

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P17-155

**Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit
im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier
städtischen Quartieren**

Kerstin Hämel, Tom Manuel Kafczyk, Jonas Vorderwülbecke,
Doris Schaeffer

Bielefeld, Juni 2017

unter Mitarbeit von Christine Thienel

Zwischenbericht der wissenschaftlichen Evaluation (Universität Bielefeld)
des Projekts „Pflege stationär – Weiterdenken!“ (Träger: Alters-Institut)

Förderung:
Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Als Informations- und Planungsgrundlage für eine regional differenzierte, quartiersnahe Versorgungsgestaltung werden kleinräumig Daten zum Versorgungsbedarf und -angebot benötigt. Vor diese Herausforderung sind auch die Kooperationspartner des von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW geförderten und vom Alters-Institut getragenen Modellverbands „Pflege stationär – Weitdenken!“ gestellt. Intention des Verbunds ist eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung älterer, chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Stadtteil und Quartier durch die Weiterentwicklung stationärer Pflegeeinrichtungen hin zu sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Pflege- und Gesundheitszentren in vier unterschiedlichen städtischen Quartieren.

Im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts an der AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft wurden Bedarfs- und Angebotsanalysen in Anlehnung an ein Community Health Assessment in den vier Stadtteilen/Quartieren durchgeführt. Es wurde ein mehrperspektivischer Zugriff erprobt. Er umfasste a) die Aufbereitung von Daten zur demografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, b) die Erhebung vorhandener Versorgungsangebote und Ableitung von Indikatoren der ‚Versorgungsdichte‘, sowie c) leitfadengestützte Interviews mit regionalen Expert/inn/en und potentiellen Nutzer/inne/n der Zentren in den Quartieren. Die Auswertung der Interviews erfolgte inhaltsanalytisch, mit dem Ziel, relevante Themen und ggf. vorhandene Versorgungsschieflagen standortspezifisch zu kondensieren und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Während Daten zur Gesundheitssituation der Bevölkerung auf kleinräumiger Ebene kaum verfügbar sind, ermöglicht die unterschiedliche demografische und sozioökonomische Situation erste Rückschlüsse auf unterschiedliche Bedarfslagen in den Quartieren. Die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten folgt dem Bedarf nur bedingt, allerdings erlaubt sie keine Gewissheit darüber, ob fehlende Angebote im Quartier durch Nutzung externer Anbieter kompensiert werden. Die Interviewaussagen geben hier wichtige, ergänzende Aufschlüsse, wie sich Versorgungsprobleme darstellen. Sie bestätigen teils anfängliche Hinweise zu Versorgungsschieflagen, verdeutlichen aber darüber hinaus auch spezifische Hürden der Inanspruchnahme in Quartieren mit hoher Angebotsdichte, insbesondere eine aus Nutzersicht unübersichtliche Angebotslandschaft und räumliche Barrieren der Inanspruchnahme für ältere, mobilitätseingeschränkte Menschen im Quartier. Empfehlungen für eine regional differenzierte Angebotsplanung an den Modellstandorten und die verstärkte Ansprache vulnerabler Zielgruppen können abgeleitet werden.

Die dargestellten Analysen und Empfehlungen sollen Anregungen für die Entwicklung der Pflege- und Gesundheitszentren geben. Darüber hinaus gibt der Bericht Einblicke, wie durch einen mehrperspektivischen Zugriff und auf Basis qualitativer Erhebungsverfahren eine Bedarfs- und Angebots-erhebung in Quartieren gestaltet werden kann.

Danksagung

Dieser Bericht wurde von allen Kooperationspartnern im Modellverbund „Pflege stationär – Weiterdenken!“ unterstützt.

- Alters-Institut. Das Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe
- Evangelisches Johanneswerk
- von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
- Stadt Bielefeld
- Hansestadt Herford

Unser besonderer Dank gilt hier den Projektleitungen in den Modelleinrichtungen, Edda Bekemeier, Karin Heuer und Jochen Blanke, die den Bericht vielfältig, u. a. durch die Bereitstellung von Daten sowie Informationen zu den Angeboten in ihren Einrichtungen unterstützt haben. Ebenso sei an dieser Stelle auch Frank-Peter Krautz und Wolfgang Klein ein großer Dank für ihre Unterstützung ausgesprochen. Wir danken allen Mitgliedern der Steuerungsgruppe des Modellvorhabens für die Begleitung des Berichts und hier besonders den Vertreter/inne/n der Träger der Modelleinrichtungen, Dr. Oliver Hautz, Petra Rixgens, Ulrich Strüber, Anja Zimmermann sowie dem Leiter der Steuerungsgruppe Dr. Bodo de Vries.

Den Mitarbeiter/inne/n des Alters-Instituts und hier besonders der Leiterin des Modellverbunds Dr. Frauke Schönberg sowie dem wissenschaftlichen Mitarbeiter Dr. Henning Cramer danken wir für ihre Initiative, die Empfehlungen des Berichts im Rahmen von Standortanalysen zur vertiefenden Diskussion zu stellen, sodass daraus resultierende Aktivitäten an den Standorten abgestimmt und konsentiert werden konnten.

Ohne die Städte Bielefeld und Herford wäre dieser Bericht nicht möglich gewesen. Wir danken Bernadette Büren, Manja Schallock und Jakob Bergen, Stadt Bielefeld, sowie Frau Sabine Hartmann-Rohlf, Hansestadt Herford, für die Zugänge zu Bevölkerungs- und Einrichtungsdaten.

Nicht zuletzt gilt unser großer Dank allen Interviewpartnern, die wichtige Einblicke in die Bedarfs- und Angebotssituation in den vier Quartieren eröffnet haben.

Bielefeld, im Juni 2017

Die Autor/inn/en

Inhalt

Tabellenverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
1. Einleitung und Projekthintergrund	5
2. Methodisches Vorgehen	10
2.1 Analyse der vier Quartiere	10
2.2 Bevölkerungsstrukturanalyse	11
2.3 Angebotsanalyse in den Quartieren	13
2.4 Interviews mit Expert/inn/en und potentiellen Nutzer/inne/n	14
3. Die Quartiere und Standorte im Überblick	20
4. Baumheide	32
4.1 Charakteristika des Stadtteils und Quartiers	32
4.2 Angebotsspektrum im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales	35
4.3 Bedarfs- und Angebotssituation aus Sicht der Expert/inn/en und Nutzer/innen	41
4.4 Diskussion und Empfehlungen	45
5. Sennestadt	48
5.1 Charakteristika des Stadtteils und Quartiers	48
5.2 Angebotsspektrum im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales	51
5.3 Bedarfs- und Angebotssituation aus Sicht der Expert/inn/en und Nutzer/innen	57
5.4 Diskussion und Empfehlungen	61
6. Lohmannshof	64
6.1 Charakteristika des Stadtteils und Quartiers	64
6.2 Angebotsspektrum im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales	68
6.3 Bedarfs- und Angebotssituation aus Sicht der Expert/inn/en und Nutzer/innen	72
6.4 Diskussion und Empfehlungen	75
7. Das Quartier Herford Zentrum	78
7.1 Charakteristika des Stadtteils und Quartiers	78
7.2 Angebotsspektrum im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales	81
7.3 Bedarfs- und Angebotssituation aus Sicht der Expert/inn/en und Nutzer/innen	87
7.4 Diskussion und Empfehlungen	90

8. Pflege- und Gesundheitszentren – Vorstellungen und Erwartungen der Interviewpartner/innen.....	94
9. Diskussion und Empfehlungen	99
Literatur	104
Anhang.....	109

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Expertisen und Schwerpunktthemen in den Experteninterviews	15
Tabelle 2: Interviewte Nutzer/innen	17
Tabelle 3: Schätzung pflegebedürftige Menschen in den Quartieren in 2015.....	21
Tabelle 4: Bevölkerungsstatistiken im Standortvergleich.....	24
Tabelle 5: Medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung in den Quartieren	27
Tabelle 6: Modelleinrichtungen im Vergleich.....	28
Tabelle 7: Merkmale der Bewohner/innen der Modelleinrichtungen, 2011-2016	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lage der Modellstandorte	7
Abbildung 2: Versorgungsangebote in Baumheide.....	40
Abbildung 3: Das Quartier ‚Sennestadt Nord‘.....	49
Abbildung 4: Versorgungsangebote in Sennestadt.....	53
Abbildung 5: Die statistischen Bezirke des Lohmannshofes.....	65
Abbildung 6: Versorgungsangebote am Lohmannshof	70
Abbildung 7: Das Quartier Herford Zentrum	80
Abbildung 8: Versorgungsangebote in Herford Zentrum	83

1. Einleitung und Projekthintergrund

Mit dem wachsenden Anteil älterer und hochaltriger Menschen in der Bevölkerung steigt auch die Zahl der auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen in Städten und Gemeinden. Ihnen ein selbstbestimmtes und würdiges Leben im angestammten Wohnumfeld zu ermöglichen, ist zentrale Voraussetzung für ein inklusives Gemeinwesen. Die Entwicklung tragfähiger Versorgungskonzepte gilt dazu als wichtige Strategie (z. B. BMFSFJ 2016; MGEPA NRW 2013). Konkret werden Konzepte benötigt, die die Heterogenität des Bedarfs und der Lebenslagen der lokalen Bevölkerung berücksichtigen und eine umfassende, wohnortnahe Versorgung und Pflege zugänglich machen. Entsprechende Konzepte sollten zudem generell der Prämisse ‚ambulant vor stationär‘ folgen, auf den Erhalt von Autonomie und Teilhabe zielen und ein breites Spektrum an Dienstleistungen beinhalten – angefangen bei niedrighschwelliger Unterstützung bis hin zu einer kontinuierlichen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Die Ausdifferenzierung von Angeboten in der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Versorgung ist in den letzten Jahren in vielen Regionen in Deutschland deutlich vorangeschritten. Zu nennen sind u. a. die Einrichtung von Pflegestützpunkten, der Ausbau ambulanter Wohnpflegegruppen, die Erweiterung niederschwelliger Angebote, Engagement in Nachbarschaftshilfen, wie auch die Stärkung der Kurzzeit- und Tagespflege und neue Konzepte für die ambulante Palliativversorgung. Allerdings stoßen diese Angebote auf ein typisches Problem des Gesundheits- und Sozialwesens: Sie stehen oft isoliert und unverbunden nebeneinander in einer für die Nutzer/innen unübersichtlichen Versorgungslandschaft und sind nicht systematisch am Bedarf und den Bedürfnissen der regionalen Bevölkerung und den Erfordernissen im Quartier ausgerichtet (Hämel et al. 2013).

Selbst dann, wenn es vor Ort zahlreiche Angebote gibt, ist es daher oft schwierig, ein passgenaues Hilfspaket zu schnüren – besonders für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Auch die Leistungserbringer und Kommunen sind vor Herausforderungen gestellt, denn durch die Zersplitterung sind zahlreiche Schnittstellenprobleme entstanden. Schnittstellenprobleme existieren besonders an den Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, doch ebenso zwischen pflegerischer, sozialer, gesundheitlicher und rehabilitativer Versorgung, die innovative, umfassende Versorgungskonzepte verhindern (SVR 2014). Hinzu kommt, dass die fragmentierte Angebotsentwicklung oft mit regionaler Fehlverteilung einhergeht, die längst nicht mehr allein die medizinische Versorgung, sondern auch vermehrt die pflegerische Versorgung charakterisiert (Hämel et al. 2013).

Vermehrt wird daher die zielgerichtete Entwicklung regional differenzierter, multiprofessioneller, sektorenübergreifender Versorgungsmodelle gefordert, die sensibel auf sozialräumliche Bedarfslagen reagieren. Als vielversprechend wird hier in den letzten Jahren besonders die Einrichtung von lokalen Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung diskutiert, die durch Bündelung von vorhandenen Ressourcen und Ansiedelung verschiedener Gesundheitsprofessionen und Versorgungsangebote unter einem Dach ein breites Bedarfsspektrum im Quartier abzudecken vermögen (Schaeffer et al. 2015; SVR 2014).

Solche Zentren aus der pflegerischen Langzeitversorgung heraus – konkret durch Weiterentwicklung stationärer Pflegeeinrichtungen zu Pflege- und Gesundheitszentren – zu entwickeln und diese als Säulen der quartiersnahen Versorgung aufzubauen, ist Intention des Modellverbands ‚Pflege stationär – Weiterdenken!‘

Ziele des Modellverbands ‚Pflege stationär – Weiterdenken!‘

Der von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW geförderte Modellverbund ‚Pflege stationär – Weiterdenken!‘ hat sich zur Aufgabe gestellt, sektorenübergreifende, multiprofessionelle Pflegezentren zu konzeptionieren, zu pilotieren und zu evaluieren:¹

Zielsetzung des Verbunds ist eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung älterer, chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Stadtteil durch Weiterentwicklung stationärer Pflegeeinrichtungen hin zu sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Pflegezentren. Die Zentren sollen ambulante und stationäre Angebote integrieren und verschiedene Dienstleistungen, Professionen und Angebotsformen unter einem Dach vereinen. Auf diese Weise sollen sie im Stadtteil eine umfassende Versorgung für ältere, chronisch kranke, hilfe- und pflegebedürftige Menschen leisten.

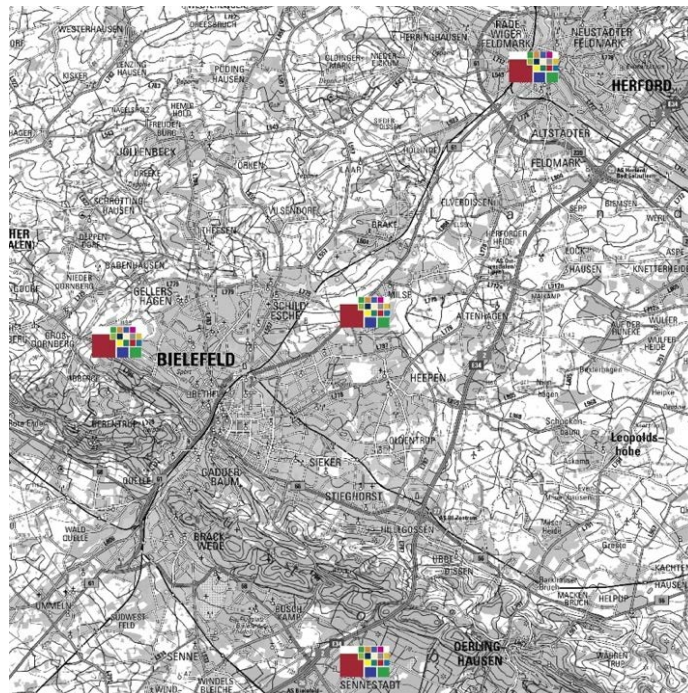
Entscheidend ist, dass die lokalen Pflegezentren auf die meist mehrdimensionalen, komplexen Gesundheitsprobleme der älteren Bevölkerung ausgerichtet sind und daher ein breites Angebotsspektrum vorhalten. Im Fokus stehen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, Information und Beratung rund um die Themen Alter, Gesundheit und Pflege, alltagsunterstützende und haushaltsnahe Dienste, ambulante pflegerische, medizinische und rehabilitative Angebote, Tages- und Kurzzeitpflege sowie stationäre Langzeitversorgung bei schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung. Dabei sollen die Zentren ihr Angebot populationsorientiert entwickeln, d. h. ausdrücklich sollen der Versorgungsbedarf wie auch die wirtschaftliche, kulturelle und soziale Vielfalt (Diversität) der Bevölkerung in den Quartieren bzw. Stadtteilen, in denen die Zentren situiert sind, berücksichtigt werden.

¹ Der Modellverbund wird im Rahmen der Förderlinie ‚Pflege Inklusiv‘ der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes NRW gefördert (Laufzeit Modellversuch 04/2016-03/2019). Träger und Antragssteller des Modellverbunds ist das Alters-Institut – Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik. Der Modellverbund wird geleitet von Dr. Frauke Schönberg. Die wissenschaftliche Evaluation wird als Teilprojekt des Verbunds an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft unter der Leitung von Prof. Dr. Kerstin Hämel und Prof. Dr. Doris Schaeffer durchgeführt (Laufzeit Evaluation: 04/2016-09/2019).

Ausgangsbasis für den Aufbau von Pflegezentren sind vier stationäre Pflegeeinrichtungen, die in vier unterschiedlichen Stadtteilen in Bielefeld (3) und Herford (1) angesiedelt sind:

- *Frieda-Nadig-Haus* in Bielefeld-Sennestadt
Träger: AWO Ostwestfalen-Lippe e.V.
- *Seniorenzentrum Baumheide* in Bielefeld-Heepen
Träger: AWO Ostwestfalen-Lippe e.V.
- *Pflegezentrum am Lohmannshof*, in Bielefeld-Dornberg
Träger: v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Stiftungsbereich Altenhilfe
- *Johannes-Haus* in Herford-Stadtmitte
Träger: Evangelisches Johanneswerk e.V.

Abbildung 1: Lage der Modellstandorte



Quelle: Geobasis NRW 2016 (Bearb. Universität Bielefeld)

Ziele und Vorgehen der Bedarfs- und Angebotsanalyse

Ziel der hier vorgelegten Bedarfs- und Angebotsanalyse ist es, die Bedarfs- und Angebotssituation in den Quartieren darzustellen und zu untersuchen und daraus erste Empfehlungen für eine nutzerorientierte, bedarfsgerechte Entwicklung der Zentren im Quartier/Stadtteil u. a. bezüglich Angebotsstruktur, Kooperationen und Zielgruppen abzuleiten, die die Einrichtungen für die Konzeptentwicklung und -umsetzung im Modellvorhaben nutzen können. Zugleich bietet die Analyse einen Ausgangspunkt für die spätere Evaluation der Pilotierung der Pflegezentren.

Mit der Bedarfs- und Angebotsanalyse soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Quartiere so vielfältig sind wie die Menschen, die in ihnen leben. Um nutzerorientierte und bedarfsgerechte Angebote im Pflegezentrum vorzuhalten, muss diese Vielfalt berücksichtigt werden. Daher ist wichtig zu schauen, wie die Bevölkerungsstruktur und die soziale und

gesundheitliche Situation der Einwohner/innen in den Quartieren ist, wer also dort lebt. Vor welche Probleme sind Nutzer/innen bzw. Angehörige gestellt, wenn sie chronisch krank, hilfe- und pflegebedürftig oder davon bedroht sind? Eine Versorgungseinrichtung ‚für das Quartier‘ richtet sich im Idealfall an die gesamte Bevölkerung im Quartier, sie steht allen offen. Um dies zu ermöglichen, müssen oft gerade jene, die besonders vulnerabel und schwer zu erreichen sind, z. B. ältere Menschen mit Migrationshintergrund, gezielt angesprochen und adressiert werden und die Themen des Quartiers und seiner Bevölkerung zu den Themen des Pflegezentrums gemacht werden (vgl. Hämel 2012).

Geleitet wurde die Analyse zudem durch den Aspekt, dass die Modelleinrichtungen nicht ‚bei Null‘ beginnen. Alle vier Heime existieren bereits und erweitern ihr Angebotsspektrum – dies in einem Umfeld, in dem andere Dienstleister existieren und Versorgungsleistungen übernehmen. Daher sollte nicht übersehen werden, dass es sowohl in Bielefeld wie auch in Herford, zahlreiche Initiativen und Anbieter gibt, die teilweise auch in den anvisierten Quartieren aktiv sind. Um Doppelstrukturen und Fehlversorgung zu vermeiden, ist zu prüfen, wie die bestehenden Angebote und Dienste berücksichtigt werden können und sollen. Empfehlen sich zur Erreichung der Modellziele eher Kooperationen mit anderen Anbietern oder ist der Aufbau eines eigenen, neuen Leistungsangebots in der Modelleinrichtung sinnvoll?

Ausgangspunkt der Bedarfs- und Angebotsanalyse waren folgende Fragen:

- Wie stellt sich jeweils die regionale demografische, sozioökonomische und gesundheitliche Situation dar?
- Welche Bedarfslagen und Versorgungsprobleme haben die Menschen im Quartier? Wie stellt sich die Versorgungssituation im Quartier dar? Erlaubt sie eine bedarfsgerechte und nutzerorientierte Versorgung? Welche Angebotslücken lassen sich identifizieren?
- Welche Konsequenzen erwachsen daraus für die Pflegezentren?
- Welche Nutzergruppen könnten bzw. sollten die Zentren adressieren?

Um die Situation in den vier Stadtteilen/Quartieren zu untersuchen, wurde ein mehrperspektivischer Zugriff im Sinne eines Community Health Assessment (Rhyne et al. 1998; Shuster 2012; WHO 2001) gewählt, in dem verschiedene Datenquellen und Methoden herangezogen und verzahnt wurden. Die Analyse erfolgte im Einzelnen auf der Basis der Auswertungen von Bevölkerungsdaten, die größtenteils von den kooperierenden Kommunen Bielefeld und Herford zur Verfügung gestellt wurden.² Zusätzlich wurden eigene Recherchen zum Angebotsspektrum und der Versorgungsdichte in den Quartieren durchgeführt.

² Der Stadt Bielefeld und der Hansestadt Herford sei an dieser Stelle herzlicher Dank ausgesprochen.

Um vertiefende Einblicke in die Bedarfs- und Problemlagen im Quartier zu erhalten, wurden auch kommunale Berichte und Dokumentationen, insbesondere jedoch leitfadengestützte Interviews mit Einwohner/inne/n der vier Quartiere als (potentielle) Nutzer/innen der Pflegezentren sowie mit Expert/inn/en im Bereich Pflege, Gesundheit, Soziales und Stadtentwicklung durchgeführt.

Im nachfolgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der Angebots- und Bedarfsanalyse ausführlich erläutert. Danach (Kap. 3) erfolgt eine vergleichende Übersicht der Modellstandorte und ihres Umfelds; sie verdeutlicht, wie unterschiedlich die Voraussetzungen in den Quartieren sind. Im Anschluss (Kap. 4-7) werden die Standorte jeweils in Form von ‚Standortportraits‘ eingehender betrachtet. Dabei folgt die Darstellung einem einheitlichen Aufbau: Nach einer Charakterisierung des Quartiers wird das Angebotsspektrum im Heim und im Quartier beschrieben. Dann werden die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews vorgestellt und Empfehlungen für die Ausrichtung des Pflegezentrums am jeweiligen Standort gegeben.

In Kapitel 8 folgt eine kurze Darstellung der Vorstellungen und Erwartungen der interviewten Personen zu sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Pflege- und Gesundheitszentren. Abschließend (Kap. 9) werden die in den Quartieren vorhandenen Potentiale zusammenfassend diskutiert und Anregungen für die konzeptionellen Möglichkeiten und geeignete Vorgehensweisen bei der Modellentwicklung und -erprobung gegeben. Der Bericht ist so angelegt, dass eine Lektüre als Ganzes, aber auch auszugsweise in Einzelkapiteln verständlich ist.

2. Methodisches Vorgehen

Für die Bedarfs- und Angebotsanalyse wurden verschiedene methodische Zugriffsweisen gewählt. Es wurden

1. verfügbare Daten zur demografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation in den vier Quartieren ausgewertet (2.2),
2. eine Recherche und Analyse von Angeboten in den Bereichen Pflege, Gesundheit und Soziales vorgenommen (2.3) und
3. leitfadengestützte Interviews mit Expert/inn/en und potentiellen Nutzer/inne/n der Pflegezentren in den Quartieren erhoben und analysiert (2.4).

2.1 Analyse der vier Quartiere

Ein Quartier kann als sozial-räumliche Einheit verstanden werden, die „[...] kleiner als ein (administrativ abgegrenzter) Stadtteil, aber durchaus vielfältiger sein kann als ein Wohngebiet, das planungsrechtlich nur dem Wohnzweck dient“ (Alisch 2002: 60). Ein Quartier bildet sich im Verständnis der Menschen und kann verschiedene Größenordnungen einnehmen – Zahlen zwischen 1.500 und 30.000 Einwohner/inne/n werden diskutiert (Kremer-Preiß 2010: 10; Kremer-Preiß/Stolarz 2005: 11; Michell-Auli 2011; Schnur 2008: 40). Für die Analyse von Quartieren wurden in den letzten Jahren einige Instrumente in der partizipativen Sozialforschung entwickelt (z. B. Quartiersbegehungen, weitergehend: Knopp/van Rießen 2014: 47), deren Anwendung jedoch zeitaufwändig ist. In der kurzen Zeit, die für die Analyse in diesem Projekt zur Verfügung stand, wurde versucht, die sozial-räumlich gewachsenen Strukturen annäherungsweise zu identifizieren. Informationsbasis waren die Interviews mit Quartierseinwohner/inne/n und Expert/inn/en und (nicht-systematische) Quartiersbegehungen. Die fußläufige Erreichbarkeit der Modellstandorte war ein generelles Kriterium.

Die Möglichkeiten einer kleinräumigen Analyse hängen maßgeblich vom verfügbaren Datenangebot ab. Kommunen gliedern Gebiete i. d. R. räumlich und hierarchisch unterhalb der Stadtebene in Stadtbezirke und statistische Bezirke. Bei den Stadtbezirken handelt es sich meist um geografisch eingegrenzte Verwaltungs- und Planungseinheiten, die jedoch deutlich weitläufiger als ein Quartier gefasst sind. Die statistischen Bezirke liegen unterhalb dieser Ebene und dienen der kleinräumigen statistischen Darstellung von Daten, sie entsprechen aber nicht generell einem Quartier als sozial-räumliche Einheit.

Die Quartiere in Bielefeld

Bielefeld ist in 10 Stadtbezirke und 92 statistische Bezirke unterteilt. Das Projekt orientierte sich an den jeweiligen statistischen Bezirken, in denen die Modellstandorte liegen – aber es wurden auch Anpassungen vorgenommen:

Baumheide: Das Seniorenzentrum Baumheide liegt im statistischen Bezirk ‚Baumheide und Halhof‘, der für die Bevölkerungsanalyse am Modellstandort übernommen wurde. Allerdings grenzt der statistische Bezirk das

Quartier Richtung Osten unscharf ab und im Nordosten wurde ein Wohngebiet, das zum Einzugsbiet der Modelleinrichtung zählen dürfte, nicht mit erfasst (vgl. Abb. 2).

Sennestadt: Die Modelleinrichtung Frieda-Nadig-Haus liegt am nördlichen Rand des vergleichsweise räumlich großen und bevölkerungsreichsten statistischen Bezirks im Sample, ‚Sennestadt, Sennestadt-Industriegebiet und Wachtruper Lohde‘ (vgl. Abb. 4). Für Sennestadt konnte zusätzlich – dank Unterstützung des Amtes für Demographie und Statistik der Stadt Bielefeld – eine Sonderauswertung für das nördliche Quartier um die Modelleinrichtung herum vorgenommen werden. Diese empfahl sich, weil das Quartier geografisch abgegrenzt liegt und sich im Norden des Stadtteils ein deutlich vom Süden (Stadtteilzentrum Sennestadts) unterscheidendes Angebotsbild zeigt (vgl. Abb. 3).

Lohmannshof: Für den Modellstandort Lohmannshof wurden zwei statistische Bezirke – Pappelkrug und Wellensiek – zusammen betrachtet. Das Pflegezentrum am Lohmannshof liegt zwar im statistischen Bezirk Pappelkrug, doch der Wellensiek kann zum fußläufigen Einzugsgebiet des Pflegezentrums Lohmannshof gezählt werden (vgl. Abb. 6).

Das Quartier Herford Zentrum

Für die Stadt Herford haben die Stabsstelle Sozialplanung und die Fachplanung Seniorenarbeit im Jahr 2004 auf der Basis von sozial-räumlichen Indikatoren die Stadtbezirke neu geordnet. Die insgesamt 15 Stadtbezirke stellen seither Quartiere dar, die sich an den realen Bezugspunkten der Menschen orientieren. Zur sozial-räumlichen Abgrenzung wurden u. a. folgende Aspekte berücksichtigt: Verkehrsanbindung, Versorgung, Dienstleistungsangebote, Bezugspunkte und Freizeitangebote. Um diese Aspekte zu erfassen wurde u. a. auch eine qualitative Befragung durchgeführt (Hartmann-Rohlf und andere Akteure 2011; Hartmann-Rohlf 2014: 7). Im Rahmen des Projekts wurde das Quartier Herford Zentrum betrachtet, in dem das Johannes-Haus liegt (vgl. Abb. 7).³

2.2 Bevölkerungsstrukturanalyse

Auf der Basis der verfügbaren Daten zur Bevölkerungsstruktur in den vier Quartieren erfolgte eine erste Einschätzung des Versorgungsbedarfs und Beschreibung prägnanter Zielgruppen (z. B. allein lebende Ältere, Menschen mit Migrationshintergrund). Die dafür benötigten Datenzugänge wurden seitens der kommunalen Kooperationspartner bereitgestellt. Weitere Datenquellen stellten (kommunale) Berichte, Online-Datenbanken sowie verfügbare Statistiken dar. Alle Suchschritte wurden dokumentiert, die gewonnenen Daten archiviert, aufbereitet und für den Standortvergleich (Kap. 3) und die Standortportraits (Kap. 4-7) genutzt.

Demografische und sozio-ökonomische Daten: Für die statistischen Bezirke/Quartiere liegen teils Daten zur Altersstruktur, Haushaltsgröße, Fami-

³ Demgegenüber wurden die statistischen Bezirke in Herford, die noch unterhalb dieser Gliederungseinheit ‚Quartier‘ räumliche Unterteilungen ermöglichen, aufgrund ihrer geringen Größe im Projekt nicht weiter berücksichtigt.

lienstand, Migrationshintergrund, Ausländeranteil vor, die durch das Einwohnermelderegister erhoben werden. Die Kreisstadt Herford organisiert Daten dezentral in verschiedenen Abteilungen. Die Stadt Bielefeld sammelt Daten zentral über das Amt für Demographie und Statistik. Das Bielefelder Amt erhebt umfassend Daten; für Herford stehen diese teilweise nicht zur Verfügung (hierzu zählt die Haushaltsstatistik, Migrationsstatistik und Statistiken zur Grundsicherung im Alter).

Pflegebezogene und gesundheitsbezogene Daten: Öffentlich zugängliche Daten der Pflegestatistik, z. B. Anzahl und Anteil von Pflegebedürftigen, Pflegequoten der Altersgruppen und Versorgungsform (stationär, ambulant) werden nur für kreisfreie Städte und Kreise aufbereitet. Der Zugang zu Daten aus der Pflegestatistik auf Postleitzahlebene wurde geprüft. Allerdings sind die Fallzahlen für valide Aussagen zu gering und die Postleitzahlenbereiche sind als Gebietszuschnitte ungünstig, da sie weder dem statistischen Bezirk noch dem Stadtbezirk entsprechen. Stattdessen wurde auf der Grundlage der kommunalen Pflegequoten die Anzahl an Pflegebedürftigen für die vier Quartiere anhand von Altersgruppengrößen berechnet. Datenhalter weiterer gesundheitsbezogener Daten auf kleinräumiger Ebene sind die Krankenkassen, mit denen Vorgespräche geführt wurden, um verfügbare Daten und ihre Aussagekraft für die Analyse zu prüfen. Der Zugang zu kleinräumigen Daten erwies sich als schwierig: (a) Datenzugänge konnten, z. B. aus Datenschutzgründen, nicht gewährt werden oder hätten z. T. ein halbes Jahr an Vorlaufzeit benötigt. (b) Nur wenige Daten lagen auf kleinräumiger Ebene vor und das Verhältnis von Aufwand zu Aussagekraft (unter Berücksichtigung der Fehleranfälligkeit) wäre hier nicht gerechtfertigt gewesen. (c) Die i. d. R. verfügbare Ebene der Postleitzahlen weist kaum Bezug zu den Modellquartieren auf.

Auch die Kommunen haben teilweise gesundheitliche Daten. Für Bielefeld wurden Daten der Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsbericht Kinder (Stadt Bielefeld 2013) aufbereitet, die zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im Quartier einbezogen wurden. Zudem hat die Stadt Bielefeld in den Jahren 1999 und 2008 einen Gesundheitssurvey durchgeführt (Stadt Bielefeld 2009) und sich im Jahr 2015 an einer Befragung zur Lebensqualität der Generation 55plus im Rahmen des europäischen KOSIS-Projekts ‚Aktives Altern‘ beteiligt (Stadt Bielefeld 2017). Diese Studien sind zwar nur für die Ebene der Stadtbezirke aussagekräftig, aber für eine erste vergleichende Standortübersicht hilfreich (Kap. 3).

Insgesamt ist festzuhalten, dass für die kreisfreie Stadt Bielefeld auf kleinräumiger Ebene bessere Daten verfügbar sind als für die Kreisstadt Herford. Dennoch gilt für beide Städte – wie generell für die Kommunen in Deutschland – dass die kleinräumige Datenlage für Planungs- und Analyseschritte im Bereich Gesundheit und Pflege wenig zufriedenstellend ist (Amonn et al. 2008; Hämel et al. 2013).

2.3 Angebotsanalyse in den Quartieren

Um die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Versorgungseinrichtungen in den vier Quartieren zu eruieren, wurde eine Analyse bestehender Angebote vorgenommen. Hierzu wurden die Einrichtungen und Angebote in den vier Quartieren ermittelt und auf Karten visualisiert. Zudem wurden Indikatoren der Angebotsdichte berechnet. Im Fokus der Analyse stand die Frage, ob die für ältere, hilfebedürftige und chronisch kranke Menschen wesentlichen Versorgungseinrichtungen und Angebote im Stadtteil vertreten sind, ob sie gut erreichbar (im Quartier räumlich verteilt) sind und, ob sich eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung in einem Versorgungsbereich abzeichnet.

Die Recherche konzentrierte sich auf *Einrichtungen und Angebote in den Bereichen Pflege, Gesundheit und Soziales*, die Eckpfeiler für eine quartiersnahe und bedarfsgerechte Versorgung chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen und damit auch zentral für die Angebotsentwicklung in den Pflegezentren sind. Anhand dieser Orientierung wurde eine systematische Recherche nach einem vorab festgelegten Ablauf durchgeführt. Zunächst wurden öffentlich zugängliche Datenbanken abgefragt, dann erfolgten gezielte Recherchen für die Validierung: Zum einen wurde über Gelbe Seiten und/oder individuelle Telefonate mit den Einrichtungen die tatsächliche Verfügbarkeit der Angebote geprüft. Zum anderen wurde die Recherche mittels Quartiersbegehungen im Rahmen eines Projektseminars von Studierenden der Fakultät für Gesundheitswissenschaften validiert.⁴ Außerdem wurden die Interviewpartner/innen nach bekannten Einrichtungen und Angeboten gefragt. Jede Suchabfrage wurde dokumentiert.⁵

- *Pflegerische Versorgung*: Die Recherche umfasste ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, stationäre Kurzzeit- und Langzeitpflegeplätze sowie Pflegewohngruppen, Pflegeberatung und spezielle Angebote der Palliativpflege und Hospizdienste. Die Recherche erfolgte wesentlich über die Onlineauftritte und Datenbanken der Städte (Pflege-Informationssystem-Online Bielefeld, Anbieterverzeichnisse der Stadt Herford). Zudem wurde eingehender das Angebotsspektrum der beteiligten Modelleinrichtungen erfragt.
- *Gesundheitliche Versorgung*: Hausarzt-, Zahnarzt- und Facharztpraxen in den Quartieren wurden über die Datenbanken der Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen über Informationsseiten der Kommunen ermittelt. Praxen von Physio-, Ergo-

⁴ Studentisches Praxisprojekt ‚Gut leben und versorgt sein im Quartier‘ des Bachelorstudiengangs ‚Health Communication‘. Aufgabe der Studierenden war das „Aufsuchen“ und Bestätigen von Einrichtungen vor Ort in einem Radius von 500 m um die Modelleinrichtungen. Darüber hinaus notierten die Studierenden subjektive Eindrücke zur Umgebung (z. B. zur Siedlungsstruktur, Barrierefreiheit, Verschmutzung und Abfall, Lärm und Ruhe oder Freizeit und Erholung), die ebenfalls hilfreich für die Entwicklung der Standortportraits waren (Kap 4-7).

⁵ Zusätzlich wurden auch Einrichtungen und Angebote, die nicht innerhalb der Quartiere liegen, aber durch eine gute Erreichbarkeit für die Versorgung von Bedeutung sind, aufgenommen. Im Einzelfall wurde die Relevanz eines Angebots für das Quartier sorgfältig geprüft.

, Logo- und Psychotherapeuten wurden vorrangig über Adressverzeichnisse der Berufsverbände geprüft. Die Informationsseiten der Kommunen, aber auch allgemeine Suchportale dienten der Recherche nach präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten wie z. B. Gesundheitssport.

- *Soziale und weitere Angebote:* Hierunter fallen Angebote, die sich speziell an ältere Menschen im Stadtteil richten, u. a. Freizeit- und Kulturangebote, Bildungsangebote, Mittagstische, betreutes Wohnen und organisierte Seniorengruppen. Zusätzlich wurden hier Beratungsangebote, die für chronisch kranke, hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen relevant sein können, aufgenommen. Die Ausgangsrecherche erfolgte durch Sichtung der kommunalen Wegweiser/Broschüren für Senioren, in Telefonverzeichnissen und Onlinesuchmaschinen. Aber auch Angebote, die in Gesprächen und Interviews angesprochen wurden, wurden hier aufgenommen. Gerade in diesem Angebotsbereich ist möglich, dass die Angebote nicht vollständig erfasst werden konnten.

Alle identifizierten Einrichtungen und Angebote wurden mithilfe des Programmes QGIS (Geographisches Informationssystem) auf Karten visualisiert. Die Karten wurden freundlicherweise vom Amt für Geoinformation und Kataster der Stadt Bielefeld, von Geobasis NRW und dem Katasteramt in Herford, für dieses Projekt bereitgestellt.

Abschließend wurden Indikatoren der Angebotsdichte in den vier Quartieren gebildet: Berechnet wurde die Dichte von Leistungsanbietern bezogen auf die Bevölkerungszahl im Quartier: Hausärzte je 1.000 Einwohner, vollstationäre Pflegeplätze und Tagespflegeplätze je 100 Einwohner ab 65 Jahren und ab 80 Jahren und Therapeuten je 1.000 Einwohner. Um die Anzahl an Beschäftigten pro Praxis und die Anzahl an stationären und Tagespflegeplätzen zu validieren, wurden die Anbieter telefonisch kontaktiert. Auf Limitationen dieser Methodik ist hinzuweisen. Die Stellenanteile der Beschäftigten blieben bei der Indikatorenbildung unberücksichtigt. Zudem wurden nur Einrichtungen und Angebote innerhalb der Grenzen der Quartiere berücksichtigt, Randlagen, obgleich relevant durch eine Mitversorgerfunktion, wurden nicht hinzugerechnet.

2.4 Interviews mit Expert/inn/en und potentiellen Nutzer/inne/n

Die Bevölkerungsstruktur- und die Angebotsanalyse geben einen Überblick über die Bedarfs- und Angebotssituation in den vier Quartieren. Leitfadengestützte Interviews mit Expert/inn/en und Nutzer/inne/n ermöglichen ein tiefergehendes Verständnis für konkrete Problemlagen und die Bedeutung der Angebote in den Quartieren.

Auswahl und Ansprache der Interviewteilnehmer/innen

Als *Expert/inn/en* wurden Schlüsselpersonen in Kommune und Quartier (professionelle Akteure) angesprochen, die Auskünfte zur Bedarfs- und Angebotssituation in den vier Quartieren geben können (weiterführend zum Expertenbegriff: Meuser/Nagel 1991). Bei der Auswahl wurde auf eine gleichmäßige Verteilung der Expertise in den Bereichen Pflege, Gesundheit und Soziales geachtet. Die Ansprache erfolgte nach dem Schneeballprinzip, d. h. Interviewteilnehmer/innen wurden nach weiteren Schlüsselpersonen

und wichtigen Einrichtungen im Quartier befragt. Allen angesprochenen Expert/inn/en war freigestellt, weitere Personen zum Interview hinzuzuziehen.

Insgesamt wurden 21 Interviews mit 24 Expert/inn/en durchgeführt. Fünf Interviews waren auf eine übergeordnete, quartiersvergleichende Perspektive fokussiert, die anderen 16 Interviews auf je eines der Quartiere. Unter den Interviewpartner/inne/n hatten elf Personen Schwerpunktwissen im Bereich Pflege, sechs Personen im Bereich Gesundheit/Medizin, zehn Personen im Bereich Soziales und acht Personen in der Stadtentwicklung (siehe Tab. 1). Letztendlich blieben Expert/inn/en aus dem Bereich der medizinisch-gesundheitlichen Versorgung im Sample trotz vermehrter Ansprache unterrepräsentiert. Die Interviews wurden von Mitte Mai bis Mitte August 2016 geführt und hatten eine Dauer von ca. 35 bis 100 Minuten.

Tabelle 1: Expertisen und Schwerpunktthemen in den Experteninterviews

Expertise	Pflege	Gesundheit	Soziales	Stadtentwicklung
	(x)		x	(x)
Übergeordnet (5 Interviews)		x		
		x		
				x
	x		(x)	(x)
Baumheide (4 Interviews)	x			
			x	(x)
			x	(x)
	x	(x)		
Sennestadt (4 Interviews)	x			
			x	
	x	(x)		
Lohmannshof (4 Interviews)			x	
	x			
	x	(x)		
Herford Zentrum (4 Interviews)	(x)		x	(x)
	x			
			x	(x)
	x	(x)		

Als *potentielle Nutzer/innen* wurden Menschen im Stadtteil interviewt, die aufgrund von Alter, chronischer Krankheit bzw. Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit oder als pflegende bzw. sorgende⁶ Angehörige Erfahrungen mit der Versorgung im Quartier haben. Die Interviewpartner sollten unterschiedliche Bedarfsintensitäten aufweisen und auch die sozioökonomische und kulturelle Diversität der jeweiligen Quartiere abbilden. Zudem sollten sie im näheren Umfeld, möglichst im 800 m Radius des Modellstandorts wohnen.

Die Ansprache erfolgte über Schlüsselpersonen im Stadtteil, z. B. Gemeindevorstände, Vertreter/innen von Vereinen sowie Beschäftigte der Modelleinrichtungen. Auch wurden Aufrufe zur Teilnahme an frequentierten Orten im Quartier (z. B. Hausarztpraxen) ausgehängt (vgl. Anhang 1). Schwierigkeiten bereitete der Zugang zu Pflegebedürftigen und zu älteren Menschen mit Migrationshintergrund – eine keineswegs seltene Erfahrung (Fröba 2014: 97; Tezcan-Güntekin et al. 2015: 5).⁷ Um die Perspektiven beider Gruppen berücksichtigen zu können, wurden vermehrt pflegende Angehörige für ein Interview angesprochen und verstärkt Schlüsselpersonen um Vermittlung für den Zugang zu Migrantenmilieus gebeten.

Insgesamt wurden 20 Interviews mit 27 Personen geführt. Der Zeitraum der Interviewerhebung erstreckte sich von Ende Juli bis Anfang Oktober 2016. Die Interviews hatten eine Dauer von rund 40 bis 100 Minuten. Neun Interviews erfolgten mit pflegenden oder sorgenden Angehörigen, elf Interviews mit Nutzer/inne/n, die über Versorgungserfahrungen im Quartier verfügen. Von den insgesamt 27 interviewten Personen nutzen zehn Personen Angebote der jeweiligen Modelleinrichtung in ihrem Quartier. In acht der insgesamt 20 Interviews lagen Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit vor.

Generell spiegelt das Sample die Verteilung Frauen zu Männern entsprechend dem höheren Frauenanteil im Alter wieder. Für Herford bleibt die Perspektive der Männer unterrepräsentiert, da nur ein Mann interviewt werden konnte. Auch Menschen mit einem Migrationshintergrund sind im Sample unterrepräsentiert, besonders für Sennestadt. Die Struktur des Samples ist in Tabelle 2 dargestellt.

⁶ Sorgende und pflegende Angehörige werden hier unterschieden. Pflegende Angehörige versorgen eine pflegebedürftige Person nach SGB XI. Sorgende Angehörige sind Personen, die einen Angehörigen aufgrund von Krankheit oder funktionaler Einschränkungen im Alltag regelmäßig unterstützen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhält oder stationärer Versorgung.

⁷ Lediglich in Baumheide konnte die kulturelle und soziale Diversität im Rahmen der Interviews annähernd abgebildet werden, in Sennestadt gelang dies nicht.

Tabelle 2: Interviewte Nutzer/innen

	Perspektive (*Migrations- hintergrund)	Alter	Haushalts- und Unterstützungssituation
Baumheide			
1	Sorgender Angehöriger*	82	Gemeinsamer Haushalt mit unterstützungsbedürftiger Ehefrau
2	Nutzerin	81	Allein lebend und weitgehend selbstständig
3	Pflegende Angehörige*	65	Gemeinsamer Haushalt mit Ehemann und pflegebedürftigen Angehörigen
4	Sorgende Angehörige	75	Allein lebend und weitgehend selbstständig, Partner pflegebedürftig in stationärer Versorgung
5	Nutzer	88	Allein lebend und weitgehend selbstständig
6	5 Nutzer*	65-70	Divers
Sennestadt			
1	Nutzer	79	Gemeinsamer Haushalt mit Ehefrau und weitgehend selbstständig
2	Nutzer	86	Gemeinsamer Haushalt mit Ehefrau und weitgehend selbstständig
3	Nutzerin	88	Allein lebend und weitgehend selbstständig
4	Sorgender Angehöriger	84	Gemeinsamer Haushalt mit unterstützungsbedürftiger Ehefrau
5	Sorgende Angehörige	51	Gemeinsamer Haushalt mit dem Ehemann, pflegebedürftiger Vater in stationärer Versorgung
Lohmannshof			
1	Nutzerin	84	Allein lebend und weitgehend selbstständig
2	Nutzer	74	Gemeinsamer Haushalt mit Ehefrau, Nutzer mit kurzzeitigem Pflegebedarf
3	Nutzer, Ehepaar	76 77	Gemeinsamer Haushalt, beide weitgehend selbstständig
4	Sorgende Angehörige, Ehepaar	62 62	Gemeinsamer Haushalt mit hilfebedürftigem Angehörigen, frühere Erfahrung mit der Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen
Herford			
1	Nutzerin	59	Allein lebend, leichter Unterstützungsbedarf im Alltag
2	Nutzerin	82	Allein lebend und weitgehend selbstständig
3	Sorgender Angehöriger	73	Allein lebend und weitgehend selbstständig, pflegebedürftige Ehefrau in stationärer Versorgung
4	Pflegende Angehörige	43	Gemeinsamer Haushalt mit pflegebedürftigem Vater
5	Pflegende Angehörige (Mutter und Tochter)	78 49	Gemeinsamer Haushalt mit pflegebedürftigem Vater

Konzeption der Interviewleitfäden

Die Interviewleitfäden für die Expert/inn/en und für die Nutzer/innen waren ähnlich aufgebaut, um eine Integration der unterschiedlichen Perspektiven auf ausgewählte Themenbereiche zu ermöglichen. Gemeinsame Themenbereiche waren (vgl. Anhang 2):

- Allgemeine Wahrnehmung und Prägung des Quartiers,
- individuell geprägte Sicht der Nutzer/innen und allgemeine Einschätzung von Expert/inn/en auf den Versorgungsbedarf im Quartier,
- Wahrnehmung und Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Angebotssituationen im Quartier, sowie
- Sichtweisen und Wünsche zu einem Pflege- und Gesundheitszentrum als Anlaufstelle im Quartier.

Ergänzend wurden die Nutzer/innen nach eigenen Versorgungserfahrungen im Quartier gefragt. Bei den Experteninterviews standen ergänzend vergleichende Einschätzungen der Standorte sowie Fragen zur Vernetzung der verschiedenen Anbieter im Quartier im Fokus.

Pre-Tests dienten der Testung der Leitfäden. Die Leitfragen wurden anschließend angepasst und gefundene Unklarheiten der Frageformulierung überarbeitet. Zudem wurden die Interviewleitfäden im Forschungsteam regelmäßig diskutiert, bis ein Konsens über die inhaltliche und sprachliche Orientierung erreicht wurde. Schon in den Pre-Tests fiel auf, wie schwer es den Nutzer/innen fiel, über ihre Versorgungswünsche und Vorstellungen für ein ‚gelingendes Alter(n) in ihrem Quartier‘ zu sprechen. Trotz Weiterentwicklung des Leitfadens und der Interviewtechniken, sprachen nur wenige Interviewte intensiv über diese Aspekte.

Aufbereitung und Auswertung der Interviews

Alle Interviews wurden mittels eines Diktiergeräts aufgezeichnet, transkribiert⁸ und anonymisiert⁹. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch und computergestützt mittels MAXQDA (Gläser/Laudel 2004; Meuser/Nagel 1991). Dafür wurden die Textabschnitte inhaltsbezogenen Kategorien zugeordnet. Die Transkripte wurden zunächst entlang der Leitfadenthemen grob kategorisiert. Anschließend wurden Unterkategorien auf der Basis der angesprochenen Themen identifiziert und das gesamte Textmaterial abschließend nach einem Kategorienbaum differenziert strukturiert. Die Auswertung zielte v. a. darauf ab, Bedarfslagen, Herausforderungen und Wünsche für die Versorgung im Quartier zu identifizieren, die Anknüpfungspunkte für die Pflege- und Gesundheitszentren bieten. Eine intensive Interpretation der Aussagen wurde zugunsten einer Identifizierung dieser Themen zurückgestellt.

⁸ Die Transkription erfolgte mithilfe von Easytranscript in Anlehnung an das sog. einfache Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2013: 20ff.). Verzichtet wurde bspw. auf die Verschriftlichung von non-verbalen Äußerungen.

⁹ Die Anonymisierung erfolgte gemäß §3 Abs. 7 des Datenschutzgesetzes Nordrhein-Westfalen.

Die Auswertung erfolgte zudem primär quartiersbezogen. Dazu wurde das Interviewmaterial fortlaufend unter Quartiersgesichtspunkten geprüft mit dem Ziel, erste Thesen zur Situation und den Erfahrungen in den Quartieren zu bilden.¹⁰ Vorstellungen und Erwartungen der Interviewpartner/innen zu einem Pflege- und Gesundheitszentrum als Anlaufstelle im Quartier wurden quartiersübergreifend ausgewertet (vgl. Kap. 8). Insgesamt war es durch die gemeinsame und kontrastierende Betrachtung der Perspektiven von Expert/inn/en und Nutzer/inne/n möglich, eine in wechselseitiger Überprüfung konsentiertere, möglichst realitätsnahe Abbildung der Sichtweisen der Akteure auf die Situation in den Quartieren zu geben.

Die Durchführung der Interviews wurde auf ethische Unbedenklichkeit nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie durch die Ethik-Kommission der Universität Bielefeld geprüft. Das Vorgehen wurde für beide Gruppen als unbedenklich eingestuft.

¹⁰ Neben den Interviews fanden auch zahlreiche Kurzgespräche mit Expert/inn/en statt, in denen konkrete Rückfragen gestellt wurden. Die Ergebnisse wurden in Gesprächsprotokollen festgehalten. Soweit Aussagen daraus im Text zitiert wurden, sind sie kenntlich gemacht durch „T“.

3. Die Quartiere und Standorte im Überblick

Zu den Modellzielen gehört, die Pflege- und Gesundheitszentren am Bedarf der Bevölkerung in den Quartieren auszurichten. Bevor die Situation der einzelnen Standorte (Kap. 4-7) betrachtet wird, erfolgt zunächst ein erster vergleichender Überblick.

Anteile älterer Menschen

Gemeinsam ist allen vier Quartieren, dass sie sich durch einen hohen und zunehmenden Anteil älterer und hochaltriger Menschen auszeichnen. Bei einem Vergleich werden allerdings auch Unterschiede sichtbar (siehe auch Tab. 4): In Sennestadt ist der Anteil von Menschen ab 65 Jahren mit Abstand am höchsten (27,2 %), gefolgt von Herford Zentrum (23,8 %) und Baumheide (21,3 %). An allen drei Standorten liegen die Anteile über dem Bielefelder (20,1 %) und dem Herforder Durchschnitt (21,0 %). Am Lohmannshof ist mit 19,4 % der Anteil der ab 65-Jährigen am geringsten. Die gleiche Rangfolge ergibt sich auch bei den hochaltrigen Einwohner/innen (ab 80-Jährige). Ihr Bevölkerungsanteil liegt in Sennestadt (auch im nördlichen Quartier) mit rund 10 % fast doppelt so hoch wie im Lohmannshof (5,3 %). Für den Modellstandort Herford ist interessant, dass dort der Anteil älterer und hochaltriger Menschen höher als in der Gesamtstadt ist.

In der Stadt Bielefeld wird die Zahl der ab 80-Jährigen bis zum Jahr 2025 um mehr als 20 % ansteigen (Stadt Bielefeld 2015a, Bezugsjahr 2014). Im Kreis Herford fällt der Anstieg etwas moderater aus, doch sind auch hier +18,9 % prognostiziert (ISG, 2016, S. 62; Bezugsjahr: 2014). Die neuesten Vorausberechnungen aus dem Altenbericht 2016 (Stadt Bielefeld Altenhilfepfanung, i. E., S. 17) bis zum Jahr 2035 zeigen deutliche Unterschiede der regionalen Entwicklung: Danach wird für Heepen (einschließlich Baumheide) mit einem Anstieg der Zahl der ab 80-Jährigen um 21,2 % und für Dornberg (Lohmannshof) um 16,7 % erwartet (Bezugsjahr: 2016). Für den Stadtbezirk Sennestadt wird hingegen eine Abnahme der Zahl um 3,2 % angenommen.

Pflegebedürftigkeit

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Anzahl an Personen die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Verlässliche kleinräumige Daten zur Verteilung pflegebedürftiger Menschen in den Quartieren (und generell unterhalb der Stadt- bzw. Kreisebene) liegen jedoch nicht vor. Nach einer Bevölkerungsbefragung in der Stadt Bielefeld aus dem Jahr 2008 lebt in 6,5 bis 7,0 %¹¹ der Haushalte in den Stadtbezirken der drei Bielefelder Modellstandorte eine pflegebedürftige Person (Stadt Bielefeld 2009, zugehöriger Datensatz). Hochgerechnet auf die drei Quartiere wären das 241 Haushalte mit pflegebedürftiger Person in Baumheide, 372 in Sennestadt und 176 am Lohmannshof.¹²

¹¹ Heepen (einschließlich Baumheide): 7,0 %, Sennestadt (Stadtbezirk): 6,8 %; Dornberg (einschließlich Lohmannshof): 6,5 %.

¹² Anzahl an Haushalten (2015) x Anteil Haushalte in den Stadtbezirken mit pflegebedürftiger Person (2008) / 100.

Auch anhand von regionalen Pflegequoten¹³ kann eine Schätzwertrechnung vorgenommen werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt. Vergleicht man die Ergebnisse der unterschiedlichen Berechnungen, so scheint die Zahl pflegebedürftiger Personen auf Basis der Bielefelder Gesundheitsbefragung überschätzt, denn dort wurden stationär versorgte pflegebedürftige Menschen nicht einbezogen.

Tabelle 3: Schätzung pflegebedürftige Menschen in den Quartieren in 2015

	Bevölkerung [a], [b], [c]	Schätzwerte pflegebedürftige Menschen*			
		Insgesamt [d], [e]	Häusliche Pflege		Stationäre Pflege (verfügbare vollstationäre Plätze im Quartier)
davon Pflegegeld	davon Pflegesachleistung				
Baumheide	7.773	249	105	77	67 (105)
Senne-stadt	11.248	360	151	112	97 (245)
Quartier Senne-stadt Nord	3.962	127	53	40	34 (113)
Loh-mannshof	5.241	168	71	52	45 (76)
Herford Zentrum	7.980	247	111	64	72 (88)

Anzahl der Einwohner/innen im Quartier (2015) x jeweilige Quoten für 2013 auf regionaler Ebene / 100; Pflegequoten der Pflegestatistik 2013: Stadt Bielefeld: 3,2, Kreis Herford: 3,1. Eigene Berechnungen auf der Grundlage von: [a] Bi Statistik interaktiv 2016; [b] Stadt Herford 2016a, Stand: Mitte 2015; [c] Stadt Bielefeld 2016a, Stand: 31.12.2015; [d] Stadt Bielefeld Altenhilfeplanung 2016; [e] ISG 2016.

Die in Tabelle 3 genannten Schätzwerte auf Basis der Pflegequoten berücksichtigen wiederum die unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung in den Quartieren nicht. Diese zu berücksichtigen wäre aber deshalb wichtig, weil das Alter der stärkste Prädiktor von Pflegebedürftigkeit ist. Für Senne-stadt ist demnach, gefolgt von Herford Zentrum und Baumheide, eher eine höhere Anzahl pflegebedürftiger Menschen zu vermuten. Am Lohmannshof hingegen ist ein geringerer Pflegebedarf anzunehmen. Insgesamt ist in den nächsten Jahren durch den fortschreitenden demografischen Wandel in allen Quartieren von einer Zunahme der Personen mit Pflege- und Hilfebedarf auszugehen (ISG 2016; Stadt Bielefeld Altenhilfeplanung 2016).

In Bielefeld werden 73 % der pflegebedürftigen Menschen zu Hause (42 % Pflegegeldempfänger, 31 % Pflegesachleistungsempfänger) versorgt. 27 % werden stationär versorgt (vgl. Stadt Bielefeld Altenhilfeplanung 2016: 8f). Im Kreis Herford liegt der Anteil der stationär Versorgten etwas höher bei 29 %, die Zahl ambulant versorgter pflegebedürftiger Menschen liegt bei 71 % (Pflegegeld 45 %, Pflegesachleistung 26 %) (ISG 2016: 23).

¹³ Pflegequoten beschreiben den Anteil an pflegebedürftigen Menschen an der Bevölkerung in Prozent (Statistisches Bundesamt 2015).

Legt man die Verteilung der Leistungsarten zugrunde, würden hochgerechnet in Baumheide 67 Personen, in Sennestadt 97, im Quartier Sennestadt-Nord 34, am Lohmannshof 45 und in Herford Zentrum 72 Personen stationär versorgt. In Tabelle 3 ist zum Vergleich (in Klammern) die Zahl der verfügbaren vollstationären Pflegeplätze in den Quartieren genannt. Es wird deutlich, dass in kleinräumiger Perspektive die geschaffenen Kapazitäten in den Quartieren deutlich den Bedarf der ‚ansässigen Quartiersbevölkerung‘ übersteigen.

Allein lebende ältere Menschen

Allein lebende ältere Menschen sind eine besonders vulnerable Gruppe. Da sie über meist geringere private Unterstützungsressourcen verfügen, stoßen sie häufiger auf Versorgungslücken und haben bei Pflegebedürftigkeit ein höheres Risiko für einen Übertritt ins Pflegeheim (Häcker/Raffelhüschen 2007: 394; SVR 2014). Ein Vergleich der Bielefelder Quartiere¹⁴ zeigt, dass besonders in Sennestadt überdurchschnittlich viele ältere Menschen allein leben, während im Lohmannshof der Anteil der allein lebenden Älteren auch gegenüber dem gesamtstädtischen Anteil deutlich geringer ist.

Bei den ab 80-Jährigen stellt sich der Anteil Alleinlebender in absteigender Reihenfolge folgendermaßen dar: Sennestadt (40,9 %), Baumheide (33,9 %), Lohmannshof (27,9 %). Der Anteil allein lebender älterer Frauen ist erwartungsgemäß erheblich höher und liegt an allen Standorten deutlich über 67 % (Stadt Bielefeld 2016b).

Sozioökonomische Situation

Der sozioökonomische Status und die gesundheitliche Situation der Bevölkerung stehen in einem engen Zusammenhang. Demnach ist die Krankheitslast bei Personen mit geringem sozioökonomischen Status höher, chronische Krankheiten und auch Pflegebedürftigkeit treten bereits in früheren Lebensphasen gehäuft auf (Borchert/Rothgang 2008; Lampert et al. 2013; Lampert et al. 2016). Daher ist die Betrachtung der sozioökonomischen Situation der Menschen in den verschiedenen Stadtteilen für eine Bedarfsabschätzung relevant. Auf Ebene der *Stadtbezirke* deuten sich bereits sozioökonomische Unterschiede an. So liegt in Dornberg der Anteil der Haushalte mit hohem Haushaltsnettoeinkommen deutlich über dem in Heepen oder Sennestadt (Stadt Bielefeld 2017: 12). Als Sozialindikatoren können für die *Quartiere* die Arbeitslosenquote und die Transferleistungsquote herangezogen werden. Arbeitslosigkeit ist besonders in Baumheide mit 13,8 % und Herford Zentrum mit 13,7 % verbreitet. Beide Quartiere liegen deutlich über den städtischen Durchschnittswerten (Bielefeld 7,1 %, Herford 8,4 %). Auch die Transferleistungsquoten deuten darauf, dass in Baumheide gefolgt von Herford Zentrum, die sozioökonomische Situation schwieriger ist (siehe Tab. 4).

Der Anteil an älteren Menschen, die Grundsicherung beziehen, liegt in Baumheide mit 13,2 % sogar um das Dreifache höher als in den anderen Bielefelder Quartieren und im gesamtstädtischen Durchschnitt (Bielefeld

¹⁴ Die Stadt Herford verfügt über keine Daten zur Wohnsituation älterer und hochaltriger Menschen. Das Herforder Modellquartier konnte aus diesem Grund hier nicht berücksichtigt werden.

4,2 %). Für Herford liegen hierzu keine Daten vor. Im Lohmannshof ist der Anteil an Arbeitslosen und Transferleistungsempfänger/inne/n am niedrigsten und auch unter dem Bielefelder Durchschnittswert.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehören generell zu den schwer zu erreichenden Gruppen, auch wenn es um Pflege geht. Deshalb sollte ihnen bei der Entwicklung von Versorgungskonzepten besondere Beachtung geschenkt werden. Dies nicht nur, weil immer mehr ältere Menschen einen Migrationshintergrund aufweisen, sondern auch, weil sie teils andere Vorstellungen und Wünsche für das Leben im Alter und die Versorgung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit haben (z. B. Tezcan-Güntekin et al. 2015). Generell ist die Inanspruchnahme professioneller Pflege unter ihnen deutlich geringer als im Bevölkerungsdurchschnitt, während die Bedeutung familialer Pflege sehr viel stärker ausgeprägt ist (z. B. Horn/Schaeffer 2013; Tesch-Römer/Mardorf 2009). Allerdings weisen einige Studien auf die besondere Belastung und zunehmende Brüchigkeit familialer Pflegearrangements in Migrationsmilieus hin; ebenso allerdings darauf, dass ‚herkömmliche‘ Angebote aus Sicht vieler Menschen mit Migrationshintergrund zu ‚hochschwellig‘ sind (Olbermann/Drewniok 2015).

Betrachtet man die Anteile von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in den Quartieren, so sticht Baumheide besonders heraus: 43,7 % der Baumheider Bürger/innen ab 65 Jahren haben einen Migrationshintergrund; auch in Sennestadt liegt der Anteil bei rund einem Fünftel der Altenbevölkerung (20,3 %) – im nördlichen Quartier allerdings deutlich geringer (16,5 %). Demgegenüber liegt der Anteil im Lohmannshof mit 12,3 % sogar noch unter dem städtischen Durchschnitt (17,1 %). Dabei sind auch die unterschiedlichen Bezugsländer zu berücksichtigen, die in den Quartiersportraits näher betrachtet werden.

Tabelle 4: Bevölkerungsstatistiken im Standortvergleich

	Baumheide	Lohmannshof*	Sennestadt	Sennestadt Nord	Bielefeld gesamt	Herford Zentrum	Herford gesamt
Einwohnerzahl (2015)^{[a], [b]}	7.773	5.241	11.248	3.962	333.998	7.980	66.921
Fläche in km² ^{[a], [b]}	3,3	2,6	10,4	-	257,9	-	79,0
Alter (Bi: 2014 ^[c] /15 ^[d] , ^[e] , HF: 2015 ^[b])							
<i>Anteil ab 65 J., darunter Frauen</i>	21,3 % 60,2 %	19,4 % 56,6 %	27,2 % 60,5 %	28,7 % 60,0 %	20,1 % 58,3 %	23,8 % -	21,0 % 58,4 %
<i>Anteil ab 80 J., darunter Frauen</i>	6,5 % 67,1 %	5,3 % 64,1 %	10,0 % 64,0 %	10,9 % 63,3 %	6,0 % 65,5 %	7,8 % -	6,5 % 66,9 %
Ausländeranteil (Bi: 2014 ^[c] , HF: 2015 ^[f])	24,5 %	10,0 %	15,1 %	-	13,9 %	13,9 %	11,0 %
Migrationshintergrund (Bi: 2015 ^[g] , HF: 2016 ^[f])							
<i>Anteil Gesamtbevölkerung</i>	68,9 %	28,8 %	44,5 %	42,2 %	35,9 %	30,1 %	26,9 %
<i>Anteil ab 65 J.</i>	43,7 %	12,3 %	20,3 %	16,5 %	17,1 %	12,0 %	10,0 %
<i>Anteil ab 80 J.</i>	40,2 %	8,0 %	12,5 %	9,2 %	11,4 %	4,7 %	4,9 %
Alleinlebende (2014)^[c]							
<i>Anteil ab 65 J.</i>	29,3 %	28,7 %	34,4 %	29,6 %	30,6 %	-	-
<i>Anteil ab 80 J.</i>	33,9 %	27,9 %	40,9 %	34,9 %	38,0 %	-	-
Arbeitslosenquote** (Bi: 2014 ^[c] , HF: 2015 ^[f])	13,8 %	5,1 %	8,7 %	-	7,1 %	13,7 %	8,4 %
Transferleistungsquote*** (Bi: 2014 ^[c] , HF: 2015 ^[f])	32,8 %	11,6 %	16,9 %	-	13,4 %	21,9 %	13,1 %
Grundsicherung (Anteil an Personen ab 65 Jahren) (2015) ^[c]	13,2 %	4,2 %	4,3 %	-	4,2 %	-	-

Abkürzungen: Bi = Bielefeld, HF = Herford

* Der Lohmannshof setzt sich zusammen aus den Statistischen Bezirken Pappelkrug und Wellensiek. **Arbeitslosenquote = Anzahl der Arbeitslosen / Anzahl Bevölkerung 15-64.

*** Transferleistungsquote bezieht sich auf SGB II und SGB XII Leistungen und schließt Personen in Einrichtungen aus (z. B. Pflegeeinrichtungen).

^[a] Bi Statistik interaktiv 2016, Stand: 20.12.2016; ^[b] Stadt Herford 2016a, Stand: Mitte 2015; ^[c] Stadt Bielefeld 2016b, Stand: 31.12.2014; ^[d] Stadt Bielefeld 2015b, Stand: 31.12.2015; ^[e] Stadt Bielefeld 2016a, Stand: 31.12.2015; ^[f] Stadt Herford 2016b, Stand: Oktober 2015; ^[g] Stadt Bielefeld 2016c, Stand 31.12.2015.

Gesundheitsstatus der Bevölkerung

Eine empirische und quantifizierbare Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung an den Modellstandorten ist auf kleinräumiger Stadtteil-ebene aufgrund der defizitären Datenlage kaum möglich. Nur wenige Datenquellen lassen entsprechende Rückschlüsse zu (vgl. Kap. 2). Daten auf *Stadt-ebene* enthält z. B. der Gesundheitsreport 2015 der BARMER GEK. Fehlzeiten-Statistiken können als Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung herangezogen werden. Die Stadt Bielefeld und der Kreis Herford weisen quantitativ weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage als der bundesdeutsche Durchschnitt auf (AQUA 2015). Eine Ausnahme bilden Fehlzeiten in Bielefeld aufgrund von psychischen Erkrankungen. Hier ist im Vergleich zur bundesweiten Statistik ein Plus von 10,0 % auffällig (AQUA 2015). Im Deutschlandvergleich kann dennoch für beide Städte ein überdurchschnittlich guter Gesundheitszustand angenommen werden.

Eine bereits erwähnte Bielefelder Gesundheitsbefragung gibt differenziertere Informationen auf der *Stadtbezirksebene*. Rund 57 % der Heeper Bürger/innen (einschließlich Baumheide) und ca. 58 % der Dornberger Bürger/innen (einschließlich Lohmannshof) schätzen ihre Gesundheit als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ ein. Der Bielefelder Durchschnitt liegt in dieser Befragung bei 56,2 %. Demgegenüber schätzen in Sennestadt nur 44 % der Befragten ihre Gesundheit als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ ein. 64,2 % der Befragten in Sennestadt geben an, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung gesundheitliche Probleme haben, in Heepen sind es 55,9 % und in Dornberg 54,9 %. Ein Drittel der gesundheitlichen Probleme in Sennestadt sind auf chronische Krankheiten zurückzuführen (33,3 %), in Heepen sind es 26,1 % und in Dornberg 25,0 % (Stadt Bielefeld 2009). Ähnliche Unterschiede – wenngleich auf anderem Niveau – zeigen die Ergebnisse der Befragung der Generation 55plus im europäischen KOSIS-Projekt. Auch hier bewerten die Dornberger/innen ihren Gesundheitszustand am häufigsten als ‚sehr gut‘ oder ‚gut‘ (48,6 %), gefolgt von den Bürger/innen aus Heepen (40 %) und den Sennestädter/innen (36,8 %) (der Bielefelder Schnitt liegt bei 46,7 %). Als ‚schlecht‘ oder ‚sehr schlecht‘ schätzen ihren Gesundheitszustand 14,5 % der Menschen aus Sennestadt, 10,6 % der Heeper/innen und 10,1 % der Dornberger Bürger/innen ein. Der Bielefelder Durchschnitt liegt bei 12,3 % (Stadt Bielefeld 2017: 31).

Gesundheitsdaten auf der in diesem Projekt fokussierten kleinräumigen Ebene der statistischen Bezirke liegen für Kinder und Jugendliche auf Basis der Einschulungsuntersuchung vor. Bezogen auf die Verteilung von Adipositas zeigen sich für die statistischen Bezirke Bielefelds keine signifikanten Unterschiede, bei insgesamt geringer Verbreitung (2008-2012) (Stadt Bielefeld 2015c: 16). Allerdings ist in Baumheide wie auch in Sennestadt im Vergleich zu den anderen Bielefelder Bezirken der Anteil an Kindern, die aus einer geringen Bildungsschicht kommen, hoch (Stadt Bielefeld 2013: 21).

Überblick über die Versorgung in den Quartieren und die Position der Modelleinrichtungen

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Angebotssituation in den vier Quartieren. Es zeigt sich, dass die Modelleinrichtungen zentrale Träger der Langzeitversorgung in ihrem Quartier sind. Lediglich in Sennestadt gibt es noch eine zweite stationäre Pflegeeinrichtung im Quartier. Vergleicht man die Zahl an verfügbaren vollstationären Plätzen in den Quartieren mit dem hochgerechneten Bedarf der Quartierseinwohner/innen (vgl. Tab. 3), dann ergibt sich rechnerisch für Sennestadt ein deutlicher Überhang von 148 stationären Plätzen. In Baumheide liegt der Überhang bei 38 Plätzen, am Lohmannshof sind es 31 Plätze und in Herford Zentrum lediglich 16 (vgl. Tab. 3).¹⁵ Im Vergleich mit dem Bielefelder Durchschnitt verfügen alle drei Quartiere über ein überdurchschnittliches Angebot an stationärer Pflege. Das Platzangebot liegt in Herford Zentrum hingegen unter dem städtischen Durchschnitt (vgl. Tab. 5).

Blickt man auf die weitere Angebotssituation in den vier Quartieren, so zeigen sich folgende Unterschiede: In Baumheide ist die Zahl der angesiedelten Ärzt/inn/e/n und Therapeut/inn/en bezogen auf die Einwohnerzahl deutlich unterdurchschnittlich; demgegenüber ist nicht nur das Angebot an stationärer Versorgung hoch, sondern insbesondere das Angebot an teilstationärer Versorgung liegt weit über dem Niveau der anderen Standorte. Die Angebotsdichte am Lohmannshof ist auch in der medizinischen und therapeutischen Versorgung überdurchschnittlich hoch – allerdings ist dort keine Tagespflege verfügbar. Im Quartier Herford Zentrum ist ebenfalls keine Tagespflege verfügbar (wobei zwei Tagespflegeeinrichtungen in 1,2 km und in 1,7 km Entfernung vom Modellstandort liegen), aber eine überdurchschnittliche Versorgungsdichte mit Hausärzt/inn/en und Therapeut/inn/en zu verzeichnen. Allerdings sei an dieser Stelle auch angemerkt, dass das Herforder Zentrum zu früheren Zeiten eine deutlich größere Bedeutung als Versorgungsstandort hatte. Denn dort lag bis zum Jahr 1973 auch das städtische Krankenhaus – genauer am heutigen Standort der Modelleinrichtung. Das Krankenhaus ist anschließend an den Stadtrand gezogen. Die Anzahl an Pflegediensten in den vier Quartieren deutet auf ein besonders hohes Angebot in Herford Zentrum (sechs Dienste) hin. In Baumheide haben sich hingegen lediglich zwei ambulante Pflegedienste angesiedelt. Eine Einordnung ihrer realen Bedeutung für die Versorgungssicherheit im Quartier wird in den einzelnen Standortportraits vorgenommen. Eine ambulante Pflege-WG ist allein am Standort Sennestadt vorhanden.¹⁶

¹⁵ Gerechnet wurde die Anzahl an verfügbaren vollstationären Pflegeplätzen minus die Anzahl an geschätzten pflegebedürftigen Personen die auf stationäre Pflege angewiesen sind, jeweils im Quartier (vgl. Tab. 3). Diese Vorgehensweise ist mit Einschränkungen verbunden (z. B. Quartiersbezug der Errechnung lässt weiteres Einzugsgebiet der Einrichtungen unberücksichtigt).

¹⁶ Die Bürger/innen Sennestads beurteilen die Erreichbarkeit und den Zugang zu Pflegediensten, Pflegeheimen und Beratungsstellen im Vergleich zum Durchschnitt aller Bürger/innen Bielefelds häufiger als ‚einfach‘, die Heeper und Dornberger Bürger/innen hingegen beurteilen diese deutlich seltener als ‚einfach‘ (Stadt Bielefeld 2017: 28)

Die einzelnen Verhältniszahlen¹⁷ zur Versorgungsdichte sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung in den Quartieren

	Baum- heide	Lohmanns- hof	Senne- stadt	Bielefeld gesamt	Herford Zentrum	Herford gesamt
Stationäre Pflege- einrichtungen ^{[a], [b]}	1	1	2	33	1	8
Vollstationäre Pflegerplätze*	105	76	245	2975	88	663
<i>je 100 EW ab 65J.</i>	5,9	7,0	7,7	4,5	4,6	4,7
<i>je 100 EW ab 80J.</i>	20,3	27,1	21,0	14,6	14,2	15,2
Tagespflege- einrichtungen ^{[a], [b]}	3	-	1	17	-	2
Tagespflege- plätze*	43	-	12	234	-	24
<i>je 100 EW ab 65J.</i>	2,6	-	0,4	0,4	-	0,2
<i>je 100 EW ab 80J.</i>	8,5	-	1,0	1,2	-	0,6
Pflege-WG's ^{[a], [b], [c]}	-	-	1	28	-	3
Ambulante Pflege- dienste ^{[a], [b]}	2	3	4	-	6	-
Hausärzte* ^{**[d]}	2	9	8	-	14	-
<i>je 1.000EW***</i>	0,26	1,71	0,71	0,54	1,75	0,5
Therapeuten* **	0,26	2,10	1,51	-	5,01	-
<i>je 1.000 EW</i>						
<i>Physiotherapeu- ten</i>	1	10	13	-	16	-
<i>Logopäden</i>	-	-	2	-	8	-
<i>Ergotherapeuten</i>	-	-	-	-	3	-
<i>Podologen/Fußpf.</i>	1	1	2	-	13	-

* Quoten basieren auf eigenen Berechnungen auf Grundlage von: Bevölkerungszahlen Stadt Bielefeld interaktiv 2015, Stand: 31.12.2015; Stadt Herford 2016a, Stand: 30.06.2015.

** Die Angaben beziehen sich auf die Anzahl an Beschäftigten („Köpfe“), Vollzeitäquivalente wurden nicht erfasst, Stand der Angaben: 22.12.2016.

*** Durchschnittswerte: Deutschland 0,615, NRW 0,577 je 1.000 EW (INKAR 2013).

[a] Stadt Bielefeld Altenhilfeplanung 2016; [b] ISG 2016; [c] Stadt Herford 2015, Stand: 11.2015;

[d] INKAR 2016, Stand: 2013.

¹ Nachrichtlich: Seit Beginn 2017 praktiziert ein weiterer Hausarzt in Baumheide. Damit hat sich die Quote zwar nach dem Stichtag auf 0,38 erhöht, sie ist aber weiterhin deutlich unterdurchschnittlich.

¹⁷ Bei den Verhältniszahlen ist auf Limitationen hinzuweisen: a) die Versorgungsdienstleister, die in den Berechnungen berücksichtigt wurden, liegen innerhalb der entsprechenden statistischen Bezirke. Im Einzelfall kann das bedeuten, dass eine Versorgungseinrichtung in einem Nachbarbezirk, die für den Bezirk im Fokus relevant ist, nicht berücksichtigt wird. Daher wurden in den Standortanalysen (Kapitel 4-7) ergänzend jeweils weitere relevante Einrichtungen im Umfeld des Quartiers hervorgehoben. b) Stellenanteile wurden nicht berücksichtigt. Das bedeutet, ob ein Hausarzt 100 % oder nur 50 % arbeitet, konnte hier nicht berücksichtigt werden.

Die Modelleinrichtungen im Vergleich

Die am Projekt teilnehmenden Modelleinrichtungen unterscheiden sich auch in ihrem Leistungsspektrum (siehe Tab. 6). Die ‚größte‘ Einrichtung ist das Frieda-Nadig-Haus in Sennestadt mit 113 stationären Pflegeplätzen, gefolgt vom Seniorenzentrum Baumheide, dem Johannes-Haus in Herford und dem Pflegezentrum am Lohmannshof. Alle Einrichtungen halten (eingestreute) Kurzzeitpflegeplätze vor.

Ein Alleinstellungsmerkmal der Einrichtung in Baumheide ist eine angebundene Tagespflegeeinrichtung mit zwölf Plätzen. Im Rahmen der Erweiterung des Angebots im Projekt ‚Pflege stationär – Weiterdenken!‘ sind darüber hinaus in den Modelleinrichtungen am Lohmannshof und in Herford Zentrum integrierte Tagespflegeplätze geplant (geplanter Start: Juli 2017).

Ein Unterschied liegt in der Ausstattung mit Therapeut/inn/en: Baumheide verfügt über einen Physiotherapeuten, die Einrichtung am Lohmannshof über einen Ergotherapeuten und Sennestadt sowohl über einen Ergo- als auch einen Physiotherapeuten.¹⁸ An allen Standorten, besonders aber in Baumheide, sind Ehrenamtliche aktiv.

Darüber hinaus halten alle Einrichtungen teils variierende und in ihrer Anzahl und Häufigkeit unterschiedliche ‚offene‘ Angebote für die Einwohner/innen des Quartiers vor, die in den Standortkapiteln näher beschrieben werden.

Tabelle 6: Modelleinrichtungen im Vergleich

	Senioren- zentrum Baumheide	Pflegezent- rum am Lohmanns- hof	Frieda-Nadig- Haus (Sennestadt)	Johannes- Haus (Herford)
Stationäre Pflegeplätze	105	76	113	88
Kurzzeitpflege- plätze	5	3	6	10
Tagespflegeplätze (geplant ab 07/2017)	12 -	- 6	- -	- 6
Physiotherapeut*	Ja	Nein	Ja	Nein
Ergotherapeut*	Nein	Ja	Ja	Nein
Ehrenamtliche**	46	15	20	20

* Gibt an, ob die genannte Profession in der Einrichtung angestellt ist (Stand: Dezember 2016).

** Gibt an, wie viele Ehrenamtliche, die über die Einrichtung organisiert sind, in der Einrichtung tätig sind (Stand: August 2016, eigene Angaben der Einrichtungen).

¹⁸ Darauf hinzuweisen ist, dass die angestellten Therapeuten unterschiedliche Stellenanteile und ein unterschiedliches Aufgabenprofil besitzen. Mehr hierzu ist den Standortkapiteln (Kap. 4-7) zu entnehmen.

Die Merkmale der Bewohner/innen der Modelleinrichtungen sind in Tabelle 7 dargestellt. Die verwendeten Daten wurden von den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Der Zeitraum der Erhebung erstreckte sich vom 01.01.2011 bis zum 31.08.2016, für den die Daten gepoolt wurden.¹⁹ Auffällig ist zunächst, dass die Datensätze in der Anzahl an Fällen variieren. Dies ist zum einen auf unterschiedliche Sterblichkeitsraten und schlicht die Anzahl an Plätzen in den Einrichtungen zurückzuführen. Zum anderen hat es in den Einrichtungen keine einheitliche Datenerhebung und -verarbeitung gegeben, daher musste u. a. darauf verzichtet werden, eine Verteilung der Pflegestufen darzustellen, da diese nicht einheitlich erhoben wurden. In Herford wurde zudem nicht zwischen Kurz- und Langzeitpflege differenziert. Eine nähere, vergleichende Differenzierung sollte für die Zukunft ermöglicht werden und wird im Rahmen des Modellvorhabens gemeinsam mit den Einrichtungen vorbereitet.

Ein erster vergleichender Überblick ist dennoch möglich. Danach zeigt sich, dass in Baumheide und Herford im Vergleich mehr Bewohner/innen verheiratet und am Lohmannshof und in Sennestadt mehr verwitwet sind. Nahezu alle Bewohner/innen in den Einrichtungen besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft. Der Anteil der Quartierseinwohner/innen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft liegt demgegenüber in allen Quartieren deutlich höher (von 10,0 % in Lohmannshof bis 24,5 % in Baumheide). Systematisch erhobene Daten zu einem Migrationshintergrund liegen leider in den Einrichtungen nicht vor, könnten aber wichtige Hinweise liefern, ob die Einrichtungen die angestammte Bevölkerungsstruktur im Quartier spiegeln. Zu empfehlen ist daher, in Zukunft hierzu Informationen in den Einrichtungen zu erfassen.

Wichtig für die Betrachtung der Bewohnerstruktur und die Funktion der Einrichtung für das Quartier wäre zudem, systematisch zu erfassen, wie viele der Bewohner/innen (Nutzer/innen) bzw. ihrer Angehörigen aus dem Quartier kommen. Leider erlauben die vorliegenden Informationen dazu keine einheitlichen und genauen Angaben. Derzeit kann nur vergleichend betrachtet werden, ob Zuzüge außerhalb der Stadtgrenzen erfolgten.

Dies stellt sich folgendermaßen dar: Während rund 98 % der Bewohner/innen des Pflegezentrums am Lohmannshof und des Seniorenzentrums Baumheide vorher in Bielefeld lebten, sind es in Sennestadt rund 92 %, was auf die Randlage des Stadtteils Sennestadt zurückzuführen sein könnte. Demgegenüber lebten nur rund 79 % der Bewohner/innen des Johannes-Hauses vor dem Einzug schon in Herford. Zwar ist zu berücksichtigen, dass die Stadt Herford deutlich kleiner als Bielefeld ist; dennoch hat das Johannes-Haus ein recht großes Einzugsgebiet mit Zuzügen aus Bielefeld, Hiddenhausen, Bünde oder Kirchlengern – allesamt Orte, die weiter entfernt liegen. Zudem sind die Bewohner/innen in Herford durchschnittlich jünger als an den anderen Standorten – dies könnte ebenso für eine noch aktivere Wohnentscheidung sprechen.²⁰

¹⁹ Aus der gepoolten Vorgehensweise ergeben sich Limitationen wie die Außerachtlassung von zeitlichen Variationen, die nur im Längsschnitt sichtbar werden.

²⁰ Hier könnte sich auch widerspiegeln, dass die Daten für Herford keine Differenzierung nach Kurzzeitpflege und Langzeitpflege erlaubten. Behelfsweise wurden hier Fälle mit einer Verweildauer von 28 Tagen oder kürzer ausgeschlossen.

Tabelle 7: Merkmale der Bewohner/innen der Modelleinrichtungen, 2011-2016

	Seniorenzentrum Baumheide	Pflegezentrum am Lohmannshof	Frieda-Nadig-Haus (Sennestadt)	Johannes-Haus (Herford)
Anzahl Personen*	215	179	168	249
Alter (M ± SD)	84,0 ± 7,7	85,5 ± 7,2	84,9 ± 7,0	82,8 ± 8,0
Geschlecht (w in %)	73,0 %	62,6 %	71,4 %	74,7 %
Familienstand				
<i>verheiratet</i>	29,4 %	25,6 %	25,5 %	31,1 %
<i>ledig</i>	10,3 %	8,0 %	6,4 %	8,1 %
<i>geschieden</i>	4,2 %	3,4 %	6,4 %	5,2 %
<i>verwitwet</i>	56,1 %	63,7 %	61,8 %	55,6 %
Nationalität				
<i>deutsch</i>	99,5 %	99,4 %	100,0 %	99,2 %
<i>andere</i>	0,5 %	0,6 %	-	0,8 %
Wohnort vor Einzug				
(Bielefeld bzw. Herford in %)	98,2 %	97,8 %	91,7 %**	79,1 %

Stand: August 2016.

* Hinweise zur Datengrundlage: Berücksichtigt wurden Personen, die zwischen dem 01.01.2011 und 31.08.2016 in die Einrichtung eingezogen sind und mindestens 29 Tage in der Einrichtung verweilten. Kurzzeitpflegegäste wurden ausgeschlossen (in Herford war dies leider nicht möglich). Unvollständige Datensätze wurden in den Analysen nicht berücksichtigt.

** Dieser Wert bezieht sich auf eine kleinere Stichprobe von n = 84 Personen, für die diese Angabe vorlag.

Zwischenfazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vier Quartiere durch deutliche Unterschiede bei der Zusammensetzung der Bevölkerung gekennzeichnet sind.

Baumheide ist durch einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund geprägt – dies auch in der älteren Einwohnerschaft. Das ist bei der Angebotsentwicklung zu berücksichtigen. Hinzu kommt eine vergleichsweise schwächere sozioökonomische Gesamtsituation, die sich auch in einer höheren Krankheitslast im Quartier niederschlagen dürfte und damit auch einen erhöhten Bedarf an pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Versorgung im Quartier erwarten lässt. Demgegenüber ist aber bislang nur die stationäre und teilstationäre pflegerische Versorgung in Baumheide quantitativ vergleichsweise gut entwickelt. Dagegen ist die Versorgungsdichte mit Ärzt/inn/en und Therapeut/inn/en unterdurchschnittlich. Im Modellprojekt sollte daher näher betrachtet werden, ob Versorgungssicherheit im Quartier durch neue medizinische und therapeutische Angebote verbessert werden kann.

Sennestadt ist das Quartier im Modellvorhaben, das den höchsten Anteil an älteren und hochaltrigen Menschen aufweist und wo dementsprechend ein erhöhter Pflege- und Versorgungsbedarf in der Bevölkerung existiert.

Zudem ist verglichen mit den anderen Quartieren der Anteil an allein lebenden älteren Menschen etwas höher. Auch Sennestadt ist durch kulturelle Diversität geprägt. Die Versorgungsinfrastruktur ist nach erster quantitativer Abschätzung gut ausgebaut. Sennestadt liegt im Mittelfeld von Baumheide und Lohmannshof. Im Modellprojekt sollten allein lebende ältere Menschen besonders fokussiert werden. Aufgrund der Randlage in Sennestadt empfiehlt sich generell noch ein näherer Blick auf das Quartier Nord.

Lohmannshof zeichnet sich aufgrund der niedrigen Arbeitslosigkeits- und Transferleistungsquote als das Quartier mit der besten sozioökonomischen Gesamtsituation aus. Der Anteil allein lebender Älterer und generell an älteren Menschen ist hier etwas geringer als an allen anderen Modellstandorten. Zwar wird im Quartier bisher keine Tagespflege angeboten, doch ist das Versorgungsangebot sehr gut und besser als in den anderen beiden Bielefelder Quartieren. Der Versorgungsgrad mit Hausärzten liegt nur knapp unter dem von Herford Zentrum. Diese gute Ausgangslage deutet auf ein hohes Potential für Kooperationen am Standort hin.

Herford Zentrum ist ein Quartier mit einem hohen Anteil älterer Menschen. Die Arbeitslosen- und Transferleistungsquote im Quartier ist deutlich höher als im städtischen Durchschnitt und auch höher als am Lohmannshof und in Sennestadt. Besonders prägnant ist eine weit überdurchschnittlich dichte Ansiedlung unterschiedlicher Therapeut/inn/en. Im Vergleich der Quartiere ist auch die ärztliche und die ambulante pflegerische Versorgung als gut zu bezeichnen. Allerdings muss noch näher betrachtet werden, ob die Innenstadt eine Mitversorgerfunktion für andere Stadtteile und das Herforder Umland einnimmt. Die Möglichkeiten für ein Pflege- und Gesundheitszentrum in einem Innenstadtquartier sind noch eingehender zu betrachten.

In allen vier Quartieren sind die Einrichtungen zentrale Akteure für die Sicherstellung einer quartiersnahen langzeitpflegerischen Versorgung. Nur in Sennestadt gibt es neben der Modelleinrichtung noch eine zweite stationäre Pflegeeinrichtung im Quartier; die anderen Einrichtungen sind alleinige Anbieter in ihrem Quartier. Wie sich die Situation in den Quartieren darstellt und inwiefern die Modelleinrichtungen eine stärkere Verantwortung auch für andere pflegerische, gesundheitliche und soziale Versorgungsleistungen im Quartier übernehmen könnten, wird in den folgenden Kapiteln für die einzelnen Modellstandorte eingehender betrachtet.

4. Baumheide

4.1 Charakteristika des Stadtteils und Quartiers

Baumheide liegt im Nordosten Bielefelds²¹, rund sechs Kilometer von der Stadtmitte entfernt und ist über Busse und eine Stadtbahnlinie an die Bielefelder Innenstadt und umliegende Bezirke angebunden. Besiedelt wurde das Gebiet erst nach dem Zweiten Weltkrieg, die heutige Gestalt als Großwohnsiedlung ist in den 1960er- und 1970er-Jahren entstanden. In Baumheide wurde bezahlbarer Wohnraum für Arbeiter/innen und Angestellte der damals boomenden Industrie- und Handelsbranche Bielefelds geschaffen. Die Bebauung mit Wohnblöcken und bis zu zwölfgeschossigen Hochhäusern wurde seit den 1980er-Jahren zunehmend aufgelockert durch Ein- und Mehrfamilien-, Einzel- und Reihenhäuser (Stadt Bielefeld 2015d).

Ein Einzelhandelszentrum, das die Grundversorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs sicherstellt, bildet den Mittelpunkt des Quartiers; auch eine Stadtbahnlinienhaltestelle ist vorhanden. Besonders beliebter Treffpunkt bei älteren Bürger/innen ist dort vormittags ein Café im Marktkauf (z. B. N2: 72-80).²² Das Freizeitzentrum Baumheide, das diverse Angebote für Kinder und Jugendliche, zunehmend aber auch ältere Menschen in Baumheide bietet, ist im Areal gelegen. Das 1995 eröffnete *Seniorenzentrum Baumheide* grenzt unmittelbar an; es liegt nur ca. 200 m Fußweg von der Quartiersmitte entfernt in einer ruhigen Sackgasse, umgeben von Einfamilienhäusern, mehrstöckigen Wohnanlagen, Grünanlagen und Spielplätzen.

Seit einigen Jahren wird in der Stadt diskutiert, dass das Quartierszentrum städtebaulich aufgewertet werden sollte (u. a. Initiative ‚Baumheide – Neue Mitte‘: Stadt Bielefeld 2011; ISEK Stadtumbau: Stadt Bielefeld 2015d). Im Fokus stehen derzeit die Sanierung des Freizeitentrums (NW Online vom 18.11.2015) sowie die Verschönerung und der barrierefreie Umbau der Stadtbahnhaltestelle (Stadt Bielefeld 2015d),

„weil sie ist nicht behindertengerecht (...). Und das kann nicht sein. Und wir monieren das schon lange [...]. Und ist duster und ist ein Loch [...]. Und sieht einfach nur hässlich und schrecklich aus“ (E10: 105-122).

Generell sollen die Aufenthaltsqualität und soziale Interaktion im Quartierszentrum durch Neugestaltung des öffentlichen Raums verbessert werden (Stadt Bielefeld 2011). Auch das benachbarte Seniorenzentrum Baumheide dürfte davon profitieren.

²¹ Baumheide gehört zum Stadtbezirk Heepen.

²² Aussagen von Nutzer/innen sind mit „N“, Aussagen von Expert/innen mit „E“ und Aussagen aus Gesprächsprotokollen mit „T“ gekennzeichnet.

Die Quartiersentwicklungsvorhaben sind im Kontext der Situation in Baumheide zu betrachten: Wie kaum ein anderer Stadtteil Bielefelds ist Baumheide durch soziale Probleme wie auch durch kulturelle Diversität geprägt. Viele Gastarbeiter und (Spät-)Aussiedler/innen und ihre Familien haben sich hier niedergelassen. Baumheide durchlief insbesondere in den 1970er- und 1980er-Jahren schwierige Zeiten, als sich Konflikte, auch Gewalt, zwischen rivalisierenden Gruppierungen und Cliques verbreiteten (E12: 140-142; 163-176):

„Also ich sag mal so, vor 30 Jahren wäre man nicht alleine über die Straße gegangen. Weil man da doch irgendwo ein bisschen ängstlich war. Vor 20 Jahren gab es hier noch Sprengstoffvorräte, die den ganzen Stadtteil in die Luft gejagt hätten“ (E8: 478-481).

„[Baumheide] hatte auch mal einen sehr schlechten Ruf. Also aufgrund, ja ich sag mal, [dass] die Sicherheit da nicht immer sehr gewährleistet war“ (E4: 644-645).

Um ein Abgleiten des Stadtteils zu verhindern, bildeten sich früh Initiativen und soziale Projekte von Bürgergesellschaft und Stadt (E10: 234-239). Bis heute macht das große Engagement im und für das Quartier seine besondere Stärke aus.

„Baumheide ist sehr wichtig, weil das ist ja ein [...] städtischer Bereich, [...] wo traditionell einfach [...] sehr viele Bemühungen da sind, um [...] dieses Stadtgebiet einfach zu unterstützen, weil es als sogenanntes Ghetto (...), naja ghettogefährdet [...] ist“ (E1: 145-148).

Die verschiedenen kulturellen Wurzeln der Baumheider Bürger/innen bilden bis heute soziale Grenzen und sind eine Herausforderung für das soziale Miteinander, wovon insbesondere geäußerte Vorbehalte in den Nutzerinterviews zeugen. Andererseits gilt der soziale Zusammenhalt besonders innerhalb der Migrantengemeinschaften als hoch.

„Mit den Ausländern, [...]. Manchmal da vorm Marktkauf fühlt man sich ja, als ob man im Ausland wäre, ne. Ja, ist ja so. [...] Und sehr sauber sind die eigentlich auch nicht, ich frage mich, ob die zu Hause das auch immer so machen. Alles hinschmeißen, ne. [...] Das, was sie gerade in der Hand haben. Also das finde ich unmöglich. Aber das ist ja nicht (lacht) unsere Sache, denen das zu lehren, ne. Das kriegt man auch nicht hin, meine ich. Die haben eigentlich ihre Eigenarten eben von zu Hause mitgebracht und das ist dann hier dann eben auch so, ne“ (N8: 41-46).

„Und wenn ich da, diese ganzen Häuser und wenn ich das abends vom Balkon immer so sehe, die sitzen da und grillen, aber das sind alles Türken, das sind alles Ausländer und die halten ja sowieso zusammen, nicht. Dann ist da immer richtig Trara da auf der Wiese. Dann denke ich immer, das könnte hier doch auch sein und das vermisse ich und das haben wir in den 70ern gehabt. Wo wir wirklich alle zusammengehalten haben, weil wir haben wirklich, wenn irgendwas war, wir haben immer zusammengehalten und, und da war auch, der eine half dem anderen, nicht, und wenn irgendwann was war, man war mal krank und man konnte nicht einkaufen gehen, ich gehe einkaufen, brauchst du irgendwas, oder, so was gibt es hier nicht“ (N2: 248-255).

Rückblickend hat sich aber vieles in Baumheide zum Positiven verändert. Zwar gilt das Quartier nach wie vor als „[...] das Armenviertel von Bielefeld“ (N16: 89-90). Aber – so wurde in den Interviews immer wieder deutlich – das negative öffentliche Image wird Baumheide nicht gerecht (z. B. N1: 30-35; N7: 33-36).

Und jetzt ist es eigentlich ein lebenswerter Stadtteil, der immer noch vielleicht so ein bisschen von seinem schlechten Ruf, der ihm noch so ein bisschen nachhängt. Also aber ich finde es ist lohnenswert. Hier leben viele nette Menschen jedweden Alters“ (E8: 481-483).

„Ich glaube, dass die Sicht auf Baumheide aus Stadtsicht, Universitätssicht oder wo auch immer, Baumheide ein prekärer Stadtteil ist. Wo diejenigen, die hier wohnen, dass anders sehen. Ich glaube, die Menschen die hier wohnen und leben, leben hier gerne. [...] Das heißt, das Wohlfühlen innerhalb dieses Quartiers ist relativ groß“ (E10: 126-129).

Aufgrund der recht guten Infrastruktur bietet das Quartier auch für die wachsende Zahl älterer Menschen günstige Bedingungen:

„Ich glaube viele ältere Menschen leben hier deshalb gut, sie können den Marktkauf fußläufig erreichen, sie sind nah an Stadtbahnhaltestellen, sie haben eine gute Verbindung in die Innenstadt. Also das ist ja im Prinzip das, was man braucht, ne? Man braucht Busverbindungen, Bahnverbindungen, man braucht Einkaufsmöglichkeiten, die ich irgendwo auch erreichen kann“ (E10: 157-160).

Allerdings sehen die Wohnanlagen teils recht trist und grau aus. Einige Wohnblocks wurden in den letzten Jahren schon saniert und in bunten Farben gestaltet – so auch in der Nachbarschaft des Seniorenzentrums. Auch wurde begonnen, das Wohnangebot im Quartier besser auf den Bedarf älterer Menschen auszurichten. Z. B. hat die Freie Scholle kürzlich (2014) in der Nähe des Seniorenzentrums (Siebenbürgerstraße) barrierearme Wohnungen fertiggestellt und auch die Bielefelder Wohnungsbaugesellschaft (BGW) plant weitere Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen. Die geplante Angebotserweiterung des Seniorenzentrums dürfte ebenfalls zu einer Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten für ältere Menschen im Quartier beitragen.

Soziodemografische Merkmale und gesundheitliche Situation in Baumheide²³

In Baumheide wohnen rund 7.800 Personen. Aufgrund der geschilderten Siedlungsstruktur zeichnet sich Baumheide im Vergleich zu den anderen Bielefelder Modellstandorten durch eine hohe Bevölkerungsdichte und damit auch kurze Wege im Quartier aus. Baumheide ist zudem ein kinder- und familienreicher Stadtteil. 22 % der Einwohner/innen sind unter 18 Jahre alt (Bielefeld gesamt: 18 %) (vgl. Anhang 3). Doch auch der Anteil älterer (ab 65 Jahre: 21,3 %) und hochaltriger (ab 80 Jahre: 6,5 %) Menschen liegt etwas höher als in der Gesamtstadt (20,1 und 6,0 %) und wird im Modellverbund nur durch Sennestadt übertroffen. Der Anteil der allein lebenden älteren Menschen liegt in Baumheide etwas unterhalb des städtischen Durchschnitts, macht aber dennoch fast ein Drittel aus (29,3 % der ab 65-Jährigen; 33,9 % der ab 80-Jährigen).

²³ Wenn im Text nicht explizit eine Quelle angegeben ist, finden sich die genannten Daten und Quellenangaben in Tabelle 4 (Kap. 3) bzw. in Anhang 3 wieder.

In Baumheide ist die Arbeitslosenquote fast doppelt so hoch wie im Bielefelder Durchschnitt (13,8 % gegenüber 7,1 %). Ein weiterer Indikator für die schwierige sozioökonomische Situation ist, dass 32,8 % der Baumheider Einwohner/innen Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII)²⁴ oder Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) erhalten. Der Anteil der Transferleistungsempfänger/innen liegt damit weit über dem der anderen Modellstandorte und dem Durchschnitt der Stadt Bielefeld (13,4 %). Der Anteil der Personen ab 65 Jahren, die Grundsicherung beziehen, ist mit 13,2 % sogar mehr als dreimal so hoch als im städtischen Durchschnitt.

Insgesamt haben nahezu 69 % der Einwohner/innen einen Migrationshintergrund, die häufigsten Bezugsländer sind Russland, Kasachstan und die Türkei; bei den älteren Menschen (ab 65 Jahren) liegt der Anteil erwartungsgemäß niedriger – bei 43,7 % –, doch wird er demografisch bedingt in den nächsten Jahren steigen. Unter den älteren Menschen mit Migrationshintergrund dominieren die Herkunftsländer Russland (30,8 %), Ukraine (22,0 %) und Polen (17,4 %).

Über die gesundheitliche Situation der Bürger/innen in Baumheide liegen kaum Informationen vor. Aufgrund der eher ungünstigen sozioökonomischen Situation ist jedoch auch eine benachteiligte gesundheitliche Situation im Quartier zu vermuten. Beispielsweise ist bekannt, dass der Anteil von Kindern, die einer niedrigen Bildungsschicht angehören im Vergleich zu den anderen statistischen Bezirken erhöht ist (Stadt Bielefeld 2013: 21). Auch die hohe Grundsicherungsquote, deutet darauf hin, dass ältere Menschen in Baumheide benachteiligt sind. Generell ist aus Studien bekannt, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status eine höhere Morbiditätslast aufweisen und im höheren Alter häufiger unter Mehrfacherkrankungen leiden (Lampert et al. 2013; Lampert et al. 2016). Ebenso sind sie durchschnittlich schon in früheren Jahren pflegebedürftig (Bauer/Büscher 2008: 226).

Dies lässt auch in Baumheide auf einen höheren pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungsbedarf schließen. Zugleich ist aber bei der Entwicklung von Versorgungsangeboten zu berücksichtigen, dass gerade in Milieus mit einem niedrigeren sozialen Status und geringem Einkommen (besonders in Migrationsmilieus) eine Tendenz besteht, die Versorgung ausschließlich familial zu gestalten (vgl. Blinkert/Klie 2006; Schimany et al. 2012).

4.2 Angebotsspektrum im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales

Im Folgenden wird ein Überblick über Dienstleister und Angebote im Quartier gegeben. Die einzelnen Angebote sind in Abbildung 2 kartografisch dargestellt.

²⁴ Transferleistungsempfänger/innen, die in stationären Einrichtungen leben, sind hier nicht berücksichtigt.

Das Seniorenzentrum Baumheide

Das Seniorenzentrum Baumheide verfügt über 105 stationäre Pflegeplätze in 69 Einzel- und 18 Doppelzimmern, worunter fünf Plätze als eingestreute Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten werden. Das Seniorenzentrum ist die einzige stationäre Pflegeeinrichtung in Baumheide. Die Versorgungsdichte liegt damit bei 20,3 Plätzen je 100 Einwohner ab 80 Jahren und deutlich über dem Bielefelder Durchschnitt (14,6 Plätze) (vgl. Tab. 4). Im Erdgeschoss des Seniorenzentrums ist eine Tagespflege mit 12 Plätzen angegliedert, die ebenfalls von der AWO OWL getragen wird.

Das Seniorenzentrum hat bereits in der Vergangenheit ein erweitertes Angebotsspektrum etabliert: Die Heimbewohner/innen können einen regelmäßigen Fußpflegeservice des AWO Kreisverbandes nutzen (vierwöchentlich, an zwei Tagen). Auch finden im Haus für Heimbewohner/innen und Tagespflegegäste regelmäßig gesundheitsfördernde Angebote wie Kraft- und Balance-Training und Diätberatung statt. Eine Physiotherapeutin, die als Mitarbeiterin der Einrichtung mit einer 0,25 Stelle beschäftigt ist, verantwortet neben dem Kraft- und Balance-Training auch die kollegiale Beratung von Mitarbeitenden im Heim, wie sie Bewegungskompetenzen der Bewohner/innen stärken können und welche Hilfsmittel adäquat sind. Physio- und Ergotherapie auf Basis einer ärztlichen Verordnung wird durch externe Dienstleister, die in der Regel aus anderen Stadtteilen kommen, sichergestellt. Auch die medizinische Versorgung der Heimbewohner/innen wird durch regelmäßige Besuche eines Hausarztes aus dem Quartier (und weiteren aus anderen Stadtteilen) sowie Fachärzt/inn/e/n aus der Stadt Bielefeld sichergestellt. Im Seniorenzentrum ist eine Hospizgruppe etabliert, in der acht Freiwillige regelmäßig engagiert sind. Die Gruppe leistet die hospizliche Begleitung der Heimbewohner/innen. Der Sozialdienst des Heims leitet die Gruppe an und leistet auch hospizliche Beratung (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Versorgungsmöglichkeiten etc.). Als eigenes Angebot des Sozialen Dienstes im Heim wird noch darüber hinaus Pflegeberatung für Betroffene und ihre Angehörigen angeboten. Fragen rund um (stationäre) Pflege, Pflegekosten, Pflegestufen/-grade und Hilfsmittel stehen hier im Vordergrund.²⁵

Derzeit sind Umbauten im Eingangsbereich des Seniorenzentrums geplant. Der Empfang im Eingangsbereich wurde bereits umgestaltet, der Eingang des Hauses soll zudem überdacht und das Foyer neu gestaltet werden (T1).

Das Seniorenzentrum ist bereits eine wichtige Anlaufstelle für (ältere) Menschen im Quartier: In der Einrichtung gibt es einen Friseursalon (geöffnet von Montag bis Samstag). Auch der Mittagstisch steht externen Gästen offen. Das Zentrum organisiert darüber hinaus regelmäßig Veranstaltungen, wie z. B. Stadtteilstunden für ältere Menschen oder Basare und Räumlichkeiten des Seniorenzentrums können für private Feiern angemietet werden. Im Haus finden Edukationskurse für Angehörige von Menschen mit Demenz (refinanziert durch eine Krankenkasse) sowie Hospizkurse und Seniorenbegleitkurse für Ehrenamtliche statt.

²⁵ Die Beratungsleistungen sind eigenfinanziert.

Insgesamt sind 46 Ehrenamtliche regelmäßig im Seniorenzentrum engagiert (Stand: August 2016), das ist die höchste Anzahl unter den Standorten und lässt ebenfalls auf eine enge Verbindung zum Quartier schließen. Das Seniorenzentrum pflegt darüber hinaus Partnerschaften mit Schulen, Kindergärten und Vereinen in Baumheide. Mitarbeitende nehmen an dem regelmäßigen Austausch von Akteuren im Stadtteil, z. B. der sog. Projektkonferenz und der Stadtteilgruppe ‚Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept (INSEK)‘, teil. Wichtige Kooperationspartner sind zudem die Kirchengemeinden, die Gottesdienste und regelmäßige Besuchsdienste im Heim übernehmen.

Andere pflegerische Angebote im Quartier

Am äußeren Rand des Quartiers, gut 1,5 km vom Seniorenzentrum entfernt bietet die Christliche Tagespflege Hoffnungsort (Krankenpflege Kretzer GmbH) ca. 19 Tagespflegeplätze an. Sie ist in Kooperation mit der Mennoniten-Brüdergemeinde Bielefeld entstanden.²⁶ Zusätzlich hat kürzlich (November 2016) der ambulante Pflegedienst Mariweiss nur etwa 200 m vom Seniorenzentrum entfernt eine *Tagespflege* mit 12 Plätzen eröffnet. Damit stehen heute 8,5 Tagespflegeplätze je 100 Einwohner ab 80 Jahren in Baumheide zur Verfügung, deutlich mehr als im Bielefelder Durchschnitt (1,2) (vgl. Tab. 5).

In Baumheide sind derzeit zwei *ambulante Pflegedienste* angesiedelt: Der ambulante Pflegedienst Mariweiss, der die neue Tagespflege aufgebaut hat, betreibt ein Büro in der Nachbarschaft des Seniorenzentrums. Das Büro war bislang nicht regelmäßig besetzt. Nach Umzug in die Räumlichkeiten der Tagespflege wird dort künftig zu den Kernzeiten ein Ansprechpartner erreichbar sein. Ebenfalls wenige Gehminuten vom Seniorenzentrum entfernt, ist in den Räumlichkeiten der Freien Scholle das ‚Team Baumheide‘ des Bielefelder Pflegedienstes Alt und Jung Nord-Ost e.V. stationiert.

Das Team bietet bewusst nur kleinräumig und fokussiert auf das Quartier ambulante Pflege ‚rund um die Uhr‘ an und organisiert in Kooperation mit der Freien Scholle soziale Aktivitäten für die Nachbarschaft in einem Wohncafé.²⁷

Beide Pflegedienste dürften wichtig für die Versorgungssicherheit im Quartier sein, daher empfiehlt sich ein Austausch des Seniorenzentrums mit ihnen, ob sie einen zusätzlichen Bedarf an ambulanter Pflege sehen oder

²⁶ Die Gemeinde ist in Baumheide sehr engagiert und hat dort viele Mitglieder.

²⁷ Die ‚Teams im Quartier‘ kooperieren in der Regel mit einer Wohnungsbaugesellschaft. Sie haben in den Räumlichkeiten der Wohnhäuser einen Servicestützpunkt. Von dort aus organisieren sich die Teammitglieder und stellen ‚Versorgungssicherheit rund um die Uhr‘ sicher. Die Teams sind zudem multiprofessionell aufgestellt, d. h. sie bestehen aus Pflegenden (Alten- /Krankenpflege), Sozialarbeiter/inne/n und anderen Berufsgruppen. Ihre Arbeit erfolgt in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Quartiere. Ebenso sind Ehrenamtliche an der Organisation von Angeboten, z. B. in den Nachbarschaftstreffs oder Wohncafés, beteiligt. Zudem gehört immer zum Konzept, dass es in den Räumen der Wohnungsgesellschaft Treffpunkte (z. B. Nachbarschaftstreff, Wohncafé). Träger der Teams ist der Verein Alt und Jung: In Baumheide Alt und Jung Nord-Ost, am Lohmannshof und in Sennestadt Alt und Jung Süd-West (vgl. Alt und Jung Nord-Ost online; Alt und Jung Süd-West online).

ggf. mit dem Zentrum kooperieren möchten. Wie in der ambulanten Versorgung üblich, sind daneben weitere ambulante Pflegedienste ohne festen Sitz im Stadtteil präsent, allerdings konnte im Rahmen der Recherchen kein Pflegedienst mit besonderem Fokus auf Baumheide identifiziert werden. Die häusliche palliativpflegerische Versorgung wird im Rahmen des Bielefelder Palliativnetzwerks in Baumheide durch die Deutsche Rote Kreuz Soziale Dienste OWL gGmbH übernommen.

Ärzt/inn/e/n und weitere Gesundheitsanbieter

Die ärztliche Versorgung wird in Baumheide v. a. für die Pädiatrie als problematisch charakterisiert, denn in dem kinderreichen Stadtteil gibt es keine Kinderarztpraxis.²⁸ Doch auch Hausarztpraxen sind in Baumheide unterrepräsentiert. Es gibt nur zwei Praxen, in denen derzeit insgesamt zwei Hausärzte praktizieren (T2).²⁹ Eine Praxis liegt im Gebäude des Einzelhandelszentrums (Marktkauf) neben dem Pflegedienst Mariweiss, die andere Praxis liegt am südwestlichen Rand von Baumheide (siehe Abb. 2). Die zwei Apotheken in Baumheide befinden sich jeweils in Nachbarschaft der Arztpraxen. Auf 1.000 Einwohner kommen damit in Baumheide nur 0,26 Hausärzte. Das liegt deutlich unter den Durchschnittswerten von Bielefeld (0,54), Nordrhein-Westfalen (0,58) und Deutschland gesamt (0,62) (vgl. Tab. 5).

Auch eine physiotherapeutische und eine podologische Praxis sind im Quartier angesiedelt. Mit 0,26 Therapeuten je 100 Einwohner ab 65 Jahren besteht auch hier eine deutlich geringere Versorgungsdichte als an den anderen Modellstandorten (vgl. Tab. 5).³⁰ Es gibt zudem zwei Zahnarztpraxen, aber keine Facharztpraxen in Baumheide. Die nächstgelegene Facharztpraxis hat den Schwerpunkt Innere Medizin; sie ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln in wenigen Minuten erreichbar.

Insgesamt ist die ärztliche und therapeutische Versorgungsdichte im Quartier deutlich unterdurchschnittlich.

Soziale Angebote und Beratung für Ältere und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

In Baumheide gibt es insgesamt zwei Begegnungsstätten (Freizeitzentrum, Nachbarschaftstreff der freien Scholle) mit regelmäßigem Programm für ältere Menschen und zwei Einrichtungen (Seniorenzentrum Baumheide, Wohncafé in den Räumlichkeiten der freien Scholle), die regelmäßig einen Mittagstisch und Café für ältere Menschen anbieten.

²⁸ Bis vor einigen Monaten gab es noch eine kinderärztliche Sprechstunde im Freizeitzentrum. Initiativen, z. B. seitens der Lokalpolitik, versuchen (wieder) einen Kinderarzt im Stadtteil einzubinden (NW-online vom 28.10.2015)

²⁹ Nachrichtlich: Nach dem Stichtag wurde in einer der beiden Hausarztpraxen ein weiterer Hausarzt eingestellt. Dennoch bleibt die hausärztliche Versorgungsdichte in Baumheide deutlich unter dem städtischen Durchschnitt.

³⁰ Eine weitere physiotherapeutische Praxis liegt am nord-östlichen Rand, aber nicht mehr im statistischen Bezirk von Baumheide, kann aber durchaus zum Einzugsgebiet gezählt werden.

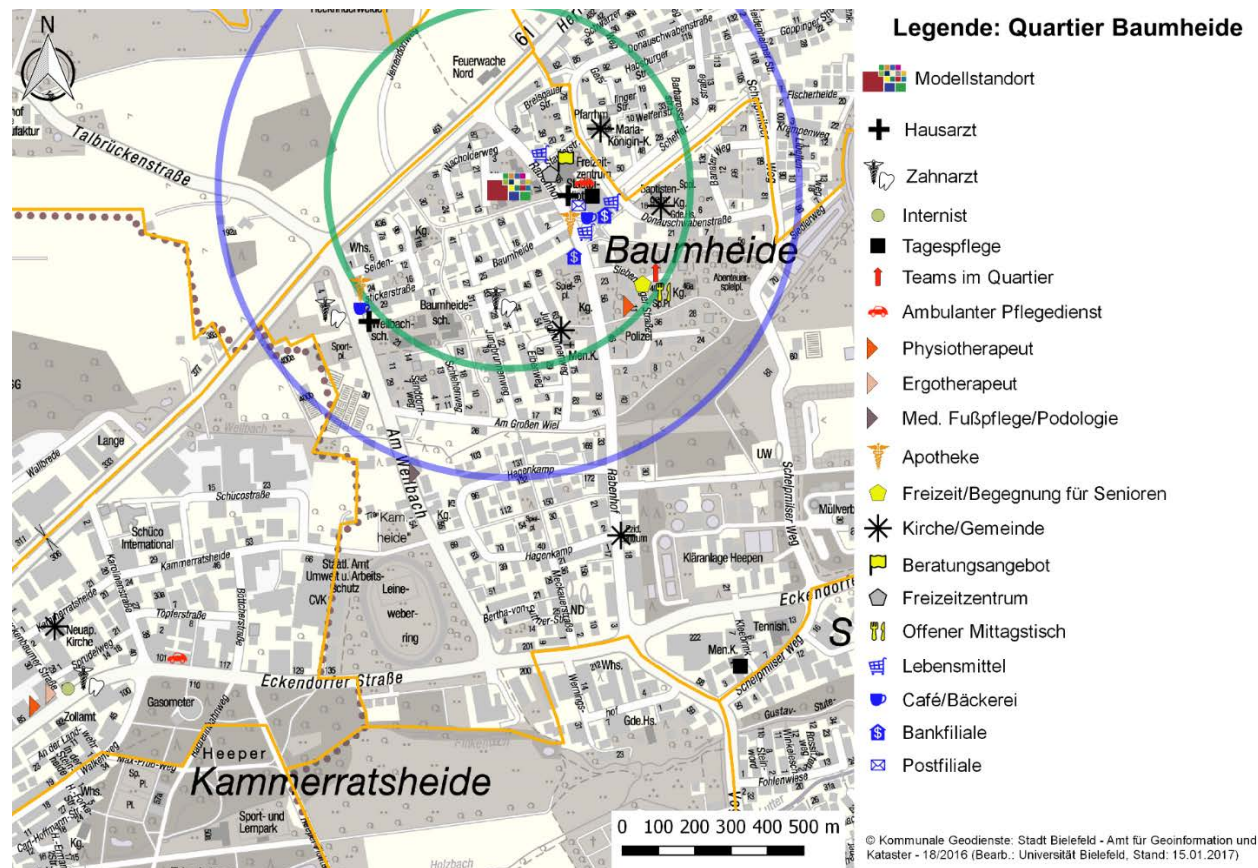
Ein besonders wichtiger Treffpunkt ist das bereits erwähnte Freizeitzentrum Baumheide.³¹ Ursprünglich richtete es sich primär an Kinder und Jugendliche (z. B. Kindertreff und Jugendcafé); doch inzwischen sind auch allgemeine Angebote, wie eine Zweigstelle der Stadtbibliothek darin untergebracht. Aufgrund der wachsenden Bedeutung älterer Menschen im Stadtteil bietet das Freizeitzentrum seit einigen Jahren auch für sie spezielle Angebote wie Seniorencomputerkurse, Bewegungs- und Entspannungskurse, Handarbeitskurse, Spaziergeh-, Spiel-, und Kochgruppen und Tanznachmittage (z. B. ‚Tanzen am Rollator‘) an. Die Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. betreibt in den Räumlichkeiten des Freizeitentrums eine Beratungsstelle für Sozialberatung, Familienberatung sowie Paar- und Lebensberatung, die auch von älteren Menschen aufgesucht wird. Daneben bieten die Mitarbeiter/innen auch Gruppenangebote an, z. B. eine Nähgruppe, Café Floh (Flohmarkt), den Treffpunkt ‚Treff um sechs‘, eine Handarbeitsgruppe und eine Kochgruppe. Auch diese Angebote adressieren immer mehr auch ältere Menschen.

Darüber hinaus organisieren die katholische Kirchengemeinde und die mennonitische Gemeinde gelegentlich Freizeitangebote für ältere Menschen in Baumheide, wie ein Café, ein gemeinsames Frühstück oder Mittagessen, die zur Begegnung und zum Austausch einladen.

Insgesamt gibt es in Baumheide für noch rüstige ältere Menschen ein recht vielfältiges Angebot an sozialen Aktivitäten. Freizeit- und Begegnungsmöglichkeiten außerhalb der (teil-) stationären Angebote im Quartier, die gezielt auch auf hilfe- und pflegebedürftige Menschen ausgerichtet sind, sind demgegenüber eher spärlich.

³¹ Das Freizeitzentrum wurde bis 2004 von der Stadt Bielefeld getragen. Heute ist die Freizeit- und Bürgerzentren Bielefeld gGmbH Träger, deren Gesellschafter der AWO Kreisverband Bielefeld e.V. und die Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. sind.

Abbildung 2: Versorgungsangebote in Baumheide



4.3 Bedarfs- und Angebotssituation aus Sicht der Expert/inn/en und Nutzer/innen

Pflegerische Versorgung: schon gut entwickelt, aber ausbaufähig

Auf den ersten Blick werden die bestehenden Pflegeangebote in Baumheide von den befragten (potentiellen) Nutzer/innen insgesamt sehr positiv wahrgenommen.

„Da wir hier ja eigentlich schon alles haben. Pflegedienst, Tagespflege ist ja hier und Pflegedienste, wir haben einen in der Nachbarschaft, also es ist alles hier im kleinen Kreis“ (N1: 201-203).

„Sonst Pflege und alles gut. [...] diese Älteren und sagen mal Behinderten, die werden hervorragend betreut“ (N16: 153-154).

Schaut man aber genauer, so fehlt es nach der Aussage eines Interviewpartners im Quartier an Angeboten, die auf den Bedarf junger Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf ausgerichtet sind, insbesondere Beschäftigungs- und Begegnungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe seien wünschenswert (N7: 41-50).

Die Interviews deuten zudem an, dass der Bedarf an ambulanter Pflege derzeit noch größtenteils von Anbietern, die von außerhalb in das Quartier kommen, abgedeckt wird (E19: 186-190). Dies kann auch so interpretiert werden, dass neben den bestehenden Pflegediensten im Quartier Potential für ein weiteres ambulantes Pflegeangebot besteht, wenn dieses dezidiert auf die Bedarfslagen der Hilfe- und Pflegebedürftigen im Quartier ausgerichtet wird.

Menschen mit Migrationshintergrund: eine heterogene, schwer zu erreichende Zielgruppe im Quartier

Die wachsende Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen, stellt generell eine Herausforderung für die Anbieter in Baumheide dar. Die geringe Inanspruchnahme professioneller Dienste in dieser Gruppe ist ein in den Interviews oft angesprochenes Thema:

„Und da ist es dann auch wirklich so, dass sie dann erst kommen, wenn es absolut nicht mehr geht“ (E8: 338-339).

„Diese älteren Menschen haben auch [ein] anderes Denken und [eine andere] Glaubensüberzeugung [...]. Und das ist einer der [...] Gründe, dass man [...] nicht dahin geht“ (E12: 125-137).

In den Interviews mit Migrant/inn/en wird deutlich, dass Vorbehalte gegenüber professionellen pflegerischen Angeboten bestehen (z. B. N1, N19a) und Familie als selbstverständliche Anlaufstelle bei Problemen gilt.

„Ich habe vier Kinder, zwei Töchter und zwei Söhne. Alle leben in [der] Türkei. [...] Ich habe keine Sorge. [Zum] Beispiel wenn, hier bei Problem dann einfach gehen [nach] Hause“ (N19a: 53-54).

Darüber hinaus bestehen tragfähige informelle und nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen innerhalb der Migrations- und Kulturmilieus (z. B. den verschiedenen Religionsgruppen) (E12: 233-237). Zwar sehen sowohl Nutzer/innen wie auch Expert/inn/en die familiäre und informelle Unterstützung als besondere Ressource an, dennoch beobachten gerade die Expert/inn/en, dass es aufgrund wandelnder Familienstrukturen und einer Überlastung informeller Hilfenetze einen großen, ungedeckten Bedarf an professioneller Pflege in den Migrationsmilieus gibt, auf den sich die Anbieter in Baumheide besser einstellen müssten (E10: 633-636).

„[Meine] Kinder [leben] hier. Aber [ich habe] keine Kontakte. Keine kommt. Aber [in der] Türkei, [gibt es] Andere. Vater, Mutter, Bruder, Onkel, alles“ (N19d: 170-171).

Generell fällt es den Expert/inn/en jedoch schwer, die Konsequenzen für die Ausgestaltung von Angeboten konkret zu benennen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Gruppe der Migrant/inn/en keinesfalls homogen ist:

„Mir ist klar, dass [es] banal [ist], zu sagen, [...], wenn so ein hoher Migrationsanteil da ist, das dafür eine Lücke ist. Aber wie die Lücke genau ist, ist mir nämlich nicht ganz klar. Also, bei Menschen mit einem russischen Hintergrund ist mir das überhaupt nicht klar [...]. Weil da ja noch eine hohe familiäre Versorgung ist. Ich [...] weiß es nicht so genau“ (E1: 349-352).

Dabei stellen sich nicht nur sprachliche Barrieren (E10: 633-636) sondern auch Kulturunterschiede als Herausforderung dar (E8: 328-330). Im Seniozentrum Baumheide wird daher gezielt Personal mit Migrationshintergrund eingesetzt, um die verschiedenen kulturellen und sprachlichen Barrieren abzubauen. Als grundlegende Herausforderung wird angesehen, dass die einzelnen Gruppen von Migrant/inn/en gesondert betrachtet werden müssen und möglicherweise unterschiedliche Angebote annehmen – dies gilt im Bereich der pflegerischen Versorgung ebenso wie bei anderen Angeboten (E12: 301-305).

Bedarf an Information und Beratung

Sowohl Expert/inn/en als auch Nutzer/innen sehen einen hohen Bedarf an Pflegeberatung (E4, E8, N7). Zwar gibt es eine Außenstelle des Pflegestützpunkts Bielefeld in Heepen. Doch ist die Hürde dorthin zu fahren, den Expert/inn/en zufolge aber relativ groß (E4: 833-837) und der Pflegestützpunkt hat nur einmal wöchentlich für drei Stunden geöffnet. Generell, so die Wahrnehmung der Expert/inn/en, ist der Wunsch nach Information und Beratung recht groß:

„Ja schon auch Beratung. Das wird sich gewünscht“ (E4: 829).

„Also [in der pflegerischen Versorgung] sind wir schon ganz gut abgedeckt. Nur beratungsmäßig [...] nicht“ (E19: 310-311).

Zudem wird aus Nutzersicht eine bessere Information und Beratung zu bestehenden Angeboten gewünscht:

„Wir hatten hier eine Beraterin irgendwann. Aber das, glaube ich, war nur einmal pro Woche, war die hier. Aber das wäre schön, wenn [...]. Vielleicht kann man die irgendwie mehr verbinden?“ (N7: 232-235).

Auch ein Experte sieht hier Bedarf:

„Also es ist alles da, aber ich glaube es ist nicht alles miteinander verknüpft. Und für mich als Bewohner, oder als Bewohner des Stadtteils, [...] ich hätte zwar die Auswahl, aber ich wäre vielleicht als älterer Mensch überfordert, wie ich an diese Auswahl rankomme. Ja? Also eine Telefonnummer oder eine Anlaufadresse oder was auch immer. Ich muss mir alles klein klein zusammensuchen. Ich glaube auch nicht, dass jeder Bewohner des Stadtteils über das komplette Angebot informiert ist“ (E8: 39-42).

Und die Expert/inn/en sind sich einig, dass in Baumheide großer Bedarf an Beratung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Transferleistungen besteht und weiter steigen wird (E10, E19).

Aus Nutzersicht ist darüber hinaus zu ergänzen, dass Gruppen bzw. Treffs für den Austausch pflegender und sorgender Angehöriger in Baumheide, z. B. zu einem gemeinsamen Austausch, fehlen (N7).

Engpässe in der medizinischen Versorgung

Auch die bereits angesprochene relativ niedrige Ansiedlungsdichte von nur zwei Hausärzten in Baumheide sehen einige Nutzer/innen und Expert/innen als Problem an.

„Also ich denke, das sind dann zwei Ärzte, die wir hier haben, [die] so wie ich weiß, überfordert sind. Also wenn da so gerade noch Grippe kommt oder so was, [dann merkt man, dass] es zu wenig ist“ (E12: 385-386).

„Von mir aus würde ich sagen, es könnte noch eine Praxis mehr sein [und] ein bisschen näher“ (N1: 93).

„Wir könnten auch noch ein paar andere Ärzte haben. Wir haben nur unseren Allgemeinmediziner da. Und der macht auch jetzt nicht so viel. Der will noch kürzer machen. Weil er schon auf Rente ist“ (N7: 250).

„Wir brauchen hier dringend, äh, einen vernünftigen Doktor“ (N2: 114-115).

Eine der Hausarztpraxen nimmt schon länger keine neuen Patient/inn/en mehr an (E19). Das hausärztliche Angebot in Baumheide sei insgesamt in den letzten Jahren schlechter geworden.

„Und Baumheide hat mit Sicherheit schon zunehmend verschlechterte Angebote an hausärztlicher Versorgung“ (E9: 73-74).

Das in Baumheide kein Facharzt angesiedelt ist, wird einerseits kritisch bewertet (E9). Andererseits wird geurteilt, dass die Fahrt zu einem Spezialisten im Bielefelder Zentrum aber auch zumutbar ist.

„Das ist dann, muss man dann zu diesem Kreis [Ärzt/inn/e/n] ja auch noch zuzählen, was gut erreichbar ist. Und sonst ist ja, die Fahrt in die Stadt sind zwölf Minuten bis zum Jahnplatz. Also eigentlich bin ich relativ schnell in der Stadt. Und deshalb war auch immer die Devise, das kann man auch zumuten“ (E10: 501-504).

Allerdings ist in diesem Zusammenhang auch wichtig, dass für ältere Menschen, besonders bei Immobilität, die Fahrt zu einem Spezialisten mit größerem Aufwand verbunden ist. Das spiegelt sich auch in Aussagen, nach denen Einwohner/innen Baumheides eigentlich nur alle Bedarfslagen gut decken können, so lange sie mobil sind (N2; N7).³²

³² Mobilitätseingeschränkte Menschen sind hier nicht selten auf die Nutzung eines Taxis angewiesen, das sich jedoch viele ältere Menschen in Baumheide aufgrund eines geringen Einkommens nicht leisten können.

Unklar: Bedarfsgerechtigkeit und Potentiale der therapeutischen Versorgung

Obwohl die therapeutische Versorgung im Vergleich zu anderen Standorten des Modellprojekts in Baumheide eher dünn ist, bleiben die Aussagen zur Zugänglichkeit zu diesem Bereich der Versorgung in den Interviews unscharf. Über die therapeutische Versorgung Baumheides berichten die Interviewpartner/innen generell vergleichsweise wenig. Die Bedarfsgerechtigkeit des vorhandenen Angebots scheint für sie schwer einschätzbar.

„Aber da kann ich auch den Bedarf im Stadtteil nicht einschätzen. Ob es nicht hier unter Umständen doch Menschen gibt, die über Logopädie, Ergotherapie erfreut wären und denen es unter Umständen auch weiterhilft“ (E8: 138-140).

Möglicherweise ist mehr Information, Beratung als auch Koordination an therapeutischen Leistungen erforderlich, denn „[...] Man muss halt wirklich nur wissen, wo und wie“ (E19: 302-303).

Auch in den Experteninterviews werden die Möglichkeiten rehabilitativer und präventiver Versorgung durch Therapeuten nicht thematisiert.

Begegnung und Austausch: Vulnerable Gruppen noch zu wenig im Fokus

Das Freizeitzentrum Baumheide nimmt durch seine Lage und vielfältigen Angebote eine Schlüsselrolle für Begegnung und Austausch im Stadtteil ein (N8: 145). Dennoch wünschen die Nutzer/innen einen (weiteren) Ort als Treffpunkt (N2, N8), wobei interessanterweise eine Eisdielen³³ oder eine gemütliche Kneipe genannt werden (N2: 102-109; N8: 152-194).

Die Expert/inn/en gehen davon aus, dass sich die soziale Lage der Menschen (weiter) verschlechtern wird (E10, E19) und auch daraus resultiert der Bedarf an bezahlbaren Orten zum gemeinsamen Zusammenkommen (E4, E10). Dabei rücken die Experten immer wieder die alleinstehenden älteren Menschen in den Fokus; sie sehen gezielte Angebote zur Knüpfung und Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten als Chance, auch diese Menschen, die in Baumheide eine größere Gruppe ausmachen, zu erreichen (E10, E19). Auch alleinstehende Menschen mit türkischem Migrationshintergrund äußern den Wunsch z. B. nach einem Treffpunkt und einer Begegnungsmöglichkeit wie ein Teehaus (N19).

Netzwerke und Kooperationen der Anbieter: Gute Substanz, aber Vorbehalte müssen überwunden werden

Engagement und Stärkung der Bürgerbeteiligung für die Entwicklung des Quartiers haben in Baumheide einen hohen Stellenwert. Zu nennen ist die seit 1995 stattfindende sog. Projektkonferenz, bei der sich Dienstleister im Stadtteil und Bürger/innen aktiv in die Entwicklungsprozesse des Stadtteiles einbringen.³⁴

³³ Eine Eisdielen gab es vor einigen Jahren sogar im Quartier (N2: 102-109; N8: 152-194).

³⁴ In der Projektkonferenz sind u. a. das Pflegezentrum der AWO, das Freizeitzentrum, Mariweiss, die Freie Scholle, der Verein Alt und Jung, die BGW, die Polizeistation sowie Privatpersonen vertreten (E8: 25-27, E18: 364-369). Es wird u. a. über Projekte, Angebote und Neuerungen in Baumheide gesprochen.

Gespräche über die Situation und Angebote für ältere Menschen stehen im Zentrum des ‚Arbeitskreis Senioren‘, der durch eine Mitarbeiterin des Seniorenzentrums Baumheide federführend initiiert wurde und an dem sich auch Vertreter/innen der Wohnungsbaugesellschaften, der Kirchen und Anbieter pflegerischer und sozialer Leistungen regelmäßig beteiligen. Beide Foren bieten formale Netzwerkstrukturen, die einen regelmäßigen Austausch der Akteure ermöglichen. Baumheide wird von den Expert/inn/en als gut vernetzt (z. B. E1: 341-342) bezeichnet, was sich aber keineswegs verallgemeinern lässt. Gerade für den Bereich der pflegerischen Versorgung gab es auch pessimistische Aussagen:

„Also Vernetzung würde ich sagen ist eher [...] nicht da. [...] Weil jeder [Anbieter im Bereich Pflege] kümmert sich um sein Metier. [...] Ich will für mich das Beste“ (E8: 66).

Generell besteht bei den Befragten der Wunsch, darauf zu achten: *„Das wir uns ergänzen und nicht Konkurrenten werden“* (E4: 873; ähnlich E10: 538-540) und man sich gegenseitig unterstützt (E19: 371-384).

4.4 Diskussion und Empfehlungen

Während in Baumheide Engpässe in der hausärztlichen Versorgung bestehen scheint sich v. a. in der Pflege und im Bereich sozialer Angebote die Situation als recht gut darzustellen, weil *„[...] eigentlich ja alles da ist“* (N2: 302). Es lohnt aber ein genauerer Blick. Er deutet an, dass einige Bedarfssituationen nicht ausreichend gedeckt sind. Das Pflege- und Gesundheitszentrum sollte darauf gerichtet sein, die vorhandenen Lücken im Angebot zu schließen. Indem es ein umfassendes Versorgungsangebot ‚aus einer Hand‘ anbietet, erspart es den Nutzer/inne/n zudem lange Suchbewegungen, um die für sie geeigneten Unterstützungsleistungen zu finden und zu koordinieren. Das Seniorenzentrum Baumheide hat eine gute Ausgangsposition, eine entsprechende Angebotsentwicklung einzuleiten – nicht zuletzt, weil es zentral liegt und im Quartier bereits gut vernetzt ist.

Angebote zielgruppen- und kultursensibel für das Quartier ausrichten: Niederschwelligkeit als Türöffner

Da Baumheide ein vielschichtiges Quartier darstellt, gilt es besonders die kulturelle und soziale Vielfalt der Einwohnerschaft bei der Angebotsentwicklung im Blick zu haben. Generell stellt sich die Frage, wie älteren Migrant/inn/en und ihren Familien ein besserer Zugang zu Leistungen ermöglicht werden kann, wie Barrieren abgebaut werden können und wie kenntlich gemacht werden kann, wann private Pflege an Grenzen stößt. Schon heute wird deshalb im Seniorenzentrum Baumheide Personal mit (unterschiedlichem) Migrationshintergrund beschäftigt, um die verschiedenen kulturellen und sprachlichen Barrieren abzubauen. Die Offenheit des Seniorenzentrums sollte durch Entwicklung neuer, kultur- bzw. diversitätssensibler Angebote noch weiter gestärkt werden. Zu empfehlen ist dazu generell, Vertreter und Schlüsselpersonen relevanter Kultur- und Glaubensgruppen bei der Planung von Angeboten im Zentrum einzubeziehen, um Bedarfslagen besser kennenzulernen und Vertrauen herzustellen. Konkret empfiehlt sich der Aufbau offener, niederschwelliger Angebote, wie stundenweise Betreuungsgruppen für hilfe- und pflegebedürftige ältere Menschen im Quartier, die für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund

ausgewiesen sind. Durch sie könnte die bislang bestehende Lücke zwischen den gering strukturierten Angeboten des Mittagstischs und der Cafeteria einerseits und intensiver (teil)stationärer Versorgung andererseits geschlossen werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Altersarmut ein in Baumheide virulentes Thema darstellt. Daher sollten Angebote preislich so gestaltet sein, dass sie auch von Menschen mit geringen Einkommen genutzt werden können.

Das Zentrum als Anlaufstelle: Zugang zu Information und Beratung

Das Zentrum als Anlaufstelle für Fragen rund um die Pflege und die Versorgung älterer Menschen auszurichten, ermöglicht, mehr über die Sorgen und Probleme der Einwohner/innen im Quartier zu erfahren und sich auf diese einzustellen. Zugleich ist den Befragten zufolge der Bedarf an Beratung in Baumheide hoch und die Pflegeberatung nicht gut erreichbar. Zu überlegen ist daher, ob die bereits am Standort geleistete, eher ‚nebenbei‘ durchgeführte Beratung ausgeweitet und professionalisiert werden kann oder durch Kooperation mit Dritten Beratung gestärkt werden kann. Auch empfiehlt es sich, Möglichkeiten für mehrsprachige Beratungsangebote zu prüfen. Ein wichtiger Bereich stellt auch die Angehörigenberatung dar, weil familiäre Pflege in Baumheide eine hohe Bedeutung hat.

Ambulantes pflegerisches Quartiersangebot für die Nachbarschaft des Pflegezentrums und Kooperation mit der Tagespflege

Alle Modellstandorte prüfen derzeit die Möglichkeiten, eine ambulante pflegerische Versorgung für das Quartier anzubieten. Die Etablierung eines Angebots der ambulanten Pflege ist im Fall von Baumheide generell vorstellbar, da nur zwei Pflegedienste vor Ort angesiedelt sind. Allerdings zeigen beide Pflegedienste ein besonderes Engagement im und für das Quartier, daher ist eine nähere Abstimmung wichtig, um Konkurrenzen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Da im Seniorenzentrum bereits eine Tagespflege existiert, bestehen hier hervorragende Möglichkeiten, ein abgestuftes pflegerisches Angebot für die Einwohner/innen Baumheides zu gewährleisten.

Der medizinischen und therapeutischen Versorgungsschieflage entgegenwirken

Es gibt klare Anzeichen für Defizite in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in Baumheide. Das Seniorenzentrum wäre gut beraten, sich für eine stabile und verbesserte hausärztliche Versorgung zu engagieren, da ältere und pflegebedürftige Menschen hier besonders auf einen wohnortnahen Zugang angewiesen sind. Die Ansiedelung einer Hausarztpraxis im Zentrum bietet großes Potential. So könnte der zunehmend schlechteren medizinischen Versorgung im Stadtteil entgegengewirkt und besonders bei Immobilität Versorgungssicherheit gewährleistet werden. Vorstellbar wäre auch eine Kooperation mit Facharztpraxen, um ärztliche Sprechstunden im Zentrum sowohl für die Heimbewohner/innen, als auch für andere ältere und pflegebedürftige Menschen im Quartier anzubieten.

Auch therapeutische Angebote sind kaum im Quartier ansässig. Generell bieten sie große Chancen für Prävention und Rehabilitation im Alter und bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Eine interessante Option ist, dass Angebote des Physiotherapeuten, der in der Einrichtung bereits beschäftigt ist, erweitert und für Einwohner/innen des Quartiers geöffnet werden.

Vernetzung und Kooperation im Stadtteil

Der in Baumheide gute und strukturell abgesicherte Austausch der verschiedenen Anbieter und Akteure stellt eine Stärke des Quartiers dar und bietet Chancen für den Aufbau einer vernetzten und kooperativen Versorgung. Wichtig wäre hier auch noch einmal zu schauen, ob *alle* wichtigen Schlüsselgruppen in Baumheide teilnehmen, insbesondere auch ob Ärzt/inn/e/n und Therapeut/inn/en besser beteiligt werden können. Eine Sorge die auch dieses Modellprojekt begleitet, ist die Nachhaltigkeit der aufgebauten Strukturen und Angebote. Daher ist schon in der Erprobungsphase darauf zu achten, dass Netzwerke und Kooperationen auf ein solides Fundament gestellt sind und einzelne Angebote nachhaltig und ‚personenunabhängig‘ verankert werden können.

5. Sennestadt

5.1 Charakteristika des Stadtteils und Quartiers

Der Stadtteil Sennestadt liegt ca. 13 Kilometer von der Bielefelder Stadtmitte entfernt. Er ist geografisch durch zwei Autobahnen und den Teutoburger Wald abgegrenzt und hat ein eigenes Stadtteilzentrum. Insgesamt ist der Stadtteil recht gut an die Bielefelder Innenstadt mit öffentlichen Verkehrsmitteln angebunden. Städtebaulich ist die Gründung Sennestadts Mitte der 1950er-Jahre eng mit dem Architekten und Stadtplaner Hans Bernhard Reichow verbunden, der Sennestadt als Planstadt konzipierte. Nach dem zweiten Weltkrieg herrschte akute Wohnungsnot in Bielefeld, da mehr als ein Drittel der Wohnungen zerstört wurden und preiswertes Bauland rar war. Die Sennestadt sollte insbesondere Flüchtlingen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten Wohnraum bieten. Bis Mitte der 1960er-Jahre war die neue Großwohnsiedlung nahezu fertiggestellt. Binnen kürzester Zeit wuchs Sennestadts Bevölkerung um mehr als 10.000 Menschen (Sennestadtverein-online; Stadtarchiv Bielefeld-online). Heute hat der Stadtbezirk Sennestadt rund 21.000 Einwohner/innen. Die Ausführungen konzentrieren sich auf den statistischen Bezirk Sennestadt (Sennestadt-, Industriegebiet und Wrachtruper Lohde), der annäherungsweise das Stadtteilzentrum und den nördlichen Teil umfasst. Die Südstadt wird nicht weiter betrachtet.

Die Sennestadt ist trotz Planung ‚am Reißbrett‘ städtebaulich facettenreich, mit Hochhäusern, Mehrparteienhäusern und Einfamilienhäusern. Das weit angelegte Grünflächennetz dient als natürliche Untergliederung der Wohnquartiere bzw. Nachbarschaften. Für Reichow war die Idee der Gemeinschaft und des durchmischten Quartiers in kleinen Nachbarschaften einer der wichtigsten Leitgedanken bei der Stadtplanung (Schulz, 2008, S. 13). Für viele Sennestädter ist die Ruhe und die Nähe zur Natur eine besondere Qualität,

„dass hier die Ausläufer des Teutoburger Waldes sind, dass man da auch schnell ist. Der Trimm-dich-Pfad ist zwar etwas untergegangen, dass man hier ruckzuck zu Fuß oder mit dem Fahrrad schön im Walde auch sein kann und auch alles ein bisschen entschleunigt ist“ (N3: 80-83).

Doch gerade die Einfamilien- und Reihenhäuser der 1950er-Jahre, in denen heute viele ältere Menschen wohnen, sind wenig altersgerecht:

„Denn diese Häuschen, die hier so stehen, die sind so was von unpraktisch, ne. Diese ‚Himmelsleiter‘ oben ins Bett rein dann, ne. Diese kleinen Treppen, die da drin sind. Für Senioren unmöglich, unmöglich“ (N15: 152-154).

In den letzten Jahren wurden u. a. im Rahmen des in 2007 initiierten integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzeptes Stadtumbau Sennestadt (INSEK) (INSEK-Sennestadt-online) mehrere Sanierungs-, Modernisierungs- und Bauvorhaben initiiert, die beispielsweise barrierearmen Wohnraum schaffen (Schulz 2008).

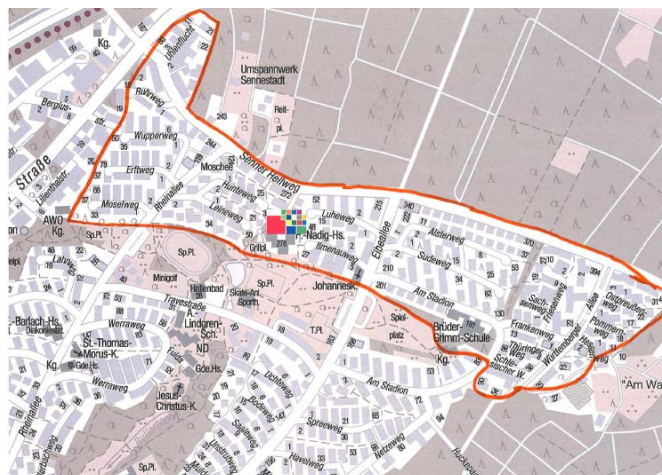
Sennestadt hat ein eigenes Stadtteilzentrum (rund um den Reichowplatz) mit einigen, unterschiedlichen Geschäften und Gastronomie. Ebenso sind Einrichtungen der Stadtverwaltung und auch Pflegeanbieter, Arztpraxen und Therapeut/inn/en hier ansässig. Auch Freizeit- und Kulturveranstaltungen finden hier statt.

Das *Frieda-Nadig-Haus* ist ein Seniorenzentrum der AWO OWL in Sennestadt³⁵. Das Haus befindet sich am nördlichen Rand Sennestadts, in einer ruhigen Sackgasse. Die Einrichtung liegt in einem Wohnquartier, mit Ein- und Mehrfamilienhäusern. Eine großflächige Park- und Sportanlage (mit Minigolf, Hallenschwimmbad, etc.), die viele Sennestädter in ihrer Freizeit nutzen, grenzt südlich daran an (vgl. Abb. 4). In der Nähe des Hauses gibt es heute kaum noch Einkaufsmöglichkeiten. Das südlich gelegene Stadtteilzentrum am Reichowplatz mit seinen zahlreichen Geschäften und Praxen, ist rund 1,5 km entfernt (vgl. Abb. 4). Die periphere Lage des Frieda-Nadig-Hauses in Sennestadt ist ein markanter Unterschied zur Situierung der anderen Modelleinrichtungen, die alle sehr zentral in ihrem Stadtteil liegen. Das nördliche Gebiet um das Heim kann als ‚eigenes Quartier ohne Quartiersmittelpunkt‘, wie beispielsweise einen frequentierten Marktplatz oder eine Geschäftszeile, charakterisiert werden. Daher ist sinnvoll, die Bedingungen und Bedarfslagen der Einwohner/innen im Quartier Sennestadt Nord eingehender zu betrachten.

Soziodemografische Merkmale und gesundheitliche Situation in Sennestadt³⁶

Im statistischen Bezirk Sennestadt – nachfolgend als Stadtteilgebiet bezeichnet – leben etwas über 11.000 Menschen, im Quartier Sennestadt Nord rund 4.000 Menschen. Der demografische Wandel zeigt sich noch deutlicher als an den anderen Modellstandorten: die hochaltrigen Menschen (ab 80-Jährige) machen 10 % der Einwohner/innen des Stadtteilgebietes Sennestadt aus. Im Quartier Sennestadt Nord liegt der Anteil sogar noch höher, bei 10,9 %.

Abbildung 3: Das Quartier ‚Sennestadt Nord‘



Quelle: Kommunale Geodienste: Stadt Bielefeld, Amt für Geoinformation und Kataster

³⁵ Die Namensgebung der Einrichtung und die Entstehungsgeschichte geht auf das Engagement der Bundestags- und Landtagsabgeordneten Frieda Nadig zurück, die auch die erste Bezirksgeschäftsführerin der Arbeiterwohlfahrt war. Zunächst trug das Haus den Namen Altenzentrum Sennestadt, wurde zum 10-jährigen Jubiläum aber umbenannt.

³⁶ Wenn im Text nicht explizit eine Quelle angegeben ist, finden sich die genannten Daten und Quellenangaben in Tabelle 4 (Kap. 3) bzw. in Anhang 3 wieder.

Der große Anteil hochaltriger Menschen geht mit einer weiteren Besonderheit des Stadtteilgebietes einher: Etwas über 34 % der Menschen ab 65 Jahren leben allein. Die anderen Modellstandorte liegen mit rund 29 % deutlich darunter. Noch prägnanter ist die Situation der Hochaltrigen: knapp 41 % der Menschen ab 80 Jahren sind allein lebend. Allerdings ist die Situation im Quartier Sennestadt Nord weniger markant. Dort leben rund 35 % der hochaltrigen Menschen allein. Dieser Wert liegt unter dem städtischen Durchschnitt von 38 %, aber noch über dem der anderen Modellstandorte.

Die soziale Situation kann im Vergleich zur den anderen Modellstandorten weder als besonders gut, noch besonders schlecht gewertet werden, wie die Daten für den statistischen Bezirk zeigen: Die Arbeitslosenquote liegt dort mit 8,7 % zwar über dem Bielefelder Durchschnitt (7,1 %), fällt aber deutlich geringer aus als in Baumheide und im Quartier Herford Zentrum (beide fast 14 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der Transferleistungsquote: Obschon diese mit 16,9 % im statistischen Bezirk Sennestadt mehr als 3 % über dem Bielefelder Durchschnitt liegt, ist sie deutlich niedriger als in Baumheide (32,8 %) oder im Quartier Herford Zentrum (21,9 %). Der Anteil der Menschen ab 65 Jahren, die Grundsicherung beziehen, entspricht ungefähr dem Bielefelder Durchschnitt.

Im Vergleich zur Stadt Bielefeld leben in Sennestadt deutlich mehr Menschen mit einem Migrationshintergrund. Im statistischen Bezirk haben 44,5 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, die häufigsten Bezugsländer sind die Türkei, Russland und Polen. Bei den älteren Menschen ab 65 Jahren sind es hingegen nur noch 20,3 % und bei den ab 80-Jährigen nur 12,5 %. Die dominierenden Bezugsländer der älteren Einwohner/innen Sennestadts (ab 65-Jährige) sind Polen (26,7 %), Russland (24,9 %) und die Türkei (18,6 %). Im Quartier Sennestadt Nord liegt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund unter den ab 65-Jährigen jedoch deutlich geringer (16,5 %), aber mit einem ähnlichen Verteilungsbild der häufigsten Bezugsländer.

Über die gesundheitliche Situation der Bürger/innen in Sennestadt liegen kaum Informationen vor. Eine Analyse der sozioökonomischen Situation lässt jedoch eine benachteiligte gesundheitliche Situation im Stadtteilbezirk vermuten. Sennestadt weist im Vergleich der Modellstandorte nach Baumheide die zweithöchsten Quoten hinsichtlich Arbeitslosigkeit und Transferleistungen auf. Verglichen mit den Bürger/inne/n der anderen Stadtbezirke im Modellprojekt stufen Sennestädter Bürger/innen in der Gesundheitsbefragung 2008 ihre eigene Gesundheit deutlich seltener als ‚gut‘ oder ‚besser‘ ein (Stadt Bielefeld 2009: 5). Zudem gaben Befragte aus Sennestadt häufiger als Einwohner/innen anderer Stadtbezirke an, von aktuellen gesundheitlichen Problemen betroffen zu sein (ebd.: 10). Neben dem vergleichsweise höheren Lebensalter, kann diese Selbsteinschätzung auch in einer gehäuften Betroffenheit von chronischen Krankheiten der Sennestädter/innen begründet sein (ebd.: 13).

Insgesamt dürfte aufgrund des hohen Anteils hochaltriger Menschen der Pflegebedarf in Sennestadt schon heute relativ hoch liegen, zudem ist die hohe Zahl allein lebender älteren Menschen in Sennestadt zu beachten. Auch die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Alter und bei Hilfe- und Pflegebedarf ist von Bedeutung; dies schon heute, aber noch mehr in der Zukunft.

Denn angesichts der ansteigenden Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund in den jüngeren Generationen wird das Alter(n) in Sennestadt künftig noch weitaus vielfältiger werden.

5.2 Angebotsspektrum im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales

Im Folgenden wird ein Überblick über Versorgungsangebote am Standort gegeben, anschließend werden die Ergebnisse der Interviews vorgestellt. Die einzelnen Angebote sind in Abbildung 4 kartografisch dargestellt.

Das Frieda-Nadig-Haus

Das Frieda-Nadig-Haus ist mit 113 stationären Pflegeplätzen (85 Einzel- und 14 Doppelzimmer) eine recht große Einrichtung. Es wurde im Jahr 1975 eröffnet und 2004 umfassend saniert. Sechs eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze werden vorgehalten. Im Haus sind drei Wohnbereiche eingerichtet. Einer der Wohnbereiche ist auf die Versorgung von Menschen mit demenziellen und psychischen Erkrankungen spezialisiert. Den Bewohner/innen stehen Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention, u. a. Rückenschule und Massagen, zur Verfügung. Sie werden u. a. durch den in der Einrichtung mit einer halben Stelle beschäftigten Physiotherapeuten angeboten. Eine Ergotherapeutin ist im sozialen Dienst des Hauses tätig und neben dieser Tätigkeit leitet sie die Betreuungsassistent/innen der Einrichtung an und vermittelt ihnen ergotherapeutische Kenntnisse.

Weitere Dienstleistungen für die Bewohner/innen im Haus sind ein kleiner Kiosk und ein Friseursalon, die an zwei festen Tagen pro Woche geöffnet haben. Einen weiteren Service bietet die Sparkasse Bielefeld an: Nach telefonischer Absprache kommt eine Mitarbeiterin in die Einrichtung, um den Bewohner/innen finanzielle Fragen zu beantworten, Geld auszuzahlen oder Überweisungen entgegenzunehmen. Darüber hinaus gibt es im Frieda-Nadig-Haus Angebote, die auch Besucher/innen des Hauses nutzen können: Neben einem täglichen und offenen Mittagstisch und einer an zwei Tagen pro Woche geöffneten Cafeteria, sind hier ein Kraft- und Balance-Training, Hospizkurse, Edukationskurse³⁷ für Angehörige (in Kooperation mit den Krankenkassen) und sog. Seniorenbegleiterkurse für ehrenamtlich tätige Personen zu nennen³⁸.

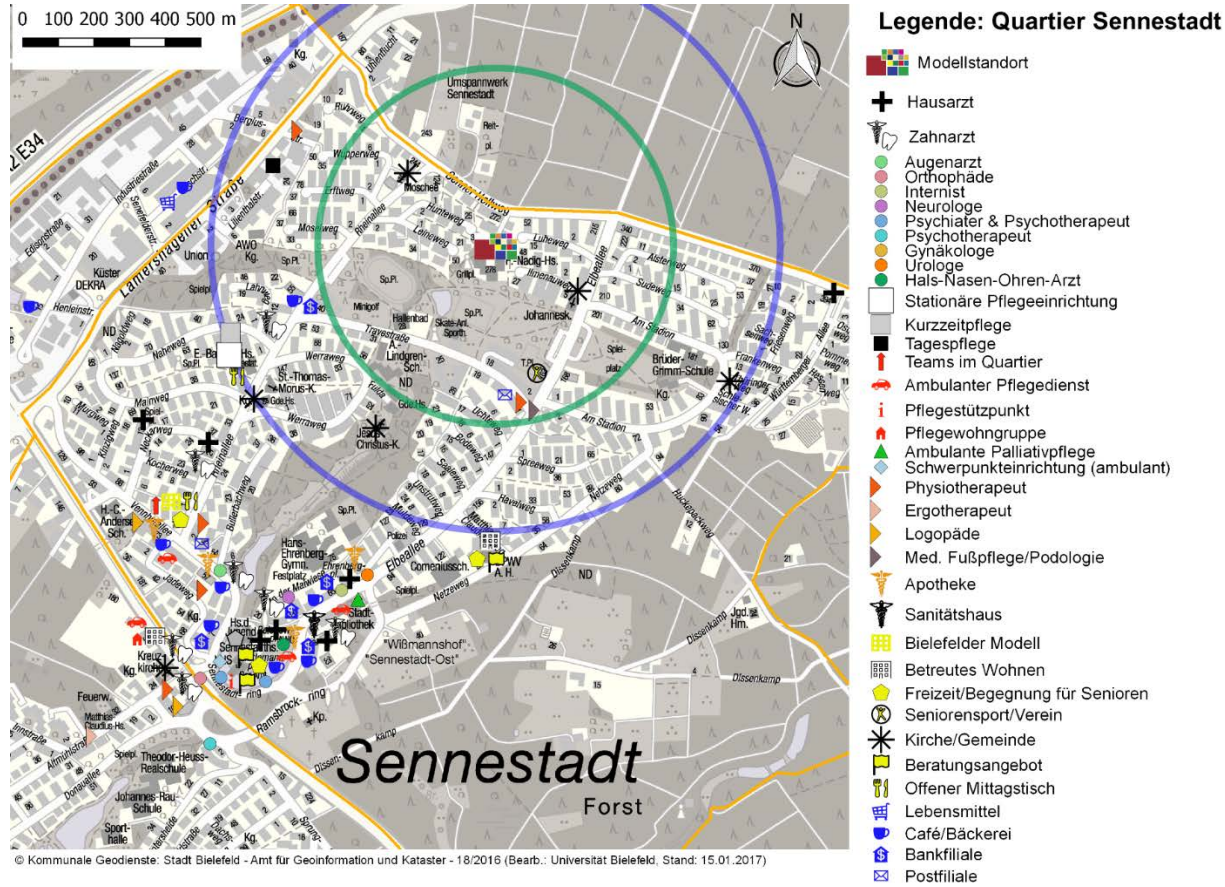
Beratung rund um die Themen Pflege, Versorgung und Hilfemöglichkeiten, Umgang mit Krankheitsbildern und sozialen Problemen, Palliativ- und Hospizversorgung sowie Sozialrecht, bietet u. a. der soziale Dienst für Bewohner/innen und ihre Angehörigen, aber teils auch für Personen von außerhalb an. Bei speziellen Versorgungsfragen findet ggf. eine Weitervermittlung an andere Beratungsstellen, z. B. den Pflegestützpunkt Bielefeld, der in Sennestadt mit einem Beratungsbüro ansässig ist, statt.

³⁷ Hier wird z. B. in mehreren Treffen Wissen über Demenz und praktische Fähigkeiten im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen vermittelt.

³⁸ Die Kurse umfassen u. a. Inhalte der Betreuung und Beschäftigung älterer Menschen sowie Grundlagen zu geriatrischen Krankheitsbildern, wie z. B. Demenz.

Beispielhaft zu nennen sind weitere Kooperationen u. a. mit den Kirchengemeinden, die auch Gottesdienste im Haus abhalten, mit den ambulanten Diensten Sennestadts und unterschiedlichen Schulen Bielefelds (Vermittlung von Praktika und Ausbildungsplätzen). Darüber hinaus engagieren sich Mitarbeiter/innen des Zentrums in Initiativen des Stadtteiles (z. B. Runder Tisch Seniorenarbeit Sennestadt).

Abbildung 4: Versorgungsangebote in Sennestadt



Andere pflegerische Angebote im Stadtteil und Quartier

Neben dem Frieda-Nadig-Haus bietet das Ernst-Barlach-Haus (ca. 800 m Luftlinie entfernt) im Quartier 132 stationäre Pflegeplätze an und hält ebenfalls Kurzzeitpflegeplätze vor. Damit liegt das Angebot an stationären Pflegeplätzen im Stadtteilgebiet überdurchschnittlich hoch, bei 21 Pflegeplätzen je 100 Einwohner ab 80 Jahren. Der Bielefelder Durchschnitt liegt bei 14,6 Plätzen (vgl. Tab. 5).

Es gibt eine Tagespflegeeinrichtung im Stadtteilgebiet (Tagespflege Sennestadt, Träger: von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel), die ca. 700 m vom Frieda-Nadig-Haus entfernt liegt und 12 Plätze und auch einen Gesprächskreis für pflegende Angehörige anbietet. Damit steht ein (1,0) Tagespflegeplatz je 100 Einwohner ab 80 Jahren im Stadtteilgebiet zur Verfügung. Dieser Wert liegt etwas unter dem Bielefelder Durchschnitt von 1,2 (vgl. Tab. 5).

Um das südlich gelegene Stadtteilzentrum herum sind vier ambulante Pflegedienste angesiedelt (AWO Team Süd, Bonitas³⁹, Die Pflege Daheim, Alt und Jung Süd-West e. V. Team Sennestadt). In Kooperation mit dem ‚Team Sennestadt‘ des Pflegedienstes Alt und Jung Süd-West hat die Bielefelder Wohnungsbaugesellschaft BGW dort einen Standort des Bielefelder Modells⁴⁰ etabliert. Das Pflegeteam und ein Wohncafé ist in einem Wohnhaus mit zehn barrierefreien Wohnungen, stationiert.

Unweit des Stadtteilzentrums, aber schon in der Südstadt gelegen, bietet das DRK betreutes Wohnen mit 56 barrierefreien Wohnungen sowie eine ‚Pflege-Wohngruppe‘ an (‚Wohnen an der Altmühlstraße‘).⁴¹ Hier ist auch ein ambulanter Pflegedienst des DRK angesiedelt. Noch weiter südlich ist auch das ‚Team Sennestadt-Süd‘ von Alt und Jung e. V. aktiv (nicht mehr auf Kartenausschnitt). Insgesamt gibt es in Sennestadt ein ausdifferenziertes Spektrum ambulanter Pflege, insbesondere auch mit explizitem Quartiersfokus. Im Quartier Sennestadt Nord betreibt allerdings bislang kein ambulanter Pflegedienst ein Büro. Ob einzelne Pflegedienste einen besonderen Quartiersbezug aufweisen, wurde in den Interviews nicht deutlich.

³⁹ Über den ambulanten Pflegedienst von Bonitas wird im Rahmen des Bielefelder Palliativnetzes die palliativpflegerische Versorgung in Sennestadt (und darüber hinaus) ermöglicht.

⁴⁰ Das Bielefelder Modell ist ein quartiersbezogenes Wohnkonzept, das altengerechten Wohnraum und die Versorgungssicherheit der Mieter/innen und umliegenden Quartierseinwohner/innen ohne Betreuungspauschale sicherstellt. Neben barrierefreien Wohnungen und einem Wohncafé als Treffpunkt für die Menschen ist am Standort auch immer ein Pflegedienst angesiedelt. Dieser kann im Bedarfsfall schnell ‚eingeschaltet‘ werden und ist rund um die Uhr, auch am Wochenende, erreichbar. Das deutschlandweit bekannte Modell wurde von der BGW Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobilienleistungen mbH, gemeinsam mit Alt und Jung e. V. in den 1990er Jahren entwickelt.

⁴¹ Dabei wird ein Wohngruppenkonzept verfolgt, d. h. es gibt gemeinschaftlich genutzte Räumlichkeiten, aber grundsätzlich ein eigenes Schlaf- und Badezimmer.

Medizin und weitere Gesundheitsanbieter

Im Zentrum von Sennestadt kumulieren auch medizinische und andere gesundheitliche Versorgungsangebote. Dort sind sieben (der insgesamt acht) Hausarztpraxen angesiedelt (Stand: 01. Dezember 2016). Mit 0,71 Hausärzten je 1.000 Einwohner liegt die Hausarztichte deutlich über dem Bielefelder (0,54), als auch dem Nordrhein-Westfälischem (0,58) sowie bundesweiten (0,62) Durchschnitt (vgl. Tab. 5). Doch die zum Frieda-Nadig-Haus nächstgelegene Hausarztpraxis befindet sich östlich in fast einem Kilometer Entfernung. Zudem betreut die Praxis nach Informationen aus mehreren Interviews nur einen kleinen Patientenstamm.

Fünf Zahnarztpraxen, eine in ca. 650 m Entfernung des Frieda-Nadig-Hauses, gewährleisten die zahnmedizinische Versorgung in Sennestadt. Zudem gibt es zahlreiche Fachärzte, u. a. eine Augenarztpraxis mit drei Ärzt/inn/en, eine HNO-Ärztin, zwei Ärzte der Inneren Medizin und einen Urologen, sowie vier Psychotherapeut/inn/en (in zwei Praxen) und eine Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, die primär Patient/inn/en im Alter von 18 bis 60 Jahren aufnimmt (Träger: Evangelisches Klinikum Bethel (EvKB))⁴².

Zudem haben sich im Stadtteilgebiet vier Apotheken und ein Sanitätshaus angesiedelt. Die therapeutische Versorgung wird durch eine logopädische Praxis (mit zwei Logopäd/inn/en) und vier physiotherapeutischen Praxen (mit dreizehn Physiotherapeut/inn/en) bereitgestellt. Ferner gibt es eine Fußpflege. Rechnerisch ergeben sich 1,51 Therapeuten je 1.000 Einwohner, diese Quote liegt, verglichen mit den anderen Modellstandorten, im mittleren Bereich. Zwar gibt es im hier betrachteten Statistischen Bezirk Sennestadt keine Praxis für Ergotherapie oder Logopädie, aber unmittelbar daran angrenzend, im Süden Sennestadts. Die Versorgungsdichte stellt sich also tendenziell besser als hier ausgewiesen dar (vgl. Abb. 4).

Insgesamt ist ein durchaus reichhaltiges Angebot im Gesundheitsbereich festzustellen, aber die Einrichtungen ballen sich um das Stadtteilzentrum. Im nördlichen Quartier um das Frieda-Nadig-Haus herum gibt es kaum Angebote. Im Rahmen des Modellprojekts ist es daher sinnvoll, den Zugang für die Einwohner/innen im nördlichen Quartier zu prüfen und ggf. Schritte einzuleiten, diesen zu verbessern.

⁴² In der Tagesklinik werden primär Menschen mit Depressionen, Ängsten und Psychosen versorgt. Die Tagesklinik hat 20 Plätze und ist von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 16.00 Uhr geöffnet, die Nachfrage ist groß und steigend.

Soziale Angebote und Beratung für Ältere und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

Der Pflegestützpunkt Bielefeld hat, wie erwähnt, ein Büro im Sennestädter Stadtteilzentrum. Einmal wöchentlich besteht dort für Bürger/innen die Möglichkeit, Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Auch die quartiersbezogenen Sozialarbeit der Stadt Bielefeld bietet an zwei Tagen pro Woche im Stadtteilzentrum eine Sprechstunde an und leistet darüber hinaus Hausbesuche in Sennestadt. Im Stadtteilgebiet gibt es insgesamt drei Begegnungsstätten (Begegnungszentrum AwSz Sennestadt der Gesellschaft für Sozialarbeit, AWO-Forum am Reichowplatz, Frieda-Nadig-Haus) mit regelmäßigem Programm für ältere Menschen und drei Einrichtungen (Ernst-Barlach Haus, Wohncafé von Alt und Jung, Frieda-Nadig-Haus), die regelmäßig einen Mittagstisch und Café für ältere Menschen anbieten. Zudem verfügt das Stadtteilzentrum über zahlreiche Bäckereien und Cafés, die beliebte Treffpunkte für ältere Menschen sind.

Das AWO-Forum am Reichowplatz bietet täglich Möglichkeiten des Miteinanders (z. B. Seniorengymnastik und einen Spieletreff), sowie auch eine Sozial- und Pflegeberatung, an. Darüber hinaus gibt es dort auch eine Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz und einen Gesprächskreis für pflegende Angehörige. Auch das Seniorenbegegnungszentrum AwSz Sennestadt bietet neben Freizeitaktivitäten wöchentlich eine offene Sprechstunde für ältere Menschen an, bei der sie sich rund um das Thema Pflege, Anträge bei Behörden, bei familiären und persönlichen Problemen und zu anderen Angeboten im Stadtteil beraten lassen können.

Der Sennestadtverein stellt für Bürger/innen der Sennestadt eine Plattform des stadtteilbezogenen Engagements und des Miteinanders dar. Die Sportfreunde-Sennestadt e. V. haben einige Sportangebote speziell für ältere Menschen ausgerichtet. Für die älteren türkischstämmigen Menschen in Sennestadt stellen die Moschee und der daran angrenzende kleine Einkaufsladen an der Rheinallee einen wichtigen Ort des sozialen Miteinanders dar (T3; DITIB-Sennestadt-online). Hinzu kommen Veranstaltungen der Kirchengemeinden.

Insgesamt wird für ältere Menschen im Stadtteilgebiet einiges geboten. Aber auch diese Angebote sind im Sennestädter Zentrum konzentriert, während die Angebotssituation im nördlichen Quartier sehr überschaubar ist. Das Frieda-Nadig-Haus könnte für ältere Menschen im Quartier Nord eine gut zu erreichende, attraktive Anlaufstelle der Nachbarschaft sein.

5.3 Bedarfs- und Angebotssituation aus Sicht der Expert/inn/en und Nutzer/innen

Nach Wahrnehmung der Interviewpartner/innen sind sowohl die Nahversorgungsmöglichkeiten als auch die Angebotslandschaft im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales generell umfangreich und ausdifferenziert. Dabei weisen die Interviewten aber immer wieder auf die Reichhaltigkeit der Angebote im Zentrum des Stadtteils und eine schwache Infrastruktur im Quartier Sennestadt Nord hin.

Fehlende Nahversorgung im nördlichen Quartier

Eine häufig in den Nutzerinterviews genannte Schieflage ist, dass es im nördlichen Quartier kaum mehr Anlaufstellen der Nahversorgung gibt. Gerade für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen ist der Weg in das Stadtteilzentrum im Süden eine Herausforderung.

„Diese Versorgung im Quartier ist total weg. Und die wird vermisst, ganz klar, die bräuchte man, um das Leben angenehmer zu machen, ne. Und wenn es so ein kleiner Kiosk wäre, der so alles Mögliche hat. So 500 verschiedene Artikel. Das würde schon die Sache entspannen“ (N9: 428-431).

„Mitunter fehlt dir ja bloß irgend so eine Kleinigkeit im Haushalt. Und da musst Du irgendwo hingurken. Wehe, Du hast was vergessen, ist ganz schlecht, ne“ (N9: 427-428).

„Also im Moment ist es schwierig von hier [dem nördlichen Rand] auch einzukaufen. [...] früher gab es eben kleine Einzelhändler. Die gibt es alle nicht mehr. Es gibt nur eine Bäckerei, die wirklich fußläufig zu erreichen ist. Das ist schon sehr schwierig“ (N20: 49-51).

Hochaltrige, allein lebende Menschen: Auf informelle Hilfen angewiesen

Typisch für Sennestadt ist der hohe Anteil hochaltriger, allein lebender Menschen. Besonders wenn sie im nördlichen Quartier leben, ist es für sie schwierig, die weiten Wege für Erledigungen zu meistern und soziale Kontakte zu pflegen. Denn mobilitätseingeschränkte Menschen sind auf die Unterstützung aus Familie und Nachbarschaft angewiesen, um Angebote zu erreichen. Stehen diese Netzwerke nicht zur Verfügung, ist ihre Teilhabe am sozialen Leben gefährdet.

„Aber was wirklich ein Manko ist, dass für ältere Leute es ganz schwierig ist, einkaufen zu gehen, ne. [...] wir treffen ja immer im Marktkauf und so, treffen wir ja Leute, und manche sind richtig froh, dass sie eine, uns treffen, weil wir uns kennen und dass sie mal ein bisschen erzählen können. Äh, für mich ist so ein [Ort], wie der Marktkauf, Lidl oder Aldi, ist ja auch eine Kommunikationsform, wo die Leute sich mal mit anderen austauschen können. Weil sonst sind die zu Hause in ihrer Butze da und da ist ja niemand. Und von daher ist das ganz wichtig, nur die kommen da nicht hin. Es sei denn, die haben Bekannte, Verwandte, Kinder, die sie da mal hinfahren“ (N10: 442-447).

„An sich ist das sehr schön gedacht von Herrn Reichow [...] Aber man hat nie, nie gedacht, dass wir mal so viel Autos haben werden und dass die Leute so alt werden, das hat er auch nicht gedacht, ne“ (N15: 150-152).

Versorgungssicherheit durch stationäre Einrichtungen

In den Nutzer- und Experteninterviews wird eine grundlegend positive Wahrnehmung beider stationärer Einrichtungen des Stadtteilgebietes zum Ausdruck gebracht. Das Vorhandensein der Einrichtungen bietet den älteren Einwohner/innen im Quartier Sicherheit, auch bei Pflegebedürftigkeit im angestammten Umfeld leben zu können.

„Da tut es gut, also das muss ich wirklich sagen, dass zwei Altenheime wirklich in Sennestadt sind. Und das ist für die Alten ein erheblich leichter Schritt einen Angehörigen ortsnah unterzubringen“ (E22: 224-226).

„Ich im Barlach-Haus und meine Frau, die hatte hier so Kurse mitgemacht, der gefällt es hier, also wenn die mal pflegebedürftig [ist], die würde dort ins Nadig-Haus gehen“ (N4: 76-77).

Die positive Wahrnehmung verdeutlicht, dass Heime gerade bei denen, die Versorgungserfahrungen haben, als Anlaufstellen im Quartier geschätzt sein können. Gerade durch seine Lage am nördlichen Rand von Sennestadt kommt dem Frieda-Nadig-Haus für dieses Quartier eine besondere Bedeutung zu.

Ambulante Pflege: auch bei kurzfristig geändertem Bedarf

Auch die ambulante pflegerische Versorgung wird aufgrund der Ansiedlung mehrerer Pflegedienste im Stadtteil als sehr gut wahrgenommen. Probleme aufgrund einer Konzentration des Angebots im Süden werden in den Interviews nicht angesprochen.

„Aber so wer hier Pflege braucht, der kriegt sie. Da ist ein sehr dichtes Netz finde ich. Hier tummeln sich ja ganz viele“ (E22: 311-312).

Trotz der Vielzahl an Anbietern kann es bei kurzfristigem Bedarf vorkommen, dass Engpässe entstehen, und ein Dienst nicht (in dem gewünschten Maß) verfügbar ist:

„Meine Frau war in Gefahr, pflegebedürftig zu werden, da habe ich mit [Pflegedienst 1] Kontakt aufgenommen, die sagten zwar: ‚Wir können nicht von heute auf morgen, aber wir werden den Auftrag annehmen. [...] wir können Ihnen nicht zusagen, dass wir immer morgens um sieben da sind, das kennen Sie ja.‘ Und das sind ja mehrere... [Pflegedienst 2] ist hier tätig. Also man kann sich auch aussuchen, [Pflegedienst 3], da hatte ich auch angefragt ‚wir sind im Augenblick so voll auch mit Anfragen‘ da wäre ich auf einer Warteliste gelandet, aber es hat sich zum Glück wieder (...)“ (N4: 245-250).

Information und Beratung im Stadtteil: hervorragend

Sennestadt hat nach Ansicht der Befragten eine sehr gute Beratungsinfrastruktur für ältere, hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Die Interviews geben keinen Anhaltspunkt für Schwachstellen.

„Und es gibt auch eine Pflegeberatung von der Stadt Bielefeld. Die haben hier an zwei oder ein Tagen in der Woche Sprechstunde. Also, es gibt hier wirklich schon sehr viel“ (E4: 36-38).

*„Hervorragend. Hervorragend. Also die (*anonymisiert-Anbieter von Beratung im Stadtteil*) hatten die so einen kleinen Laden, da haben sie mal angefangen mit Beratung und so. Und dann wurde, wurde das ausgebaut und [...] dann gingen die, hier unten auf den Reichow-Platz“ (N9: 214-217).*

Zugang zu Hausarztpraxen: Hausbesuche im Quartier Nord werden vermisst

Aus den Interviews geht hervor, dass die Experten/inn/en und auch Nutzer/innen die Anzahl der Hausärzte in Sennestadt generell als gut und bedarfsgerecht ansehen, auch wenn die Nutzer/innen unterschiedlich zufrieden sind. Die Meinungen divergieren im Einzelnen von durchweg sehr positiven Erfahrungen (z. B. N3, N10) bis hin zu Erfahrungen, die zu einem Arztwechsel, zu einem Mediziner außerhalb Sennestadts führten:

„Wir [sind] also [...] hier bei dem Hausarzt [...]. Die geben sich Mühe und fragen auch, um was es geht, [...] und beurteilen das dann noch. [Wir] besprechen das mit dem Arzt. Und der Arzt nimmt sich für uns Zeit“ (N10: 323-325).

„Weil mich mein Sennestädter Arzt so enttäuscht hat, dass ich gesagt habe, da setze ich keinen Fuß mehr rein.“ (N9: 170-171).

Im Quartier Sennestadt Nord gibt es nur eine Hausarzt- und keine Facharztpraxis. Dies mag ein Grund sein, dass der Bedarf an *Hausbesuchen* durch den Hausarzt in den Interviews im Quartier Sennestadt Nord mehrfach zur Sprache kam – während Hausbesuche an den anderen Standorten im Modellprojekt (Ausnahme: Herford) kaum thematisiert wurden. Für die älteren Menschen im Quartier wären Hausbesuche eine große Erleichterung, gerade wenn sie mobilitätseingeschränkt oder gar an die Häuslichkeit gebunden sind (z. B. N9; N20).

„Und der Arzt [hat] auch wenig bis gar keine Hausbesuche gemacht. Was ich [in der Situation] an manchen Tagen vielleicht erhofft hätte. Ja, war es einfach schwierig dann. [...] Und meinen Schwiegervater dann zum Arzt zu bekommen. [...] Das war an manchen Tagen einfach unmöglich“ (N20: 186-188).

Auch ein Experte vermutet hier einen Bedarf, verweist aber zugleich auch darauf, dass manche Ärzt/inn/e/n noch Hausbesuche leisten:

„Also [Hausbesuche] gibt es manchmal schon, das ist aber von Person zu Person unterschiedlich, manchmal machen [die] Hausbesuche, manche machen es nicht. Da gibt es manchmal den Wunsch: ‚Das wäre doch so schön, der käme vorbei. Wir kommen da nicht mehr hin‘“ (E22: 239-242).

Die Erreichbarkeit von Facharztpraxen, die sich im Stadtteilzentrum Sennestadts zusammengefunden haben, wird demgegenüber durchweg als gut wahrgenommen (z. B. N4, N9).

„Wir haben also hier [eine] gute ärztliche Versorgung. [...] Ich kann zum Augenarzt, ich kann zum HNO, ich kann zu den praktischen Ärzten, zu den Internisten und so. Das geht alles hier“ (N3: 142-146).

Gute therapeutische Versorgung

Über die therapeutische Versorgung Sennestadts berichten die Expert/inn/en und Nutzer/innen, im Unterschied zu medizinischen Angeboten, generell wenig. Die Bedarfsgerechtigkeit des vorhandenen Angebots scheint schwer einschätzbar und die Aussagen verbleiben eher allgemein. Die Wahrnehmungen der Interviewten deuten jedoch darauf hin, dass die therapeutische Versorgung Sennestadts ausreichend sichergestellt ist und sich in die guten Versorgungsstrukturen einfügt:

„Ich glaube dass es eine gute Struktur gibt. Also es gibt Krankengymnasten“ (E5: 217).

„[Ein] Physiotherapeut kommt AUCH zwischendurch. Also (...) da sehe ich eigentlich keine, keine Lücken“ (N4: 255).

Soziale Angebote fehlen im nördlichen Quartier

Insgesamt wird deutlich, dass sich Sennestadt durch die Reichhaltigkeit sozialer Angebote und Begegnungsmöglichkeiten für ältere Menschen auszeichnet und dass diese von den älteren Einwohner/innen auch geschätzt und gerne angenommen werden:

„Also ich weiß, dass viele Organisationen Seniorenarbeit betreiben. Unterschiedlicher Art: Ganz freie Träger oder beide Kirchen, katholische und evangelische unterhalten auch eigene Seniorenarbeit hier und die ist auch sehr angenommen, das höre ich auch von Leuten, dass sie sehr zufrieden sind. Und auch im Sennestadthaus finden Seniorenzusammenkünfte statt. Also wer will, der kann. Der muss nicht nach Stukenbrock oder Oerlinghausen oder in die City nach Bielefeld. Das ist hier, das geht“ (N3: 184-189).

Eine wichtige Rolle in der Gestaltung des Austausches und der Kontakte der Einwohner/innen Sennestadts spielen das AWO-Forum (und die hier angesiedelten Seniorenclubs), die Kirchengemeinden und der Sennestadtverein. Das Angebot der Kirchengemeinden gehe in den letzten Jahren jedoch, u. a. aufgrund von Sparmaßnahmen, zurück. Zu beobachten sei demgegenüber eine Zunahme des zivilgesellschaftlichen Engagements. So wird der Besuchsdienst einer Gemeinde (Gratulation zum Geburtstag, Seelsorge) heute durch den Einsatz ehrenamtlich tätiger Personen gewährleistet (E22: 30-40).

„Ich glaube, dass man als Senior hier gut leben kann. Glaube ich ganz bestimmt [...] Ich weiß, dass das Rote Kreuz, die katholische Kirche, die evangelische Kirche, dass die ihre Seniorenclubs und solche Freizeitangebote für Senioren haben. Ich habe ja gesagt, Sennestadt ist erstaunlicherweise eine Stadt, wo doch noch ein sehr lebendiges kirchliches Leben ist und das ist ja schon die Generation der älteren Leute, die dann schon aus ihrer ganzen Prägung heraus, schon noch zu einem erheblichen Teil Kirchgänger sind“ (E5: 196-203).

Obwohl vielfältige Angebote und Begegnungsmöglichkeiten im sozialen Bereich existieren, ist das Interesse der Sennestädter Bürger/innen so hoch, dass der Bedarf in einigen Fällen das Angebot übersteigt, z. B. sind beliebte Freizeitangebote für ältere Menschen oft komplett ausgebucht (E5: 198-199). Auch wird die Ballung der Angebote im Stadtteilzentrum als eine Schieflage benannt, da die Zugänglichkeit für Menschen mit einer eingeschränkten Mobilität aus dem Norden erschwert ist. Neben der Modelleinrichtung sind hauptsächlich die Kirchen im Norden präsent (N4: 170-179).

„Und dieses was ich vorhin meinte, mit den sozialen Angeboten, was da gut läuft, das ist gut für die, die noch beweglich sind [...] Sie müssten schon bis zur Kirche kommen oder eben bis zum Reichowplatz“ (E22: 288-291).

Netzwerke und Kooperationen der Anbieter

In Sennestadt sind Netzwerke und Kooperationen zwischen den Anbietern gefestigt. Die Aufbauarbeit erforderte von den Beteiligten stetiges Bemühen:

„Weil ich einfach denke, das haben wir über Jahre mühsam aufgebaut. Ein gutes Miteinander“ (E5: 715-716).

Die unterschiedlichen Plattformen (z. B. Runder Tisch Seniorenarbeit Sennestadt) bieten einen regelmäßigen Austausch und zeichnen sich durch ein reges Gesprächsklima aus. Besonders unter den Pflegeanbietern ist die Kooperation gut, sodass die Anbieter auch aufeinander verweisen. Auch das Frieda-Nadig-Haus ist sehr gut eingebunden (z. B. E5).

„Die Anbieter, die es hier jetzt vor Ort gibt (...). Die arbeiten zumindest, trotz aller Konkurrenz, ganz gut miteinander. So dass man eben auch weiter verweist. Oder wenn jetzt ein Pflegedienst notwendig ist, dann vermitteln wir dahin oder die vermitteln zu uns. Ja. Da gibt es schon gute Kooperationen“ (E4: 161-164).

Eine Herausforderung liegt jedoch in der gemeinsamen Koordination und Verzahnung von Angeboten. Hier besteht noch Entwicklungsbedarf.

„Also hier in Sennestadt zum Beispiel gibt es zwar schon ganz viele Anbieter und Angebote, aber da ist das eben so, es ist unstrukturiert, unkoordiniert, steht alles nebeneinander“ (E4: 21-22).

Die Nutzung der bereits implementierten Austauschstrukturen- und Plattformen könnte für die künftige Weiterentwicklung und Verzahnung von Versorgungsleistungen in Sennestadt von Bedeutung sein. Hier scheint es erforderlich, den gemeinsamen Nutzen solcher Strukturen herauszustellen und eine Basis zu finden, die von allen Anbieter gleichermaßen akzeptiert und als sinnvoll erachtet wird.

„[Vor einiger Zeit] ist wieder ein neuer runder Tisch entstanden. Da haben sich tatsächlich auch ganz viele der Pflegedienstleister getroffen. Der runde Tisch war am Anfang sehr gut besucht, hat jetzt so ein bisschen, glaube ich, Probleme wie das oft ist bei runden Tischen. Also, dass die Pflegedienste grade nicht mehr kommen, weil sie grade [...] nicht mehr ganz sehen, ja, was ihnen das bringt, oder keine Zeit haben oder so“ (E1: 265-268).

5.4 Diskussion und Empfehlungen

Die in den 1950er-Jahren konzipierte Sennestadt stellt den bevölkerungsreichsten der vier Modellstandorte dar. Gleichzeitig zeichnet sich die Bevölkerungsstruktur durch den höchsten Anteil hochaltriger und allein lebender älterer Einwohner/innen aus. In der Angebotsanalyse und den Interviews wurde deutlich, dass der Stadtteil aufgrund seines reichhaltigen Angebotsspektrums in den Bereichen Pflege, Gesundheit und Soziales/Beratung geschätzt wird. Die Weitläufigkeit Sennestadts und die Ballung der Angebote im Stadtteilzentrum führen allerdings zu einer erschwerten Erreichbarkeit aus dem nördlichen Quartier; dort gibt es nur ein spärliches Angebot. Das Frieda-Nadig-Haus liegt zentral in diesem Quartier. Eine Andockung weiterer Versorgungsleistungen am Modellstandort, die eine integrierte pflegerische, gesundheitliche und soziale Versorgung für die Einwohner/innen des nördlichen Quartiers ermöglichen, würde die Situation verbessern und bietet auch für Sennestadt insgesamt hohes Innovationspotential.

Die hochaltrigen Einwohner/innen des nördlichen Quartiers adressieren

Vielen älteren Menschen ist es wichtig – trotz Mobilitätseinschränkungen – mit anderen Menschen im Austausch zu bleiben. Begegnungsmöglichkeiten, die der Gefahr von Isolation und Einsamkeit entgegenwirken, sind daher von besonderer Bedeutung (Tesch-Römer et al. 2014). Aufgrund ihrer hohen Vulnerabilität sollten allein lebende Menschen gezielt angesprochen werden, das Frieda-Nadig-Haus als Anlaufstelle zu nutzen. In der Literatur gibt es noch wenige fundierte Erkenntnisse, wie dies gelingen kann. Vorstellbar wäre z. B. die gezielte Bewerbung des Mittagstischs und der Cafeteria für Alleinlebende oder auch die Durchführung von Veranstaltungen zum Thema „Allein leben im Alter (in Sennestadt Nord)“ (weiterführend: Kuhlmann 2009: 21; Patzelt et al. 2016). Für den Modellstandort bietet sich nicht ausschließlich, aber *auch* für die Gruppe der allein lebenden Älteren an, niederschwellige Angebote der Begegnung auszuweiten (z. B. erweiterte Öffnungszeiten der Cafeteria, Aufbau eines Nachbarschaftstreffs, einer Tagesbetreuung o. ä.). Zudem könnte geprüft werden, ob der hauseigene Kiosk angesichts der defizitären Nahversorgung im Quartier sein Sortiment erweitern sollte und es (rechtlich und logistisch) möglich wäre, auch älteren Menschen, die nicht in der Einrichtung leben, den Einkauf im Kiosk zu ermöglichen. Es fiel in den Interviews auf, dass fehlende Versorgungsangebote im Norden durch familiär und nachbarschaftlich organisierte Hol- und Bringdienste abgefangen werden. Möglicherweise besteht hier ein Potential, die vorhandenen informellen Strukturen zu nutzen und im Frieda-Nadig-Haus gezielt auch Angehörige und Nachbarn für ein Engagement im Zentrum (z. B. Hol- und Bringdienste, Spaziergehgruppe o. ä.) zu gewinnen.

Zudem sei die Nähe des Modellstandortes zu Grün- und Erholungsflächen hervorgehoben. Die weitläufigen Grünanlagen und das Hallenbad könnten von der Einrichtung für präventive und rehabilitative Kurse genutzt werden, die sich speziell auf bewegungseingeschränkte sowie hilfe- und pflegebedürftige Menschen ausrichten. Zu prüfen ist, ob dies durch Mitarbeiter/innen der Modelleinrichtung organisiert werden kann oder sich besser eine Kooperation, z. B. mit einem Sportverein anbietet.

Sektorenübergreifende Pflege im nördlichen Sennestadt sicherstellen

Ein abgestuftes Pflegeangebot für das Quartier zu schaffen, das der Vision ambulant vor stationär folgt, ist zentrale Prämisse im Modellvorhaben. Das Frieda-Nadig-Haus wird bereits als wichtige Säule der stationären Versorgungssicherheit im nördlichen Sennestadt wahrgenommen. Ambulante Pflegedienste sind im Quartier hingegen nicht ansässig. Eine lückenlose ambulante Versorgung, die auch kurzfristig bestehenden Versorgungsbedarf, z. B. in gesundheitlichen Krisen, beantwortet und die Versorgung auch in den Nachtstunden, z. B. durch eine Rufbereitschaft, sicherstellt, ist wichtig. Grundsätzlich sollte mit den ambulanten Diensten im Sennestädter Zentrum das Gespräch gesucht werden, was sie im nördlichen Quartier anbieten können; möglicherweise kann die Einrichtung ein eigenes ambulantes Angebot vorhalten. Bei beiden Varianten sollte ein kleinräumiges Gebiet – das Quartier Sennestadt Nord – fokussiert werden, da die Angebotsdichte im südlichen Sennestadt bereits sehr hoch ist. Da das Frieda-Nadig-Haus derzeit nicht plant, eigene Tagespflegeplätze vorzuhalten, wäre zudem eine Kooperation mit der im Quartier ansässigen Tagespflegeeinrichtung von Bethel interessant.

Es gilt ein gemeinsames Fundament für die langfristige und tragfähige Kooperation zu schaffen, das den Quartierseinwohner/inne/n Sicherheit und Klarheit darüber gibt, dass sie je nach ihrem individuellen Bedarf ‚aus einer Hand‘ eine kontinuierliche pflegerische Versorgung mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten in ihrem angestammten Umfeld vorfinden.

Hausärztliche Sprechstunden durch eine Zweigpraxis im Frieda-Nadig-Haus

Die medizinische Versorgung in Sennestadt ist generell gut, aber der Zugang zu Hausarztpraxen ist für mobilitätseingeschränkte Einwohner/innen des Quartiers Sennestadt Nord schlecht. Eine hausärztliche Sprechstunde im Zentrum wäre für sie sehr hilfreich. Es wird daher empfohlen, dass das Frieda-Nadig-Haus Gespräche mit den Hausarztpraxen in Sennestadt aufnimmt, ob diese Kapazitäten für die Einrichtung einer Zweigpraxis haben oder es andere Möglichkeiten der verstärkten Präsenz von Hausarzt/inn/en im nördlichen Quartier gibt. Die besondere Bedarfssituation im nördlichen Quartier sollte dafür erläutert werden, ebenso, dass die Zweigpraxis zu einer wesentlichen Verbesserung der Versorgung der Versicherten führt. Die hausärztliche Versorgung sollte hier bewusst und gezielt auf den Bedarf älterer, mobilitätseingeschränkter und pflegebedürftiger Menschen konturiert und ggf. ein besonderer Fokus auf Hausbesuche gelegt werden.

Insgesamt bietet das Frieda-Nadig-Haus besonderes Potential, um zur Versorgungssicherheit von älteren und auch alleinstehenden Menschen im Norden Sennestadts beizutragen. Es können verstärkt eigene Ressourcen genutzt werden, um sich in das Quartier zu öffnen, sowie auch die bereits zahlreichen und vielfältigen Akteure im Süden Sennestadts kooperativ eingebunden werden.

6. Lohmannshof

6.1 Charakteristika des Stadtteils und Quartiers

Der Lohmannshof liegt ca. fünf Kilometer westlich vom Bielefelder Stadtzentrum entfernt. Das Quartier zählt zum Stadtbezirk Dornberg. Seine Bezeichnung geht zurück auf einen ehemaligen Bauernhof⁴³ im Areal. Das Quartier ist sozialräumlich nicht fest umrissen, annäherungsweise umfasst es die statistischen Bezirke Pappelkrug und Wellensiek (siehe Abb. 5).⁴⁴ Die Siedlungsstruktur ist überwiegend durch Ein- und Mehrfamilienhäuser sowie auch einige Wohnblocks geprägt, wirkt allerdings wenig homogen. Die unterschiedlichen Nachbarschaften haben eine eigene Siedlungsgeschichte. Der Wellensiek, der bereits 1928/29 als kleine gemeinnützige Wohnbausiedlung gebaut wurde (vorrangig Mehrfamilienhäuser), bildet ein städtebaulich abgegrenztes Areal und den ältesten Teil des Quartiers (weiterführend: Stadt Bielefeld Stadtarchiv online). Besonders ältere Einwohner/innen des Wellensieks verstehen sich daher nicht unbedingt dem Lohmannshof, sondern dem Wellensiek zugehörig (z. B. N14). Die Entstehungsgeschichte der anderen Nachbarschaften des Quartiers ist deutlich jünger. Am Lohmannshof wurde überwiegend Ende der 1970er-Jahre gebaut. Im Norden, nahe der Stadtbahn-Endhaltestelle „Lohmannshof“, wurde in den 1990er-Jahren ein Baugebiet ausgewiesen, das bis heute stetig wächst. Der Stadtteil ist insgesamt gut an die Verkehrsinfrastruktur in Bielefeld angebunden. Die Einwohner/innen wissen den Anschluss des Quartiers an die Stadtbahn im Jahr 2002 besonders zu schätzen, der ebenfalls weiter ausgebaut werden soll (z. B. N14: 322-325).

„Dadurch, dass wir ja die Linie 4 haben, seit zehn Jahren [...] hat sich vieles vereinfacht für uns. Weil man steigt hier problemlos aus und am Jahnplatz oder Rathaus oder Bahnhof, grade wie man es möchte“ (E3: 224-226).

Grünanlagen und der nahe gelegene Teutoburger Wald bieten gute Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten und machen für viele Quartierseinwohner/innen die besondere Qualität des Lohmannshofs aus. In den Experten- und Nutzerinterviews wurde zudem auch eine hohe Identifikation der Einwohner/innen mit ihrem Quartier deutlich, welche sich u. a. auch in zahlreichen lokalen, ehrenamtlichen Initiativen und einer aktiven Bürgerschaft niederschlägt (E1: 408; N14, N15).

Insbesondere durch die Gründung der unmittelbar an das Quartier angrenzenden Universität Bielefeld (im Jahr 1969) sind Einwohnerzahl und Infrastruktur des Lohmannshofs schnell gewachsen. Die Nachbarschaft zur Universität prägt das Quartier sehr stark: *„Der Bezug zur Uni ist natürlich immer da.“ (E7: 239)*. Viele Mitarbeiter/innen und auch Studierende der Hochschule wohnen am Lohmannshof (u. a. ist dort auch ein Studierendenwohnheim), so dass dieser im Volksmund auch als *„Schlafstätte der Universität“ (E7: 216)* titulierte wird.

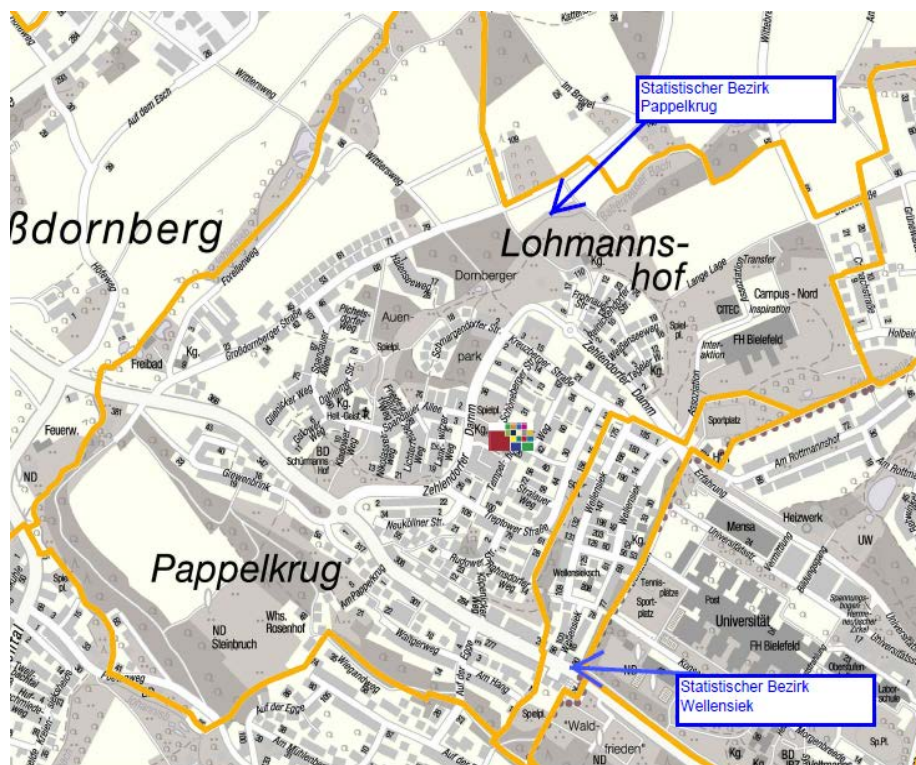
⁴³ Der Hof Lohmann wurde 1976 abgerissen und befand sich i. d. Nähe des Rahnsdorfer Wegs.

⁴⁴ Betrachtet man das Areal genauer, so wird es umrahmt durch die Straßen Wertherstraße, Wellensiek, Großdornberger Straße und den östlichen Ausläufer der Großdornberger Straße. Diese Straßen bilden laut den Interviews die Trennlinien des Quartiers.

Der Zuzug der Fachhochschule Bielefeld (im Jahr 2015) und die anstehende Erweiterung des gemeinsamen Campus von Universität und FH dürften die Attraktivität des Lohmannshofs als Wohngebiet noch erhöhen. Schon die hohe Anzahl an Kita-Plätzen im Lohmannshof lässt erahnen, dass dieser auch bei Familien beliebt ist (Stadt Bielefeld 2015). Aber der Lohmannshof ist keineswegs nur ein Akademiker-Viertel, sondern sozial sehr vielfältig (z. B. N6: 110-118).

„[Der Lohmannshof ist eine] gut durchmischte Siedlung [...]. Ne, also da wohnen eben Akademiker, eine Straße weiter ist ein, Mehrfamilienhaus mit einem hohen Anteil von Migranten“ (E16: 245-246).

Abbildung 5: Die statistischen Bezirke des Lohmannshofes



Quelle: Kommunale Geodienste: Stadt Bielefeld – Amt für Geoinformation und Kataster – 18/2016

Das *Pflegezentrum am Lohmannshof* wurde im Jahr 2005 als bis heute einzige stationäre Pflegeeinrichtung im Stadtbezirk Dornberg eröffnet.⁴⁵ Seine zentrale Lage mitten im Quartier Lohmannshof wurde durch den Träger, die von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel (Bereich Altenhilfe), bewusst gewählt und wurde verbunden mit der Idee, das Heim und seine Angebote für die Menschen in der Nachbarschaft zu öffnen (E7).⁴⁶

⁴⁵ Mit dem Pflegezentrum sollte endlich auch in Dornberg ein stationäres Angebot eingerichtet werden.

⁴⁶ Die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist gut (Haltestellen sind ca. 400 m entfernt).

Direkter Nachbar des Pflegezentrums ist ein Kindergarten, ansonsten liegen im Umfeld Ein- und Mehrfamilienhäuser sowie drei- bis vierstöckige Bauten der Wohnungsbaugesellschaft LEG. Am Lohmannshof haben sich Supermärkte, Postfilialen, Cafés und Bäckereien, aber auch Fachgeschäfte, wie z. B. ein Hör-Akustiker, ein Fahrradladen und Friseure angesiedelt. Einkaufsmöglichkeiten und Dienstleister bündeln sich auf zwei Arealen im Quartier (siehe Abb. 6). Am nächsten zum Pflegezentrum (200 m entfernt) liegen die Läden um die Kreuzberger Straße die zugleich als ‚Dreh- und Angelpunkt‘ des Quartiers gilt (E13: 350-351).⁴⁷ Etwas weiter entfernt (ca. 400-500 m), an der Werther Straße, gibt es ebenfalls zahlreiche Geschäfte, die allerdings für mobilitätseingeschränkte Menschen nicht gut zugänglich sind:

„Aufgrund [...] der geografischen Lage, dass wir hier in so einer tiefen Senke [...] [sind] wird die Werther Straße, die relativ viel auch an Infrastruktur bietet, nicht so von den alten Menschen genutzt. Die kommen den Berg nicht hoch“ (E7: 282-283).

„Ich muss auch immer stehen. Das ärgert mich furchtbar. Ich muss immer stehen bleiben. Zweimal. [...] Na, da sage ich, Du, der Berg wird immer höher“ (N14: 229-231).

Die älteren Menschen sind auch in ihren Wohnungen mit Barrieren konfrontiert. Diese Problematik ist bei den Wohnungsbaugesellschaften angekommen. In den nächsten Jahren ist daher die Schaffung von weiterem seniorengerechtem und barrierefreiem Wohnraum im Quartier, z. B. seitens der LEG Immobilien AG und der Ravensberger Heimatstättengesellschaft mbH, geplant (E7; N5).

Insgesamt kann man den Lohmannshof als attraktives Quartier für Alt und Jung charakterisieren, das sich jedoch noch stärker auf den Bedarf der wachsenden Zahl älterer Menschen einrichten muss. Dabei sollten nicht nur räumliche Barrieren fokussiert werden, auch die Ansprüche an das soziale Leben und Begegnungsmöglichkeiten verändern sich in ‚alternden Nachbarschaften‘.

„Wir hatten früher noch eine Boulegruppe gehabt, im Dornberger Auenpark, aber das hat sich auch gegeben, von alleine erledigt wegen des Alters. Wir haben eine Wandergruppe gehabt. Das hat sich auch erledigt. Wir hatten auch eine Spaziergehgruppe gehabt. Hat sich erledigt. Wie gesagt, wir können alle nicht mehr so. Und wir haben das große Problem, dass auch uns der Nachwuchs fehlt. Wie überall“ (E3: 51-54).

Soziodemografische Merkmale und gesundheitliche Situation am Lohmannshof⁴⁸

Der Lohmannshof ist mit rund 5.200 Personen das bevölkerungsmäßig kleinste Quartier im Modellprojekt, es ist mit 2.015 EW/km² fast ähnlich dicht besiedelt wie Baumheide. Die Attraktivität des Quartiers für junge Menschen und Familien spiegelt sich im überdurchschnittlich hohen Anteil

⁴⁷ In diesem Zuge gibt es auch Bestrebungen, das Nahversorgungszentrum an der Kreuzberger Straße auszubauen und attraktiver zu gestalten (u. a. soll der Supermarkt ‚Penny‘ vergrößert werden).

⁴⁸ Wenn im Text nicht explizit eine Quelle angegeben ist, finden sich die genannten Daten und nähere Quellenangaben in Tabelle 4 (Kap. 3) bzw. in Anhang 3 und Anhang 4 wieder.

an Menschen unter 30 Jahren (Bi Statistik interaktiv 2016) wider. Verglichen mit den anderen Modellstandorten ist der Anteil älterer Menschen aber noch gering; er liegt knapp unter dem Bielefelder Durchschnitt.

Ein großer Anteil der Personen im Quartier Lohmannshof lebt allein (50,9 %) und etwa 48 % der gemeldeten Menschen sind ledig (vgl. Anhang 3). Dies dürfte ebenfalls auf den hohen Anteil an jungen Menschen zurückzuführen sein. Denn unter den ab 65-Jährigen leben ‚nur‘ 28,7 % allein, unter den ab 80-Jährigen 27,9 %. Die Anteile allein lebender älterer Menschen sind an den anderen Bielefelder Modellstandorten deutlich höher. Eine Besonderheit des Lohmannshofes ist zudem, dass der Anteil, der Alleinlebenden im höheren Alter sinkt, während er an allen anderen Modellstandorten steigt (vgl. Anhang 3). Auf kleinräumiger Ebene zeigen sich am Lohmannshof jedoch deutliche Unterschiede: Der Anteil der Einpersonenhaushalte ist im Bezirk Wellensiek um 17 % höher als im Bezirk Pappelkrug (vgl. Anhang 4). Auch die älteren Menschen leben im Wellensiek viel häufiger allein als im Pappelkrug. So liegt der Anteil allein lebender Frauen ab 80 Jahren im Wellensiek um 18 % höher als im Pappelkrug (vgl. Anhang 4).

Insgesamt und verglichen mit den anderen Standorten des Modellvorhabens sind die Einwohner/innen des Lohmannshofs deutlich seltener von Arbeitslosigkeit betroffen und beziehen seltener Transferleistungen. Dies lässt eine höhere Kaufkraft der Einwohner/innen des Quartiers vermuten⁴⁹ – auch für pflegerische und gesundheitliche Dienstleistungen. Sozioökonomische Unterschiede zeigen sich jedoch wieder auf kleinräumiger Ebene: Die Einwohner/innen im Bezirk Pappelkrug sind im Vergleich zu denen im Wellensiek ‚besser gestellt‘. Ein Vergleich der Arbeitslosenquote macht es deutlich: Im Pappelkrug liegt sie bei 4,2 % und im Wellensiek bei 9,2 % (vgl. Anhang 4). Auch in den Interviews wurde der soziale Unterschied angesprochen. Im Wellensiek haben sich eher Arbeiterhaushalte und Studierende (E7: 263-266), im Pappelkrug auch einige wohlhabendere Familien niedergelassen.

Im Vergleich zur Gesamtstadt und den anderen Modellstandorten ist der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund mit 28,8 % am Lohmannshof (Bielefelder Durchschnitt: 35,9 %) deutlich geringer. Unter den Einwohner/innen ab 65 Jahren sind es ‚nur‘ 12,3 % (Bielefelder Durchschnitt: 17,1 %). Ihr weitaus häufigstes Bezugsland ist Polen (57,5 %), gefolgt von der Ukraine (9,6 %) und der Türkei (8,2 %).

Die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Situation lassen keine kleinräumige Betrachtung des Lohmannshofes zu. Die Ergebnisse der Bielefelder Gesundheitsbefragung zeigen, dass sich die Bürger/innen des Stadtbezirks Dornberg, zu dem auch der Lohmannshof gehört, gesünder fühlen als der Bielefelder Durchschnitt (Stadt Bielefeld 2009: 8).

Insgesamt ist der Lohmannshof ein Quartier, in dem der Anteil älterer Menschen noch relativ gering ist. Die sozioökonomische Situation ist besser als an den anderen Modellstandorten, aber kleinräumige Unterschiede werden selbst im Quartier sichtbar.

⁴⁹ Der Anteil der Menschen ab 65 Jahren die Grundsicherung beziehen entspricht allerdings genau dem Bielefelder Durchschnitt (4,2 %). Im Bezirk Pappelkrug liegt er bei 4,2 %, in Wellensiek liegt er bei 6,1 % (Stadt Bielefeld 2016d).

6.2 Angebotsspektrum im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales

Im Folgenden wird ein Überblick über Versorgungsangebote am Standort gegeben, anschließend werden die Ergebnisse der Interviews vorgestellt. Die einzelnen Angebote sind in Abbildung 6 kartografisch dargestellt.

Das Pflegezentrum am Lohmannshof

Im *Pflegezentrum am Lohmannshof* gibt es 76 Einzelzimmer, gruppiert in sechs Wohnbereiche sowie drei eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Das Pflegeheim wurde im Stil der Heime der 4. Generation (siehe KDA 2010: 32) geplant: In jedem Wohnbereich gibt es Wohn- und Essräume. Die Mahlzeitenzubereitung erfolgt in den Wohnbereichen und die Bewohner/innen werden dabei nach ihren Fähigkeiten und Interessen eingebunden.

Im Pflegezentrum gibt es zudem einen Friseurladen, der an einem Tag der Woche Termine vergibt und einen kleinen ‚Kiosk‘ (eine abschließbare Vitrine), wo Dinge des täglichen Bedarfs, wie z. B. Shampoo, Süßigkeiten oder Zahncreme, auf Anfrage erworben werden können. Auch besteht für die Bewohner/innen die Möglichkeit Fußpflege im Haus zu nutzen.

Außerdem bietet das Zentrum täglich einen Mittagstisch und Cafeteria-betrieb für Besucher/innen an, einmal monatlich auch ein Nachbarschaftsfrühstück. Die Mehrzweckräume der Einrichtung (für 10 bis 20 Personen) können angemietet werden. Das Zentrum veranstaltet zudem Tanztreffs und ‚Reisen ohne Koffer‘ (Tagesausflüge im Umkreis von 100 km ohne Übernachtung). Weitere Angebote im Pflegezentrum zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung, wie beispielsweise Sturzprophylaxe (u. a. Koordinationstraining) und Gedächtnistraining, sind auch für interessierte Personen des Stadtteils zugänglich. Im Rahmen der quartiersbezogenen Aktivitäten nutzt das Nachbarschaftsnetzwerk Dornberg alle vier Wochen Räumlichkeiten des Pflegezentrums zum Gedanken- und Meinungs-austausch sowie für Freizeitaktivitäten.⁵⁰

Beratung leistet das Pflegezentrum ausschließlich für die Heimbewohner/innen und ihre Angehörigen, wobei hier auch eine Kooperation mit dem Pflegestützpunkt⁵¹ der Stadt Bielefeld besteht. Gelegentlich werden auch Beratungsanliegen von Quartierseinwohner/innen an die Einrichtung herangetragen.

⁵⁰ Die Koordination der Treffen erfolgt durch Mitarbeiter/innen des Pflegezentrums in Absprache mit Alt und Jung, Team Schürmannshof.

⁵¹ Bis vor einem Jahr kam eine Mitarbeiterin der Quartierssozialarbeit der Stadt Bielefeld in das Quartier.

Ein Teil der ärztlichen Versorgung in der stationären Einrichtung wird durch regelmäßig stattfindende Hausbesuche von Allgemeinmediziner/inne/n und Facharzt/inn/en gedeckt. Darüber hinaus wird ein verbesserter Zugang zur medizinischen Versorgung für die Bewohner/innen durch regelmäßige Besuche eines Zahnarztes (halbjährlich) und eines Neurologen (monatlich) kooperativ sichergestellt. Beide Ärzte konsultieren die Bewohner/innen auf deren Zimmern und führen unterschiedliche Routineuntersuchungen durch. Die Gerontopsychiatrie des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld ist ebenfalls ein Kooperationspartner des Pflegezentrums. Physiotherapeuten und Ergotherapeuten aus Praxen der ganzen Stadt kommen in die Einrichtung und behandeln die Bewohner/innen auf ärztliche Verordnung hin. Eine Ergotherapeutin ist als feste Mitarbeiterin im Zentrum beschäftigt und sie übernimmt Leistungen, die über die Verordnung hinausgehen. Zum Beispiel führt sie mit den Bewohner/inn/en motorische Übungen durch.

Zu wichtigen Kooperationspartnern der Einrichtung zählen auch die AWO, der Arbeitskreis Kinder/Jugend/Soziales Dornberg, der Runde Tisch Dornberg, das DRK und die Kirchengemeinden im Stadtteil, die wöchentliche Gottesdienste sowie Besuchsdienste und Gemeindegarbeit, u. a. auch in der Einrichtung leisten.

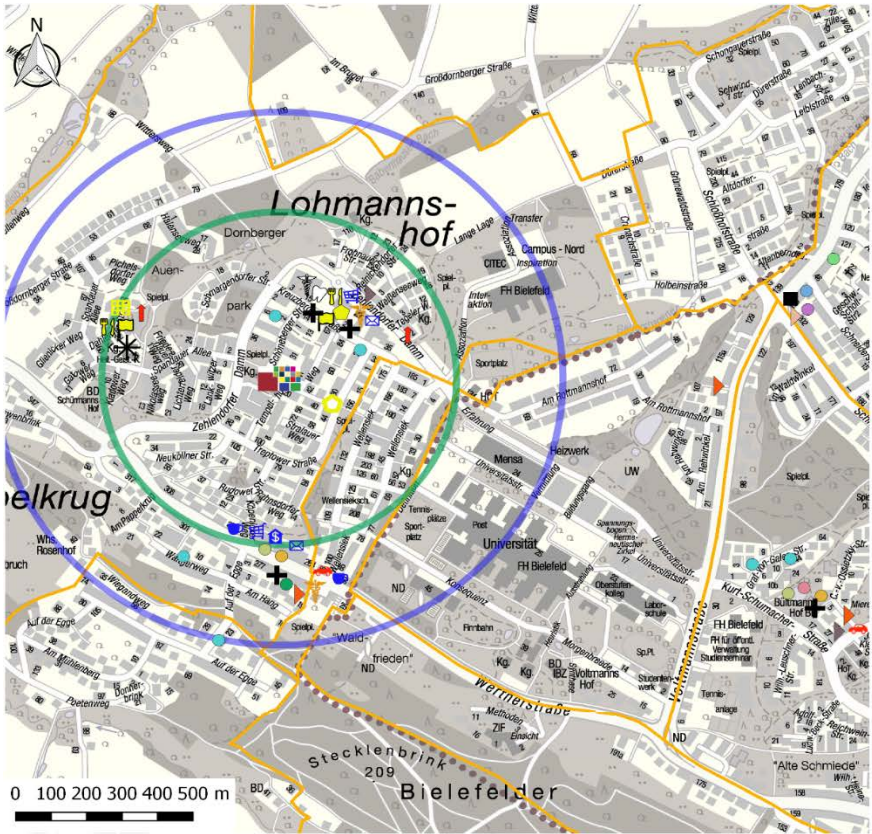
Weitere pflegerische Angebote im Quartier

Im 500 m Radius um die Modelleinrichtung sind drei ambulante Pflegedienste stationiert. Zwei von ihnen arbeiten als ‚Teams im Quartier‘ des Pflegedienstes ‚Alt und Jung Süd-West e.V.‘: Das Team ‚Schürmannshof‘ fokussiert besonders das Wohngebiet am Schürmannshof und ist im Bielefelder Modell bei einem Komplex mit 55 barrierefreien Wohnungen und einem Wohncafé der BGW am westlichen Rand des Quartiers angeschlossen. Das Team ‚Wellensiek‘ fokussiert das Wohngebiet Wellensiek. Beide Teams sind rund um die Uhr erreichbar und leisten häusliche Pflege und Versorgung im Radius von ca. 300-1.500 m um ihren Standort (vgl. Ott 2016). Auf Anfrage übernehmen die beiden Teams auch die Versorgung von Menschen im Bereich Großdornberg (Alt und Jung Nachbarschaftstreff Lohmannshof-online). Zudem steht in den Räumlichkeiten des Bielefelder Modells an der Dahlemer Straße ein Beratungsbüro des Vereins allen Bürger/inne/n offen. Die Mitarbeiter/innen helfen bei sozialen und pflegerischen Fragestellungen.

Der dritte ambulante Pflegedienst, die Diakoniestation Nord, hat sich erst kürzlich, Mitte 2016, im Quartier angesiedelt. Wie üblich, sind daneben auch andere ambulante Pflegedienste ohne festen Sitz im Stadtteil präsent (z. B. MoFa e. V.; E7: 331). Die palliativpflegerische Versorgung des Bezirkes Dornberg wird, im Rahmen des Palliativnetzes Bielefeld, durch den Pflegedienst Bethel ambulant abgedeckt.

Betrachtet man die Angebotssituation im Bereich Pflege insgesamt, so gibt es mit 27,1 stationären Pflegeplätzen pro 100 Einwohner ab 80 Jahren ein deutlich höheres Angebot als im städtischen Durchschnitt (14,6) (vgl. Tab. 5). Mit drei ambulanten Pflegediensten vor Ort, von denen zwei einen expliziten Quartiersfokus haben, steht auch hier ein sehr gutes Angebot zur Verfügung. Allerdings fehlt es gänzlich an Tagespflegeplätzen im Quartier. Die nächstgelegene Tagespflege ist rund 3 km entfernt.

Abbildung 6: Versorgungsangebote am Lohmannshof



Legende: Quartier Lohmannshof

- Modellstandort
- Hausarzt
- Zahnarzt
- Augenarzt
- Orthopäde
- Internist
- Psychiater & Psychotherapeut
- Psychotherapeut
- Gynäkologe
- Urologe
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt
- Tagespflege
- Teams im Quartier
- Ambulanter Pflegedienst
- Physiotherapeut
- Ergotherapeut
- Med. Fußpflege/Podologie
- Apotheke
- Bielefelder Modell
- Freizeit/Begegnung für Senioren
- Begegnung-ZWAR
- Kirche/Gemeinde
- Beratungsangebot
- Offener Mittagstisch
- Lebensmittel
- Café/Bäckerei
- Bankfiliale
- Postfiliale

© Kommunale Geodienste: Stadt Bielefeld - Amt für Geoinformation und Kataster - 18/2016 (Bearb.: Universität Bielefeld, Stand: 15.01.2017)

Ärzte und weitere Gesundheitsanbieter

In den drei Hausarztpraxen am Lohmannshof praktizieren derzeit neun Hausärzt/inn/e/n (Stand: 30.11.2016). In einer Hausarztpraxis führen zwei Hausärzte die Zusatzbezeichnung Geriatrie. Insgesamt stehen 1,71 Hausärzte je 1.000 Einwohner im Lohmannshof zur Verfügung – deutlich mehr als in der Stadt Bielefeld (0,54), im Land Nordrhein-Westfalen (0,58) und in Deutschland gesamt (0,62) (vgl. Tab. 5). Zwei Hausarztpraxen und auch ein Zahnarzt liegen in fußläufiger Nachbarschaft (ca. 400 m Entfernung) des Pflegezentrums. Zwei Apotheken sind im Quartier ansässig.

Obendrein gibt es allein im 500 m Radius um das Pflegezentrum vier psychotherapeutische Praxen – eine hohe Dichte. Auch das Angebot an Fachärzt/inn/en unterschiedlicher Disziplinen ist im Vergleich zu anderen Bielefelder Quartieren im Modellprojekt hoch. Im Quartier gibt es Arztpraxen für Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Gynäkologie sowie eine anästhesiologische Gemeinschaftspraxis mit Räumlichkeiten für ambulante chirurgische Eingriffe. Weitere Disziplinen sind im 2 km entfernten ‚Ärztehaus am Bültmannshof‘⁵² mit der Stadtbahn gut zu erreichen.

Die Dichte der Versorgungsangebote ist auch im therapeutischen Bereich mit 2,1 je 1.000 Einwohner deutlich über dem Durchschnitt der anderen Standorte im Quartier. Jedoch ist dies primär auf eine hohe Anzahl an Physiotherapeut/inn/en, die in einer einzelnen großen Praxis arbeiten, zurückzuführen. Das gesamte Spektrum therapeutischer Leistungen ist nicht vor Ort. So haben sich weder Logopäden noch Ergotherapeuten im Quartier niedergelassen (vgl. Tab. 5).

Soziale Angebote und Beratung für Ältere und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

Am Lohmannshof gibt es eine Begegnungsstätte (Nachbarschaftstreff ‚Schöne Zeiten‘), die ein regelmäßiges Programm für ältere Menschen anbietet, sowie drei Einrichtungen – ebenfalls der Nachbarschaftstreff, Wohncafé von Alt und Jung sowie auch das Pflegezentrum am Lohmannshof, die regelmäßig einen Mittagstisch bzw. Café für ältere Menschen anbieten.

Der Nachbarschaftstreff liegt nahe des Nahversorgungsgebiets an der Kreuzberger Straße. Er wurde von ‚Alt und Jung‘ aufgebaut und entstammt der Idee einer Kooperation mit dem Nachbarschaftsnetzwerk Dornberg⁵³ und anderen Akteuren des Quartiers. Er ist überwiegend ehrenamtlich und mit besonderer Unterstützung durch ‚Alt und Jung‘ organisiert. Im Nachbarschaftstreff finden beispielsweise alle zwei Wochen ‚Klönrrunden‘ und Spieletreffs statt; zudem ein wöchentliches Beratungsangebot für Menschen allen Alters, durch einen Quartiersmanager (Sozialarbeiter) von ‚Alt und Jung‘ für unterschiedlichste Fragestellungen (Ott 2016; T4).

⁵² Für die Bürger/innen vom Lohmannshof ist der Bültmannshof durch seine gute Erreichbarkeit aber von Relevanz. *„Und Bültmannshof zum Beispiel, die bieten ja nun auch das ein oder andere an, da kommt man einfach auch gut hin“* (E13: 412-413; ähnlich: N14: 326).

⁵³ Das Netzwerk besteht seit ca. 10 Jahren, wird durch Freiwillige geführt und kooperiert mit lokalen Akteuren.

Auch das Pflegezentrum am Lohmannshof ist bereits als Ort der Begegnung im Quartier etabliert (z. B. Treffpunkt des Nachbarschaftsnetzwerks Dornberg, Gedächtnistraining).

Die ‚jungen Alten‘ haben die Möglichkeit sich regelmäßig im Rahmen einer ZWAR-Gruppe⁵⁴ zu begegnen (im Evangelischen Gemeindezentrum Wellensiek). Die Kirchengemeinden im Quartier halten ebenso unterschiedliche Angebote vor und sprechen verschiedene Zielgruppen an (Studenten, Familien, ältere Menschen). So finden bei ihnen u. a. Seniorentreffs in regelmäßigen Abständen statt. Darüber hinaus gibt es an der nahe gelegenen Universität viele Bildungsangebote, wie z. B. öffentliche Vortragsreihen, Kulturveranstaltungen, ein Seniorenstudium und auch einen wöchentlichen Trödelmarkt.

Zudem ist die mobile Seniorenarbeit Dornberg (Diakonie) am Lohmannshof aktiv und bietet ergänzend zu den Angeboten von ‚Alt und Jung‘ u. a. Beratungsleistungen an. Die mit einer halben Stelle beschäftigte Mitarbeiterin berät Bürger/innen einmal wöchentlich im Bürgerzentrum des Amtes Dornberg (ca. 2 km entfernt) in sozialen Fragen und zu Fragen ‚Rund um das Alter‘ und bietet auch Beratungsbesuche in der Häuslichkeit der älteren Menschen an. Außerdem organisiert sie in Kooperation mit unterschiedlichen Akteuren der (westlichen) Bielefelder Quartiere Veranstaltungen für Senior/inn/en, wie z. B. ein Tanzcafé für Menschen mit und ohne Demenz oder auch die ‚Sonntagsfrauen‘, ein Begegnungsangebot für alleinstehende Frauen ab 60 Jahren.

6.3 Bedarfs- und Angebotssituation aus Sicht der Expert/inn/en und Nutzer/innen

Die Interviews mit Expert/inn/en und Nutzer/innen zeigen, dass das Angebotsspektrum im Quartier als sehr zufriedenstellend und reichhaltig wahrgenommen wird.

Pflegerische Versorgung: Unterstützung, Beratung und Koordination von Leistungen

Die Interviews verdeutlichen die sehr gute Versorgungssituation am Lohmannshof. Angehörige geben beispielsweise Einblicke in durchweg positive Erfahrungen mit Pflegediensten, die hier allerdings ihren Sitz außerhalb des Quartiers haben (z. B. N14: 312-314; N15):

„Also ich habe damals einen sehr guten Pflegedienst gehabt. Den hatte mir damals eine Bekannte empfohlen. Die kamen damals allerdings aus Spenge. [...] Und die waren also eigentlich ganz wunderbar. Also [...] mit diesem Pflegedienst habe ich nur gute Erfahrungen gemacht“ (N15: 272-274).

⁵⁴ ZWAR steht für ‚Zwischen Arbeit und Ruhestand‘. Die Gruppen werden vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert und werden in der Regel in den unterschiedlichen Stadtteilen selbst organisiert. Ziel ist es die Phase des Übergangs in den Ruhestand aktiv zu gestalten und selbstorganisierte Aktivitäten und Netzwerke für das Gemeinwesen zu entwickeln (<http://www.zwar-bielefeld.de/>).

Während keine Lücken in der stationären und ambulanten Pflege benannt werden, wird der Aufbau eines tagespflegerischen Angebots als sinnvoll erachtet (E13: 416).

Gewünscht wird auch ein besserer Zugang zu Information, Anleitung, Begleitung und psychosozialer Unterstützung für pflegende Angehörige.

„Aber mit trinken oder mit irgendwas. Oder wie man mit dem vielleicht dann auch umgeht oder wie man vielleicht mit denen ja auch mal irgendwelche Gespräche führt oder so“ (N15: 235-237).

Eine zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um die Pflege im Quartier gilt als ideal. Dort sollten Nutzer/innen und ihre Angehörigen individuell beraten werden und darüber hinaus auch Unterstützung bei der Koordination der benötigten Hilfen erhalten.

„Beratung (...) es ist einfach, es muss eine Stelle geben, die das wirklich koordiniert und die das zusammen koordiniert. [...] [Dafür] muss es eine zentrale Anlaufstelle geben [...]“ (E13: 426-428).

Ein Heim zu einer solchen Anlaufstelle im Quartier zu machen, wirkt schlüssig. Als wichtig wird zusätzlich angesehen, dass nicht nur Komm-Strukturen bestehen, sondern ‚proaktive‘, aufsuchende Arbeit geleistet wird.

„In einer stationären Einrichtung, im Pflegeheim, da gibt es ja auch in der Regel soziale Mitarbeiter. Ich bin schon der Meinung, dass die für so was (...) dann zuständig sind. Dass die nicht unbedingt immer angesprochen werden müssen, sondern proaktiv auf die Leute zugehen“ (N15b: 473-475).

Gesundheitliche Versorgung: sehr gut

Auch die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung am Lohmannshof werden von den Interviewten durchweg als sehr positiv hervorgehoben. Insbesondere zeigen die Interviews eine starke Verbundenheit und hohe Zufriedenheit mit den Hausarzt/inn/en im Quartier (z. B. N5: 217-218; N14: 302-303). Auch die Expert/inn/en beurteilen die ärztliche Versorgung am Lohmannshof als sehr gut. Sie betonen, dass diese auch und besonders gut auf den Bedarf älterer Menschen hin ausdifferenziert ist (z. B. E7; E9; E11). Die gute Versorgungssituation im Quartier ist gepaart mit schnellen Wegen in die Innenstadt; das macht den Lohmannshof zu einem attraktiven Wohnort im Alter.

„Also Ärzte finde ich, sind wir hier ganz gut bestückt. Und man ist ja hier sofort, also ganz schnell in der Stadt auch, nicht. Man hat ja hier keinen weiten Weg. Also das ist natürlich, zum Beispiel in Babenhausen oder Schröttinghausen [...] da, also da würde ich zum Beispiel auch gar nicht mehr hinziehen“ (N5: 206-208).

Auch die gute Erreichbarkeit des Ärztehauses am Bültmannshof mit seinen weiteren fachärztlichen Angeboten wird in den Interviews hervorgehoben (N14: 328-335).

Eine qualitative Einschätzung des therapeutischen Angebotspektrums im Quartier fällt den Befragten am Lohmannshof ebenso schwer, wie den Interviewten an den anderen Modellstandorten. Konkrete Bedarfslagen werden in den Interviews nicht greifbar.

Allerdings ist die Physiotherapiepraxis, in der zahlreiche Physiotherapeuten arbeiten, für mobilitätseingeschränkte Menschen aufgrund ihrer Hanglage schwer zu erreichen und die nächstgelegene ergotherapeutische Praxis befindet sich weit außerhalb des Quartiers (N14: 229-231):

„Das [die ergotherapeutische Praxis] ist mir für mich zu weit weg. Da hätte ich schon gerne jemanden hier. Hätte ich keinen Rollator wäre das für mich kein Problem“ (E3: 623-624).

Reichhaltiges Spektrum an Begegnungsmöglichkeiten, aber teilweise geringe Nutzung

Die Befragten berichten von den vielfältigen Begegnungs- und Engagementmöglichkeiten für ältere Menschen im Quartier. In den Interviews wird insbesondere der Nachbarschaftstreff ‚Schöne Zeiten‘ mit seinen zahlreichen Aktivitäten, wie z. B. das Backen der Kartoffelpuffer oder Waffeln, hervorgehoben. Auch das Pflegezentrum und das dort angebotene Gedächtnistraining ist beliebt (z. B. N5, N6; E7, E16).

In mehreren Interviews verdichten sich jedoch auch die Aussagen, dass einige der Angebote und engagierten Gruppen im Quartier zu früheren Zeiten stärker frequentiert wurden.

„Da waren auch die Männer dabei. Da waren [...] bis zu 40. Und jetzt? Was sind sie? Zwölf Leute“ (N14: 278-279).

„Ähm, nur es [das vorhandene Angebot] wird wenig angenommen“ (N6: 132).

Die aktuell eher geringe Nutzung und Beteiligung an den bestehenden Initiativen im Quartier wird unterschiedlich zu erklären versucht. Bereits im ersten Abschnitt haben wir mit einem Zitat darauf verwiesen, dass vormals gut besuchte Angebote ‚aus Altersgründen‘ verwaisen. Vorstellungen und Möglichkeiten der Beteiligung verändern sich im höheren Alter und es fehlt den Gruppen und Angeboten ‚der Nachwuchs‘ (E3: 51-53).

Auch scheinen nicht alle Bevölkerungsgruppen im Lohmannshof gleichermaßen von den Angeboten angesprochen bzw. erreicht zu werden.

„Das kann natürlich auch ein Grund sein, dass da an gewissen Veranstaltungen nicht so teilgenommen wird, weil (...) vielleicht aus kulturellen Sachen oder so. Oder weil [...] Der Türke mit Migrationshintergrund mehr in der Familie, ne, Kommunikation abläuft“ (N15b: 111-115).

Die passgenaue Ausrichtung von Angeboten an die Interessen und den Bedarf der Lohmannshofer wird auch von Expert/inn/en als unerlässlich betont (z. B. E16: 203-221). Wie sich dieser konkreter ausmacht, das konnte im Rahmen unserer Befragung nicht geklärt werden.

„Zum Beispiel, wir haben ja auch dieses Netzwerkfrühstück und da [...] wurde ja auch schon sehr viel für geworben. Also stand auch in der Zeitung und so. Und dann denke ich immer, hier sind so viele Leute, die hier wohnen. Warum kommt da nicht mal einer? Dann gehen Sie mal unten in Kirhdornberg hin, [wenn] im Gemeindehaus, das Frühstück für junge Senioren ist. Da kriegen Sie kaum noch einen Platz“ (N15: 35-39).

Umfangreiche, aber ausbaufähige Netzwerke und Kooperationen

Die Expert/inn/en beschreiben eine rege Zusammenarbeit der Anbieter pflegerischer und sozialer Leistungen im Quartier Lohmannshof. Die regelmäßig stattfindenden Arbeitskreise und Netzwerktreffen können als Indikator für gut etablierte Austauschstrukturen gesehen werden (z. B. E7, E16; N6). Über die Qualität der Vernetzung mit den zahlreichen Ärzt/inn/en und Therapeuten im Quartier geben die Interviews keine Hinweise. Dies lässt sich auch so interpretieren, dass diese Akteure vermutlich bislang noch wenig eingebunden sind.

Es wird aber auch deutlich, dass die Abstimmung und Entwicklung quartiersnaher und vernetzter Versorgungsstrukturen den Akteuren Schwierigkeiten bereitet. Die Experten reflektieren kritisch, dass die Anbieter am Lohmannshof noch zu sehr in ihren eigenen Strukturen denken, sich nur bedingt absprechen und teilweise lieber ein ‚eigenes‘ Angebot etablieren als zu kooperieren (z. B. E7; E16; N6).

6.4 Diskussion und Empfehlungen

Das im Bielefelder Westen liegende Quartier Lohmannshof entstand Ende der 1920er-Jahre. Zunächst siedelten sich v. a. Arbeiterhaushalte an. Mit dem Zuzug der Universität Ende der 1960er-Jahre erweiterte sich das Quartier und die Bevölkerungsstruktur erfuhr einen Wandel. Es siedelten sich auch besser situierte Familien am Lohmannshof an. Die Anziehungskraft des Quartiers, insbesondere für jüngere Menschen nimmt aktuell noch zu.

Zwar sind die Anteile der älteren und hochaltrigen Menschen am Lohmannshof verglichen mit den anderen Standorten im Modellprojekt etwas niedriger, aber im Prinzip ist der Lohmannshof schon heute sehr gut für eine künftig zunehmende Zahl älterer Menschen gerüstet, auch wenn diese einmal auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Denn die pflegerische und medizinische Versorgung im Quartier ist reichhaltig und auch soziale Angebote sind vorhanden. Die Aussagen der Interviewpartner zeigen dennoch, dass das vorhandene Angebotsspektrum noch nicht ganz den Bedarf der Quartierseinwohner/innen trifft. Bei Bemühungen darum, die Versorgung noch zu verbessern, sollte aber nicht die Erweiterung einzelner Angebote im Vordergrund stehen, sondern wichtiger ist, die unterschiedlichen benötigten Hilfen besser zu verzahnen, damit diese für die Nutzer/innen leichter zugänglich und aufeinander bezogen sind. Das Pflege- und Gesundheitszentrum kann hier Wesentliches beitragen, wenn es der Zielvision ‚Versorgung aus einer Hand‘ folgend ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes Angebotsspektrum für seine Nutzer/innen und das Quartier erschließt. Vor diesem Hintergrund sind angesichts der vorhandenen Versorgungslandschaft am Lohmannshof folgende Aspekte zu empfehlen:

Das Pflegezentrum als Beratungs- und Anlaufstelle im Quartier

Trotz vorhandener Möglichkeiten für Beratung am Lohmannshof geben die Interviews deutliche Hinweise, dass am Lohmannshof eine zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um Versorgung und Pflege fehlt. Das Pflegezentrum könnte als Kompetenzzentrum für Pflege und Versorgung diese wichtige Funktion übernehmen. Die Nutzer/innen benötigen Unterstützung, wie die bestehenden Angebote im Quartier sinnvoll genutzt und dem individuellen Bedarf entsprechend aufeinander bezogen werden können. Hierzu könnte es sinnvoll sein, entweder die bestehenden Beratungsleistungen im Zentrum zu professionalisieren und für die Anwohner/innen zu öffnen, oder auch in Kooperation mit anderen (z. B. Pflegestützpunkt Bielefeld) ein solches Angebot im Zentrum anzusiedeln. Auch Kursangebote und eine Gruppe für pflegende Angehörige sowie generell Informationsveranstaltungen wären hier gut positioniert. Vorstellbar sind auch weitere Begegnungsangebote im Zentrum; hier sollte allerdings angesichts der vorliegenden Erfahrungen mit einer geringen Beteiligung im Quartier vorab genau ausgelotet werden, welche Angebote auf Interesse stoßen. Wichtig ist, das Zentrum als Anlaufstelle öffentlichkeitswirksam zu bewerben, damit Nutzer/innen ihren Weg dorthin finden.

Kooperationen mit Ärzt/inn/en und Therapeut/inn/en ausloten und Verzahnung von Pflege und Medizin stärken

Der Lohmannshof verfügt bereits über ein nah gelegenes und umfassendes Spektrum an medizinischer Versorgung. Die medizinische Versorgung für Heimbewohner/innen noch besser zu erschließen und zugänglich zu machen, ist bereits ein erkennbares Anliegen des Pflegezentrums am Lohmannshof. Es wird empfohlen, die bestehenden Aktivitäten noch auszubauen und am Zentrum gezielt ärztliche Expertise für hilfe- und pflegebedürftige Menschen anzubinden. Dabei bietet sich an, gerade auch mit den vor Ort ansässigen Hausärzt/inn/en engere Kooperationen zu erproben. Denn so kann den Quartierseinwohner/inne/n eine gute, verzahnte Versorgung von Pflege und Medizin in ihrem angestammten Quartier ermöglicht werden. Darüber hinaus könnte die hohe Expertise des Trägers, der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel, erschlossen werden, um weitere Spezialist/inn/en in das Zentrum und Quartier zu bringen. Dies könnte beispielsweise konsultativ erfolgen, indem die Spezialist/inn/en als Ansprechpartner für Pflegekräfte/Hausarzt/inn/e/n tätig werden und/oder auch durch fachärztliche Sprechstunden im Zentrum.

Ebenso bietet sich an, im Zentrum ein therapeutisches Angebot anzusiedeln. Denn trotz einer hohen Physiotherapeutendichte, ist die im Quartier ansässige Praxis für mobilitätseingeschränkte Personen nicht gut zu erreichen. Das Pflegezentrum bietet aufgrund seiner zentralen Lage im Quartier eine gute Erreichbarkeit.

Bündelung von Leistungen: ‚Pfleger aus einer Hand‘ und persönlicher Ansprechpartner (Case Manager)

Mit der geplanten Integration von Tagespflegeplätzen in der stationären Einrichtung geht das Pflegezentrum einen Schritt zur Erweiterung seines pflegerischen Angebots, der angesichts des Fehlens einer Tagespflegeeinrichtung im Quartier folgerichtig ist. Demgegenüber ist ein Bedarf an einem weiteren ambulanten Pflegeangebot im Quartier nicht erkennbar. Falls das Pflegezentrum dennoch erwägt, für seine Nutzer/innen das gesamte pflegerische Angebotsspektrum zu erschließen, empfiehlt sich zuvorderst ein Austausch mit den am Lohmannshof bereits ansässigen Pflegediensten, ob eine Kooperation möglich ist. Denn die etablierten, für das Quartier wichtigen Versorgungsstrukturen sollten nicht ‚verdrängt‘ werden. Gut vorstellbar wäre z. B. für Tagespflegegäste eine Kooperation, die eine regelmäßige Abstimmung der individuellen Versorgung gewährleistet. Diesen Gedanken noch weiter gefasst, könnte das Pflegezentrum ‚Servicekörbe‘ o. Ä. definieren, die den Nutzer/innen aufzeigen, welche Leistungen sie im bzw. über das Zentrum nutzen können und wie diese Leistungen verzahlt werden können. So könnte das Zentrum helfen ein individuelles Hilfspaket zu schnüren, ohne dass das Zentrum alle Leistungen selbst erbringt. Empfehlenswert wäre hier auch ein persönlicher Ansprechpartner (Case Manager) für Nutzer/innen des Zentrums, der sie berät, wie sie ein individuelles Hilfspaket schnüren können.

Nicht zuletzt sei angemerkt, dass bei der Entwicklung von Angeboten darauf zu achten ist, dass die Bevölkerung im Quartier heterogen ist und auch sozial schwache Gruppen im Quartier nicht ausgeschlossen sein sollten. Insbesondere konnten bei den Recherchen und Interviews keine Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert werden.

7. Das Quartier Herford Zentrum

7.1 Charakteristika des Stadtteils und Quartiers

Die Herforder Innenstadt (Quartier Zentrum)⁵⁵ bildet das Zentrum des geschäftlichen, kulturellen und sozialen Lebens in Herford. Hier finden sich zahlreiche Dienstleistungs- und Serviceangebote. Verteilt über das ganze Jahr gibt es vielfältige Veranstaltungen, wie musikalische Feste und Märkte, die Personen aus Herford und seinem Umland anziehen. Die Innenstadt kann als „*kleinteilig, ruhig, unhektisch, mit mittlerweile hoher Aufenthaltsqualität*“ (E15: 101) charakterisiert werden. Geschätzt werden die ‚kurzen Wege‘ in der Innenstadt, und eine generell hohe Lebensqualität.

„[...] Herford [hat] eigentlich eine schöne Lebensqualität. Und dass man hier alles hat, was man braucht. Vor allen Dingen, wenn man Kinder hat. Weil Kinder können hier noch zu Fuß oder mit dem Fahrrad in die Schule fahren, was sie in einer Großstadt nicht können“ (E15: 189-193).

„Ich möchte überhaupt nicht woanders hin. Ich finde, ich habe mich hier von Anfang an wohl gefühlt und ich fühle mich da auch wohl. Auch wenn so Markt mal ist, [...] das ist so richtig schön da gemütlich, dann mal ein Glühwein oder eine schöne Bratwurst essen und da mal einen Augenblick sitzen und so, wunderschön“ (N18: 1014-1024).

Allerdings ist die fehlende Barrierefreiheit der öffentlichen Wege (Kopfsteinpflaster, keine Absenkung von Bordsteinen) für ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen herausfordernd – wie auch vielfach in den Interviews zur Sprache kam (N11, N17).

Die Innenstadt ist kein reines Geschäftsquartier, sondern bietet auch Wohnraum. Besonders im nördlichen Bereich der Innenstadt, in dem auch das Johannes-Haus liegt, gibt es heute mehrere Wohnanlagen, auch barrierearmes, seniorenrechtliches Wohnen. Die Innenstadt ist heute bei älteren Menschen zunehmend beliebt und attraktiv:

„Aber die Orientierung der [älteren] Menschen geht in den letzten Jahren ganz klar in Richtung Innenstadt. Also, es ist eher dieses, diese Variante: ‚Ich möchte gerne in die Stadt, wo eine gute Infrastruktur ist. Ich möchte die Läden in der Nachbarschaft haben. Ich möchte den Arzt möglichst in der Nachbarschaft haben. Ich möchte öffentlichen Nahverkehr in der Nähe haben. Aber ich möchte es auch ruhig haben‘. [...] Ganz viele Wünsche vereinen sich natürlich hier auch in der Innenstadt. [...] Die Anfragen auch, wenn es darum geht: ‚Ich suche barrierefreien Wohnraum oder auch barrierearmen Wohnraum, aber nicht draußen, [...] sondern möglichst in der Stadt‘ “ (E2: 123-139).

Diese Attraktivität war nicht immer so. Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, so auch das Kreiskrankenhaus, wurden bis in die 1980er- und 1990er-Jahre hinein an den Stadtrand verlegt. Auch viele Familien sind an den Stadtrand abgewandert (T5). Die nördliche Innenstadt um das Johannes-Haus herum wurde erst in den letzten Jahren wieder deutlich aufgewertet. Zuvor galt dieses Quartier noch als abgeschnitten vom Rest der Innenstadt und es gab viel Leerstand (N18b).

⁵⁵ Das Quartier Zentrum wird westlich und südlich durch die Bahnlinie eingegrenzt. Nördliche Grenze ist die HansasträÙe und im Osten bildet der Fluss Werre die Quartiersgrenze.

Doch nach einer Sanierung, haben sich insbesondere um den ‚Gänsemarkt‘ herum Geschäfte, Kultur und auch Gastronomie angesiedelt, sodass es

„[...] wieder lebendiger [wurde]. [...] Aber einige Zeit, wenn ich da durch die Stadt gegangen bin, dann bin ich wirklich traurig gewesen, wie das alles vernachlässigt wurde [...]“ (N12: 100-110).

Im Zuge dieser ‚neuen‘ Belebung des nördlichen Innenstadtbereichs ist auch eine Verlagerung des Hauptverkehrsknotenpunkts vom Alten Markt zum Hauptbahnhof geplant, der dazu führen dürfte, dass künftig mehr Besucherströme am Johannes-Haus vorbeikommen (E15).

Attraktiv am Quartier sind auch die nahen Grün- und Parkanlagen (z. B. N12) am ‚Wall‘, der ehemaligen Stadtmauer Herfords, die von älteren Bürger/innen stark frequentiert werden (weiterführend: LWL Geodaten Kultur online).

„Und man merkt irgendwie [...], wenn man hier morgens zur Arbeit kommt [...], hier am Park / Irgendwie sind sie hier alle unterwegs mit ihren Rollatoren und Rollstühlen und so. Also das wird hier dann irgendwie so bevölkert. Das (...) ja finde ich ist hier so eine hohe Rollidichte“ (N17: 35-55).

Das *Johannes-Haus* wurde in den 1970er-Jahren erbaut. Vor der offiziellen Eröffnung als Altenheim im Jahr 1982 wurde es als das Kreiskrankenhaus genutzt. Im Jahr 2008 wurde es modernisiert, um ein Hausgemeinschaftskonzept zu etablieren. Es liegt an einem kleinen Flusslauf der Aa, angrenzend an die Grünanlagen und Spazierwege am Wall mit vielen Sitzmöglichkeiten, sodass fast der Eindruck eines Naherholungsgebietes bzw. einer „Freizeitanlage“ (E2: 30) entsteht. Nachbarn sind das Technische Rathaus, eine Seniorenwohnanlage der städtischen Tochtergesellschaft Wohn- und Wirtschaftsservice Herford GmbH (WWS) sowie das AWO Kinder- und Jugendzentrum ‚die9‘.

„Wir haben die Alten hier und die ganz Jungen“ (E15: 380).

Im näheren Umkreis befinden sich hauptsächlich Mehrfamilienhäuser. Insgesamt wird die Wohngegend als ruhig und angenehm beschrieben (z. B. E2: 31-32). Bei potenziellen Nutzer/innen ist das Johannes-Haus aufgrund seiner guten Lage beliebt.

„[...] könnte ich es mir gut vorstellen hier [im Johannes-Haus] zu leben. [...] Man hat aber auch gleich grün hier, so mit dem Wall. Und (...) nah am Bahnhof [...] Also einfach so strategisch gesehen, wenn man nicht mehr so beweglich ist, dann hat man eigentlich ganz gute Chancen irgendwie noch so wieder ins Leben zu kommen“ (N17: 35-55).

Auch die Expert/innen streichen die Vorteile des Standortes heraus.

„Also im Grunde genommen ist das Johannes-Haus als stationäre Einrichtung eigentlich sehr privilegiert. Weil [...] für die Bewohner und Bewohnerinnen des Hauses [die Innenstadt] immer noch fußläufig zu erreichen [ist]. Also [es] kommt ja immer auf die Beeinträchtigung an, die der entsprechende Mensch [...] mitbringt“ (E2: 16-21).

Abbildung 7: Das Quartier Herford Zentrum



Quelle: Geobasis NRW 2016 (Bearb. Universität Bielefeld)

Soziodemografische Merkmale in Herford Zentrum⁵⁶

Herford hat insgesamt rund 67.000, Herford Stadt 52.000 Einwohner/innen. Im Quartier Zentrum leben rund 8.000 Personen. Der Anteil an Menschen ab 65 Jahren liegt bei 23,8 % und der Anteil der ab 80-Jährigen bei 7,8 %. Beides ist über dem städtischen Durchschnitt (21,0 % bzw. 6,5 %), was sowohl auf die (früheren) Abwanderungstendenzen von Familien aus der Innenstadt (T5), als auch auf die heute zunehmende Beliebtheit des Quartiers und die Zuzugsneigung bei älteren Menschen zurückzuführen sein dürfte. Im Vergleich mit den anderen Quartieren im Modellprojekt hat das Quartier Zentrum den zweithöchsten Anteil an älteren Menschen. Nicht unerwähnt bleiben sollte aber auch, dass das Quartier heute nicht nur bei älteren Menschen als attraktiv gilt, sondern auch – wieder – bei Familien, sodass eine ‚gute Mixtur‘ besteht (E15: 162-170). Der Anteil der unter 18-Jährigen liegt jedoch nur bei 13,9 % und damit deutlich unter dem Anteil an den anderen Modellstandorten, wie auch unter dem Herforder Durchschnitt (17,8 %).

Über die Haushaltsformen und den Anteil allein lebender älterer Einwohner/innen im Quartier liegen keine Statistiken vor. Nach Interviewaussagen leben besonders in der Nachbarschaft des Johannes-Hauses viele ältere Menschen allein in ihrer Wohnung (E17: 49-52).

Generell dürfte die Sozialstruktur im Quartier sehr vielfältig sein, wie es typisch für Innenstädte ist. Bemerkenswert ist, dass die Arbeitslosenquote im Quartier bei 13,7 % liegt und damit höher als in der Gesamtstadt (8,4 %) und in Sennestadt und am Lohmannshof ist. 21,9 % der Einwohner/innen des Quartiers Zentrum beziehen Sozialleistungen. Im Vergleich mit der Stadt Herford, wie auch den anderen Standorten im Modellprojekt, liegen

⁵⁶ Wenn im Text nicht explizit eine Quelle angegeben ist, finden sich die genannten Daten und nähere Quellenangaben in Tabelle 4 (Kap. 3) bzw. in Anhang 3 wieder.

lediglich in Bielefeld-Baumheide höhere Werte vor. Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund ist mit 30,1 % etwas höher als in der Gesamtstadt (26,9 %), ist aber deutlich geringer als in Baumheide und Senne- stadt und liegt nur leicht über dem am Lohmannshof. Der Anteil von Men- schen mit Migrationshintergrund sinkt, wie an den anderen Standorten auch, mit zunehmendem Alter und liegt in der Gruppe ab 65 Jahren bei 12,0 % und ab 80 Jahren bei 4,7 %. Verglichen mit den anderen Modell- standorten weist Herford hier die kleinsten Anteile auf.

Daten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Herford Zent- rum liegen nicht vor.

7.2 Angebotsspektrum im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales

Im Folgenden wird ein Überblick über Versorgungsangebote am Standort gegeben, anschließend werden die Ergebnisse der Interviews vorgestellt. Die einzelnen Angebote sind in Abbildung 8 kartografisch dargestellt.

Das Johannes-Haus

Das Johannes-Haus verfügt über 88 stationäre Pflegeplätze. Davon sind 10 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Diese teilen sich in neun Wohnbereiche auf, die nach einem Hausgemeinschaftskonzept aufgebaut sind: Jeder Wohnbereich funktioniert relativ autark, so wird Wäsche aus den Wohnbe- reichen gewaschen und Essen in einer Wohnküche zubereitet. Darüber hin- aus ist im Rahmen des Modellprojektes die Realisierung einer integrierten Tagespflege (gepl. Starttermin: Juli 2017) vorgesehen.

Das Johannes-Haus ist die einzige stationäre Pflegeeinrichtung im Quar- tier Herford Zentrum. Je 100 Einwohner ab 80 Jahren gibt es damit 14,2 Plätze im Quartier Herford Zentrum. Das liegt deutlich unter dem Platzan- gebot der anderen Standorte (20,3 bis 27,1 Plätze) und auch noch unter dem städtischen Durchschnitt von Herford (15,2 Plätze). Das unterdurch- schnittliche Angebot überrascht, zumal das Quartier insgesamt sehr viel Inf- rastruktur bietet und gerade bei älteren Menschen beliebt ist.

Das Johannes-Haus bringt sich bereits seit vielen Jahren in das kulturelle und soziale Leben im Quartier ein. Im Rahmen der Initiative ‚Lebendige Nachbarschaft‘ öffnet das Haus, unterstützt durch die Stadt Herford, seine Angebote für ältere Menschen aus dem Quartier (E6: 25-29).⁵⁷ Beispiels- weise findet zweimal wöchentlich ein Café im Johannes-Haus statt und das Haus bietet regelmäßig Spielenachmittage, Ausflüge, z. B. Theaterbesuche, Vorträge mit verschiedenen Schwerpunkten, musikalische Veranstaltungen wie z. B. Chöre und Rudelsingen (eine Art Karaoke mit Live Musik) sowie Filmvorträge und Kinoveranstaltungen an; auch veranstaltet es regelmäßig Feste.

⁵⁷ Die Stadt Herford unterstützt bereits seit einigen Jahren gezielt Einrichtungen im Quartier finanziell und ideell dabei, dass diese Ansprechpartner für Quar- tiersbewohner/innen sind und Begegnungsmöglichkeiten im Quartier schaffen. Ziel ist es, ältere und auch alleinstehende und immobile Menschen im Quartier zu erreichen und ihre Teilhabe zu stärken (T6).

Für die Durchführung der Veranstaltungen bestehen zahlreiche Kooperationen.

Zudem findet in Kooperation mit einer physiotherapeutischen Praxis einmal wöchentlich Rehasport im Johannes-Haus statt, rund ein Drittel der Teilnehmer/innen sind externe Besucher/innen.⁵⁸ Durch das vielfältige bereits geöffnete Angebot bietet das Johannes-Haus schon jetzt Begegnungsmöglichkeiten (E2: 188-190).

Zusätzlich wurde im November 2016 die ‚Johannesstube‘ als niedrigschwellige Betreuungsgruppe im Johannes-Haus im Rahmen des Modellprojekts eingeführt. Jeden Donnerstagnachmittag werden hier Menschen mit Demenz oder eingeschränkter Alltagskompetenz, die zu Hause leben, im Johannes-Haus durch eine Pflegekraft betreut, um Angehörige zu entlasten und Nutzer/innen eine Abwechslung im Alltag zu bieten. Im Modellprojekt sollte die Annahme und Akzeptanz des Angebots bei externen Besucher/innen betrachtet werden.

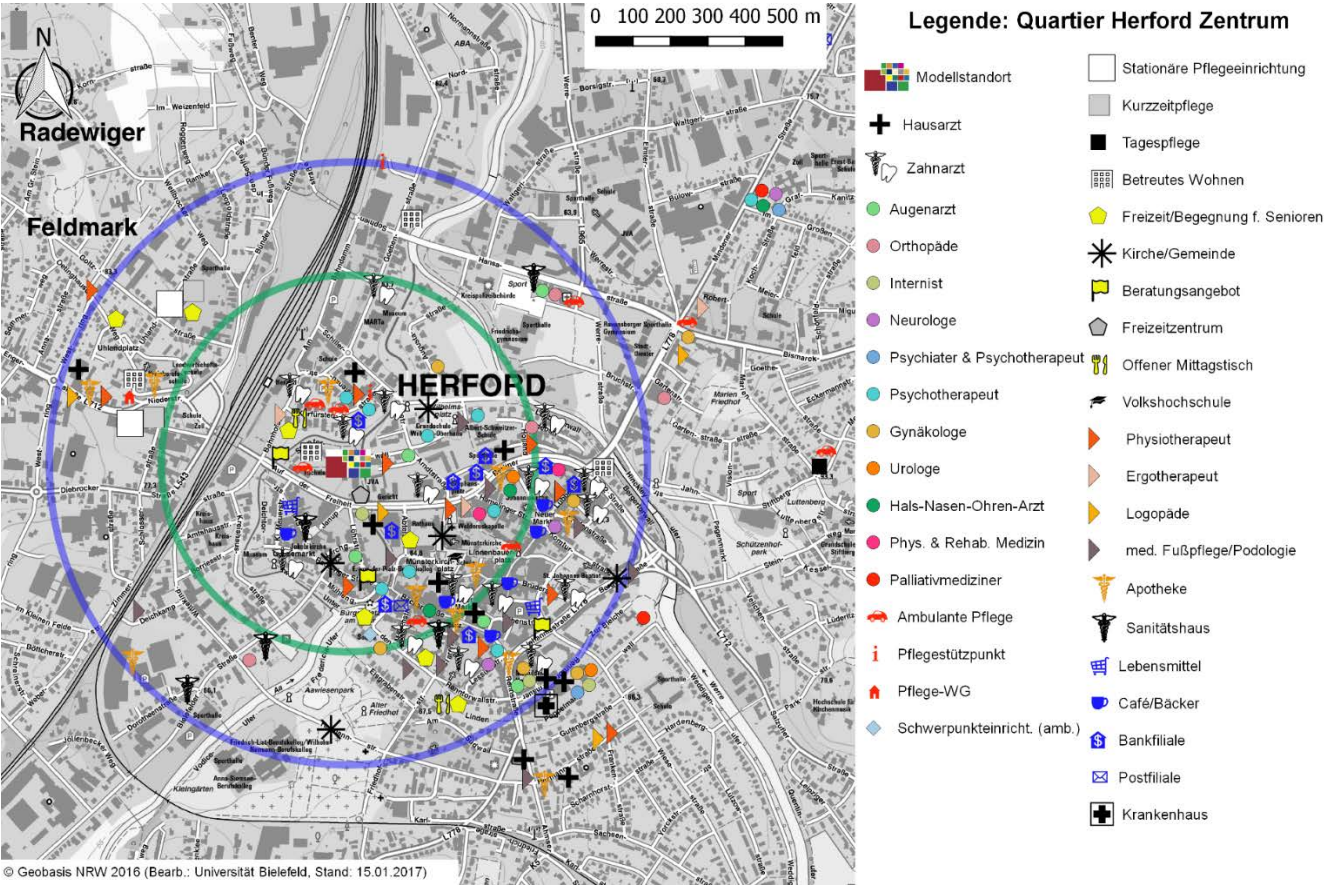
Wie die anderen Modelleinrichtungen leistet auch das Johannes-Haus Beratung.⁵⁹ Hauptsächlich wird sie von Nachbar/innen und Angehörigen der Bewohner/innen angefragt; übliche Themen sind Möglichkeiten des betreuten Wohnens, der Unterstützung, Nachbarschaftshilfe, Platzanfragen und neue gesetzliche Regelungen in der Pflege. Da die Möglichkeiten des Hauses hier an Grenzen stoßen, wird mit anderen Beratungsstellen in Herford, insbesondere dem Pflegestützpunkt der AOK und der ‚Aufsuchenden Pflegeberatung‘ der Kommune, bei Bedarf Kontakt aufgenommen und ggf. weitervermittelt. Das Johannes-Haus ist Mitglied im Verein Radewig, einer im Quartier aktiven Interessensgemeinschaft benachbarter Geschäftsleute. Der Verein Augenblick-Theater im Johannes-Haus Herford e. V. und die Hospizbewegung Herford e. V. (ambulanter Hospizdienst) haben ihren eingetragenen Sitz im Johannes-Haus und treffen sich dort regelmäßig.⁶⁰ Das Haus selbst arbeitet regelmäßig mit 20 Ehrenamtlichen zusammen. Mit einer Apotheke in der Nähe (Apotheke Berliner Straße, ca. 400 m entfernt), dem PalliativNetz Herford und dem im Haus ansässigen ambulanten Hospizdienst bestehen besonders enge Kooperationen. Vernetzungen bestehen darüber hinaus mit Krankenhaussozialdiensten. Viele verschiedene Gesundheitsanbieter, u. a. Haus-, Zahn- und Fachärzte sowie Physiotherapeut/innen/en aus zwei nahegelegenen Praxen und Podolog/innen/en, kommen in die Einrichtung.

⁵⁸ Für die Teilnahme am Rehasport ist eine Verordnung notwendig.

⁵⁹ Eine Abrechnung der Beratungsleistungen ist derzeit nicht möglich.

⁶⁰ Vorstandssitzungen finden einmal im Monat und Mitgliederversammlungen finden einmal im Jahr in der Einrichtung statt. Zudem werden Infoabende für Begleiter/innen und mögliche Begleiter/innen (in der Sterbephase, jeweils Ehrenamtliche) im Johannes-Haus durch die Hospizbewegung angeboten.

Abbildung 8: Versorgungsangebote in Herford Zentrum



Weitere pflegerische Angebote im Quartier

Im Quartier Herford Zentrum gibt es keine Tagespflegeeinrichtung. Die vom Johannes-Haus aus nächstgelegenen Einrichtungen sind das ‚Schwester Annemarie Tageshaus‘ der Schwester Annemarie Pflegedienst GmbH & Co. KG (ca. 1,2 km entfernt) und die Tagespflege im Wichernhaus der Evangelischen Diakoniestiftung Herford (ca. 1,7 km entfernt)⁶¹.

Im Quartier sind jedoch sechs *ambulante Pflegedienste* ansässig, und damit mehr als an den anderen Modellstandorten.⁶² Hierzu zählt auch das Team ‚Auf der Freiheit‘, des Johanneswerkes, das nach dem Konzept ‚Johanneswerk im Stadtteil‘ arbeitet⁶³. Das Team stellt in Kooperation mit der Seniorenwohnanlage der WWS für die Nachbarschaft um die Wohnanlage und das Johannes-Haus kleinräumig ambulante Pflege und andere Leistungen Rund-um-die-Uhr sicher. Inwiefern auch die anderen im Quartier ansässigen Pflegedienste schwerpunktmäßig Menschen im Quartier versorgen, konnte nicht ermittelt werden.

Hervorzuheben ist auch, dass ein Pflegestützpunkt in der Herforder Innenstadt liegt (Kooperation der AOK und der Kommune) und ein weiterer Pflegestützpunkt (Kooperation der BKK und der Kommune) nördlich an das Quartier angrenzt.

Ergänzend zur Seniorenwohnanlage der WWS in der Nachbarschaft des Johannes-Hauses gibt es ca. 650 m entfernt, westlich außerhalb des Quartiers Zentrum, ein weiteres betreutes Wohnen mit 16 Wohnungen und eine Pflegewohngruppe (DRK ‚Wohnen an der Ballerstraße‘).

Erwähnenswert ist auch, dass etwa 650 m vom Johannes-Haus zwei stationäre Pflegeeinrichtungen der Evangelischen Diakoniestiftung Herford liegen, die aufgrund ihrer Lage ‚auf der anderen Seite der Bahnlinie‘ außerhalb des Quartiers Herford bislang nicht näher berücksichtigt wurden. Das ‚Haus Birkenkamp‘ bietet spezielle Hilfe und Pflege für Menschen allen Alters, die wohnungslos waren, Suchtprobleme hatten oder Schwierigkeiten haben, alltägliche Angelegenheiten zu erledigen. Das ‚Haus Elisabeth‘ ist eine stationäre Pflegeeinrichtung mit klassischem Fokus auf Hilfe und Pflege für alte Menschen. Es ist am Projekt ‚Neue Wege und Konzepte für die Zukunft pflegebedürftiger Menschen‘ beteiligt (Laufzeit: 05/2015-12/2017, Förderung GKV Spitzenverband), in dem die Übergänge zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangeboten durchlässiger gestaltet und neue Wohnformen nach § 45f SGB XI für das dortige Quartier partizipativ entwickelt werden sollen. Ein Austausch der Verantwortlichen beider Modellvorhaben wurde begonnen und sollte fortgesetzt werden, um Schnittmengen auszuloten.

⁶¹ Das Wichernhaus bietet auch vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege an.

⁶² Die Pflegedienste im Einzelnen: Caritas Sozialstation, Bonitas, Die Klinik, Diakoniestation Herford, Paritätischer Hauspflege-Verein, ‚Johanneswerk im Stadtteil‘: Team ‚Auf der Freiheit‘.

⁶³ ‚Johanneswerk im Stadtteil‘ ist ein ambulantes Versorgungskonzept des Ev. Johanneswerkes. Die Pflegedienste arbeiten dort kleinräumig und fokussiert auf die Nachbarschaft. Der ambulante Pflegedienst bietet neben Pflege und Hauswirtschaft nach SGB XI u. a. ein Hausnotrufsystem sowie Beratung und stellt kleinräumig in seinem Umfeld eine Erreichbarkeit rund um die Uhr sicher (<http://johanneswerk.de/de/einrichtungen/jw-im-stadtteil-auf-der-freiheit/>).

Ärzte und weitere Gesundheitsanbieter

Im Stadtzentrum gibt es zahlreiche Hausarzt- und Facharztpraxen. Neun Hausarztpraxen mit 14 Hausärzten (Stand: 01. Dezember 2016) liegen im Quartier. Einer der Hausärzte hat einen Geriatrischen Schwerpunkt (T5). Insgesamt kommen 1,75 Hausärzte auf 1.000 Einwohner im Quartier. Die überdurchschnittlich hohe Quote im Vergleich zum städtischen (0,5), aber auch Nordrhein-Westfälischen (0,58) und bundesweiten Durchschnitt (0,62) relativiert sich allerdings aufgrund der Mitversorgerfunktion, die das Quartier für die Stadt Herford und ihr Umland einnimmt. Im Modellprojekt hat das Quartier Lohmannshof sogar eine noch höhere Dichte an Hausärzt/inn/en (vgl. Tab. 5).

Ebenso sind sechzehn Zahnarztpraxen mit über 20 angestellten Zahnärzt/inn/en und zahlreiche Facharztpraxen, u. a. für Innere Medizin, physikalische und rehabilitative Medizin und Neurologie im Quartier angesiedelt.

Auch zahlreiche weitere Gesundheitsanbieter sind vor Ort vertreten, u. a. acht Apotheken und fünf Sanitätshäuser, mehrere Psychotherapeut/inn/en sowie auch mehrere Ergotherapeut/inn/en, Physiotherapeut/inn/en, Logopäd/inn/en und Podolog/inn/en. Kein anderer Modellstandort weist eine annähernd hohe Therapeutendichte von 4,39 Therapeuten je 1.000 Einwohnern auf.

Der Nahbereich des Johannes-Hauses zeichnet sich bereits durch eine hohe Angebotsdichte im Bereich Pflege, Gesundheit und Soziales aus, beispielsweise finden sich im Umkreis von ca. 150 m drei ambulante Pflegedienste, ein betreutes Wohnen, eine Hausarztpraxis (mit internistischem Schwerpunkt), eine Zahnarztpraxis, eine Physio- sowie eine Ergotherapiepraxis. Ein so konzentriertes und umfassendes Spektrum an Gesundheitsanbietern bietet sich in keinem anderen Nahbereich der beteiligten Modelleinrichtungen. Hier könnten sich demnach zahlreiche Kooperationsmöglichkeiten für das Johannes-Haus eröffnen.

Ein Alleinstellungsmerkmal des Standorts in Herford ist zudem, dass ca. 400 m südlich des Johannes-Hauses eine Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Herford liegt.

Soziale Angebote und Beratung für Ältere und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

Neben dem Pflegestützpunkt gibt es einige Beratungsangebote für hilfe- und pflegebedürftige sowie ältere Menschen im Quartier, u. a. der Lebenshilfe, des Diakonischen Werkes und des Vereins ALzheimer ETHik.

Im Quartier Zentrum gibt es insgesamt drei Begegnungsstätten (Nachbarschaftstreff der Caritas, Bürgerzentrum ‚Haus unter den Linden‘ (HudL), Altenclub Waisenhausstraße) mit regelmäßigem Programm für ältere Menschen⁶⁴ und zwei Einrichtungen (HudL, Kreishaus⁶⁵), die regelmäßig einen Mittagstisch bzw. Café (auch) für ältere Menschen anbieten. Zudem sind die zahlreichen Cafés in der Innenstadt als Treffpunkte bei älteren Menschen beliebt (z. B. N19a).

Unter älteren Bürger/innen besonders bekannt und geschätzt ist das Bürgerzentrum ‚Haus unter den Linden‘ der Stadt Herford, das ebenfalls Beratung anbietet, z. B. ‚Senioren beraten Senioren‘ zu Versorgungsfragen, sowie ein Café betreibt und einen Mittagstisch anbietet. Das HudL bietet ein vielfältiges Programm an soziokulturellen Veranstaltungen, Kursen und Begegnungsmöglichkeiten, z. B. Computerkurse, Tanztee, Kartenspiele, Kunsttherapien etc. Das HudL richtet seine Angebote zwar alters- und zielgruppenübergreifend aus, hat aber eine besonders große Beliebtheit bei älteren Menschen. So wird es in den Interviews auch als *„Seniorenfreizeit-zentrum“* (E6: 42) bezeichnet und als wichtig, *„[...] für die älteren Herrschaften aus der GESAMTEN Stadt“* (E15: 352-353). Nutzer/innen schätzen das Angebot: *„Ich finde eigentlich so dass dieses HudL so eine ganz gelungene Sache ist so“* (N17: 157-174). Im HudL kann *„[...] man auch was lernen [...]. Mal was ganz Neues ausprobieren [...]“* (N11: 302-313).

Ebenso sind mehrere Kirchengemeinden in der Seniorenarbeit aktiv. Zudem organisieren Ehrenamtliche in der Seniorenwohnanlage der WWS⁶⁶ Freizeitaktivitäten wie Skat- und Bingonachmittage (E6: 112-121).

Wie bereits dargestellt, ist auch das Johannes-Haus bereits als Ort der Begegnung und Aktivität für ältere Bürger/innen in Herford etabliert – mit Angeboten sowohl für hilfe- und pflegebedürftige Menschen, als auch für solche, die noch recht mobil und aktiv sind.

⁶⁴ Zudem gibt es als Begegnungsort für psychisch kranke und psychiatrieeerfahrene Menschen den KlinkenTreff und für hörgeschädigte und gehörlose Menschen das Gehörlosen-Zentrum Herford, die beide ebenfalls in der Angebotskarte (Abb. 7) eingezeichnet sind. Der KlinkenTreff bietet u. a. einen offenen Mittagstisch.

⁶⁵ Der Mittagstisch für Mitarbeiter/innen kann auch von (älteren) Menschen genutzt werden.

⁶⁶ Das Johannes-Haus selber hat relativ wenig Kontakt zur Altenwohnanlage. Kontakt besteht v. a. über den ambulanten Dienst ‚Johanneswerk im Stadtteil‘ (die u. a. einmal wöchentlich eine Kochgruppe anbieten).

7.3 Bedarfs- und Angebotssituation aus Sicht der Expert/inn/en und Nutzer/innen

Insgesamt heben auch die Interviewpartner/innen das umfangreiche und vielfältige Angebote für ältere, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen im Quartier Herford Zentrum hervor (N17: 35-55; E2: 184-186). Aber auch für dieses Quartier ist ein differenzierter Blick vonnöten, der auch Schwachpunkte zeigt.

Barrieren und Ungleichgewichte in der Herforder Innenstadt

Die auf den ersten Blick sehr positive Versorgungssituation im Quartier muss aus dem Blickwinkel älterer, mobilitätseingeschränkter Menschen relativiert werden (E6). Für sie erschweren die bereits angesprochenen Barrieren auf den Gehwegen die Erreichbarkeit der Einrichtungen im Quartier (E2; N11). Auch fehlt es an Lebensmittelläden im Quartier (E15: 285). Und nicht zuletzt ist angesichts des insgesamt so reichhaltigen Angebots ein anderes Problem virulent: Es fällt älteren Menschen schwer, den Überblick über die einzelnen Angebote zu gewinnen (z. B. N11; N19a, b)

Darüber hinaus sind, wie bereits der Überblick über die Angebote angedeutet hat, die Versorgungsbereiche Pflege, Gesundheit und Soziales nicht gleichförmig entwickelt und ausdifferenziert.

„Aber ich denke schon, dass das Quartier zumindest nicht so ausgestattet ist, dass man sagen könnte ‚Die sind hier optimal versorgt. Hier fehlt nichts mehr‘“ (E6: 177-179).

Pflegerische Versorgung: Engpässe

Die Nutzer/innen äußern sich in den Interviews zwar im Allgemeinen zufrieden mit pflegerischen Leistungen (N12), aber es gibt insbesondere Hinweise, dass die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste am Limit sind. So ist es schwierig, ambulante Pflegeleistungen zeitnah und den eigenen Bedürfnissen gemäß zu erhalten (N13; N17).

„Wenn man einen Pflegedienst möchte, oft erst wirklich, ähm, wenn man neu ist, um 11 Uhr oder so, drankommt, weil die Pflegedienste bis Oberkante ausgebucht sind“ (E17: 71-73).

„Vorher hatte ich mich dann darum bemüht einen Pflegedienst zu bekommen [...]. Und es war äußerst schwierig einen Pflegedienst zu bekommen [...]. Ich habe also bestimmt um die acht Pflegedienste angerufen, die also alle zu waren. Die waren also, konnten diesen Auftrag nicht annehmen“ (N13: 70-74).

Leistungen, die von den Befragten zudem vermisst werden, sind Nachtwachen und Stunden- oder Tagesbetreuungsangebote (N17; N18b). Zwar kann Tagespflege auch außerhalb des Quartiers genutzt werden, dennoch sind insgesamt die Kapazitäten recht knapp. So ist in den Sommermonaten mit einer starken Auslastung der Angebote zu rechnen, sodass die Nachfrage in dieser Zeit nicht gedeckt werden kann (E17: 56-62). Ebenso wenig ist davon auszugehen, dass alle Menschen, die einen Pflegeplatz brauchen, in ihrem angestammten Wohnquartier unterkommen (E17; N13: 138-145).

Beratung und individuelle Begleitung bei der Koordination von Leistungen gewünscht

Die Expert/innen heben das reichhaltige Angebot an Beratung für ältere und pflegebedürftige Menschen im Quartier hervor und sehen es als wichtige Stütze für die Betroffenen an (E17). Im Unterschied dazu geht aus den Befragungen der Nutzer/innen allerdings hervor, dass die bestehenden Beratungsangebote teilweise nicht bekannt sind, sie aber Information und Beratung benötigen (N18b). Obendrein werden negative Erfahrungen mit Beratungsgesprächen in Beratungseinrichtungen dargelegt, da diese aus Sicht der Nutzer/innen zu wenig auf ihre individuelle Situation ausgerichtet waren (N17; N18a, b).

Insgesamt wird der Bedarf nach einem/einer persönlichen Ansprechpartner/in deutlich, der/die ‚den richtigen Weg‘ zeigt und bei der Koordination der benötigten Hilfen unterstützt (E2):

„Einen Ansprechpartner zu haben, so für die erste Orientierung. Was weiß ich, Ich lebe alleine in meiner Wohnung, Oberschenkelhalsbruch, möchte in meiner Wohnung bleiben, muss mich weiterhin versorgen. Ich weiß nicht, wen ich fragen soll, können Sie mir helfen, was mache ich jetzt?“ So. So eine Möglichkeit zu haben“ (E2: 77-79).

*„Ja die fühlten sich irgendwie dafür nicht zuständig (...). Da gibt es eh manchmal so ein bisschen Zuständigkeits/ Ja, wie soll ich es sagen jetzt? Rangelei ist übertrieben, aber [...]. Da hat schon einer das auf den anderen geschoben ‚da müsste sich jetzt eigentlich die gesetzliche kümmern‘, ‚nee, da muss sich die (*anonymisiert, Anbieter*) kümmern.‘ Und ich meine im Endeffekt ging das alles super. Ich habe viel Hilfe dann bekommen. Aber ehe ich die hatte, das war schon ein ganz schöner Kampf. [...] Wer jetzt für was zuständig ist“ (N11: 134-139).*

Besonders in akuten Situationen wird schnelle Hilfe benötigt. Hier wissen die Nutzer/innen jedoch nicht, wohin sie sich wenden können:

„Aber meine Mutter kriegte dann hinterher auch nicht mehr irgendwie auseinander, ist das jetzt grade pflegerisch Notfall? Ist das medizinisch? Wen muss ich hier an welcher Stelle anrufen? Jetzt geht da nur eine Mailbox dran. Also auch da wäre es manchmal gut, einfach einen Menschen zu haben, wo man nur eine Telefonnummer hat und sagt ‚Den rufst Du im Notfall an und der koordiniert für Dich, entscheidet dann.‘ Und sagt das und das tun wir jetzt oder kommt sogar vielleicht sogar raus“ (N17: 366-370).

Auch eine gut erreichbare Anlaufstelle für die alltäglichen Sorgen wird gewünscht. Wichtig sei, *„dass nur einfach jemand da ist“*, z. B. eine Vertrauensperson außerhalb der Familie, um auch Belastungen los zu werden (N17: 431-432). Eine Anlaufstelle bei Fragen rund um Pflege und Versorgung in der Nähe des Johannes-Hauses würde sich auch nach Aussagen von Expert/innen anbieten (E15).

Medizinische und therapeutische Versorgung: nur auf den ersten Blick gut

Rein quantitativ ist die Angebotssituation im Bereich Gesundheit im Quartier Herford Zentrum hervorragend. Auch die Expert/inn/en heben die hohe Dichte und gute Erreichbarkeit hervor (z. B. E6: 139-141).

„Also Dienstleister im Gesundheitsbereich haben wir hier eine ganze Menge“ (E15: 312-313).

Auch Nutzer/innen haben positive Erfahrungen mit ‚ihren‘ Ärzt/inn/en und sind im Allgemeinen zufrieden (z. B. N12: 315-330). Allerdings werden strukturelle Probleme sichtbar: In den zurückliegenden zwei Jahren wurden Hausarztpraxen im Quartier Zentrum geschlossen (z. B. N13: 74-78). Die noch vorhandenen Hausarztpraxen sind nach dem Eindruck von Nutzer/innen überlastet. Kritisiert wird auch, dass die Ärzt/inn/e/n kaum noch Hausbesuche machen, was besonders bei gesundheitlichen Krisensituationen problematisch ist (N17: 203-210). Mehrere Hausarztpraxen nehmen derzeit kaum oder keine neuen Patient/inn/en auf, teilweise stehen die Hausärzt/inn/e/n kurz vor dem Rentenalter (N13; N17). Expert/inn/en berichten zudem, dass die Hausarztpraxen im Quartier Zentrum zunehmend die Versorgung von umliegenden Bezirken mittragen, da dort ebenfalls Praxen geschlossen wurden (E17). Die Innenstadt deckt damit ein zunehmend größeres Einzugsgebiet ab. Trotz relativ hoher Konzentration an Hausärzt/inn/en kann daher nach Einschätzung der Befragten der Bedarf nicht gedeckt werden (E17; N17).

„Das so diese ganz grundlegend fundamentalen Dinge irgendwie, wie eine hausärztliche Versorgung, im 21. Jahrhundert, hier in Herford, an Stellen nicht gesichert sind. Das macht mich wahnsinnig“ (N17: 137-140).

Befürchtet wird, dass sich die hausärztliche Versorgung zukünftig weiter verschlechtern könnte.

In Herford basiert die palliativmedizinische Versorgung auf einem hausarztzentrierten Versorgungsmodell, bei dem die Versorgung bei den Hausärzt/inn/en liegt und bei Bedarf speziell ausgebildete Palliativmediziner hinzugezogen werden. Es gibt Hinweise, dass es teilweise an der effektiven Zusammenarbeit zwischen den Ärzt/inn/en und mit den anderen Professionen mangelt (N17). Im Modellprojekt sollte beobachtet werden, ob auch für die Versorgung der Nutzer/innen im Johannes-Haus Probleme sichtbar werden und ob sich hier ggf. Maßnahmen für eine verbesserte Kommunikation und Kooperation in der Palliativversorgung für Nutzer/innen des Pflegezentrums empfehlen.

Über die Situation der therapeutischen Versorgung gibt es in den Interviews keine markanten Aussagen, insgesamt widmen die Befragten diesem Versorgungsbereich wenig Aufmerksamkeit. Angebote der Therapeut/inn/en seien über das Stadtgebiet gut verteilt (E2: 179-180).

Reichhaltiges soziales Angebot

Im Quartier existiert – wie aufgezeigt wurde – ein reichhaltiges und in den vergangenen Jahren noch gewachsenes Angebot der Begegnung und Beteiligung für ältere Menschen. Es ist gut auf ihre unterschiedlichen Interessen zugeschnitten (E2). Ältere Menschen beteiligen sich zunehmend auch an Aktivitäten der Quartiersbelebung und -entwicklung (E15).⁶⁷ Hervorzuheben sind auch neue Angebote für Menschen mit Demenz: Erst kürzlich wurde im Quartier ein Beratungsbüro eröffnet (ALzheimer-ETHik e.V.). Das Museum Marta bietet beispielsweise Führungen für Menschen mit Demenz an (E6; E17).

⁶⁷ Maßgeblich hieran beteiligt ist die ISG Gemeinschaft Radewig e.V.

Mit sozialen Angeboten im Allgemeinen, aber besonders auch mit Seniorentreffs sind die Nutzer/innen sehr zufrieden.

„Seniorentreffs werden eigentlich ganz gute geboten. [...] Das wird immer mehr“ (N12: 221-223).

Allerdings wird der Wunsch nach mehr generationenübergreifenden Begegnungsmöglichkeiten geäußert (N17).

„Das andere finde ich, was [...] so ums Johannes-Haus, schön ist, ich sag mal auch so soziale Angebote. [...] Also einfach auch so stärker zu mischen. Also jetzt nicht nur Veranstaltungen anzubieten, [...] die jetzt ältere Menschen ansprechen, sondern die jüngeren Menschen eben auch irgendwie anziehen“ (N17: 139-152).

Kooperationspotentiale im Quartier noch nicht ausgeschöpft

In einem an Anbietern so reichhaltigem Quartier wie dem Zentrum bieten sich immer gute Kooperationspotentiale – vorausgesetzt, die Anbieter sind bereit zu kooperieren. Generell werden die Beziehungen und Vernetzungen der Anbieter in Herford als gut beschrieben.

„Also die Zusammenarbeit [zwischen Versorgungsdienstleistern in Herford] klappt in der Regel recht gut“ (E17: 99).

Speziell auch unter den Akteuren⁶⁸ im Quartier sei der Wille zur stärkeren Vernetzung da, doch fehle es an einer Koordinierungsinstanz bzw. auch an Konzepten (E15). Allerdings ist auch ein Konkurrenzdenken zwischen Akteuren, die im gleichen Versorgungsbereich aktiv sind, zu befürchten (E2; E6).

7.4 Diskussion und Empfehlungen

Das Johannes-Haus hebt sich durch seine innerstädtische Lage deutlich von den anderen Modellstandorten ab. Die Herforder Innenstadt zieht Menschen aus der ganzen Stadt und ihrem Umland an, und das nicht nur zum Einkaufen und Ausgehen, sondern auch als attraktiver Wohnort im Alter. Das Herforder Zentrum hat zudem eine Mitversorgungsfunktion für das Umland bei der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Versorgung. Das gilt auch für das Johannes-Haus, denn einige seiner Bewohner/innen haben vor dem Einzug außerhalb Herfords gelebt (vgl. Tab. 7, Kap. 3).

⁶⁸ Auf Stadtebene sind der Seniorenbeirat zu nennen und die Arbeitsgemeinschaft Wohlfahrtsverbände, in der v. a. Geschäftsführer kommunaler Wohlfahrtsverbände regelmäßig tagen sowie der Arbeitskreis offene Seniorenarbeit, in dem ca. 30 Akteure der kommunalen ambulanten und stationären Seniorenarbeit ca. vier- bis sechsmal im Jahr zusammen kommen. Der Arbeitskreis offene Seniorenarbeit befasst sich auch mit Bedarfsfragen und evtl. entstehenden Handlungskonsequenzen (T6). Auf Kreisebene findet Austausch über die Konferenz Alter & Pflege statt. Auf Quartiersebene wurde keine Austauschplattform identifiziert.

Die innerstädtische Lage bietet für die Versorgung der Menschen, die dort leben und alt werden einige Vor- aber auch Nachteile. Von Vorteil ist, dass das Herforder Zentrum ihnen eine breite Angebotsstruktur bietet, beispielsweise auch Beratungsstellen und vielfältige Freizeit- und Begegnungsangebote für ältere Menschen. Aber das bedeutet nicht, dass Versorgungseinrichtungen für sie auch gut zugänglich sind. Probleme wurden im Zugang zu Hausärzt/inn/en und auch zur ambulanten Pflege berichtet. Trotz einer hohen Angebotsdichte in den beiden Bereichen, sind die Kapazitäten nicht ausreichend, um allseits zeitnah Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Hinzu kommt, dass es keine unmittelbar im Quartier ansässige Tagespflegeeinrichtung gibt.

Ein weiteres Problem ist, dass es den Nutzer/inne/n aber auch den Expert/inn/en schwer fällt, sich in der reichhaltigen Angebotslandschaft, auch der Ärztelandschaft, zu orientieren, welche Anbieter und Leistungen für die individuelle Situation geeignet sind und wie unterschiedliche Dienste miteinander verbunden werden können. Keine Stelle fühlt sich wirklich zuständig, bei der Koordination individuell benötigter Hilfen zu unterstützen.

Beide Probleme geben Anhaltspunkte und Impulse für die Angebotsentwicklung im Johannes-Haus: Es sollte im Rahmen des Modellprogramms für die Nutzer/innen Wege ebnen, dass diese unterschiedlichen Hilfen ‚aus einer Hand‘ erhalten, die zueinander anschlussfähig und damit für sie nützlich und entlastend sind. Zudem empfiehlt sich, besonders die bereits ansässige Bevölkerung im Quartier zu adressieren, damit gerade sie von den verbesserten Leistungen profitieren.

Erweiterung und Verzahnung der pflegerischen Versorgung

Die geplante integrierte Tagespflege im Johannes-Haus ist ein wichtiger Schritt für die Verbesserung der Pflege im Quartier. Darüber hinaus wäre es interessant zu beobachten (auch an den anderen Modellstandorten), ob im Zuge der integrierten Tagespflege seitens der Nutzer auch ein Bedarf an Nachtbetreuung besteht. In der ambulanten Pflege bietet sich besonders eine Kooperation mit dem Team ‚Auf der Freiheit‘ an, das ebenfalls in Trägerschaft des Johanneswerkes steht und seinen Aktionsraum bereits um das Areal des Johannes-Hauses herum fokussiert hat.

Wenn die drei Felder der pflegerischen Versorgung im Johannes-Haus so aufeinander bezogen werden, dass sie von den Nutzer/inne/n ineinander verzahnt und abgestimmt genutzt werden können und wenn eine gute Koordination auch bei wechselhaftem Bedarf möglich ist, können aufwändige Suchbewegungen und Unsicherheiten seitens der Nutzer/innen vermieden werden. Das Johannes-Haus sollte im Rahmen des Modellprojekts daher ausloten, wie z. B. relativ flexibel und auch proaktiv eine Anpassung des Versorgungsarrangements an einen geänderten Bedarf verlässlicher gestaltet werden kann. Als Begleiter in diesem System der abgestuften und verzahnten Versorgung könnte ein persönlicher Ansprechpartner fungieren, der den Nutzer/inne/n des Zentrums und ihren Angehörigen beratend zur Seite steht.

Denn in den Interviews wurde deutlich, wie wichtig es den Nutzer/inne/n ist, dass sie eine Person haben, die ein stärker auf sie und ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtetes Versorgungsangebot zusammenstellt.

Bedarflagen in der hausärztlichen und weiteren gesundheitlichen Versorgung gezielt adressieren

Engpässe der hausärztlichen Versorgung im Quartier werden von den Nutzer/inne/n mit Sorge beobachtet. Auch die lokalen Medien in Herford machten darauf bereits im Jahr 2013 aufmerksam (NW-online 2013). Es wird empfohlen, dass das Pflegezentrum gezielt ein Kooperationsnetz mit Ärzt/inn/en – aber auch weiteren Anbietern im Gesundheitsbereich – aufbaut, über das für die Nutzer/innen des Zentrums der Zugang zu medizinischen und gesundheitlichen Versorgungsleistungen verbessert wird. In der Vorbereitung sollten im Johannes-Haus zunächst auch die Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung noch genauer reflektiert und auf Optimierungsbedarf hin ausgewertet werden (vgl. z. B. Erfahrungen im Lohmannshof). Aber nicht nur Arztpraxen, auch Apotheken, Physio-/Ergotherapeuten und ggf. weitere Gesundheitsanbieter sind wichtige Akteure, um benötigte Leistungen für Nutzer/innen des Johannes-Hauses zu erschließen. Die räumliche Nähe des Johannes-Hauses zu einem breiten Spektrum an Anbietern bietet hier generell eine sehr gute Voraussetzung für verzahnte Leistungen auf Basis von Kooperationen. Zweckmäßig ist es, bereits bestehende Kooperationen auf ein nachhaltigeres Fundament zu stellen, d. h. gezielt Kooperationen zu definieren und vertraglich abzusichern (Kooperationsverträge). Hier empfiehlt sich auch zu prüfen, welche Rollen und Kompetenzen Pflege in einem solchen Kooperationsnetzwerk einnehmen könnte, um die medizinische und gesundheitliche Versorgung der Nutzer/innen zu verbessern. Hervorgehobene Aufgaben für Pflegekräfte, wie gemeinsame Pflegevisiten mit Ärzt/inn/en u. a. m., sind hier interessant.

Kompetenzzentrum für Pflege und Gesundheit

Das Johannes-Haus bietet bereits einige Angebote der Begegnung und des Austauschs für ältere Menschen im Quartier und hat diese kürzlich mit einem Tagesbetreuungsangebot für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz schon erweitert. Mit Blick auf eine weitere Entwicklung von Angeboten in dem Bereich ist zu berücksichtigen, dass es bereits viele unterschiedliche Anlaufstellen und Freizeitangebote im Quartier Herford Zentrum gibt. Das Johannes-Haus sollte sich hier a) gezielt durch Definition seiner Kernkompetenzen auch gegenüber anderen Einrichtungen profilieren und b) dezidiert kleinräumig den Bedarf im Quartier fokussieren.

Um sich gezielt zu profilieren, bietet sich an, das Johannes-Haus als Kompetenzzentrum Pflege zu entwickeln. Denn es bündelt pflegerische Kompetenz und nicht zu übersehen sind die bereits im Haus aktiven Vereine – das Palliativnetz Herford e. V. und die Hospizbewegung Herford e. V., die schon heute Veranstaltungen in der Einrichtung anbieten. Mit den zwei Pflegestützpunkten (und ggf. anderen Akteuren, insbesondere der Beratung) in Herfords Innenstadt empfiehlt sich ein (weiterer) Austausch, wo sie Probleme für die Nutzer/innen sehen, um daraus ableiten zu können, wie die Versorgung bedarfsgerechter ausgestaltet werden kann.

Dabei bietet sich auch an, die Pflegestützpunkte o. a. Akteure für (weitere) Veranstaltungen zum Thema Pflege und Versorgung im Zentrum zu gewinnen. Vor dem Hintergrund der bestehenden vielzähligen Freizeit- und Begegnungsmöglichkeiten für ‚rüstige‘ und aktive Senioren in der Herforder Innenstadt, erscheint eine Ausrichtung des Johannes-Hauses auf die Kompetenz ‚Pflege und Versorgung‘ wie auch Angebote der Begegnung für bereits gesundheitlich stärker beeinträchtigte, hilfe- und pflegebedürftige Menschen sehr sinnvoll. Dabei sollten gezielt auch präventive und gesundheitsfördernde Angebote mitgedacht werden, da die Präventionspotentiale im Alter und auch bei bestehender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit immer noch groß, aber oft nicht ausgeschöpft sind (Schaeffer, i. E.). Im Johannes-Haus gibt es bereits offene, gesundheitsförderliche Angebote wie den Rehasport, sowie auch Angebote speziell für die Heimbewohner/innen wie Gymnastik oder Sitztanz. Andere Modellstandorte im Projekt haben durch Anstellung eines Physio- bzw. Ergotherapeuten zusätzliche Möglichkeiten für die Angebotsentwicklung (vgl. Tab. 6 und die Standortportraits). Auch das Johannes-Haus könnte von einer multiprofessionellen Erweiterung des Mitarbeiterstamms profitieren und sollte einen Austausch mit den anderen Modelleinrichtungen dazu suchen, welche Möglichkeiten es hier gibt.

Bezüglich einer stärkeren Ausrichtung der Angebote des Johannes-Hauses auf das Quartier könnte insbesondere ein Austausch mit der benachbarten Seniorenwohnanlage der WWS sinnvoll sein, um den Bedarf an Begegnung im Quartier wie auch die Etablierung eines offenen Mittagstisches oder die weitere Öffnung des Cafés als niedrighschwelliger Treffpunkt für Senioren der Nachbarschaft gemeinsam auszuloten.

Zusammenfassend ist vorstellbar, dass sich das Johannes-Haus noch weiter als gut erreichbare Anlaufstelle für Fragen rund um Pflege, Gesundheit und Gesundheitserhaltung im Alter etabliert und hier auch seiner ‚Außenwirkung‘ über das Quartier hinaus Rechnung trägt, indem es bewusst auch Menschen außerhalb des Quartiers zu seinen Angeboten und Veranstaltungen einlädt. Zugleich sollte es den Quartierseinwohner/inne/n in der vielschichtigen und komplexen Versorgungslandschaft in der Innenstadt Orientierung bieten und verschiedene Dienste nicht nur vor Ort anbieten, sondern für die Nutzer/innen auch sinnvoll verzahnen.

8. Pflege- und Gesundheitszentren – Vorstellungen und Erwartungen der Interviewpartner/innen

Die Interviewpartner/innen wurden in einem weiteren Schritt gebeten, ihre Vorstellungen und Erwartungen für die Weiterentwicklung von Pflegeheimen zu ‚Pflege- und Gesundheitszentren‘ mit erweitertem Leistungsspektrum zu nennen. Dazu wurden sie im Gespräch ermuntert, eigene Ideen und Wünsche zu entwickeln.

Übergeordnete Ziele der Zentren sollten sein, dass sie die Teilhabemöglichkeiten von älteren, hilfe- und pflegebedürftigen Menschen am gesellschaftlichen Leben und die Möglichkeiten des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit stärken (E7, N17). Unter diesen Prämissen bietet die Bündelung von Angeboten aus Sicht der Befragten viele Möglichkeiten und sie ist als ‚visionär‘ zu bezeichnen (E1, E2, E6). Es wurden aber auch Herausforderungen angesprochen. Beide Aspekte, Visionen und Herausforderungen aus Sicht der Befragten, werden im Folgenden kursorisch betrachtet.⁶⁹

Vision: Breites Angebotsspektrum im Bereich Begegnung, Gesundheitsförderung und haushaltsnahe Dienste

Die Nutzer/innen wurden eingeladen, Angebote zu nennen, die sie sich persönlich in einem solchen Zentrum wünschen würden. Generell spiegeln die Antworten stark die persönliche Bedarfssituation wider. Menschen, die weitgehend selbstständig sind, konzentrieren ihre Wünsche auf eine Anlaufstelle für vielerlei Aktivitäten. Genannt wurden Freizeit- und Kulturangebote, wie z. B. Fernsehmöglichkeiten und eine Bibliothek, Sportangebote, Seelsorge und kirchliche Angebote (N4, N6, N8). Die Zentren sollen dazu beitragen, die soziale Interaktion im Quartier zu stärken und Verbindungen zwischen den Quartierseinwohner/innen zu fördern (N17). Darüber hinaus beschreiben Nutzer/innen und Expert/innen die Idee für eine Anlaufstelle, die niederschweligen Zugang zu alltagspraktischen, haushaltsnahen Dienstleistungen eröffnet. Die Vorstellungen sind hier kreativ und breit gestreut; genannt wurden z. B. ein Zugang zu Hilfen für die Unterstützung bei der Gartenarbeit, die Reparatur des Kühlschranks, mal ein Bild aufhängen, den Rollator reparieren oder den Luftfülldruck am Reifen des Rollstuhls überprüfen, wie auch ein Mittagstisch im Zentrum (E6, N6).

Herausforderung: Hemmschwelle Altenheim

Die Interviewpartner/innen sehen es aber als Herausforderung, ein Pflegeheim zur Anlaufstelle für ältere Bürger/innen und ihre Angehörigen im Quartier zu erheben, da hier Berührungängste zu erwarten sind.

„Ich glaube einfach, dass das diese Schwellenangst, was erwartet mich in einem Altenheim, [...] also ich denke das ist ja noch mal dieser besondere Aspekt: Ich treffe auf Leute, die nicht mehr orientiert sind, ich treffe auf Leute, die da jetzt nur noch mit Schläuchen im Bett liegen. Das ist ja immer so diese Horrorvision, die wir so haben. Oder die viele haben“ (E16: 524-528).

⁶⁹ Für jedes Quartier zeigten sich unterschiedliche Nuancierungen und Erwartungen an die Weiterentwicklung der Versorgung, auf die in den Standortportraits (Kapitel 4-7) eingegangen wurde.

„Es kann sein, [...] dass das Pflegezentrum selber eine Hemmung ist. Viele Leute haben (...) irgendwie eine unsichtbare Sperre, in so eine Einrichtung zu gehen. [...] Die habe ich auch viele Jahre gehabt“ (E3: 328-329).

Zugleich wird es als besondere Chance und Zusatznutzen gesehen, dass es mit dem Modellprojekt gelingen könnte, Vorbehalte und Hemmschwellen gegenüber Heimen abzubauen und auf diese Weise die Heime besser in das Quartier zu integrieren.

„Also ich glaube, wenn das [...] Haus sich mit Veranstaltungen öffnen würde, die so interessant sind, dass die älteren Herrschaften aus dem gesamten Umfeld da mal hinkommen, dann verlieren diese Leute [...] auch die Angst vor dem Heim. Im Moment ist das ja immer eine Angschwelle, man WILL das ja nicht“ (E15: 530-533).

Vision: Aufsuchend, auch in Notfällen erreichbar

Ein ‚ideales‘ Pflege- und Gesundheitszentrum zeichnet sich für die Befragten dadurch aus, dass es sowohl von den Menschen einfach (niederschwellig) aufgesucht werden kann, als auch, dass es aufsuchend arbeitet. Beispielsweise wurde der Wunsch geäußert, dass eine eingehende Beurteilung der Situation und des Bedarfs potenzieller Nutzer/innen durch eine/n Mitarbeitende/n des Pflege- und Gesundheitszentrums in der Häuslichkeit stattfindet (E8). Neben ambulanten Versorgungsleistungen in der Häuslichkeit werden vor allem auch Hol- und Bringdienste als wichtig erachtet, da sie mobilitätseingeschränkten Nutzer/innen die Teilnahme an Aktivitäten und Nutzung von Angeboten im Zentrum ermöglichen (E4, E9, E17). Allein Lebende bzw. vereinsamte Menschen sollten aktiv adressiert werden (E17, E19). Das Pflegezentrum sollte auch in Notfällen und rund um die Uhr erreichbar sein (N17). Vorschläge sind eine 24-Stunden Telefonzentrale (E8), eine Nachtwache (N17) und eine Hausnotrufeinrichtung für Nutzer/innen, die mit dem Zentrum verbunden ist (E16, E19).

Vision: Das Zentrum als Knotenpunkt für mehr Versorgungssicherheit im Quartier

Nutzer/innen, die bereits Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit gemacht haben, konturieren ihre Wünsche an das Angebot im Zentrum stärker auf die pflegerische und gesundheitliche Versorgung (so auch die Expert/inn/en). Eine Nutzerin bezeichnete das ideale Angebotsspektrum hier als ‚Rundumsorgenfreipaket‘ (N17: 563), was für sie primär bedeutet, die vielfältigen Fragen, die sich rund um Pflege stellen, im Zentrum ansprechen zu können.

Ein Experte macht in diesem Kontext generell die Wichtigkeit von Sicherheit durch die Zentren und – nicht zu vernachlässigen – auch die Sichtbarkeit ihres Angebots für Quartierseinwohner/innen stark: Ältere Menschen wissen, dass sie sich mit vielen Versorgungsfragen, die sie bewegen, an das Zentrum wenden können – sie haben *eine* Anlaufstelle.

„Es ist eine schöne Vision zu denken [...]: also in meinem Stadtgebiet gibt es ein Altenheim und wenn ich irgendwie als alter Mensch in irgendeine Problemlage komme, weiß ich eben, da gehe ich hin. [...] Das wäre so eine Vision. Ich habe ein Stadtteilzentrum. Und von da kann man auch organisieren, dass ich ambulant versorgt werde, dass ich [...] zur Fußpflege von mir aus gehe oder dass ich [...], ja dass ich einfach weiß, da kann ich hin, ne. Das gäbe, gibt Menschen Sicherheit“ (E1: 88-92).

Nutzer/innen, die intensive Erfahrungen im Versorgungssystem gesammelt haben und auf die Schwierigkeiten seiner Instanzenvielfalt gestoßen sind, beschreiben ihren Wunsch nach einem persönlichen Ansprechpartner im Zentrum (N8, N9, N17), der „[...] dann [bei Problemen] nach Lösungen sucht“ (N9: 399-400).

Durch Vorhaltung und Verzahnung eines breiten Angebotspektrums werden den Nutzer/innen die vorhandenen Leistungen erschlossen – das für viele oft undurchsichtige Versorgungssystem wird sozusagen an einem Ort transparent und zugänglich gemacht (E1, E2, E4, E6, E17). Die Zentren sollten Knotenpunkte im System sein.

„Und von daher muss das, was ihm [einem Nutzer] zu Auswahl steht [...] an einem Ort auch zur Verfügung gestellt werden. Also auf die Frage, was muss man eigentlich anbieten: Man muss die Möglichkeit haben, in so einem, oder wenn es optimal laufen würde in so einem Zentrum, tatsächlich Lotse im System zu sein. Oder Leuchtturm oder welche anderen schönen Wörter man dafür generieren kann. Wenn es da auch wieder diese Segregierung ist: Da gibt es die Pflege, da gibt es die Zusatztherapien und dann gibt es aber auch noch die ärztliche Versorgung und wir können aber eigentlich jetzt nur, weil das SGB oder sonstige Dinge nur das zulässt [...], wenn man das nicht aufbricht, dann hat man eben dann einen Lotsen oder Leuchtturm im Bereich Pflege oder Physiotherapie oder Ergotherapie. Aber die Ärzte wären da außen vor und das Medizinische wäre dann wieder an anderer Stelle sozusagen abzuholen. Und das ist halt, finde ich, problematisch. Aber es wäre schon sicherlich viel gewonnen, wenn man da beratend sozusagen durch das System helfen könnte“ (E23: 384-395).

Vision und Herausforderung: Ein Stützpunkt, wo wirklich alles unter einem Dach ist

Während die Nutzer/innen mehr frei assoziierten, was ihnen persönlich in einem Pflegezentrum wichtig wäre, reflektierten die Expert/inn/en auch Möglichkeiten eines Pflege- und Gesundheitszentrums in der bestehenden Angebotslandschaft. Die Expert/inn/en betonen, dass das Zentrum nicht alle Angebote selbst erbringen muss und Parallelstrukturen im Quartier (E9) vermieden werden sollten. Für die Verbesserung von Angeboten im Pflege- und Gesundheitszentrum sind Kooperationen mit externen Anbietern daher wichtig. Nutzer/innen sollten bei Bedarf gezielt an (Kooperations-)Akteure im Quartier vermittelt werden (z. B. E4, E7).

Befürchtungen werden geäußert, dass unter den Versorgungsanbietern vor Ort Konflikte und Konkurrenzdenken bestärkt werden, wenn das Pflegezentrum in neue Angebotsfelder vordringt. Eine offene Kommunikation über die (geplanten) Entwicklungen an den Standorten gilt hier als wichtig, wie auch eine Fokussierung auf den Bedarf der Nutzer/innen anstelle der Stärkung von Partikularinteressen.

„Also das, das ist schon, das glaube ich tatsächlich, dass es so einen, so einen, so einen Stützpunkt geben sollte, wo wirklich alles unter einem Dach ist und der eine dem anderen was gönnt und nicht sagt, oh nein, das ist aber meiner, nein, das ist meiner und, äh, das kann ich besser und das kann ich besser, sondern dass der, der Kunde, oder Patient, der Mensch, wie auch immer, am besten noch der Mensch, im Vordergrund steht. Das fände ich jetzt noch das Idealste, aber weiß nicht, ob wir da noch mal hinkommen“ (E13: 551-556).

Das Gebot der Kooperationen gilt auch für die Quartierseinwohner/innen als Adressat/inn/en. Eine bedarfsgerechte Entwicklung erfordere eine gute Kenntnis der Bedürfnisse der älteren Menschen vor Ort.

Hierfür bedarf es einer Kommunikationsplattform, über die das Zentrum mit den älteren Menschen in den Austausch kommt:

„Aber natürlich auch immer [...] in Zusammenhang mit den Senioren vor Ort. Also, dass man da auch einen guten Kontakt hinkriegt. Was sind denn die Bedürfnisse der Menschen, die hier leben? Also dazu müsste man ja dann auch mal eine Möglichkeit der Kommunikation schaffen. Also regelmäßige Treffen oder, ja Foren, oder irgendwie so“ (E4: 446-451).

Herausforderung: Akzeptanz von neuen Versorgungsstrukturen und -angeboten

In den Interviews tendierten die älteren Menschen im Allgemeinen eher dazu, sich zufrieden zu ihrer Situation zu äußern. Sie scheinen nicht alles hinterfragen zu möchten für den Fall, dass sie einmal auf (mehr) Hilfe angewiesen sind.

„Aber also, äh, emotional brauche ich das nicht. Da ist einfach mein Umfeld, Nachbarschaft, meine Kinder, also das ist so in Ordnung und da, da habe ich keinerlei Minuspunkte, die ich da sagen würde. Drum würde ich das im Moment, man weiß ja nie, was kommt. Im Moment würde ich sagen, nein, brauche ich nicht“ (N10: 215-223).

Den Nutzer/inne/n fällt es teils aber auch schwer, über die eigenen Bedürfnisse zu sprechen, da sie Bescheidenheit pflegen und nicht gewohnt sind, etwas einzufordern, das sie benötigen.

„Aber die, diese Generation, die jetzt eben so alt geworden ist, das sind eben Menschen, die sind sehr bescheiden. Die kommen nicht unbedingt und sagen ‚hier, ich brauche etwas, sondern die sagen, ach, das haben wir schon so lange geregelt (lacht), das schaffen wir die letzten Jahre auch noch‘ “ (E16: 52-55).

„Wir sind absolut zur Härte erzogen worden. Auch Härte gegen uns selber. Wir sind ja eine Generation, die noch geprügelt wurde, nech?“ (E3: 846-847).

Nicht übersehen werden sollte dabei auch, dass sich viele Menschen in ihrem für sie eingespielten Hilfenetzwerk zufrieden zeigen und sie es, auch wenn sie Teilangebote des Pflegezentrums für sich erschließen, weiter nutzen wollen, z. B. ihren Hausarzt behalten möchten (E9, E17). Die Einspielung und Akzeptanzentwicklung neuer Angebote dürfte daher Zeit benötigen.

Herausforderung: Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen ist eine Voraussetzung dafür, dass die Zentren eine umfassende, abgestimmte, nutzerorientierte Versorgung verwirklichen können (Schaeffer/Hämel 2017). Auch die Nutzer/innen benennen unterschiedliche Professionen (u. a. Ärzt/inn/e/n, Sozialberater/innen, etc.), die sie sich in einem Pflegezentrum wünschen (N4, N17). Doch einige Expert/inn/en sind skeptisch, ob es gelingt, multiprofessionelle Kooperation in den Zentren zu stärken. Gemeinsame ‚Arbeitsstile‘ müssten gefunden werden (E9), multiprofessionelle Teams auf den Weg gebracht und die Mitglieder des multiprofessionellen Teams sich auf Augenhöhe begegnen lernen (E13), um kooperative Arbeitsweisen im Pflege- und Gesundheitszentrum zu ermöglichen.

Als besonders herausfordernd wird es nach Ansicht der Expert/inn/en sein, aus der Pflege heraus Ärzt/inn/e/n für Kooperationen zu gewinnen. Einigkeit besteht, dass sie wichtige Partner für eine bedarfsgerechte Versorgung sind und mit ins Boot genommen werden sollten (E1, E13, E17). Letztlich hänge vieles davon ab, ob es im Modellprojekt gelingt, entsprechende Persönlichkeiten zu finden, die bereit sind, im Team zu kooperieren (E1, E9).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass viele der Grundideen von Pflege- und Gesundheitszentren (vgl. Kapitel 1) für die Befragten greifbar sind und sinnvoll erscheinen. Insgesamt dürften aber gerade auch die benannten Herausforderungen realistische Einschätzungen geben, wo Hürden für die Implementation zu erwarten sind. Es empfiehlt sich, schon früh in der Implementationsphase, die erwarteten Herausforderungen ernst zu nehmen und zu überlegen, wie sie adressiert werden könnten. Im abschließenden Kapitel werden diese und weitere Aspekte der Analyse noch einmal integriert betrachtet und diskutiert.

9. Diskussion und Empfehlungen

Ziel der zurückliegenden Bedarfs- und Angebotsanalyse war es, im Sinn eines Community Health Assessments (WHO 2001) die unterschiedlichen Ausgangssituationen und Bedingungen in den vier Quartieren empirisch zu beleuchten und eine erste empirische Datenbasis des jeweiligen Quartiersumfelds zu schaffen, in denen sich die vier Modelleinrichtungen auf den Weg gemacht haben, um eine Weiterentwicklung ‚vom Heim zum sektorenübergreifenden Pflege- und Gesundheitszentrum‘ einzuleiten und modellhaft zu erproben. Abschließend werden nun die in den Quartieren vorhandenen Potentiale zusammenfassend diskutiert – dies mit der Intention, Anregungen für die aktuelle Diskussion in den vier Modelleinrichtungen über die konzeptionellen Möglichkeiten und geeigneten Vorgehensweisen bei der Modellerprobung zu liefern.

Zentrenbildung schafft umfassende Versorgung im Quartier

Generell wird die Idee der Zentren befürwortet. Ihr Innovationspotential liegt in der Bündelung verschiedener Angebote zu einer gut zugänglichen, umfassenden Versorgung an einem Ort. Dies ermöglicht, eine Überforderung der Nutzer/innen bei der Organisation ihrer Versorgung zu verhindern und fehlender Koordination sowie Fehlversorgungserscheinungen entgegen zu wirken. Die Zentren sind besonders für Nutzer/innen, die mit Pflegebedarf konfrontiert sind, von großer Bedeutung. Aber auch für weitgehend selbstständige, ältere Menschen im Quartier können sie Anlaufstelle sein.

Die Idee der Zentrenbildung und das dahinter stehende Konzept sind den Akteuren vor Ort und auch der Bevölkerung allerdings noch nicht sehr vertraut und müssen noch intensiver bekannt gemacht werden. Dennoch – auch das wurde deutlich – stoßen die Zentren grundsätzlich auf Akzeptanz.

Profil des Zentrums schärfen und kommunizieren

Alle Modelleinrichtungen zeichnen sich dadurch aus, dass bereits unterschiedliche Dienstleistungen verfügbar und teilweise auch für Besucher/innen von außen geöffnet sind. Geplant ist, dass sie ihr Angebot künftig noch erweitern. Große Potentiale liegen, wie die Erhebung deutlich gemacht hat, im Bereich der Integration der medizinischen Versorgung, der Beratung und Bildung, der Prävention und Gesundheitsförderung und auch der Rehabilitation. In den Quartieren existieren zudem teils sehr umfangreiche Initiativen ehrenamtlicher bzw. nachbarschaftlicher Hilfe, die enger an die Zentren angebunden werden sollten.

Wichtig ist zudem eine Schärfung des typischen Profils der Pflege- und Gesundheitszentren, damit für Nutzer/innen erkennbar wird, was sie in den Zentren erwarten können. Für den Erfolg des Modellvorhabens ist Klarheit darüber, welche Angebote die Zentren verlässlich anbieten, welche Vision sie antreibt und welche Entwicklung sie im Quartier anstoßen möchten, unentbehrlich. Diese Klarheit des Profils wird nicht nur für eine ‚nutzerfreundliche Ausgestaltung‘ und nutzerorientierte Kommunikation benötigt, sondern auch für die Gewinnung von Kooperationspartnern und ‚Mitreiter/innen‘ für die Zentrenbildung.

Die Modelleinrichtungen sollten hier besonders Unterstützung und Rückhalt durch den Modellverbund erhalten. Insbesondere sollten allgemeine Standards der Zentren einfach verständlich aufbereitet werden (Was bietet ein Zentrum? Wer ist da anzutreffen?). Beispielsweise könnten dann Informationsmaterialien zum Konzept an den einzelnen Modellstandorten ergänzt werden durch Darstellung einer ‚besonderen‘ Profilbildung der einzelnen beteiligten Einrichtungen für ‚ihr‘ Quartier. Denn generell wird wichtig sein, bei der Profilbildung sowohl die gemeinsamen Charakteristika, als auch die Alleinstellungsmerkmale deutlich erkennbar zu machen

- In Baumheide wird beispielsweise wichtig sein, das Zentrum mit seiner hervorragenden Lage inmitten des Quartiers durch Sensibilität für die kulturelle Vielfalt und Diversität des Alter(n)s im Quartier zu sensibilisieren, wie auch eine Anlaufstelle für Einwohner/innen mit sozialen Problemen zu bieten.
- In Sennestadt ist die Randlage des Zentrums in einem Wohngebiet prägend und es empfiehlt sich, die Potentiale für die Nachbarschaft angesichts sonstiger fehlender Infrastruktur vor Ort herauszustreichen.
- Anders ist die Situation am Lohmannshof, dessen vorhandene reichhaltige Angebotslandschaft bereits die besondere Qualität des Quartiers für viele Einwohner/innen ausmacht.
- In Herford ist das Zentrum hingegen inmitten eines stark verdichteten Angebotspools an Gesundheits- und sozialen Diensten. Das Zentrum könnte hier künftig die Funktion eines Knotenpunkts einnehmen.

Desintegration überwinden: Integrierte Versorgung aus der Pflege heraus entwickeln

Unter Innovationsgesichtspunkten betrachtet, liegt eine große Chance des Modellprojekts darin, die in allen Quartieren für die Nutzer/innen spürbare und von den Expert/inn/en kritisierte Zersplitterung der Versorgung zu überwinden. Das Pflegezentrum bietet großes Potential für die Überwindung der Desintegration und Herstellung einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung, in der unterschiedlichste Versorgungsleistungen an einem Ort und aus ‚einer Hand‘ angeboten und für die Nutzer/innen als integriertes Paket zugänglich gemacht werden sollten. Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass die Integration von Versorgungsleistungen ‚aus der Pflege heraus‘ erfolgt und zudem mit der speziellen Expertise für den Bedarf pflegebedürftiger Menschen entwickelt wird. Darin liegt ein weiteres innovatives Element des Modellvorhabens. Besonders wichtig ist, wie auch in den Interviews angesprochen, die Integration medizinischer Leistungen. Hier harrt zugleich eine herausfordernde Aufgabe, wie die Beschreibung der medizinischen Versorgung in den vier Quartieren gezeigt hat, denn in jedem Quartier stellt sich die Situation jeweils anders dar. Wenn an die gewachsenen Strukturen und die unterschiedlichen Potentiale bzw. Defizite an den Standorten angeknüpft werden soll, sind unterschiedliche (erste) Integrationsmodelle anzuvizieren:

- In Baumheide empfiehlt sich angesichts der prekären Situation im Bereich der hausärztlichen Versorgung, eine Erweiterung des Angebots der Modelleinrichtung um allgemeinmedizinische Versorgungsleistungen, sei es durch Integration einer Hausarztpraxis in die Einrichtung oder Betreuung einer eigenen Hausarztpraxis in der Einrichtung (und Anstellung einer Ärztin/eines Arztes). Mögliche Modelle sind noch zu diskutieren. In jedem Fall besteht hier aufgrund der Unterversorgungstendenzen in diesem Bereich ein großes Innovationspotential.
- In Sennestadt ist die ärztliche Versorgungsdichte zufriedenstellend, allerdings sind für ältere und immobile Menschen die Wege in den Stadtkern zu weit. Eine Zweigpraxis oder Vereinbarungen mit Ärzt/inn/en für eine verstärkte Präsenz in der Modelleinrichtung empfehlen sich hier.
- Am Lohmannshof und in Herford Zentrum könnte es hingegen im ersten Schritt darum gehen, die nahen Arztpraxen mit der Modelleinrichtung zu vernetzen und für eine enge Kooperation und Abstimmung zu gewinnen, sodass in dieser Vielfalt an Praxen eine ‚Versorgung aus einer Hand‘ auf Basis von Kooperation entwickelt wird.

Bei den therapeutischen Gesundheitsberufen sind ähnliche Modelle denkbar. Allerdings besteht die große Stärke von drei der vier Standorte darin, dass bereits Therapeut/inn/en im Zentrum angestellt sind und hier könnte umgekehrt, eine Öffnung ihrer Leistungen für das Quartier der Königsweg sein, wobei dafür zusätzliche Stellenanteile geschaffen werden müssten.

Um diese und mögliche weitere Ideen einer ‚Integration aus der Pflege heraus‘ mit Leben zu füllen ist es in jedem Fall wichtig, dass den Partner/innen – seien sie Ärzt/inn/e/n, Therapeut/inn/en, Apotheken, o. a. Akteure – gezielt aufgezeigt wird, welche Chancen eine solchermaßen integrierte Versorgung ihnen bietet. Die besondere Kompetenz im Umgang mit chronisch kranken, multimorbiden, hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in den Pflegezentren sollte hier herausgestrichen werden.

Nutzerbezogene Koordination von Leistungen: Persönliche Ansprechpartner/Case Management

Wie ein roter Faden zieht sich durch die Nutzerinterviews, dass sie eine bessere individuelle Beratung und Begleitung wünschen. Die Navigation durch das Versorgungssystem und die Koordination von Leistungen sind für sie in einer angespannten Lebenssituation kaum leistbar. Das gilt besonders bei komplexem Versorgungsbedarf.

Sie wünschen sich daher einen festen persönlichen Ansprechpartner, der ihnen zur Seite steht und behilflich ist, eine individuell passungsfähige Versorgung herzustellen. Im Modellprojekt bestehen hervorragende Bedingungen, ein solches Case Management zu implementieren. Denn auf der Strukturebene wird bereits eine Verzahnung verschiedener Leistungsbereiche vorbereitet, die für die Steuerung und Koordination individueller Leistungen genutzt werden kann. Zugleich ist ein persönlicher Ansprechpartner (Case Manager) eine wichtige Instanz für das Modellprojekt, da für ihn/sie unmittelbar sichtbar wird, ob die intendierte Leistungsverzahnung im Zentrum auch bei den Nutzer/innen greift, oder ob Probleme bestehen, die eine Weiterentwicklung des Integrationsmodells sinnvoll erscheinen lassen.

Aufgrund der Kernkompetenz der Zentren in der pflegerischen Versorgung empfiehlt sich, das Case Management durch eine ‚personal nurse‘ (Bezugspflegekraft) zu leisten; diese Aufgabe ist anspruchsvoll und würde eine entsprechende Qualifikation benötigen.

Darüber hinaus ist an den vielfach in den Interviews geäußerten Bedarf an Beratung und die Defizite in diesem Bereich zu erinnern. Lediglich in Sennestadt galt die Beratungslandschaft als sehr gut entwickelt. Dort könnte das Zentrum die bestehende Kooperation mit dem Pflegestützpunkt ggf. erweitern. Für die anderen Standorte ist in Kooperation mit den Städten zu eruieren, inwieweit dieser Bedarf für eine stärkere Präsenz von Beratung in den Quartieren gesehen wird und ob es sinnvoll sein könnte, die Beratung in die Zentren zu integrieren.

Partizipation stärken, aber wie?

Ein wichtiges Ziel im Modellversuch, das von den Verantwortlichen unterstützt wird, besteht darin, die Beteiligung der (potentiellen) Nutzer zu verbessern und Beteiligungsforen für die Angebotsentwicklung in den Zentren einzurichten. Auch dies dürfte auf positive Resonanz stoßen. Zugleich deuten die Erfahrungen mit den Nutzerinterviews einmal mehr an, dass vermutlich nicht alle Gruppen älterer Menschen gleichermaßen gut für Beteiligung gewonnen werden können. Daher ist zu überlegen, die Partizipationsbemühungen in Kooperation mit Schlüsselpersonen aus den Quartieren vorzubereiten und hier gezielt Vertreter/innen als Schlüsselpersonen für verschiedene Gruppen im Quartier einzuladen (Kirchengemeinde etc.), und dabei insbesondere auch jene anzusprechen, mit denen noch kein intensiverer Austausch besteht. Eine wichtige Gruppe stellen zudem die Angehörigen dar. Generell sind stabile Kooperationsbeziehungen mit Freiwilligen oder Vereinen und Selbsthilfegruppen eine große Ressource für den Austausch und die Öffnung in das Quartier (Hämel 2012). Es ist daher nicht zuletzt wichtig, auch sie bei den Überlegungen und möglicherweise auch bei der konkreten Konzeptarbeit zu beteiligen.

Last but not least: Die Modellstandorte haben sich in Teilen bereits auf den Weg gemacht und zeigen durch eine Politik der offenen Tür und die Ausweitung und Öffnung von Angeboten, dass auch Menschen von außerhalb regelmäßig die Einrichtung besuchen. Dennoch wurden mehrfach Befürchtungen geäußert, dass die Anbindung eines Zentrums an ein Pflegeheim Schwierigkeiten bereiten könnte, da Hemmschwellen bestehen. Bei der Projektumsetzung und Evaluation sollte daher betrachtet werden, ob es zu Akzeptanzproblemen kommt.

Potentiale für eine populationsorientierte Ausrichtung der Modelleinrichtungen

Die soziale Situation der Bevölkerung in den Quartieren stellt sich – wie deutlich geworden sein dürfte – sehr unterschiedlich dar. Für eine populationsorientierte Angebotsentwicklung an den Standorten bedeutet dies, nicht nur die Allgemeinbevölkerung in den Quartieren anzusprechen, sondern zu fragen, welche Bevölkerungsgruppen bislang erreicht werden und welche nicht. Ebenso sollte gefragt werden, welche Bevölkerungsgruppen an den unterschiedlichen Standorten gezielt gefördert werden sollten.

Dabei sind besonders vulnerable Gruppen zu beachten, im Quartier Baumheide z. B. ältere Menschen mit Migrationshintergrund und im Quartier Sennestadt allein lebende ältere Menschen. Geeignete Maßnahmen, durch die prioritär die bislang zu wenig beachteten Gruppen im jeweiligen Quartier erreicht werden können, sollten im Modellverbund diskutiert werden.

Fortschreibung der Quartiersanalyse

Um beobachten zu können, ob es im Modellversuch wirklich gelingt, die Quartierseinwohner/innen (und besonders die vulnerablen Gruppen) zu erreichen und ob das Profil bedarfsgerecht ist, sollte eine fortlaufende Dokumentation und Analyse des Einzugsgebiets und der Zielgruppen der Zentren erfolgen. Im Rahmen einer allgemeinen Erhebung der Nutzungszahlen von Angeboten im Zentrum sollten auch Merkmale der Nutzer/innen und Angehörigen, insbesondere der (letzte) Wohnort, die Haushaltssituation, ein Migrationshintergrund und ggf. weitere Personenmerkmale erfasst werden. Diese Daten der Nutzer/innen sollten in den Einrichtungen so erfasst und dokumentiert werden, dass sie von der Evaluation vergleichend aufbereitet und während der Umsetzungsphase an die Projektbeteiligten zurückgespiegelt werden können. Zusätzlich empfiehlt sich, dass die Evaluationsgruppe mittels qualitativer Interviews Einschätzungen der Nutzer/innen zu der Bedeutung des Pflegezentrums als Versorgungsort und Anlaufstelle im Quartier vertiefend analysiert, um fördernde und hindernde Faktoren für die Inanspruchnahme und den Zugang zu identifizieren.

Außerdem sollte die Bedarfs- und Angebotsanalyse im Quartier in niederschwelliger Form fortgeschrieben werden. Dies ermöglicht, Entwicklungen und Veränderungen im Quartier frühzeitig wahrzunehmen und darauf reagieren zu können, ebenso die Ausstrahlungseffekte der Modelleinrichtungen in das Quartier zu evaluieren. Im Rahmen des Modellprojekts sollte deshalb ein Verständigungsprozess erfolgen, inwieweit dieser Vorschlag nachhaltig (auch nach Auslaufen des Modellversuchs) umgesetzt werden und ob und wie der Bedarf an dazu erforderlichen Instrumenten sichergestellt werden kann. Ein vorstellbarer niederschwelliger Ansatz wäre z. B. die Erarbeitung eines Leitfadens, wie ein Community Health Assessment praxisorientiert auch mit begrenzten Mitteln durchgeführt werden kann, sodass prioritäre Handlungsfelder für eine gute und bedarfsgerechte Versorgung im Quartier erschlossen werden können.

Literatur

- Alisch, M. (2002): Soziale Stadtentwicklung – Politik mit neuer Qualität? In: Walter, U. J. (Hg.): *Soziale Stadt – Zwischenbilanzen. Ein Programm auf dem Weg zur sozialen Stadt?* Opladen: Leske und Budrich, 57-69
- Alt und Jung Nord-Ost (2017): Verfügbar unter: <http://www.altundjung-nordost.org/> [Stand 15.01.2017]
- Alt und Jung Süd-West (2017): Verfügbar unter: <http://www.altundjung.eu/> [Stand 15.01.2017]
- Amonn, J./Kersting, V./Strohmeier, K. (2008): Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen. Anregungen für die kommunale Praxis am Beispiel Kinder- und Jugendgesundheit. Düsseldorf: o. V.
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. (2015): Gesundheitsreport 2015 Nordrhein-Westfalen. Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen. Wuppertal: BARMER GEK
- Bauer, U./Büscher, A. (2008): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 7-45
- Bi Statistik interaktiv – Stadt Bielefeld Amt für Demographie und Statistik. (2016): Statistik Bielefeld interaktiv (individuell veränderbare Datentabellen). Verfügbar unter: <https://anwendungen.bielefeld.de/BielefeldInteraktiv/> [Stand 21.12.2016]
- Blinkert, B./Klie, T. (2006): Die Zeiten der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, Nr. 3, 202-210
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin
- Borchert L./Rothgang, H. (2008): Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 215-237
- Dresing, T./Pehl, T. (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Verfügbar unter: <https://audiotranskription.de/praxisbuch> [Stand 16.01.2017]
- Fröba, S. (2014): Die „Unerreichbaren“ erreichen: Methodische Zugänge zu älteren Zuwanderern. In: Alisch, M. (Hg.): *Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe.* Kassel: Kassel University Press, 97-108
- Geobasis NRW (2016): Digitale Topographische Karte. Verfügbar unter: http://www.bezreg-koeln.nrw.de/brk_internet/geobasis/topographie/10000/index.html [Stand 17.01.2017]
- Gläser, J./Laudel, G. (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: UTB
- Häcker, J./Raffelhüschen, B. (2007): Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des Heimsog-Effekts! Zeitschrift für Sozialreform 53, Nr. 4, 391-422
- Hämel, K. (2012): Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung. Reihe Sozialpolitik und Sozialstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hämel, K./Ewers, M./Schaeffer, D. (2013): Versorgung angesichts regionaler Unterschiede. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, Nr. 4, 323-328

- Hartmann-Rohlf, S. (2014): Konzept zur quartiersnahen Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen. Herford: Hansestadt Herford
- Hartmann-Rohlf, S. und andere Akteure (2011): Konzeption zur gemeinwesen- und stadtteilorientierten Seniorenarbeit in der Stadt Herford. Herford: Hansestadt Herford
- Horn, A./Schaeffer, D. (2013): Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). P13-150. Bielefeld: IPW
- INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (2016): Indikatoren-sammlung medizinische und soziale Versorgung in Bielefeld und Herford. Bonn: INKAR
- ISG – Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (2016): Kommunale Pflegeplanung in Herford. Köln
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe. (2010): Bestands- und Bedarfsanalyse zur kommunalen quartiersbezogenen Altenhilfeplanung der Stadt Goch. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Knopp, R./van Rießen, A. (2014): Altersgerechte Wohnquartiere – sozialräumliche Methoden als Partizipations- und Beteiligungsinstrumente. In: Alisch, M. (Hg.): Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: Kassel University Press, 39-57
- Kremer-Preiß, U./Stolarz, H. (2005): Werkstatt-Wettbewerb Quartier – Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Kremer-Preiß, U. (2010): Einführung: Quartierskonzepte – eine Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen der Altenhilfe. Vortrag am 01. Dezember 2010 in Frankfurt
- Kuhlmann, A. (2009): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Lampert, T./Hoebel, J./Kuntz, B./Fuchs, J./Scheidt-Nave, C./Nowossadeck, E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. GBE kompakt 7, Nr. 1. Berlin: Robert Koch-Institut
- Lampert, T./Kroll, L. E./von der Lippe, E./Muters, S./Stolzenberg, H. (2013): Sozio-ökonomischer Status und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56, Nr. 5-6, 814-821
- LWL Geodaten Kultur (2017): Wallanlagen Herford. Verfügbar unter: <https://www.lwl.org/geokult/kuladignwjsp/detaildruck.jsp?oid=10027717> [Stand 15.01.2017]
- Meuser, M./Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung : Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 441-471
- MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013): Masterplan altengerechte Quartiere NRW. Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Düsseldorf: MGEPA
- Michell-Auli, P. (2011): Quartiersentwicklung. Ziele, Verantwortlichkeiten und politischer Handlungsbedarf. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Mobile Seniorenarbeit Dornberg (2017): Mobile Seniorenarbeit. Verfügbar unter: <http://www.bielefelder-senioren-online.de/index.php/einrichtungen/einrichtungen-a-bis-z/9-einrichtungen/25-mobile-seniorenarbeit-dornberg> [Stand 15.01.2017]
- NW-online – Neue Westfälische Zeitung (18.11. 2015): Millionen für den Stadtbau. Verfügbar unter: http://www.nw.de/lokal/bielefeld/mitte/mitte/20628726_Millionen-fuer-den-Stadtbau.html [Stand: 15.01.2017]
- NW-online – Neue Westfälische Zeitung (28.10.2015): Kinderarztpraxis im Freizeitzentrum Baumheide geplant, *Neue Westfälische*. Verfügbar unter: http://www.nw.de/lokal/bielefeld/heepen/heepen/20609823_Kinderarztpraxis-im-Freizeitzentrum-Baumheide-geplant.html [Stand 10.01.2017]
- NW-online – Neue Westfälische Zeitung. (19.10.2013). Wo Hausärzte fehlen. Die Situation in Herford - mit interaktiver Karte, *Neue Westfälische*. Verfügbar unter http://www.nw.de/lokal/kreis_herford/herford/herford/9444577_Wo-Hausaerzte-fehlen.html
- Olbermann, E./Drewniok, A. (2015): Pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund. Expertise zum Projekt „NRW-spezifische Übersicht zur Gesamtsituation Pflegender Angehöriger (NRW-sÜPA)“ der Privaten Universität Witten/Herdecke im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW. Unveröffentlichter Bericht. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
- Ott, S. (2016): Quartiersmanagement am Lohmannshof. Verfügbar unter: https://www.fernsehlottorie.de/content/uploads/2016/06/Quartiersentwicklung_Lohmannshof_1.pdf [Stand 17.01.2017]
- Patzelt, C./Heim, S./Deitermann, B./Theile, G./Krauth, C./Hummerts-Pradier, E./Walter, U. (2016): Reaching the Elderly: Understanding of health and preventive experiences for a tailored approach – Results of a qualitative study. *BMC Geriatrics* 16, Nr. 210, 2-12
- Rhyne, R./Bogue, R./Kukulka, G./Fulmer, H. (1998): *Community-Oriented Primary Care: Health Care for the 21st Century*. Washington: American Public Health Association
- Schaeffer, D. (i. E.): Gesundheitsförderung und Pflege. In: BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzGA (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Hamburg: Conrad Verlag
- Schaeffer, D./Hämel, K. (2017): Kooperative Versorgungsmodelle – eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M./Kriwy, P. (Hg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Berlin: Springer
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): *Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Erfahrungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim: Beltz Juventa
- Schimany, P./Rühl, S./Kohls, M. (2012): *Ältere Migrantinnen und Migranten – Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven – Forschungsbericht 18*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- Schnur, O. (2008): Quartiersforschung im Überblick: Konzepte, Definitionen und aktuelle Perspektive. In: Schnur, O. (Hg.): *Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 19-51
- Schulz, F. (2008): *Bielefeld-Sennestadt. Integriertes Handlungsprogramm. Beitrag der Innovationsagentur Stadtbau NRW*. Düsseldorf: Innovationsagentur Stadtbau NRW

- Shuster, G. (2012): Community as Client: Assessment and Analysis. In: Stanhope, M./Lancaster, J. (Hg.): Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community. Missouri: Elsevier, 396-426
- Stadt Bielefeld Altenhilfeplanung (i. E.): Textentwurf: Alt werden in Bielefeld. Bericht zur Lage der Älteren und zur Angebotsstruktur in Bielefeld. Altenbericht 2016 (Unveröffentlichtes Dokument, mit Genehmigung der Stadt Bielefeld Altenhilfeplanung)
- Stadt Bielefeld (2017). Datenanlage: „Generation 55plus – Ergebnisse einer Befragung“ Bielefeld-Gesamstadt und Stadtbezirke. Bielefeld: Stadt Bielefeld
- Stadt Bielefeld Altenhilfeplanung (2016): Verbindliche Bedarfsplanung der Stadt Bielefeld für die stationären und teilstationären Pflegeplätze 2016 bis 2018. Bielefeld: Stadt Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2016a): Sonderauswertung zum Stadtbezirk Sennestadt. Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung am 31.12.2015. Bielefeld (unveröffentlichter Datensatz, zur Verfügung gestellt vom Amt für Demographie und Statistik der Stadt Bielefeld). Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2016b): Anforderungstabelle für den Bericht „Lebenslagen und soziale Leistungen“. Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung am 31.12.2014. Bielefeld (unveröffentlichter Datensatz, zur Verfügung gestellt vom Amt für Demographie und Statistik der Stadt Bielefeld). Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2016c): Auswertung zu ausgewählten statistischen Bezirken. TOP 10 Bezugsländer nach Migrationshintergrund. Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung am 31.12.2015. Bielefeld (unveröffentlichter Datensatz, zur Verfügung gestellt vom Amt für Demographie und Statistik der Stadt Bielefeld). Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2016d): Grundsicherung im Alter („Sozialleistungsdaten“) nach Statistischen Bezirken für die Jahre 2009/10-2014/15. Bielefeld (unveröffentlichter Datensatz, zur Verfügung gestellt vom Amt für Demographie und Statistik der Stadt Bielefeld). Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2015a): Pflegestatistik 2013. Grundlagen – Zahlen – Fakten. Bielefelder Pflegeberichte. Bielefeld: Stadt Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2015b): Stadt. Raum. Zahl. Demographiebericht 2014 (und zugehöriger Datensatz). Stichtag: 31.12.2015. Bielefeld: Stadt Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2015c): Gesundheitsbericht Kinder – Entwicklung der Adipositas in den Einschuljahrgängen 1992-2014. Bielefeld: Stadt Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2015d): Integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept Stadtbau Bielefeld. Monitoring, Evaluierung und Umsetzungsbericht. Bielefeld: Stadt Bielefeld
- Stadt Bielefeld (2013): Gesundheitsbericht Kinder – Entwicklungsstand der Einschulungskinder 2010-2012 nach städtischen Bezirken. Bielefeld: Stadt Bielefeld
- Stadt Bielefeld – Planen und Bauen Ost (2011): „Baumheide – Neue Mitte“ – Gestaltungsleitlinien. Verfügbar unter: https://anwendungen.bielefeld.de/bi/vo0050.asp?__kvonr=14740 [Stand 15.01.2017]
- Stadt Bielefeld (2009): Das Gesundheitssystem in Bielefeld. Meinungen der Bielefelder Bürgerinnen und Bürger zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der Kommunalen Gesundheitskonferenz (und zugehöriger Datensatz, zur Verfügung gestellt vom Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt). Bielefeld: Stadt Bielefeld

- Stadt Herford (2016a): Sonderauswertung für Herford. Einzeljahrgänge in 2015 nach Jahren und Quartieren (Dezernat für Bildung, Integration, Jugend und Soziales Abt. Wohnen und Soziales – Planung für Senioren, bereitgestellt von S. Hartmann-Rohlf). Herford: Stadt Herford
- Stadt Herford (2016b): Mindestsicherung, Arbeitslosigkeit und Staatsbürgerschaft in ausgewählten Quartieren. Stand: Oktober 2015 (zur Verfügung gestellt durch die Hansestadt Herford, Abteilung 3.1 H. Hetz & J. Düker). Herford: Stadt Herford
- Stadt Herford (2016c): Einwohner nach Familienstand und Geschlecht in ausgewählten Quartieren und im gesamten Stadtgebiet. Stand: 31.12.2015 (zur Verfügung gestellt durch die Hansestadt Herford, Bürgerservice P. Schürkamp). Herford: Stadt Herford
- StBA – Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn: SVR
- Tesch-Römer, C./Mardorf, S. (2009): Familiäre und ehrenamtliche pflegerische Versorgung. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: RKI, 194-206
- Tesch-Römer, C./Wiest, M./Wurm, S./Huxhold, O. (2014): Einsamkeit-Trends in der zweiten Lebenshälfte: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). Informationsdienst Altersfragen 41, Nr. 1, 3-8
- Tezcan-Güntekin, H./Breckenkamp, J./Razum, O. (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin: Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR)
- WHO – World Health Organization (2001): Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family health nurse in Europe. Copenhagen: WHO

Anhang

Anhang 1: Aufruf zur Studienteilnahme (Beispiel Baumheide)

Gut leben und versorgt sein in Baumheide? – auch bei gesundheitlichen Einschränkungen und im hohen Alter!

Im Rahmen einer Studie an der Universität Bielefeld suchen wir Menschen aus Baumheide, die ihre Erfahrungen mit uns teilen möchten:

- Wie lebt es sich mit gesundheitlichen Einschränkungen, wie bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Baumheide?
- Welche Angebote im Bereich Pflege, Soziales und Gesundheit sind Ihnen wichtig?
- Was fehlt Ihnen in Baumheide?

**Sie haben Erfahrungen als Betroffener oder Angehöriger?
Sie möchten von Ihren Erfahrungen berichten?
Dann rufen Sie uns an!**

Unsere Studie ist der Auftakt für ein Projekt, das vom Alters-Institut in Kooperation mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege und den Städten Bielefeld und Herford durchgeführt wird. Im Projekt soll der Bedarf der Menschen für gesundheitliche, soziale und pflegerische Angebote untersucht und die Angebotsstruktur im Stadtteil bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Die Interviews mit Ihnen sind eine wichtige Grundlage dafür.

Wenn Sie uns unterstützen möchten, kontaktieren Sie uns gerne. Sie erhalten dann zuerst zusätzliche Informationen zur Studie und zum Ablauf des ca. 45 Minuten dauernden Interviews. Wenn Sie möchten, können Sie dann mit uns einen Interviewtermin vereinbaren.

**Ihr Ansprechpartner:
Jonas Vorderwülbecke**

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

Telefon: 0521/106-6927 (Mo-Do 9.15-16.00 Uhr)

E-Mail: jonas.vorderwuelbecke@uni-bielefeld.de

Anhang 2: Kurzversion Interviewleitfäden

Kurzversion: Leitfaden Nutzer/innen

- *Themenbereich 1: Prägung des Stadtteiles*
Leben Sie gern hier im Viertel? Erzählen Sie doch mal, was dieses Viertel für sie lebenswert macht.
- *Themenbereich 2: Bedarfslagen*
Wie würden Sie ihre Gesundheit beschreiben?
- *Themenbereich 3: Angebotssituation im Stadtteil*
Wie ist denn hier im Viertel die Situation mit all dem, was man so braucht, wie Apotheken, Ärzte, Pflegedienste, Treffpunkte für Senioren?
- *Themenbereich 4: Versorgungserfahrungen*
Können Sie bitte beschreiben, welche Erfahrungen Sie mit den Angeboten gemacht haben?
- *Themenbereich 5: Anlaufstelle im Quartier*
Stellen Sie sich vor, dass sich eine Vielzahl von Angeboten rund um Pflege und Gesundheit an einem Ort und unter einem Dach, hier in ihrer Nachbarschaft befindet. Wie müsste dieser Ort, oder dieses Haus aussehen, um Sie persönlich über die gesamte Lebenszeit gut versorgen zu können?

Kurzversion: Leitfaden Expert/innen

- *Themenbereich 1: Prägung des Stadtteiles*
Können Sie uns etwas über den Stadtteil und seine Bevölkerung erzählen?
- *Themenbereich 2: Bedarfslagen*
Wenn Sie an die Menschen im Stadtteil denken, die hier typisch sind, welche Bedürfnisse und welchen Bedarf an gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Angeboten sehen Sie ihrer Meinung nach?
- *Themenbereich 3: Angebotssituation im Stadtteil*
Wie beurteilen Sie die Versorgung im Bereich Gesundheit, Pflege und Soziales hier im Stadtteil?
- *Themenbereich 4: Integrierte und kooperative Versorgung an einem Ort*
Was können Sie uns über die Kooperation oder „fehlende“ Zusammenarbeit der Dienstleister hier im Stadtteil berichten?
- *Themenbereich 5: Anlaufstelle im Quartier*
Wenn Sie an ein Pflege- und Gesundheitszentrum denken, wie es in unserem Projekt gegenwärtig noch ganz breit diskutiert wird, was wäre Ihnen hier besonders wichtig? Was soll ein solches Zentrum beinhalten? Was wäre innovativ?

Anhang 3: Tabelle: Ergänzende Bevölkerungsdaten im Vergleich

	Baumheide	Lohmannshof	Sennestadt	Sennestadt Nord	Bielefeld gesamt	Herford Zentrum	Herford gesamt
Alter (Bi 2015 ^[a] /HF 2015 ^[b])							
<i>Anteil unter 18 J.</i>	21,8 %	15,7 %	17,3 %	17,5 %	16,8 %	13,9 %	17,8 %
<i>Anteil 18-64 J.</i>	56,6 %	64,4 %	55,7 %	53,9 %	63,3 %	62,3 %	61,2 %
<i>Anteil ab 65 J.</i>	21,6 %	19,9 %	27,0 %	28,7 %	19,9 %	23,8 %	21,0 %
Familienstand (Bi 2015 ^[c] /HF 2015 ^[d])							
<i>Verheiratet</i>	41,2 %	38,6 %	44,9 %		41,0 %	33,2 %	43,4 %
<i>Ledig</i>	43,0%	48,1 %	36,7 %		45,0 %	42,7 %	39,6 %
<i>Verwitwet</i>	8,2 %	5,8 %	10,1 %	-	6,6 %	9,8 %	7,6 %
<i>Geschieden</i>	7,5 %	7,4 %	8,3 %		7,6 %	12,3 %	1,2 %
<i>Sonstige</i>	-	-	-		-	2,1 %	-
Familienstand ≥ 65 (2015)^[c]							
<i>Verheiratet</i>	56,4 %	58,4%	54,3 %		56,7 %		
<i>Ledig</i>	4,4 %	4,4 %	4,6 %		6,1 %		
<i>Verwitwet</i>	31,1 %	25,8 %	33,1 %	-	28,4 %	-	-
<i>Geschieden</i>	8,1 %	11,4 %	7,9 %		8,7 %		
Anteil Einpers. Haush. (2016)^[a]							
<i>Top 3 Bezugsländer</i>	Ru 30,8 %	Pl 57,5 %	Pl 26,7 %	Ru 25,3 %	Pl 20,6 %		
<i>des Anteil ab 65 J. mit</i>	Uk 22,0 %	Uk 9,6 %	Ru 24,9 %	Pl 22,5 %	Tr 19,7 %		
<i>Migrationshintergrund</i> (2014) ^[c]	Pl 17,4 %	Tr 8,2 %	Tr 18,6 %	Tr 14,6 %	Ru 14,5 %		

^[a] Bi Statistik interaktiv 2016, Stand: 31.12.2015; ^[b] Stadt Herford 2016a, Stand: Mitte 2015; ^[c] Stadt Bielefeld 2015b, Stand: 31.12.2015; ^[d] Stadt Herford 2016c, Stand: 31.12.2015.

Anhang 4: Bevölkerungsdaten im Vergleich: Pappelkrug und Wellensiek

	Loh- mannshof	Pappel- krug	Wellen- siek
Einwohnerzahl (2015) ^[a]	5.241	4.349	892
Fläche in km² ^[a]	2,6	2,4	0,2
Alter (2014 ^[b] /15 ^[c])			
<i>Anteil ab 65 J.</i>	20,8 %	21,9 %	15,5 %
<i>darunter Frauen</i>	56,1 %	56,0 %	56,5 %
<i>Anteil ab 80 J.</i>	5,3 %	5,4 %	4,5 %
<i>darunter Frauen</i>	64,1 %	65,1 %	58,5 %
Anteil Einpersonenhaushalte (2015) ^[a]	50,9 %	46,2 %	63,5 %
Arbeitslosenquote (2014) ^[d]	5,1 %	4,2 %	9,2 %
Transferleistungsquote* (2014) ^[d]	11,6 %	10,0 %	19,4 %
Grundsicherungsquote (Anteil ab 65 J.) (2015) ^[e]	4,2%	4,2%	6,1%

* Transferleistungsquote bezieht sich auf SGB II und SGB XII Leistungen und schließt Personen in Einrichtungen aus (z. B. Pflegeeinrichtungen).

^[a] Bi Statistik interaktiv 2016, Stand: 20.12.2016; ^[b] Stadt Bielefeld 2016b, Stand: 31.12.2014; ^[c] Stadt Bielefeld 2015b, Stand: 31.12.2015; ^[d] Stadt Bielefeld 2016b, Stand: 31.12.2014. ^[e] Stadt Bielefeld 2016d, Stand: 2015.