

Altern im ländlichen Raum

Der demografische Wandel stellt insbesondere die schrumpfenden ländlichen Regionen vor Herausforderungen und erfordert innovative Strategien, um notwendige Infrastruktur aufrecht zu erhalten. *Peter Dehne* und *Anja Neubauer* thematisieren „Ländliches Wohnen im Alter, aber wie? Facetten sorgen-der Gemeinschaften in Mecklenburg-

Vorpommern und anderswo“. *Kerstin Hämel*, *Doris Schaeffer* und *Michael Ewers* behandeln die „Versorgungsgestaltung in ländlichen Regionen. Welche Modelle bieten Finnland und Kanada?“ Aus der Praxis berichtet *Annika Lacour* über „Älterwerden im ZukunftsDORF – Leben und Lernen über Generationen: Das Regionale 2016-Projekt der Gemeinde Legden“.

informationsdienst altersfragen

ISSN 1614-3566
A 20690E

Heft 06, November / Dezember 2014
41. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

06

Inhalt

Aus der Altersforschung

- 3 Ländliches Wohnen im Alter, aber wie?
Facetten sorgender Gemeinschaften in
Mecklenburg-Vorpommern und anderswo
Peter Dehne und Anja Neubauer
- 13 Versorgungsgestaltung in ländlichen
Regionen. Welche Modelle bieten
Finnland und Kanada?
*Kerstin Hämel, Doris Schaeffer und Michael
Ewers*
- 19 Kurzinformationen aus der
Altersforschung

Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 20 „Älter werden im ZukunftsDORF – Leben
und Lernen über Generationen“: Das
Regionale 2016-Projekt der Gemeinde
Legden
Annika Lacour
- 26 Kurzinformationen aus Politik und
Praxis der Altenhilfe
- 27 **Aus dem Deutschen Zentrum für
Altersfragen**

Impressum

Herausgeber:
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Telefon (030) 2607400, Fax (030) 7854350

DZA im Internet:
www.dza.de

Presserechtlich verantwortlich:
Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Redaktion:
Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka
ida@dza.de

Gestaltung und Satz:
Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)
Kai Dieterich (morgen, Berlin)

Druck:
Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zwei-
monatlich. Bestellungen sind nur im Jahres-
abonnement möglich. Jahresbezugspreis
25,- EURO einschließlich Versandkosten;
Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum
Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das
DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken
oder Auszügen ist bei Nennung der Quelle
erlaubt. Das DZA wird institutionell gefördert
vom Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 1614-3566

Ländliches Wohnen im Alter, aber wie? Facetten sorgender Gemeinschaften in Mecklenburg-Vorpommern und anderswo

Peter Dehne und Anja Neubauer

Menschen wollen selbstständig und solange wie möglich zu Hause alt werden. Und sie tun dies auch. Über 90% aller über 65-Jährigen wohnen in den eigenen vier Wänden. Diese sind in den seltensten Fällen altersgerecht ausgestaltet. In einer repräsentativen Befragung gaben 5,2 % der Befragten an, dass sie in einer barrierefreien Wohnung leben (vgl. BMVBS 2011, S. 40). In Mecklenburg-Vorpommern waren es 5,8 % (vgl. KDA 2013, S. 24). Dementsprechend wenig ältere Menschen leben in altersspezifischen Wohnformen (vgl. HS Neubrandenburg 2013, S. 18).

Gelingendes Wohnen im Alter ist jedoch viel mehr als die Barrierefreiheit der eigenen Häuslichkeit. Es umfasst die altersgerechte Gestaltung des Wohnumfelds, die Verfügbarkeit von Angeboten sozialer und pflegerischer Unterstützung, die Erreichbarkeit von Versorgungs-, Gesundheits- und Kultureinrichtungen im Nahbereich und ein wertschätzendes, integrierendes gesellschaftliches Umfeld (vgl. HS Neubrandenburg 2013, S. 19). Es kommt also ebenso auf den Ort an.

Dünn besiedelte Räume in Mecklenburg-Vorpommern: Besondere Herausforderungen für das Leben im Alter

Auch in ländlichen Räumen besteht der Wunsch nach dem Altern in vertrauter Umgebung. Er ist dort allerdings zunehmend schwieriger zu verwirklichen als in urbanen Kontexten, wie das Beispiel Mecklenburg-Vorpommern zeigt. Gerade in dispers besiedelten Gegenden vollzieht sich der demografische Wandel, der sich in sinkenden Bevölkerungszahlen und einem steigenden Durchschnittsalter ausdrückt, besonders rasch. Er kann als ein Leitmotiv der Entwicklung in einem Land gelten, das zur politischen Wende 1989 noch das nach Altersdurchschnitt jüngste Bundesland im ver-

einten Deutschland darstellte, heute jedoch eines der ältesten ist. In dieser Zeit verringerte sich die Einwohnerzahl um etwa 300.000 auf 1,6 Millionen Einwohner und die Siedlungsdichte auf nur 69 Einwohnern/km² (vgl. MV 2013). Während die Menschen der Arbeit hinterher- und damit vor allem in die Städte der alten Bundesländer ziehen, „sterben die Dörfer, in Mecklenburg-Vorpommern noch schneller als anderswo“ (Hordych 2011: S. V2/3). Mit einer solch ausgeprägten Abwanderung und Alterung sinken in der Regel Wirtschafts- und Kaufkraft. Bibliotheken, Kindertagesstätten und Dorfläden werden von immer weniger Menschen genutzt. ÖPNV-Linien dünnen aus und Schulen schließen (vgl. BBSR 2012, S. 16–25). Die sich damit gleich einer Abwärtsspirale auch für Ältere immer weiter verschlechternden Lebensbedingungen erhöhen den Druck und die Notwendigkeit, in besser versorgte Orte umzuziehen.

Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“: Expertise zum Wohnen im Alter

Diese Herausforderungen werden durch die bisherigen Ergebnisse der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ bestätigt, die der Landtag Mecklenburg-Vorpommern 2012 einberufen hat. Sie soll Maßnahmen empfehlen, mit denen die Teilhabe-, Versorgungs- und sich wandelnden Wohnansprüche älterer Menschen auch in Zukunft im ländlich geprägten Bundesland sichergestellt werden können. Dafür wurde neben der Untersuchung der Lebensbedingungen und der Mobilität im Alter auch eine Grundlagenexpertise zum „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“ in zwei aufeinander aufbauenden und sich ergänzenden Teilen von der Hochschule Neubrandenburg und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe

(KDA) Köln erstellt. Nach einer Repräsentativumfrage unter 1.000 Privathaushalten leben die Älteren mehrheitlich in kleineren Gemeinden. 59 % der Seniorenhaushalte befinden sich in Gemeinden unter 20.000 Einwohnern und weitere 35 % in ländlichen Gemeinden unter 5.000 Einwohnern. Insbesondere in diesen Siedlungsgrößen ist das Wohnumfeld wenig auf die Bedarfe Älterer ausgerichtet: 10 % der Seniorenhaushalte können den ÖPNV weder zu Fuß noch mit dem Rad erreichen. 20–25 % haben keine Einkaufsmöglichkeiten, medizinischen Angebote, Begegnungsmöglichkeiten, Verwandten oder Freunde in fußläufiger oder mit dem Fahrrad zurückzulegender Entfernung. 30–40 % der Älteren fehlen nicht nur Finanzinstitute, sondern auch Unterstützungs- und Beratungsangebote im näheren Umfeld. Vor allem in den peripheren Räumen sind die gesundheitliche Versorgung, die Möglichkeiten einer selbstständigen Haushaltsführung und die Pflege sozialer Kontakte stark eingeschränkt. Trotzdem wohnt die Mehrheit der Älteren seit über 30 Jahren im selben Haushalt und sind nur 15 % der Bewohner Mecklenburg-Vorpommerns über 65 in den vergangenen 10 Jahren umgezogen. Sie liegen damit 8 % unter dem Bundesdurchschnitt und machen ihre starke Verbundenheit mit dem vertrauten Wohnumfeld deutlich. Zwar steht diesen Zahlen eine nicht unbedeutende Gruppe von Umzugswilligen (38 %) gegenüber, die ihre Wohnsituation bedarfsgerechter gestalten möchten. Nur ein Viertel davon ist jedoch bereit, dafür das vertraute Dorf oder Wohnviertel zu verlassen (vgl. KDA 2013, S. 91f.).

Es ist paradox: Gerade dort, wo der Anteil der älteren Menschen stetig steigt, verschlechtern sich Versorgungslagen, kommunale Handlungsspielräume und die sozialen Hilfefpotenziale.

In Anbetracht dieser schlechten Rahmenbedingungen ist das Enger-Rücken, der soziale Zusammenhalt vielerorts der einzige Kitt, der eine gewisse Lebensqualität bietet und das Älterwerden in vertrauter Umgebung sichern kann. Doch wenngleich ländlichen Räumen noch immer engere soziale Netze zugeschrieben werden, die Frauenerwerbsquote bis heute unter der städtischen liegt und dies als Potenzial verstanden werden kann,

so sind es doch diese Räume, die verstärkt von Fortzügen und damit vom Fachkräftemangel betroffen sind, auch im pflegerischen Bereich (vgl. Quaestio 2014, S. 139).

Antworten finden: Wohnprojekte für Ältere in Mecklenburg-Vorpommern

Drei Beispiele zeigen, wie die Menschen in Mecklenburg-Vorpommern vor Ort auf die Herausforderungen reagieren:

Die „Eigenheimsiedlung 55+“ in Bollewick wendet sich als ausschließlich privat finanziertes Bauprojekt gezielt an die genannte Altersgruppe. Ausreichend eigenes Kapital, um ein Eigenheim zu errichten, ist ebenso Beteiligungsvoraussetzung wie 20.000 Euro Kostenbeteiligung für das geplante „Mehrgenerationenhaus“ der Siedlung, das das zukünftige Gemeinschaftszentrum der Mitglieder darstellt. Im Onlineauftritt für bauwillige Interessenten wird das Ziel einer solidarischen und sozialen Gemeinschaft hervorgehoben. 15 der 20 geplanten alterungsgerechten Eigenheime wurden bereits durch die „Baufamilien“ errichtet, nach deren individuellen Vorstellungen zur Selbstnutzung oder als Renditeobjekt. Die Baufamilien kommen aus ganz Deutschland. Koordinator und Träger des Bauprojekts ist der Verein „Eigenheim 55+ e.V.“, dem nur zukünftige Bewohner als Mitglieder angehören. Der Anschluss an das lokale Wärmenetz des Bioenergieorfes Bollewick (ca. 660 EW) garantiert ihnen außerdem auf zehn Jahre festgeschriebene Heizkosten.

Auch wenn sich dieses Beispiel nur an die Zielgruppe finanziell gut ausgestatteter Senioren richtet und als dörfliche Neubausiedlung von vielen kritisiert wird, soll der Gedanke des sozialen Miteinanders und intensiv gelebter Nachbarschaftsnetzwerke und -hilfen hervorgehoben werden. Entstanden ist nicht ein elitäres Seniorenidyll vermöglicher Akademiker, sondern eine wachsende Gemeinschaft ambitionierter, engagierter Senioren, die sich aktiv zu Beginn des Ruhestandes für eine neue Lebensform und -gemeinschaft entschieden haben und sich karitativ und höchst kreativ in das Gemeindeleben des Ortes Bollewick einbringen (vgl. HS Neubrandenburg 2013, S. 66).

Das „Wohnen im Klassenzimmer“ in der mecklenburgischen Kleinstadt Bützow (ca. 7.500 EW) verfolgt indes keinen Neubau-, sondern einen Umnutzungsansatz: Da die Nachfrage nach altersgerechten Wohnungen vor Ort groß ist, baute die Bützower Wohnungsgesellschaft die leerstehende, ehemalige Käthe-Kollwitz-Schule zu 35 barrierefreien, altersgerechten Wohnungen mit integriertem Wohngebietszentrum um. Das Gebäude und die großzügigen Freiflächen sind städtebaulich gut in das Wohngebiet integriert. Der Plattenbau wurde im Zuge des Umbaus zudem umfassend energetisch saniert. Zur ortsnahen Versorgung wird im Gebäude ein ambulanter Pflegedienst integriert; der Diakonieverein wird durch Anmietung eines Büros die Betreuung, Pflege sowie Freizeitaktivitäten begleiten. Personennahe Dienstleistungen, ein Tagescafé sowie eine Zahnarztpraxis sollen ebenfalls angesiedelt werden. Öffentlich nutzbare Gemeinschaftsräume sollen die Integration des Projektes in die kleinstädtische Gemeinschaft stärken. Projektträger sind die Bützower Wohnungsgesellschaft mbH mit dem Projektpartner Diakonie Güstrow e.V. und einem privaten Institut (vgl. HS Neubrandenburg 2013, S. 65).

Einen anderen Weg geht die Neubrandenburger Wohnungsgesellschaft Neuwoges mit ihrem Vier-Stufen-Mietmodell. Die Neuwoges bewirtschaftet 12.600 Wohnungen. Sie verzeichnet zunehmend einen Zuzug Älterer aus den Umlandgemeinden des Oberzentrums. Bereits seit 2008 hat die Neuwoges für die verschiedenen Altersgruppen der Mieter differenzierte Angebote entwickelt: JungesWohnen, SingleWohnen, FamilienWohnen und SeniorenWohnen. Für die Zielgruppe der Älteren sind vier Produkte am Mietmarkt: altersgerechte Senioren-Wohnungen, die zentral gelegenen Senioren-Wohnhäuser, die Senioren- und Demenz-Wohngemeinschaften und seit 2012 das städtische Pflegeheim. Die sieben Begegnungsstätten des Unternehmens, betrieben in Kooperation mit verschiedenen Wohlfahrtsverbänden, organisieren diverse Freizeitveranstaltungen, vermitteln aber auch Beratungen sowie Hilfs- und Betreuungsangebote. Die steigende Nachfrage nach altersgerechten Wohnungen hat die Neu-

woges veranlasst, den Rückbau von Wohnungen auch aus laufenden Programmen zu stoppen. Das Unternehmen strebt einen Anteil von ca. 35 % des Bestandes an barrierearmen, altersgerechten Wohnungen an. Die altersgerechte Anpassung des Wohnraumes erfolgt sowohl vor Neuvermietungen als auch im Bestand in Abstimmung mit den Mietern. Für die persönliche Beratung wurde in der Geschäftsstelle ein Showroom mit verschiedenen Umbauvarianten und -angeboten zur Schwellenreduktion und für Anpassungsmaßnahmen in den Bädern eingerichtet (vgl. HS Neubrandenburg 2013, S. 66).

Konturen einer sorgenden Gemeinschaft: Sozialstaatliche Verantwortung und lokales Engagement

An allen drei Beispielen zeichnen sich die Konturen einer gegenseitigen Sorge und Verantwortung in der örtlichen Gemeinschaft ab. Die Wohnsituation, Pflege, medizinische Versorgung, nachbarschaftliche Unterstützung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben werden als Einheit betrachtet. Die Demografiestrategie der Bundesregierung hat das Konzept der sorgenden Gemeinschaft (Caring Community) aufgegriffen und zum Leitbild für das selbstbestimmte Leben im Alter gemacht. Sorgende Gemeinschaften verbinden auf eine neue Weise sozialstaatliche Verantwortung und lokales Engagement miteinander (vgl. Klie 2013). Dabei steht die Integration und Teilhabe aller Menschen in einer Nachbarschaft im Mittelpunkt. Sie soll durch informelle Netzwerke aus Familie, Freundeskreis und Nachbarschaften in Verbindung mit institutioneller Eigenorganisation über Vereine und Genossenschaften sowie kommunaler Begleitung und Unterstützung geschehen. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips greifen professionelle Angebote der Pflege und Hilfe erst dann ein, wenn die natürlichen Netzwerke die Aufgaben nicht alleine bewältigen können. Das Leben im Alter wird so idealerweise von einem Welfare Mix aus Familie, engagementgetragenen Netzwerken, kommunaler Unterstützung und professionellen Angeboten gewährleistet. Am deutlichsten wird dieses Konzept der Ko-Produktion von Daseinsvorsorge im ländlichen Raum an den Beispielen der Pflege

und Mobilität. Die Verbindung von Hilfeleistungen durch Pflegekräfte und der sorgenenden Arbeit der Familie oder die Verknüpfung von Öffentlichem Nahverkehr und bürgerschaftlich getragener Mobilität (Rufbus, Car-Sharing etc.) machen die Idee und die Notwendigkeit einer gesamtgesellschaftlich und akteursübergreifenden Arbeitsteilung und Zusammenarbeit deutlich.

Quartierskonzept des Kuratoriums Deutsche Altershilfe: Die Verbindung sozialer und materieller Voraussetzungen

Leben und Altern, Sorge und Pflege geschehen vor Ort, in den Dörfern, Kleinstädten und Wohnquartieren. Das KDA hat daher ein Quartierskonzept entwickelt. Sechs Ziele schaffen die örtliche Voraussetzung, dass ein langes eigenständiges und selbstverantwortliches Leben in vertrauter Umgebung möglich wird: ein wertschätzendes gesellschaftliches Umfeld, eine tragende soziale Infrastruktur, ein bedarfsgerechtes und damit barrierearmes Wohnangebot, eine generationengerechte räumliche Infrastruktur, bedarfsgerechte Dienstleistungen und Angebote sowie eine wohnortnahe Beratung und Begleitung.

Neben die sorgende Gemeinschaft treten somit auch materielle Voraussetzungen wie die Wohnung, die Gestaltung der Wohnumgebung oder die soziale Infrastruktur. Im Grunde müsste man gerade auch im ländlichen Raum die technische Infrastruktur wie Breitband, Straßen und die Mobilität als materielle Voraussetzung hinzufügen.

Vorschlag der Expertise „Wohnen im Altern in Mecklenburg-Vorpommern“: Nach Siedlungsgröße differenzierte Strategien

Wenn wir die drei Beispiele vor dem Hintergrund des Konzepts der sorgenden Gemeinschaft und des Quartiersansatzes betrachten, wird neben den sozialen und materiellen Bedingungen eine dritte deutlich. Die Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und damit auch die Umsetzung scheinen je nach Raum und Ort unterschiedlich zu sein. In den

größeren Zentren konzentrieren sich Infrastruktur, Kultur und professionelle Dienstleister. Je kleiner und abgelegener der Ort, desto nötiger erscheinen dagegen sozialer Zusammenhalt, Selbstorganisation und gegenseitige Hilfe. Die benannte Expertise schlägt daher nach Siedlungsgröße differenzierte Strategien zur Gewährleistung des Wohnens im Alter in Mecklenburg-Vorpommern vor (vgl. HS Neubrandenburg 2013, S. 83f., Abbildung 1).

In Mittel- und Oberzentren sind durchweg professionelle Angebote der Versorgung, Pflege und Unterstützung vorhanden, jedoch nicht immer ausreichend räumlich konzentriert bzw. erreichbar. Zudem wird der Mietwohnungsmarkt von wenigen kommunalen Wohnungsgesellschaften und -genossenschaften bestimmt. Sie geraten damit in eine besondere Verantwortung, ihre Wohnungsangebote und -quartiere auf die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen auszurichten und werden damit neben den Kommunen zum zentralen Akteur für das Wohnen im Alter. Die Wohnungsunternehmen sind bei ausreichenden Beständen und guter betriebswirtschaftlicher Grundlage in der Lage, Anpassungsmaßnahmen, Beratung und Quartiersmanagement aus eigener Kraft querzufinanzieren. In den größeren Städten verlagern sich somit die Maßnahmen hin zu professionellen Angeboten und in den Verantwortungsbereich der kommunalen Wohnungsanbieter.

In Kleinstädten und Orten mit einem Minimum an Nah- und Gesundheitsversorgung sollten die Handlungsschwerpunkte auf der Sicherung der Versorgungsangebote, der Gestaltung einer barrierearmen Stadt und einer Mischung ehrenamtlicher und professioneller Hilfs- und Pflegeangebote liegen. Die Kleinstadt bietet aufgrund ihrer räumlichen und sozialen Übersichtlichkeit gute Voraussetzungen, sich insgesamt als Wohn- und Lebensquartier für das Wohnen im Alter zu entwickeln.

In kleinen Orten ohne Versorgung in zumutbarer Entfernung müssen hingegen vor allem sozialer Zusammenhalt, Selbstverantwortung und -organisation sowie gegenseitige Unterstützung im Sinne eines „aktiven

Dorfes“ angeregt, gefördert und begleitet werden. Zentrale Teilaufgaben zur Sicherung der Lebensqualität im Alter sind in diesen aktiven Dörfern die Organisation von sozialen Kontakten und die Sicherung der Mobilität bzw. Fahrten zu den Versorgungszentren und zur Gesundheitsversorgung über Nachbarschaftshilfen und flexible, selbstorganisierte Mobilitätsangebote. Dort, wo diese Selbstorganisation nicht gelingt, sollten Umzüge älterer Menschen in die Zentren mit Beratung und Anreizen gezielt gefördert und unterstützt werden.

Neben die Bedeutung des Ortes für ein gelingendes Leben im Alter tritt damit die Region als strategische Gestaltungsebene. Eine siedlungsstrukturelle und kleinräumige Differenzierung der Handlungen und Strategien kann nur auf der Grundlage von Wissen über den Raum erfolgen. Hinzu kommt, dass Infrastrukturen und Versorgungsnetzwerke, z. B. im Bereich Pflege und Gesundheit, in einem größeren Raum organisiert sind und im Idealfall zusammengreifen sollten.

„Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“: Leben im Alter als ein Handlungsschwerpunkt

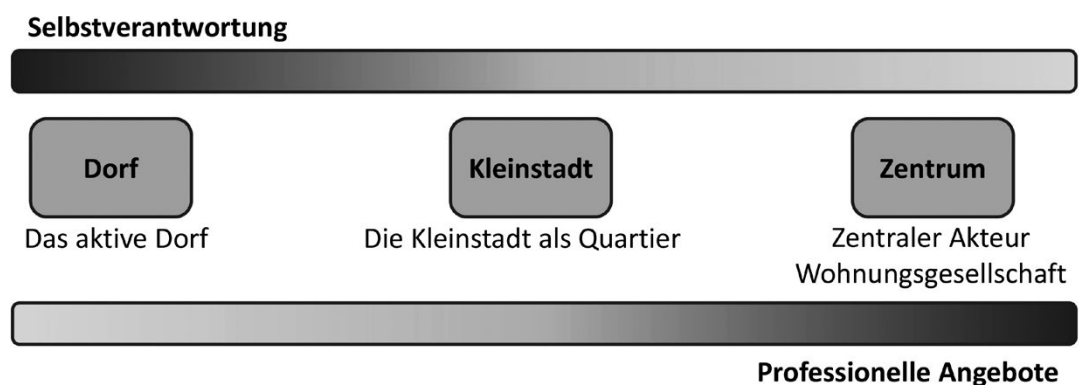
Die übergeordnete Ebene der Versorgungsnetze wird mit dem Modellvorhaben für Raumordnung (MORO) „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ angesprochen. Das Bundesministerium für Verkehr und

digitale Infrastruktur (BMVI) und das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) unterstützen mit dem Forschungsprogramm 21 ländlich geprägte und von Schrumpfung betroffene Modellregionen in ganz Deutschland von Ende 2011 bis 2015 dabei, eigenständig eine Regionalstrategie Daseinsvorsorge zu erarbeiten und in ersten Schritten umzusetzen. Damit sollen strategische Grundlagen für die Anpassung und den Umbau der regionalen Daseinsvorsorge an die vielfältigen und regional unterschiedlich ausgeprägten Folgen des demografischen Wandels geschaffen werden. Die Daseinsvorsorge umfasst alle sozialen und technischen Infrastrukturen, von der Kinderbetreuung, Berufsbildung und Ärzteversorgung bis zur Siedlungsentwicklung, Mobilität und Abwasserentsorgung. Wichtig sind bei der Strategieentwicklung die koordinierte Bildung fachübergreifender Arbeitsstrukturen und der Freiraum für experimentelle Lösungen. Die Regionalstrategie kann somit gleichsam als diskursiver Prozess und als dessen Ergebnis in Form eines informellen strategischen Konzepts der Region verstanden werden (vgl. HS Neubrandenburg 2014: 10–12).

In 15 der 21 Modellregionen und damit in mehr als zwei Dritteln der Regionen bildeten sich unter der Grundannahme eines sinkenden Pflegepotenzials und einer steigenden Anzahl zu Pflegenden eigene Arbeitsgruppen zu Leben und Pflege im Alter. Die Arbeitsgruppen versuchten mithilfe kleinräumiger

Abbildung 1: Strategieschwerpunkte für das Wohnen im Alter

Quelle: Hochschule Neubrandenburg (Hrsg.) (2013): Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“. Teil A: Auswirkungen der demografischen, siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen. Endbericht, Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/25, Schwerin, S. 84.

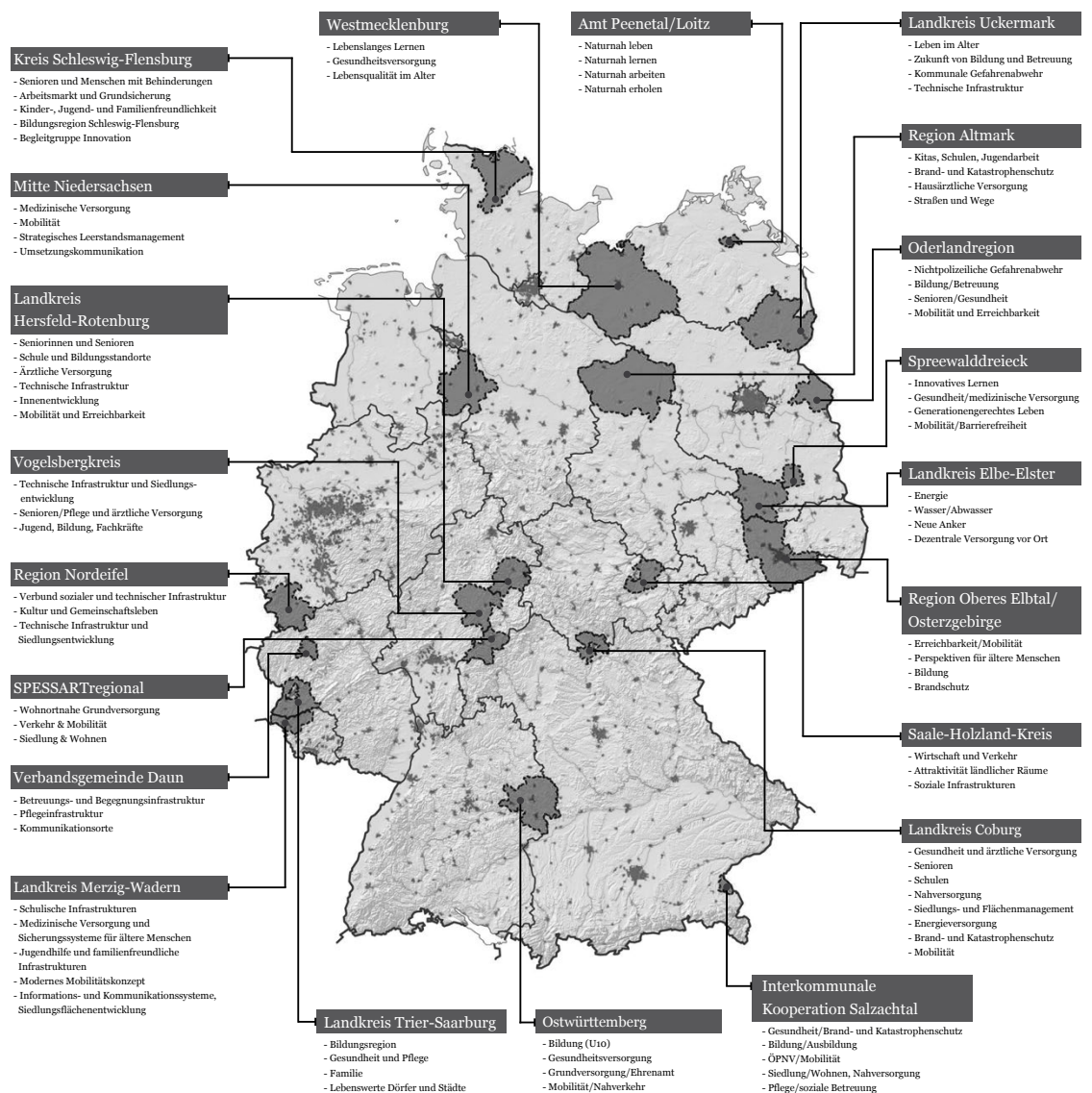


Bevölkerungsvorausschätzungen, Erreichbarkeitsanalysen, Trend- und Alternativszenarien, Kosten-Nutzen-Betrachtungen sowie qualitativer Bedarfsanalysen von einem gefühlten zu einem tatsächlichen Wissen zu gelangen, das Grundlage von Handlungsoptionen im Bereich des ländlichen Lebens im Alter sein kann. So galt es zu klären, welche Pflegebedarfe wo und in welcher Intensität entstehen und welche Anteile stationärer und ambulanter, professioneller und ehrenamtlicher Leistungen in Zukunft zu erwarten sind. Zudem wurde die Vielfalt von Wohnformen für ältere Menschen mit steigender Hilfsbedürftigkeit untersucht

und die Nachfrage danach in einzelnen Regionen mittels Umfrage ermittelt. Die ideale Ausgestaltung von Pflegeberatungen, die Anforderungen an das Wohnumfeld und die Leistungsfähigkeit des bürgerschaftlichen und sozialen Ehrenamts in diesem Bereich wurden ebenso thematisiert wie Kommunikationsstrategien und Bewusstseinsbildung (vgl. ebd., S. 118, siehe Abbildung 2). Die Ergebnisse in den Modellregionen bestätigen, wie unterschiedlich die konkreten regionalen Problemlagen und strategischen Schwerpunkte bei gleicher Zielsetzung sein können. Im Saarländischen Landkreis Merzig-Wadern fehlt die Vernetzung der

Abbildung 2: Die 21 Modellregionen des „Aktionsprogramms regionale Daseinsvorsorge“

Quelle: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) (Hrsg.): Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge. Die 21 Modellregionen. Thematische Arbeitsgruppen. Online verfügbar unter www.regionale-daseinsvorsorge.de/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/files/Plakate/Plakat_RsDv_MR_rollupgroesse_neu.pdf&t=1418745870&hash=15bf89722cf90921cf4f030a60c0d5e17f2682dca, Zugriff am 09.12.2014.



sozialen Träger, mangelt es an guter Ausstattung der vollstationären Versorgung und an barrierefreien Wohnungen. In anderen Regionen fehlen unabhängige, qualifizierte und niedrigschwellige Beratungsangebote, so auch in Westmecklenburg. Mittels kleinräumiger Bevölkerungsvorausschätzung konnten Aussagen zur Entwicklung der einzelnen Altersgruppen und somit zur Problemlokalisierung getroffen werden. Bestandsanalysen wurden zur Erfassung der heutigen Versorgung mit Pflegedienstleistungen genutzt. Trendszenarien stellen u.a. die zukünftige altersbedingte Pflegebedürftigkeit und die demografiebedingten Kosten für die Landkreise dar. Die Hochrechnungen bestätigten die Erwartung eines zukünftigen Pflegenotstandes. Gerade in den strukturschwachen Regionen sei zudem das Lohnniveau im Pflegebereich besonders niedrig. Die schlechten Arbeitsbedingungen werden als Hauptproblem des Pflegekräftemangels beschrieben (vgl. ebd., S. 118f.).

Die Modellregion Westmecklenburg: Gemeindeeignung für das Leben im Alter, Engagementpotenziale und Gesundheitsprävention

Der Landkreis Schleswig-Flensburg und die Planungsregion Westmecklenburg haben als Grundlage für örtliche Handlungsstrategien die Eignung von Gemeinden für das Leben im Alter ermittelt. Indikatoren waren u.a. die Versorgung vor Ort, die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen und die Angebotsqualität des ÖPNV. Ergänzend wurden die Wohn- und Umzugswünsche älterer Bürger erfragt. Fünf Gemeindetypen geben so die teilräumlichen Standortqualitäten für das Wohnen im Alter wieder. Der Regionale Planungsverband Westmecklenburg empfiehlt den Kommunen und dem Land, verfügbare Ressourcen konzentriert für Standorte einzusetzen, die bereits über eine verhältnismäßig gute Ausstattung verfügen. Es werden zudem Ausschlussstandorte für die Entwicklung von Wohnangeboten und flankierender Infrastruktur für ältere Menschen empfohlen. Die Ergebnisse können zudem helfen, einen Wohnortwechsel in die nächstgelegene Kleinstadt gezielt zu fördern und zu unterstützen (vgl. ebd., S. 120–126).

Zwei konkrete Maßnahmen zielen dagegen darauf ab, das lange Leben in vertrauter Umgebung auch in schlecht versorgten Orten zu ermöglichen. Dabei geht es um das soziale Kapital vor Ort und um Prävention:

Da bürgerschaftlich getragene Aktivitäten vor allem in kleinen Gemeinden den entscheidenden Unterschied zwischen Entwicklung und Stagnation machen können, werden sie in Westmecklenburg erfasst und untersucht. So soll das vorhandene Engagement in seiner spezifischen Ausprägung besser erkannt und mittels passgenauer Strategien gefördert werden. Die entstehende Engagementlandkarte soll als ein Arbeitsinstrument weitere Untersuchungen und Unterstützungsansätze ermöglichen.

Bei der Bestandsaufnahme und Befragung kristallisierten sich Engagementcluster heraus: „Stützpfeiler“ wie die Kirchengemeinden und Freiwillige Feuerwehren, „Alltagshelden“, zu denen auch Kleingärtner und Tierzüchter zählen, „Leuchttürme“ wie eigeninitiierte Museen und „Gestalter“, die z. B. mittels Sportausbildung im Verein die Zukunft prägen, konnten eruiert werden. Dabei sind gerade die Gruppen mit formalisierten Rahmen und die Engagementbereiche der Geselligkeit, Freizeitgestaltung und Nachbarschaftshilfe lokal besonders ausgeprägt.

Um gezielt zu unterstützen, sollten je nach Gruppe entweder bestehende institutionellen Strukturen und Multiplikatoren genutzt oder Vernetzung, Beratungs- und Weiterbildungsangebote angeboten werden. Je nach gemeindlicher Ausprägung – die bürgerschaftlich Engagierten als einzelne Inseln, als etablierte kooperative Bürgerschaft oder gar Entwicklungsmotor des Ortes – können Strategien konkret vor Ort, strukturell oder personell fokussiert sein (vgl. Kennel u.a. 2014).

In einem zweiten Projekt werden funktionierende, regionale Netzwerke von Gesundheitssportanbietern, Haus- und Fachärzten für die Gesundheitsprävention in den Dörfern aufgebaut. Eingebettet in die landesweite Initiative des Landessportbundes Mecklenburg-Vorpommern (LSB), gesundheitssportliche Vereinsstrukturen gezielt zu fördern, und in Zusammenarbeit mit dem Institut für Präventivmedizin der Universität Rostock, können Synergien genutzt werden. Es wurden Defizite bei der Versorgung mit gesundheitsförderlichen Leistungen in den Blick genommen, die geeignet sind, den kurativen Sektor, also Haus- und Fachärzte sowie Kliniken, zu entlasten. Im Zuge des Gemeinschaftsprojektes sollten demnach die notwendigen, bislang nur rudimentär entwickelten Kommunikationsstrukturen zwischen den Akteuren aus Medizin, Sport und Sozialwirtschaft entwickelt werden. Tragfähige Qualitätsmanagementstandards für den Bereich tertiärpräventiver und rehabilitativer Gesundheitssportangebote sollten erarbeitet, die Ergebnisqualität anhand von Wohlbefinden und Lebensqualität überprüft und das Gesamtkonzept auf seine Übertragbarkeit auf andere Regionen hin evaluiert werden. Die entstandene umfangreiche Datenbank von 80 Befragungen mit Übungsleitern und 1.000 Befragungen zur Teilnehmerzufriedenheit, zu Lebensqualität und Wohlbefinden von Teilnehmern des ambulanten Rehabilitationssports ist bundesweit einmalig und kann für vielfältige Analysen und Angebotsformulierungen sowie deren bundesweiten Transfer genutzt werden. Ein einheitlicher Beratungsleitfaden wurde ebenso entwickelt wie Organisationsmodelle für Vereine des Gesundheitssports. Die öffentliche Wahrnehmung dieser Sportangebote wurde durch die Projektarbeit verstärkt und die Bedeutung des organisierten Sports als wichtiger Partner der Gesundheitsversorgung unterstrichen. Dies drückt sich auch in der Zunahme laufender Rehabilitationssportangebote aus. In einer zweiten Projektphase wird in einer Modellkommune, die gemäß dem anderen Projekt ausgeprägte ehrenamtliche Strukturen vorweisen sollte, ein Bewegungsparcours installiert (vgl. Blankenburg 2014).

Am Ende bewegen sich die regionalen Strategien wie in Westmecklenburg im Spannungsfeld zwischen Umzugsförderung in die gut versorgten Orte und Engagementförderung und Gesundheitsprävention vor Ort.

Die Modellregion Amt Peenetal / Loitz: Altersgerechtes Wohnen in der Kleinstadt

Eine ähnliche Doppelstrategie verfolgt auch eine andere Modellregion aus Mecklenburg-Vorpommern, das Amt Peenetal/Loitz. Loitz ist eine Kleinstadt in Vorpommern mit etwa 4.500 Einwohnern, die in der Innenstadt erhebliche, stadtbildprägende Leerstände zu verzeichnen hat. Eine Umfrage und die Analyse der Umzugsdaten ergaben, dass die älteren Bewohner der umliegenden Dörfer am ehesten in die Kleinstadt Loitz ziehen würden, sollte ein altersbedingter Umzug notwendig sein. Das soll im Sinne einer Stadt-Land-Partnerschaft in eine Win-Win-Situation umgewandelt werden. Bereits in den einzelnen Orten ehrenamtlich etablierte Personen wurden dafür zu Mobilitäts- und Generationenmanagern ausgebildet. Sie führten jeweils vor Ort eine qualitative Bedarfserhebung zu den Wohnwünschen Älterer und der regionalen Mobilität durch. Die Ergebnisse der Bedarfserhebung wurden in den kommunalen Gremien und der Öffentlichkeit diskutiert und bilden nun die Grundlage für die Auslobung eines Architektenwettbewerbs, der im Oktober 2014 bekannt gemacht wurde. Der Leerstand in der Stadt soll mit einem integrierten Quartierskonzept verringert und die Erreichbarkeitsproblematik für die Älteren behoben werden (vgl. Marquart 2014).

Facharbeitskreise des „Aktionsprogramms regionale Daseinsvorsorge“: Selbstverantwortung als Potenzial

Parallel zu der Arbeit in den Modellregionen tagten von 2013 bis 2014 vier Facharbeitskreise, die sich aus Vertretern der Regionen, der fachlich zuständigen Bundes- und Landesministerien sowie aus externen Experten aus Stiftungen, Verbänden, Wissenschaft und Wirtschaft zusammensetzten. Im Laufe

der Sitzungen kristallisierte sich die bürger-schaftliche Selbstverantwortung als Schwerpunkt des Facharbeitskreises zum Leben im Alter heraus. Gemäß Claudia Neu kann diese auch in Anbetracht der Einbußen von Standards und Wohlfahrt mehr persönliche Freiheit, Bedarfsorientierung und Lebensqualität ermöglichen (vgl. Quaestio 2014, S. 146).

Die Selbstverantwortung bildet damit das Grundpotenzial sorgender Gemeinschaften in Dörfern und Quartieren, für die der Facharbeitskreis in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Enquete-Kommission und den vorgestellten Projekten abschließend klare Rahmenbedingungen und Strukturen formuliert: Sorgende Gemeinschaften brauchen Kümmerer und Vernetzer. Partnerschaften bspw. mit der Wohnungswirtschaft wie in Neubrandenburg oder dem Bielefelder Modell, sind allerdings primär in städtischen Kontexten möglich (vgl. Quaestio 2014, S. 141–143).

In kleineren Orten sind daher befähigte Einzelpersonen der Ausgangspunkt für die erfolgreiche Koproduktion des Gemeinwohls, einen gelingenden Welfare Mix (vgl. ebd., S. 148). Ohne diese Engagierten ist der Lern- und Anpassungsprozess nur schwierig in Gang zu bringen. An einem „point of no return“ bedürfe es Umzugshilfen. Sollte aber ein Grundengagement vorhanden sein, müssen Kommunen entsprechende Kommunikations- und Unterstützungsarbeit leisten. Demografiekonzepte und Beratungsstellen sind dafür wichtig. Auf Dorfebene könne dadurch Aktivierung erfolgen.

Fazit: Ländliches Wohnen im Alter, mit Unterstützung, aber wie!

Damit das Engagement in den verschiedenen Bausteinen des ländlichen Lebens und Wohnens im Alter Formen annehmen kann, bedarf es Moderation, Wissensvermittlung, organisatorischer Unterstützung sowie Bedarfs- und Potenzialanalysen als Hilfestellung. Für Dorfläden, Wohnprojekte und Mobilitätsdienstleistungen muss in der Regel auch eine Rechtsform gefunden werden. Eine regionale Rückgratorganisation kann ein Pate oder auch Franchisevermittler von vorstrukturierten Elementen sein. Diese Organisation, bspw. getragen von Bürgerstiftungen oder einem Corporate Volunteering, kann vielseitig unterstützen: von der Kapitalbeschaffung über die Rechtsberatung bis zur Unterstützung der Geschäftsführung (vgl. ebd., S. 157–159). Eine dauerhafte Finanzierung dieser neuen Subsidiaritätsebene unterhalb der Gemeinde kann durch eine neue Wahlfreiheit bei Standards, durch Gutscheine und Quartierfonds gelingen. Erst die fachliche Begleitung, der Diskussionsprozess und eine finanzielle Unterstützung können also zur Selbstsorge führen.

Professor Dr. Peter Dehne lehrt Bau- und Planungsrecht an der Hochschule Neubrandenburg, im Fachbereich Landschaftswissenschaften und Geomatik. Er ist Mitglied der Kommission zur Erstellung des Siebten Altenberichts der Bundesregierung sowie der Kommission zur Erstellung des Zweiten Engagementberichts der Bundesregierung

Kontakt: dehne@hs-nb.de

Dipl.-Ing. Anja Neubauer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Neubrandenburg, im Fachbereich Landschaftswissenschaften und Geomatik.

Kontakt: neubauer@hs-nb.de

Literatur:

- BBSR – Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2012): Raumordnungsbericht 2011. Bonn.
- Blankenburg, T. (2014): „Bewegung und Lebensqualität im Alter“. Pilotprojekt zur Umsetzung des Aktionsprogramms regionale Daseinsvorsorge Westmecklenburg, Präsentation auf der Bundesweiten Projektwerkstatt zum „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ am 21. November 2014, Berlin.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf, Forschungen Heft 147, Berlin.
- Hordych, H. (2011): Der Mann aus dem Westen. In: Süddeutsche Zeitung, 69. Jg., 15.10.2011 (238), S. V2/3.
- HS Neubrandenburg – Hochschule Neubrandenburg (Hrsg.) (2014): Modellvorhaben der Raumordnung „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ – Projektassistenz Umsetzungsphase. Endbericht – Teil II Wissenschaftlicher Endbericht, Veröffentlichung in Vorbereitung.
- HS Neubrandenburg – Hochschule Neubrandenburg (Hrsg.) (2013): Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“. Teil A: Auswirkungen der demografischen, siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen. Endbericht, Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/25, Schwerin.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe Köln (Hrsg.) (2013): Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“. Teil B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen. Überarbeiteter Endbericht, Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/24 (neu), Schwerin.
- Kennel, C.; Neumüllers, M.; Willisch, A. (2014): Bürger-schaftliches Engagement und soziale Teilhabe aktivieren - Umsetzungsprojekte der Regionalstrategie Daseinsvorsorge in der Planungsregion Westmecklenburg. Vortrag in: Perspektiven der Regionalentwicklung in Schrumpfsregionen. Dezembertagung des Arbeitskreises „Städte und Regionen“ der Deutschen Gesellschaft für Demographie (DGD) in Kooperation mit dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). 4.-5. Dezember 2014, Berlin.
- Klie, Th. (2013): Wen kümmern die Alten? Pattloch.
- Marquart, E. (2014): Gemeinsam neue Wege gehen zur Stärkung der Stadt-Umland-Beziehung, Präsentation auf der Bundesweiten Projektwerkstatt zum „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ am 21. November 2014, Berlin.
- MV – Das Landesportal Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.) (2013): Bevölkerung, Gebiet und Fläche. Online verfügbar unter www.mecklenburg-vorpommern.eu/cms2/Landesportal_prod/Landesportal/content/de/Land_und_Regierung/Unser_Land/Daten_und_Fakten/Bevoelkerung,_Gebiet_und_Flaeche/index.jsp, Zugriff am 09.12.2014.
- Quaestio Forschung & Beratung (Hrsg.) (2014): Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge – Begleitforschung Fachinformation. Endbericht, Bonn, Veröffentlichung in Vorbereitung.

Versorgungsgestaltung in ländlichen Regionen. Welche Modelle bieten Finnland und Kanada?

Kerstin Hämel, Doris Schaeffer und Michael Ewers

¹ Projektbeteiligte: Doris Schaeffer, Janina Kutzner, Kerstin Hämel – alle Universität Bielefeld, und Michael Ewers, Charité – Universitätsmedizin Berlin

² Nach der OECD-Klassifikation sind Regionen dann „entlegen“ („remote“), wenn mindestens 50% der regionalen Bevölkerung eine Fahrzeit von über 45 Minuten (Europa) bzw. 60 Minuten (Nordamerika) zum nächstgelegenen Zentrum mit über 50.000 Einwohnern haben (Dijkstra u. Ruiz 2010).

³ Altenquotient 65 = Anzahl der Personen 65 Jahre und älter / Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre) * 100

Die Kommunen stehen in den nächsten Jahren vor der Aufgabe, auf eine demografiefeste und dem regionalen Bedarf entsprechende gesundheitliche und pflegerische Versorgung hinzuwirken (Hämel u.a. 2013). In strukturschwachen ländlichen Regionen ist das besonders herausfordernd: Ungünstige infrastrukturelle Voraussetzungen, drohende Unterversorgungserscheinungen, Bevölkerungsschwund durch Abwanderung jüngerer Bevölkerungsgruppen und parallel dazu ein Zuwachs an älteren und alten Menschen, die oft unter chronischen Gesundheitseinbußen leiden, treffen dort vielerorts aufeinander (SVR 2014). Benötigt werden Modelle und Konzepte, mit denen die Versorgung unter diesen erschwerten Bedingungen sichergestellt und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden kann. Dafür fehlt es bislang jedoch noch an Ideen und Zielvorstellungen. Hier lag der Ausgangspunkt eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten und an der Universität Bielefeld in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführten Projekts mit dem Titel „Regional differenzierte Versorgung – eine international vergleichende Analyse ländlicher

Versorgungsmodelle“ (DIVER).¹ Aufgabe war die Identifizierung und Analyse regional differenzierter Versorgungsmodelle, die den Versorgungsbedingungen strukturschwacher ländlicher Räume gerecht werden. Zugleich sollten sie auch dem (oft komplexen) Bedarf und den Bedürfnissen älterer, sowie von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit betroffener Menschen entsprechen. Solche innovativen, für die hiesige Modellentwicklung inspirierenden Versorgungsmodelle, wurden insbesondere von Finnland und Kanada erwartet. Denn beide Länder sind Flächenstaaten mit weitläufigen ländlichen Regionen, in denen sich der demografische Wandel deutlich bemerkbar macht. Beide stehen unter geografisch oft noch weitaus schwierigeren Bedingungen als die ländlichen Regionen in Deutschland (vgl. Tabelle 1). Hinzu kommt, dass in beiden Ländern den Regionen und Kommunen eine besondere Gestaltungs- und Umsetzungsverantwortung zugewiesen wurde, was ebenfalls interessante, regional differenzierte Konzepte erwarten ließ.

Tabelle 1: Regionale und demografische Merkmale von Finnland, Kanada und Deutschland (OECD 2011, 2013)

	Finnland	Kanada	Deutschland
Bevölkerungsdichte	15,5 EW/km ²	3,2 EW/km ²	232 EW/km ²
Fläche überwiegend ländliche Regionen	93 %	96 %	40 %
Bevölkerungsanteil überwiegend ländliche Regionen	62 %	28 %	18 %
– darunter: überwiegend ländliche, entlegene Regionen ²	19 %	16 %	0 %
Bevölkerung 65 Jahre und älter 2010 (2050)	17 % (27 %)	14 % (26 %)	21 % (33 %)
Bevölkerung 80 Jahre und älter 2010 (2050)	5 % (11 %)	4 % (10 %)	5 % (15 %)
Altenquotient 65 ³			
– gesamt	25	20	30
– überwiegend ländliche Regionen	28	23	31

Aufmerksamkeit für die besonderen Probleme im ländlichen Raum

Die Versorgung der ländlichen Bevölkerung ist in den beiden hier in den Blick genommenen Ländern schon seit vielen Jahren ein wichtiges Thema. In Finnland beispielsweise zeigten sich bereits in den 1960er Jahren besondere Probleme im ländlichen Raum. Reagiert wurde darauf mit der flächendeckenden Einführung von kommunalen Gesundheitszentren. Die multiprofessionell ausgerichteten Gesundheitszentren sind bis heute zentrale Säule der Versorgung auf dem Land, denn anders als in den Großstädten haben private Einrichtungen dort nur geringe Bedeutung. Die Stärkung der ländlichen Versorgung scheint sich bewährt zu haben: Die Bevölkerungsgesundheit und die Verfügbarkeit von Versorgungsleistungen weist in Finnland verglichen mit anderen OECD-Ländern nur geringe regionale Unterschiede auf. Die Versorgungsstandards in ländlichen Regionen gelten als international vorbildhaft (OECD 2008: 23). Doch trotz der typischen, dezentralen Siedlungs- und Infrastrukturentwicklung, bleibt das Land nicht unberührt von dem international zu beobachtenden Trend der Abwanderung erwerbstätiger Menschen in die wirtschaftlich prosperierenden Ballungszentren.

Vor diesem Hintergrund wird in Finnland (neuerlich) eine intensive Debatte um Anpassungserfordernisse in der ländlichen Versorgung geführt. Zum einen wurde begonnen, auf die Fusionierung von Kommunen und die Bildung von regionalen Versorgungsverbänden hinzuwirken. Ziel ist es, in diesen Verbänden wirtschaftlicher agieren und gemeinsam Ressourcen nutzen zu können. Zum anderen rücken in den Fachdiskussionen die gesundheitlichen Problemlagen der älteren Bevölkerung ins Zentrum der Aufmerksamkeit und damit auch Konzepte, die auf die wachsende Zahl an Menschen mit chronischen Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zielen. Um ihnen eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen, werden neue Wege der Versorgung und der Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen beschritten, die durch den Ärztemangel in den ländlichen Gesundheitszentren zusätzliche Dringlichkeit erhalten. Viele der

dazu entwickelten Modelle sind durch eine Aufwertung und Profilierung der Pflege gekennzeichnet – sei es in der Primärversorgung oder der häuslichen Versorgung (Hämel u. Schaeffer 2014; Hämel u. Kutzner i. E.). Ähnlich und doch anders stellt sich die Situation in Kanada dar. Auch dort ist die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen seit langem ein wichtiges Thema. Allerdings leben in Kanada lediglich 28% der Bevölkerung in ländlichen Regionen, in Finnland dagegen rund 62% (siehe Tabelle 1). Bis heute hält in Kanada der Trend zur Abwanderung der Bevölkerung vom Land in die (südlichen) Metropolregionen an („Rural Leaving“). Damit dünnen ländliche Regionen personell weiter aus und zugleich „ergrauen“ sie, denn auch in Kanada bleiben vor allem ältere Bevölkerungsgruppen zurück (CIHI 2011: 12; Kelley u.a. 2012: 220; Marchildon 2013: 5; MOHLTC 2010: 29). Im Vergleich zu Finnland ist in Kanada die Infrastruktur wesentlich stärker in den Metropolen und städtischen Regionen konzentriert. Auch die Gesundheitsversorgung ist stark durch Zentralisierungstendenzen gekennzeichnet. Einige spezialisierte medizinische Versorgungsleistungen werden fast nur noch in den (regionalen) Metropolen vorgehalten, zu denen Einwohner ländlicher Regionen teilweise weit anreisen müssen (Collier 2010).

Die Versorgungsprobleme auf dem Land haben Anfang der 2000er Jahre an Brisanz gewonnen: Deutlich wurde, dass die Lebenserwartung in ländlichen Regionen niedriger ist als in städtischen, und dass dies nicht zuletzt auf die schlechtere Versorgungslage zurückzuführen ist (Romanow 2002: 161). Etliche Studien zeigten in der Folgezeit, dass die ländliche Bevölkerung in Kanada höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist und einen schlechteren Gesundheitsstatus aufweist als die Stadtbevölkerung: Deutliche Unterschiede zeigen sich beispielsweise bei kardiologischen und rheumatischen Erkrankungen sowie bei Depressionen (CIHI 2006; Williams u. Kulig 2012). In Reaktion auf diese Erkenntnisse wurden in den Provinzen Kanadas Strategien und Programme entwickelt, um die ländliche Versorgung zu stärken (z. B. MOHLTC 2010; RCCbc 2013). Dabei wurde auch die Fachkräftesicherung aufgegriffen, die im ländlichen Raum in Kanada vor zahlrei-

che Probleme gestellt ist. Zugleich wurden neue Modelle gefordert und ins Leben gerufen und auch sie bieten für die Pflege- und Therapieberufe attraktive Profilierungsmöglichkeiten.

Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Bei der Suche nach innovativen Versorgungsmodellen in ländlichen und strukturschwachen Regionen wurden in beiden Ländern sowohl der ambulante wie auch der stationäre Sektor beachtet (siehe Schaeffer u.a. 2015). Wenn in den nachfolgenden Ausführungen die ambulante Primärversorgung im Mittelpunkt steht, dann weil sie in ländlichen Regionen oft die tragende Säule einer wohnortnahen, bedarfsgerechten Versorgung ist und weil sie in beiden Ländern multiprofessionellen Charakter aufweist. Besonders zwischen Medizin und Pflege herrscht eine andere Arbeitsteilung als sie hierzulande (noch) üblich ist, um dem meist komplexen Bedarf bei chronischer Krankheit im Alter besser entsprechen zu können.

In Deutschland ist die Primärversorgung überwiegend auf die hausärztliche Versorgung verkürzt, die aufgrund des starken Facharztsystems relativ schwach aufgestellt ist. Zudem zeichnen sich in ländlichen Regionen gerade im Bereich der allgemeinmedizinischen bzw. hausärztlichen Versorgung zunehmend Unterversorgungserscheinungen ab. Auch Finnland und Kanada sind mit einem Mangel an Allgemein- bzw. Familienärzten auf dem Land konfrontiert, allerdings gehen beide Länder andere und innovativere Wege bei der Beantwortung dieser Mangel-lage. Denn in Finnland und Kanada existiert (wie in vielen anderen Ländern üblich) ein umfassenderes Verständnis von Primärversorgung. Die Primärversorgung ist dort multiprofessionell ausgerichtet und hat ein breites Leistungsprofil, zu dem gesundheitsförderliche und präventive Angebote ebenso gehören wie diagnostische, therapeutische, kompensierende, soziale u. a. Gesundheitsleistungen, die durch ein koordiniertes Vorgehen der beteiligten Gesundheitsprofessionen, durch Ressourcenbündelung und teamorientierte Arbeitsweisen zugänglich gemacht

werden. Mit diesem breiten Leistungsprofil vermag sie den heute dominanten Gesundheitsproblemen zu entsprechen (vgl. EXPH 2014).

Eine solche multiprofessionelle Erweiterung klassischer Hausarztmodelle stellen die Family Health Teams dar, deren Aufbau seit 2005 in der kanadischen Provinz Ontario durch ein Programm des Gesundheits- und Sozialministeriums gefördert wird (Meuser u.a. 2006). In den Teams sind Allgemein- bzw. Familienmediziner im Verbund mit weiteren Gesundheitsprofessionen tätig (z.B. Pflegenden mit akademischer Qualifizierung, auch solche mit fortgeschrittenen Abschlüssen wie Nurse Practitioner, zudem Sozialarbeiter, Diätologen etc.). Die Versorgung wird in Teams erbracht, die sich durch gleichrangige Kooperation auszeichnen. Mit ihrer multiprofessionellen Arbeitsweise reagieren die Family Health Teams auf den komplexen Versorgungsbedarf bei chronischen Krankheiten, die in ländlichen Regionen aufgrund des hohen Anteils älterer Menschen eine große Rolle spielen. Die Teams leisten eine kontinuierliche, koordinierte Versorgung, die ein breites Spektrum der zur Versorgung chronisch Kranker benötigten Dienste umfasst – eine Versorgung also, die auf die komplexen individuellen Bedarfslagen ausgerichtet ist. Traditionellerweise obliegt auch in den Family Health Teams die Verantwortung für die medizinische Behandlung einem Arzt. Vielerorts erfolgt sie inzwischen jedoch in enger Kooperation bzw. auch im Tandem mit Pflegenden, vermehrt Nurse Practitioners, die auf Masterniveau qualifiziert und mit erweiterten Kompetenzen ausgestattet sind. In (abgelegenen) ländlichen Regionen – und das ist aus deutscher Sicht in hohem Maß innovativ – obliegen diesen Pflegenden weite Teile der Versorgung und auch das Management der Primärversorgungseinrichtungen.

Die Family Health Teams arbeiten zugleich populationsorientiert ausgerichtet, d.h. ihr Versorgungshandeln ist an den Gesundheitsproblemen der Bevölkerung in der Region ausgerichtet. Grundlage dazu bildet eine datengestützte Versorgungsplanung. Auf diese Weise konnten sie sich als Garanten der Basisversorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen etablieren.

Innovative Wege beschreiten auch die Nurse Practitioner Led Clinics: Dort liegt die Primärversorgung vollständig in Händen hoch qualifizierter, akademisch ausgebildeter Pfleger (Nurse Practitioners). Sie haben einen hohen Grad an Autonomie erfahren und stellen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weitgehend eigenverantwortlich sicher. Die Nurse Practitioners sind berechtigt, einfache Tests und Untersuchungen durchzuführen oder anzuordnen, Diagnosen zu stellen, Rezepte für Medikamente auszufertigen und anderweitige Verordnungen zu treffen sowie selbst eine recht große Spannbreite an Behandlungen vorzunehmen. Sie übernehmen die Behandlung von leichten akuten Erkrankungen sowie das Monitoring und Management chronischer Erkrankungen und sind beteiligt an strukturierten Behandlungsprogrammen für z. B. Diabetes, Arthritis, Asthma etc. Bei komplexeren Gesundheitsproblemen oder aufwändigeren Diagnose- und Behandlungsverfahren überweisen sie an kooperierende (Fach-)Ärzte oder Krankenhäuser.

Auch in den finnischen Kommunen werden derzeit Modelle erprobt, in denen die Pflege zum ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Belangen erhoben wird. Die ursprünglich als „typisch urbanes“ Angebot gedachten und nun auch im ländlichen Raum erprobten Gesundheitskioske machen Gesundheitsleistungen niederschwellig zugänglich. Die Kioske sind in Einkaufszentren oder Innenstadtlagen angesiedelt, um eine gute Erreichbarkeit zu ermöglichen. Nutzer können die Kioske ohne Voranmeldung aufsuchen (Walk-In Prinzip). Sie treffen dort meist auf akademisch qualifizierte Public Health Nurses, teils sind ergänzend andere Gesundheitsprofessionen, z. B. Physiotherapeuten, vertreten. Zu den typischen Leistungen in den Kiosken gehören Information und Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung, kleinere medizinische Versorgungsleistungen und Check-ups wie Impfungen, Versorgung kleiner Wunden und Blutdruck- und Blutzuckermessung, aber auch themenbezogene Veranstaltungen rund um das Thema Gesundheit (z. B. zu Zahngesundheit, Diabetes). Sie erweitern so die gesundheitliche Grundversorgung der Bevölkerung um Gesundheitsförderung und Prävention. Auch eine zugehende Versorgung durch mobile

Praxen wird in Finnland vermehrt diskutiert, da erste vielversprechende Erfahrungen mit diesem Modell gesammelt wurden. So schafft die südkarelistische „Mallu-Klinik“ den Zugang zur Primärversorgung in jenen Gemeinden der Region, in denen es kein Gesundheitszentrum gibt. Dabei sind die enge Kooperation der mobilen Klinik mit den Gesundheitszentren und auch die Abstimmung mit den Gemeindevertretern wichtig, um das Angebot nutzerorientiert weiterzuentwickeln und seine Akzeptanz in der lokalen Bevölkerung zu stärken.

Integrierte lokale Gesundheitszentren

In Finnland und Kanada sind – teils in langer Tradition – integrierte, lokale Gesundheitszentren wichtige Stützen der (Primär-) Versorgung auf dem Land. Durch Bündelung von unterschiedlichen Diensten an einem Ort verbessern die Zentren den Zugang zu und die Koordination von Versorgungsleistungen. Die kommunalen Gesundheitszentren in Finnland haben eine besonders lange Entwicklungsgeschichte und inzwischen flächendeckende Verbreitung erfahren. Auch in den finnischen Gesundheitszentren wurde in den letzten Jahren das Aufgaben- und Kompetenzspektrum der Pflegenden erweitert. Sie halten eigene Sprechstunden ab und werden insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten gelegentlich auch arztsetzend tätig. Pflegende und Ärzte arbeiten außerdem „auf Augenhöhe“ in Teams zusammen. Neben einer multiprofessionellen ambulanten Primärversorgung verfügen viele ländliche Zentren auch über eine stationäre Abteilung, die sowohl der Akut- wie auch der Langzeitversorgung dient. Gerade für ältere, chronisch kranke Menschen sind die stationären Abteilungen ein wichtiges Angebot. Die regional differenzierte, populationsorientierte Arbeitsweise der Gesundheitszentren und ihre starke kommunale Verankerung können für die Modellentwicklung in Deutschland inspirierend sein.

Ähnlich verhält es sich in den kanadischen Community Health Centres. Auch sie sind den Ideen der Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) zur umfassenden integrierten Primärversorgung verpflichtet. Dabei fokus-

sieren sie vulnerable Bevölkerungsgruppen, zu denen auch ältere Menschen zählen, und sind auf schwer zu versorgende städtische und ländliche Regionen spezialisiert. Ihr Leistungsspektrum ist noch etwas breiter aufgestellt als das der kanadischen Family Health Teams. Um dem Bedarf ihrer Klienten gerecht werden zu können, integrieren sie verstärkt soziale Dienste, initiieren beispielsweise Nachbarschaftsnetzwerke und organisieren Seniorennachmittage. Bürgerbeteiligung und soziales Engagement sind Bestandteile ihrer Community Development Programme, mit denen sie die Gesundheit in den Gemeinden und für die dort lebenden Bevölkerungsgruppen nachhaltig verbessern möchten.

Fazit

In Finnland und Kanada wurden die Versorgungsherausforderungen in ländlichen Regionen früher in den Blick genommen und auf die politische Agenda gesetzt als hierzulande. In beiden Ländern wurden strukturelle Anpassungsprozesse in Gang gesetzt und dabei neue Versorgungsmodelle und qualitative Weiterentwicklungen bestehender Strukturen initiiert, um so auf die Versorgungsprobleme, die sich infolge infrastruktureller Ausdünnung und demografischer Alterung in den ländlichen Regionen stellen, zu reagieren.

Einige der Modelle oder Modellelemente dürften auch für die Versorgungsgestaltung in Deutschland inspirierend sein. Wegweisend ist das in beiden Ländern verbreitete Prinzip einer umfassenden, generalistisch ausgerichteten und multiprofessionellen Primärversorgung: Diese vermag den Großteil des Versorgungsbedarfs der ländlichen Bevölkerung wohnortnah abzudecken. Durch die kooperative und koordinierte Arbeitsweise in Teams ist eine nutzerfreundliche, hinreichend umfassende und zudem kontinuierliche Versorgung auch bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit möglich. Auch für Deutschland dürfte eine solche Weiterentwicklung der Primärversorgung erfolgversprechend sein. Eine Voraussetzung für den Erfolg ist aber, so zeigen die Erfahrungen aus Finnland und Kanada, dass die hierzulande noch brachliegenden Potentiale der Pflege wie auch der therapeutischen Ge-

sundheitsberufe besser ausgeschöpft werden. Finnland und Kanada haben dies nicht zuletzt durch die Akademisierung der Pflege ermöglicht, der heute weite Teile der Versorgung besonders bei chronischer Krankheit obliegen. Die Aufwertung der Gesundheitsberufe ist zugleich Voraussetzung für eine kooperative, multiprofessionelle Arbeitsweise und einen anderen Professionenmix in der Gesundheitsversorgung.

Inspirierend ist auch die konsequente Ausrichtung der Versorgung auf die Bevölkerung einer Region. Alle vorgestellten Modelle haben sich daran zu beweisen, dass sie den besonderen Bedingungen und Voraussetzungen einer (ländlichen) Region und den je spezifischen Bedarfslagen ihrer Einwohner entsprechen. Grundlage dafür ist eine datengestützte, regionale Versorgungsplanung, ebenso die Verbindung individuen- und populationsorientierter Interventionen, um „Gesundheit für Alle“ in der Gemeinde zu fördern und dabei jene (sozial schwachen, älteren etc.) Bevölkerungsgruppen besonders in den Blick zu nehmen, die gesundheitlich benachteiligt sind. Die Kooperation in der Kommune ist daher ebenso Teil des Auftrags aller hier vorgestellten Modelle.

Prof. Dr. Kerstin Hämel ist Professorin für Gesundheitswissenschaften mit Schwerpunkt pflegerische Versorgungsforschung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Kontakt: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Doris Schaeffer ist Professorin sowie Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Sie ist Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Kontakt: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Michael Ewers ist Professor für Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik sowie Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Kontakt: michael.ewers@charite.de

Literatur:

- Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2006): How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants. Ottawa. https://secure.cihi.ca/free_products/rural_canadians_2006_report_e.pdf [Zugriff: 13.12.2014].
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2011): Health Care in Canada. A Focus on Seniors and Aging. Ottawa. https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf [Zugriff: 13.12.2014]
- Collier, R. (2010): Different routes to regionalization. In: Canadian Medical Association Journal 182(4), 330–331
- Dijkstra, L. u. Ruiz, V. (2010): Refinement of the OECD regional typology: Economic Performance of Remote Rural Regions. <http://www.oecd.org/regional/regional-policy/45511797.pdf> [Zugriff: 13.12.2014].
- Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) (2014): Report on definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 July 2014. Brussels. http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/004_definitionprimarycare_en.pdf [Stand: 13.12.2014].
- Hämel, K.; Ewers, M.; Schaeffer, D. (2013): Versorgung angesichts regionaler Unterschiede. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46(4), S. 323–328.
- Hämel, K. u. Kutzner, J. (i. E.): Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Anregungen aus Finnland. In: Pflege und Gesellschaft.
- Hämel, K. u. Schaeffer, D. (2014): Kommunale Gesundheitszentren in Finnland – Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärvorsorgung. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50, S. 11–29.
- Kelley, M.L.; Sletmoen, W.; Williams, A.M.; Nadin, S.; Puiras, T. (2012): Integrating Policy, Research, and Community Development: A Case Study of Developing Rural Palliative Care. In: Kulig, J.C. u. Williams, A.M. (Hrsg.). Health in Rural Canada (S. 219–238). Vancouver, UBC Press.
- Marchildon, G.P. (2013): Canada: Health System Review. Health Systems in Transition 15(1), S. 1–179.
- Meuser, J.; Bean, T.; Goldman, J.; Reeves, S. (2006): Family health teams: a new Canadian interprofessional initiative. In: Journal of Interprofessional Care 20(4), S. 436–438.
- Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) (2010): Rural and Northern Health Care Framework/Plan. Stage 1 Report. Final Report. Toronto. www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/report_rural_northern_EN.pdf [Zugriff: 13.12.2014]
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2013): Health at a glance. Paris, OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2011): Regions at a Glance. Paris, OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2008): Finland. OECD Rural Policy Reviews. Paris, OECD Publishing.
- Rural Coordination Centre of BC (RCCbc) (2013): 2012-13 Year End Report. Vancouver. http://rccbc.ca/wp-content/uploads/2014/07/RCCbc_2013YER_fnl_web.pdf [Zugriff: 13.12.2014].
- Romanow, R.J. (2002): Building on Values. The Future of Health Care in Canada. Final Report. Ontario. http://www.sfu.ca/uploads/page/28/Romanow_Report.pdf [Zugriff: 13.12.2014].
- Schaeffer, D.; Hämel, K.; Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim, Beltz Juventa.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn, Huber.
- World Health Organisation (WHO) (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978.
- Williams, A.M. u. Kulig, J.C. (2012): Health and Place in Rural Canada. In: J.C. Kulig u. A.M. Williams (Hrsg.). Health in Rural Canada (S. 1–19). Vancouver, UCB Press.

„Älter werden im ZukunftsDORF – Leben und Lernen über Generationen“: Das Regionale 2016-Projekt der Gemeinde Legden

Annika Lacour

Unter dem Motto „ZukunftsLAND“ sucht das westliche Münsterland im Rahmen der Regionale 2016 gemeinsam neue Wege in die Zukunft. Bis zum Jahr 2016 sollen strukturwirksame Projekte und modellhafte Lösungen für die kommenden Herausforderungen des ländlich geprägten Raumes entwickelt und umgesetzt werden. Die Gemeinde Legden ist mit ihren innovativen Projektansätzen, die unter dem Begriff „ZukunftsDORF“ versammelt werden, ein Projektträger im Rahmen der Regionale 2016. Die Gemeinde Legden hat ihre Projektidee in Form einer Projektskizze als einer der ersten Projektträger in die Regionale 2016 eingebracht. Im Herbst 2010 hat der Lenkungsausschuss der Regionale 2016 die Projektidee in das mehrstufige Qualifizierungsverfahren aufgenommen. Im Jahr 2012 wurde die Projektidee in den B-Status aufgenommen. Die Gemeinde hat seitdem weiter an der Projektidee gearbeitet und sie zur Entscheidung für den A-Stempel, der höchsten Qualifizierungsstufe der Regionale 2016, eingebracht. Mit der positiven Entscheidung des Lenkungsausschuss am 19. November 2014 ist die Projektidee „ZukunftsDORF Legden“ inzwischen offiziell ein Regionale 2016-Projekt.

In Deutschland werden die Menschen – statistisch gesehen – immer älter. Eine steigende Lebenserwartung ist für jeden einzelnen erfreulich. Für die Gesellschaft insgesamt bedeutet sie: Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung wird immer größer; der Anteil der jüngeren Menschen geht zurück. Der Bedarf an altengerechten Angeboten wächst damit stark. Für Themen wie ärztliche Versorgung, Pflege, Mobilität, barrierefreies Wohnen und Einkaufen müssen Lösungen gefunden werden, die die Lebensqualität im Alter erhalten und ein selbstbestimmtes Leben und älter werden in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Die Projektidee des ZukunftsDORFes geht davon aus, dass diese

Herausforderungen zum Wohle aller Generationen gemeistert werden können.

Der Grundgedanke ist dabei: Was für Ältere notwendig ist, kommt allen zugute. Wenn der öffentliche Raum barrierefrei zugänglich ist, wenn ärztliche, pharmazeutische und pflegerische Versorgung auf Dauer gesichert sind und wenn Waren des täglichen Bedarfes im Ort erhältlich bleiben, sind das Pluspunkte für alle Altersstufen. Medizin, Pharmazie und Pflege sind außerdem wichtige Wirtschaftsfaktoren, die für einen Standort wie Legden große Bedeutung entwickeln können. Die Gemeinde Legden mit rund 7.000 Einwohnern befindet sich im Westmünsterland (Kreis Borken) und besteht aus den Ortsteilen Legden und Asbeck. Legden und Asbeck wurden erstmals 1092 urkundlich erwähnt. Die heutige Gemeinde Legden entstand 1969 durch den Zusammenschluss der bis dahin selbständigen Gemeinden Legden und Asbeck. Ein Branchenmix aus Betrieben der Kunststoffindustrie, der Ver- und Entsorgung, der Metallverarbeitung, des Baugewerbes und vor allem des Fremdenverkehrs und der Freizeit- und Erlebnisgastronomie prägt die Gemeinde. Bekannt geworden ist die Gemeinde Legden unter anderem auch durch den alle drei Jahre stattfindenden Dahlien-Kinder-Blumenkorso. Der Ortsteil Asbeck hat sich als ehemaliges Stiftsdorf den Charme eines typisch münsterländischen Dorfes bewahrt und beherbergt noch viele erhaltene Gebäude und Sehenswürdigkeiten des ehemaligen freiweltlichen adeligen Damenstiftes.

Die Gemeinde Legden ist im Vergleich zu anderen strukturähnlichen Landgemeinden und auch im Vergleich zum Durchschnitt in Nordrhein-Westfalen eine junge Gemeinde: die prozentualen Anteile der Bevölkerungsgruppen im Alter von unter 6 bis 25 Jahre sind alle vergleichsweise höher und die prozentualen Anteile der Bevölkerung über 50 Jahre vergleichsweise niedriger, wie den Daten

¹ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Geschäftsbereich Statistik (2012): Kommunalprofil Legden. Stand: 17.07.2012, S. 8, Düsseldorf (pdf).

der IT.NRW, Landesdatenbank, mit Stand vom 17.07.2012 zu entnehmen ist (IT.NRW 2012) ¹. Aber auch in der Gemeinde Legden werden sich die Strukturen der Gesellschaft wandeln und damit einhergehend auch die Ansprüche und Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger. Die Gemeinde Legden setzt sich jetzt schon mit diesen Veränderungen auseinander und handelt zukunftsweisend. Der Projektansatz ist ganzheitlich und inklusiv. Es werden alle Themenbereiche des Lebens berücksichtigt und alle Menschen in den Blick genommen. Eine Vielzahl an Maßnahmen soll in Legden verwirklicht werden und es so zum ZukunftsDORF machen. Dies ist kein einmaliger Akt, sondern der Anstoß zu einem Prozess, der sich stetig fortsetzen wird. Bürgerinnen und Bürger, private Unternehmen, Vereine und kommunale Verantwortliche tragen ihn und erfüllen ihn von Beginn an mit Leben. Für vieles, was in Legden Wirklichkeit werden soll, gibt es noch keine Vorbilder. Deshalb versteht sich Legden als „Zukunfts-labor“. Mit vielen Projektbausteinen in vier unterschiedlichsten Themenbereichen – Versorgung, Service & Betreuung, Mobilität, Leben & Lernen – wird der Versuch unternommen, den Veränderungen der Gesellschaft im Zuge des demographischen Wandels zu begegnen und eine gute nachhaltige Entwicklung zu erzielen, welche auch Modell für andere Regionen sein kann. Welche Methoden, Strategien oder Arbeitsweisen sich dafür am besten eignen wird hier getestet – der Prozess ist offen und mit Blick auf Inhalte und Strategien flexibel.

Handlungsfeld Versorgung

Eine Dorfmitte mit kurzen Wegen zu Lebensmitteln, Post, Bank, Frisör, Café und Restaurant und vielem mehr ist der Leitgedanke zu einer zukunftsfähigen Grundversorgung im Dorf. Aber auch eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung vor Ort wird im Zuge des demographischen Wandels noch bedeutender: Demenz steht heute schon an erster Stelle der altersabhängigen Erkrankungen. Daher ist es wichtig, sich mit dieser Erkrankung frühzeitig auseinander zu setzen und dafür in allen Bevölkerungsgruppen zu sensibilisieren. Die drei Projektbausteine im Handlungsfeld Versorgung widmen sich der

Gesundheitsversorgung. Das Handlungsfeld Versorgung besteht aus den Kernbausteinen „Gesund älter werden“ und „Teilhabe am Leben“ sowie dem Baustein „Telemedizin“. Die handelnden Akteure dieser Projektbausteine haben es sich zur Aufgabe gemacht, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im Ort zu sichern und eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trotz Einschränkungen zu ermöglichen. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf altersabhängige Erkrankungen, insbesondere auf Demenz, gelegt. Die Bündelung und Vernetzung von Haus- und Fachärzten sowie Therapeuten und ambulanten Pflegediensten und eine Kooperation auf Augenhöhe spielen dabei eine große und sehr wichtige Rolle.

Im Fokus des Projektbausteins „Gesund älter werden“ stehen die Themenbereiche Demenzprävention und Demenzfrüherkennung. Diabetes, Bluthochdruck, Bewegungsmangel und zu wenig geistige Aktivität sind einige Faktoren, die zu einer Erhöhung des Risikos einer demenziellen Erkrankung führen können. An diesen Stellen setzen die Aktivitäten von „Gesund älter werden“ an. Dazu haben sich unter anderem medizinische Dienstleistende zu einem regionalen Kompetenznetzwerk zusammengeschlossen, um so eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen im Frühstadium einer demenziellen Erkrankung zu gewährleisten und Maßnahmen zur Demenzprävention zu entwickeln und umzusetzen. In diesem Kompetenznetzwerk sind Fachärzte, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vertreten, wie auch der Klinikverbund Westmünsterland und die Caritas Pflege und Gesundheit. So wurde in der Ortsmitte Legden ein interdisziplinäres, kooperatives Zentrum zur ambulanten, wohnortnahen Versorgung der Patientinnen und Patienten errichtet. Ziel der Kooperation ist die Optimierung, Weiterentwicklung und auch das Zusammenrücken der vorhandenen ambulanten und stationären Strukturen vor Ort. Dazu wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe und mit kurzen Wegen fortlaufend vertieft. In diesem Zusammenhang werden auch im Modellversuch innovative Versorgungsstrukturen mit Telemedizin aufgebaut. Durch ein virtuelles Betreuungsnetzwerk und altersgerechte Assistenzsysteme soll ein selbstbestimmtes

Leben in den eigenen vier Wänden weiter unterstützt werden. Im Rahmen des Projektbausteins „Teilhabe am Leben“ wird die Verbesserung der Lebenssituation von Demenzbetroffenen, ihren Familien und ihrem sozialen Umfeld durch professionelle und ehrenamtliche Unterstützungsangebote angestrebt. Dabei geht es in erster Linie darum, Demenz erst einmal „zum Thema zu machen“. Demenz ist nach wie vor ein Tabuthema, begleitet von Angst, Scham und Unsicherheit bei den Betroffenen und dem sozialen Umfeld. Im Rahmen einer Öffentlichkeitskampagne, unterschiedlichen Informationsveranstaltungen und zielgruppenspezifischen Schulungen soll für dieses Thema sensibilisiert werden und ein besseres Verständnis der Erkrankung bewirkt werden. Dabei werden ganz konkret und bewusst neue Zielgruppen angesprochen und eingebunden, wie zum Beispiel Vereine und Initiativen, öffentliche Einrichtungen, Kindergärten und Schulen. Ziel ist es, Leben mit Demenz gemeinsam zu gestalten und so ein selbstbestimmtes Leben im Dorf trotz Demenz zu ermöglichen. Mit einem Netzwerk aus Haupt- und Ehrenamtlichen werden bestehende Angebote vor Ort vernetzt, transparenter gemacht und gemeinsam Ideen für neue Angebote entwickelt und umgesetzt. Auch hierbei ist der inklusive Ansatz im Fokus: es soll ein Miteinander und eine gemeinsame Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erreicht werden. Daher wird gezielt mit Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit zusammengearbeitet. Als gemeinsame Maßnahme im Handlungsfeld Versorgung wurde im Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland eine Kontaktstelle aufgebaut. Diese Kontaktstelle bietet eine multiprofessionelle Beratung und konkrete Hilfen für ein besseres Leben mit Demenz. Die trägerunabhängige, neutrale Beratungsstelle steht allen Hilfesuchenden und Interessierten offen und gewährleistet individuelle Beratung, Information und Vermittlung zu Diagnostik, Therapie und Früherkennung, zu Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben mit Demenz und auch zu Entlastungs- und Unterstützungsangeboten sowie Hilfen für zuhause. Die Kontaktstelle richtet sich somit an Menschen mit Demenz und anderen altersbedingten (kognitiven) Einschränkungen selbst, deren Angehörige und auch das soziale Umfeld.

Handlungsfeld Service & Betreuung

Dieses Handlungsfeld befasst sich mit dem Thema der Innenentwicklung. Mit dem Kernbaustein „Innen leben – neue Qualitäten entwickeln“ und dem Baustein „Neue Wohnformen – Bauen im Bestand“ sollen Impulse zur Stärkung der Dorfmitte gesetzt werden. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels gilt es, die Dorfmitte zu stärken durch neuen barrierefreien Wohnraum im Ortskern und die Qualifizierung von Bestandsquartieren, aber auch durch eine barrierearme Gestaltung des öffentlichen Raums und der Schaffung von kurzen Wegen und neuen Wegeverbindungen. In der Dorfmitte sollen sich die Funktionen bündeln, um so ein attraktiver Einzelhandels-, Nahversorgungs- und Wohnstandort zu sein. Im Rahmen des Projektbausteins „Innen leben – Neue Qualitäten entwickeln“ wird ein interkommunales Flächenmanagement in Zusammenarbeit mit der Gemeinde Heek und der Stadt Ahaus entwickelt. Ziel ist es, im LEADER Verbund „Kulturlandschaft Ahaus, Heek und Legden“ einen bewussten und nachhaltigen Umgang mit den Flächen der gesamten Region zu bewirken, um so die Inanspruchnahme weiterer Freiflächen im Außenbereich zu vermeiden und so diese ökologisch und ökonomisch wertvollen Flächen zu schonen. Dieser Grundsatz soll sich auch innerhalb der bebauten Gebiete widerspiegeln: bereits vorhandene freie Flächen sollen möglichst einer (Neu-)Nutzung zugeführt werden. Als erster Schritt dieses regionalen Flächenmanagements wurden eine Untersuchung zur Identifikation von Innenentwicklungspotenzialen in der Region durchgeführt und erste Konzepte zu Aktivierungs- und Kommunikationsmaßnahmen entwickelt. Im Anschluss wurde zeitgleich in Ahaus, Heek und Legden eine Eigentümerbefragung durchgeführt. Dabei wurden Eigentümer befragt, die über Baulücken-Grundstücke oder Flächen in potenziellen Verdichtungsbereichen verfügen. Durch die Befragung sollten Kenntnisse über die Absichten und Wünsche der Eigentümer und mögliche Hinderungsgründe für eine Bebauung ermittelt werden, die dann gegebenenfalls gemeinsam ausgeräumt werden können. Das Ziel: die Beschaffung von umfassenden Grundlageninformationen für das

weitere Vorgehen. Mit einer älter werdenden Bevölkerung geht auch ein steigender Bedarf an barrierefreien Immobilien einher. Viele Wohnungen und Häuser wurden bisher nicht unter der Entwicklung einer alternden Gesellschaft gebaut und sind nicht an die zukünftigen Bedarfe angepasst. Diese Objekte können aber durch diverse Möglichkeiten wie Umbau, spezielle Möbel und Hilfsmittel an neue Gegebenheiten angepasst werden. Barrierefreie Wohnungen erlauben, in Kombination mit anderen adäquaten Versorgungsstrukturen vor Ort, ein selbstbestimmtes älter werden in den eigenen vier Wänden. Doch barrierefreie Wohnungen sind nicht nur notwendig für ältere Menschen. Auch (jüngere) Menschen mit Behinderung oder anderen Einschränkungen sind auf solche Wohnungen angewiesen. Hinter dem Begriff der Barrierefreiheit verbergen sich bauliche Qualitätsstandards, die den Komfort und den Gebrauchswert einer Wohnung insgesamt steigern. Barrierefreiheit kann dementsprechend auch für Familien mit Kindern ein Vorteil sein. Im Projektbaustein „Neue Wohnformen – Bauen im Bestand“ wird deshalb barrierefreie Wohnen als zukunftsfähige Art des Wohnens thematisiert. In der Gemeinde Legden wurden bereits barrierefreie Gebäude und Wohnanlagen von privaten Investoren aus Legden und der Region realisiert. Im Zuge eines Neubaus mit 13 Wohneinheiten wurde eine als sogenannte Musterwohnung für die Dauer eines Jahres hergerichtet. Die rund 50 Quadratmeter große Wohnung im Erdgeschoss wurde durch die Initiative lokaler Unternehmen ausgestattet und möbliert. Dem Bau voraus ging eine lange Vorbereitungszeit, in der sich die beteiligten Akteure mit Experten ausgetauscht und sich so viel Wissen zum Thema angeeignet haben. Den Besuchern der Musterwohnung wurde dieses gesammelte Wissen zum Thema Barrierefreiheit und den Möglichkeiten der Wohnraumanpassung anschaulich zugänglich gemacht: an einem ganz konkreten Objekt wurde demonstriert, wie barrierefreies Wohnen aussehen könnte. Die angestrebte Zielgruppe war von Beginn an breit gefächert und sehr heterogen: Fachpublikum wie Architekten, Bauunternehmer und Handwerker, aber auch Vereine und Gruppen, die sich des Themas Barrierefreiheit annehmen und mit einer solchen Besichtigung vor Ort und am prakti-

schon Objekt erfahren wollten, mit welchen Möglichkeiten und begrenztem finanziellen Aufwand eine Renovierung, ein Umbau oder auch schon ein Neubau so gestaltet werden kann, dass man in allen Phasen des Lebens und selbstbestimmt bis ins hohe Alter in den eigenen vier Wänden leben kann. In der Zielgruppe waren auch die Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde Legden eingeschlossen.

Handlungsfeld Mobilität

Mit Hilfe des dritten Handlungsfelds möchte Legden allen Menschen ermöglichen, sich frei in der Gemeinde bewegen zu können, um so am Dorfleben teilzuhaben. Vor allem mit dem Kernbaustein „Barrierefreier Ortskern“ soll dies geleistet werden. Darüber hinaus sollen mit dem Projektbaustein „Nahmobilität“ zukunftsfähige Mobilitätsformen in Legden entwickelt werden. Um so lange wie möglich selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden zu leben, müssen Menschen mobil sein und bleiben. Den Bürgerinnen und Bürgern soll ermöglicht werden, sich auch mit Einschränkungen selbständig im Dorf zu bewegen, für sich selbst zu sorgen und am Dorfleben teilzuhaben. Im Ortsteil Legden sind zentral im Ortskern und in unmittelbarer Nähe nicht nur wichtige öffentliche Einrichtungen wie zum Beispiel das Rathaus und der Bürgerservice und Möglichkeiten der Nahversorgung gelegen, sondern auch medizinische Dienstleistungen wie Ärzte, Apotheke und das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland. Ebenso ist direkt im Ortskern die katholische Kirche St. Brigida mit weiteren Einrichtungen der katholische Kirchengemeinde St. Brigida – St. Margareta. Das sichere Erreichen dieser Einrichtungen im Ortskern ist von großer Bedeutung. Ziel des Projektbausteins ist eine barrierearme Gestaltung des öffentlichen Raumes in der Ortsmitte. Die direkt durch den historischen Ortskern verlaufende Kirchstraße stellte lange Zeit eine städtebauliche Barriere dar. Durch die barrierefreie Umgestaltung der Kirchstraße konnte mit großem Erfolg eine Einheit des historischen Ortskerns wiedergehergestellt werden. An diesem bereits umgestalteten Bereich soll nun angeknüpft werden. Entlang der Hauptstraße sollen durch eine weich abgegrenzte Fahrflä-

che, welche auch den Fußgängern einen geschützten Bereich bietet, freundliche Flächen für alle Verkehrsteilnehmer, also Fußgänger, Radfahrer und Pkw-Fahrer/-innen geschaffen werden, die für alle Altersgruppen gleichermaßen ansprechend sind. Im Vordergrund steht eine gute Orientierbarkeit für alle Altersgruppen. Im weiteren Prozess werden dann auch häufig genutzte Wegeverbindungen und die Zuwege in den Ortskern in den Blick genommen, auf Barrieren überprüft und dementsprechend sukzessive umgestaltet. Denn ein Ortskern mit Infrastruktur und Versorgungsmöglichkeiten mit einem barrierefrei gestalteten öffentlichen Raum ist nur dann ein großer Nutzen, wenn dieser auch für alle erreichbar ist. Insbesondere auch durch die Situation der beiden Ortsteile in der Gemeinde Legden hat der Aspekt der Erreichbarkeit und dementsprechend der Nahmobilität noch größere Bedeutung: Der Ortsteil Asbeck liegt rund vier Kilometer nördlich vom Ortsteil Legden entfernt. Es ist Ziel der Gemeinde, die vorhandene Bipolarität zwischen den beiden Ortsteilen – Legden als Versorgungs-, Asbeck als Kulturschwerpunkt – zu stärken und auch weiter zu qualifizieren und dabei insbesondere mit Blick auf eine älter werdende Gesellschaft die Mobilität zwischen den Ortskernen zu fördern. Aber auch für die Bewohner in den Außenbereichen der Gemeinde und für die Bewohner und Bewohnerinnen in den vom Ortskern entfernter gelegenen Wohngebieten im Ortsteil Legden ist ein zukunftsfähiges Mobilitätsangebot sehr wichtig, welches das Erreichen der Einrichtungen im Ortskern auch mit Einschränkungen ermöglicht. Mit diesen Themen beschäftigen sich die Akteure des Projektbausteins „Nahmobilität“. Ein Aspekt ist dabei auch die Auseinandersetzung mit bestehenden Angeboten. So wird auch der Bürgerbus in den Blick genommen und daran gearbeitet, diesen zukunftsfähig aufzustellen.

Handlungsfeld Leben & Lernen

Das vierte Handlungsfeld soll ein generationenübergreifendes Gemeinschaftsgefühl in der Kommune erzeugen. Um das Projekt erfolgreich umzusetzen, muss eine breite Basis im Dorf geschaffen werden. Dabei

sollen sich dann eben nicht nur ältere Bürgerinnen und Bürger einbringen, sondern insbesondere auch die jüngeren Generationen sollen einbezogen werden. Durch „Leben & Lernen über Generationen“ soll ein entspanntes, aufmerksames und nachhaltiges Miteinander der Bürgerinnen und Bürger in Legden entstehen.

Mit dem „Dahliengarten“ als neuem Kristallisationspunkt im Zentrum Legdens und Kernbaustein des Handlungsfeldes soll ein Treffpunkt für Jung und Alt geschaffen werden. Mitten im Ortskern wird ein bisher brachliegendes Grundstück in einen integrativen Begegnungsgarten für alle Generationen umgewandelt: der Dahliengarten. Das Kulturgut „Dahlie“ hat in Legden eine lange Tradition und hat dem Dahliendorf nicht nur ihren Namen gegeben, sondern Legden hat auch durch den alle drei Jahre stattfindenden Dahlien-Kinder-Blumenkorso das Dorf bekannt gemacht. Um dieses das ganze Jahr sichtbar zu machen, entstand die Idee eines „Dahliengartens“. In einer Vielzahl von Workshops mit unterschiedlichsten Akteuren aus der Gemeindeverwaltung und der Politik, mit vielen hauptamtlichen und ehrenamtlichen Vertretern aus den Bereichen Kirche, Bildung, Kultur, Gesundheit und Soziales, wurden die Gestaltung und die Nutzungsmöglichkeiten abgewogen und modifiziert. In diesem Prozess wurde deutlich, dass der Dahliengarten kein reiner Schaugarten werden kann, sondern ein Begegnungsgarten für alle Generationen als neuer Treffpunkt mitten im Ortskern werden muss. Viele Vereine und Einrichtungen wie das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland wurden intensiv in das Nutzungskonzept eingebunden, so dass der Dahliengarten zu einem lebendigen Ortszentrum wird. Der Dahliengarten entsteht zurzeit im ehemaligen Obstgarten des Pastors. Durch diese nun begehbbare ca. 4.500 Quadratmeter große Fläche werden im Ortskern nicht nur neue Wegeverbindungen geschaffen, sondern auch die Aufenthaltsqualität insgesamt deutlich erhöht. In die Planungen des Grundkonzeptes waren auch Experten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen eingebunden. Das Grundkonzept umfasst die landschaftsgärtnerische Struktur des Gartens, sieht aber auch gleichzeitig noch freie Grünflächen für kommende Ideen und Gestaltungsmöglichkeiten vor. Auch eine befestig-

te Fläche für kulturelle Veranstaltungen, Bean-Bag-Turnier, Workshops oder Vereinsaktivitäten und vieles mehr wird vorhanden sein. Ein besonderes Augenmerk galt auch der Gestaltung in Hinblick auf die Wahrnehmbarkeit mit allen Sinnen. So wurden bewusst besonders duftende Pflanzen ausgewählt und auch eine „Naschecke“ mit Kräutern und Beerenpflanzen verwirklicht. Das sichtbare Highlight ist dann die Dahlienblüte im Spätsommer/Herbst, bei der die leuchtenden Farben der über 100 Dahliensorten bewundert werden können. Ebenso wurde darauf geachtet, dass der Dahliengarten beispielbare Elemente enthält, wie zum Beispiel ein Wasserspiel. Die gegenwärtige Umsetzung wird aus dem europäischen Förderinstrument LEADER gefördert, sodass der Dahliengarten im Frühjahr 2015 eröffnet werden kann. Die weiteren Bausteine „Wissen weitergeben“, „Integration älterer Menschen mit Handicap“ und „Der Friedhof, Ort der Erinnerung und Begegnung“ tragen ebenfalls zur Gemeinschaftsbildung und Integration aller Bürger und Bürgerinnen bei. Mit verschiedenen intergenerativen Veranstaltungen und Aktionen sollen Menschen aus unterschiedlichen Altersgruppen im Rahmen des Projektbausteins „Wissen weitergeben“ zusammengebracht werden, um voneinander zu lernen und sich auszutauschen. Den Auftakt bildet die erste Erprobung des Formates „Wissens-Camp“: Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen im Alter von 11 bis 90 Jahren treffen sich in regelmäßigen zeitlichen Abständen und jedes Treffen steht dann im Zeichen eines Lebensjahrzehnts.

So soll gemeinsam herausgefunden, welche Themen sich für ein „Lernen über Generationen“ anbieten, und daraus weitere Ideen zur gemeinsamen Gestaltung entwickelt werden. Der Inklusionsgedanke findet sich auch vor allem im Projektbaustein „Integration älterer Menschen mit Handicap“ wieder. Ziel ist die Entwicklung hin zu einer inklusiven Dorfgemeinschaft, bei der Rücksichtnahme und Toleranz über alle Generationen gelebt wird. Die Minderung von natürlichen Berührungspunkten auf allen Seiten ist dabei der erste Schritt. Ältere Menschen und Menschen mit körperlichen oder geistigen Handicaps werden im Abbau ihrer Ängste unterstützt, um so eine Isolation zu vermeiden

und gesunden und jüngeren Menschen wird die Sichtweise dieser Menschen mit Hilfsmitteln wie Rollstuhl oder Alterssimulationsanzug verdeutlicht. So wird Schritt für Schritt mehr gegenseitiges Verständnis und auch Rücksichtnahme aufgebaut. Der Friedhof soll nicht nur als Ort der Trauer und des Abschieds wahrgenommen werden, sondern auch als Ort der Erinnerung und der Begegnung. Dazu wurde der Projektbaustein „Der Friedhof, Ort der Erinnerung und der Begegnung“ entwickelt. Durch Gedenkfeiern für Verstorbene und themenbezogene Lese-, Sing- und Konzertabende bzw. -nachmittage soll die Erinnerung an freudige, positive Momente im Vordergrund stehen und in der Begegnung mit anderen Hinterbliebenen Austausch stattfinden. Durch offene Gesprächsangebote in angenehmer Atmosphäre sollen Möglichkeiten geschaffen werden, die den Menschen in ihrer Trauer helfen. Die Darstellung der verschiedenen Initiativen und Ansätze zeigt bereits deutlich, wie sich die verschiedenen Projektbausteine und deren Maßnahmen mosaikartig zu einem Gesamtkonzept zusammenfügen: zu der Vision eines Dorfes, das seinen Bürgern ein Leben und ein Älter werden im Quartier, in der gewohnten Nachbarschaft, ermöglicht und die Gemeinschaft des dörflichen Sozialraums stärkt. Dass dieser ganzheitliche Projektansatz innovativ für eine Gemeinde im ländlichen Raum ist, zeigen auch die Bewertungen unabhängiger Expertenjurys: Im Februar 2014 wurde das Projekt von NRW Innenminister Ralf Jäger als Preisträger im vierten Ideenwettbewerb der NRW.BANK ausgezeichnet und im September 2014 folgte die Auszeichnung als „Ausgezeichneter Ort“ im bundesweiten Innovationswettbewerb „Ausgezeichnete Orte im Land der Ideen“ 2014.

Annika Lacour, M.A., ist Projektkoordinatorin des LEADER Projektes „Lernen vom Zukunftsdorf – Legden auf dem Weg in die Zukunft“ und des Regionale 2016 Projektes „Älter werden im Zukunftsdorf – Leben und Lernen über Generationen“

Kontakt: lacour@legden.de

