ausland – Eine empirische Untersuchung zu den Auswirkungen von freiwilligem Engagement im Ausland auf das Identitätserleben von Menschen in der nachberuflichen Phase unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Enkelkinder. Forschungsbericht im Master Soziale Arbeit in internationaler Perspektive, Katholische Hochschule NRW, Köln (unveröff.).
- Han, P. (2010): Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven. 3. Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft.
- Hantel-Quitmann, W. (2013): Basiswissen Familienpsychologie. Familien verstehen und helfen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Herriger, F. (2009): Beziehungen zwischen Großeltern und Enkelkindern. In: Lenz, K./Nestmann, F. (Hrsg.): Handbuch persönliche Beziehungen. Weinheim und München: Juventa, S. 311-335.
- Höpflinger, F./Hummel C./Hugentober, V. (2006): Enkelkinder und ihre Großeltern – intergenerationelle Beziehungen im Wandel. Zürich: Seismo Verlag.
- Janßen, A. (2011): Migration und familiäre Netzwerke. In: Fischer, V./Springer, M. (Hrsg.): Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien. Schwalbach: Wochenschau Verlag, S. 294-304.
- Kaiser, P. (1993): Beziehungen in der erweiterten Familie und unterschiedliche Familienformen. In: Auhagen, A. E./von Salisch, M. (Hrsg.): Zwischenmenschliche Beziehungen. Göttingen: Hogrefe, S. 143-172.

- Keupp, H. (2012): Identität und Individualisierung. Riskante Chancen zwischen Selbstsorge und Zonen der Verwundbarkeit – sozialpsychologische Perspektiven. In: Petzold, H. G. (Hrsg.): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 77-105.
- Kühn, T./Koschel, K.-V. (2011): Gruppendiskussionen. Ein Praxishandbuch. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Lüscher, K. (2010): Ambivalenz der Generationen. Generationendialoge als Chance der Persönlichkeitsentfaltung. In: Erwachsenenbildung 56 (2010), Heft 1, S. 9-13.
- Lüscher, K. (2008): Großelternschaft – eine soziologische Annäherung. In: Klosinski, G. (Hrsg.): Großeltern heute – Hilfe oder Hemmnis? Analysen und Perspektiven für die pädagogisch-psychologische Praxis. Tübingen: Attempto Verlag, S. 33-58.
- Lüscher, K./Liegler, L. (2003): Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Nave-Herz, R. (2013): Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in die Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. 3. Auflage Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Nohl, A.-M. (2012): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pelzer, S. (2009): Familie Global. Kinder und ihre Familien im Ausreisekontext – Anregungen für Eltern und Fachkräfte. Oldenburg: Paulo Freire Verlag.
- Petzold, K. (2010): Wenn sich alles um den Locus dreht: Multilokalität, Multilokation, multilokales Wohnen, Inter- und Translokalisierung als Begriffe der Mehrfachverortung. In: Hühn, M./Lerp, D./Petzold, K./Stock, M. (Hrsg.): Transkulturalität, Transnationalität, Transstaatlichkeit, Translokalisierung. Theoretische und empirische Begriffsbestimmungen. Berlin: Lit. Verlag, S. 235-257.
- Rademacher, C. (2006): Identität. Einsichten – Themen der Soziologie. Bielefeld: Transkript Verlag.
- Rosenmeyer, L. (1989): Die späte Freiheit. München: Siedler Verlag.
- Schulte, A./Treichler, A. (2010): Integration und Antidiskriminierung. Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schewpe, C. (2007): Alter und Familie. In: Encarius, J. (Hrsg.): Handbuch Familie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Steinfurt, J. (2010): Identität und Engagement im Alter. Eine empirische Untersuchung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thieme, F. (2008): Alter(n) in der alternden Gesellschaft. Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

III. Regionale und kommunale Herausforderungen

Leitbilder einer zukünftigen Demenzversorgung in ländlichen Regionen. Ergebnisse einer explorativen Interviewstudie mit ExpertInnen der Demenzversorgung

Henrik Wiegmann

1. Einführung

Wie ExpertInnen ländliche Regionen konstruieren, welche Bilder sie von einer zukunftsfähigen Gestaltung von Strukturen der Demenzversorgung in ländlichen Regionen haben und welche Relevanzen sich dabei zeigen, soll Gegenstand des folgenden Beitrags sein. Die Bedeutung einer Analyse von ExpertInnen-Leitbildern ergibt sich aus der Wirkmächtigkeit von ExpertInnenwissen in der personalen, organisationalen und/oder strukturellen Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten und Versorgungsformen im weiteren Bereich des Pflege- und Gesundheitssystems (u.a. Klaes et al. 2013). ExpertInnen sind in gewisser Weise für „die Wissensentwicklung auf dem Gebiet bzw. auf den Gebieten, für das bzw. für die sie – als Kollektiv – das Deutungsmonopol (bzw. Oligopol) beanspruchen“ prägend (Hitzler 1998: 36). Bogner und KollegInnen folgend, können ExpertInnen daher auch als Personen verstanden werden „die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzten Problemkreis bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren.“ (Bogner et al. 2014: 13). Wissenschaft und Forschung selber, das kann hier jedoch lediglich blitzlichtartig reflektiert werden, trägt einen nicht unerheblichen Teil dazu bei, Personen (und ihre Aussagen über einen bestimmten Gegenstand) in den ExpertInnenstand zu rufen und ihre Wissensbestände zu qualifizieren.

Basis der vorliegenden Analyse sind leitfadengestützte Interviews mit ExpertInnen der Demenzversorgung, die im Kontext eines Forschungsprojekts durchgeführt und für diesen Beitrag einer inhaltsanalytischen Sekundäranalyse unterzogen wurden¹. Dieser Beitrag zielt nicht darauf ab, die Meinungen der

1 Es handelt sich hier um das Projekt „DemenznetzStädteRegion Aachen – Feststellung von Angebots- und Vernetzung von Versorgungsstrukturen“, das in den Jahren 2010-2013 von der Katholischen Hochschule NRW (Leitung: Prof. Dr. Liane Schirra-Weirich) wissenschaftlich begleitet wurde. Gefördert wurde das Projekt vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, die

ExpertInnen als Vorhersagen für mehr oder minder wahrscheinliche Entwicklungen in der Zukunft zu betrachten. Vielmehr geht es darum, die Aussagen hinsichtlich impliziter Bedeutungen zu abstrahieren und tiefer liegende Sinnbezüge als Beiträge zum Fachdiskurs in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen. Die Aussagen der ExpertInnen werden im Ergebnis- und Diskussionsteil verallgemeinert und zu einem Kollektiv-Leitbild mit verschiedenen zentralen Dimensionen zusammengefasst. Mit Giesel (2007: 245) werden Leitbilder im Allgemeinen verstanden als gebündelte „sozial geteilte (mentale oder verbalisierte) Vorstellungen von einer erwünschten bzw. wünschenswerten und prinzipiell erreichbaren Zukunft, die durch entsprechendes Handeln realisiert werden soll“.

Die Art und Weise, wie über Demenz und Demenzversorgung geschrieben und gesprochen wird, ist unter anderem durch vorherrschende positive oder negative individuelle und kollektive Altersbilder geprägt (Wurm et al. 2013). Altersbilder wiederum können als Spiegel eines allgemeinen Menschenbilds angesehen werden (BMFSJ 2010: 501). Auf der Ebene der Altersbilder hat sich in den letzten Jahrzehnten ein sukzessiver Wandel vollzogen. Propagiert und auch wissenschaftlich belegt wird mittlerweile ein stärker positiv akzentuiertes bzw. vielfältigeres Bild vom Alter(n). In früheren Zeiten häufig negativ mit abwertenden Labels wie z.B. Gebrechen, Krankheit oder Pflegebedarf assoziiert, steht heute vermehrt die Potenzialperspektive im Vordergrund der Reden über das Alter. Betont werden beispielsweise das aktive Altern, die Produktivität und Kreativität älterer Menschen, ihre Engagementbereitschaft, der Wunsch nach Teilhabe sowie ihr im Vergleich zu früheren Kohorten vergleichsweise besserer gesundheitlicher Zustand (Kruse et al.: 2014). Beeinflusst von diesen allgemeinen Diskurstrends ist der Themenbereich ‚Demenz‘ und ‚Demenzversorgung‘ bis heute jedoch noch stärker geprägt durch medizinische sowie pflege- und gesundheitswissenschaftliche Deutungsmuster (Gronemeyer 2013). In jüngerer Vergangenheit öffnet sich aber auch dieser Diskurs und es manifestieren sich unter anderen folgende Aspekte:

- 1) Semantik und ein veränderter Sprachgebrauch. Statt von den ‚Dementen‘ zu reden wird z.B. von Menschen mit Demenz gesprochen oder Menschen mit demenziellen Veränderungen
- 2) Konzepte wie Selbstbestimmung, Autonomie, und Ambulantisierung sind heute stärker vertreten als das noch vor Jahren der Fall war, z.B. Angehörige ‚pflegen‘ nicht nur, sie ‚begleiten‘ auch.

Landesverbände der Pflegekassen NRW und die StädteRegion Aachen. Die StädteRegion Aachen liegt im Dreiländereck Belgien, Deutschland, Niederlande und besteht aus acht Städten und zwei Gemeinden. Aufgrund der Siedlungsstruktur, der geographischen Lage sowie hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit von zentralen Aspekten der Daseinsvorsorge, können die südlich gelegenen Gemeinden Simmerath, Monschau und Roetgen als ländlich strukturierte Räume bezeichnet werden (Bayer et al. 2013: 6).

- 3) Dies führt auch dazu, dass neue Versorgungskonzepte (z.B. Demenz-WGs) Verbreitung finden. Auch in der Förderlandschaft, z.B. beim Bundesministerium für Gesundheit (Stichwort: Leuchtturmprojekte) oder auch beim Programm „Demenzfreundliche Kommune“ schlägt sich dies nieder
- 4) Die medizinisch-pflegerischen Aspekte werden relativiert, soziale Modelle von Gesundheit, Krankheit und Behinderung prägen verstärkt die Diskurse, ebenso auch eine menschenrechtliche Sichtweise
- 5) Themen wie Normalität, Wohnen, Lebensqualität und Teilhabe werden gegen Tabuisierungen und Stigmatisierungen in den Fokus der Betrachtung gerückt

Ländliche Regionen werden in zeitgenössischen Erzählungen, seien sie journalistischer, politischer oder auch wissenschaftlicher Provenienz, oftmals recht einseitig vor allem defizitär gedeutet. So werden sie zu urban geprägten Regionen in Beziehung gesetzt und als rückständig, abgehängt, schrumpfend oder strukturschwach und daher auch als wenig zukunftssträchtig konstruiert. Im Fokus solcher Abhandlungen stehen häufig bevölkerungsbezogene und ökonomische Aspekte der demographischen Alterung, Abwanderungsbewegungen besonders jüngerer Alterskohorten, Arbeits- und Perspektivlosigkeit sowie damit in Verbindung gebrachte Probleme in Bezug auf die Aufrechterhaltung gleichwertiger Lebensverhältnisse, Stichwort „Daseinsvorsorge“ (Danneberg et al. 2010: 1). Prognostiziert wird, dass vor allem strukturschwache ländliche Regionen in eine Abwärtsspirale geraten und sich darüber hinaus Infrastrukturprobleme wechselseitig potenzieren können (SVR 2014: 486). Gemeinhin wird auch davon ausgegangen, dass Menschen mit demenziellen Veränderungen und ihre Angehörigen eher Stigmatisierungen ausgesetzt sind, das ‚Thema Demenz‘ stärker tabuisiert wird (Morgan 2002: 1133). Polarisierend dazu und allgemein eher positiv konnotiert, erscheinen ländliche Regionen bzw. Dörfer häufig als naturnahe (Erholungs-) Orte mit engen sozialen Beziehungen und Netzwerken, funktionierenden (Dorf-) Gemeinschaften und hohem Potenzial für bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe auch im Kontext sorgender Unterstützungsarrangements (Henkel 2012: 143).

2. Methode

ExpertInnen – Zum Begriff

Der hier Verwendung findende ExpertInnenbegriff folgt dem grundlegenden Verständnis, dass es themenabhängig Wissensunterschiede zwischen Laien und ExpertInnen gibt. Vor dem Hintergrund dieses begrifflichen Gegensatzpaares zeichnen sich ExpertInnen dadurch aus, dass sie als Sachverständige, Fachleute bzw. KennerInnen eines bestimmten Themas bezeichnet werden, in dieser sozialen Rolle auftreten und ihre Expertise anerkannt wird. ExpertInnen fungieren in einer ausdifferenzierten Wissensgesellschaft als bedeutende und omnipräsente intermediäre gesellschaftliche Instanz zur Bewertung, Vermittlung und Transformation besonderer Sachverhalte und Fragestellungen (Hitzler 1998: 37f.). Neben diesen Wissensaspekten fällt auch Machtaspekten in der Definition des ExpertInnenbegriffs eine besondere Bedeutung zu: ExpertInnen sind häufig Personen, die sich in höheren sozialen Positionen, mit einem hohen Grad an Einfluss und Prestige befinden und ihr Wissen hat daher in einem besonderen Maß sehr gute Chancen praxiswirksam zu werden. Damit ist gemeint, dass „ihre Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzungen die Handlungsbedingungen von anderen Akteuren in entscheidender Weise (mit-)strukturieren“ (ebd.: 13) und auch der Zustand eines sozialen, wirtschaftlichen oder politischen Systems von Entscheidungen und Einfluss der ExpertInnen abhängig ist (Meuser/Nagel 1994: 182). Bogner und KollegInnen erscheinen ExpertInnen daher als Personifikationen einer charakteristischen Macht-Wissen-Konfiguration (Bogner et al 2014: 9). Aufgrund ihrer Wirkmächtigkeit und davon ableitbaren Praxisrelevanz sind die Sichtweisen von ExpertInnen auch im Kontext der Identifizierung von Herausforderungen der Versorgungsgestaltung bei Demenz in ländlichen Regionen von besonderer Bedeutung.

Das ExpertInneninterview

Als ExpertInneninterview bezeichnet Ludwig-Mayerhofer „ein Interview mit einer Person, die mit Hinblick auf ihren Status als ExpertIn befragt wird, also als Person, die über spezialisiertes Wissen und dadurch im Allgemeinen auch über (meist: institutionell geregelte) Entscheidungskompetenzen verfügt“ (Ludwig-Mayerhofer, o. J.). Meuser und Nagel entsprechend werden ExpertInnen befragt, um etwas über ein Untersuchungsfeld zu erfahren, zu dem ExpertInnen Kontextwissen liefern können (Meuser/Nagel 1991: 444). Zumeist werden Interviews mit ExpertInnen qualitativ erhoben, in der Regel

gestützt mit einem Interviewleitfaden. Im Auswertungs-Fokus stehen dann nicht ExpertInnen als ‚Personen‘ oder ‚Fälle‘, sondern vielmehr das (nicht notwendig diskursiv verfügbare) Wissen, welches ExpertInnen im Kontext des spezifischen Themen-/Diskursfeldes einsetzen. Für die Auswertung werden häufig inhaltsanalytische Verfahren mitsamt sukzessiver konzeptioneller und theoretischer Verdichtung angewendet. Darüber hinaus kommen auch interpretative bzw. rekonstruktive Verfahren zum Einsatz (Ludwig-Mayerhofer o. J.).

Das ExpertInneninterview kennzeichnet sich Flick folgend im Wesentlichen durch drei Merkmale:

- 1) die Befragten müssen ExpertInnen für einen bestimmten Gegenstandsbereich sein
- 2) der Fokus liegt auf dem Wissensschatz des Befragten, es besteht weniger Interesse an der Person und ihrer Biographie
- 3) eine hohe Pragmatik in der Interviewführung mittels Leitfaden und der selektiven Datenauswertung (Flick 2002: 206)

Die Stichprobe und der Interviewleitfaden

Für die vorliegende Befragung wurde auf modifizierter Basis des Konzepts Wohnquartier⁴ je eine Person aus den folgenden Bereichen gezielt ausgewählt (n=7)²: 1) Soziales, 2) Bürgerschaftliches Engagement, 3) Wissenschaft, 4) Kunst/Kultur und Bildung, 5) Wirtschaft, 6) Politik, 7) Gesundheit.

Die befragten Personen wurden gezielt ausgewählt und das Sample interdisziplinär besetzt. Dies soll ermöglichen, das Thema aus verschiedenen Positionen bzw. von verschiedenen Standpunkten des Akteursfeldes aus zu betrachten. Die Interviews wurden face to face durchgeführt. Zur Unterstützung wurde ein semi-strukturierter Leitfaden eingesetzt. Bei ExpertInneninterviews kommt dem Leitfaden in der Regel eine stärker steuernde Rolle zu als bei anderen Interviewformen, was die Eingrenzung auf vorher festgelegte Themen angeht. Der Interviewleitfaden gliedert sich in sechs Themenbereiche mit jeweils einer offen formulierten Einstiegsfrage als Erzählstimulus. Die Interviews dauerten durchschnittlich 30 Minuten.

2 Wohnquartier⁴ ist ein u.a. von der Diakonie Rheinland erarbeitetes Konzept zur altersgerechten Quartiersgestaltung im demographischen Wandel. Mehr dazu: <http://www.wohnquartier4.de/>.

Die Datenauswertung

Die hier vorgenommene Auswertung der ExpertInneninterviews soll gemeinsame Wissensbestände der Befragten herausstellen sowie Argumentationslinien und Positionen ermitteln. In der Folge werden diese dann hinsichtlich impliziter Leitbilder interpretativ gedeutet und verdichtet. Die Datenauswertung orientiert sich an den von Meuser/Nagel (1991) vorgeschlagenen strategischen Auswertungsschritten:

- 1) Transkription der Protokolle bzw. Tonbandaufzeichnungen
- 2) Paraphrasierung, d.h. erklärende und verdeutlichende Umschreibung der Aussagen. Hier geht es darum die Aussagen textgetreu in chronologischer Reihung auf den Inhalt gerichtet wiederzugeben.
- 3) Reduktion durch Überschriften: Paraphrasierte Passagen werden sortiert und mit Überschriften versehen.
- 4) Bereichsspezifische Materialanalyse: Überschriften geben eine Übersicht über die Kernaussagen der ExpertInnen; Terminologien der ExpertInnen werden beibehalten
- 5) Thematischer Vergleich: Mithilfe der Überschriften werden die vergleichbaren Textabschnitte zusammengefügt. Ziel: Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zwischen den Interviews sollen aufgezeigt werden
- 6) Theoretische Generalisierung – Kategorienbildung: Ziel der Übertragung in Kategorien ist die Organisation und Systematisierung der Ergebnisse

Meuser/Nagel (1991: 462) beschreiben den Schritt der Kategorienbildung als Prozess des Subsumierens „von Teilen unter einen allgemeine Geltung beanspruchenden Begriff“ und als „ein Rekonstruieren dieses allgemeinen, für den vorgefundenen Wirklichkeitsausschnitt gemeinsam geltenden Begriffs.“ Ziel einer solchen Vorgehensweise ist es, „Sinnzusammenhänge zu Typologien und zu Theorien zu verknüpfen“ (ebd.: 464).

3. Ergebnisse

Für diesen Beitrag wurden zwei Fragen aus den ExpertInneninterviews genauer betrachtet:

Frage 1: Wie würden Sie „ländliche Region“ definieren und was macht ihrer Meinung nach eine „ländliche Region“ aus?

Mit dieser Frage sollte in Erfahrung gebracht werden, über welches Verständnis die ExpertInnen vom Begriff der ländlichen Region verfügen und welche charakteristischen Merkmale sie ihnen zuweisen.

Frage 2: Was benötigt eine ländliche Demenzversorgung Ihrer Meinung nach um zukunftsfähig zu sein?

Diese Frage zielte darauf, zu eruieren, welche übergeordneten Prinzipien in Bezug auf das Thema ‚Perspektiven und Weiterentwicklung von Demenzversorgungsstrukturen in ländlichen Regionen‘ sich in den Aussagen der ExpertInnen zeigen.

Wie würden Sie ‚ländliche Region‘ definieren und was macht ihrer Meinung nach eine ‚ländliche Region‘ aus?

Insgesamt konkretisieren die ExpertInnen den Begriff der ‚ländlichen Region‘ vorrangig aus einer relationalen Perspektive der Andersartigkeit, bei der eher Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen oder aber Herausforderungen beziehungsweise Probleme ländlicher Regionen (defizitäre Perspektive) stehen. Vereinzelt werden positive Aspekte genannt, z.B. wird das Landschaftsbild hervorgehoben (Bspw.: grüne Wiesen, Wälder) oder von ländlichen Regionen als Ruheräume gesprochen, mit denen ein langsames Lebenstempo, mehr Zeit bzw. Freizeit verbunden werden. Hiermit werden ländliche Regionen als entschleunigte Naturräume konstruiert. Auf Basis der ExpertInnenantworten können wir vier Kerndimensionen ländlicher Regionen herausarbeiten:

Räumliche Dimension

Erstens können Statements der Befragten zusammengefasst werden, die Aspekte der Wege, Distanzen und/oder Erreichbarkeit thematisieren. Diese haben wir unter dem Thema ‚Raum/Räumlichkeit‘ geclustert, womit eine erste, die räumliche Dimension benannt werden kann. Als typische Aussagen lassen sich zum Beispiel anführen:

- 1) *„da sind die Wege weiter“*
- 2) *„die Distanzen größer“*
- 3) *„dass die Leute Schwierigkeiten haben, die Städte zu erreichen“*

Die räumliche Dimension wird durch die Akzentuierung der Entfernung, der räumlichen Distanz, die Menschen zur Bedürfnisbefriedigung unterschiedlicher Art in ländlichen Regionen zurücklegen müssen, charakterisiert. Damit einher fallen Bezeichnungen wie *weite Wege*, *flächig* oder aber es wird die *Erreichbarkeit* von Gütern thematisiert. Die räumliche Struktur ländlicher Regionen wird als Andersartig angesehen, weshalb, so die Meinungen,

Innovationen in der Demenzversorgung an die Besonderheit ländlicher Strukturen angepasst werden müssen.

Demographische Dimension

Ein weiterer Komplex an Aussagen verweist darauf, dass ländliche Regionen eine besondere Bevölkerungsstruktur bzw. -verteilung haben. Diese Interviewpassagen bezeichnen wir zusammenfassend als demographische Dimension. Typischerweise finden sich in den Interviews dazu Äußerungen wie z.B.:

- 1) „andere(n) Altersstruktur“
- 2) „geringe Siedlungsdichte“
- 3) „niedrige Geburtenzahlen“
- 4) „Überalterung“
- 5) „die ältere Bevölkerung übrig bleibt“

Kernthema der demographischen Dimension sind die hohen Bevölkerungsverluste in ländlichen Regionen. Die befragten ExpertInnen beschreiben ländliche Regionen als Räume mit einer *anderen Altersstruktur* und *geringer Siedlungsdichte*, die vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung insbesondere durch *niedrige Geburtenzahlen* und/oder des quantitativen *Unterschiedes zwischen Einschulungs- und Abgangsjahrgängen* zu erkennen sind. Die von den befragten ExpertInnen konstatierte *Überalterung* ländlicher Regionen, verschärft durch die Abwanderung vor allem der jüngeren Alterskohorten, lässt diese als altersstrukturelle Pionier Räume erscheinen, vorausgreifend und modellhaft für andere Teilräume in Deutschland. Einzelne ExpertInnen sehen aufgrund der geringen Siedlungsdichte und fortschreitender demographischer Entwicklungen besondere ökonomische Herausforderungen des Um- bzw. Ausbaus der öffentlichen Infrastruktur, da Auslastungsgrade zu gering seien, um diese nach marktwirtschaftlichen Prinzipien zu betreiben. Die Machbarkeit orientiert sich in dieser Logik an den Prinzipien der Kosteneffektivität und einem betriebswirtschaftlichen Rentabilitätsdenken. Damit findet sich die Versorgung ländlicher Regionen in einem ökonomisch-ethischen Spannungsfeld wieder (Bauer 2007).

Infrastrukturelle Dimension

Ein drittes Bündel an Aussagen thematisiert strukturelle Eigenschaften ländlicher Regionen. Hier lassen sich Äußerungen zusammenfassen, die rund um das Thema Angebotsstruktur/Infrastruktur kreisen. Diese Passagen betiteln wir übergeordnet als infrastrukturelle Dimension. Exemplarisch lassen sich folgende Zitate anführen:

- 1) „Infrastruktur nicht optimal bzw. grundlegend vorhanden“

- 2) „andere Wirtschaftsstruktur“
- 3) „In der Regel (...) assoziiert mit geringer Infrastrukturdichte“

Die infrastrukturelle Dimension betont Aspekte der Ausstattung ländlicher Regionen mit Gütern und/oder Dienstleistungen, die für ein menschliches Dasein als notwendig erachtet werden, d.h. der öffentlichen Daseinsvorsorge. In diese Dimension fallen Kommentare, die strukturelle Anordnungen von Gütern und Dienstleistungen ansprechen, z.B. dass eine *andere Wirtschaftsstruktur* vorherrscht, die *Infrastruktur nicht optimal* bzw. *grundlegend vorhanden* ist.

Sozio-kulturelle Dimension

Ein viertes Cluster besteht aus Aussagen der ExpertInnen, die soziale bzw. kulturelle Themen hervorheben. Thematisiert werden u.a. Aspekte des Sozialkapitals, Sorgepotenzials oder auch soziale Normen. Als typische Aussagen lassen sich zum Beispiel nennen:

- 1) „dass Sie [Menschen mit Demenz & ihre Angehörigen, Anmerk. HW] mehr im sozialen Netz drin sind“
- 2) „wobei in der Regel das [familiäre] Unterstützungspotential höher ist“
- 3) „dass es eben eine Tradition gibt, bestimmte Sachen in der Familie zu regeln“
- 4) „dort ist Demenz mehr Tabu als (...) in der Stadt“

Die sozio-kulturelle Dimension zeichnet sich durch zwei Hauptthemenstränge aus. Zum einen wird das Potential, welches in der Besonderheit eines ländlichen Miteinanders liegt, betont. Die ExpertInnen beschreiben damit einen intakten sozialen Nahraum und engmaschigere soziale Netze als Stärke ländlicher Regionen, auch in Abgrenzung zu urbanen Regionen, in denen sowohl Dienste als auch Strukturen der Hilfe und Unterstützung stärker externalisiert, d.h. professionell organisiert seien. In ländlichen Regionen hingegen, so die Auffassungen der Befragten, würden vermehrt informelle soziale Netze, vor allem die Familie, zur Problemlösung herangezogen und so als soziales Kapital bzw. Sorgepotenzial fungieren. Zum anderen, in Verbindung stehend mit der demographischen Dimension, wird betont, dass dieses soziale Potenzial der Unterstützung unter dem Druck der demographischen Entwicklung steht und dies ein Problem für intergenerationale familiäre Beziehungen darstellt (z. B. Multi-Lokalität, ‚Intimität auf Distanz‘). Neben den sozialen Aspekten wird eine kulturelle Facette betont, die des Umgangs mit Menschen mit Demenz, basierend auf vorherrschenden Normen in ländlichen Regionen, die dazu führen, dass Demenzen eher verschwiegen bzw. verheimlicht werden.

Zusammenfassend kann der Diskurs zur Charakteristik ländlicher Regionen somit auf vier zentrale Dimensionen systematisiert und verdichtet werden (siehe Abb. 1).

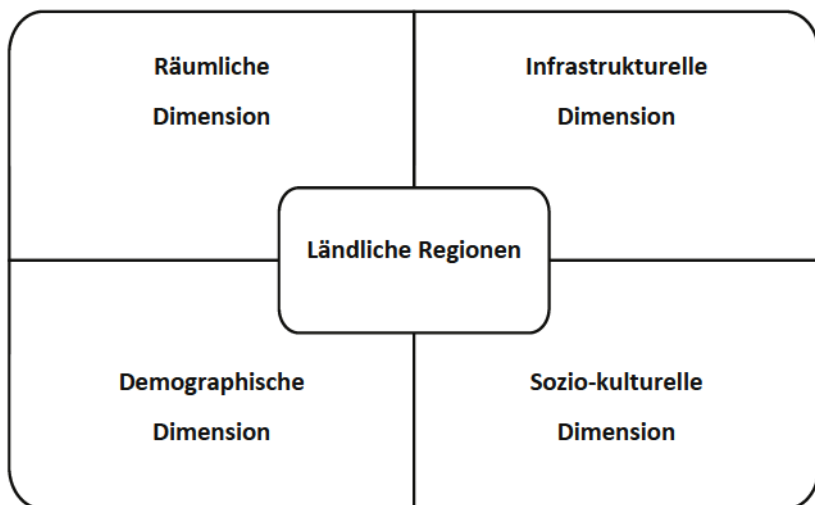


Abbildung 1: Vier Dimensionen ländlicher Regionen (eigene Darstellung)

Dieses grobe Schema kann für die einsteigende Analyse und Systematisierung verschiedener Fragestellungen im Kontext der Demenzversorgung nutzbar gemacht werden. Beispielhaft kann die Inanspruchnahme bzw. Nutzung von Diensten, Angeboten und Leistungen der Demenzversorgung hinsichtlich räumlicher, infrastruktureller, demographischer und sozio-kultureller Barrieren differenziert betrachtet und auch Versorgungsungleichheiten bzw. -benachteiligungen mehrdimensional veranschaulicht werden.

Was benötigt eine ländliche Demenzversorgung Ihrer Meinung nach um zukunftsfähig zu sein?

Auch für die Frage nach der Zukunftsfähigkeit sollen in Folge Interviewpassagen exemplarisch herangezogen werden, um typische Aussagen zu veranschaulichen. Wiederum wurden dann aus diesen Passagen übergeordnete Leitthemen analytisch herausgearbeitet.

Differenzierung und Regionalisierung

1. Statement: „wir müssen andere Formen finden als in der Stadt“

Diese Aussage beinhaltet eine Unterscheidung zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Mit dieser Unterscheidung wird die Wahl einer noch zu findenden Art und Weise der Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen für ländliche Regionen begründet. Übergeordnet kann diese typische Äußerung der ExpertInnen als Aufforderung bzw. Plädoyer für eine differenzierte und regionalisierte Betrachtung und Analyse gegebener Versorgungsstrukturen gedeutet werden. Diese Meinung lässt sich verbinden mit der Forderung, existierende Versorgungsstrukturen verstärkt mit Blick auf regionale und sozialräumliche Disparitäten weiterzuentwickeln (Hämel et al. 2013).

Partizipation und Teilhabe

2. Statement: *„(...) mit Angehörigen, mit den Betroffenen (...) dass sie endlich mal zu Wort kommen“*

Mit der zweiten typischen Aussage verbinden die ExpertInnen die Forderung, entsprechende relevante Zielgruppen bzw. Personengruppen in die Ausgestaltung bzw. Weiterentwicklung ländlicher Versorgungsstrukturen bei Demenz mit einzubeziehen. Dies soll gewährleisten, dass Menschen mit Demenz sowie ihre Angehörigen in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden und die Verhältnisse auf diese Weise (mit-) bestimmen können. Die stärkere Partizipation der jeweiligen NutzerInnen bzw. Zielgruppen erlebt seit Jahren in Forschung und Praxis ein konjunkturelles Hoch (DGGG 2016). Der Einsatz partizipativer Elemente kann dabei eher pragmatisch, z.B. zur Optimierung der Passgenauigkeit von Angeboten und Diensten der Demenzversorgung über die Einbindung lebensweltlicher Wissensbestände begründet werden. Oder aber, weiter gefasst und politisch gerahmt, emanzipatorisch verstanden werden als Ermöglichung einer „selbstbestimmten Einflussnahme auf die eigenen Lebensverhältnisse“ und „die Gestaltung der Gesellschaft“ durch das Einbringen eigener kreativer Ressourcen (ebd.: 5).

Chancengleichheit und Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse

3. Statement: *„dass im Grunde keine Benachteiligung für die Menschen besteht, die auf dem Land leben.“*

Hier wird auf den Aspekt der Chancengleichheit verwiesen. Im Grunde kann zwischen dem Aspekt ‚Differenzierung und Regionalisierung‘ ein Widerspruch im Sinne eines bestehenden Spannungsfeldes von ‚Differenzierung und Gleichheit‘ herausgelesen werden. Hiermit verbindet sich eine wichtige Fragestellung: Können in ländlichen Regionen andere bzw. spezifische Formen von Versorgungsstrukturen, seien sie mobil, telemedizinisch etc. verwirklicht werden, ohne die Chancengleichheit der Menschen in ländlichen Regionen im Allgemeinen in Frage zu stellen? Woran ist die Gleichheit der Chancen im Kontext der Demenzversorgung räumlich

und sozial zu bemessen? Die in der Interviewpassage angeführte Forderung nach „keiner Benachteiligung“ verweist zudem auf den im Grundgesetz formulierten Grundsatz der Herstellung der Gleichwertigkeit von Lebensverhältnissen unabhängig von räumlichen Gegebenheiten.

Marktwirtschaftliche Prinzipien und Ökonomisierung

4. Statement: „*wenn ich keine Auslastungskapazitäten habe, habe ich dann ein Defizit (...)*“

Hinsichtlich der Bereitstellung von Angeboten und Leistungen der Demenzversorgung offenbart sich zwischen den Aussagen drei und vier ein zentraler (Ziel-)Konflikt des Gesundheits- und Versorgungswesens in Deutschland. Nach Meinung der ExpertInnen berührt die Frage nach einer zukunftsfähigen Demenzversorgung grundlegende Fragen der gesellschaftlichen Solidarität. Gerade für Menschen die in ländlichen Regionen leben, sei die Gewährleistung des auf Solidarität und Konvergenz abzielenden Leitbildes der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse von grundlegender Bedeutung, um Benachteiligungen zu vermeiden (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 Raumordnungsgesetz).³ Zukunftsfähigkeit heißt daher auch, bestehende Ressourcen solidarisch (*keine Benachteiligung*) zu distribuieren. Gleichzeitig wird die Möglichkeit der Angleichung urbaner und ländlicher Regionen aufgrund eines geringen Grades der Auslastung (Nutzung) eines passgenauen und damit vielfältigen Angebotspektrums in ländlichen Regionen unter ökonomischen Gesichtspunkten kritisch gesehen, zumal Ökonomisierungs- und Rationalisierungsprozesse im Gesundheits- und Versorgungswesen voranschreiten würden. Unter anderen hat Schulz-Nießwandt (2002: 169f.) darauf aufmerksam gemacht, dass eine verstärkt nachfrageorientierte marktwirtschaftliche Steuerung des Pflege- und Gesundheitswesens Probleme im Bereich der Versorgungssicherstellung mit sich bringen kann:

„Jede Nicht-Markt-Steuerung hat ihren Preis; Marktsteuerung wirft aber ebenfalls erhebliche Zielverletzungen auf. Ihre größten Probleme (...) sind die personenbezogene Risikoselektion sowie ihre räumlichen Verwerfungen (eine Art von raumbezogener Risikoselektion)“.

3 Im Raumordnungsgesetz sind Grundsätze der Raumordnung formuliert. Diese sind laut Gesetz im Sinne der Leitvorstellung einer nachhaltigen Raumentwicklung nach anzuwenden und durch Festlegungen in Raumordnungsplänen zu konkretisieren.

In Abbildung 2 sind die vier übergeordneten Leitthemen nochmals als Spannungsfeld dargestellt.

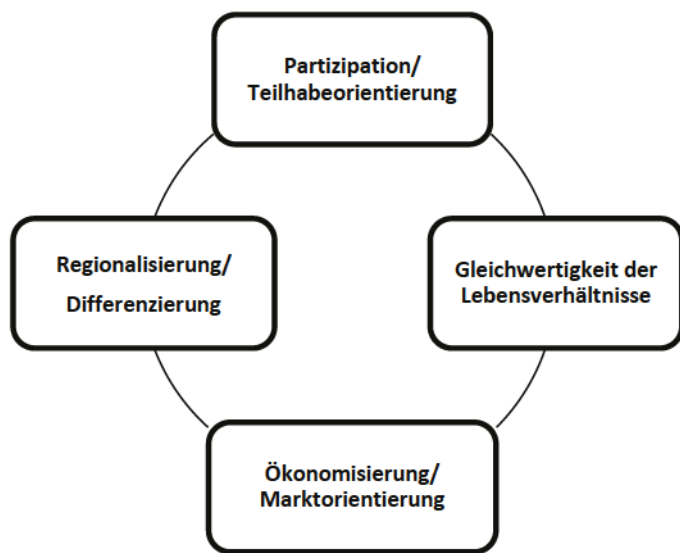


Abbildung 2: Spannungsfeld Demenzversorgung in ländlichen Regionen (eigene Darstellung)

4. Diskussion

In den Äußerungen der ExpertInnen überwiegen die eingangs erwähnten Unterscheidungen zwischen ländlichen und städtischen Regionen, sowohl allgemein als auch im Kontext der Demenzversorgung. Die Aussagen zur Zukunftsfähigkeit der Demenzversorgung in ländlichen Regionen lassen ein Spannungsfeld erkennen in dem sich zukünftige Innovationen bzw. Weiterentwicklungen bewegen. Grundsätzlich bewegen sich die ExpertInnen mit ihren Äußerungen auf zwei verschiedenen Ebenen:

- 1) *Metaebene (Werte und Diskurse, ‚Versorgungskultur‘)*: Die auf der Metaebene zu verortenden Aussagen reflektieren vor allem allgemeine Werte, Haltungen oder Normen der Versorgung von Menschen mit Demenz in ländlichen Regionen.
- 2) *Systemebene (Institutionen, ‚Versorgungsstruktur‘)*: Unter die Systemebene fallen Einlassungen der ExpertInnen, die das Muster von

Strukturelementen, also die Art und Weise der Ausgestaltung einer Versorgungsstruktur für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in ländlichen Regionen ansprechen.

Auf der Meta-Ebene scheinen progressiv-emanzipatorische Werte wie z.B. Partizipation, Teilhabe, Gleichheit (Primat der Ethik) durch, die jedoch durch Aussagen auf der systemischen Ebene wie z.B. Auslastungskapazitäten (Primat der Ökonomie) konterkariert werden. Das kurze Aufblitzen alternativer Denkmodelle verfängt sich relativ schnell wieder in bestehenden Strukturen und ökonomische Sachzwänge scheinen „als Denkgebote und Denkverbote, die sukzessive zu einer Identifikation mit den ökonomischen Imperativen führen“ (Bauer 2007: 113) zu wirken. Im Grundsatz zeigt sich in den dechiffrierten ExpertInnen-Leitbildern, wie weiter oben bereits formuliert, ein ethisch-ökonomisches Spannungsfeld im deutschen Gesundheits- und Versorgungssystem. Die Bedeutung des öffentlichen Sicherstellungsauftrages bleibt bestehen. Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Verfügbarkeit und Akzeptierbarkeit sind zentrale Kriterien einer sozialen Infrastruktur gerade auch in ländlichen Regionen (Schulz-Nießwandt 2002: 168) und „diese räumliche Allokationsfunktion leisten Märkte politikfrei, d.h. unreguliert aller Erfahrung nach nicht. Diese Frage der Allokation im Raum bestimmt aber den Kern der Daseinsvorsorgefunktion öffentlicher Hände.“ (ebd.)

Literatur

- Arbeitskreis Kritische Gerontologie der DGGG, Aner, K. (2016): Diskussionspapier Partizipation und partizipative Methoden in der Gerontologie. In: Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, 49, S. 143-147. Wiesbaden: Springer VS.
- Bauer, U. (2007): Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Schwerpunkt: Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen, 44 (1), S. 98-119.
- Bayer, M./Frohn, M./Malis, F. (2013): Daseinsvorsorge im ländlichen Raum: Eine Zukunftsaufgabe. Industrie- und Handelskammer (Hrsg.). Aachen. URL: https://www.aachen.ihk.de/blob/acihk24/servicemarken/downloads/597604/d46baf3794f94f2bf229aafb2546c70/daseinsvorsorge_im_laendlichen_raum-data.pdf. [Zugriff: 08.07.2016].
- BMFSFJ (Hrsg.) (2010): *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (zugleich Bundestagsdrucksache 17/3815). Berlin.
- Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Dannenberg, P./Lang, T./Kehlmann, K. (2010): Einführung ‚Ländliche Räume‘ in Deutschland: neuere Zugänge zu einer alten Kategorie. In: Europa Regional 18,

- 2010,2-3. Seite 55-59. URL:
http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/31480/ssoar-2012-2-3-dannenberg_et_al-einfuehrung_landliche_raume_in_deutschland.pdf?sequence=1
 [Zugriff: 08.07.2016].
- Flick, U. (2002): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt.
- Giesel, K. D. (2007): *Leitbilder in den Sozialwissenschaften. Begriffe, Theorien und Forschungskonzepte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gronemeyer, R. (2013): *Demenz. Wir brauchen eine andere Perspektive. Essay*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 63. Jahrgang, 4-5/2013. Bonn.
- Hämel, K./Ewers, M./Schaeffer, D.(2013): *Versorgungsgestaltung angesichts regionaler Unterschiede*. In: *Gerontologie + Geriatrie*. Ausgabe 46, S. 323-328. Heidelberg: Springer Medizin.
- Henkel, G. (2012): *Das Dorf. Landleben in Deutschland – Gestern und Heute*. Stuttgart: Konrad Theiss.
- Hitzler, R. (1998): *Reflexive Kompetenz – Zur Genese und Bedeutung von Expertenwissen jenseits des Professionalismus*. In: Schulz, W. K. (Hrsg.): *Expertenwissen. Soziologische, psychologische und pädagogische Perspektiven*. Opladen: Leske und Budrich, S. 33-48.
- Klaes, L./Köhler, T./Rommel, A./Schüler, G./Schröder, H. (2013): *Public Private Health. Neue Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitswirtschaft*. In: Bullinger, H.-J. (Hrsg.): *Qualifikationen erkennen – Berufe gestalten*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Kruse, A./Schmitt, E./Ehret, S. (2014): *Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter*. Universität Heidelberg.
- Ludwig-Mayerhofer, W. (o. J.): *Experteninterview*. In: Ludwig-Mayerhofer, W. (Hrsg.): *ILMES Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung*. URL: <http://wlm.userweb.mwn.de/ilmes.htm> [Zugriff: 13.07.2016].
- Meuser, M./Nagel, U. (1991): *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung : Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen : Westdt. Verl., S. 441-471. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-24025> [Zugriff: 08.07.2016].
- Meuser, M./Nagel, U. (1994): *Expertenwissen und Experteninterview*. In: Hitzler, R./Honer, A./Maeder, C. (Hrsg.): *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. Wiesbaden: Vieweg+Teuber, S. 180-192.
- Morgan, D. G./Semchuk, K. M./Stewart, N. J./C'Arcy, C. (2002): *Rural families caring for a relative with dementia: barriers to use of formal services*. In: *Social Science & Medicine* 55 (2002) 1129–1142. URL: <http://home.cc.umanitoba.ca/~hallmanb/files/GEOG4290-readings-pdf/morgan-etal-2002.pdf> [Zugriff: 08.07.2016].
- Schulz-Nießwandt, F. (2002): *Wettbewerb in der Altenpflege? Regulierungstheoretische Anmerkungen vom morphologischen Standpunkt*. In: Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Gerontologie und Sozialpolitik*. Band 214. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Sachverständigenrat Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. URL:
http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf [Zugriff: 08.07.2016].
- Wurm, S./Berner, F./Tesch-Römer, C. (2013): Altersbilder im Wandel. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Aus Politik und Zeitgeschichte, 63. Jahrgang, 4-5/2013. Bonn.

Teilhabeorientierte Planung von Unterstützungsarrangements für Menschen mit und ohne lebensbegleitende Behinderung im Alter

Sabine Schäper und Michael Katzer

1. Einleitung

Die kommunale Sozialplanung stellt ein wichtiges Instrument zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung von Unterstützungsarrangements in verschiedenen Handlungsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens dar. Die bisherigen Planungskulturen bilden dabei durch ihre Versäulung in verschiedene Fachplanungen die Versäulung der Hilfesysteme ab. Die zunehmende Anzahl von älterwerdenden Menschen mit lebensbegleitender Behinderung verweist auf die Notwendigkeit, diese Versäulung zu durchbrechen und an der Schnittstelle der Hilfesysteme innovative und tragfähige Unterstützungsarrangements im Hilfemix verschiedener Hilfearten und Hilfeformen zu entwickeln. Voraussetzung hierfür ist eine Sozialplanungspraxis, die auf die Sicherung von Teilhabechancen als zentrales Ziel der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet ist. Eine solche teilhabeorientierte Planung wiederum ist auf Formen partizipativer Planung angewiesen, um die subjektive Sichtweise von Menschen mit lebenslangen Behinderungen in Planungsprozesse zu integrieren. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschungsprojekt SoPHiA („Sozialraumorientierte Planung von Hilfe- und Unterstützungsarrangements für Menschen mit und ohne lebensbegleitende Behinderung im Alter“; Laufzeit 2012-2015) hat solche partizipativen Planungsverfahren erprobt. Dabei wurde ein besonderer Fokus auf bisher eher unsichtbare Interessen gerichtet, die in politikwissenschaftlichen Planungstheorien als ‚schwache Interessen‘ bezeichnet werden. Der Artikel betont die Notwendigkeit der Entwicklung adäquater Planungsverfahren und beschreibt die im Projekt gemachten Erfahrungen, die zeigen: Teilhabe ist möglich, wenn Teilhabe nicht nur das Ziel, sondern der Weg ist (Dobslaw 2015).

2. Teilhabe: Soziale und politische Partizipation

Mit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2009 ist Deutschland gesamtstaatlich an die Bestimmungen der UN-BRK gebunden. Der Artikel 3/c fordert die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und die Einbeziehung in die Gesellschaft für alle. Mit dem Artikel 19 „sollen wirksame und geeignete Maßnahmen getroffen werden, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechtes und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern“. Ziel der UN-BRK ist es, Formen sozialer Isolation und Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen zu identifizieren und ihnen mit geeigneten Maßnahmen entgegenzuwirken. „Als Gegenbegriff zur sozialen Ausgrenzung liefert Teilhabe einen Maßstab für die Bewertung gesellschaftlicher Entwicklungen aus Perspektive des Menschen und bildet so den sozialpolitischen Zielhorizont der BRK ab“ (Wansing 2012: 96). Die menschenrechtliche Fundierung ist als gesamtgesellschaftliches Gestaltungsprinzip und staatliche Verpflichtung mit dem Ziel der Verbesserung von Lebenschancen zu verstehen. Degener betont darüber hinausgehend, dass die UN-BRK für ein neues Verständnis von Behinderung steht, das die vorherigen medizinischen und sozialen Modelle durch das menschenrechtliche Modell ablöst (Degener 2015: 64f.). Mit dem menschenrechtlichen Modell von Behinderung wird dem Diversitätsgedanken der Gleichheit aller Menschen in ihrer Differenz Rechnung getragen und im Artikel 3/d der UN-BRK als „die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“ festgeschrieben.

Die Anerkennung von Differenz erfordert eine stetige Weiterentwicklung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Schaffung weiterer Möglichkeitsräume, in denen sich Teilhabechancen realisieren lassen und wirksam erfahren werden können. In diesem Zusammenhang lässt sich mit Lenz (2006: 30) die psychologische Dimension von Partizipation als „Voraussetzung für die Entwicklung bzw. Stärkung und Aktivierung personaler Ressourcen wie Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Widerstandsfähigkeit und Kohärenzgefühl“ beschreiben. Jantzen (2005) betont, dass viele Menschen mit Behinderungen einen ‚freundlichen Begleiter‘ benötigen, damit isolierende Struktur- und Beziehungsmuster überwunden und Partizipation gelingen kann.

Die nicht immer trennscharf gebrauchten Begriffe ‚Teilhabe‘ und ‚Partizipation‘ – auch eine Folge der Übersetzung des Begriffes ‚participation‘ des englischsprachigen Originaltextes der UN-BRK mit ‚Teilhabe‘ in der deutschen Fassung – werden für unsere weiteren Überlegungen mit Wansing (2012: 96) wie folgt präzisiert: „1. Volle Teilhabe (full participation) im eher

passiven Sinne des gleichberechtigten Teilhabens an soziokulturellen Errungenschaften der modernen Gesellschaft (z.B. Freiheit, materielle Sicherheit, Bildung, Information, Mobilität) und 2. wirksame Teilhabe (effective participation) im eher aktiven Sinne der Mitgestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingen über die Mitwirkung an demokratischen Planungs- und Entscheidungsprozessen“. Teilhabe wird in diesem Beitrag im Sinne wirksamer Teilhabe als aktive politische Mitgestaltung verstanden, wie es der Begriff Partizipation im deutschen Sprachgebrauch eher nahelegt.

Partizipation, als Grundprinzip und Grundrecht, wird in der Planung von Unterstützungsarrangements für Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung unterschiedlich gehandhabt. Dabei lassen sich generell verschiedene Stufen von Partizipation beschreiben, die von Nicht-Partizipation, über verschiedene ‚Vorstufen‘ hin zur tatsächlichen, wirksamen ‚Partizipation‘ reichen.

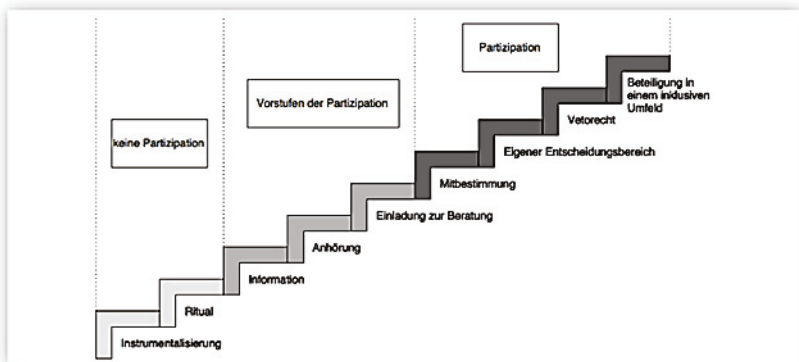


Abbildung 1: Stufen der Partizipation nach Arnstein (1996) (LAG Selbsthilfe NRW 2015, 21)

Wansing (2015: 52) weist zu Recht darauf hin, dass für die Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse beeinträchtigter Menschen „deren aktive Mitgestaltung (Partizipation) an der Umgestaltung – einschließlich der politischen Entscheidungs- und Planungsprozesse – unverzichtbar“ ist. Ansonsten würden Planungen unter Umständen eher für die Interessen von Entscheidungsträger*innen instrumentalisiert als denen der Adressat*innen zu dienen. Auch eine bloße Teilnahme an z.B. Bürgerbeteiligungsverfahren ohne echte Mitbestimmung wäre demnach erst eine Vorstufe von Partizipation. Im Abschlussbericht zum Projekt „Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen in den Kommunen stärken!“ wird eine entsprechende Bewertung von formalen Partizipationsstrukturen daraufhin gefordert, inwiefern diese echte Mitbestimmung ermöglichen: „Ein inklusives

Gemeinwesen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention sollte solche partizipativen Mitbestimmungs- und Entscheidungsmöglichkeiten aufweisen“ (LAG Selbsthilfe NRW 2015, 22).

Ein letzter Gedanke: Das Ziel einer inklusiven Gesellschaft als Gemeinschaft, in der jeder Bürger und jede Bürgerin seinen und ihren Platz hat, dem Bedürfnis nach Freiheit und Sicherheit Rechnung getragen wird, ist nicht frei von Spannungen. Folgt man den Analysen Gröschkes (1993: 162), sind gesellschaftliche Strukturen und menschliche Verhältnisse in ihrem Kern brüchig und fragil. Wir brauchen eine Idee von Gemeinschaft, „die auf Teilen und gegenseitiger Fürsorge beruht, eine Gemeinschaft, die Verantwortung übernimmt und sich aktiv darum kümmert, dass alle nicht nur die gleichen Rechte haben, sondern auch im gleichen Maße in der Lage sind, diese Rechte in Taten umzusetzen“ (Bauman 2009:181). Dass das Ziel einer inklusiven Gesellschaft ein nicht endender Prozess ist, ein stetes Arbeiten an Strukturen und Reflektieren von Handlungs- und Planungsfolgen erfordert, kann mit den Worten Baumans (2015) wie folgt festgehalten werden: „Eine wirklich gute Gesellschaft ist eine, die sich selbst für nicht gut genug hält“.

3. Kommunale Sozialplanung im Wandel

Strategien und Prozesse kommunaler Sozialplanung haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt. Sozialplanung war immer schon eine wichtige Schaltstelle für die Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements, wurde aber in der Vergangenheit eher bilateral zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern ‚verhandelt‘. Die Partizipation von Adressat*innen ist in traditionellen Planungstraditionen und -kulturen nicht vorgesehen.

Die Entwicklung inklusiver Gemeinwesen und Quartiere setzt dagegen veränderte Strategien der kommunalen Sozialplanung voraus. Das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis wird damit nicht aufgehoben, sondern gerade ernst genommen: Damit aus einer bilateralen Bedarfsplanung zwischen Leistungsträgern und Anbietern keine Planungsstrategie wird, die unweigerlich „in das Vergaberecht münden“ wird (Cremer/Fink 2015: 357), muss inklusive Sozialplanung erstens deutlicher kleinräumig denken und zweitens die Perspektive der Adressat*innen verbindlich einbinden. Dies erfordert ein Umdenken auch auf Seiten der Leistungsanbieter, für die das sozialräumliche Denken und die damit verbundene Abkehr von institutionsbezogenen Perspektiven nach wie vor ungewohnt sind. Die Veränderung von Planungsstrategien und -verfahren muss aber bei den in den jeweiligen Feldern gewachsenen Planungstraditionen ansetzen, um

schrittweise neue Verfahren zu entwickeln und alle Akteure ‚ins Boot zu holen‘. Denn: „Ein inklusives Gemeinwesen ist nicht planungstechnisch vom Schreibtisch aus gestaltbar, sondern ein zivilgesellschaftliches Projekt mit offenem Ausgang“ (VSOP 2012: 2) und daher auf die Veränderungs- und Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten angewiesen.

Planungstraditionen in der Altenhilfe

Die Altenhilfe hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung immer deutlicher in ein marktförmig agierendes System verändert, das nicht mehr politisch auf der Basis konsensueller Leitideen, sondern ökonomisch gesteuert und weiterentwickelt wird. Effizienzorientiertes strategisches Wissen und Denken hat größere Bedeutung erlangt und der Ort der Planung wandert weg von der Schnittstelle zwischen öffentlicher Behörde, Planungsverantwortlichen und späteren Nutzer*innen, deutlicher in eine Zone „in der sich im diffusen Interessengeflecht vor allem heterogene private Akteure tummeln, die durch die (partiell kooperierende) planende Verwaltung und eine in ihrer Kompetenz geschwächte Planerprofession, kaum mehr an die Leine der öffentlichen Planung genommen werden können“ (Keim et al. 2002). Häufig werden auch private Investoren von Kommunen mit der Umsetzung von Planungszielen beauftragt. Viele Sozialplaner*innen haben sich in den letzten Jahren eher auf die Rolle der Pflegemarktbeobachtung zurückgezogen (Klie/Pfundstein 2008). Je mehr private Akteure den Markt dominieren, die sich jedoch „nicht zwingend der kommunalen Daseinsvorsorge im selben Maße verpflichtet sehen (müssen)“ (Böhmer 2015b: 137), umso eher drohen dabei die Bedarfslagen älterer Menschen aus dem Blick zu geraten. „Die öffentliche Hand hat kaum mehr Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung und Planung von Einrichtungen. (...) Lokal nicht angepasste Einrichtungen entstehen, regionale Überkapazitäten werden geschaffen und für die Betreiber von Einrichtungen stehen Renditeerwartungen im Vordergrund, die die Wahrnehmung übergreifender, gemeinwesenorientierter Aufgaben erschweren“ so die kritische Einschätzung von Klie (2009: 19).

Die Mechanismen des Pflegemarktes stehen im Spannungsverhältnis zu einem kommunikativen Planungsverständnis. Auch die zunehmende Bedeutung von Quartierskonzepten und einer stärkeren Beteiligung von Nutzer*innen stellt eine ambivalente Entwicklung dar: Ressourcen des Sozialraums als ‚soziales Kapital‘ nutzbar zu machen hilft auch Kostensteigerungen im professionellen System der Altenhilfe und Pflege zu begrenzen (Albrecht 2010: 130). Ob neben Umsatz- und Erlöszielen bei den einzelnen Anbietern auch inhaltliche Leitideen wie Lebensqualität und Teilhabe handlungsleitend sind, bleibt kritisch zu betrachten.

Der von der Altenhilfe- und Pflegeplanung in der Vergangenheit weitgehend getrennte Strang der Planung und Weiterentwicklung von Angeboten der offenen Seniorenarbeit ist oftmals von programm- und projektbezogenen Entwicklungen abhängig, die zeitlich befristet sind. Auch wenn hier ein hohes Maß an ehrenamtlichem Engagement erschlossen werden kann, kommt es aufgrund der Befristung von Projekten in diesem Bereich immer wieder zu Kooperations- und Kommunikationsbrüchen, was die Entwicklung tragfähiger und verlässlicher Netzwerke im Quartier erschwert (Albrecht 2010: 141).

In den letzten Jahren ist eher wieder eine Gegenbewegung zu beobachten: ein klares Selbstverständnis kommunaler Alten- und Seniorenpolitik im Sinne einer gemeinsamen Steuerung „von komplexen Erbringungszusammenhängen sozialer Dienstleistungen durch staatliche, marktliche, zivilgesellschaftliche sowie informelle Sektoren und ihre Akteure“ (Böhmer 2015b: 137). Das neue Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (2014) etwa stärkt die Planungsverantwortung der Kommunen und betont: „Die Planung hat übergreifende Aspekte der Teilhabe einer altengerechten Quartiersentwicklung zur Sicherung eines würdevollen, inklusiven und selbstbestimmten Lebens, bürgerschaftliches Engagement und das Gesundheitswesen einzubeziehen“ (§ 7 APG NRW). Zugleich reklamieren Senior*innen selbst zunehmend die Weiterentwicklung kommunaler Strukturen im Interesse ihrer Versorgungssicherheit und der Sicherstellung von Teilhabechancen am sozialen Leben. Die Forderung nach normativ-rahmensetzender politischer Steuerung von Planungsprozessen wird wieder deutlicher artikuliert, weil diese für die kommunale Aufgabe umfassender Daseinsvorsorge unverzichtbar ist (Lampke et al. 2011: 17).

Planungstraditionen in der Eingliederungshilfe

Die Planungstradition in der Eingliederungshilfe war lange ähnlich wie in der Altenhilfe von bilateralen Absprachen zwischen Anbietern und Leistungsträgern bestimmt. Eine Veränderung kündigte sich mit der Einführung des SGB XII und der daran anschließenden unterschiedlichen Umsetzung in den Landesrahmenverträgen an. Während in einigen Bundesländern der Weg der Kommunalisierung der Leistungen und damit auch die Verlagerung der Planungsverantwortung in der Eingliederungshilfe auf die örtliche Ebene gewählt wurde, wurde in anderen Bundesländern, so auch in Nordrhein-Westfalen, die Zuständigkeit für die ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe auf die Ebene der überörtlichen Sozialhilfeträger „hochgezogen“ (Schäper 2010; Tepe 2009). In der Folge führte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als überörtlicher Träger der Sozialhilfe in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege als

Leistungsanbieter mit der Rahmenzielvereinbarung zur Eingliederungshilfe das Instrument der Regionalplanungskonferenzen als Planungsgremium für das gesamte Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe ein. Die Planungskultur in diesen Planungskonferenzen war zunächst von ökonomischen Kennzahlen, etwa zum Verhältnis der Platzzahlen zu Einwohnerzahlen oder der ambulanten und stationären Wohnangebote, bestimmt. Parallel zur Weiterentwicklung planungswissenschaftlicher Ansätze im Sinne eines „communicative turn“ (Keim et al. 2002) erfolgt in den letzten Jahren auch die Teilhabepanung zunehmend als interaktiver Prozess der Formulierung politischer Planungsziele und deren Implementierung unter Berücksichtigung der kommunalen Gegebenheiten. Kommunale und überörtliche Planungsverantwortliche verstehen sich zunehmend im Sinne ‚verhandelnder Planungsverwaltung‘ als Initiator*innen, Moderator*innen, aber auch als Prioritäten vorgebende Akteur*innen (Keim et al. 2002). Schubkraft hat die verstärkte Beteiligung und Teilhabeorientierung in der Eingliederungshilfeplanung durch die UN-Behindertenrechtskonvention erhalten. Das Land NRW fördert die Entwicklung einer partizipativen kommunalen Teilhabepanung durch die in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Planung und Organisation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen entwickelte Arbeitshilfe „Inklusive Gemeinwesen Planen“ (Rohrman/Schädler et al. 2015). In der Praxis der kommunalen Panung sind jedoch – so die Einschätzung Werners (2013: 90) – die Stadtentwicklungsplanung und Stadtplanung mit ihren standardisierten Bestandsanalysen, vorbereitenden Untersuchungen und einer punktuellen Bürgerbeteiligung noch zu wenig auf ein prozessuales und diskursives Vorgehen mit inklusiver Ausrichtung eingestellt.“

Planungskulturen als ‚strategische Spiele‘

Ähnlich wie Organisationskulturen sind kommunale Planungskulturen von außen oft nur schwer erkennbar: Neben den sichtbaren und einer externen Analyse zugänglichen Phänomenen wie Infrastruktur, Angebotsstruktur oder Bevölkerungsdaten gibt es eine Vielzahl unsichtbarer Phänomene, „unbewusste, für selbstverständlich gehaltene Überzeugungen, Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle (letztlich die Quelle der Werte und des Handelns)“ (Schein 2003: 31), die wenig reflektiert oder explizit kommuniziert werden. Basis solcher unsichtbarer Phänomene sind Grundannahmen, die den Mitgliedern einer Organisation oder eines Sozialraums Sicherheit und Handlungsorientierung geben, für reibungslose Kommunikation sorgen und Entwicklungsprozesse auf der Basis geteilter Überzeugungen zulassen – diese aber zugleich auch begrenzen. Dabei spielt

auch Macht, verstanden als in allen sozialen Bezügen präsent, oft aber nur schwer greifbares Phänomen, eine Rolle. Macht im Sinne allgegenwärtiger „strategischer Spiele zwischen Freiheiten“, wie sie Foucault (1985: 26) versteht, ist auch in Planungskulturen und -prozessen allgegenwärtig – und notwendig. „In Gesellschaft leben heißt jedenfalls so leben, dass man gegenseitig auf sein Handeln einwirken kann. Eine Gesellschaft ‚ohne Machtverhältnisse‘ kann nur eine Abstraktion sein“ (Foucault 1987: 257).

„Strategische Spiele“ mit der Macht in Planungsprozessen können als ‚Verlängerung‘ der jeweiligen politischen Kultur im Umgang mit bestimmten Personengruppen verstanden werden: So spiegelt die Nicht-Beteiligung von Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfeplanung die lange Tradition fürsorglicher Fremdbestimmung wieder, in der für statt mit Menschen mit Behinderungen gedacht und geplant wurde. Akteure im kommunalen Raum bis hin zu Führungskräften sehen sich selbst vielfach noch in der Rolle, für statt mit Menschen zu entscheiden, welche Unterstützungsstrukturen und welche Vertretungsstrukturen im kommunalen Raum sie benötigen. Auch die jeweiligen Altersbilder der Gesellschaft prägen die Ausgestaltung von Unterstützungsstrukturen (Frewer-Graumann/Schäper 2015). Implizite Annahmen, die Planungskulturen zugrunde liegen, bieten den Akteuren Handlungssicherheit, grenzen aber Gestaltungsspielräume zugleich ein. Unausgesprochene Basisannahmen und Spielregeln sorgen häufig für eine gewisse Resistenz gegenüber (insbesondere von außen induzierten) Veränderungsprozessen. Widerstände, die im Verlauf der Entwicklung neuer Planungskulturen auch im Projekt SoPHiA aufgetreten sind, lassen sich weder vermeiden noch verdrängen. Werden sie als Versuch des Festhaltens an identitätsstiftenden bisherigen ‚Wahrheiten‘ verstanden, wird es möglich, mit den Widerständen statt gegen sie zu arbeiten und gemeinsam und transparent die ‚strategischen Spiele‘ des Aushandelns von – notwendigerweise divergierenden – Interessen zu gestalten. Veränderungsprozesse werden nur auf der Basis einer reflexiv-selbstkritischen Haltung aller Akteur*innen auch gegenüber den eigenen Grundannahmen und Überzeugungen und der Reflexion von Machtverhältnissen gelingen können. So kann eine Gegenkultur zu entmündigenden und fremdbestimmenden Planungskulturen entstehen, die Teilhabe nicht nur zum Ziel hat, sondern selbst Teilhabe als Demokratisierungsprozess gestaltet.

4. Inklusive Sozialplanung: ein konflikthafter Lernprozess für alle

Der Weg von der versäulten Fachplanung zur inklusiven Sozialplanung ist notwendig konflikthaft und kann nur als gemeinsamer Lernprozess gestaltet werden und gelingen. Die Komplexität der zu berücksichtigten Dimensionen – Planungstraditionen, Planungskulturen, Planungsverfahren – erlaubt eine wirksame planerische Steuerung nur auf der Planungsebene des Sozialraums und erfordert als Korrektiv im Prozess eine strikte Adressatenorientierung, die wiederum nur durch wirksame Formen der Partizipation im Planungsprozess eingelöst werden kann.

Sozialraumorientierung und Quartiersbezug

Während in der Altenhilfeplanung und Seniorenpolitik Quartierskonzepte als Modell der Zukunft gelten, wird in der Eingliederungshilfe eher der Begriff der Sozialraumorientierung rezipiert. Er ist insofern weiterführend als der Quartiersbegriff, als er ein Modell für das komplexe Zusammenspiel sozialstruktureller, organisationaler, individueller und gemeinwesenbezogener Faktoren bietet (Früchtel/Budde 2010), deren Verschränkung in der Entwicklung teilhabeförderlicher Unterstützungsstrukturen auf lokaler Ebene gleichzeitige Interventionen auf allen Ebenen erfordert: Es gilt,

- 1) auf der Ebene der Sozialstruktur politische Ressourcen in der Kommune zu aktivieren und die kommunalpolitischen Steuerungs- und Interventionsstrategien weiterzuentwickeln,
- 2) auf der Organisationsebene Dienste und Einrichtungen sozialräumlich auszurichten, flexibel an die Bedarfslagen vor Ort anzupassen und die Mitwirkung der Nutzer*innen zu stärken,
- 3) Ressourcen des Gemeinweizens zu eruieren und sinnvoll zu vernetzen und
- 4) die individuelle Unterstützung in Richtung Ressourcen- statt Defizitorientierung zu verändern. Der symbolische Begriff der ‚Heimspiele‘ macht dabei die veränderte Rolle der Adressat*innen deutlich: Sie sind es, die sich in einem Sozialraum ‚zu Hause‘ fühlen sollten, sie sind nicht als ‚Auswärtsspieler*innen‘ Gast in einem Spiel, das nicht sie definieren, vielmehr müssen die unterstützungsleistenden Fachkräfte und Institutionen sich dem von den ‚Spieler*innen‘ gestalteten Rahmen einpassen, ihren ‚Spielregeln‘ folgen.

Das Fachkonzept der Sozialraumorientierung lässt sich erweitern durch konzeptionelle Elemente aus Quartiersansätzen. So kann im Prozess der Weiterentwicklung altengerechter *und* teilhabeförderlicher Quartiere ein Quartiersstützpunkt als zentrale Anlaufstelle sinnvoll sein, der Beratungs- und Serviceort, Info-Punkt und Begegnungsort für die Bewohner*innen des Quartiers sein kann. Mancherorts, vor allem im ländlichen Bereich werden solche zentralen Anlaufstellen mit einem ehrenamtlich betriebenen Dorfladen, Café oder Treffpunkt kombiniert, an dem Bürger*innen sich auch aufhalten und Kontakte knüpfen können. Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen professionellen, semiprofessionellen und ehrenamtlichen bzw. informellen Unterstützungsleistungen im Quartier: Ehrenamtliche Helfer*innen können eine Präsenz sicherstellen, Hilfen vermitteln oder als Gesprächspartner*in zur Verfügung stehen. Für die Quartiersentwicklung, die fachliche Beratung der Nutzer*innen, die Koordination und Netzwerkarbeit sowie eine professionelle Prozesssteuerung sind allerdings entsprechend qualifizierte Fachkräfte und entsprechende Ressourcen unerlässlich (Kricheldorf/Klott/Tonello 2015: 413). Der kommunalen Sozialplanung kommt die Rolle der Federführung des Gesamtprozesses zu sowie die der Bereitstellung der notwendigen Sozial- und Infrastrukturdaten, die Rückschlüsse auf Bedarfslagen und Versorgungslücken zulassen (siehe auch Beitrag von Rodekohl in diesem Band).

Eine stärkere Sozialraumorientierung wird durch die ‚Hochzonung‘ der Steuerungsverantwortung auf überörtliche Sozialhilfeträger eher erschwert, weil überörtliche Sozialhilfeträger nicht kleinräumig genug denken und planen (können). Der in anderen Bundesländern beschrittene Weg der Kommunalisierung ist aber mit anderen Schwierigkeiten verbunden: Oft fehlt die fachliche Erfahrung und in kleinen Kommunen die Möglichkeit des Erwerbs von Spezialwissen für alle Fachplanungen, die hier oft in einer Hand liegen, in sehr kleinen Gemeinden haben Mitarbeitende und Leitungen im Sozialamt oft sogar noch weitere Rollen inne. Und die Planung wird mehr oder minder deutlich von der Haushaltslage der jeweiligen Kommune mitbestimmt, was unter Umständen extrem unterschiedliche Strategien der Ausgestaltung von Unterstützungsarrangements zur Folge hat und dem sozialstaatlichen Grundprinzip der Herstellung gleicher Lebensverhältnisse widersprechen kann (Tepe 2009: 190). Den mit der Hochzonung einerseits und der Kommunalisierung andererseits verbundenen Risiken ist nur durch eine enge Kooperation zwischen der überörtlichen und der kommunalen Ebene wirksam zu begegnen.

Adressatenorientierung als Korrektiv

Für die Erhaltung von Lebensqualität und Teilhabechancen für Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung im Alter sind gewohnte Lebensvollzüge und Handlungsroutrinen und der Erhalt „biografisch verankerter Erlebensräume“ (Kricheldorf/Oswald 2015: 399) grundlegend. Ältere Menschen erleben – abhängig von Wohnbiografien und lokalen Bedingungen – in der Regel die Verbundenheit zu ihrem Quartier, ihrem Stadtteil, ihrem ‚Kiez‘ oder ‚Viertel‘ als wichtigen Teil ihrer Identität. Das Bleibenkönnen allein im Sinne des Prinzips ‚Aging in Place‘ ist dabei nicht ausreichend – gelingendes Altern im Sozialraum und Quartier setzt neben der Versorgungssicherheit vor Ort gelingende Formen der handlungsbezogenen Einbindung in das soziale Leben des Gemeinwesens voraus. Bedeutsam sind dabei Aspekte der Auseinandersetzung mit und der aktiven Gestaltung der Wohnumwelt und der entsprechenden Kontrollüberzeugungen („agency“) sowie die erlebensbezogenen Aspekte im Sinne der Bindung an das bzw. Verbundenheit mit dem Umfeld („belonging“) (Oswald/Konopik 2015: 401). Tragfähige soziale Netzwerke und eine sinnvolle, strikt an den Bedürfnissen der Adressat*innen orientierte Kooperation zwischen formellen und informellen Hilfen einerseits sowie professioneller, durch Fachkräfte erbrachter, und semiprofessioneller Unterstützung durch qualifizierte Laien andererseits bilden die Grundlage für umfassende Hilfemix-Lösungen, die pflegende und betreuende Familien entlasten. In Modellprojekten in der Altenhilfe hat sich dabei u.a. als wichtig erwiesen, die Aufgaben der verschiedenen Akteur*innen im Sinne einer lokalen Verantwortungsgemeinschaft (Kricheldorf/Klott/Tonello 2015: 411) zu bündeln und sie zugleich klar zuzuordnen und voneinander abzugrenzen. Das schützt alle Beteiligten vor Überforderung und verdeutlicht, dass die Aktivierung lokaler Ressourcen kein Ersatz für professionelle Unterstützung sein kann.

Zielperspektive: ein inklusives Gemeinwesen

Inklusive Sozialplanung verfolgt im Unterschied zu Marktbeobachtung einerseits und kennzahlenorientierter Planung andererseits ein klares, normativ ausgerichtetes politisches Ziel, das folglich auch die politischen Akteur*innen in eine neue Rolle bringt. Als inklusive Sozialplanung wird dabei eine ressortübergreifende Planung verstanden, die ein inklusives Gemeinwesen mit einer inklusiven Infrastruktur zum Ziel hat (Böhmer 2015a: 133). Inklusive Sozialplanung hat dafür zu sorgen, „dass grundsätzlich niemand die Kommune bzw. seinen Sozialraum verlassen muss, z.B. im Fall von Krankheit,

Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, dass tragfähige Nachbarschaftsstrukturen entstehen, Solidarität und Gemeinsinn gefördert werden und so ein inklusives Gemeinwesen zur Normalität wird“ (VSOP 2012: 4).

Die besondere Anforderung besteht dabei darin, intersektionell zu denken und zu planen und die Bedürfnisse von Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung, Menschen unterschiedlichen Alters, Männer und Frauen, Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten und Menschen in unterschiedlichen sozialen Lagen gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Entwicklung eines inklusiven Gemeinwesen muss in alle Fachplanungen integriert und zur planerischen Gesamtstrategie in der Kommune werden (Rohrman/Schädler et al. 2015: 9). Planung bewegt sich damit im Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit der Planung entlang harter Faktoren (Kennzahlen), der normativen Ausrichtung an einer mit den Akteuren im Gemeinwesen gemeinsam entwickelten Zielperspektive und der mit der Beteiligung von Anbietern und Nutzer*innen im Planungsprozess verbundenen Offenheit und Flexibilität. Die Komplexität dieses Prozesses wird nur handhabbar durch eine klare integrierte politische Steuerung durch die Kommune, die die Aufspaltung in gänzlich getrennte Fachplanungen mit je eigenen Planungskulturen überwindet (Böhmer 2015a: 133) und deren Kooperation nicht nur fordert, sondern institutionalisiert (Rohrman/Schädler et al. 2015: 10).

Durch die stärkere Netzwerkarbeit, die nicht ‚nebenbei‘ zu haben sondern ein transformativer Lernprozess ist, steht für die Beteiligten nicht selten auch die Weiterentwicklung des eigenen Rollenverständnisses und der eigenen Berufsidentität an. So schafft erst die Abkehr von vertrauten wie politisch oftmals noch gewollten rationalen und effizienten Planungsverfahren Raum für ergebnisoffene Diskurse und Vereinbarungen über eine sinnvolle und bedarfsgerechte Gestaltung sozialer Räume, über die Genese sozialer Probleme und geeignete (wie ungeeignete) Lösungsstrategien.

Partizipation als Ziel und als Weg

Menschen mit Behinderungen sind in erster Linie Bürger*innen und mit entsprechenden politischen Beteiligungsrechten ausgestattet, die es in wirksame Verfahren der Beteiligung an Planungsprozessen zu übersetzen gilt. Mit Art. 29 der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichten sich die Vertragsstaaten, Vorkehrungen zu treffen, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen am politischen und öffentlichen Leben und „an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten teilhaben“ können. Teilhabe beinhaltet somit nicht nur die Möglichkeit, an Ressourcen

und Errungenschaften einer Gesellschaft partizipieren zu können, sondern wirksam, umfassend und aktiv gesellschaftliche Bedingungen mitzugestalten, z.B. durch die Mitwirkung in demokratischen Planungs- und Entscheidungsprozessen (Wansing 2012: 96). Bisher sind Menschen mit Behinderungen jedoch nur sehr begrenzt an kommunalpolitischen Prozessen beteiligt (Rohrmann/Schädler et al. 2015: 9; BMAS 2013: 240). Die Entwicklung altengerechter und inklusiver Quartiere ist eine Aufgabe kommunaler Politik im Rahmen der Daseinsvorsorge in Kooperation mit Leistungsanbietern und Leistungsträgern. Sie ist aber ohne die Unterstützung individueller Selbstorganisations- und Selbsthilfekompetenzen nicht denkbar. Darin liegt für die Nutzer*innen die Chance, sich selbst als Akteur*innen der Entwicklung des eigenen Wohn- und Lebensumfeldes, nicht mehr nur als Empfänger*innen von Unterstützungsleistungen zu erleben. Selbsthilfegruppen stellen dabei wichtige „Gelegenheitsstrukturen für soziale Nähe und für Lernen“ dar. Sie sind ein „Transformationsraum“, in dem ausgehend von individuellen Erfahrungen kollektive Probleme systematisch identifiziert, sichtbar gemacht und solidarisch geteilt werden können (Baumgartner/Kolland/Wanka 2013: 70f.). Selbsthilfegruppen ermöglichen individuelle und kollektive Erfahrungen von Solidarität und Selbstwirksamkeit als „Rohstoffe des Politischen“ (Negt/Kluge 1993, zit. n. Stummbaum 2015). Die Installierung von Selbsthilfenetzwerken und -angeboten im Sozialraum braucht dabei oft den „Anschub“ durch professionell Begleitende, wie sich in Konzepten der „Blended help“ (begleitete Selbsthilfegruppen) in der Seniorenarbeit gezeigt hat (Stummbaum 2015).

In der Behindertenhilfe werden Konzepte wie individuelle Unterstützernetze und lokale Teilhabekreise seit einigen Jahren mit großem Erfolg umgesetzt (Pinner 2011). Daneben gilt es, wirksame Formen politischer Partizipation durch Installierung von Vertretungsgremien oder Schaffung des Zugangs zu bestehenden Gremien zu entwickeln und zu fördern (Rüter 2011).

Partizipative Verfahren sind aufwendig und ressourcenintensiv. Als wichtig hat sich eine langfristige Strategie erwiesen, die den Netzwerkpartnern schon zu Beginn die nachhaltigen Effekte sichtbar macht, wenn sie auch noch nicht unmittelbar spürbar sind.

5. Plädoyer für Partizipation

Partizipation unter erschwerten Bedingungen

Im Projekt SoPHiA wurden verschiedene zeitlich befristete Beteiligungsverfahren durchgeführt und ausgewertet. Dazu zählten bewährte Bürgerbeteiligungsverfahren, die als Komm-Strukturen realisiert wurden (zum Beispiel Zukunftskonferenzen, Arbeitsgruppen, Bilanztreffen). Die begleitende Evaluation hat gezeigt, dass bestimmte Gruppen von Personen nicht erreicht wurden bzw. nicht zu den Veranstaltungen erschienen. Mit dem Anspruch, gerade auch bisher unsichtbare Interessen sichtbar zu machen, wurden andere, aufsuchende Wege der Beteiligung entwickelt, die Lebenssituationen und Interessen fokussierten, die bisher unzureichend in Planungsprozessen berücksichtigt wurden, und einerseits im stationären Kontext (sowohl einer Einrichtung der Behindertenhilfe als auch der Altenhilfe) und andererseits im direkten häuslichen Lebensumfeld der Betroffenen durchgeführt. Handlungsleitend war die Frage, wie die Interessen von Menschen mit komplexer Behinderung bezüglich der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erhoben werden und wie die Personen an der Gesellschaft, in ihrem Sozialraum partizipieren können. Dieser forschungs- und planungsrelevanten Frage liegt der Anspruch zu Grunde, auch den „ausgegrenzten“ Menschen (Bauman 2005) miteinzubeziehen. Dörner (2001: 98) hat dies programmatisch in einem kategorischen Imperativ wie folgt beschrieben: „Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen an Empfänglichkeit, Zeit, Kraft, Manpower, Aufmerksamkeit und Liebe immer beim jeweils Schwächsten, Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt“.

Seifert, Fornefeld und Koenig (2001) konnten in der Kölner Lebensqualitätsstudie über Beobachtungsprotokolle aufzeigen, wie schwierig es ist, Selbstbestimmung und Partizipation in der alltäglichen Begleitung von Menschen mit komplexen Hilfebedarf zu ermöglichen. Die Studie beschreibt eindrücklich die Gefährdungsmuster, denen die an der Untersuchung beteiligten Frauen und Männer in stationären Einrichtungen ausgesetzt sind, und wie isolierende und gewalttätige Erfahrungen das Leben formen: „Deprivierende Lebensbedingungen haben Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung und das Selbsterleben schwer behinderter Menschen. Die alltäglichen Erfahrungen prägen ihr Verhalten – ein Teufelskreis von erheblicher Brisanz: Behindernde Lebensbedingungen manifestieren Behinderung“ (ebd.: 349). Nicht nur diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass „Menschen mit schweren Behinderungen und komplexem Unterstützungsbedarf (...) die Fähigkeit zur Partizipation in Angelegenheiten, die ihr Leben betreffen, meist abgesprochen“ wird (Seifert 2015: 364f.). Die

Schaffung und das Vorenthalten von Möglichkeitsräumen für Partizipation stehen im engen Zusammenhang mit den Strukturen von stationären Einrichtungen und den Einstellungen und „Skripten“ der dort arbeitenden Mitarbeiter*innen (Schädler 2011). Inklusiv Sozialplanung, die „darauf angelegt [ist], jedwede Form sozialer Ausgrenzung von Menschen, die sich gesellschaftliche Teilhabe nicht leisten oder aufgrund von Barrieren nicht verwirklichen können, zu verhindern“ (VSOP 2012: 2), hat den Auftrag, Teilhabe und Partizipation durch systematische und strukturell verankerte Vorkehrungen zu ermöglichen. Stellvertretende Befragungen mit dem Ziel, Nutzer*innen zu beteiligen und deren Interessen zu erheben, stellen einen möglichen Zugang dar. Grundsätzlich sind aber stellvertretend erhobene Aussagen über das subjektive Erleben eines anderen immer nur Vermutungen, Annäherungen an einer Lebenswelt, die sich durch stellvertretende Äußerungen nicht restlos erschließen lässt. Überdies besteht immer auch die Gefahr der Entmündigung und Instrumentalisierung. Seifert folgert aus dieser Tatsache, dass stellvertretende Befragungen nur in Kombination mit anderen Verfahren anzuwenden seien, bei denen die betroffene Person unmittelbar beteiligt ist (Seifert 2015: 372). Im Projekt SoPHiA wurden daher auf der Grundlage der Analysen Wolfensbergers (1996, 1998), des „SEO“ Instrumentariums zur Einschätzung der sozial-emotionalen Entwicklung und Befindlichkeit (Došen 2010; Kolb 2014) und einer rehistorisierend-biografischen Betrachtungsweise (Jantzen 1996, 2005) Strategien zur Kompetenzerweiterung und Aufwertung des sozialen Ansehens entwickelt und gemeinsam mit der betreffenden Person durchgeführt. Die beteiligte Person ist mit ihren verbalen und nonverbalen Rückmeldungen dabei stets als Korrektiv für die durchgeführten Maßnahmen zu betrachten. Für einen Befragten konnten beispielhaft Kompetenzen im haushaltspraktischen Bereich (Bedienung einer eigenen Kaffeemaschine, selbst Kaffee mahlen zu können) eruiert und so weiterentwickelt werden, dass sie im Rahmen von gesellschaftlichen Anlässen (zum Beispiel Kaffeekochen im Rahmen eines Bürgerfestes) mit dem Ziel der Verbesserung des Ansehens und einer Aufwertung der sozialen Rolle eingebunden werden können. Die teilnehmenden Mitarbeitenden wurden nach eigenen Aussagen für bisher unbekannte Interessensgebiete, biografische Erfahrungen sowie Möglichkeiten einer pragmatischen Umsetzung sensibilisiert und waren überrascht, welche individuellen Teilhabemöglichkeiten zu Tage traten. Strukturell führte diese Befragung zu weiteren institutionellen Veränderungsideen bezüglich der individuellen Betreuungsplanung. Somit können auch zukünftig Menschen, die auf umfassende Unterstützung angewiesen sind, in Lern- und Veränderungsprozesse eingebunden werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Auch für Menschen mit einer komplexen Behinderung und mit umfassendem Unterstützungsbedarf bestehen Partizipationsmöglichkeiten, die sich für die Teilhabe im Sozialraum nutzbar

machen lassen. Stellvertretende Befragungen und innovative Befragungs- und Bedarfserhebungsmethoden können hier neue Erfahrungs- und Möglichkeitsräume schaffen. Sie sind in der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung zwar zeitaufwendig und bedürfen einer fachlich-professionellen Begleitung, trotzdem sind sie notwendig, damit wir auch noch in dem „Letzten“ und „Randständigsten“ den „einen Teil des Ganzen (...) sehen, ohne den es den Menschen nicht gibt in seiner Totalität“ (Saal in Dörner 2002: 149).

Vom expertokratischen Paternalismus zur expertokratischen Professionalität

Die professionell Begleitenden in der Behindertenhilfe sind gefordert, ihr berufliches Selbstverständnis im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention weiterzuentwickeln: Wenn es gilt, „angemessene Vorkehrungen zu treffen“, damit Menschen teilhaben können, können professionelle Handlungskonzepte und Methoden nicht mehr nur auf Individuen zielen, sondern immer zugleich auf die anderen Handlungsebenen: Organisationen, Netzwerke und die politische Ebene der Sozialstruktur. Ziel professionellen Handelns ist die Bereitstellung von Arrangements, die Nutzer*innen professionelle Unterstützung in allen Phasen des Unterstützungsprozesses – von der Planung bis hin zur persönlichen Lebensführung und zur Evaluation der Wirksamkeit im Sinne der Erweiterung von Teilhabechance – anbietet. Dabei wird oftmals nicht (mehr) damit gerechnet, dass Menschen mit Behinderungen, insbesondere wenn sie lange Zeiten ihres Lebens in Institutionen verbracht haben, auch einen aktiven Beitrag zur Entwicklung des Gemeinwesens leisten können. Ein professionelles Selbstverständnis zu entwickeln, das den ‚Eigensinn‘ von Nutzer*innen zulässt und verlässliche Unterstützungsstrukturen schafft, ist ein paradoxes Unterfangen und bedarf daher der permanenten selbstkritischen Reflexion.

Die Kommune muss die Federführung für die Entwicklung inklusiver Gemeinwesen übernehmen (Rohrman/Schädler et al. 2015: 9) und die verschiedenen Handlungsebenen (Bund, Land, Kommune, Quartier) in einer kommunalen Planungsstrategie und -kultur zusammenführen. Gelingen kann dies, wenn sich alle als Lernende verstehen und alle Beteiligten als Expert*innen für die eigene Perspektive wahrgenommen werden.

Die Interessen der Mitglieder eines Gemeinwesens sind notwendig unterschiedlich und lokale Gemeinschaften sind nicht als homogene Gebilde zu denken. Gemeinsames Tätigsein in Feldern, die gemeinsame Interessenlagen im Quartier betreffen, erfordert die (selbst-) kritische Auseinandersetzung mit traditionellen Handlungs- und Rollenmustern im

Sinne gemeinsam getragener Verantwortung für die Gestaltung von Handlungsspielräumen statt einseitiger Für-Sorge der einen für die anderen. Dazu gehört auch die Einsicht, dass bei aller Plausibilität des Rufes nach der Zivilgesellschaft „die produktive Einbindung im Interesse aller Beteiligten nur dort funktionieren kann, wo eine professionelle Infrastruktur mit entsprechender Personalausstattung dafür bereit steht“ (Aner 2010: 26).

Literatur

- Albrecht, P.-G. (2010): Dezentralisierung und Kommunalisierung in Altenhilfe und Altenarbeit. In: Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (Hrsg.): *Regiert das Lokale das Soziale? Die Kommunalisierung und Dezentralisierung sozialer Dienste als sozialpolitische Reformstrategie*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 129-142.
- Aner, K. (2010): Kritische Gerontologie und Soziale Altenarbeit im aktivierenden Staat. In: *Widersprüche* Nr. 117 (Sept. 2010), S. 17-31.
- Bauman, Z. (2015): Sicherheit und Freiheit als unerreichtes Ideal. Der Soziologe Zygmunt Bauman im Gespräch mit Nana Brink. http://www.deutschlandradiokultur.de/totalitarismus-sicherheit-und-freiheit-als-unerreichtes.1008.de.html?dram:article_id=319255 [Zugriff: 01.05.2016].
- Bauman, Z. (2009): *Gemeinschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bauman, Z. (2005): *Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne*. Hamburger Edition.
- Baumgartner, K./Kolland, F./Wanka, A. (2013): *Altern im ländlichen Raum. Entwicklungsmöglichkeiten und Teilhabepotential*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Böhmer, A. (2015a): *Konzepte der Sozialplanung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhmer, A. (2015b): *Verfahren und Handlungsfelder der Sozialplanung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Cremer, G./Fink, F. (2015): Bundesteilhabegesetz: Stehen wir vor einer ordnungspolitischen Wende? In: *Nachrichtendienst des DV* 95: S. 353-357.
- Dobslaw, G. (2012): Wenn Teilhabe das Ziel ist, muss auch Teilhabe der Weg sein! In: *Teilhabe* 51: 3, S. 100-103.
- Dörner, K. (2001): *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. 2. unveränderter Nachdruck, Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Dörner, K. (2002): *Tödliches Mitleid. Zur Sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens*. Erweiterte Neuauflage, Neumünster: Paranus Verlag.
- Došen, A (2010): *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- Foucault, M (1985): *Freiheit und Selbstsorge*. In: Becker, H./Gomez-Muller, A./Fornet-Betancourt, R. (Hrsg.): *Freiheit und Selbstsorge*. Frankfurt am Main, S. 7-28.
- Foucault, M. (1987): *Das Subjekt und die Macht*. In: Dreyfus, H. L./Rabinow, P. (Hrsg.): *Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*. Frankfurt am Main, S. 243-261.

- Frewer-Graumann, S./Schäper, S. (2015): Die unsichtbaren Alten – Bilder über das Altern von Menschen mit lebenslanger Behinderung. In: *Journal für Psychologie*, 23:3, S. 167-191.
- Keim, K.-D./Jähnke, P./Kühn, M./Liebmann, H. (2002): Transformation der Planungskultur? Ein Untersuchungsansatz im Spiegel stadt- und regionalplanerischer Praxisbeispiele in Berlin-Brandenburg. In: *Planungsgrundschau – Zeitschrift für Planungstheorie und Planungspolitik* 6, S. 126-152.
- Gröschke, D. (1993): *Praktische Ethik der Heilpädagogik. Individual- und sozial-ethische Reflexionen zu Grundfragen der Behindertenhilfe*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.
- Jantzen, W./Lanwer-Koppelin, W. (Hrsg.) (1996): *Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen* Berlin: Edition Marhold.
- Jantzen, W. (2005): "Es kommt darauf an, sich zu verändern..." Zur Methodologie und Praxis rehistorisierender Diagnostik und Intervention. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Klie, T. (2009): Sozialpolitische Neuorientierung und Neuausrichtung rechtlicher Steuerung (Expertise, Hrsg. vom Netzwerk: Soziales neu gestalten). Gütersloh: Bertelsmann.
- Klie, T./Pfundstein, T. (2008): Von der kommunalen Altenhilfeplanung zum Kultur- und Systemmanagement. Die neue Rolle der Kommunen in der Seniorenpolitik. In: *Informationsdienst Altersfragen* 35: 3, S. 7-10.
- Kolb, J. (2014): Emotionaler Entwicklungsstand, Erfassung und Umsetzung im aktiven Milieumanagement. In: Schanze, C. (Hrsg.) (2014): *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 43-51.
- Kricheldorf, C./Klott, S./Tonello, L. (2015): Sorgende Kommunen und Lokale Verantwortungsgemeinschaften. Modellhafte Ansätze zur Sicherung von gelingendem Altern und Pflege im Quartier. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48: S. 408-414.
- Kricheldorf, C./Oswald, F. (2015): Gelingendes Altern in Sozialraum und Quartier. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48, S. 399-400.
- LAG SELBSTHILFE NRW e.V. (Hrsg.) (2015): *Politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen in den Kommunen stärken! Abschlussbericht zum Projekt, Münster: LAG Selbsthilfe e.V.*
- Lampke, D./Rohrman, A./Schädler, J. B. (Hrsg.) (2011): *Örtliche Teilhabepaltung mit und für Menschen mit Behinderungen. Theorie und Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lenz, A. (2006): Psychologische Dimensionen der Partizipation. In: Seckinger, M. (Hrsg.): *Partizipation – ein zentrales Paradigma*. Tübingen, Verlag, S. 13-34.
- Oswald, F./Koponik, N. (2015): Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stätteidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48, 401-407.
- Pinner, F. (2011): Den Herausforderungen der Initiierung von Lokalen Teilhabekreisen auf der Spur. Eine Inhaltsanalyse nach Mayring. In: Fink, F./Hinz, T. (Hrsg.): *Inklusion in Behindertenhilfe und Psychiatrie. Vom Traum zur Wirklichkeit*. Freiburg: Lambertus-Verlag, S. 191-216.

- Rohrman, A./Schädler, J. et al. (2015): *Inklusive Gemeinwesen Planen. Eine Arbeitshilfe*, hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW, 2. veränderte Aufl., Düsseldorf.
- Rüter, D. (2011): *Örtliche Teilhabeplanung am Beispiel der Stadt Münster*. In: Lampke et al. 2011, S. 199-210.
- Schädler, J. (2011): *Stellvertretung und „Mitarbeiter-Scripts“ in Dienstleistungsorganisationen im Feld der Behindertenhilfe*. In: Ackermann, K.-E./Dederich, M. (2011): *An Stelle der Anderen. Ein interdisziplinärer Diskurs über Stellvertretung und Behinderung*. Oberhausen: ATHENA Verlag.
- Schäper, S. (2010): *Von der Anstalt zur "caring community" – Dezentralisierung und Kommunalisierung in der Behindertenhilfe*, in: Dahme, H.-J. Wohlfahrt, N. (Hrsg.): *Regiert das Lokale das Soziale? Die Kommunalisierung und Dezentralisierung sozialer Dienste als sozialpolitische Reformstrategie*, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 84-100.
- Seifert, M./Fornfeld, B./Koenig, P. (2001): *Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim. Bielefeld: Bethel-Verlag.*
- Seifert, M. (2015): *Partizipation von Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen im Rahmen professioneller Dienstleistungen*. In: Düber, M./Rohrman, A./Windisch, M. (2015): *Barrierefreie Partizipation. Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze auf dem Weg zu einer neuen Kultur der Beteiligung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schein, E. H. (2003): *Organisationskultur. The Ed Schein corporate culture survival guide. 2. korr. Aufl. Bergisch Gladbach: EHP-Verlag.*
- Stummbaum, M. (2015): *Blended Help – Ein innovativer Ansatz sozialraumorientierter Sozialer Arbeit*. In: sozialraum.de (4) Ausgabe 1/2012. <http://www.sozialraum.de/blended-help-ein-innovativer-ansatz-sozialraumorientierter-sozialer-arbeit.php> [Zugriff: 05.10.2015].
- Tepe, L. (2009): *Verfassungsrechtliche Vorgaben für Zuständigkeitsverlagerungen zwischen Gemeindeverbandsebenen*. Stuttgart: Deutscher Gemeindeverlag.
- VSOP (Verein für Sozialplanung e.V.) (2012): *Positionspapier „Inklusive Sozialplanung“*. Speyer. <http://www.vsop.de/index.php?page=229055421&f=1&i=14641&s=229055421> [Zugriff: 27.06.2015].
- Wansing, G. (2012): *Der Inklusionsbegriff in der Behindertenrechtskonvention*. In: Welke, A. (Hrsg.): *UN-Behinderten-rechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen*. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 93-103.
- Wansing, G. (2015): *Was bedeutet Inklusion? Annäherung an einen vielschichtigen Begriff*. In: Degener, T./Diehl, E. (Hrsg.)(2015): *Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht- Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 43-54.
- Werner, W. (2013): *Kommunale Entwicklungsplanung auf dem Weg zur Inklusion*. In: *Teilhabe* 52, S. 89-94.
- Wolfenberger, W. (1998): *Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung und die Theorie von der Valorisation der sozialen Rollen*. In: Hahn, M. T. et.al. (Hrsg.): *Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg in die Gemeinde. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis*. Reutlingen: Diakonie Verlag, S. 247-296.

Wolfensberger, W. (1996): Der neue Genozid an den Benachteiligten, Alten und Behinderten. 2. Aufl., Gütersloh: Jakob van Hoddis Verlag.

Geographische Informationssysteme als ergänzendes Instrument für Sozialraumanalysen im Rahmen einer inklusiven Ausrichtung der Sozialplanung für das Alter(n)

Bianca Rodekohr

1. Moderne Sozialplanung – Herausforderungen und Strategien

Für die Gestaltung einer modernen Sozialplanung sind vielfältige Handlungsfelder von Bedeutung und müssen in eine prospektive Planung einbezogen werden. Dazu zählen u. a. die gesundheitliche und psychiatrische Versorgung, die Alten- und Pflegeplanung, die Quartiers- und Wohnungs-(hilfe-)planung sowie die Umsetzung von Teilhabe für Menschen mit Behinderung (MAIS 2012: 8). Gesellschaftliche Trends und Herausforderungen im Hinblick auf das Alter(n), insbesondere

- 1) der demografische Wandel und eine fortschreitende Alterung der Bevölkerung
- 2) die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) mit dem Anspruch der gleichberechtigten Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung
- 3) Kostensteigerungen im Gesundheitssystem und der pflegerischen Versorgung

erfordern auch auf örtlicher Ebene Strategien einer bedarfsgerechten und verlässlichen Sicherung der Versorgung und von Teilhabemöglichkeiten. Dabei wird seit etwa Ende der 1990 Jahre verstärkt auf eine Planung und Umsetzung auf Quartiers- oder sozialräumlichen Ebene gesetzt (z.B. im Programm „Soziale Stadt“ des BMUB oder „Masterplan altengerechte Quartiere. NRW“ des MGEPA NRW¹).

Um den Anforderungen der UN-BRK Rechnung zu tragen und Teilhabe an und Einbeziehung in die Gesellschaft (gem. Art. 3c UN-BRK) zu ermöglichen, sind Menschen mit lebenslanger Behinderung dabei stärker in die örtliche

1 Das Programm Soziale Stadt: http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html [Zugriff 06.06.2016] Masterplan altengerechte Quartiere.NRW: http://www.mgepa.nrw.de/alter/leben_im_alter/leben_im_quartier/masterplan_altengerechtes_quartier/index.php [Zugriff 06.06.2016].

Planung einzubeziehen und Strukturen und Angebote vor Ort inklusiver zu gestalten. Hierzu ist ggf. eine Abstimmung und Kooperation mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe erforderlich, die als Kostenträger für die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung zuständig sind.

Die Sozialplanung muss einerseits auf verschiedene Herausforderungen reagieren und damit die eigenen Arbeitsstrukturen teilweise neu organisieren. Andererseits ergibt sich für die Sozialplanung die Chance, innerhalb der Kommune eine zentrale Rolle einzunehmen für die Gestaltung demografiefester Quartiere und Steuerung der Planungs- und Beteiligungsprozesse vor Ort. Kommunen sollten dabei nicht isoliert handeln, sondern gemeinsam mit freien Trägern der Wohlfahrtspflege und weiteren Trägern (z.B. die Kranken- und Pflegekassen) die Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge bewältigen und gestalten.²

Die moderne und umfassende kommunale Sozialplanung wird umgesetzt durch

- 1) Bestandserhebung
- 2) Bedarfserhebung
- 3) Maßnahmenplanung
- 4) Träger- und Bürgerbeteiligung
- 5) Abstimmung mit anderen Fachplanungen

mit dem Ziel, soziale Entwicklungen und sich abzeichnende Problemlagen frühzeitig zu erkennen und angemessen zu planen (Schubert 2014: 6). Für die Umsetzung der Sozialplanung ist daher eine Vielzahl von Instrumenten erforderlich, um alle Bausteine der Sozialplanung sozialraumorientiert umzusetzen. Kommunen benötigen zunächst Informationen und Kenntnisse über die Sozialräume. Diese beziehen sich sowohl auf *geographische-physische* Räume im Sinne administrativer Einheiten als auch auf die *Wahrnehmungs- und Aktionsräume* der älteren Bürger_innen vor Ort. „Am Beginn sollte zunächst eine genaue Analyse der örtlichen Ausgangssituationen stehen. Es geht darum, ein möglichst genaues Bild der aktuellen Situation sowie der erkennbaren zukünftigen Herausforderungen zu gewinnen“ (Libbe 2014: 55).

Sozialraumanalysen sind ein zentraler Baustein, um in einem ersten Schritt Auskunft zu geben über die Bewohner_innen und Strukturen in den Quartieren oder Sozialräumen und die einem zweiten Schritt in partizipativen Prozessen die Lebenslagen und Bedarfe für ein selbstständiges und selbstbestimmtes Alter(n) erfassen und abbilden.

Der Einsatz eines Geographischen Informationssystems (GIS) bildet dabei einen wichtigen und ergänzenden Unterstützungsbaustein, um den

2 Z.B. gibt es in der kreisfreien Stadt Münster Leistungsvereinbarungen mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege zur „stadteilorientierten Sozialen Arbeit“, Ziel ist u.a. die Verbesserung der Vernetzung und Inklusion.

Anforderungen einer sozialräumlichen und inklusiv angelegten Sozialplanung gerecht zu werden.

Im Folgenden werden daher die Aspekte einer inklusiv ausgerichteten sozialräumlichen Planung näher erläutert. Zunächst werden in Kapitel 2 die Anforderungen an sozialräumliche Planung näher beschrieben und die Methodik und Durchführung der Sozialraumanalyse dargestellt. Das dritte Kapitel vertieft den Einsatz geographischer Informationssysteme sowie Nutzen und Grenzen des GIS-Einsatzes, bevor zum Schluss ein kurzes Fazit die Handlungsanforderungen für die örtliche Planung zusammenfasst.

2. Anforderungen an eine kleinräumige Planung und Inklusion

Quartiere sind ‚in‘, in vielen Kommunen werden Quartiersprojekte ins Leben gerufen oder sind schon seit vielen Jahren aktiv. Die Projekte versuchen, Aktivitäten und Akteure auf kleinräumiger Ebene zu verknüpfen und gemeinsam mit den ansässigen Bewohner_innen Themen zu fokussieren und Lösungsstrategien zu entwickeln, die langfristig für die Menschen im Quartier tragfähig sein sollen. Aufgrund des demografischen Wandels und fortschreitender Alterung der Gesellschaft stehen dabei zunehmend Fragen der alter(n)sgerechten Entwicklung von Quartieren im Fokus. So wird das Thema in der Politik in den letzten Jahren zunehmend stärker fokussiert. In NRW hat beispielsweise das Ministerium für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter (MGEPA) diese Thematik 2013 mit der Auflage des „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“³ als wichtiges Handlungsfeld erkannt und finanzielle Förderung für Quartiersentwicklung auf kommunaler Ebene⁴ bereitgestellt. Dies unterstreicht zum einen die Bedeutung als Handlungsansatz und zum anderen die Rolle der Kommunen als Akteur in ihrer Steuerungsfunktion im Rahmen der Quartiersentwicklung.

Gleichzeitig besteht spätestens mit der Ratifizierung der UN-BRK im Jahr 2009 der Grundsatz, für Menschen mit Behinderung „die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (Art. 3 c der UN-BRK) sicherzustellen. Ziel ist somit, „dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.“ (BMAS 2011:

3 Abrufbar unter: <http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/alter/AltengerechteQuartiere.pdf> [Zugriff 29.03.2016].

4 Siehe Entwurf des Landesförderplans NRW „Alter und Pflege“, http://www.mgepa.nrw.de/linearisiert/pflege/rechtsgrundlagen_2014/Landesfoerderplan/Landesfoerderplan.pdf [Zugriff 02.04.2016].

18). Die steigende Lebenserwartung und Anzahl älterer Menschen mit lebensbegleitender Behinderung (Dieckmann et. al. 2016a: 67f.) und die Debatte zur Förderung von Inklusion erfordern einen gemeinsamen Planungsansatz für Unterstützungsleistungen auf kommunaler und sozialräumlicher Ebene. Um allen Bürger_innen die Möglichkeit zu bieten, in ihrer vertrauten Umgebung zu altern, benötigen Planer_innen im Rahmen einer inklusiv ausgerichteten Sozialplanung einen Überblick über die kleinräumige soziodemografische Struktur und deren Entwicklung.

Diese Aspekte werden auch zunehmend normativ verankert, z.B. im „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW)“, das 2014 in Kraft getreten ist. Dies legt u.a. fest, dass eine Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung von örtlichen Angeboten zu erfolgen habe und dabei „übergreifende Aspekte der Teilhabe einer altengerechten Quartiersentwicklung [...] einzubeziehen [sind]“ (§7 GEPA NRW).

Für das ‚Quartier‘ oder den ‚Sozialraum‘ existieren keine exakten Begriffsdefinitionen, diese werden in der Praxis unterschiedlich weit gefasst. Schnur nähert sich dem Konstrukt des Quartiers so: „Ein Quartier ist ein kontextuell eingebetteter, durch externe und interne Handlungen sozial konstruierter, jedoch unscharf konturierter Mittelpunkt-Ort alltäglicher Lebenswelten und individueller sozialer Sphären, deren Schnittmengen sich im räumlich-identifikatorischen Zusammenhang eines überschaubaren Wohnumfelds abbilden“ (Schnur 2008: 40). Dies stellt Kommunen und Akteure vor neue Anforderungen. „Für die Ebene der kommunalen Planung ist dabei entscheidend, dass eine Planung kleinräumig erfolgt und die regionalen Spezifika berücksichtigt werden“ (MAIS 2012: 8). Dass es einer kleinräumigen Planung bedarf ist somit weitgehend unbestritten und Konsens. Die Ausgestaltung findet in der Praxis jedoch unterschiedlich statt. In der Regel sind Ausgangsanalysen zur Feststellung der Ist-Situation sowie die Einbeziehung der ansässigen Bevölkerung oder bestimmter Zielgruppen zur Bedarfserhebung und Informationsgewinnung und politischen Partizipation, Bausteine der sozialräumlich orientierten Planung.

Quartiere und/oder Sozialräume müssen dabei sinnvoll und nachvollziehbar definiert und abgegrenzt werden, bei gleichzeitiger Offenheit über die Grenzen hinaus, da lebensweltliche Zusammenhänge und Kooperationsstrukturen nicht an Verwaltungsgrenzen gekoppelt sind. Sozialraumanalysen sind daher ein wichtiger Baustein kleinräumiger Planungsansätze.

Sozialraumanalyse

Anforderungen einer sozialräumlichen Planung erfordern die Zusammenführung raum- und sozialwissenschaftlicher Methoden und Instrumente zur Erfassung des physischen Raums und der Lebenswelten und Interaktionsräume der Bewohner_innen und Netzwerkpartner. „Dafür sind vor allem die Auswertung statistischer Daten gebräuchlich, ebenso Raumbesichtigung und Befragungen, sowie die Durchführung von Szenarien oder Zukunftswerkstätten, also Methoden, die soziale und politische Dimensionen des Raumes und der Raumnutzung bestimmen helfen“ (Waltz 2012: 114). Der (politisch) geforderte stärkere Sozialraumbezug lässt sich nur umsetzen, wenn Angebote, Strukturen und Netzwerke im Sozialraum bekannt sind. Eine inklusiv ausgerichtete Sozialplanung beinhaltet daher die Erhebung und sozialräumliche Darstellung der Daten und Strukturen der bisher getrennten Systeme der Altenhilfe/-pflege und der Behindertenhilfe. Sinnvoll ist dabei sowohl die Erfassung und Darstellung für die gesamte Kommune als auch Sozialraumanalysen in kleinräumigen Einheiten, z.B. auf der Quartiersebene. Geographische Informationssysteme können dabei unterstützend eingesetzt werden und bieten den großen Vorteil der anschaulichen Visualisierung von Sozialräumen, im Überblick wie auch in den Details vor Ort.

Als erster Schritt kann eine Annäherung an die Quartiere und Sozialräume über die Analyse vorhandener Statistiken auf Basis administrativer Ebenen erfolgen, um auf Basis dieser Indikatoren (s. Kap. 0) Typologien abzuleiten und Handlungsbedarfe im Rahmen der Quartiersentwicklung festzulegen. Die Verfügbarkeit statistischer Daten orientiert sich i.d.R. an den administrativen Einheiten, die lebensweltlichen Zusammenhänge sind damit jedoch nicht erfasst bzw. sind die administrativen Räume nicht identisch mit den lebensweltlichen Räumen der Einwohner_innen. Dieser Gegensatz lässt sich nicht auflösen, stattdessen müssen über ergänzende Methoden die Wahrnehmungs- und Aktionsräume der Bürger_innen oder einzelner Personengruppen einbezogen werden. Dennoch geben statistische Analysen erste Hinweise auf spezifische Gegebenheiten. Beispielsweise kann für die Planung altengerechter Quartiere der Anteil älterer (60/65 Jahre und älter) und hochaltriger Menschen (80 Jahre und älter) ein Bewertungskriterium sein. Dies gilt ebenso für die Darstellung von Versorgungsstrukturen, aber auch Möglichkeiten der Freizeitgestaltung sowie Treffpunkte und Beratungsangebote. Die Analyse von Daten der Eingliederungshilfe ermöglicht zudem, die Zielgruppe älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in der Planung sichtbar zu machen sowie Träger und Angebote der Behindertenhilfe in die sozialräumliche Betrachtung einzubeziehen und Kooperationspotenziale aufzuzeigen.

Ein Vorteil statistischer Daten ist, dass diese auf kommunaler Ebene vorliegen und nicht aufwendig beschafft werden müssen, ggf. ist jedoch die Zusammenführung aus verschiedenen Fachbereichen notwendig. Insgesamt dient die sozialräumliche Analyse dem Ziel der „Herstellung eines aktuellen Informations- und Planungssystems nach innen – sich im untersuchten Sozialraum selbst nützlich auswirkend – und nach außen, als Teil nachhaltiger Stadtentwicklung“ (Pleiner/Thies 2012: 166). Somit dient ein Informationssystem neben der kleinräumigen auch der Herausbildung einer gesamtkommunalen Entwicklungsstrategie und der Möglichkeit einer regelmäßigen Sozialberichterstattung.

Aufbauend auf den Ergebnissen der Datenanalyse, können in einem zweiten Schritt die Erfassung von Aktions- und Wahrnehmungsräumen anhand geeigneter Methoden erfolgen, z.B. in Form von Zukunftswerkstätten, Sozialraumbegehungen, Bürgerbefragungen etc. Neben der Bürgerbeteiligung und Einbeziehung von Zielgruppen sollten parallel dazu auch die verstärkte Vernetzung und Kooperation der Träger Ziel der sozialräumlichen Gestaltung sein. Schnittstellenpotenziale zwischen Alten- und Behindertenhilfe können so aufgedeckt und entwickelt werden. Dies erfolgt z.B. durch die Einbeziehung von Trägern der Behindertenhilfe in sozialräumliche Gremien. Gleichzeitig ermöglicht beispielsweise eine gemeinsame Szenarientwicklung mit Trägern der Alten- und Behindertenhilfe den Austausch über Angebote und Kooperationsmöglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssicherheit aller älteren Menschen im Quartier.

Bisher sind die Systeme der Alten- und Behindertenhilfe, u.a. aufgrund unterschiedlicher Finanzierung und Kostenträgerschaft, stark voneinander getrennt und handeln eher isoliert. „Eine inklusive, fach- und ressortübergreifende Perspektive ist den für die Sozialplanung zuständigen Akteuren in den Kommunen aber nach wie vor eher fremd“ (Schäper 2016: 93). Ähnliches gilt für die Behindertenhilfe, so dass eine Orientierung an kleinräumigen Strukturen und Einbindung allgemeiner Angebote der Altenhilfe bisher selten erfolgt. „Die Tradition separierender und als Rund-um-Versorgung konzipierter Unterstützungsstrukturen in der Behindertenhilfe mit in den 1970er Jahren abgesteckten Einzugsgebieten über größere Regionen hinweg erschwert kleinräumige Perspektiven mit Bedarfslagen in Sozialräumen und Quartieren“ (ebd.: 93).

Daher werden die erforderlichen Daten für eine inklusive kommunale Sozialplanung in den folgenden Kapiteln beschrieben und die Erfahrungen mit dem Einsatz von Geographischen Informationssystemen (GIS) als ergänzendem Instrument in der Sozialplanung dargestellt und erläutert.

Daten für eine inklusive Sozialplanung

Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung (Dieckmann et al. 2016: 72f.) und der Forderung nach umfassender Teilhabe müssen Menschen mit Behinderung, die Eingliederungshilfe erhalten, stärker als Zielgruppe im Rahmen der sozialräumlichen Planung und Quartiersentwicklung in den Blick genommen werden. Dies setzt die Kenntnis der Daten der Leistungsempfänger_innen der Eingliederungshilfe und Unterstützungsstrukturen der Behindertenhilfe voraus. Diese Daten liegen den Landschaftsverbänden⁵ als überörtlich zuständigen Kostenträgern der Sozialhilfe in NRW vor, eine kleinräumige Analyse der Daten ist bisher jedoch nicht erfolgt. Ebenso haben die Kommunen in NRW aufgrund der fehlenden Zuständigkeit keinen Überblick über den Personenkreis von Menschen mit lebenslanger Behinderung, ihrer räumlichen Verteilung und ihrer Bedarfe im Hinblick auf die Lebensphase Alter. Ein regelmäßiger und gezielter Austausch zwischen örtlichen und überörtlichen Sozialplanern_innen findet i.d.R. nicht statt. Das Austauschen von Daten und die Nutzung eines geeigneten Instrumentes für die Zusammenführung dieser Daten auf kleinräumiger Ebene sind jedoch Voraussetzung, um die Potenziale und Strukturen eines Quartiers für Menschen mit Behinderungen erschließen zu können. „Für eine qualifizierte Sozialraumanalyse auf Dauer unverzichtbar ist ein EDV-gestütztes Planungsinformationssystem, das regelmäßig Analysen, die Beobachtung und Wirkungskontrolle von Dienstleistungen und Infrastrukturmaßnahmen [...] erlaubt“ (Werner 2013: 92). Eine Kenntnis der Strukturen bildet zudem die Basis für die stärkere inklusive Öffnung von Angeboten der Alten- und Behindertenhilfe.

Da die Daten der Behindertenhilfe i.d.R. den Kommunen in NRW nicht zugänglich sind, haben diese bisher kaum Kenntnis der kleinräumigen Strukturen der Behindertenhilfe, so dass Potenziale an der Schnittstelle Alten- und Behindertenhilfe bisher weitgehend ungenutzt bleiben. Für eine moderne und inklusive Sozialplanung für das Alter(n) sind genau diese Kenntnisse jedoch zwingend erforderlich, um eine stärkere Vernetzung der Systeme auf sozialräumlicher Ebene zu erreichen und Angebote (weiter-) zu entwickeln, die für alle Bürger_innen im Quartier nutzbar sind. Dies ermöglicht die Gestaltung und Umsetzung des von Kommunen angestrebten und von den meisten älteren Bürger_innen erwünschten Verbleibs im Wohnumfeld („aging in place“) auch bei steigendem Unterstützungsbedarf.

Für einen ersten Überblick ist daher die Erfassung und kleinräumige Auswertung der Daten der Leistungsempfänger_innen der Eingliederungshilfe notwendig. Daraus können Erkenntnisse z.B. zur räumlichen Verteilung, zu

5 In NRW sind die beiden Landschaftsverbände Westfalen-Lippe (LWL) und Rheinland (LVR) als überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig für die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe des SGB XII.

Wohnformen (stationär, ambulant unterstützt oder Wohnen mit Angehörigen) und der Altersstruktur von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung erkannt werden. Da diese Daten beim Kostenträger adressbezogen vorliegen, können sie den jeweiligen Sozialräumen und Quartieren einer Kommune zugeordnet werden. Kommunen sollten daher mit dem Kostenträger der Eingliederungshilfe Vereinbarungen über die Möglichkeit und Form des regelmäßigen Datenaustausches unter Beachtung des Datenschutzes treffen.

Mit dem Fokus auf die Lebensphase Alter sind besonders die Daten älterer Menschen mit Behinderung von Bedeutung. Dabei spielen mehrere Faktoren in Bezug auf die Lebenslagen älterer Menschen mit Behinderung eine Rolle (Dieckmann/Rodekohl/Rohleder 2016c: 16):

- 1) Menschen mit lebenslanger Behinderung haben meist keine eigene Familie gegründet und leben seltener in einer Partnerschaft. Die sozialen Netzwerke sind klein, Beziehungen zu Angehörigen der Herkunftsfamilie spielen eine zentrale Rolle.
- 2) Eine erwerbsmäßige Beschäftigung erfolgte nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt, sondern in einer WfBM mit geringer Entlohnung, daher sind Menschen mit Behinderung im Alter komplett auf Leistungen der sozialen Sicherungssysteme angewiesen.
- 3) Nach der Ermordung im Nationalsozialismus erreicht zum ersten Mal eine große Anzahl von Menschen mit Behinderung die Lebensphase Alter/den Ruhestand und kann diese gestalten. In Deutschland bestehen bisher jedoch kaum Rollenvorbilder für diese Lebensphase.
- 4) Menschen mit Behinderung altern teilweise vorzeitig und sind häufiger auch schon in jüngerem Alter pflegebedürftig. Mit dem Alter steigt der Unterstützungsbedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung, die Mobilität, die Selbstversorgung und Pflege.
- 5) Sie haben, im Unterschied zu Menschen mit im Alter erworbenen Behinderungen, gelernt, mit Beeinträchtigungen zurechtzukommen und fremde Hilfe anzunehmen.

Bei der Erfassung und Analyse der Daten der Eingliederungshilfe sollte daher nicht nur das ‚klassische Renteneinstiegsalter‘ von 65 Jahren betrachtet werden, um die Lebensphase ‚Ruhestand‘ abzubilden. Vielmehr gilt es, bereits Altersklassen ab etwa 50 Jahren zu betrachten, um einen Überblick über ältere Menschen mit Behinderung zu erhalten. Aus deren Verteilung lassen sich wiederum erste Ableitungen treffen zu Unterstützungsstrukturen im Sozialraum in Bezug auf Pflege, Assistenz, die Gestaltung freier Zeit und Mobilitätsaspekte sowie die Verknüpfung mit Angeboten der Altenhilfe. Darüber hinaus ermöglicht der Einbezug jüngerer Altersklassen eine Prognose zukünftiger Entwicklungen. Da mit einer lebenslanger Behinderungen im

ambulant unterstützten und stationären Wohnen auch professionelle Unterstützung erfolgt, ist der Einbezug der Träger der Behindertenhilfe zwingend notwendig.

Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, bei der mit 3 Prozent nur ein geringer Anteil älterer Menschen über 65 Jahren in Institutionen (Alten-/Pflegeheime oder andere Gemeinschaftseinrichtungen) lebt (Statistisches Bundesamt 2011: 17), ist der Anteil bei älteren Menschen mit einer lebenslangen Behinderung über 60 Jahre deutlich höher und liegt bei 80,5 Prozent in NRW (Dieckmann et. al. 2016b: 60). Daher sind stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderung insbesondere im Alter eine verbreitete Wohnform und Lebensmittelpunkt. Menschen mit Behinderung, die ambulant unterstützt in der eigenen Wohnung leben, werden durch Träger unterstützt, die ebenfalls in die Planung einzubeziehen sind, auch wenn diese möglicherweise außerhalb des Quartiers ansässig sind. Schwieriger zu erfassen sind – ähnlich wie die räumliche Verteilung des Personenkreises der Pflegegeldempfänger_innen – die Gruppe der Menschen mit Behinderung, die mit Angehörigen leben und von Ihnen in der Alltagsgestaltung und -bewältigung unterstützt werden. Der Kostenträger zahlt ihnen keine Wohnhilfe, so dass keine umfassenden Daten über diese Personengruppe vorliegen. Eine Schätzung kann jedoch über die Auswertung von Leistungsempfänger_innen erfolgen, die eine WfbM besuchen, jedoch keine Wohnhilfe erhalten. Diese leben i.d.R. gemeinsam mit Angehörigen.

Für die Gruppe der Menschen mit Behinderung ohne Wohnhilfebezug sind Unterstützungsstrukturen im Quartier wichtig, um Versorgungssicherheit und die Planbarkeit von alternativen Wohnformen zu erhöhen. Insbesondere dann, wenn Eltern behinderter Kinder selbst pflegebedürftig werden oder sterben, wird die Fragestellung nach Wohnalternativen akut und es müssen schnelle Entscheidungen getroffen werden. Oft ist dies verbunden mit dem Umzug in eine stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe unter Vernachlässigung der Wünsche der Betroffenen oder der Eröffnung von Alternativen. Dabei sind „Umzüge riskante, kritische Lebensereignisse. Ein Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung erleichtert die Teilhabe und Inklusion im Alter, sorgt für Kontinuität im Lebenslauf. Alte Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung haben den Wunsch, so lange wie möglich zuhause, in ihrer gewohnten Umgebung wohnen zu bleiben“ (Dieckmann/Giovis/Röhm 2016a: 16). Daher ist es wichtig, dass Sozialplanung und aufsuchende Beratung diese Zielgruppe in den Blick nimmt, um Perspektiven und Alternativen zu entwickeln, damit das geforderte Wunsch- und Wahlrecht des Aufenthaltsorts und der Einbeziehung in die Gemeinschaft gem. Art. 19 der UN-BRK tatsächlich greifen kann. Dazu gehört auch die Unterstützung von Angehörigen. Diese benötigen niedrigschwellige Anlauf- und Beratungsstellen, um Themen der Versorgung vertraulich erörtern zu können und Informationen über mögliche Alternativen einer häuslichen Versorgung

ihres behinderten Angehörigen zu erhalten. Darauf aufbauend kann dann eine gemeinsame Entscheidung mit dem behinderten Angehörigen getroffen werden. Für Menschen im ambulant unterstützten Wohnen sind sozialräumliche Angebote im Alter wichtig, damit diese nach dem Ausscheiden aus einer Tätigkeit in einer WfbM Möglichkeiten haben, ihre Freizeit nach ihren Wünschen zu gestalten und nicht nur die derzeit dominierenden verpflichtenden Gruppenangebote annehmen zu müssen (Dieckmann/Rodekoeh/ Rohleder 2016c: 16). Außerdem sollte ein individuell steigender Pflegebedarf nicht zu einem zwangsläufigen Umzug in eine stationäre (Pflege-)Einrichtungen führen, sondern – ebenso wie bei Senior_innen ohne Behinderung – möglichst lange hinausgezögert oder vermieden werden. Auch hier gilt der Vorsatz ‚ambulant vor stationär‘, die Umsetzung hängt jedoch auch maßgeblich von den sozialräumlichen Unterstützungsstrukturen und Netzwerken ab.

Die kleinräumige Aufbereitung der Daten der Eingliederungshilfe und Infrastrukturen der Behindertenhilfe ist ein erster Schritt, die Daten der Alten- und Behindertenhilfe zusammenzuführen. Der Personenkreis der Menschen mit Behinderung wird damit für kommunale Planungsprozesse verfügbar und die Systeme können besser vernetzt werden. Aus der Zusammenschau der Daten können erste Typologien von Sozialräumen gebildet werden, die es Planer_innen ermöglichen, prioritäre Sozialräume und Quartiere zu identifizieren, in denen eine inklusive Quartiersentwicklung mit Fokus auf die Lebensphase Alter initiiert werden soll (z.B. Sozialräume, in denen aktuell ältere Menschen mit Behinderung leben). Bei bestehenden Projekten können die Daten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Zielgruppe der Menschen mit Behinderung sichtbar zu machen, einzubeziehen und deren Bedarfe für ein gelingendes Alter(n) vor Ort im Rahmen von Partizipationsprozessen zu erfassen.

Insofern ist es wichtig, Daten der Altersstruktur der Bevölkerung und von Menschen mit Behinderung kleinräumig zu analysieren sowie (Infra-)Strukturen der Alten- und Behindertenhilfe darzustellen und nach Schnittstellenpotenzialen zu suchen. Wie nachfolgend beschrieben, ermöglicht der Einsatz eines GIS die Visualisierung und Zusammenführung dieser Themenbereiche.

3. Geographische Informationssysteme (GIS)

Im Forschungsprojekt SoPHiA⁶ gelang es erstmalig in NRW, Daten der Alten- und Behindertenhilfe zusammenzuführen und kleinräumig zu analysieren,

6 Forschungsprojekt SoPHiA der KathO NRW, Abteilung Münster: „Sozialraumorientierte

sowohl auf Ebene der gesamten Kommune (Kreis Steinfurt/Stadt Münster) als auch in ausgewählten Sozialräumen (Münster-Hiltrup, Gemeinde Wettringen im Kreis Steinfurt). Für die Analyse der Sozialräume wurde ein Geographisches Informationssystem (GIS) eingesetzt, um räumliche Aspekte sozialer Daten einzubeziehen und abzubilden.

Welche Funktionen bietet ein GIS?

Ein GIS ist ein System aus Hardware, Software, und Anwendungen, in dem raumbezogene Daten (Geodaten) erfasst, verwaltet, analysiert und präsentiert werden können (EVAP-Prinzip). Da die Geodaten einen exakten räumlichen Bezug aufweisen, kann eine Abbildung der Daten auf allen Maßstabsebenen erfolgen. Geographische Informationssysteme sind somit in der Lage, planungsrelevante Daten zusammenzuführen und nach individuellen Planungsanlässen und Gebietszuschnitten zu analysieren.

Geodaten bestehen dabei aus der Geometrie von Objekten in der realen Umwelt und deren Beschreibung durch Attribute (Sachdaten). Die Attribute können verschiedene Skalenniveaus aufweisen und ermöglichen somit unterschiedliche Operationen:

- 1) Nominalskala (vorhanden od. nicht vorhanden, gleich oder ungleich, z.B. Name, Postleitzahlen),
- 2) Ordinal- bzw. Kardinalskala (zusätzlich zur Nominalskala Vergleichsoperationen, z.B. Hilfebedarfsgruppen, Pflegestufen), Intervallskala (zusätzlich zur Ordinalskala Addition und Subtraktion sowie Betrachtung von Intervallen, z.B. Grad Celsius) Ratioskala (zusätzlich zur Intervallskala Multiplikation und Division, Betrachtung von Verhältnissen, z.B. Alter in Jahren) (de Lange 2002: 163).

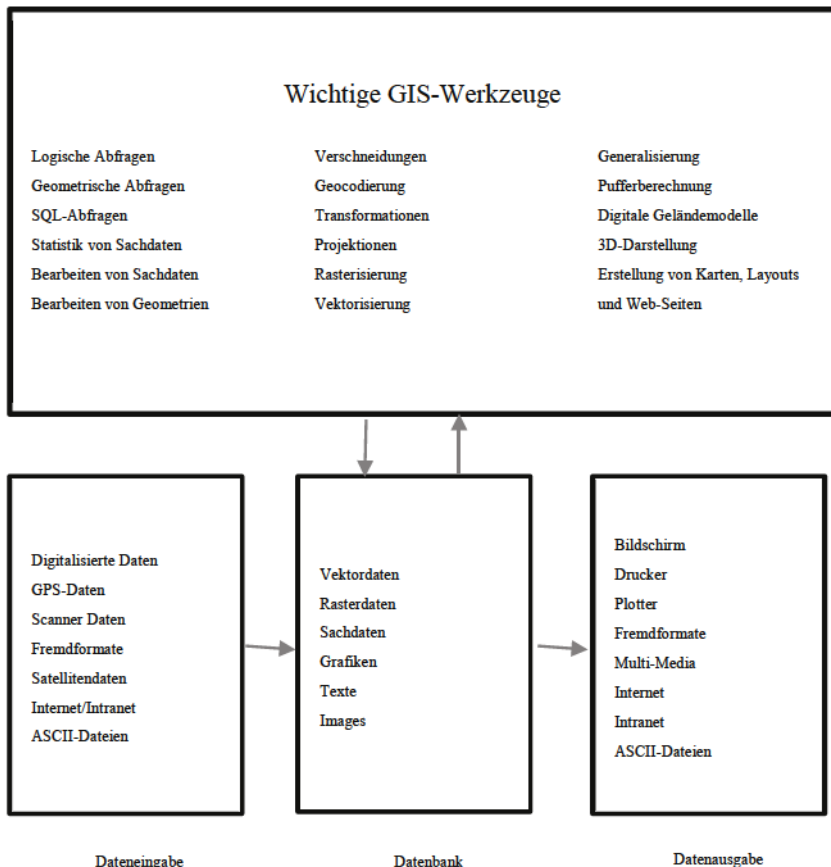


Abbildung 1: Aufbau von Geo-Informationssystemen (eigene Darstellung nach Grande, Mummertthey, Pressel 2006)

In Abhängigkeit der Skalierung können verschiedene Analysen erfolgen, die dann wiederum als thematische Layer auf der Karte dargestellt werden können (z.B. Anteil der >60-jährigen Bevölkerung im Stadtteil). Layer (Ebenen) haben ihren Ursprung in der klassischen Kartografie, als man verschiedene Folien anfertigte, die übereinandergelegt werden konnten und somit die Verknüpfung verschiedener Themen auf einer Karte ermöglichten. Dies erfolgt im GIS je nach Anforderung und Fragestellung digital, so wird i.d.R. eine Kartengrundlage mit versch. Punkt- (z.B. Pflegeeinrichtungen), Linien- (z.B.

Straßen), oder Flächen-Layern (z.B. administrative Gebiete) überlagert, um räumliche Darstellungen zu erzeugen.

Zur Strukturierung der Themen können Gruppenlayer definiert werden, diesen werden die einzelnen Layer zugeordnet. Dies ermöglicht eine strukturierte Übersicht innerhalb des angelegten Projekts und erlaubt abgestufte Darstellungen und eine erleichterte Bedienbarkeit.

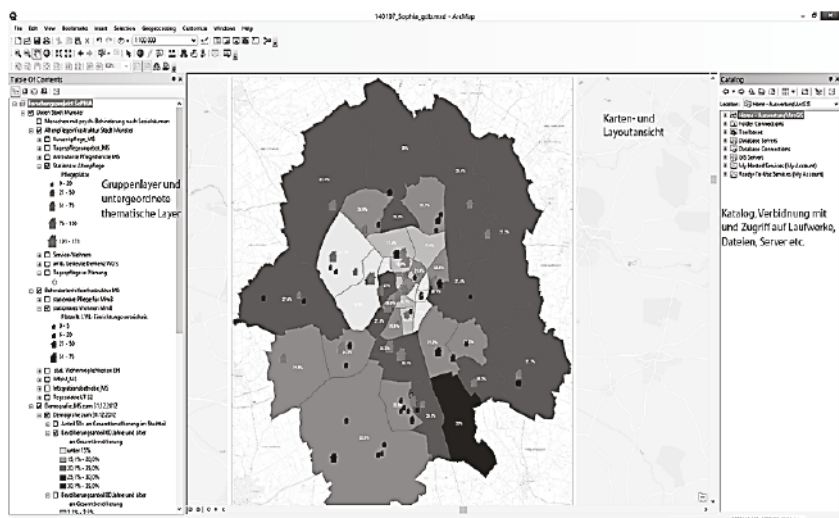


Abbildung 2: Desktopansicht und Aufbau einer ArcGIS-Anwendung (eigene Darstellung)

Von Vorteil ist dabei, dass alle Daten, die für die sozialräumliche Planung benötigt werden, in einem System verfügbar sind und zugänglich gemacht werden können. Dies erlaubt, separate Planungsstrukturen auf kommunaler Ebene miteinander zu verknüpfen und je nach Bedarf abzurufen und zu kombinieren. Für die Sozialplanung sind dies z.B. Daten der Altersstruktur (z.B. Anteil älterer Menschen über 60 Jahre im Quartier) in Verbindung mit Daten der Infrastruktur (z.B. Altenpflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Beratungsstellen etc.).

Alle Daten und Analysen werden in einer Geodatabase gespeichert und organisiert. „Dabei handelt es sich um ein objektorientiertes, relationales Datenbankformat [...] In der Geodatabase sind geographische Daten in einer Hierarchie von Datenobjekten angeordnet.“ (Geoinformatik GmbH 2005: 171). Eine genaue Anwendungsbeschreibung kann in diesem Rahmen nicht erfolgen, daher sei auf weiterführende Literatur verwiesen. Darüber hinaus erfordert der GIS-Einsatz spezielle Kenntnisse, die Schulungen und

Fortbildungen erforderlich machen und ggf. die Einbindung kommunaler Fachbereiche, die mit dem GIS-Einsatz vertraut sind.⁷

Was können Geographische Informationssysteme für die Sozialplanung leisten?

Im Hinblick auf eine stärkere Sozialraumorientierung ist es wichtig, nicht nur das Gesamtangebot sozialer Dienstleistungen und Einrichtungen innerhalb einer Stadt oder eines Kreises zu betrachten, sondern kleinräumig Angebot und potenzielle Nachfrage zu analysieren, um im Sozialraum/im Quartier tragfähige Netzwerke und Kooperationen zu schaffen. Hinzu kommen kleinräumige Bevölkerungsprognosen und die Einschätzung/Planung der baulichen Entwicklung von Stadtteilen/Sozialräumen, damit Angebote nachhaltig bestehen und an Entwicklungen angepasst werden können. Dies verdeutlicht, dass eine inklusiv angelegte Sozialplanung nicht ohne die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen auskommt und ein wechselseitiger Austausch bzw. Einbezug bei Planungsvorhaben notwendig ist. Dies betrifft z.B. die Bereiche der Stadtplanung und Stadtentwicklung bzw. Kreisentwicklung und Zusammenarbeit mit kreisangehörigen Kommunen. Karten und kleinräumige Analyse können darüber hinaus eine Argumentationshilfe für Gespräche und Verhandlungen mit Investoren sein und kommunale Positionen stärken. Aufgrund der eingeschränkten Einflussmöglichkeiten im Hinblick auf eine weitgehend dem Marktgeschehen unterliegende Pflegelandschaft, bieten sich Möglichkeiten der Einflussnahme der Kommune, z.B. im Rahmen der Träger- und Investorenberatung zur Umsetzung des Leitsatzes ‚ambulant vor stationär‘ (Bertelsmann Stiftung 2015: 9 f.).

7 Bill, Ralf (2016): Grundlagen der Geo-Informationssysteme. 6. Auflage. Berlin. Geoinformatik GmbH (Hrsg.) (2015): ArcGIS 10.3: Das deutschsprachige Handbuch für ArcGIS for Desktop Basic und Standard mit Funktionen von ArcGIS Online für Desktopanwender. Berlin.

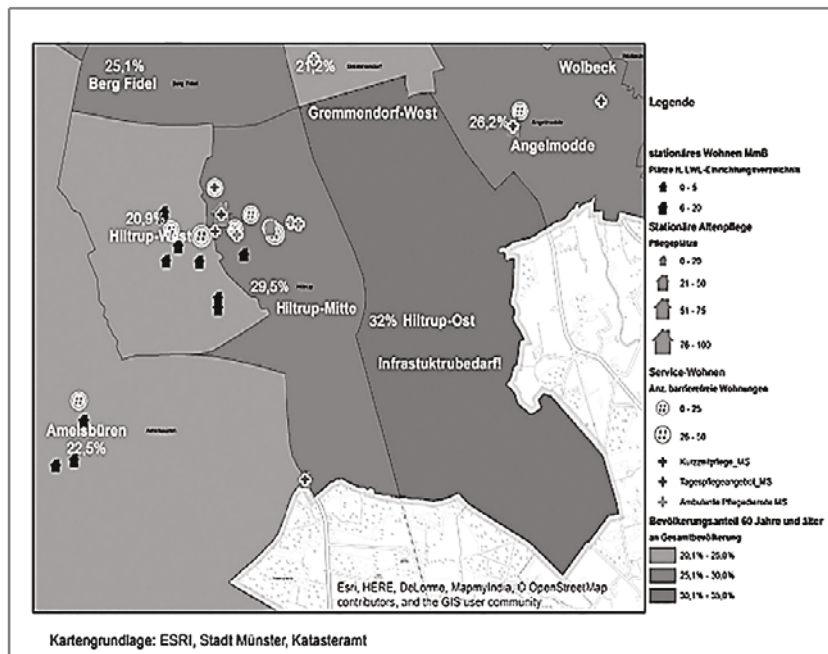


Abbildung 3: Ältere Bevölkerung (>60 Jahre) und Wohn- und Pflegeangebote der Alten- und Behindertenhilfe im Stadtteil Hilstrup (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 3 beispielhaft für den Stadtteil Münster-Hilstrup zeigt, liegen eine Reihe von Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe in unmittelbarer Nähe zueinander, so dass es lohnt, gemeinsam die Bedarfe der Nutzer_innen zu erfassen und bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln. Gleichzeitig wird deutlich, dass es in Hilstrup-Ost, dem Stadtteil mit dem höchsten Anteil >60-jähriger Bevölkerung bisher keine Versorgungsangebote gibt und damit möglicherweise ein Defizit vorliegt.

Sozialräumliche Karten geben also erste Hinweise sowohl auf Versorgungsbedarfe und -lücken als auch auf Überangebote und Doppelstrukturen. Diese Informationen sind wichtige Voraussetzungen für Planungsentscheidungen und Basis für die bedarfsgerechte sozialräumliche Entwicklung in Quartieren. Mögliche Schnittstellen zwischen Alten- und Behindertenhilfe können anhand von Karten verdeutlicht und Träger von Einrichtungen und Angeboten gezielt einbezogen werden. Darüber hinaus können die Daten und Erkenntnisse auch zur Ergänzung der regelmäßigen

Sozialberichterstattung dienen, so dass sich der erhöhte Aufwand durch die Anwendung von GIS reduzieren bzw. gewinnbringend einsetzen lässt.

Darüber hinaus können Karten und Abbildungen auch Laien wie z.B. Bürger_innen, aber auch ortsansässigen Trägern im Rahmen von Partizipationsprozessen einen guten Einstieg in die Thematik bieten und der Argumentation für Interventionen in Quartieren dienen.

Potenziale und Grenzen des GIS – Einsatzes

Der Einsatz geographischer Informationssysteme in der Sozialplanung ist bisher wenig verbreitet. Um jedoch inklusive Ziele in der Sozialplanung zu verankern und verfolgen zu können, müssen den Sozialplaner_innen umfassende Daten zur Verfügung stehen, um Planungsentscheidungen zu treffen, Quartiere zu entwickeln und zukunftsfähig zu gestalten. Der Einsatz von GIS hat sich dabei als ergänzendes Planungsinstrument bewährt. Da GIS in vielen Kommunen von anderen Fachbereichen (z.B. Kataster- und Umweltämtern etc.) bereits angewendet werden, liegt eine Vielzahl von Informationen bereits digitalisiert vor. Wenn es gelingt, die interne Zusammenarbeit zu stärken, lassen sich mit dem Einsatz von GIS weitere Informationen erschließen und für die jeweilige Fachplanung und kooperative Planungen zielgerichtet einsetzen. Da Sozialplaner_innen i.d.R. keine Erfahrung in der Anwendung von GIS-Systemen haben, ist die interne Kooperation in der Kommune Voraussetzung für einen ressourcenbewussten Einsatz. „GIS-Nutzer, die lediglich einzelne Projekte bearbeiten, [...] benötigen Zugang zu einem Desktop-GIS mit einer Grundlagen-Schulung und update-Schulungen nach Bedarf“ (Grande/Mummmenthey/Pressel 2006: 571). Zudem sollten vorhandene Ressourcen genutzt werden, z.B. über die Bereitstellung von Kartendiensten im Intranet (ebd.: 571). Zum ressourcenschonenden Einsatz gehört des Weiteren, vorab möglichst exakt die Themen und Fragestellungen zu formulieren, auf die anhand der Datenabbildung Erkenntnisse gewonnen werden sollen. Insgesamt ist zu empfehlen, die innerhalb der Kommune vorliegenden und verfügbaren Daten zu nutzen und zu bestimmen, welche Daten einen Output liefern, der planungsrelevant ist. Es gilt, Datenfriedhöfe zu vermeiden und sich nicht in der Fülle der Daten zu verlieren. Der Einsatz des GIS sollte immer dem Zweck entsprechend und im Rahmen der verfügbaren Ressourcen erfolgen.

Der Nutzen des Einsatzes eines GIS für die Sozialplanung kann daher zusammenfassend wie folgt dargestellt werden:

- 1) Geographische Informationssysteme werden in vielen Kommunen eingesetzt und eröffnen daher auch der Sozialplanung neue Einsatzmöglichkeiten.

- 2) GIS schafft eine Planungsbasis und visuellen Überblick sowohl auf kommunaler/Kreis-Ebene als auch auf kleinräumlicher Ebene (z.B. im Stadtteil/Sozialraum/Quartier inkl. individueller Gebietszuschnitte).
- 3) Komplexe Thematiken werden übersichtlich und je nach Fragestellung strukturiert abgebildet.
- 4) Das Zusammenführen von Daten der Alten- und Behindertenhilfshilfe sowie die Verknüpfung mit allgemeinen statistischen Daten in einem System werden ermöglicht.
- 5) Spezifische, kleinräumliche Strukturen geben Hinweise auf Überangebote/Versorgungsdefizite/Kooperationspotenziale und ermöglichen eine Strategie zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Sozialräume/Quartiere.
- 6) Sozialplanung kann auf vorhandene digitale Daten zurückgreifen und diese für Planungszwecke und Berichterstattungen nutzen.
- 7) Aus den vorliegenden Informationen können Karten oder Internet basierte Anwendungen für Berichte, Präsentationen oder Online-Informationsservices erstellt werden
- 8) Darstellungen von sozialräumlichen Sachverhalten können z.B. in Bürgerbeteiligungsverfahren zur Informationsvermittlung, als Argumentationshilfen zur Entwicklung von Handlungsbedarfen und Prioritäten eingesetzt werden.
- 9) Verschiedene Fachplanungen können Daten und Informationen bündeln und auf diese zugreifen, dies erleichtert die Kooperation innerhalb verschiedener Fachplanungen in der Kommune und mit den überörtlichen Trägern.

Gleichzeitig hat der Einsatz eines GIS auch Grenzen:

- 1) Die Anwendung eines GIS erfordert spezifische Anwendungskennnisse, methodische Vorüberlegungen und personelle Ressourcen, damit relevante Informationen und Fragestellungen dargestellt werden können.
- 2) Eine verbindliche Kommunikation und Abstimmung zwischen den Fachämtern und unterschiedlichen Institutionen ist erforderlich, bzgl. des Bezugs, der Verarbeitung und der Darstellung von Daten sowie Zugriffsmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten (insbesondere bei personenbezogenen Daten).
- 3) Trotz kleinräumiger Darstellungsmöglichkeiten kann GIS fehlende Daten nicht ersetzen (z.B. im Bereich der häuslichen Pflege)

- 4) Es besteht ein relativ hoher Pflegeaufwand, zunächst müssen Daten bereitgestellt und aufbereitet werden; um einen nachhaltigen Nutzen zu gewährleisten, müssen Daten aktualisiert und ggf. Zusatzinformationen erhoben und eingepflegt werden (wer erhebt Daten zu welchen Stichtagen etc.).
- 5) GIS-Analysen und Darstellungen bilden die Grundlage und damit einen Baustein innerhalb einer inklusiven Sozialplanung für weitere Schritte. Der Einsatz weiterer geeigneter Methoden, insbesondere zur Bürger- und Zielgruppenbeteiligung und -ansprache, muss im Anschluss erfolgen und vervollständigt die Kenntnisse von Sozialräumen und Quartieren.

Aufgrund der Darstellung der Potenziale und Grenzen der Verwendung von GIS in der Sozialplanung sollte vor dem Einsatz geklärt werden, welche Fragestellungen relevant sind und ob ggf. bereits Daten digitalisiert vorliegen, um Doppelerhebungen zu vermeiden. Besonders kleine Kommunen sollten eine Aufwand-Nutzen-Abwägung durchführen, damit die Funktionen des GIS tatsächlich gewinnbringend eingesetzt werden können. „Die Integrierbarkeit eines GIS-Systems in einen vorhandenen workflow und die Verhinderung redundanter Datenhaltung mit bestehenden Systemen sind die Voraussetzung für den erfolgreichen GIS-Einsatz in Unternehmen und Behörden.“ (Geoinformatik GmbH: 17)

4. Fazit und Ausblick

Für eine inklusive Ausrichtung der Sozialplanung im Kontext der demographischen Alterung ist die Zusammenführung der Daten und (Kosten-)Träger der Alten- und Behindertenhilfe von besonderer Relevanz. Die Anwendung eines GIS verdeutlicht zudem, dass es möglich ist, Themengebiete für eine demografiefeste Planung und Entwicklung übersichtlich und kleinräumig darzustellen. Daher ist es sinnvoll, dass Planungsverantwortliche, insbesondere wenn eine stärkere Sozialraum- bzw. Quartiersorientierung umgesetzt werden soll, mit einem geeigneten System arbeiten und Daten über Schnittstellen mit in- und externen Fachstellen austauschen können.

Konkret heißt dies, dass örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger mit einem GIS die Möglichkeit erhalten, die Alten- und Behindertenhilfe zusammenzudenken, vorhandene Strukturen besser zu nutzen und zu vernetzen. Denkbar und wünschenswert im Sinne einer inklusiven Sozialplanung ist die verbindliche Kooperation zwischen örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern, damit die relevanten Informationen gebündelt vorliegen und für beide Seiten nutzbar sind.

Gleichzeitig ermöglichen sozialräumliche Analysen die Ermittlung von möglichen Versorgungsdefiziten und/oder Doppelstrukturen. Damit liefern sie Ansatzpunkte für das planerische Handeln und den Einstieg in die Bedarfsermittlung und Bürgerbeteiligung vor Ort. Der Einsatz von GIS-Analysen bietet somit einen guten Einstieg in die Quartiersentwicklung, kann die weiterführende Intervention auf Ebene des Sozialraumes oder Quartiers jedoch nicht ersetzen. Gleichzeitig sollten Quartiere nicht isoliert betrachtet werden, sondern in ein kommunales Gesamtkonzept eingebunden sein. Kommunen übernehmen an dieser Stelle eine wichtige Steuerungsfunktion.

Die richtige und konsequente Betrachtung kleinräumiger Bezüge ist ein guter Ansatz, um den Herausforderungen der demografischen Entwicklung und Ansprüchen der UN-BRK gerecht zu werden. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass nicht alle Probleme vor Ort im Quartier gelöst werden können und die Verantwortung für ein Gelingen nicht allein im Quartier verbleiben darf (Wehrheim 2015: 37). Die Entwicklung verlässlicher Versorgungsstrukturen ist vielmehr auch abhängig von der Ausgestaltung von Gesetzen auf Landes- und Bundesebene sowie der Möglichkeiten der Verzahnung von Leistungen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher. Ein Aspekt dabei ist, die soziale Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit zu unterstützen. Mit der Neuausrichtung der Pflege und dem Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) sowie der geplanten Einführung eines neuen Bundesteilhabegesetzes (BTHG)⁸ wird der Weg in diese Richtung beschriftet. Inwieweit diese Gesetze ausreichen, um eine teilhabeorientierte, selbstbestimmte und verlässliche Versorgung aller älteren Menschen zu gewährleisten, bleibt im Detail derzeit noch offen.

Literatur

- Bill, R. (2016): Grundlagen der Geo-Informationssysteme. 6. völlig neu bearb. Auflage. Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 29.03.2016].

8 Das neue Bundesteilhabegesetz soll noch in der 18. Legislaturperiode verabschiedet sein und in Kraft treten, s.a. <http://www.teilhabe-gesetz.org>.

- Dieckmann, F./Giovis, C./Röhm, I. (2016a): Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. In: Müller, S. V./Gärtner, C. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer VS, S. 55–74.
- Dieckmann, F./Schäper, S./Thimm, A./Dieckmann, P./Dluhosch, S./Lucas, A. (2016b): Die Lebenssituation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Band 2 der Schriftenreihe des MAIS zur Berichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Hrsg. v. MAIS NRW. Düsseldorf.
- Dieckmann, F./Rodekohr, B./Rohleder, C. (2016c): Alter(n) mit Chance auf Teilhabe. In: Pro Alter 1/16. Verlag Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln, S. 15-20.
- Geoinformatik GmbH (Hrsg.) (2005): ArcGIS 9 das Buch für Einsteiger. Heidelberg. Geoinformatik GmbH (Hrsg.) (2015): ArcGIS 10.3: Das deutschsprachige Handbuch für ArcGIS for Desktop Basic und Standard mit Funktionen von ArcGIS Online für Desktopanwender. Berlin.
- Grande, A./Mummenthey, R.-D./Pressel, H. (2006): Geographische Informationssysteme in der öffentlichen Verwaltung. In: Wind, M./Kröger, D. (Hrsg.) (2006): Handbuch IT in der Verwaltung. Berlin: Springer-Verlag, S. 541-592.
- MAIS NRW (Hrsg.) (2012): Kooperative Sozialplanung. Gute Beispiele der Zusammenarbeit von Kommunen und Kreisen mit der Freien Wohlfahrtspflege. Unter Mitarbeit von Herbert Schubert. Sozialplanung – Gute Beispiele der Zusammenarbeit von Kommunen und Kreisen mit der Freien Wohlfahrtspflege. Düsseldorf, 16.11.2012. FH Köln. http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/Veranstaltungen/Dokumentation_Fachtagung_Kooperative_Sozialplanung.pdf [Zugriff: 21.03.2016].
- MGEPA NRW (Hrsg.) (2013): Masterplan Altengerechte Quartiere.NRW. Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Düsseldorf. <http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/alter/AltengerechteQuartiere.pdf> [Zugriff: 29.03.2016].
- Plazek, M./Schnitger, M. (2015): Demographie konkret – Pflege kommunal gestalten. Hrsg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Pleiner, G./Thies, R. (2012): Vom „sozialen Brennpunkt“ zur „sozialen Stadt“- Sozialräumlicher Paradigmenwechsel in Gemeinwesenarbeit und Stadtteilmanagement“ In: Riege, M./Schubert, H (Hrsg.): Sozialraumanalyse. Grundlagen-Methoden-Praxis. Köln: Verlag Sozial Raum Management. S. 165-177.
- Lange, N. de (2002): Geoinformatik in Theorie und Praxis. Berlin: Springer-Verlag.
- Libbe, J. (2014): Orientierungen für kommunale Planung und Steuerung. Ein Handlungsleitfaden. Berlin: AZ Verlag (Edition Difu Stadt Forschung Praxis).
- Schäper, S. (2016): Bedürfnisse und Bedarfslagen von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter – Anforderungen an die Sozial- und Teilhabeplanung. In: Müller, S. V./Gärtner, C. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer VS, S. 91-119.

- Schubert, H. (2014): Sozialplanung als Instrument der Kommunalverwaltung in Nordrhein-Westfalen. Eine Strukturanalyse in den Städten und Kreisen. Hrsg. v. MAIS NRW, Arbeitspapier 47, Düsseldorf.
- Schnur, O. (2008): Quartiersforschung im Überblick: Konzepte, Definitionen und aktuelle Perspektiven. In: Schnur, O. (Hrsg.): Quartiersforschung – Zwischen Theorie und Praxis. Wiesbaden: Springer VS, S. 19-54.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 04.04.2016].
- Waltz, V. (2012): Sozialraumanalyse aus der Sicht sozial engagierter Raumplanung – am Beispiel Migration. In: Riege, M./Schubert, H. (Hrsg.): Sozialraumanalyse. Grundlagen – Methoden – Praxis. 3. neu bearb. und erg. Aufl. Köln: Verlag Sozial Raum Management, S. 114-126.
- Wehrheim, J. (2015): Quartier – Stadt – Gesellschaft. In: Knabe, J./van Rieffen, A./Blandow, R. (Hrsg.): Städtische Quartiere gestalten. Kommunale Herausforderungen und Chancen im transformierten Wohlfahrtsstaat. Bielefeld: transcript Verlag, S. 21-40.
- Werner, W. (2013): Kommunale Entwicklungsplanung auf dem Weg zur Inklusion. In: Teilhabe, Jg. 52, H. 2, S. 89-94.

IV. Herausforderungen für professionelle Beratungs- und Unterstützungsstrukturen

Soziale Teilhabe von Schlaganfallbetroffenen und ihren Angehörigen

Johannes Jungbauer

1. Klinische und rehabilitative Aspekte des Schlaganfalls

Unter einem Schlaganfall (Hirnsult) versteht man den plötzlichen Untergang von Nervenzellen in einem umgrenzten Bereich des Gehirns. Durch ein Blutgerinnsel oder eine Blutung im Gehirn wird die Sauerstoffversorgung unterbrochen, so dass das Gewebe in der betroffenen Hirnregion abstirbt. Als Folge kommt es zu typischen neurologischen Ausfällen, wie z.B. Lähmungen, Wahrnehmungsstörungen und Sprechstörungen (Diener/Forsting 2002). Wegen seiner hohen Prävalenz wird der Schlaganfall oft als ‚Volkskrankheit‘ bezeichnet. Aus epidemiologischen Studien wissen wir, dass meistens ältere Menschen betroffen sind: Rund 80 Prozent der Schlaganfälle ereignen sich in der Altersgruppe der über 60-jährigen. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen, allerdings liegt das durchschnittliche Erkrankungsalter männlicher Patienten bei 70 Jahren, während Frauen zum Zeitpunkt des Schlaganfalls im Mittel bereits 75 Jahre alt sind. Nicht selten enden Schlaganfälle tödlich: Mit etwa 63.000 Todesfällen jährlich ist der Schlaganfall in Deutschland die dritthäufigste Todesursache. Darüber hinaus ist er der häufigste Grund für erworbene Behinderungen im höheren Erwachsenenalter. Es wird geschätzt, dass in Deutschland knapp eine halbe Million Menschen mit den Folgen eines Schlaganfalls leben (Heuschmann et al. 2010).

Die Behandlung und Rehabilitation nach einem Schlaganfall wird in die Phasen A bis E eingeteilt und richtet sich nach der Schwere der neurologischen Schädigungen bzw. der aktuellen Hilfebedürftigkeit des Betroffenen (BAR 2008; siehe Tab. 1). Die Rehabilitation läuft deswegen nicht immer nach dem gleichen chronologischen Muster ab, sondern kann individuell variieren. Unmittelbar nach dem Schlaganfallereignis ist zunächst eine intensivmedizinische Akutbehandlung notwendig (Phase A). Im Idealfall findet diese auf einer spezialisierten Schlaganfallstation (Stroke Unit) statt. Heute wird knapp die Hälfte der Schlaganfallpatienten in Stroke Units behandelt (Knecht/Hesse/Oster 2011). Nach drei bis fünf Tagen werden die noch schwer beeinträchtigten Patienten auf eine neurologische bzw. allgemeine Normalstation verlegt, wo Maßnahmen der Frührehabilitation

beginnen (Phase B). In dieser Phase geht es darum, bettlägerigen bewusstlosen oder schwer bewusstseinsgestörten Patienten die Kontaktaufnahme zur Umwelt zu ermöglichen und einfachste sensorische, motorische und basale Funktionen zu stimulieren. Stationäre Reha-Maßnahmen (Phase C) sind für Betroffene konzipiert, die sich zumindest wieder eingeschränkt bewegen können. Während des Aufenthalts in der Reha-Klinik werden Körperfunktionen und Selbstständigkeit im alltäglichen Leben systematisch trainiert, z.B. durch Physiotherapie, Logotherapie und Ergotherapie. Nach der Frührehabilitation der Phasen B oder C schließt entweder die so genannte Anschlussheilbehandlung mit der Phase D, die ambulante Nachsorge (Phase E) oder mit der Phase F die dauerhafte Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim an. Patienten der Phase D trainieren für eine selbstständige Lebensführung und bereiten sich auf die Rückkehr in das Berufsleben vor. Nicht jeder Patient muss zwangsläufig auch eine Frührehabilitation durchlaufen haben. So können z.B. Patienten mit leichten Schlaganfällen nach der Akutbehandlung direkt zur Anschlussheilbehandlung wechseln (Rollnik & Janosch 2010).

Tabelle 1: Phasen der Neurologischen Rehabilitation nach einem Schlaganfall

Reha-Phasen	Therapie- und Hilfemaßnahmen
Phase A	Akutbehandlung (Stroke Unit/Krankenhaus)
Phase B	Neurologische Früh-Rehabilitation für schwerstbetroffene, bettlägerige Patienten, die noch nicht an der Behandlung mitwirken können
Phase C	Stationäre Rehabilitation; Patient muss u.a. weitgehend bewusstseinsklar und in der Lage sein, mehrere 30-minütige Therapieeinheiten pro Tag wahrzunehmen
Phase D	Anschlussheilbehandlung (AHB); für Patienten mit guter Reha-Prognose; der Betroffene ist wieder weitgehend selbstständig
Phase E	Ambulante Rehabilitation; Nachsorgemaßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Reha-Erfolgs; Maßnahmen zur Unterstützung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung
Phase F	Pflege; dauerhafte unterstützende, aktivierende, zustandserhaltende Maßnahmen bei anhaltend pflegebedürftigen Patienten

Bemerkenswert ist, dass der größte Teil der überlebenden Schlaganfallpatienten im Anschluss an die Akutbehandlung wieder in das häusliche Umfeld entlassen wird (Knecht/Hesse/Oster 2011). 70 Prozent aller Betroffenen leben drei Monate nach dem Schlaganfallereignis wieder zu Hause und sind – wenn auch mit Hilfsmitteln wie Rollstuhl oder Gehhilfe sowie mit Unterstützung ihrer Angehörigen – wieder mobil. Viele erhalten dort im Sinne der Reha-Phase E nachgehende Reha-Maßnahmen, um ihr Funktionsniveau zu erhalten oder zu stabilisieren, z.B. durch die ambulante Weiterführung von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Darüber hinaus zielt die neurologische Reha-Phase E auf die Unterstützung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der Betroffenen ab. Im Hinblick auf die soziale (Re-)Integration und die soziale Teilhabe der Patienten und ihrer Angehörigen sind daher die nachgehenden Maßnahmen der Reha-Phase E besonders bedeutsam (Reuther et al. 2012).

2. Körperliche und psychosoziale Folgen

Ein Schlaganfall verändert das Leben der Betroffenen meist stark und nachhaltig. Buchstäblich ‚schlagartig‘ werden sie aus ihrem normalen Leben herausgerissen und sind in vielen Bereichen auf Hilfe angewiesen. Obwohl viele Patienten ihre verloren gegangenen Körperfunktionen durch Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zumindest teilweise wiedererlangen, ist eine vollständige Wiederherstellung nur in Ausnahmefällen möglich. Rund 60 Prozent der überlebenden Schlaganfallbetroffenen bleiben langfristig behindert und weisen zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen auf. Typische neurologische Funktionsstörungen aufgrund der Hirnschädigung sind z.B. Lähmungen und motorische Einschränkungen, Sprach- und Artikulationsstörungen, Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, der Konzentration und des Gedächtnisses sowie Antriebsstörungen. Darüber hinaus entwickeln sich bei vielen Patienten typische psychosoziale Folgeschäden und Persönlichkeitsveränderungen, wie z.B. Depressivität, und sozialer Rückzug, dauerhafte Missstimmung, erhöhte Reizbarkeit sowie eingeschränkte Reflexionsfähigkeit hinsichtlich der eigenen Veränderungen und der Reaktionen der Umwelt (Visser-Keizer et al. 2002).

Doch auch die Familienangehörigen und das soziale Umfeld des Betroffenen sind mit zahlreichen Belastungen und Problemen konfrontiert. In der Regel wirkt sich ein Schlaganfall auf das gesamte Familiensystem aus, wobei in den meisten Fällen die Ehepartnerinnen die Hauptlast tragen

(Jungbauer/Döll/Wilz 2008; Jungbauer/Hennes Floren, im Druck). Unmittelbar nach dem Schlaganfall sind die Angehörigen mit zahlreichen Belastungen und Anforderungen konfrontiert, die zunächst sehr schwer einschätzbar für sie sind. Typischerweise werden dabei die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Reha-Phasen als belastend und verunsichernd wahrgenommen, wie z.B. der Wechsel in eine andere Behandlungseinrichtung (Gründel et al. 2001). Insbesondere die Rückkehr des Patienten nach Hause und die damit verbundenen organisatorischen und alltagsbezogenen Anforderungen werden oft als überfordernd erlebt (Gustafsson/(Bootle 2013). Mittel- und langfristig können im Zusammenleben zahlreiche Beeinträchtigungen des gemeinsamen Alltags auftreten. Neben der Arbeitsbelastung durch Betreuungs- und Pflegetätigkeiten werden vor allem Wesensveränderungen des Patienten als sehr belastend erlebt. Dies ist insbesondere bei Partnern der Fall, die den Patienten als depressiv verändert erleben. Als bedrückend wird in diesen Fällen zum einen die anhaltend trübsinnige, mürrische und pessimistische Stimmung empfunden, die den Alltag unter Umständen völlig beherrscht und zu einer schweren, problembeladenen Grundstimmung in der Familie beiträgt (Jungbauer, v. Cramon/Wilz 2003). Vor dem Hintergrund chronischer Arbeits- und Stressbelastungen tragen pflegende Angehörige ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche und psychosoziale Beeinträchtigungen, z.B. für Depressionen, psychosomatische Beschwerden, soziale Isolation und Burnout (Berg et al. 2005; van den Heuvel et al. 2001; Jungbauer/v. Cramon/Wilz 2008).

3. Einschränkungen der sozialen Teilhabe

Nach einem Schlaganfall verändert sich die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht nur im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden. In aller Regel sind auch Beeinträchtigungen des sozialen Netzwerks und der sozialen Teilhabe zu beobachten. Lange Zeit wurde dieser Aspekt in der wissenschaftlichen Forschung nur wenig berücksichtigt. Erst in den letzten Jahren lässt sich eine Zunahme von Studien verzeichnen, die sich mit den komplexen Zusammenhängen von Funktionsbeeinträchtigungen, Krankheits- und Belastungsverarbeitung sowie Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe bzw. Partizipation befassen (Dettmers 2014; Fries/Fischer 2008; Reuther et al. 2012; Töns 2009).

Dieser Trend dürfte wesentlich mit der Einführung der *Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) in die Rehabilitationspraxis zusammenhängen. Die ICF ist ein

Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Erfassung möglicher Beeinträchtigungen einer Person vor dem Hintergrund ihrer sozialen und physikalischen Umwelt. Ihr liegt ein ganzheitliches, bio-psycho-soziales Modell zugrunde, das den gesamten Lebenshintergrund des Betroffenen berücksichtigt. Neben der Beurteilung von körperlichen und psychischen Funktionsstörungen wird damit die differenzierte Einschätzung von Partizipationseinschränkungen ermöglicht (Ewert et al. 2008). Der zentrale Sinn einer Erfassung nach ICF ist es, Krankheitssymptome einer Person (z.B. neurologische Ausfälle nach einem Schlaganfall) von dadurch bedingten Beeinträchtigungen ihrer Körperfunktionen, ihrer Aktivitäten und ihrer sozialen Teilhabe zu unterscheiden. In diesem Zusammenhang werden auch die individuellen Einflüsse von Personen (z.B. Persönlichkeitsmerkmale, körperliche Voraussetzungen) und der jeweiligen sozialen Umwelt (z.B. Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde und Nachbarn) erfasst. Die ICF geht von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge der genannten Aspekte aus (siehe Abb. 1). Diese Konzeption komplexer Bedingungen von Teilhabe ist als verbindlich in die deutsche Sozialgesetzgebung, insbesondere in das SGB IX aufgenommen worden (Fries 2007a).

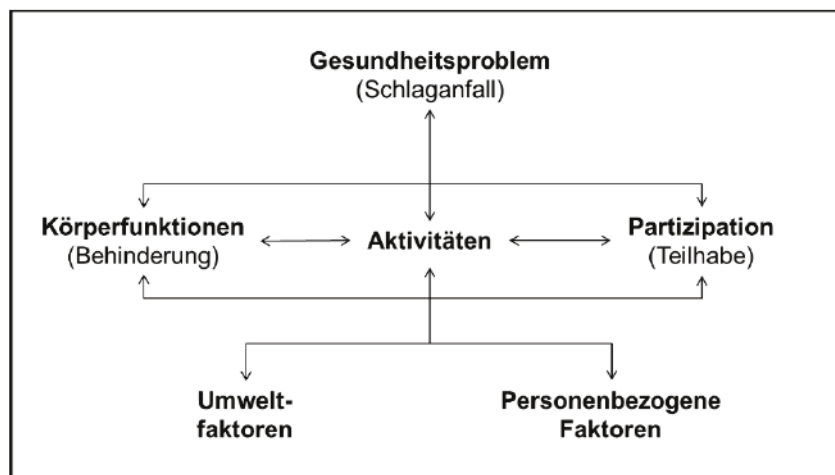


Abbildung 1: Betrachtung möglicher Beeinträchtigungen nach Schlaganfall im Sinne der ICF

Die ganzheitliche Orientierung der ICF findet bei Praktikern und Wissenschaftlern weitgehende Zustimmung, allerdings gilt die Erfassung von Teilhabebeeinträchtigungen aufgrund der Komplexität der ICF als schwierig

(Weis 2004). Vor diesem Hintergrund haben Deck et al. (2007) auf der Grundlage des ICF ein kompaktes Assessment-Instrument für Reha-Patienten entwickelt, in dem Einschränkungen der sozialen Teilhabe in neun unterschiedlichen Kategorien erfasst und mit einem Index quantifiziert werden:

- 1) *Selbstständigkeit und Autonomie*: Beeinträchtigung von Aktivitäten, die Unabhängigkeit und Selbstversorgung im Alltag ermöglichen, z.B. Waschen, Ankleiden, Essen, Toilettengang, Mobilität in der Wohnung;
- 2) *Alltagsaufgaben*: Einschränkungen bei alltäglichen Aufgaben und Verpflichtungen, wie z.B. Hausarbeit, Beruf, Ehrenamt;
- 3) *Soziale Aktivitäten*: Beeinträchtigung des geselligen Zusammenseins mit Bekannten und Freunden, z.B. Essen gehen, Feste, Verein, Kino- und Konzertbesuche;
- 4) *Freizeit und Erholung*: Einschränkungen bei der Ausübung von Hobbys, Freizeitaktivitäten, Sport, Urlaubsreisen;
- 5) *Beruf und Arbeit*: Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder berufsbezogener Aktivitäten, außergewöhnliche Belastungen und Stress;
- 6) *Erledigungen außerhalb des Hauses*: Einschränkungen der Mobilität, z.B. bei Einkäufen, Amtsgängen, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel;
- 7) *Sexualleben*: Beeinträchtigung beim Erleben von Intimität, Zärtlichkeit und Sexualität;
- 8) *Familiäre und häusliche Verpflichtungen*: Beeinträchtigung bei Tätigkeiten, die das Zuhause und die Familie betreffen, z.B. Haus- und Gartenarbeit, Reparaturen, Enkel abholen;
- 9) *Enge persönliche und familiäre Beziehungen*: Beeinträchtigung von Ehe und Partnerschaft, Beziehungen zu den Kindern, Enkeln und Freunden (Deck et al. 2007: 114).

Die vorliegenden Forschungsbefunde zeigen, dass Schlaganfallbetroffene in vielen der genannten Teilhabebereiche stark eingeschränkt sind. Die Reduzierungen von Aktivitäten und Partizipation sind in vielen Fällen langfristig vorhanden. Inwieweit es zu dauerhaften Einschränkungen von Aktivitäten und sozialer Teilhabe kommt, hängt von zahlreichen individuellen Faktoren ab, wobei Alter, motorische Einschränkungen, Komorbiditäten und Depressionsneigung eine wichtige Rolle spielen (Desrosiers et al. 2006). Auch die Verfügbarkeit einer behindertengerechten Wohnung ist ein relevanter Faktor für Aktivität und Teilhabe (Berg 2014). Zudem sind psychologische Faktoren bedeutsam, wie z.B. Motivation, Selbstwirksamkeitserwartung und

die subjektive Deutung der eigenen Situation. So hängt z.B. die berufliche Re-Integration von Patienten im erwerbsfähigen Alter stark davon ab, inwieweit sie in dieser Hinsicht positive Erwartungen haben und motiviert sind, aktiv zu einer Verbesserung beizutragen (Medin/Barajas/Ekberg 2005). Wie Einschränkungen von Aktivitäten und sozialer Teilhabe vom Betroffenen erlebt werden, hängt überdies vom Ausmaß der Teilhabe vor dem Schlaganfallereignis ab: War das Aktivitätsniveau vor dem Schlaganfall hoch und wird nun als Verlust wahrgenommen, steigt die Wahrscheinlichkeit von Depressivität und beeinträchtigtem Wohlbefinden (Töns 2009). Bemerkenswert ist weiterhin, dass offenbar das erste Jahr nach dem Schlaganfallereignis bedeutsam im Hinblick auf die langfristige Entwicklung ist: So zeigte sich in einer prospektiven Längsschnittstudie, dass sich die sozialen Aktivitäten der Betroffenen im häuslichen Bereich, Hobbys, Erwerbsarbeit sowie außerhäusliche Aktivitäten drei Jahre nach dem Schlaganfall nicht mehr wesentlich von dem Status nach einem Jahr unterscheiden (Jansen et al. 2012).

Auch die Angehörigen, insbesondere die (Ehe-)Partner, sind von den Einschränkungen des Erkrankten in hohem Maße mitbetroffen. Sie erleben nicht nur vielfältige alltagsbezogene und emotionale Belastungen, sondern ihrerseits Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe (Fries 2007b). So gibt es für sie durch die erhebliche zeitliche Einbindung in Betreuung und Pflege des Patienten deutlich weniger Möglichkeiten für eigene soziale und erholsame Aktivitäten (z.B. Hobbys, Reisen, Kinobesuche, Pflege von Freundschaften). Durch bleibende Behinderungen und Wesensveränderungen des Patienten kann sich die Partnerschaft als Ganzes stark verändern, indem gewohnte Beziehungsmuster ihre Tragfähigkeit und Funktionalität verlieren. Die notwendige Reorganisation der Verantwortungsbereiche kann erhebliche Rollenverschiebungen innerhalb der Partnerschaft mit sich bringen. Veränderungen ergeben sich ferner hinsichtlich gemeinsamer Aktivitäten und Interessen, wobei sich das tatsächliche oder potenzielle Spektrum gemeinsam verbrachter Situationen deutlich verengt (Jungbauer/v. Cramon/Wilz 2003).

In einer qualitativen Analyse sozialer Netzwerke nach einem Schlaganfall (Dettmers 2014) zeigte sich, dass der Alltag von Schlaganfallpatienten sehr häufig im Kontext der Kernfamilie stattfindet, wobei der (Ehe-)Partner in aller Regel die wichtigste Bezugsperson des Betroffenen ist. Bereits die eigenen Kinder bzw. Schwiegerkinder und Enkel sind als Unterstützungspersonen deutlich weniger präsent, häufig wird deren Hilfe auch nicht erwartet bzw. eingefordert. Dies liegt unter anderem offenbar an Schamgefühlen, was dazu führt, dass in vielen Familien ein defensiver Umgang im Hinblick auf die Aktivierung von Unterstützungspotenzialen zu beobachten ist. Dies betrifft auch die Inanspruchnahme externer und professioneller Hilfen, wie z.B.

Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen, die für die Mehrzahl der Betroffenen nicht relevant sind. Auf der anderen Seite weist Dettmers (2014) auch auf positive Aspekte hin: Trotz aller Teilhabebeeinträchtigungen ist bei vielen Schlaganfallbetroffenen und Angehörigen auch ein Zuwachs an Kompetenzen zu verzeichnen, denn die neue Lebenssituation erfordert Flexibilität, Lernfähigkeit und die Bereitschaft, sich aktiv mit der Erkrankung bzw. Behinderung auseinander zu setzen. Eine konstruktive Bewältigung des Schlaganfalls ist am ehesten dann möglich, wenn die veränderte Lebenssituation nicht nur schicksalsergeben erduldet wird, sondern im Sinne von Antonovsky (1997) als verstehbar, beeinflussbar und handhabbar verstanden wird. „Die aktive Gestaltung des eigenen Alltags unter Berücksichtigung der neuen zeitlichen Ressourcen und intrafamiliären Unterstützungsqualitäten ist als wichtiger Baustein für ein gelingendes Leben zu sehen. Dadurch wird deutlich, dass die professionelle Hilfe bei der Aktivierung von Unterstützungspotentialen zur Entlastung einen erheblichen Beitrag leisten könnte.“ (Dettmers 2014: 235). Dabei sind professionelle Hilfen für Schlaganfallbetroffene und Angehörige in sämtlichen Phasen der neurologischen Rehabilitation wichtig, insbesondere aber in der Reha-Phase E, wie im folgenden Abschnitt dargestellt werden soll.

4. Zur Bedeutung der neurologischen Reha-Phase E

Nach einem Schlaganfall ist prinzipiell nicht nur eine medizinisch-therapeutische Behandlung des Betroffenen wichtig, sondern auch seine Begleitung im Hinblick auf Aktivitätsaufbau, soziale Teilhabe und (Re-)Integration in die Gemeinschaft sowie ins Berufsleben. Hierzu sind insbesondere nachgehende Rehabilitationsleistungen und ambulante Nachsorgemaßnahmen erforderlich, die nach dem o.g. Phasenmodell der Neurorehabilitation der Reha-Phase E zuzuordnen sind (BAR 2008). Phase E-Maßnahmen könnten definiert werden als

- 1) nachgehende Leistungen zum Transfer des bisher erreichten Reha-Erfolges in die Lebenswelt des Betroffenen;
- 2) Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationsergebnisses und zur Weiterentwicklung der sozialen Teilhabe vor Ort;
- 3) Leistungen zur Unterstützung der sozialen Teilhabe, zur gemeinschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung und deren langfristiger Sicherung (Reuther et al. 2012: 426).

Dabei bedeuten nachsorgende Leistungen zur sozialen Integration von Schlaganfallbetroffenen gelegentlich auch einen lebenslangen individuellen Behandlungs- und Förderprozess, der Beratung, Planungshilfe, Begleitung und spezifische Interventionen beinhalten kann.

Wie Reuther et al. (2012) konstatieren, ist in Deutschland die Ausgestaltung der neurologischen Reha-Phase E insgesamt noch stark verbesserungsbedürftig, insbesondere im Hinblick auf die Förderung von sozialer Teilhabe. So ist zwar bekannt, dass Maßnahmen zur Unterstützung der beruflichen Re-Integration gerade bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung besonders häufig erforderlich sind. Gleichwohl müssen entsprechende Konzepte in der Praxis erst noch etabliert werden. Dies ist insbesondere für Schlaganfallbetroffene im erwerbsfähigen Alter wichtig, die eine prinzipiell positive Prognose für den ersten Arbeitsmarkt haben. Diese benötigen bei erhaltenem Arbeitsplatz am Ende der medizinischen Rehabilitation einen konkreten individuellen Hilfeplan für ihre berufliche Wiedereingliederung. Zudem ist ein Coaching sinnvoll, bei dem der Betroffene, der Berater, das Rehabilitationsteam und der Arbeitgeber bzw. die Verantwortlichen des Betriebs einbezogen werden. Aber auch bei Betroffenen mit eher ungünstiger Prognose für den ersten Arbeitsmarkt sollten geeignete Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe initiiert werden. So können z.B. die Beschäftigung und langfristige berufliche Maßnahmen der Eingliederungshilfe (WfbM) therapeutisch vorbereitet und vor Ort begleitet werden.

Auch Maßnahmen zur Förderung von Aktivitäten und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind für Schlaganfallbetroffene noch nicht ausreichend entwickelt und auch nicht systematisch verfügbar. Dies betrifft insbesondere Patienten, die mit erheblichen motorischen und kognitiven Einschränkungen nach Hause entlassen werden und auf Hilfe angewiesen sind. Es ist davon auszugehen, dass bereits eine relativ kurze Zeit in einer nicht-aktivierenden Lebensumgebung die Aussicht auf Autonomiegewinnung, Integration und soziale Teilhabe erheblich gefährdet. So ist bei vielen Betroffenen zu beobachten, dass unter suboptimalen Bedingungen relativ rasch ein Resignations- und Regressionsprozess einsetzt, der zu weiteren Folgeproblemen und einer erheblichen Belastung der Angehörigen sowie des sozialen Netzwerks führt. Um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken, sind entsprechende Phase E-Maßnahmen erforderlich. Dabei sind in Anlehnung an Kriterien der ICF Maßnahmen sinnvoll, die u.a. auf folgende Aspekte abzielen:

- 1) Die Aufrechterhaltung bzw. Optimierung verbliebener Funktionen und Aktivitäten sowie die Nutzung von Kompensationsmöglichkeiten (insbesondere durch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie);

- 2) die Förderung und möglichst umfassende Wiederherstellung früherer sozialer Aktivitäten (z.B. geselliges Zusammensein, Essen gehen, Kino- und Konzertbesuche);
- 3) die Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung des Betroffenen (Assistenz und Hilfsmittel; barrierefreier Wohnraum etc.);
- 4) die Förderung von Mobilität und selbständiger Fortbewegung, sowohl in der Wohnung als auch außerhalb des Hauses;
- 5) die Förderung der Kommunikationsfähigkeit und der Beziehungen in Partnerschaft, Familie und im sozialen Umfeld;
- 6) die Befähigung zur Selbststrukturierung des Tagesablaufs.

In den meisten Fällen ist davon auszugehen, dass Beeinträchtigungen des Patienten langfristig bestehen bleiben. Insbesondere Schwer- und Schwerstbetroffene erleben es als sehr schmerzhaft, den eigenen Lebensentwurf zu revidieren; es fällt ihnen oft sehr schwer, eine konstruktive Einstellung zu einem Weiterleben unter den Bedingungen ihrer Behinderung zu entwickeln, vorhandene Möglichkeiten zu sehen und Hilferessourcen zu aktivieren. Doch auch die Angehörigen erleben in dieser Hinsicht vielfältige Einschränkungen. Aus diesem Grund wäre gerade in der Reha-Phase E eine längerfristige Beratung für Betroffene und Angehörige sehr wichtig, z.B. zu Rehabilitations- und Teilhabezielen, zu erwartenden überdauernden Beeinträchtigungen, aber auch zu positiven Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen.

5. Empfehlungen für die Praxis

Heute existieren in Deutschland sehr moderne und ausdifferenzierte Versorgungsangebote für Schlaganfallpatienten, die allerdings in erste Linie auf die medizinische Akutbehandlung und die neurologische Rehabilitation abzielen. Demgegenüber wurde der psychosozialen Beratung sowie der Förderung von sozialer Teilhabe und Inklusion bislang vergleichsweise wenig Beachtung geschenkt. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, verstärkt bedarfsgerechte Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige zu entwickeln und zu optimieren. Im Folgenden seien daher einige Verbesserungsmöglichkeiten für die Praxis skizziert:

- 1) Bereits während der stationären Behandlung des Patienten in einer Akut- oder Reha-Klinik sollte psychosoziale Beratung und Hilfestellung angeboten werden, die deutlich über das übliche

Entlass- und Überleitungsmanagement hinausgeht. Notwendig erscheint zum einen die Unterstützung im Hinblick auf die bevorstehenden Reha-Übergänge, zum anderen auf die Vorbereitung der häuslichen Versorgung und hierfür notwendiger Maßnahmen. Die Beratung der Angehörigen sollte verstärkt zugehend erfolgen. Dies ist notwendig, um alle Angehörigen zu erreichen, insbesondere Personen, die über vergleichsweise geringe persönliche und soziale Bewältigungsressourcen verfügen und verfügbare Hilfen von sich aus nicht in Anspruch nehmen würden.

- 2) Darüber hinaus erscheint eine längerfristige, beobachtende und beratende Begleitung über die unterschiedlichen Reha-Phasen hinweg empfehlenswert. Vor allem Angehörige von Schlaganfallpatienten sollten eine phasenübergreifende („intersektorale“) Beratung in Anspruch nehmen können, insbesondere an den Schnittstellen der unterschiedlichen Reha-Phasen. Eine phasenübergreifende Unterstützung sollte im Idealfall durch einen festen Ansprechpartner bzw. eine feste Ansprechpartnerin erfolgen (Jungbauer, Floren & Krieger 2014).
- 3) In der teilhabeorientierten Angehörigenberatung sind Information, Beratung in sozialrechtlichen Fragen und organisatorische Hilfe wichtig, aber auch emotionale Entlastung, Abbau von Ängsten und Depressionen sowie Klärungshilfe. Ein weiteres wichtiges Anliegen in Beratung von Angehörigen ist es aber auch, dass diese lernen sich besser abzugrenzen und Selbstüberforderungen zu vermeiden (Fries 2007b).
- 4) In allen Reha-Phasen, insbesondere aber in der ambulanten Versorgung (Reha-Phase E) erscheint es wünschenswert, die therapeutische Unterstützung durch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie zu optimieren. Die genannten Professionen sind besonders relevant für die Förderung von sozialer Teilhabe, weil sie meist regelmäßig in die Wohnung der Betroffenen kommen und deren gesundheitliche, psychische und soziale Entwicklung gut einschätzen können. Sinnvoll erscheinen z.B. gezielte Fortbildungsmaßnahmen im Hinblick auf psychosoziale Beratungskompetenzen und Teilhabeförderung.
- 5) In ähnlicher Weise könnten die in ambulanten Pflegediensten Tätigen darin unterstützt werden, gegenüber Betroffenen und Angehörigen nicht nur pflegerelevante Aspekte zu thematisieren, sondern auch explizit Aktivitäten und Partizipation zu fördern. In Pflegekursen nach §45 SGB XI könnten Angehörige nicht nur im Hinblick auf Pflegekompetenzen angeleitet werden, sondern auch im Hinblick auf

Möglichkeiten zur Verbesserung der sozialen Teilhabe (Dettmers 2014).

- 6) Darüber hinaus sollte die Rolle des Hausarztes gestärkt werden, der erfahrungsgemäß als wichtiger Ansprechpartner bei Fragen im Zusammenhang mit dem Schlaganfall angesehen wird (Wiesemann et al. 2004). Allerdings stehen Hausärzte für Aspekte psychosozialer Probleme und Teilhabe einschränkungen nur begrenzt zur Verfügung. In die richtige Richtung weist u.a. das neue Versorgungskonzept für pflegende Angehörige der KBV auf Grundlage des §73 SGB V. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, Angehörigenberatung als ärztliche Leistung bzw. Abrechnungsziffer im Leistungskatalog der GKV aufzunehmen bzw. deutlich aufzuwerten.
- 7) Die neurologische Reha-Phase E sollte im Hinblick auf die soziale Teilhabe und die Re-Integration ins soziale Leben konsequent ausgestaltet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, dürfte eine ergänzende, trägerübergreifend gültige Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unabdingbar sein (Reuther et al. 2012).
- 8) Schließlich sollte auch erwogen werden, im Sozialraum vor Ort – analog zu Klinik- oder Institutsambulanzen nach §116; 118 SGB V – spezialisierte wohnortnahe Phase-E-Kompetenzeinrichtungen oder Phase-E-Netzwerke trägerübergreifend verfügbar zu machen. Hier könnten z.B. spezifische Sprechstunden für ein sozialraumorientiertes Teilhabe-Assessment, Nachsorgetermine oder interprofessionelle Planungskonferenzen realisiert werden (Reuther et al. 2012).

Grundsätzlich können professionelle Beratungs- und Hilfeangebote wesentlich zur sozialen (Re-)Integration und Teilhabe von Schlaganfallbetroffenen und Angehörigen beitragen. Insbesondere die Klinische Sozialarbeit ist gefordert, sich in diesem Bereich zu engagieren, zumal die bislang existierenden Unterstützungsstrukturen offensichtlich unzureichend sind. So bleibt Beratung in der Praxis oft auf die Vermittlung von Informationen beschränkt, z.B. zu sozialrechtlichen Ansprüchen und weiterführenden Hilfemöglichkeiten; soziale Diagnostik und netzwerkorientierte Interventionen finden sich kaum. Zudem ist die Komm-Struktur von ambulanten Beratungsstellen und Pflegestützpunkten nur wenig geeignet, die Bedingungen zur Förderung von Aktivität und sozialer Teilhabe zu ermitteln. Wesentlich sinnvoller sind aufsuchende Settings, um vor Ort die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen einschätzen zu können (Dettmers 2014).

Nicht zuletzt sind strukturelle und gesetzliche Anpassungen notwendig, um die soziale Teilhabe von Schlaganfallbetroffenen und Angehörigen optimal zu fördern (z.B. im Hinblick auf die Sozialgesetzbücher, Landespflegegesetze,

Leistungskatalog der GKV bzw. Pflegekassen). Für die Etablierung von phasenübergreifenden Beratungsangeboten sind möglicherweise innovative Finanzierungslösungen der Kostenträger erforderlich, die Leistungen nach SGB V, IX und SGB XI zusammenführen. Sinnvoll wäre es auch, den Zustand der chronischen Beeinträchtigung nach einem Schlaganfall im Schwerbehindertenrecht als eigenständige Behinderungsform zu verankern, analog zu anderen Behinderungsformen (geistig, seelisch, körperlich). Dies würde wahrscheinlich wesentlich zur Anerkennung eines erweiterten Hilfebedarfs und einer leichteren Umsetzung der Menschenrechte im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention beitragen (Reuther et al. 2012).

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Berg, A./Palomäki, H./Lönnqvist, J./Lehtihalmes, M./Kaste, M. (2005): Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke*, 36, S. 636-639.
- Berg, Y. (2014): Bedarfsgerechtes Wohnen von Schlaganfallpatienten – Möglichkeiten und Grenzen eines inklusionsorientierten Kooperationsmanagements. Aachen: Master-Thesis an der Kath. Hochschule NRW/Aachen.
- BAR/Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008): Praxisleitfaden: Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur Sicherung der medizinischen Rehabilitation. Frankfurt am Main: BAR. Verfügbar unter <http://bit.ly/1AHUXda> [Zugriff: 02.6.2015].
- Deck, R./Mittag, O./Hüppe, A./Muche-Borowski, C./Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation*, 76, S. 113-120.
- Desrosiers, J./Rochette, A./Noreau, L./Bourbonnais, D./Bravo, G./Bourget, A. (2006): Long-term changes in participation after stroke. *Topics in Rehabilitation*, 13(4), S. 86-96.
- Dettmers, S. (2014): Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Diener, H.C./Forsting, M. (2002): Schlaganfall. Stuttgart: Thieme.
- Ewert, T./Freudenstein, R./Stucki, G. (2008): Die ICF in der Sozialmedizin. *Gesundheitswesen*, 70(10), S. 600-612.
- Fries, W. (2007a): Rehabilitation zur Teilhabe: Eine Standortbestimmung. In W. Fries, H. Lössl & Wagenhäuser, S. (Hrsg.): Teilhaben! Neue Konzepte der Neurorehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Arbeit und Beruf, S. 1-5. Stuttgart: Thieme.
- Fries, W. (2007b): Das soziale Netz I: Angehörige informieren und unterstützen. In Fries, W./Lössl, H./Wagenhäuser, S. (Hrsg.): Teilhaben! Neue Konzepte der

- Neurorehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Arbeit und Beruf (S. 135-143). Stuttgart: Thieme.
- Fries, W./Fischer, S. (2008): Beeinträchtigung der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie. *Die Rehabilitation*, 47, S. 265-274.
- Gründel, I.A./Lehmann, A./von Cramon, D.Y./Wilz, G. (2001): Der Unterstützungsbedarf von Angehörigen während der stationären Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 14, S. 288-294.
- Gustafsson, L./Bootle, K. (2013): Client and carer experience of transition home from inpatient stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 35, S. 1380-1386.
- Heuschmann, P.U./Busse, O./Wagner, M./Endres, M./Villringer, A./Röther, J./Kolominsky-Rabas, P.L./Berger, K. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie*, 37, S. 333-340.
- Jansen, H.E./Scheepers, V.P./Visser-Meily, J.M./Post, M.W. (2012): Social activity one and three years post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1), S. 47-50.
- Jungbauer, J./Döll, K./Wilz, G. (2008): Geschlechts- und altersspezifische Aspekte des Hilfebedarfs bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten. Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie. *Die Rehabilitation*, 47, S. 145-149.
- Jungbauer, J./Floren, M./Krieger, T. (2014): Der Angehörigenlotse: Ein innovatives Modellprojekt für Angehörige von Schlaganfallpatienten. *FORUM sozialarbeit + gesundheit* 3/2014, S. 22-24.
- Jungbauer, J./Hennes, S./Floren, M. (im Druck): Wie wirkt sich ein Schlaganfall auf das Familiensystem aus? Ergebnisse einer fallrekonstruktiven Familienstudie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation*.
- Jungbauer, J./Krieger, T./Floren, M. (2015): Evaluation eines Beratungsangebots für Angehörige von Schlaganfallpatienten. In: Hahn, G./Hüttemann, M. (Hrsg.): *Jahrbuch Klinische Sozialarbeit VII: Evaluation psychosozialer Interventionen* (S. 125-137). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jungbauer, J./von Cramon, D.Y./Wilz, G. (2003): Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Der Nervenarzt*, 74, 1110-1117.
- Knecht, S./Hesse, S./Oster, P. (2011): Rehabilitation nach Schlaganfall. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(36), S. 600-606.
- Medin, J./Barajas, J./Ekberg, K. (2005): Stroke patients' experiences of return to work. *Disability and Rehabilitation*, 28(17), S. 1051-1060.
- Reuther, P./Hendrich, A./Kringler, W./Vespo, E. (2012): Die neurologische Rehabilitationsphase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-)Integration und Teilhabe – ein Kontinuum? *Die Rehabilitation*, 51, 424-430.
- Rollnik, J.D./Janosch, U. (2010): Verweildauerentwicklung in der neurologischen Frührehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(16), S. 286-292.
- Töns, N. (2009): Teilhabe an Freizeit, sozialen Kontakten und Beziehungen bei Patienten nach Schlaganfall oder Schädelhirntrauma. Entwicklung eines Fragebogens für die neurologische Rehabilitation. Dissertation an der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Verfügbar unter <http://bit.ly/1DA7726> [Zugriff: 29.04.2015].

- van den Heuvel, E.T.P./de Witte, L.P./Schure, L.M./Sanderman, R./Meyboom-de Jong, B. (2001): Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15, S. 669-677.
- Visser-Keizer, A.C./Meyboom-de Jong, B./Deelman, D.G./Berg, I.J./Gerritsen, M.J.J. (2002): Subjective changes in emotion, cognition and behaviour after stroke: factors affecting the perceptions of patients and partners. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, S. 1032-1045.
- Weis, I. (2004): Gemeinsame Sprache für Behandlungsteam, Kostenträger und Medizinischen Dienst. Die ICF-Kodierung (International Classification of Functioning) in der Praxis Sozialer Arbeit. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 2/2004, S. 14-17.
- Wiesemann, A./Engeser, P./Reichert, K./Mollien, P./Schach, S./Scheidt, R. (2004): Hausärztliche Nachsorge bei Schlaganfallpatienten (Hausärztliche Nordbaden-Schlaganfallversorgungsstudie HANS). *Gesundheitswesen*, 66, S. 29-36.

Das Soziale mitdenken. Ein Vorschlag zur Weiterentwicklung von Case Management durch milieuspezifische Zielgruppenorientierung

Liane Schirra-Weirich und Henrik Wiegelmann

1. Einführung

Dem Alzheimer Report 2014 zufolge, leben etwa drei Viertel der Menschen mit einer demenziellen Veränderung derzeit in der eigenen Häuslichkeit. Als ‚Ageing in place‘ konzeptionell beschrieben (Wiles et al. 2011), werden die eigenen vier Wände von vielen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen als Ort der Betreuung und Begleitung bevorzugt. Als sozialpolitisches Prinzip ist die Priorisierung der Häuslichkeit in Deutschland mit dem Leitprinzip ‚häuslich vor teilstationär vor vollstationär‘ in § 43 Abs. 1 SGB XI gesetzlich verankert. Auf diese ambulant-häuslichen Versorgungsarrangements, in denen insbesondere nahe Familienangehörige (zu ca. $\frac{3}{4}$ sind es Frauen) eine zentrale Rolle als ‚Versorgende und Koordinierende‘ einnehmen (Schirra-Weirich et al. 2015: 56ff), sind vielerorts vorzufindende Strukturen des Sozial-, Gesundheits-, und Pflegewesens zur Versorgung, Begleitung und Unterstützung unzureichend eingestellt. Trotz aller Bestrebungen soziale Innovationen wie z.B. regionalisierte und vernetzte Versorgungsstrukturen zu fördern, bestehen weiterhin erhebliche Defizite dahingehend, bestimmte Zielgruppen mit passenden den Alltag flankierenden Angeboten zu erreichen und z.B. versorgende Angehörige in benachteiligten Lebenslagen oder auch ältere versorgende Angehörige in ihren Lebenswelten ‚abzuholen‘, sie zu entlasten und Teilhabe zu ermöglichen (SVR 2014). Ein vielversprechender Ansatz die Passung zwischen Angeboten/Leistungen und potentiellen NutzerInnen und damit auch deren Versorgungssituation zu verbessern ist der Einsatz eines wohnortnahen und individualisierten Case Managements.

In diesem Beitrag soll ein Vorschlag unterbreitet werden, wie bestehende Case Management Ansätze für eine lebensweltnahe und teilhabeorientierte Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen weiterentwickelt werden können. Dafür wird ein Ansatz skizziert der es ermöglicht, die Einzelfallorientierung von Case Management Ansätzen durch eine milieusensible strukturalistische Perspektive anzureichern, um alltagstaugliche und lebensweltnahe Versorgungsstrukturen

weiterzuentwickeln. Hierfür bedarf es der Abstraktion vom Einzelfall und der Hinwendung zu einer milieusensiblen Typologie als Grundlage der Erarbeitung zielgruppenspezifischer Angebotsstrukturen.

Im Kontext der Inanspruchnahme von professionellen Diensten und Leistungen der Demenzversorgung übernehmen Angehörige wichtige intermediäre Funktionen und sind daher als zentrale Akteure eines gemischten Versorgungsarrangements konsequent mit ihren Lebenslagen und Bedarfen in die Planungen hinsichtlich der formellen Unterstützung und Beratung bei Demenz zu integrieren. In diesem Beitrag wird der daher das Konzept vertreten, Menschen mit Demenz und ihre primär-informell versorgenden Angehörigen als ‚Tandem‘ zu denken und wohnortnahe Demenz Versorgungsstrukturen perspektivisch tandemorientiert weiterzuentwickeln.

Der Beitrag beginnt damit, Case Management als individualisierten Versorgungsansatz darzustellen. Des Weiteren werden zentrale wissenschaftliche Erkenntnisse zum Einsatz von Case Management in der Demenzversorgung skizziert, bevor auf die Bedeutung einer milieuspezifischen Sichtweise im Kontext häuslicher Versorgungsarrangements eingegangen wird. Das soziale Milieu wird als Rahmenkategorie einer zu entwickelnden Zielgruppen-Typologie vorgestellt. Dies wird mit deutschsprachigen Forschungsergebnissen unterlegt. Die Abstraktion vom Einzelfall rückt die Bildung von Zielgruppen in den Fokus, daher soll auch eine Begründung für die Erarbeitung einer milieuspezifischen Zielgruppen-Typologie erfolgen. Den Abschluss des Beitrags bilden Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis.

2. Case Management als individualisierter Versorgungsansatz

Die Begriffe der Fragmentierung und Komplexität sprechen häufig genannte Herausforderungen im Gesundheits- und Versorgungssystem an, Case- und Care Management Ansätze gelten zurzeit als vielversprechende Lösungsansätze. Das Potenzial von Care- und Case Management Ansätzen wird darin gesehen, systemische Schnittstellen und Übergänge zu besetzen und zu überbrücken um u.a. Versorgungsungleichheiten sowie Unter-, Über-, und Fehlversorgungssituationen zu bearbeiten. Sowohl für das personenzentrierte Case Management als auch für das systembezogene Care Management gilt grundsätzlich, dass Kommunikation, Kooperation, Koordination und Vernetzung zentrale Aufgabenbereiche darstellen. Obschon sich beide

Konzepte begrifflich ähneln und nicht selten auch in einem Atemzug genannten werden, bestehen bedeutende Unterschiede:

„Wir haben es (...) also mit zwei Steuerungsmodellen zu tun, die zwar beide auf Kooperation und Vernetzung zielen, die aber auf unterschiedlichen Ebenen eingesetzt werden: das Care-Management an der Schnittstelle von Organisations- und Gesellschaftsebene und das Case Management an der Schnittstelle von Interaktions- und Organisationsebene.“ (Schroeter 2013: 35).

In diesem Beitrag soll das Hauptaugenmerk auf der Interaktions- und Organisationsebene liegen, weshalb wir uns im Folgenden näher mit dem Konzept des Case Managements beschäftigen werden. Jedoch: Unser Vorschlag Case Management Ansätze strukturalistisch anzureichern und damit das Soziale des einzelnen Falls mitzudenken, verbindet die Interaktions-/Organisationsebene mit der gesellschaftlichen Ebene und überbrückt damit die dichotome Sichtweise Schroeters.

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management definiert Case Management als ein Verfahren, das individuell an den Bedarfen orientierte Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen organisiert. Ziel ist es, „Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient“ zu steuern (dgcc 2012). Als konstitutives Paradigma kann die adressaten-/klientenorientierte Leistungserbringung gelten, die „alle Angebote im regionalen Versorgungsgefüge sowie die Case Management-tragende Organisation“ umfasst (Mennemann et al. 2011: 4). Als individualisiertes und rationales Konzept orientiert sich das Case Management zuvorderst am Einzelfall. Diesen gilt es situativ und im Verlauf zu beobachten, zu vermessen, zu dokumentieren, zu bewerten, mit anderen zu vergleichen. Der einzelne Mensch wird beschreibbar und analysierbar: zu „einem handhabbaren Fall (case)“ (Schroeter 2008: 69).

Das Case Management übernimmt eine personenzentrierte Lotsenfunktion, indem es bei Bedarf Zugänge zu erforderlichen Leistungen eröffnet und „gewissermaßen die individuellen Wege zur Versorgungslandschaft“ ebnet (ebd.: 154). Üblicherweise werden dem Case Management drei Kernfunktionen zugeschrieben: Die Anwaltsfunktion, die Vermittlerfunktion und die Selektionsfunktion (Ewers 2000). Zusammengenommen stellt diese Trias das Case Management vor die komplexe Aufgabe, neben der Aneignung eines tiefen Wissens über die Angebote des Versorgungssystems, die Interessen von Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf (und ihrer Bezugspersonen) zu vertreten, sich in die Lage dieser hineinzusetzen und sie stellvertretend zu deuten. Gemeinhin durchläuft das Case Management einen Prozess von mehreren aufeinanderfolgenden Phasen. Die vielleicht zentrale Passage dieses Ablaufschemas ist das Assessment, da es die

Grundlage für alle weiteren Interventionen schafft. Gegenstand des Assessments ist die möglichst differenzierte und ausführliche Erfassung und Beurteilung der Lebenssituation des Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf (u.a. Selbstversorgungsdefizite, Versorgungsbedürfnisse, formelle/informelle soziale Netzwerke)¹.

3. Case Management in der Demenzversorgung – Widersprüchliche Forschungsergebnisse

Die wissenschaftliche Bewertung von Case Management Ansätzen in der Demenzversorgung ist ambivalent. Schmid/Schu (2011) zum Beispiel führen aus, dass sich „trotz vieler Studien und Projekte (...) ein komplexes und in Teilen auch widersprüchliches Bild“ zur Wirksamkeit von Case Management Ansätzen ergibt. Sie verweisen aber auch auf Studien aus dem englischsprachigen Raum die in vergleichender Perspektive Case Management gegenüber anderen Handlungsansätzen „eine höhere Effektivität und Effizienz“ nachweisen (ebd.: 263). Das unklare Bild, so Schmid/Schu (ebd.: 270), ergibt sich in Deutschland u.a. aus der Heterogenität realisierter Ansätze, fehlenden Ergebnissen aus kontrollierten Studien, großer Diversität bzgl. des Forschungsdesigns und der Forschungsfragen sowie „wenig forschungsfreundlichen Settings“.

Im wissenschaftlichen Diskurs wird im Allgemeinen betont, dass die Anwendung von Case Management für häusliche Versorgungsarrangements bei Demenz, großes Potenzial zur Verbesserung der Lebenssituation bietet (Kuhlmann 2005). Vielstimmig hervorgehoben wird, dass Case Management seine besondere Bedeutung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der ökonomischen Rahmenbedingungen im Sozial- und Gesundheitswesen gewinnt. In dieser Erzählweise bergen Case Management das Potenzial, begrenzt zur Verfügung stehende Ressourcen optimiert und effizient einzusetzen, so dass weder Leistungsausweitungen noch neue Angebote geschaffen werden müssen (Löcherbach 2013 et al.: 15). Gleichzeitig wird jedoch darauf hingewiesen, dass mit einer einseitigen Fokussierung auf ‚Kosten-Nutzen‘-Aspekte die Gefahr einer Instrumentalisierung einhergeht und es daher wichtig sei, das Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität durch entsprechende Standards sicherzustellen (ebd.).

1 Ausführlicher befasst sich der Beitrag von Ulrike Kuhn in diesem Band mit grundlegenden Aspekten des Case Management. Darauf sei an dieser Stelle verwiesen.

Kuhlmann (2005) sieht die Potenziale von Case Management Ansätzen zusammengefasst insbesondere darin:

- 1) einen Beitrag zur umfassenden Inanspruchnahme sozialrechtlicher Versorgungsaspekte zu leisten,
- 2) durch die Erstellung eines Hilfeplans eine koordinierte Langzeitversorgung für Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit gewährleisten zu können,
- 3) durch die partizipativ erarbeitete Hilfeplanung die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz und ihrer versorgenden Angehörigen angemessen zu berücksichtigen und entlastende Dienste in die Versorgung miteinzubeziehen,
- 4) durch die Einbindung von versorgenden Angehörigen in die Erarbeitung des Hilfeplans die Stabilisierung des Versorgungsarrangements zu ermöglichen, da die Belastbarkeit des familiären Unterstützungsnetzwerkes über die Aufrechterhaltung des häuslichen Versorgungsarrangements entscheidet und
- 5) durch eine sinnvolle Dokumentation und regelmäßige Helferkonferenzen die verbindliche Zusammenarbeit der Mitarbeitenden verschiedener Dienste zu verbessern.

In Bezug auf die Arbeit mit Case Management Ansätzen in der regionalen und vernetzten Demenzversorgung, sind auch die Ergebnisse des Forschungsprojekts „DemenzNetz StädteRegion Aachen – Feststellung von Angebots- und Vernetzung von Versorgungsstrukturen“ (Laufzeit: 2010-2013) widersprüchlich. Während sich das subjektive Belastungsempfinden der versorgenden Angehörigen im Längsschnitt (zwei Messzeitpunkte) wenig bis gar nicht verändert, gibt der weit überwiegende Teil der Angehörigen gleichzeitig an, die Unterstützung durch das Case Management sei z.B. hinsichtlich des eigenen Sicherheitsgefühls bei der Erbringung der direkten Pflegeaufgaben oder auch der Verhinderung eigener Überlastungssituationen eher hilfreich bzw. sehr hilfreich (Schirra-Weirich et al. 2015: 72ff). Hier klafft eine Lücke zwischen dem Nachweis der Wirksamkeit des Case Managements und dem subjektiven Empfinden der Befragten.

Neben den widersprüchlichen Ergebnissen bezogen auf die Wirkung von Case Management Ansätzen in der Demenzversorgung, stellt wie eingangs erwähnt, die zu geringe Inanspruchnahme von versorgungsbezogenen Leistungen eine große Herausforderung dar. Problematisch ist z.B. – dies zeigen allgemeinere Analysen des Pflegereports 2015 der DAK – dass teilstationäre und ambulante Angebote sehr wenig genutzt werden (DAK 2015: 20). Die fehlende Passgenauigkeit bzw. Zielgruppenspezifisch professioneller Angebote und Leistungen ist ein vielbearbeiteter Gegenstand in der Gesundheits-, Pflege- und Versorgungsforschung. Vor allem Menschen in

schwierigen sozialen Lagen werden von vielen Angeboten relativ schlecht erreicht; mithin scheint es sowohl bei der Konzeption von Angeboten und Diensten als auch in deren Evaluation einen „Trend zur Konzentration auf leicht erreichbare Zielgruppen zu geben (SVR 2014: 490). Eine klare Zielgruppen-Zuschneidung unter sensibler Betrachtung zentraler gesellschaftlicher Differenzierungsmarker (u.a. Geschlecht, Milieu) wird daher als Basis aller präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen betrachtet, da sich allgemein ausgerichtete Programme als zu wenig wirksam erwiesen haben (Klotz et al. 2006).

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kritisiert, dass eine mangelhafte Zielgruppenorientierung von Beratungs- und Unterstützungsstrukturen zur fehlenden Passgenauigkeit vorhandener Angebotsstrukturen beiträgt, d.h. die Angebote kommen entweder gar nicht bei den Menschen an oder wirken nicht/leisten effektiv keine Unterstützung. Darüber hinaus beklagen die Sachverständigen eine unzureichende Einbindung und Mitwirkung von Angehörigen („carers voice“) in der Entwicklung neuer Angebote (SVR 2014: 503). Aber wie können Beratungs- und Unterstützungsstrukturen passender auf Zielgruppen abgestimmt gestaltet werden?

4. Das soziale Milieu als Rahmenkategorie für die Weiterentwicklung einzelfallorientierter Beratungs- und Unterstützungsstrukturen

Studien belegen, dass die Art und Weise, wie Menschen Herausforderungen bewältigen vom sozio-ökonomischen Status und der Milieuzugehörigkeit mitmodelliert ist (Janßen 1999). Mit einem sozialen Milieu wird gemeinhin der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage, Werte- (z.B. auch zu Sozialstaatsverständnis, Solidarität, Familie, Sorge) und Handlungsorientierungen von Individuen beschrieben. Soziologische Milieukonzepte beziehen neben dem Umfeld von Menschen auch dessen „typische Wahrnehmung und die damit im Zusammenhang stehenden Werthaltungen der Menschen“ in die Betrachtung mit ein. So entstehen „Gruppen Gleichgesinnter“ (Hradil 2001: 426) mit ähnlichen Werthaltungen, Prinzipien der Lebensgestaltung, Beziehungen zu Mitmenschen, Mentalitäten. Mit anderen Worten: Gehören zwei Menschen dem gleichen Milieu an, bedeutet dies, dass sie z.B. in ähnlicher Weise ihre Umwelt interpretieren und handelnd gestalten (ebd.)

Für effektive flankierende Hilfe und Unterstützungsstrukturen, so die hier vertretene Argumentation, ist es daher wichtig, unterschiedliche soziale Lebenslagen und damit in Verbindung stehende Lebensstile zu berücksichtigen. Der Lebensstil beinhaltet Fähigkeiten, Eigenschaften, Einstellungen und Kompetenzen und stellt daher ein „Auswahlreservoir für die tatsächlichen Reaktionsweisen und Handlungsmuster“ (Bauer/Büscher 2008: 26) dar. Passgenauigkeit von Angeboten und Leistungen bedeutet demnach, an verschiedene Lebensstil-/Milieugruppen anzudocken und auf diese Weise Hilfen praxisnah und alltagstauglich anzubieten. Hierfür gilt es Typen der Lebensführung zu identifizieren um „Bedingungen und Möglichkeitsräume gesundheitsrelevanter Praxis“ aufdecken zu können (ebd.).

Andreas Kruse (2016: 257) merkt dazu an, das es hinsichtlich der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen insbesondere darauf ankomme, sozialarbeiterische und pflegerische Kompetenzen aufgrund bestehender sozialer Unterschiede in der Gesellschaft, schicht-, milieu- und kultursensibel auszurichten. Ihm zufolge spricht einiges dafür, zielgruppenspezifische Beratungs- und Begleitungsformate zu entwickeln, die „Lebens-, Deutungs-, und Handlungsformen“ der NutzerInnen deutend verstehen und in die professionellen Praktiken/Interventionen einbinden können (ebd.). Bezogen auf die Arbeit von Case ManagerInnen in der Beratung und Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bedeutet dies ein hohes Maß an sozial sensiblem „Fremdverstehen und Fallverständnis“ (Schroeter 2004: 181). Um Beratungs- und Unterstützungsangebote lebensweltnah, d.h. alltagstauglich zu konzipieren und umzusetzen gilt es, die lebensweltlichen Rahmenbedingungen zu erfassen und diese vor der Folie der sozialen Lage und der persönlichen Lebensführung einzuordnen (Schroeter 2013: 36). Mit Schroeter geht es also „im Grunde um die Standortbestimmung des Klienten (...) und darum einen individuell angemessenen, bedarfsorientierten Versorgungsplan vor dem Hintergrund der Trias von Lebenswelt, Lebenslage und Lebensweise zu erstellen (Schroeter 2004: 179).

Im Folgen sollen wichtige deutschsprachige Forschungsarbeiten, welche auf die Bedeutung der jeweiligen sozialen Milieugebundenheit häuslicher Pflege- und Versorgungsarrangements verweisen, kurz mit ihren Kernaussagen skizziert werden.

5. Häusliche Versorgungsarrangements und soziale Milieus – Eine Skizze deutschsprachiger Forschungsergebnisse

Heusinger/Klünder (2005) gehen in ihrer qualitativ ausgerichteten DFG-geförderten Studie davon aus, dass die konkrete Ausgestaltung der häuslichen Versorgungsrealität hinsichtlich des Steuerungsverhaltens und der Selbstbestimmungsmöglichkeiten des zu Pflegenden, multiplen Einflussfaktoren unterliegt. So spielen ihrer Meinung nach neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen und der regionalen Versorgungsstruktur auch die Beziehungen der Beteiligten untereinander und individuelle Bewältigungsstrategien eine gewichtige Rolle. Darüber hinaus sehen sie jedes Arrangements in ein bestimmtes soziales Milieu eingebettet, mit Unterschieden hinsichtlich materieller, sozialer und ethischer Gegebenheiten (ebd.: 158). In ihrer Untersuchung stehen daher soziale Milieus im Fokus der Betrachtung, die sich nach Meinung der AutorInnen durch unterschiedliche (Pflege-) Traditionen und Einstellungen charakterisieren lassen. Empirisch stützen sich Heusinger/Klünder auf die Milieubeschreibungen der Forschungsgruppe agis aus Hannover, die sich wiederum auf die Arbeiten vom Sinus Institut und Pierre Bourdieu beziehen.

Für Ihre Untersuchungen wählten Sie acht Milieus (aus damals 16-20 existierenden) aus, auf die der größte Anteil älterer Menschen in Deutschland entfällt (ebd.: 159). In Ihrer Analyse können sie deutliche Unterschiede zwischen den sozialen Milieus nachweisen, z.B. was die Informiertheit und Informationsbeschaffung, den Umgang mit professionellen Diensten und Ärzten, der Einstellung zur Pflege, der Unterstützung durch soziale Netzwerke und das Steuerungsverhalten (und damit auch die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der zu Pflegenden) betrifft (ebd.: 163). Ihrem Fazit folgend werden im „Mikrokosmos Pflegearrangement“ (ebd.: 166) sowohl milieuspezifische Normen und Lebenslagen, als auch biographisch geprägte Beziehungsmuster und Bewältigungsressourcen wirksam. Im Wissen um diese milieuspezifischen Dispositionen sehen sie die Basis für professionelle HelferInnen, Konzepte im ambulanten Bereich weiterzuentwickeln (ebd.).

Auch Thomas Klie und Baldo Blinkert (Trilling/Klie 2003; Blinkert/Klie 2006; Blinkert 2007) verweisen in ihren Arbeiten zu „Pflegekulturellen Orientierungen“ darauf, dass für die Erklärung von Versorgungspräferenzen die Verankerung von Präferenzen in sozialen Milieus erstaunlich wichtig und wirksam ist. Mit dem Begriff der „Pflegekulturellen Orientierungen“ verstehen sie dabei die

„Gesamtheit aller Präferenzen und Absichten im Hinblick auf die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit: Wo soll gepflegt werden – zuhause oder in einem Heim? Wer soll für

die Pflege verantwortlich sein, wer soll an ihr beteiligt sein? Welchen Stellenwert sollen informell geleistete Hilfen gegenüber fachlich-professionellen Leistungen haben? Welche Verpflichtung soll die Allgemeinheit übernehmen? Wer soll die Kosten der Versorgung tragen? Und wie soll eine Bezahlung von Leistungserbringern erfolgen – über die Pflegekasse oder in eigener Verantwortung?“ (Blinkert/Klie 2006: 69).

Unterschiede zwischen den sozialen Milieus zeigen sich ihren Ergebnissen zufolge z.B. hinsichtlich der Bereitschaft Pflegeaufgaben vollständig in der Familie zu leisten. Die praktische Ausgestaltung von Versorgungsarrangements ist den Autoren nach vor allem milieuspezifisch, durch die in sozialen Strukturen verankerten Chancen und Restriktionen zu erklären. Diese Effekte gehen ihren Analysen zufolge in die Entscheidungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen ein. Die Effekte sozialer Strukturen lassen sich auch in den ganz konkreten Versorgungsarrangements pflegebedürftiger Menschen nachweisen (Blinkert 2007: 238).

In der Studie „Der Umgang mit dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede“ gehen Karrer und seine KollegInnen (2016) davon aus, „dass die Betreuung von demenzkranken Angehörigen in verschiedenen Regionen des sozialen Raumes etwas Unterschiedliches bedeuten kann und professionelle Entlastungs- und Unterstützungsmaßnahmen umso wirksamer sind, je besser sie den unterschiedlichen sozialen Realitäten angepasst sind“ (Karrer 2016: 1f.). Im Mittelpunkt des Interesses stehen die „positionsspezifischen Problematiken und die Logiken des Umgangs mit Demenzkranken“ sowie „gender- und generationenspezifische Unterschiede in und zwischen verschiedenen sozialen Milieus“ (ebd.: 2). Mit ihrer qualitativ angelegten Untersuchung möchten Karrer und KollegInnen einen sozialwissenschaftlichen Beitrag leisten zu „ganz alltägliche(n) Logik sozialer Unterschiede“ (...) „und zwar in einem Feld, wo von sozialen Unterschieden nicht so häufig die Rede ist, weil es durch ein Denken besetzt ist, das stark auf das einzelne Individuum fokussiert“ (Karrer 2016: 1f).

Die exemplarisch vorgestellten Studien veranschaulichen, dass es Versuchen individuelle Handlungsweisen ohne Rückbindung an sozialstrukturelle Kategorien zu erklären, an analytischer Aussagekraft mangeln kann. Bauer/Büscher (2008: 29) führen dies darauf zurück, das Handlungsweisen immer auch auf ein bestimmtes an die Grenzen milieuspezifischer Kontexte gebundenes „Handlungsrepertoire“ (ebd.) verweisen.

6. Case Management: Weiterentwicklung durch milieuspezifische Zielgruppenbildung

Vom Fall zum Typus – Mehrwert einer sozial sensiblen Typologie im Kontext individualisierter Case Management-Ansätze

Um der sozialen Kontextgebundenheit des versorgungsbezogenen Handelns von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen Rechnung zu tragen und dieses bei der Entwicklung entsprechender Unterstützungsstrukturen berücksichtigen zu können gilt es, das soziale Milieu als wichtiges Merkmal in die Bestimmung von Zielgruppen einzuführen. Ziel der Abgrenzung von bestimmten Zielgruppen – ganz gleich in welchen Bereichen – ist immer,

„aus der Gesamtheit von Adressatinnen und Adressaten einer Botschaft oder eines Produktes eine bestimmte Teilgruppe heraus zu differenzieren, um die Botschaft auf Lebenslage und Bedürfnisse dieser Gruppe spezifischer abzustimmen“ (Bremer 2014: 8).

Die Bildung von Zielgruppen

Allgemein setzt die Bestimmung von Zielgruppen einen Segmentierungsprozess voraus. Segmentierung bedeutet dabei die Zerlegung eines Ganzen in einzelne (voneinander abgrenzbare) Teile, Elemente. In der Statistik bedeutet Segmentierung, dass die zu analysierenden Daten in verschiedene Gruppen oder Klassen eingeteilt werden, ohne dass diese Klassen im Voraus bekannt sind. Das wohl gängigste statistische Verfahren ist die Clusteranalyse bei der Objekte nach dem Prinzip der maximalen Ähnlichkeit innerhalb einer Datengruppe (Homogenität) bzw. der maximalen Unähnlichkeit zwischen verschiedenen Gruppen (Heterogenität) gruppiert werden.

Stark verbreitet sind Verfahren der Zielgruppenbildung in der Marktforschung. Hier gehen Ansätze davon aus, dass ein heterogener Gesamtmarkt mit homogenen Subgruppen existiert, die mit Hilfe zielgruppenspezifischer Ansprache erreicht werden können. Märkte, so die Denkweise,

„bestehen aus Käufern, und Käufer unterscheiden sich in einem oder mehreren Aspekten voneinander – z.B. in ihren Wünschen, Ressourcen, Wohnorten, ihren Kaufeinstellungen und ihren Kaufgepflogenheiten. Anhand jeder dieser Variablen lässt sich ein Markt segmentieren“ (Kotler/Bliemel 2001: 416).

Das wesentliche Ziel solcher marktforschungsorientierter Konzepte ist also, einen heterogenen

„Gesamtmarkt gemäß der Unterschiedlichkeit der Ansprüche der Konsumenten in möglichst homogene Teilmärkte aufzuspalten (...)“ und „diese in sich homogenen Segmente mit einem speziellen, auf die Bedürfnisse und Anforderungen des Konsumenten abgestimmten Marketingprogramm(s) als Zielgruppe“ (Böcker et al. 2008: 9)

anzusprechen. Dazu ist das Erfassen von Informationen über Strukturen und Abhängigkeiten sowie zu Erwartungshaltungen und Anforderungen eine wesentliche Voraussetzung um Mittel zieladäquat einsetzen zu können (ebd.: 11).

Die Homologien vor allem zu sozialwissenschaftlichen Zielgruppenanalysen aber auch zu Zielgruppenansätzen in z.B. der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik, liegen auf der Hand. Das Sinus Institut, ein soziologisch inspiriertes Marktforschungsinstitut, fasst es wie folgt und treffend zusammen: *„Um Menschen bzw. Zielgruppen zu erreichen, muss man ihre Befindlichkeiten und Orientierungen, ihre Werte, Lebensziele, Lebensstile und Einstellungen genau kennen und verstehen“ (Sinus Institut 2015).*

Unser Vorschlag ist, diese Denkweise auch in der Konzeption von Angeboten der Demenzversorgung zu berücksichtigen. Auch hier kommt es darauf an, möglichst lebensweltnah und alltagstauglich mit professionellen Strukturen anzudocken um wirksame Unterstützung bieten zu können.

Exploration von Zielgruppen durch empirische Typenbildung

Zielgruppen können über die Erarbeitung einer Typologie identifiziert werden. Der Begriff Typos bedeutet so viel wie ‚Umriss‘, ‚Gestalt‘ oder auch ‚Muster‘. Der einzelne *Typus (Typ)* repräsentiert per Definition eine Vielzahl von Erscheinungen, die ein gemeinsames Merkmal bzw. gemeinsame Merkmale aufweisen. Dabei ist zu beachten, dass die Fokussierung auf ein singuläres, als gruppenspezifisch hervorgestelltes Merkmal (z.B. Migrationshintergrund), hoch problematisch ist, da die Ungleichheitsforschung seit längerem insbesondere die Kreuzung verschiedener Merkmale (Intersektionalität) als Ungleichheitskonstituierend betont. Typischerweise werden jedoch *„bestimmte Merkmale hervorgehoben, die Menschen gemeinsam haben, und die, so die Annahme, in so bedeutsamer Weise die Lebensverhältnisse bestimmen“ (Bremer 2014: 8)*, dass sie z.B. die Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten und Verhaltensdispositionen formen.

Kluge (1999: 34ff.) zufolge – und in Analogie zum Verfahren der statistischen Clusteranalyse – dienen Typenbildungen der Ordnung des empirischen Materials sowie der Erklärung von statistischen Regelmäßigkeiten und der Abbildung von Sinnzusammenhängen. Typenbildung – als eine Strategie der Informationsreduktion bei gleichzeitigem Wissensgewinn – empfiehlt sich immer dann, wenn

umfangreiches exploratives Datenmaterial strukturiert und geordnet werden soll. Es geht dabei um eine Gruppierung von empirischen Fällen, die entsprechend den jeweils theoretisch begründeten Dimensionen ein möglichst großes Maß an Homogenität innerhalb eines Typus und möglichst große Heterogenität zwischen den Typen erzeugen.

Typisierungen rekurren auf die „begrenzte Individualität“ (Schmidt-Hertha/Tippelt 2011, 23) des Menschen und die Einbettung sozialen Handelns in sozio-kulturelle Kontexte. Die Identifizierung des Typischen am Einzelfall bietet die Chance charakteristische und spezifische Merkmale tiefergehend zu verstehen.

Bei der Bildung von Typologien kommt es also immer auf die Auswahl der zugrundeliegenden Indikatoren/Merkmale an. So können z.B. Alterstypologien gebildet werden um spezifische Angebote für Kinder, Jugendliche oder ältere Menschen zu entwickeln. Prominente andere Gruppierungsmerkmale sind häufig das Geschlecht (vereinfacht: Männlich/weiblich) oder das Vorhandensein/Nichtvorhandensein einer individuellen und familiären Migrationsgeschichte. Auch andere Gruppierungen sind üblich, z.B. die Subgruppierung von versorgenden Angehörigen auf Basis von Gründen (Motivation) der Übernahme oder auch Nicht-Übernahme der Unterstützung und Betreuung eines nahestehenden Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit. Des Weiteren wäre es möglich bestimmte Zielgruppen versorgender Angehöriger herauszuarbeiten, indem nach besonderen Belastungsmustern differenziert wird. Ebenso kann nach unterschiedlichen Arten und Weisen der Bewältigung von häuslichen Pflege- und Versorgungsaufgaben durch Angehörige, nach sog. Copying-Mustern, geclustert werden. Das Herausarbeiten von spezifischen Mustern in Datensätzen, seien es personale, handlungsorientierte etc., also das Erkennen von Gesetz- oder Regelmäßigkeiten, ist eine der Kernaufgaben der sozialwissenschaftlichen Forschung.

Wie Blinkert (2007: 238) schlussfolgert sind alleine an den Bedarfen orientierte Erklärungen von Pflegearrangements zwar legitim und zutreffend, jedoch greifen sie zu kurz. Ihm folgend gilt es zu beachten, dass es auch von gesellschaftlichen Strukturen abhängt, ob ein präferiertes Versorgungsarrangement realisiert werden kann. Den Grund dafür sieht er darin, dass „die in sozialen Strukturen verankerten Chancen und Restriktionen (...) auch in die Entscheidungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen ein(gehen), und die Effekte sozialer Strukturen (...) sich auch in den ganz konkreten Versorgungsarrangements pflegebedürftiger Menschen nachweisen“ lassen. Ein Plädoyer für die Heranziehung milieuspezifischer Kriterien bei der Bildung von Zielgruppen und entsprechenden Versorgungsstrukturen.

Während das Case Management also vor allem auf den einzelnen Fall (case) fokussiert, können empirisch fundierte Typologien helfen, das Material (beim Case Management: Daten zu den Einzelfällen) zu ordnen, systematisieren und die Ebene der Einzelfallbeschreibung zu verlassen (Kreitz 2010: 99). Die Bildung einer Typologie hat in diesem Kontext erkenntnisleitende und -fördernde aber auch eine heuristische Funktion (ebd.). Gemein ist eigentlich allen empirischen Verfahren der Typenbildung, dass sie sich vergleichender (komparativer) Methoden bedienen, um „die Unterschiede zwischen den Fällen und das ihnen Gemeinsame sichtbar“ zu machen (ebd.).

Mittels Typologien können Ansätze zur Unterstützung von Personen zielgruppenspezifisch entwickelt werden, die „stärker auf den Bedarf und die Potenziale unterschiedlicher Nutzergruppen ausgerichtet werden“ (Krämer et al. 2005: 6). Eine so zu entwickelnde ‚Tandem-Typologie‘ von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen strebt an, das einzelfallbezogene Case Management typenbezogen zu abstrahieren und zu systematisieren (Mustererkennung) und damit um eine strukturalistische Perspektive zu bereichern. Der Erkenntnisgewinn besteht darin, die sozialen Strukturen, in denen sich Individuen befinden (hier: milieuspezifische Lebenswelten), sichtbar zu machen und auf dieser Basis anschließend Interventionsstrategien – passgenauer da alltagstauglicher – ableiten zu können (ebd.: 24). Für die praktischen Interventionen können Typisierungen dahingehend nützlich sein, „Handlungsentwürfe zu entwickeln und Strategien zu überprüfen“ (ebd.). Durch die Möglichkeit der Zuordnung einzelner Fälle zu einem Typus bieten Typologien Interpretationshilfen für die Analyse der einzelnen Fälle und erleichtern durch die Identifizierung charakteristischer und spezifischer Merkmale ein tiefergehendes Verständnis (Abicht et al. 2009: 190). Schmidt-Hertha/Tippelt (2009: 27) weisen darauf hin, dass Ergebnisse einer strukturaufdeckenden Clusteranalyse als solche noch nicht als Typologie bezeichnet werden können, sondern zuerst einer sinnhaften interpretativen Einordnung bedürfen. Dies spricht für die Anwendung sowohl quantifizierender als auch qualitativ-interpretativer Methoden der empirischen Sozialforschung in triangulativ angelegten Forschungsdesigns.

Mit Rückgriff auf wissenschaftliche Arbeiten aus dem Bereich der Bildungsforschung kann der Mehrwert bzw. der Erkenntnisgewinn von Typologien darin liegen, unterschiedliche Personengruppen bzw. Handlungstypen zu identifizieren, deren Anforderungen an Leistungserbringer und Versorgungsangebote sich ebenso unterscheiden wie Umstände und Anreize die in Bereitschaft zur und Inanspruchnahme von z.B. Angeboten der Beratung, Entlastung, Prävention und Gesundheitsförderung für versorgende Angehörige münden. Eine Typologie verschiedener „Menschen mit Demenz-Angehörigen-Tandems“ (Schirra-Weirich im Erscheinen) kann als

Orientierungsrahmen in der Versorgungspraxis genutzt werden. Die milieuspezifische Erweiterung eines solchen Ansatzes kann ferner dazu beitragen sozialarbeiterische und pflegerische Beratungs- und Unterstützungsstrukturen so auszurichten, dass sie von den Zielgruppen als ihren Zielen entsprechend wirksam wahrgenommen werden. Des Weiteren lassen sich mit einer milieuspezifischen Sichtweise theoretische Modelle zur Realisierung konkreter häuslicher Versorgungsarrangements bzw. des Inanspruchnahmeverhaltens bezogen auf professionelle Hilfe- und Unterstützungsangebote ergänzen und erweitern (Schmidt-Hertha/Tippelt 2009: 31).

7. Fazit

Ziel des Beitrags war es, am Beispiel von Case Management Ansätzen einen Vorschlag zu unterbreiten wie individualisierte Beratungs- und Unterstützungsstrukturen durch eine milieuspezifische Perspektive passgenauer gestaltet werden können. Forschungserkenntnisse aus dem deutschsprachigen Raum sprechen für eine verstärkte Hinwendung zu sozialen Rahmenbedingungen versorgungsrelevanten Handelns in häuslichen Versorgungsarrangements, auch bei Demenz. Die Abstraktion vom Einzelfall bietet die Chance, Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote in der Demenzversorgung über die begrenzte Individualität des einzelnen Menschen hinaus zu konzipieren und das Soziale stärker mitzudenken.

Eine der Herausforderungen der Zukunft ist es, versorgende Angehörige und auch Menschen mit Demenz in die Entwicklung von Unterstützungskonzepten und -maßnahmen einzubeziehen, um auf diese Weise durch Partizipation zu passgenauen Konzepten zu gelangen und die Erreichbarkeit zu erhöhen (SVR 2014).

Auch sehen wir in einer solchen partizipativen Vorgehensweise die Möglichkeit, der existierenden Konzentration auf sogenannte leicht erreichbare Zielgruppen entgegenzutreten. Wir sehen es als erforderlich an, auch Menschen in benachteiligten Lebenslagen künftig intensiver bei der Konzeptentwicklung zu berücksichtigen und generell der Heterogenität der Zielgruppen und sozialen Vielfalt der Lebenswelten von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen größere Bedeutung beizumessen ohne bestehende Herausforderungen zuvorderst individualisiert zu betrachten.

So entwickelte Angebotsstrukturen sehen wir – gestützt durch aktuelle Forschungsergebnisse – am effektivsten eingebunden in vernetzten und regionalisierten Demenzversorgungsstrukturen, sogenannten

Demenznetzwerken. Erste empirische Ergebnisse zu bestehenden Demenznetzwerken in Deutschland zeigen, dass die berichtete Lebensqualität der Menschen mit Demenz, welche Angebote und Leistungen von Demenznetzwerken in Anspruch nehmen, trotz teilweise schwerer Einschränkungen durch die Demenz, als moderat bis gut eingeschätzt wird (Gräske et al. 2016). Trotz der demenziellen Veränderung lassen die Daten auf eine gute soziale Teilhabe und Integration von Menschen mit Demenz schließen (Wolf-Osterman et al. 2016).

Literatur

- Abicht, L./Schönfeld, P./Reupold, A./Tippelt, R. (2009): Idealtypen und Erfolgsmuster. In: Tippelt, R./Reupold, A./Strobel, C./Kuwan, H. u.a. (Hrsg.): Lernende Regionen – Netzwerke gestalten. Bielefeld, S. 187-195.
- Alzheimer Europe (2014): Alzheimer Report – Ethical dilemmas faced by carers and people with dementia. Alzheimer Europe, Luxembourg.
- Bauer, U./Büschler, A. (Hrsg.) (2008a): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bauer, U./Büschler, A. (2008b): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In: Bauer, U./Büschler, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS, S. 7-45.
- Böcker, J./Ziemen, W./Butt, K. (2008): Marktsegmentierung in der Praxis. Der Kunde im Fokus. In: Edition Praxis.Wissen. URL: <http://www.onleihe.de/static/content/businessvillage/20081001/978-3-934424-56-2/v978-3-934424-56-2.pdf> [Zugriff: 15.07.2016].
- Bremer, H. (2010): Zielgruppen in der Praxis. Erwachsenenbildung im Gefüge sozialer Milieus. In: MAGAZIN erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 10, 2010. Wien.
- Bremer, H. (2014): Soziale Milieus: Ein anderer Blick auf „Zielgruppen“. In: Impulse für Gesundheitsförderung, Heft 3/2014, S. 8-9.
- DAK Gesundheit (2015): Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. DAK Forschung.
- DGCC (2012): Was ist Case Management. Offizielle Definition der DGCC. URL: <http://www.dgcc.de/case-management/> [Zugriff: 15.07.2016].
- Ewers, M. (2000): Das angloamerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M./Schaeffer, D (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber, S. 53-90.
- Gräske, J./Meyer, S./Schmidt, A./Schmidt, S./Laporte Uribe, F./Thyrian, J.-R./Schäfer-Walkmann, S./Wolf-Ostermann, K. (2016): Regionale Demenznetzwerke in Deutschland -Ergebnisse der DemNet- D-Studie zur Lebensqualität der Nutzer(innen). In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Jahrgang 29/Heft 2/2016.

- Heusinger, J./Klüber, M. (2005): Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen! Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Hradil, Stefan 2001: Soziale Ungleichheit in Deutschland, 8. Aufl.. Opladen: Leske und Budrich
- Janßen, C. (1999): Lebensstil oder Schicht? Ein Vergleich zweier Konzepte im Hinblick auf ihre Bedeutung für die subjektive Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen. Berlin: Logos.
- Karrer, D. (2016): Der Umgang mit dementen Angehörigen. Über den Einfluss sozialer Unterschiede. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Klie, T./Blinkert, B. (2006): Pflegekulturelle Orientierungen. Die Annaberg-Unna-Studie. Eine empirische Untersuchung über Erwartungen und Präferenzen, Innovationsbereitschaft und Traditionsverbundenheit, Nahraum- und Fernraumsolidarität. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ss0ar-389220> [Zugriff: 18.07.2016].
- Kluge, Susann (1999). Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske und Budrich.
- Klotz, T./Haisch, J./Hurrelmann, K. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität. In: Deutsches Ärzteblatt 2006; 103(10), S. 606-609.
- Kotler, P./Bliemel, F. (2001): Marketing-Management. 10. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Krämer, K./Petzold, C./Sulmann, D. (2005): Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität der Betreuung und Pflege: Zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppen am Runden Tisch Pflege. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). informationsdienst altersfragen, Heft 06, Nov.-Dez., 32. Jahrgang. URL: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_06_2005_November_Dezember_2005_gesamt.pdf [Zugriff: 15.07.2016].
- Kreitz, R. (2010): Zur Beziehung von Fall und Typus. In: In: Ecarius, J.; Schäffer, B. (Hrsg): Typenbildung und Theoriegenerierung. Methoden und Methodologien qualitativer Bildungs- und Biographieforschung. Opladen/Farmington Hills: B. Budrich 2010, S. 91-111.
- Kruse, A./Schmitt, E (2016): Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter. Bundesgesundheitsblatt 2016, 59, S. 252-258.
- Kuhlmann, A. (2005): Case Management für demenzkranke Menschen. Eine Betrachtung der gegenwärtigen praktischen Umsetzung. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik – Band 54. LIT-Verlag.
- Löcherbach, P./Hermsen, T./Arnold, J. (2013): Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorübergreifenden Basisversorgung Demenkranker, Abschlussbericht, KH- Mainz, Eigendruck.
- Mennemann, H./Kanth, E./Monzer, M./Podeswig, A. (2011): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.). 2. Auflage. medhochzwei Verlag. Heidelberg
- Schirra-Weirich L./Wiegelmann, H./Schmitt, C. (2015): Modellprojekt: DemenzNetz StädteRegion Aachen Case-Management für Menschen mit Demenz und ihre versorgenden Angehörigen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen

- Begleitevaluation. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0295-opus-4740> [Zugriff: 15.07.2016].
- Schirra-Weirich, L./Wiegelmann, H. (2017): Menschen mit Demenz und versorgende Angehörige – Passgenaue Unterstützungsstrukturen für Versorgungs-Tandems. In: Schäfer-Walkmann, S./Traub, F. (Hrsg.): Evolution durch Vernetzung. Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung. S. 59-76. Wiesbaden: VS Springer Verlag.
- Schmid, M./Schu, M. (2011): Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In: Wendt, R./Löcherbach, P. (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 2. Überarbeitete Auflage. Heidelberg: Medhochzwei Verlag, S. 261-273.
- Schmidt-Hertha, B./Tippelt, R. (2011): Typologien. In: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (Hrsg.). Report. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung. 34. Jahrgang, Heft 1/2011, 23-35. URL: <http://www.die-bonn.de/doks/report/2011-weiterbildungsforschung-03.pdf#page=1> [Zugriff: 23.02.2016].
- Schroeter, K.-R. (2004): Pflege in Figurationen – ein theoriegeleiteter Zugang zum sozialen Feld der Pflege. In: Bauer, U./Bütscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 49-77.
- Schroeter, K.-R. (2013): Der pflegerische Blick. „The Nursing Gaze – Big Sister is Watching you“. In: Zängl, P. (Hrsg.). Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden: Springer VS. S. 19-50.
- SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf [Zugriff: 14.07.2016].
- Wiles J.-L./Leibing A./Guberman N./Reeve J./Allen R.-E.-S. (2011): The meaning of ‘Aging in Place’ to Older People. *The Gerontologist* 52 (3), S. 357-66.
- Wolf-Ostermann, K./Meyer, S./Schmidt, A./Schritz, A./Holle, B./Wübbeler, M./Schäfer-Walkmann, S./Gräske, J. (2016): Nutzer und Nutzerinnen regionaler Demenznetzwerke in Deutschland. Erste Ergebnisse der Evaluationsstudie DemNet-D. In: *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie* 2016. DOI 10.1007/s00391-015-1006-9.

Case Management in der Hospiz- und Palliativversorgung

Ulrike Kuhn

1. Einleitung

„Das Leben ist angenehm. Der Tod ist friedlich. Es ist der Übergang, der schwierig ist (Isaac Asimov)“.

Die palliativmedizinische Versorgung gewinnt in einer alternden Gesellschaft mit zunehmend hochbetagten Menschen mit zum Tod führenden, schweren Erkrankungen und belastenden Symptomen an Bedeutung und stellt das Sozial- und Gesundheitswesen vor besondere Herausforderungen. Einerseits werden mangelnde Zugänge zu palliativmedizinischen Angeboten beklagt, andererseits erschweren Fehlallokationen sowie Fehlbehandlungen eine adäquate Versorgung. Folglich werden Lösungsansätze für eine verbesserte und teilhabeorientierte Versorgung am Lebensende notwendig. Hierbei kann die Anwendung des Case Management-Konzepts in verschiedenen palliativen Settings und Kontexten unter den Gesichtspunkten ‚Versorgungsqualität, Ressourcenorientierung, Versorgungskontinuität und Patientenpartizipation‘ einen wichtigen Beitrag leisten.

Ziel dieses Artikels ist zunächst aufzuzeigen, in welcher komplexen Problemlage sich Menschen und ihre Angehörigen in einer palliativen Versorgungssituation befinden und mit Blick auf die oftmals besondere Lebenssituation, welche oftmals mehrdimensionalen und vielschichtigen Koordinationsbedarfe sich ergeben können. Anschließend soll in diesem Zusammenhang das Handlungskonzept Case Management vorgestellt werden und durch die Beschreibung der Case Management-Methodik (Erläuterung der Phasen und Aufgaben des Case Managers/der Case Managerin) beleuchtet werden, welche spezifische Rolle es in der Palliativversorgung bei der Koordinierung komplexer Hilfeleistungen einnimmt. Es folgt ein Beispiel für die Implementierung des Konzepts in die Palliativversorgung, wobei auch konkrete Ergebnisse zur Wirkungsweise von Case Management in der palliativen Praxis vorgestellt werden, da neben der allgemein gängigen Forderung nach evidenzbasierter Praxis auch das Forschungsfeld Case Management immer mehr an Bedeutung gewinnt.

In diesem Zusammenhang sollen aber auch Kritikpunkte nicht außer Acht gelassen sowie Möglichkeiten und Grenzen des Case Management-Ansatzes im Bereich Palliative Care aufgezeigt werden.

Aufgrund nicht heilbarer und progredienter Erkrankungen haben Palliativpatienten eine begrenzte Lebenserwartung und leiden deshalb oftmals an den psychosozialen/seelischen Folgen und an den körperlichen Symptomen, die aus dem Krankheitsverlauf resultieren (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2007: 2).

Palliativmedizin ist der Definition der WHO zufolge „ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002: 84).

Es geht daher nicht mehr primär um lebensverlängernde Maßnahmen und die maximale Ausschöpfung von Diagnostik und Therapie im Sinne eines kurativen Ansatzes, sondern es steht vordergründig der Erhalt der Lebensqualität im Fokus. Damit einhergehend stehen vor allem die Linderung von körperlichen Symptomen, die Achtung der Patientenwürde, die psychosoziale Unterstützung sowie Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod im Mittelpunkt palliativmedizinischer Behandlungen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2007: 2).

Es geht bei der Behandlung um zeitbegrenzte Rehabilitation, d.h. sie bezieht sich dabei auf die letzte Lebensphase mit dem Ziel, ein weitestgehend normales und aktives Leben aufrechterhalten zu können (Ostgathe/Düsterdiek 2008: 69). Daher besteht eine hohe Relevanz für Selbstbestimmungs- und Teilhabeaspekte, denn in der palliativen Versorgung und Begleitung geht es vor allem darum, gesundheitsbezogenen Teilhabebeeinträchtigungen zu begegnen.

Demnach steht zunächst die Behandlung und Kontrolle von Schmerzen und quälender Symptome wie z.B. Schwäche, Schmerzen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Kachexie, Dyspnoe und psychiatrischen Symptomen im Vordergrund (Radbruch et al. 2002: 476). Dies kann gerade am Anfang einer palliativen Therapie für den Betroffenen zunächst das übergeordnete Behandlungsziel sein.

Die Grundhaltung einer ganzheitlich orientierten Palliativversorgung richtet das Augenmerk u.a. auch auf spirituelle Aspekte, etwa auf die Frage nach dem Sinn des Lebens oder die Klärung schwieriger zwischenmenschlicher Beziehungen. Dabei werden die psychischen, seelischen und sozialen Bedürfnisse des Patienten/der Patientin und der

Angehörigen sowohl in der Zeit der Erkrankung, im Sterben und auch in der Zeit danach integriert.

Um diesen verschiedenen Bedürfnissen im palliativmedizinischen Kontext gerecht zu werden, bedarf es multiprofessioneller Teams, die sich u.a. aus Ärzten verschiedener Fachabteilungen (z.B. Anästhesisten und Anästhesistinnen, Neurologen und Neurologinnen, Onkologen und Onkologinnen), Mitarbeitern des psychosozialen Dienstes (Psychologen und Psychologinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen, Sozialdienst), Pflegekräften, Seelsorger und Seelsorgerinnen, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen sowie Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen zusammensetzen, die bei komplexen Behandlungen zusammenarbeiten, patienten- und behandlungsrelevante Informationen austauschen und miteinander kooperieren.

Folglich ist die Versorgung von Palliativpatienten vor die Herausforderungen gestellt, dass die Unterstützung unter Beteiligung verschiedener Dienste stattfindet und daher „sind demnach viele individuelle, vor allem aber auch kollektive Akteure (Organisationen) im Betreuungsprozess aufeinander zu beziehen, ein ergänzendes Ineinandergreifen ist zu organisieren“ (Wegleitner 2012: 138).

Um Versorgungskontinuität sicherzustellen, bedarf es vor allem einer guten Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Zudem ist eine gute Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen unerlässlich (Reimann 2006: 9f.).

Die Palliativversorgung hat sich in Deutschland auf vielfältige Art und Weise entwickelt und sich strukturell immer differenzierter und in Abhängigkeit der Bedürfnis- und Problemlagen an die Patienten und Patientinnen angepasst (Kern/Ostgathe 2008: 365).

In diesem Zusammenhang haben sich viele Organisationsformen und Dienste der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung herausgebildet, die von niedrighwelligen Angeboten (z.B. ambulante Hospizdienste) bis hin zu hochspezialisierten Diensten aus dem ambulanten und stationären Bereich reichen.

Einhergehend mit der Differenzierung bestehender Versorgungsstrukturen besteht jedoch auch das Problem der Fragmentierung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungssysteme, auch im Zuge der allgemeinen Neustrukturierung des Sozial- und Gesundheitswesens (Wegleitner 2012: 97). D.h. es ergibt sich aus der gewachsenen Struktur der Leistungserbringung bereits eine mehrschichtige Koordinationsproblematik (Burgheim 2006: 97).

Durch die sektorale Gliederung der Krankenversorgung sind Hilfesysteme und medizinische Bereiche nicht systematisch aufeinander bezogen und die

nach wie vor bestehende starke Abgrenzung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen macht es oftmals schwierig, eine adäquate Versorgung Schwerkranker und Sterbender sicherzustellen. Folglich ist die Situation für Palliativpatienten oftmals geprägt von erheblichen Lücken, fehlender Integration und Versorgungsbrüchen (Burgheim 2006: 97).

Die komplexe Problemlage auf der einen und die Differenzierung der Versorgungsstrukturen auf der anderen Seite machen eine effizientere Koordination für diese Patienten und Patientinnen besonders notwendig (Ostgathe/Düsterdiek 2008: 75f.).

Diese erforderliche Steuerungsfunktion begründet daher den sinnvollen Einsatz von Case Management-Strategien in verschiedenen palliativen Settings und Kontexten, da sich diese Methodik besonders für Personen mit komplexen Problemlagen eignet (Moxley 1989: 17).

2. Case Management in palliativmedizinischen Kontexten

„Schwerstkranke und sterbende Menschen sind in besonderer Weise auf die Begleitung und Unterstützung durch Angehörige, Freunde, professionelle Helferinnen und Helfer, aber auch auf Solidarität und die verantwortliche Begleitung durch Mitmenschen angewiesen. Dies gilt in besonderer Weise für alle Gruppen, deren Teilhabe an der Gesellschaft erhöhte Aufmerksamkeit verlangt, z.B. alleinstehende Hochbetagte, behinderte Menschen sowie Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. et al. 2010: 10).

Um eine bessere Teilhabe von schwerstkranken und sterbenden Menschen erreichen zu können sowie eine adäquate Versorgung und Versorgungskontinuität sicherstellen zu können, müssen Dienste und Institutionen aus dem ambulanten und stationären Bereich, der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung gleichermaßen beteiligt werden (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. et al. 2010: 11).

Betrachtet man die Situation der Palliativversorgung in Deutschland, so kommen in Abhängigkeit des Versorgungsbedarfes und der zu erbringenden Unterstützungsleistungen verschiedene Angebote der allgemeinen Palliativversorgung oder aber auch der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung in Frage.

Die allgemeine Palliativversorgung wird überwiegend durch Haus- und Fachärzte und Pflegedienste in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (therapeutisches Personal, Seelsorge, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen) und den ambulanten Hospizdiensten sichergestellt.

Dazu gehören aber auch sämtliche stationäre Pflegeeinrichtungen und allgemeine Krankenhäuser, die den überwiegenden Teil schwerstkranker und sterbender Menschen versorgen.

Ist eine angemessene und bedürfnisorientierte Behandlung und Begleitung aufgrund fortschreitender Erkrankung nicht mehr möglich, so sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen. Dabei sollte es von Beginn an Ziel sein, die Situation möglichst so zu stabilisieren, dass eine Rückübernahme in die Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung möglich ist.

Wenn der Bedürfnis- und Problemlage des Patienten nicht entsprochen werden kann, werden Versorgungsstrukturen der spezialisierten Palliativversorgung einbezogen (Müller-Busch 2010: 540 ff).

Bestandteile der spezialisierten Palliativversorgung sind Palliativstationen, stationäre Hospize und seit 2007 auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die spezialisierte Palliativversorgung ist für Patientinnen und Patienten relevant, die eine spezielle Versorgung benötigen.

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 1. April 2007 und den Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde mit der Regelung zur SAPV eine rechtliche Grundlage für einen spezifischen Anspruch auf ‚spezialisierte Palliativversorgung‘, die demnach sowohl medizinische, pflegerische und koordinative Leistungen beinhaltet, geschaffen. Die entsprechende Neuordnung der Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden ist im SGB V als verordnungspflichtige Komplexleistung im Zusammenhang einer besonders aufwändigen Versorgung und komplexen Symptomlage verankert.

Auch wenn der Gesetzestext keine Aufschlüsse über die methodische und konzeptionelle Vorgehensweise und die fachliche Zuordnung der zu erbringenden Koordinationsleistungen (Wissert 2012: 5) gibt, ist eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung im Sinne eines Unterstützungsmanagements oftmals mit dem Handlungskonzept Case Management verknüpft.

Mit der Bildung so genannter Palliative Care Teams (PCT) als SAPV-Leistungserbringer, bestehend aus besonders qualifizierten Ärzten, Pflegenden und einer Koordinationskraft, soll dieser Anspruch verwirklicht und umgesetzt werden. Im Zuge dieser Erweiterung der palliativmedizinischen Angebote entsteht die Notwendigkeit von Verknüpfungen von Koordinationsleistungen an der Schnittstelle zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Wissert 2012: 2,11). Montag (2009: 20) geht dabei davon aus, dass die Schaffung dieser übergreifenden Koordinationsleistungen sich dabei wohl überwiegend an Case Management-Strategien ausrichten wird.

Aktuell ist die Situation in Deutschland leider trotz dieser Entwicklungen immer noch so, dass der überwiegende Anteil der Menschen in Altenpflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern verstirbt, obwohl oftmals der Wunsch besteht, bis zum Tode in der vertrauten Umgebung zu leben. Die Umsetzung der SAPV ist derzeit in Deutschland leider noch nicht flächendeckend erreicht, auch wenn in den meisten Bundesländern inzwischen SAPV-Strukturen aufgebaut wurden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013: 38). Mit Blick auf den Teilhabeaspekt kann daher resümiert werden, dass die Einführung der SAPV ein wichtiger Schritt war für Verbesserung der Lebensqualität und die Erhaltung und Förderung der Selbstbestimmung Schwerstkranker und Sterbender. Dabei geht es um die Ermöglichung eines menschenwürdigen Lebens bis zum Tod, wobei zu hoffen ist, dass sich die Situation auch in den Regionen verbessert, in denen bisher SAPV-Strukturen noch nicht umgesetzt werden konnten.

Mit dem Einsatz von Case Managern/Case Managerinnen an Hospiz- und Palliativzentren soll durch die gezielten und individuell abgestimmten Hilfeleistungen die ambulante Versorgungssituation von Betroffenen und deren Familien verbessert werden. Durch die fachliche Unterstützung können unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden sowie reibungslose Verläufe an den Schnittstellen erreicht werden (Klein/Knopp 2012: 144). Es ist davon auszugehen, dass „Case Management, kombiniert mit einem sinnvollen Qualitäts- und Entlassungsmanagement sicherstellt, dass durch ein adäquates Schnittstellenmanagement einhergehend mit der Vernetzung der Leistungsangebote Versorgungsengpässe bei den Betroffenen vermieden werden können“ (Klein/Knopp 2012: 122).

Case Management als sektorenübergreifender fallbezogener Unterstützungsprozess vermeidet Versorgungsbrüche und ermöglicht den Betroffenen und deren Angehörigen einen strukturierten Überblick über die Versorgungssituation und über bestehende Handlungsmöglichkeiten. Der Case Manager/die Case Managerin als ein/e Ansprechpartner/Ansprechpartnerin für sämtliche Belange während des Krankheitsverlaufs und als Anwalt der Patienten/Patientinnen und ihrer Angehörigen, kann einen wichtigen Beitrag u.a. zur Unterstützung bei der Auswahl der optimalen Versorgung, bei der Organisation der häuslichen Versorgung oder auch bei der Durchsetzung finanzieller Ansprüche leisten.

Nur durch einen wertschätzenden, respektvollen und empathischen Zugang und einer entsprechenden Grundhaltung der Case Manager und Case Managerinnen dem Schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie dessen Angehörigen gegenüber, kann eine angemessene palliative Begleitung realisiert werden. Dies schließt zum einen eine radikale Orientierung an Patienten- und Patientinnenbedürfnissen und strikte Ausrichtung der

Unterstützungsangebote an dem Bedarf der Patienten und Patientinnen sowie Anerkennung und Wertschätzung der Wertevorstellungen und Wünsche der Betroffenen ein (Adressatenorientierung).

Bei der Hilfeplanung als wichtige Phase im Case Management-Prozess können in Zusammenarbeit mit dem Case Manager/der Case Managerin Prioritäten gemeinsam herausgearbeitet werden bzw. mit Blick auf das Lebensende das Thema ‚unerledigte Aufgaben‘ fokussiert werden.

Gleichberechtigte Teilhabe wird auch durch eine adäquate Weitervermittlung (u.a. zu psychosozialen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Hilfsorganisationen) an kompetente Anlaufstellen als eine wichtige Hauptaufgabe im Case Management-Prozess möglich.

Eine möglichst weitgehende, wirkungsvolle Teilhabe am Leben erfordert die vordergründige Ausrichtung des Hilfeangebotes an der Gesamtheit der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten/der Patientin sowie der vorhandenen personellen und materiellen Hilfen (Ressourcenorientierung). Der Case Manager/die Case Managerin richtet sein/ihr Augenmerk auf die individuellen Fähigkeiten, die zur Lösung von bestimmten Aufgaben möglichst erhalten, gestärkt und ausgebaut werden sollen.

Selbstbestimmtes Leben als wichtiger Teilhabebereich gilt dabei im Sinne einer Förderung der Selbstbefähigung und des selbstbestimmten Handelns (so genanntes Empowerment) durch Ermutigung, Informationsvermittlung, Beratung und Unterstützung als Leitprinzip des Case Management-Prozesses (Fachgruppe Case Management der DGS 2004: 1).

Auch wenn der Einzelfallkoordination wie beschrieben eine besondere Bedeutung mit Blick auf die Verbesserung der Teilhabe Schwerkranker und Sterbender zukommt, ist die Netzwerk/Systemebene nicht außer Betracht zu lassen. Durch aufeinander abgestimmte Versorgungs- und Dienstleistungen und den Aufbau und die Pflege eines regionalen, formellen und informellen Netzwerks, kann eine Optimierung der Versorgungsstrukturen erreicht werden.

In internationaler Perspektive wurde die Effizienz und positive Wirksamkeit verschiedener Case Management-Strategien im Bereich der medizinischen (Palliativ-) Versorgung auf der Patienten/Patientinnen-, System- und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnenebene bereits in vielen Outcome-Studien nachgewiesen. Unter anderem dahingehend, dass durch die Implementierung von Case Management Modellen neben Kostensenkungen und einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, vor allem auch eine verbesserte Berücksichtigung individueller Patienten/Patientinnenbedürfnisse und eine wesentliche Optimierung der Effektivität der Patienten/Patientinnenbetreuung erreicht werden kann (Back et al. 2005: 26; Brumley et al. 2007: 993).

Zudem ist die Wirksamkeit auch in Richtung Erhöhung der Patienten/Patientinnenzufriedenheit und der Lebensqualität, ein verbessertes subjektives Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten und Selbstmanagement belegt, wenn im Rahmen der Implementierungsstrategien in den jeweiligen Kontexten bestimmte Systembedingungen berücksichtigt wurden.

Case-Management-Funktionen und das Unterstützungsmanagement als besondere Form des Case Managements

Das Case Management ist durch die drei klassischen Grundfunktionen geprägt:

- 1) Advocacy oder auch sozialanwaltschaftliche Funktion, wobei hier der Case Manager/die Case Managerin vorrangig Patienten/Patientinneninteressen vertritt und durchsetzt. Personen in komplexen Problemlagen, die (z.B. bei schwerer Krankheit oder aber auch bei mangelnder Bildung, Armut oder Behinderung) nicht eigenständig in der Lage sind ihre Bedürfnisse zu erfüllen, erhalten durch diese Case Management-Funktion notwendige Unterstützung und angemessene Begleitung. Dadurch soll eine Versorgungsgerechtigkeit hergestellt werden. Die Advocacy-Funktion ist nicht nur im Einzelfall einzusetzen, sondern wird auch genutzt, um Lücken im Versorgungssystem aufzudecken und entsprechende Informationen an weitere Handlungsebenen weiterzuleiten.
- 2) Die Broker-Funktion beinhaltet das Organisieren, Beschaffen und Aushandeln von z.B. medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Behandlungen, diagnostischen Leistungen, aber auch die Versorgung mit Hilfsmitteln. Durch Wahrnehmung dieser Funktion tritt der Case Manager/die Case Managerin als Makler für Dienstleistungen auf. In Absprache mit dem Patienten/der Patientin kann er Angebote von Hilfen und Dienstleistungen machen, um die vorhandenen Probleme lösen zu können und sorgt dafür, dass der Patient/die Patientin die Leistungen erhält, die ihm/ihr gesetzlich zustehen und die er/sie benötigt.
- 3) Die Gate Keeper-Funktion beinhaltet die Kontrolle und Steuerung des ungehinderten Zugangs zu gemeinschaftlich finanzierten Dienstleistungen zur Wahrnehmung von Funktionen und Inhalten der Rationalisierung und Rationierung. Es soll bewirkt werden, dass Nutzer/Nutzerinnen und Leistungserbringer von Hilfsangeboten ein Bewusstsein für die wirtschaftlichen Folgen der Gewährung und Inanspruchnahme der Leistungen entwickeln. Für den Bereich Palliative Care besteht die Hauptaufgabe des Case Managers/der Case Managerin in Ausübung der Gate Keeper-Funktion darin, den Zugang

des Patienten/der Patientin zu den unterschiedlichen Versorgungsbereichen der Palliativmedizin sicherzustellen.

Methodisch werden die drei grundlegenden inhaltlichen Funktionen durch einen Funktionsbereich ergänzt, der die innere beziehungsweise intrapersonale Situationsklärung, die Unterstützung von Menschen in gesundheitlichen Krisen und ihres sozialen Umfeldes umfasst. Durch Hinzunahme der Support-Funktion kann man von *Unterstützungsmanagement* als besondere Form des Case Managements sprechen (Wissert 2007: 3).

Bei der Unterstützungsfunktion liegen die Schwerpunkte darin, die Planungsbeteiligung und Selbstbestimmung des/der hilfebedürftigen Patienten/Patientin abzusichern und durch innerliche Stärkung und Motivation diesen/diese am Prozess mitzuwirken zu lassen. Empowerment-Strategien werden eingesetzt, um die inneren und äußeren Ressourcen des Betroffenen zu fördern. Personen, Gruppen und Institutionen werden gefunden, aktiviert und befähigt, um mit ihrem Anteil der Hilfeleistung zur gemeinsamen Bearbeitung von Problemlagen beizutragen, damit die vereinbarten Ziele schnellstmöglich erreicht werden können (Wissert 1998: 335).

Kommt Case Management im Bereich Palliative Care zum Einsatz, dann sehr häufig in Form des Unterstützungsmanagements, „da sie den Anforderungen und Aufträgen in diesem Handlungsfeld vor allem durch die starke Betonung der Advocacy- und der Support-Funktion angemessen und wirkungsvoll begegnet werden kann“ (Wissert 2012: 18).

Der Case-Management-Prozess und Besonderheiten im Bereich Palliative Care

Entsprechend der individuellen Ausgangslage und den Bedürfnissen Schwerstkranker und Sterbender und ihrer Angehörigen ist es im Bereich der Palliativversorgung sehr bedeutsam, durch den Case Manager/die Case Managerin einen Zugang zu den für sie notwendigen Versorgungsangeboten zu ermöglichen. Einem vor allem passgenauen Zugang zum Leistungsangebot gehen auf Fall- und Systemebene notwendige strukturelle Rahmenbedingungen voraus.

Eine zentral koordinierende Anlaufstelle innerhalb eines palliativen Versorgungsnetzwerkes kann dabei wichtige Beratungs- und Zuweisungsfunktionen übernehmen und dabei das primäre Ziel einer bedürfnisorientierten Information, Beratung und Versorgung von Patienten/Patientinnen und Angehörigen im Blick behalten. Des Weiteren besteht der Vorteil einer zentralen Koordinationsstelle darin, dass dadurch eine passgenaue Angebots- und Dienstleistungssteuerung möglich wird und

unnötige oder auch doppelt erbrachte Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystems vermieden werden können (Ostgathe/Düsterdiek 2008: 74).

Ordnet man diesen wichtigen Aufgabenbereich im Case Management-Prozess zu, dann zeigt sich, dass demnach der Phase der Vorklärung (Wendt 2005) mit den Teilschritten Outreaching, Case Finding und Intaking (Wissert 2006: 43) eine Schlüsselfunktion zukommt (siehe Abb. 1).

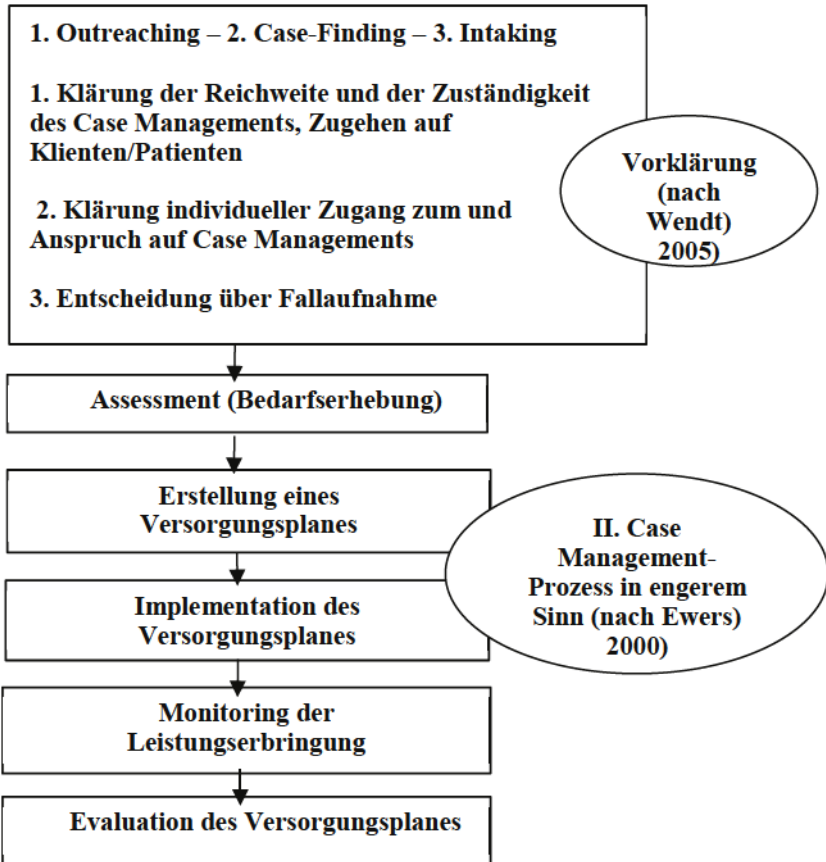


Abbildung 1: Der Ablauf des Case-Management-Prozesses (nach Wendt 2005, Ewers 2000)

Vorklärungsphase: Outreaching – Case Finding – Intaking

Der eigentlichen Beratung vorangestellt und dennoch als fester Bestandteil des Case Management-Prozesses (Wissert 2006: 43) gilt die Phase der Vorklärung (Wendt 2005: 62). Die Vorklärungsphase wird in der Case Management-Literatur z.T. mit unterschiedlichen Begriffen beschrieben, z.B. als Phase der Kontaktaufnahme, als Intake oder auch als Klärungshilfe.

Für die Teilschritte ‚Outreaching‘, ‚Case-Finding‘ und ‚Intaking‘ dieser Vorklärungsphase sind dabei für jede Funktion Unterscheidungen auf der System- bzw. Fallebene zu treffen.

Im Rahmen des Implementierungsprozesses umschreiben Aktivitäten und Bemühungen, die den Zugang zur eingerichteten Case Management-Stelle optimieren, den Teilschritt Outreaching. Damit einhergehend handelt es sich dabei vor allem um Öffentlichkeitsarbeit, um die Case Management-stelle für potentielle Nutzer/Nutzerinnen sowie Zuweiser/Zuweiserinnen bekanntzumachen und den Zugang zu diesem Dienst zu verbessern (Wissert 2006: 44).

Auf Ebene der Fallsteuerung wird mit Hilfe eines gelungenen Outreaching-Prozesses ein optimaler Zugang des Patienten/der Patientin zur Case Management-Stelle möglich. Für Nutzer/Nutzerinnen sowie Zuweiser/Zuweiserinnen muss in diesem Zusammenhang vorab festgelegt sein, wann und wie der Case Management Service erreichbar ist bzw. auch konkrete Regelungen für die Kontaktaufnahme vorliegen.

Die Funktion Case-Finding beschreibt in Hinblick auf die Systemebene alle diejenigen Maßnahmen und Aktivitäten, die einen zielgenauen Zugang der Patienten/Patientinnen zur Case Management-Stelle ermöglichen.

Zielgenauigkeit wird dann erreicht, wenn die ausfindig gemachte Case Management-Stelle dem Handlungsbedarf und den Bedürfnissen der Patienten/der Patientinnen entspricht. Es sollten zudem vorab Festlegungen über die Informationsweitergabe beteiligter Institutionen getroffen worden sein.

Im fallbezogenen Unterstützungsprozess wird mit Hilfe des Case Finding-Schritts überprüft, ob die vorab festgelegten Auswahlkriterien auf den Patienten/die Patientin zutreffen bzw. der Case Management-Service für die Problemlage des Einzelfalls passt.

Daran anknüpfend als letzter Schritt der Vorklärungsphase schließt sich das Intaking an und stellt auf Fallebene eine Art Beschluss dar, bei dem sowohl der Patient/die Patientin als auch der Case Manager/die Case Managerin entscheiden, ob und wie der Patient/die Patientin in das Case Management-Programm aufgenommen/hineingeholt wird. Im Rahmen dieses Schritts wird

auch der konkrete Handlungsauftrag der Case Management-Stelle festgelegt sowie Vereinbarungen zu Rechten und Pflichten beider Parteien getroffen.

Auf Ebene der Systemsteuerung geht an der Stelle des Intakings die patientenbezogene Arbeit auf den Case Manager/die Case Managerin über (Deimel/Müller 2013: 49).

Case Management- Prozess in engerem Sinn

An die Vorklärungsphase schließt sich das Assessment an, das von zentraler Bedeutung im Case Management-Prozess ist, da hierbei umfassende Informationen zum/zur Patienten/Patientin, seinen/ihren Bedürfnisse sowie zu Selbstversorgungsdefiziten und -ressourcen eingeholt werden. Diese Informationen bilden dann die Grundlage für eine konkrete Abschätzung des Hilfe- und Betreuungsbedarfes und die Formulierung eines Hilfe- und Versorgungsplans entsprechend der individuellen Bedürfnisse des Patienten/der Patientin. Darin wird gemeinsam festgelegt, welche realistischen und vor allem auch überprüfbareren Ziele vereinbart werden, die zudem auch schriftlich dokumentiert werden.

Ziele im Hilfe- und Versorgungsplan können im palliativen Kontext je nach individueller Situation beispielsweise die Schmerz- und Symptombehandlung, die Unterstützung bei der Mobilisation, die Beschaffung von Hilfsmitteln, die körperliche und psychische Entlastung von Angehörigen oder der Antrag auf Pflegeeinstufung sein.

Bei der anschließenden Implementierung des Versorgungsplans erfolgt die Umsetzung der geplanten Maßnahmen, durch Verhandlungen mit verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern und/oder die Kontaktaufnahme zu verschiedenen Kooperationspartnern, wodurch konkrete Dienste vermittelt werden, und das Leistungsgeschehen koordiniert wird.

Eine wichtige Aufgabe des Case Managers/der Case Managerin besteht u.a. auch darin, den gesamten Versorgungsablauf kontinuierlich zu überwachen (Monitoring). Ergibt sich Veränderungen der Bedarfslage des Patienten/der Patientin sollten diese entsprechend erkannt und direkt darauf reagiert werden. Die Überwachung und Kontrolle des Versorgungsverlaufes spielt im Bereich der Palliativversorgung eine sehr wichtige Rolle, da sich der Zustand eines/einer Palliativpatienten/Palliativpatientin innerhalb kürzester Zeit verändern kann, sodass von allen Beteiligten Flexibilität und Schnelligkeit bei der Anpassung der neu einzuleitenden Maßnahmen gefordert ist.

Der bei Palliativpatienten/Palliativpatientinnen oftmals dynamische Krankheitsverlauf mit vielschichtigen Problemen und Symptomen macht unter Umständen ein Reassessment erforderlich, z.B. wenn es zu einer rapiden Verschlechterung der Symptomatik kommt. Daraus ergeben sich bei dieser

Wiederholungsschleife möglicherweise neue Zielvereinbarungen, sodass entsprechend auch die Versorgungspläne geändert werden müssen.

Auf der Grundlage einer sich anschließenden ergebnisorientierten Evaluation des Unterstützungsprozesses findet eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Unterstützungsleistungen statt. Dadurch wird nachvollziehbar und überprüfbar, ob die Begleitung durch den Case Manager/die Case Managerin angemessen, sinnvoll und im Sinne des Wohlergehens des Patienten/der Patientin realisiert werden konnte. Anhand dieser ergebnisorientierten Überprüfung ergeben sich möglicherweise auch Rückschlüsse für die Optimierung von künftigen Versorgungsplanungen¹.

Aus dem Phasenmodell und den verschiedenen Aufgaben eines/einer Case Managers/Case Managerin im Bereich der Palliativversorgung wird deutlich, „dass schwerstkranke und sterbende Menschen sowie ihr soziales Umfeld einen komplexen Unterstützungsbedarf haben und während ihres Krankheitsverlaufes in der Regel ein abgestuftes Angebot von unterschiedlichen Leistungen benötigen“ (Pribil 2002: 261).

3. Palliative Praxis & Forschung – Case Management am Zentrum für Palliativmedizin an der Uniklinik Köln

2005 wurde erstmalig für Deutschland in Köln im Rahmen der flächendeckenden Implementierung von Case Management an der Uniklinik Köln auch eine spezifische Case Management-Stelle in der Palliativmedizin eingerichtet.

Mit dem zunächst im stationären Bereich angesiedelten Case Management wurde eine zentrale Koordinationsstelle geschaffen, die aufgrund der Differenzierung der Versorgungsangebote und der Komplexität der Anforderungen bei Patienten/Patientinnen mit fortgeschrittenen Erkrankungen eine sektorentübergreifende, bedürfnisorientierte Prozessbegleitung und -steuerung vom Zeitpunkt der Anfrage, über die Aufnahme, den Aufenthalt bis zur Entlassung/Tod des Patienten/der Patientin und darüber hinaus ermöglichen sollte. Des Weiteren war mit der Implementierung im Bereich der palliativmedizinischen Abteilung vor allen der Anspruch verbunden, eine zentrale Schaltstelle für externe und interne Kommunikations- und Organisationsabläufe zu schaffen. Damit sollte das Case Management erste Anlaufstelle für Patienten/Patientinnen, Angehörige und externe

1 Formulare zur Qualitätssicherung zur Umsetzung der einzelnen Case Management-Phasen finden sich bei Kopp/Klein (2012), S. 127-144.

Informationssuchende sein, sodass alle anfragenden Personengruppen Zugang zu den unterschiedlichen Versorgungsangeboten des Zentrums bekommen. Diese Zuweisungsfunktion ist also ein wichtiger Bestandteil des Aufgabenbereiches.

Zentrale Aufgabenbereiche des Case Managements am Zentrum für Palliativmedizin sind:

- 1) „Anlaufstelle für intern und extern Anfragende zu allen Bereichen palliativmedizinischer Versorgung
 - Zielgenaue Steuerung des Zugangs zu palliativmedizinischen Angeboten
 - Assessment, Informationen und Beratung
- 2) Unterstützung und Begleitung von Patienten und Angehörigen im Versorgungsverlauf von der Aufnahme bis zur Überleitung in die nachstationäre Versorgung. Koordination und Vernetzung
 - interner Dienste und Schnittstellen
 - teaminterner Informationen
 - externer Dienste und Schnittstellen (Ostgathe/Düsterdiek 2008: 73)“.

Die zentrale Koordination aller eingehenden Anfragen an das Zentrum für Palliativmedizin war ein wichtiges Anliegen der Implementierung von Case Management, da vorher alle eingehenden Anfragen von Patienten/Patientinnen, Angehörigen, externen Berufsgruppen und anderen Stationen innerhalb der Universitätsklinik, externer Dienste etc. an verschiedenen Stellen und bei unterschiedlichen Adressaten (u.a. bei Ärzten/Ärztinnen, dem Kliniksozialdienst, der Pflegedienstleitung) eingingen (Ostgathe/Düsterdiek 2008: 74).

Die Folge waren Informations- und Zeitverluste sowie auch Informationsdoppelungen an verschiedenen Stellen. Mit der Implementierung von Case Management war entsprechend das Anliegen verbunden durch die Bündelung von Wissen Informationsverluste zu vermeiden, die Anfragen schneller zu bearbeiten und den Serviceprozess zu optimieren.

Das Case Management ist im Bereich der Palliativversorgung vollständig implementiert, sodass zu den Aufgaben des Case Managers neben fallbezogenen Aufgaben (z.B. Bettenbelegungsmanagement, Terminierung von Patientenaufnahmen, Aufnahmegespräch sowie Ermittlung der Hilfebedarfe) auch Systemaufgaben gehören, u.a.: Dokumentationen von Anfragen, Informations- und Beratungsgespräche und, zu Forschungszwecken, Teilnahme und Moderation einer multiprofessionellen Teambesprechung, Teilnahme an Teambesprechungen des gesamten Case Managements der Uniklinik Köln.

Mit der Implementierung von Case Management am Palliativzentrum in Köln ergaben sich Fragen zur Wirkungsweise und dem Nutzen des Handlungskonzepts. Daher galt es, erste empirische Daten zu Auswirkungen von Case Management auf Ergebnis- und Prozessebene (u.a. Case Management-Prozess) zu gewinnen.

Um die Wirkungsweise von Case Management am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln genauer zu untersuchen, wurde zunächst *a) eine Auswertung aller eingehenden Anfragen* an das im stationären Bereich angesiedelte Case Management durchgeführt. Als Grundlage dafür wurde vorab ein spezifisches Dokumentationsinstrument durch ein multiprofessionelles Expertenteam entwickelt und im Verlauf angepasst (Düsterdiek et al. 2008).

Handlungsleitende Fragestellungen dieser Untersuchung der ersten tausend Anfragen (im Zeitraum vom 23.01.2006 bis 25.05.2007, die ersten 16 Monate nach Implementierung) an das Case Management waren:

- 1) Wie und durch welche Anspruchsgruppen/Stakeholder wird Case Management in der Anfangsphase der Implementierung genutzt?
- 2) Auf Grundlage welcher Kriterien findet durch das Case Management eine Zuweisung in bestimmte Versorgungsbereiche der Palliativversorgung statt?

Mit Hilfe dieser Untersuchung konnte in Erfahrung gebracht werden, wie sich die quantitative Verteilung der Anfragegruppen außerhalb und innerhalb der Uniklinik an die Case Management-Service-Stelle gestaltet. Es hat sich gezeigt, dass Case Management sowohl durch klinikinterne und externe Anspruchsgruppen genutzt wird, sodass davon auszugehen ist, dass Case Management in der Palliativmedizin gut angenommen wird. Die Ergebnisse führen zu der Schlussfolgerung, dass Case Management am Zentrum für Palliativmedizin innerhalb und außerhalb der Universitätsklinik Köln ausreichend bekannt gemacht worden ist, akzeptiert und von den vorab festgelegten Zielgruppen frequentiert wird. Damit lässt sich auf einen gelungenen Outreaching-Prozess im Vorfeld der Implementierung schließen.

Zudem konnte analysiert werden, mit welchem Anliegen sich diese Personen an den Dienst wenden. Es ergibt sich eine große Bandbreite an Anfrageinhalten (u.a. Anfragen zur Aufnahme auf Station).

Es fällt jedoch auf, dass neben den Anfragen zur Aufnahme in die verschiedenen Dienste ein großer Bedarf an allgemeiner Beratung und Information vorhanden ist. Dieser Punkt bildet einen wichtigen Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung des Case Management-Konzepts in der Palliativmedizin- es stellt sich u.a. die konkrete Frage, wie man zukünftig

mit dem hohen Informations- und Beratungsbedarf von externen Betroffenen umgeht.

Des Weiteren hat diese Untersuchung gezeigt, dass die Symptome/die Belastung durch die Symptome das entscheidende Kriterium für den Auswahlprozess des Patienten/der Patientin ist und dadurch letztlich die Zuweisung in bestimmte Versorgungsbereiche stattfindet (Kuhn et al. 2012a: 5).

Darüber hinaus wird deutlich, dass Case Management eine ausgeprägte regionale Clearingfunktion ausfüllt, die sicherstellt, dass Patienten/Patientinnen und Angehörige sowie andere Ratsuchende direkten Zugang zu adäquaten Dienstleistungen erhalten.

Die Anfragen, die in der Zeit vor Einrichtung des Case Management vor allem durch einen ärztlichen Mitarbeiter sowie weitere Berufsgruppen auf Station übernommen wurden, werden nun direkt durch die Case Managerin bearbeitet und verwaltet und nur bei spezifischen Fragestellungen an die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen weitergeleitet (Düsterdiek et al. 2006).

Entscheidend ist, dass die Case Managerin über 90 Prozent aller Anfragen selbständig bearbeiten kann. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein effizienteres Zeitmanagement des Gesamtteams möglich ist und die dadurch entstehenden Zeitressourcen auf die eigentliche Versorgung der Patienten/Patientinnen verwendet werden können.

Die Auswertung der eingehenden Anfragen an das Case Management als Pilotprojekt haben zur Initiierung eines größeren Forschungsprojekts mit dem Titel „Case Management in einem sektorenübergreifenden spezialisierten Palliativzentrum“ (von 06/2009-10/2011) geführt, das durch die deutsche Krebshilfe gefördert wurde. Ein wichtiges Arbeitspaket dieses Projektes war *b) eine formative Evaluation*, mit Hilfe derer untersucht werden sollte, wie sich Case Management auf Organisations- und Tätigkeitsstrukturen im Palliativteam auswirkt und welche Anpassungen im Prozess notwendig sind (Kuhn et al., 2010, 2012b).

Damit sollte vor allem der Praktikabilität und Nachhaltigkeit der Implementierung Beachtung geschenkt werden. Im Sinne des Organisationslernens wurde die Implementierung des Case Managements responsiv evaluiert, d.h. mit Hilfe kontinuierlicher Feedbackschleifen und Rückkoppelungsprozesse (siehe Abb. 2).

Methodisch gesehen ist die responsive Evaluation ein ergebnisoffener Prozess, der Ergebnisse aus der Evaluation direkt an die Beteiligten weitergibt, um so die Optimierung von Prozessen voranzutreiben (Beywl 1991: 272).

Ziel dieser Evaluation war es, Schwachstellen in der Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams am Zentrum für Palliativmedizin zu identifizieren

(Diagnose), Lösungsansätze für erkannte Probleme zu entwickeln (Intervention) und anschließend zu überprüfen, inwiefern genannte Lösungsansätze auch in die Praxis umgesetzt wurden (Umsetzung).

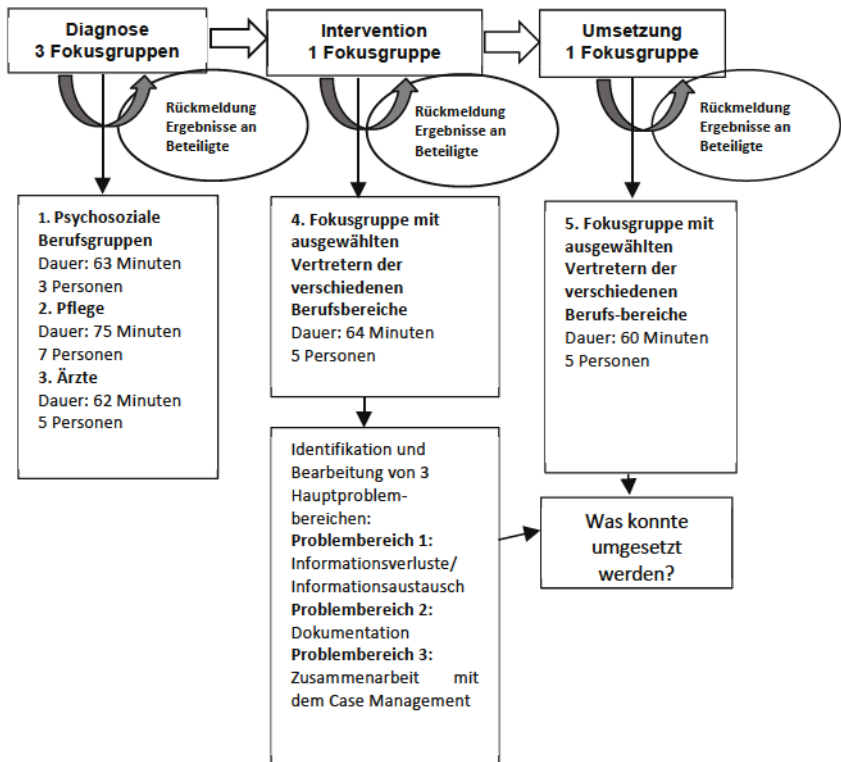


Abbildung 2: Design responsive Evaluation/Fokusgruppenzyklus

Die Diagnose-, Interventions- und Umsetzungsworkstatt wurden in Form von Fokusgruppen durchgeführt. Diese Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Zusammenfassend kann für die Diagnose-Fokusgruppen restümiert werden, dass alle Berufsgruppen im multiprofessionellen Austausch stehen – die Intensität der Kontakte sei abhängig von der Berufsgruppe und den jeweiligen Schnittstellen.

Das Case Management sei nach Rückmeldung der verschiedenen Berufsgruppen des Zentrums in erster Linie für das Geschehen auf der Station

verantwortlich, wobei die intensivste Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit sowie den Pflegenden und den Ärzten/Ärztinnen auf der Station bestehe.

Die Interviewten des stationären Settings in allen Bereichen heben hervor, dass Case Management eine zentrale Koordination der Aufnahme/Entlassung und Verwaltung von Informationen ermögliche. Durch die Übernahme dieser Aufgaben wirke Case Management entlastend und spare viel Zeit, wodurch die Berufsgruppen ihrer eigentlichen Arbeit am Patienten/Patientinnen nachgehen können. Zudem sei das Case Management für alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams erster Ansprechpartner, um Informationen zu den Patienten/Patientinnen zu erhalten. Alle Berufsgruppen leiten Informationen an das Case Management weiter, wo diese gebündelt und bereitgestellt werden.

Als Hauptaufgabe des Case Managements wird die zentrale Bearbeitung aller am Zentrum für Palliativmedizin eingehenden Anfragen beschrieben. Nur im Falle spezifischer Probleme werden diese an die jeweiligen Berufsgruppen weitergeleitet.

In der Diagnose-Fokusgruppe wurden auch Probleme im Arbeitsablauf und der Zusammenarbeit mit dem Case Management angesprochen- in der Auswertung wurden die 3 wichtigsten Problembereiche identifiziert:

Problembereich 1: Informationsverluste/Probleme beim Informationsaustausch

Problembereich 2: Problem der Dokumentation

Problembereich 3: Problem in der Zusammenarbeit mit dem Case Management

In der Interventions-Fokusgruppe wurden Lösungsansätze für die zuvor identifizierten zentralen Problembereiche erdacht und ausgetauscht.

Für den Problembereich der Informationsverluste (Problembereich 1) wurde von den Interviewten eine klarere Definition der Schnittstellen gewünscht und transparentere Abläufe. Umgesetzt werden sollte dies mit Hilfe eines detaillierten Organigramms. Zudem gab es Vorschläge zur Veränderung der Besprechungskultur.

Für den zweiten Problembereich wurden Veränderungen im Dokumentationsablauf/System diskutiert.

Im Hinblick auf den dritten Problembereich wurde sich von Berufsgruppen eine klarere Definition der Aufgaben und Ziele des Case Managements gewünscht sowie eine Änderung des Auftretens und der Position des Case Managements in Besprechungen.

Um zu überprüfen, welche Aspekte umgesetzt werden konnten, fand nach etwas über vier Monate die sogenannte Umsetzungsfokusgruppe statt. Umgesetzt werden konnte u.a. die Erstellung eines detaillierten

Organigramms, verschiedene Weiterentwicklungen der Besprechungskultur (Problembereich 1 und 3), Veränderungen in der Dokumentation (Problembereich 2) sowie Veränderungen bei der Informationsweitergabe an das Case Management.

Als Schlussfolgerungen dieser Untersuchung kann resümiert werden, dass die Methodik der responsiven Evaluation für die Weiterentwicklung des Case Management- Konzepts und dabei der kontinuierliche Einbezug der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im multiprofessionellen Palliativteam eine geeignete und effiziente Methodik ist. Durch die Identifizierung und gemeinsame Bearbeitung von Problembereichen kann eine Verbesserung von Organisations- und Tätigkeitsstrukturen im Team erreicht werden (Kuhn et al. 2010, 2012b).

4. Möglichkeiten und Grenzen des Case-Management-Ansatzes im Bereich Palliative Care

Die demographische Entwicklung mit einem zunehmenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung hat zu einem veränderten Bedarf an professionellen Kompetenzen im Kontext palliativer Begleitungen geführt. Das Handlungskonzept Case Management kann hierbei einen wichtigen Beitrag leisten und die Bereiche der Versorgungs- und Prozesssteuerung sowie der Erschließung gesundheitsrelevanter Ressourcen optimieren. Demnach ist und bleibt das Case Management Konzept, auch im Bereich Palliative Care zukunftsweisend, auch, weil im Fokus des beruflichen Handelns des Case Managers der Erhalt von Autonomie und Teilhabe sowie die Wahrung der Würde von Menschen, auch in ihrem letzten Lebensabschnitt stehen.

In der Begleitung von Sterbenden muss sich Case Management jedoch auch einigen Kritikpunkten stellen. Allein die Verwendung des Begriffes ‚Management‘ löst im Zusammenhang mit dem Thema Sterbebegleitung teilweise heftige Diskussionen aus (Monzer/Wissert 2009: 5). Es besteht eine gewisse Befangenheit in der Verwendung der Begrifflichkeit, die auf den ersten Blick unpassend scheint, wenn es um Sterben und Tod geht.

Hierbei ist vor allem der Verweis auf die Grundsätze/Grundprinzipien des Case Management- Ansatzes nützlich, die in erster Linie auf die Verpflichtung des Willens und des Wollens des Patienten/der Patientin im Einklang mit humanistischen Werten hinweisen (Monzer/Wissert 2009: 5). Die zudem konsequente Patienten- und Ressourcenorientierung entsprechend der Bedürfnisse des Betroffenen sind dabei ein wichtiger ethischer Grundsatz und wurde daher auch 2005 von der Fachgruppe Case Management der Deutschen

Gesellschaft für Sozialarbeit bzw. der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) in die Leitlinien der Case Management- Essentials aufgenommen.

Umso wichtiger erscheint in diesem Zusammenhang auch die permanente Weiterentwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Case Management und seiner Rahmenbedingungen (Gissel-Palkovich 2010).

Es besteht Einigkeit darüber, dass eine Auseinandersetzung des Case Managers/der Case Managerin mit ethischen Fragen in schwierigen Situationen im palliativen Kontext notwendig, aber nicht immer einfach ist. Situationsentscheidungen sollten demnach aus verschiedenen Perspektiven wahrgenommen werden (Perspektive des Verstehens, der Fachlichkeit und Planung, der Betroffenheit und Beziehung und der Entscheidung und der Verantwortung²) (Monzer 2009: 10f.).

Für diesen mehrperspektivischen Blick sind anspruchsvolle Fähigkeiten gefordert. In diesem Fall sind es ethische Kompetenzen, die im Zusammenhang mit den zumeist weiteren komplexen Verantwortlichkeiten entsprechend der Patienten/Patientinnenbedürfnisse an die Tätigkeit des Case Managers/der Case Managerin hohe Anforderungen stellen³ (u.a. auch bei Howell 2004: 167): „Case Manager/innen müssen, damit sie eine Fallführung und -steuerung für und mit dem Nutzer sinnvoll wahrnehmen können: koordinieren und kooperieren, organisieren, vermitteln und makeln und vor allen Dingen kommunizieren können“ (Löcherbach 2005: 2).

Es stellt sich daher berechtigt die Frage, ob und wie mit Hilfe einer berufsübergreifenden Case Management Ausbildung ein solch umfassendes Wissen erworben werden kann. An dieser Stelle ist die Diskussion um die Weiterentwicklung von bereichsspezifischen Case Management-Konzepten gerade erst am Anfang.

Ein weiterer berechtigter Kritikpunkt ist die oftmals übergeordnete Zielsetzung einer (ausschließlichen) Verbesserung von Kosten- Nutzen-Verhältnissen durch die Implementierung von Case Management-Strategien im Sinne eines Utilization-Review Ansatzes. Als ein Instrument zur Kostenregulation stehen hierbei eher ökonomische Wirkungsabsichten (z.B. Einsparpotentiale) sowie die Budgetverwaltung und damit in erster Linie die gate-keeper und broker-Funktion im Vordergrund (Monzer/Wissert 2012: 39). In Abgrenzung dazu ist das Case Management im Bereich der palliativen Versorgung vor allem eine sozialanwaltschaftlich ausgerichtete Beratungs-

2 Ausführlichere Erläuterungen und Umsetzungsmöglichkeiten wie diese mehrperspektivische Sicht erreicht werden kann finden sich bei Monzer, M. 2009: Unterstützung ethischer Entscheidungen am Lebensende. Beiträge des Case Managements zu einem schwierigen Thema. In: Case Management, Sonderheft Palliative Care. 6. Jahrgang, 2009. *Economica*.

3 Eine Übersicht zum Kompetenzprofil des Case Managers findet sich bei Nussbaumer 2009: 45.

Assistenz- und Koordinationsleistung in einem sich zunehmend differenzierenden System von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens.

Im aktuellen deutschen Case Management Diskurs beschreibt und thematisiert Wendt (2009: 22) dies als die „Debatte um die Klientenorientierung im Case Management“.

Trotz der aufgezeigten Schwierigkeiten besteht die Überzeugung, dass das Unterstützungsmanagement in (methodentreuer) Anwendung des strukturierten Phasenmodells (beginnend mit der Phase der Vorklärung bis zum Abschluss) einen klaren elaborierten Orientierungs- und Handlungsrahmen bietet, der sich besonders gut für die vielfach komplexen und dynamisch sich verändernden Bedarfskonstellationen von Schwerstkranken und Sterbenden sowie ihren Angehörigen eignet. Bei Veränderungen der Bedarfslage des Patienten/der Patientin bietet es die Möglichkeit für Wiederholungsschleifen durch Reassessments, sodass auf der Basis von angepassten Zielvereinbarungen entsprechend darauf reagiert werden kann.

Dabei kann ein Blick auf die systemtheoretische Perspektive an dieser Stelle noch einmal wesentlich das Potential von Case Management aufzeigen: Das Ausgangsproblem ist die funktionale Differenzierung der Gesellschaft. Als Merkmal moderner medizinischer Versorgungssysteme besteht eine fortschreitende Arbeitsteilung und Spezialisierung, sodass sich aufgrund der zahlreichen organisatorischen Schnittstellen im Zusammenwirken von Abteilungen, Krankenhäusern etc., „durch die professionelle Subspezialisierung der jeweils beteiligten Akteure und durch die Herausbildung unterschiedlicher Orientierungen (medical cultures) [...] die zeitliche, personelle, sachliche und konzeptionelle Kontinuität von komplexen Behandlungsprozessen erschwert“ wird (Badura/Feuerstein 2001: 387). Folglich ergeben sich Ungleichheiten im Zugang zu medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen.

Im systemtheoretischen Verständnis wird der Begriff der Hilfebedürftigkeit (z.B. Obdachlosigkeit, Armut) „als Folgeproblem von Exklusionen und Exklusionsverdichtungen in der funktional differenzierten Gesellschaft“ gesehen (Scherr 2001).

Durch die zentrale Unterscheidung von Exklusion und Inklusion in der systemtheoretischen Gesellschaftstheorie (Luhmann 1997: 618ff.) ermöglicht die Theorie sozialer Systeme eine spezielle Perspektive auf Teilnahmebegrenzungen und sozialen Ausschluss, oder mit Luhmann gesprochen, auf Personen ohne kommunikativen Anschluss an soziale Systeme.

Handlungsbedarf und strukturierte Hilfen im Sinne eines Case Management-Ansatzes begründet sich demnach dann, wenn Individuen keinen

oder keinen adäquaten Zugang- im Fall von Schwerstkranken und Sterbenden- zu medizinischer Versorgung finden.

Albert Scherr (2001) hat in seinen Ausführungen die *Soziale Arbeit als organisierte Hilfe in der funktional differenzierten Gesellschaft* beschrieben. Ihr fällt, so Scherr, im Krankenhaussetting die Aufgabe zu, „die Bearbeitung der Folgeprobleme krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensführungsmöglichkeiten, die erforderlichen Umstellungen der Lebensführung zur Sicherung von verbleibenden Teilnahmechancen und die Bereitstellung von Sinnformen etwa in so genannten Selbsthilfegruppen, die es den Individuen erlauben, die veränderte Lebenssituation in einer Weise zu verarbeiten, dass sie sich ihr möglichst selbständig stellen können“, zu gewährleisten. Ähnlich kann die Funktion von Case Management im Bereich der Palliativversorgung beschrieben werden: Sie sind demnach durch die Anwendung ihres strukturierten Hilfeplans für die Inklusionsvermittlung zuständig um bestehende Technologiedefizite auszugleichen. Case Manager/Case Managerinnen sind durch ihr berufsübergreifendes Verständnis anschlussfähig an Subsysteme und sind demzufolge für die Bearbeitung von Exklusionsproblemen zuständig (Schmid 2013: 21 ff.). Case Management kann in diesem Zusammenhang somit als Handlungskonzept/unterstützende Instanz verstanden werden, um die Integrität und Autonomie des Patienten/der Patientin und dessen Angehörigen erhalten und fördern zu können. Demzufolge setzt Case Management vorrangig dort an, wo persönliche und soziale Ressourcen nicht ausreichen.

Literatur

- Back, A. L./Li, Y. F./Sales, A. E. (2008): Impact of palliative care case management on resource use by patients dying of cancer at a Veterans Affairs medical center. In: J Palliat Med. 8(1), S. 26-35.
- Badura, B./Feuerstein, G. (2001): Gesundheit und Gesundheitswesen. In: Joas, H (2001). Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt/Main: Campus Verlag, S. 363-389.
- Beywl, W. (1991): Entwicklung und Perspektiven praxiszentrierter Evaluation. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 14, 3, S. 265-279.
- Brumley, R./Enguidanos, S./Jamison, P./Seitz, R./Morgenstern, N./Saito, S./McIlwane, J./Hillary, K./Gonzalez, J. (2007): Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc 55(7), S. 993-1000.
- Burgheim, W. (2006): Hospizarbeit- zurück in die Zukunft mit Qualität, Ideen und Profil. Merching: Forum Verlag Herkert.
- Deimel, D./Müller M. L. (2013): Entlassungsmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) (2007): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im GKV-WSG (§§ 37b, 132d SGB V), S.1-17. URL: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/sn/GKV-WSG%20Palliativversorgung%20DGP-Empfehlung%20_Stand%20070622_.pdf [Zugriff: 17.11.2015].
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf> [Zugriff: 05.05.2016].
- Düsterdiek, A./Romotzky, V./Altmeyer, S./Werner, B./Bostelaar, R./Ostgathe, C./Voltz, R. (2008): Case Management in Palliative Care: Quantitative Analyse der Anfragen Palliativmedizin, 7. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2008.
- Düsterdiek, A./Werner, B./Montag, T./Bostelaar, R./Ostgathe, C./Voltz, R. (2006): Case Management-Hotline in der Palliativmedizin. Palliativmedizin, 6 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2006.
- Ewers, M. (2000): Das angloamerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M./Schaeffer, D (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber, S. 53-90.
- Fachgruppe Case Management der DGS (Hrsg.) (2004): Leitprinzipien Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, URL: http://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/leitprinzipien_cm.pdf [Zugriff: 05.05.2016].
- Fachgruppe Case Management der DGS (Hrsg.) (2005): Leitprinzipien Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Positionspapier vom 15.11. 2006, URL: http://www.case-manager.de/_themes/Leitprinzipien%20CM.pdf [Zugriff: 05.05.2016].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2013, URL: <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3863/Bericht-Evaluation-SAPV-2013.pdf> [Zugriff: 05.05.2016].
- Gissel- Palkovich, I. (2010): Pro Case Management in der Sozialen Arbeit. Vortrag am 29. Januar 2010 an der HAWK Hildesheim. URL: http://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/05/DGCC_2010_01_gissel_palkovic_hildesheim.pdf [Zugriff: 05.05.2016].
- Howell, D./Prestwich, C./Laughlin, E./Giga, N. (2004): Enhancing the role of case managers with specialty populations: development and evaluation of a palliative care education program. Lippincotts Case Manage 9, S. 166-174.
- Kern, M./Ostgathe, E. (2008): Palliative Care. In: Bäumer, R./Maiwald, A. (Hrsg.): Onkologische Pflege. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 359-376.
- Kuhn, U./Düsterdiek, A./Dose, C./Montag, T./Pfaff, H./Ostgathe, C./Voltz, R. (2010): Case Management im multiprofessionellen Palliativteam: Eine formative Evaluation zur Optimierung von Organisations- und Tätigkeitsstrukturen. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 05, S. 245-246.
- Kuhn, U./Düsterdiek, A./Galushko, M./Dose, C./Montag, T./Ostgathe, C./Voltz, R. (2012a): Identifying patients suitable for palliative care – a descriptive analysis of

- enquiries using a Case Management Process Model approach. *BMC Research Notes*, 5:611.
- Kuhn, U./Düsterdiek, A./Galushko, M./Romotzky, V./Montag, T./Pfaff, H./Ostgathe, C./Voltz, R. (2012b): Case Management in der Palliativmedizin – eine responsive Evaluation. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 05, S. 211-228.
- Klein, T./Knopp, G. (2012): Implementierung des Case Management-Prozesses an einem neu gegründeten Hospiz- und Palliativzentrum mit zeitgleicher Einführung eines Qualitätsmanagementsystems und Entlassungsmanagements. In: Zieres, G./Weibler, U. (Hrsg.): *Case Management. Einsatzfelder. Anwendungsfelder. Praxisbeispiele*. Dienheim: Iatros Verlag, S. 121-147.
- Löcherbach, P. (2005): Vortrag beim 4. Augsburger Nachsorgesymposium am 24./25. Juni 2005. Ausbildung zur Case Managerin bzw. zum Case Manager in Deutschland.
- Luhmann, N. (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp
- Montag, T. (2009): Leistungsrechtliche Rahmenbedingungen des Case Managements in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). In: *Case Management, Sonderheft Palliative Care*. 6 Jahrgang, 2009. *Economica*, S. 18-21.
- Monzer, M. (2009): Unterstützung ethischer Entscheidungen am Lebensende. Beiträge des Case Managements zu einem schwierigen Thema. In: *Case Management, Sonderheft Palliative Care*. 6 Jahrgang, 2009. *Economica*, S. 7-15.
- Monzer, M./Wissert, M. (2009). Rolle und Funktionen des Case Managements in der Begleitung Sterbender. In: *Case Management Sonderheft „Palliative Care“*, 6. Jahrgang, 2009. *Economica*, S. 5-6.
- Monzer M./Wissert M. (2012): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Strategien und Varianten des Case Managements: Utilization Review. *Zeitschrift Case Management*. 1(1), S. 39-42.
- Moxley, D. P. (1989): *The practice of case management*. Newbury Park, CA: Sage.
- Müller-Busch, H. C. (2010): Versorgungsformen und Qualitätssicherung. In: Standl, T./Schulte am Esch, J./Treede, R. D./Schäfer, M./Bardenheuer, H. J. (Hrsg.): *Schmerztherapie. Akutschmerz-Chronischer Schmerz-Palliativmedizin*. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 535-544.
- Nussbaumer, G. (2009): Case Management und prozessorientierte Pflege. In: von Reibnitz, C. (Hrsg): *Case Management: praktisch und effizient*. Heidelberg: Springer, S. 35-53.
- Ostgathe, C./Düsterdiek, A. (2008): Case Management in der Palliativmedizin. In: Bostelaar, R./Pape, R. (Hrsg.): *Case Management im Krankenhaus: Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 68-76.
- Pape, R. (2008): Case Management an den deutschen Universitätsklinika. Definition, Entwicklung, Konsentierung und Implementierung. Ein Positionspapier des VPU auf Basis der Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC). URL: http://klinikum.uni-muenster.de/fileadmin/ukminternet/daten/zentralauftritt/patienten-besucher/pflege/CaseManagement/VPU_Positionspapier_Case-Management.pdf [Zugriff: 16.11.2015].
- Pribil, U. (2002): „Case Management“ in Palliative Care – Eine Auseinandersetzung mit theoretischen und konzeptionellen Grundlagen. In: Bischof, H. P./Heimerl,

- K./Heller, A. (Hrsg.): „Für alle, die es brauchen“. Integrierte Palliative Versorgung – das Vorarlberger Modell. Lambertus-Verlag. Freiburg, S. 251- 262.
- Radbruch, L./Nauck, F./Fuchs, M./Neurwohner, K./Schulenberg, D./Lindena, G. (2002): What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. *J Pain Symptom Manage* 23, S. 471–83.
- Reimann, U. (2006): Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team- leichter gesagt als getan? *Die Hospiz- Zeitschrift*. 8(2), S. 9-10.
- Scherr, A. (2001): Soziale Arbeit als organisierte Hilfe in der funktional differenzierten Gesellschaft. URL: http://www.ibs-networld.de/Ferkel/Archiv/scherr-a-01-09_soziale-arbeit.html. URL: <http://www.beta-institut.de/files/betaInstitut/downloads/nachsorgesesymposium-2005-loecherbach.pdf> [Zugriff: 1.11.2015].
- Schmid, M. (2013): Case Management als Antwort auf Probleme der Inklusion/Exklusion in modernen Sozialstaaten. In: Ehlers, C./Broer, W. (Hrsg): *Case Management in der Sozialen Arbeit*. Leverkusen: Barbara Budrich, S. 19-38.
- Wegleitner, J. (2012): Nachhaltige regionale Selbstentwicklung von Palliative Care in der flüchtigen Moderne. Dissertation. Wien. URL: http://othes.univie.ac.at/22968/1/2012-05-25_9410963.pdf. [Zugriff: 1.5.2016].
- Wendt, W. R. (2005): Methodisches Fallverstehen und Management von Fällen- eine Auseinandersetzung. *Zeitschrift Case Management* 2: S. 60-64.
- Wendt, R. (2009): Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter? In: Wendt, R./Löcherbach, P. (Hrsg): *Standards und Fachlichkeit im Case Management*, S. 1-52.
- WHO (2002): *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization.
- Wissert M (2006): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Outreaching- Case Finding- Intaking. In: *Zeitschrift Case Management* 1, S. 43-46.
- Wissert, M. (2012): Case Management in Palliative Care-Konzexten. *MH Pflege*, 36, S. 1-28.
- Wissert, M. (1998): Standards des Unterstützungsmanagements. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31(H5), S. 331-337.

IV. Die Angehörigen im Fokus

Angehörige als Zugehörige im Prozess der Pflege und Betreuung: Niemand ist (hoffentlich) alleine krank.

Renate Zwicker-Pelzer

1. Einleitung

Aus der Perspektive der Pflegeberufe waren Angehörige lange Zeit das ‚Beiwerk‘ der professionellen Tätigkeit. Dieses Beiwerk störte meist den pflegerischen Betriebsablauf. Die pflegewissenschaftlich fundierten Neuentwicklungen legen ein gänzlich anderes Bild nahe: die Angehörigen und deren Einbeziehen tragen wesentlich zum Überwinden der Krankheit und zur Lebensqualität im Alter bei. Sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten Versorgung trägt die gute und förderliche Zusammenarbeit von Professionellen und Angehörigen in einem hohen Maß zur Zufriedenheit und zum Wohlbefinden im Umgang mit Krankheit und Alterung bei.

Die Parole ‚niemand ist alleine krank‘ hat sich in den letzten Jahren genau diesem Thema gewidmet.

Und ‚trotz allem‘ haben die Berichte der Bundesregierung zu Gesundheit und Alter auch unseren Blick gelenkt auf die armen Alten und Kranken, die doch alleine und einsam sind und mit einem ihnen sehr fremden System zeitweise vorlieb nehmen müssen.

Die Art der Bewältigung von zunehmenden Einschränkungen ist einerseits ein zutiefst persönlicher Prozess, andererseits gelingt dieser besser, wenn die nahe Umwelt, die Angehörigen diesen Weg mit begleiten und unterstützen. Wie bei einem Mobile, wenn ein Teil leichter wird, gar schwächelt, werden die übrigen Teile (die zusammen erst das Ganze ausmachen, ob sie wollen oder nicht) mit bewegt. Dieser empfindsamen Dynamik soll in diesem Beitrag nachgegangen werden.

„Jeder achte nicht nur auf das eigene Wohl, sondern auch auf das der Anderen“ (Bibel, Phil.2,4). Achtung und Respekt vor dem eigenen Wohlergehen wie vor dem des Angehörigen sind leicht gesagte Worte; sie im sorgend gelebten Alltag in und durch meist schlichte Handlungen auszudrücken wird zu einer Herausforderung für die neue Beziehungsgestaltung.

Menschen sind nicht nur in ‚guten Zeiten‘ sorgend und fürsorglich miteinander, was in den ‚schlechten Zeiten‘ herausfordert, ist die darin verborgene Aufforderung zur Veränderung, zur Neuanpassung. Über die meisten Lebensphasen hinweg haben sich Menschen seelisch, geistig,

körperlich, geographisch etc. ‚eingerrichtet‘ (Zwicker-Pelzer 2014).

Die derzeit alten Menschen sind eher von Zurückhaltung geprägt, insbesondere was ihren Umgang mit Hilfen bei Pflegebedürftigkeit betrifft sowie in ihrer grundsätzlichen Bereitschaft fachliche Hilfen anzunehmen. Die meisten der derzeit alten und hochaltrigen Menschen sind in einer kargen Kindheit und Jugend zurechtgekommen und haben meist schon früh gelernt, in der alltäglichen Lebensbewältigung sehr bescheidene Arrangements zu treffen und möglichst anspruchslos zu sein. Hilfe annehmen zu können und sie zu nutzen, ist für diese Generation von alten und betagten Menschen meist kein eigener Impuls, sondern wird oftmals von den eigenen erwachsenen Kindern, die meist bereits über 50 Jahre alt sind, als Wunsch oder gar Forderung an sie herangetragen (Zwicker-Pelzer 2014:47 ff). So haben wir es derzeit u.a. auch mit Phänomenen wie der Nichtinanspruchnahme von Hilfen zu tun, die alten und hochaltrigen Menschen mit Pflegebedarf nach § 14 SGB 11 zusteht (auch Emme von der Ahe/Weidner/Laag/Isfort/Meyer 2010).

2. Die Familienzentrierung in der Pflege

Die Inanspruchnahme wie die Wirksamkeit sind nicht unbedeutende Rahmenbedingungen und Angehörige sind wichtige Transformatoren für Hilfeleistungen. Es geht im Folgenden um die Gesichtspunkte des intergenerationellen im Rahmen von Versorgungs- und Pflegedienstleistungen. Wir sprechen hier von der Familienzentrierung, die zunehmend an Bedeutung gewinnt. Einladend in diesem Prozess des Verstehens von Krankheit und deren systemisch-ganzheitlicher Bewältigungsherausforderung ist das Lehrbuch „Familienzentrierte Pflege“ von Lorraine M. Wright und Amureen Leahy (Bern 2014). Die Autorinnen sehen eine ethische und moralische Verpflichtung des pflegerisch-beruflichen Auftrags darin, „Familien in ihre Gesundheitsversorgung einzubeziehen“ (ebd.:29). Theorie und Praxis von Pflege habe Familien in stärkerem Maße an der Gesundheitsversorgung zu beteiligen; „dies hat zur Folge, dass sie ein partnerschaftliches family nursing lernen müssen“ (ebd.:29f.). Besonders heben sie das Calgary Familien-Assessment-Modell als multidimensionales Konzept hervor (ebd.:30ff.). Für eine familien-kontextuale Intervention und Begleitung spricht es dann, wenn folgende Indikatoren ausgemacht werden können:

- 1) Die Familie durchlebt auf emotionaler, physischer oder spiritueller Ebene eine Belastung oder einen Schock aufgrund einer familiären Krise (z.B. eine akute oder lebensbedrohliche Krankheit, Verletzung oder Tod).
- 2) Die Familie durchlebt auf all diesen Ebenen eine Belastung oder einen Schock aufgrund eines einschneidenden Ereignisses in ihrer Entwicklung (z.B. Geburt, Heirat oder Auszug eines Kindes).
- 3) Die Familie bezeichnet das Problem als Familienangelegenheit (z.B. eine chronische Krankheit in der Familie) und wünscht von sich aus eine Hilfe.
- 4) Die Familie gibt an, dass ein Kind oder Heranwachsender Schwierigkeiten hat (z.B. Angst vor der Schule oder Furcht vor einer Krebsbehandlung).
- 5) Die Familie durchlebt eine Situation, die die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern gefährdet (z.B. eine terminale Krankheit oder sexuelle, bzw. körperliche Misshandlung).
- 6) Ein Familienmitglied tritt zur stationären Behandlung einer psychischen Erkrankung in eine Klinik ein.
- 7) Ein Kind muss ins Krankenhaus (ebd.:32 f.).

So ist das Calgary Familien-Assessment-Modell als ein strukturiertes Interventionskonzept zu verstehen mit dem Fokus der Beziehung zwischen Familien und Pflegenden, es schafft Voraussetzungen für Veränderung und Heilung (ebd.:41).

Die je neue Situation der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit verlangt von allen Familienmitgliedern ungeplante und meist gar ungewollte Veränderungen. Diese Veränderungen stellen sich oft überraschend ein. Was neu aktiviert, gelernt und geübt werden darf, sind vier systemische Kompetenzen:

Umgang mit Systemveränderungen:	Viele Menschen legen in erster Linie Wert auf die Systemerhaltung, rigide Rollen und Einstellungen können die Vorherrschaft übernehmen. Das Selbstvertrauen wird geschwächt und Angst sowie Unsicherheit umtreibt die Menschen, auch der Kontakt mit den Mitmenschen, der Umwelt also wird inkongruent.
Werteänderungen:	Beziehungen, Rollen und Kommunikation verlangen situationsadäquate Änderungen. Auch das eigene ethische Wertesystem wird einer kritischen Überprüfung unterzogen.
Ressourcen für neue Anpassungsleistungen:	Die flexibleren Ansichten und Lebenseinstellungen sind zu aktivieren, das soziale Netz braucht Zuwendung/Hinwendung und das Bitten um Unterstützung und Hilfe ist herausgefordert. Viele weitere Ressourcen aus der Vergangenheit können hilfreich sein, wenn sie denn aktivierbar werden.
Umgang mit dem Familiengleich- oder Familienungleichgewicht:	Das Sich-Sorgen ist eine zentrale Kategorie für den Zusammenhalt und es endet erst mit dem Tod, nicht mit dem Wechsel eines Kontextes (z.B. von der Familie ins Heim). Die Sorge teilen sich Pflgende im Heim und zu Hause miteinander; so ist Respekt, Wertschätzung und gegenseitige Anerkennung substantiell für alle Beteiligten bedeutsam.

Das jeweilige Mikro-System Familie bewältigt enorme Aufgaben zu ihrem eigenen Erhalt; Versorgung, Beziehung und Erziehung sind die ihnen von der Soziologie zugeschriebenen Aufgabenbereiche. Was aber passiert, wenn sich

die Erziehungsaufgabe quasi verdreht und Kinder als nunmehr Erwachsene selber be-eltern und für die älter werdenden eigenen Eltern einstehen? Gerade der Versorgungsaspekt blieb lange Zeit ausgeblendet.

Was geschieht genau, wenn sich plötzlich die über ein langes Leben hinweg gepflegten Rollen des Versorgens drehen? Gewohnheiten, Verhaltensweisen sind meist sehr fest und unbeweglich. In der Verbindung mit den altersbedingten Einschränkungen werden sie dann plötzlich eine Herausforderung zur Veränderung und gewinnen eine intergenerationelle Bedeutsamkeit. Im Kontext von Demenz orientiert sich dieser Beitrag an dem Alzheimer Australien Guide (<https://fightdementia.org.au/sites/default/files/NATIONAL/documents/language-guidelines-full.pdf>).

Auch dann, wenn die Kommunikation ihre Grenzen erreicht, wenn einer der Partner in seiner Entwicklung Einbrüche erfährt, dann geht es immer um Bindung und Zugehörigkeit oder um deren Gegenteil, die Exklusion des neu entstandenen Problems.

D.h. die sozial Professionellen müssen sich mit Bindungsmustern, mit den Veränderungen in der Alltagsbewältigung des Lebens, mit den Rollenveränderungen und der neuen Aufgabenverteilung auseinandersetzen. Sie müssen eine gehobene Sensibilität für den Umgang mit den neuen Lebensumständen entwickeln und an der Neufindung von Beziehung, Bindung und Zielen begleitend mitarbeiten.

Betrachten wir das Sorgen umeinander in der Partnerschaft und der Familie hinsichtlich der Sinnsuche und Sinnfindung bei Einzelnen und Paaren, dann stellen sich etliche neue Herausforderungen für die Professionalität der sozialen und pflegerischen Berufe. Das alltägliche Bewältigen von Lebensaufgaben bedarf in den professionellen Diskursen der sozialen Arbeit (Soziale Arbeit und Pflege) einer deutlicheren Beachtung.

Sorgen und Sich-umeinander-Sorgen ist immer auch zu verstehen als Sinnggebung für die Familienmitglieder in ihrem Miteinander. Auf diesem Hintergrund mag ein kleiner philosophischer Exkurs bedeutsam sein, in dem die Sorge-Dimension aus ihrem Schattendasein in der Sozialen Arbeit wie in der Pflege herausgeführt wird.

3. Sorgen – Versorgen – Umsorgt sein

Beim Verständnis des Wortes ‚Sorge‘ kann grundsätzlich zwischen zwei Bedeutungen unterschieden werden: „zum einen ‚sorgen für‘ etwas oder jemanden im Sinne der Fürsorge, zum anderen ‚sich sorgen um‘ im Sinne des ängstlichen Besorgtseins“ (Kranz 1995: 1086). Der Sorge im Sinne von Pflege und Sorge für etwas oder jemanden‘ entsprechen die Wörter ‚cura‘ im Lateinischen und ‚care‘ im Englischen (ebd.: 1086). Wenn bei der ‚Fürsorge‘

als Sorge um das Wohlergehen eines anderen Menschen oft die Verpflichtung der Eltern für ihre Kinder im Vordergrund steht, z.B. im ‚Sorgerecht‘, so wird im Kontext von Alter der Blick auch auf eine Umkehrung gelenkt: die Sorge der erwachsenen Kinder für ihre alternden Eltern.

Sich-Sorgen und Für-jemanden-Sorgen ist eine mit der Seins- und Sinn-Frage verbundene Haltung. Die Frage nach dem Sinn von Sein hat besonders Heidegger beschäftigt (Heidegger 1979: 1), der ‚Sorge‘ als ‚Existenzial‘ bestimmt. Für Heidegger ist die Beschäftigung mit dem ‚Phänomen der Sorge‘ eine Vorbereitung der ‚Frage nach dem Sinn des Seins überhaupt‘ (ebd.: 183). Das ‚In-der-Welt-sein‘ ist ‚wesenhaft Sorge‘ (ebd.: 193). Das heißt, die Gestaltung des Alltags geschieht hauptsächlich durch die Sorge, und ‚Sorge ist immer (...) Besorgen und Fürsorge‘ (ebd.: 194): der Umgang mit dem ‚Zuhandenen‘ oder ‚Zeug‘, also dem Dinglichen, das nicht einfach nur vorhanden, sondern stets für etwas gut ist, wird als ‚Besorgen‘ bezeichnet, der Umgang bzw. ‚das Sein mit dem innerweltlich begegnenden Mitdasein Anderer als Fürsorge‘ (ebd.: 193; Hervorhebungen im Original).

Sich in Alter und Krankheit, bzw. bei zunehmender Gebrechlichkeit umeinander zu sorgen, ist eine tiefe Seinsqualität von Leben und Zusammenleben; dabei kann die Sorge auf den Leib, die Seele oder den Geist gleichermaßen oder in unterschiedlicher Gewichtung bezogen sein. Im Konzept der ‚engagierten Sorge‘ von Marliese Biederbeck (2006) werden diese beiden Bedeutungen – das unbestimmte, bedrückende Gefühl, hervorgerufen durch ein Sich-Sorgen, und die Fürsorge für einen anderen Menschen – miteinander verbunden.

Die Sorge der pflegenden Person um den Anderen ‚als Motor des Handelns‘ (ebd.:203) kann zur ‚Gefährdung der Pflegeperson‘ beitragen oder aber – bei entsprechender professioneller Begleitung und Unterstützung – eine ‚integrierende Wirkung‘ entfalten (ebd.: 204). Entsprechend stellt Biederbeck ‚der belastenden Dynamik engagierter Sorge eine förderliche Dynamik gegenüber‘ (ebd.: 293).

Wie kann nun das pflegerische Handeln und Beratung in pflegerisch relevanten Kontexten in der Logik dieser förderlichen Dynamik stattfinden?

Die *sorgende Haltung* wird reflektiert auf der Grundlage von Deutungsmustern, die weitere Handlungsspielräume eröffnen: im Sinne einer ‚reflektierten Haltung‘, die dazu beiträgt, ‚dass die Pflege einer engen Bezugsperson auf der Grundlage der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Gestaltungsmöglichkeiten geschieht und Defizite durch die Nutzung von Lernangeboten und Unterstützungsleistungen kompensiert werden‘ (ebd.: 235).

Das *fürsorgende Handeln* der Angehörigen ist auf die Entwicklung von Kompetenzen ausgerichtet und bezieht flexibel ‚Ressourcen der Information, Beratung, Unterstützung und Hilfe‘ ein, um ‚die Steuerung des

Pflegeprozesses sicher zu stellen und langfristig die Hauptpflegeperson für das Management der Sorgearbeit zu befähigen“ (ebd.: 237).

Pflegende Angehörige sind sich dann meist „der eigenen emotionalen Bedürfnisse bewusst und treffen Entscheidungen auf der Grundlage der eigenen Befindlichkeit“ (ebd.: 236). Die Bezugspersonen verfügen über umfangliches Wissen im Umgang mit dem erkrankten Menschen, sie „konzentrieren sich weniger auf die Heilung der Erkrankung als vielmehr auf die Erhaltung der Lebensqualität und berücksichtigen dabei die Beeinträchtigung durch die Krankheit“ (ebd.: 236), sie nutzen die „Förderung von Ressourcen, die dazu beitragen, die Einschränkungen zu kompensieren“ (ebd.: 236).

Biederbeck plädiert an dieser Stelle für ein Konzept der Ressourcenarbeit im Prozess des Empowerments, um die brachliegenden und blockierenden Energien freizusetzen (ebd.: 249).

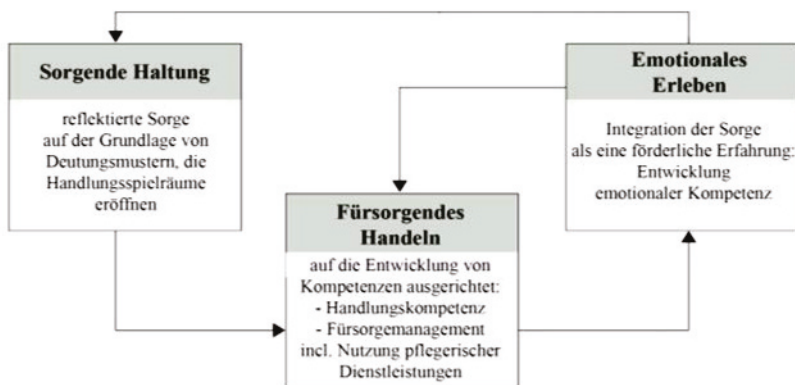


Abbildung 1: Die fördernde Logik engagierter Sorgearbeit (nach Biederbeck 2006, 249)

Diese drei Elemente (emotionales Erleben, sorgende Haltung und fürsorgendes Handeln) stehen untereinander in Beziehung, sie bedingen sich gegenseitig und konstituieren ihre Eigendynamiken (ebd.: 291). In dem Konzept der engagierten Sorgearbeit verbindet sich also das unbestimmte, bedrückende Gefühl, welches durch Sorgen hervorgerufen wird, mit der liebevollen Fürsorge für einen anderen Menschen (Zwicker-Pelzer 2014:53 f).

4. Die sorgende Haltung

In der Haltung eines Menschen drücken sich Rollenerwartungen, sowohl die eigenen Erwartungen, als auch Erwartungen bezogen auf die Mitmenschen gleichermaßen aus. So entsteht eine neue Identität, die in ein Verhalten mündet, sich für oder gegen die Pflege eines bedürftigen Familienmitglieds zu entscheiden. Ausschlaggebend für eine sorgende Haltung zu dem Hilfe bedürftigen Menschen ist das Sich-ihm-Zuwenden. Angehörige haben bis zur Erkrankung meist viel Zeit miteinander verbracht, sie wünschen dies auch in Zukunft tun zu können. Zugewandt-sein ist ein Konzept, das sich durch gegenwärtiges Erleben auszeichnet und gleichzeitig in die Zukunft gerichtet ist. Die sorgende Haltung basiert auf unterschiedlichen Voraussetzungen:

- 1) Reziprozität: die in der Vergangenheit erlebte wechselseitige Unterstützung, die jetzt fortgeführt wird;
- 2) Emotionale Verbundenheit: durch Liebe und Freude, aber auch Schmerz und Enttäuschung entstandene enge Beziehung;
- 3) Rollenerwartungen: Trotz fortschreitender Modernisierung und sich auflösender Rollen- und Familienbilder hat M. Biederbeck im Hinblick auf die familiäre Sorge klare Rollenerwartungen besonders bei den Frauen einer Familie festgestellt; von partnerschaftlicher Bewältigung der Pflegeaufgaben ist auch heute noch nicht selbstverständlich auszugehen.
- 4) Verpflichtungscharakter: Die Übernahme der fürsorgenden Haltung findet weitgehend statt durch die Identifikation mit dem traditionellen Frauenbild.
- 5) Interdependenz: Die Pflege oder Betreuung eines kranken Menschen wird von den Angehörigen nicht als einseitiges Abhängigkeitsverhältnis erlebt, sondern als wechselseitiges Angewiesensein, bedingt durch eine langjährige vorangegangene Beziehung auf der Grundlage von Vertrauen und Verlässlichkeit (Zwicker-Pelzer 2014: 53-55).

5. Das fürsorgende Handeln

Die sorgende Haltung drückt sich durch das fürsorgende Handeln aus. "Angehörige reagieren auf den Bedarf und versuchen durch ihr Handeln das Leiden zu verringern" (Biederbeck 2006: 127). Angehörige handeln so, dass ihr Tun ihnen angemessen erscheint, sie sehen meist keine andere Alternative. Fremdeinwirkungen durch Hilfeinanspruchnahme bringt das familiäre Gleichgewicht ins Wanken, es kann sogar als Gefahr empfunden werden. Gleichzeitig ist derzeit eine Zunahme der Offenheit für Hilfen über die familiären Leistungen hinaus zu beobachten und Angehörige scheinen den Hilfsangeboten von außen nicht mehr so verschlossen wie früher.

Biederbeck unterscheidet verschiedene Arbeitsaufgaben des fürsorgenden Handelns von Angehörigen:

- 1) Informationsbeschaffung: Über die Erkrankung selbst, den erwarteten Verlauf, andere Behandlungsmöglichkeiten. Informationen sind unerlässlich, um anstehende Entscheidungen entweder mit dem Kranken gemeinsam zu entscheiden oder seine Entscheidung zu verstehen und mitzutragen.
- 2) Hauswirtschaftliche Versorgung: Angehörige sind das Bindeglied zur Außenwelt, ihnen fällt somit die Aufgabe zu, die anfallenden praktischen, finanziellen oder versicherungsbedingten Anforderungen für den Kranken zu erledigen.
- 3) Vertrauen und Verlässlichkeit herstellen: besonders in Situationen, die unbekannt, neu oder angstausslösend sind, stellt das ‚Einfach-da-sein‘ der Bezugsperson eine wichtige Aufgabe dar.
- 4) Das fürsorgende Handeln drückt sich auch in belastenden Situationen im zugewandten Handeln aus, so dass für den Kranken eine vertraute und sichere Atmosphäre entsteht, die es in der Beratung zu wertschätzen gilt.

6. Das Emotionale Erleben in der Sorge um die kranke, pflegebedürftige Person

Emotionen als Gefühle in der Sorge um einen geliebten Menschen sind für Professionelle durchaus spürbar, sie entfalten sich in einem Zwischenraum von Belastungserleben und Zuversicht. Manchmal kann die Sorge nur indirekt erschlossen werden, wenn sich Angehörige z. B. sehr angespannt, still oder aggressiv verhalten. Biederbeck hat einige – auch für soziale Hilfen – relevante Faktoren beobachtet, die das emotionale Erleben der pflegenden Angehörigen bestimmen:

- 1) Die Reaktionen des Menschen bezüglich seiner Krankheit und die Reaktion der Angehörigen, die Fürsorge zu Teil werden lassen. Ob ein Mensch mit Erkrankung oder mit zunehmendem Alter mit Pflegebedarf sich passiv, ablehnend, unruhig, dankbar, geduldig oder ungeduldig verhält, hat einen direkten Einfluss auf die emotionale Lage der Angehörigen.
- 2) Ebenso ist bedeutsam, wie die Unterstützung durch informelle Helfer, z.B. das soziale Netzwerk und durch formelle Helfer, z.B. professionell Pflegenden, ÄrztInnen, TherapeutInnen, BeraterInnen von den Angehörigen als Hilfe wahrgenommen wird.
- 3) Das Bewusstwerden der Grenzen eigener Fürsorge, denn das Nichtstun-können in einer Situation, die man der vertrauten Person gerne ersparen würde, ist für die meisten Menschen nur schwer auszuhalten.

Die Gefühle der Angehörigen, egal, ob sie persönlich pflegen oder ‚nur‘ zu Besuch kommen, schwanken zwischen Hoffnung auf Besserung einerseits und andererseits Trauer über das Leid oder den Verlust. Selten zeigt sich ein emotional stabiler Zustand auch bei den Angehörigen. Biederbeck (2006) interpretiert diese Schwankungen vor dem Hintergrund der Polarität zwischen der belastenden Dynamik engagierter Sorgearbeit und die der förderlichen Sorgearbeit. Zwischen dem ‚Sorge erleben‘, der ‚sorgenden Haltung‘ und dem ‚fürsorglichen Handeln‘ besteht eine Wechselwirkung, diese kann zu einer spezifischen Eigendynamik im Prozess des Versorgens führen. Das jeweilige Sorge-Erleben von Angehörigen wirkt sich meist sehr direkt auf die Haltung und das Handeln in ihrer eigenen Pflgetätigkeit aus.

Beratung in der Pflege kann einen Beitrag dazu leisten, aus einem unreflektierten Sorgeempfinden heraus das Engagement für den pflegebedürftigen Menschen permanent zu reflektieren. Wenn der Sorgeprozess z.B. Beratung benötigt, dann ist für die professionelle Pflegeberatung die „Fähigkeit im Umgang mit Einstellungen und Emotionen der Angehörigen sowie das Wissen über das Zusammenwirken der drei konstitutiven Elemente“ bedeutsam (ebd.: 294).

Das ‚Sich-Sorgen‘ ist die zentrale Kategorie für den Zusammenhalt in Familien. Sich-Sorgen endet erst – wenn man das so sagen kann – mit dem Tod. Sie ist nicht alleine schon damit beendet, dass sich der Kontext wechselt, z.B. bei der stationären Unterbringung in einem Altenheim. Auch dort teilen sich im guten Falle die Sorge um den Bewohner sowohl die Angehörigen wie die professionell Pflegenden miteinander. Professionell Pflegenden benötigen diesen neuen Blick von Wertschätzung und Respekt, wobei die gegenseitige Anerkennung eine wichtige Basis darstellt (Zwicker-Pelzer 2011: 93-94).

7. Emotionalität – Generativität – Sorge als systemische Kompetenz

Hantel-Quitmann (1997) benennt zwanzig strukturelle und beziehungs-dynamische Faktoren, die die Verbundenheit, Autonomie, Gerechtigkeit, Loyalitäten etc. im familialen Gefüge zur Wirkung bringen. Die Forschungen des MRI (Mental Research Institute) in Palo Alto sind darin konstitutiv mit abgebildet:

Die Faktoren, die gesunde Familienbeziehungen ausmachen und bei Gesundheit, Krankheit, Alterung unterstützend und fördernd wirken, sind folgende:

- 1) die Fähigkeit, flexibel und kreativ mit den jeweiligen Entwicklungsanforderungen in den familiären Zyklen umzugehen
- 2) die Anpassungsfähigkeit an sich verändernde soziale und kulturelle Bedingungen
- 3) die Fähigkeit zur Problembewältigung und Konfliktlösung
- 4) die Fähigkeit zur offenen und direkten Kommunikation
- 5) das Ernstnehmen der Kinder und ihrer Bedürfnisse und Wünsche durch die Eltern, ohne diesen jeweils nachgeben zu müssen (Anmerkung der Verfasserin: auch bezogen auf die alternden Eltern)
- 6) die Akzeptanz von Unterschieden zwischen den Menschen einer Familie in Bezug auf Charakter, Neigungen, Interessen, Fähigkeiten usw.
- 7) die Fähigkeit, allen Mitgliedern einen möglichst großen Raum an Entwicklungsmöglichkeiten einzuräumen (Co-Evolution, bezogene Individuation, Verhältnis von Autonomie und Abhängigkeit), ohne dass die wechselseitige Bezogenheit verlorengeht
- 8) die Anerkennung der Tatsache, dass die ungleiche Behandlung von großen und kleinen Kindern durchaus gerecht und gut sein kann
- 9) ein Bewusstsein über die Geschichte der Familie im weitesten Sinne
- 10) eine flexible Aufteilung von Raum, Zeit, Geld und Liebe in der Familie
- 11) die Fähigkeit, Nähe und Distanz bzw. Gemeinschaft und Individualität flexibel zu handhaben
- 12) das Wahren und Respektieren von Grenzen zwischen den Generationen, den Geschlechtern und den einzelnen Menschen
- 13) das Respektieren von gemeinsam geschaffenen Regeln für den Umgang im Alltag, bei Konflikten, in der Erziehung usw.
- 14) ein gemeinsames Wertesystem bezüglich moralischer und ethischer Werte, das auch übergeordnete Sinn- und Seinsfragen zulässt oder thematisiert

- 15) die Fähigkeit zu einem guten Streit, der sich dadurch auszeichnet, dass die Beteiligten sich nicht niedermachen oder entwerten, sondern im Kontakt bleiben
- 16) die Fähigkeit, eigene Gefühle zeigen zu können und diese respektiert zu wissen
- 17) die relative Balance von Geben und Nehmen oder Soll und Haben, die zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich sein kann
- 18) klare und eindeutige Strukturen der Familie; dazu gehört eine interne Hierarchie, eine Rollen- und Funktionsverteilung, die keine Macht ausspielt
- 19) eine eigene Sprache (Metaphorik, Symbolik) der Familie, die nicht nur aus Worten, sondern auch aus Handlungen bestehen sollte
- 20) Respekt und Wertschätzung für die anderen Menschen, damit das Staunen auch dort Platz finden kann, wo alle sich gänzlich bekannt zu sein scheinen (Hantel-Quitmann, 1997: 8ff.; Zwicker-Pelzer 2011: 95f.).

Der systemisch-dynamische Blick zeigt, dass nicht nur die Eltern oder einzelne Partner, sondern die ganze Familie altert. Wenn nun auch dem Altern bedeutsame Wachstumsdimensionen zugeschrieben werden, dann ist es wichtig, wie die Familie als Ganzes ihr eigenes Wachstum reflektiert und sich den Neuentwicklungen stellt oder gar verweigert. Ein familiendynamisch gut begleiteter Prozess im Umgang mit Krankheit und Alter bietet eine große Chance für alle Beteiligten. Es stellt sich im aktionsforschenden Prozess immer wieder heraus, dass zufriedene Angehörige die Veränderungsprozesse im familialen Gleichgewicht besser begleiten können, die alten oder kranken Menschen sich persönlich zufriedener fühlen (Emme von der Ahe/Weidner/Laag/Blome 2012)¹.

8. Vom guten Umgang mit Schwächen

Eine Herausforderung für die Familien ist es, sich der eigenen Ressourcen immer wieder neu zu vergewissern: was sie bislang gemeinsam gut gemeistert haben, was ihnen schwer fiel und wie sie über die Jahre hinweg konfliktreiche Situationen trotz widriger Umstände bewältigt haben. Wie löste die Familie das jeweilige Schwach-sein-dürfen, ist Schwäche in der Familie überhaupt

1 Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe II Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI Köln, Minden: MV-Wissenschaft. Verfügbar unter: http://psmi.paritaet-nrw.org/progs/parisozial/ps/minlue/content/e692/e5957/e6665/e6827/AbschlussberichtEDe_II_Web_aktualisiert.pdf [Zugriff 30.9.2013].

erlaubt, oder ist die Familie ebenfalls von der Jung-Sein-Vitalitätsregel geblendet und meidet Gespräche über Schwächen, Gebrechen und Hilfebedürftigkeit?

Gut und gesund ist es, die Schwächen wie die Stärken im Blick zu halten und mit Freude und Demut, mit Dankbarkeit und den offenbleibenden Forderungen immer wieder neu ein ausbalancierendes Verhältnis zu suchen.

9. Die Bedeutsamkeit, Hilfe annehmen zu können

Sowohl die sogenannten alten Alten, als auch die jungen Alten suchen nach neuen Umgangsmodalitäten mit den zur Verfügung stehenden professionellen Hilfen, die zudem noch gesetzlich hinterlegt sind. Wer bislang sein Leben autonom und selbständig meistern konnte, braucht etwas mehr Zeit, sich mit der Inanspruchnahme von Hilfen anzufreunden. Gerade rund um das Alter und die Pflege sind über die Jahre hinweg gesellschaftlich zunehmend mehr Hilfen verschiedenster Art bereitgestellt. Allein an der Inanspruchnahme hapert es; manchmal fehlen die Informationen über die Hilfen, gewichtiger aber erscheinen die Schwierigkeiten im Annehmen-Können. Hilfen annehmen können scheint immer noch mit einem Schwäche-Makel verbunden zu sein, einem Zugestehen der eigenen Unzulänglichkeit. Die Umdeutung dieser Kompetenz hat bislang nur begrenzt stattgefunden.

Sowohl die Kontextverbundenheit, wie auch die Kontextabhängigkeit nehmen mit dem Älterwerden einer Familie zu. Die sinkende Kinderzahl spielt künftig hinsichtlich der Versorgungsleistungen und des Ausgleichs innerhalb von Familien eine nicht unerhebliche Rolle. Bei derzeit statistischen 1,47 (statistisches Bundesamt o. J.) Kindern pro Familie im Bundesdurchschnitt kann an dieser Stelle zum Nachdenken angeregt werden über das hohe Maß an Verantwortung, das den vielen Einzelkindern in der mittleren und späteren Lebensphase alten und betagten Eltern gegenüber bevorsteht. Auch hat der Wandel der Arbeitswelt und das in ihr geforderte hohe Maß an Mobilität nicht nur Einfluss auf die jungen erwerbstätigen Menschen, sondern auch im Hinblick auf die Generationen und die intergenerationellen Fürsorgedimensionen.

Das soziale Netz auch über die Familie hinaus, gewinnt im Alter eine neue Dimension. Miteinander als Freunde oder Nachbarn alt zu werden, sich selbstverständlich kontextabhängig zu verstehen, gelingt derzeit nur brüchig oder in Ansätzen. Experten hypothesieren, dass dies den künftigen alten Menschen (teilweise mit Ressourcen aus früheren Wohngemeinschaftserfahrungen) möglicherweise besser gelingen mag (u.a. Niejahr 2005: 147ff.).

Allein die Begrifflichkeit der Abhängigkeit – auch die der Kontextabhängigkeit – scheint mit zunehmendem Lebensalter stärker negativ besetzt zu sein: Vielleicht ist hier eine positivere Konnotation notwendig und hilfreich, die Menschen selbstverständlich als gleichermaßen *kontextverbunden* und *kontextgebunden* versteht.

10. Kontextverbunden und Kontextzugehörig

Die soziale Vernetztheit von Menschen spielt in allen Lebensphasen eine große Rolle. Durch gesellschaftlich markante Individualisierungsprozesse wird die sehr konkrete Erfahrung von Verbundenheit und Zugehörigkeit verhindert. In den schwierigen Lebensphasen mit Einschränkungen und Beeinträchtigungen durch Krankheit oder Alter stellt sich zunehmend die Frage nach den Dispositionen von Menschen, die sie zugewendet auf Verbundenheit werden lässt (Zwicker-Pelzer 2015: 142f.).

Meine Forschungstätigkeit im Ede-Projekt und die darin erforderlichen systemischen Fallkonferenzen, Fallbesprechungen und die fachliche Reflexion auf dem Hintergrund der systemisch-familiendynamischen Theoriebezüge regten mich dazu an, verschiedene Typologien auszumachen. Wenngleich es ein Wagnis bedeutet Typologien zu erstellen, mir drängen sich für das Meistern schwieriger Lebensumstände vier Typen auf, die ich im Folgenden markieren möchte:

Typ 1: Die honorisch Alleinlebenden

Immer noch oder immer wieder erfahren Menschen das Geschenk der Kontext-/Familienverbundenheit nicht und nach wie vor gibt es Menschen, die doch noch ‚alleine krank‘ sind. Stationäre Kontexte sind für sie eine wichtige Bezugsgröße sozial und räumlich eine neue Art und Herausforderung um Heimat zu finden. Auch die sog. Altersarmut ist meist nicht nur ein Phänomen wirtschaftlicher Art, sie umfasst auch die ‚Armut an Beziehungen‘. Pflegekräfte beobachten dieses Phänomen immer häufiger, nicht orientierte oder desorientierte Patienten fordern sie neu heraus. Weil es z.B. ohne Dach lebenden Menschen im stationären Lebensvollzug schnell ‚zu eng‘ wird, entlassen sich Menschen selbst; spricht: sie sind auf einmal verschwunden und weg und zum guten Entlassungsmanagement kommt es nicht mehr.

Typ 2: Die Abgegebenen

Angehörige checken ins Heim, ins Krankenhaus ein, sie geben ihren Patienten/Bewohner ab und sind häufig in der Folgezeit nicht mehr zu sehen. Zurück bleiben alte und kranke Menschen mit Sehnsüchten nach ihrer Familie; vermehrt erzählen sie den Betreuenden und Pflegenden mit viel Nostalgie die schönen Dinge ihrer Familiengeschichte, oft ohne ein Ende zu finden. Das Fehlen, also die Nichtpräsenz der Angehörigen, deren Absentismus erscheint an der Oberfläche und im Alltäglichen wie eine ‚Verkehrung ins Gegenteil‘. Nur so erscheint die Beziehungsferne erträglich für manch einen alten oder kranken Menschen.

Typ 3: Die Zuvielkümmerer

Die Angehörigen sind überfürsorglich und dauernd präsent. Sie fragen nach diesem und jedem, sie wirken besorgt, obwohl der neue Aufenthalt des Angehörigen gut erscheint. Meist kompensieren sie damit das häusliche oder familiäre ‚Nicht-mehr-versorgen-können‘ über distanzschaffende Kontexte der Altenpflege- oder Krankenpflegeeinrichtung. Das intensive Kümern wird von den Fachkräften in vielen Fällen kontrollierend, wenig kooperativ und höchstanstrengend erlebt. Mit viel Gelassenheit von Seiten der Fachkräfte gilt es, den Angehörigen Sicherheit zu vermitteln, ihre Sorgen ernst zu nehmen und sie um ihr Vertrauen zu bitten. Erschwerend wird die Lage dann, wenn sich der Bewohner/Patient mit der einen oder anderen Fachkraft verbindet und so Neid und Eifersucht bei den Angehörigen provoziert wird und dieser die sog. Triangulation der Beziehungen prägt.

Typ 4: Die kooperierend Zugewandten

Auch sie gibt es, die kooperierenden und zugewandten Angehörigen. Sie sind neugierig, verstehend und mit einem auslancierten Nähe-Distanz Verhaltenskodex ausgestattet. Sie folgen den Wünschen des Bewohners/Patienten, drängen sich nicht auf, ersetzen, ergänzen manchmal die pflegerischen Handlungen. Die Fachkräfte wissen meist die Zeiten der Besuche, und was die Angehörigen bevorzugt mit ihrem Zugehörigen gerne einbringen und tun können. Die Bewohner/Patienten genießen das sensible Fließgleichgewicht der Beziehungsgestaltung aller Beteiligten sehr.

11. Ausblick

Zu dieser geduldigen, neugierigen und kooperativen Haltung den Angehörigen gegenüber will dieser Beitrag anregen. Das primäre Bezugsfeld Familie hat lebenslang eine hohe Wirkmächtigkeit für das gesunde alltägliche Wohlbefinden eines jeden Menschen. Die Regulation von Nähe und Distanz bleibt eine Kernherausforderung für die professionell sozial Handelnden in diesem Geschehen. Eine Sprache finden, die diese Sensibilität anregt, sie zu tiefst ernst nimmt, dies ist eine weitere fachlich nicht zu unterschätzende Kompetenz dabei. Dieser Beitrag will die Fachlichkeit für das emotional-soziale Gefüge der sorgenden Familie und ihr Ringen um ein je neues Gleichgewicht (Homöostase) im Umgang mit all den Veränderungen anregen.

Für die Profession der Pflegefachkräfte bedeutet dies mit der Aktivierung, der Ressourcenorientierung ernst zu machen und die Selbstbestimmtheit von Patienten und Bewohnern in ihrem Kern einzuüben, die Teilhabe der Angehörigen nicht als Nebenwerk zu verstehen.

Der Profession steht die Leitorientierung der defizitorientierten Diagnostik oft im Wege. Herausgefordert wird die eher sozialarbeiterisch fundierte ressourcenorientierte Sicht der Dinge und Prozesse und die Haltung der Subjektstellung von Kranken und Alten, das Wissen um die Bedeutsamkeit eines geschmeidigen Miteinanders von Angehörigen und den betroffenen Alten oder Kranken. Angehörige sind nicht der verlängerte Arm der Professionellen, sondern die Sicherheit und Verbundenheit spendende Instanz in den neuen Herausforderungen der Lebensbewältigung.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bateson, G. (1987): Geist und Natur. Eine notwendige Einheit. Frankfurt: Suhrkamp.
- Beushausen, J. (2013): Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Biederbeck, M. (2006): Interaktion zwischen chronisch kranken Menschen und pflegenden Angehörigen. Dissertation, Universität Bremen.
- Els, A. (2010): Sorge und Fürsorge der pflegenden Angehörigen – Wirkung in Pflege und Beratung. Unveröffentlichte Masterarbeit. Köln: KatHO NRW.

- Emme von der Ahe, H./Weidner, F./Laag, U./Isfort, M./Meyer, S. H. (2010): Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Endbericht_EDe_Entlastungsprogramm_bei_Demenz.pdf [Zugriff: 08.07.2016].
- Emme von der Ahe, H./Weidner, F./Laag, U./Blome, S. (2012): Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe II. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Köln, Minden: MV-Wissenschaft. Verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Abschlussbericht_EDe_II_Web_aktualisiert.pdf [Zugriff: 08.07.2016].
- Frevel, B. (Hrsg.) (2004): Herausforderung demografischer Wandel. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gebert, A./Schmidt, C./Weidner, F. (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Reihe: Pflegeforschung, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Hantel-Quitmann, W. (1997): Beziehungsweise Familie, Bd. 3. Freiburg: Lambertus.
- Hantel-Quitmann, W. (2013): Basiswissen Familienpsychologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heidegger, M. (1979): Sein und Zeit. 15. Aufl. [1. Aufl. 1927] Tübingen: Niemeyer.
- Kluge, J./Faßbender, H. (2006): Perspektive Deutschland – was die Deutschen wirklich wollen. Berlin: Econ.
- Kranz, M. (1995): Art. Sorge. In: J. Ritter/K. Gründer (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 9, Sp. 1086-1090. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Liechti, J./Liechti-Darbellay, M. (2011): Im Konflikt und doch verbunden. Der systemtherapeutische Einbezug von Angehörigen – Ressource und Herausforderung. Heidelberg: Carl-Auer.
- Mönig, M. (2011): Eltern pflegen – Herausforderung für die Partnerschaft. Unveröffentlichte Masterarbeit. Köln: KatHo-NRW.
- Wright, M. L./Leahey, A. (2014): Familienzentrierte Pflege. Bern: Hogrefe.
- Niejahr, E. (2005): Alt sind nur die anderen. So werden wir in Zukunft leben, lieben und arbeiten. Frankfurt: Fischer
- Otten, D. (2009): Die 50+ Studie. Reinbek: Rowohlt.
- Portele, G. (1989): Autonomie, Macht, Liebe. Frankfurt: Suhrkamp.
- Safranski, R. (2009): Ein Meister aus Deutschland. Heidegger und seine Zeit. Frankfurt: Fischer.
- Schubert, I. (2015): Unterstützung zum Wohlbefinden bei plötzlicher Krankheit im Alter. Verwirklichungschancen in Biografie und Interaktion. Kassel: university press GmbH.
- Statistisches Bundesamt (o. J.): Zusammengefasste Geburtenziffer. Online unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/AktuellGeburtenentwicklung.html> [Zugriff: 11.07.2016].
- Wacker, M. (2011): Demenz in der Partnerschaft als Herausforderung für die Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Unveröffentlichte Masterarbeit. Köln: KatHo-NRW.
- Wiedemann, H.-G. (2013): Altern ist (k)eine Achterbahn. Frankfurt: Publik-Forum.

- Zwicker-Pelzer, R./Hoff, T. (2015): Beratung und Beratungswissenschaft. Baden-Baden: Nomos.
- Zwicker-Pelzer, R. (2014): In: Bauer, P./Weinhardt, M.(Hrsg.): Perspektiven sozialpädagogischer Beratung. Weinheim: Beltz, S. 47-63.
- Zwicker-Pelzer, R. (Hrsg.) (2013): Alter und Älterwerden – eine Herausforderung für Systemikerinnen und Systemiker. Kontext Bd. 44, Heft 3. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zwicker-Pelzer, R./Geyer, E./Rose, A. (2011): Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung. Opladen: Budrich.
- Zwicker-Pelzer, R. (2010): Beratung in der sozialen Arbeit. Bad Heilbrunn: UTB/Klinkhardt

Ein kurzer Ausblick: Familiäre Versorgung im gerontologischen Kontext – Perspektiven für die (Teilhabe-)Forschung und Politik

Liane Schirra-Weirich

1. Einführung

Teilhabe-forschung ist zu verstehen als ein transdisziplinärer Ansatz in der Erforschung sozialer Tatbestände und der Teilhabe-chancen von Menschen unter den Bedingungen gesellschaftlicher Realität. Aus soziologischer Perspektive gilt es die strukturellen Bedingtheiten von Teilhabeoptionen zu identifizieren und die damit verbundenen Handlungschancen und -grenzen zu erfassen. Ein so angelegter Blickwinkel eröffnet neue Perspektiven auf Forschungsfragen und politische Handlungsansätze.

Gerontologische Teilhabe-forschung begreift die Lebensphase Alter und Alternsprozesse sowie gegebenenfalls entstehende Unterstützungsbedarfe nicht als persönliche Schicksale, sondern als komplexe Lebenssituationen in einer gegebenen Gesellschaft, die sich aus dem wechselseitigen Verhältnis von Individuum und Gesellschaft konstituieren. Alter(n)sbezogene Teilhabe-forschung nimmt in den Blick, wie ältere Menschen in die verschiedenen gesellschaftlichen Lebensbereiche einbezogen werden, wie soziale Mechanismen des Ein- und Ausschließens wirken und welche Aktivitäten und Bedingungen die Teilhabe von Menschen im Alter fördern oder erschweren. Wie müssen Unterstützungssysteme, Regelwerke und Praktiken gestaltet sein, um eine gleichberechtigte Teilhabe von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf zu fördern?

Gerontologische Teilhabe-forschung setzt die Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen voraus und fordert dazu auf, sich an praxisrelevanten Aufgaben zu orientieren und Praxiswissen in die Forschung zu integrieren. Unter dem Stichwort Intersektionalität werden in der alter(n)sbezogenen Teilhabe-forschung Zusammenhänge zwischen diversifizierenden sozialen Kategorien wie Migration, soziales Milieu, Weltanschauung und Geschlecht untersucht, um besser zu verstehen, wie eine Gesellschaft mit Vielfalt umgehen kann.

Der demografische Alterungsprozess stellt große Herausforderungen an die Gestaltung inklusiver gesellschaftlicher Strukturen. Der steigende Anteil älterer Menschen und der parallel sinkende Anteil jüngerer Alterskohorten erfordern gesellschaftliche Anpassungsleistungen auf der Mikro-, Meso- und

Makroebene (Janßen et al. 2007). Teilhabeorientierte Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen müssen lebenslagensensibel auf individuelle Bedarfe zugeschnitten und nachhaltig, d. h. verlässlich und wirtschaftlich tragbar, weiterentwickelt werden. Hierbei ist die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen hinsichtlich der ‚Lebensphase Alter‘ und ihrer Konsequenzen für die Teilhabe älterer Menschen (Graefe 2013; BMFSFJ 2010) ebenso wichtig wie die Berücksichtigung der Vielfalt von Lebenslagen („Intersektionale Sensibilität“) (DGGG 2011).

Im Fokus des KF Alter(n) und Teilhabe des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung stehen ältere und hochaltrige Menschen mit gesundheitsbezogenem Unterstützungsbedarf im Kontext ihrer informellen sozialen Netzwerke (z. B. Familie, Angehörige, Nachbarschaften) und Milieus, die ein möglichst selbstbestimmtes Altern in Wohlbefinden und sozialer Teilhabe ermöglichen oder erschweren. Unterstützungsstrukturen kommt hinsichtlich der Chancen zur Teilhabe eine wichtige Funktion zu. In diesem Zusammenhang sind mittlere und jüngere Generationen konsequent mitzudenken, da sie eine Vielzahl von Unterstützungsleistungen erbringen oder koordinieren und damit in ihren Möglichkeiten der selbstbestimmten Teilhabe und Gestaltung ihres Daseins (z.B. ‚Vereinbarkeitsfrage‘) determiniert sind. Dieser Blickwinkel trägt demnach der Notwendigkeit Rechnung, die Teilhabe älterer und hochaltriger Menschen nicht alleine bezogen auf persönliche Ressourcen und Beeinträchtigungen der selbstständigen Lebensführung zu verstehen. Vielmehr sind die unmittelbaren Bezugspersonen aus jüngeren Generationen als bedeutende Akteure im Kontext altersbezogener Unterstützungssysteme verstärkt in den Blick zu nehmen, potenzielle Chancen ebenso wie Probleme und ihre ggf. gesundheitsrelevanten Folgen zu thematisieren. Beiträge zur Lösung der beschriebenen Herausforderungen und zur Erweiterung von Teilhabechancen erfolgen unter der Perspektive von Alter(n) und Teilhabe durch

- 1) die transdisziplinäre Entwicklung (präventiver) Versorgungskonzepte und Wohlfahrtsangebote
- 2) die wissenschaftliche Begleitung der Implementierung neuer Konzepte in dialogischen Prozessen mit den Zielgruppen und Praxisakteuren,
- 3) die Evaluation bestehender Unterstützungsstrukturen (formell/informell) im Versorgungsalltag.

Die familiäre Versorgung bedeutet den intra- oder intergenerationalen Austausch von Leistungen zwischen Familienangehörigen bzw. sich sozial nahe stehenden Personen. Mit den Versorgungsleistungen sind neben physischen, psychischen, finanziellen auch emotionale und affektive Ausgleiche verbunden. Diese führen in negativer Hinsicht zu Belastungssituationen, müssen allerdings nicht notwendigerweise negativ

wahrgenommen werden. Unabhängig von der existierenden Deutung führen die Versorgungsleistungen zu gegenseitiger Bezogenheit und damit gegenseitiger Bedingtheit.

Aufgrund der gegenseitigen Bedingtheit ergeben sich für die Beteiligten von dem jeweiligen Gegenüber abgeleitete Teilhabechancen, die jeweils an den Bedingungen seiner Teilhabe gespiegelt werden. Teilhabe im soziologischen Sinne, kann daher verstanden werden als die Einbeziehung von Individuen in Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse, welche auch in der gegenseitigen Abhängigkeit der Beteiligten im familiären Versorgungskontext deutlich zu Tage tritt. Herausforderungen für Teilhabe sind für alle Beteiligte gekoppelt an Fragen wie: Wer hat welchen Spielraum für Entscheidungs- und Willensbildungsprozesse und wie wird hierdurch das verfügbare soziale Kapital des zu Versorgenden und des Versorgenden beeinflusst?

Damit findet unweigerlich eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Gerechtigkeitskonzepten sowie mit normativen Vorstellungen gegenseitiger Sorgemodelle unter dem Blickwinkel der Generationengerechtigkeit statt.

2. Hintergründe der besonderen gesellschaftlichen Herausforderungen

Familiäre Versorgung im Kontext der gerontologischen Teilhabeforschung wirft in zweifacher Hinsicht neue Fragestellungen auf und verweist auf die Notwendigkeit neuer Handlungsansätze. Hierbei kann in klassisch soziologischer Perspektive zwischen der strukturellen und der subjekt-orientierten Perspektive differenziert werden.

Strukturelle Perspektive

Unter gesellschaftsstruktureller Perspektive hat der Wandel des demografischen Aufbaus der Gesellschaft eine determinierende Bedeutung. Die zentralen Aussagen der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, die für die hier vorliegende Fragestellung von Relevanz sind, lassen sich fokussiert wie folgt zusammenfassen¹:

- 1) Im Jahr 2060 wird der Anteil der jungen Menschen unter 20 Jahren auf 16 Prozent (2013: 18 %) sinken.

¹ Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. 2016. Seite 8.

- 2) Ebenso wird der Anteil der 20 bis unter 65-jährigen auf 51 bzw. 52 Prozent² sinken (2013: 61 %).
- 3) Zeitgleich steigt der Anteil der 65 Jahre und älteren auf 32 Prozent bzw. 33 Prozent (2013: 21 %).
- 4) Es werden fast doppelt so viele 70-jährige leben wie Kinder geboren werden.
- 5) Insbesondere die Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird anwachsen und 2050 10 Mio. umfassen, während sie bis 2060 wieder auf 9 Mio. zurückgehen wird (2013: 4,4 Mio.). Die Gruppe der Hochaltrigen wird etwa 13 Prozent der Gesamtbevölkerung umfassen.
- 6) Das Erwerbspersonenpotential verkleinert sich signifikant von 38 auf 34 Mio. Das bedeutet eine Reduktion dieser Gruppe um 23 Prozent bis 30 Prozent gegenüber 2013 (44-45 Mio.).

Die demografischen Veränderungen führen zu einer starken Verschiebung in den Relationen zwischen Alt und Jung. Diese Fakten werden in der Regel mit der plakativen Aussage umschrieben: Wir werden älter, weniger und bunter, wobei unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen im gerontopsychiatrischen Bereich der Begriff ‚dementer‘ ergänzt werden kann. ‚Älter‘ resultiert aus der steigenden Lebenserwartung, ‚Weniger‘ spricht die Geburtenrate von durchschnittlich 1,4 Kindern an, wodurch die Netto-reproduktionsrate kontinuierlich sinkt. Aufgrund der existierenden Zuwanderungsraten wächst die Gruppe der Personen mit Migrationsgeschichte (‚bunter‘). Durch den zunehmenden Anstieg der Zahl der Menschen mit Demenz wird das Kriterium ‚dementer‘ zu einem weiteren entscheidenden Beschreibungsfaktor für zukünftige gesellschaftliche Gestaltungsaufgaben. Bis zum Jahr 2050 wird von einer Zahl von rd. 3 Mio. Menschen mit Demenz ausgegangen, was im Vergleich zu 2016 eine Verdopplung bedeuten würde (Bickel 2014).

Gesellschaftsstrukturell bedingen die Aspekte ‚Älter‘ und ‚Weniger‘ höhere Anforderungen an funktionierende Netzwerke. Die familialen Netze werden aufgrund der sinkenden Geburtenzahlen kleiner. Zeitgleich sind die familialen Netze in Folge der Flexibilitäts- und Mobilitätsanfordernisse des Arbeitsmarktes weniger lokal, sondern stärker multilokal organisiert (siehe auch Beitrag Steinfurt-Diedenhofen in diesem Band). Nicht nur, dass damit die Gefahr der Überforderung steigt, sondern auch die Option des geringer werdenden Umfangs von familiären Versorgungsleistungen ist in den Blick zu nehmen (Blinkert 2007).

2 Die unterschiedlichen Prozentwerte basieren auf den unterschiedlichen Modellrechnungen, die zugrunde gelegt werden und von schwächerer oder stärkerer Zuwanderung ausgehen (Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. 2016. Seite 7.

„Bunter“ und „dementer“ fordert die Gesellschaft auf mit bisher nicht bis wenig bekannten Situationen umzugehen. Menschen mit Migrationsgeschichte sind mit der Frage konfrontiert, ob sie in Deutschland altwerden möchten. Ebenso sind Institutionen der Altenarbeit aufgefordert, kulturell sensible Konzepte zu entwickeln. Hier erhalten z.B. Fragen der kultursensiblen Unterstützungs-, Hilfs- und Pflegeangebote ebenso Relevanz wie der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Der steigende Anteil von Menschen mit demenziellen Veränderungen erfordert einen offenen Umgang mit der Thematik. Hierzu ist es erforderlich, das Thema „Demenz“ zu enttabuisieren. Des Weiteren ist Sensibilität dafür zu schaffen, die Versorgung des Menschen mit Demenz aus der individualisierten Verantwortlichkeit des zu versorgenden Angehörigen zu lösen. Hier gilt es eine gesellschaftliche Sichtweise zu entwickeln, die ermöglicht, Demenz als große soziale Gestaltungsaufgabe der Zukunft anzuerkennen (Gronemeyer 2013).

Durch die Verschiebung des Altersaufbaus der Gesellschaft zu Gunsten der höheren Altersgruppen erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit für ein höheres Ausmaß an Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Aufgrund der Tatsache, dass ungefähr 75 Prozent der versorgungsbedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld lebt, ergibt sich ein hoher Bedarf an formellen und informellen Unterstützungsleistungen. Die formellen Unterstützungsleistungen werden über professionelle Dienste und Pflegekräfte erbracht. Der informelle Unterstützungspart erfolgt häufig aus dem sozialen Nahbereich der Kernfamilie, vorrangig von den weiblichen Mitgliedern der Familien- (Ehe-)Partnerinnen und (Schwieger-)Töchter. Sie übernehmen, in den letzten Jahren leicht rückläufig, immer noch einen hohen Anteil (circa 3 von 4 Hauptbezugspersonen sind weiblich) informeller Unterstützungs- und Versorgungsleistungen (Schirra-Weirich 2015). Die Übernahme von familiären Versorgungsaufgaben – insbesondere in intragenerationalen Versorgungsarrangements – geht häufig einher mit der Reduzierung oder der vollständigen Aufgabe der Berufstätigkeit. Da aber die Teilhabe am Erwerbsarbeitsmarkt determinierend für die eigenständige soziale Absicherung im Alter ist, birgt die derzeitige unzureichende sozialversicherungspflichtige Absicherung familiärer Betreuungs- und Versorgungsaufgaben ein potentielles Armutsrisiko insbesondere für Frauen (siehe auch Beitrag von Schönig in diesem Band). Mit dem Wechsel aus dem Erwerbstätigenstatus in die Rolle der Versorgungsperson wird das Risiko der eigenständigen ökonomischen Ausstattung im Alter in großen Teilen individualisiert.

Ausgehend von den Veränderungen der quantitativen Relationen der Generationen gilt, dass die mittlere Generation der 20 bis 65-jährigen deutlich an zahlenmäßiger Dominanz verliert, bei gleichzeitiger massiver Verantwortlichkeit für die Betreuungs- und Versorgungsaufgaben gegenüber der jüngeren und vor allem der älteren Generation. Die so genannte Sandwich-

Generation wird zum zentralen Akteur in der gesundheitlichen Versorgung hilfs- und unterstützungsbedürftiger Personen vorrangig für das höhere und hohe Lebensalter.

Subjekt-orientierte Perspektive

Dem Konzept der Versorgung von hilfe- und unterstützungsbedürftigen Personen im häuslichen Kontext über familiäre Versorgung kommt aufgrund des existierenden Generationenvertrages eine hohe normative Bedeutung zu. Dies wird darüber hinaus auch über das gesundheitspolitische Paradigma ‚Ambulant vor stationär‘ zum makropolitischen und gesellschaftsprägenden Handlungskonzept erhoben.

Die Versorgungsleistungen können in intra- und intergenerationalen Setting erbracht werden (Schirra-Weirich im Erscheinen). Die intragenerationalen Versorgungsarrangements sind dadurch gekennzeichnet, dass der zu versorgende Mensch und die versorgende Person in einem ähnlich (hohen) Alter sind. Dies korrespondiert vielfach mit bereits bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen bei den versorgenden Angehörigen. Damit sind höhere Gefahren für weitere gesundheitliche Belastungen des versorgenden Angehörigen verbunden. Dies wiederum steigert das Risiko für die Instabilität der Versorgung des hilfs- und unterstützungsbedürftigen Menschen.

Das intergenerationale Versorgungssetting ist durch ein generationenübergreifendes Hilfe-Konstrukt gekennzeichnet. Es handelt sich um einen beachtlichen Altersunterschied zwischen der zu versorgenden und der versorgenden Person. In der Regel handelt es sich hier um eine Kind-Eltern-Relation. Damit befindet sich die versorgende Person nicht selten in einer Sandwich-Position, in der Herausforderungen aus den Lebenskontexten beider Beteiligten mit ihren jeweiligen generationalen Kontexten bewältigt werden müssen. Einerseits resultiert hieraus ein erhöhtes Risiko für eine instabile Versorgung der zu versorgenden Person. Andererseits besteht ein steigendes Risiko für eine instabile Situation des versorgenden Angehörigen aufgrund seiner multiplen Herausforderungen aus beiden persönlichen Kontexten.

Unabhängig, ob es sich um ein intra- oder intergenerationales Versorgungsarrangement handelt, sind die Teilhabechancen aufgrund der Versorgungssituationen determiniert. Die Ermöglichung von Entlastung und die Vermeidung von sozialer Isolation steigern die Teilhabeoptionen beider Parteien im Versorgungsarrangement. Hier gilt es u.a. alltagstaugliche und teilhabeorientierte Beratungs- und Unterstützungsangebote zu entwickeln und diese möglichst wohnortnah bzw. zugehend zu implementieren (siehe Beitrag Schirra-Weirich/Wiegelmann in diesem Band).

3. Fragen an Forschung und Politik

Durch die demographische Entwicklung der Gesellschaft und durch die Pluralisierung individueller Lebensformen, gerät das informelle Sorgepotenzial unter Druck. Dem gesellschaftsrelevanten und vorherrschenden Narrativ der familiären Versorgung im häuslichen Kontext stehen die gesellschaftlichen Veränderungen entgegen.

Ausgehend von der Annahme, dass Menschen am sozialen Leben in verschiedenen Facetten teilhaben wollen, stellt sich die Frage, wie sich Teilhabechancen für zu versorgende und versorgende Menschen realisieren lassen und welche Herausforderungen für teilhabeorientierte gerontologische Forschung und Politik sich daraus ergeben. Bezogen auf eine mögliche soziologische Differenzierung nach struktureller und subjekt-orientierter Perspektive ergeben sich – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – eine Reihe von möglichen Fragen an Forschung und Politik.

- 1) Welchen Einfluss haben Bedingungen der Sozialen Ungleichheit auf Teilhabechancen der unterschiedlichen Akteure in der häuslichen Versorgung?
- 2) Welchen Einfluss haben Bedingungen der Sozialen Ungleichheit auf Nutzungs- und Inanspruchnahmeverhalten von versorgenden Angehörige und zu versorgenden Personen?
- 3) Wie können versorgende Angehörige als zentrale Akteure der gesundheitlichen Versorgung im häuslichen Kontext strukturell in den Sozialsicherungssystemen berücksichtigt werden?
- 4) Wie kann die gesundheitliche Versorgung der steigenden Anzahl alleinlebender Menschen sichergestellt werden?
- 5) Welche infrastrukturellen Rahmenbedingungen insbesondere in ländlichen Räumen sind erforderlich, um die häusliche Versorgung durch informelle und formelle Hilfe sicherstellen zu können?
- 6) Wie kann dem struktur- und kulturbedingten höheren Risiko für Altersarmut von Angehörigen mit Sorgeaufgaben, häufig Frauen, effektiv sozialpolitisch begegnet werden?
- 7) Wie kann soziale Teilhabe für zu Versorgende und versorgende Angehörige sichergestellt werden?
- 8) Welche gesellschaftlichen Vorstellungen existieren hinsichtlich der Verantwortlichkeit soziale Teilhabe zu ermöglichen? Wird hier stärker eine gesellschaftliche oder eine individuelle Verantwortlichkeit gesehen?
- 9) Welche generationalen Deutungsmuster zum Recht auf Soziale Teilhabe sind zu identifizieren?

- 10) Wie gewährleistet die Politik die Daseinsvorsorge unter den Bedingungen des schrumpfenden Potentials an Angehörigen (informelle Versorgung) und Erwerbspersonenpotentials (formelle Versorgung)?
- 11) Wieviel stärker ist das Subsidiaritätsprinzip gegenüber dem Loyalitätsprinzip zu gewichten?
- 12) Welche gesellschaftlichen Narrative zur häuslichen Versorgung existieren?
- 13) Welches Gesellschaftsmodell ist mit einer stark individualisierten familialen Verantwortung für die häusliche Versorgung verbunden?
- 14) Welche gesellschaftlichen Erklärungsmuster liegen der öffentlichen Daseinsvorsorge zugrunde?
- 15) Welches Erklärungsraaster liegt der öffentlichen Daseinsvorsorge zugrunde: Ökonomisch-rationales Prinzip der Finanzierbarkeit oder Grundannahmen der christlichen Soziallehre als solidarische Grundversorgung.

Die Realisierung von Teilhabechancen für zu versorgende und versorgende Menschen in einer sich demografisch verändernden Gesellschaft, in der auf viele Herausforderungen des neu zu gestaltenden Umgangs im Mit- und Füreinander noch viele Antworten fehlen, zeichnen sich neue forschungs- und handlungsrelevante Fragen ab. Während der Fragenkatalog erst erahnen lässt wie vielfältig die Herausforderungen sind, wächst gleichzeitig die Gewissheit, dass eine Vielzahl von Fragen noch nicht einmal im Ansatz bekannt ist.

Literatur

- Bickel, H. (2014): Das Wichtigste – Die Epidemiologie der Demenz. URL: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [Zugriff: 15.07.2016].
- Blinkert, B. (2007): Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels. In: *Pflege & Gesellschaft*, 12 Jg., 2007, H.3. S. 227-239.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (zugleich Bundestagsdrucksache 17/3815).
- DGGG (2011). Positionspapier Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel. URL: http://www.dggg-online.de/aktuelles/pdf/201112_DGGG_Positionspapier_Druckversion.pdf [Zugriff: 15.07.2016].
- Graefe, S. (2013): Des Widerspenstigen Zähmung: Subjektives Alter(n), qualitativ erforscht. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 14 (2), Art. 11.

- Gronemeyer, R. (2013): Demenz. Wir brauchen eine andere Perspektive. Essay. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Aus Politik und Zeitgeschichte, 63. Jahrgang, 4-5/2013. Bonn.
- Janßen, C., Borgetto, B. & Heller, G. (2007): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim: Juventa.
- Schirra-Weirich, Liane; Wiegelmann, Henrik; Schmidt, Christine (2015): Modellprojekt DemenzNetz StädteRegion Aachen. Case Management für Menschen mit Demenz und deren versorgende Angehörige. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitevaluation. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0295-opus-4740>, [Zugriff: 15.07.2016].
- Schirra-Weirich, Liane; Wiegelmann, Henrik (2017): Menschen mit Demenz und versorgende Angehörige – Passgenaue Unterstützungsstrukturen für Versorgungs-Tandems. In: Schäfer-Walkmann, S./Traub, F. (Hrsg.): Evolution durch Vernetzung. Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung. S. 59-76. VS Springer Verlag.

Autor/innenverzeichnis

Herausgeber/innen

Liane Schirra-Weirich, Prof. Dr. phil. (Soziologin); seit 1999 Professorin für Soziologie an der KatHO NRW, Abteilung Aachen; stellvertretende Sprecherin des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KatHO NRW; Prorektorin für Forschung und Weiterbildung der KatHO NRW; Forschungsgebiete Versorgungsforschung in Gerontologie, Pflege- und Gesundheitswesen, Soziale Ungleichheit, Bildungs- und Familienforschung.

Henrik Wiegelmann, (Soziologe); seit Mai 2013 Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KatHO NRW; Forschungsgebiete: Soziale Gerontologie, Partizipative Demokratie und Bürgerbeteiligung, Methoden der empirischen Sozialforschung, Versorgungsforschung in Gerontologie, Pflege- und Gesundheitswesen

Mitautor/innen

Yvonne Berg, (Sozialarbeiterin); Studium der Sozialen Arbeit an der KatHO NRW; Masterstudium Kooperationsmanagement – Leitung und Management in Sozial- und Gesundheitsdiensten an der KatHO NRW; 2009-2014 tätig als Wohnberaterin für ältere und/oder behinderte Menschen in der StädteRegion Aachen.

Marc Breuer, Dr. phil., (Soziologe, Theologe); seit 2013 Professor für Soziologie an der KatHO NRW, Abteilung Paderborn; Mitglied des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KatHO NRW; Forschungsgebiete: Soziologische Theorien, Religionssoziologie, Migrationssoziologie, Soziologie der Sozialpolitik, Wissens- und Kulturosoziologie, Diskursanalyse.

Friedrich Dieckmann, Prof. Dr. rer. soc., (Psychologe); seit 2003 Professor für Psychologie an der KatHO NRW, Abteilung Münster; Sprecher des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KatHO NRW; Forschungsgebiete: Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung und von Menschen im Alter, Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten, Psychologie und gebaute Umwelt, Sozialplanung & partizipative Planungsverfahren.

Christiane Rohleder, Prof. Dr. phil., (Soziologin); seit 2001 Professorin für Soziologie an der KathO NRW, Abteilung Münster; Mitglied des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KathO NRW; Forschungsgebiete: Familiensoziologie, Soziologie des Alters, Methoden empirischer Sozialforschung.

Norbert Frieters-Reermann, Prof. Dr. phil., (Erziehungswissenschaftler); seit 2011 Professor für Soziale Arbeit an der KathO NRW, Abteilung Aachen; Mitglied des Forschungsschwerpunktes Gender und Diversity der KathO NRW; Forschungsgebiete: Globales Lernen und Bildung für nachhaltige Entwicklung, Konflikt- und diversitätssensible Bildungsarbeit, Bildung und Soziale Arbeit im Kontext von Migration und Flucht.

Johannes Jungbauer, Dr. phil. habil., (Psychologe); seit 2004 Professor für Psychologie an der KathO NRW, Abteilung Aachen; Leiter des Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp); Forschungsgebiete: Belastungs- und Bewältigungsforschung, Angehörigenforschung, Gesundheitsforschung, Soziale Psychiatrie, psychologische Beratung, Psychotherapie, Prävention, Rehabilitation.

Ulrike Kuhn, Dr. rer. med., (Soziologin); 2013 Promotion an der Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin; seit Juli 2014 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP); Forschungsgebiete: Psychoonkologie, Versorgungsforschung, Palliativmedizin, Betriebliche Gesundheitsförderung.

Bianca Rodekohr, (Geographin); seit 2013 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Forschungsprojekten SoPHiA und Evaluation inklusiver Quartiersprojekte an der KathO NRW, Abteilung Münster; Mitglied des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KathO NRW; Forschungsgebiete: Geographische Informationssysteme (GIS) in der Sozialplanung, inklusive sozialräumliche/quartiersbezogene Planung und Netzwerke, Lebenswelten von Menschen im Alter mit und ohne Behinderungen.

Sabine Schäper, Prof. Dr. theol., (Theologin, Sozialpädagogin); seit 2006 Professorin für Heilpädagogische Methodik und Intervention an der KathO NRW, Abteilung Münster; Mitglied des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KathO NRW; Forschungsgebiete: Behinderung und Alter, Inklusions- und Partizipationsforschung, Internationale und interkulturelle Perspektiven auf Behinderung und Migration, Behinderung und Entwicklungszusammenarbeit, Ethische Fragen im Feld der Heilpädagogik/Behindertenhilfe.

Michael Katzer, (Kinderkrankenpfleger, Heilpädagoge); seit 2013 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Rahmen der Forschungsprojekte SoPHiA und MUTIG an der KathO NRW, Abteilung Münster; Mitglied des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KathO NRW; Forschungsgebiete: Partizipation und schwach vertretene Interessen, Angewandte Ethik.

Andrea Schiff, Prof. Dr., (Pflegerwissenschaftlerin); seit 2007 Professorin für Pflegewissenschaft an der KathO NRW, Abteilung Köln; Forschungsgebiete: Klinische Pflegewissenschaft, Forschung und Methodologie in der Pflegewissenschaft, Mobilität und Pflege, Migration und Pflege, Pflegesituationen im Alter, Pflegesituation im familiären Kontext, Pflege in kritischen Situationen, Ethik in der Pflege.

Werner Schöning, Prof. Dr. rer. pol. habil., (Politikwissenschaftler); seit 2004 Professor für Sozialökonomik und Konzepte der Sozialen Arbeit an der KathO NRW, Abteilung Köln; Forschungsgebiete: Soziale Dienste und Armut, Kommunale Handlungskonzepte, Sozialökonomische Fragestellungen.

Julia Steinfurt-Diedenhofen, Dr. phil, (Pädagogin); seit 2013 Professorin für Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit mit Schwerpunkt Geragogik an der KathO NRW; Mitglied des Forschungsschwerpunktes Teilhabeforschung der KathO NRW; Forschungsgebiete: Identität und Engagement im Dritten Alter, Sozialgeragogik, Alter(n) lernen, Gestaltung des demographischen Wandels.

Renate Zwicker-Pelzer, Prof. Dr. phil. (Pädagogin); seit 2005 Professorin für Beratung und Erziehungswissenschaften an der KathO NRW, Abteilung Köln; Forschungsgebiete: Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden/Betreuenden und den Bewohnern, Systemische Beratung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Gemeinwesenarbeit.