

Gutes Leben im Alter? – Wohnen, Gesundheit und Lebensqualität. Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften

Bilanzveranstaltung

Älterwerden. Teilhaben. Mitgestalten - Impulse des Programms „Anlaufstellen für ältere Menschen“

Berlin, 2. November 2016

- Die in Deutschland vorherrschenden **Alter(n)sbilder** waren lange Zeit überwiegend negativ geprägt („Defizitmodell vom Alter“). Dies hatte Auswirkungen auf das Altern selbst – öffentlich kommunizierte Alter(n)sbilder beeinflussten den Umgang mit älteren Menschen und waren handlungsrelevant für die Älteren.
- Die gerontologische Forschung konnte zeigen, dass defizitäre Alter(n)sbilder empirisch nicht zu halten sind. Dennoch besitzen negative Alter(n)sbilder eine beharrliche Überlebenskraft.
- Inzwischen deuten sich in den öffentlichen Diskursen stärker differenzierte Alter(n)sbilder an, wobei allerdings die Bedeutung sozialstruktureller Lebenslagen (auch die Geschlechterdimension) beachtet werden muss. So hat sich der fünfte Altenbericht der Bundesregierung bereits vor einigen Jahren als Schwerpunktthema die „Altersproduktivität“ gewählt.

- Lebensläufe und Lebensphasen werden immer unterschiedlicher gestaltet und gelebt. Alter(n) wird also zunehmend durch **plurale Verlaufsformen** und **Individualisierung** gekennzeichnet. Dies ist auch mit der zeitlichen Ausdehnung der Altersphase und einer höheren Lebenserwartung zu erklären. Genauso wie die Lebensphase zwischen 30 und 50 Jahren „bunter“ geworden ist, gilt dies für das Alter – „die“ Alten gibt es nicht mehr.
- Das **chronologische Alter** eignet sich nur noch für eine grobe Abgrenzung des risikobehafteten hohen Alters (ab ca. 85 Jahre), aber nicht mehr als generelles Distinktionsmerkmal. Die als „Alter“ bezeichnete Lebensphase umfasst heute nicht selten über 30 Lebensjahre und damit bei vielen Menschen (insbes. Frauen) mehr als ein Drittel des Erwachsenenlebens – es handelt sich also nicht um die „Restzeit“ des Lebens.
- In der Gerontologie werden schon seit langem sinnvolle Abgrenzungen der Lebensphase diskutiert. Verbreitet ist die Einteilung in „junges Alter“ (55/65), „mittleres Alter“ (65/75), „hohes Alter“ (75–85/90) und Hochaltrigkeit“ (ab 85/90). Bei allen Abgrenzungen nach dem chronologischen Alter tritt subjektiv das gleiche Phänomen auf: Jeder **fühlt** sich jünger!

- Selbst innerhalb einer Alterskohorte bestehen **signifikante Unterschiede** in wichtigen Dimensionen – beispielsweise nach Geschlecht, Familienstand, sozialem Status oder ethnisch-kultureller Herkunft. Während manche Gruppen im Vergleich zu früheren Generationen ihre Potentiale weitaus besser nutzen können, fühlen sich andere ausgegrenzt. Empirische Befunde zeigen aber, dass Flexibilität, Mobilität und Selbstständigkeit in sämtlichen Altersgruppen über 60 Jahre deutlich zugenommen haben.
- Zudem werden **räumliche Differenzierungen** wichtiger. Man altert in einer Großstadt oder in Ballungsräumen anders als etwa im Nordwesten. Insbesondere im ländlichen Raum / in den Dörfern stellt sich die Situation anders dar – etwa auch mit Blick auf die Potenziale technischer Assistenzsysteme.
- Diese Besonderheiten müssen berücksichtigt und Konzepte zur Stärkung des Soziallebens entwickelt werden (z.B. Schaffung von Kontaktmöglichkeiten, Unterstützung von Vereinen, ggf. Gründung von Seniorengenossenschaften, aber auch Nachbarschafts-Apps und „**Lotsen**“ für Assistenzsysteme).

- Der demografische Wandel stellt die grundgesetzlich verankerte Herstellung gleicher Lebensverhältnisse nicht nur in Frage, sondern setzt eigendynamische Kräfte frei, die in Richtung einer Polarisierung und Heterogenisierung von Zentren und Peripherien zielen.
- Metropolregionen werden in den nächsten Jahren um mehr als 10 % an Bevölkerung wachsen (am stärksten im Süden). Alle Kreise im Osten werden deutliche Bevölkerungseinbußen erfahren (z.T. über 20 %), aber auch in westlichen Bundesländern gibt es Regionen mit Verlusten von 15 bis 20 %.
- Die Ungleichgewichte werden wachsen und die Durchschnittskosten für die öffentlichen Infrastrukturen (etwa Schulen und Krankenhäuser) werden durch die Abwanderung insbes. in strukturschwachen ländlichen Räumen zunehmen. Ein hochwertiges Netz **öffentlicher Infrastruktur** wird hier kaum noch zu finanzieren sein – auch wenn lokale/regionale Verbünde in einzelnen Zweigen der Daseinsvorsorge noch Sicherheit gewährleisten können.

- In schrumpfenden Regionen mit drohenden Lücken in der wohnortnahen Gesundheits- und Pflegeversorgung werden verschiedene Optionen zur Sicherstellung diskutiert; u. a. ist Telemedizin schon heute möglich, wobei telemedizinische Verbindungen sowohl zwischen Krankenhäusern als auch direkt zwischen Leistungserbringern und Patienten erfolgen können.
- Andere Länder (z.B. in Skandinavien) sind in diesen Versorgungsformen viel weiter: mehr als 2/3 der öffentlichen Krankenhäuser wenden bereits in der **Routineversorgung** Telemedizin an (auch in den Niederlanden gibt es interessante Projekte).
- Für den Einsatz von Telemedizin speziell in ländlichen Regionen gibt es verschiedene Szenarien, die vom Monitoring chronisch erkrankter Patienten (z.B. Patienten mit Herzinsuffizienz, Diabetes) bis zur Unterstützung der Akutversorgung (z.B. bei einem Schlaganfall) reichen. Eine engere Verbindung zwischen den „Silos“ Wohnen und medizinische Versorgung muss in Deutschland aber noch aufgebaut werden.

- An der **Personalisierung** der Gesundheitsdaten zeigt sich, wie sich grundlegende sozioökonomische und kulturelle Trends – Individualisierung und Digitalisierung – treffen und gegenseitig verstärken. In Übereinstimmung mit dem Zeitgeist nehmen wachsende Teile der Bevölkerung Gesundheit als eine persönlich formbare Größe an und bemühen sich verstärkt um einen gesundheitsorientierten Lebensstil.
- Fitness-und Gesundheits-Apps (z.B. *Runtastic* für Läufer oder *Glooko* für Diabetiker) erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Die Selbstvermessung, die bislang primär im Bereich der Fitness praktiziert wird, weist auf einen gesellschaftlichen Trend zur individuellen Ressourcensteigerung hin („Selflogging“).
- Individualisierte Technologien gibt es im Feld der **Gesundheit** nicht erst seit der Verbreitung des Internets. Am Beispiel telemedizinischer Verfahren zur Kontrolle und Steuerung von Vitalwerten wird aber deutlich, wie es durch die „digitale Revolution“ möglich ist, bspw. den Blutzuckerwert mobil zu kontrollieren oder die Schlafphasen aufzuzeichnen etc.

- Zahlreiche Umfragen zeigen: die Mehrheit der Älteren möchte in ihrer angestammten Wohnsituation verbleiben. Je älter Menschen werden, desto wichtiger wird das Wohnumfeld.
- Es haben sich in Deutschland **quartiersbezogene Netzwerke** ausgebreitet. Oft starten sie themenbezogen und weiten dann ihre Aktivitäten aus. Durch quartiersbezogene Projekte (wie sie auch durch das *Anlaufstellen für ältere Menschen*-Programm gefördert werden) kann Älteren oft ein längerer Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglicht werden, weil im Umfeld ein **Unterstützungssetting** besteht. Hinsichtlich der gesundheitlichen Prävention sind positive Wirkungen wahrscheinlich (z. B. durch Vermeidung von Einsamkeit usw.).
- In vielen europäischen Ländern gewinnen Quartiere als Versorgungsinstanz an Bedeutung; in Deutschland ist in der Politik eine Fokussierung auf Quartiere zu beobachten. Sie gelten als Plattform für **gesellschaftliche Integration** und tragen wesentlich zur Lebensqualität vor Ort bei.

- Quartiere sind eine wesentliche Handlungsebene zur Förderung eines selbstbestimmten Alter(n)s in der vertrauten Umgebung. Dazu braucht es neben altersgerechtem Wohnraum eine hinreichende gesundheitliche Versorgung sowie Einkaufsmöglichkeiten und (ehrenamtliche / professionelle) Unterstützung im Alltag. Um passgenaue Lösungen für lokale Bedarfe zu entwickeln, gilt es, schon bei der Konzeptentwicklung alle relevanten Akteure einzubinden.
- Im sozialräumlichen Kontext sollte es Anlaufstellen und Begegnungsmöglichkeiten („Gelegenheitsstrukturen“) geben. Sie sind als *One-Stop-Angebote* zu gestalten und müssen gut erreichbar sein. Ähnlich dem Programm *Soziale Stadt* müssen Ressourcen aus unterschiedlichen Politikbereichen (ressortübergreifend) verfügbar gemacht und ein Quartiersmanagement eingerichtet werden.
- Eine **zersplitterte Organisationsstruktur** im Feld der altenbezogenen sozialen Dienste erschwert die Kooperation und Vernetzung der Akteure auf kommunaler Ebene. Kommunale soziale Dienste, Wohnungswirtschaft und Wohlfahrtsverbände müssen kooperieren und intersektoral zusammenwirken.

- Ohne quartiersnahe Versorgungskonzepte und einen Welfare-Mix wären hilfs- und pflegebedürftige Ältere oft alternativlos auf eine Heimunterbringung verwiesen. Einen frühzeitigen Umzug in eine stationäre Einrichtung lehnt jedoch die große Mehrheit der Älteren verschiedenen Umfragen zufolge ab.
- In lokalen, wohnquartiersbezogenen Projekten kann man den **Verbleib in der eigenen Wohnung** in vielen Fällen durch passgenaue soziale Betreuung (professionelle Hilfe und Pflege sowie bürgerschaftliches Engagement). Auch technische Assistenzlösungen gewinnen zusehends an Bedeutung.
- Innovative Versorgungskonzepte entstehen immer stärker an den **Schnittstellen** verschiedener Kompetenzfelder (etwa durch die Verknüpfung von Wohnen und Gesundheit unter Einbezug der Medizintechnik/Telemedizin) – brauchen aber auch neue Finanzierungsstrukturen.
- Hier kommt es auf eine **intelligente Vernetzung** von bisher noch nicht kombiniertem Wissen und verschiedenen Akteuren an.

- Die Funktion des Quartiers als Ort des sozialen Miteinanders und der **Teilhabe** an gesellschaftlichen Institutionen (wie Vereinen) nimmt eine große Bedeutung ein – insb. wenn die Mobilität gesundheitsbedingt eingeschränkt ist.
- Als „Mittelpunkt-Ort“ alltäglicher Lebenswelten ist das Wohnquartier wie auch die Wohnung im höheren Alter – nach Erwerbs- und Familienphase – oft allerdings neu anzueignen. Dabei kann das Wohnquartier durch die **Vertrautheit mit dem Ort** nach langer Wohndauer ein hohes Unterstützungspotenzial für ältere Menschen bergen.
- Insbesondere in solchen Quartieren, in denen die soziale Einbindung abnimmt – z.B. durch eine hohe Bewohnerfluktuation oder durch den Generationenwechsel in Eigenheimquartieren – ist die Funktionsfähigkeit des Quartiers als sozialer Teilhabeort jedoch **gefährdet**. Deshalb gilt es, Möglichkeiten des Mitgestaltens zu fördern und neu zu schaffen – bspw. In Gestalt von Anlaufstellen und Nachbarschaftstreffs.

Erfahrungen mit Engagement auf Quartiersebene zeigen:

- Es gibt starke sozialelektive Tendenzen (sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind kaum in „klassischen“ Organisationen repräsentiert).
- Engagement ist vielfältig und umfasst neben dem bürgerschaftlichen Engagement Formen „stillen“ Helfens (auch in traditionellen Netzwerken wie Familien und Nachbarschaften). Das „goldene“ Helferherz erodiert in manchen Sektoren, während vermehrt neue Engagementformen (z.B. in Flüchtlingsbelangen) auftreten. Diese sind oft **zeitlich begrenzt** und **situativer**.
- Viele Engagementformen sind jedoch noch zu sehr auf einzelne Organisationen fixiert und vernachlässigen die mehrdimensionale sozialräumliche Ausprägung sozialer Problemlagen. **Engagement im Quartier** wird an Bedeutung gewinnen – jedoch immer weniger in den traditionellen Verbandsstrukturen.
- Nachbarschaftliche Beziehungen und soziales Engagement im Quartier lassen sich **nicht** einfach funktionalisieren, um öffentliche Kassen zu entlasten.

- Wenn die sozialräumliche Dimension an Bedeutung gewinnt, ist auch auf kommunaler Ebene eine **ressortübergreifende** Querschnittspolitik gefragt.
- Hier sind auch die traditionellen Sozialorganisationen gefordert, nicht nur ihre Organisationsinteressen zu verfolgen, sondern der in Deutschland ausgeprägten Gefahr des „**Silodenkens**“ aktiv zu begegnen, um sowohl Doppelstrukturen hinsichtlich der Bearbeitung sozialer Probleme zu vermeiden als auch neue strategische Allianzen mit Akteuren aus anderen Handlungsfeldern aufzubauen.
- In allen Quartieren – vor allem in strukturell benachteiligten – werden zudem „**Schlüsselfiguren**“ gesucht, die das soziale Leben vor Ort kennen, von den Bewohnern geschätzt werden und sich schon länger sozial engagieren.

- Kooperation und Vernetzung sind die **Schlüsselfragen** beim Aufbau zukunftsfähiger Gemeinschaften. Die bisher nebeneinander stehenden Einrichtungen müssen „neu“ vernetzt werden, sodass Reibungsverluste verhindert und Ressourcen gebündelt werden.
- Anders als in vormodernen Gesellschaften mit ihren klaren Rollenzuweisungen in Familie und Gesellschaft, mit konzentrischen Kreisen einer subsidiären Ordnung, ist für eine moderne Gesellschaft charakteristisch, dass sie eine Vielfalt von Akteuren und Arrangements kennt, die eine **pluralistische Form** von Subsidiarität verlangt. Dazu braucht es eine aktive Sozialpolitik.
- Die **empirische** Erfassung gesellschaftlicher Wirkungen der Akteure im Sozialsektor wird an Bedeutung gewinnen. Räumliche Kooperationsmodelle müssen politisch „**honoriert**“, Kooperationen durch Anreize belohnt werden. Zugleich müssen die sozialen Wirkungen „vermessen“ und evaluiert werden. Die Wirkungsanalyse nimmt neben den Nutzern die soziale Umgebung (inkl. der „Sozialkassen“) sowie die fachliche Ebene in den Blick.

- Eine Skalierung sozialer Wirkung im Quartier ist unverzichtbar, um soziale und gesellschaftliche Probleme zu reduzieren bzw. zukunftsfähige Lösungen aufzuzeigen. Durch die bloße „Vermessung“ bzw. Skalierung allein lässt sich das Projektergebnis nicht erklären; es müssen weitere Erfolgsfaktoren (qualitativ) erfasst werden. Allgemein ist ein „**Monitoring**“ aufzubauen, um im Einzelfall genauer bestimmen zu können, was geleistet wurde und welche Empfehlungen sich daraus für andere Quartiere ableiten lassen.
- Lernprozesse sind in den beteiligten Organisationen notwendig („weg vom Silodenken“); nicht erfolgreiche Projekte sollten gestoppt werden. Organisationslernen klingt einfach, ist aber in der Praxis immer schwer umsetzbar.
- Neben der **internen** Evaluation, die sich auf die detaillierte Herangehensweise konzentriert, ist eine **externe** Evaluation und ggf. ein Benchmarking mit vergleichbaren Quartieren und Akteursstrukturen sinnvoll.

- Der Schub für integrierte, quartiersnahe Lösungen gelingt nur unter Einbeziehung aller betroffenen Akteure. Gefordert ist ein intersektorales **Schnittstellenmanagement**. Jedoch sind schon bei der Kooperation zwischen Kommunen und Akteuren aus der Sozial- und Gesundheitswirtschaft Defizite zu konstatieren. Viele Kommunen sehen sich aufgrund der Überbelastungen außerstande, den Vernetzungserfordernissen aktiv nachzugehen.
- Benötigt werden systematische Verlaufs- und Versorgungsanalysen, um auf dieser Basis einen strukturierten Diskurs über Quartiersnetze als Experimentierräume zu führen und ein Innovationsmonitoring zu entwickeln.
- „Quartiersstrategien“ sind jedoch **nicht** geeignet, um den Rückzug staatlicher Unterstützung zu kompensieren. Gefragt sind nicht nur temporäre Förderungen, sondern langfristig angelegte kooperative Lösungen und neue Finanzierungsmodelle.

- Innerhalb eines neu gestalteten wohlfahrtsstaatlichen Arrangements, das sich an den Grundgedanken des Subsidiaritätsprinzips orientiert, muss gewährleistet werden, dass sich die Stärken und Schwächen der verschiedenen Träger sozialer Dienste optimal ergänzen. Für einen solchen Umbauprozess liegt jedoch kein Drehbuch vor.
 - » ZIEL: **Vom versäulten Wohlfahrtskorporatismus zum vernetzten Wohlfahrtsmix**
- Im deutschen System der sozialen Dienste ist allerdings ein hoher Regulierungsgrad entlang der Säulen der Sozialgesetzgebung festzustellen. In dieser Landschaft stoßen neue Angebote auf zahlreiche institutionelle Hürden („frozen welfare state landscape“). Es existiert für sie häufig **keine** klare öffentliche Finanzierungsverantwortung – hier muss angesetzt werden!

- Nicht nur der Bund, sondern auch die kommunale Politik und Verwaltung sollten bei sozialen Projekten eine „Leadership-Rolle“ übernehmen. Die Beteiligung der Bürger erfordert eine klare Vision und Aufbruchstimmung. Eine Partnerschaft mit engagierten Bürgern muss auf „Augenhöhe“ erfolgen.
- „Der Einbezug von Bürgerinnen und Bürgern erfordert ein anspruchsvolles Partizipationsmanagement. Hierfür gibt es klare Kriterien und Qualitätsstandards: Wir müssen bei den Interessen und Lebensstilen der Betroffenen ansetzen. Nur so lassen sich Hemmschwellen für Beteiligung abbauen. Die Rollen der einzelnen Akteure müssen klar und transparent benannt sein. Es muss außerdem eine Rückendeckung durch die Verwaltungs- und Politikspitze geben. Es geht nicht, dass Planungen bis zu einem Punkt vorangetrieben werden, wo nur noch Details verändert werden können. Die Bürgerinnen und Bürger sind sensibel für solche Entwicklungen und das Ergebnis ist dann schlechter als ohne Beteiligung“ (Prof. Dr. Thomas Olk/BBE).
- Zudem darf Beteiligung nicht mit „Gratisarbeit“ verwechselt werden. Oft ist der selbstlose Helfer beliebt, nicht der aktive Bürger.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Prof. Dr. Rolf G. Heinze
Ruhr-Universität Bochum/InWIS



0234/32-22981



Rolf.Heinze@rub.de

<http://www.sowi.rub.de/heinze>