

Praxis:Nah

– im Gespräch



In der Beitragsreihe „Praxis:Nah“ stellen wir regelmäßig gelungene Beispiele aus der Senior:innenarbeit vor. Im Format „Praxis:Nah – im Gespräch“ erzählen die Akteur:innen selbst von ihren Erfahrungen, machen ihre Arbeit sichtbar und teilen ihre Perspektiven für die Zukunft.

Im Gespräch mit Cornelia Harrer

Fachreferentin Offene Senior*innenarbeit, Der Paritätische NRW



© Cornelia Harrer, Der Paritätische NRW

Cornelia Harrer (Jahrgang 1961) ist seit 38 Jahren in verschiedensten Rollen in der Altenhilfe tätig: als Leiterin einer Begegnungsstätte, als Projektleiterin und als Referentin für Offene Senior:innenarbeit beim LV des Paritätischen.

In Fachdebatten wird derzeit viel über die stärkere Vernetzung von Altenhilfe und Pflege gesprochen.

Wie erleben Sie diesen Diskurs konkret im Rahmen Ihrer Arbeit – eher als real gelebte Praxis oder als programmatische Forderung?

Als ich 1987 in die Altenhilfe einstieg, waren Pflege und Altenhilfe überhaupt nicht miteinander verbunden. Wir konnten uns das leisten, weil es z.B. noch keine Pflegeversicherung gab. Als Mitarbeitende fühlten wir uns zuständig für die Gruppe der Alten, die mobil war und zu Hause lebte. Das waren vor allem alleinstehende und verwitwete Frauen, die das Alter nochmal nutzten, um das nachzuholen, was ihnen Krieg und die traditionelle Rolle als



Hausfrau und Mutter verwehrt hatte. Sie hatten Lust, etwas zu lernen, sich zu bilden und etwas Neues auszuprobieren.

Jetzt fast 40 Jahre später erlebe ich das komplett anders: Pflege, Versorgungs- und Teilhabesettings kommen an ihre Grenzen: Der demografische Wandel, der Fachkräftemangel in Kombination mit brüchig werdenden familialen Netzwerken, erfordern, dass wir Altenhilfe und -pflege neu denken. Selbstvorsorge und Prävention, das Teilen von Verantwortung für Carefragen werden zunehmend wichtiger und wir werden uns sehr anstrengen müssen, um zu überlegen, wie sich Altenhilfe und -pflege künftig aufstellen müssen. Wer dann welche Leistungen finanziert, wer berechtigt ist, Leistungen zu empfangen und wie wir Prävention, Selbstvorsorge und nachbarschaftliche/ehrenamtliche Hilfen stärken?

Ich erinnere mich noch an eine Idee, die ich sehr charmant fand. Da überlegten Kolleg:innen der Eingliederungshilfe und Kolleg:innen aus der Offenen Senior:innenarbeit, wie man tagestrukturierende Maßnahmen sowohl für Menschen mit und ohne psychischer Erkrankung organisieren und finanzieren könnte. Leider scheiterte diese Idee an den unterschiedlichen Systemen der Eingliederungshilfe und der Altenhilfe.

Sie sagten (in einem vorherigen Gespräch), das Denken in Parallelstrukturen funktioniert nicht mehr. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Gründe dafür – und seit wann spüren Sie diesen Kipppunkt?

Das Bewusstsein und die Erfahrung, dass es ein ganzes Dorf braucht, um zu Hause gut älter und hochaltrig zu werden, ist u.a. durch die „Quartierspolitik“ der rot-grünen Landesregierung (2014) angestoßen worden.

Auch die Förderlinie „Miteinander alt werden“ des Landes NRW hat dazu beigetragen, Vernetzung und Kooperation im Sozialraum stärken. Die Idee einer Sorgenden Gemeinschaft, wie sie z.B. Klie fordert, kann nur gelingen, wenn Leistungserbringer, die Betroffenen und ihre Netzwerke sowie die Nachbarschaft sich gemeinsam der Sorgethemen im Nahfeld annehmen.



Was hat sich aus Ihrer Sicht im Laufe der Jahre verändert – bei den Bedarfen und Bedürfnissen alternder Menschen – und welche davon machen gerade ein vernetztes Handeln unabdingbar?

Bedarf und Bedürfnisse sind ja schwierige Begriffe, die ich nicht gerne verwende: Wer kann denn Bedürfnisse und Bedarfe formulieren? Ist jedes formulierte Bedürfnis auch ein Bedarf? Wer „bestimmt“: nur die Betroffenen selbst oder auch die Leistungserbringer? Was wollen Kostenträger: Will z.B. eine Kommune, das Engagement der Babyboomer gezielt fördern, weil sie darauf angewiesen ist, dass sich mehr Menschen freiwillig engagieren?

Gerade in den letzten Jahren haben auch wir immer wieder auf die vielfältigen Lebenslagen, Lebenswelten und Problemlagen der älteren Menschen hingewiesen. Es ist toll, dass es jetzt endlich Angebote für Gruppen gibt, die sonst nicht mitgedacht werden, so z.B. die „Alternativen Netzwerke“ oder die IFAK in Bochum mit ihrem Seniorenbüro für alte Menschen mit Migrationsgeschichte. Gleichzeitig werden wir überlegen müssen: wie können Angebote und Dienstleistungen so inklusiv gestaltet werden, dass sich ALLE angesprochen fühlen und abgeholt werden?

Interessant finde ich auch, dass es bisher – zumindest nach meiner Kenntnis – keine vernünftige empirische Studie gibt, die repräsentativ Bedürfnisse und Bedarfe älterer Menschen erhoben hat. Sie würde uns Aufschluss darüber geben, was Kommune und/oder Leistungserbringer finanzieren sollten und was nicht.

Und was hat sich auf der Systemseite verändert – in Organisation, Zuständigkeiten, Personalressourcen und professionellen Rollen –, sodass eine Trennung heute häufiger zu Lücken führt?

In allen Projekten, die versuchen, Grenzen zwischen den Anbietern und Akteuren, aufzuweichen, kann man beobachten, dass bei der Zusammenarbeit noch viel Luft nach oben ist.



Wir haben beobachtet, dass die Mitarbeitenden, vor allem wenn sie an der Basis arbeiten, gerne, gut und leicht mit anderen kooperieren. Oft sind es die Leitungen, denen es wichtig ist, dass sie der einzige oder beste Träger sind! Es gibt wenig Bewusstsein darüber, dass eine gute Vernetzung nicht nur heißt, dass man etwas abgibt, sondern dass man etwas bekommt.

„Wo sehen Sie aktuell die größten Brüche, wenn Altenhilfe und Pflege getrennt organisiert bleiben (z. B. Übergänge Krankenhaus–Zuhause, Beratung, Teilhabe)? Können Sie ein typisches Beispiel schildern?“

Es wird wirklich Zeit, dass wir uns als Leistungsanbieter mit dem beschäftigen, was über uns, mit uns und neben uns stattfindet. Übergänge gelingen dann, wenn es eine Person gibt, die sich für die Begleitung von Übergängen verantwortlich zeigt und diesen Prozess begleitet. So wie z.B. die kostenfreie und zugehende Seniorenberatung in Köln, die sich zunächst für alle Belange des älteren Menschen und ihren Angehörigen zuständig fühlt und die Menschen ins und durch das Hilfesystem leiten. Regelmäßige Runde Tische unter der Regie von der so genannten Sozialraumkoordination ermitteln, welche Bedarfe gut abgedeckt sind, aber auch wo es Lücken im Hilfesystem gibt.

Welche Rolle können und müssen Sozialraum- und Quartiersansätze spielen – und was unterscheidet Quartier als Projekt von Quartier als Struktur?

Von Projekten im Quartier halte ich erstmal viel: Sie können nicht nur verdeutlichen, welche Mängel und Schwächen es im Quartier gibt, sondern auch welche Ressourcen und positiven Kräfte im Umfeld stecken. Fachkräfte im Quartier sind oft total erstaunt darüber, wie viele informelle nachbarschaftlichen Aktivitäten und Hilfen es bereits gibt und wie viele Menschen interessiert sind, sich einzubringen. Ich glaube selbst auch fest an den Begriff der „Helfensbedürftigkeit“, so wie ihn Dörner definiert hat.





Noch besser ist es, wenn Hilfe und Teilhabe systematisch sozialraumbezogen aufgestellt sind. Da können wir manches aus den Erzieherischen Hilfen lernen, die häufig sozialraumorientiert arbeiten. Das heißt, wenn es gut gemacht ist, ist es eine Selbstverständlichkeit, dass Einrichtungen nicht nur einzelfallbezogen agieren, sondern immer wieder überprüfen, mit welchen Ressourcen aus dem Quartier kann unterstützt werden. Aber auch: welche einzelfallübergreifenden Maßnahmen braucht es im Sozialraum, ein Café, eine Plauderbank, ein Fit für 100 Kurs?

Aus der Gesundheit kennen wir den Begriff der Verhältnisprävention. Das heißt, dass nicht nur der Einzelne eine präventive Maßnahme durchläuft, sondern die Verhältnisse (das Umfeld, die Lebenswelt) so organisiert sind, dass Prävention leicht fällt.

Der Begriff Caring Community wird zunehmend genutzt: Was verstehen Sie darunter – und worin liegt der Mehrwert gegenüber klassischen Quartiersansätzen, aber auch die Grenze (z. B. Verantwortungsverschiebung ins Ehrenamt)?

Für mich ist Caring Community erstmal kein neuer Ansatz oder ein neues Versorgungsmodell, sondern eine *Idee, ein Leitbild*, wie wir als Gesellschaft und damit jeder Einzelne auf Care-Themen schauen und wie wir gemeinsam versuchen, Care neu zu organisieren. Es geht nicht darum, das professionelle Hilfesystem durch Ehrenamt zu ersetzen oder zu ergänzen, sondern die Verantwortung für Sorge auf mehrere Schultern zu verteilen. Jede:r wird aufgefordert, zu überlegen, was kann er oder sie dazu beitragen?

Wenn eine Caring Community vor Ort tragfähig sein soll: Welche Rollen braucht es aus Ihrer Sicht (Professionelle, Zivilgesellschaft, Kommune, An- und Zugehörige), und wer muss koordinieren, damit es verlässlich und nicht zufällig wird?





Oh, je eine riesige Frage, die ich eigentlich nicht mit wenigen Worten beantworten kann. Ich finde, wir sollten da nicht zu voreiligen Entschlüssen kommen, sondern erstmal schauen, wie machen es die Nachbarn in Österreich und in der Schweiz?

Es ist ja schwierig, Verantwortung zu „verschreiben“. Es geht aus meiner Sicht erstmal darum, Menschen, die mit Care-Themen zu tun haben – sei es beruflich oder privat - , miteinander in Verbindung und ins Gespräch zu bringen. Es geht darum, Sorgeanlässe, -orte und -personen im Quartier zu identifizieren und gemeinsam zu organisieren, wie diese gestärkt, verbessert oder optimiert werden.

Eine koordinierende Funktion/Person muss es geben – von wem, darüber kann man sich trefflich streiten – und in der ersten Zeit muss es darum gehen, zu würdigen und sichtbar zu machen, wo und wie bereits Care geleistet wird.

Welche Haltungs- und Kulturfragen sind entscheidend, damit Zusammenarbeit zwischen Altenhilfe, Pflege und zivilgesellschaftlichen Akteur:innen gelingt – und woran scheitert es am häufigsten?

Eine Herausforderung wird meines Erachtens darin bestehen, dass die Akteure Vertrauen zueinander entwickeln, sich in die Karten schauen lassen und gemeinsam an Veränderungen interessiert sind. Der wohlwollende Blick auf das Gegenüber ist entscheidend und der Wille, dass es gemeinsam besser läuft. Das heißt im Einzelfall auch, dass ich eigene Trägerinteressen hintenanstellen muss.

Ein Blick in die Zukunft:

**Was empfehlen Sie Akteur:innen der offenen Altenhilfe/Senior:innenarbeit kurzfristig:
Welche 2–3 Schritte können sie jetzt gehen, um vernetzter zu arbeiten?**





Welche Fragen sollten aus Ihrer Expertise stärker diskutiert und welche Perspektiven stärker vertreten werden – wenn es um die Frage geht, wie wir Altenhilfe zukünftig gestalten müssen?

1. Liebe Mitarbeitende: „Geht raus aus dem Haus“: interessieren Sie sich, was in meinem Haus, aber auch vor und neben meinem Haus passiert. Mit älteren Menschen (ihren Angehörigen) im Quartier ins Gespräch kommen. Aktiv Orte aufsuchen, wo sich Ältere gerne aufhalten.
Sich mit den Institutionen im Quartier beschäftigen, anfreunden und gemeinsam Aktionen entwickeln und durchführen. Neugierig bleiben, was machen die Anderen? Was kann ich von denen lernen? Was kann man von mir/uns lernen?
2. An Alle: Mehr Raum für selbstorganisierte Gruppen geben – Selbstorganisation anstoßen, begleiten und unterstützen.
3. An alle, vor allem die Lobbyist:innen: Wie Offene Senior:innenarbeit finanziert werden kann, was sie leisten kann und soll, ist hinreichend beschrieben. Sehr viele Menschen und Organisationen haben sich bereits zum §71 SGB XI positioniert. Es gibt also kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem. Dran bleiben an den Kommunen und ihren Politiker:innen und Verwaltungen.

Kontakt und Informationen

Cornelia Harrer

Fachreferentin Offene Senior*innenarbeit, Der Paritätische NRW

Tel.: 0221 95 15 42 29

E-Mail: cornelia.harrer@paritaet-nrw.org

Web: www.paritaet-nrw.org/themen/quartiersentwicklung-und-sozialraumorientierung



