

Einsamkeit und Depression im Alter
Modellprojekt OBERBERG_FAIRsorgt
Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten



Rolle der Genossenschaftsidee im Sozialraum

LESEPROBE





6. HFG 2023 | © medhochzwei 2023

24./25. APRIL 2024

7. HEIDELBERGER FORUM GESUNDHEITSVERSORGUNG

Prävention, Innovation und die Medizin der Zukunft

Neue Bündnisse für Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Die Lage im Gesundheitswesen ist geprägt vom demografischen Faktor, der unweigerlich zu mehr Gesundheitsnachfrage führen wird. Dem stehen starre Strukturen und defizitäre Versorgungsprozesse gegenüber. Es wird darum gehen müssen, die strukturellen Schwächen des herrschenden Medizinverständnisses und der Finanzierung von Versorgung zu überwinden. Was die Anwendung klassischer Gesundheitsversorgung vor diesem Hintergrund anbelangt, befinden wir uns an einem Wendepunkt.

Unsere These: Wir können die sich abzeichnende defizitäre Entwicklung nur auffangen, indem wir dreierlei konsequent verfolgen:

- Praktische Umsetzung von nachhaltigen präventionspolitischen Konzepten im Sinne gesunder Langlebigkeit
- Konsequente und schnellere Anwendung von Innovationen, Digitalisierung und KI
- Weiterentwicklung des Verständnisses von Medizin, bei der die Evidenzbasierung mit einer wertebasierten Medizin mit einem Salutogenese-Ansatz ergänzt wird



**Jetzt anmelden,
Frühbucherpreis sichern
und mitdiskutieren!**

 HEIDELBERGER
FORUM
GESUNDHEITSVERSORGUNG

www.heidelberg-forum-gesundheitsversorgung.de



Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Liebe Leserinnen und Leser von ProAlter,

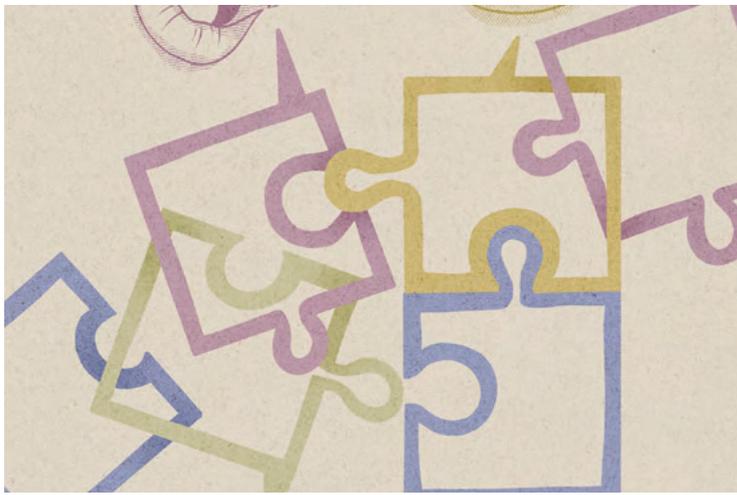
das KDA hat maßgeblich zur Bedeutung der Sozialraumidee und der quartiersbezogenen Entwicklung neuer Formen des Wohnens im Verbund mit Fragen der Caring-Community-Bildung (Welfare-Mix bzw. lokale sorgende Gemeinschaften im Kontext regionaler Infrastrukturen) beigetragen. Dabei stellen sich immer wieder auch Fragen einerseits nach einer passungsoptimalen Rechtsform, andererseits nach der humangerechten sozialen Form der Kultur des sozialen Miteinanders angesichts der Personalität des Menschen sowie Fragen nach den notwendigen generativen Agenturen der Sozialraumentwicklungsarbeit im Feld der kommunalen Daseinsvorsorge.

Hier rückt die in Deutschland zum UNESCO-Weltkulturerbe erklärte faszinierende Idee der Genossenschaft als selbstverwaltetes Gebilde der selbstorganisierten Gegenseitigkeitshilfe in den Vordergrund neuerer Diskurse und Praxisentwicklungen bürgerschaftlichen Engagements im sogenannten Dritten Sektor. Die Dynamik der Diffusion der Genossenschaftsidee in neue Hand-

lungsfelder mit Fokus auf soziale und kulturelle Zwecke ist bemerkenswert. Der vorliegende Schwerpunkt bietet einen erweiterten Einblick in dieses für ProAlter nicht ganz neue Thema – Senioren-genossenschaften z.B. waren ja bereits hier schon einmal Gegenstand der Betrachtung.

Der Kreis der Herausgeberinnen und Herausgeber hofft, Ihnen ein in der gegenwärtigen Entwicklung verankertes hoffnungsvolles Zukunftsthema skizzieren zu können. In dieser für die liberale Demokratie unseres sozialen Rechtsstaats und seiner deliberativen Zivilgesellschaft unsicheren Zeit muss die Genossenschaftsidee mit dem wahren Pneuma beseelt werden: für mehr Gemeinwirtschaft, Gemeinwohlökonomie und soziales Lernen des Commoning öffentlich bedeutsamer Güter und Dienstleistungen im Lichte der sozialen Inklusion und der freien Zugänglichkeit zur existenziellen Infrastruktur im Alltag der Menschen.

Mit besten Wünschen, Frank Schulz-Nieswandt



INHALT

Schwerpunkt

Rolle der Genossenschaftsidee im Sozialraum

- 4 Altern, lokale Demokratie und die Bedeutung von Sozialraumbildung**
Christian Heerdt

- 9 Infrastrukturgenossenschaften als Instrumente endogener Regionalentwicklungsstrategien – Dorfgemeinschaft Wombach eG**
Dr. Johannes Blome-Drees,
Philipp Thimm

- 12 Ein zukunftsweisendes genossenschaftliches Sozialraumprojekt**
Gemeinschaftlich „In Würde zu Hause alt werden“ mit der BürgerSozialgenossenschaft Biberach eG
Dr. Ursula Köstler

- 17 Genossenschaftliche und gemeinwirtschaftliche Antworten auf die Herausforderungen der Langzeitpflege**
Prof. Dr. Thomas Klie

- 22 Interview mit Ute Tobias von der Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG**

- 26 Kulturgenossenschaften in Deutschland – Ein Überblick**
Julia Beideck

Politik

- 30 Der neoliberale Sündenfall im SGB XI und die Blockierung der kommunalen Daseinsvorsorge**
Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Management

- 35 Vernetzt und sektorenübergreifend: Gestaltung von Übergängen in der pflegerischen Versorgung in NRW**
Lena Holtschulte,
Leon Hellermann

- 39 „Und wann kommen Sie wieder vorbei?“ Zwei Jahre Modellprojekt OBERBERG_FAIRsorgt: wie Fallmanagement empowert**
Dr. Ursula Köstler,
Gabriele Grümer,
Ulrike Henkel-Zwinge,
Maria Petker,
Concetta Valenti

- 44 Dorthin kommen, wo die Menschen leben: das Beratungsmobil Demenz in Schleswig-Holstein**
Dr. Sarah Hampel,
Anne Brandt,
Silke Steinke



44 Management **Beratungsmobil Demenz**



52 Forschung **Projekt „Avocado“**

Forschung

- 48 Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten**
Dr. Lennert Griese,
Prof. Dr. Doris Schaeffer
- 52 Mit Pflege(-bedürftigkeit) auseinandersetzen**
Erfahrungen aus einem partizipativen
Prozess zur Weiterentwicklung einer digitalen
Applikation für ältere Menschen
Dr. Florian Fischer,
Marie-Christin Redlich,
Michael Schaller,
Katja Rießenberger
- 56 Einsamkeit und Depression im Alter**
Dr. Andreas Czaplicki,
Prof. Dr. Ulrich Hegerl
- 60 Erster deutscher Lehrstuhl für Geriatrie feiert
50-jähriges Bestehen**
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-
Nürnberg (FAU) begeht das Jubiläum mit einem
Festakt
Dr. Robert Kob

Leben

- 64 Zwischen Heimat und Heim – Wohnen und Pflege
auf dem Bauernhof**
Martin Mybes

Bildung

- 68 Is mol wedder Tiet för'n Klönschnack!**
Platt in der Pflege: ein bislang unerschlossenes
Feld in der gerontologischen Praxis
Dr. Jan-Bernd Müller,
Prof. Dr. Tobias Müller
- In eigener Sache**
- 70 Pflegekrise gefährdet Stabilität der Demokratie**
Kommentar von Helmut Knepe (KDA)

- Editorial 01
- Vorschau/Impressum 72

Altern, lokale Demokratie und die Bedeutung von Sozialraumbildung

Demokratie ist für die meisten Menschen ein abstrakter Begriff, der sich in der allgemeinen Wahrnehmung häufig nur darin wiederfindet, dass wir gemeinsam in einem demokratischen System leben und in regelmäßigen Abständen zur Wahl aufgerufen sind. Dabei ist Demokratie deutlich mehr. Und Demokratie kann deutlich mehr sein. Insbesondere, wenn man den Blick auf die Herausforderungen und Potenziale einer alternden Gesellschaft richtet und dahin schaut, wo sowohl Altern als auch gelebte lokale Demokratie stattfinden (können): im Sozialraum. In der KDA-Vision der Demokratisierung des Alterns entsteht hier das solidarische Grundgefüge und damit der Grundstein des Alterns für Alle.

Kollektive Gestaltung von Zukunfts- und Teilhabechancen

Demokratie und Demografie sind eng miteinander verwoben. Und beide sind gerade in der jüngeren Vergangenheit vorrangig durch apokalyptische Bilder geprägt: ein Wiedererstarken antidemokratischer und faschistischer Kräfte, die Isolation und Vereinsamung von Menschen und Regionen, die Zunahme von Armut und Ungleichheit, Wohnungsnot, Pflegenotstand und Bauernproteste u. v. m. – und das alles in der Gesellschaft des langen Lebens. Dabei ist nicht jede Herausforderung eine Krise und nicht jedes Untergangsszenario Realität, wenn es uns gelingt zu stärken, was uns verbindet, nicht was uns trennt. Umso wichtiger ist daher die sozialraumorientierte Entwicklung des gemeinschaftlichen Zusammenlebens. Gesellschaftlicher Zusammenhalt, Kooperation, Miteinander-Freiheit und Miteinander-Verantwortung entstehen analog zum Sozialraum nicht aus sich selbst heraus, sie müssen gebildet werden. Hierfür braucht es Möglichkeitsräume, Entwicklungsagenturen und lokale Demokratie (Heerdt 2022). Den Facettenreichtum dieses Ansatzes zeigen die verschiedenen Beiträge in diesem Heft anhand der Genossenschaftsidee im Sozialraum. Dieser Diskussionsbeitrag richtet seinen Blick auf den „Kristallisationsraum“ gemeinschaftlichen Zusammenlebens und der kollektiven Gestaltung von Zukunfts- und Teilhabechancen: lokale Demokratie als Teil der Sozialraumbildung und politischer Integration.

Krise statt Caring Community: Demokratie und Verantwortungsdiffusion

Die Debatte über die Krise der Demokratie ist so alt wie die Demokratie selbst. Die Bezugspunkte zum Altern und demografischen Entwicklungen sind zahlreich und liegen insbesondere in der Fokussierung auf Defizite. Im Zentrum des öffentlichen Diskurses wie auch der wissenschaftlichen Debatten stehen vorrangig als sozialpolitisch relevant bewertete Krisen in Bezug auf wohlfahrtsstaatliche Leistungen und politische Weichenstellungen – oder deren Defiziten. Krisen und apokalyptische Narrative (Riesch 2021; Klie 2023) prägen die Kommunikation. Das liegt vor allem daran, dass gerade Alters- und Pflegepolitik nicht strukturbildend und sozialraumorientiert als Gesellschaftspolitik gedacht werden, in der werteorientiert individuelle und räumliche Potenziale zusammengeführt sind, sondern aus einer Defizitorientierung kurzfristiger Lösungen (Schulz-Nieswandt 2020). Ein zentrales Bindeglied zwischen Demokratie und Alter ist daher die schematische Umverteilungspolitik vor dem Hintergrund knapper Ressourcen. So ist bspw. die Pflegeversicherung in ihrem Ist-Zustand unterfinanziert und die ursprüngliche KDA-Idee einer steuerbasierten und personenzentrierten Vollversicherung aus den frühen 1980er-Jahren nur noch ein Schatten der Erinnerung. In Ermangelung einer grundständigen Pflegereform gibt es daher scheinbar nur zwei Optionen: Redistribution und Austerität statt Innovation und Transformation. In Anbetracht stetig steigender Zahlen pflegebedürftiger Menschen heißt das vor allem: steigende Eigenanteile, mehr private

Verantwortung und weniger Bedarfsorientierung statt Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags und Entwicklung von Caring Communities.

Von der Umverteilungspolitik zur Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik

Im Ergebnis wird der Teufelskreis deutlich. Eine auf kurzfristige Lösungen ausgelegte Sozialpolitik als Ausdrucksform einer repräsentativen Demokratie prägt eine Stellvertreterproblematik, der die Mitverantwortung als das Sozialkapital in einer sorgenden Gemeinschaft reduziert (Portes 1998; Putnam 2000) und für die Problemlösung die vorrangige Lösungsverantwortung auf das politische System schaut: Gewählte politische Vertreter*innen sind allerdings keine Problemlöser*innen innerhalb praktischer Sozialpolitik. Entscheidungen über Ressourcenallokation sind nur der Startpunkt. Ohne damit verbundene Zielsetzungen, bspw. einer Sozialraumorientierung, fehlt das gestalterische Momentum. Und auch der Durchdringungsgrad reiner Umverteilungspolitik ist gering. In dieser Vorstellung sind sowohl Verantwortung und Ebene falsch gesetzt. Kernaufgabe politischer Gestaltung muss vielmehr sein, im Rahmen eines gesellschaftlichen Konsenses bestmögliche Rahmenbedingungen für gelingendes Altern und gemeinwohlorientierte Wohlfahrtsproduktion zu schaffen, die sozialräumlich verankert und in der sozialen Lebenswirklichkeit unseres Mehrebenensystems organisiert ist. Hierbei geht es dann auch um geteilte Verantwortung und deren Erlebensräume und es treffen sich gelebte Demokratie und Sozialraumbildung. Räumlich sind sie im Lokalen verortet, dessen Ankerpunkt das Wohnen bildet. Von dort aus entwickeln sich lokale Demokratie und Sozialraum über Nachbarschaften und Kommunen – eingebettet in das Mehrebenensystem von (Sozial-)Politik. Dort, wo die reale Lebenswirklichkeit mit seinen An- und Herausforderungen stattfindet, gilt es Möglichkeitsräume entstehen zu lassen. Dies sind Räume der kollektiven Produktion und der Netzworlbildung, Orte der Inklusion und Teilhabechancen (Schulz-Nieswandt 2018), aber eben auch Orte der Mitbestimmung, Verantwortungsübernahme sowie partizipativer Lebensraumgestaltung und damit gelebter lokaler Demokratie (Simmank und Vogel 2022; Schnur 2019).

Demokratie als kollektive Handlung und das Risiko fehlender Teilhabechancen

Die Stellvertreterproblematik stellt auch Hannah Arendts politische Theorie (Herb et al. 2014) als

Schwachpunkt heraus: Das Grundproblem liegt demnach im Verständnis der Demokratie als Dienstleistung der Herrschenden. Demokratie ist keine Einzelleistung, sondern kollektive Handlung mit gegenseitiger Bezugnahme und deren Ordnung. Funktionierende öffentliche Räume sind der Grundstein, um gemeinsam handeln zu können. Und diese müssen zur Überwindung der Stellvertreterproblematik und Dienstleistungslogik hin zu einer gemeinwohl-orientierten Selbst- und Mitverantwortung geschaffen werden. Dafür braucht es demokratisch organisierte und demokratiebildende Möglichkeitsräume, keinen Paternalismus. Demoskopische Erhebungen zeigen das Risiko fehlender sozialer Integration und Teilhabechancen. Betrachtet man die aktuellen empirischen Erhebungen zur politischen Partizipation, dem Vertrauen in politische Institutionen und der deskriptiven Verteilung der Wahlbeteiligung zeigen sich Herausforderungen für unserer Demokratie und demokratische Institutionen relativ klar: Nach einer aktuellen Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES 2023) ist die grundsätzliche Zufriedenheit mit der Funktionsfähigkeit der Demokratie im Zeitverlauf zwar stabil, aber auf niedrigem Niveau. Auffällig und alarmierend ist, dass über die Hälfte der Befragten unzufrieden sind. Das Alter der befragten Personen spielt dabei kaum eine Rolle aber insbesondere in Bezug auf die soziale Lage gibt es erhebliche Unterschiede in der Demokratiezufriedenheit.

Keine grundsätzliche Krise der Demokratie

Auch wenn eine grundsätzliche Krise der Demokratie trotz zahlreicher Herausforderungen nicht eindeutig festzustellen ist (Merkel 2015), wird der Ruf nach einfachen Antworten „der Politik“ bei immer komplexeren Themen und Sachzusammenhängen und eine (subjektiv aus der Betrachtung der Einzelperson) gerechte Verteilungspolitik lauter. Letzteres ist zugleich eine der größten Triebfedern im Zulauf zu antidemokratischen Bewegungen und Verschwörungsszenarien und das betrifft auch Kernthemen wie Pflege und gerechte Verteilungschancen gelingenden Alterns. Auch an dieser Stelle muss festgehalten werden, dass eine Umverteilung zur Zufriedenheit aller nicht zu gewährleisten ist. Es gilt der grundrechtlich verbrieft Anspruch auf ein Leben in Würde und das inhärente Gerech-





Infrastrukturgenossenschaften als Instrumente endogener Regionalentwicklungsstrategien – Dorfgenossenschaft Wombach eG

An allerlei Stellen liest und hört man mittlerweile, dass die infrastrukturelle Versorgung im ländlichen, zunehmend aber auch im urbanen Raum unter Druck gerät. In Bezug auf die Daseinsvorsorge sind solche Entwicklungen besonders kritisch zu sehen, ist die Gewährleistung und Sicherstellung von Infrastrukturen im Raum doch essenzieller – auch legislativer (mit Blick auf die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Raum gemäß Art. 72 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland) – Bestandteil raumordnungspolitischen Handelns. Eine Branche, die symptomatisch für diese Entwicklungen steht, ist das Bäckerhandwerk. So ließ sich in den vergangenen Jahren eine stetige Abnahme von Bäckereibetrieben in Deutschland beobachten (Zentralverband des Deutschen Bäckerhandwerks 2023). Dass solchen Entwicklungen unter anderem mithilfe der genossenschaftlichen Rechts- und Wirtschaftsform begegnet werden kann und ebenjene Gebilde dort Leistungen sicherstellen können, wo Staat und Markt dazu nicht in der Lage sind, soll der vorliegende Beitrag anhand eines konkreten Beispiels verdeutlichen.

Dorfgenossenschaft Wombach eG

Dieses konkrete Beispiel erzählt dabei eine ganz besondere Geschichte: „Ein Dorf backt seine Brötchen selbst“, beschrieb etwa *DIE ZEIT* ebenjene Geschichte und das *Profil-Magazin* betitelte sie, ebenso wie der *Bayerische Rundfunk*, als „Bayerns erste Genossenschafts-Bäckerei“. Angesprochen wird mit diesen Berichten die erfolgreiche Gründung einer Dorfgenossenschaft im kleinen Wombach, Stadtteil von Lohr am Main, nämlich die der Dorfgenossenschaft Wombach eG. Bundesweite Aufmerksamkeit erlangte die Dorfgenossenschaft durch die Übernahme des lokalen, traditionellen Bäckereibetriebs in Wombach, wodurch sie die zuvor familiengeführte Bäckerei sprichwörtlich vor dem Aus rettete. Die Gründung der Dorfgenossenschaft Wombach eG erfolgte im Mai 2022 mit insgesamt 246 Gründungsmitgliedern. Laut Satzung liegt der Zweck der Genossenschaft in der Förderung des Erwerbs und der Wirtschaft der Mitglieder und deren soziale und kulturelle Belange durch einen gemeinschaftlichen Geschäftsbetrieb und im Erhalt der

Lebens- und Wohnqualität des Orts Wombach. Dazu zählen insbesondere der Erhalt infrastruktureller Einrichtungen, der Nahversorgung und regionaler Produkte, beispielsweise des traditionellen Backhandwerks. Gegenstand des Unternehmens ist der gemeinschaftliche Betrieb von regionalen Unternehmen (z. B. Bäckereien, Gaststätten und Märkten für regionale Erzeuger) zur Versorgung der Mitglieder, womit der eigentliche Gründungsanlass der Dorfgenossenschaft Wombach eG thematisiert wird: Im Wesentlichen ging es bei der Gründung der Genossenschaft nämlich darum, die traditionelle Bäckerei im Ortskern von Wombach zu erhalten. Diese Bäckerei – ein Betrieb, der seit 1925 in Familientradition geführt wurde – musste am 31. März 2022 aufgrund einer Erkrankung des Inhabers schließen. Der Betrieb wurde dann mit Gründung der Dorfgenossenschaft übernommen und wird bis heute erfolgreich betrieben.

Genossenschaften

Genossenschaften können sowohl im rechtlichen als auch im wirtschaftlichen Sinne ver-

standen werden. Entwicklungsgeschichtlich sind Genossenschaften wirtschaftliche und soziale Gebilde, deren wesentliche Kennzeichen in Deutschland im Jahr 1889 durch das deutsche Genossenschaftsgesetz (GenG) zu rechtlichen Merkmalen erhoben wurden. Genossenschaften im wirtschaftlichen Sinne sind Vereinigungen von Personen, deren Mitglieder durch Leistungen eines gemeinsam gegründeten und betriebenen Unternehmens in ihren wirtschaftlichen und sozialen Interessen gefördert werden wollen und ihre gemeinsamen Angelegenheiten durch demokratische Selbstverwaltung regeln (Blome-Drees 2022). Genossenschaften im rechtlichen Sinne sind nach der Definition des § 1 Abs. 1 GenG Gesellschaften von nicht geschlossener Mitgliederzahl, deren Zweck darauf gerichtet ist, den Erwerb oder die Wirtschaft ihrer Mitglieder oder deren soziale oder kulturelle Belange durch einen gemeinschaftlichen Geschäftsbetrieb zu fördern (Beuthien et al. 2018). Die Dorfgenossenschaft Wombach eG kann dabei sowohl im wirtschaftlichen als auch im rechtlichen Sinne als Genossenschaft verstanden werden.

Infrastrukturgenossenschaften

Da sich die Tätigkeiten der Dorfgenossenschaft Wombach eG gemäß der Satzung ebenso wie in der Praxis auf die Infrastruktur ihrer Region beziehen, kann sie gemeinhin als Infrastrukturgenossenschaft eingestuft werden. Infrastrukturgenossenschaften sind ein besonderer Ausprägungstyp der Genossenschaft, dessen Kern sich auf die Funktion der Infrastruktur bezieht (Kluth 2019, S. 118). Auch wenn der Begriff der Infrastruktur in verschiedenen Kontexten durchaus unterschiedlich konkretisiert wird, lässt sich bei allen Unterschieden in den Nuancen doch sagen, dass es dabei um dauerhafte Einrichtungen geht, die im Sinne der Grundversorgung wesentlich für die Bürger*innen einer Gemeinschaft sind (Henkel 2020). Sie umfassen „alle existenzialen Güter und Dienstleistungen in einer arbeitsteiligen und raumdifferenzierenden Wirtschaftsgesellschaft“ (Schulz-Nieswandt 2016). In diesem Sinne bilden Infrastrukturen den Unterbau der Wirtschaft und spielen deshalb eine wesentliche Rolle für das Produktionspotenzial einer Region, aber auch für die Lebensqualität der Bevölkerung, weswegen sie eine zentrale Komponente für die Kommunal- und Regionalentwicklung sind.

Sicherstellung lokaler und regionaler Lebensgrundlagen

Vor diesem Hintergrund kann Infrastrukturgenossenschaften – im Rahmen endogener Regionalentwicklungsstrategien – besonderes Potenzial für die Sicherstellung lokaler und regionaler Lebensgrundlagen attestiert werden (Schulz-Nieswandt 2023). Oft gründen sie sich als Reaktion auf wirtschaftliche und soziale Bedarfe und gesellschaftliche Problemlagen, dabei auch in Bereichen, in denen notwendige infrastrukturelle Leistungen im Sinne der Daseinsvorsorge weder von privaten Unternehmen noch von staatlichen Akteuren bereitgestellt werden. Aufgrund ihrer morphologischen Merkmale basieren Infrastrukturgenossenschaften auf Wertvorstellungen und mentalen Dispositionen, die darauf abzielen, sich im Sinne der Selbsthilfe gemeinsam mit anderen zu helfen. Um diesen Zweck zu verwirklichen, wird auf freiwilliger Basis eine Zusammenarbeit vereinbart, Hilfe von oben, wenn überhaupt, nur subsidiär in Anspruch genommen und Zwang von außen abgelehnt. Im Gegensatz zu „Top-down“-Ansätzen, in denen exogene Entwicklungsimpulse von staatlichen Akteuren zu privaten Akteuren verlaufen, fördern solche regionalentwicklungsstrategischen „Bottom-up“-Ansätze die endogene, autonome Entwicklung etwaiger Impulse. Dabei können genossenschaftliche Leistungen sogar jene infrastrukturellen Leistungen umfassen, die eigentlich in die Gewährleistungspflicht des Staats fallen. Sofern Genossenschaften solche Leistungen sicherstellen, tun sie dies dann „nicht als weisungsgebundenes Organ, sondern durch selbstbestimmte, satzungsmäßig autonome Tätigkeit“ (Thiemeyer 1985). Bei allem Bedeutungszuwachs solcher Ansätze darf man allerdings den Wirkkreis solcher Genossenschaftsausprägungen nicht überschätzen. Ihre Leistungen beschränken sich auf den lokalen Siedlungsraum und auf die Region, in der sie zur besseren Handhabung oder gar Lösung konkreter Probleme beitragen sollen. Mittels des genossenschaftlichen Geschäftsmodells – dessen Wesenskern in der Übernahme von ausgewählten Funktionen, die dem genossenschaftlichen Geschäftsbetrieb durch seine Mitglieder übertragen werden, liegt (Blome-Drees et al. 2023) – können die Mitglieder, um mit Winfried Kluth zu argumentieren, lokale und regionale Infrastrukturen erhalten, die Gestaltungsfreiheit respektive Kon-



Ein zukunftsweisendes genossenschaftliches Sozialraumprojekt

Gemeinschaftlich „In Würde zu Hause alt werden“ mit der BürgerSozialGenossenschaft Biberach eG

Wie wollen wir alt werden? Wie und wo wollen wir dann leben? Insbesondere, wenn wir gesundheitlich und/oder in unserer Teilhabe eingeschränkt sind? Wohnformen im Alter gibt es zahlreiche. Plakativ gegenüber stehen „Häuslichkeit und Heim“. Konkret sind dies Betreuungsarrangements für unterschiedliche komplexe Bedarfslagen in unserer bisherigen Häuslichkeit und spezielle altersgerechte Wohn- und Versorgungsformen, wie betreute Wohnformen, (Demenz-)Wohngemeinschaften und stationäre Einrichtungen. Geleitet werden die verschiedenen Arten und Formen des Wohnens von den Lebenswünschen der dort lebenden Menschen, unseren kulturellen Altersbildern sowie den staatlichen (SGB V, SGB XI, SGB XII) und kommunalen Rahmenbedingungen.

Wunsch nach Selbstbestimmtheit und Selbstständigkeit

Einschlägiger gesellschaftlicher Konsens herrscht beim Wunsch, im Alter möglichst lange selbstständig, selbstbestimmt und ohne Hilfe leben zu können. Und wir wollen in einer Atmosphäre hoher Lebensqualität und Teilhabe alt werden: Wir wollen in Würde altern, ein grundrechtlicher Wert. Auf der anderen Seite steht die Angst vor Autonomieverlust und Krankheit. Auch Einsamkeit ist ein Thema: Eine aktuelle DZA-Studie von Huxhold und Henning (2023) zeigt jedoch, dass Einsamkeit kein spezielles Problem des Alters ist. Im Gegenteil, älteren Menschen fällt es sogar leichter, Einsamkeit zu vermeiden, indem sie bestehende Beziehungen intensivieren und ihre Lebenserfahrung nutzen, die Qualität von Beziehungen zu verbessern. Allerdings ist es mit zunehmendem Alter immer unwahrscheinlicher, wenn Einsamkeit schon besteht, diese aus eigenem Antrieb zu überwinden. Gesundheitliche Einschränkungen schränken die Fähigkeiten zum sozialen Engagement ein. Eine weitere politische Debatte wird über das Thema Altersarmut geführt: Die Studie D80+ „Hohes Alter in Deutschland“ zeigt, dass 22,4 Prozent der Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und älter von Einkommensarmut betroffen sind – dabei wurde Einkommensarmut anhand der gängigen

Armutrisikoschwelle von 60 Prozent des Medianeinkommens definiert, welches bei Unterschreitung eines Nettobetragtes von 1.176 Euro (für 2021) monatlich vorliegt (Kaspar et al. 2023, S. 42).

Wunsch nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit

Von Pflegebedürftigkeit betroffen ist es dann der größte Wunsch, möglichst in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben zu können. Dies dokumentieren zahlreiche Studien: Gesundheitsmonitor 2013; COMPASS-Versichertenbefragung 2010; zusammengefasst im Pflegereport 2015 mit dem Schwerpunkt „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“. Das eigene Zuhause gewinnt generell im Alter an Bedeutung. Das Zuhause wird, wenn der Bewegungsradius sich zunehmend verkleinert, zum vertrauten Ort, an dem Sicherheit und psychisches Wohlempfinden gelebt werden kann. Die Übersiedlung in stationäre Einrichtungen wird lange, oft bis in prekäre, von hoher Instabilität geprägte Lebenssettings hinausgezögert. Oft erfolgt der Umzug erst bei Einstufung der Pflegegrade vier und fünf (Pflegereport 2022, S. 258). Somit ist es wenig verwunderlich, dass die Grenzen der häuslichen Versorgung von der Überlastung der pflegenden Angehörigen und von kognitiven Einschränkungen

gen der Pflegebedürftigen gesetzt werden. Dies zeigt die Bedeutung von Entlastungsstrukturen für pflegende Angehörige für eine stabile häusliche Versorgungssituation (Büker 2021, S. 16; Pflegereport 2021, S. 59 f). Wenn es denn der Wunsch ist, in der eigenen Häuslichkeit zu altern und längst möglich leben zu können, steht hier die kommunale Daseinsvorsorge in der Pflicht, den Sozialraum dementsprechend vernetzend zu gestalten und Sozialprojekte des gemeinwohlökonomischen Engagements zu befördern, die eben genau diesen Wunsch leben lassen. BürgerSozialgenossenschaften (Köstler 2018) sind hier passgerechte Caring Communities der Sozialraum-Netzwerkbildung. Die gemeinnützige BürgerSozialGenossenschaft Biberach eG hat mit dem Projekt „In Würde zu Hause alt werden“ ein zukunftsweisendes Projekt etabliert (evaluiert von: Schulz-Nieswandt 2023). Als Ideengeber dient teilweise die Seniorengenossenschaft Riedlingen e. V., die allerdings in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins arbeitet.

BürgerSozialGenossenschaft Biberach eG

Zusammen mit der BürgerWohnungsGenossenschaft Biberach eG, mit dem Leistungsprofil des genossenschaftlichen Wohnungsbaus, bildet die BürgerSozialGenossenschaft Biberach eG die BürgerGenossenschaften Biberach WIR AKTIV. Die BürgerSozialGenossenschaft eG, 2015 gegründet, bietet 1. Altershilfen in Form von haushaltswirtschaftlichen Dienstleistungen in privathäuslichen Settings an (maximal vier Stunden wöchentlich durch ehrenamtliche Helferinnen/Helfer). Seit 2018 gibt es zwei weitere Bereiche der Unterstützungshilfen: 2. Eine Alltagsbetreuung ab fünf Stunden wöchentlich bis zum täglichen Einsatz durch erfahrene Betreuungskräfte und 3. eine Alltagsbetreuung in häuslicher Gemeinschaft mit ausländischen Betreuungskräften. Letzteres bietet eine intensive und umfängliche Versorgung und ist in vielen Fällen die einzige Alternative zum Leben in einer stationären Einrichtung. Die ausländischen Betreuungskräfte werden bei der BürgerSozialGenossenschaft auf Grundlage des deutschen Arbeitsrechts sozialversicherungspflichtig mit einem ordentlichen Arbeitsvertrag angestellt. Die Betreuungskräfte unterstützen bei der täglichen Hygiene, der Nahrungszubereitung und Nahrungsaufnahme, helfen bei der Versorgung des Haushalts und begleiten bei Arztbesuchen und zu sozialen Aktivitäten. Tätigkeiten der so-

genannten medizinischen Behandlungspflege werden nicht übernommen, diese müssen durch eine examinierte Pflegekraft durchgeführt werden.

Projekt „In Würde zu Hause alt werden“

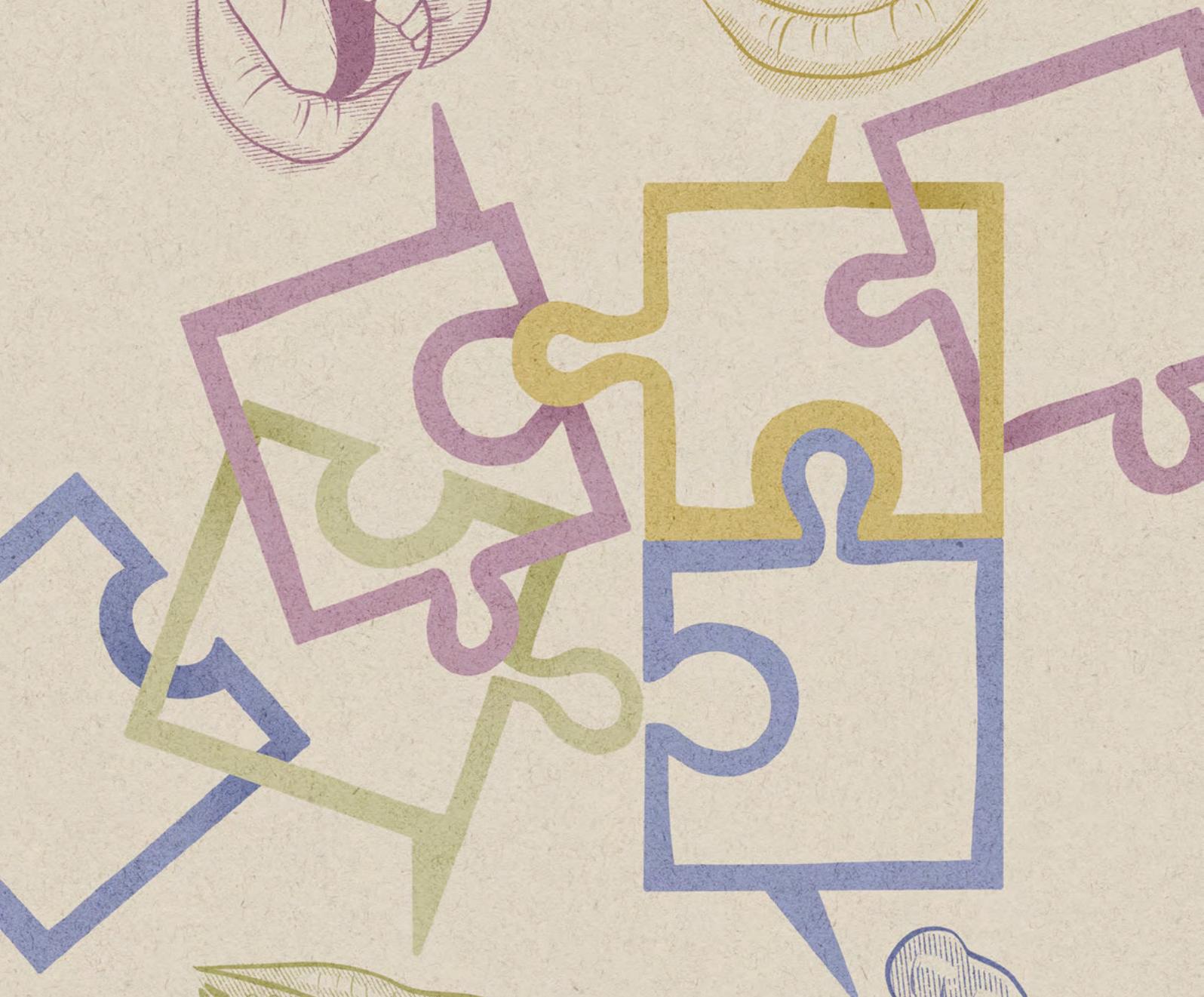
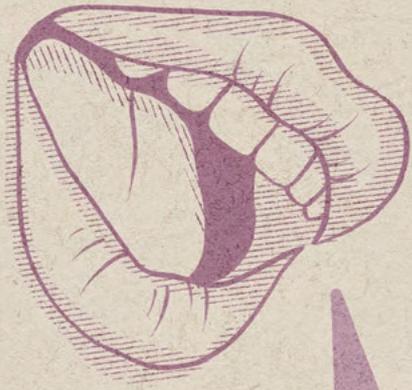
Das Projekt „In Würde zu Hause alt werden“ setzt bei den letzten beiden Unterstützungsbereichen an. Auf der Homepage der BürgerSozialGenossenschaft Biberach eG (<https://bsg-bc.de>) wird mit einer ganzheitlichen Unterstützung geworben: *„Persönliche Fürsorge und Betreuung zu Hause kann älteren Menschen in jeder Phase des Alterwerdens helfen. Ob Begleitung zum Einkaufen, zum Arzt oder anderen Terminen, ob Unterstützung im Alltag oder Haushalt – eine persönliche Unterstützung ermöglicht Pflege- und hilfsbedürftigen Menschen, ihr Leben im eigenen Zuhause meistern zu können. Als sorgende Gemeinschaft vermitteln wir unseren Mitgliedern erfahrene Altenbetreuer/-innen, die Sie an bis zu 7 Tagen in der Woche unterstützen.“* Angeboten werden vier Handlungsfelder:

1. persönliche Betreuung und Alltagsbegleitung (Unterstützung bei der Lebensführung, Gesellschaft leisten, Unterhaltungen, Förderung von sinnvollen Aktivitäten)
2. Begleitung außer Haus (Behörden- und Arztbesuche, Veranstaltungen und Freizeitaktivitäten, Spazieren gehen)
3. Haushaltshilfen (Führen des Haushalts, Erledigen von Einkäufen, Reinigen der Wohnung, Wäsche waschen und bügeln)
4. Betreuung (Entlastung der Angehörigen, Sicherheit im Alltag, Sicherstellung der Tagesstruktur) – hier entfaltet sich der wichtige Bereich der Unterstützungsangebote zur Entlastung pflegender Angehöriger; zur Minimierung des Risikos der Überleitung in stationäre Settings.

Abrechnung der Leistungen

Die Leistungen können mit den Pflegekassen abgerechnet werden. In diesem Zusammenhang sind die seit 2017 gewährten, im Zweiten Pflegegestärkungsgesetz gesetzlich geregelten zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (abgegolten durch den Entlastungsbetrag) für alle Pflegegrade in Höhe von 125 Euro pro Mo-





Genossenschaftliche und gemeinwirtschaftliche Antworten auf die Herausforderungen der Langzeitpflege

Auch wenn viele Bürger*innen Mitglieder in Genossenschaften sind, seien es bei Volks- oder Raiffeisenbanken, bei Ökobanken, in Wohnungsbaugenossenschaften oder seit einigen Jahren vielleicht auch in Energiegenossenschaften, bestimmt die Gemeinwirtschaft nicht unser wirtschaftliches Verhalten, denn dies ist marktwirtschaftlich und letztlich kapitalistisch geprägt. Wir suchen den bestmöglichen Nutzen zum günstigsten Preis, setzen auf die Innovationskraft der Märkte und das Wachstum unserer Wirtschaft als Grundlage für den Wohlstand, aber auch für unsere Demokratie. Auch in der Pflege hat die Marktorientierung Einzug gehalten – und zwar in recht radikaler Weise. Genossenschaften haben gerade dann, wenn es um Notstände geht – und es geht auch in der Pflege zunehmend um „Notstände“ heute und vor allen Dingen in der Zukunft – eine relevante Bedeutung und Tradition.

Konzeption von Genossenschaften

Genossenschaften waren Antworten auf die Not der Landwirte, der Landbevölkerung infolge von Hungersnöten und der Industrialisierung. Die Idee der Genossenschaften, sowohl durch finanzielle Beiträge als auch durch gemeinsames Wirtschaften, Nutzen für alle Mitglieder zu stiften, dafür Sorge zu tragen, dass mögliche Gewinne nicht abfließen – an irgendwelche Investoren nah und fern gehen – das ist klug. Genossenschaften sind überdies demokratisch strukturiert und auf Mitwirkung angewiesen – so zumindest die Konzeption. Überdies sind Genossenschaften weitgehend übernahmesicher: Die feindliche Übernahme einer Genossenschaft ist schwer möglich. Und sie sind ökonomisch streng kontrolliert und damit seriös.

Genossenschaften in der Pflege

Genossenschaften haben auch in der Pflege eine längere Geschichte. Es gibt Pflegegenossenschaften von Pflegekräften, die einen eigenen Pflegedienst betreiben, wie seinerzeit die in Paderborn gegründete Genossenschaft von Pflegenden, die sich weder von Wohlfahrtsverbänden noch von privaten Trägern anstellen lassen wollten. Eine solche Konzeption ist nahe dran an der Eigen-

verantwortlichkeit der Pflege als Profession. Die Emdener Pflegegenossenschaft (www.emderpflegegenossenschaft.de; dazu auch das Interview mit Ute Tobias in diesem Heft) widmet sich Pflegefragen in Ostfriesland – und das in einem Zusammenspiel von Pflegekräften, von Profis, aber auch von Bürger*innen. Sie organisieren immer wieder öffentliche Diskurse über Fragen der Zukunft der Pflege neben ihren eigentlichen genossenschaftlichen Aufgaben. Auch Menschen mit Behinderungen haben Genossenschaften gegründet, Assistenzgenossenschaften, in denen sie ihre eigenen Mitarbeiter*innen anstellen. In manchen Assistenzgenossenschaften sind auch die Assistenzkräfte selbst Mitglieder. Ein Beispiel ist die Assist eG (www.assist-eg.de) in Freiburg, von Eltern mehrfach behinderter Kinder ins Leben gerufen, um Formen selbstbestimmten Wohnens mit umfassender Assistenz selbst organisieren zu können, unter Nutzung persönlicher Budgets.

Pflegegenossenschaften auch in anderer Gestalt

Pflegegenossenschaften gibt es auch in anderer Gestalt: Rolf Gennrich hat die Genossenschaft in Wesselburen mit ins Leben gerufen. Hier hat die Bürgerschaft von Wesselburen in Dithmarschen

mit ihren Engagierten und Honoratioren ein eigenes Pflegewohnhaus nach den Vorstellungen gebaut, die ausführlich diskutiert wurden. Man wollte kein Heim, man brauchte eine Tagespflege und eine Wohngruppe – und beides ist jeweils Bestandteil dieses Wesselburener Konzepts. Und die Finanzierung haben die Bürger*innen als Mitglieder der Genossenschaft (erfolgreich) selbst in die Hand genommen. Die Identifikation mit der Genossenschaft ist groß, was sich auch in dem Engagement für die Genossenschaft und für die in dem Pflegewohnhaus Wohnenden zeigt. Ableger von dieser Wesselburener Idee gibt es in einigen anderen Bundesländern, etwa auch in Bayern. Im Thüringischen Seltenrain (siehe Abbildung) hat sich aus einer landwirtschaftlichen Genossenschaft, einer LPG, mit großem Engagement der Genossenschaft, des Bürgermeisters, aber auch anderer engagierter Bürger*innen ein Netz von Unterstützungsmaßnahmen und neuer und alter Formen der Solidarität (auch) für ältere und auf Pflege angewiesene Menschen gebildet, mit vier Gesundheitskiosken, die noch weit vor Lauterbachs „Weiterentwicklung“ eingerichtet wurden sowie altengerechten Wohnhäusern in den Dörfern.

Viele Beispiele für genossenschaftliche Lebensweisen

Auch im hochpreisigen Wohnsegment finden sich Genossenschaftstraditionen. Die Altkönig Stift eG (www.altkoenig-stift.de) in Kronberg etwa ist eine Genossenschaft, die ein Wohnstift und ein Pflegeheim unterhält und dabei aus den Genossenschaftsmitteln eine bessere Personalausstattung möglich macht – zum Leidwesen der Kostenträger, die diese genossenschaftliche Initiative nicht unbedingt goutieren und Probleme mit der Kompatibilität zu den Vorgaben des SGB XI sehen. In Kronberg hat sich inzwischen ein Kronberger Genossenschaftstag etabliert, in dem alte und neue Genossenschaftsformen in der Altenhilfe und -pflege diskutiert werden. Alexander Schraml aus dem Landkreis Würzburg hat eine Art kommunale Genossenschaft (www.kommunalunternehmen.de) in Bayern ins Leben gerufen, indem zahlreiche Kommunen und Initiativen aus der Altenhilfe Mitglied sind und sich gegenseitig unterstützen, wenn es um neue Wege des Wohnens, der Versorgung und der Gestaltung von Solidaritätsaufgaben auf kommunaler Ebene geht. Es gibt viele Beispiele für das, was Schulz-Nieswandt eine genossenschaftliche Lebensweise nennt, auf die wir angesichts des demografischen Wandels angewiesen

sein werden. Genossenschaftliche Lebensweisen sind klug, da sie die Gemeinschaftsbezogenheit und auch den Nutzen gemeinsamen Wirtschaftens ebenso einbeziehen, wie die anthropologischen Überlegungen, die hinter der Genossenschaft stehen. Genossenschaften sind eben auch und gerade Organisationsformen, die von allen „Mitverantwortlichen“ leben und nicht nur den privaten Nutzen in den Vordergrund stellen.

Wohnungsgenossenschaften gehen neue Wege

In der in Deutschland immer noch vergleichsweise wenig verbreiteten genossenschaftlichen Wohnform – in Wien gibt es derer wesentlich mehr und besser unterstützt und gefördert – haben sich über das Wohnen hinaus, das Gegenstand der Wohnungsgenossenschaften ist, auch Solidaritäts- und gemeinwirtschaftliche Pflegeformen entwickelt. Das Musterbeispiel ist die Freie Scholle Bielefeld (www.freie-scholle.de). Hier haben die Mitglieder der Wohnungsbaugenossenschaft Freie Scholle Sozialarbeiter*innen angestellt und Wohnungen freigehalten, um sowohl Beratung als auch Begegnung und Betreuungsangebote zu ermöglichen und sicherzustellen. Auch manche Genossenschaften in Berlin gehen neue Wege, wenn es um die Nöte der Mitglieder der Genossenschaften und ihre Wohnbedürfnisse geht. Andere Wohnungsbaugesellschaften sehen insbesondere in Großsiedlungen, dass es nicht nur auf die Klimaverträglichkeit der Heizung ankommt, sondern auch auf die soziale Architektur, da sonst ältere Menschen mit Pflegebedarf nicht wohnen bleiben können. Nun gibt es im urbanen Bereich kaum irgendwo Leerstände in Wohnungen, wie das früher durchaus einmal der Fall war. Jedoch ist es auch von Nutzen für die Wohnungsbaugesellschaften, wenn sie etwas für ihre älteren Mieter*innen tun. Der Bauverein Breisgau eG (www.bauverein-breisgau.de) unterstützt seinerseits im Südbadischen den Bau von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und altersgerechten Wohnungen und leistet auf diese Weise einen Beitrag zur Wohnungssicherheit und zu einer gemeinwirtschaftlichen Beantwortung von Wohnbedürfnissen älterer und auf Pflege angewiesener Menschen.

Genossenschaften mit unterschiedlichen



Projekt: „Engagement, Gemeinwirtschaft und Daseinsvorsorge: Beispiele und Potenziale gemeinwirtschaftlicher Konzepte in kleinen Gemeinden. Vorstudie“

Ein wachsendes Netzwerk zur Versorgung und regionalen Wertschöpfung in einer Dorfregion – Netzwerk Seltenrain –

Kommunale Initiative

Verortung



Die Dorf-Region Seltenrain liegt im Unstrut-Hainich-Kreis im Nordwesten von Thüringen. Die 6 Gemeinden Kirchhellingen, Blaskenburg, Bruchstedt, Urleben, Tottleben und Sundhausen führen gemeinsame Projekte durch, die zur Lebensqualität in der Region beitragen. Sie bilden ein Netzwerk, das für regionale Wertschöpfung und kooperative Versorgung im ländlichen Raum steht.



Kontakt Netzwerk Seltenrain/Stiftung Landleben Christopher Kaufmann Bahnhofstraße 186 a 99947 Kirchhellingen christopher.kaufmann@stiftung-landleben.de www.stiftung-landleben.de

Entstehung

Die Tradition des Netzwerkes Seltenrain fußt in der Agrargenossenschaft eG Kirchhellingen. Verantwortlich für die Sorge um die Gemeinschaft in allen Lebensbereichen, so wie es zu DDR-Zeiten als Aufgabe der LPG galt. Dieses historisch gewachsene Grundverständnis von sozialer Verantwortung für die Gemeinschaft, führte den Vorsitzenden der Agrargenossenschaft 2004 mit Mistreitern zur Gründung des Gewässerunterhaltungs-Zweckverband Seltenrain e.V. 2005/2006 startete das Integrierte ländliche Entwicklungskonzept (ILEK) 2007 Gründung Förderverein Freibad Kirchhellingen e.V. 2012 Bau Barrierefreier Bungalows als altersgerechte Wohnmöglichkeiten „Häusertausch“ (Auszeichnung Innovationspreis Thüringen) 2011 Gründung Stiftung Landleben von vier Gemeinden 2014 Neueröffnung der Dalton-Grundschule in privater Trägerschaft 2017 Gründung des Versorgungsnetzwerkes Landengel e.V. 2019 Projektstart Dorfkümmerei (Agathe-Programm) 2022 Eröffnung Gesundheitsklosete und zentrales Landzentrum als Dienstleistungszentrum (Landengel e.V.) 2023 Gründung Gesundes Landleben GmbH Übernahme von Geschäftsführung der Gesundheitsklosete

„Wenn wir schon so schön zusammensitzen, können wir auch noch was anderes zusammen machen...“ [Frank Baumgarten]

Drohende Freibadschließung, Schulschließung und die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung wurden zu zentralen Themen



Themen

Verbesserte Daseinsvorsorge für die Bevölkerung u.a. mit Wohnraum, Mobilität, Gesundheitsdienstleistungen und Pflege

Naturschutz- und Landschaftspflege-maßnahmen

Barrierefreie Bungalows/Häusertausch

Versorgungs-Netzwerk aus lokalen Unternehmen und Dienstleistungs-anbietern

Wiederbelebung und Erhaltung der ländlichen Bausubstanz

Dorfkümmerei/ Gemeindepflege (Sozialmanagement)

Bürgerbus (für Vereinsmitglieder)

Kinderturnen, gemeinschafts-fördernde Treffen und außerschulische Lernangebote

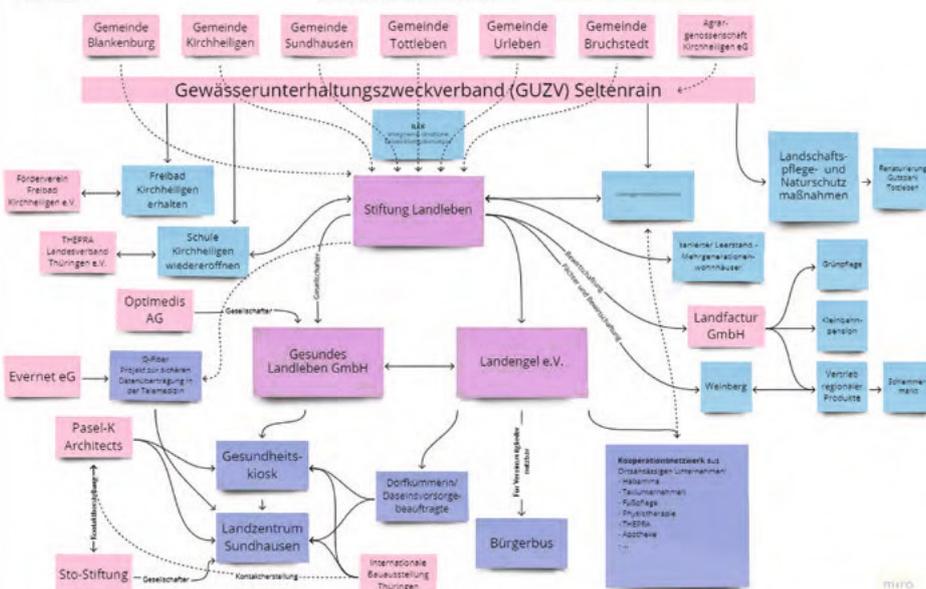
Dezentrale Gesundheitsklosete

Internetversorgung & Quantentechnologie zur sicheren Datenübertragung für Telemedizin

Bewirtschaftung & Vertrieb regionaler Produkte

Struktur

Netzwerk Seltenrain



Merkmale

Governance-Fähigkeit "Krisen bieten Chancen" – Transformation Verknüpfung Ehrenamt und Erwerbsarbeit Verzahnung von Zivilgesellschaft und Kommune

Zukunftspläne

- Etablierung weiterer Gesundheitsklosete in der Umgebung
Angebotserweiterung der Gesundheitsklosete (Kinderbetreuung & Tagespflege)
Vereinfachung der Netzwerkstrukturen -> evtl. Dachorganisation

HOCHSCHULE NEUBRANDENBURG... Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung... www.zzz-neuburg.de

Abbildung: Ein wachsendes Netzwerk zur Versorgung und regionalen Wertschöpfung in einer Dorfregion – Netzwerk Seltenrain

Interview mit Ute Tobias von der Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG

Liebe Frau Tobias, Sie haben 2020 die Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG mitbegründet und dafür 2021 den Deutschen Demografiepreis erhalten. Worum geht es dabei? Was ist die Grundidee dahinter?

Die Grundidee ist, dass die ganze Region ermutigt werden soll, sich für die Pflege einzusetzen, indem sich Pflegekräfte und pflegebedürftige Menschen in der Rechtsform der Genossenschaft zusammen-

Prozesse umgesetzt werden können. Ein Anknüpfen gegen hierarchische Strukturen entfällt. Die Gemeinschaft der Genossenschaftler entscheidet autark über die Einführung benötigter Dienstleistungen, die Verwendung erwirtschafteter Umsätze und die Verteilung von Gewinnen, die Höhe von Rückstellungen und Löhnen – und kann so eine ganz andere Zufriedenheit bei allen Beteiligten generieren. Auch über benötigte Weiterbildung, den Umgang mit Beschwerden und ihren Konsequenzen entscheiden die Menschen vor Ort auf der Basis einer vertrauensvollen und professionellen Beziehung, die das Fundament für die Entscheidungen der Gemeinschaft bildet.

Zur Person

Ute Tobias ist ausgebildete Altenpflegerin und hat mehrere Jahre in einer Einrichtung der Altenpflege gearbeitet. Nach einem anschließenden Studium des Sozialmanagements und der Organisationsentwicklung hat Ute Tobias zunächst in der Jugendhilfe gearbeitet, bevor Sie 2020 mit der Gründung der Emdener Pflegegenossenschaft thematisch zurück in die Pflege gegangen ist. Altenpflege war und ist ihr Traumberuf.



schließen und selbstbestimmt die Erbringung sozialpflegerischer und medizinischer Dienstleistungen und weiterer Unterstützungsangebote organisieren. Parallel dazu werden moderne Arbeitsbedingungen geschaffen, die sich an den Bedürfnissen der Pflegekräfte ausrichten. Unabhängig von den Renditezielen gewinnorientierter Unternehmen oder den Umsatzzielen der Wohlfahrtsverbände folgen sie so dem Prinzip der Selbstorganisation und Selbstführung und entwickeln ein Dienstleistungsangebot, das eine gruppenspezifische Antwort auf die Bedürfnisse ihrer Gemeinschaft gibt.

Was ist das Besondere daran?

Entsprechend den Grundprinzipien der Genossenschaft wirtschaften die Menschen für ihre Gemeinschaft und haben hierbei die Entscheidungshoheit. Entgegen der Nutzung privater Dienste oder etablierter Wohlfahrtsorganisationen ist sichergestellt, dass ihre Wünsche Gehör finden und nach der Durchführung selbstorganisierter

Was läuft anders im Gegensatz zu den klassischen Einrichtungen der Altenpflege?

Seit einigen Jahren explodieren in vielen unserer sozialen Organisationen die Kosten, ohne dass die von der Gesellschaft übertragenen Probleme gelöst oder zumindest positiv beeinflusst werden könnten. Eine Ursache hierfür könnte sein, dass es sich bei den Betrieben um Hierarchie-Unternehmen handelt, in denen Menschen einander entsprechend der Machtverteilung dominieren und individuelle Ziele, abweichend von denen der Organisation, verfolgen. Dagegen verfolgt die Idee der Potenzial-Entfaltungsgemeinschaft den Gedanken, dass jedes Mitglied einer Gemeinschaft bzw. Organisation all seine Fähigkeiten einbringen kann, ohne von Hierarchien behindert zu werden. Hierzu braucht es eine Organisationsstruktur, die dieses freie Handeln entsprechend der eigenen Profession unterstützt. Alle Bürger*innen werden eingeladen, sich in ihrem Stadtteil dem Netzwerk anzuschließen. Alle können sich freiwillig, durch ehrenamtliche Dienste für die Gemeinschaft und die Genossenschaft einsetzen.

Wie läuft es ganz konkret ab in einer Pflegegenossenschaft? Wer macht was? Was können und sollen die einzelnen Genossenschaftsmitglieder leisten?

Zusätzlich zu den professionellen Pflegekräften sollen sich die Genossenschaftsmitglieder gegen-

seitig ehrenamtlich unterstützen. Man hilft mit dem, was man gut kann: Öffentlichkeitsarbeit, Steuern, Verwaltungsaufgaben und eben auch die kleinen Dinge, wie beispielsweise einkaufen gehen, einen Chor leiten, Spielenachmittage organisieren oder sich zu einer Tasse Tee verabreden. Das ist auch ganz viel Netzwerkarbeit. In einer immer älter werdenden Gesellschaft sind funktionierende und ehrenamtliche Netzwerke unerlässlich, um im Alter gut versorgt zu sein und so lange wie möglich zu Hause bleiben zu können. Und das nicht erst, wenn die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern auch schon davor – quasi präventiv gedacht.

Und was bedeutet das für das Pflegepersonal und für die Genossenschaft als Arbeitgeber?

Im Mittelpunkt steht die Selbstorganisation und Selbstführung des Pflegepersonals. Die Mitarbeiter*innen finden sich in Kleingruppen von maximal zwölf Pflegefachkräften zusammen und organisieren alle Belange ihrer Gemeinschaft eigenständig, selbstorganisiert und selbstführend. Dadurch werden die Lösungen für den bzw. die jeweiligen Patient*in passgenau ausgearbeitet. Das gemeinschaftliche Lösen von Problemen stärkt die Teambildung. Der Beratungsprozess ermöglicht, dass jede*r Mitarbeiter*in und Senior*in Ideen und Einwände einbringen kann und alle Potenziale zur Lösung nutzbar sind. Die Mitarbeiter*innen handeln auf der Basis ihrer pflegerischen Profession und sichern so die Qualität der Prozesse. Die Genossenschaft stellt sich hinter ihre Pflegekräfte. Sie soll Träger des Pflegediensts sein. Die Pflegekräfte sollen mehr Durchführungszeit (für Selbstorganisation und Beziehungsarbeit) zur Verfügung haben und Pflegebedürftigkeitsprävention machen.

Wie genau ist dann die Verwaltung organisiert?

Alle Aktivitäten der Verwaltung sind daran ausgerichtet, die bestmöglichen Rahmenbedingungen für eine senioren- und mitarbeiterbestimmte Pflege zu organisieren. Die Pflegeteams werden von Fremdaufgaben (z. B. Buchhaltung, Auszahlung der Gehälter und Teambudgets) entlastet. Die Aufgaben der Verwaltung sind zudem die Gewinnung und Vorbereitung sowie Begleitung neuer Teams. Außerdem kümmern sich die Mitarbeiter*innen der Verwaltung um die Antragsstellung für Förderprogramme und Spenden und

bemühen sich aktiv um die Akquise von Drittmitteln.

Wie ist die Finanzierung geregelt?

Die Mitglieder leisten einen Geschäftsanteil, in dessen Rahmen sie eine solidarische Haftung für die Genossenschaft übernehmen. Die Höhe des Anteils wird durch die Mitglieder selber festgelegt. Dadurch wird die Selbstverantwortung der Genossenschaftler für ihr Handeln deutlich. Eine Nachschusspflicht ist ausgeschlossen. Die Leistungen des genossenschaftlichen Pflegediensts werden aus der Sozialgesetzgebung finanziert: durch die Pflegekasse, die Krankenkasse und das Sozialamt. Hierzu muss der genossenschaftliche Pflegedienst von den Krankenkassen anerkannt sein und über einen Versorgungsvertrag verfügen. Wenn es darüber hinaus gelingt, unentgeltliche Dienstleistungen von Mitgliedern der Genossenschaft zu erhalten, ist das ein Pluspunkt.



Die „Mission“ der Genossenschaft in Kürze

- seniorenbestimmte Pflege, Präventionsberatung und Unterstützung sowie bestmögliche Arbeitsbedingungen für Pflegefachkräfte
- Einrichtung von selbstorganisiert arbeitenden Pflege- und Fachkraftteams
- Schulung der Fachkräfte in Beteiligungsmethoden, gemeinschaftliche Ermittlung von benötigten Unterstützungsleistungen durch pflegerische und pädagogische Fachkräfte mit den Bürger*innen ihres Gemeinwesens
- Aufbau der Genossenschaft als lernende Organisation
- ganzheitliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen – Erbringung der dazu notwendigen pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen
- Prävention von Pflegebedürftigkeit und Erhaltung der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen
- Aufbau eines informellen Netzwerks bestehend aus Familienangehörigen oder Nachbarn und Freunden in einem fest zugeordneten Gemeinwesen
- Aufbau, Pflege und Koordination eines stabilen verlässlichen formalen Netzwerks in einem fest zugeordneten Gemeinwesen
- Vernetzung und Austausch von Rat und Tat über das digitale Vernetzungsportal MOIN-Mio



Kulturgenossenschaften in Deutschland – Ein Überblick

Nicht erst seit der COVID-19-Pandemie ist die deutsche Kunst- und Kulturszene in besonderem Maße herausgefordert. Strukturelle Umbrüche der heutigen Zeit wie die Globalisierung, die Digitalisierung und der demografische Wandel sowie, teilweise daraus folgend, die Strukturverarmung, der zunehmende Rückzug des Staats von seinen Leistungsbereichen und finanzielle Kürzungen haben dem Kultursektor bereits zuvor und bis heute anhaltend zugesetzt. Zugleich herrscht grundsätzlich Einigkeit darin, dass der kulturelle Sektor eine gesellschaftliche Relevanz hat; um es mit den Worten des Deutschen Kulturrats zu sagen: „Kunst und Kultur haben eine herausragende Bedeutung für die Gesellschaft. Sie spiegeln gesellschaftliche Debatten wider, sie bieten Reibungsflächen zur Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit, sie weisen über das alltägliche Geschehen hinaus. Kunst und Kultur sind Ausdruck des menschlichen Daseins.“ (Deutscher Kulturrat 2010, S. 4). Um nun die Umsetzung des gesellschaftlichen und politischen Auftrags von Kultur nachhaltig sicherzustellen, werden vermehrt auf zivilgesellschaftlichem Engagement basierende, gemeinwohlorientierte Formate wie das der Kulturgenossenschaften benötigt.

Historische Einordnung von Kulturgenossenschaften

Die ersten Kulturgenossenschaften lassen sich in Deutschland bereits auf den Anfang des 20. Jahrhunderts zurückdatieren. Als Rechtsform existieren sie explizit seit der Novellierung des Genossenschaftsgesetzes (GenG) 2006, indem neben dem wirtschaftlichen auch der soziale und der kulturelle Förderzweck gesetzlich verankert wurden. Durch diesen gesetzlichen Nachtrag wurden zukünftige Sozial- und Kulturgenossenschaften fundiert und rechtssicher ausgestaltet. Gründungen von Kulturgenossenschaften vollzogen sich – ohne einen eindeutigen kausalen Zusammenhang mit der Novelle des GenG nachweisen zu können – seit 2008 in größerem Ausmaß und führten zu einer Gesamtzahl von 160 Kulturgenossenschaften in Deutschland Stand Ende 2023 (ermittelt auf der Grundlage einer Analyse des Genossenschaftsregisters und des Bundesanzeigers; in die Gesamtzahl aufgenommen sind dabei lediglich Kulturgenossenschaften, die sowohl in der genossenschaftlichen Wirtschaftsform agieren als auch das Rechtskleid der eingetragenen Genossenschaft tragen).

Kulturgenossenschaften

Kulturgenossenschaften sind freiwillig errichtete Selbsthilfeorganisationen von Personen, die als Genossenschaftsmitglieder mittels eines gemeinschaftlich getragenen Kulturbetriebs in ihren kulturellen Interessen realwirtschaftlich gefördert werden und ihre gemeinsamen Angelegenheiten durch demokratische Selbstverwaltung regeln.

Ein Kulturbetrieb ist ein institutionalisierter Rahmen zur Produktion und Vermittlung von Kultur und gestaltet sich beispielsweise als Kino, Theater oder Museum aus. Charakteristisch für eine Kulturgenossenschaft ist, dass dieser Kulturbetrieb von den Mitgliedern getragen wird, indem diese nicht nur Eigentümer*innen, sondern zugleich Kund*innen bzw. Beschäftigte des Kulturbetriebs sind. Die realwirtschaftliche Förderung der kulturellen Interessen der Mitglieder findet durch Kultur- und Kreativleistungen des genossenschaftlichen Kulturbetriebs in Form von materiellen (z. B. Konsumgüter wie Instrumente) oder immateriellen Gütern (z. B. Dienstleistungen wie Filmvorführungen) statt. In der Praxis werden die Leistungen von den Kulturgenossenschaften direkt erbracht und/oder organisiert, es

wird über die Leistungserbringung informiert und/oder eine Plattform zum Austausch über Erfahrungen in der Leistungserbringung angeboten. Zu den Bereichen, in denen die verschiedenen Leistungen der Kulturgenossenschaften erfolgen, zählen Architektur, Bücher, darstellende Künste, Design, Film, Kunst, Musik, Presse, Rundfunk, Werbung, Gaming, Räume für Künstler*innen und Kulturschaffende, Kulturcafé/Kulturkneipe, Museum, Kulturtourismus, handwerkliche Kunsterzeugnisse, Bastel- und Künstlerbedarf sowie Spiele/Spielzeuge/Spielgeräte. Kulturgenossenschaften kennzeichnet darüber hinaus – wie alle Genossenschaften – die Freiwilligkeit der Mitgliedschaft und die demokratische Selbstverwaltung. Mitglieder können zu jeder Zeit in die Kulturgenossenschaft ein- oder austreten und haben bei Entscheidungen betreffs der Verwaltung der kulturgenossenschaftlichen Angelegenheiten unabhängig von der Höhe ihrer Kapitalbeteiligung stets jeweils eine Stimme.

Kulturgenossenschaften als Bürger- und Infrastrukturgenossenschaften

Da Kulturgenossenschaften gewichtige Beiträge zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge leisten können, werden sie nicht nur als eigener genossenschaftlicher Subtypus definiert, sondern zählen zugleich zu den Bürgergenossenschaften (Bayer et al. 2021) und Infrastrukturgenossenschaften (Kluth 2019). Wie für Bürgergenossenschaften, die als Reaktion auf bestehende soziale Bedarfe oder gesellschaftliche Problemlagen von den betroffenen Bürger*innen selbst gegründet werden, und Infrastrukturgenossenschaften mit ihrer Intention, Infrastruktur als dauerhafte Einrichtungen bereitzustellen, charakteristisch, zeigen Kulturgenossenschaften ihr Potenzial überall dort auf, wo sich sowohl der Staat aus Kostengründen als auch der Markt mangels Profitabilität aus der Erbringung von kulturellen Leistungen bzw. (finanzieller) Unterstützung für kulturelle und künstlerische Leistungen zurückgezogen haben. Auf diese Weise reagieren sie auf Problemlagen und schließen Versorgungslücken in ihren Gemeinwesen, was für diese in vielerlei Hinsicht gewinnbringend ist.

Soziale Wirkungen von Kulturgenossenschaften

Hinsichtlich der (primären) sozialen Wirkung einer Infrastrukturgenossenschaft und demnach einer Kulturgenossenschaft wird zwischen Erhalt,

Kontrolle und Innovation/Intervention unterschieden (Kluth 2019). Zum einen kann eine Kulturgenossenschaft einen öffentlichen oder privaten Kulturbetrieb, der seitens des Staates oder des Unternehmers nicht mehr getragen wird, durch Übernahme erhalten. Zum anderen kann mittels einer Kulturgenossenschaft Kontrolle über einen Bereich der kulturellen Daseinsvorsorge angestrebt werden, um so die Abhängigkeit von privaten Dienstleistern zu verhindern. Darüber hinaus kann eine Kulturgenossenschaft ein innovatives Geschäftsmodell darstellen, wenn gesellschaftliche Intervention durch soziale Innovation im kulturellen Sektor intendiert wird.

Programmkinno Würzburg eG als Beispiel einer Kulturgenossenschaft

Als Reaktion auf die im Juli 2009 erfolgte überraschende Ankündigung der Schließung des einzigen, privat geführten Programmkinos der Stadt Würzburg, formierte sich im Frühjahr 2010 mit Unterstützung des städtischen Kulturreferats eine Arbeitsgruppe, die aus Vertreter*innen verschiedener Berufsgruppen (Architekt*innen, Hochschullehrende, Kinoverleihende, Rechtsanwält*innen etc.) bestand. Um ihr Ziel, den Erhalt eines Programmkinos in der Stadt Würzburg, zu erreichen, gründeten sie im September 2010 die *Programmkinno Würzburg eG*. Laut § 2 Absatz 1 der Satzung ist „Zweck und Gegenstand der Genossenschaft [ist] der Betrieb eines jedermann zugänglichen Programmkinos, in dem künstlerisch wertvolle oder in besonderem Maße informative Filme und andere Medien gezeigt werden. Im laufenden Betrieb werden neue und ältere Filme aus allen Kulturkreisen gezeigt. Zu den Aufführungsveranstaltungen gehören nicht nur das Abspielen der Filme, sondern nach Möglichkeit auch einführende Referate, anschließende Aussprachen des Publikums und begleitende Materialien zur Vertiefung des Verständnisses.“ (Programmkinno Würzburg eG 2024, S. 1). Stand heute hat die Programmkinno Würzburg eG über 500 Mitglieder, rund 25 Mitarbeiter*innen und betreibt drei Kinosäle mit Platz für insgesamt 318 Personen. In den letzten sechs Jahren wurden etwa 2.500 Filme gezeigt und knapp 250.000 Zuschauer haben das Kino besucht.

Potenziale und Risiken von



Der neoliberale Sündenfall im SGB XI und die Blockierung der kommunalen Daseinsvorsorge

Das SGB XI entstand im Lichte einer neoliberalen Begeisterung für die animistisch anmutende Magie der wettbewerblichen Marktöffnung in Verbindung mit einer sozialkonservativen Auslegungsordnung des Subsidiaritätsprinzips: Die Familie und die Frauen machen das schon! Das wurde als soziale Innovation (Schulz-Nieswandt 2023c) des Wohlfahrtsstaats gefeiert, auch aus sozialdemokratischer Perspektive. An dem Zustand gesellschaftspolitischer Visionen der SPD hat sich seit dem nichts geändert. In der CDU und den Grünen fehlt eine fundamentale Debatte. Die Linke ist zerstört, die neue linke Partei wird sich von Russland finanzieren lassen. Die Neues Deutschland-Initiative wird ihre Parteizentrale in Hameln verorten.

Langzeitpflegesektor in der Sackgasse

Diese Glaubenslehre fügte sich auch in das Europäische Sozialmodell, das das Binnenmarkt-Projekt begleitet (Schulz-Nieswandt 2023e): Regulierter Marktwettbewerb im Trägerpluralismus (For-Profit-Unternehmen versus Non-for-Profit-Unternehmen und – nachrangig – öffentliche Unternehmen) würde eine „gute Pflege“ in blühenden Pflegelandschaften schöpferisch entwickeln. Die Erfolge in der quantitativen Dichte der ambulanten Versorgung sind auch nicht zu übersehen. Auch der leistungsrechtliche Einstieg in Alltagsbegleitung, Betreuung und Nachbarschaftshilfe ist bedeutsam. Ansonsten ist der Langzeitpflegesektor in vielerlei Hinsicht (Finanzierung, Fachkräftemangel, Differenzierung der Wohnformen, De-Institutionalisierung etc.) in die Sackgasse geraten.

Betten-Kapazitäts-Boom

Die neuere gemeinwohloökonomische Debatte – insbesondere auch die Idee genossenschaftlicher Formen des solidarischen Wirtschaftens (Schulz-Nieswandt 2023b) – ist in dieser Care-Landschaft noch gar nicht wirksam angekommen. Statt die freien Träger der gemeinnützigen Gemeinwirtschaft im Lichte einer Philosophie des „guten Lebens“ zu stärken (Schulz-Nieswandt und Thimm 2023a; 2023b), dürfen wir jetzt abwarten, mit welchen Geschenken uns die transnational tätigen Kapital-Anleger-Modelle der Immobilienwirtschaft segnen werden. Eskalation

der „Kasernierung“ der vulnerablen Hochaltrigkeit im Modus eines Betten-Kapazitäts-Boom? Der Neoliberalismus als Pneuma dieses wirtschaftsordnungsrechtlichen Paradigmas bedeutet keinen freien Wirtschaftsliberalismus, sondern zugleich den Aufstieg eines komplexen bürokratischen Regulationsregimes, das sich im Kern als Rechtstechnokratie eines dokumentarischen Strukturqualitätsmanagements erweist.

Sündenfall in der Geburt des SGB XI

Im SGB-XI-Kontext gehörte wirtschaftsordnungsrechtlich dazu der obligatorische Kontrahierungszwang im Vertragsrecht. Das war der Sündenfall in der Geburt des SGB XI. Damit waren den Sozialversicherungen als Payer die Möglichkeit der Rolle eines Players als politische Gestalter der Versorgungslandschaft genommen. Die lange Geschichte der selektivvertraglichen Integrationsversorgung (heute gemäß § 140a SGB XI i. V. m. § 92b SGB XI) ist in ihrem Transformationspotenzial weitgehend verpufft (Schulz-Nieswandt 2023d). Der Innovationsfonds des G-BA ist eher eine symbolische Politik. Damit ist die kommunale Daseinsvorsorge und auch die verfassungsrechtlich mögliche Steuerungs- und Finanzierungscooperation mit den Sozialversicherungen als parafiskalische Gebilde des sozialen Rechtsstaats in der Pflegestrukturplanung weitgehend blockiert in ihrer die soziale Wirklichkeit gestaltenden Effektivität. Gewährleistungsstaat-

lichkeit und Sicherstellungsauftrag fallen weitgehend auseinander.

Zarte Lichtblicke und betonierte Blockaden

Es folgt nun ein kurzer Abriss zum Status quo der Innenwelt dieser Sackgasse. Es gibt zarte Lichtblicke, ansonsten eine betonierte Blockade. Beton kann erodieren, er kann auch aufgebohrt werden. Doch der ideologische Zauber beherrscht die Wahrnehmung und die Orientierung der Politik, und wirtschaftliche Interessen dominieren die humangerechten Ideen als Visionen neuer Wege jenseits der Pfadabhängigkeit. Psychoanalytisch gesehen fehlt die Urkraft aller Kräfte: die solidarische Liebe als Sorge für ein „gutes Leben“ (Schulz-Nieswandt 2023a). Die beiden unbestimmten Rechtsbegriffe der Gewährleistung und der Sicherstellung prägen zentrale Fragen der Leistungserstellung im System der Sozialgesetzbücher und in der kommunalen Daseinsvorsorge.

Sozialpolitik (parafiskalische Sozialversicherungen) und Daseinsvorsorge (Kommunen der Länder): Es handelt sich um eine Differenz, die jedoch als Einheit beider Kategorien zu verstehen ist, weil sich die Gewährleistung auf die Sicherstellung im Sinne der Erledigungspraxis der Ziele, die gewährleistet werden sollen, bezieht. Zugleich deutet sich eine Frage der Auslegung und Gestaltordnung beider Felder (Sozialpolitik und Daseinsvorsorge) an.

Finanzierung und Regulierung eines Trägerpluralismus der Anbieter im Markt: Diese sozialversicherungsrechtlichen Mechanismen im Zusammenspiel von Ordnungsrecht, Leistungsrecht und Vertragsrecht stellen – vor allem im SGB V und SGB XI – auf mehr oder weniger solidarische Finanzierung eines marktgeöffneten Wettbewerbsmechanismus ab. Die Sozialversicherungen sind hier weitgehend Payer, aber nicht Player. Im Gesundheitswesen (des Neo-Korporatismus der Gemeinsamen Selbstverwaltung) und im Langzeitpflegewesen kommt es in den ambulanten, teilstationären und stationären Leistungssektoren zum trägerpluralistischen regulierten Marktwettbewerb.

Subsidiaritätsauslegungsordnungen: Dabei bildet sich eine vertikale und eine horizontale Subsidiaritätsauslegungsordnung heraus. Der Gewährleistungsstaat ist als öffentlicher Träger

der Erledigung wirtschaftsorganisationsrechtlich nachrangig gegenüber den nicht staatlichen und in diesem Sinne privaten Marktanbietern. Innerhalb des Marktgeschehens sind privatwirtschaftliche und gemeinwirtschaftliche (gemeinnützige) Akteure transparent nach dem Rechtsprinzip der Gleichbehandlung aufzustellen.

Gewährleistungsstaat und Infrastruktursicherstellung: Die Figur des (zentralen oder föderalen) Gewährleistungsstaats verweist auf das Leistungsgeschehen des Sozialrechts, aber auch auf das Feld der kommunalen Daseinsvorsorge gemäß Art. 28 GG, u. a. vor dem Hintergrund des raumordnungspolitischen Leitbilds der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Raum im Art. 72 GG. Auch hier sind Differenz einerseits und Zusammenspiel andererseits in komplizierter Weise bestimmend. Der Schnittbereich ergibt sich aus dem Infrastrukturencharakter (Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptabilität etc. auch vor dem Hintergrund des individualisierten Völkerrechts der UN-Grundrechtskonventionen) der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (vgl. auch Art. 36 GRC der EU, verankert in EUV/AEUV). Es ergeben sich Sozialraum-bezogen Schnittbereiche zwischen Sozialpolitik, Wohnen, Mobilität (Verkehr und Kommunikation) etc.

Strukturbildung der neoliberalen Modernisierung: Vor dem Hintergrund der Implementation der Ideenwelt von New Public Management, Neue Steuerung etc. im Zuge der marktorientierten Wettbewerbssteuerung in der Leistungserstellung innerhalb der bundesdeutschen sogenannten Modernisierung des Sozialstaats (dazu gehört auch die Orientierung an der Idee der investiven Sozialpolitik), wodurch der in Art. 79 (3) GG geregelte Ewigkeitscharakter des Sozialstaatsgebots des Art. 20 GG vor dem Hintergrund des überpositiven Naturrechts der personalen Würde in Art. 1 GG die Formbestimmtheit des regulativen und solidarischen Staates als Kontraktmanager im Vergaberecht, Ausschreibungswettbewerbsrecht und Beihilferecht annimmt, zum Teil im Dienstleistungskonzessionsrecht, aber auch infolge des europäischen Sozialmodells als Komplementäridee zum Binnenmarkt der Grundfreiheiten der Freizügigkeit, kristal-



Vernetzt und sektorenübergreifend: Gestaltung von Übergängen in der pflegerischen Versorgung in NRW

Übergänge zwischen unterschiedlichen Versorgungssettings haben häufig Veränderungen der individuellen Pflegesituation zur Folge. Die Unterstützung bei der Organisation der Anschlussversorgung ist für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige daher essenziell. Damit Unterstützungsakteure im Rahmen einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen können, bedarf es vernetzter und aufeinander abgestimmter Infrastrukturen. Inwiefern im Bereich der Übergangsgestaltung in Nordrhein-Westfalen beteiligte Akteure bei der Entwicklung dieser unterstützt werden, wird beispielhaft in diesem Beitrag dargestellt.

Die Person im Mittelpunkt

Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf erfolgt in unterschiedlichen Unterstützungssettings: im häuslichen Umfeld durch Angehörige, mit Unterstützung eines Pflegedienstes und komplementären teilstationären Angeboten oder in einer stationären Pflegeeinrichtung. In allen Versorgungsformen kann es für pflege- und unterstützungsbedürftige Personen zu Situationen kommen, die den Wechsel von einer Versorgungsform in eine andere bedeuten – die Person befindet sich also in einem interinstitutionellen Übergang. In der Praxis befinden sich Menschen mit einem Unterstützungsbedarf beispielsweise im Übergang von der Versorgung in einer Rehabilitationseinrichtung in die Kurzzeitpflege oder im Übergang von einem Krankenhausaufenthalt in die eigene Häuslichkeit.

Zentrale Rolle in der Gestaltung von Übergängen: Krankenhaus

Das Krankenhaus spielt in Bezug auf die Gestaltung von Übergangssituationen eine zentrale Rolle. Häufig wird erst während der stationären Behandlung eine Pflegebedürftigkeit festgestellt oder der Pflegebedarf verändert sich durch den Krankenhausaufenthalt. In beiden Fällen geht damit eine Veränderung der individuellen Versorgung für die Patient*innen einher: Ambulante Anschlussbehandlungen oder weitere (teil-)stationäre und ambulante pflegerische Bedar-

fe ergeben sich diagnoseindiziert und stellen Krankenhäuser vor die Herausforderung, die Sicherstellung der weiteren Versorgung zu gewährleisten (vgl. Rothgang und Müller 2023). Hierbei ist darauf zu achten, dass die individuelle Bedarfslage der zu entlassenden Person berücksichtigt wird. Das heißt, dass ein Versorgungssetting nicht lediglich auf der Grundlage der unterschiedlichen Leistungsansprüche in Abhängigkeit vom Versorgungsort und von Leistungskomplexen erbracht wird. Vielmehr besteht die Notwendigkeit, pflegerische und unterstützende Hilfen anhand der Bedarfe und Bedürfnisse der zu versorgenden Person unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds zu ermitteln und danach auszurichten (Personenzentrierung).

Herausforderungen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung

Damit eine personenzentrierte Versorgung gelingt, sind hiernach ausgerichtete Versorgungssysteme notwendig. Der Gesetzgeber hat deshalb verschiedene Instrumente auf den Weg gebracht, um diesen Anforderungen nachzukommen. Mit dem Anspruch von krankenversicherten Personen auf ein Versorgungsmanagement besteht zum einen die Möglichkeit zur Unterstützung zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, was insbesondere die fachärztliche Anschlussversorgung betrifft (vgl. § 11 Abs. 4 SGB V). Zum anderen

sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, Versicherten eine Unterstützung im Sinne eines Entlassmanagements anzubieten. Das gemäß § 39 Abs. 1a SGB V definierte Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung erforderlich sind, was Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung sowie Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung einschließt.

Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit

Demnach ist mit diesem gesetzlichen Anspruch ein Instrument implementiert, das dem beschriebenen Versorgungsanspruch nachzukommen versucht. Dies wird der Idee nach auch deutlich beim Blick in die Rahmenverträge zur Organisation des Entlassmanagements, welche Krankenhäuser mit Leistungserbringern schließen können. In § 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement zwischen dem GKV-Spitzenverband, der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der deutschen Krankenhausgesellschaft wird das Entlassmanagement als eine Aufgabe definiert, die in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicherzustellen ist, um den differenzierten Anforderungen der Patient*innen und ihrer Angehörigen und den weiterversorgenden Institutionen gerecht zu werden. Zur gelingenden Umsetzung eines Entlassmanagements hat das Deutsche Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) einen „Nationalen Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege“ entwickelt (vgl. DNQP 2019). Dieser ist nach Angaben des Barmer Pflegereports jedoch nur in 56 Prozent der Krankenhäuser etabliert (vgl. Rothgang und Müller 2023). Ergänzend zu einem nicht flächendeckend standardisierten Entlassmanagement ist die Versorgungslandschaft durch fehlende Kapazitäten leistungserbringender Dienste geprägt. So sind etwa Kurzzeitpflegeplätze für die Anschlussversorgung in 15 Prozent der Fälle nie, zu 51 Prozent nur manchmal rechtzeitig verfügbar. Bei den Tagepflegen sind es 19 Prozent bzw. 50 Prozent (vgl. Lingnau et al. 2021). Auf die Frage, warum sie Angebote wie den ambulanten Pflegedienst nicht zur Unterstützung nutzen, geben Pflegebedürftige zu knapp 42 Prozent den Grund an, dass diese keine Kapazitäten haben (vgl. Büscher et al. 2023).

Gelingensfaktor: Vernetzte Infrastrukturen

Vor dem Hintergrund dieser strukturellen Lücken wird deutlich, dass es Lösungen braucht, um im

Rahmen gegebener Möglichkeiten bedarfsgerechte Versorgungssituationen für pflegebedürftige Personen herzustellen und Versorgungsbrüche in diesem Zusammenhang zu vermeiden. Die Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes erfordert ein konzentrisches Vorgehen. Das bedeutet, dass die Versorgung der einzelnen Person nur so gut sein kann wie die Versorgungsstruktur, in die sie eingebettet ist. Notwendig sind also gut ausgestattete, vernetzte und damit sektorenübergreifend ausgestaltete Infrastrukturen (vgl. Hellermann et al. 2022), die im Sinne eines Governance-Ansatzes auf die Bedarfe von pflegebedürftigen Personen und deren Angehörige reagieren können (vgl. Heerdt 2022).

Bedarfsorientierte Versorgung durch Austausch und Vernetzung

In Nordrhein-Westfalen gehen die Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz als regionale Entwicklungszentren dieser Aufgabe nach. Mit dem Ziel, gemeinsam mit Unterstützenden vor Ort die Versorgungsstrukturen für Personen mit unterschiedlichen Pflegebedarfen und für Pflegenden Angehörige zu verbessern, informieren, beraten, qualifizieren und vernetzen sie haupt- und ehrenamtlich engagierte Menschen und Organisationen. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung war das Thema „Gestaltung von Übergängen in der pflegerischen Versorgung“ im Jahr 2023 handlungsleitend. Im Rahmen ihrer Sensor- und Vernetzungsfunktion fanden daher zwei überregionale Formate statt, um sich dem Thema aus der Perspektive der im Bereich von Übergangsgestaltung aktiven Akteure zu nähern.

Akteure zusammenbringen

Ein digitaler Werkstatttag als erstes Format brachte zahlreiche Akteure aus den Bereichen Krankenhaus, Psychiatrie, ambulante Pflege, stationäre Pflege, (Pflege-)Selbsthilfe, Rehabilitation, Pflegeplanung, Pflegebegutachtung, Interessenvertretung für Pflegenden Angehörige u. v. m. zusammen, um im moderierten Austausch akteurspezifische sowie akteursübergreifende Perspektiven zum Thema zu explorieren und eine überregionale Vernetzung herzustellen. Zentrales Ergebnis des Austauschs war u. a., dass sektorenübergreifende, multidisziplinäre Zusammenarbeit auf regionaler sowie auf überregionaler Ebene





Hohes Alter in Deutschland

Trotz des schnellen Wachstums des Anteils der Bevölkerung in einem Alter ab 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung ist das Wissen über diese Bevölkerungsgruppe bislang gering. Zwar gibt es thematisch, methodisch und regional spezifische Studien, jedoch keine repräsentative Erfassung der Lebenssituation und Lebensqualität dieser Altersgruppe für den gesamtdeutschen Raum. Eine gute Datenlage ist jedoch notwendig: Zum einen, um den besonderen Unterstützungsbedarfen im hohen Alter zukünftig besser gerecht werden zu können. Zum anderen, um Lösungsansätze für sozialpolitische Herausforderungen wie die soziale Sicherung im Alter sowie im Hinblick auf eine Generationengerechtigkeit entwickeln zu können. Schließlich, um negativen Altersbildern und Vorurteilen über die Lebensqualität im hohen Alter empirisch fundiert entgegenwirken zu können. Die Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) ist eine bundesweit repräsentative Querschnittsbefragung der hochaltrigen Menschen in Privathaushalten und in Heimen. Sie wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert und gemeinsam vom Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres) und dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) durchgeführt. Die Studie vereint Perspektiven der an den beteiligten Institutionen verorteten Disziplinen wie Soziologie, Psychologie, Versorgungswissenschaften, Gerontologie und Medizin. Im vorliegenden Band werden zentrale Befunde u.a. zu den Themenbereichen Soziale und Digitale Teilhabe, Gesundheit und Versorgung sowie Werte und subjektives Wohlbefinden vorgestellt.



Roman Kaspar, Julia Simonson, Clemens Tesch-Römer, Michael Wagner, Susanne Zank (Hrsg.)

Hohes Alter in Deutschland

Springer, 2023

300 Seiten

Hardcover ISBN 978-3-662-66629-6

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-66630-2>

Gesund Älterwerden

Wünsche, Fakten, Möglichkeiten

Wenn nur die Biologie zählte, würden wir alle ungefähr auf die gleiche Weise altern. Doch so ist das nicht! Das Buch räumt mit gängigen Mythen und Klischees auf, die zum Beispiel zu Krankheiten, Vulnerabilität und Einsamkeit im Alter bestehen. Darüber hinaus beleuchtet das Buch Fragen wie: Welche Bedeutung kommt der Bildung für das gesunde Älterwerden zu? Welche Rolle spielen unsere Vorstellungen vom Älterwerden? Können später geborene Jahrgänge erwarten, gesünder ins Alter zu kommen? Warum ist es für Prävention nie zu spät? Und: Was kann man konkret tun, um gut für das Alter und im Alter vorzusorgen? Entlang dieser und weiterer Fragen liefert das Buch überraschende Fakten aus der Forschung und zeigt, wie aus unserem sehnlichen Wunsch, gesund zu altern, Wirklichkeit werden kann.

Susanne Wurm

Gesund Älterwerden

Wünsche, Fakten, Möglichkeiten

Kohlhammer, 2023

314 Seiten

ISBN 978-3-17-038763-8



„Und wann kommen Sie wieder vorbei?“

Zwei Jahre Modellprojekt OBERBERG_FAIRsorgt: wie Fallmanagement empowert

Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderte interdisziplinäre Innovationsfondsprojekt OBERBERG_FAIRsorgt erprobt in Kooperation mit verschiedenen Ämtern des Kreises und den Konsortialpartnern des Projekts sowie den Stakeholdern aus Medizin und Pflege im Oberbergischen Kreis eine intersektoral vernetzte Betreuung von Pflegebedürftigen und älteren Menschen im Vorfeld der Inanspruchnahme des sozialrechtlichen Leistungsspektrums nach SGB XI. Von der Leistungserbringung profitieren AOK-Versicherte ab 65 Jahren aus dem Oberbergischen Kreis, die aufgrund einer chronischen Erkrankung oder eines Pflegerades einer dauerhaften medizinischen und/oder pflegerischen Versorgung bedürfen. Dabei wird den Versorgten eine „durchgehende Projektbegleitung durch einen persönlichen Fallmanager“ (<https://info.oberbergfairsorgt.de>) zugesagt. Die ersten Versorgten wurden im Herbst 2021 in das Projekt aufgenommen, die Förderlaufzeit endet im März 2024, der Oberbergische Kreis sichert die Weiterführung der Neuen Versorgung bis Ende 2024. Evaluatorisch begleitet wird OBERBERG_FAIRsorgt vom Lehrstuhl für Sozialpolitik und Methoden der Qualitativen Sozialforschung am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Universität zu Köln.

OBERBERG_FAIRsorgt

Im Zentrum der neuen Versorgungsform stehen regionale Care und Case Managerinnen und Care und Case Manager (RCCM), deren Aufgabe es ist, im Sozialraum Oberbergischer Kreis ein Gesundheits-Versorgungs-Netzwerk aufzubauen. Es handelt sich um ein lernendes und wachsendes System. Unterschiedliche Stakeholder der Gesundheitsversorgung: Hausarztpraxen, Facharztpraxen, ambulante Begleittherapien, Apotheken, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Lang- und Kurzzeitpflege, Hilfsmittelhersteller, kommunale Beratungsstellen und wohnortnahe Angebote mit ehrenamtlichen Unterstützungspotenzial werden miteinander verbunden. Besonderer Wert wird auf ein passgenaues Schnittstellenmanagement der unterschiedlichen Stakeholder gelegt. Eben genau dort, wo es oft zu Informa-

tions- und Kommunikationsbrüchen kommt. Ergänzend wurde eine digitale Kommunikations-Plattform mit digitalen Patientenakten aufgebaut. Die RCCM begleiten nun seit gut zwei Jahren etwa 300 Versorgte und deren Angehörige als examinierte Pflegefachkräfte mit jahrzehntelanger Berufspraxis; einige verfügen ergänzend über einen Bachelor der Pflegewissenschaft, alle haben eine Zusatzausbildung im Case Management. Die Tätigkeitsbeschreibung ist komplex. Zusammenfassend skizziert fußt das Aufgabenprofil auf den miteinander verbundenen Bereichen: „Empowern“ der Versorgten durch Hilfe zur Selbsthilfe, Schnittstellenmanagement und Netzwerkaufbau. Im Folgenden wird das Arbeiten im begleitenden Empowermentprozess der Hilfe zur Selbsthilfe beschrieben, da hier vielseitige präventive Aspekte einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung (Porter 2010) in der Häuslichkeit deutlich werden.

In der eigenen Häuslichkeit alt werden

Der Wunsch, im Alter bei zunehmenden Unterstützungsbedarfen im eigenen Zuhause verbleiben zu dürfen, dort trotz Einschränkungen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu führen, begegnet Pflegefachkräften im Rahmen ihrer Berufsausübung zahlreich. Dies konstatierten auch die in OBERBERG_FAIRsorgt tätigen Pflegefachkräfte in früher ausgeübten Tätigkeitsfeldern in der ambulanten Pflege. Es herrscht gesellschaftlicher Konsens: Der größte Wunsch zu Hause lebender Pflegebedürftiger ist es, möglichst in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben zu dürfen (Gesundheitsmonitor 2013, S. 2; COMPASS-Versichertenbefragung 2010, S. 7; Pflegereport 2015). Genau hier setzen die Interventionen an, um eine stabile Versorgungssituation im eigenen Zuhause sicherzustellen. Bei der Versorgung von hilfebedürftigen und pflegebedürftigen Personen in ihrer Häuslichkeit bekommt das soziale Umfeld eine große Bedeutung. Somit ist es wenig verwunderlich, dass die Grenzen der häuslichen Versorgung von der Überlastung pflegender Angehöriger und den kognitiven Einschränkungen der Pflegebedürftigen gesetzt werden. Damit ist ein weiteres Betätigungsfeld der RCCM, Entlastungsstrukturen für Angehörige (Büker 2021; Pflegereport 2021) sicherzustellen.

Rolle der RCCM

Im Modellprojekt OBERBERG_FAIRsorgt erhalten die Patientinnen und Patienten nach der Einschreibung durch eine am Modellprojekt beteiligte Hausarztpraxis eine persönliche Fallmanagerin oder einen persönlichen Fallmanager, die/der die Patientinnen und Patienten durch die gesamte Versorgung begleitet. Bei der ersten Kontaktaufnahme mit den Versorgten und deren Angehörigen, die telefonisch erfolgt, wird über die Strukturen der neuen Versorgungsform informiert und werden Fragen geklärt. Anschließend folgt ein Besuch in der Häuslichkeit der Versorgten. Den Blick in das eigene Zuhause zuzulassen, erfordert von den Versorgten Mut und einen Vorschuss an Vertrauen. Beides wird den RCCM entgegengebracht. Hilfreich ist, dass die RCCM ausgebildete Pflegefachkräfte sind, was professionelle Anerkennung bringt. Aber vor allem ist von Bedeutung, dass bei diesen Hausbesuchen des Gegenseitigen-Kennenlernens von den RCCM Zeit mitgebracht wird. Zeit, die bei hausärztlichen Besuchen oft nicht ausreichend

vorhanden ist. Der bundesweite Facharztmangel (Facharztindex; Martin 2019; Ärztekammer Nordrhein 2018) und die Unterversorgung mit Hausarztpraxen haben auch das Oberbergische erreicht (www.hausaerzte-oberberg.de). Den Hausarztpraxen fällt es zunehmend schwer, den Bedarfen an hausärztlichen Besuchen nachzukommen. Zudem limitiert bei Patiententerminen in der Hausarztpraxis oft der Zeitfaktor das Besprechen der Gesundheitsversorgung auf rein medizinische Aspekte. Die Ärztin oder der Arzt erhält lediglich einen Teilblick auf die Versorgungssituation: mal fehlt Zeit zur Nachfrage, mal berichten Patientinnen und Patienten die Versorgungssituation unzureichend.

Situationsanalyse der Gesamtversorgungssituation

Ziel der Hausbesuche ist das Erstellen einer Situationsanalyse der Gesamtversorgungssituation. Dabei ist der Blick in die Häuslichkeit wichtig, denn erst dadurch wird eine ganzheitliche Versorgung möglich. Die Versorgten werden als ein mit ihrem Umfeld vernetztes System begriffen. Gesundheit wird von vielen psychischen, sozialen und sozioökonomischen Faktoren beeinflusst. Die RCCM erarbeiten ein ganzheitliches Bild von den Versorgten, deren Gesundheitszustand und deren sozialpsychologischer Einbettung, Teilhabe und Verfügbarkeit von Netzwerken. Zur Erfassung der IST-Situation werden zum Interventionsstart bei den Versorgten geriatrische Eingangsassessments durchgeführt. Diese umfassen eine Vielzahl grundlegender Tests: Bartel, ISAR, Demtec, Uhrentest, Fatigue, Time up to go, Handkraft, Körpergröße, Gewicht, BMI, Blutdruck, Puls, ATL, Wohnumfeld- und Umgebungsfaktoren zur Sturzprävention, Erfassung aller eingenommenen Medikamente (auch die freiverkäuflichen in der Schublade), Erfassung der vorhandenen Hilfsmittel. Im Anschluss daran werden im Rahmen von Versorgungsgesprächen, die die RCCM zusammen mit den Hausärztinnen und Hausärzten – hier wird ein Dialog auf Augenhöhe erlebt – führen, patientenzentrierte Versorgungspläne (Medikamentierung, Therapien, Hilfsmittel, Unterstützungen bei den ADLs und IADLs) aufgestellt.

Heterogene Versorgungssituationen

Die Versorgungssituation ist heterogen.



**ALTERN & DEMENZ
– THEMENPAKET –**



Das digitale Themenpaket beleuchtet die Herausforderungen des Älterwerdens und die Auswirkungen von Demenz auf individuelle Lebensqualität. Es untersucht die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Alterns und bietet Einblicke in präventive Maßnahmen sowie Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene und ihre Angehörigen. Durch fundierte Analysen und praktische Ansätze sensibilisiert es für die Bedeutung von Pflege, Therapie und Forschung im Umgang mit dieser komplexen Thematik.

Enthalten sind
u. a. folgende Titel:



**JETZT ANGEBOT
ANFORDERN:**

campuslizenzen@medhochzwei-verlag.de
www.medhochzwei-verlag.de

Weitere Infos zu den
Lizenzmodellen finden
Sie hier



**DEMENZ
PODCAST**

Unterstützung, Anregungen und Ideen
für Angehörige von Menschen mit Demenz

Deutsche Alzheimer
Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

medhochzwei

- | | |
|-------------------|----------------|
| Alltag | Technik |
| Beginn & Diagnose | Selbstfürsorge |
| Sinnliches | Pflegeheim |
| Musik | Lebensende |
| Krankenhaus | Kunst |
| Behandlungswege | Wohnformen |
| Kommunikation | Spiritualität |
| Bewegung | Rechtliches |
| Corona | Familie |
| Hören | Reisen |
| | ... |

www.demenz-podcast.de

Dorthin kommen, wo die Menschen leben: das Beratungsmobil Demenz in Schleswig-Holstein

Werden Menschen gefragt, wo sie alt werden möchten, steht meist die eigene Häuslichkeit an erster Stelle. Um diesem Wunsch gerecht zu werden, braucht es flankierende Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen. Besonders im ländlichen Raum sind jedoch die Wege bis zur nächsten Beratung weit und die Mobilität der pflegebedürftigen Personen und ihrer An- und Zugehörigen durch verschiedene Faktoren wie bspw. Vereinbarkeitsfragen oder eine Scham, Unterstützung von außen zu nutzen, oftmals eingeschränkt. Dies erschwert und verhindert dann ein (frühzeitiges) Aufsuchen von Beratungsangeboten. Menschen dazu zu bewegen eine Beratung aufzusuchen, ist jedoch nicht die einzige Lösung. Ein Perspektivwechsel ist lohnenswert. Denn auch Beratung kann selbst mobiler aufgestellt werden, um niedrigschwellig zu sein.

Warum mobil?

Mit einem mobilen Beratungsangebot kommen die Informationen, das Angebot und die Beratung zu den Menschen vor Ort. Mobile Angebote können bereits auf eine Erfolgsgeschichte zurückblicken, insbesondere im ländlichen Raum: So gibt es u. a. mobile Mammografiemobile, eine rollende Landarztpraxis in einem Bus, Büchereibusse oder Einkaufsmobile (u. a. DB regio; Reichert et al. 2015). Im bundesweiten Vergleich hat bereits das Projekt „MobiDem“ aufgezeigt, dass über die mobile Beratung viele Menschen erreicht wurden, die sonst keine andere Beratungsstelle aufgesucht hätten (Reichert et al. 2015). Gemeinsam haben alle Angebote, dass sie sich darauf eingestellt haben, dorthin zu kommen, wo die Menschen leben. Dadurch schaffen sie leicht erreichbare Zugangswege und gleichen Versorgungslücken aus.

Eckdaten zum Projekt

Doch wie muss ein solches mobiles Beratungsangebot aussehen? Und welchen Mehrwert kann es haben? Diesen Fragen widmete sich das Team des „Beratungsmobils Demenz“ in Schleswig-Holstein. Es handelt sich dabei um ein Modellprojekt, das vom Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung des Landes Schleswig-Hol-

stein sowie dem Spitzenverband der Pflegekassen gefördert wurde. Die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e. V. beteiligte sich mit Spendenmitteln der NDR-Benefizaktion „Hand in Hand für Norddeutschland“. Projektträger war die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e. V., Selbsthilfe Demenz in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Demenz. Begleitet wurde das Projekt und dessen Evaluation vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).

Ziel und Umsetzung des Projekts

Ziel des Projekts war es, Beratungsstrukturen für Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihre An- und Zugehörigen im ländlichen Bereich in Schleswig-Holstein auszuweiten und zu verbessern. Ein für diese Zwecke umgebauter VW-Crafter war in der Zeit von Mai 2021 bis April 2023 unterwegs. Dabei sollten Faktoren herausgearbeitet werden, die für eine erfolgreiche Umsetzung besonders hilfreich waren. Die Idee war es, eine ortsnahe Beratung in Ergänzung und Kooperation zu Pflegestützpunkten und anderen Beratungsstrukturen in ländlichen Regionen zu ermöglichen. Das Beratungsangebot im Fahrzeug selbst setzte seinen Schwerpunkt auf psychosoziale Beratung und fungierte als Lotse ins lokale Versorgungssystem.

Angefahren wurden unterschiedliche Orte in den drei Landkreisen Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg und Plön. Die Auswahl der Kreise erfolgte anhand einer Standortanalyse, bei der Regionen präferiert wurden, die einen erhöhten Beratungsbedarf hatten und jeweils unterschiedlich aufgestellt waren in ihrem räumlichen Aufbau. Es wurde eine Mischung aus dörflichen Strukturen und größeren Einzugsgebieten verteilt über das gesamte Kreisgebiet vorgenommen und örtlich gewachsene Besonderheiten berücksichtigt. Innerhalb der Kreise erfolgte die Auswahl der anzufahrenden Orte in Abstimmung mit regionalen Kooperationspartner*innen. Bei der Logistik und Öffentlichkeitsarbeit vor Ort wurde das Team in den Kommunen von unterschiedlichen Referaten, Stabsstellen und Bürgermeister*innen unterstützt. Die Sichtbarmachung vor Ort durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (z. B. durch Presse, Plakate, Flyer, um Gespräche vereinbaren zu können) ist wichtig, auch wenn ein speziell umgebautes Fahrzeug Werbung in eigener Sache sein kann.

Worauf kommt es an?

Die Ergebnisse des Projekts verdeutlichen, dass mobile Beratung das Potenzial hat, Menschen vor Ort zu erreichen. Wie dies im Einzelnen aussehen kann, wird hier kurz zusammengefasst. Insgesamt wurden 747 Gespräche dokumentiert, wovon 238 ausführliche Beratungsgespräche waren. Das Fahrzeug als solches diente als Werbung für sich selbst: Insgesamt 47 Prozent aller ausführlichen Beratungsgespräche (n=104) fanden spontan statt, also ohne vorherige Terminvereinbarung. Geeignete Standorte waren dort, wo Menschen in ihrem Alltag anzutreffen sind, wie Supermärkte, Innenstädte, Arztpraxen. Im Vorbeigehen auf das Thema Demenz aufmerksam gemacht zu werden, kann helfen, das Sprechen darüber zu normalisieren. Die Umsetzung von mobiler Beratung ist mit einem gewissen logistischen Aufwand verbunden: Es braucht möglichst zentrale und gut einsehbare Standorte mit einer guten Infrastruktur, wie Strom, öffentlich zugänglichen Toiletten und Parkplätzen.

Fragen und Themen mit großer Bandbreite

Gefragt nach dem Anlass fürs Aufsuchen der Beratung wurde deutlich, dass 63 Prozent eine Betroffenheit zum Thema Demenz im eigenen familiären Umfeld hatten. 12 Prozent der Personen hatten den Verdacht einer eigenen Erkrankung.



Ansonsten wurden auch Nachfragen zu Personen aus dem Freund*innenkreis gestellt. Der Schwerpunkt des Angebotes im Bereich der psychosozialen Beratung spiegelte sich in den angefragten Themen wider. Inhaltlich drehten sie sich um eine große Bandbreite, wie bspw. (Erst-) Informationen zum Krankheitsbild (28 Prozent), Umgang mit der Erkrankung (26 Prozent), Informationen über Versorgungs- und Entlastungsangebote (25 Prozent) oder Fragen zu Sozialleistungen (13 Prozent). Die mobile Beratung war für die meisten Ratsuchenden eine Erstanlaufstelle und das Tor zur regionalen Versorgungsstruktur. Die Berater*innen verwiesen u. a. weiter an regionale Pflegestützpunkte, (Fach-)Ärzt*innen, Gedächtnissprechstunden. Nicht nur die Weitervermittlung, sondern auch die Tatsache, einen Ort gefunden zu haben, an dem man Gehör findet, war für die Ratsuchenden von Bedeutung. Die Idee, Menschen frühzeitig zu erreichen und damit präventiv zu agieren, kann grundsätzlich



Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten

Die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können (Gesundheitskompetenz), gewinnt angesichts multipler Krisen und Herausforderungen an Bedeutung. Denn ihre Bewältigung erfordert meist auch einen Umgang mit Gesundheitsinformationen. Zugleich ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nicht gut ausgeprägt und bedarf der Verbesserung.

Klimakrise, Coronakrise, Ukraine Krise – Dauerkrise

Kaum ein Begriff hat in den letzten Jahren so häufig Eingang in die öffentliche Diskussion gefunden wie das Wort „Krise“. Dabei hat sich längst das Verständnis durchgesetzt, dass man es nicht mehr nur mit einer einzelnen Krise zu tun hat, sondern es sich um eine komplexe Polykrise handelt, in der mehrere unterschiedlich gelagerte Krisen aufeinandertreffen, zusammenwirken und sich wechselseitig beeinflussen. Dies wurde etwa in der Corona-Pandemie deutlich, als nicht nur die Eindämmung des Infektionsgeschehens zu bewältigen war, sondern auch der Umgang mit einer großen Flut an sowohl korrekten als auch irreführenden Gesundheitsinformationen, denn die Pandemie wurde von einer (digitalen) „Infodemie“ (WHO 2021) begleitet, die es Menschen schwermacht, glaubwürdige und zuverlässige Informationen von fehlerhaften und teils manipulierten Informationen zu unterscheiden.

Gesundheitskompetenz als eine Schlüsselkompetenz

Dies führt uns exemplarisch vor Augen, wie wichtig es gerade in gesundheitlichen Krisensituationen ist, die richtigen Informationen zu finden, sie zu verstehen, ihre Bedeutung und Glaubwürdigkeit einzuschätzen und sie auf die eigene Situation zu übertragen und konstruktiv für persönliche Entscheidungen und das eigene Gesundheitsverhalten nutzen zu können – sei es bei der Vermeidung von Infektionsrisiken, der Bewältigung von Krankheit, der Umsetzung von Impfmaßnahmen oder aber der Anpassung an klimatische Veränderungen im Zuge der Klimakrise. Kurz: Jede Krise ist mit enormen Anforderungen an die individuelle und gesellschaftliche Anpassungsleistung verbunden, deren Bewältigung

auch einen kompetenten Umgang mit (neuen) Informationen erfordert (Schaeffer et al. 2022). Um diese handlungsrelevant werden zu lassen, benötigt es Gesundheitskompetenz (Health Literacy), die von vielen Autorinnen und Autoren mittlerweile als Schlüsselkompetenz für die Bewältigung der Herausforderungen moderner Informations- und Wissensgesellschaften mit ihren zahlreichen Entscheidungsoptionen beschrieben wird (ex. WHO 2023; Reibnitz 2023; Lenartz et al. 2014). Denn unter Gesundheitskompetenz werden die Fähigkeiten von Menschen verstanden, sich gesundheitsrelevante Informationen erschließen, verstehen, beurteilen und zur Entscheidungsfindung bei Gesundheitsfragen nutzen zu können (Sørensen et al. 2012). Wichtig ist, dass mit Gesundheitskompetenz zugleich die Rahmenbedingungen angesprochen sind, in deren Abhängigkeit Gesundheitsinformationen genutzt werden (Parker und Ratzan 2010), womit nicht zuletzt den Gesundheitsorganisationen und -professionen als wichtige Informationsinstanzen und -vermittler eine zentrale Rolle für die Förderung der Gesundheitskompetenz zugesprochen wird (Pelikan 2019; Schaeffer et al. 2023).

Gesundheitskompetenz hat sich verschlechtert

Doch wie ist es um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bestellt? Diese Frage drängte sich bereits vor der Coronakrise auf. Den Ausgangspunkt bildete der erste European Health Literacy Survey (HLS-EU), in dem 2011 erstmals die Gesundheitskompetenz in acht europäischen Ländern, darunter auch Deutschland, untersucht wurde. Da damals nur Nordrhein-Westfalen (NRW) als einziges Bundesland beteiligt war, wurden anschließend weitere Studien auf den Weg gebracht, um erstmals zu deutsch-

landweiten Daten zu gelangen (Schaeffer et al. 2016; Jordan und Hoebel 2015; Zok 2014). Die Ergebnisse dieser ersten gesamtdeutschen Studien sorgten anschließend für Aufsehen: Lag der Anteil geringer Gesundheitskompetenz im HLS-EU noch bei noch rund 46 Prozent (für NRW), betrug dieser Anteil rund drei Jahre später über 54 Prozent – so das Ergebnis der ersten repräsentativen gesamtdeutschen Studie zu Gesundheitskompetenz (HLS-GER 1, Schaeffer et al. 2016).

Seit den ersten Studien hat sich gesellschaftlich vieles verändert: Die Digitalisierung hat an Fahrt aufgenommen, das Gesundheitssystem ist komplexer und auch intransparenter geworden und wir sahen uns mit der Corona-Pandemie – der größten Gesundheitskrise unserer Zeit – konfrontiert, in der Gesundheitsinformationen wichtiger denn je wurden. Auch deshalb wurde die Gesundheitskompetenz im Jahr 2020 in der zweiten Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 2) erneut erhoben. Das Ergebnis: Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz betrug nun bereits über 60 Prozent. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hatte sich also weiter verschlechtert (Hurrelmann et al. 2020).

Digitale Gesundheitskompetenz als weiterer Problembereich

Zugleich wiesen die Ergebnisse auf einen weiteren Problembereich hin. Erstmals wurde vor dem Beginn der Pandemie auch die sogenannte digitale Gesundheitskompetenz, die speziell auf das Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden digitaler Informationen zielt, erfasst mit dem Ergebnis, dass auch sie in der Bevölkerung gering ausfällt; sogar noch deutlich geringer als die allgemeine Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2021a). Darüber hinaus weisen die Studienbefunde darauf hin, dass sie, wie auch die allgemeine Gesundheitskompetenz, ungleich in der Bevölkerung verteilt ist und ältere Menschen ab 65 Jahren, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, geringen finanziellen Ressourcen und einem geringen Sozialstatus über weniger digitale Gesundheitskompetenz verfügen – keine guten Voraussetzungen für die Krisenbewältigung, zumal sich die Ungleichheit seit Beginn der Erhebungen verschärft hat. Studien zur coronabezogenen Gesundheitskompetenz bestätigen diese Tendenzen, deuten aber zugleich darauf hin, dass sich die coronabezogene

Gesundheitskompetenz im Verlauf des ersten Pandemiejahrs verbessert hatte – vermutlich, weil seit dem Einsetzen der Pandemie auf vielen Informationskanälen fortlaufend und umfassend über das Coronavirus sowie präventive Maßnahmen zu seiner Eindämmung informiert wurde (Okan et al. 2022). Dies bestätigt auch eine Zusatzerhebung zur digitalen Gesundheitskompetenz im Rahmen des HLS-GER 2, nach der der Anteil geringer digitaler Gesundheitskompetenz im ersten Pandemiejahr leicht zurückgegangen ist (Schaeffer et al. 2021b).

Förderung der Gesundheitskompetenz bleibt wichtige Aufgabe

Nichtsdestotrotz bedarf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung weiterhin der Verbesserung, denn sie bewegt sich auf einem sehr niedrigen Niveau. Dieser Auffassung ist auch die Expertengruppe rund um den „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (NAP), die in einem „Plädoyer für mehr Gesundheitskompetenz“ die hohe Bedeutung der Gesundheitskompetenz für derzeitige und zukünftige Krisen unterstreicht (Schaeffer et al. 2022). Denn Bürgerinnen und Bürger sind in modernen Gesellschaften vermehrt gefordert, sich in den unterschiedlichsten Alltagsbereichen mit Gesundheitsthemen und -informationen auseinanderzusetzen, etwa einen gesundheitlichen Umgang auch mit langanhaltender Hitze und häufiger auftretenden Starkwetterereignissen zu finden, ebenso das Wissen und die nötigen Fähigkeiten zu entwickeln, die zur Reduktion von Treibhausgasemissionen beitragen (Klimaspezifische Gesundheitskompetenz, Limaye et al. 2020; Jochem und Reismann 2022). Doch auch das zunehmend an Komplexität gewinnende Gesundheitssystem macht vermehrt Gesundheitskompetenz, konkreter navigationale Gesundheitskompetenz (Griese et al. 2020; Schaeffer et al. 2023a), notwendig. Wie sonst können Patientinnen und Patienten sich in den ausdifferenzierten Strukturen des Gesundheitssystems zurechtfinden und die für ihr Gesundheitsproblem angemessene Versorgung identifizieren? Auch hier dürfte Gesundheitskompetenz einen Beitrag dazu leisten, Problemen und Krisen entgegenzuwirken. Denn Fehl- und Falschnutzungen können krisenhafte



Mit Pflege(-bedürftigkeit) auseinandersetzen

Erfahrungen aus einem partizipativen Prozess zur Weiterentwicklung einer digitalen Applikation für ältere Menschen

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, in verschiedenen Aspekten der Gestaltung oder Bewältigung des Alltags auf Unterstützung angewiesen zu sein. Doch viele Menschen empfinden Angst und Verunsicherung bei dem Gedanken an die potenzielle Pflege(-bedürftigkeit) im höheren Lebensalter. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema wird häufig vermieden oder hinausgezögert. Gründe für diese Vermeidungstendenz können vielfältig sein: Sie reichen von der Angst vor Autonomieverlust über negative Altersstereotype bis hin zu finanziellen Sorgen. Doch wie können ältere Menschen für dieses Thema sensibilisiert werden, um frühzeitig vorsorgende Maßnahmen zu treffen?

Ausgangslage: Das Projekt „Avocado“

In der jüngeren Vergangenheit hat sich unter anderem die Nutzung von spielerischen Vermittlungsformen (z. B. Gamification, Serious Games) als innovative und wirksame Strategie in der Prävention und Gesundheitsförderung erwiesen (Dadaczynski et al. 2016; Tolks et al. 2020). Daher zielt das partizipativ angelegte Projekt „Avocado“ (Alter und gesundheitliche Vorsorge in Kempten über spielerische Ansätze: Digital und vor Ort) des Bayerischen Zentrums Pflege Digital (BZPD) darauf ab, eine bereits bestehende digitale Applikation (App) sowohl an die Zielgruppe älterer Erwachsener als auch an die Thematik der Prävention und pflegerischen Versorgung in der Stadt Kempten im Allgäu anzupassen. Mittels eines spielerischen Ansatzes der App wird versucht, den Zugang zu den Angeboten und Akteuren in Kempten zur Prävention von Pflegebedürftigkeit für ältere Menschen möglichst niedrigschwellig zu gestalten.

Partizipativer und interaktiver Technologieentwicklungsansatz

So sollen hier insbesondere ältere Erwachsene in der Fähigkeit des Findens, Verstehens, Bewertens und Anwendens von gesundheits- und pflegebe-

zogenen Informationen, Angeboten und Akteuren im Sozialraum unterstützt werden (Sørensen et al. 2012). Die App wird in Form eines Location-based Games umgesetzt. Das heißt, der Spielverlauf wird – wie bei einer Schnitzeljagd – durch ständige Veränderung der geografischen Position beeinflusst. Die Teilnehmenden durchlaufen basierend auf einem Handlungsstrang verschiedene relevante Stationen, welche durch Einrichtungen und Akteure des Sozialraums mit Fokus auf Prävention von Pflegebedürftigkeit bzw. gesundheitsförderliche Angebote im höheren Lebensalter dargestellt werden. Auf diese Weise sollen die App-Nutzenden auf leicht zugängliche Art mit den lokalen gesundheits- und präventionsbezogenen Unterstützungs- und Beratungsangeboten bekannt gemacht werden (Krah et al. 2021). Um den tatsächlichen Wünschen und Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht zu werden, wird ein partizipativer und interaktiver Technologieentwicklungsansatz der App genutzt, in dem mitunter ko-kreative Aktivitäten und Testungen der App in realweltlichen Bedingungen umgesetzt werden. Im Folgenden beschreiben wir Erfahrungen mit dem Zugang zu einer solchen ko-kreativen Aktivität und den Reaktionen von älteren Menschen darauf.

„Avocado“ auf der Allgäuer Festwoche

Um relevante Einrichtungen und Akteure als Stationen der Rallye zu identifizieren, haben wir einen Messestand auf der Allgäuer Festwoche in Kempten genutzt, welche die größte Wirtschaftsmesse der Region ist und zugleich zu den größten gesellschaftlichen Ereignissen im Allgäu zählt. Dadurch versprochen wir uns, ein großes und heterogenes Publikum für unsere Anliegen zu erreichen. Auf diesem Messestand im Außen-



© Simone Schmid-Berger

gelände waren wir unter anderem mit einem Roll-up-Banner des BZPD unter der Überschrift „Digitale Lösungen für die häusliche Pflege“ sowie Metaplanwänden vertreten, um hierauf Ideen und Anregungen der Messebesucher*innen zu sammeln. Im Fokus unseres Interesses standen Maßnahmen, welche die Besucher*innen konkret nutzen bzw. nutzen würden, um Pflege(-bedürftigkeit) vorzubeugen. Ein aktivierendes Element zur Teilnahme an einem Austausch mit uns waren Werbeelemente in Form von blauen Badeenten, die zum einen auf dem Gelände verteilt wurden, um so zu unserem Stand zu leiten, und zum anderen an die Gesprächspartner*innen an ebenjenem Stand ausgegeben wurden. Insgesamt konnten wir viele Erkenntnisse aus diesem Prozess mitnehmen – sowohl inhaltlich in Bezug auf konkrete Anlaufstationen vor Ort als auch organisatorisch auf die gelingende Art und Weise der Ansprache älterer Menschen bezüglich dieses Themas. Auf die Erfahrungen zu letzterem und den sich daraus ergebenden Empfehlungen für die Kommunikation über Pflege(-bedürftigkeit) im höheren Lebensalter möchten wir uns an dieser Stelle fokussieren.

Pflege- und Digitalisierungsnarrative

Bereits bei der expliziten Ansprache von an dem Messestand vorbeigehenden Personen als auch in den Gesprächen wurde deutlich: Sowohl die Begriffe „Pflege“ als auch „Digitalisierung“ sind

mit Vorbehalten besetzt – insbesondere in der Kombination. In eben dieser Kombination der Begriffe erwarteten die Messebesucher*innen an einigen Stellen entweder Informationen zu Pflegerobotern oder betonten, dass die pflegerische Unterstützung menschlicher Zuwendung bedarf und nicht durch Digitalisierung ersetzt werden kann bzw. darf. Diese erste Einschätzung führte vielfach zu einer gewissen Distanz zu der Thematik, welche wir jedoch zumeist damit auflösen konnten, dass der Fokus unserer Aktivitäten auf digitaler Unterstützung im Rahmen von Informationsvermittlung, Vernetzung und Kommunikation liegt. Ungeachtet dessen machen diese Erfahrungen deutlich, dass die Art und Weise, wie über Pflege auf der einen Seite und Digitalisierung auf der anderen Seite in der Gesellschaft kommuniziert wird, zu Herausforderungen führt: Eine zumeist defizitorientierte Auseinandersetzung mit dem höheren Lebensalter und Vorbehalte gegenüber der Digitalisierung im Allgemeinen scheinen Unsicherheiten und Sorgen zu verstärken. Die Anpassung des Gesprächseinstiegs und die Fokussierung von „Gesundheit im Alter“ diente hingegen als „Türöffner“ und ließ eine höhere Bereitschaft zum Austausch deutlich werden. Dementsprechend lässt sich daraus ableiten, dass es für diese Bereiche anderer – posi-



Einsamkeit und Depression im Alter

Vor allem die COVID-19-Pandemie hat dazu beigetragen, dass das Thema Einsamkeit an Aufmerksamkeit gewonnen hat. Lockdown, Homeoffice, Homeschooling, Verbot von Veranstaltungen – all das beeinträchtigte das soziale Miteinander und verstärkte die Vereinzelung der Menschen. In einer repräsentativen Umfrage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe berichteten im Februar 2021 71 Prozent der Befragten, dass sie die Corona-Pandemie und die Maßnahmen gegen die Ausbreitung als bedrückend empfunden haben. 51 Prozent gaben an, sich weitgehend zurückgezogen zu haben. Wer in dieser Situation nicht über ein stabiles soziales Umfeld verfügte, konnte sich da sehr schnell einsam und allein fühlen.

Einsamkeit als gesellschaftliches Problem

Das Thema Einsamkeit wird in den vergangenen Jahren zunehmend als ein gesellschaftliches Problem gesehen. Schlagzeilen machte, als Großbritannien 2018 das Ministerium für Sport, Zivilgesellschaft und Einsamkeit einrichtete. Die zuständige Ministerin bezeichnete in einem Interview Einsamkeit als eine der größten Herausforderungen, denen das Land gegenübersteht. Einsamkeit sei zwar ein sehr persönliches Problem, doch brauche es eine Diskussion auf nationaler Ebene, um das Bewusstsein für dieses Problem zu steigern, den Makel zu reduzieren und den Menschen zu zeigen, dass sie in ihrer Einsamkeit nicht allein sind. Hierzu stellte die britische Regierung eine Strategie gegen Einsamkeit vor, bei der mit Geldern in Höhe von 11,5 Millionen Pfund weit über 100 Projekte unterstützt wurden, z. B. Fahrdienste für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, digitale Programme oder Angebote, mit denen Menschen Kontakte knüpfen können. Eingebunden wurden auch Hausärzte, um ihren Patienten Hinweise auf Anlaufstellen und Angebote geben zu können. Außerdem haben sich Unternehmen verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden umzusetzen. In Deutschland hat erst jüngst das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Strategieprogramm gegen Einsamkeit vorgestellt, das an das oben genannte britische Vorbild anknüpft. Einsamkeit wird als Phänomen beschrieben, dass zwar alle Altersgruppen betrifft, gleichzeitig wird aber betont, dass ältere Menschen besonders stark von Einsamkeit betroffen sind.

Was ist Einsamkeit? Was ist soziale Isolation?

In der Forschung betrachtet man Einsamkeit vor allem als ein negatives Gefühl, das entsteht, wenn die gewünschten sozialen Beziehungen nicht den vorhandenen sozialen Beziehungen entsprechen. Mit anderen Worten: Menschen fühlen sich einsam, wenn sie weniger Beziehungen zu anderen haben als sie gerne hätten oder wenn die Art und Intensität dieser Beziehungen nicht den Vorstellungen entsprechen. Viele Menschen halten andere für einsam, wenn diese nur wenige Kontakte haben. Dieses Fehlen von sozialen Kontakten bezeichnet man meist als soziale Isolation.

Soziale Isolation ist aber etwas anderes als das Gefühl von Einsamkeit. Während die Einsamkeit ein subjektives Gefühl vom Alleinsein ist, ist soziale Isolation ein objektiver Mangel an Sozialkontakten. Einsamkeit und soziale Isolation können in unterschiedlichen Kombinationen auftreten. So können Menschen sozial isoliert sein und sich deshalb einsam fühlen. Das Gefühl der Einsamkeit kann aber auch auftreten, obwohl man viele soziale Kontakte hat. Und schließlich können Menschen sozial isoliert sein, ohne sich einsam zu fühlen, weil ihnen z. B. wenige, aber dafür intensive Kontakte genügen oder weil sie gut und gerne mit dem Alleinsein zurechtkommen.

Wie kann man Einsamkeit messen?

In der Forschung dominieren zwei Skalen, mit denen man in Befragungen die Einsamkeit anhand von Aussagen messen kann. Die UC-

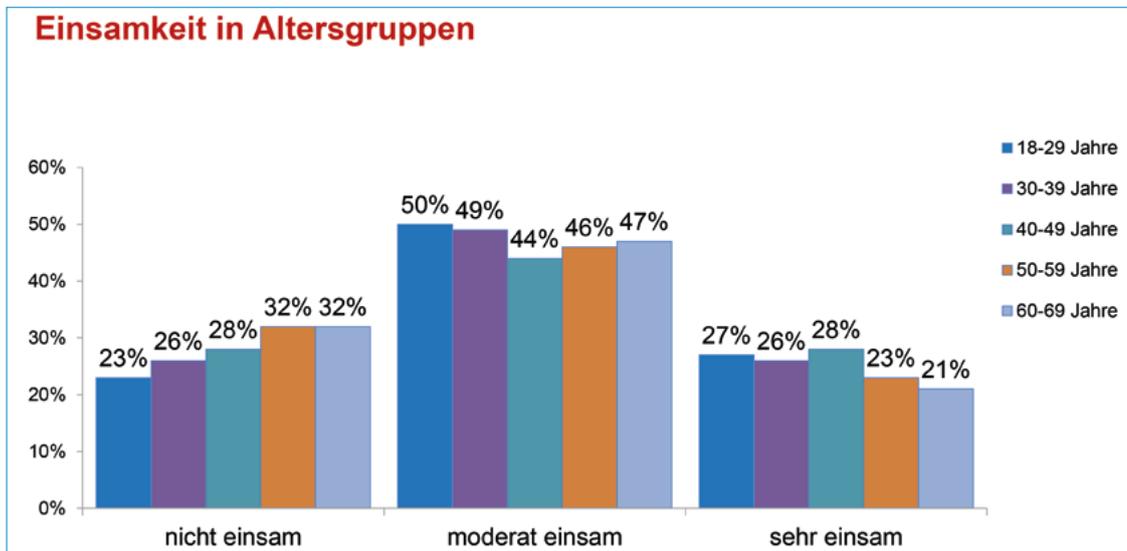


Abbildung 1: Einsamkeit in Altersgruppen

LA-Loneliness Scale ist die weltweit wohl am häufigsten verwendete Skala. Die Skala enthält Aussagen wie „Ich habe niemanden, an den ich mich wenden kann“, „Ich fühle mich ausgeschlossen“, Niemand kennt mich wirklich“. Die Notwendigkeit, in verschiedenen Ländern und Kulturen verstanden zu werden, bringt es mit sich, dass manche der vorgelegten Aussagen eher knapp und allgemein formuliert sind und dadurch Interpretationsspielraum lassen. Die zweite bedeutsame Skala, mit der Einsamkeit gemessen wird, stammt von Jenny de Jong Gierveld. Diese Skala umfasst Aussagen, die lebensnäher sind als bei der UCLA-Skala. Abgefragt werden Aussagen wie z. B. „Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle“, „Ich fühle mich häufig im Stich gelassen“, „Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe“, „Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle“. Diese Skala umfasst in der Originalfassung elf Aussagen, eine verkürzte Skala kommt mit sechs Aussagen aus.

Einsamkeit und Depression im Alter

Einsamkeit tritt in allen Altersgruppen auf. In Studien, in denen die oben genannte UCLA-Skala verwendet wurde, wird der Anteil einsamer Menschen in Deutschland mit ca. fünf Prozent beziffert. Dass ältere Menschen von Einsamkeit betroffen sind, zeigt der Deutsche Alterssurvey (DEAS) seit 2014. Für die Altersgruppe 60–69 Jahre wurde 2020/2021 ein Anteil einsamer Menschen mit sieben Prozent angegeben. In der Altersgruppe 70–85 Jahre waren es sechs

Prozent. Deutlich mehr Menschen fühlen sich in der Altersgruppe ab 86 Jahren einsam, nämlich zwölf Prozent. Die Messung erfolgte hier mit der Skala von de Jong Gierveld, die gekürzt und etwas modifiziert wurde und aufgrund der Berechnung insgesamt zu höheren Anteilen für Einsamkeit führt.

Deutschland-Barometer Depression

Aktuelle Zahlen zum Ausmaß der Einsamkeit in Deutschland liefert das Deutschland-Barometer Depression, eine bevölkerungsrepräsentative Umfrage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, die seit 2017 jährlich durchgeführt wird. Die Befragung umfasst bundesweit mehr als 5.000 Interviews in der erwachsenen Bevölkerung von 18–69 Jahren und wird von der Deutsche Bahn Stiftung gefördert. Im September 2023 stand das Thema Einsamkeit im Mittelpunkt der Befragung, bei der die Originalskala von de Jong Gierveld verwendet wurde. Dass sich die Stiftung Deutsche Depressionshilfe mit dem Thema Einsamkeit mit vielen ihrer Facetten beschäftigt hat, hat mehrere Gründe. Zum einen glauben die meisten, dass Einsamkeit eine Ursache dafür ist, dass Menschen depressiv werden. In der genannten Befragung äußerten sich 94 Prozent dementsprechend. Sie übersehen dabei, dass Depressionen mehr sind als eine Reaktion auf schwierige Lebensumstände, sondern eine eigenständige Erkrankung. Zum anderen



Erster deutscher Lehrstuhl für Geriatrie feiert 50-jähriges Bestehen

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) begeht das Jubiläum mit einem Festakt

Vor 50 Jahren am 1. November 1973 wurde der Lehrstuhl für Geriatrie als erster geriatrischer Lehrstuhl in Deutschland an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) gegründet. Dieses Jubiläum wurde mit einem Publikumstag im Rahmen der langen Nacht der Wissenschaften der FAU und einem Festakt im November 2023 gefeiert. Bei diesem Festakt wurde zurückgeblickt auf die Entwicklung der Geriatrie in Deutschland im Allgemeinen und des Lehrstuhls im Besonderen. Herr Ministerialdirigent Dr. Bernhard Opolony überbrachte Grußworte sowohl des scheidenden Ministers als auch der neu ernannten bayerischen Ministerin für Gesundheit. Er hob dabei besonders die Leistung des Lehrstuhls für die Entwicklung der Versorgung von Senioren im Freistaat Bayern hervor, die auch richtungsweisend für andere Bundesländer war und ist. Frau Prof. Dorothee Volkert, Herr Prof. Wolfgang von Renteln-Kruse (Universität Hamburg) und Prof. Cornel Sieber präsentierten die Geschichte der deutschen Geriatrie. Im Anschluss wurde ein Überblick über aktuelle Altersforschung vermittelt – von der Idee von Prof. Andreas Simm (Universität Halle) durch „Geroscience“ das Altern als Ganzes zu behandeln und damit eine Vielzahl von Erkrankungen zu verhindern, über endokrinologische Behandlungsansätze, die Prof. Michael Drey (LMU München) gegen den Muskelschwund im Alter entwickelt, bis zum Aufruf durch Prof. Jürgen Bauer (Universität Heidelberg), die Geriatrie als eigenständiges medizinisches Fachgebiet zu etablieren und eine breite Vernetzung und bessere finanzielle Ausstattung der entsprechenden Lehrstühle zu realisieren. Mit Frau Prof. Katrin Singler und Herrn Prof. Hans Jürgen Heppner (beide FAU) wurden dann zum Abschluss noch die Anstrengungen herausgestellt, die Altersmedizin in der klinischen Praxis zu verankern und vor allem auch junge Nachwuchskräfte auszubilden.

Geriatric – Gerontology – Biomedicine of Aging

Der Lehrstuhl kann auf eine erfolgreiche Geschichte zurückblicken. So wurde während des 50-jährigen Bestehens durch zahlreiche nationale und internationale Forschungsprojekte und Publikationen das Wissen über den Alterungsprozess und die Versorgung alter Menschen er-

weitert. 13 Personen habilitierten in der Zeit am Lehrstuhl und rund hundert Promotionen wurden betreut. Gerade in der Anfangszeit des Lehrstuhls wurde noch um die Begriffe Geriatrie und Gerontology und deren Gemeinsamkeiten bzw. Abgrenzungen gerungen. So wechselte anfangs auch die Bezeichnung des Lehrstuhls und des angegliederten Instituts von „Lehrstuhl bzw. In-

stitut für Allgemeine Geriatrie“ über „Lehrstuhl bzw. Institut für Gerontologie“ zur heutigen Namensgebung „Lehrstuhl für Innere Medizin – Geriatrie“. Das Institut wurde auf Wunsch des derzeitigen Lehrstuhlinhabers Prof. Cornel Sieber in „Institut für Biomedizin des Alterns“ umbenannt, um den medizinischen Fokus zu betonen und den Namen der internationalen Nomenklatur anzugleichen: „Biomedicine of Aging“.

Altersmedizin auf breitere wissenschaftliche Füße stellen

Auch vor der Gründung des Lehrstuhls gab es natürlich schon Ärzte, die sich um geriatrische Patienten gekümmert haben und die vielfältigen Probleme sahen, die eine spezialisierte Medizin für ältere Menschen ausmacht. Allerdings bedurfte es einer außergewöhnlichen Persönlichkeit, die es schaffte, verschiedene Stellen davon zu überzeugen, dass die Altersmedizin auf breitere wissenschaftliche Füße gestellt werden muss. Forschung und Lehre schienen richtungsweisend nur im Rahmen eines Lehrstuhls für Geriatrie leistbar zu sein. Eine solche Persönlichkeit war Prof. René Schubert. Er war nicht nur der Leibarzt des damaligen Bundespräsidenten Heinrich Lübke, sondern auch Mitinitiator und erster Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, die 1966 in Nürnberg gegründet wurde.

Die klinische Ausbildung von René Schubert zum Internisten erfolgte u. a. in der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen, wo er nach der Promotion zum Dr. med. 1944 zum Privatdozenten habilitierte. Ab 1950 lehrte er dort als außerplanmäßiger Professor für Innere Medizin. Seine besonderen Arbeitsgebiete waren neben der Gerontologie und Geriatrie neue Anwendungsweisen künstlicher Kolloide bei Asthma bronchiale und Allergie, Blutersatzstoffe, Serumweiß, einheimische Parasitologie und Erkrankungen der Atmungsorgane. Er veröffentlichte diverse wissenschaftliche Arbeiten und gab die Zeitschrift „Allergie und Asthma“ und die „Deutsche Zeitschrift für Alternsforschung“ mit heraus. Seit 1958 war er korrespondierendes Mitglied der Real Academia de Medicina, Barcelona. Prof. Schubert war vor allem als ständiger ärztlicher Begleiter des Bundespräsidenten Heinrich Lübke und der ihn begleitenden Delegation auf allen größeren Staatsbesuchen bekannt geworden. Später ging er als außerplanmäßiger Professor an die Universität Erlangen-Nürnberg

und war dort Direktor der II. Medizinischen Klinik der Nürnberger Krankenanstalten. Nachdem Prof. Schubert bereits 1972 zum Ordinarius an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) ernannt wurde, erhielt er im September 1973 vom bayerischen Kultusministerium den Ruf auf den „Lehrstuhl für Geriatrie (Altersmedizin)“ der FAU. Damit wurde in der Bundesrepublik der erste Lehrstuhl für dieses Fachgebiet errichtet. Bei Prof. Schubert (von 1973 bis 1976) war die Forschung des Lehrstuhls noch eher allgemein durch internistische Themen, wie der Pneumologie bei geriatrischen Patienten, geprägt. Nach seinem überraschenden, frühen Tod 1976 dauerte es zwei Jahre, bis mit Prof. Dieter Platt (von 1978 bis 2001) ein neuer Lehrstuhlinhaber berufen war.

Patientennahe Forschung und grundlagenwissenschaftliche Arbeit

Dieter Platt hatte in Marburg/Lahn und Gießen Medizin studiert und arbeitete ab 1964 als wissenschaftlicher Assistent in verschiedenen Funktionen an der Medizinischen Universitätsklinik Gießen. Nach seiner Habilitation 1970 wurde er dort 1971 zum Professor ernannt. Als wissenschaftlicher Leiter von internationalen Symposien über „Experimentelle Gerontologie“ und durch seine Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der altersspezifischen Veränderungen von Organen, speziell ihrem katabolen Interzellulärstoffwechsel, machte er sich einen Namen in der Altersmedizin. 1978 folgte er dem Ruf der FAU auf den „Lehrstuhl für Allgemeine Geriatrie“. Gleichzeitig war er Direktor des Instituts und Chefarzt der Klinik für Geriatrie am Klinikum Nürnberg. Unter Prof. Platt als neuem Institutsleiter lag einer der Schwerpunkte der Forschung auf klinischen Studien zur Toxikologie, Pharmakokinetik und -dynamik von Arzneimitteln bei multimorbiden, geriatrischen Patienten. Dafür wurden die Strukturen der Giftinformationszentrale und der toxikologischen Intensivstation des Klinikums Nürnberg, die Prof. Platt unterstanden, genutzt und weiter ausgebaut. Im Institut selbst wurden für die Analysen vielfältige chemisch-physikalische Verfahren etabliert, z. B. die Gaschromatografie und die Hochleistungsflüssigkeitschromatografie (HPLC). Neben der patientennahen Forschung wurde hauptsäch-



Zwischen Heimat und Heim – Wohnen und Pflege auf dem Bauernhof

„Neue Wohn- und Lebensformen im Alter“, ein Satz der schon seit vielen Jahren fast wie ein appellhaftes Versprechen für die Abkehr von traditionellen Versorgungs- und Dienstleistungsformen in der Altenhilfe steht. Und tatsächlich haben sich insbesondere in den beiden letzten Jahrzehnten quer durch unser Land vielfältigste Formen des Zusammenlebens im Alter etabliert, Orte abseits etwa von stationären Pflegeeinrichtungen oder dienstleistungsorientierten Angeboten. Während sich in Ballungszentren und Städten nahezu durchgängig ein breites Angebot an Unterstützungs- und Betreuungsoptionen findet, besteht im ländlichen Raum häufig ein strukturelles und kulturelles Dilemma. Große Versorgungseinheiten (Heime) werden hier eher kritisch gesehen, kleine, ortsnahe und kulturidentische Angebote werden verstärkt angestrebt. Sogenannte Pflegebauernhöfe ermöglichen für Kommunen und bürgerschaftliche Initiativen dabei neue Perspektiven. In Anlehnung an die Konzeption der ambulant betreuten Wohngemeinschaften wird Menschen in ihrem spezifischen, landwirtschaftlich geprägten Lebensraum die Möglichkeit geboten, auch im Alter im Kontext ihrer früheren Lebensführung in Kleingruppen auf einem bewirtschafteten Bauernhof zu leben und soweit möglich auch mitzuarbeiten. Auf Pflegebauernhöfen gibt es kein „Beschäftigungsprogramm“, der Hof und seine lebensnahen Bedingungen gestalten den Alltag. Und so gelingt, was viele institutionell organisierte Einrichtungen verzweifelt suchen: Normalität und kulturelle Identität.

„Bauernhof gesucht“

Mit diesem Anliegen wandte sich die südbadische „Initiative WoPflBau Dreisamtal“ (www.wopflbau.de) im Sommer 2023 an die Öffentlichkeit. Etwa 20 engagierte Bürger*innen aus der Region in der Nähe von Freiburg arbeiten schon seit langem an der Konzeption, die Pflege, Arbeiten und Wohnen auf einem Wohn- und Pflegebauernhof ermöglichen soll. Und diesen Wunsch teilen sie mit etlichen anderen Initiativen im Land und im Bund, die im jeweils angestammten Wohn- und Lebensumfeld eine besondere Form des gemeinschaftlichen Zusammenlebens und Arbeitens anstreben. Inspiriert und motiviert sind dabei nahezu alle Initiativen von Guido Pusch und seiner Frau Alexandra, die 2011 im Westerwald ihr Pionierprojekt eines Pflegebauernhofs auf den Weg

brachten (www.bauernhof-wohngemeinschaft.de). Wie kam es dazu? Aufgewachsen auf dem Hof in Marienrachdorf, den die Familie seit Generationen bewirtschaftet, ist die Familie Pusch seit jeher mit dieser Lebenswelt vertraut, auch wenn Pusch zunächst einen eigenen, anderen Weg ging. Maschinenbaumeister ist er geworden und war in diesem Beruf auch recht erfolgreich. Aber es gibt Zäsuren im Leben, auch Erkenntnisse, die vieles grundlegend verändern. So auch bei den Puschs. Auslöser war neben beruflichen Erfahrungen vor allem die Großmutter, die nicht in ein Pflegeheim, sondern bei ihren Tieren bleiben wollte. Also wurde alters- und pflegerecht umgebaut – eine Aktion, die im ganzen Ort und der Region Interesse und Nachfragen auslöste. Was für die Oma gut ist, muss es doch auch für

andere sein. Gedacht, gesagt, getan! Den Bauernhof aufgeben? Niemals! Neue Wege gehen? Warum nicht! Und so begann die Geschichte der Bauernhofpflege-WG, einem Landwirt und Maschinenbaumeister und seiner Familie, die mit dieser Konzeption heute beispielgebend für ein spezifisches Lebens-, Wohn- und Pflegeangebot steht.

Mitwirkung, Mitbestimmung, strukturierte Alltagsorientierung

Im Alter, pflegebedürftig, bewusst auf dem Land und mit Tieren leben? Viele Stichworte im Kontext dieser Idee sind hinreichend bekannt: Vermeidung von Institutionalisierung und sozialer Deprivation durch Kleinteiligkeit, Stärkung der Autonomie durch Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung oder das Normalitätsprinzip, welches durch eine strukturierte Alltagsorientierung ohne ein schematisch-therapeutisches Programm auskommt. Die Vielzahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften in Deutschland hat die Bedeutung und Praxis dieser Lebensform längst bestätigt, unterschiedliche Konzeptionen zeigen dabei die Variabilität und mögliche Zielgruppenspezifisierung auf. Abgesehen von der fast immer leistungsrechtlichen Relevanz einer Einstufung in der Pflegeversicherung, spielen das Alter, die Erkrankung oder somatische oder kognitive Einschränkungen zunächst keine entscheidende Rolle.

Sozialromantik oder Sinnstiftung?

Tiere füttern und versorgen, Ställe ausmisten, Eier im Hühnerstall sammeln, Gänse hüten oder Gemüse anbauen, und dies in einer Sieben-Tage-Woche im Jahreszyklus eines klassischen Bauernhofs. Da fällt vielen die Vorstellung schwer, dies mit dem Gedanken an eine altengerechte Betreuung und Pflege in einer Wohngemeinschaft zu verbinden. Tatsächlich sollte die Bauernhof-WG nicht sozial-romantisch verklärt werden. Es geht, so Guido Pusch, um eine „sinnstiftende Zusammenführung der grünen und weißen Berufe“, also die professionelle Kooperation eines landwirtschaftlichen Betriebs und einem Pflegedienst. Abgesehen von der jeweiligen konkreten Konzeption eines solchen Projekts, werden wesentliche Weichen durch das in den Bundesländern höchst unterschiedlich angelegte Ordnungsrecht gestellt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen aber länderübergreifend weitgehende Übereinstimmungen zu den konzeptionellen, räumlichen und personellen Parametern auf:

- Bereitschaft eines bestehenden oder veränderungsbereiten landwirtschaftlichen Betriebs („Hoffamilie“) mit entsprechender Fläche und Infrastruktur (Stall, Tiere u. a.) zur sozialen Landwirtschaft
- nutzbare Bestandsräumlichkeiten oder Ergänzungsbau für ein, besser zwei Wohngemeinschaften mit jeweils 10–12 Bewohner*innen; barrierefreier Flächenbedarf ca. 35–40m² Individual- und Gemeinschaftsfläche; Betrieb fungiert hier meist als Vermieter
- Kooperation mit einem Pflegedienst für die ambulante Betreuung (24/7), der sich mit den Besonderheiten der Konzeption nicht nur arrangiert, sondern diese aktiv mit unterstützt
- Sicherstellung einer verlässlichen hausärztlichen Betreuung, insbesondere mit Blick auf neurologisch oder palliativ zu versorgende Bewohner*innen
- nachhaltige Vernetzung mit der Kommune, der Nachbarschaft und kulturell prägenden Gruppen und Initiativen im ländlichen Raum

Soziale Landwirtschaft bündelt Interessen

„Das Angenehme mit dem Nützlichen, das Notwendige mit dem Wünschenswerten zu verbinden (...)“ ist häufig Hoffnung und Strategie zugleich. Für Pflegebauernhöfe trifft dies gleich dreifach zu: Die Landwirtschaft in Deutschland, und hier insbesondere kleine Höfe und Nebenerwerbsbetriebe, befindet sich schon lange in einem Umbruch („Höfesterben“): Betriebssichernde, innovative Lösungen für den Erhalt sind zwingend. Der Fachkräftemangel in der Pflege und hiermit verbundener Assistenz Tätigkeiten ist nicht neu, kein Augenblicksgeschehen. Für viele Pflege- und Hauwirtschaftskräfte, die ihre berufliche Zukunft nicht (mehr) in den klassischen ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen sehen, diese regelmäßig als starr, bürokratisch und chronisch überfordernd erleben, ist die Mitarbeit in überschaubaren und familienähnlichen Strukturen häufig eine interessante Alternative. Ein „Pflegetotstand“ ist aus Bauernhof-Wohngemeinschaften bzw. den hier kooperierenden Pflegediensten nicht wirklich bekannt. Und schließlich entwickeln immer mehr ältere Menschen sehr genaue Vorstellungen vom eigenen Leben im Alter, sie werden zunehmend

von der Pflegeversicherung und dem Pflegedienst



VORSCHAU

... auf die nächste Ausgabe



© Shutterstock/Robert Kneschke

Schwerpunktthema: Diversität und Lebensstile im Alter(n)

Der Schwerpunkt des nächsten Hefts beschäftigt sich mit der Diversität unserer Gesellschaft als Herausforderung und Chance. Es geht um Vielfalt, Formenreichtum, Differenzierung und Heterogenität, aber auch um Ungleichheit, Ausgrenzung und Diskriminierung, um Toleranz in den Grenzen von Art. 2 GG vor dem Hintergrund der „inherent dignity“ (UN-Grundrechtskonventionen) im Art. 1 GG.

Weitere Themen:

- Community Health Nurse (CHN)
- Projekt „Lebenserfahren und aktiv“
- Heimatprojekt Bayern

Das nächste Heft erscheint

Anfang Juni 2024.

Impressum

PRO ALTER – Das Fachmagazin für Lebensqualität

ISSN 1430-1911 // 56. Jahrgang

Herausgeberschaft Univ.-Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt (Federführung), Univ.-Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Prof.in Dr. Ayse Cicek, Ingeborg Germann, Dr. Miriam Haller, Christian Heerdt M.Sc., Univ.-Prof. Dr. Frank Oswald, Prof. Dr. Michael Sauer, Dr. Petra Schönemann-Gieck

V.i.S.d.P. Frank Schulz-Nieswandt

Redaktionsleitung Dr. Kristina Mann (Betriebswirtschaftslehre)
Redaktionsteam Dr. Johannes Blome-Drees (Betriebswirtschaftslehre), Dr. Anne Bruns (Politikwissenschaft), Benjamin Haas, M.A. (Kulturanthropologie), Dr. Ursula Köstler (Volkswirtschaftslehre), Dr. Petra Stemmer, MBA

E-Mail proalter@kda.de

Verlag medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Straße 42/1, 69115 Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de

Tel. +49 6221 914 96 12, Fax +49 6221 914 96 20

Annette Xandry, Programmleitung
annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

Vanessa Keinert, Lektorat
vanessa.keinert@medhochzwei-verlag.de

Covermotiv Susanne Igelmund

Satz Strassner ComputerSatz, Heidelberg

Druck Schleunungdruck GmbH, Marktheidenfeld

Anzeigen Sabine Hornig, Tel. +49 6221 914 96 15,
sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de

Erscheinungsweise ProAlter erscheint vier Mal jährlich jeweils am 1. März, 1. Juni, 1. September, 1. Dezember.

Preise:

Einzelheft Print: 26,- Euro

E-Paper (PDF) 22,- Euro

Abonnements (2024): Probeabo (2 Print-Ausgaben): 34,- Euro inkl. Versandkosten; **Online-Abo**: 56,- Euro; **Jahresabonnement Inland**: 75,- Euro; **Jahresabonnement Ausland**: 98,- Euro.

Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt., Versandkosten und Zugang zum Online-Archiv.

Kündigungen sind bis zu 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich.

Bestellungen [medhochzwei-verlag.de/shop/](https://www.medhochzwei-verlag.de/shop/)

Telefonischer Kundenservice: Tel. +49 7953 7189076,

Fax: +49 7953 7189082, E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de

Artikel in ProAlter geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangt eingesandte Artikel, Fotos u. Ä. wird keine Haftung übernommen.

Rechte Alle in ProAlter veröffentlichten Beiträge, Fotos, Grafiken etc. sind urheberrechtlich geschützt. Dies gilt auch für Datenbanken und ähnliche Einrichtungen. Die Reproduktion, ganz oder in Teilen, durch Nachdruck, fototechnische Vervielfältigung oder andere Verfahren, auch Auszüge, Abbildungen und Bearbeitungen oder die Übertragung in eine von Datenverarbeitungsanlagen verwendbare Sprache wie auch die Einspeisung in elektronische Systeme bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Redaktion. Alle übrigen hier nicht aufgeführten Urheber- und Nutzungsrechte bleiben vorbehalten.

Auf die für den Versand der ProAlter erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice und der Lettershop des Verlages Zugriff.

Gruppentherapeutische Frühintervention für Menschen mit beginnender Demenz und ihre Angehörigen



FRIDA – Frühintervention für Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige Behandlungsmanual für eine dyadische Gruppentherapie

Softcover, ca. 180 Seiten, € 59,-
ISBN 978-3-86216-967-2

Das Manual FRIDA beschreibt das **psychotherapeutische Konzept der dyadischen Frühintervention im Gruppensetting**. Das Besondere: die **gemeinsame Behandlung von Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren primären Angehörigen** in einem Gruppensetting, das durch eine Begegnung auf Augenhöhe gekennzeichnet ist. Dazu werden interdisziplinäre Perspektiven aus Psychologie, Medizin, Sozialarbeit, Bewegungstherapie und Logopädie vereint.

Durch die dyadische Frühintervention soll das Bewusstsein für die Herausforderungen der Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihrer Familien geweckt und diese darin unterstützt werden, mit den demenzbedingten Veränderungen besser umzugehen. Die Teilnehmenden lernen, trotz der Gedächtnisprobleme am Leben aktiv teilzunehmen und sich so möglichst lange eine hohe Lebensqualität zu erhalten. Inhaltlich ist der Ansatz ressourcenorientiert, d. h. er baut auf den vorhandenen Stärken und Möglichkeiten jedes Einzelnen auf.

Wuttke/Scheurich/Geschke/Fellgiebel (Hrsg.)

FRIDA – Frühintervention für Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige

Behandlungsmanual für eine dyadische Gruppentherapie



 medhochzwei

Weitere Informationen zum Buch finden Sie hier:



**Videointerview mit
den Herausgebern**



Leseprobe

Frühlingsfrische Unterhaltung für Menschen mit Demenz



Ilse's weite Welt
Mit Bildern berühren:
Ein Film für Menschen mit Demenz
Hunde – unsere treuen Freunde
DVD | 60 Minuten | 24,99 €

Weitere Informationen und Bestellung unter:
www.ilsesweitewelt.de

