



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Gesundheitswissenschaften

**GESUNDHEIT & SOZIALRAUM**

-

**ALTERNATIVE VERSORGUNGSMODELLE**

**FÜR LÄNDLICHE UND**

**STRUKTURSCHWACHE REGIONEN**

**B a c h e l o r a r b e i t**

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: *Philipp Hölzel*

URN: [urn:nbn:de:gbv:519-thesis2017-0013-7](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:519-thesis2017-0013-7)

Betreuer: *Prof. Dr. Heidrun Herzberg*

Zweitbetreuer: *Prof. Dr. Bernhard Langer*

Tag der Einreichung: 14.09.2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>1. Einleitung, Zielsetzung und Forschungsfragen</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Definitionen, Abgrenzungen und theoretischer Rahmen</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Definitionen und Abgrenzungen</b> .....	<b>3</b>
2.1.1 Setting / Lebenswelt .....	3
2.1.2 Cure / Care .....	4
2.1.3 Sozialraum .....	5
<b>2.2 Settingansatz der WHO</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3 Settingansatz in Deutschland</b> .....	<b>7</b>
<b>2.4 Charakterisierung und Probleme ländlicher Räume</b> .....	<b>8</b>
<b>2.5 Demografischer Wandel und Auswirkungen auf ländliche Regionen</b> .....	<b>11</b>
<b>2.6 Versorgungspolitik in Deutschland</b> .....	<b>14</b>
<b>2.6.1 Kritik an der Versorgungspolitik</b> .....	<b>17</b>
2.6.2 Ausblick der Gesundheitsversorgung in Deutschland .....	19
<b>3. Der Sozialraum und seine Potentiale für die Gesundheit</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1 Soziale Netzwerke</b> .....	<b>20</b>
3.1.1 Gliederung sozialer Netzwerke.....	21
3.1.2 Soziale Unterstützung .....	23
<b>3.2 Der soziale Raum und die Kapitalarten nach Bourdieu</b> .....	<b>24</b>
<b>3.3 Dynamiken im Sozialraum und Mentalitätsraum</b> .....	<b>28</b>
<b>4. Lösungsansätze und (Versorgungs-) Modelle</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1 Gesundheitsfördernde Gemeinwesenarbeit</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2 Bedeutung des sozialen Raumes für das Alter(n)</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3 Bürger-Profi-Hilfe-Mix – Grundlage der sorgenden Gemeinschaft</b> ...	<b>36</b>
<b>4.4 Caring Community – Das Konzept sorgender Gemeinschaften</b> .....	<b>38</b>
<b>5. Fazit</b> .....	<b>41</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>47</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>53</b>



## Abkürzungsverzeichnis

BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DBFK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
ISS	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
z.B.	zum Beispiel
bzw.	beziehungsweise

## 1. Einleitung, Zielsetzung und Forschungsfragen

Die aktuelle Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist mit ihren vielfältigen Einflüssen und Auswirkungen, als demografischer Wandel gut beschrieben. Er stellt dabei westliche Länder vor besondere Herausforderungen. Dabei wurde er lange erforscht und prognostiziert. Der Geburtenrückgang und der Anstieg der Lebenserwartung sind dabei Entwicklungen, die man in Deutschland schon länger erwartet hat. Der Mangel an Auszubildenden und Fachkräften führt in vielen Bereichen zu großen Defiziten. Von welchen Auswirkungen der ländliche Raum betroffen ist und wie diese dort zum Vorschein treten, welche Herausforderungen sie mit sich bringen und welche Rolle der Kommune als lokales Setting widerfährt, findet im ersten Teil der vorliegenden Arbeit Betrachtung.

Auch die Thematisierung von Pflegebedürftigkeit hat vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer potenziellen Verdichtung der oberen Altersgruppen, in den letzten Jahren einen Wandel durchlebt. Sie wuchs von einer privaten Herausforderung zur kontrovers diskutierten gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Dabei geraten die Altenbilder in der Gesellschaft aktuell in Umwälzungsprozesse. Kinder haben ihre Eltern, aber alte Menschen haben Angst davor niemanden zu haben und vergessen zu werden. Gerade die steigende räumliche Mobilität aufgrund verbesserter Kommunikationstechnologien, die bessere virtuelle als auch reale Vernetzung und eine steigende Schnelllebigkeit des Alltags haben daran sicher ihren Anteil. In Verbindung mit dem Thema der Daseinsvorsorge und gesundheitlicher Versorgung ist in den ländlichen Räumen ein riesiger Raum für innovative Lösungen gewachsen.

Nachdem sich diese Arbeit im zweiten Kapitel mit den theoretischen Hintergründen und Besonderheiten dieser Herausforderungen befassen wird, werden im dritten Kapitel Gesundheitspotentiale des sozialen Raumes und dessen Dynamiken herausgearbeitet, die für die Entwicklung von (alternativen) Versorgungsmodellen eine wesentliche Rolle spielen. Welche Lösungen und Alternativen dort möglich sind, welche Ansätze man schon heute verfolgt und eine Betrachtung, welche Vor- und Nachteile die jeweiligen Konzeptionen bieten, folgt im vierten Teil der Arbeit.

Welche Bedeutung hat der soziale Raum für die Gesundheitsförderung in ländlichen und strukturschwachen Regionen? – Der Frage wie gesundheitsförderliche Lebenswelten in ländlichen und strukturschwachen Regionen aussehen und unter welchen Bedingungen sie geschaffen werden können, soll in dieser Arbeit nachgegangen werden. Im Besonderen soll dabei das Konzept der „Sorgenden Gemeinschaft“ untersucht werden.

Stellen derartige und ähnliche Modelle nach dem Prinzip des Bürger – Profi – Hilfe - Mix eine Möglichkeit zur Versorgung und Teilhabe aller Generationen und speziell im Kontext der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen in ländlichen und strukturschwachen Regionen dar?

Wie müssen die Rahmenbedingungen für das Gelingen solcher Modelle aussehen und gibt es Grenzen die ein solches Gelingen verhindern? – Dies sind weitere Fragen, die im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden sollen.

## 2. Definitionen, Abgrenzungen und theoretischer Rahmen

### 2.1 Definitionen und Abgrenzungen

#### 2.1.1 Setting / Lebenswelt

In der Literatur finden sich viele Bestimmungsversuche und Abgrenzungen der Begriffe Setting und Lebenswelt. Dabei ist es möglich die beiden Begriffe synonym zu verwenden. Die WHO-Definition des Settings gilt dabei als physisch begrenzter Ort oder sozialer Kontext, der durch fest definierte Rollen und eher organisationsbezogenen Charakter gekennzeichnet ist. Dabei ergibt sich die Frage, ob nicht weniger formalisierte oder organisationale Kontexte wie z.B. Nachbarschaften, Kommunen oder Familie als Settings zu bezeichnen sind.<sup>1</sup> Nach Hartung und Rosenbrock ist ein Setting „ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch subjektiv bewusst ist. Dieser Zusammenhang drückt sich aus durch formale Organisation (z.B. Betrieb, Schule), regionale Situation (z.B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslage (z.B. Rentner/Rentnerinnen), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (z.B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale.“<sup>2</sup> Der Begriff des Settings ist in dieser Auffassung sowohl für eng umgrenzte, als auch große sozialraumähnliche Orte die sich anhand fester Kriterien beschreiben lassen zutreffend. Der Begriff nach Hartung / Rosenbrock ist weiter gefasst und begründet auch die synonyme Verwendung der Begrifflichkeiten in dieser Arbeit.

---

<sup>1</sup> Vgl. Dadaczynski et al. 2016, S.215

<sup>2</sup> Vgl. Hartung und Rosenbrock 2015

### 2.1.2 Cure / Care

In der Literatur und Praxis wird häufig zwischen Inhalten der Pflege (Cure) und der Sorge (Care) differenziert.

Dabei betrachtet der Begriff der Pflege bzw. Cure alle medizinischen Maßnahmen professioneller Akteure.<sup>3</sup> Der Leistungsanspruch resultiert aus der pflegefachlichen Einschätzung und wird durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff und die ärztliche Verordnung bestimmt. Die Leistungen sind personenbezogene Unterstützungsleistungen, professionelle, als auch familiäre/berufliche Pflegeleistungen. Die Rahmenbedingungen der Pflege sind dabei mittlerweile nach weitgehend ökonomisierten Märkten ausgerichtet. Für berufliche Tätigkeiten gibt es stark reglementierte Vorgaben.<sup>4</sup>

Der Begriff der Sorge bzw. Care umfasst alle Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag wichtig sind. Dabei geschehen die Aufgaben der hauswirtschaftlichen Basisversorgung, Grundpflege und Förderung sozialer Teilhabe in der Lebenswelt der Menschen.<sup>5</sup>

Begründet wird es durch die Verantwortungsbeziehungen zu der Person aus einem sozialen Näheverhältnis. Die Unterstützung wendet sich dabei nach dem individuellen Bedarf, seiner Präferenzen und Wünsche. Hauswirtschaftliche, soziale und kulturelle Leistungen sowie persönliche Unterstützung, finden durch Familie, Freunde sowie Nachbarschaft statt und werden durch berufliche Assistenz und Freiwillige ergänzt.<sup>6</sup>

Nach Klie ist „Care“ die anteilnehmende vorausschauende Verantwortungsübernahme für sich und den Anderen. Dabei geht es mehr noch um soziale Aufmerksamkeit, Empathie und die „Mitschwingungsfähigkeit“, welche sowohl zukunfts- als auch vergangenheitsorientiert ausgerichtet sein sollte.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> Vgl. Heusinger et al. 2017, S.443

<sup>4</sup> Vgl. BMFSFJ 2016

<sup>5</sup> Vgl. Heusinger et al. 2017, S.443

<sup>6</sup> Vgl. BMFSFJ 2016, S.195

<sup>7</sup> Vgl. Klie 2014, S.118f.

### 2.1.3 Sozialraum

Der Sozialraum wird in der Literatur verschieden definiert. Dabei sind die Unterschiede häufig in der interdisziplinären Sichtweise des Gebiets begründet. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (=BAGFW) sieht den Sozialraum als dreigeteiltes Konstrukt:

- Sozialraum als *Erfahrungs- und Verhaltensraum*, in dem Menschen individuell ihre Lebenswelt durch Kontakte und Aktivitäten gestalten. Der Sozialraum ist dabei der Raum in dem sich die Person aufhält, über Beziehungen und Ressourcen verfügt und seinen Alltag bewältigt. Er unterhält soziale Beziehungen und Netzwerke.
- Sozialraum als *Engagement- und Versorgungsraum*, in dem Menschen ihren Lebensraum mitgestalten und einen soziokulturellen Raum mit Angeboten der Arbeit, Kultur, Sport usw. entstehen lassen. Dabei setzen sich Familien, Nachbarschaft, Schulen, Initiativen und Organisationen für bessere Lebensbedingungen und für die Gemeinschaft ein.
- Sozialraum als *politisch-administrativer Raum*, der durch geografische Gegebenheiten und örtliche Verwaltung als fest umrissener Siedlungsraum gilt (Kreise, Dörfer, Städte, Quartiere). Sozialräume sind nach diesem Aspekt institutionalisierte Planungs- und Steuerungsräume, wie z.B. in der (Pflege-) Sozialplanung.

Dabei sind die drei Zugänge nicht scharf voneinander abgegrenzt, sondern überlagern sich und die Grenzen demnach fließend. Der Sozialraum ist immer individuell abhängig vom Menschen und der prägenden Institutionen.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. BAGFW 2015, S.1f.



## 2.2 Settingansatz der WHO

Der Settingansatz der WHO geht zurück auf die Ottawa Charta 1986. In der Deklaration wurde der Grundstein für die Gesundheitsförderung gelegt und der Paradigmenwechsel in der Gesundheitswissenschaft eingeläutet. In der Folge entstand eine Neuorientierung im Sinne einer verringerten Beachtung der Prävention/Krankheitsverhütung, hin zur Förderung von Gesundheit und politischer Gestaltung der gesundheitsrelevanten Faktoren und Rahmenbedingungen. Die Deklaration entstand als Folge der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im Rahmen der „Gesundheit für alle“-Strategie der WHO. In der Deklaration heißt es: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“<sup>9</sup> Inhalte sind unter anderem die Stärkung lokaler Aktivitäten und die Strategie, Bürger und Patienten zur Selbsthilfe zu befähigen und eigenverantwortlich die Förderung der Gesundheit anzugehen. Außerdem bietet auch die Neuorientierung der Gesundheitsdienste hin zu den individuellen Bedürfnissen der Menschen und einer fortschreitenden Ganzheitlichkeit genug Raum, um die Gesundheitsförderung in verschiedene Settings zu implementieren.

Die WHO hat spätestens in der Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert hervorgehoben, wie wichtig der Settingansatz ist. Dort heißt es im „Handlungsfeld 5: Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung“ folgendes: „Die organisatorische Basis für die notwendige, gesundheitsfördernde Infrastruktur bilden die vielfältigen Settings für Gesundheit. [...] Alle Länder sollen zur Unterstützung der Gesundheitsförderung angemessenen Rahmenbedingungen in den Bereichen Politik, Recht und Verwaltung, Bildung, Soziales und Wirtschaft entwickeln.“<sup>10</sup>

Auch in späteren Deklarationen wie der Bangkok Charta kommt die WHO auf den Settingansatz zu sprechen. In der Bangkok Charta wird dann wieder für einen integrierten und Setting übergreifenden Ansatz als grundlegende Voraussetzung zur Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten gefordert.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> WHO 1986

<sup>10</sup> WHO 1997

<sup>11</sup> Vgl. WHO 2005

## 2.3 Settingansatz in Deutschland

Die Chartas der WHO stellen in gewisser Weise globale gesundheitspolitische Programmatiken dar, die in den einzelnen Ländern jedoch in unterschiedlicher Weise verfolgt, als auch ausgestaltet werden (müssen). Nach der Formulierung in der Ottawa Charta hat sich der Ansatz in den Settings zur grundlegenden Schlüsselstrategie zur Umsetzung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung entwickelt. In Deutschland werden nach Angaben des Präventionsberichts für das Berichtsjahr 2014 etwa 23.000 nicht-betriebliche und 11.400 betriebliche Settingaktivitäten genannt, in denen ca. 3,4 Millionen Versicherte erreicht wurden.<sup>12</sup>

Aufgrund der Methodik des Präventionsberichts lassen sich leider keine Aussagen über inhaltliche, strukturelle oder programmatische Ausrichtungen der Angebote treffen, sondern einzig über die Quantität der durchgeführten Angebote. Es muss jedoch erwähnt werden, dass die Maßnahmen eine deutliche Heterogenität in der Ausrichtung aufweisen. Das Präventionsgesetz hat den Grundstein für die nicht-medizinische Gesundheitsförderung im Gesetz gelegt und den Settingansatz (im Gesetz: Lebenswelten) im Leistungsrecht entschieden gestärkt. Außerdem verpflichtet es die gesetzlichen Krankenkassen, zur Verwendung von je 2 Euro pro Versicherten, zum Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in betrieblichen und nicht-betrieblichen Settings zu investieren. Vor diesem Hintergrund war eine deutliche quantitative Ausweitung der Angebote zu erwarten. Zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher und lebensweltbezogener Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherungen, hat der Gesetzgeber die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (=BZgA) zur Entwicklung, Implementation und Evaluation von Leistungen in Lebenswelten unterstützt.<sup>13</sup>

Der Settingansatz beschreibt die Möglichkeit der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen. Dabei muss gerade der ländliche Raum mit kleinen, teilweise strukturschwachen Gemeinden als Ort der Gesundheitsförderung betrachtet werden.

---

<sup>12</sup> Vgl. Dadaczynski et al. 2016, S.214

<sup>13</sup> Vgl. Dadaczynski et al. 2016, S.217ff.

## 2.4 Charakterisierung und Probleme ländlicher Räume

Gerade Kommunen und ländliche Räume stellen die Mutter aller Lebenswelten dar.<sup>14</sup> Zur Städtebildung waren es noch hauptsächlich wirtschaftliche und administrative Aspekte, die das Zusammenleben der Menschen begründet haben. Die sozialraumorientierte Lebensweise der Menschen brachte seit der Industrialisierung eine stetig auf die Lebensbedingungen orientierte Handlungsstrategie mit sich. Weiterhin beherbergt die Kommune als Sozialraum den Rahmen für weitere Settings, die dort angesiedelt sind. Modelle und Aspekte der Gesundheitsförderung werden z.B. in Schulen, Kindergärten, Räume von sozialen Verbänden und Vereinen oder Nachbarschaften verfolgt. Anders als in der Medizin, braucht die Kommune keine Einteilung in Präventionsstufen, denn dort profitiert jeder von jedem. Gesundheitsfördernde Verbesserungen bei Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen kommen den Gesunden, als auch den latent oder chronisch Kranken gleichwohl zugute.<sup>15</sup>

Wer bei ländlichen Räumen noch an landwirtschaftlich geprägte Dörfer denkt, liegt jedoch häufig falsch. Das Leben in der Stadt und auf dem Land hat sich weitestgehend angenähert, denn die Landwirtschaft ist heute durch weniger Bedeutsamkeit gekennzeichnet als früher, außerdem ist heutzutage gerade in den ländlichen Regionen der Wohnraum für Zugezogene zum zentralen Entwicklungsfaktor geworden. Allein anhand der Terminologie lässt sich erkennen, dass eine hohe Heterogenität in den Bereichen Wirtschaft, Landschaft und Gesellschaft besteht und sich deswegen der Plural der „ländlichen Räume“ durchgesetzt hat. Die Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (=OECD) definiert überwiegend ländlich und überwiegend städtische Räume anhand der Bevölkerungsdichte. Danach gilt eine Kommune mit weniger als 150 Einwohner je km<sup>2</sup> als ländlich. Eine Region wird als ländlich identifiziert, wenn mehr als 50% ihrer Einwohner in einer ländlichen Gemeinde leben und diese keine urbanen Zentren (Städte mit >200.000 Einwohnern) besitzt.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Trojan und Süß 2014, S.345

<sup>15</sup> Vgl. Trojan und Süß 2014, S.345ff.

<sup>16</sup> Vgl. OECD 2007, S.34

Diese Definition wird in der vorliegenden Arbeit wenig Beachtung finden, trotzdem dient sie als Orientierung, wie anhand von Kennziffern eine Typologisierung der Räume stattfinden kann.

Für eine umfangreiche Charakterisierung ist es nötig, ländliche Räume von innen heraus zu charakterisieren, also hinsichtlich ihrer landwirtschaftlichen, wirtschaftlichen, demographischen, soziologischen, administrativen und baulich-physiognomischen Merkmale. Denn der ländliche Raum reicht heute von ländlichen Umlandgemeinden im weiteren Einzugsbereich größerer Städte mit Bevölkerungszunahme bis zu peripheren ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte und Rückgang der Einwohnerzahlen. Daran erkennt man wieder eine fortlaufende Heterogenität des ländlichen Raums hinsichtlich demografischer als auch wirtschaftlicher Entwicklungstrends.<sup>17</sup> Auch das Pendlertum hat in der heutigen Zeit Einzug erhalten und so arbeiten die Einwohner des ländlichen Raums nicht mehr im eigenen Ort, sondern fahren bis zum Bahnhof oder direkt mit dem Auto zur Arbeit. Die erleichterte Mobilität, das Bildungswesen, die Massenmedien und neue Informationstechnologien lassen die Grenzen zwischen Stadt und Land immer weiter verblassen.<sup>18</sup>

Während einige Einwohner den ländlichen Raum nur als Wohnort sehen, ist er für andere das existenzielle Zentrum mit Arbeitsstätte, Wohnen, Versorgung, Bildung etc.

Nach Henkel (2004) ist der ländliche Raum „[...] ein naturnaher, von der Land- und Forstwirtschaft geprägter Siedlungs- und Landschaftsraum mit geringer Bevölkerungs- und Bebauungsdichte sowie niedriger Wirtschaftskraft und Zentralität der Orte, aber höherer Dichte der zwischenmenschlichen Beziehungen“.<sup>19</sup>

In dieser Definition lässt sich bereits der Ansatzpunkt für sorgende Gemeinschaften erkennen: Die dichtmaschigen menschlichen Beziehungen auf dem Land sind vielfältig einsetzbar und nicht nur für die Fürsorge, Nachsorge und die Begleitung durch das Leben in den Regionen unerlässlich.

---

<sup>17</sup> Vgl. Sternberg 2010, S.62f.

<sup>18</sup> Vgl. Vonderach 2015, S.18

<sup>19</sup> Vgl. Henkel 2004, S.32

Eine Konzentration der medizinischen Versorgungsleistungen in den städtischen Strukturen schreitet in den letzten Jahren nahezu unbemerkt immer weiter voran. Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung im ländlichen Raum und eine ambulante und stationäre Hoch- und Überversorgung in Ballungszentren und deren „Speckgürteln“ ist die Folge der Entwicklung. Durch eine zentrale Bedarfsplanung und ihrer kollektiven Sicherstellung sind diese Probleme kaum zu lösen. Außerdem werden häufig sektorale Verbindungen durch gesetzliche Regularien verbaut, statt ausgebaut. Weiterhin ist auch die Sicherstellung der kommunalen Gesundheitsversorgung ein mögliches Handlungsfeld der Kommunalpolitik. Denn die lokale Gesundheitswirtschaft hängt dabei maßstäblich von der Planungsfertigkeit ab. Die Gesundheitswirtschaft ist ein wichtiger Faktor für Regional- und Wirtschaftsentwicklung und bedeutet Stabilität und gute Möglichkeiten zur Infrastrukturentwicklung. Die lokale subjektive Lebensqualität, als auch medizinische Ergebnisqualität können durch eine gute Versorgung nachhaltig positiv beeinflusst werden. In der Zukunft wird sich bei Gesundheitsgütern eine weiter steigende Nachfrage entwickeln. Sowohl im primären Gesundheitsmarkt, in der Vor- und Zulieferindustrie, als auch in den Randbereichen der Gesundheitswirtschaft (Fitnessstudios, Nahrungsmittelhersteller etc.) werden vor Ort zu Beschäftigung und Umsatz führen und wichtige Elemente für die Regionalentwicklung darstellen.<sup>20</sup>

Zentrale Planungsinstrumente sind bei der zunehmenden Heterogenität der Versorgungsregionen auch nicht mehr bedarfsgerecht. Die bisherigen Planungsinstrumente haben die derzeitige Mangellage in den ländlichen Räumen gleichwohl nicht verhindern können.<sup>21</sup> Dabei ist die Gesundheitsversorgung wesentlicher Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge und gehört zu den Kernaufgaben der Länder unter hoher Betroffenheit der Kommune.<sup>22</sup> Den Planungsinstrumenten und dem Kassenwettbewerb alleine die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung zu geben ist nicht realistisch. Gerade in regionalen Räumen stehen damit Oligopolen, Risikoselektion und einer Unterversorgung Tür und Tor offen.<sup>23,24</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Süßmuth 2013, S.49

<sup>21</sup> Vgl. WIdO 2011 S.7

<sup>22</sup> Vgl. Greß 2011, S.5

<sup>23</sup> Vgl. WIdO 2011, S84

<sup>24</sup> Vgl. Greß 2011, S.6

Neben der Aufrechterhaltung der medizinischen Leistungen und Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum ist unter anderem auch der demografische Wandel ein Problem.

## 2.5 Demografischer Wandel und Auswirkungen auf ländliche Regionen

Wenn es zu Veränderungen in der Bevölkerungszahl und -struktur (einer Region) kommt, wird von einem demografischen Wandel gesprochen. Auf die deutsche Bevölkerung bezogen, sind momentan besonders die Prozesse der demografischen Alterung und Schrumpfung (Bevölkerungsrückgang) charakteristisch. Mit dem demografischen Wandel geht also nicht nur ein Bevölkerungsrückgang einher, zusätzlich nimmt die Zahl jüngerer Menschen ab, während die Anzahl älterer Menschen stetig steigt. Obwohl dem demografischen Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung bisher noch kein hohes Maß an Bedeutung zugeschrieben wurde und dieser eher als Problem der fernen Zukunft betrachtet wird, ist die Alterung der Bevölkerung nicht nur ein Prozess der bereits seit einigen Jahren evident ist, er wird sich sogar in naher Zukunft beschleunigen und lässt seine größte Dynamik für die Jahre um 2030 erwarten. Den Prognosen der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes entsprechend, wird es besonders unter den älteren Generationen zu einem Anstieg kommen. Haben die Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber im Jahr 2013 noch 27% der deutschen Bevölkerung ausgemacht, wird dieser Teil der Bevölkerung bis ins Jahr 2030 auf 35% steigen. Laut jenen Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird ein besonders starkes Wachstum unter den sogenannten Hochaltrigen erwartet, also unter denjenigen Menschen, die 80 Jahre oder älter sind. Dieser Teil der Bevölkerung wird von 4.4 Millionen im Jahr 2013 bis auf 6.5 Millionen im Jahr 2030 ansteigen, was einem Anstieg um 48% entspricht. Ursachen für den Wandel in Deutschland sind ein nachhaltiger Anstieg der Lebenserwartung, (dauerhaft) niedrige Geburtenraten, Wanderungsbewegungen und besondere Gegebenheiten in der Altersstruktur. Besonderheiten in der Altersstruktur Deutschlands stellen innerhalb der Geburtsjahrgänge starke zahlenmäßige Schwankungen dar, die auf historische Ereignisse wie die beiden Weltkriege zurückzuführen sind. Durch starke Einbrüche der Geburtenraten und die Zahl der Kriegsoffer

kam es dabei zu Einschnitten in der Bevölkerungsstruktur. Nach beiden Weltkriegen erholten sich die Geburtenraten und stiegen dementsprechend wieder an, so dass die als „Babyboomer“ bezeichnete Generation der Geburtsjahrgänge 1959 – 1968 heute die am stärksten besetzten Altersgruppen bilden. Seit den 1970er Jahren, also nach den Babyboomer- Generationen, hat Deutschland (bis heute) ein sehr niedriges Geburtenniveau zu verzeichnen, welchem es zu verschulden ist, dass die Kindergeneration zahlenmäßig kleiner ist als die Elterngeneration und der Anteil jüngerer Altersgruppen stetig sinkt. Entgegengesetzt zum sinkenden Geburtenniveau, kam es seit den letzten Jahrzehnten zu einem Anstieg des Lebensalters um etwa 2 bis 2.5 Jahre pro Jahrzehnt. Dieser Anstieg der Lebenserwartung geht dabei mit einer verringerten Sterblichkeit besonders in hohen Altersjahren einher, was folglich die demografische Alterung beschleunigt. Auch die Zu- und Abwanderung hat Bedeutung für Alter und Struktur der Bevölkerung, so ist der zukünftige Verlauf der seit dem Jahre 2011 gestiegenen Zuwanderungsgewinne aus dem Ausland (Außenwanderung) zwar nicht abzusehen, jedoch wird hier - bezüglich der demografischen Alterung - von einer Entlastung ausgegangen, da die Zuwanderer im Durchschnitt jünger als die einheimische Bevölkerung sind.<sup>25</sup>

Unter den Wanderungsbewegungen haben die Binnenwanderungen starken Einfluss auf die demografische Alterung, also Wanderungsbewegungen innerhalb der Bundesrepublik, die geprägt sind durch familiäre Gründe (Familiengründung und -expansion) oder die Aufnahme einer Ausbildung bzw. Arbeit an einem anderen Ort. (Binnen-) Wanderung ist in den meisten Fällen eine Reaktion auf disparitäre Lebensbedingungen, verbunden mit der Hoffnung, in der Zielregion eine größere Befriedigung der Bedürfnisse zu erreichen. Typisch für Wanderungsbewegungen ist die Altersselektivität, so stehen jüngere Altersgruppen und Allein-stehende eher im Mittelpunkt solcher Bewegungen, da sie im Gegensatz zu älteren Altersgruppen und Familien am mobilsten sind und gleichzeitig am schnellsten (mit einem Ortswechsel) auf Veränderungen in ihrem Umfeld reagieren können. Am Beispiel der Wiedervereinigung Deutschlands lässt sich demnach gut erkennen welchen Einfluss Binnenwanderungen auf einen demografischen Wandel haben können. Obwohl Binnenwanderungen an sich normale Vorgänge sind

---

<sup>25</sup> Vgl. Robert-Koch-Institut 2015, S.435ff.

und unterschiedliche Altersgruppen betreffen, konzentrierte sich die Abwanderung aus Ostdeutschland vor allem auf die jüngere Bevölkerung aus dem ländlichen Raum, was zu einer Verstärkung der demografischen Alterung in den jeweiligen Herkunftsländern führte.<sup>26</sup>

Die Auswirkungen des demografischen Wandels zeigen sich vor allem, wie bereits erwähnt, an einem Rückgang der Gesamtbevölkerung und einem veränderten Altersaufbau, welcher sich weiter in Richtung alter und hochaltriger Bevölkerungsgruppen verschiebt. Deutschland ist jedoch nicht bundesweit gleichermaßen von diesen Auswirkungen betroffen, insbesondere der ländliche Raum der neuen Bundesländer ist von ausgeprägten Schrumpfungs- und Alterungsprozessen gleichzeitig betroffen. Durch Abwanderung und Strukturschwächen werden diese Regionen schwer belastet, was häufig auch mit einer Schwächung der Wirtschaftskraft und einem Attraktivitätsverlust einhergeht, denn nur als attraktive Standorte für Firmen und Bewohner ist eine langfristige Sicherung von wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung möglich. Obwohl die einst klare Trennung zwischen Ost- und Westdeutschland schwindet und mittlerweile auch viele ländliche Gebiete in den alten Bundesländern unter Nachwuchsmangel und der Abwanderung junger Menschen betroffen sind, zeigt die Entwicklung der letzten Jahre, dass der demografische Wandel sich – regional betrachtet - immer mehr zu einer Krise der peripheren ländlichen Räume entwickelt und noch immer ein stark ausgeprägter Ost- West- Unterschied vorherrscht. Von Unterschieden in wirtschaftlichen, sozialen und demografischen Potentialen sind jedoch nicht nur der Osten und Westen betroffen, auch im Stadt- Land- Kontext sind starke Ungleichheiten vorzufinden. So ist es angesichts der voranschreitenden infrastrukturellen Ausdünnung ländlicher Regionen und der steigenden Zahl an Ausbildungs- und Arbeitsplätzen in Städten keine Überraschung, dass die gesellschaftliche Entwicklung zu einer Renaissance der Städte führt und gleichzeitig die ländlichen Regionen einen Attraktivitätsverlust beklagen.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Vgl. Mai 2006

<sup>27</sup> Vgl. Robert-Koch-Institut 2015, S.437f.



## 2.6 Versorgungspolitik in Deutschland

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland umfasst alle Formen der Krankheitsversorgung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung. Dies schließt auch die Förderung von Selbstversorgungskompetenzen ein. Die Leistungen der Gesundheitsversorgung werden durch ärztliche und nichtärztliche Einrichtungen und -Berufe erbracht. Das dezentral organisierte, selbstverwaltete und von vielen Akteuren getragene Gesundheitssystem in Deutschland gliedert sich in drei Bereiche: Die ambulante und stationäre Versorgung sowie in ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen.<sup>28,29</sup>

Die Abbildung auf der folgenden Seite stellt einen Überblick über den Aufbau und die Akteure des Gesundheitssystems in Deutschland dar.<sup>30</sup>

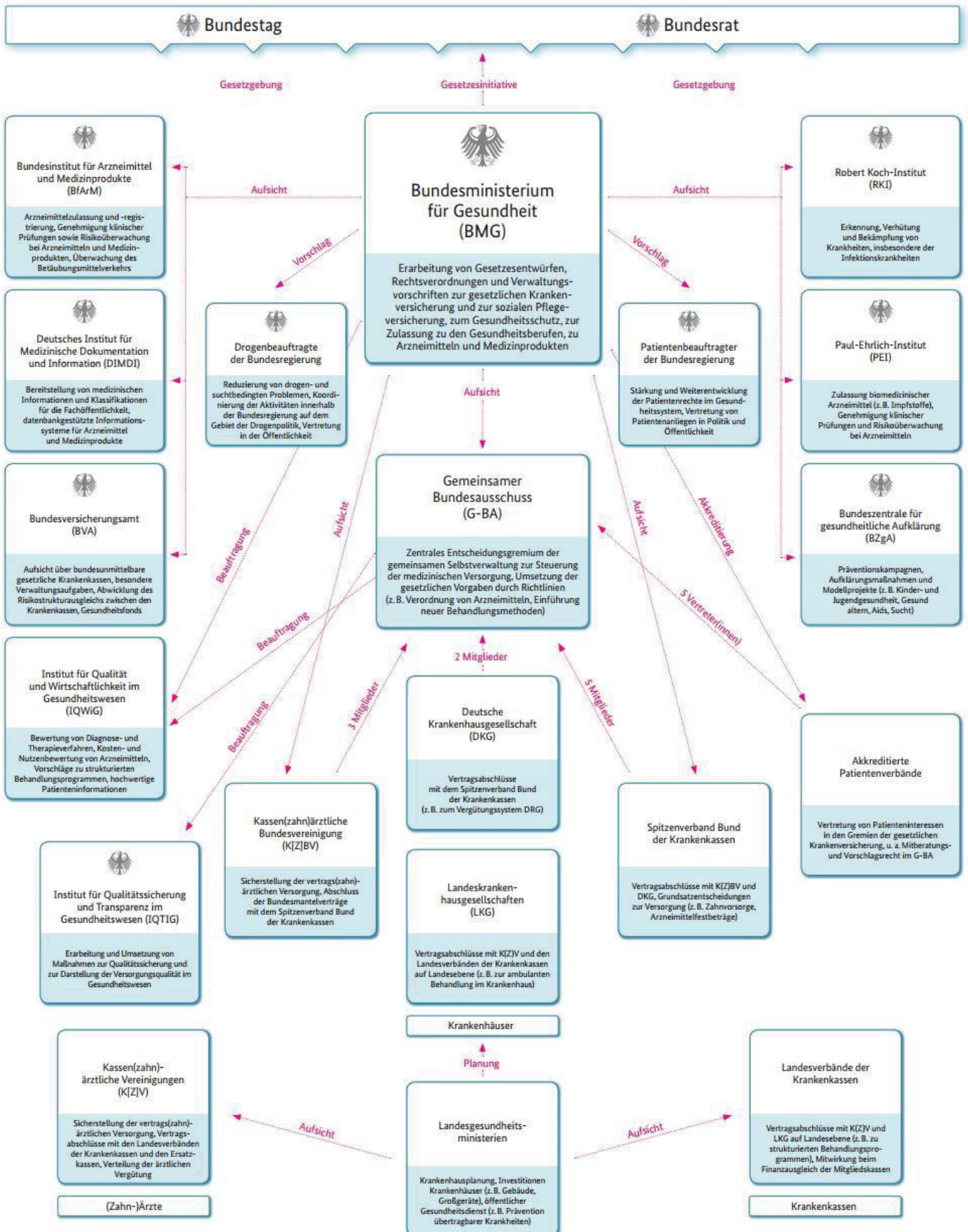
---

<sup>28</sup> Vgl. Lücke 2013, S.4

<sup>29</sup> Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2015

<sup>30</sup> Vgl. BMG

# Das Gesundheitssystem



Auf oberster Ebene befindet sich hierbei das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Es bereitet gesetzliche Rahmen vor und erarbeitet Verwaltungsvorschriften. Institutionen wie das Robert Koch-Institut (RKI), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unterstehen der Aufsicht des Gesundheitsministeriums und bilden nachgeordnete Behörden zur Umsetzung seiner Aufgaben.<sup>31,32</sup>

Aufsicht hat das BMG über die nachgeordnete Institution, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), welcher das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung darstellt. Der G-BA bestimmt den Leistungskatalog, d.h. welche medizinischen Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen erstatten und in welcher Form diese erbracht werden. Weiterhin ist er für die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Sektor verantwortlich. Unterstützt wird er dabei vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Als wichtige Anbieter, Einrichtungen und Verbände im Gesundheitswesen zählen die Krankenkassen, Kassenärztliche und zahnärztliche Vereinigungen, die Krankenhausgesellschaft, Ärzte-, Zahnärzte-, Psychotherapeuten- und Apothekerkammern, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), Apothekerverbände, nicht-ärztliche Heilberufe sowie Patientenorganisationen und Selbsthilfe.

Die ambulante Versorgung umfasst alle ärztlichen und nichtärztlichen Behandlungsleistungen, die außerhalb von Krankenhäusern erbracht werden. Erste Anlaufstelle stellt für den Patienten fast immer der Arzt dar, welcher Krankheiten selber behandelt oder als eine Art „Entscheider“ weitere Maßnahmen veranlasst. Dazu zählen z.B. Überweisungen an Fachärzte oder in eine Klinik, Verordnung von Medikamenten oder die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit.

In Deutschland haben die in den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeschlossenen Vertragsärzte ein Monopol auf die ambulante medizinische Versorgung im Rahmen der GKV. Ohne Überweisung des Hausarztes haben Patienten nur in Notfällen Zugang zum Krankenhaus im Rahmen einer stationären Versorgung.

---

<sup>31</sup> Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) 2012

<sup>32</sup> Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2015

Besonders in ländlichen Regionen führt dieser in Deutschland praktizierte arztzentrierte Versorgungsansatz aktuell zum Problem der Unterversorgung, maßgeblich bedingt durch den demografischen Wandel. Im Jahr 2012 wurde deshalb mit dem in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz versucht auf diese Entwicklung zu reagieren. Primärziele waren die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung sowie zu diesem Zweck die vertragsärztliche Vergütung zu flexibilisieren und zu regionalisieren. Dazu soll neben einer Reform der Bedarfsplanung auch die Ermöglichung neuer (mobiler) Versorgungskonzepte, die Zulassung neuer Träger zur ambulanten Versorgung und die Modifikation von Zulassungsbestimmungen erfolgen, um Anreize für Ärzte zu schaffen, dass diese verstärkt in strukturschwachen peripheren Gebieten tätig werden. Das sonst ebenfalls sehr arztzentrierte ausgerichtete Versorgungsstrukturgesetz verfolgt auch den Ansatz bestimmte ärztliche Leistungen an nichtärztliches Personal zu delegieren. Speziell ausgebildetes Krankenpflegepersonal soll ganz im Sinne der bestehenbleibenden Professionalisierung bestimmte Aufgaben, auf Anweisung des Arztes selber übernehmen.<sup>33,34</sup>

Im Rahmen der Primärversorgung wurde z.B. bereits erfolgreich eine Möglichkeit zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten getestet. So sollten im Zuge des AGnES-Projektes Krankenschwestern nach Erwerb einer Zusatzqualifikation, bundesweit in unterversorgten Regionen bestimmte ärztliche Tätigkeiten ausführen dürfen.<sup>35</sup>

### 2.6.1 Kritik an der Versorgungspolitik

Als zentrale Problematik in der Versorgungspolitik betrachtet Schulz-Nieswandt (2013), dass komplexe Bedarfslagen eine funktionierende integrierte Versorgungslandschaft benötigen, diese jedoch nicht gegeben ist. Anstatt einer optimalen Organisation der Schnittstellen zwischen Medizin, Rehabilitation, Pflege,

---

<sup>33</sup> Vgl. Gerlinger 2013

<sup>34</sup> Vgl. Gerlinger und Burkhardt 2014

<sup>35</sup> In einem deutschlandweit einmaligen Projekt ist im Zuge dessen versucht worden zu evaluieren, inwieweit bestimmte Aufgaben des Hausarztes an Krankenschwestern (sog. Gemeindefrankenschwestern) delegiert werden können, um somit zu einer Entlastung des Arztes und zu einer besseren Versorgungslage von peripheren Regionen beizutragen. Das von 2006-2008 durchgeführte AGnES-Projekt hat aufgezeigt, dass medizinische Kompetenzen bis zu einem bestimmten Maße delegierbar sind und dabei eine gleichbleibende Behandlungsqualität erzielt wird. (Vgl. van den Berg et al. 2009 S. 3ff.; van den Berg et al. 2012 S.355)

sozialen Dienste, etc., damit die verschiedenen Berufsgruppen mit ihren je eigenen Handlungslogiken optimal ineinandergreifen und ihre Wirksamkeit entfalten können, ist das System der Leistungserstellung und Aufgabengliederung dagegen jedoch fachgebietsübergreifend nur brüchig aufgestellt. Um den komplexen Bedarfslagen der Bevölkerung gerecht zu werden, bedarf es einer funktionierenden patientenorientierten Versorgungspraxis, von der die soziale Wirklichkeit jedoch oftmals noch weit entfernt ist. Selbst innerhalb Institutionen einzelner Sektoren herrscht versorgungstechnisch oft Ineffektivität, so weisen z.B. Krankenhäuser noch überwiegend hierarchische Strukturen auf und erschweren damit eine effektive Prozesssteuerung zum Wohle des Patienten. Demnach beschreibt Schulz-Nieswandt eine Trenddiagnostik – obwohl es auch Positivbeispiele gibt – eines defizitären Versorgungssystems, die das Erleben des Patienten in der heutigen Versorgungslandschaft metaphorisch mit der Reise des Odysseus gleichsetzt.<sup>36</sup>

Insbesondere im kommunalen Raum, wo der Bedarf nach einer integrierten und vernetzten Versorgungslandschaft ohnehin von großer Bedeutung ist, scheinen sich die Integrationsprobleme der Versorgung und Vernetzung des sozialen Raumes insbesondere zu häufen. Schulz-Nieswandt sieht dabei die Bewältigung des sozialen Wandels und die einhergehenden demografischen Herausforderungen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur zu bewältigen ist, wenn es zu einem gelingenden Zusammenwirken aller Akteure kommt, also des Staates, dem privaten Umfeld und dem bürgerschaftlichen, respektiv ehrenamtlichen Engagement. Als problematisch für die zukünftige Versorgung betrachtet Schulz-Nieswandt nicht nur die mit dem demografischen Wandel einhergehende Veränderung in der Häufigkeit von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit, sondern auch die mit dem Wandel in der sozialen Morphologie verbundenen Veränderungen innerhalb der Gesellschaft. Abgesehen von demografischen Veränderungen sind nicht nur die ländlichen Räume von einer massiven strukturellen Ausdünnung belastet, sondern auch die sozialen Netzwerke von alten und hochaltrigen Menschen sind hiervon betroffen, was zu einer Einschränkung von – bei ohnehin schon vulnerablen Bevölkerungsgruppen – wichtigen sozialen Ressourcen führt.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Vgl. Schulz-Nieswandt 2013, S.26ff.

<sup>37</sup> Vgl. Schulz-Nieswandt 2013, S.29ff.

## 2.6.2 Ausblick der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Zukünftig werden besonders im Alter mehr niedergelassene Ärzte, Therapeuten und Pflegeheime benötigt. Es bedarf einer patientenorientierten und integrierten Versorgung sozialräumlicher Lebenswelten, als auch ein speziell auf ländliche Gemeinden angepasstes Versorgungsdesign. Hauptakteur bei der Sicherung der Versorgung muss hierbei die Kommune sein, welche ein höheres Maß an Gestaltungskompetenz - als momentan vorhanden - zugesprochen werden sollte. Diese kann durch regionale Planungsstrategien bewirken, dass ein ausreichendes Angebot an haus- und fachärztlichen Diensten gewährleistet wird und im Bedarfsfall auch neue Gesundheits- und Assistenzberufe geschaffen werden können, welche wiederum zu einer Entlastung der Ärzte sowie zu einer verbesserten Koordination und Integration der Versorgung beitragen können. Damit lässt sich zumindest ein Ausdünnen des Versorgungsnetzes kompensieren. Zusätzlich dazu sollen Kommunen – mit Unterstützung der Länder – Anreize zur Niederlassung von Ärzten in ländlichen Regionen schaffen oder die Implementierung telemedizinischer Kommunikationsmöglichkeiten in strukturschwachen Regionen vorantreiben. Zwar gab es in den letzten Jahren vermehrt Projekte, welche die Technik für Gesundheitsbelange zu nutzen versuchte, jedoch wurden diese aufgrund mangelnder Akzeptanz bei Patienten und professionellen Anwendern, der Vielfalt technischer Einzellösungen sowie aufgrund von mangelnden nachhaltigen Finanzierungskonzepten häufig verworfen. Weiterhin müssen Beratungs- und soziale Begleitkonzepte vorangetrieben werden, um Personen über medizinische Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und zu motivieren im Versorgungsfall medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen.<sup>38</sup>

Zur Vermeidung von zukünftigen Versorgungslücken müssen jetzt Vorkehrungen getroffen werden, bei der es neben den Kommunen auch der Unterstützung des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) sowie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bedarf. Diese müssen schnellstmöglich Vorkehrungen treffen, die Über-, Unter- und Fehlversorgung gleichermaßen berücksichtigen.

---

<sup>38</sup> Vgl. BMFSFJ 2016, S.178f.

Ein dezentrales Gesundheitswesen gewährleistet in Zukunft eine nachhaltige Gesundheitsversorgung mit allen erforderlichen Vernetzungs-, Koordinations-, und Integrationsleistungen, denn Kommunen können eine sachgerechte, zeit- und bürgernahe Versorgung garantieren und somit für ein Mehr an Effizienz und Qualität sorgen. Erreicht werden kann dies durch eine stärkere Vernetzung der Versorgungsangebote untereinander sowie aller Akteure im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Auch Anreize sind eine denkbare Option zur Ergänzung eines dezentral organisierten Gesundheitssystems. Diese können in Form von Investitions- und Honorarzuschüsse sowie in Unterstützung bei der Suche eines Praxisstandortes, Wohnraum und Kinderbetreuungsmaßnahmen dazu beitragen, zumindest zeitweise eine hausärztliche Versorgung vor Ort sicherzustellen. Nichtsdestotrotz kann ebenfalls versucht werden medizinische Leistungserbringer an einem Ort zu konzentrieren, indem z.B. medizinische Versorgungszentren (MVZ) errichtet werden oder Arztnetzwerke etabliert werden.<sup>39</sup>

### 3. Der Sozialraum und seine Potentiale für die Gesundheit

#### 3.1 Soziale Netzwerke

Jeder Mensch baut sich im Laufe seines Lebens eine für sich selbst einzigartige soziale Struktur mit Beziehungen zu anderen Menschen auf, die aus dem direkten oder indirekten Umfeld stammen. So gibt es Beziehungen die bereits ohne aktive Bemühung vorhanden sind (z.B. Eltern), als auch Beziehungen die sich jeder Mensch selbst schafft, wie z.B. Freunde oder Kollegen. Das soziale Netzwerk beschreibt dabei den quantitativen Umfang und die Struktur von sozialen Beziehungen, also die Anzahl von z.B. Freunden oder Familienmitgliedern innerhalb eines sozialen Netzwerkes und die Häufigkeit der Kontakte innerhalb dieser Beziehungen. Darüber hinaus gibt es weitere komplexe Maße welche die Dichte, Dauer, Reziprozität und Homogenität der sozialen Beziehung im Netzwerk beschreiben.<sup>40,41</sup>

---

<sup>39</sup> Vgl. BMFSFJ 2016, S.178ff.

<sup>40</sup> Vgl. Barth 1998, S.6

<sup>41</sup> Vgl. Schwarzer 1996, S.175f.

Nach Schenk (2005) wird das soziale Netzwerk auch definiert als, „eine abgegrenzte Menge von Personen, die über (soziale) Beziehungen miteinander verbunden sind.“ Aus der reinen Anzahl an Kontakten und Kontakthäufigkeiten lässt sich jedoch noch kein gesundheitlicher Nutzen ableiten, so können soziale Beziehungen einen positiven als auch negativen Einfluss auf die Gesundheit haben. Genauso wohltuend eine Beziehung mit einer Bezugs- bzw. Vertrauensperson sein kann, kann eine solche Beziehung auch für ein höheres Stressempfinden sorgen und sich dementsprechend negativ auf die Gesundheit auswirken. So kann z.B. das Individuum im Netzwerk Familie einerseits Stress empfinden und damit auch langfristig gesundheitlichen Schaden nehmen, andererseits kann das Netzwerk Familie genauso zum Stressabbau dienen und so vor Schaden schützen. Allerdings ist für das Individuum eine hohe Anzahl an sozialen Kontakten vorerst ein positiver Aspekt, der durchaus eine Grundlage zur Stärkung sozialer Ressourcen bietet.<sup>42</sup>

### 3.1.1 Gliederung sozialer Netzwerke

Obwohl sich die Grenzen sozialer Netzwerke nur schwer bestimmen lassen, werden diese nach Röhrle (1985) grob in drei Teile gegliedert, und zwar in primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke. Dabei richtet sich die Gliederung nach Merkmalen wie der Stärke zwischen den Beziehungen, der einzelnen Mitglieder und dem Organisationsgrad des jeweiligen Netzwerks. Eine Einteilung dieser Art ermöglicht einen Überblick über das Spektrum sozialer Ressourcen, die zur Bewältigung von krankheitsbedingten Belastungen nutzbar sind und damit für die Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle spielen. Auch wenn sie nicht zum Konzept des Netzwerks zählen und hier nur am Rande erwähnt werden, spielen persönliche Ressourcen wie das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung eine wesentliche Rolle für die Gesundheit und Zufriedenheit des Individuums. So ist es zu beachten, dass das Individuum nicht nur mit Hilfe solcher persönlichen Ressourcen alleine, krankheitsfördernde Faktoren abwenden und vorbeugen kann, es bildet gleichzeitig auch eine wichtige Voraussetzung, um

---

<sup>42</sup> Vgl. Schwarzer et al. 2002,



am gesellschaftlichen Leben Teil zu haben und soziale Beziehungen einzugehen, als auch zu stärken. Dementsprechend lässt sich schließen, dass durch die Förderung sozialer Netze auch indirekt persönliche Ressourcen wie das Selbstbewusstsein und andere sozialen Fähigkeiten gestärkt werden.<sup>43</sup>

Die Perspektive dieser Einteilung kann z.B. bei der Ermittlung und Aufdeckung von Hilfpotentialen nützlich sein, denn sie ermöglicht, dem Betrachter bzw. Therapeut eine Übersicht über die sozialen Beziehungen des Klienten zu Personen aus dem mehr oder weniger entfernten Umfeld zu erhalten. Anhand solcher einer Charakterisierung des persönlichen Netzwerks, kann ein Therapeut dann erkennen welche Hilfen er mobilisieren kann. Wenn man das Netzwerk als gesamtes und nicht aus der Sicht des Individuums betrachtet, kann man hierbei die Beziehungen einer bestimmten Menge an Akteuren untersuchen. So kann nicht nur das Individuum anhand seines sozialen Netzwerks charakterisiert werden, sondern auch ganze Städte oder Stadtteile lassen sich dadurch beschreiben. So lassen sich z.B. durch Informationen über das Ausmaß und die Anzahl von Vereinigungen und Zusammenschlüssen innerhalb einer Stadt oder Gemeinde Aussagen darübermachen, ob bestimmte Stadtteile oder Bevölkerungsgruppen sozial integriert oder isoliert leben.<sup>44</sup>

Die untenstehende Auflistung stellt einen Überblick über den Aufbau sozialer Netze nach Röhrle dar.<sup>45</sup>

#### Primäre Netzwerke (nicht organisiert)

- Familie und Verwandtschaft
- Freunde in der Nachbarschaft, Schule, Betrieb etc.

#### Sekundäre Netzwerke I (geringgradig organisiert)

- Selbsthilfegruppen
- Nachbarschaftsgruppen

---

<sup>43</sup> Vgl. Röhrle 1985a, S.47f.

<sup>44</sup> Vgl. Röhrle 1985a, S.48f.

<sup>45</sup> Vgl. Röhrle 1985b, S.48

- Freizeitgruppen etc.

### Sekundäre Netzwerke II (höhergradig organisiert)

- Sogenannte „nichtprofessionelle“ Einrichtungen (aus Sicht des Gesundheitswesens)
- Vereine und Organisationen mit sozialpädagogischen Angeboten
- Vereinigungen der Erwachsenenbildung
- Vereinigungen für Kultur und Freizeit
- Sonstige lokale Bürgervereinigungen und Einrichtungen

### Tertiäre Netzwerke

- Sogenannte „professionelle“ Einrichtungen (aus Sicht des Gesundheitswesens)
- Sozialstationen und selbst organisierte oder kirchliche Beratungsstellen
- Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, etc.

### 3.1.2 Soziale Unterstützung

Wie bereits im Abschnitt über das soziale Netzwerk angesprochen, ist ein großes Netzwerk mit vielen sozialen Beziehungen allein zwar noch nicht von großem gesundheitlichem Nutzen, es liefert jedoch eine Grundlage um qualitativ hochwertige Beziehungen einzugehen. Damit sich diese Grundlage auch in einen der Gesundheit zuträglichen Effekt übertragen lässt, müssen diese Beziehungen auch eine entsprechende Qualität aufweisen. Erst wenn es innerhalb dieser sozialen Beziehungen zu unterstützenden Austauschprozessen kommt, kann von einem gesundheitlichen Nutzen gesprochen werden, dann erfährt das Individuum die sogenannte „soziale Unterstützung“. Von einem unterstützenden Austauschprozess ist dann die Rede, wenn ein Individuum bei einem belastenden bzw. für sich selbst Stress erzeugenden Problem, Hilfe von mindestens einem anderen

Individuum der Gesellschaft erhält. Die Form dieser sozialen Unterstützung kann dabei vielschichtig sein und z.B. materieller oder finanzieller Art sein, aber auch in Form von gut gemeinten Ratschlägen oder seelischem Beistand erfolgen. Durch die Charakterisierung von Quantität und Struktur sozialer Beziehungen, stellt das Konzept des sozialen Netzwerks innerhalb der sozialen Integration eine wichtige Voraussetzung für potentielle soziale Unterstützung dar.<sup>46</sup>

Im Kontext eines (gelingenden) Alltags ist die Bedeutung der sozialen Unterstützung im Rahmen sozialer Netzwerke als Hilfe- und Unterstützungsleistung nicht zu unterschätzen:

„Soziale Beziehungsnetze tragen nicht nur den Hauptteil an Dienstleistungen in vielen Bereichen (z.B. Kinderbetreuung, Pflege alter Menschen), sondern erfüllen darüber hinaus ein umfassendes Vorsorgeprogramm. Sie bieten leicht zugängliche Hilfen an, die formale Dienststellen nie leisten könnten.“ (Collins/Pancoast 1981 nach Barth 1998)<sup>47</sup>

### 3.2 Der soziale Raum und die Kapitalarten nach Bourdieu

Pierre Bourdieu entwickelte den sozialen Raum als eine alternative Möglichkeit zur Einteilung der Gesellschaft. Im Gegensatz zur Einteilung in einer Pyramide nach Einkommensniveaus, bilden im sozialen Raum die Begriffe wie Habitus, Kapital, Klasse und Feld einen Rahmen, der die Sozialstruktur differenziert von ökonomischen Werten darstellt.<sup>48</sup> Das Kapital, welches nach Bourdieu ein Synonym für verschiedene Handlungsressourcen darstellt, dient hierbei als Besitzmerkmal eines Individuums. Es liegt im sozialen Raum in verschiedenen Formen vor und kann sowohl materialistisch (also in ökonomischer Form) als auch kulturell (z.B. in Form von Bildungsabschlüssen) oder sozial (z.B. in Form von Beziehungen) vorliegen.<sup>49</sup>

Die Position des Einzelnen ergibt sich nicht nur aus der nominellen Verfügbarkeit von Kapital, sondern auch aus seiner Beschaffenheit. Das Ziel jedes einzelnen

---

<sup>46</sup> Vgl. Schwarzer 1996, S.174ff.

<sup>47</sup> Vgl. Barth 1998, S.12

<sup>48</sup> Vgl. Bourdieu et al. 1987, S.175ff.

<sup>49</sup> Vgl. Bourdieu und Steinrück 1997, S.49ff.

Individuums liegt nun darin, Kapital zu erwerben bzw. es umzuwandeln, um so seine Position im sozialen Raum zu festigen oder zu verbessern. Aus dem Zusammenspiel von Positionierung im Raum, Kapitalbesitz und dem Habitus – dem Verhaltensmuster einer Person – ergeben sich „[...] Chancen und Grenzen kollektiver und individueller Lebensgestaltung.“<sup>50</sup>

Bourdieu unterscheidet in seiner Konzeption des sozialen Raumes die Kapitalarten vom Kapitalbegriff als historische Erfindung des Kapitalismus.<sup>51</sup> Er beschreibt Kapital als akkumulierte Arbeit, also als eine Ansammlung von Handlungsressourcen, die zwar durch Vererbung bereits z.B. in Form von ökonomischem Kapital vorhanden sein können, dessen Vermehrung und Veränderung aber in der Macht des Individuums liegt. Er unterscheidet hierbei zwischen ökonomischem, kulturellen und sozialem Kapital.

Das ökonomische Kapital beschreibt eine rein wirtschaftswissenschaftliche Form des Kapitals, welches „[...] die Gesamtheit der gesellschaftlichen Austauschverhältnisse auf den bloßen Warenaustausch [...]“<sup>52</sup> reduziert und somit die reine Profitmaximierung verfolgt. Es ist somit stark angelehnt an eine Einteilung der Gesellschaft nach Einkommensniveaus und wirkt unbeachtet sozialer Stellungen und Beziehungen. Es kommt im sozialen Raum von Bourdieu jedoch nicht nur in Form von Währung vor, sondern als ökonomisches Kapital kann man ebenso die Zeit beschreiben, welche aufgewendet werden muss um kulturelles oder soziales Kapital zu erlangen.<sup>53</sup>

Das kulturelle Kapital hingegen stellt eine Form des Kapitals dar, die weniger wirtschaftlich begrenzt ist, sondern dem Individuum als Handlungsressource und Grundlage für den Umgang mit sich selbst und seiner Umwelt zur Verfügung steht. Kulturelles Kapital liegt in drei verschiedenen Formen vor:

Inkorporiertes kulturelles Kapital beschreibt die Bildung die eine Person in ihrem Leben erfahren hat. Der Erwerb von inkorporiertem kulturellem Kapital setzt einen

---

<sup>50</sup> Vgl. Essen 2013, S.18

<sup>51</sup> Vgl. Bourdieu und Steinrück 1997, S.50

<sup>52</sup> Bourdieu und Steinrück 1997, S.50

<sup>53</sup> Vgl. Bourdieu und Steinrück 1997, S.50

Verinnerlichungsprozess voraus, den eine Person in einer Form der Investition von ökonomischem Kapital, mit Zeit, Aufwand und auch Währung „bezahlt“. Um kulturelles Kapital zu erlangen muss das Individuum deshalb nicht nur Zeit aufwenden, sondern auch sogenannte „Opportunitätskosten“ tragen, was bedeutet, dass es z.B. zum Zeitpunkt des Schulbesuchs auf andere Aktivitäten verzichten muss. So ist es also ersichtlich, dass „[...] die zum Erwerb erforderliche Zeit das Bindeglied zwischen ökonomischem und kulturellem Kapital darstellt.“<sup>54</sup>

Da der Erwerb jedoch von inkorporiertem kulturellem Kapital dazu führt, dass dieses mit der Person in „[...] biologischer Einzigartigkeit verbunden [...]“<sup>55</sup> ist, macht das inkorporierte kulturelle Kapital einen wichtigen Bestandteil des gesamten kulturellen Kapitals aus. Es befähigt einzelne Personen dazu, in Verbindung mit ihrem Habitus, also ihrem Verhalten, ihre Stellung im sozialen Raum zu stärken oder zu verbessern. Außerdem dient das inkorporierte kulturelle Kapital dazu, objektiviertes kulturelles Kapital zu nutzen und verstehen zu können.

Als objektiviertes kulturelles Kapital wird in Bourdieus sozialem Raum solches Kapital bezeichnet, welches sich in Form von z.B. Kunst, Musik oder Büchern darstellt. Das objektivierte kulturelle Kapital steht in dauerhafter Beziehung mit dem inkorporierten kulturellen Kapital einer Person, sodass sich nur durch diese Beziehung die Eigenschaften des objektivierten kulturellen Kapitals bestimmen lassen.<sup>56</sup>

„Kulturelles Kapital ist materiell übertragbar[...]“<sup>57</sup>, d.h. es kann z.B. innerhalb einer Familie durch Vererbung an nächste Generationen weitergegeben werden. Dies ist sowohl mit ökonomischen Kapital als auch mit objektiviertem kulturellem Kapital möglich. Die Besonderheit des objektivierbaren kulturellen Kapitals liegt in diesem Fall aber darin, dass ohne das Vorhandensein von inkorporiertem kulturellem Kapital nur das Eigentum an sich übertragbar ist. Der Genuss von Kunst oder Musik und die symbolische Aneignung dessen ist somit nur durch das Wissen darüber möglich.<sup>58</sup>

Das soziale Kapital beschreibt Handlungsressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von Beziehungen verbunden sind. Wichtig für das Erlangen

---

<sup>54</sup> Bourdieu und Steinrück 1997, S.58

<sup>55</sup> Bourdieu und Steinrück 1997, S.75

<sup>56</sup> Vgl. Bourdieu und Steinrück 1997, S.59

<sup>57</sup> Bourdieu und Steinrück 1997, S.59

<sup>58</sup> Vgl. Bourdieu und Steinrück 1997

dieser Ressourcen ist nach Bourdieu die Gruppenzugehörigkeit, die dem Individuum eine Sicherheit in seinen Handlungen und nach Bourdieus Auffassung eine Art „Kreditwürdigkeit“ verleiht.<sup>59</sup>

Der Umfang der Sicherheit und der des sozialen Kapitals, über welches eine Person verfügt, hängt von der Größe ihres sozialen Netzes ab. Die Größe ist wiederum von der Investition der jeweiligen Person in dieses Netz abhängig ist. Des Weiteren spielt auch das Kapitalumfeld anderer Teilnehmer in diesem sozialen Netz eine Rolle, denn dieses Kapital können sie einem Individuum das es benötigt, in Form von z.B. Geld oder Zeit zur Verfügung stellen. So stellt die Bereitschaft ökonomisches Kapital zur Verfügung zu stellen nicht nur eine unaufhörliche Beziehungsarbeit dar, die notwendig ist um Sozialkapital zu reproduzieren, sondern es entsteht auch ein sogenannter „Multiplikatoreffekt“, der die Akkumulation von sozialem und ebenso ökonomischen und inkorporiertem kulturellem Kapital beschreibt.<sup>60</sup> Der Multiplikatoreffekt sorgt in institutionalisierten Gruppen wie z.B. Firmen oder Parteien dann dafür, dass es Formen der Delegation gibt, die einem Einzelnen eine Vollmacht über das gesamte verfügbare Kapital gibt. Der „[...] Bevollmächtigte wird beauftragt, die Gruppe zu vertreten, in ihrem Namen zu handeln und zu sprechen, und so, aufgrund des allen gehörenden Kapitals, eine Macht auszuüben, die in keinem Verhältnis zu seinem persönlichen Gewicht liegt.“<sup>61</sup>

Neben der Möglichkeit der Delegation herrscht jedoch durch den Mechanismus der Repräsentation nicht nur eine Möglichkeit die Gruppe nach außen hin zu vertreten, sondern sie stellt auch das Risiko der Zweckentfremdung von Sozialkapital dar. Jemand der solch eine Gruppe vertritt und über das gesamte Sozialkapital verfügt, kann so z.B. eine andere Meinung nach außen vertreten als von der Gruppe gewünscht ist. Des Weiteren kann er durch seine Machtposition ebenso Druck auf die Gruppe selbst ausüben. Doch nicht nur ausgeübte Macht und Druck sind Resultate eines großen sozialen Netzes, durch die Beziehungsarbeit die vor allem durch Hilfeleistung und deren Anerkennung geprägt ist, verbessert sich die Position und das Netz vergrößert sich.

---

<sup>59</sup> Vgl. Bourdieu und Steinrück 1997, S.63

<sup>60</sup> Vgl. Bourdieu und Steinrück 1997, S.67ff.

<sup>61</sup> Bourdieu und Steinrück 1997, S.68

### 3.3 Dynamiken im Sozialraum und Mentalitätsraum

Der Sozialraum und die darin vorhandenen Kapitalarten bilden die Grundlage für ein soziales Miteinander, ein Zusammenleben und eine Entwicklung der einzelnen Individuen. Bourdieu beschreibt dabei Dynamiken des sozialen Raumes, die Veränderungen der Positionen einzelner Personen bewirken. Die Basis dieser Veränderungen sind Kapitalumwandlungen. So können einzelne Personen ihr vorhandenes Kapital einsetzen um neues zu generieren. Ökonomisches Kapital in Form von Geld dient hierbei als Investition um objektiviertes und institutionalisiertes Kulturelles Kapital in Form von Kunst oder Bildungsabschlüssen zu erwerben. Diese Form der Kapitalhierarchie wird von Bourdieu als Ökonomismus beschrieben, der beschreibt, dass das ökonomische Kapital allen Kapitalarten zu Grunde liegt. Die Kapitalformen sind so „[...] letztlich auf ökonomisches Kapital reduzierbar [...]“<sup>62</sup> und die Wirksamkeit anderer Kapitalarten wird ignoriert. Das Gegenteil dazu ist der Semiologismus, der soziale Austauschbeziehungen auf Kommunikationsphänomene beschränkt und die universelle Reduzierbarkeit auf Ökonomie ignoriert. Beide Ansätze beschreiben eine Art von Investition die dazu dient neues Kapital zu generieren oder vorhandenes Kapital zu akkumulieren. Nach dem Ökonomismus ist z.B. die Hilfe die eine Person einer anderen anbietet lediglich reduzierbar auf den Einsatz von Zeit als ökonomisches Kapital. Der Semiologismus sieht in dieser Umwandlung jedoch nicht nur die scheinbar kostenlose Verausgabung von Zeit, sondern das Kommunikationsphänomen hinter dieser Investition welches dazu führt, dass die Aufwendung von Zeit, Aufmerksamkeit, Sorge und Mühe als Gegenwert Anerkennung erfährt und somit die Position im sozialen Raum verbessert. Somit ist nach Bourdieu „[die Konvertierbarkeit der verschiedenen Kapitalarten Ausgangspunkt für Strategien zur Reproduktion]“<sup>63</sup> und Akkumulation von Kapital im sozialen Raum. Da die Kapitalarten sich jedoch nach ihrer Konvertierbarkeit unterscheiden, entsteht bei der Weitergabe der Kapitalarten ein Schwundrisiko. Dieses Risiko tritt im Falle des ökonomischen Kapitals auf wenn die Übertragung dieses Kapitals eine Verschleierung erfährt, so dass der Nutzen des ökonomischen Kapitals z.B. für die nächste Generation weniger hoch ist. Ähnlich verhält es sich bei dem Sozialkapital, welches langfristig

---

<sup>62</sup> Bourdieu und Steinrück 1997, S.71

<sup>63</sup> Bourdieu und Steinrück 1997, S.73

nützliche Verpflichtungen und Austauschbeziehungen von Hilfeleistungen beinhaltet. Dieses Kapital ist einerseits schlecht auf weitere Generationen übertragbar, andererseits kann die durch Hilfeleistungen erhoffte Anerkennung und Vermehrung von sozialem Kapital auch ausbleiben bzw. verweigert werden. Bourdieu beschreibt die Dynamiken des Sozialen Raums also letztendlich als eine Art der Kapitalumwandlung, die dazu führt, dass sich die Position der einzelnen Person durch Investition von ökonomischem oder sozialen Kapital verbessert. Kulturelles Kapital dient hierbei im Zusammenhang mit dem Habitus als Grundlage für die eigentliche Position des Individuums und beschreibt ebenso im Zusammenhang mit dem ökonomischen Kapital die Basis für Investitionen die zu einer Umwandlung führen.<sup>64</sup>

Parallel zu den Dynamiken und Kapitalumwandlungen im sozialen Raum beschreiben Prof. Dr. Heidrun Herzberg und Kathrin Bernateck in ihrem Artikel über Caring Communities einen Mentalitätsraum der die Einstellung von Professionellen und die Veränderung der Struktur im ländlichen Raum beschreibt. Hierbei ergibt sich eine Vereinzelung der Älteren die begleitet wird vom „[...] Verschwinden der Geselligkeit und gegenseitiger Hilfe [...]“.<sup>65</sup>

Es entstehen zusätzlich Spannungen zwischen der Beharrung auf alten Werten und Traditionen im Zusammenspiel mit dem Modernisierungszwang, die somit zu einer Mischung von Mustern zur Orientierung der professionellen Akteure führen. Diese Orientierungsmuster zeigen sich im Mentalitätsraum einerseits als eine verzögerte Anpassung der älteren Generation, andererseits als Modernisierungsdynamik, die die professionelle Seite der gesundheitlichen Versorgung betrifft und von Experten als politische bzw. ökonomische Strategien zur Problemlösung anwendet. Herzberg und Bernateck wandeln zum besseren Verständnis der einzelnen Mentalitäten den sozialen Raum von Bourdieu mit seinen Feldern um in einen Mentalitätsraum mit verschiedenen Codes: Kontrolle und Tradierung, die die Mentalität älterer Bürger beschreibt, des Engagements und der Verantwortung, die die Mentalität von Pflegekräften widerspiegelt und Reflexivität und Distanz sowie Macht und Anpassung, die die Mentalitäten von Pflegedienstleitern und sogar Geschäftsführern von Pflegediensten beschreibt.

---

<sup>64</sup> Vgl. Bourdieu und Steinrück 1997, S.73f.

<sup>65</sup> Herzberg und Bernateck 2017, S.40



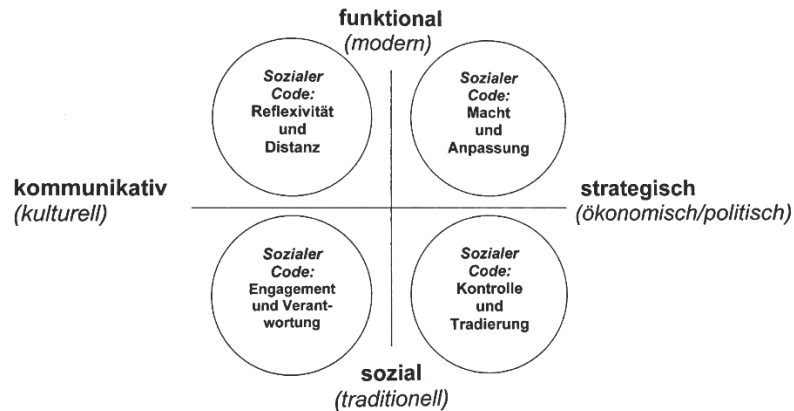


Abbildung 2: soziales Feld gesellschaftlich aktiver ExpertInnen<sup>66</sup> Herzberg & Bernateck, 2017, S.42

Eine qualitative Analyse der Autorinnen führte hierbei dazu, dass sich eine Mischung professioneller Orientierungsmuster ergibt, wobei die kommunikative Seite (Engagement und Verantwortung) unterbesetzt ist und das Feld der strategisch denkenden (Macht und Anpassung) überfüllt ist. Da sich zusätzlich neutrale Orientierungen im Mentalitätsraum als träge herausstellen wird ein Eindruck der „[...] intergenerationalen Modernisierungsresistenz [...]“ geweckt.<sup>67</sup>

## 4. Lösungsansätze und (Versorgungs-) Modelle

### 4.1 Gesundheitsfördernde Gemeinwesenarbeit

Wohnquartiere übernehmen für ihre Bewohner die Funktionen des Wohnens, der Versorgung, der Bildung, der Freizeitgestaltung, des interkulturellen Zusammenlebens und der Teilhabe. Dabei beeinflussen sie die räumliche Ausstattung, die

<sup>66</sup> Herzberg und Bernateck 2017, S.42

<sup>67</sup> Herzberg und Bernateck 2017, S.52

Infrastruktur und die soziale Struktur die Gesundheit der dort lebenden Menschen. Gerade quartiersbezogene Projekte bieten den Vorteil der Niedrigschwelligkeit. Durch die geplante Erreichung aller dort lebenden Menschen, werden auch besonders sozial benachteiligte Zielgruppen motiviert an den Projekten teilzunehmen. Analog zu Stadtteilprojekten, kann der ländliche Raum weitestgehend als „benachteiligter Stadtteil“ betrachtet werden. Bezüglich demografischer und sozioökonomischer Faktoren ist er weniger vergleichbar, aber die Rahmenbedingungen wie z.B. bauliche Mängel, Leerstände von Geschäften und Konzentration sozialer/gesellschaftlicher Problemlagen wie Arbeitslosigkeit, Einkommensarmut, erschwerter Zugang zu Bildung und politischer Teilhabe trifft die Gemeinschaft dort ungefähr in gleichem Maße. Außerdem gilt auch dort eine gesundheitliche Ungleichheit, resultierend aus der sozialen Ungleichheit, die sowohl die Ausprägungen von Morbidität und Mortalität zur Folge hat.<sup>68</sup>

Die Ausgangslage bietet bei gelungener Aktivierung der Bewohnerschaft gute Möglichkeiten um Anknüpfungspunkte zur Gesundheitsförderung zu nutzen. Die Aktivierung der Bewohnerschaft gelingt generell über die Gemeinwesenarbeit. Gemeinwesenarbeit ist eine sozialräumliche Strategie, die sich ganzheitlich auf den Stadtteil (als Synonym für andere soziale Räume: Straße, Nachbarschaft, Quartier...) und nicht pädagogisch oder sozialtherapeutisch auf einzelne Individuen richtet. Sie arbeitet mit den Ressourcen des Stadtteils und seiner Bewohner, um seine Defizite aufzuheben. Damit verändert sie letztendlich auch die Lebensverhältnisse der Bewohner. Der Gemeinwesenarbeit geht es darum, die Handlungsmöglichkeiten der Bewohner zu erweitern und sie zur Selbstorganisation zu befähigen.<sup>69</sup> Die Gemeinwesenarbeit gilt als dritte Methode der sozialen Arbeit und setzt bei den Interessen der Bewohnerschaft zur Grundmobilisierung an. Damit kann die Initiierung von einzelnen Folgeprojekten gelingen und die Bewohner zu mehr Eigeninitiative befähigen (Hilfe zur Selbsthilfe). Aktivierung und Beteiligung dient in jedem Falle zum Aufbau quartiersbezogener Beteiligungsstrukturen und der Vernetzung lokaler Initiativen mit Organisationen und Stärkung der Problemlösungskompetenzen bisher noch nicht organisierter Bürger (Empowerment). Die Formen der Aktivierung sind dabei vielfältig und werden

---

<sup>68</sup> Vgl. Lummitsch und Wölfe 2012, S.221

<sup>69</sup> Vgl. Oelschlägel 2010 nach Lummitsch und Wölfe 2012, S.222

häufig situationsbedingt entwickelt und angewandt (z.B. Befragungen, Versammlungen, Feste, tagende Gruppen und Arbeitskreise). Ziel ist es die örtlichen Akteure, Institutionen, Gruppen und Vereine einzubinden.<sup>70</sup> Die Gemeinwesenarbeit organisiert ihre Aktivitäten um ein Thema mit bedeutender Relevanz für alle Bevölkerungsgruppen herum. Dabei betrifft es grundsätzlich den Sozialraum als kleinster gemeinsamer Nenner aller Betroffenen. Die Merkmale der Gemeinwesenarbeit zeigen dabei gut die Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung:

1. Die Träger verfügen über einschlägige *Erfahrungen* in der Zusammenarbeit mit Bewohnern sowie über differenzierte Kenntnisse der Quartiere.
2. Grundlage ist die gute Verankerung im Quartier. Mit niedrigschwelligen Anlaufstellen sowie Kommunikationsräumen wird die Sensibilität für Problemlagen schnell hergestellt. Daraus entsteht eine stabile Vertrauensbasis zur Bewohnerschaft.
3. Die Gemeinwesenarbeit fördert genau wie die Gesundheitsförderung die selbsttragenden Strukturen der Hilfe zur Selbsthilfe. Dabei sind zur Aktivierung der Bewohnerschaft besonders unkonventionelle Methoden geeignet/gefördert.
4. Vernetzung notwendiger Akteure zur Durchführung von Aktivitäten, aber auch zur Unterstützung der Selbstorganisation.
5. Moderation der Interessen und Kooperation mit Partnern zwischen Bewohnerschaft, Akteuren, Verwaltung und Politik.<sup>71</sup>

Die Methode der sozialen Arbeit zeigt gut, dass ländliche Regionen nicht nur selber und untereinander eine Heterogenität aufweisen, sondern auch eine interdisziplinäre/heterogene Herangehensweise eine Daseinsberechtigung hat. Dabei kann es in solch komplexen Kontexten nicht gelingen, mit einer singulären Problemlösungsstrategie zu arbeiten. Die Befähigung der Bewohnerschaft, deren Interessen zu benennen und hervorzubringen ist die Grundlage für die selbstständige Verbesserung der Lebenssituation. Weiterhin dient es der Schaffung nachhaltiger Strukturen zur Gesundheitsförderung wie Netzwerken, Initiativen kontinuierlicher Präventionsangebote in Kita, Schule oder Nachbarschaftstreff. Die

---

<sup>70</sup> Vgl. Lummitsch und Wölfe 2012, S.223

<sup>71</sup> Vgl. Lummitsch und Wölfe 2012, S.224f.

Gemeinwesenarbeit stellt daher eine sozialraumorientierte und offene Herangehensweise an das Thema Gesundheit sozial Benachteiligter dar. Die Benennung der Interessen und Belange der Bewohnerschaft ermöglicht in diesem Sinne erst die Gesundheitsförderung.

#### 4.2 Bedeutung des sozialen Raumes für das Alter(n)

In den letzten Altenberichten der Bundesregierung wurde die Forderung nach selbstständigem und gelingendem Altern in sozialer und intergenerationeller Verbundenheit immer lauter. Mit zunehmendem Lebensalter und veränderten Lebensbedingungen eines Individuums, gehen gleichzeitig auch Veränderungen in der Bedeutung des Sozialraumes einher. So fallen z.B. mit dem Eintritt in das Rentenalter räumliche Kontexte wie der Arbeitsplatz und der Weg zur Arbeit abrupt weg, welche vorher mit sozialen Begegnungen und Beziehungen verbunden waren und einen nicht unerheblichen Anteil des bisherigen Alltags ausgemacht und beeinflusst haben. Ein solches sogenanntes „kritisches Lebensereignis“ kann vielerlei Gründe haben und – mehr oder weniger – planbar sein. Grundlegend verbunden ist damit aber meistens eine Einschränkung der Lebensgestaltung auf den sozialen Nahraum, so dass dieser im Alter immer mehr in den Lebensmittelpunkt rückt und damit eine zentrale Bedeutung für Wohlbefinden und Lebensqualität bekommt.<sup>72</sup>

Einhergehend mit einem gestiegenen Bewusstsein für die zunehmende Bedeutung des sozialen Raumes und der Bedeutung von gesellschafts- und infrastrukturellen Herausforderungen für gelingendes Altern, beschäftigen sich die Fachdebatten zu diesem Thema zunehmend mit Fragen von Qualität und Gestaltungsmöglichkeiten sozialer Beziehungen. In Anbetracht der sich verändernden sozialen Netzwerke, insbesondere schrumpfenden Familien- und Verwandtschaftsstrukturen (in ländlichen Regionen), sorgen in diesem Kontext (Versorgungs-) Modelle auf Grundlage des Bürger-Profi-Hilfe-Mix für großen Diskussionsbedarf.<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> Vgl. van Rießen et al. 2014, S.17f.

<sup>73</sup> Vgl. van Rießen et al. 2014, S.16

Damit innerhalb einer Kommune, Gemeinde, Quartier, etc. eine lebendige Nachbarschaft entstehen kann, braucht es Möglichkeiten und Gelegenheiten für deren Bewohner gegenseitig in Kontakt zu treten, miteinander zu kommunizieren und sich zu begegnen. Erst wenn die Bewohner sich ihrer Nachbarschaft bewusst werden und sie die Möglichkeit bekommen mit ihr in Kontakt zu treten, haben Prozesse wie z.B. die Entstehung einer Nachbarschaftsinitiative überhaupt erst eine Chance sich zu entwickeln. Der Heterogenität und Eigendynamik von Nachbarschaften ist es geschuldet, dass manche Nachbarschaften ein höheres Maß an bürgerschaftlicher Eigeninitiative aufweisen und eigene Wege finden ihr Alter(n) im jeweiligen Setting zu gestalten, während Andere für eine solche Entwicklung Impulse von außen benötigen. Grundlegend lässt sich jedoch festhalten, dass es für den Aufbau und die Pflege lebendiger Nachbarschaften haupt- oder ehrenamtlich engagierte Bürger benötigt, die sich mit ihren Erfahrungen und Motivationen einbringen und in der Gestaltung ihrer Nachbarschaft aktiv mitwirken.<sup>74</sup>

Dörner (2007) betont die Bedeutung sozialen Engagements und sieht dieses als Ausgangslage für eine neue soziale Bürgerhilfebewegung, die ihren Ursprung im sogenannten „dritten Sozialraum“ – angesiedelt in der Nachbarschaft - hat, welcher als Voraussetzung zur Entstehung eines „Wir“ Gefühls dient und der *alle* Menschen einschließt, also stark inkludierend wirkt und keine Menschen(gruppen) wie z.B. Angehörige anderer Religionen ausschließt. Hilfesysteme im Sinne eines Bürger-Profi-Hilfe-Mixes lassen sich demnach erst dann etablieren, wenn die Bereitschaft in der Nachbarschaft zu sozialem Engagement bereits existiert.<sup>75</sup>

Durch unzählige Modellvorhaben von Bund und Ländern wurden bereits Erkenntnisse gesammelt, wie solche nachbarschaftlichen Ansätze in der Praxis Anwendung finden können. Obwohl manche Modelle auch schon nachhaltige Erfolge verzeichnen konnten, scheitern jedoch viele bereits nach der Modellphase an der Verstetigung oder einer nachhaltigen Finanzierung. Das Problem, dass solche Modelle keine Selbstläufermodelle sind, sieht Kricheldorf (2014) in der ungleichen Verteilung der Aneignung von Kompetenzen zur Selbstorganisation der Menschen in der Bevölkerung, weshalb diese oft professioneller Unterstützung

---

<sup>74</sup> Vgl. van Rießen et al. 2014, S.24f.

<sup>75</sup> Vgl. Dörner 2010, S.93

bedürfen. Kricheldorff sieht hier die Notwendigkeit der Förderung entsprechender personeller Ressourcen im Rahmen eines Quartiersmanagements oder in der Gemeinwesenarbeit.<sup>76</sup>

Die Gemeinwesenarbeit liefert durch sozialräumlichen Strategien wie z.B. der Sozialraumanalyse und der aktivierenden Befragung grundlegende Möglichkeiten, nicht ausschließlich das Individuum, sondern das komplette Quartier im Sinne des gesamten gesellschaftlichen Raumes zu erreichen, um dort vernetzend und moderierend zu agieren. Im Sinne eines Empowerment Ansatzes werden die einzelnen Bewohner und Bewohnerinnen als Experten in eigener Sache betrachtet und sind somit auch potentielle Ressourcen zur Gestaltung einer lebendigen Nachbarschaft. Zusätzlich bedarf es auch bestimmter Kompetenzen in Präsentation und Moderation wie z.B. die Mediation, um bei aufeinandertreffenden und gegensätzlichen Interessen von Bürgern einen Ausgleich herzustellen und Beteiligungsprozesse ergebnisorientiert zu leiten.<sup>77</sup>

Im Kontext des demografischen Wandels und einer zunehmend gealterten Bevölkerung, richtet sich die soziale Arbeit im Gemeinwesen vor allem auf folgende Punkte:

- *Schaffung von Räumen für intergenerationellen Austausch und Begegnungsmöglichkeiten* (z.B. Bürgertreffs und Begegnungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum)
- *Initiierung und Unterstützung neuer Wohnformen* (z.B. Mehrgenerationen-Quartiere, gemeinschaftliche Wohnformen, kleine Pflegeeinheiten und Pflegewohngruppen)
- *Realisierung zugehender Beratungs- und Unterstützungsformen, die auch immobile Menschen im Umfeld erreichen* (Besonders bedeutsam in Räumen kollektiver Alterung und abnehmender Mobilität wie z.B. in typischen Blockbebauungen und Einfamilienhaussiedlungen mit infrastrukturellen Defiziten)
- *Erstellung von Transparenz und Vernetzung* (z.B. durch die Durchführung von Tagungen und Stadtteilkonferenzen)

---

<sup>76</sup> Vgl. Kricheldorff 2014 nach van Rießen et al. 2014, S.25

<sup>77</sup> Vgl. van Rießen et al. 2014, S.26f.

Die Anpassung oder Umstellung sozialer Räume an eine Gesellschaft hohen Alters ist auf den ersten Blick mit einem hohen Aufwand für alle Mitglieder einer Gesellschaft verbunden. Dabei kann diese Anpassung oder Umstellung des sozialen Raumes so gestaltet werden, dass alle Mitglieder davon profitieren. Dieser Abschnitt der vorliegenden Arbeit soll noch einmal die Bedeutung des sozialen Raumes für *alle* Generationen verdeutlichen und betonen, dass mit solch einer Anpassung an ältere Menschen alle Generationen profitieren können und so die Grundlage für zukunftsfähige Gemeinschaften gelegt werden können.

- Indem älteren Menschen z.B. ein Leben in sozialer Verbundenheit, Zugehörigkeit und Teilhabe ermöglicht wird, werden so im Kontext *individueller Alterungsprozesse* Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter gestärkt. In Anbetracht der Ausdünnung traditioneller familiärer Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke – besonders in ländlichen Regionen - wird dieser Aspekt immer wichtiger.
- Der konzentrierte Blick auf Wohnung und Quartier bewirkt auch die Verbesserung des *intergenerationellen Zusammenlebens* im Wohnquartier. Dabei ist der Zugewinn für alle Bewohner des Quartiers spürbar, unabhängig von Alter oder Wohnsituation.
- Der demografische Wandel kann als *Innovationsmotor für den Wandel gesellschaftlicher Bedingungen* wirken. Vor diesem Hintergrund ist eine Veränderung der Gesellschaft zu mehr Gemeinsinn und Solidarität möglich.<sup>78</sup>

#### 4.3 Bürger-Profi-Hilfe-Mix – Grundlage der sorgenden Gemeinschaft

Besonders kontrovers diskutiert wird über die Möglichkeit der Einflussnahme des Staates, der Gesellschaft oder Wohlfahrtspflege hinsichtlich der Wahrnehmung der zukünftigen pflegerischen Versorgung. Dabei ist die Diskussion zu pflegepo-

---

<sup>78</sup> Vgl. van Rießen et al. 2014, S.27

litischen Brennthemen wie dem Pflegebedürftigkeitsbegriff, der Fachkräftemangel oder die Professionalisierung des Pflegeberufs schon lange im Gange – eine Umsetzung lässt häufig noch auf sich warten. Stattdessen gibt es z.B. immer mehr Arbeitnehmer aus dem Ausland, die in Deutschland die „professionelle“ Pflege wahrnehmen.<sup>79</sup>

Ein neuer Ansatz, der das Ineinandergreifen formeller und informeller Hilfen (Welfare-Mix) betrachtet und dortige Synergien nutzt, ist der Bürger-Profi-Hilfe Mix.

Das Konzept des Bürger-Profi-Hilfe-Mix bezeichnet die enge Kooperation von professionellen und nicht professionellen Akteuren in lokalen Strukturen und Netzwerken.

Dabei bieten Fachkräfte eine dienende, unterstützende und anleitende Funktion gegenüber der Hilfe aus dem kleinen Lebenskreis (Familie, Freunde, Nachbarn). Engagierte Bürger besitzen über eine detaillierte Kenntnis der individuellen Situation, Chancen und Risiken, welche Fachkräfte häufig über ihren professionellen Zugang nicht aufweisen. In der Kombination sollen übergeordnete Institutionen nicht zwangsweise entlastet werden, sondern ihre institutionelle Hilfe besser koordiniert werden um älteren Menschen im Sozialraum zielgerichteter erreichen zu können.<sup>80</sup>

Dieser „Hilfe-Mix“ ermöglicht den langen Verbleib von Menschen mit Unterstützungsbedarf in ihrem Wohn- und Sozialumfeld. Statt pauschalen Leistungssettings werden individualisierte und mitwachsende Unterstützungsstrukturen angeboten. Die Förderung dieser Kooperation zwischen Fachkräften und Bürgern geschieht im Sinne der Subsidiarität. Weiterhin bewirkt der Profi-Bürger-Hilfe-Mix, dass Tätigkeiten die in den Verantwortungsbereich der Fachkräfte fallen, auch von diesen ausgeübt werden kann. Dementsprechend können unterstützende Netzwerke der professionellen Pflege durch familiäre Pflege und auf bürgerschaftlichen Engagement gründender Sorge unterstützt werden. Die Koordination des Mixes muss dabei von den unterschiedlichen beteiligten Akteuren geleistet werden unter dem Grundsatz der geteilten Verantwortung. Vermeintliche

---

<sup>79</sup> Vgl. Berner 2015

<sup>80</sup> Vgl. BMFSFJ 2016, S.48



Akteure sind z.B. Angehörige, ehrenamtlichen Patienten- und Pflegebegleitern bis zum Case-Manager in komplexen Konstellationen. Der Wert von unterstützenden Netzwerken ist dabei vielfältig:

- Die Engagementkultur im Sinne der Pflege- und Sorgedkontexte dient dabei stets zur Sicherung der Teilhabe und menschlicher Bereicherung. Außerdem greift eine fortschreitende Vernetzung aller am Pflegearrangement beteiligten Personen und neue Ansätze für die Bewältigung der Anforderungen können erfahren werden.
- Die Integration der pflegenden Angehörigen eines pflegebedürftigen Bürgers in das Gemeinwesen wird gefördert. Die Betroffenen erfahren Akzeptanz und Unterstützung durch das Gemeinwesen und Mitverantwortung an Zugehörigkeit und Lebensqualität. Damit wird ein kollektives Bild des Sorgeaspekts vermittelt, welcher auch offensichtlich kollektiv bewältigt wird.
- Die Bürgerschaft und ihr Zusammenhalt wird entschieden gestärkt. Engagement ist der Ausdruck sozialen Zusammenhalts und der kulturellen Verankerung des sozialen Miteinanders in der Gesellschaft.<sup>81</sup>

#### 4.4 Caring Community – Das Konzept sorgender Gemeinschaften

In Analogie zu der Konzeptentwicklung der Gesundheitsförderung im Quartier entstehen immer mehr Konzepte, die Bereitschaft nachbarschaftlicher Hilfe, gegenseitiger Sorge und Solidarität in den ländlichen Raum adaptieren. Der Bürger-Profi-Hilfe-Mix als Grundlage für die Caring Community wurde im vorherigen Kapitel schon betrachtet.<sup>82</sup> Der Begriff der „Caring Community“ ist im englischsprachigen Raum dabei schon lange etabliert, der deutsche Begriff „Sorgender Gemeinschaften“ wird seit geraumer Zeit verwendet und hat mittlerweile auch in der Politik Einzug erhalten. Dabei tragen die sorgenden Gemeinschaften im Sinne

---

<sup>81</sup> Vgl. BMFSFJ 2016, S.49f.

<sup>82</sup> Vgl. Berner 2015

der Demografiestrategie des Bundes dazu bei, „dass Menschen [...] mit Pflege und Unterstützungsbedarf als vollwertige Mitglieder in der Gemeinschaft integriert bleiben, sich aufgehoben fühlen und sich auf Unterstützung verlassen können“.<sup>83</sup> Auch im Siebten Altenbericht wird die Rolle der gegenseitigen Sorge im Hinblick der zukünftigen Altenversorgung aufgegriffen. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird dabei in den folgenden Jahren enorm zunehmen, im ländlichen Raum stärker als in urbanen Regionen.<sup>84</sup> Dabei ist gerade die Wahrnehmung der Pflegeaufgaben schon heute unausgewogen verteilt. Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen werden im informellen Kontext betreut, häufig zu Hause durch den Lebenspartner oder die Kinder.<sup>85</sup>

Die jüngere Generation wird in den nächsten Jahren jedoch nicht im aktuellen Ausmaß für die Betreuung und Versorgung zur Verfügung stehen. Viele verlassen, vorrangig aufgrund arbeitsbedingter Mobilität die ländlichen Räume. Der Fachkräftemangel in der (Langzeit-)Pflege und das fehlende Fachwissen für die Begleitung auf Pflege angewiesener Menschen führt zu einer fehlgerichteten, menschenrechtsverletzenden Versorgung. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung informeller Betreuungsangebote und bürgerschaftlichen Engagements im versorgungspolitischen Kontext wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Klie (2016) sieht dabei die Chance für die Bekämpfung der Herausforderungen der Pflege in der Gesellschaft. Denn eine gute Pflege braucht vielerlei Unterstützung um zu gelingen. Er sieht dabei insbesondere die professionell Pflegenden zusammen mit einer leistungsfähigen Infrastruktur vor Ort als Rahmenbedingungen, die ein Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, professionellen und anderen beruflichen Hilfen ermöglichen und fungieren so als Schlüssel für eine sorgende Gemeinschaft in der Lebenswelt.<sup>86</sup> Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (=BMFSJ) sieht eine sorgende Gemeinschaft, ähnlich interdisziplinär und von äußeren Rahmenbedingungen abhängig wie bei Klie, „als das gelingende Zusammenspiel von Bürgerinnen und Bürgern, Staat, Organisationen der Zivilgesellschaft, professionellen Dienstleistern in der Bewältigung der mit dem demografischen Wandel verbundenen Aufgaben.“<sup>87</sup>

---

<sup>83</sup> Demografiestrategie der Bundesregierung, zitiert nach Berner 2015

<sup>84</sup> Vgl. Rothgang et al. 2012

<sup>85</sup> Vgl. Naumann et. al 2014, S.4f

<sup>86</sup> Vgl. Klie 2016, S.19

<sup>87</sup> Vgl. BMFSJ 2014 nach ISS 2014

Die Wahrnehmung der zu Pflegenden soll mit ihren sozialen, kulturellen und individuellen Sinnbezügen und Ressourcen stattfinden. Sie werden dabei nicht aus der Lebenswelt entrissen, sondern behalten die Bezüge zur Familie, Nachbarschaft und Gesellschaft als Ressource. Dabei gilt Sorge nicht als pflegerische Unterstützung per se, sondern Sorge bezieht die Breite der gegenseitigen Unterstützung in der Alltags- und Lebenswelt mit ein.<sup>88</sup>

Die gegenseitige Unterstützung ist dabei in der Praxis, wie auch bei Klie und dem BMFSFJ abhängig von flankierender Unterstützung, die eine professionelle Pflege nicht alleine leisten kann. Da die sorgenden Gemeinschaften nach Herzberg et al. noch als Zukunftsprojekte angesehen werden müssen, sind diese im Gegensatz zum Profi-Hilfe-Mix, weder theoretisch noch empirisch vollkommen abgesichert.<sup>89</sup>

Das Projekt Regiopart betrachtet die Förderung von Nachbarschaft und deren Rolle in ländlichen Räumen Mecklenburg-Vorpommerns als Grundlage sorgender Gemeinschaften. Dabei ist die Nachbarschaft in ihrem Funktionsumfang immer abhängig vom vorliegenden Verständnis, welches meistens die Gemeinschaft neben Familie und Freundschaft besteht. Die Menschen interagieren dabei auf Basis der gemeinsamen Wohnumgebung miteinander und lassen soziale Beziehungen entstehen. Dabei entsteht in diesem Kontext eine Art nachbarschaftlicher Solidarität, welche jedoch in der letzten Zeit durch kommunikationstechnologische Fortschritte, Modernisierungs- und Individualisierungsprozesse und Ausbau öffentlicher sowie privater Verkehrsmittel an Bedeutung verlieren.<sup>90</sup> Während in urbanen, schnelllebigen Stadtteilen nun ein mehr und mehr subjektives Gefühl schwindender Gemeinschaft eintritt, vermittelt besonders der ländliche Raum ein differenziertes Bild hinsichtlich Intensität und Qualität der nachbarschaftlichen Beziehungen. Der Bedarf und die Möglichkeit der Initiierung eines Bürger-Profi-Hilfe-Mix wurde unter Einbezug der aktivierenden Befragung der Bevölkerung erhoben. Die aktivierende Befragung dient schon in der Gemeinwesenarbeit zur Bedarfserhebung und Initiation von bevölkerungsabhängigen Kom-

---

<sup>88</sup> Vgl. Klie 2016, S.20

<sup>89</sup> Vgl. Herzberg H., Bernateck K., Kirschner A., Rackow K., Sparschuh V. 2017, S.249

<sup>90</sup> Philippsen 2014 nach Herzberg H., Bernateck K., Kirschner A., Rackow K., Sparschuh V. 2017, S.3

munikationsprozessen. Zur Ermittlung wurde eine quantitative als auch qualitative Befragung durchgeführt, welche den Stellenwert der Nachbarschaft aufzeigen soll. Dabei stehen die Befragten deutlich mehrheitlich den nachbarschaftlichen Aktivitäten und Vorstellungen positiv gegenüber. Lassen sich auch durch die Altersgruppen hinweg Unterschiede in der Bewertung der Aussagen zur Nachbarschaft feststellen, sind trotzdem fast 94 Prozent der Befragten „selbstverständlich“ bereit zur nachbarschaftlichen Hilfe. Während fast 68 Prozent der Befragten nachbarschaftliche Hilfe annehmen würden, gaben zwei Drittel aller Befragten an sich auf jeden Fall oder vielleicht (ja/vielleicht) vorstellen zu können, sich an einer Initiative zur Förderung sozialer Belange der Bürger zu engagieren.<sup>91</sup> Die Bereitschaft zu niedrigschwelligen Aktivitäten und Hilfen innerhalb der Nachbarschaft werden hier verdeutlicht. Aussagen ob sogar pflegebezogene Aufgaben im Rahmen der nachbarschaftlichen Hilfe erledigt werden können, sind aufgrund der bereits diskutierten Heterogenität des ländlichen Raums nicht möglich. Außerdem gibt es neben der Heterogenität noch weitere räumlich spezifische Hintergrunddynamiken, die eine generelle Beurteilung untersagen. Viele ländliche Regionen haben ein sehr spezifisches Profil, dessen es besondere Sensibilität bedarf und einer Ernsthaftigkeit gegenüber historischer und regionaler Grundlagen für eine Caring Community. Das Projekt Regiopart legt aber einen wohlwollenden Grundstein weiterer Forschung.<sup>92</sup>

## 5. Fazit

Die vorliegende Arbeit hat die Möglichkeiten einer regionalen, kommunalen Gesundheitsförderung betrachtet. Außerdem wurde festgestellt, wie eine alternative Versorgung in ländlichen Regionen unter den Aspekten der Gesundheitsförderung und pflegerischen Versorgung verwirklicht werden kann.

---

<sup>91</sup> Vgl. Herzberg H., Bernateck K., Kirschner A., Rackow K., Sparschuh V. 2017, S.255ff.

<sup>92</sup> Vgl. Herzberg H., Bernateck K., Kirschner A., Rackow K., Sparschuh V. 2017, S.258ff.

Aktuell finden wir die deutsche Pflegebranche in einem maßgeblich fehlgesteuerten Zustand wieder. Der Beruf ist seit Jahren durch einen Fachkräftemangel bedroht und sucht händeringend um Nachwuchskräfte<sup>93</sup>, ist schlecht bezahlt<sup>94</sup>, mit unattraktiven Arbeitsbedingungen gespickt und durch ein negatives Image des Berufsbildes beeinflusst.<sup>95</sup> Auch die Diskrepanzen in der Wahrnehmung der Bevölkerung, beeinflussen das Bild der Pflege maßgeblich. Denn fast jeder möchte zu Hause gepflegt werden, aber nur ein Drittel aller Angehörigen wäre selber dazu bereit, die häusliche Pflege zu übernehmen.<sup>96</sup> Häufig ist der Ruf nach einem gesellschaftlichen Wandel mit einer höheren Akzeptanz der pflegenden Gesundheitsfachberufe die einzige Lösung dieser Misere. Den ersten politischen Umbruch, gab es bereits mit der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, weg von einer defizitären Betrachtung der Pflegebedürftigen, hin zu einer Ressourcenorientierung.

Die aktuellen Defizite in der Pflege können auch durch freiwilliges Engagement nicht aufgeholt werden. Das Gesundheitswesen ist einer der Bereiche, in dem am wenigstens freiwilliges Engagement stattfindet.<sup>97</sup> Pflegenden Angehörigen sind häufig weiblich und den Belastungen und sowohl sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Auswirkungen der häuslichen Pflege in besonderem Maße ausgesetzt. Außerdem ist die vorhandene Form des Engagements ungleich verteilt. Gerade Menschen aus der niedrigen Einkommensgruppe führen die häusliche Pflege häufig selber durch.<sup>98</sup> Außerdem sind die Folgen für die Laienpflege noch gravierender als die gesundheitlichen Auswirkungen professionell Pflegenden. Laienpflegende haben keinen Feierabend, denn wenn daheim gepflegt werden muss, wird gepflegt. Außerdem ist aufgrund der häufig emotionalen Bindung eine eigene Krankheitsprävention und Fürsorge nicht möglich. Die Doppelbelastung von häuslicher Pflege und Verdiensterwerb ist in Deutschland höher ausgeprägt als im EU-Durchschnitt.<sup>99</sup> Die Leistungen der häuslichen Pflege wurden mit dem Pflegestärkungsgesetz II erhöht. Ob sie jedoch aktuell zur Kompensation der finanziellen Schlechterstellung ausreichen, ist fraglich. Der Lebensabschnitt des

---

<sup>93</sup> Vgl. Bundesagentur für Arbeit 2011

<sup>94</sup> Vgl. Statista 2017

<sup>95</sup> Vgl. DBfK 2017

<sup>96</sup> Vgl. DAK-Gesundheit 2014

<sup>97</sup> Vgl. BMFSFJ 2014, S.92

<sup>98</sup> Vgl. Heusinger et al. 2017, S.440f.

<sup>99</sup> Statistisches Bundesamt 2014

Alters stellt keine sozialverträgliche Option für Umverteilungsprozesse dar. Möchten heute die Nachkommen das Erbe der Pflegebedürftigen retten, werden sie förmlich zur häuslichen Pflege gezwungen (Generationenvertrag in der Pflege). Ansonsten gehen die Pflegebedürftigen mit Rente, Pflegegrad, Sozialleistungen etc. und dem privaten Vermögen in die stationäre Versorgung. Da diese Aufwendungen häufig nicht, ist es kein Geheimnis, dass Pflegebedürftige im Vergleich zur restlichen Bevölkerung ein geringes Medianvermögen aufweisen und stärker von sozialen Transferleistungen abhängig sind. 40 Prozent der Pflegebedürftigen sind dabei entweder ohne Vermögen oder sogar verschuldet.<sup>100</sup> Die Pflege darf keine Umverteilungsmaßnahme darstellen, denn aktuell wird die soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung damit nur erhöht.

Die fortschreitende Differenzierung von Pflege (Cure) und Sorge (Care) ist eine Entwicklung der zurückliegenden Jahre. Dabei bietet der Ansatz die Chance für die Pflege, sich zu professionalisieren und die Aufgaben der Sorge an andere Disziplinen abzugeben. Andererseits ist auch die Verstärkung bereits bestehender Ungleichheiten in der Pflegearbeit zu befürchten. Soll in Zukunft die medizinische Fachpflege von Fachkräften erledigt werden, widerspricht das dem Verständnis der Pflege als care-profession. Der Aufbau widerstrebender Aufgaben schreitet weiter voran. Während an den Hochschulen im Bereich der Pflege die Professionalisierung mit Managementinhalten und Pflegedidaktik gestärkt wird, übernehmen Pflegende in der Praxis häufig hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Grundpflege, welche weder spezielle Ausbildungsinhalte, noch den typischen Tätigkeitsbereich darstellen.

Der Bereich der Sorge kann dabei interdisziplinär betrachtet und bearbeitet werden. So ist es denkbar, dass Sozialarbeiter zukünftig die Care-Koordination in der Praxis übernehmen. Als Ergebnis könnte die Erhöhung der Anerkennung bezüglich Teilhabe und Inklusion pflegebedürftiger Menschen folgen. Schon heute hat die Soziale Arbeit mit ihren Methoden im Sozialraum einen besseren Zugang zu den individuellen Lebenswelten der Menschen. Die Gemeinwesenarbeit erhebt Bedarfspotenziale in der Bevölkerung, verfolgt die Aktivierung der Bewohner und stärkt die Selbstbefähigung und Empowerment der Bewohner. Die aufge-

---

<sup>100</sup> DIW Berlin 2015

deckten Potenziale der Quartiere, können anschließend für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt genutzt werden. Eine verbesserte Vernetzung lokaler Akteure, die eine Umsetzung begünstigen soll erreicht werden.<sup>101</sup>

Der Bürger-Profi-Hilfe-Mix bietet den Zugang über das Engagement der Menschen. Diese engagierten Bürger stellen die Bedarfslagen der älteren Menschen im Quartier über einen individuellen Zugang fest (kleiner Lebenskreis – Familie, Freunde, Nachbarn), während die medizinischen Fachkräfte die Fachaufgaben übernehmen. So wird der individuelle Zugang zur Lebenswelt genutzt um älteren Menschen zielgerichteter helfen zu können. Dabei soll eine soziale Versorgungsstruktur entstehen, die das Engagement, die Integration der angehörig Pflegenden und den Zusammenhalt der Bürgerschaft fördert.<sup>102</sup> Der Bürger-Profi-Hilfe-Mix stellt die Grundlage für das Konzept der Caring Communities dar. Die Caring Community oder auch sorgende Gemeinschaft, versucht dabei die abnehmenden Pflegepotenziale aus dem kleinen Lebenskreis zu kompensieren. Dabei werden Familien, Bürger und Fachkräfte aus sozialen Berufen und Institutionen mobilisiert werden in lokalen Gemeinschaften einen wesentlichen Teil der Verantwortung für die Versorgung bedürftiger Menschen zu übernehmen.<sup>103</sup> Die Caring Community beeinflusst damit entscheidend die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität im Alter und versucht pflegebedürftige Menschen möglichst lange den Zugang zu quartiersbezogener Teilhabe zu wahren. Das Projekt von Regiopart von Herzberg et al. zeigt, dass mit der Förderung nachbarschaftlicher Strukturen auch der Stellenwert der nachbarschaftlichen Hilfe weitreichend beeinflusst werden kann. Gerade diese informelle nachbarschaftliche Hilfe stellt den Grundstein für die niedrighschwellige Hilfe und Aktivität dar. Der Ansatz der Niedrighschwelligkeit bietet einen guten Zugang bei der enormen Heterogenität der Gemeinden. Andernfalls kann die Heterogenität als Grenze des Mehr an Miteinanders verstanden werden. Denn Menschen in „abgehängten“ Dörfern ohne Zukunftsperspektive sind schwierig zu erreichen. Ein quartiersbezogener Ansatz, der dabei ganze Stadtteile oder Dörfer in den Fokus nimmt scheint dafür geeignet. Ob jedoch die informelle nachbarschaftliche Hilfe und die Übernahme von

---

<sup>101</sup> Vgl. Lummitsch und Wölfe 2012 S.222f.

<sup>102</sup> BMFSFJ 2016

<sup>103</sup> Vgl. Heusinger et al. 2017, S.241

Aktivitäten als Grundlage für die Übernahme pflegerischer Verantwortung darstellen kann ist fraglich. Die Schere zwischen arm und reich öffnet sich immer weiter und so ist es ausgesprochen idealistisch, dass sich Menschen die unter großem ökonomischen Druck stehen und den sozialen Abstieg fürchten, sich auch noch „nebenbei“ unentgeltlich um pflegebedürftige Menschen in der Nachbarschaft kümmern können. Sorgende Gemeinschaften sind dabei Zukunftsprojekte. Sie sind nicht allein auf die Mitarbeit und Aktivität der Menschen vor Ort, sondern auch auf die Bereitschaft der Gesellschaft angewiesen, ihren neu entstandenen wohlfahrtsstaatlichen Pflichten nachzukommen.<sup>104</sup> Ein dadurch bewegter gesellschaftlicher Wandel, hin zu mehr Sorge und Humanität in der Versorgung und einer Förderung des Ehrenamts, könnte begleitend stattfinden. Der Bürger-Profi-Hilfe-Mix und die Caring Communities können als zukunftsfähige Konzepte selbst noch Synergien erzeugen, nutzen und konzeptionell ineinandergreifen. Außerdem bietet sich - darauf aufbauend - die Möglichkeit ein besser vernetztes und koordiniertes System wohlfahrtsstaatlicher Unterstützung zu generieren.

Die entscheidende Rolle der Kommune in der Versorgung der Bürger, wird auch vom Gesetzgeber mehr und mehr erkannt und genutzt. Im Pflegestärkungsgesetz III soll der Weg für Modellkommunen durch die Kombination der Aufgaben von Pflegekasse mit Care und Case Management eröffnet werden. Die Regie in dem Prozess, trägt in dem Falle die Kommune und ermöglicht so eine bessere Verzahnung der einzelnen Akteure der Sozialversicherung.<sup>105</sup> Dabei wird das Prinzip der Subsidiarität gefördert. Erst wenn alle individuellen Maßnahmen zur Selbstsicherung erfolglos bleiben, agieren die Sicherungssysteme des Staates als „doppelter Boden“. Die Förderung der Einzelverantwortung geht Hand in Hand mit der staatlichen Förderung der kommunalen Selbstverantwortung. Dabei kommt es sinngemäß zum Nutzen von top-down zur Förderung von bottom-up. Die Kommune stellt die Nahtstelle zwischen Gesellschaft und Institutionellen Herrschenden dar.

---

<sup>104</sup> Vgl. Herzberg H., Bernateck K., Kirschner A., Rackow K., Sparschuh V. 2017

<sup>105</sup> Vgl. Hoberg et al. 2016, S.41f.





Vorsicht ist geboten, sich nun vom Gesetzgeber nicht falsch instrumentalisieren zu lassen. In den Gesundheitswissenschaften werden mittlerweile Konzepte instrumentalisiert und ökonomisiert, um z.B. Arbeitnehmern zu vermitteln, sie wären stressresistenter und man könne ihnen noch mehr Belastungen am Arbeitsplatz zumuten. Dazu werden Resilienz, Stressmanagement und Achtsamkeitsseminare teuer verkauft. Es werden teilweise kulturfremde Konzepte mit ihrer Andersartigkeit für den europäischen Markt aufgearbeitet und von „professionellen Trainern“ vermittelt. Die Pflege steht nun der Bedrohung gegenüber, dass die ambulant und ehrenamtlich Pflegenden als halbe Lösung des Pflegepersonalnotstands angesehen werden.

## Literaturverzeichnis

BAGFW (2015): Der Sozialraum als Ort der Teilhabe. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Barth (1998): Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung. Online verfügbar unter [https://www.hb.fh-muenster.de/opus/fhms/volltexte/2011/710/pdf/Soziale\\_Unterstuetzung.pdf](https://www.hb.fh-muenster.de/opus/fhms/volltexte/2011/710/pdf/Soziale_Unterstuetzung.pdf).

Berner (2015): "Caring Community" und der Siebte Altenbericht. Online verfügbar unter [http://lages-wue.de/fileadmin/user\\_upload/newsletter/Berner\\_Caring\\_Communities\\_und\\_Altenbericht.pdf](http://lages-wue.de/fileadmin/user_upload/newsletter/Berner_Caring_Communities_und_Altenbericht.pdf), zuletzt geprüft am 12.09.2017.

BMFSFJ (2014): Freiwilliges Engagement in Deutschland - Zusammenfassung zentraler Ergebnisse des Vierten Deutschen Freiwilligenveys. Hg. v. BMFSFJ. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/113702/53d7fdc57ed97e4124ffec0ef5562a1/vierter-freiwilligen-survey-monitor-data.pdf>, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

BMFSFJ (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland und Stellungnahme der Bundesregierung. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH (Verhandlungen des Deutschen Bundestages : Drucksache, 18/10210).

BMG: Das Gesundheitssystem. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Plakat\\_Schaubild\\_Das\\_Gesundheitssystem.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Plakat_Schaubild_Das_Gesundheitssystem.pdf), zuletzt geprüft am 13.09.2017.

Bourdieu, Pierre; Schwibs, Bernd; Russer, Achim (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 4. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bourdieu, Pierre; Steinrücke, Margareta (1997): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Unveränd. Nachdr. der 1. Aufl. 1992. Hamburg: VSA-Verl. (Schriften zu Politik & Kultur, / Pierre Bourdieu. Hrsg. von Margareta Steinrücke ; 1).

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2011): Arbeitsmarktberichterstattung: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Online verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen-Berufe/generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf>, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Hg.) (2012): Gerlinger, Noweski. Online verfügbar unter [www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72726/staatliche-akteure?p=all](http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72726/staatliche-akteure?p=all), zuletzt geprüft am 30.08.2017.

Dadaczynski, Kevin; Baumgarten, Kerstin; Hartmann, Thomas (2016): Setting-basierte Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Präv Gesundheitsf* 11 (4), S. 214–221. DOI: 10.1007/s11553-016-0562-1.

DAK-Gesundheit (Hg.) (2014): Meinungen zum Thema Pflege. Forsa-Umfrage. Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/forsa-umfrage-pflege-2015-1536672.pdf>, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

DBfK (Hg.) (2017): Informationen zum aktuellen Stand der Pflege. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Online verfügbar unter <http://www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/>, zuletzt geprüft am 12.09.2017.

DIW Berlin (Hg.) (2015): Pflegebedürftige hängen stark von Transferzahlungen ab. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Online verfügbar unter [https://www.diw.de/de/diw\\_01.c.500072.de/themen\\_nachrichten/pflegebeduerftige\\_haengen\\_stark\\_von\\_transferzahlungen\\_ab.html](https://www.diw.de/de/diw_01.c.500072.de/themen_nachrichten/pflegebeduerftige_haengen_stark_von_transferzahlungen_ab.html), zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Dörner, Klaus (2010): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. 6. Aufl. Neumünster: Paranus-Verl. (Edition Jakob van Hoddis). Online verfügbar unter [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=2867862&prov=M&dok\\_var=1&dok\\_ext=htm](http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=2867862&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm).

Essen, Fabian (2013): Soziale Ungleichheit, Bildung und Habitus. Möglichkeitsräume ehemaliger Förderschüler. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint; Springer VS.

Gerlinger (2013): Die Maßnahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes. Hg. v. Gerlinger. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Online verfügbar unter [www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/156009/gkv-versorgungsstrukturgesetz](http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/156009/gkv-versorgungsstrukturgesetz), zuletzt geprüft am 30.08.2017.

Gerlinger; Burkhardt (2014): Dossier Gesundheitspolitik. Strukturen und Versorgungsformen. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Online verfügbar unter [www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme](http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme), zuletzt geprüft am 30.08.2017.

Greß, Stegmüller (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Hg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung. Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf>, zuletzt geprüft am 30.08.2017.

Hartung; Rosenbrock (2015): Settingansatz / Lebensweltansatz. Hg. v. Bzga. Online verfügbar unter [www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz](http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz), zuletzt geprüft am 30.08.2017.

Henkel, Gerhard (2004): Der ländliche Raum. Gegenwart und Wandlungsprozesse seit dem 19. Jahrhundert in Deutschland ; mit 15 Tabellen. 4., erg. und neu bearb. Aufl. Berlin: Borntraeger (Studienbücher der Geographie).

Herzberg, Heidrun; Bernateck, Kathrin (2017): Caring Communities. Hintergrundstrukturen "sorgender Gemeinschaften" in Ostdeutschland. In: *Neue Praxis : np : Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik* 47 (1), S. 39–54.

Herzberg H., Bernateck K., Kirschner A., Rackow K., Sparschuh V. (2017): Ressourcen, Potenziale und Blockaden des „dritten Sozialraums“ in zwei ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Überlegungen zu einem Konzept „sorgender Gemeinschaften“. In: *Zeitschrift für Sozialpädagogik* (15) (3), S. 248-272.

Heusinger, Josefine; Hämel, Kerstin; Kümpers, Susanne (2017): Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter. Zukunft der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In: *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie : mit European Journal of Geriatrics* 50 (5), S. 439–445.

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2016): Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung (WISO direkt, 13/2016).

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hg.) (2015): Gesundheitsversorgung in Deutschland. Das deutsche Gesundheitssystem (IQWiG). Online verfügbar unter [www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co.](http://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co.), zuletzt geprüft am 30.09.2017.

ISS (2014): Sorgende Gemeinschaften. Vom Leitbild zu Handlungsansätzen. Hg. v. ISS. Online verfügbar unter [http://www.iss-ffm.de/lebenswelten/zusammenhalt/m\\_379](http://www.iss-ffm.de/lebenswelten/zusammenhalt/m_379), zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. Bonn: BpB (Schriftenreihe / Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 1440).

Klie, Thomas (2016): Pflege und Sorge. Analysen und Empfehlungen der Siebten Alt-enberichtskommission. In: *Informationsdienst Altersfragen* (43) (Heft 6), S. 19-23.

Lücke, Stephan (2013): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Eine Chance für die Professionalisierung der Pflege? Hamburg: Bachelor + Master Publishing (Bachelorarbeit).

Lummitsch, Uwe; Wölfe, Daniel (2012): Partizipative Ansätze in der Gesundheitsförderung am Beispiel der Gemeinwesenarbeit. In: *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Bern: Huber, S. 221–228.

Mai, Ralf (2006): Die altersselektive Abwanderung aus Ostdeutschland. Age-selective out-migration from Eastern Germany. In: *Raumforschung und Raumordnung* 64 (5), S. 355–369.

Naumann et. al (2014): EINFLUSSFAKTOREN AUF VERSORGUNGSSETTINGS IN DEUTSCHLAND. Online verfügbar unter [www.zqp.de/wp-content/uploads/Kurzbericht\\_Versorgungsformen\\_Deutschland.pdf](http://www.zqp.de/wp-content/uploads/Kurzbericht_Versorgungsformen_Deutschland.pdf), zuletzt geprüft am 11.09.2017.

Neeltje van den Berg; Romy Heymann; Claudia Meinke; Sebastian E Baumeister; Steffen Fleßa; Wolfgang Hoffmann (2012): Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany. In: *BMC Health Serv Res.*, S. 335. DOI: 10.1186/1472-6963-12-355.

OECD (2007): Prüfbericht zur Politik für ländliche Räume. Online verfügbar unter <http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Landwirtschaft/LaendlicheRaume/OECD-Pruefbericht.pdf>, zuletzt geprüft am 30.08.2017.

Robert-Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes : gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Unter Mitarbeit von Anke-Christine Saß, Thomas Lampert, Thomas Ziese und Bärbel-Maria Kurth. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003>.

Röhrle, Bernd (Hg.) (1985a): Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. 1. Aufl. Tübingen: Dt. Ges. für Verhaltenstherapie (Tübinger Reihe, 6).

Röhrle, Bernd (Hg.) (1985b): Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. 1. Aufl. Tübingen: Dt. Ges. für Verhaltenstherapie (Tübinger Reihe, 6).

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Themenreport\\_Pflege\\_2030.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf).

Schulz-Nieswandt, Frank (2013): Der inklusive Sozialraum. Psychodynamik und kulturelle Grammatik eines sozialen Lernprozesses. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Studien zum sozialen Dasein der Person, 6).

Schwarzer, Ralf (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2., überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie (Reihe Gesundheitspsychologie, 1).

Schwarzer, Ralf; Taubert, Steffen; Schulz, Ute (2002): Soziale Integration, Gesundheit und Lebenserwartung. Akademievorlesung, gehalten am 28. Mai 2002. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Berichte aus den Sitzungen der Joachim-Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften e.V., Hamburg, Jg. 20, H. 3).

Statista (Hg.) (2017): Durchschnittlicher Bruttojahresverdienst von Altenpflegern in Deutschland (in Euro). Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/216547/umfrage/loehne-in-der-altenpflege-nach-geschlecht/>, zuletzt geprüft am 13.09.2017.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2014): Pflegende Angehörige in Deutschland häufiger erwerbstätig als im EU-Durchschnitt. Online verfügbar unter

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/Vereinbarkeit-VonPflegeUndBeruf.html>, zuletzt geprüft am 13.09.2017.

Sternberg, Mechthild (2010): Alter(n) in ländlichen Räumen und demographischer Wandel. Eine Analyse in vier deutschen Gemeinden. Zugl.: Dortmund, Techn. Univ., Diss., 2009. Hamburg: Kovač (Schriftenreihe Studien zur Demographie und Bevölkerungsentwicklung, Bd. 3). Online verfügbar unter <http://www.verlagdrkovac.de/978-3-8300-4810-7.htm>.

Süßmuth, Arne (2013): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Handlungsfelder und Chancen der Kommunalpolitik. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage. München: AVM Akademische Verlagsgemeinschaft.

Trojan, Alf; Süss, Waldemar (2014): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 345–355.

van den Berg, Neeltje; Meinke, Claudia; Heymann, Romy; Fiss, Thomas; Suckert, Eileen; Poller, Christian et al. (2009): AGnES. Supporting General Practitioners With Qualified Medical Practice Personnel: Model Project Evaluation Regarding Quality and Acceptance. In: *Deutsches Arzteblatt international* (1-2), S. 3–9. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0003.

van Rießen, Anne; Bleck, Christian; Knopp, Reinhold (Hg.) (2014): Sozialer Raum und alter(n). Zugänge, verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS.

Vonderach, Gerd (2015): Das ehrenamtlich-freiwillige Engagement als ländliches Sozialkapital. Aussagereiche neuere Studien der deutschsprachigen Sozialforschung. 1. Auflage. Aachen: Shaker Verlag (Land-Berichte, 18.2015,3).

WHO (Hg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO. Online verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf), zuletzt geprüft am 30.08.2017.

WHO (1997): Die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. WHO. Online verfügbar unter [www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_german.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf), zuletzt geprüft am 30.08.2017.

WHO (2005): Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Hg. v. WHO. WHO. Online verfügbar unter [www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf), zuletzt geprüft am 30.08.2017.

WIdO (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung Neue Konzepte für Stadt und Land. Online verfügbar unter [https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_gesundheitssystem/wido\\_ges\\_pubsigv\\_1011.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_pubsigv_1011.pdf), zuletzt geprüft am 30.08.2017.





### Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

---

Ort, Datum

Unterschrift