

Demografischer Wandel – ja bitte!

Mit Selbsthilfeengagement Zukunft gestalten.



Fachtagung am 21.09.2011 Hanns-Lilje-Haus, Hannover

Herausgeber: Selbsthilfe-Büro Niedersachsen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
Gartenstraße 18, 30161 Hannover
Telefon: (05 11) 39 19 28
Telefax: (05 11) 39 19 07
E-Mail: selbsthilfe-buero-nds@gmx.de

Gemeinschaftlich vertretungsbefugt: Prof. Dr. Raimund Geene, Anita M. Jakubowski
Susann-Cordula Koch
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
Wilmsdorfer Straße 39, 10627 Berlin
Telefon: (0 30) 893 40 14, E-Mail: verwaltung@dag-shg.de
Internet: www.dag-shg.de

Das Impressum gilt für: Broschüre „Demografischer Wandel – ja bitte“, veröffentlicht auf <http://www.selbsthilfe-buero.de>

Registergericht: Amtsgericht Gießen
Vereinsregister Gießen Nr. 1344
als gemeinnützig anerkannt FA Gießen St.-Nr. 20 250 64693 v.
04.05.2006

Verantwortlich i.S.d. § 55 Abs. 2 RStV: Dörte von Kittlitz
Gartenstraße 18, 30161 Hannover
E-Mail: selbsthilfe-buero-nds@gmx.de

Redaktion: Dörte von Kittlitz, Roswitha Schulerobben

Gestaltung: Grafikgemeinschaft BLATTWERK, Hannover
www.blattwerker.de

Bilder: Yuri Arcurs/fotolia.com, Scott Griessel/fotolia.com, Peter Maslen/fotolia.com, B. Winzer/digitalstock.de

Finanzierung: Wir bedanken uns für die Finanzierung bei der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen sowie bei der BKK – Landesverband Niedersachsen - Bremen.

Eröffnung der Tagung

Dörte von Kittlitz, Selbsthilfe-Büro Niedersachsen

4

Grußworte

Dr. Wolfgang Schoepffer, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

7

Bedeutung gemeinschaftlicher Selbsthilfe für ältere Menschen

Wolfgang Thiel, NAKOS

10

Niedersächsischer Landespflegebericht

Birgit Wolff, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

20

Kaum wahrgenommen, doch zunehmend engagiert: Männer als „Hauptpflegepersonen“ in der Familienpflege

Prof. Dr. Manfred Langehennig, Fachhochschule Frankfurt am Main

24

Interkulturelle Öffnung in der Selbsthilfe

Marcus Wächter, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

26

Migrant/innenselbstorganisationen in Niedersachsen

Habib Eslami, AMFN

28

Initiierung von Selbsthilfegruppen von MigrantInnen für MigrantInnen

Imke Boidol, Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e.V.

29

Eröffnung der Tagung
Dörte von Kittlitz
Selbsthilfe-Büro Niedersachsen



**Sehr geehrter Herr Dr. Schoepffer,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer Fachtagung
„Demografischer Wandel – ja bitte!
Mit Selbsthilfeengagement Zukunft gestalten.“

Gerade ist die **Woche des Bürgerschaftlichen Engagements** und wir haben **das Europäische Jahr der Freiwilligentätigkeiten 2011**. Ein Ziel unserer heutigen Tagung und der Grund, warum sie innerhalb dieser Woche stattfindet, ist es, darauf aufmerksam zu machen, dass Selbsthilfe als Bereich des freiwilligen Engagements einen unersetzlichen Beitrag zum Umgang mit gesellschaftlichen Herausforderungen leistet. Für die fachliche Unterstützung der Selbsthilfe bedeutet das, sich immer wieder klarzumachen, welche Herausforderungen es gibt und wie wir Selbsthilfegruppen, die sich mit diesen beschäftigen, am besten unterstützen können. Auf der anderen Seite tun Fachinstitutionen des Sozial- und Gesundheitswesens gut daran, Chancen und Möglichkeiten, die in der gegenseitigen Unterstützung in Selbsthilfegruppen liegen, in ihre Konzepte und Arbeitsansätze einzubeziehen.

Das ist aber nicht der einzige Grund, aus dem wir die heutige Tagung durchführen. Sie ist vor allem der fachliche Beitrag zum Jubiläumsjahr der Selbsthilfe in Niedersachsen und zum 20-jährigen Jubiläum des Selbsthilfe-Büros Niedersachsen. Zwei landesweite Veranstaltungen in diesem Jahr repräsentieren damit zwei Facetten unserer Arbeit, nämlich erstens organisatorisch und zweitens fachlich die Selbsthilfeidee, Konzepte der Unterstützung und Einflüsse aus anderen Bereichen mitzugestalten, zu bündeln und öffentlich deutlich zu machen.

Auf dem Festakt „25 Jahre Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich, 20 Jahre Landesförderung und 20 Jahre Selbsthilfe-Büro Niedersachsen“ hatten Monika Klumpe und Ulrich Gödel vier Zukunftsherausforderungen für die Selbsthilfe benannt:

- Den Wandel im Altersaufbau der Gesellschaft
- Das Thema Migration und Selbsthilfe
- Die sogenannte „Junge Selbsthilfe“
- Selbsthilfe und Selbsthilfe-Unterstützung im ländlichen Raum

Für die Tagung „Demografischer Wandel – ja bitte!“ haben wir daraus zwei Hauptthemenbereiche herausgesucht, nämlich:

Wandel im Altersaufbau der Gesellschaft
Migration und Selbsthilfe



In Niedersachsen haben wir eine sehr uneinheitliche Situation, was diese Herausforderungen angeht. So ist beispielsweise Osterode der älteste Landkreis Deutschlands, will heißen, der Landkreis mit dem höchsten Altersdurchschnitt. Dagegen haben Landkreise wie Cloppenburg oder Vechta eine hohe Geburtenrate und damit einen vergleichsweise niedrigen Altersdurchschnitt.

Auch der Anteil an Migrantinnen und Migranten ist sehr unterschiedlich. Wenn wir bei unseren drei Beispiellandkreisen bleiben, ist es in diesem Fall genau umgekehrt: In den Landkreisen Cloppenburg und Vechta leben vergleichsweise viele, im Landkreis Osterode vergleichsweise wenige Menschen aus anderen Kulturkreisen.

Demografische Entwicklungen kann man als gesellschaftliche Herausforderungen oder als gesellschaftliche Möglichkeiten betrachten. Für das Engagement in der Selbsthilfe bieten sie einfach unterschiedliche Ansatzpunkte, für die Unterstützung der Selbsthilfe repräsentieren sie unterschiedliche Bedarfe. Die Vorträge unseres heutigen Programms machen das deutlich. Sie zeigen aber auch noch etwas anderes, und damit möchte ich noch einmal auf unser Jubiläum zurückkommen.

Sie demonstrieren, in welchen Arten von Netzwerken zum einen das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen, aber zum anderen auch die Selbsthilfe-Kontaktstellen arbeiten.

Wir freuen uns sehr, dass wir aus der Institution, mit der wir bisher die meisten Kooperationsveranstaltungen gemacht haben und die unsere Arbeit immer sehr unterstützt hat, gleich zwei Personen als Referentin bzw. als Referenten gewinnen konnten, nämlich Birgit Wolff und Marcus Wächter von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen.

Mit Wolfgang Thiel von der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, NAKOS, haben wir einen Referenten aus einer unserer Schwestereinrichtungen eingeladen.

Imke Boidol vom Netzwerk Selbsthilfe Bremen/Nordniedersachsen repräsentiert die landesübergreifenden Kooperationen mit anderen Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen.

Prof. Dr. Manfred Langehennig steht dafür, dass Fachinstitutionen der Selbsthilfe gern mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zusammenarbeiten und sich von ihnen in ihrer Arbeit anregen lassen.

Und Herr Eslami von der Arbeitsgemeinschaft Migrantinnen, Migranten und Flüchtlinge in Niedersachsen zeigt die Kooperation mit selbsthilferelevanten inhaltlichen Bereichen.

Leider muss ich an dieser Stelle aber auch sagen, dass er ebenso den Umstand aufzeigt, dass wir alle so viel zu tun haben, dass wir nicht alle Einladungen annehmen können. Das war jetzt bei Herrn Eslami der Fall, er hat heute eine andere Verpflichtung und kann leider seinen Vortrag nicht halten. Wir haben aber gemeinsam überlegt, ob wir zumindest einen Teil der dadurch entstehenden Informationslücke schließen können, und versuchen es

durch das Handbuch zum ehrenamtlichen Engagement von Migrantinnen, Migranten und Flüchtlingen in Niedersachsen, das als CD-ROM auf unserem Informationstisch ausliegt. Herr Eslami hatte noch weiteres Informationsmaterial mitgeschickt und wir haben einfach alles mit dazugelegt.

Eine weitere, sehr kurzfristige Absage hat uns das Vorstandsmitglied unseres Trägerverbandes, Prof. Dr. Raimund Geene, erteilt, aber in diesem Fall sage ich ausdrücklich nicht „leider“. Prof. Geene wird nämlich gerade Vater oder ist gerade Vater geworden, das weiß ich nicht so genau. Alles etwas früher als erwartet. Wir haben deshalb ein Grußwort weniger und nehmen das sehr gern hin, weil wir jetzt einen Erdenbürger oder eine Erdenbürgerin mehr haben.

Ich nutze einfach die Gelegenheit, an dieser Stelle selbst auf die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) als unseren Trägerverband aufmerksam zu machen. Die DAG SHG war und ist eine sehr wichtige fachliche und organisatorische Stütze für das Selbsthilfe-Büro und das wäre ohne die sehr engagierten Vorstandsmitglieder, die aus unterschiedlichsten Bundesländern und unterschiedlichsten Einrichtungen kamen und kommen, gar nicht möglich gewesen. Ein ehemaliges Mitglied des Vorstandes kommt ja sogar aus Niedersachsen und ist heute hier. Und das ist Monika Klumpe aus der Selbsthilfe-Kontaktstelle BeKoS in Oldenburg, und Monika, ich möchte einfach mal dir stellvertretend für alle diejenigen, die sich schon in der DAG SHG für die Selbsthilfe und für das Selbsthilfe-Büro eingesetzt haben und das noch tun, ganz herzlich Danke schön sagen.

Ich bedanke mich außerdem bei den Kolleginnen und Kollegen des Arbeitskreises Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen, die das inhaltliche Rückgrat unserer Arbeit in Niedersachsen darstellen und ohne die es unsere Einrichtung erst gar nicht gegeben hätte. Für das zweite Standbein unserer Existenz, nämlich die Finanzierung, geht der Dank an das Land Niedersachsen und die niedersächsischen Krankenkassen. Die heutige Tagung wurde übrigens besonders vom BKK-Landesverband und von der AOK – Die Gesundheitskasse gefördert.

Und nun freue ich mich, Herrn Dr. Schoepffer aus dem Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, begrüßen zu können. Dr. Schoepffer ist Abteilungsleiter der Ministeriumsabteilung, die sich um (fast) alle spannenden Themen kümmert, mit denen wir in der Selbsthilfe auch zu tun haben.

Herr Dr. Schoepffer, der Platz am Mikrofon gehört Ihnen.



Grußwort

Dr. Wolfgang Schoepffer

*Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration*

**Sehr geehrter Frau von Kittlitz,
sehr geehrte Damen und Herren,**

ich danke Ihnen ganz herzlich für die Einladung. Sie haben diese Veranstaltung unter das Motto „Demografischer Wandel – ja bitte!“ gestellt, eine, wie ich finde, sehr mutige Aussage. Aber es ist richtig: Wenn ich die Zukunft gestalten will, muss ich mich auch mit ihr auseinandersetzen.

Oder anders gesagt: Wir müssen uns den Herausforderungen stellen, die vor uns liegen. Denn wir gehen mit schnellen Schritten der Gesellschaft des langen Lebens entgegen. Und wir merken deutlich, dass sich die Strukturen in unserem Land verändern.

Unsere Gesellschaft wird immer älter. Nach den neusten Prognosen wird es in Niedersachsen im Jahr 2031 etwa 2,16 Mio. Menschen geben, die älter als 65 Jahre sind. 2009 waren es erst 1,64 Mio.

Das heißt: In nur etwas mehr als 20 Jahren steigt die ältere Bevölkerung um fast 32 Prozent. Gleichzeitig wird der Anteil der Kinder und Jugendlichen von 20,5 Prozent auf 16,7 Prozent zurückgehen. Am 01.01.2009 waren es noch 1,63 Mio. Kinder und Jugendliche, 2031 werden es nach den Prognosen nur noch 1,24 Mio. sein, d. h. ein Rückgang von fast 24 Prozent oder 390.000 Personen.

Das heißt: Das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt bis 2031 kontinuierlich an. Für Niedersachsen wurde ein Anstieg von 4,7 Jahren auf durchschnittlich 47,7 Jahre berechnet.

Für Bund, Länder und auch für die Kommunen gilt: Ohne Berücksichtigung der demografischen Entwicklung ist künftig kein Staat mehr zu machen. Wer heute noch plant, ohne die entsprechenden Prognosen im Blick zu haben, handelt unverantwortlich. Gerade die Sozialpolitik wird in den kommenden Jahren mehr als je zuvor von der Bevölkerungsentwicklung geprägt sein. Das gilt natürlich auch für die beiden Schwerpunkte, die Sie für den heutigen Tag gewählt haben.

So wissen wir z. B. hinsichtlich der Gruppe der älteren Menschen, dass fast jeder Zehnte der Altersklasse 60 bis 69 Jahre schon einmal Mitglied einer Selbsthilfegruppe war. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass es schon seit längerer Zeit den § 20 c SGB V gibt, auf dessen Grundlage die Krankenversicherung die Arbeit von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen sowie auch Selbsthilfe-Kontaktstellen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten mit bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, fördert.



Wir wissen aus dieser Arbeit: Soziale Kontakte sind eine wichtige gesundheitsfördernde Ressource. Hier spielen gerade Selbsthilfegruppen für ältere Menschen eine wichtige Rolle für die Primärprävention von seelischen, aber auch körperlichen Erkrankungen im Alter.

Die Solidarität und Sympathie in der Gruppe macht vieles erträglicher, stärkt und lässt neuen Mut für die Zukunft schöpfen. Die Betroffenen zeigen Stärke, indem sie nicht resignieren, sondern aktiv sind.

Mit der Reform der Pflegeversicherung zum 01.07.2008 ist eine Möglichkeit geschaffen worden, pflegende Angehörige und Ehrenamtliche, die sich in Selbsthilfegruppen zusammenschließen, finanziell zu fördern.

Mit der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von ehrenamtlichen Strukturen sowie der Selbsthilfe nach § 45 d SGB XI haben wir dieses auf den Weg gebracht. Diese Richtlinie stammt vom Oktober 2010. Im Jahre 2011 sind 30 Gruppen mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 183.609,00 Euro gefördert worden. Das sind nur die Landesmittel. Den gleichen Betrag schießen die Pflegekassen zu.

Sehr geehrte Damen und Herren,
nicht nur die deutsche, sondern auch die zugewanderte Bevölkerung altert. Während 2005 ca. 16 Prozent der Menschen im Alter von über 60 Jahren einen Migrationshintergrund hatten, wird sich diese Zahl innerhalb der nächsten fünf Jahre annähernd verdoppeln. Infolge der demografischen Entwicklung innerhalb der Gruppe der Migrantinnen und Migranten der ersten Generation zeigen sich zunehmend erhebliche Veränderungen in der

Altersstruktur. Immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund im Seniorenalter bleiben, nicht zuletzt wegen der besseren und gewohnten ärztlichen und pflegerischen Versorgungssituation, in Deutschland. Die wachsende Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Bedürfnisse stellen insbesondere die Träger und Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege vor neue und stetig zunehmende Herausforderungen.

Sie sind aber auch ein „Problem“ für die Arbeit in Selbsthilfegruppen, weil sie dies aus ihren Heimatregionen nicht kennen. Zumeist sind dort die Familien diejenigen, die die Unterstützung leisten, die hier die Selbsthilfegruppen erbringen.

Selbsthilfe bedeutet zweierlei: Als „Expertinnen und Experten in eigener Sache“ sind die Einzelnen in der Gruppe nicht nur Hilfesuchende, sondern zugleich Helfende oder Unterstützer für andere.

In Niedersachsen engagieren sich heute mehr als 275.000 Menschen in etwa 7.000 Selbsthilfegruppen. Das zeigt: Die Selbsthilfegruppen und -organisationen sind zu einem unverzichtbaren Bestandteil unserer aktiven Bürgergesellschaft geworden.

Menschen, die sich in Selbsthilfeorganisationen zusammenschließen, um sich gegenseitig zu unterstützen, verdienen unser aller Respekt: In unserer sozialen Gesellschaft sind sie Vorbilder für andere. Sie stehen für gesellschaftliche Verantwortung.

Die Mitglieder einer Selbsthilfegruppe profitieren gegenseitig von ihren Erfahrungen, können sich stützen und wichtige Informationen austauschen. Oftmals schützt die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe die Menschen davor, einsam zu werden.

Die Selbsthilfelandchaft ist ebenso vielfältig bunt und birgt noch jede Menge Potenzial für die nächsten Jahrzehnte.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Die Bedeutung gemeinschaftlicher Selbsthilfe für ältere Menschen

Was ist heute eigentlich „alt“?

Gebräuchlich ist eine Unterscheidung in

- junge Alte (50- bis 64-Jährige)
- Ältere (65- bis 74-Jährige)
- Hochbetagte (75 Jahre und älter)

Sehr geehrte Damen und Herren,
in unserer Gesellschaft konkurrieren verschiedene Altersbilder. Deren Pointierung hängt von spezifischen Systemlogiken ab: von der Logik der gesundheitlichen Versorgung etwa und von der Logik der Medien und der Werbung.

Die Extreme bilden zwei Auffassungen:

- Noch nie war eine Generation Älterer so fit und leistungsfähig – auch in der nachberuflichen Lebensphase – wie heute. Stichwort: die fitten Alten.
- Noch nie war eine Generation Älterer gesundheitlich so belastet, was immer mehr medizinisch-pflegerische Leistungen erfordert. Stichwort: die bedürftigen Alten.

Die Zahl der Menschen, die von chronisch-degenerativen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen betroffen sind, wächst immer mehr, und sie steigt mit zunehmendem Alter. Wohl macht es der medizinische Fortschritt möglich, dass viele mit den entsprechenden Begleiterscheinungen, Einschränkungen und Folgen leben und lang leben können – aber mit Einschränkungen und immer stärkeren Aufwendungen.

Der instrumentelle Schluss liegt nah, dass die „jungen Alten“, die „Fitten“ sich um die „weniger Fitten“, die „Älteren“ und „Hochbetagten“ kümmern (sollen).

Wichtig ist mir an dieser Stelle: Eine plakative Gegenüberstellung von „Fitten“ und „weniger Fitten“ taugt nicht für die gemeinschaftliche Selbsthilfe, da in ihr Problembetroffenheiten, und mithin auch Einschränkungen, grundlegend sind. Diese halten jedoch nicht von Selbstorganisation, gegenseitiger Hilfe, von solidarischer Aktivität und gesellschaftlicher Teilhabe ab.

Demografische Entwicklung in Deutschland und soziale Erosion

Die plakativen Stichworte für den demografischen Wandel sind

- weniger
- bunter
- und älter (s. Kösters 2011 a).

„Weniger“: 2003 zählten wir in der Bundesrepublik Deutschland noch 82,5 Millionen Einwohner/innen, Ende 2009 waren es noch 81,7 Millionen und im Jahr 2060, so berechnet es das Statistische Bundesamt in seiner 2009 vorgelegten 12. Bevölkerungsvorausberechnung,

werden es wahrscheinlich maximal noch 70 Millionen Menschen sein. (Kösters 2011 b, S. 144)
„Bunter“ meint in erster Linie kulturelle Vielfalt durch Zuzug von Menschen aus anderen Ländern. 2009 lebten rund 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, das sind 19,6 Prozent der Gesamtbevölkerung. (ebd., S. 145)

„Älter“ verweist darauf, dass wir alle immer älter werden. Gegenwärtig leben in Deutschland rund 20 Millionen über 60 Jahre alte Menschen, nicht mehr ganz so viele sind es bei den unter 25-Jährigen. Die eine Gruppe wird bis 2030 um 40 Prozent auf rund 28 Millionen ansteigen, die andere um rund 20 Prozent auf rund 16 Millionen abfallen. Eine rasante Änderung der Altersstruktur einer ganzen Gesellschaft; das Durchschnittsalter wird 2030 bei rund 50 Jahren liegen (heute bei 43 Jahren). (ebd., S. 146)

Stichwort: Soziale Erosion

Für die gemeinschaftliche Selbsthilfe besonders bedeutsam sind Veränderungen in Lebensform und Lebensstil: Die Zahl allein lebender, allein erziehender älterer und alter Menschen wächst. Die primären Hilfesysteme/Netzwerke (Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft) sind durch vielfältige Einflüsse in ihrer Bindungs- und Unterstützungskraft geschwächt. Neuen individuellen Wahlmöglichkeiten und Gestaltungsspielräumen in der Entwicklung von Lebensstilen (Wertepluralismus, Individualisierung) stehen erhebliche Schwierigkeiten im unmittelbaren Nahbereich gegenüber, stabile und tragfähige Netze von Beziehungen, Bindungen, wechselseitiger Sorge und Verantwortlichkeit aufzubauen bzw. zu erhalten.

Das Soziale der Selbsthilfe, ihr ganzheitlicher und gemeinschaftsbildender Charakter, wird unabhängig vom konkreten Anlass, der z. B. eine chronische Erkrankung sein kann, meines Erachtens eine immer größere Bedeutung erhalten.

Ältere Menschen im bürgerschaftlichen Engagement

Die 4. Ausgabe des vom BMFSFJ herausgegebenen Monitors Engagement widmete sich der Frage: Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen? (BMFSFJ 2011)

Grundlage sind die Ergebnisse der Freiwilligensurveys 1999, 2004 und 2009, auf die ich hier nicht im Einzelnen eingehen kann.

Nur kurz zu den Engagementquoten 2009: Die Engagementquote in der Gesamtbevölkerung liegt bei 36 Prozent, die der „jungen Alten“ bei 37 Prozent, die der „Älteren“ bei 33 Prozent und die der „Hochbetagten“ bei 20 Prozent.

In dem Monitor Engagement 4 wird der Selbsthilfe als Form des bürgerschaftlichen Engagements leider wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Zwei Befunde sind meines Erachtens jedoch für das bürgerschaftliche Engagement und das Selbsthilfeengagement Älterer sowie für deren Unterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen recht bedeutsam:



1. Ältere Menschen engagieren sich vielfach für ältere Menschen.
2. Ältere und Hochbetagte engagieren sich in besonderem Maße in informellen Kontexten und Unterstützungsnetzwerken. (BMFSFJ 2011, S. 13–17)

„Während das organisationsgebundene Engagement bei den Älteren und Hochbetagten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung und zu den jungen Alten merklich zurückgeht, verbleibt das informelle Engagement noch auf einem beachtlich hohen Niveau. Hier betätigen sich vor allem die engagierten Hochbetagten (60 Prozent). Für ältere Menschen ist der Zugang zu derartigen Unterstützungsnetzwerken oft leichter zu bewerkstelligen als beispielsweise der Eintritt in einen Verein, da hier keine Zugangsbarrieren wie etwa eine Vereinsmitgliedschaft vorhanden sind.“ (ebd. S. 16)

In der Selbsthilfe stellen die über 50-Jährigen eine große, wenn nicht gar die größte Altersgruppe

Da sich viele Selbsthilfegruppen mit gesundheitlichen Problemen befassen, ist das Lebensalter der Mitwirkenden durch den späteren Eintritt solcher Probleme naturgemäß eher hoch. Lebenslange chronische Erkrankung oder Behinderung sind zudem mit einer größeren Verweildauer in einer Selbsthilfegruppe verbunden als vorübergehende psychosoziale oder soziale Probleme.

In den 90er Jahren haben zwei Bundesmodellprogramme zur Förderung der Selbsthilfe umfassende Erkenntnisse zur Selbsthilfe in Deutschland erbracht („Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen 1987–1991“; „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern 1992–1996“; vgl. BMFuS/Braun 1992 und BMFSFJ/Braun 1997).

Die Altersgruppenanalyse der Selbsthilfegruppen ergab eine Dominanz der mittleren Altersgruppe: Gut die Hälfte der Engagierten in Selbsthilfegruppen waren zwischen 31 und 50 Jahre alt (Nachkriegsgeneration). Ein Fünftel stellte die Altersgruppe der über 50-Jährigen (Kriegs- und Vorkriegsgeneration). Alle diese Menschen sind – so sie noch leben – inzwischen 10 bis 15 Jahre älter geworden. Mit aller Vorsicht im Hinblick auf Verweildauer und neu hinzugekommene Gruppen kann man davon ausgehen, dass die Altersgruppe der über 50-Jährigen inzwischen das Gros der Selbsthilfeengagierten ausmacht.

Aktuelle Gesamtzahlen zu den in Selbsthilfegruppen aktiven Alterskohorten liegen nicht vor, wohl aber Teilnahmeraten für die Gesundheitsselfhilfe, die mit den Ergebnissen der Auswertung ausgewählter Fragen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung bestimmt wurden:

Mitte des letzten Jahrzehnts befanden sich 2,8 Prozent der Befragten in einer Selbsthilfegruppe. Die gegenwärtig höchsten Teilnahmeraten hatten 50- bis 59-Jährige (5,4 Prozent); die 60- bis 79-Jährigen hatten eine Rate von 4,2 Prozent und die 18- bis 49-Jährigen eine Rate von 1,4 Prozent (Trojan u.a. 2006, S. 369–370).

Auch Einzelbefunde bestätigen dies: So ermittelte der Suchtselbsthilfeverband Kreuzbund e.V. im Jahr 2010, dass 35,5 Prozent der Mitglieder zwischen 50 und 60 Jahre und 32 Prozent über 60 alt sind; beide Altersgruppen zusammen, also alle über 50, machen also mehr als zwei Drittel der Mitglieder aus (Kreuzbund 2011, S. 19).

Anlässe und Anliegen gemeinschaftlicher Selbsthilfe: aus eigener und mittelbarer Betroffenheit

In der gemeinschaftlichen Selbsthilfe schließen sich Menschen mit demselben Problem oder mit einem gemeinsamen Anliegen oder in einer gleichen Lebenssituation zusammen. Die Selbsthilfeengagierten sind entweder selbst oder mittelbar, z. B. als Angehörige, Freunde, betroffen.

Der Anlass für die Bildung einer Gruppe, Organisation oder Initiative ist oft sehr spezifisch: ein spezielles gesundheitliches Thema wie z. B. eine chronische Erkrankung oder Behinderung, ein psychosoziales Thema wie z. B. eine Lebenskrise nach Verlust des Lebenspartners oder eines nahen Angehörigen oder ein soziales Thema wie z. B. Arbeitslosigkeit oder eine soziale Notlage.

Anlass kann aber auch ein gemeinsames Anliegen/Ziel sein, um ein Problem/Thema anzugehen und zu lösen oder öffentlich zu machen und eine Lösung herbeizuführen.

Ein gemeinschaftliches Selbsthilfeengagement hat zwar spezifische Auslöser, aber eine ganzheitliche Ausrichtung. Damit geraten umfassend alle möglichen Lebensbereiche, die durch die Problemstellung berührt sind, in den Horizont der Gruppenarbeit: Versorgung, soziale Sicherung, Familie, Arbeit, Freizeit, Mobilität, Schule, Ausbildung usw.

Der Zugang zu Selbsthilfegruppen ist themen- und nicht altersabhängig

In Bezug auf bestimmte Lebenssituationen gibt es zwar altershomogene Gruppen wie z. B. Frauen in den Wechseljahren, drogenabhängige junge Erwachsene oder an Jugenddiabetes Erkrankte. Die Selbstzusammensetzung einer Gruppe vollzieht sich aber in aller Regel altersunabhängig, ob bei einer Trauergruppe, einer Angstgruppe, einer Anti-Mobbing-Gruppe oder einer Gruppe Wirbelsäulengeschädigter.

Im Rahmen eines Projektes zur Selbsthilfe junger Menschen im Jahr 2009 hat die NAKOS bundesweite Selbsthilfevereinigungen und örtliche/regionale Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland danach gefragt, ob ihre Arbeit altersgruppenspezifisch oder -übergreifend ausgerichtet ist.

Ergebnis: Die Arbeit einer Selbsthilfevereinigung (zu 57,6 Prozent) und die Gruppen im Umfeld einer selbsthilfeunterstützenden örtlichen Einrichtung (zu 70,6 Prozent) sind meist altersgruppenübergreifend ausgerichtet.

Eine altersgruppenspezifische Ausrichtung gibt es aber durchaus; sie liegt bei über 13 Prozent. Auffällig ist, dass „gleichermaßen“ von den Selbsthilfevereinigungen doppelt so oft angegeben wird wie von selbsthilfeunterstützenden Einrichtungen (von 22,9 Prozent im Vergleich zu 11,3 Prozent) (Thiel 2010, S. 151; vgl. auch Thiel 2011).

Selbsthilfegruppen sind überwiegend altersgruppenübergreifend ausgerichtet

Ausrichtung der Arbeit / der Gruppen nach Altersgruppen	altersgruppen-spezifisch		gleichermaßen		altersgruppen-übergreifend		weiß nicht / keine Angaben	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
SHU Gesamt	27	13,9 %	137	70,6 %	22	11,3 %	8	4,1 %
SHV Gesamt	19	13,2 %	83	57,6 %	33	22,9 %	9	6,3 %
SHU N = 270; n = 194 SHV N = 357; n = 144 Frage 1 (SHV): Ist die Arbeit Ihrer Selbsthilfeorganisation oder Selbsthilfevereinigung überwiegend altersgruppenspezifisch oder altersgruppenübergreifend ausgerichtet? Frage 1 (SHU): Sind die Gruppen in Ihrem Umfeld überwiegend altersgruppenspezifisch oder altersgruppenübergreifend ausgerichtet?								

Onlinebefragung SHU/SHV: Tabelle 1 © NAKOS 2009

Die mittelbare Bedeutung von Selbsthilfegruppen für ältere Menschen: Familienbezüge und engagierte Angehörige

Selbsthilfegruppen bilden keinen Gegensatz zu verwandtschaftlichen Beziehungen, sondern sie wirken familienergänzend und -entlastend (Thiel u. a. 2005). Eine NAKOS-Untersuchung erbrachte, dass knapp 40 Prozent der bundesweiten Selbsthilfevereinigungen (N = 360) einen Familienbezug aufweisen. Gut zwei Drittel sind dabei dem Themengebiet „Erkrankung und Behinderung“ zuzuordnen (67,9 Prozent) (Möller 2005).

Eindeutige Familienbezüge haben Angehörigengruppen, wie sie sich in großer Vielfalt herausgebildet haben. Bei älteren Menschen sind sehr oft die erwachsenen und selbst durchaus nicht mehr so jungen Kinder initiativ und aktiv.

Eine Analyse der Themen der Selbsthilfe, die der NAKOS im Rahmen einer Erhebung von örtlichen Selbsthilfekontaktstellen mitgeteilt wurden, zeigte eine überraschend starke Verbreitung des Themas „Pfleger Angehörige“. Dieses wurde von 88,9 Prozent der Selbsthilfekontaktstellen nach „Alkoholsucht“ (96,9 Prozent) am zweithäufigsten angegeben.

Es gibt Gruppen in der Altenpflege, Gruppen von Angehörigen, die schwerkranke oder behinderte Familienmitglieder oder Freunde betreuen, Gruppen in der Sterbebegleitung, Gruppen von Angehörigen psychisch Kranker usw. Angehörigengruppen haben eine erhebliche Bedeutung für ältere Menschen, wenn sie die unmittelbar Betroffenen sind.

Für Selbsthilfegruppen von Angehörigen besteht immer eine doppelte Herausforderung: Sie handeln für betroffene Familienmitglieder, sind aber zugleich durch die Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, selbst Betroffene. Um Überforderung oder eigene Anteile an Problemstellungen (z.B. Koabhängigkeit bei einer Suchterkrankung) zu bewältigen und zu verarbeiten, bilden Angehörige daher auch Selbsthilfegruppen für sich selbst. Das Engagement und die mittelbare eigene Betroffenheit von Angehörigen sollten bei der Frage „Selbsthilfegruppen für ältere Menschen“ und bei der Beratung bzw. Hinführung zur Selbsthilfe immer mit bedacht werden.

Gruppen für Seniorinnen und Senioren: gesellig und aktiv

Unter dem Signum des Alters treten Gruppen älterer Menschen meist mit dem Selbstverständnis einer Seniorengruppe auf. Wesentlicher Hintergrund ist die Suche nach Kontakt, Geselligkeit und Aktivität sowie neuen kompetenz- und erfahrungsbezogenen freiwilligen Tätigkeiten in der nachberuflichen Zeit.

Die Handlungsfelder liegen oft im Kultur-, Freizeit- und Bildungsbereich. Verbreitet sind aber auch ein gemeinsames soziales Engagement, z. B. Krankenhausbesuchsdienste, Leih-Omas und Leih-Opas und Projektarbeit, etwa „Alt-jung-Projekte“, z. B. Erzählcafés, Zeitzeugengruppen, oder Solidarprojekte wie Seniorenwohngemeinschaften, die auch Pflege und Betreuung einschließen.

Bei den älteren Menschen in Seniorengruppen handelt es sich um aktive Menschen, die das Alter nicht als Problem sehen, sondern als Lebensphase, die sie mit Sinn erfüllen und in der sie am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilhaben wollen.

Wenn auch nicht unmittelbar ein gesundheitliches, psychisches oder soziales Problem zugrunde liegen mag, so dienen Seniorengruppen mittelbar auch der Problembewältigung, indem z. B. soziale Isolation verhindert und ein kommunikativer Austausch möglich wird. Sie haben damit eine erhebliche präventive Bedeutung.





Gemeinschaftliches Selbsthilfeengagement: geteilte Erfahrungen und Werte

Für eine erfolgreiche Selbsthilfegruppenarbeit bestehen kommunikative und interaktive Voraussetzungen (oder Bereitschaften):

- **Selbstermächtigung:** das Selbstbewusstsein stärken sowie die Fähigkeit, Anliegen nach außen zu vertreten
- **Kommunikationsfähigkeit:** sich öffnen, sich mitteilen und zuhören, andere Sichtweisen erfahren und respektieren
- **Konfliktfähigkeit:** Konflikte aushalten und produktiv lösen lernen, Toleranz erwerben wie streiten lernen, voneinander und miteinander lernen, z. B. sich abzugrenzen, sein Verhalten zu verändern
- **Organisations- und Entwicklungsfähigkeit:** sich als Gruppe gemeinsam auf Regeln verständigen, gemeinsame Ziele entwickeln, gemeinsam planen, organisieren und handeln

Diese Voraussetzungen stellen zugleich Ziele dar. Das klingt paradox. Wenn man sie allerdings als Entwicklungswerte bzw. Entwicklungsziele betrachtet, wird deutlich, wie sehr Beweggründe, das Tun und das Angestrebte im Wirken von Selbsthilfegruppen miteinander verwoben sind.

Entsprechende persönliche Ressourcen oder die Bereitschaft, diese zu entwickeln, sind nicht in gleicher Weise und zu jeder Zeit bei allen Menschen in unserer Gesellschaft gegeben.

Hierbei spielen durchaus unterschiedliche Alterskohorten eine Rolle. Es gibt die Menschen der Kriegs- und Nachkriegsgeneration, die Vor-68er-, die 68er- und Nach-68er, die jüngere, nachwachsende Generation.

Bei aller Problematik von Verallgemeinerungen: Jede dieser Alterskohorten verfügt über spezifische Erfahrungshintergründe und Problembewältigungsstrategien, die nicht in gleicher Weise in die Bereitschaft münden, sich in Selbsthilfegruppen zu engagieren.

Mithin: Das Lebensalter allein führt beim Thema „gemeinschaftliche Selbsthilfe älterer Menschen“ nicht weiter, entscheidend sind Erfahrungen und Bereitschaften zu gemeinsamer Problembewältigung und solidarischer Aktivität auf der Basis geteilter Werte.

Gemeinschaftliche Selbsthilfe: Ein aktuelles, offenes und breites Verständnis ist nötig

Das entscheidende Merkmal aller Selbsthilfegruppen ist die Selbstbetroffenheit. Das gemeinsame Handeln basiert auf einer Verbindung von Selbsthilfeprinzip und Gruppenprinzip zur Problembewältigung und zur Überwindung der inneren und äußeren Isolation mit den vermittelnden Botschaften: „Reden hilft“ und „Gemeinsam aktiv“.

Die Vielfalt der Problemstellungen und Arbeitsweisen, die Stellung unterschiedlicher Altersgruppen zueinander, die Angehörigenproblematik sowie unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte bringen allerdings ganz verschiedene Herausforderungen mit sich und benötigen jeweils andere Unterstützungsangebote.

Auch ist die Selbsthilfe „in die Jahre gekommen“. Viele aus der Generation der Gründerinnen und Gründer treten gegenwärtig ab. Der Generationenwechsel geht dabei oft mit „Nachwuchsproblemen“ einher. Es ist für viele Gruppen und Vereinigungen oft nicht einfach,

Nachfolger für bestimmte Funktionen und Aufgaben zu finden. Junge Menschen erleben die „traditionelle“ Selbsthilfe oft als altbacken und wenig für die eigenen Probleme und Bedürfnisse geeignet.

Gemeinschaftliche Selbsthilfe muss in gewisser Weise von jeder Generation auf der Basis ihrer eigenen Erfahrungen und Werte neu entdeckt und entwickelt werden.

Ein erneuertes, offenes und breites Verständnis von Selbsthilfe ist deshalb nötig und kann sehr hilfreich sein. Dafür möchte ich werben und zugleich einen Rahmen für eine solche Selbstverständnisklärung vorschlagen. Dieser Rahmen ist durch die verschiedenen Handlungsfelder der Selbsthilfe bestimmbar. Diese sind prinzipiell gleichwertig, zwischen ihnen ist aber stets eine Balance zu halten.

Die bestehenden Handlungsfelder der gemeinschaftlichen Selbsthilfe sind:

- Austausch und gegenseitige Hilfe innerhalb der Gruppe
- Öffentlichkeitsarbeit/Interessenvertretung
- Information/Hilfe für außenstehende Gleichbetroffene
- Gruppengemeinschaft/Geselligkeit
- Wissenserwerb / gemeinsames Lernen
- Netzbildung/Kooperation
- Sicherung der Arbeits- und Rahmenbedingungen.

Je nach Ziel und Entwicklungsstand können bestimmte Handlungsfelder im Vordergrund stehen, andere in den Hintergrund gerückt sein – was im Gruppenverlauf aber durchaus wieder geändert werden kann.



Die Handlungsfelder verbindet ein gemeinsamer Horizont. Dieser Horizont enthält

1. die Überwindung von gesellschaftlichen Tabus und sozialer Ausgrenzung (Inklusion),
2. den Anspruch auf gleichberechtigte gesellschaftliche und politische Teilhabe (Partizipation) und
3. die Gewährleistung von Rechtsansprüchen (Versorgungs- und Bildungsgerechtigkeit).

Die prinzipielle Gleichwertigkeit der Handlungsfelder eröffnet auch die Möglichkeit, gemeinsame Aktivitäten von Seniorinnen und Senioren in die „gemeinschaftliche Selbsthilfe“ zu integrieren, auch wenn kein konkreter problembezogener Anlass vorliegt oder keine Krankheit/Behinderung besteht. Solche Aktivitäten können den Handlungsfeldern „Gruppengemeinschaft/Geselligkeit“ oder „Wissenserwerb / gemeinsames Lernen“ zugeordnet werden.

Gruppen und Vereine für Vorruhestand und aktives Alter, wie zum Beispiel Jahresringe e.V., gehören also durchaus ins Selbsthilfespektrum und in den Horizont der Selbsthilfeunterstützungsarbeit.



Das Leitmotiv der Jahresringe, Ortsgruppe Hennigsdorf e.V. lautet: „Gemeinsam statt einsam.“

Drei Postulate möchte ich in diesem Zusammenhang einbringen:

1. Elementar und unverzichtbar für die gemeinschaftliche Selbsthilfe ist das Handlungsfeld „Austausch und gegenseitige Hilfe innerhalb der Gruppe“.
2. Kein Handlungsfeld, kein Kooperationspartner, keine Fördermöglichkeit der Selbsthilfe sollte verabsolutiert werden: Immer wieder gilt es, eigene Schwerpunktsetzungen im Ensemble aller Handlungsfelder zu überprüfen und ggf. zu verändern oder auszubalancieren.
3. Ein offenes und breites Verständnis von „gemeinschaftlicher Selbsthilfe“ enthält eine „Sowohl-als-auch-Perspektive“: Die übergreifende Arbeit und die Orientierung auf spezielle Zielgruppen (Seniorinnen und Senioren, junge Menschen, Frauen, Männer, Menschen mit Migrationshintergrund) schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich. Das gilt auch für die sogenannte virtuelle Selbsthilfe in Internet-Foren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) (Hrsg.): *Der Sechste Altenbericht – Konsequenzen für die Praxis. Dokumentation einer Fachtagung am 17. Juni 2011 in Bonn. Publikation Nr. 30. Bonn 2011*

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); Dathé, Dietmar: *Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen? Monitor Engagement, Ausgabe Nr. 4. Berlin 2011*

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg); Braun, Joachim / Kettler, Ulrich / Becker, Ingo: *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in den alten und neuen Bundesländern. Stuttgart; Berlin; Köln 1997*

Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg); Braun, Joachim / Opielka, Michael: *Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen. Stuttgart; Berlin; Köln 1992*

Kösters, Winfried: *Weniger, bunter, älter. Den demografischen Wandel aktiv gestalten. München 2011 a, 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage*

Kösters, Winfried: *Der demografische Wandel. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011. Gießen 2011 b, S. 143-151*

Kreuzbund e.V. (Hrsg.): *Aus dem Bundesverband. Mitglieder- und Gruppenbefragung 2010. In: Weggefährte 5 / 2011. Hamm 2011, S. 19*

Kreuzbund e.V. (Hrsg.): *Ältere Menschen in den Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes. Ein Leitfaden zur „Seniorenarbeit im Kreuzbund“. Hamm o. J., S. 5-6*

Möller, Bettina: *Der Stellenwert der Familie im Feld der Selbsthilfe – Der Gewinn eines neuen Blicks. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005. Gießen 2005, S. 91-101*

Thiel, Wolfgang: *Junge Menschen und gemeinschaftliche Selbsthilfe. In: Meggeneder, Oskar (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Frankfurt/M. 2011, S. 181-204*

Thiel, Wolfgang: *Junge Menschen und Selbsthilfe: gezielt ansprechen, Mitwirkung bieten, Selbstorganisation unterstützen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2010. Gießen 2010, S. 149-160*

Thiel, Wolfgang: *Selbsthilfegruppen für ältere Menschen. In: Psychotherapie im Dialog (PID); Jg. 9, 2008, Nr. 1. Stuttgart 2008, S. 67-70*

Thiel, Wolfgang / Möller, Bettina / Krawielitzki, Gabriele: *Selbsthilfegruppen und Familienbezug. Zur Stärkung der Familienorientierung auf der lokalen Ebene. Situationsanalyse auf der Basis einer telefonischen Befragung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005. Gießen 2005, S. 179-192*

Trojan, Alf / Nickel, Stefan / Amhof, Robert / Böcken, Jan: *Soziale Einflussfaktoren der Teilnahme an Selbsthilfeszusammenschlüssen. Ergebnisse ausgewählter Fragen des Gesundheitsmonitors. Gesundheitswesen 2006, 68 (6), S. 364-375*

Trojan, Alf / Halves Edith / Wetendorf, Hans-Wilhelm: *Entwicklungsprozesse und Förderbedarf von Selbsthilfegruppen. Konsequenzen für eine Selbsthilfe unterstützende Sozial- und Gesundheitspolitik. In: Thiel, Wolfgang (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Förderung. Gießen 1988, 2. Auflage, S. 43-54*



Wolfgang Thiel

NAKOS
Nationale Kontakt- und Informationsstelle
zur Anregung und Unterstützung
von Selbsthilfegruppen

Wilmsdorfer Str. 39
D - 10627 Berlin

Telefon: 030 / 31 01 89 60
Fax: 030 / 31 01 89 70
E-Mail: selbsthilfe[at]nakos.de



Birgit Wolff

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Allgemeines

Der Landespflegebericht wird gemäß § 2 NPflegeG (Niedersächsisches Pflegegesetz) alle fünf Jahre fortgeschrieben. Inhalte des Landespflegeberichtes 2010 sind der Stand der pflegerischen Versorgung, der Bericht zur Entwicklung des Pflegebedarfs bis 2060 und Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur.

Datengrundlage des Berichtes sind die seit 1999 alle zwei Jahre durchgeführte Pflegestatistik gem. § 109 Abs. 1 SGB XI vom Stand 15.12.2007, die Geschäfts- und Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegeversicherung und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen sowie Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Daneben wurden Berichte aus empirischen Untersuchungen und Veröffentlichungen zur Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes Deutschland einbezogen.

Leistungsempfängerinnen und -empfänger

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen ist von 1999 bis 2007 um 15,7 % auf 242.196 pflegebedürftige Personen gestiegen. Die Pflegequote, der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung in Prozent, liegt mit 3,04 höher als der Bundesdurchschnitt von 2,73. Bei ca. 1/3 liegt der Anteil der Männer, bei ca. 2/3 der der Frauen. 83,2 % aller Pflegebedürftigen sind älter als 65 Jahre. Die durchschnittliche Pflegedauer der Männer liegt bei 2,5 Jahren, die der Frauen bei 3,7 Jahren.

Pflegebedürftigkeit als Lebensphase wird zu einem normalen Lebensrisiko.

Die Leistungsempfängerinnen und -empfänger verteilen sich auf drei Pflegestufen. Der Großteil, 51 % der betroffenen Personen, haben Pflegestufe I. Die zweite Stufe haben 34,5 % und 14,1 % die dritte, davon sind 2 % sogenannte Härtefälle. Von 2005 bis 2007 gab es erstmals Zuwächse in allen Pflegestufen.

Versorgungsarten

Zu den Leistungsarten zählen das Pflegegeld, Sachleistungen und Kombinationsleistungen, stationäre Pflege, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege. Die insgesamt 242.196 pflegebedürftigen Personen verteilen sich zu 44,3 % auf das Pflegegeld, zu 13,4 % auf die Kombinationsleistungen, mit 9,6 % auf die Sachleistungen und mit 32,7 % auf die stationäre Pflege. Von 1999 bis 2009 gab es bei allen Leistungsarten Zuwächse. Die geringste Steigerung ist im Bereich Pflegegeld mit 3,59 % festzustellen und die größte Steigerung liegt mit 127,4 % bei den Pflegesachleistungen.

In der ambulanten Pflege gibt es 1.112 ambulante Pflegedienste, davon sind 63 % in privater, 35 % in freigemeinnütziger und 2 % in öffentlicher Trägerschaft. Mit 20 % ist damit seit 1999 eine im Bundesvergleich überdurchschnittliche Steigerung der Zahl von Pflegediensten festzustellen. Durchschnittlich betreut jeder Pflegedienst ca. 50 Pflegebedürftige.



**Wir bewegen –
was uns verbindet**

Selbsthilfegruppen in Niedersachsen

Landesweit stehen in 1.394 Pflegeheimen 9.153 Pflegeplätze zur Verfügung. Davon sind 59,1 % in privater, 37,9 % in gemeinnütziger und 3 % in öffentlicher Trägerschaft. Ältere Pflegebedürftige werden in 95 % der Pflegeheime betreut. Die durchschnittliche Platzkapazität liegt bei 64. In diesem Bereich gibt es regionale Überkapazitäten.

Die Zahl der Tagespflegeeinrichtungen ist von 1999 mit 111 Einrichtungen auf 234 Einrichtungen im Jahr 2010 gestiegen. Damit ist die Anzahl der verfügbaren Pflegeplätze ebenfalls gewachsen (1999: 979 / 2010: 3.148).

Beschäftigte im Pflegebereich

In Pflegediensten sind 24.033 Personen beschäftigt, davon 12.297 (58,9 %) als Pflegefachkräfte. Diese Zahl teilt sich auf in 7.445 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie 3.903 Altenpflegerinnen und -pfleger.

In den Pflegeheimen gibt es 64.969 Beschäftigte. Die Gruppe der Pflegefachkräfte besteht aus 20.937 (31,8 %) Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Diese setzt sich aus 5.633 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern sowie 14.555 Altenpflegerinnen und -pflegern zusammen.

Häusliche Pflege

2/3 aller Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Die Pflegestatistik erfasst die Pflegepersonen nicht. Zu den Hauptpflegepersonen zählen vor allem (Ehe-)Partnerinnen/ Partner und (Schwieger-)Kinder. Der Altersdurchschnitt aller Hauptpflegepersonen liegt bei 59 Jahren. Zu Beginn der Pflege sind 49 % von ihnen erwerbstätig. 10 % geben in Folge die Erwerbstätigkeit auf, 11 % schränken sie ein und 26 % setzen die Erwerbstätigkeit ohne zeitliche Einschränkungen fort.

Folgende Veränderungen finden in häuslichen Pflegearrangements statt:

- Es kommt zu einem zunehmenden Pflegemix, d. h. zusätzlich zu der familialen Unterstützung werden formale und andere informelle Hilfen in Anspruch genommen.
- Außerdem steigt der Männeranteil an den Pflegepersonen.
- Daneben gibt es wachsende nichtfamiliale Pflegepotenziale: Nachbarn, Freunde und Bekannte engagieren sich zunehmend in häuslicher Pflege.

Die Pflegearrangements sind damit stabil und anpassungsfähig.

Die Angehörigenpflege wird im persönlichen Umfeld jedoch zu einem erwartbaren Regelfall.

Die regionalen Entwicklungen in Niedersachsen weisen große Unterschiede auf. Die Pflegequote im Landkreis Osterode liegt beispielsweise bei 4,3 und in Osnabrück bei 2,2. Die Verteilung auf die unterschiedlichen Versorgungsarten ist in den Regionen sehr unterschiedlich. Der Einfluss von städtischer und ländlicher Region ist nicht sehr groß.



Im Gegensatz dazu steht der Einfluss der demografischen Struktur. Beispielsweise steht eine höhere Inanspruchnahme stationärer Dauerpflege im Zusammenhang mit einem hohen Anteil Hochaltriger in der Bevölkerung.

Weitere Befunde des Landespflegeberichts lauten:

- Je höher die Zahl der Haushaltsmitglieder, desto unwahrscheinlicher ist der Heim-aufenthalt.
 - Die Bereitschaft zu familiärer Pflege wird durch flankierende Maßnahmen nicht geschwächt. Eine starke Infrastruktur stützt familiales Pflegepotenzial.
- Pflegepotenziale werden zuallererst durch das Vorhandensein von potenziellen Pflegepersonen bestimmt. Das Paradigma der Pflegebereitschaft sollte von dem der Pflegepotenziale abgelöst werden.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Seit Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 besteht ein Anspruch auf individuelle Beratung bzw. Pflegeberatung. Die Pflegekassen haben in unterschiedlicher Weise und unterschiedlichem Umfang die Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI eingeführt oder ausgebaut. In 20 kommunalen Gebietskörperschaften sind bereits Pflegestützpunkte eingerichtet worden.

Die Einführung von Vergütungszuschlägen nach § 87b SGB XI für Pflegebedürftige mit erhöhtem Betreuungsaufwand und eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegeheimen hat bereits zu entsprechenden Verträgen mit 1.227 Pflegeheimen in Niedersachsen geführt. Mit der Förderrichtlinie gem. § 45 d SGB XI, Ehrenamt und Selbsthilfe, können seit 2010 Selbsthilfegruppen beispielsweise für pflegende Angehörige finanziell gefördert werden.

Im Bereich der Leistungen gemäß §§ 45 a-c SGB XI gibt es 339 Anbieter mit ca. 680 sogenannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Zusätzliche Betreuungsangebote werden von ca. 900 Pflegediensten angeboten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen stuft Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf und eingeschränkter Alltagskompetenz in zwei Stufen ein. Im ambulanten Bereich erhalten 28,3 % aller Pflegebedürftigen einen Anspruch auf Betreuungsleistungen: 12,3 % in Stufe I, 15,9 % in Stufe II.

Entwicklung des Pflegebedarfs

Es wurde eine Status-quo-Prognose durchgeführt, d. h., bei den Berechnungen wurden die Pflegequoten von 2007 zugrunde gelegt. Unterschiedliche Varianten weisen keine großen Unterschiede auf. Die Berechnungen sind auf der Datengrundlage der regionalen Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030 des Landesbetriebes für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen und der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bis

2060 des Statistischen Bundesamtes sowie der alters- und geschlechtsspezifischen und regionalen Pflegequoten durchgeführt worden.

Die Prognosen der Zahl Pflegebedürftiger bis 2060 weisen bis zum Jahr 2050 eine deutliche Zunahme auf. Die Entwicklung verläuft in vier Schritten: Bis 2020 liegt eine Steigerung von 25 % vor, bis 2030 von knapp 50 %, bis 2040 von ca. 66,5 % und bis 2050 von 90 %. Ab 2060 wird ein Absinken der Zahl der Pflegebedürftigen erwartet. Der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen steigt bis 2050 von 55 % auf 78 %.

Die Auswirkungen dieser, in den Landkreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlichen Entwicklungen führen spätestens ab 2030 zu Veränderungen in der Angehörigenpflege. Bis 2020 wird diese stabil bleiben. Professionelle Pflegeangebote werden an Bedeutung gewinnen. Die Zahl der Demenzkranken wird sich bis 2040 verdoppeln. Die Prävalenzrate, das heißt die Anzahl der an Demenz Erkrankten in der Gesamtbevölkerung, steigt mit höherem Alter. Eine besonders vulnerable, also anfällige Gruppe bilden pflegebedürftige Menschen ohne ein tragfähiges soziales Netz.

Vorschläge zur Anpassung der Versorgungsstrukturen

Die Vorschläge sehen vor, den Personalbestand in der Pflege zu sichern und Nachwuchs zu gewinnen. Es wird ein Pflegepaket mit folgenden Maßnahmen empfohlen: Förderung von Ausbildungsplätzen in der Altenpflege, Förderung der Kosten von Umschulungen im dritten Ausbildungsjahr, Förderung der Schulung von Pflegekräften und Durchführung eines Ideenwettbewerbs. Die Anerkennung von im Ausland erworbenen Abschlüssen soll in einem Interministeriellen Arbeitskreis verhandelt werden. Die Potenziale von Migrantinnen und Migranten im Berufsfeld der Pflege sollten gefördert werden. Das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege entwickelt eine Imagekampagne für Pflegeberufe. Das Familien-Pflegezeit-Modell soll unterstützt werden.

Es wird weiterhin vorgeschlagen, die Vergütung der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege zu vereinheitlichen. Der Vorschlag lautet, in der Altenpflegeausbildung ebenfalls ein pflegevergütungsneutrales Finanzierungsmodell einzuführen.



Birgit Wolff

Fachreferentin in der Landesvereinigung für
Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2
30165 Hannover

Tel.: 0511 – 38811899
E-Mail: birgit.wolff@gesundheit-nds.de

Prof. Dr. Manfred Langehennig
Fachhochschule Frankfurt am Main



Für Herrn Menke (81), der seine alzheimerkranke Frau pflegt und versorgt, beginnt der Tag früh – trotz etlicher Hilfen und Unterstützungsleistungen, die er organisiert hat. Bis der ambulante Pflegedienst um 9:00 Uhr zum ersten Einsatz kommt, hat er nicht nur das Frühstück zubereitet, sondern auch etliche pflegerische Aufgaben erledigt. Herr Menke ist einer jener Männer, die im häuslichen Bereich als „Hauptpflegeperson“ die Umsorgung eines Angehörigen übernommen haben.

Bezeichnenderweise steht das Engagement dieser Männer nicht im Licht der Öffentlichkeit. Da die Angehörigenpflege immer noch als Frauensache angesehen wird, stellen pflegende Männer gewissermaßen eine unsichtbare Minderheit dar. So zeigen sich selbst Fachkräfte aus Wissenschaft und Praxis angesichts des Trends überrascht, dass immer mehr Männer pflegerische Aufgaben übernehmen. Gut ein Drittel, d. h. über 35 Prozent der Hauptpflegepersonen in der Angehörigenpflege dürfte inzwischen männlichen Geschlechts sein. Allerdings liegen die Schwerpunkte weiblicher und männlicher Angehörigenpflege in ganz unterschiedlichen Lebensphasen. Frauen engagieren sich vor allem zwischen dem 55 bis 60 Lebensjahr. Sie sind damit vorzugsweise in der (Schwieger-)Elternpflege tätig. Der Schwerpunkt männlicher Pflege liegt hingegen in der nachberuflichen Lebensphase. Der absolute Schwerpunkt – gemessen an der Gesamtzahl pflegender Männer – liegt sogar bei den 80- bis 84-jährigen Männern. Männliche Angehörigenpflege ist somit überwiegend Partnerinnenpflege im Alter.

Grundlage männlicher Partnerinnenpflege ist in der Regel eine befriedigende (Ehe-)Beziehung, weniger ein Pflichtgefühl, das den Frauen nachgesagt wird. „Vor 14 Tagen waren wir 54 Jahre verheiratet“, betont Herr Menke, „wir haben uns sehr geliebt. Wenn das nicht gewesen wäre – ich wüsste nicht, ob ich sie so liebevoll pflegen könnte!“ Ähnlich äußern sich auch die anderen pflegenden Männer, die wir im Rahmen einer Studie befragt haben. Sie alle verweisen auf eine langjährige liebevolle Beziehung als Voraussetzung ihres Engagements.

Gleichwohl begreift Herr Menke seine Pflgetätigkeit als „Arbeit“ und umschreibt sie als „managerielle“ Herausforderung. Auch diese beruflich geprägte Einstellung teilt er mit anderen pflegenden Männern. Unsere Studie zeigt: Pflegende Männer umschreiben ihr Engagement mit Hilfe von Begriffen und Bildern, die sie der Sphäre ihrer Erwerbsarbeit entlehnen. Und die an der Studie beteiligten Forscherinnen und Forscher waren verblüfft darüber, wie nachhaltig sich die jeweiligen beruflichen Erfahrungen und Kompetenzen auch auf konkrete pflegerische Verrichtungen auswirken.

Pflegende Männer gehen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen sehr sorgfältig und planvoll um. So enthalten ihre Zeitpläne beispielsweise von vornherein Freiräume zur notwendigen Erholung. Zudem zeichnen sich die von ihnen gestalteten Pflegearrangements dadurch aus, dass mehrere Helferinnen und Helfer eingebunden sind und verstärkt

professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Auch hier steht Herr Menke für andere Männer: Einmal in der Woche nimmt er sich eine Auszeit. Während seine Frau ehrenamtlich betreut wird, spielt er in einem Seniorentreffpunkt zum Tanz auf. Andere Männer haben feste Urlaubszeiten oder feste Stunden für ein Hobby eingeplant.

In einem Tätigkeitsfeld, das traditionell als „weiblich“ gilt, machen die pflegenden Männer zwangsläufig auch Erfahrungen, die sich an ihren ansozialisierten Vorstellungen von Männlichkeit reiben. Dafür haben wir in unseren verschriftlichten Gesprächen viele Zitate gefunden. Es ist die Rede vom „Weichwerden“ oder davon, dass einem „so kleine Härchen wachsen“. Diese neue Empfindsamkeit, dieses „Sich-einfühlen-Können“ wird von den Männern einerseits durchaus als Bereicherung erfahren. Zugleich erleben die Männer dieses Gefühl des „Nicht-immer-funktionieren-Müssen(s)“ als „wahnsinnige Herausforderung“ (Zitate aus den Interviews) – kollidiert es doch oftmals mit ihrem Bild von „Männlichkeit“.

Hier deutet sich an, dass die männliche Angehörigenpflege nicht nur Management-Aufgaben, sondern eben auch eine emotionale Umsorgung umfasst. Männer verknüpfen traditionelle Arbeitswerte durchaus mit warmherziger Zuwendung. Wenn ein pflegender Mann also demonstrativ seine „Management“-Orientierung betont und andererseits körpernahe Verrichtungen (z. B. Inkontinenzversorgung) erst auf Nachfragen erwähnt, so darf daraus nicht auf Distanz oder gar auf Gefühlskälte geschlossen werden. Der eigenartige Pflegestil verträgt sich vielmehr mit dem Selbstbild des Mannes, mit seinem Gefühl, auch in der Pflege ein „richtiger Mann“ zu sein.

In unserer Gesellschaft mangelt es an Anlässen und sozialen „Räumen“, in denen pflegende Männer ihr emotionales Erleben austauschen und ihre neuen Erfahrungen als „Mann“ festigen können. In den überwiegend geschlechtergemischten Angehörigengruppen ist dies kaum möglich. Und auch in einer von mir begleiteten (kirchennahen) Gruppe pflegender Männer dauerte es lange Zeit, bevor die Mitglieder sich einander öffneten. Schon die Ankündigung eines formellen Gesprächsangebots wirft die Frage auf, wie ein solches Angebot umschrieben werden soll. Bezeichnenderweise lehnen fast alle interviewten Männer eine Teilnahme an einer sogenannten „Gesprächsgruppe“ ebenso vehement ab wie auch eine Beteiligung an einschlägigen Chat-Foren. Überraschend viele Männer nutzen hingegen – auch im hohen Alter – vermeintlich „seriöse“ Internet-Seiten zur Informationsbeschaffung, insbesondere im Medizinbereich.

Prof. Dr. Manfred Langehennig

Alte Leipziger Str. 37
63571 Gelnhausen

Tel.: (0 60 51) 47 18 37
E-Mail: langehennig@t-online.de



Marcus Wächter

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

In Deutschland leben ungefähr 15 Millionen Menschen mit einem sogenannten Migrationshintergrund. Sie unterscheiden sich anhand ihrer Staatsangehörigkeit, ihrer Volksgruppe, ihrer Religion, ihres Einreisealters und Einreisegrundes, ihrer Aufenthaltsdauer, ihres Rechtsstatus oder ihrer Bildung. Diese Aufzählung könnte noch beliebig lange fortgeführt werden und zeigt, dass es die Migrantin bzw. den Migranten nicht gibt. Gleichwohl ist in den Debatten um Integration und deren negative sowie positive Folgen immer wieder ganz allgemein von den Zugewanderten die Rede. Leider werden hierdurch eher Vorurteile aufgebaut und Ausgrenzung gefördert, als Integration unterstützt.

Dieser deutliche Hinweis auf die Individualität und unterschiedlichen Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten ist nötig, wenn Konzepte zur interkulturellen Öffnung erarbeitet werden sollen. Allzu häufig findet keine genaue Definition der Zielgruppe statt und die Maßnahmen verpuffen oder werden sogar als diskriminierend empfunden. Für die Selbsthilfe bedeutet das, zunächst zu analysieren, welche Personengruppen angesprochen werden sollen bzw. welche Personen bisher nicht erreicht werden. Hierzu hält eine Befragung durch die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) aus dem Jahr 2008 fest, dass ungefähr in 25 Prozent der Selbsthilfeorganisationen Menschen mit Migrationshintergrund aktiv sind. Eine genauere Beschreibung der Gruppe konnte nicht vorgenommen werden. Der Telefonsurvey des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahre 2003 gibt hierzu aber einen Hinweis. Die hier befragten Migrantinnen und Migranten waren genauso oft in Selbsthilfegruppen aktiv wie die nicht zugewanderten Personen. Da sich an der Umfrage aber nur Personen mit guten Deutschkenntnissen beteiligen konnten, lässt sich daraus schließen, dass Sprachkenntnisse entscheidend für die aktive Beteiligung an Selbsthilfegruppen sind. Menschen mit weniger guten Sprachkenntnissen engagieren sich seltener in den Gruppen und werden mit den Angeboten der Selbsthilfe schlechter erreicht. Für eine weitere Eingrenzung der Gruppe liegt derzeit keine Datenbasis vor.

Dennoch können weitere Hindernisse, die Menschen mit und ohne Migrationshintergrund davon abhalten, Angebote der Selbsthilfe zu nutzen, identifiziert werden. Hierzu zählen das Empfinden von Scham, wenn mit zunächst noch Fremden über die eigenen Probleme gesprochen wird, fehlende Informationen über die Angebote der Selbsthilfe, das Fehlen von finanziellen Mitteln sowie ein geringes Problembewusstsein. Außerdem können die ungewohnten formalisierten Abläufe bei Treffen von Selbsthilfegruppen, die Unkenntnis der Selbsthilfe als Instrument des Gesundheitswesens sowie eine andere Vorstellung der Geschlechterrollen spezifische Barrieren für Zugewanderte darstellen.

Wie müssen Angebote gestaltet sein, damit auch Zielgruppen mit Hemmnissen davon profitieren können? Mehrsprachig, ohne starre Organisationsstruktur, dezentral und zum Teil mit Gruppen nur für Männer und Frauen? Sind das die Angebote, die an Migrantinnen und Migranten gemacht werden sollen? Die Antwort sieht doch etwas komplexer aus. Wie können die Menschen mit Zuwanderungshintergrund aber dann erreicht werden? Ziel muss es jedenfalls sein, die bestehenden Angebote auch für Menschen mit Zuwanderungshintergrund attraktiv zu gestalten, ohne die bisher Engagierten zu vertreiben. Eine Doppelstruktur,



also Angebote für Zugewanderte und Angebote für die nicht zugewanderte Bevölkerung, sollte aber eher die Ausnahme bleiben. Dieses Ziel ist nur durch ein ganzes Bündel an Aktivitäten zu erreichen und wird als interkulturelle Öffnung bezeichnet. Interkulturelle Öffnung beschreibt in diesem Zusammenhang einen Organisationsentwicklungsprozess, der auf struktureller sowie inhaltlicher Ebene stattfindet. Wichtige Kriterien hierfür sind: Transparenz der Angebote, kultur- und migrationssensible inhaltliche Gestaltung der Angebote und dementsprechend geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Ehrenamtliche sowie die Möglichkeit zur Mehrsprachigkeit.

Das Kriterium Transparenz bezieht sich auf die nach außen klare inhaltliche Beschreibung des Angebots. Wie ist der Ablauf? Fallen Kosten an? Welche Personen führen das Angebot durch? Vieles, was Nutzerinnen und Nutzern von Selbsthilfeangeboten selbstverständlich erscheint, ist anderen unbekannt. Kultur- und migrationssensibel bedeutet, zunächst die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch engagierte Ehrenamtliche auf die Konfrontation mit dem Unbekannten und auf Gefühle von Wut oder Fremdheit vorzubereiten. Auch wie mit den eigenen Vorurteilen sowie den Selbstverständlichkeiten der eigenen Herkunftskultur umgegangen werden kann, hilft im Umgang mit Menschen aus fremden Kulturen. Zudem sollten Hintergrundwissen über andere Kulturen, Migrationsbiografien oder Kenntnisse über das Aufenthaltsrecht vorhanden sein. Aber auch die Angebote selber sollten flexibel an die Bedürfnisse und Gewohnheiten anderer Personen angepasst werden können. So hat es sich beispielsweise bewährt, eine Selbsthilfegruppe länger als gewöhnlich anzuleiten und auch Expertinnen sowie Experten in die Gruppe mit einzubinden. Das dritte Kriterium, die Mehrsprachigkeit von Angeboten, bezieht sich auf Beratungsgespräche in den Selbsthilfekontaktstellen oder anderen Einrichtungen, aber auch auf die Selbsthilfegruppen. Mehrsprachige Angebote richten sich aber zumeist nur an diejenigen Gruppen, deren Muttersprache vor Ort häufig gesprochen wird. Mehrsprachige Angebote sind also nicht immer die Lösung.

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der interkulturellen Öffnung der Selbsthilfe eine Rolle spielt, ist der Zugang zur Zielgruppe und die Frage: Wie kann ich diejenigen Gruppen von Migrantinnen und Migranten, die in der Selbsthilfe bisher unterrepräsentiert sind, über Angebote informieren und Teilhabe ermöglichen? Hier ist es nötig, auf die Gruppen zuzugehen. Dies kann über Informationsveranstaltungen an beliebigen Treffpunkten oder Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschehen. Ein weiterer Schritt wäre es, auch Angebote dort zu etablieren, wo sich die Zielgruppen treffen.

Jedes Aufeinander-Zugehen erfordert eine Annäherung von beiden Seiten. Wer dabei den ersten Schritt tut, sollte aber nicht entscheidend sein. Warum sollten das nicht die Organisationen und Einrichtungen der Selbsthilfe sein?



Marcus Wächter

Fachreferent der Landesvereinigung für
Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2
30165 Hannover

Tel.: 0511 – 38811899
E-Mail: marcus.waechter@gesundheit-nds.de

Habib Eslami
Arbeitsgemeinschaft Migrantinnen, Migranten und
Flüchtlinge in Niedersachsen (AMFN)



Herr Eslami konnte seinen Vortrag wegen anderer Verpflichtungen leider nicht halten. Um einen kleinen Einblick in die selbsthilferlevanten Bereiche der AMFN geben zu können, stellte er das als CD-ROM herausgegebene Handbuch zum ehrenamtlichen Engagement von Migrantinnen, Migranten und Flüchtlingen in Niedersachsen sowie weiteres Informationsmaterial zur Verfügung.

Näheres ist auf der Website www.amfn.de zu finden.

amfn

Habib Eslami
Arbeitsgemeinschaft Migrantinnen,
Migranten und Flüchtlinge
in Niedersachsen

Zur Bettfedernfabrik 1
30451 Hannover

Tel. 0511 - 9215803

www.amfn.de

Imke Boidol
Netzwerk Selbsthilfe
Bremen-Nordniedersachsen e.V.



Partizipation am deutschen Gesundheitssystem ist nicht für alle Menschen einfach. Vielen zugewanderten Menschen fällt es schwer, sich mit ihren gesundheitlichen Fragestellungen aktiv auf die bestehenden Strukturen einzulassen. Dabei ist Migration nachweislich eine Belastung für Körper und Seele. Einige Gesundheitsprobleme der Migrantinnen und Migranten sind mitgebracht (gesundheitsschädliche Lebensbedingungen in den Heimatländern oder im Prozess der Migration/Flucht erworbene Gesundheitsschäden), andere werden im Einwanderungsland erworben (schlechte Arbeitsbedingungen, psychische Belastungen durch Diskriminierung, Heimweh, Entwurzelung etc.). Eingewanderte Menschen in Deutschland gehören in ihrer Mehrheit eher zur Gruppe der Benachteiligten. Dies verstärkt ihre gesundheitlichen Belastungen und Risiken.

Die Faktoren, die eine Partizipation am Gesundheitssystem verhindern oder erschweren, sind bekannt:

- Sprachprobleme
- Fehlendes Wissen von Hilfsangeboten außerhalb von Arztpraxen und Kliniken
- Skepsis gegenüber herkömmlichen Angeboten
- Misstrauen und Angst vor sozialen Sanktionen
- Verständnis von Krankheit als etwas von außen Indiziertes, dadurch bedingt ist eine fehlende Überzeugung des Nutzens von Eigeninitiative/Selbsthilfe
- Austausch von Problemen ist mit Angst vor Statusverlust verbunden (vornehmlich bei Männern)
- Kulturelle Tabus
- Entmutigung

Nach unserer Einschätzung werden Prävention und Gesundheitsförderung für und mit Migrantinnen und Migranten durch zwei Säulen getragen:

- 1) Vermittlung von Inhalten durch niedrigschwellig angelegte, zielgruppenorientierte Bildungsangebote (Paritätisches Bildungswerk LV Bremen)
- 2) Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen (Netzwerk Selbsthilfe Bremen e.V.)

Netzwerk Selbsthilfe Bremen e.V. hat zusammen mit dem Paritätischen Bildungswerk Bremen für das Kooperationsprojekt „Prävention und Gesundheitsförderung für und mit MigrantInnen“ Mittel aus dem Europäischen Integrations-Fond eingeworben.

Das Projekt wurde aus
Mitteln des Europäischen
Integrationsfonds kofinanziert.



Das Projekt ist zum 01.09.2008 gestartet und endete nach dreijähriger Laufzeit zum 31.08.2011. Ziel war die Initiierung, Begleitung und Konsolidierung von rund 12 Selbsthilfegruppen mit einer ungefähren Gruppengröße von 8 bis 10 Personen.

Im Selbsthilfebereich gab es zum Zeitpunkt der Projektentwicklung noch sehr wenige Angebote für Migrantinnen und Migranten. Auch das bundesweite Erfahrungswissen war dementsprechend eher gering. In Bremen gab es zwar verschiedene Gesprächskreise von Migrantinnen und Migranten, doch eine echte Ausrichtung auf Gesundheitsthemen mit dem Ansatz der Selbsthilfeunterstützung war nicht vorhanden. Zudem ist auch das Verständnis vieler Migrantinnen und Migranten von Selbsthilfe eher diffus. Oft gibt es kein entsprechendes Wort in der jeweiligen Muttersprache, und sich über seine persönlichen Probleme oder Ängste in einer Gruppe auszutauschen, ist nicht die Normalität, sondern gilt eher als Tabu. Gesundheitliche oder psychosoziale Themen werden als Makel gesehen und bleiben in der Regel in der Familie.

Netzwerk Selbsthilfe hat aus diesem Grund seinen Arbeitsschwerpunkt in diesem Projekt auf die „Initiierung von Selbsthilfegruppen für Migrant/innen“ gelegt. Ausgangsidee war die Fragestellung, wie Migrantinnen und Migranten ermutigt werden können, individuelle Ressourcen im Hinblick auf die eigene Gesundheit zu erkennen, zu nutzen und zu erweitern.

Methodisch orientiert sich unser Projekt an dem Konzept der „In-Gang-Setzer/innen“. Dieses Konzept kommt aus Dänemark, wo es im Selbsthilfebereich bereits seit über 15 Jahren erfolgreich umgesetzt wird. In-Gang-Setzer/innen stehen als ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – gemeinsam mit der Kontaktstelle – den Selbsthilfegruppen in der Startphase zur Seite. Mittlerweile wurde die Methode vom Paritätischen, Landesverband Nordrhein-Westfalen, aufgegriffen und in einem bundesweiten Projekt fachlich weiterentwickelt.

Für unser Vorhaben suchten und suchen wir weiterhin Migrantinnen und Migranten aus unterschiedlichen Kulturkreisen. Sie sollen möglichst gut integriert sein und die deutsche Sprache so weit beherrschen, dass sie die Inhalte unserer Schulung weitertragen können. Nach der Schulung sollen sie als Vermittlerinnen und Vermittler bzw. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren tätig werden und Betroffenen aus ihren eigenen Kulturkreisen die Möglichkeiten der Selbsthilfe aufzeigen.

Die innovativen Elemente unseres Ansatzes sehen wir darin, dass

- 1) wir nicht warten, bis Migrantinnen und Migranten ihre Bedarfe anmelden, sondern dass wir aktiv auf die verschiedenen Communities zugehen, also aufsuchend Selbsthilfe initiieren
- 2) die Starthilfe und die Betreuung der Selbsthilfegruppen in der jeweiligen Muttersprache stattfinden
- 3) die Themen gemeinsam mit den Vermittlerinnen und Vermittlern gefunden bzw. entwickelt werden

Mit ihrem eigenen kulturellen Know-how fungieren die Vermittlerinnen und Vermittler als „Türöffner/innen“ in verschiedene Kulturkreise und erschließen Zugänge zu bisher unerreichbaren Personengruppen. Die eigentliche Zielgruppe sind Migrantinnen und Migranten

mit hohem Integrationsbedarf, die aufgrund ihrer Sprachhemmnisse oder der oben genannten Ursachen nicht am deutschsprachigen Selbsthilfesystem teilnehmen.

Neue Ideen brauchen Unterstützung

Die Bekanntmachung der Projektidee war ein erster wesentlicher Schritt. Zugänge zu Migrantenselbstorganisationen (MSO) zu finden, ist ein wichtiger Baustein dabei, die Erreichbarkeit der Zielgruppen zu erhöhen. Die Mundpropaganda von Schlüsselpersonen bzw. die Vermittlung der Idee durch MSO bietet meistens die besten Zugänge. Unsere Erfahrungen zeigen, dass der Aufbau und die Pflege der persönlichen Kontakte die Bekanntmachung der Projektidee sehr unterstützen. Die üblichen Präsentationsformen (Projektvorstellung in diversen Gremien, Pressearbeit und Projektflyer) sind ebenso nicht zu vernachlässigen.

Umsetzung

Die Schulung der Vermittlerinnen und Vermittler umfasste 3 Module à 5 Stunden, in denen folgende Lerninhalte vermittelt wurden:

- Allgemeine Informationen zum Themenbereich Selbsthilfe
- Was macht eine Selbsthilfegruppe aus? Selbsthilfegruppenselbstverständnis
- Welche Gruppenphasen und Gruppenprozesse gibt es?
- Was sind die häufigsten Probleme von Selbsthilfegruppen?
- Wie funktioniert Abgrenzung?
- Umgang mit Konflikten
- Moderationstechniken in der Gruppenarbeit

Bei allen Themen war und ist es uns wichtig, den eigenen Erfahrungen der Vermittlerinnen und Vermittler Raum zu geben und in Zusammenhang zu bringen.

Die Themenfindung der neuen Gruppen sowie die Entwicklung der entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit schließt sich der Schulung in Individualgesprächen mit den Vermittlerinnen und Vermittlern an. Gemeinsam wird überlegt, welche Themen die Menschen im jeweiligen Kulturkreis betreffen und wie die Ansprache am besten funktioniert. Zweisprachige Handzettel und Aushänge sind gern gewählte Medien, doch das beste Mittel ist auch in diesem Fall die persönliche Ansprache durch die jeweiligen Vermittlerinnen und Vermittler.

Bei der Raumsuche ist die Kontaktstelle immer behilflich und die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppen werden dabei stets berücksichtigt.

Monatliche, von uns begleitete Gruppentreffen der Vermittlerinnen und Vermittler sind wichtig für die Vernetzung und den regelmäßigen Kontakt untereinander und bieten Raum für den Austausch allgemein nützlicher Informationen (Veranstaltungen/Angebote von und für Migrantinnen und Migranten). Die „kollegiale Beratung“ trägt darüber hinaus zur persönlichen Weiterentwicklung der Vermittlerinnen und Vermittler bei und unterstützt die Verstärkung der Gruppen.





die MigrantInnenselbstorganisationen für das Thema Selbsthilfe mit sensibilisieren. Es haben sich rund 40 Kontaktstellen gefunden, die sich für das Migrationsthema interessieren und am Projekt teilnehmen. Darunter sind Kontaktstellen aus den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein.

Das Ziel ist, auch in anderen Ländern und Regionen MigrantInnenselbstorganisationen für das Thema Selbsthilfe zu sensibilisieren und die Zugänge in die jeweiligen migrantischen Communities zu erleichtern, um vor Ort neue ehrenamtliche Vermittlerinnen und Vermittler zu gewinnen und um weitere Selbsthilfegruppen auf den Weg zu bringen.

Ergebnisse und Ausblick

Da sich einige der Gruppen vor allem auch an junge Frauen und Mütter richten, war eine zeitgleiche Kinderbetreuung in angrenzenden Räumlichkeiten eine Grundvoraussetzung dafür, dass diese Gruppen überhaupt zustande gekommen sind. Alle Vermittlerinnen sind dieses Problem sehr offensiv angegangen und haben jeweils auch immer Lösungen dafür finden können. Dieser sehr wichtige Aspekt sollte in weiteren Diskussionen und Finanzierungen unbedingt berücksichtigt werden.

Ein neues Aufgabenfeld ist die Beratung bei der Antragstellung für die Projekt- und Selbsthilfeförderung. Hierbei werden zusammen mit der Antragstellerin die Ziele, das Konzept und die dafür veranschlagte Mittelbeantragung reflektiert und weiterentwickelt. Auch hierbei gilt das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“. Mit dieser Unterstützung möchten wir zur Verstetigung der jeweiligen Selbsthilfegruppe beitragen, denn ohne eine finanzielle Grundsicherung wird nicht jede Selbsthilfegruppe von MigrantInnen für MigrantInnen weiter bestehen können. In der Projektlaufzeit haben insgesamt 15 Selbsthilfegruppengründungen stattgefunden, wobei sich davon neun Gruppen konstituiert haben und sechs Gruppen aus unterschiedlichen Gründen nicht zustande gekommen sind bzw. die Startphase nicht überdauert haben. Mit dem Wunsch, noch viele weitere migrantische Selbsthilfegruppen auf den Weg zu bringen, werden wir auch über den Projektzeitraum hinaus unsere Methode anwenden, indem wir Selbsthilfvermittler/innen ausbilden, um neue Zielgruppen zu erschließen.

Wir werten unseren Ansatz insgesamt sehr positiv und verstetigen dieses Konzept in einem neuen Projekt „Migration und Selbsthilfe – Wie funktionieren neue Gruppengründungen? Migrationsbezogene Selbsthilfearbeit für Selbsthilfekontaktstellen“, gefördert vom BKK-Bundesverband, indem wir anderen Selbsthilfekontaktstellen die Methode vermitteln und



Imke Boidol

Netzwerk Selbsthilfe
Bremen-Nordostniedersachsen e.V.

Faulenstraße 31
28195 Bremen

E-Mail: info@netzwerk-selbsthilfe.com
www.netzwerk-selbsthilfe.com

