



Hans-Arved Willberg

Die Gesundheit der Waldbronner Ressourcen und Bedarf

Analyse der Sozialstruktur Waldbronn und Einschätzung
der aktuellen und zukünftigen Bedarfe
der Waldbronner Bevölkerung
mit den Schwerpunkten
Gesundheit und Senioren



Auftraggeber und Herausgeber:
Bürgermeister Christian Stalf

Januar 2024

WALDBRONN
ORT MIT
HEILQUELLEN-KURBETRIEB

Herausgeber:

Gemeindeverwaltung Waldbronn
Bürgermeister Christian Stalf

Autor:

Dr. phil. Hans-Arved Willberg
Sozial- und Verhaltenswissenschaftler
www.life-consult.org
info@life-consult.org

Produktion:

KomBi
Verlag für Kompetenz und Bildung
D-7265 Ettlingen
www.kombi.life-consult.org

2024

Hans-Arved Willberg

Die Gesundheit der Waldbronner

Mein besonderer Dank gilt Bürgermeiser Stalf für das geschenkte Vertrauen, Dr. med. Jürgen Kußmann, der ebenfalls wesentlichen Anteil daran hatte, dass dieses Projekt zustande kam, sowie allen, die konstruktiv und erfreulich engagiert mitgewirkt haben, vor allem die betreffenden MitarbeiterInnen der Gemeinde und die Interviewpartner.

Und dann möchte ich noch einräumen, dass eine komplexe und ausführliche Untersuchung wie diese kaum ohne einseitige Wahrnehmungen und Fehler bleiben kann. Ich bin allen schon im Voraus dankbar, die mich sachlich auf sachliche Fehler hinweisen werden und denen, die mir konstruktiv helfen, durch die Wahrnehmung einer anderen Seite, die mir noch nicht in den Blick gekommen ist, dazuzulernen.

Diese Arbeit ist ein Beitrag zum Diskurs. Es gilt, ihre Erkenntnisse und Impulse nun in den Prozess des Optimierens der Waldbronner Gesundheits- und Seniorenpolitik zu integrieren. Der Prozess ist aber nichts Gemütliches, sondern es sind dringliche und nachhaltige Weichenstellungen anzugehen.

*Im Januar 2024
Hans-Arved Willberg*

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	8
2.	Forschungsdesign	11
2.1.	Kurze Darstellung der qualitativen Forschungsmethodik	11
2.2.	Begründung für das qualitative Vorgehen dieser Studie	14
2.3.	Vorgehensweise	15
3.	Durchführung der Studie	17
3.1.	Erfassung der Waldbronner Sozialstruktur	17
3.1.1.	Der Zahlenbefund zur Waldbronner Bevölkerungsentwicklung in den letzten Jahren	17
3.1.2.	Daten zur Lebenssituation der Waldbronner Bevölkerung	22
3.1.2.1.	Daten zur Wohnsituation	22
3.1.2.2.	Daten zur Erwerbstätigkeit	23
3.1.2.3.	Daten zu sozialen und gesundheitlichen Problemfeldern	24
3.1.2.4.	Daten zu den ökonomischen Lebensverhältnissen	25
3.1.3.	Zwischenbilanz	28
3.1.3.1.	Memos im Prozess des Recherchierens	28
3.1.3.2.	Vorliegende Bedarfseinschätzungen	30
3.1.3.3.	Das vorläufige Untersuchungsergebnis	34
3.2.	Potenziale und Defizite der Gesundheitsförderung in Waldbronn	43
3.2.1.	Kategorisierung der Gesundheitskriterien	43
3.2.1.1.	Kernkriterien körperlicher Gesundheit	44
3.2.1.2.	Kernkriterien seelischer Gesundheit	47
3.2.1.3.	Kernkriterien sozialer Gesundheit	50
3.2.1.4.	Kernkriterien spiritueller Gesundheit	52
3.2.1.5.	Zusammenfassung	54
3.3.	Survey: Gesundheitsfördernde Einrichtungen in Waldbronn	56
3.3.1.	Einrichtungen für Gesundheit und Soziales sowie affine Einrichtungen	56
3.3.2.	Auswertung des Surveys	58
3.3.2.1.	Bereich körperliche Gesundheit	58
3.3.2.2.	Bereich psychosoziale Gesundheit	59
3.3.2.3.	Bereich spirituelle Gesundheit	60
3.3.2.3.	Resümee	61
3.4.	Interviews	62
3.4.1.	Die Interviewfragen	62
3.4.2.	Auswertung der Interviews	63
3.4.2.1.	Das Leitbild 2025 zum Ziel bringen	64
3.4.2.2.	Die Prioritäten zugunsten der Bereiche Gesundheit und Senioren verlagern	68
3.4.2.3.	Die weiteren codierten Themen	71

4. Beantwortung der Leitfragen	81
4.1. Welche Angebote im Bereich der Gesundheit und der Senioren gibt es in Waldbronn und welche Veränderungen sind in den kommenden Jahren zu erwarten?	81
4.1.1. Definition und Zuordnung der Bereiche „Gesundheit“ und „Senioren“	81
4.1.2. Die Waldbronner Angebote in den Bereichen „Gesundheit“ und „Senioren“	83
4.1.2.1. Überblick der Angebote	83
4.1.2.2. Die zu erwartenden Veränderungen in den kommenden Jahren	84
4.2. Wie lassen sich Stärken, Defizite und Bedarfe mit Blick auf diese Angebote beschreiben?	84
4.3. Was sollte geschehen, damit die Defizite so gut wie möglich minimiert werden und der reale Bedarf mit Blick auf die zu erwartenden Veränderungen so gut wie möglich erfüllt wird?	85
Quellenverzeichnis	86

Werte Leserinnen und Leser,

die Entwicklung unserer schönen Gemeinde Waldbronn benötigt bei zukünftigen Entscheidungen eine strategische und sachlich-fachlich fundierte Grundlage. Das gilt vor dem Hintergrund der heutigen Herausforderungen noch mehr als in der Vergangenheit. Diese Überlegung war der Ausgangspunkt für die vorliegende Publikation: „Die Gesundheit der Waldbronner – Ressourcen und Bedarf“. Der Autor Dr. Hans-Arved Willberg hat sich in mehr als einem halben Jahr der Herausforderung gestellt, die hierfür erforderliche Datengrundlage zu schaffen, wissenschaftlich-strukturiert zu bewerten und lesenswerten Ergebnissen zuzuführen.



Die dabei gewonnenen Daten und Erkenntnisse helfen beim Finden eines Weges durch die komplexen Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik. Welchen Strukturen sind hierfür in Waldbronn bereits vorhanden und welche relevant, um sie auszubauen? Wie ist der zukünftige Gesundheitsbedarf unserer Bürgerinnen und Bürger und welche (auch örtlichen) Räume gibt es hierfür? Und nicht zuletzt die große Frage: Welche Bedeutung hat die Gesundheit unserer Bürgerinnen und Bürger für das Leben in Waldbronn, insbesondere im Alter (Stichwort: Soziale Vereinigung)?

Die Untersuchung von Dr. Hans-Arved Willberg belegt, dass Waldbronn als „Gesundheitsstandort“ schon heute gute Voraussetzungen für ein gutes Leben in jedem Alter bietet. Die Albtherme, die SRH Klinik Waldbronn und zahlreiche ehrenamtliche Aktivitäten bieten dafür eine sehr gute Basis. Die vorliegende Publikation hilft uns aber immens dabei, diesen Weg auch in den kommenden Jahren erfolgreich weiter zu beschreiben.

Ich möchte an dieser Stelle Dr. Hans-Arved Willberg herzlich für seinen Einsatz beim Erstellen dieser Publikation danken! Er hat für alle interessierten Bürgerinnen und Bürger eine sinnstiftende und vor allem lesenswerte Sozialraumstudie für Waldbronn verfasst. In meinen Dank möchte ich natürlich auch alle Beteiligten und Studienteilnehmenden einschließen, die wertvolle Informationen beigesteuert haben.

Und Ihnen, werte Leserinnen und Leser, wünsche ich nun viel Spaß beim Lesen dieser erkenntnisreichen Lektüre!

Ihr

Christian Stalf
Bürgermeister und Kurdirektor

1. Einleitung

Leitfragen und Kompassrichtung dieser Untersuchung

Aus den Planungsgesprächen zu diesem Projekt gingen folgende Leitfragen für die Untersuchung hervor:

1. Welche Angebote im Bereich der Gesundheit und der Senioren gibt es in Waldbonn und welche Veränderungen sind in den kommenden Jahren zu erwarten?
2. Wie lassen sich Stärken, Defizite und Bedarfe mit Blick auf diese Angebote beschreiben?
3. Was sollte geschehen, damit die Defizite so gut wie möglich minimiert werden und der reale Bedarf mit Blick auf die zu erwartenden Veränderungen so gut wie möglich erfüllt wird?

Es gibt kein Forschungsdesign, in dessen Hintergrund nicht eine Weltsicht derer stünde, die es entwerfen. Wenn es sich dabei aber um gesundheitspolitische Angelegenheiten handelt, ist eine weltanschauliche Grundausrichtung nicht nur unvermeidlich, sondern auch unverzichtbar. Es geht bei diesen Fragen immer auch wesentlich um den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Die Gesundheit der Einzelperson steht in hohem Maß unter dem Einfluss ihrer gesundheitsfördernden Lebensverhältnisse. Ein Großteil derselben lässt sich mit der Metapher des warmen sozialen Klimas zusammenfassen. Wir richten also den Blick am Ausgangspunkt unseres Forschungswegs gewissermaßen nach Süden. Wir starten mit der impliziten Hypothese, dass die soziale Durchschnittstemperatur in Waldbonn vergleichsweise hoch ist. Aber es gibt in unserer Gesellschaft als Gegenstück der übermäßigen Erderwärmung bedenkliche Indizien für eine übermäßige Abkühlung des sozialen Klimas (Willberg, 2023). Das sind *keine* Hypothesen, sondern gut erforschte empirische Tatsachen. Waldbonn kann sich diesen Entwicklungen nicht entziehen, aber präventiv darauf einstellen.

Als ich nach dem zweiten Planungsgespräch vor dem Rathaus an der Bushaltestelle wartete, kam ich mit einer Frau ins Gespräch. Sie sei vor längerer Zeit zugezogen, weil ihre Mutter hier lebt, erzählte sie. Sie fühlt sich nicht wohl hier. Sie kennt hier niemand, sie fühlt sich fremd. Sie macht nicht den Eindruck, sozial ängstlich zu sein. Die Worte gehen ihr leicht von den Lippen, sie wirkt durchaus extrovertiert. Wir leben in einer sehr mobilen Gesellschaft. Viele wohnen allein und für viele ist die Wohnung nur ein Privatraum, sie haben keine Bindung an den Ort, zu dem die Wohnung gehört. Wie groß ist wohl die Zahl der vereinzelt Lebenden in Waldbonn? Wie geht es ihnen, wenn sie alt werden? Was machen sie mit Problemen, die sie allein nicht mehr bewältigen können?

Ich gehe mit zwei weltanschaulichen Wegweisern an den Start, die noch deutlicher als die Südrichtung auf dem Kompass angeben, wohin wir uns auszurichten haben, wenn wir das Abkühlen des sozialen Klimas nachhaltig verhindern und damit unser Möglichstes für die beste Gesundheitsprävention der Waldbronner Bevölkerung tun wollen. Den ersten hat uns der Soziologe Richard Sennett in seinem Buch über den gesellschaftlichen Zusammenhalt zur Verfügung gestellt (Sennett, 2012). Auf dem Weiser steht „Tschüss Tribalismus!“ Unter Tribalismus versteht man die modernen Formen des Stammesdenkens. Tribalisten wollen unter sich bleiben, halten sich für besser als alle andern und meinen, über sie Bescheid zu wissen, ohne sie überhaupt zu kennen. Auf dem andern Weiser steht „Willkommen Patriotismus!“ Schon Immanuel Kant hat diesen Begriff geschätzt, aber auch sorgfältig eingegrenzt: Patriotismus sei etwas anderes als Paternalismus, nämlich die „vaterländische“ Haltung möglichst aller im Unterschied zur „väterlichen“ Haltung einiger Führungspersonen. Solch eine Regierung, „die auf dem Prinzip des Wohlwollens gegen das Volk als eines Vaters gegen seine Kinder errichtet“ ist, „wo also die Untertanen als unmündige Kinder, die nicht unterscheiden können, was ihnen wahrhaft nützlich oder schädlich ist, sich bloß passiv zu verhalten genötigt sind“, sei in Wahrheit Despotismus. Ihr Glück und wie sie es erreichen erwarten sie allein „von seiner Güte“ (Kant, 1981. S.145f).

Gesunder Patriotismus ist das dankbare und stolze Bekenntnis zur Heimat, wenn es von dem getragen wird, was Sennett als Gegenteil des Tribalismus darstellt und als Voraussetzung des gesunden gesellschaftlichen Zusammenhalts: *Kooperation*. Das betrifft die Gemeinschaft innerhalb der Gruppe ebenso wie das Verhältnis der Gruppe zu anderen. Kooperation schafft das Wirgefühl, mit dem wir uns zuhause fühlen. Im warmen sozialen Klima gesunder Heimatverbundenheit erleben die Menschen Resonanz und darin Geborgenheit. Sie sind integriert. Sie gelten etwas in der Gemeinschaft, deren Teil sie sind; sie gehören wirklich dazu, gewollt und gebraucht.

Recht verstandene patriotische Sichtweisen sind die wahre und notwendige Alternative zu den Spielarten des zeitgenössischen Tribalismus. „Tribalismus verbindet Solidarität gegenüber solchen, die einem ähnlich sind, mit Aggression gegen solche, die anders sind“, definiert Sennett (Sennett, 2012, S.16). Das schafft gewisse Hotspots der innigen Gemeinschaft zum Preis des Auschlusses der vielen andern. Tribalistisch können ganze Völker sein, vor allem dann, wenn sie despatischen Vatertgestalten folgen. Tribalistisch können aber auch ganz kleine Gruppen sein: Familien, Peergroups, Interessengemeinschaften zum Beispiel. Das ist kennzeichnend für die Abkühlung des sozialen Klimas: Man bleibt unter sich, die andern braucht und will man nicht; man fühlt sich besser und weiß alles besser. Das ist zweifellos ein Hauptfaktor der überaus weit verbreiteten sozialen Isolation (Willberg, 2023).

Den zweiten Wegweiser, auf dem „Willkommen Patriotismus“ steht, hat die Philosophin Martha Nussbaum aufgestellt, als sie zeigte, wie wichtig die *Emotionalität* eines solchen Gemeinschaftsbewusstsein für den gesellschaftlichen Zusammenhalt ist. Eine humane Gemeinschaft braucht so etwas wie Patriotismus, damit sie lebendig bleibt, indem die notwendige Begeisterung für ihre humanen Ideale entsteht, erhalten bleibt und wächst. Ohne diese Emotionen wird das Engagement lau und endet schließlich in Gleichgültigkeit. Ein Gemeinschaftsgefüge dieser Art scheint fest auf dem Boden der Wohlstandssicherheit zu ruhen, aber dieses Fundament ist mit der Schmierseife des Egoismus überzogen und der scheinbar unerschütterliche bürgerliche Thron, auf dem man sich so gut in bequemer Selbstgefälligkeit sonnen kann, rutscht stetig mehr und mehr in die Gefilde des kalten Egoismus ab, wo man sich in den zerstörerischen Formen von Kollektiven wiederfindet, die, wie Nussbaum es ausdrückt, „das fragile Ich durch die Herabsetzung und Diffamierung anderer“ schützen (Nussbaum, 2014, S.13f), um die Plätze auf den Thronen und an der Sonne ja nicht preisgeben zu müssen. Das ist gesellschaftlicher Rückschritt in Richtung Tribalismus.

Dieses Projekt zur Analyse der Sozialstruktur, aus dem brauchbare Antworten auf die drei Leitfragen resultieren sollen, will ein Beitrag zur kommunalen Corporate Identity der Waldbronner sein. Meine Vision ist, dass Begeisterung für unser gemeinsames soziales Potenzial entsteht, so dass wir es dankbar wahrnehmen, anreichern und optimal entfalten.

„Die Wohlfühlgemeinde im Albtal“ nennt sich unsere Kommune. Am wohlsten fühlt man sich dort, wo man sich ganz zuhause fühlt. Waldbronn wird seinem Slogan gerecht, wenn es für alle, die hierher kommen und hier wohnen, die besten Voraussetzungen dazu schafft. Darauf werden auch alle nachhaltig sinnvollen Maßnahmen zur Gesundheitsprävention basieren.

2. Forschungsdesign

Eine qualitative Studie

Diese Studie soll den Ansprüchen der wissenschaftlichen Sozialforschung genügen. Darum galt es vorab die Weiche zu stellen, welche wissenschaftlich valide Methodik Anwendung finden soll. Die Wahl fiel nicht schwer: Für diesen Fall ist ein qualitatives Procedere vorzuziehen. Das soll im Folgenden begründet werden. Zunächst gilt es aber zu definieren, was mit der qualitativen Forschungsmethodik überhaupt gemeint ist.

2.1. Kurze Darstellung der qualitativen Forschungsmethodik

Qualitative Vorgehensweisen finden insbesondere in Disziplinen Verwendung, deren Fragestellungen grundsätzlich einen phänomenologischen Schwerpunkt haben. Das heißt: Es geht um das Verstehen von Zusammenhängen. Deswegen eignen sie sich besonders gut zur Erforschung humaner Angelegenheiten, sofern Emotionen, Erwartungen und subjektive Einschätzungen von Individuen dabei eine wesentliche Rolle spielen, wie auch die real erlebte Qualität der Beziehungen in ihrem sozialen Umfeld (Miles, Huberman et al., 2014). „Zur Theoriebildung wird dabei bewusst der Kontext mit einbezogen [...]. Die so entstehenden Theorien beziehen sich häufig darauf, wie Menschen ihre Umwelt erleben und mit ihr umgehen“ (Sedlmeier & Renkewitz, 2013, S.844). Das trifft eindeutig auf die Thematik dieser Studie zu. Theoriebildung ist genau genommen die Entstehung einer Sicht der Dinge.

Seit den 70er Jahren hat die qualitative Sozialforschung starken Aufschwung erfahren und sich dabei zunehmend wissenschaftlich als Alternative zu den quantitativen Verfahren etabliert (ebd.; Flick, 2007). Im Kern der qualitativen Forschungsmethodik steht das vis-a-vis geführte offene Interview im Unterschied zu den üblichen geschlossenen Fragebögen der quantitativen Sozialforschung. Vorteilhaft daran ist, dass eine wesentlich genauere Wahrnehmung der befragten Person möglich ist und dass im Verlauf des Interviews wichtige Aspekte zur Sprache kommen können, die andernfalls womöglich gar nicht in Erscheinung treten würden (Miles, Huberman et al., 2014).

Abbildung 01 zeigt eine schematische Darstellung qualitativen Vorgehens, für die es Sedlmeier und Renkewitz zufolge einen hohen Konsens unter den Sozialforschern gibt. Kennzeichnend ist die Flexibilität des Verfahrens:

- ▶ Die Datensammlung kann (wie bei unserer Studie), ausgehend von Leitfragen, am Anfang des Prozesses stehen. Sie kann aber auch aus bereits verifizierten Befunden hervorgehen, um von dort aus linear oder verzweigt weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

- Mit der Datendarstellung und -reduktion erfolgt die Aufbereitung des Datenmaterials (Mayring, 2002). Sie zielt auf die kategoriale Einordnung der Datenbefunde. Somit beinhaltet die Datendarstellung auch bereits das Moment der Datenanalyse, im Wechselbezug zu davon ausgehenden Schlussfolgerungen, die im Fall von vorausgehenden Hypothesen in die Verifikation beziehungsweise die Bestärkung der entstandenen Theorie münden, oder auch in ihre Modifikation oder Verwerfung. Daraus kann sich rückbezüglich eine weitere Datenreduktion ergeben, indem Sachverhalte klarer und als unbedeutend erkannte Ergebnisse ausgeschieden werden (ebd.). Leitlinie für die Datenreduktion ist generell, von Beginn an bereits im Prozess der Datengewinnung darauf zu achten, nur relevante Informationen festzuhalten (Sedlmeier & Renkewitz, 2013).

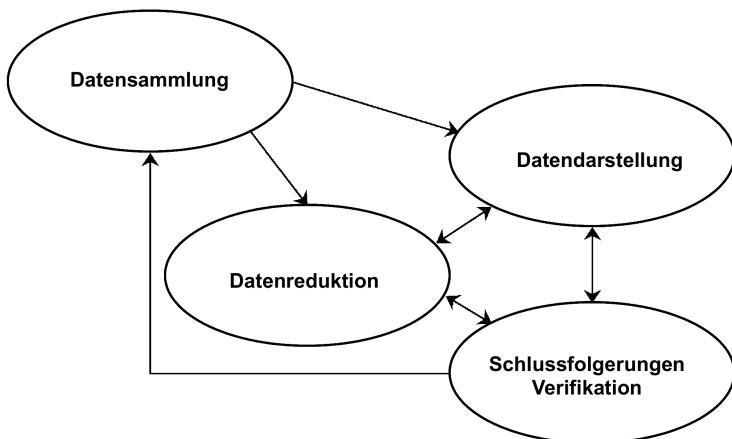


Abbildung 01: Übliches Schema des Vorgehens bei qualitativem Forschungsdesign nach Sedlmeier & Renkewitz, S. 846

Mayring fasst dementsprechend die Schwerpunkte des qualitativen Vorgehens mit drei Stichworten zusammen: *Erhebung*, *Aufbereitung*, *Auswertung* (Mayring, 2002).

Um zu aussagekräftigen Konklusionen zu gelangen, müssen die gesammelten Daten letztlich „eindeutig, ausschließlich und vollständig“ vorliegen (ebd., S.88). Wesentlich auf dem Weg dorthin ist eine präzise Kategorisierung des Datenmaterials, welche durch konsequente *Codierung* erfolgt. Damit ist die im Prozess zunehmend genaue Einordnung der Daten unter repräsentative Symbolbegriffe gemeint (Miles, Huberman et. al., 2014).

Kennzeichnend für qualitative Verfahrensweisen ist die dynamische Prozesshaftigkeit (Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Bereits während der Datensammlung können analytische Einsichten, Erkenntnisse von Zusammenhängen und Hypothesen entstehen, die es dann bereits vorzumerken gilt. Solche „Merkzettel“ werden „Memos“ genannt (ebd.; Mayring, 2002). „Ist ein Memo zu einem bestimmten Aspekt angelegt worden, so trachtet der Forscher danach, es durch zusätzliche Analysen und Beobachtungen auszuarbeiten und zu vervollständigen“, erklärt Mayring (ebd., S.105).

Memos im Sinne vorläufiger Randnotizen bahnen der Codierung den Weg (Miles, Huberman et al., 2014; Flick, 2007). Codierungen sind begriffliche Teilkonklusionen, die gewissermaßen als stichwortartige Überschriften fungieren, wie in Veröffentlichungen, wenn auf einem breiten Rand jeweils kurze inhaltliche Benennungen zum Textabschnitt daneben verzeichnet sind (Miles, Huberman et al., 2014). Je weiter der Prozess fortgeschritten ist, desto klarer sollten sich auch die Codes herauskristallisiert haben.

Es dürfte deutlich geworden sein, dass für gewisse Konstellationen unbedingt ein qualitativer Forschungsweg bevorzugt werden sollte. Wissenschaftstheoretisch ist das qualitative Forschen genauso legitim wie das quantitative, denn prinzipiell gibt es „keine eindeutigen Indikatoren für die Feststellung theoretischer Sachverhalte in der empirischen Realität“ (Lamnek, 1980, S.16). Dabei dürfen aber nicht die Schwächen der Methodik außer Acht gelassen werden. Qualitative Verfahren müssen mit wesentlich geringeren Datenmengen auskommen als fragebogenbasierte quantitative Vorgehensweisen. Damit laufen sie Gefahr, wichtige Aspekte nicht in den Blick zu nehmen und einseitige Ergebnisse zu produzieren. Dies umso mehr, als die in den Interviews gesammelten Aussagen ihren Schwerpunkt bei subjektiven Sichtweisen haben. Summierte Subjektivität wird nicht automatisch objektiv. Mit beiden Gefahren muss sorgsam umgegangen werden, um die Validität der Befunde nicht zu beeinträchtigen.

Aber die Stärken des qualitativen Forschens sind zugleich auch die Schwächen des quantitativen. Ohne vorgängige qualitative Theoriebildung kann es sein, dass Hypothesen aufgestellt und überprüft werden, „ohne vorher den Gegenstand verstanden zu haben, seine Qualität erfasst zu haben“, gibt Mayring zu bedenken (Mayring, 2002, S.9). Man hat tatsächlich immer wieder den Eindruck, dass die quantitative Forschung mitunter „den Wald vor lauter Bäumen nicht sieht“, weil sie sich zu wenig auf die phänomenologisch qualitativen Zusammenhänge besinnt.

2.2. Begründung für das qualitative Vorgehen bei dieser Studie

Dass für die vorliegende Studie ein qualitatives Procedere unbedingt vorzuziehen ist, mag aus Unterpunkt 2.1. bereits überzeugend hervorgegangen sein. Im Folgenden sollen aber drei Begründungen dafür noch besonders herausgestellt werden.

Erster Grund: Es liegen noch keine Forschungshypothesen vor

„Qualitative Methoden sind sehr sinnvoll, wenn der Forschungsprozess, bedingt durch die Art des Untersuchungsgegenstands, wenig strukturiert ist und wenn der Kontext eine wichtige Rolle spielt“, schreiben Sedlmeier und Renkewitz (Sedlmeier & Renkewitz, 2013, S.870). Das trifft genau als Rahmenbedingung für diese Untersuchung zu. Ausgangspunkt des Forschungsprojekts sind erst einmal nur die drei Leitfragen.

Zweiter Grund: Die Leitfragen lassen sich quantitativ nur oberflächlich beantworten

Um genau feststellen zu können, welche Bedürfnisse von Personen hinsichtlich ihrer Gesundheit tatsächlich vorhanden sind und wie sie Erfüllung finden oder nicht, können quantitative Instrumente wie Fragebögen sehr hilfreich sein, aber sie reichen nicht hin. Vielmehr geht es darum, die Wirklichkeit des Befindens dieser Menschen möglichst aus der je eigenen Perspektive der Befragten nachvollziehen zu können sowie durch so genannte „Experteninterviews“ (Flick, 2007) die Einschätzungen von Schlüsselpersonen auszuwerten, welche die Lebensbedingungen der Menschen im quantitativ kaum darstellbaren Kontext wahrnehmen, mithin also den phänomenologischen Zusammenhang kennen, und sich durch längere Erfahrung Urteile bilden konnten, die sich auf quantitative Weise wiederum nur mittels aufwendiger Längsschnittstudien erreichen lassen würden, was nicht nur den Rahmen dieses Projekts weit überschreiten, sondern auch gar nicht unbedingt zu größerer Glaubwürdigkeit des Befunds führen würde. Gleichwohl kann sich aus dem Befund ergeben, dass weitere quantitative Untersuchungen angezeigt sind. Das müsste dann aber anschließenden Studien vorbehalten bleiben.

Dritter Grund: Es soll eine Bottom-up-Konzeption entstehen

„Eine qualitative Vorgehensweise erlaubt es auch, die ‚Versuchsteilnehmer‘ als ‚Forschungspartner‘ zu betrachten, was für die Untersuchung komplexer Fragestellungen manchmal sehr nützlich sein kann“, fügen Sedlmeier & Renkewitz ihrer Feststellung an, die dem ersten Grund vorangestellt ist (Sedlmeier & Renkewitz, 2013, S.870). Auch das ist ein wichtiger Gesichtspunkt dieser Untersuchung, abhängig von der in der Einleitung beschriebenen zugrunde liegenden Weltsicht.

Um Maßnahmen zu schaffen, die nicht von oben herab (top-down) verordnet sind, sondern von der subjektiv wahrgenommenen Bedarfslage der Bevölkerung genau wie auch von der Expertise der „mitten drin“ stehenden Schlüsselpersonen ausgehen, muss die Bestandsaufnahme dieser Wahrnehmungen auch Gegenstand der Datenerhebung sein. Eine Bottom-up-Konzeption in diesem Sinn gründet auf dem, was die befragten Personen selbst erleben und für wichtig halten, subjektiv wie objektiv als Expertise. Mit quantitativen Methoden lässt sich das nur sehr begrenzt verwirklichen. Ihre Instrumente entstehen eher nicht aus dem Dialog mit den Probanden und die Anwendung der Instrumente folgt den Hypothesen, die von den Forschenden selbst aufgestellt werden. Die Probanden sind in solchen Fällen Forschungsobjekte, nicht Forschungssubjekte. Qualitatives Forschen steht dazu nicht in krassem Gegensatz, aber es verschiebt den Schwerpunkt auf einen stärkeren Einbezug der in die Untersuchung involvierten Personen, die dadurch zu persönlich ernst genommenen aussagestarken Forschungspartnern werden.

2.3. Vorgehensweise

Die Untersuchung beginnt mit dem, was Mayring und Flick eine „Dokumentenanalyse“ nennen und als möglichen integrativen Teil von qualitativen Sozialforschungsprozessen beschreiben (Mayring, 2002; Flick, 2007). Eine solche empfehle sich „immer dann, wenn ein direkter Zugang durch Beobachten, Befragen oder Messen nicht möglich ist, trotzdem aber Material vorliegt“ (Mayring, 2002, S.49). Es geht zunächst darum, vorhandene Dokumentationen zu ermitteln und so zusammenzustellen, dass eine geschlossene Kontur der Oberflächenstruktur der Waldbronner Sozialität entsteht. Dies ist die notwendige Voraussetzung für die darauf folgende Auswahl der Interviewpartner und der Bezugsrahmen für die Wahl der Interviewfragen. Vor diesem Schritt wird aber erst eine Zwischenbilanz aufgrund des ausgewerteten Datenmaterials erfolgen. Möglicherweise lassen sich allein schon aus der Strukturwahrnehmung erste relevante Antworten auf die Leitfragen ermitteln, die später mit der Auswertung der Interviews zusammengefügt werden können.

Die Erfassung der Sozialstruktur anhand vorliegender Daten ist ein wesentlicher Teilschritt, wodurch sich diese Studie als ein Feldforschungsprojekt klassifizieren lässt. „Feldforschung will ihren Gegenstand bei der Untersuchung in seiner natürlichen Umgebung belassen“, definiert Mayring, „die Forscher selbst begeben sich in diese natürliche Umgebung, sie gehen ‘ins Feld’, sie nehmen teil an den alltäglichen Situationen ihrer Untersuchungsobjekte“ (ebd., S.54). Es geht um höchstmögliche Realitätsnähe. Dadurch wird der zweite Teilschritt angebahnt, der dem Bild der Oberflächenstruktur die qualitative Tiefe geben geben wird.

Nach der Auswahl der Gesprächspartner und parallel zu den Interviews werden die Antworten und Eindrücke kategorial eingeordnet. Nun ist ersichtlich, wer was zu

welchem Thema gesagt hat. Aus den Zwischenbefunden kann sich unter Umständen ergeben, die Heuristik zu modifizieren, weil neue relevante Gesichtspunkte aufgetaucht sind oder sich ursprüngliche Fragestellungen als wenig brauchbar erwiesen haben.

Erklärtes Ziel der Studie ist die möglichst genaue Beantwortung der drei Leitfragen, nicht aber die Erarbeitung einer sozialwissenschaftlichen Theorie.

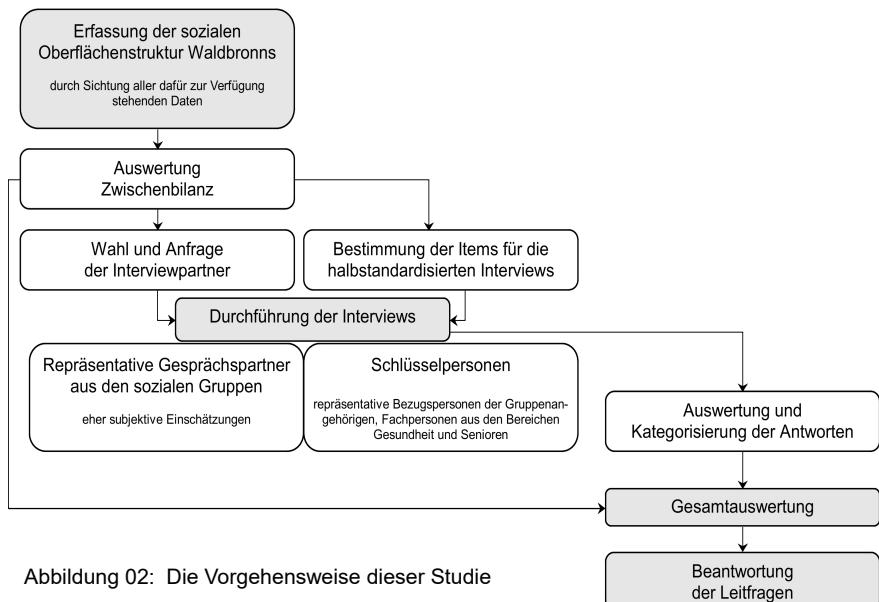


Abbildung 02: Die Vorgehensweise dieser Studie

3. Durchführung der Studie

3.1. Erfassung der Waldbronner Sozialstruktur¹

3.1.1. Der Zahlenbefund zur Waldbronner Bevölkerungsentwicklung in den letzten Jahren

Bevölkerungsentwicklung Waldbronn 2011-2021

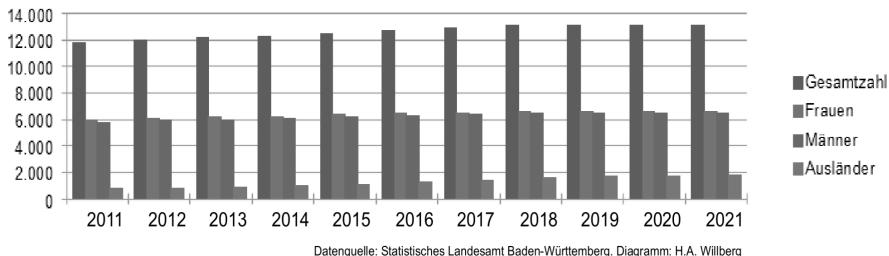


Abbildung 03: Bevölkerungsentwicklung von Waldbronn von 2011-2021 inkl. Ausländeranteil

	Gesamtzahl	Frauen	Männer	Ausländer
2011	11.779	5.987	5.792	729
2012	12.004	6.077	5.927	769
2013	12.160	6.170	5.990	839
2014	12.265	6.207	6.058	974
2015	12.521	6.330	6.191	1.117
2016	12.736	6.426	6.310	1.298
2017	12.882	6.502	6.380	1.371
2018	13.098	6.620	6.478	1.583
2019	13.077	6.625	6.452	1.652
2020	13.089	6.608	6.481	1.697
2021	13.079	6.619	6.460	1.739

Tabelle 01: Zahlenwerte der Bevölkerungsentwicklung

Zur genauen Erfassung der Bevölkerungsentwicklung muss auch die Quote der Zu- und Wegzüge berücksichtigt werden. In den Jahren 2018 bis 2021 war sie in der Summe nahezu ausgeglichen. Fast 400 Neuzuzüge im Jahr 2022 bei fast gleich bleibender Zahl von Wegzügen erzeugen augenblicklich aber ein dementsprechendes Plus

bei den Zuzügen (Abbildung 04). Allerdings ist die Zugzugsquote derzeit im Begriff, sich durch durch Neubaumaßnahmen erheblich zu steigern.

An Abbildung 05 zeigt sich deutlich, dass analog zur gesamtgesellschaftlichen Bevölkerungsentwicklung auch in Waldbronn eine signifikante Abnahme der Gebur-

¹ Datenquelle, wenn nicht anders erwähnt: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2023, <https://www.statistik-bw.de>.

Zuzüge und Wegzüge Waldbronn 2018-2022

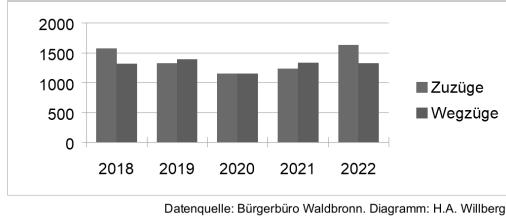


Abbildung 04: Zu- und Wegzüge von 2018-2022

sich seither aber nicht mehr in derselben Deutlichkeit fortgesetzt hat. Im Vergleich zu den Jahren 2013-2017 erfolgte danach eine bemerkenswerte Erhöhung der Geburtenziffer. Zudem stieg aber auch die Zahl der Todesfälle im Jahr 2020 sprunghaft an, sank im Folgejahr wieder ab, erhöhte sich jedoch wieder signifikant im Jahr 2022. Ein unmittelbarer Zusammenhang der erhöhten Sterbezahlt mit der Pandemie darf nur für 2020 vermutet werden, weil sie sich 2021 wieder in die lineare Entwicklung einfügte und die vergleichsweise starke Zunahme 2022 kaum durch die Pandemie bedingt sein kann, da die Letalität der Infektionen sehr stark nachgelassen hatte (tioranat.info, 2023).

Geburten und Sterbefälle Waldbronn 1982-2022

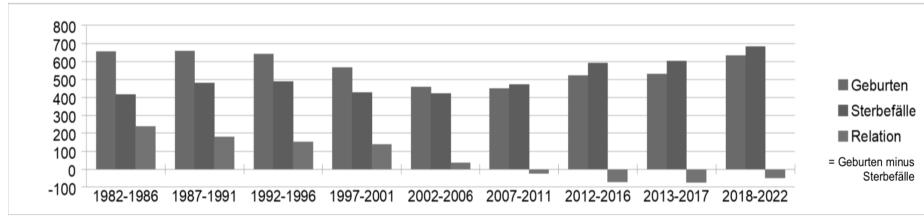


Abbildung 05: Entwicklung der Geburten- und Sterberate in den letzten 40 Jahren

	Geburten	Sterbefälle		Sterbefälle	Geburten	
2013	91	115		112	124	2018
2014	91	124		130	127	2019
2015	125	108		145	131	2020
2016	118	128		137	131	2021
2017	105	129		158	121	2022
gesamt:	530	604		682	634	
Relation:		-74			Relation:	-48

Tabelle 02: Zahlenwerte der Geburten- und Sterberate von 2013-2017 und 2018-2022

tenrate und eine Zunahme der Sterberate zu verzeichnen war.

Im zweiten Jahrzehnt des neuen Millenniums fiel der bis dahin noch vorhandene Geburtenüberschuss ins Minus. Aus Abbildung 05 und Tabelle 02 ist ersichtlich, dass die Entwicklung der so genannten „natürlichen Saldorate“ (Bürger, Klug, 2020a)

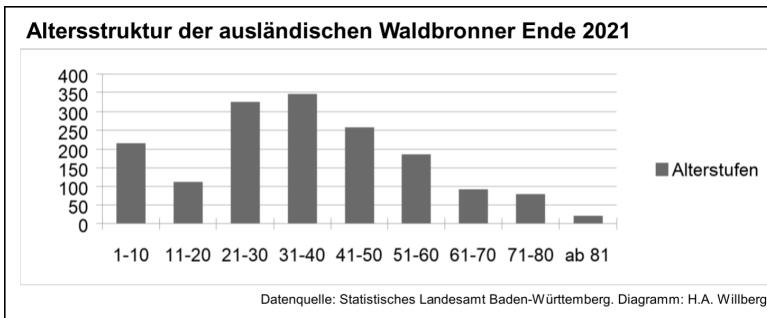


Abbildung 06: Die spezifische Altersstruktur des ausländischen Bevölkerungsanteils

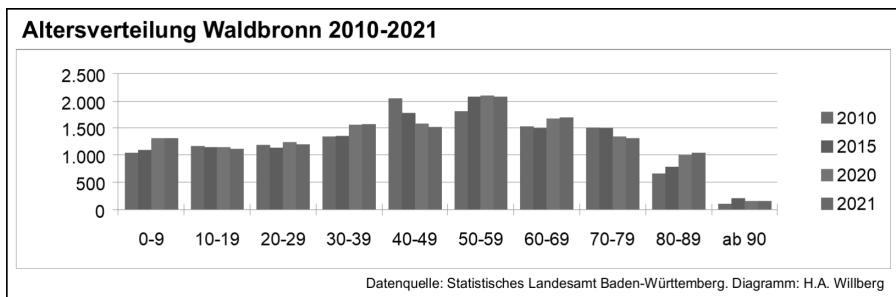


Abbildung 07: Veränderungsprozesse in den Altersgruppen seit 2010.

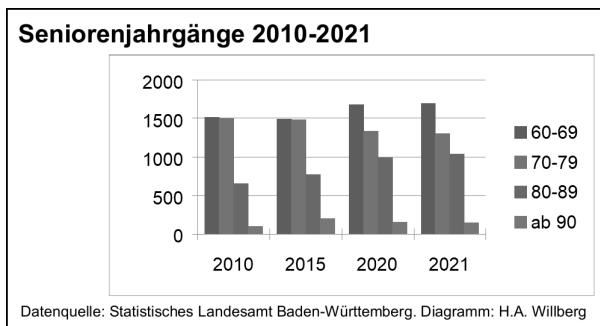


Abbildung 08: Verlagerung der Altersstruktur bei den Senioren

Die gleichzeitig erhöhte Geburtenrate könnte eine Folge des stetig gestiegenen Anteils der ausländischen Bevölkerung sein, insbesondere der Flüchtlinge. Abbildung 06 lässt erkennen, dass die derzeitige Altersstruktur der Ausländer in Waldbronn ganz überwiegend aus Menschen im jüngeren Lebensalter besteht, die anscheinend in den letzten Jahren viele Kinder bekommen haben. Die hohe Zahl jun-

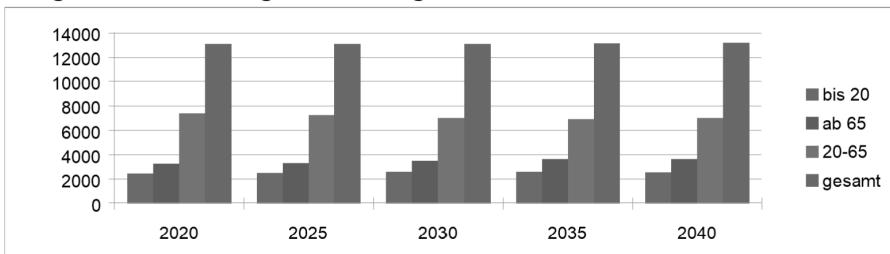
ger ausländischer Erwachsener sind allerdings zum großen Teil Männer (Dielmann, 2021). Zudem fällt auf, dass zu dieser Bevölkerungsgruppe vergleichsweise wenig Senioren gehören. 2021 lebten in den Ortsteilen Etzenrot und Reichenbach keine über 80jährigen Ausländer (ebd.).

Der augenblickliche Anteil von Personen mit Flüchtlingshintergrund an der Gesamtzahl von Ausländern in Waldbonn beträgt nach Auskunft des Integrationsbeauftragten der Gemeinde ziemlich genau ein Drittel, wobei einige von diesen ausgehend von Nachbargemeinden und dem Landratsamt Karlsruhe nur vorübergehend in der Gemarkung Waldbonn untergebracht sind.

Abbildung 07 führt die Entwicklung der Altersverteilung in den letzten beiden Dekaden vor Augen. Besonders fällt auf, dass die Gruppe der 50-59jährigen nach 2010 die 40-49jährigen als Spitzenreiter abgelöst hat, ab 2020 gefolgt von den 60-69jährigen. Es wird somit in den kommenden Jahrzehnten weitaus mehr Hochbevölkerung geben. Besonders klar geht diese unaufhaltsame Verschiebung der Alterstruktur auch aus der etwas anders gestalteten Abbildung 08 hervor.

Die Bevölkerungsentwicklung Waldbonns entspricht somit genau dem seit langer Zeit vorhergesagten demografischen Trend (Statistisches Bundesamt 2000; Statistisches Bundesamt 2009). Ein Aspekt der Prognosen ist, dass mit einer Erhöhung der Geburtenzahlen deutscher Mütter, die zu einer neuen Balance zwischen Geburten- und Sterbeziffern führen würde, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu rechnen ist. Signifikant verringern ließe sich der Trend nur durch eine starke Erhöhung des Ausländeranteils (Willberg & Mildner, 2012).

Prognose Bevölkerungsentwicklung Waldbonn 2020-2040

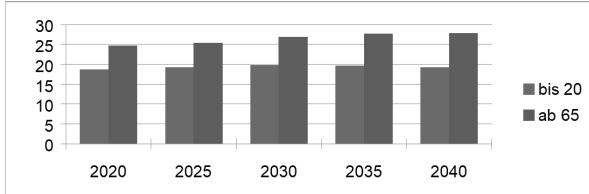


Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Diagramm: H.A. Willberg

Abbildung 09: Amtliche Prognose der Bevölkerungsentwicklung Waldbonns bis 2040

Die amtlichen Prognosen für die Bevölkerungsentwicklung von Waldbonn im Zeitraum bis 2040 (Abbildung 09) sehen demgegenüber auf den ersten Blick un-dramatisch aus. Es kommt daher, dass der Vorhersage nach die Anzahl der Kinder und Jugendlichen ziemlich konstant bleiben wird, wie auch die Zahl der Gesamtbe-

Prozentualer Anteil Jugend & Senioren 2020-2040



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Diagramm: H.A. Willberg

Abbildung 10: Prognose der Bevölkerung unter 20 und über 65 Jahren

	Reichenbach	Busenbach	Etzenrot
Häufigstes Alter	56	61	58
Altersdurchschnitt	45,52	44,15	45,78

Tabelle 03: Altersschnitt in den Teillortschaften 2021

völkerung. Bis 2035 wird aber ein kontinuierlicher weiterer Anstieg der Jahrgänge ab 65 erwartet. Im Diagramm nicht ersichtlich ist zudem die signifikante Verschiebung der zahlenmäßig stärksten Jahrgänge. Abbildung 10 zeigt separat den erwarteten Anteil der Bevölkerung unter 20 und über 65 Jahren in den kommenden 20 Jahren. Bei den über 65jährigen wird von 2035 nach 2040 eine Abflachung des Anstiegs auf einem hohem Niveau von circa 27,7 % vorhergesesehen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Entwicklung einen stark zunehmenden Anteil Hochbelegter mit sich bringen wird.

Der Anteil über 80Jähriger betrug 2018 in Waldbonn 7,92 % bei einem Schnitt von 6,31 % im gesamten Landkreis Karlsruhe. Es wurde prognostiziert, dass sich der Anteil von 65-85Jährigen bis 2035 im Landkreis auf 23,8 % erhöhen wird, das ist eine Steigerung im Verhältnis zu 2014 von 33 %; der Anteil über 85Jähriger wird auf 4,1 % steigen, was im Verhältnis zu 2014 eine Steigerung von 64 % bedeutet (Landratsamt Karlsruhe, 2018). Tabelle 03 zeigt den Altersdurchschnitt von 2021 in den drei Teillortschaften Waldbonns (Dielmann, 2021).

Die Bevölkerungszahl der Waldbronner Ortschaften verdoppelte sich ungefähr zwischen 1960 und 1990. Seit den 80er Jahren sind die in Relation zur Bevölkerungszahl stehenden statistischen Daten vergleichbar, denn seither gab es fast immer über 12.000 Waldbronner (etwas über 13.000 waren es erstmals 2018).

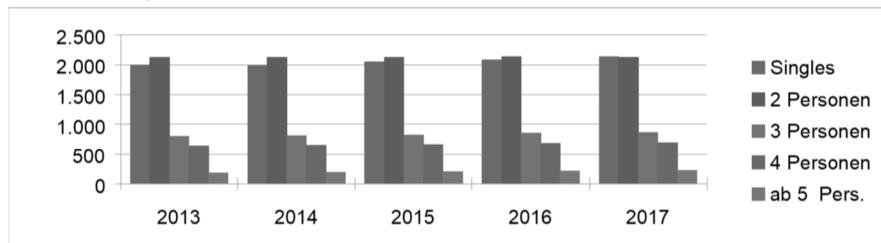
3.1.2. Daten zur Lebenssituation der Waldbronner Bevölkerung

3.1.2.1. Daten zur Wohnsituation

Die Durchschnittszahl der Bewohner in den Waldbronner Wohnungen und Häusern hat sich im Lauf der letzten Jahrzehnte signifikant verändert: 1970 betrug sie 3,2 Personen, 1987 waren es 2,6 Personen, 2011 2,1. Die Zahl der Privathaushalte lag 2011 dagegen mit 5.584 wesentlich höher als 1987, als es 4.481 waren. Von 2011 an stieg diese Zahl linear weiter bis auf 6.072 im Jahr 2017 (Statistisches Landesamt BW, 2023). Bemerkenswert ist der hohe Anteil von Singlehaushalten. Wie Abbildung 11 zeigt, erreichten diese 2017 erstmals den Spitzenwert.

Ein-Personen-Haushalte bildeten 2018 56 % aller Waldbronner Haushalte. Nur in 19 % der Waldbronner Wohnungen lebten Kinder, etwas mehr als die Hälfte davon waren Familien mit drei und mehr Kindern. Ein starkes Drittel der Haushalte mit Kindern repräsentierten Alleinerziehende, ihre Zahl betrug 537 Personen (Landratsamt Karlsruhe, 2018).

Personen pro Haushalt Waldbronn 2013-2017

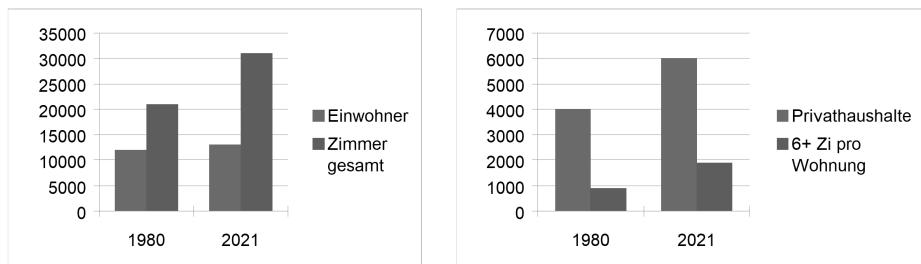


Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; Diagramm: H.A. Willberg

Abbildung 11: Entwicklung der Personenanzahl pro Haushalt

Der Waldbronner Wohnraum hat in den vergangenen Jahrzehnten beständig immer weiter zugenommen. Die Zahl der Wohnhäuser und die Zahl der Wohnungen in diesen ist je etwa um ein Drittel gewachsen, die Zahl der Wohnungen mit sechs und mehr Zimmern hat sich allerdings von 1978 bis 2021 linear von 915 bis auf 1.869 verdoppelt. (ebd.). Den Haushalten von Waldbronn standen 2021 ungefähr 10.000 Zimmer mehr zur Verfügung (30.853) als 1981 (20.935). Wenn man das mit der hohen Zahl der Single- und Zweipersonenhaushalte vergleicht, wird man wohl davon auszugehen haben, dass der Durchschnitt der Waldbronner Bevölkerung sicher nicht unter beengten Wohnverhältnissen zu leiden hat.

Waldbronner Wohnraumentwicklung 1980-2021



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Diagramme: H.A. Willberg

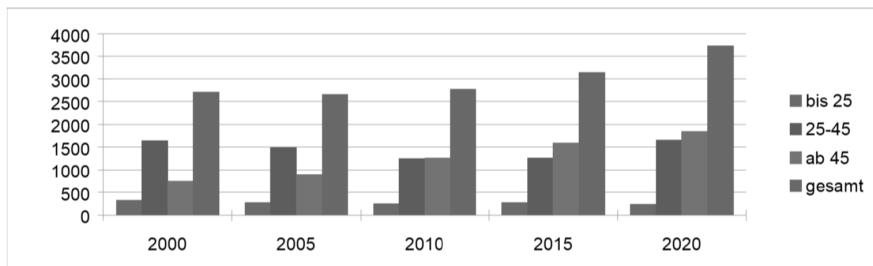
- Zunahme Bevölkerung: ca 10 %
- Zunahme Wohnungen (Privathaushalte): ca. 30 %
- Zunahme Wohnungen mit 6 und mehr Zimmern: ca. 50 %
- Zunahme von Zimmern insgesamt: ca. 10.000 (1981: 20.935, 2021: 30.853)

Abbildung 12: Zusammenfassender Überblick der Wohnraumentwicklung

3.1.2.2. Daten zur Erwerbstätigkeit

Bemerkenswerte Veränderungen haben auch im beruflichen Bereich stattgefunden. Aus Abbildung 13 ist ersichtlich, dass in den letzten zwei Jahrzehnten nicht nur die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen insgesamt deutlich zugenommen hat, sondern auch der Anteil über 45jähriger.

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte Waldbonn 2000-2020

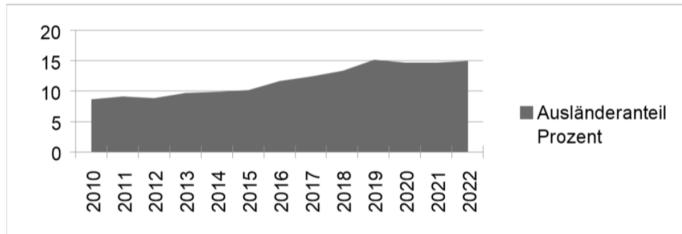


Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden Würtemberg; Diagramm: H.A. Willberg

Abbildung 13: Entwicklung des Anteils der Alterstufen an der Erwerbstätigkeit

Auffallend ist auch das Wachstum des Anteils der ausländischen Arbeitnehmer von 2010 bis 2019; er hat sich, wie in Abbildung 14 zu sehen ist, seither bei etwa 15 % eingependelt.

Ausländeranteil sozialversicherungspflichtige Beschäftigte



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden Württemberg; Diagramm: H.A. Willberg

Abbildung 14: Prozentualer Anteil berufstätiger Ausländer von 2010-2022

Die Arbeitslosenquote in Waldbronn ist gering. 2018 gab es hier 168 sozialversicherte Arbeitslose, etwa ein Drittel davon waren Ausländer. Die Arbeitslosenquote betrug 3,2 %; im gesamten Landkreis waren es 3,8 %. Die Arbeitslosenquote des Landkreises gehört zu den niedrigsten in Baden Württemberg (Landratsamt Karlsruhe, 2018). 2022 betrug die Gesamtzahl der Arbeitslosen in Waldbronn 243, 75 Personen davon waren älter als 55 und 26 jünger als 25.

3.1.2.3. Daten zu sozialen und gesundheitlichen Problemfeldern

2018 nahmen 61 Jugendliche aus Waldbonn, dass waren 2,35 % der gesamten Waldbronner Jugend, Leistungen der Psychosozialen Beratung in Anspruch, die übergemeindlich von der Caritas durchgeführt wird. Die Zahl lag etwas unter dem Durchschnitt des Landkreises. Individuelle Erziehungshilfen des Jugendamts wurden für 48 junge Menschen aus Waldbonn in Anspruch genommen, auch das war im Vergleich ein durchschnittlicher Wert (Landratsamt Karlsruhe, 2018).

Jugendgerichtshilfe des Jugendamts kam 2018 in Waldbonn vergleichsweise selten vor. Rauschgiftkriminalität wurde nur vier mal festgestellt; in allen Fällen handelte es sich um Erwachsene (ebd.). In diesen Daten spiegelt sich der Befund, dass die Kriminalitätsrate der Einwohnerschaft in Waldbonn mit weniger als einem Prozent zu den niedrigsten im Landkreis gehört.

46 Waldbronner Personen nahmen 2018 Suchtberatung in Anspruch, die meisten waren älter als 25 und hatten Alkoholprobleme (ebd.).

2018 gab es 1.085 Waldbronner Personen mit mehr als 50-prozentigem Behinderungsgrad, das waren 7,8 % der Bevölkerung; im gesamten Landkreis waren es 8,62 % (ebd.). Es ist evident, dass es sich bei den Betroffenen vor allem um Senioren handelt.

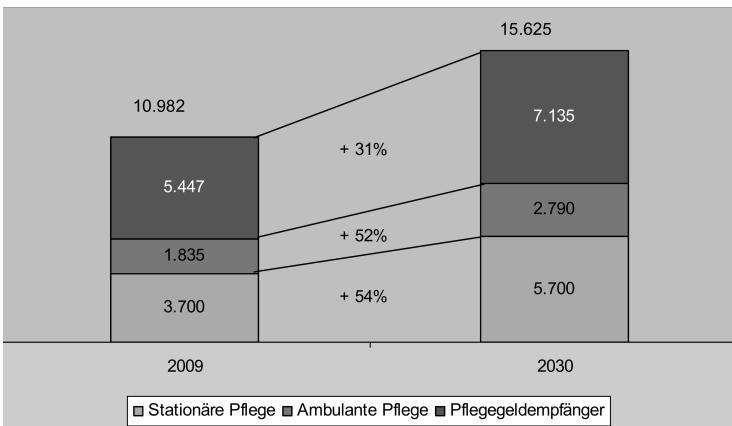


Abbildung 15: Vorhergesene Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Landkreis Karlsruhe von 2009 bis 2030.

2014 sagte das Landratsamt Karlsruhe ein kontinuierliches Absinken des so genannten „Pflegequotienten“ voraus. Er berechnet sich aus dem Verhältnis der Frauen im Alter zwischen 40 und 65, das ist die Gruppe derer, die traditionell den Löwenanteil der häuslichen Pflege leisten, zu einer hochbetagten Person über 75. 2006 betrug der Quotient im Landkreis Karlsruhe 2,3, für 2020 wurde ein Rückgang auf 1,6 angekündigt (Landratsamt Karlsruhe, 2014).

Die Schere zwischen Pflegebedürftigkeit und vorhandenen Pflegepersonen öffnet sich stetig weiter. Abbildung 15 zeigt die Prognose des Landratsamts Karlsruhe für die Pflegebedürftigkeit des Landkreises von 2009 bis zum Jahr 2030 (ebd.).

3.1.2.4. Daten zu den ökonomischen Lebensverhältnissen

Obwohl im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017) die Kriterien für Armut im bundesdeutschen System recht genau beschrieben sind, lag 2018 noch keine Statistik dazu für den Landkreis Karlsruhe vor (Landratsamt Karlsruhe, 2018); anscheinend ist es dabei geblieben. Die vor einigen Jahren begonnene Erforschung des Befunds für Baden Württemberg scheint zu stagnieren; die Veröffentlichungen des Statistischen Landesamts dazu sind durchweg älteren Datums (Statistisches Landesamt Baden Württemberg, 2023). Man kann also nur rückschließend etwas über die Frage der kommenden Armut in Waldbronn sagen.

2018 haben etwa 21 Personen aus Waldbronn Schuldenberatung bei öffentlichen Stellen in Anspruch genommen, das ist im Vergleich zu den anderen Zahlen im Landkreis ein durchschnittlicher Wert. Sozialgesetzliche Grundsicherung (SGB II) (Caritas, 2023; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2020) erhielten im

Die 11 Demografietypen deutscher Gemeinden und Städte in der Bertelsmann-Analyse

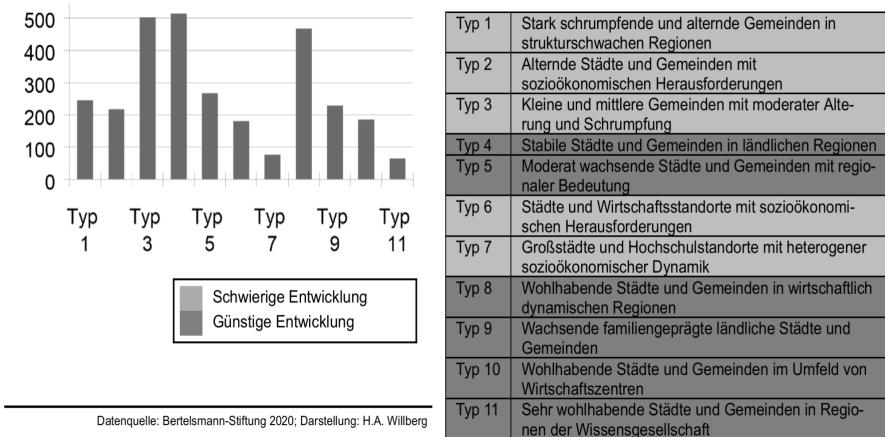
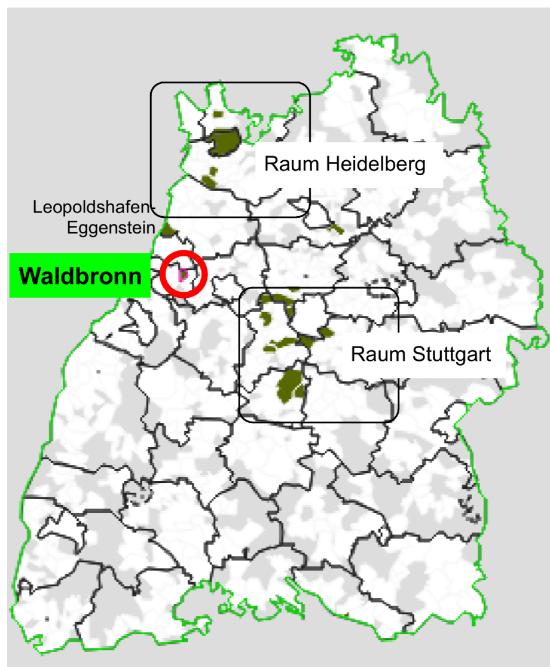


Abbildung 16: Die 11 Demografietypen

selben Jahr 230 erwerbsfähige Leistungsberechtigte und 117 Nicht-Erwerbsfähige; der Anteil Jugendlicher unter 25 betrug bei den Erwerbsfähigen knapp 19 %, der Anteil Alleinerziehender 15 % und der Anteil von Ausländern fast 50 % der Empfänger. Von den 2.211 Minderjährigen in Waldbronn erhielten im Jahr 2018 126 SBG II-Unterstützung, was mit 5,7 % genau im Schnitt des Landkreises lag. 60 Personen bekamen Grundsicherung im Alter, das war mit 1,82 % der über 65Jährigen eine Anzahl unter dem Durchschnitt des Landkreises.

Die statistische Forschung der Bertelsmann-Stifung



Karte: Bertelsmann-Stiftung, Bearbeitung H.A. Willberg

Abbildung 17: Demografityp 11 in Baden Württemberg

hat mit den Daten von 2018 elf „Demografietypen“ der deutschen Städte und Gemeinden unterschieden (Bertelsmann-Stiftung, 2023a). Durch Faktoren- und Clusteranalyse wurden die Kommunen von 5.000 Einwohnern aufwärts analysiert (Bürger, Klug, 2020), das sind knapp 3.000 Kommunen von insgesamt 10.789 (Statista, 2023a). Die Verteilung der Typen und ihre Kennzeichnung ist aus Abbildung 16 ersichtlich. Sechs Typen befinden sich in einer überwiegend günstigen Entwicklung, angeführt von Typ 11, charakterisiert als „Sehr wohlhabende Städte und Gemeinden in Regionen der Wissensgesellschaft“. Es gibt bundesweit 65 Kommunen dieser Art, Baden Württemberg zählt 21, eine davon ist Waldbronn. Mit Eggenstein-Leopoldshafen gibt es im Raum Karlsruhe noch eine weitere Gemeinde dieser Kategorie. Die anderen Orte von Typ 11 konzentrieren sich auf die Räume Stuttgart und Heidelberg (Abbildung 17).

Typ 11 repräsentiert 0,6 % der deutschen Kommunen mit einem Anteil der Gesamtbevölkerung von 1,7 %. Die Einwohnerzahl dieser 65 Kommunen beträgt insgesamt 1.424.444 Personen (Statista, 2023b), das sind im Schnitt 20.948 pro Kommune.

Kennzeichnend für Typ 11 sind folgende Kriterien (Bürger, Klug, 2020b):

- ▶ *Es handelt sich hauptsächlich um „kleinere und mittlere Gemeinden“.* In ganz Deutschland zählen mit Heidelberg und Erlangen nur zwei Städte dazu, in denen mehr als 100.000 Menschen leben; Tübingen darf mit seiner Einwohnerzahl etwas darunter auch noch zu diesen Ausnahmen gerechnet werden.
- ▶ *Es handelt sich um „suburbane Gemeinden im dynamischen Umfeld größerer Städte“.* Daraus erklärt sich die Verdichtung von Typ 11 in Ballungsgebieten, vor allem um München, Stuttgart und Frankfurt a.M. Das zeigt sich nicht zuletzt in der Tendenz dieser Kommunen zur Verstädterung. Die Bevölkerungsdichte von Typ 11 ist dementsprechend einigermaßen hoch. Sie liegt im Schnitt bei 10,4 Einwohnern pro Hektar, der gesamtdeutsche Durchschnitt beträgt 2,38 (Statistisches Bundesamt, 2023), der baden-württembergische 3,12 und der des Landkreises Karlsruhe 4,14 (Statistisches Landesamt BE, 2023). In Waldbronn lag der Wert 2021 bei 11,42 (Statistisches Landesamt Baden Württemberg, 2023).
- ▶ *Es sammeln sich dort mit durchschnittlich etwa 30 % der Einwohner und vor Ort Berufstätigen viele hochqualifizierte Personen.*
- ▶ *Die Bevölkerung dort ist im Schnitt sehr wohlhabend und leidet nur unter geringen sozialen Belastungen.* Die Kaufkraft je Haushalt liegt mit einem Mittelwert von 68.412 € um fast 25 % höher als der Durchschnitt bei allen Demografietypen. Die einzelhandelsrelevante Kaufkraft der Waldbronner, also das, was der Bevölkerung für die Einkäufe in normalen Geschäften und bei Internetanbietern zur Verfügung steht (IHK Arnsberg, 2023) hat zur Zeit der IHK zufolge im Landkreis Karlsruhe den höchsten Wert (IHK Karlsruhe, 2023). Die SGB II-Quote beträgt in den Kommunen von Demografietyp 11 3,3 %, wäh-

rend der Durchschnitt aller Typen bei 6,0 % liegt. Im Landkreis Karlsruhe beträgt die Quote weitgehend weniger als 3 %, in dem Planquadrat der Bundesarbeitsagentur in ihrer Übersicht der SGB-Hilfesquoten von 2011, das ungefähr mit der Fläche von Waldbronn übereinstimmt, liegt sie bei 1,9 % (Bundesarbeitsagentur für Arbeit, 2023).

Der Ausländeranteil in Typ 11 lag im Untersuchungszeitraum 2018 mit durchschnittlich 15,4 % deutlich über dem Mittelwert aller Typen bei 9,5 %. Die Arbeitsplatzentwicklung der Jahre 2013 bis 2018 verzeichnete einen Anstieg von 17,2 % im Unterschied zum Schnitt von 11,6 % bei allen Typen. Die kommunalen Steuereinnahmen, nämlich „Grundsteuer, Gewerbesteuer, Gemeindeanteil an der Einkommensteuer und an der Umsatzsteuer“ (Bürger, Klug, 2020b, S.8), waren mehr als doppelt so hoch als im Gesamtdurchschnitt, wobei allerdings eine hohe Spannbreite der Werte bei Typ 11 verzeichnet wurde.

3.1.3. Zwischenbilanz

Im Verlauf der Analyse bis zu diesem Punkt entstanden einige Überlegungen, die in Form von Memos (vgl. § 2.1.) gewissermaßen als Gerüst auf dem Weg zur letztendlichen Klärung der Bestandsaufnahme dienten. Im Folgenden werden zunächst diese Notizen zusammengestellt. Der zweite Unterpunkt antwortet darauf mit den gesundheits- und seniorenrelevanten Empfehlungen der Darstellung von Demografietyp 11 der Bertelsmann-Stiftung, der Bedarfsanalyse im Sozialbericht 2018 des Landratsamts Karlsruhe und den Einschätzungen der Bachelorarbeit von Alina Dielmann über „Kommunale Seniorenpolitik am Beispiel der Gemeinde Waldbronn“ (Dielmann, 2021). Unterpunkt 3 zieht aus der Abgleichung der Statements und des bisherigen Gesamtbefunds der Analyse die vorläufigen Konsequenzen.

3.1.3.1. Memos im Prozess des Recherchierens

Die vier bis dato zustandegekommenen Memos erstrecken sich bis zu Unterpunkt 3.1.2.2. Die Daten der Unterpunkte 3.1.2.3. und 3.1.2.4. waren im Verlauf der Recherche noch so jung, dass sich eine zwischenzeitliche Erinnerungshilfe erübrigte. Es sei hiermit nochmals darauf hingewiesen, dass Memos keine fertigen Urteile, sondern Randnotizen auf dem Weg zur Urteilsfindung sind, die durchaus im weiteren Prozess revidiert werden können.

Memo 1

- ▶ Bis 2018 gab es einen kontinuierlichen sanften Bevölkerungszuwachs. Seither stagniert die Zahl.
- ▶ Das Geschlechterverhältnis ist noch ausgeglichen, wenngleich die Anzahl der Männer ein wenig ab- und die der Frauen ein wenig zugenommen hat.

- ▶ Der Ausländeranteil verzeichnet ein stetiges lineares Wachstum. Die Immigrationsflut des Jahres 2015 ragt dabei nicht heraus. Der Bevölkerungsanteil von Ausländern betrug 2021 13,3 %; 2011 waren es 6,2 %. Aufgrund der Linearität des Anstiegs dürfte zu erwarten sein, dass er sich fortsetzt.

Memo 2

- ▶ Die stärkste und nachhaltigste Veränderung der Waldbronner Sozialstruktur, die bereits eingetreten ist und sich irreversibel fortsetzen wird, ist die Verschiebung des Altersschwerpunkts in die Seniorenjahrgänge. Dieser Zielgruppe sozial- und gesundheitspolitisch gerecht zu werden, muss Priorität haben.
- ▶ Die wachsende Zahl von Senioren ist vor allem als Ressource zu betrachten. Daraus folgt das Motto „Senioren unterstützen Senioren“.
- ▶ Dennoch ist auch mit wachsenden Defiziten zu rechnen, insbesondere in der Gruppe der Hochbetagten. Hierfür sind dringend präventive Maßnahmen erforderlich.
- ▶ Wesentlich zur Nutzung der vorhandenen Ressourcen und zur Stabilisierung des Zusammenhalts werden generationenübergreifende Maßnahmen sein.
- ▶ Um die vorhandenen Ressourcen so gut wie möglich nutzen zu können, werden Personen gebraucht, die ihre Bereitstellung beständig koordinieren.
- ▶ Im wachsenden Bevölkerungsanteil von Menschen mit ausländischer Herkunft liegt eine Chance, altersstrukturell bedingten Defiziten gegenzusteuern, nicht zuletzt durch Beteiligung der jüngeren ausländischen MitbürgerInnen an sozial- und gesundheitsfördernden Aktivitäten.
- ▶ In diesem Kontext sind Maßnahmen der Integrationsförderung von besonders hoher Bedeutung, nicht nur, aber besonders Ausländer betreffend: Wer nach Waldbronn zieht, soll achtsam dabei unterstützt werden, hier heimisch zu werden, um sich dann auch gern für andere Waldbronner zu engagieren.
- ▶ Die Gesundheitsförderung der Waldbronner muss sich aufgrund der demografischen Entwicklung besonders stark auf Prävention konzentrieren.

Memo 3

- ▶ Die vielen Singlehaushalte und der stark vergrößerte Wohnraum pro Einzelperson deuten einerseits auf eine gesteigerte Lebensqualität bei vielen hin, andererseits möglicherweise auf eine große Zahl vereinsamter Menschen, bei denen auch mit gesundheitlichen Folgeproblemen des Vereinsungsproblems zu rechnen ist.
- ▶ Die Altersverschiebung der Hauptgruppe Erwerbstätiger spricht dafür, dass in den kommenden Jahren überdurchschnittlich viele Personen in den Ruhestand gehen werden und ihre Arbeitsstellen nicht ohne Weiteres adäquat ersetzt werden können.
- ▶ Der gestiegene Ausländeranteil unter den Erwerbstätigen dämpft den Trend.

- ▶ Beides, Altersverschiebung und gestiegener Ausländeranteil, sprechen dafür, in Zukunft besonders Letzteren zu forcieren.
- ▶ Dabei ist von vornherein darauf zu achten, dass diese Personen nicht den Status der gesellschaftlichen Zweitklassigkeit als „Hilfsarbeiter“ erhalten, sondern optimal integriert und beruflich qualifiziert werden. Das wird nicht zuletzt für die Zukunft der sozialen Dienstleistungsbereiche wichtig sein.
- ▶ Wahrscheinlich beinhaltet die mutmaßlich hohe Zahl nicht-erwerbstätiger Waldbronner viel Potenzial für bürgerschaftliches Engagement im Bereich der sozialen Dienstleistungen, das durch attraktive Möglichkeiten unbezahlter und geringfügig bezahlter Arbeit geweckt und sinnvoll organisiert werden müsste.
- ▶ Wahrscheinlich reicht es für Förderung und Prävention im Bereich der sozialen Gesundheit nicht hin, öffentliche Angebote im Programm zu haben. Die sehr hohe Anzahl allein lebender Waldbronner deutet darauf hin, dass womöglich viele von ihnen auf solche Angebote entweder nicht von sich aus eingehen werden oder trotz ihrer Nutzung soziale Isolation erfahren werden. Darum wird wahrscheinlich eine proaktiv aufsuchende Kontaktarbeit benötigt.

3.1.3.2. Vorliegende Bedarfseinschätzungen

Im Folgenden seien einige markante Aussagen zu Demografietyp 11 der Bertelsmann-Stiftung zitiert, die als Wegweiser für den weiteren Gang der Untersuchung dienen können. Sie werden zur weiteren Verwendung mit Nummerierungen versehen.

(B01) „Kommunen im Typ 11 haben im Vergleich am stärksten vom Wachstum profitiert und sind auch durch ihre überdurchschnittliche finanzielle Ausstattung in einer sehr guten Ausgangsposition, um den demografischen Wandel aktiv zu gestalten“ (Bürger, Klug, 2020b, S.9).

(B02) „Die Kommunen haben große Ressourcen, um die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bearbeiten. Sie verfügen über finanzielle Handlungsspielräume“ (ebd., S.11).

(B03) „Durch ihre vorteilhafte finanzielle Ausstattung, ihre hohe Attraktivität für Hochqualifizierte und die sehr gute Anbindung an Wirtschafts- und Wissenschaftszentren sind sie gut in der Lage, die absehbaren Altersentwicklungen und daraus resultierende wirtschaftliche Entwicklungen für einen planvollen Umgang mit den demografischen Veränderungen zu nutzen und sich rechtzeitig darauf einzustellen“ (ebd. S.9).

(B04) „Durch die positive Bevölkerungsentwicklung ergeben sich Handlungsspielräume und Möglichkeiten zu agieren, statt nur zu reagieren“ (ebd., S.11).

(B05) „Aufgrund ihrer urbanen Kultur werden sie weiterhin jüngere Bevölkerungsgruppen anziehen. Das hat positive Auswirkungen auf das Arbeitskräfteangebot und gibt ihnen Zeit, sich auf die Herausforderungen durch die Alterung der Bevölkerung einzustellen“ (ebd.).

(B06) „Der nur leicht überdurchschnittliche Anteil der über 80-Jährigen verschafft den Kommunen einen Spielraum bei der Gestaltung der Alterung unserer Gesellschaft“ (ebd., S.9).

(B07) „Herausforderungen lassen sich [...] bereits jetzt in Bezug auf die Sicherung von bedarfsgerechtem Wohnraum und der Lebensqualität älterer Menschen ausmachen“ (ebd.).

(B08) „Zu den Herausforderungen für die Kommunen im Typ 11 zählt mittel- bis langfristig auch eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik, die eine selbstständige Lebensführung bis ins hohe Alter unterstützt und durch Formen von Integration, Kommunikation und Unterstützung fördert“ (ebd., S.12).

(B09) „Es ist [...] für die Kommunen eine Schlüsselaufgabe, dafür zu sorgen, dass das Wohnungsangebot vergrößert wird“ (ebd.).

(B10) „Handlungsdruck entsteht insbesondere durch die zukünftig wachsende Zahl älterer Menschen, aber auch bezüglich der umfassenden Integration neuer Einwohner:innen“ (ebd., S.11).

(B11) „Eine Herausforderung wird die überdurchschnittlich hohe Zuwanderung neuer Mitbürger:innen sein“ (ebd.).

(B12) „Die Sicherung eines bedarfsgerechten Wohnungsangebots verlangt somit, die Zahl der Wohnungen zu erhöhen und das Wohnungsangebot stärker an den veränderten Altersstrukturen sowie Wohntrends auszurichten“ (ebd., S.9f).

(B13) „Die zukünftig wachsende Zahl älterer Menschen stellt die Städte und Gemeinden vor die Aufgabe, ihre Infrastrukturangebote zur Sicherung der Daseinsvorsorge und zur Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung bis ins hohe Alter auszubauen. Sie sollten ihre Siedlungsentwicklung an ihrer demografischen Entwicklung ausrichten und sich dabei vorrangig auf die Innenentwicklung konzentrieren“ (ebd., S.10).

(B14) „Ein kommunales Siedlungsflächenkonzept sollte auf den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit und Demografiefestigkeit basieren, die Bevölkerung frühzeitig in die Konzeption eingebunden werden“ (ebd., S.12).

(B15) „Alle Kommunen sollten prüfen, welche Landes-, Bundes- und EU-Programme bzw. Modellvorhaben und Angebote landes- und bundesweiter Initiativen sie für die Verwirklichung ihrer Ziele nutzen können“ (ebd., S.11).

(B16) „Die Städte und Gemeinden im Typ 11 sind begehrte Wohn- und Arbeitsorte. Im Wettbewerb um junge Bewohner:innen und Arbeitskräfte sollten sie dennoch bei der Planung die zunehmenden Bedarfe einer alternden Gesellschaft in den Blick nehmen und sowohl die Wohn- als auch die Lebensqualität den Vorstellungen der zunehmend unterschiedlichen Haushalts- und Lebensstiltypen entsprechend anpassen. Für diese Standorte sind auch in Zukunft die Bedeutung von Bereichen wie Bildung, Kultur und Mobilität sowie die Unterstützung von Familien bei der Bewältigung des Alltagslebens wichtige Standortfaktoren“ (ebd., S.11).

(B17) „Die Organisation von Wohnraum für Migrant:innen ist für die Politik und Verwaltung der Kommunen eine wichtige Aufgabe, denn als subrbanne Gemeinden haben sie in den vergangenen Jahren stark von der Zuwendung profitiert. Die Zuwanderung kann hier als Chance für eine Verjüngung der Bevölkerung, für die weitere Vergrößerung des Arbeitskräfteangebots und als eine Bereicherung der kulturellen Vielfalt und Innovationskraft verstanden werden. Dies verlangt eine zeitnahe Integration der Migrant:innen und Geflüchteten und kurzfristige Maßnahmen in vielen kommunalen Handlungsfeldern. Im Zentrum wird für diese Kommunen die Aufgabe stehen, den Zusammenhalt in der Stadtgesellschaft zu sichern und Polarisierung und Exklusion zu verhindern“ (ebd.).

(B18) „Informations- und Kommunikationstechnologien bieten [...] vielfältige Ansatzpunkte zur zusätzlichen Steigerung der kommunalen Leistungsfähigkeit und zur Sicherung der Daseinsvorsorge. Als Innovationstreiber eröffnen sie zudem der lokalen und regionalen Wirtschaft zusätzliche Tätigkeits- und Wachstumsfelder. Um diese Entwicklungspotenziale zu nutzen, sollten Politik und Verwaltung die intelligente Vernetzung ihrer Gemeinde vorantreiben“ (ebd.).

(B19) „Überlokale Abstimmungen in zentralen Handlungsfeldern wie Wohnen, Arbeit, Infrastrukturversorgung oder öffentlicher Nahverkehr sind eine wichtige Voraussetzung für die zukünftige Ortsentwicklung. [...] Bei der Bearbeitung von Herausforderungen werden regionale Kooperation und die Zusammenarbeit mit Partner:innen vor Ort, auch mit privaten Akteur:innen, eine wichtige Rolle spielen“ (ebd.).

(B19) „Die Alterungsprozesse, die in den kommenden Jahrzehnten in den Kommunen zu erwarten sind, stellen auch ein Potenzial für die Bürgerge-

sellschaft dar. Vielfach sind es gerade die ‚jungen Alten‘, die sich zivilgesellschaftlich engagieren wollen und damit einen wichtigen Beitrag für die Gemeinschaft leisten können. Sie benötigen dafür aber einerseits Unterstützungsstrukturen und andererseits gewisse Entscheidungsfreiheiten. Insbesondere der große Anteil an Zuwander:innen bietet viele Möglichkeiten für zivilgesellschaftliche Akteur:innen und Organisationen, das Gemeinschaftsleben kulturell zu bereichern. Die Kommunen sind somit gefordert, gemeinsam mit den engagierten Bürger:innen neue Formen der Beteiligung und der Mitgestaltung zu entwickeln“ (ebd., S.11).

Der Sozialbericht 2018 des Landratsamts Karlsruhe betont die Notwendigkeit, im Blick auf die demografische Entwicklung im Landkreis „den weiteren Ausbau der vorstationären Angebotsstrukturen“ voranzutreiben. Wie (B08) und (B13) unterstreicht der Bericht, dass ältere Menschen „den Wunsch“ haben, „im hohen Alter und bei zunehmender Pflegebedürftigkeit ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erhalten“, und ergänzt: „wenn möglich in der eigenen Wohnung. Daraus folgt die Notwendigkeit, betreute Wohnformen mit höherer Betreuungsintensität anzubieten, die Tagespflege auszubauen und weitere Demenzgruppen einzurichten“ (Landratsamt Karlsruhe, 2018, S.73).

Alina Dielmann hat ihre Bestandsaufnahme zur Waldbronner Seniorenpolitik im Dialog mit dafür verantwortlichen Personen der Gemeindeleitung und zuständigen leitenden Fachpersonen der Seniorenhilfe entwickelt. Im Folgenden werden ihre Ergebnisse zusammengefasst. Dielmann schickt vorweg, dass zu beantworten sei, „welche Maßnahmen seitens der Gemeinde Waldbronn unternommen werden müssen, um eine bedarfsgerechte, kommunale Seniorenpolitik anbieten zu können, [...] die zeitgleich die Attraktivität der Gemeinde steigert“ (Dielmann, 2021, S.2).

- ▶ Ein „Best-Practice“-Beispiel für die Gestaltung der Seniorenpolitik sei die Stadt Karlsruhe. Sie hebt besonders das dortige Seniorenbüro als vorbildliche Einrichtung hervor. Dort würde eine Vielzahl förderlicher Aktivitäten für Senioren initiiert und koordiniert. Vorbildlich sei ferner auch das dortige Zusammenwirken von Seniorenbüro und Pflegestützpunkt.
- ▶ Die Waldbronner Investitionen für Senioren seien augenblicklich noch „sehr gering“ (ebd., S.21). Zu nennen seien der Pflegestützpunkt, die Caritas-Sozialstation-Albtal, die Albtal-Tagespflege der Caritas, die AWO Ettlingen mit Angeboten wie Kurzzeitpflege, Essen auf Rädern, ambulantes betreutes Wohnen und Demenzfachberatung, sowie das Seniorenhaus am Rathausmarkt mit seinen derzeit 78 Pflegeplätzen. Erwähnung finden aber auch „weitere Angebote für Senioren durch Ehrenamtliche, Vereine und Hilfsorganisationen“ (ebd., S.22). Sie führt einige Beispiele an.
- ▶ Da es bislang noch keine explizite Anlaufstelle für Senioren im Rathaus gebe, empfiehlt Dielmann die Einrichtung eines Seniorenbüros. Außerdem sei ein Seniorenbeirat wünschenswert, der mit dem Büro kooperieren solle.

- ▶ Zu den weiteren Empfehlungen gehört die Wiederaufnahme eines „Sammelatlas“; das Projekt habe es schon gegeben, aber es sei „wegen zu geringem Bedarf“ (ebd., S.27) wieder aufgegeben worden.
- ▶ Vergleichsweise lange Passagen in Dielmanns Arbeit widmen sich der Integration von Senioren mit Migrationshintergrund.
- ▶ Die konsultierten Kommunalpolitiker und Fachpersonen betonten Dielmann zufolge die Notwendigkeit einer Fokussierung auf Prävention. Es seien bereits diesbezügliche Angebote vorhanden, diese seien aber noch nicht koordiniert.
- ▶ Zu den derzeit 78 Plätzen im Seniorenhaus schreibt Dielmann: „Nach dem Kreispflegeplan des Landkreises Karlsruhe soll es bis zum Jahr 2025 einen Bedarf von 168 Plätzen geben.“ Dies sei aber nur eine Empfehlung, „denn die häusliche Pflege wird in Zukunft abnehmen, weshalb Pflegeheime für die Zukunft eine immer wichtigere Rolle spielen werden“ (ebd., S.30).
- ▶ Momentan sei die Versorgung mit Arztpraxen zwar noch ausreichend gewährleistet, man müsse aber sicherstellen, dass dies auch in Zukunft so bleibe.
- ▶ Dielmann bemängelt die mediale Öffentlichkeitsarbeit der Gemeindeverwaltung. Zum Beispiel sei keine Rubrik für Senioren auf der Gemeinde-Website vorhanden. Es sei mühsam, die vorhandenen diesbezüglichen Informationen zu finden. Zur Verbesserung gehöre aber auch die Optimierung der digitalen Kompetenzen älterer Bürgerinnen und Bürger, die ebenfalls noch nicht gewährleistet sei. Auch informative Printmedien für Senioren müssten aktualisiert werden.
- ▶ Weitere Anregungen sind Seniorenangebote in den Vereinen und der Volkshochschule, Orte der Begegnung wie „ein regelmäßiger Seniorentreff für jedermann und unabhängig einer Mitgliedschaft in einem Verein“, und „ein regelmäßiger Mittagstisch, der zugleich kostengünstig ist“ (ebd., S.32).

3.1.3.3. Das vorläufige Untersuchungsergebnis

Das Forschungsdesign dieser Untersuchung sieht vor, zunächst „vorhandene Dokumentationen zu ermitteln und so zusammenzustellen, dass eine geschlossene Kontur der Oberflächenstruktur der Waldbronner Sozialität entsteht. Dies ist die notwendige Voraussetzung für die darauf folgende Auswahl der Interviewpartner und der Bezugsrahmen für die Wahl der Interviewfragen. Vor diesem Schritt wird aber erst eine Zwischenbilanz aufgrund des ausgewerteten Datenmaterials erfolgen. Möglicherweise lassen sich allein schon aus der Strukturwahrnehmung erste relevante Antworten auf die Leitfragen ermitteln, die später mit der Auswertung der Interviews zusammengefügt werden können“ (§ 2.3.). Dieser grundlegende Teil der Analyse ist abgeschlossen und die anvisierte Zwischenbilanz kann jetzt erfolgen.

Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerungszahl Waldbronns stagnierte nach einer Phase des allmählichen Wachsens in den letzten Jahren. Nur der Ausländeranteil nahm weiter kontinuierlich zu. Es ist derzeit allerdings wieder ein Ansteigen der Gesamtbevölkerungszahl zu verzeichnen und weiter zu erwarten, zum einen bedingt durch die hohe Attraktivität dieser Kommune als suburbaner, infrastrukturell hervorragend erschlossener, ökonomisch weit überdurchschnittlich ausgestatteter Wohn- und Arbeitsort im Kontext eines innovativen Technologiezentrums, zum andern durch bereits im Vollzug begriffene Erweiterungsmaßnahmen, vor allem im Neubaugebiet „Rück II“ (Gemeinde Waldbronn, 2023). Dem entspricht auch, dass sich die Zuzüge nach einem vorübergehenden Rückgang von 2018 zu 2020 wieder signifikant gesteigert haben, während die Wegzüge im Schnitt relativ konstante Zahlen aufwiesen. Daraus folgt:

- ➔ Die Einwohnerzahl Waldbronns wird in den kommenden Jahren zunehmen.

Nicht nur die Zahl der Sterbefälle in Waldbronn hat sich seit der Millenniumswende signifikant erhöht, sondern auch die Zahl der Geburten, woraus resultiert, dass der Quotient des so genannten „natürlichen Saldos“ gering ist, dass aber dennoch die Geburtenrate kontinuierlich niedriger liegt als die Sterberate. Die Erhöhung der Geburtenrate korreliert mit der Alterstruktur der ausländischen Waldbronner Bevölkerung. Diese weist sehr viele junge Menschen im Alter zwischen 20 und 50 auf, etwa ein Fünftel der Gesamtzahl sind Kinder und Jugendliche.

Die relative Ausgeglichenheit der Geburten- und Sterberate darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine progrediente Verschiebung des Altersschwerpunkts in die Seniorenjahrgänge stattfindet. Der augenblicklich bei circa 25 % liegende Bevölkerungsanteil der Personen über 65 wird sich in den kommenden Jahren bei etwa 28 % einpendeln, während sich zugleich unvermeidlich dabei auch der signifikante Anstieg der Zahl Hochbetagter weiter fortsetzen wird.

Es ist festzuhalten:

- ➔ Die zukünftige Gesundheitsversorgung Waldbronns muss berücksichtigen, dass Förderung, Prävention und Behandlung von bis zu einem Drittel der Bevölkerung unter dem Vorzeichen der spezifischen Bedürfnisse und Problem von Senioren zu begreifen ist und dass sich darunter eine deutlich steigende Zahl gebrechlich werdender Hochbetagter befinden wird.
- ➔ „Die wachsende Zahl von Senioren ist vor allem als Ressource zu betrachten. Daraus folgt das Motto ‚Senioren unterstützen Senioren‘“ (Memo 2). „Die Alterungsprozesse, die in den kommenden Jahrzehnten in den Kommunen zu erwarten sind, stellen auch ein Potenzial für die Bürgergesellschaft dar. Vielfach

sind es gerade die ‚jungen Alten‘, die sich zivilgesellschaftlich engagieren wollen und damit einen wichtigen Beitrag für die Gemeinschaft leisten können“ (B17).

- ➔ „Die stärkste und nachhaltigste Veränderung der Waldbronner Sozialstruktur, die bereits eingetreten ist und sich irreversibel fortsetzen wird, ist die Verschiebung des Altersschwerpunkts in die Seniorenjahrgänge. Dieser Zielgruppe sozial- und gesundheitspolitisch gerecht zu werden, muss Priorität haben“ (Memo 2).
- ➔ „Die Einseitigkeit der Entwicklung kann teilweise durch Zuzüge jüngerer Menschen ausgeglichen werden. Dabei wird die Frage der Attraktivität Waldbronn als Wohn- und Arbeitsort für Familien und Alleinerziehende mit Kindern eine Rolle spielen, wie auch die Attraktivität des Integrationsniveaus ausländischer Personen“ (Memo 2).
- ➔ „Wesentlich zur Nutzung der vorhandenen Ressourcen und zur Stabilisierung des Zusammenhalts werden generationenübergreifende Maßnahmen sein“ (Memo 2).
- ➔ „Um die vorhandenen Ressourcen so gut wie möglich nutzen zu können, werden Personen gebraucht, die ihre Bereitstellung beständig koordinieren“ (Memo 2).
- ➔ „Im wachsenden Bevölkerungsanteil von Menschen mit ausländischer Herkunft liegt eine Chance, altersstrukturell bedingten Defiziten gegenzusteuern, nicht zuletzt durch Beteiligung der jüngeren ausländischen MitbürgerInnen an sozial- und gesundheitsfördernden Aktivitäten“ (Memo 2). „Insbesondere der große Anteil an Zuwander:innen bietet viele Möglichkeiten für zivilgesellschaftliche Akteur:innen und Organisationen, das Gemeinschaftsleben kulturrell zu bereichern“ (B19).
- ➔ „In diesem Kontext sind Maßnahmen der Integrationsförderung von besonders hoher Bedeutung, nicht nur, aber besonders Ausländer betreffend: Wer nach Waldbronn zieht, soll achtsam dabei unterstützt werden, hier heimisch zu werden, um sich dann auch gern für andere Waldbronner zu engagieren“ (Memo 2).
- ➔ „Die Gesundheitsförderung der Waldbronner muss sich aufgrund der demografischen Entwicklung besonders stark auf Prävention konzentrieren“ (Memo 2).

Wohnsituation

Ein signifikanter Trend der letzten Jahrzehnte in Waldbronn ist die zunehmende Vereinzelung des Wohnens. Einerseits ist die Zahl der Privathaushalte stark angestiegen, andererseits ist der Durchschnittswert der Personenanzahl pro Haushalt gesunken. Spitzenerster sind die Singlehaushalte, eng gefolgt von Zweipersonenhaushalten, erst mit weitem Abstand folgen Dreipersonenhaushalte. Kinder leben nur in etwa 20 % aller Haushalte, etwa ein Drittel davon bei Alleinerziehenden.

Ein besonders auffälliges Merkmal der Entwicklung ist die außerordentliche Vergrößerung des Wohnraums. Die Anzahl von Häusern und Wohnungen mit 6 und mehr Zimmern hat sich innerhalb von 3 Jahrzehnten verdoppelt, was sich darin niederschlägt, dass bei ungefähr gleich bleibender Bevölkerungszahl mittlerweile etwa 10.000 Zimmer mehr zur Verfügung stehen.

Es ist festzuhalten:

- ➔ Im Alleinleben liegt ein hohes Potenzial für soziale Isolation, die wiederum ein sehr hoher Risikofaktor für Gesundheitsschädigung ist. Dem sollte durch entsprechende proaktive Maßnahmen begegnet werden.
- ➔ Die gesundheitsfördernden Chancen generationenübergreifenden Zusammenlebens werden von den Waldbronnern nur sehr wenig genutzt. Das verlangt nach Initiativen gegen den Trend.
- ➔ Der reichlich vorhandene Wohnraum lässt vermuten, dass faktisch ein ergänzendes Zusammenleben generationenübergreifend oder auch als Wohngemeinschaft im Rahmen derselben Altersgruppe gut zu verwirklichen wäre. Das könnte sich langfristig stabilisierend insbesondere auf die psychosoziale Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Es sollte deshalb ernsthaft überlegt werden, welche kommunalpolitischen Anreize und Modelle hierfür geschaffen werden können. Vornehmliche Zielgruppen hierfür dürften allein lebende Senioren und Alleinerziehende sein.
- ➔ Die anderswo auch in wohlhabenden Gemeinden anzutreffende Wohngemengenknappheit (vgl. B07, B09, B12, B17) dürfte für Waldbronn eigentlich nicht zu treffen, aber möglicherweise wird sehr viel Wohnraum von den Besitzern nicht freigegeben.
- ➔ „Wahrscheinlich reicht es für Förderung und Prävention im Bereich der sozialen Gesundheit nicht hin, öffentliche Angebote im Programm zu haben. Die sehr hohe Anzahl allein lebender Waldbrunner deutet darauf hin, dass womöglich viele von ihnen auf solche Angebote entweder nicht von sich aus eingehen werden oder trotz ihrer Nutzung soziale Isolation erfahren werden. Darum wird wahrscheinlich eine proaktiv aufsuchende Kontaktarbeit benötigt“ (Memo 3).

Erwerbstätigkeit

Die Zahl der Erwerbstätigen in Waldbronn hat in den letzten Jahren signifikant zugenommen. Seit 2015 macht sich auch in diesem Bereich die Altersverschiebung deutlich bemerkbar: Die meisten Erwerbstätigen sind älter als 45. Zudem ist der Ausländeranteil gestiegen; er hat sich auf etwa 15 % eingependelt. Auffällig ist auch, dass der Anteil unter 25jähriger Erwerbstätiger sehr gering ist und sogar noch etwas abgenommen hat. Arbeitslosigkeit spielt keine wesentliche Rolle.

Es ist festzuhalten:

- ➔ Der Anteil der Erwerbstätigkeit von Menschen im Übergangsbereich zum Seniorenalter wird sich zunehmend dorthin verlagern. Für viele könnte das heißen, dass sie flexible Teilzeitmodelle mit veränderten Schwerpunkten begrüßen würden, um sich nach der Lebensmitte nochmals neu auf Tätigkeiten konzentrieren zu können, die ihren genuinen Interessen besser entsprechen, oder auch um Arbeitsbelastungen zu reduzieren. Es sollten attraktive teilzeitliche Tätigkeitsfelder wie auch lohnende Aktivitäten des bürgerschaftlichen Engagements im Sozial- und Gesundheitsbereich für diese Zielgruppe zur Verfügung gestellt werden.
- ➔ „Wahrscheinlich beinhaltet die mutmaßlich hohe Zahl nicht-erwerbstätiger Waldbronner viel Potenzial für bürgerschaftliches Engagement im Bereich der sozialen Dienstleistungen, das durch attraktive Möglichkeiten unbezahlter und geringfügig bezahlter Arbeit geweckt und sinnvoll organisiert werden müsste“ (Memo 3).
- ➔ „Die Altersverschiebung der Hauptgruppe Erwerbstätiger spricht dafür, dass in den kommenden Jahren überdurchschnittlich viele Personen in den Ruhestand gehen werden und ihre Arbeitsstellen nicht ohne Weiteres adäquat ersetzt werden können“ (Memo 3).
- ➔ „Der gestiegene Ausländeranteil unter den Erwerbstätigen dämpft den Trend“ (Memo 3).
- ➔ „Beides, Altersverschiebung und gestiegener Ausländeranteil, sprechen dafür, in Zukunft besonders Letzteren zu forcieren“ (Memo 3).
- ➔ „Dabei ist von vornherein darauf zu achten, dass diese Personen nicht den Status der gesellschaftlichen Zweitklassigkeit als ‚Hilfsarbeiter‘ erhalten, sondern optimal integriert und beruflich qualifiziert werden. Das wird nicht zuletzt für die Zukunft der sozialen Dienstleistungsbereiche wichtig sein“ (Memo 3).
- ➔ Für die Zielgruppe der Ausländer mit Migrationshintergrund und der unter 25Jährigen sollten Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten in Waldbronn geschaffen und ausgeschrieben werden, die auf den langfristigen sozialen und gesundheitlichen Bedarf der Waldbronner Bevölkerung ausgerichtet sind (vgl. B05, B17).

Evidente soziale und gesundheitliche Problemfelder

Der Bedarf an psychosozialen Maßnahmen wie einschlägige Beratungsangebote, Suchthilfe und Unterstützung durch das Jugendamt scheint insgesamt hinreichend abgedeckt zu sein. Was bei den Daten hierzu aber hervorsticht, sind wiederum Problemfelder der Gesundheitsversorgung gebrechlicher Senioren. 2018 hatten etwa 8 % der Waldbronner, das sind mehr als 1.000 Personen, einen mindestens 50-prozentigen Behinderungsgrad, was impliziert, dass viele von ihnen pflegebedürftig sind. Dem steht das allgemeine Absinken des so genannten Pflegequotienten ge-

genüber, was bedeutet: Immer weniger der bislang hauptsächlich die Pflegelast tragenden Frauen zwischen 40 und 65 stehen immer mehr pflegebedürftigen Angehörigen gegenüber.

Dielmann referiert, dass es dem „Kreispflegeplan des Landkreises Karlsruhe“ zu folge „bis zum Jahr 2025 einen Bedarf von 168 Plätzen“ geben soll. Dies sei aber nur eine Empfehlung, „denn die häusliche Pflege wird in Zukunft abnehmen, weshalb Pflegeheime für die Zukunft eine immer wichtigere Rolle spielen werden“ (Dielmann, 2021, S.30). Die Kommune scheint hier vor einer wichtigen Weichenstellung zu stehen. Den Verlust der Bedeutung häuslicher Pflege einfach hinzunehmen wäre ein kaum zu akzeptierender Qualitätsverlust für die Wohlstands- und „Wohlfühl“-Gemeinde Waldbronn. Vielmehr geht es um eine entschlossene Ausrichtung darauf, die „Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung bis ins hohe Alter auszubauen“ (B13). Dazu gehört es, wie der Sozialbericht 2018 des Landratsamts Karlsruhe anmahnt (§ 3.1.3.2.), „den weiteren Ausbau der vorstationären Angebotsstrukturen“ zu forcieren, weil sich begreiflicherweise, es sei der Wichtigkeit wegen nochmals zitiert, die älteren Menschen wünschen, „im hohen Alter und bei zunehmender Pflegebedürftigkeit ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erhalten, [...] wenn möglich in der eigenen Wohnung“, woraus notwendig folge, unter anderem „betreute Wohnformen mit höherer Betreuungsintensität“ anzubieten (Landratsamt Karlsruhe, 2018, S.73).

Es ist festzuhalten:

- ➔ Die Schere zwischen Pflegebedürftigkeit und Pflegekapazität öffnet sich unaufhaltsam weiter, wenn nicht effektive Maßnahmen ergriffen werden, damit sie sich wieder schließt. Das ist eine Notwendigkeit.
- ➔ Das überkommende Modell, dass „die Frauen“ in den Familien Pflegebedürftiger, insbesondere ihre Töchter, für die Pflege aufkommen, bedarf ebenso notwendig der Ergänzung und teilweise Ablösung durch andere Modelle, nicht nur, weil die Rechnung nicht mehr aufgeht, sondern weil es insgesamt auch ungerecht ist. Ambulante Pflegedienste sind eine solche Alternative, ihr Dienst wird aber nicht ausreichen, um der Entwicklung wirksam zu begegnen.
- ➔ Mit hoher Priorität wird in Zukunft ein Spektrum von Dienstleistungen benötigt, deren gemeinsames Merkmal darin liegt, Kontakte zu den allein oder zu zweit lebenden Waldbronner Bürgerinnen und Bürgern zu suchen und zu pflegen und ihnen in ihrem gewohnten Zuhause die Gemeinschaft und Unterstützung zu geben und zu vermitteln, die sie benötigen, um so weit und so lang wie möglich selbstbestimmt leben zu können und rechtzeitig Hilfe zu erhalten, wenn das insbesondere durch Gesundheitsprobleme in Frage gestellt ist. Dies muss als genuines Anliegen der Waldbronner Gesundheits- und Sozialpolitik öffentlich kommuniziert und zentral koordiniert werden.

Ökonomische Lebensverhältnisse

Eine gewisse Anzahl von Menschen an der Armutsgrenze oder darunter wird auch in wohlhabenden Kommunen unvermeidlich sein. Die Anzahl Betroffener in Waldbonn liegt, soweit die Statistik das hergibt, zum Teil im Durchschnitt des Landkreises und zum Teil darunter. Jedenfalls geht das aus den Zahlen der Empfänger von Grundsicherungszahlungen hervor. Bei den über 65jährigen gehörten 2018 weniger als 2 % dazu. Insgesamt hat Waldbonn kein Armutproblem. Da Armut ein sehr hoher gesundheitlicher Risikofaktor ist (Willberg, 2023), darf dies als gesundheitspolitisch wichtige Erkenntnis notiert werden. Aber nicht nur das: Der umfassenden Analyse der deutschen „Demografiertypen“ durch die Bertelsmann-Stiftung zufolge, die 2020 mit Daten von 2018 veröffentlicht wurde, gehört Waldbonn zu den 65 ökonomisch am besten situierten Kommunen Deutschlands, die von den Autoren der Studie als „Demografiertyp 11“ bezeichnet werden und zusammen 0,6 % aller deutschen Kommunen mit 1,7 % der Gesamtbevölkerung ausmachen. Kernkriterien dieses Spitzensitzes sind die suburbane, infrastrukturell hervorragend vernetzte Lage in einer „Region der Wissensgesellschaft“, ein sehr hoher Anteil hochqualifizierter Personen, die dort wohnen und arbeiten, sowie insgesamt ein sehr hoher finanzieller Wohlstand bei insgesamt geringer sozialer Belastung. Als Wohn- und Arbeitsplätze sind Typ-11-Kommunen sehr attraktiv, weswegen auch die Voraussetzungen dafür günstig sind, dass der Zuzug von Personen, die diesem Wohlstandsniveau entsprechen, sich fortsetzt.

Es ist festzuhalten:

- ➔ Das außerordentlich hohe Wohlstandsniveau ist im selben Maß ein hoher Stabilitätsfaktor insbesondere der psychosozialen Gesundheit wie umgekehrt Armut ein hoher Risikofaktor ist. Besonders betrifft das die mutmaßlich vielen wohlhabenden Senioren. Sie können sich die erforderlichen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung und Pflege gut leisten, sofern sie auch zur Verfügung stehen, und sie besitzen insgesamt genügend Wohnraum, um auch helfende Personen bei sich aufzunehmen. Diese wichtigen Ressourcen verlangen dann, gesundheitspolitisch im Sinne der Gesamtbevölkerung genutzt zu werden.
- ➔ Der Waldbonner Wohlstand und die hohe Attraktivität Waldborns als Wohn- und Arbeitsplatz sollten ferner als Ressourcen dafür genutzt werden, die bereits jetzt schon evidenten personellen Mängel der lokalen Gesundheitsversorgung auszugleichen. Die Schaffung von attraktiven Ausbildungs- und Arbeitsplätzen sowie von bürgerschaftlichen Aktivitäten im Sozial- und Gesundheitswesen wurden schon genannt; ferner wird es um innovative Initiativen zur kreativen Neustrukturierung der professionellen therapeutischen Versorgung gehen, wie zum Beispiel attraktive Modelle ärztlicher Praxisgemeinschaften, Gewinnung von Ergotherapiepraxen, Verstärkung ambulanter Dienste und dergleichen mehr.

- ➔ Die Gegebenheiten des Demografietyps 11 der Bertelsmann-Stiftung, dem Waldbronn angehört, sind äußerst günstige Voraussetzungen dafür, „den demografischen Wandel aktiv zu gestalten“ (B01; vgl. B02), um „die absehbaren Altersentwicklungen und daraus resultierende wirtschaftliche Entwicklungen für einen planvollen Umgang mit den demografischen Veränderungen zu nutzen und sich rechtzeitig darauf einzustellen“ (B03).

Kommunalpolitische Priorisierung

Waldbronn ist seiner ausgezeichneten gesamtökonomischen Lage wegen dazu prädestiniert, in der Gesundheits- und Seniorenpolitik „zu agieren, statt nur zu reagieren“ (B04). Mithin sollte der berechtigte optimistische Selbstanspruch Waldbronner Gesundheits- und Seniorenpolitik darin bestehen, eine innovative Vorreiterposition einzunehmen. Die Erläuterungen der Bertelsmann-Stiftung zu Demografietyp 11 machen darauf aufmerksam, dass dies trotz der günstigen Voraussetzungen nicht nebenei möglich sein wird, sondern entschieden priorisiert werden muss: „Zu den Herausforderungen für die Kommunen im Typ 11 zählt mittel- bis langfristig auch eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik, die eine selbstständige Lebensführung bis ins hohe Alter unterstützt und durch Formen von Integration, Kommunikation und Unterstützung fördert“ (B08; vgl. B10, B13, B16). Dafür bedarf es einer bewussten politischen Schwerpunktsetzung, die womöglich auch einen Paradigmenwechsel darstellt. Ein Indiz dafür ist das 2016 von 60 in Arbeitsgruppen versammelten Bürgerinnen und Bürgern in Kooperation mit dem Gemeinderat erstellte „Leitbild Waldbronn 2025“ (Gemeinde Waldbronn, 2016). Erster von 6 Hauptpunkten ist das Thema „Soziales“. Als gesundheitsrelevantes Ziel bis 2025 ist in dieser Rubrik definiert: „Bedarfsgerechte Angebote von medizinischer Versorgung sowie von ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege sind gesichert“. Die weiteren 9 Ziele unter „Soziales“ bleiben allerdings ohne spezifischen Bezug zu Gesundheit und Senioren, auch die im weiteren Verlauf erfolgenden Differenzierungen ändern daran nur wenig. Das Wort „Senioren“ oder ein Äquivalent kommt auf den 24 Seiten des Dokuments nicht vor. Man wird auch kaum behaupten dürfen, dass seither größere Schritte auf dem Weg zum Erreichen des definierten gesundheitspolitischen Ziel erfolgt sind.

Dass man sich aber mehr oder weniger darum bemüht hat, zeigt sich zum Beispiel darin, dass auf der Gemeinde-Website bei den Seiten über „Soziales“ die Seite „Senioren“ den Anfang macht. Der Eintrag ist vom 21.07.2021 und stellt das Bachelorprojekt von Alina Dielmann vor. Außerdem sind auf weiteren Seiten die von Dielmann genannten bereits vorhandenen Hilfen für Senioren (§ 3.1.3.2.) zu finden.

Im Zuge der Priorisierung von Gesundheits- und Seniorenpolitik wird es auch wesentlich darum gehen, dass sich die Waldbronner Kommune als Teil eines größeren Ganzen versteht und darum möglichst optimal im Wechselverhältnis mit Land-

kreis, Land und Bund interagiert (B15). Lokalpolitisch wird für eine effiziente Umsetzung, die nicht zuletzt der drängenden Zeit wegen erforderlich ist, eine möglichst optimale Koordinierung unter Zuhilfenahme vereinfachender Digitalisierung (vgl. B18) zu verwirklichen sein. Die von Dielmann angeregte Einrichtung eines Seniorenbüros könnte die Koordination realisieren, wozu auch der ebenfalls vorgeschlagene Seniorenbeirat dienen könnte.

Priorisierung ist von Aktivismus zu unterscheiden. Das wird heißen, auch die Einzelmaßnahmen strategisch zu priorisieren und Ineffektivitäten zu vermeiden. Das sollte nach Fertigstellung dieser Analyse möglich sein. Erst muss der genaue Bedarf ermittelt sein, dann muss gehandelt werden. Dielmanns Bachelorarbeit und die ersten Schritte, die Seniorenpolitik in Waldbronn überhaupt zur Sprache zu bringen, waren ein Anfang, bei dem die Wahrnehmung der tatsächlichen Bedarfe aber noch nicht sehr weit reichte. Es fällt auf, dass der exquisite ökonomische Rang der Kommune Waldbronn womöglich nicht nur Frau Dielmann, die in der Einleitung ihrer Arbeit vom Teilziel einer Steigerung der Attraktivität der Gemeinde spricht, sondern auch den Leitungspersonen in der Gemeinde noch nicht so recht bewusst war; was vielleicht der chronisch schwierigen Finanzlage der Gemeinde geschuldet war, die eigentlich gar nicht zu Demografie-Typ 11 passen will. Aber *die Attraktivität von Waldbronn muss nicht gesteigert, sondern nachhaltig gesichert werden*. Um das zu erreichen, muss den sozial- und gesundheitspolitischen Aspekten noch viel deutlicher als bisher Raum gegeben werden und das muss sich in Maßnahmen niederschlagen, die deutlich tiefer greifen als ein nicht unbeträchtlicher Teil des bisher Bewirkten und Vorgeschlagenen. Ob die Wiederaufnahme des „Sammeltaxis“ trotz des zurückliegenden Misserfolgs des Projekts bedarfsgerecht ist, müsste zum Beispiel noch geprüft werden. Ob die Gemeinde-Website für Senioren wirklich so unhandlich ist, wie Dielmann es darstellt, scheint fraglich. Ob das Gewicht, das sie als Ergebnis des Dialogs mit den Fachpersonen der Öffentlichkeitsarbeit mit Print- und Digitalmedien gibt, wirklich so groß ist, wie sie es darstellt, ist wohl auch eher eine unbewiesene Behauptung, und das Anliegen, bedürftigen Waldbronnern beizustehen, etwa durch die Einrichtung des Mittagstisches, „der zugleich kostengünstig ist“ oder den eindrucksvoll in Szene gesetzten „Karlsruher Seniorenpass 65+“ (Gemeinde Waldbronn, 2018a), könnte daran scheitern, dass es einfach zu wenig Senioren gibt, die das wirklich brauchen. Nach Auskunft des Bürgerbüros wird die schöne Möglichkeit, durch den Seniorenpass in den Genuss von Vergünstigungen etwa bei der Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel zu kommen, derzeit von zwei Personen genutzt (der analoge Kinderpass scheint seinen Zweck deutlich besser zu erfüllen). Ebenso muss man sich vorerst noch kaum Gedanken über die spezifische Unterstützung ausländischer Senioren machen, angesichts der Tatsache, dass fast keine über 80jährigen und nur etwa 80 Personen in der Altersspanne zwischen 70 und 80 vorhanden sind.

3.2. Potenziale und Defizite der Gesundheitsförderung in Waldbronn

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist, grob gesagt, die Gesundheit der Waldbronner. Für das, was darunter eigentlich zu verstehen ist, gibt es eine global gültige Standarddefinition der WHO und viele Modelle zu ihrer Konkretisierung. Aufgabe der qualitativ forschenden Person sei es, eine holistische Übersicht einschließlich der kontextuellen Bedingungen des Untersuchungsgegenstandes zu gewinnen, verlangen Miles et al. (Miles, Hubermann et al., S.9). Das soll im Folgenden versucht werden. Aus der Vielzahl sollen darum, ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild, zunächst einige Kernkriterien für Gesundheit gefiltert werden. Diese sollen dann den nächsten beiden Schritten der Untersuchung zur Verfügung stehen: Zuerst finden sie als einheitliche Fragestellungen für die Begutachtung der für die Waldbronner Bevölkerung wirksamen gesundheitsfördernden Aspekte Waldbronner Einrichtungen Verwendung, von denen das erwartet werden kann. In diesem Prozess wird sich auch herauskristallisieren, wo die gesuchten Interviewpartner der dann folgenden Untersuchungsphase zu finden sind. Für die Interviews können die Kriterien zu Items verarbeitet werden.

Daraus ergibt sich folgendes Procedere mit dem Zielpunkt der Interviews:



Abbildung 18: Weitere Vorgehensweise zum Zielpunkt Interviews

3.2.1. Kategorisierung der Gesundheitskriterien

Seit 1946 hat sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) darauf festgelegt, Gesundheit als „einen Zustand vollständigen [complete] physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens“ zu definieren, „und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche [infirmity]“ (WHO, 2023). Das hat der WHO viel Kritik eingebrocht (Becker, 1982), aber es war dennoch auch ein Fortschritt, denn zuvor beschränkte sich das vorherrschende medizinische Verständnis von Gesundheit auf den Körper (ebd.; Franke, 1993b). Immerhin hatte sich dadurch die Tür zu einer ganzheitlichen Erfassung des Phänomens geöffnet. Dazu passend publizierte in den 70er Jahren George Engels sein bio-psycho-soziales Modell einer holistischen Gesundheitspflege, das zum allgemeinen Standard avancierte (Sulmasy, 2007). Seit einigen Jahren nimmt die WHO aufgrund zahlreicher Forschungsbefunde auch die Spiritualität als konstitutiven Basisfaktor für Gesundheit und Krankheit in den

Blick, woraus sich ein bio-psycho-sozio-spirituelles Grundmodell ergibt (Dhar, Chaturvedi & Nandan, 2013; Hefti, 2022; Utsch, 2014).

Stein des Anstoßes der Kritik an der WHO-Definition ist die Beschränkung des Gesundheitsbegriffs auf das „Wohlbefinden“ (well-being). Es kommt aber darauf an, was man darunter versteht. Jedenfalls ist Wohlbefinden nicht dasselbe wie Wohlfühlen. Man kann sich wohl-befinden, auch wenn man sehr ungünstige Lebensumstände zu meistern hat, weil man einen Weg findet, sinnvoll damit umzugehen. Wohlbefinden so zu definieren ist mittlerweile im Gesundheitwesen durch die Befunde des Forschungszweigs der Salutogenese zur Norm geworden, die insbesondere in der so genannten „Positiven Psychologie“ Ausdruck gefunden hat. Dort wird diese Art des Wohlbefindens im Sinne gelingenden Lebens als „Flourishing“ bezeichnet (Seligman, 2012). Das ist eine Schwerpunktverlagerung in Übereinstimmung mit der Fokussierung auf das „Wohlbefinden“ in der WHO-Definition (Röhrle, 2018).

3.2.1.1. Kernkriterien körperlicher Gesundheit

Liliane Juchli hat die so genannten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) zusammengestellt (Juchli, 1983), die für einen gesunden Lebensvollzug Erfüllung beanspruchen. Die meisten von ihnen benennen wesentliche Kriterien der körperlichen Gesundheit. Folgende Kriterien sind selbstevident:

- ▶ Ruhen und schlafen
- ▶ Sich bewegen
- ▶ Essen und trinken
- ▶ Ausscheiden
- ▶ Atmen

Weitere Kriterien sind, was ihre Relevanz als Kriterien körperlicher Gesundheit an geht, erklärbungsbedürftig:

Kriterium	Körperlicher Aspekt
Für Sicherheit sorgen	Zum Beispiel Gehhilfen, die Anwendung von stabilisierenden Medikamenten und Infektionsschutz; Vorsorgeuntersuchungen
Sich beschäftigen	Zum Beispiel Förderung der Motorik und anderer zum Lebensvollzug wesentlicher Gehirnfunktionen
Sich waschen und kleiden	Hier geht es vor allem um den Aspekt der Hygiene. Schlechte hygienische Verhältnisse und mangelhafte Körperpflege machen krank.
Regulieren der Körpertemperatur	Relevant vor allem für die Pflege.
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Das betrifft insbesondere die Sexualität, aber auch z.B. den Schutz der Intimsphäre.

Tabelle 04: Im Blick auf die allgemeine körperliche Gesundheitsrelevanz erklärbungsbedürftige Kriterien aus den ADL

Eines der vier seelischen Grundbedürfnisse des Menschen ist das *Bedürfnis nach Lust und Unlustvermeidung* (Gräwe, 2004). Dieses Bedürfnis konvergiert am stärksten mit dem entsprechenden körperlichen Bedürfnis, vor Unwohlsein und Schmerzen verschont zu bleiben. Schmerz- und Unlustvermeidung ist keine separate Aktivität des täglichen Lebens, aber ein wesentlicher Aspekt vieler Verhaltensweisen. Die Fähigkeit zur Lustempfindung (Genussfähigkeit) und die Schmerzlosigkeit sind zweifellos ebenfalls als Hauptkriterien der körperlichen Gesundheit im Sinn von „Well-being“ zu verstehen.

Für die erstrebte Bestandsaufnahme kann es nicht darum gehen, in die Details medizinischer Ausschlusskriterien von Krankheit zu gehen, wie sie etwa bei Gesundheitschecks zur Anwendung kommen. Zweck solcher Maßnahmen ist es, Einschränkungen der Gesundheit festzustellen, die andernfalls verborgen oder nicht genau benannt und behandelt werden könnten. Die Relevanz dieses latenten Krankheitspotenzials im Blick auf die Beantwortung der Leitfragen zu eruieren könnte vielleicht in späteren Experteninterviews thematisiert werden.

Juchlis drei Kriterien „Ruhens und schlafen“, „Sich bewegen“ sowie „Essen und trinken“ korrelieren, wie sich auch durch viele Forschungsbefunde belegen ließe, sehr stark mit Gesundheit, man darf sie ohne Weiteres als die drei Hauptpfeiler der körperlichen Gesundheit betrachten. Zudem handelt es sich zum großen Teil um Verhaltensbereiche, die potenziell am leichtesten zu beeinflussen sind, weil sie sich zumeist von der einzelnen Person selbst steuern lassen. Der Faktor „Ausscheiden“, der bei Problemen in diesem Bereich individuell eine hohe Gesundheitsrelevanz haben kann, ist zu intim, um für die Erfassung der Oberflächenstruktur eine Rolle zu spielen. Man sieht diese Probleme den Menschen nicht an, sie behalten das auch weitgehend für sich und konsultieren medizinische Fachpersonen dafür.

Das Kriterium des Ruhens ist getrennt vom Schlafen zu thematisieren, weil es hierbei noch differenzierter um die gesundheitsmedizinisch wesentlichen Aspekte der Stressreduktion und Regeneration geht. Mangelnde Stressreduktion im Wachzustand kann sich zum Beispiel in gestörtem Schlaf niederschlagen (Backhaus, Riemann, 1996).

Bundesweit haben sich *Schlafprobleme* zu einem bedeutenden gesundheitsschädigenden Faktor entwickelt (Storm, 2017). Gleicher lässt sich vom *Bewegungsman gel* (Froböse, Biallas & Wallmann, 2018) und von *gesundheitsschädigendem Ernährungsverhalten* sagen, vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der außerordentlich verbreiteten Übergewichtigkeit (Statistisches Bundesamt, 2023).

Das Kriterium „*Sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten*“ ist keineswegs von untergeordneter Bedeutung, weil es vier wichtige Aspekte betrifft: Geschlechtsspezifische Herausforderungen und Probleme der Gesundheit, Aspekte der Rollenzu-

teilung insbesondere in Familie und Partnerschaft, gesundheitsrelevante Fragen der Geschlechtsidentität und, last but not least, die Sexualität als wichtige Gesundheitsressource (Ohm, 1997), aber auch als Faktor gesundheitsgefährdender Belastungen. In dieser Untersuchung wird der Bereich, zunächst jedenfalls, zurückgestellt, da die Gesamtausrichtung eher geschlechtsübergreifende Ressourcen und Defizite fokussiert und da die sexuelle Bedürfniserfüllung für sich genommen bei einer Untersuchung eher ein besonders diskretes oder anonymisiertes Setting benötigen würde. Es ist aber vor allem bei den Fragen nach den sozialen Bedürfnissen implizit mit angesprochen.

Gesundes Atemverhalten wie auch gesunde Luft sind konstitutiv für körperliche Gesundheit und Wohlbefinden, während Erkrankungen der Atemwege nach dem Ende der Pandemie auch wieder eher ein medizinisches Spezialproblem darstellen. Dass die Waldbronner Luft vergleichsweise gesund ist, darf wahrscheinlich generell ohne genaueres Hinschauen konstatiert werden, wobei zum Beispiel verkehrsbedingte Verdichtungen schlechter Luft Aufmerksamkeit verdienen könnten. Das Thema „Atmen“ hat als Basis von Achtsamkeit und Meditation aber auch einen wesentlichen spirituellen Aspekt (Willberg, 2019; Willberg, 2022).

Hervorzuheben in ihrer Relevanz für die körperliche Gesundheit sind schließlich noch die Kriterien „Für Sicherheit sorgen“ und „Sich beschäftigen“, die aber weit mehr als körperliche Aspekte betreffen. Darum sollen sie mit den Kriterien „Schmerzlosigkeit“ und „Genussfähigkeit“ in diese Zusammenstellung als übergreifende Faktoren aufgenommen werden.

Schmerz ist prinzipiell ein multifaktorielles Gefühl (Gerber & Hasenbring, 1996). Seelischer und körperlicher Schmerz werden vom Schmerzgedächtnis nicht als grundsätzlich verschiedene Erfahrungen gespeichert (Bauer, 2010). Nicht aus medizinisch erkennbaren Ursachen entstehende körperliche Schmerzen sind zum Beispiel die häufigste Symptomatik der Somatoformen Erkrankungen (Henningsen, 2006), die den sechsten Platz in der Rangfolge psychischer Erkrankungen in Deutschland belegen (Abbildung 19). Analog zur multifaktoriellen Entstehung von Schmerz ist auch Gesundheitsförderung und Prävention in dieser Hinsicht zu verstehen. Neben der körperlichen Vorbeugung und Behandlung können die Übung von Achtsamkeit (Klinkenberg, 2007) und als fürsorglich erlebte sozial achtsame Gruppenerfahrungen (Altner, 2007), aber auch die Berücksichtigung der spirituellen Kategorie durch die Thematisierung von Sinnfragen (Gebler & Maercker, 2014) hilfreich ineinander greifen. Nicht zuletzt können Methoden der Muskelentspannung, eng verwandt mit Achtsamkeit und Atementspannung (Willberg, 2022), hierzu beitragen, weil sehr viele Schmerzprobleme stressbedingt durch Muskelverspannung entstehen oder begünstigt werden (Jacobson, 2011). Zu bedenken ist dabei auch, dass die Einengung des Atems durch Muskelverspannung evident symptomatisch für alle Arten von Angststörungen ist (Petzold, 1993) (vgl. zur Häufigkeit Ab-

bildung 19; Zwangsstörungen, die in der Rangfolge Platz 5 belegen, sind ein Teilbereich der Angststörungen), aber auch für das beengend erfahrene Bedrücktsein im Zustand von Depressionen. „Atem, Gefühl und emotionale Gesundheit sind unlösbar miteinander verbunden.“ (Petzold, 1993, S.869).

Im Zusammenhang von Angst, Depression, somatoformen Problemen und Zwangsstörungen notvolle Anspannung zu erfahren ist wiederum ein sehr häufiger Anlass für übermäßigen Alkohol- und Drogenkonsum (vgl. zur Häufigkeit von substanzellen Suchtstörungen Abbildung 19) und exzessive Betäubung durch Unterhaltungsmedien und dergleichen (Willberg, 2008). Nicht zu vergessen ist dabei aber auch die hohe Anspannung vieler Menschen durch „Alltagsstress“ in Form von beruflichen Problemen, ökonomischen Sorgen und dergleichen sowie im privaten Beziehungsbereich

Für das weitere Vorgehen lässt sich festhalten, dass dies die oberflächlich am besten zu überprüfenden Hauptkriterien körperlicher Gesundheit sind, nach denen es primär zu fragen gilt:

- ▶ Das Schlafverhalten
- ▶ Das Bewegungsverhalten
- ▶ Das Ernährungsverhalten

3.2.1.2. Kernkriterien seelischer Gesundheit

Von seelischer Gesundheit darf gesprochen werden, wenn *die vier seelischen Grundbedürfnisse* genügend authentische Sättigung finden (Grawe, 2004):

- ▶ Das Bedürfnis nach Lust und Unlustvermeidung
- ▶ Das Bedürfnis nach Selbstwertbestätigung und -erhöhung
- ▶ Das Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle
- ▶ Das Bedürfnis nach Beziehung

Durch Letzteres wird die soziale Kategorie des Gesundseins bestimmt, darum erfolgt die Besprechung mit dem nächsten Unterpunkt.

Die ideale Bedingung einer gleichmäßigen beständigen Erfüllung der vier Bedürfnisse bietet das Leben nicht in dem Maß, das wir gern hätten. Diese Tatsache verlangt nach weiteren Kernkriterien seelischer Gesundheit, die in den Kompetenzen des Umgangs mit frustrierten Bedürfnissen bestehen. Man kann sie unter dem Gesichtspunkt der *Stressresilienz* zusammenfassen (Becker, 1982), denn bedrohlicher Stress hat hauptsächlich mit mangelhafter Bedürfniserfüllung zu tun.

Gesunde menschliche Bedürfniserfüllung kann nur dann auf passive Weise stattfinden, wenn Personen nicht selbst in der Lage dazu sind. Das heißt: Potenziell dazu

in der Lage zu sein verlangt nach dem Erlernen von *Kompetenzen* dafür (ebd.). Kompetenz (selbst können) ist somit ein weiterer wesentlicher Faktor seelischer Gesundheit. Das bedeutet nicht, dass fehlende Kompetenz zur eigenen Bedürfnisfüllung per se pathologisch ist, denn unmündige und anderweitig stark eingeschränkte Personen können genau wie die anderen authentisches und nachhaltiges Wohlbefinden erfahren. Sie sind nicht krank, aber durch das Fehlen der Kompetenzfähigkeit behindert.

Albert Bandura hat das Kriterium der Kompetenz aufgrund seiner genauen Untersuchungen mit dem Prinzip der *Selbstwirksamkeit* beschrieben. Darunter ist das *Selbstvertrauen* zu verstehen, die Fähigkeit (Kompetenz) zu haben, lohnende eigene Ziele zu erreichen und in der Lage zu sein, auch die Hindernisse auf dem Weg dorthin überwinden zu können (Bandura, 1997).

Eine wesentlich Bedingung für die Entstehung von Resilienz und Kompetenz respektive Selbstwirksamkeit ist *Realismus*, wie auch dieser wiederum aus der entstandenen Resilienz und der eingebüten Kompetenz resultiert (ebd.). Realismus ist akzeptierende Wahrnehmung der Wirklichkeit. Die hauptsächliche Wirklichkeit, die eine Person wahrnimmt, ist sie selbst. Zwar verbindet uns die Sinneswahrnehmung unmittelbar mit der Umwelt, aber ein Großteil dessen, was die Sinne wahrnehmen, spielt sich in uns selbst ab: Es sind Körperempfindungen, Gedanken und Gefühle. Jeden bewusst wahrgenommenen Sinneseindruck reflektieren wir, unabhängig davon, ob es willentlich oder ganz unwillkürlich geschieht. Aufgrund des dominierenden Selbstbezugs unserer Wahrnehmung ist Akzeptanz der Wirklichkeit in erster Linie *Selbstakzeptanz*. Realistische Selbstakzeptanz verzichtet sowohl auf ein beschönigendes als auch auf ein abwertendes Selbstbild, es ist eine Akzeptanz von Licht und Schatten, Stärken und Schwächen, Kompetenzen und Grenzen. Dies wiederum ist die Voraussetzung für einen weiteren wesentlichen Gesundheitsfaktor: die *Selbstsicherheit* (ebd.).

Grundlegend für die Bestimmung der Kriterien seelischer Gesundheit war 1958 die Auftragsstudie für die US-amerikanische Joint Commission on Mental Illness and Health von Marie Jahoda (Becker, 1982; Jahoda, 1958). Sie stellte die verschiedenen damals vorhandenen Konzeptionen zusammen und brachte deren Extrakte auf einen Nenner. Demnach sind wesentliche Kriterien der seelischen Gesundheit das *Selbstverhältnis* einer Person, ihre *Selbstaktualisierung* (Selbstverwirklichung), *Integration*, *Autonomie*, *Realismus* und die *Fertigkeit* (*mastery*), die *Umstände zu bewältigen* (ebd.). Diese Aspekte würden sich aber auch überschneiden. Integration etwa lässt sich auch dem Selbstverhältnis und der Selbstaktualisierung zuordnen, aber Schwerpunkt des Faktors „Selbstverhältnis“ ist die Fähigkeit zur konstruktiven Selbstdrefektion einer Person, die wiederum der Reflektion ihres Verhältnisses zu den andern bedarf, während der Schwerpunkt des Faktors „Integration“ auf der inneren Ausgeglichenheit liegt. Hierzu gehört auch die konstruktive Verarbeitung

von Erfahrungen, die von der Person als große Zumutungen erlebt werden (wie z.B. die Trauerarbeit). Selbstaktualisierung meint die wachstümliche Entfaltung des ihrer Natur gemäßen konstruktiven Potenzials einer Person, also das Beste aus sich und seinen Anlagen zu machen. Ein weiteres Kernkriterium seelischer Gesundheit ist auch nach Jahodas Befund die *Stressresistenz*.

Der bei Jahoda und auch sonst sehr oft in der Literatur zur seelischen Gesundheit aufgeführte Begriff *Autonomie* meint Selbstbestimmung als Fähigkeit zu verantwortlicher Selbststeuerung (Bauer, 2105) im Sinne der Selbstwirksamkeit. So zu leben heißt sich darin zu üben, seine Entscheidungen vernunftbestimmt in souveräner Freiheit zu fällen. Psychologisch haben das Deci und Ryan mit der Theorie der *Intrinsischen Motivation* beschrieben (Deci & Ryan, 1985). Eng verwandt damit ist die Theorie der *Internalen Kontrollüberzeugung* nach Julian B. Rotter (Kirsch, 1990; Schwenkmezger, 1994). Im Zusammenklang mit der Selbstwirksamkeitstheorie besagen diese Theorien, dass seelisch gesunde Menschen nicht nur um ihre Eigenverantwortlichkeit wissen, sondern auch daran glauben, erfolgreich damit umzugehen zu können. Das heißt: Sie pflegen eine positive Erwartung in ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten.

Diese positive Erwartung lässt sich auch, vorausgesetzt, dass sie realistisch genug bleibt, in die Kategorie des *Optimismus* einordnen (Schütz, Hertel & Heindl, 2008). So wird gesunder Optimismus aber auch in der Motivationsforschung gemeinhin beschrieben, nämlich nicht als riskant passive Erwartung eines glücklichen Ausgangs (Renner, 2002), sondern wiederum im Sinne der Selbstwirksamkeit (Asendorpf, 2004; Bandura, 1997; Peterson & Tracy, 2009).

Die hohe Bedeutung des Optimismus für stabile seelische Gesundheit (Seligman, 2001; Seligman, 2009) hat insbesondere die neuropsychologische Forschung aufgezeigt. Demnach gilt als Faustregel für seelische Gesundheit: Am besten für unser Wohlbefinden ist eine gepflegte optimistische Lebenshaltung, die den Pessimismus zu schätzen weiß, ihm aber auch nicht das Ruder überlässt (Willberg, 2019).

Als hinreichend für eine aus der einschlägigen gesundheitspsychologischen Literatur gewonnene Codierung seelischer Gesundheit können somit die folgenden Kernkriterien benannt werden:

- ▶ Erfüllung der seelischen Grundbedürfnisse
- ▶ Stressresilienz
- ▶ Selbstwirksamkeit (Kompetenz)
- ▶ Realismus
- ▶ Intrinsische Motivation (Selbstbestimmung)
- ▶ Optimismus

3.2.1.3. Kernkriterien sozialer Gesundheit

Stressresilienz, Selbstwirksamkeit, Realismus, Selbstbestimmung, Selbstakzeptanz und Selbstsicherheit als Kriterien der seelischen Gesundheit sind zugleich wesentliche Elemente der *Sozialkompetenz* und werden, vice versa, durch das Erlangen von Sozialkompetenz entwickelt und gestärkt (Hinsch & Pfingsten, 1998; Ullrich & de Muynck, 1998).

Soziale Kompetenz ist im Wesentlichen *kommunikative Kompetenz* (Satir, 1994; Schulz von Thun, 1994; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1996). Als solche wird sie zu großen Teilen durch *Empathiefähigkeit* bedingt (Bauer, 2006). In diesem Sinne wurde soziale Kompetenz auch als *Emotionale Intelligenz* beschrieben (Goleman, 2001). Diese Eigenschaft wird vor allem durch Erziehung vermittelt, kann aber auch, weil die neurobiologischen Voraussetzungen dafür den meisten Menschen zur Verfügung stehen (Bauer, 2006), von Erwachsenen entfaltet und trainiert werden, die als Kinder selbst wenig Empathie erfahren haben. Gleichwohl sind defizitäre Beziehungserfahrungen in der Kindheit nicht einfach auszugleichen und ein wesentlicher Risikofaktor für psychosoziale Instabilität, Störung und Erkankung. Besonders die Bindungserfahrungen der ersten Lebensjahre haben eine hohe Bedeutung für ein *Grundvertrauen* zum Leben als Basis für die Entwicklung der wesentlichen Elemente seelischer Gesundheit (Becker, 1982; Erikson, 1996). Dieser Gesichtspunkt betrifft nicht nur die Gesundheitsförderung von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien in besonderem Maß, sondern auch Senioren mit zum Teil traumatischen Kindheitsbedingungen durch Krieg, Zusammenbruch und Flucht, nicht zuletzt aber auch die Schicksalserfahrungen von Flüchtlingen.

Empathie als Hauptaspekt sozialer Kompetenz wurde schon von Jahoda in die Kategorisierung der seelischen Gesundheit aufgenommen. Sie ist ein Grundelement der *Fähigkeit zu lieben*, die nach Jahoda ebenfalls zu deren Hauptbestandteilen gehört (Jahoda, 1958). Durch die Entdeckung und Untersuchung der Spiegelneuronen, welche die Empathie neurobiologisch ermöglichen (Bauer, 2006; Fuchs, 2017), hat sich das Wissen um die zwischenmenschliche Bedeutung der Empathie aber noch deutlich vertieft.

Insbesondere für die Einübung und Pflege empathischer Kommunikationsfähigkeit ist unabdingbar, dass dies „von Angesicht zu Angesicht“ mit unmittelbar anwesenden Mitmenschen geschieht. Unter anderem kann auch nur so *Konfliktfähigkeit* erlernt werden (Glasl, 1998), was wiederum ein wichtiger Faktor für Stressresilienz ist. Bildschirmmedien verleiten sehr zur Konfliktvermeidung (Turkle, 2012; Willberg, 2023). Vor allem Kinder werden durch häufigen Gebrauch von Bildschirmmedien in der Entwicklung ihrer kommunikativen Fertigkeiten viel eher behindert als gefördert (Spitzer, 2006).

Das Kommunizieren wird nicht nur durchgängig in der gesundheitspsychologischen Fachliteratur zu den Kernkriterien der seelischen Gesundheit gerechnet (Becker, 1982; Coan, 1977), sondern auch Juchli zählt es zu den 12 zur Förderung der Gesundheit notwendigen „Aktivitäten des Lebens“ (Juchli, 1983).

Die sozialdarwinistische Theorie, wonach sich das Leben prinzipiell in Richtung auf die Durchsetzung der stärksten Exemplare einer Art zu Lasten der Schwächeren entwickelt, ist heute kaum noch aufrechtzuerhalten. Für den Menschen bedeutet dies, dass er auf Kooperation und gelingende Beziehungen angelegt ist und darin auch sein stärkstes seelisches Grundbedürfnis liegt (Bauer, 2007; Bauer, 2019; Rosa, 2016). Für die Erfüllung dieses Bedürfnisses geht es sowohl um stabile, vertrauensbestimmte Beziehungserfahrungen (Bedürfnis nach Beziehung) als auch, komplementär dazu, um die Bestätigung des Eigenwertes durch die positive Erfahrung, sich als Individuum von den andern zu unterscheiden und von ihnen in seiner Eigenart bestätigt zu werden (Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung).

Hinsichtlich der sozialen Gesundheit ist der Mensch mehr auf die Mitmenschen angewiesen als hinsichtlich der anderen drei Gesundheitskategorien, weil zu guten Beziehungserfahrungen immer auch die andern gehören. Man kann trotz bester Sozialkompetenz soziale Isolation erfahren und in der heutigen Gesellschaft ist das wahrscheinlich sogar häufig der Fall. Soziale Isolation ist oft eine starke Bedürfnisfrustration, nicht aber per se gesundheitsschädigend. Allerdings muss man sie unbedingt als hohen pathogenen Risikofaktor betrachten. Sie kann vor allem bei Menschen, deren seelische Gesundheit schwach ist, leicht zu pathologischer Vereinsamung werden (Willberg, 2023). Nicht zuletzt ist Einsamkeit als psychisches Problem ein Kernfaktor bei den drei am meisten verbreiteten Störungskategorien, den Angststörungen, den Affektiven Störungen (vor allem Depression) und den Suchterkrankungen (Abbildung 19) (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, 2020).

Der Pegel dieses Problemfelds ist durch die Pandemie europaweit hoch angestiegen. In besonders starkem Maß sind Kinder und Jugendliche betroffen. Für Waldbronn liegen hierzu augenscheinlich keine statistischen Daten vor. Es ist aber damit zu rechnen, dass es auch hier einige Betroffene gibt. Dem näherzukommen wird man von den qualitativen Interviews erhoffen dürfen.

Für den Fortgang unserer Untersuchung lassen sich die folgenden Kernkriterien sozialer Gesundheit aus dem Befund zusammenfassen:

- ▶ Sozialkompetenz
- ▶ Empathiefähigkeit
- ▶ Kommunikationspflege (vorrangig nicht-digital)
- ▶ Konfliktfähigkeit
- ▶ Grundvertrauen
- ▶ Erfüllung des Beziehungsbedürfnisses
- ▶ Erfüllung des Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung und -bestätigung

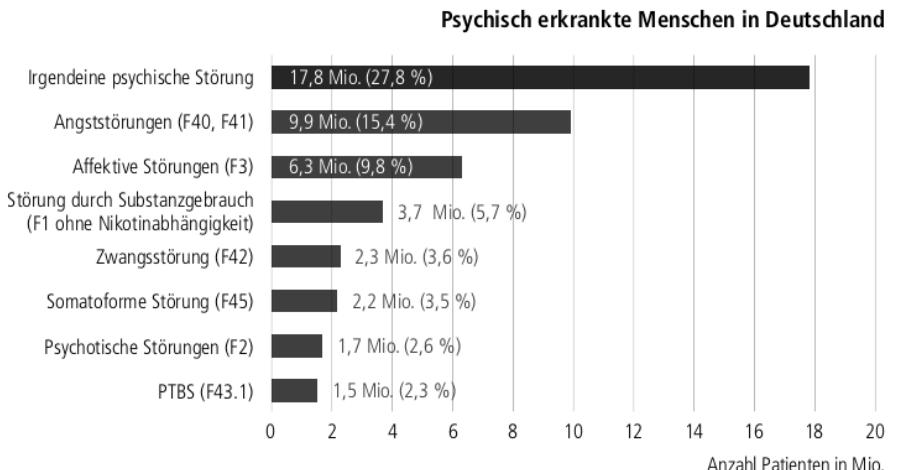


Abbildung 19: Prävalenz der psychischen Störungen und Erkrankungen 2020 in Deutschland nach dem Report Psychotherapie der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung e.V.

3.2.1.4. Kernkriterien spiritueller Gesundheit

Dass die spirituellen Bedürfnisse in der WHO-Gesundheitsdefinition noch nicht aufgeführt wurden, liegt nicht nur am damaligen Forschungsstand, sondern auch an der engen Verflechtung von psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen. Das hat in der Anfangszeit der empirischen Spiritualitätsforschung Abraham Maslow anhand seiner „Bedürfnispyramide“ deutlich gemacht (Abbildung 20) (Maslow, 1996). Die von Maslow so genannten „geistigen Bedürfnisse“ gipfeln gewissermaßen in gemeinhin explizit als solche verstandener Spiritualität und der Wunsch nach ihrer Erfüllung tritt als gesunde Kontinuität auf der Basis der erfüllten seelischen und sozialen Grundbedürfnisse in den Vordergrund. Mit anderen Worten: In dem der Mensch auf gesunde Weise nach *Selbstverwirklichung* strebt, streckt er sich auch nach *Selbsttranszendenz* aus. Das heißt: Er möchte an einem *sinnvollen größeren Ganzen* teilhaben und *existenzielle Geborgenheit* (Frieden) finden (Allport, 1970). Diese Veranlagung der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung wurde seither durch die Forschung bestätigt (Bucher, 2014). Vor allem die neuropsychologischen Befunde zeigen den engen Zusammenhang zwischen dem menschlichen Zentralbedürfnis nach Beziehung und dem spirituellen Bedürfnis erfahrener Einswerdung mit einem größeren Ganzen auf (Newberg & D'Aquili, 1998).

Der spirituelle Aspekt kam auch schon in Jahodas Bestandsaufnahme unter der Überschrift „A Unifying Outlook on Life“ zur Geltung, wofür sie unter anderem auf Maslow Bezug nahm (Jahoda, 1958). Auch Becker geht in seinem gesundheits-

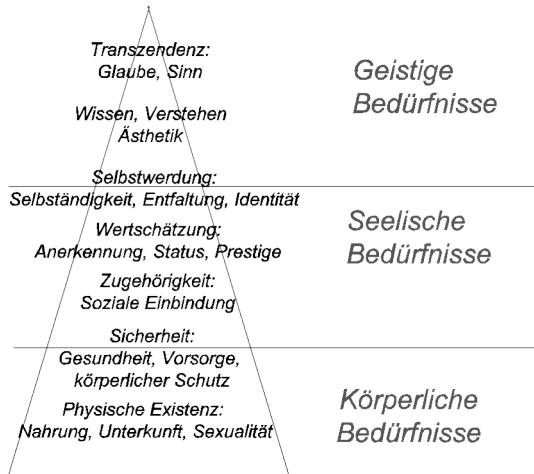


Abbildung 20: Maslows „Bedürfnispyramide“ (Grafik: H.A. Willberg)

psychologischen Standardwerk ausführlich auf Maslow ein; er referiert den „Unifying Outlook“ unter der Bezeichnung „Die vereinheitlichende Weltanschauung“ (Becker, 1982), bringt die Selbstaktualisierung respektive Selbstverwirklichung in unmittelbaren Zusammenhang mit dem Kriterium der Sinnfindung und bestätigt damit auch explizit die hohe gesundheitspsychologische Relevanz der salutogenetischen Resilienztheorie von Aaron Antonovsky (ebd.; Antonovsky, 1993), wohlgeklärt bereits 1982, als Spiritualität in der Psychologie durchaus noch nicht in Mode war.

Antonovskys Theorie ist nach wie vor maßgebend für die salutogenetische Forschung (Utsch, 2014; Unterrainer, Lewis & Fink, 2014). Ihren Kern bildet der so genannte „Sense of Coherence“ (SOC) als wesentliches Moment der Resilienz; er setzt sich aus den Faktoren „Können“, „Wollen“ und „Verstehen“ zusammen (ebd.). „Verstehen“ meint die Fähigkeit, herausfordernde Erfahrungen als Teilaopekte eines vertrauenswürdigen Sinnzusammenhangs interpretieren zu können, „Wollen“ heißt ermutigt sein, den Sinn zu finden oder sich dem geglaubten Sinn entsprechend zu verhalten, „Können“ schließlich ist die mit den beiden anderen Faktoren interagierende Selbstwirksamkeit.

Aber im SOC liegt nicht nur der Schlüssel zu nachhaltiger Stressbewältigung, sondern auch zu nachhaltiger *Kreativität*. Diese zählt ebenfalls zu den oft genannten Faktoren seelischer Gesundheit (ebd., Becker, 1982; Coan, 1977; Kornhuber & Debecke, 2009). Kreativ zu sein setzt voraus, Sinn in der jeweiligen Tätigkeit zu finden.

Sinnfindung ist wohl der zentrale Aspekt der Spiritualität als gesundheitlicher Resource (Utsch, 2014). Sinnfindung geht einher mit mit dem, was wir „innere Ausgeglichenheit“ oder „Balance“ nennen (Franke, 1993a). Die Suche nach der Einheit mit dem größeren Ganzen ist zugleich die Suche nach ganzheitlichem Frieden. Wer sich dem annähert, kommt innerlich zur Ruhe und wird innerlich unabhängig.

Übrigens gehört der Faktor „Sinn“ ebenfalls zu Juchlis ADL.

Folgende Kernkriterien lassen sich somit für die spirituelle Gesundheit benennen:

- ▶ Sich eins mit einem wichtigen größeren Ganzen wissen
- ▶ Sinnvolle Selbstverwirklichung
- ▶ Existentielle Geborgenheit (Frieden)
- ▶ Nachhaltige Kreativität
- ▶ Innere Ruhe und Unabhängigkeit

3.2.1.5. Zusammenfassung

Wenn es auch viele unterschiedliche Überblicksdarstellungen der Gesundheitskriterien gibt, lassen sich daraus doch, wie der Literaturbefund zeigt, einige Schwerpunktbegiffe gewinnen, von denen man sagen kann, dass sie insgesamt die wesentlichen Aspekte erfassen. Das Ergebnis ist in Tabelle 05 zusammengestellt. Die Differenzierungen sind, um die Begriffe für die nächste Untersuchungsphase operational zu codieren, dem Text dieses Kapitels gegenüber noch etwas vereinfacht.

Körperlich	Seelisch	Sozial	Spirituell
Gesunder Schlaf	Erfüllung der seelischen Grundbedürfnisse	Sozialkompetenz	Sich eins mit einem wichtigen größeren Ganzen wissen
Gesunde Bewegung	Stressresilienz	Empathiefähigkeit	Sinnvolle Selbstverwirklichung
Gesunde Ernährung	Selbstwirksamkeit	Kommunikationspflege	Existentielle Geborgenheit
Schmerzlosigkeit	Realismus	Konfliktfähigkeit	Nachhaltige Kreativität
Genussfähigkeit	Intrinsische Motivation	Grundvertrauen	Innere Ruhe
Körperliche Sicherheit	Optimismus	Erfüllung des Beziehungsbedürfnisses	
Beschäftigung		Erfüllung des Selbstwerbedürfnisses	

Tabelle 05: Die Kernkriterien der Gesundheit, aufgeteilt nach den Kategorien ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses.

Gesundheitspolitisch ist hervorzuheben, dass die Handlungsoptionen, die sich letztlich aus der Untersuchung ergeben werden, wahrscheinlich zum Teil aus *präventiven Maßnahmen* mit zwei Altersschwerpunkten bestehen werden: Es gilt dafür Sorge zu tragen, dass die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen möglichst gut gewährleistet ist, und es gilt auf das Alter zugehende Menschen sowie jüngere Senioren bei ihrer Gesundheitsvorsorge für sich selbst zu unterstützen (Baltes & Baltes, 1990). Besondere Brisanz erhält das Thema Prävention im Blick

auf diese Altersgruppe dadurch, dass die gesundheitliche Vorsorgebereitschaft der Deutschen offenbar bemerkenswert gering ist (Tagesschau.de, 2018). Vermutlich ließen sich erheblich viele Gesundheitsprobleme vermeiden, wenn die Prävention einen höheren Stellenwert im Bewusstsein der Bevölkerung hätte.

Hier wie dort wird aber das ganzheitliche Spektrum des Bedarfs in den Blick zu nehmen sein. Es ist anzunehmen, dass die Maßnahmen eine langfristige angelegte Koordination brauchen werden.

Im Folgenden werden die Waldbronner Einrichtungen mit einem mutmaßlich gesundheitsfördernden Potenzial ihren anzunehmenden Schwerpunkten in den vier Gesundheitsbereichen entsprechend aufgeführt, um sie unter Anwendung der koordinierten Gesundheitskriterien einer Einschätzung zu unterziehen, welchen Beitrag sie für die Gesundheit der Waldbronner Bevölkerung geben und geben könnten und wo sie möglicherweise auch Defizite in dieser Hinsicht aufweisen.

Hierzu wird ein kleiner Fragebogen erstellt, um dessen Ausfüllung jeweils Leitungspersonen dieser Einrichtungen gebeten werden. Um das Vorgehen zu rationalisieren, werden die Kriterien der seelischen und der sozialen Gesundheit in eine gemeinsame „psychosoziale“ Kategorie gefasst.

3.3. Survey: Gesundheitsfördernde Einrichtungen in Waldbronn

3.3.1. Einrichtungen für Gesundheit und Soziales sowie affine Einrichtungen

Die Recherche der vorhandenen Einrichtungen im Bereich Gesundheit und Soziales erfolgte in Kooperation mit Svenja Karcher, Sachgebietsleiter der Abteilung „Kinder, Jugend, Kultur, Vereine & Soziales“.

Die umfassende Übersicht dieser professionellen und ehrenamtlichen Einrichtungen ergeben den zur Verfügung stehenden Informationen zufolge Tabelle und Diagramm:

Hauptbereich	Teilbereich	Zahlen	Mutmaßliche Schwerpunkte		
			Körperlich	Psychosozial	Spirituell
Spezifische Einrichtungen des Gesundheitswesens	Apotheken	3	x		
	Ärztliche Einrichtungen	12	x		
	Zahnarztpraxen	8	x		
	Physiotherapie	8	x		
	Pflegeeinrichtungen	4	x	x	
	Psychologische Hilfe	3		x	
	Weitere	7			
	gesamt	45			
Sporthinrichtungen		17	x		
Bildungseinrichtungen	Schulen	3	x	x	x
	KiTa-Einrichtungen	6	x	x	
	Musikalische Bildung & Praxis	9		x	
	Erwachsenenbildung	4		x	x
	gesamt	19			
Naturbezogene Einrichtungen		10	x	x	x
Soziale ehrenamtliche Hilfe		8		x	
Spirituelle Zentrierung		6		x	x
Andere Interessengruppen		6			
Ernährung und Fitness		4	x	x	
	Summe	115			

Tabelle 06: Erfassung der mehr oder weniger gesundheitsrelevanten Einrichtungen und Einschätzung ihrer Gesundheitsschwerpunkte

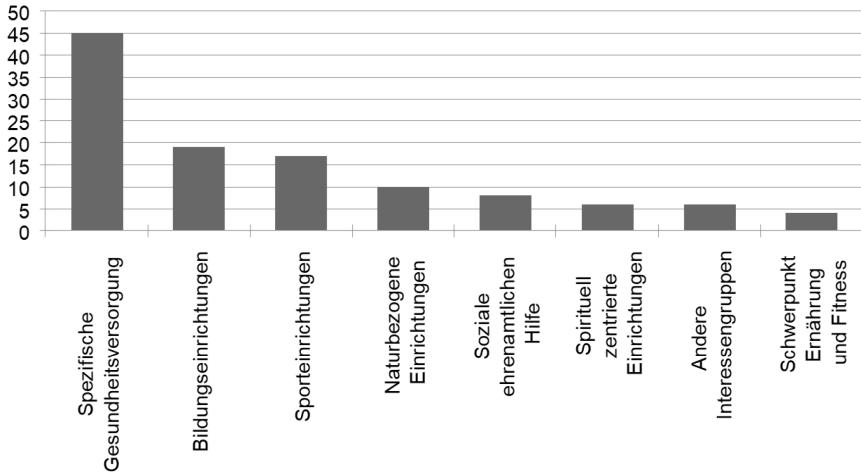


Abbildung 21: Diagramm der Anzahl mehr oder weniger gesundheitsrelevanter Einrichtungen in Waldbronn

Einschränkend ist zu erläutern,

- ▶ dass der augenblickliche Informationsstand nicht in jeder Hinsicht zuverlässig ist,
- ▶ dass man mit einer gewissen ständigen Fluktuation rechnen muss,
- ▶ dass manche Einrichtungen, die überkommunalen Charakter haben, weggelassen wurden,
- ▶ dass eher punktuell in Erscheinung tretende Initiativen wie z.B. das „Stadtradeln“ nicht berücksichtigt wurden,
- ▶ dass die politischen Parteien bei der Erfassung nicht berücksichtigt wurden und
- ▶ dass sich etliche Einrichtungen nicht eindeutig kategorisieren lassen.

Nicht berücksichtigt bei dieser Zusammenstellung sind die politischen Parteien, um auf jeden Fall parteipolitische Neutralität zu wahren. Weil sich eine klare Grenze zwischen Relevanz und Nicht-Relevanz von Einrichtungen hinsichtlich der Gesundheitsförderung nicht ziehen lässt, kann es sein, dass einige, deren Beitrag größer sein mag als der von vielen einbezogenen Einrichtungen, ebenfalls nicht vorkommen, wie zum Beispiel aus dem Bereich der Gastronomie, dem Friseurhandwerk, der Kosmetik, aber etwa auch Firmen, die einen besonderen Wert auf die Gesundheitsförderung der Mitarbeiterschaft legen. Hauptkriterien für den Einbezug ist die offizielle Zuordnung als Einrichtung des Gesundheitswesens (Schwerpunkt körperliche Gesundheit) sowie des Sozialwesens, der Kultur, des Sports, der

Religion und der Bildung respektive Pädagogik (Schwerpunkte psychosoziale und spirituelle Gesundheit).

Der augenblicklich zugängliche Informationsstand der Gemeinde-Website lässt zu wünschen übrig, denn die Angaben zu vielen der dort aufgeführten Einrichtungen und Initiativen sind veraltet: Angegebene Leitungspersonen sind nicht mehr im Amt, manche Einrichtungen gibt es anscheinend gar nicht mehr, und etliche „Broken Links“ sind zu verzeichnen.

Nach Durchsicht aller zur Verfügung stehenden Waldbronner Einrichtungen und Initiativen aus dem oben genannten Spektrum im Blick auf die mutßmaliche Relevanz für Gesundheit und Senioren und aufgrund der festgestellten Website-Defizite ergab sich eine Auswahl von 84 Adressen. Davon wurden schwerpunktmaßig 40 dem Bereich der körperlichen, 38 dem der psychosozialen und 6 dem der spirituellen Gesundheit zugeordnet.

3.3.2. Auswertung des Surveys

Schriftliche Rückmeldungen kamen von 21 Adressaten, das sind genau 25 %. Ausgefüllt zurückgesandt wurden 16 Fragebögen, das sind 19 %. Ablehnende Rückmeldungen gingen von 4 Adressaten ein, während sich eine Rückmeldung damit begnügte, das Ausfüllen durch eine sehr allgemein gehaltene Kurzinformation zu ersetzen. 2 der ablehnenden Rückmeldungen waren sachlich, die beiden anderen emotional.

Manche Interviewpartner sparten sich zugunsten des Interviews das Ausfüllen der Fragebögen, andere verwendeten sie zur Vorbereitung des Interviews. Es ist anzunehmen, dass andernfalls noch 5-10 weitere Fragebögen eingegangen wären.

Insofern kann man ungefähr 30 % Rückmeldungen zur Fragebogenaktion und circa 25 % konstruktives Eingehen darauf resümieren.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Aktion aus den drei Bereichen körperliche, psychosoziale und spirituelle Gesundheit inhaltlich diskutiert.

3.3.2.1. Bereich körperliche Gesundheit

Obwohl gesunder Schlaf mit gesunder Bewegung und gesunder Ernährung zusammen einer der drei Basisfaktoren nachhaltiger körperlicher Gesundheit ist und Schlafstörungen ein hochgradiges sowie wachsendes Gesundheitsproblem in unserer Gesellschaft sind (Storm, 2017), haben die Adressaten seine Förderung vergleichsweise selten als Merkmal ihrer Einrichtung benannt. Darin spiegelt sich unter anderem die Zielsetzung der zahlreichen Waldbronner Fitnessstudios und Phy-

siotherapiepraxen wie auch der zahlreichen Sportvereine und affiner Einrichtungen, der Bewegungsfähigkeit der Menschen zu dienen und durch Bewegungsaktivierung Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen. Dementsprechend ragt der Faktor „Gesunde Bewegung“ auch bei den Nennungen gesundheitsfördernder Schwerpunkte der Einrichtungen heraus. Vermutlich liegt ein Grund dafür, dass die Schlafqualität kaum fokussiert wird, in der Schwierigkeit, dem Problem unmittelbar zu begegnen. Schlechte Schlafqualität ist zu einem großen Teil ein Problem der Selbstdisziplin (Baumeister & Thierney, 2012) hinsichtlich eines chronobiologisch stimmigen individuellen Zeitmanagements (Hildebrandt, Moser & Lehofer, 1998). Daraus folgt, dass die Förderung dieses wesentlichen Bereichs der körperlichen Gesundheit eng mit der psychosozialen Gesundheit verknüpft ist und dass der Zugang zur Förderung neben medizinischer Aufklärung und Begleitung in psycho-educativen Maßnahmen der Schulen und der Erwachsenenbildung liegen muss; Ähnliches gilt für das ebenso wichtige Thema „Ernährung“.

Auffällig an den Rücksendungen der Fragebögen ist, dass zwar besonders viele heilkundliche Einrichtungen angeschrieben wurden, aus diesem Genre aber auch vergleichsweise wenig Rückmeldungen kamen. Man kann über die Gründe nur spekulieren, aber es scheint viel dafür zu sprechen, dass einer davon in der sehr hohen Arbeitsbelastung mancher dieser Einrichtungen liegt. Ein Kommentar, in dem die fehlende „Tiefgründigkeit“ des Fragebogens bemängelt wird, weist aber vor allem auch mit Nachdruck auf die absehbar zunehmend prekäre Entwicklung der medizinischen Versorgung Waldbronns hin. Dieses Votum steht für viele andere, insbesondere in den Interviews. Es kann hier schon festgehalten werden, dass damit ein Brennpunkt der gesundheitlichen Gefährdung angesprochen wurde.

Ein Potenzial zur Verbesserung des gesundheitsfördernden Einflusses der Adressaten zeigt sich nur wenig in den Antworten. Das könnte bedeuten, dass man keinen Bedarf dazu wahrnimmt, oder der dass man keine Kapazitäten dafür erkennt.

3.3.2.2. Bereich psychosoziale Gesundheit

Die Rückmeldungen der Vereine und Initiativen in den Bereichen Musik, Natur und Bildung zeigen ein ausgeprägtes Bewusstsein für die Relevanz, welche ihre Tätigkeit für die psychosoziale Gesundheit hat, wie auch den Wunsch, das beizubehalten und womöglich auszubauen. Dies gilt auch für manche Einrichtungen, die dem Bereich der körperlichen Gesundheit zugeordnet wurden, zum Beispiel Sportvereine. Es spiegelt sich in den vielen Nennungen zum förderlichen Einfluss dieser Einrichtungen auf die psychosoziale Gesundheit. Insbesondere Stressresilienz, Selbstvertrauen und soziales Grundvertrauen sowie Optimismus und Kommunikationspflege sind anscheinend übergreifend im Fokus der Einrichtungen des Bereichs körperlicher Gesundheit wie des Bereichs psychosozialer Gesundheit.

Auffallend ist die Problemanzeige im Bereich Schule. Offenbar macht die gesamtgesellschaftliche Krise des Schulsystems mit dem Spektrum ihrer Symptome auch vor Waldbronn nicht halt. Dass sie sich durch die Pandemie verschärft hat, wird nicht explizit erwähnt, geht aber eindeutig genug aus der Äußerung hervor, dass Kinder „immer häufiger an psychischen Auffälligkeiten“ leiden, „was sich in den letzten Jahren wirklich deutlich erhöht hat.“ Es ist zu befürchten, dass sich unter Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ein Brennpunkt psychosozialer Gefährdung und Überforderung herausgebildet hat. Insbesondere das Personal der Schulen und womöglich auch der Kindertagesstätten und Kindergärten wird hierfür von seiten der Gemeinde kooperierende Unterstützung gut brauchen können. Die Dringlichkeit scheint sich im Blick auf die zu erwartenden Zuzüge von Familien im Neubaugebiet noch zu intensivieren.

3.3.2.3. Bereich spirituelle Gesundheit

Es gibt nicht viele verschiedene Einrichtungen mit explizit spirituellem Schwerpunkt in Waldbronn; dementsprechend sind auch nur wenig beantwortete Fragebögen zu verzeichnen; zwei davon kamen aus der Katholischen Kirchengemeinde.

Der Selbstwahrnehmung, der Vernetzung und dem Engagement nach, so wie das mehr noch als aus den Fragebögen in manchen Interviews deutlich wurde (wenn sich zum Beispiel gezeigt hat, dass eine interviewte Person beiläufig mitteilte, dass sie außerdem eine gesamtgesundheitlich relevante Aufgabe in der Kirchengemeinde erfüllt oder jedenfalls aktiv in die Glaubensgemeinschaft eingebunden ist), bildet die Katholische Kirchengemeinde mit ihren sozialen Teilssegmenten eine wichtige gewachsene Ressource insbesondere für die Förderung der psychosozialen Gesundheit der Waldbronner. Die Evangelische Kirchengemeinde ist davon der ökumenischen Offenheit wegen nicht ausgeschlossen, aber sie setzt in dieser Hinsicht bislang noch weniger Akzente. Weitere religiöse und spirituelle Gruppen treten kaum in Erscheinung.

Man wird aber trotzdem von einer unabhängig von den Religionsgemeinschaften vorhandenen womöglich nicht geringen Bedeutung spiritueller Gesundheitsfaktoren in der Bevölkerung zu sprechen haben. Das deutet sich auch in den Nennungen der anderen beiden Gesundheitsrubriken zu ihrem spirituellen Einfluss an. Dabei sticht der Faktor „sinnvolle Selbstverwirklichung“ heraus, der in enger Verbindung zu dem für explizite Spiritualität kennzeichnenden Faktor „Selbsttranszendenz“ steht (Bucher, 2014): Wo immer gesunde, sinnvolle Selbstverwirklichung stattfindet, hat das auch mit Selbsttranszendenz zu tun.

Die vorhandenen religiösen Einrichtungen könnten den übergreifend fokussierten Selbstverwirklichungsaspekt zum Anlass nehmen, darauf eingehende psychoedukative und meditative Hilfen zur individuellen Erschließung des Gesichtspunkts der

Selbsttranszendenz bereitzustellen und zu vermitteln. Dieses Feld der spirituellen Gesundheit, das in wechselseitigem Bezug zur psychosozialen und körperlichen Gesundheit steht, scheint in Waldbonn noch wenig bestellt zu werden. Es könnte ein hohes gesundheitsförderliches Potenzial darin liegen. Konkret ist an Wege der Selbstfindung zum Beispiel in Gestalt von achtsamkeitszentrierter Meditation zu denken.

3.3.2.4. Resümee

Obwohl die Beteiligung eher mäßig war, hat die Einfügung der Fragebogenaktion doch einige Erkenntnisse und Hinweise gebracht, die sonst wahrscheinlich nur durch eine Vielzahl von Interviews zustandegekommen wären. Transparent wurde das Vorhandensein wertvoller gesundheitsrelevanter Ressourcen in Bereichen, die man sonst nicht unbedingt unmittelbar mit Gesundheit in Verbindung bringen würde, und ein Bewusstsein dafür bei einigen Repräsentanten solcher Einrichtungen.

Als prospektive qualitative Kernelemente der Antworten leuchten zwei Brennpunkte und zwei Zielpunkte heraus. Aufgrund der eingeschränkten Aussagekraft, die sich durch den mäßigen Rücklauf ergibt, ist dabei allerdings nicht unbedingt von einer vollständigen Bestandsaufnahme auszugehen. Das wird erst die Zusammen schau des Gesamtergebnisses nach der Interviewauswertung erweisen, auf dem Weg zur letztendlichen Beantwortung der Leitfragen.

Brennpunkte gesundheitlicher Gefährdung

Brennpunkt 1: Gefährdung der hinreichenden medizinischen Versorgung Waldbronn.

Brennpunkt 2: Gefährdung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und die damit verbundene Belastung von Familien, Alleinerziehenden und professionellen Erziehungspersonen.

Neue Zielpunkte der Gesundheitsförderung

Zielpunkt 1: Im heilkundlichen Bereich Ergänzung der einseitigen Fokussierung auf Bewegung durch bereichsübergreifende Maßnahmen zur Förderung insbesondere der Schlafqualität, aber auch der Ernährung, der Achtsamkeit und psychosozialer Kompetenzen.

Zielpunkt 2: Koordination, Integration, Initiierung und Begleitung solcher Maßnahmen durch so etwas wie ein kommunales Gesundheitsbüro. Es geht um die Synergie heilkundlicher und nicht-heilkundlicher gesundheitsförderlicher Beiträge in allen Gesundheitsrubriken.

3.4. Interviews

Die Auswahl der Gesprächspartner für die Experteninterviews orientiert sich vornehmlich an mutmaßlich besonders gesundheitsrelevanten Funktionen sowie Tätigkeiten speziell in der Seniorenarbeit. Grundlage dafür ist die unter 3.3.1. dargestellte Zusammenstellung diesbezüglicher Waldbronner Einrichtungen.

Die Auswahl der Interviewpartner aus den verschiedenen Bevölkerungsgruppen vollzieht sich nach folgenden Kriterien:

- ▶ Das Spektrum soll einen möglichst repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung nach Altersgruppen, Geschlecht und Lebenssituationen abbilden.
- ▶ Einige der Interviewpartner werden gewählt, weil sie lang mit den Waldbronner Gegebenheiten vertraut und durch ihre berufliche oder ehrenamtliche Tätigkeit mutmaßlich guten Einblick in den Bereichen haben, auf welche die Leitfragen bezogen sind. Sie werden aber nicht in ihrer fachlichen Funktion befragt, sondern unabhängig davon als Privatpersonen in ihrer Eigenschaft als Waldbronner Bürgerinnen und Bürger.

3.4.1. Die Interviewfragen

Teilstandardisierte Experteninterviews

Dieses Gespräch mit Ihnen ist ein wichtiges Element des Projekts, eine Analyse der Sozialstruktur Waldbronn zu erstellen, um mit den Schwerpunkten Gesundheit und Senioren die aktuellen und zukünftigen Bedarfe der Waldbronner Bevölkerung feststellen zu können. Dazu möchte ich Ihnen nun einige Fragen stellen.

1. Für welche gesundheitsförderlichen Faktoren (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) können die Waldbronner Ihrer Ansicht nach vor allem dankbar sein?
2. Was hat sich im Blick auf die Gesundheit der Waldbronner in den vergangenen Jahren verbessert?
3. Was hat sich im Blick auf die Gesundheit der Waldbronner in den vergangenen Jahren verschlechtert?
4. Welche Brennpunkte gesundheitlicher Gefährdung nehmen Sie bei den Waldbronnern augenblicklich wahr?
5. Worin bestehen Ihrer Ansicht nach die größten Herausforderungen für die Waldbronner Gesundheitspolitik der nächsten Jahre?
6. Was sollte idealerweise zur Förderung der Gesundheit für die Menschen in Waldbronn noch verändert oder eingerichtet werden?
7. Was würden Sie mir darüber hinaus noch gern hinsichtlich der Gesundheitsförderung und -versorgung sowie der Sorge für die Waldbronner Seniorinnen und Senioren mitteilen?

Interviews mit Repräsentanten aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Dieses Gespräch mit Ihnen ist ein wichtiges Element des Projekts, eine Analyse der Sozialstruktur Waldbronns zu erstellen, um mit den Schwerpunkten Gesundheit und Senioren die aktuellen und zukünftigen Bedarfe der Waldbronner Bevölkerung feststellen zu können. Dazu möchte ich Ihnen nun einige Fragen stellen.

1. Was erleben Sie in Waldbronn für sich persönlich als erfreulich förderlich für Ihre Gesundheit?
2. Was könnte in dieser Hinsicht besser sein?
3. Wenn Sie sich Ihre Waldbronner Mitmenschen anschauen: Was wird hier für ihre Gesundheit getan?
4. Welche Verhaltensweisen und Initiativen und Verhaltenweisen der Waldbronner finden Sie erfreulich gesund?
5. Welche Verhaltensweisen und Zustände unter Waldbronnern machen Ihnen im Blick auf die Gesundheit Sorge?
6. Welche besonders kritischen Punkte der Gesundheitsförderung und -versorgung sehen Sie in Waldbronn?
7. Bitte nutzen Sie die Gelegenheit, mir jetzt noch mitzuteilen, was Ihnen zu den Themen Gesundheit und Senioren in Waldbronn außerdem besonders wichtig ist.

Im Unterschied zu den Experteninterviews soll mit diesen Fragen offener umgegangen werden. Es kommt vor allem darauf an, die subjektiven Wahrnehmungen und Überlegungen der Gesprächspartner aufzunehmen.

3.4.2. Auswertung der Interviews

Unter den 10 Gesprächspartnern der Experteninterviews waren 3 ÄrztInnen und 2 Schlüsselpersonen aus der Seniorenpflege, ferner gehörten Schlüsselpersonen aus der Fitnessbranche, der kirchlichen Sozialarbeit, der Asylantenarbeit und dem Bildungsbereich dazu. Zu den 10 Gesprächspartnern der Bevölkerungsinterviews gehörten BürgerInnen der Altersspanne von 50 bis 88 Jahren; die angefragten jungen Erwachsenen standen leider nicht zur Verfügung. Außerdem wurde bei den Bevölkerungsinterviews darauf geachtet, dass auch wieder Schlüsselpersonen vertreten waren, wobei aber kein unmittelbarer Bezug zu den Gesundheitsrubriken vorausgesetzt wurde; Es zeigte sich jedoch, dass unvermutet bei manchen ein solcher dennoch vorhanden war. Aufgrund solcher unvorhergesehenen fachlichen Verbindungen konnte die Abgrenzung von den Experteninterviews teilweise nicht aufrechterhalten werden, was aber auch nicht wesentlich ins Gewicht fiel, weil auch die Fragen für beide Interviewgruppen ähnlich lauteten. Bei vorhandener Expertise in den Bereichen Gesundheit und Senioren wurden die Fragen dann einfach etwas modifiziert.

Außerdem zeigte sich in den Gesprächsverläufen, dass sich auch die zunächst geplante Unterscheidung zwischen halbstrukturierten Experteninterviews und offener gehaltenen Bevölkerungsinterviews nicht bewährte. Ob das Gespräch im Wesentlichen auf die Beantwortung der standardisierten Fragen beschränkt blieb oder andere Wege nahm, hing von den Vorstellungen der Gesprächspartner und der jeweiligen Situation ab. Dementsprechend variierte auch die tatsächliche Gesprächsdauer zwischen 20 Minuten und mehr als einer Stunde.

Tendenziell gehen die Antworten der Bevölkerungsinterviews in dieselbe Richtung wie die der Experteninterviews, wobei aber deutlich wird, dass die Experten die Konturen der Problemfelder schärfer sehen und insgesamt konkreter und mit größerer Sorge ansprechen. Zum Teil sind sie regelrecht alarmiert, und das nicht erst seit Kurzem. Zum Teil verbindet sich der chronifizierte Alarmzustand bei ihnen mit einer chronifizierten Überlastung. Letzteres spüren auch die meisten Interviewpartner aus beiden Gruppen als signifikantes Problem der medizinischen Versorgung und reden davon.

Die Antworten aus den Interviews wurden systematisch geordnet und codiert; daraus gingen 14 Themen hervor, die sich als relevant zur Beantwortung der Leitfragen unterscheiden lassen. Diese werden im Folgenden vorgestellt. Vor allem die ersten beiden Themen wurden durch Recherchen ergänzt, um die jeweiligen Aussagen der Interviewpartner zu aktualisieren und zu kontextualisieren, woraus sich zwei Exkurse ergaben.

Es ist festzustellen, dass sich die aus der Fragebogenaktion hervorgehenden Ziel- und Brennpunkte teilweise mit denen des Interviewergebnisses decken, teilweise aber auch andere Akzente zu erkennen sind. Zielpunkt 1 aus § 3.3.2.4. ergibt sich nicht aus den Interviewantworten, überschneidet sich aber mit dem dort festgestellten Bedarf eines koordinierten Zusammenwirkens der Einrichtungen des Gesundheitswesens, womit Zielpunkt 2 kongruent ist. Brennpunkt 2 tritt in den Fragebögen ebenfalls stärker in Erscheinung als in den Interviews. Brennpunkt 1 hingegen ist identisch mit der eindeutig dominierenden und durchgängigen Problemanzeige in beiden Interviewgruppen.

3.5.2.1. Das Leitbild 2025 zum Ziel bringen

Es wird in der Waldbronner Bürgerschaft diskutiert, ob es ein basaler kommunal-politischer Fehler war, 1968 Reichenbach zum Kurort gemacht zu haben und dies für das vier Jahre danach gegründete Waldbronn übernommen und in der Folge den Schwerpunkt beibehalten zu haben (Gemeinde Waldbronn, 2023d). Vielleicht war es eine unzeitgemäße Fokussierung auf das Thema „Gesundheit“, vielleicht außerdem, eher unausgesprochen, auf das Thema „Senioren“, weil man sich damals schon unter Kurgästen in einem einigermaßen schlicht erscheinenden Ort wie

Waldbonn ganz sicher auch vor allem Senioren vorzustellen hatte. Es ist nicht Gegenstand dieser Arbeit, auf die kritische Frage eine gut begründete Antwort zu geben, aber es empfiehlt sich jedenfalls, ihr nicht auszuweichen. Wenn es ein Fehler war, dann könnte sich im Verlauf der Zeit seit der Initiierung des Leitbildprojekts im Jahr 2003 ein zweiter basaler Fehler darin angebahnt haben, dass man sich nunmehr *nicht genug* auf die Themen „Gesundheit“ und „Senioren“ ausrichtete.

Eigentlich hat das 2016 beschlusskräftig gewordene Leitbild den Vorrang dieser Themen einigermaßen klar artikuliert und, wie schon erwähnt, das Ziel dement sprechend für 2025 unmissverständlich definiert: „Bedarfsgerechte Angebote von medizinischer Versorgung sowie von ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege sind gesichert“. Man hätte eigentlich lang genug vorhersehen können, dass dazu je länger je mehr einige Anstrengungen nötig sind, also auch eine Bündelung der Kräfte. Stattdessen trat neben dem großen Neubauprojekt, bei dem ein Stück weit die Verwirklichung des Ziels mit inbegriffen sein sollte, im Pandemiejahr 2021 eine Initiative in den Vordergrund, mit der man wieder auf den Traum vom aufblühenden Kurort zurückkam: Der Gemeinderat entschloss sich, mit dem Trumpf „Tourismus“ zu stechen. Das ist prinzipiell eine vernünftige Idee, aber sie braucht ihr Maß, und das hätte in dieser Phase wohl heißen müssen, ihr keine Priorität zu geben.

Wenigstens in der Anfangsphase des Tourismusprojekts war noch durchaus nicht recht klar, wodurch man „die Stärken des Kurorts und auch Potenziale abseits der bekannten Highlights“, wie die BNN das ausdrückten, „hervorheben“ wollte (Trauden, 2021). Dort war ferner zu lesen, dass „der Tourismus schon jetzt mit 2.000 Arbeitsplätzen und einer Netto-wertschöpfung von 13 Millionen Euro pro Jahr ein wichtiger Wirtschaftsfaktor im Kurort“ sei (ebd.). Das ist nicht recht nachzuvollziehen, weil dem Statistischen Landesamt zufolge Waldbonn im darauffolgenden Jahr insgesamt 3.862 Arbeitsplätze zu bieten hatte (Statistisches Landesamt BW, 2023). Fast die Hälfte davon im Tourismussektor? Und 13 Millionen Gewinn?

Aus anfänglichen 14.500 € zur Beauftragung einer professionellen Agentur für das Tourismusprojekt, die sich zu den ohnehin jährlich zu zahlenden 25.000 € für Waldbonns Beteiligung am Projekt „Albtal Plus“ addierten, wurden recht bald schon veranschlagte 100.000 € jährlich (Amtsblatt Waldbonn, 2021; Bündnis 90/Die Grünen, Kreisverband Ettlingen 2023). 60.000 € der jährlich geplanten 100.000 € plante man für eine Vollzeitstelle zur Umsetzung der Tourismusstrategie, den Rest für anfallende Sachkosten, und im Gemeinderat gab es Zweifel, dass dies ausreichen würde (Amtsblatt Waldbonn, 2021).

Vorgesehen war, mithilfe dieser Investition bis zum Jahr 2030 „eine Verdoppelung der gesamten Übernachtungen (inklusive Klinik- und Geschäftsreisende) bzw. eine Versiebenfachung der Übernachtungszahlen im Freizeit- und Wellnessbereich von jetzt 11.250 auf dann 80.000“ zu erwirken (ebd.). Dass dies ein ziemlich ambitio-

niertes Ziel war, lässt sich allein schon an dem erkennen, was die Waldbronner Gemeindewebsite als touristische Highlights Waldbronn derzeit anzubieten hat (Gemeinde Waldbronn, 2023b). Die dort dargestellten 21 touristischen Attraktionen fächern sich auf in die Albtherme, 3 Angebote von Schwitzers, 2 weitere Restaurants und ein weiteres Hotel, Eistreff, Freibad, Heimatstuben, Radiomuseum und Kulturtreff, 6 Exkursionsangebote in der Natur, ferner in Kurpark und Kurhaus, SRH-Gesundheitszentrum sowie das „Röstwerk von Kaffee Herzog“. Sich von diesem Ensemble den gewünschten Erfolg zu erhoffen, war vielleicht etwas hoch gegriffen, erst recht unter den Verhältnissen der Pandemie. Jedenfalls ließ sich aus der wirklich sehr attraktiven Albtherme seit 2020 kein Gewinn mehr schöpfen, das Gegen teil war der Fall (Trauden, 2023).

Die Zusammenstellung der explizit als solche dargestellten Tourismusangebote lässt auch thematisch zu wünschen übrig. Einige davon können *auch* für Tourismus interessant sein, aber selbstverständlich handelt es sich wie etwa bei der Gastronomie vor allem um Ziele der Waldbronner selbst oder von Menschen aus der Umgebung; das SRH-Gesundheitszentrum allerdings in die Rubrik „Freizeit und Tourismus“ einzuordnen sollte in Anbetracht der zum Teil schweren neurologischen Leiden, die dort behandelt werden, besser unterbleiben, zudem nicht wirklich transparent ist, welchen erkennbaren Gewinn tatsächlich die Gemeinde Waldbronn überhaupt davon hat, dass der SRH Holding die Gemarkung als Standort ihres Gesundheitszentrums zusagt.

Einen glücklichen Aufschwung erfuhr das Tourismuskonzept im Frühjahr 2023 durch die Initiative des Landes Baden-Württemberg zur Tourismusförderung, in deren Genuss Waldbronn gekommen ist. Der Gemeinde wurde die Übernahme von ungefähr der Hälfte ihrer Kosten für Renovierungsmaßen an Kurhaus und Albtherme zugesagt, die Gesamtsumme dafür beträgt jedoch immerhin mehr als eine Million Euro.

Dieser Exkurs hatte zwei Gründe: Zum einen äußerten sich, wie schon angedeutet, alteingesessene Waldbronner Interviewpartner ziemlich kritisch über die früheren Entscheidungen der Gemeindeleitung für Waldbronn als Kurort, wie auch über ihrer Ansicht nach versäumte Maßnahmen zur Pflege Waldbronn als Gewerbestandort. Zum andern steht die Priorisierung der Tourismusstrategie de facto in Spannung zur eigentlich mit dem Leitbild 2025 intendierten Zielsetzung im Sozialbereich. Den Tourismus zu fördern ist, wie gesagt, ein vernünftiges Projekt, aber abgesehen davon, dass die ursprüngliche Konzeption anscheinend eher nicht so aus sah, als könne man sie umsetzen, besitzt es bei weitem nicht die Dringlichkeit der erforderlichen Maßnahmen in den Bereichen „Gesundheit“ und „Senioren“. Dies umso mehr, als die finanzielle Lage der Gemeinde chronisch defizitär ist. Dem wurde in den vergangenen Jahren mit für die Bürgerschaft schmerzlichen Einschnitten im Kulturbereich begegnet, indem Einrichtungen aufgelöst wurden, die in durchaus hohem Maß nicht nur für die psychosoziale Gesundheit der Waldbronner

Bedeutung hatten, sondern auch für die Attraktivität der Gemeinde. Dennoch scheint man, einer Mitteilung der Freien Wähler zufolge, an jenen 100.000 € jährlich weiterhin festzuhalten (Amtsblatt Waldbronn, 2023).

Es kann nicht Gegenstand dieser Arbeit sein, über die dargestellten Vorgänge, für sich genommen, ein sachgemäßes Urteil zu fällen. Sachlich festzustellen ist allerdings, dass die Priorisierung der Aufgabe, das Leitbild 2025 zum Ziel zu bringen, bisher nicht erkennbar in Erscheinung getreten ist. Selbst im Leitbildprozess involvierte Waldbronner Schlüsselpersonen unter den Interviewpartnern legen zu Recht Wert darauf, dass die Leitbildstrategie in diese Untersuchung eingeht.

Das 2002 begonnene Leitbildprojekt führte 2003 zu ersten Maßnahmen, die bis heute eine wertvolle Rolle für die Bereiche „Gesundheit“ und „Senioren“ spielen. Zwar ist die damals begonnene Nachbarschaftshilfe zwischenzeitlich zum Stillstand gekommen, aber die dazu in Bezug stehende so genannte „Ehrenamtsbörse“ gibt es noch, und auch die Entstehung des mittlerweile sehr bewährten Service Netzwerks Waldbronn (SNW) geht auf die damaligen Impulse zurück (Gemeinde Waldbronn, 2016).

Es scheint so, dass bereits 2018 die Dringlichkeit präventiver Veränderungen in den Bereichen „Gesundheit“ und „Senioren“ in der prozessbegleitenden Leitbild-Steuerungsgruppe in den Hintergrund geraten ist, was eine Gemeindenachricht des selben Jahres nahelegt (Gemeinde Waldbronn, 2018b). Es sieht so aus, dass man die vorläufige Bebauungsplanung „Rück II“ als ausreichende Verwirklichung der Zielsetzung betrachtet hat, denn damals stellte man sich noch den Bau eines Mehrgenerationenhauses und eines Seniorenheims dort vor (ebd.), was beides nicht geschehen ist. Stattdessen entstanden 15 neue Einzelzimmer im bestehenden „Seniorenhaus am Rathausmarkt“, wodurch die dortige Zimmerzahl sich um 15 auf 78 erhöhte (Seniorenhaus am Rathausmarkt Waldbronn, 2023; Gemeinde Waldbronn, 2019). Dielmanns bereits erwähnter Information nach schätzte das Kreispflegeamt des Landkreises, dass 2025 ein Bedarf von 168 Pflegeplätzen entstanden sein wird (Dielmann, 2021). Allerdings scheint sich für Waldbronn die Prognose, dass sich die häusliche Pflege mehr und mehr verringern wird, nicht oder noch nicht bestätigt zu haben. Nach Expertenansicht hat sich derzeit eine Verzögerung der Beantragung von Plätzen im Seniorenhaus eingestellt, weil bereits Pflegebedürftige länger zuhause bleiben; ein Grund dafür besteht wohl darin, dass viele Senioren über 24-Stunden-Hilfen verfügen. Dieselbe Expertenstimme wies aber darauf hin, dass die ursprüngliche Absicht nicht verwirklicht wurde, mit dem Neubau der Caritas-Tagespflegestätte in Rück II auch eine Kurzzeitpflege zu etablieren. Das Angebot von Kurzzeitpflege gibt es im Seniorenhaus (Seniorenhaus am Rathausmarkt, 2023), aber es scheint wegen Personalmangel nicht recht umgesetzt werden zu können.

3.5.2.2. Die Prioritäten zugunsten der Bereiche Gesundheit und Senioren verlagern

Derzeit wird viel Gewicht auf die Erweiterung der Kindergarten- und Kita-Kapazitäten gelegt. Prinzipiell wurde die Wahrnehmung dieses Bedarfs von den Interviewpartnern, die darauf zu sprechen kamen, gutgeheißen. Bemängelt wurde allerdings der Eindruck, dass die Prioritäten der Gemeindeleitung bei der Jugend liegen. Eine markante Bestätigung des Eindrucks war die Ablehnung dieser Untersuchung durch eine Person, die in der Vergangenheit eine tragende Rolle in der Waldbronner Kommunalpolitik gespielt hat. „Kinder, Jugend, junge Familien, das ist die Zukunft“, hielt sie entgegen. „Sind wir jetzt wieder soweit, dass wir wie 2003/2004 aus Waldbronn ein Altersheim machen wollen?“ Sollte das Statement tatsächlich eine mehr oder minder vorherrschende Meinung in der Kommunalpolitik zum Ausdruck bringen, so stünde das in bemerkenswertem Widerspruch nicht nur zur Sachlage, sondern auch zur durchgängigen Sichtweise der Interviewpartner. Niemand unter ihnen argumentiert ähnlich. Es herrscht eine große Übereinstimmung in der Wahrnehmung der Notwendigkeit weit reichender und tief gehender Veränderungen in der kommunalen Gesundheits- und Seniorenpolitik und analog dazu eine signifikante Unzufriedenheit mit dem, was bisher in dieser Hinsicht geschehen ist. Die Aussage, dass speziell die Seniorenbelange heute im Blick der Gemeindepolitik sind und ernst genommen werden, kommt auch vor, ist aber eine Ausnahme.

Dem Bebauungsplan von Rück II zufolge sollte ein Mehrgenerationenhaus mit Kindergarten sowie „sozial gebundener“ Wohnraum zur Verfügung gestellt werden, also Wohnungen, die auch für finanziell schwächere Personen erschwinglich sind. Das Mehrgenerationenhaus und der sozial gebundene Wohnraum wurden bereits 2021 wieder gestrichen. „Priorität habe der Kindergarten, betonte Bürgermeister Masino“, war in den BNN zu lesen (Müller, 2021), und dabei handelte es sich nicht nur um den im Neubaugebiet, sondern auch um das analoge Projekt in Etzenrot. Im Jahr darauf berichteten die BNN unter der Überschrift „Waldbronn investiert Millionen in die Kinderbetreuung“ über die Ausschreibung (Müller, 2022). In Etzenrot beinhaltete die Entscheidung das Aus für einen der sehr wenigen Attraktions- und Treffpunkte des Dorfs, des schönen Gesellschaftshauses mitsamt dem einladenden Restaurant darin. Für Abriss und Neubau wurden 4 Millionen Euro veranschlagt (Gemeinde Waldbronn (2021c).

In Rück II sollten 350 Wohnungen für circa 730 Personen zustandekommen (Gemeinde Waldbronn, 2021b). Das heißt: Die Wohnbebauung von Rück II war ausgelegt auf zwei Personen pro Wohneinheit plus weitere 30 Personen, das könnten zum Beispiel maximal 30 Kinder sein. Da die Wohnungen, wie es heißt, nicht gerade billig sein werden und der sozialgebundene Wohnungsbau im Rück II gecancelt

wurde, werden sich kaum größere Familien dort ansiedeln. Der geplante Kindergarten soll für 6 Gruppen eingerichtet werden, das entspricht der mutmaßlichen Maximalzahl von 30 Kindern (Bertelsmann-Stiftung, 2023b), die im Rück II einzehen werden. Allerdings wäre es ein Zufall, wenn alle zuziehenden Kinder noch nicht das Schulalter erreicht haben sollten, und vor allem werden die Zugezogenen jüngeren Kinder allesamt in 3 bis 5 Jahren dem Kindergarten entwachsen sein. Nachwuchs wird es kaum geben. Die Geburtenrate im Landkreis Karlsruhe 2022 lag bei 1,15 pro Frau, dem zweitniedrigsten Wert der Landkreise in Baden-Württemberg, wo die Geburtenrate zudem auch noch in letzter Zeit deutlich abgenommen hat (Statistisches Landesamt BW, 2023). Die glücklicherweise in Waldbronn noch gegebenen Lebensverhältnisse von Demografietyp 11 beinhalten außerdem ohne Zweifel die besten Voraussetzungen für eine sehr geringe Geburtenrate.

Die Entscheidung, das Etzenroter Gesellschaftshaus abzureißen, hat Wellen geschlagen. „Alles andere als begeistert“ hätten sich die örtlichen Vereine darüber gezeigt, berichteten die BNN (Müller 2023). Im neuen Kindergarten soll es einen Raum geben, den sie dann nutzen können. Den Verlust wird das kaum wettmachen. Außerdem müssen sie die womöglich lange Zeit bis zur Fertigstellung des Neubaus irgendwie überbrücken.

Auch dies war wieder ein Exkurs, aber er steht im Dienst einiger Aussagen der Interviewpartner und Teilnehmer an der Fragebogenaktion, um ihren Gehalt zu kontrurieren. Obwohl mich als Etzenroter Bürger wie offenbar viele andere auch der vom Gemeinderat verfügte Abriss emotional betroffen machte, kann es in dieser Untersuchung ausschließlich um sachliche Darstellungen und Folgerungen gehen; dazu gehört, dass ich einerseits *sachlich* zusammenfasse, was die Interviewpartner *emotional* als ungeschminkte Meinungsäußerung verlauten ließen, und dass ich andererseits Vorgänge, von denen in diesen Äußerungen die Rede ist, sachlich korrekt nachzeichne. Aus der Nachzeichnung der benannten Vorgänge in den beiden Exkursen folgt, dass sich darin eine faktische Prioritätensetzung zuungunsten der Bereiche „Gesundheit“ und „Senioren“ und der affinen Bereiche „Gemeinschaftsbildung“ und „Kultur“ zeigt. Noch deutlicher zeigt aber die faktische Bedarfslage, dass es dabei nicht bleiben darf, und dass auch keine Zeit mehr bleibt, um die erforderliche Prioritätenverlagerung aufzuschieben.

Viele Dienstleistungen in den Bereichen „Gesundheit“ und „Senioren“ funktionieren noch, aber die Anspannung hat allgemein zugenommen, weil die Kapazitäten sich verringert haben. In der Seniorenpflege hängt die Weiterführung der Dienstleistungen vom zur Verfügung stehenden Personal ab. Die Aussichten darauf, dass sich die Lage diesbezüglich verbessert und konsolidiert, sind dem Expertenurteil nach schlecht. Die Wartezeiten für Langzeitpflegeplätze im Seniorenhaus etwa sind jetzt noch tolerierbar; Waldbronner werden, wenn es möglich ist, auch noch bevorzugt aufgenommen, aber gesichert ist das alles nicht. Die größten Bedenken

werden mit den klarsten Worten von Ärztinnen und Ärzten formuliert. Wenn es so weitergeht wie jetzt, wird es in 10 Jahren „kaum noch Ärzte und auch keine bezahlbaren Pflegeheimplätze mehr geben“, lautet eines dieser Statements. Andere medizinische Fachperson erinnern daran, dass die Waldbronner Ärzteschaft die Brisanz der Entwicklung schon vor Jahren der Gemeindeleitung deutlich kommuniziert hat.

Man wird wahrscheinlich konstatieren müssen, dass direkte gesundheitspolitische Wege zur Überwindung der bereits grassierenden Missstände im Gesundheitswesen teilweise nicht mehr gangbar sind. Die Waldbronner Politik hat einerseits in der Vergangenheit die sachlich gebotene Priorität vorsorglicher Maßnahmen nicht gesetzt, aber Waldbronn kann sich andererseits auch nicht der gesamtgesellschaftlichen Krise des Gesundheitswesens entziehen. Gleichwohl darf man nicht resignieren. Gefragt sind, in gewisser Analogie zur Pandemie, kreative und unkonventionelle Alternativen. Das wird nicht ohne Kompromisse gehen, aber es müssen gute Kompromisse sein. Darin liegt ein strategisches Argument für die Vorstellung aus dem Kreis der Interviewpartner, der Grundversorgung im Bereich „Gesundheit“ eine niederschwellige, in einfacher Weise zugängliche Gestalt zu geben. Das impliziere eine breite Fächerung des Angebots.

Den realen Bedarfen in den Bereichen „Gesundheit“ und „Senioren“ kann nur entsprochen werden, wenn die Gemeindeleitung mit aller gebotenen Ernsthaftigkeit das Heft in die Hand nimmt und sowohl gezielt strategisch als auch kommunikativ transparent vorgeht. Man muss es akzeptieren, wenn die Bevölkerung trotz der mittlerweile weitgehenden Wahrnehmung des Bedarfs eine ambivalente Haltung der notwendig einseitigen Priorisierung gegenüber einnehmen wird. Es hat schon eine gewisse Tradition, dass Maßnahmen der kommunalen Sparpolitik durch frustrierende Beschneidungen in Bereichen erkauft werden, die für die Waldbronner Lebensqualität hohe Bedeutung haben und damit auch für die psychosoziale und spirituelle Gesundheit: Betroffen sind regelmäßig Kultur und Bildung, auch unter dem Aspekt gepfleger Gemeinschaft. Das sind nicht zuletzt gesundheitsrelevante substanzelle Einbußen, die auch irgendwann einmal ein Ende haben müssen, weil sonst von der Attraktivität Waldbronn nicht mehr viel übrig bleibt. Der Bürgerentscheid für die teure Erhaltung des Eistreffs war ein Zeichen dafür, dass die Bevölkerung das nicht immer weiter mit sich machen lassen will. Trotzdem geht der Gemeinderat darauf zu, den Eistreff aufzugeben (Radgen, 2023). Dadurch wird Geld gespart und das ist prinzipiell gut so. Aber um welchen ideellen Preis? Der Eistreff ist eines der wenigen kulturellen Alleinstellungsmerkmale Waldbronn. Das kulturelle Niveau der Kommune nivelliert sich zusehends.

Das meiste von dem, was die Interviewpartner zur Sprache brachten, wurde im Verlauf dieser Untersuchung schon expliziert. Im Folgenden soll es darum genügen, die Codierungen der Interviewaussagen thematisch darzustellen und jeweils

zusammenfassend aufzuzeigen, worin die Statements bestanden. Der Reihenfolge entspricht tendenziell auch die Priorisierung, wenn auch durchaus nicht definitiv. Nur das erste der nun folgenden Themen hat eindeutig auch der wahrgenommenen Bedeutung nach den ersten Rang bei den Prioritäten.

3.5.2.3. Die weiteren codierten Themen

Nachhaltig eine zufriedenstellende ärztliche und pflegerische Versorgung sichern

Darin besteht die zentrale, vordringliche Mammutaufgabe als Inhalt der notwendigen Prioritätenverlagerung. Insbesondere handelt es sich um die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung; das ging schon aus der Fragebogenaktion hervor und das wurde in 24 Antworten von fast allen Interviewpartnern betont, obwohl keine der Interviewfragen das Problem direkt angesprochen hat. Drei Hauptfaktoren wurden genannt: Die stark eingeschränkte Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten (insbesondere in den Bevölkerungsinterviews), der zunehmende Bedarf an medizinischen Leistungen im Verbund mit einer zunehmenden Verknappung der Kapazitäten, und die ungelöste Aufgabe, die ärztliche Versorgung vor Ort in Zukunft hinreichend zu sichern. Die größte Sorge und Not betrifft die hausärztliche Versorgung. Das Problem eines drohenden Pflegenotstands wurde weitaus seltener angesprochen, in diesen Fällen aber dafür mit Nachdruck.

Stabile Ressourcen der Gesundheitsförderung nutzen

Es gibt viele Einrichtungen zur Förderung und Stabilisierung der Gesundheit wie auch zur Heilung in Waldbonn, die teilweise im heilkundlichen Gebiet angesiedelt sind, teilweise trotz ihrer signifikant heilsamen Wirkungen nicht. Zum Beispiel können sich die zahlreichen Fitnessstudios und Physiotherapiepraxen aufgrund ihrer eng aufeinander bezogenen Zielsetzungen sehr gut ergänzen, aber auch die Potenziale der Sportgruppen und -vereine passen gut dazu, besonders dann, wenn auch spezifische gesundheitsfördernde Schwerpunkte gesetzt werden. In all dem handelt es sich um stabile Ressourcen, bei denen es nur darauf ankommt, sie auch optimal zu nutzen. Dafür muss kein prinzipieller Unterschied zwischen den Altersgruppen gemacht werden und in der Regel wird das auch von den Betreibern nicht forciert; in die Fitnessstudios kommt Alt und Jung und in die „Sportgruppe Jeder-mann“ beispielsweise ist wirklich jede Frau und jeder Mann eingeladen, aber in Anspruch genommen wird sie vor allem von Personen im Altersspektrum zwischen 50 und 80.

Oft genannte stabile Faktoren der Gesundheitsförderung für Jung und Alt sind die Albtherme als das wohl gewichtigste gesundheitsrelevante Alleinstellungsmerkmal des „Wohlfühlorts“ Waldbonn, ebenfalls das Freibad, vor allem aber auch die gute Luft, die Parkanlagen und die umgebende bewaldete Natur. „Ich gehe zur Haustür

raus und bin draußen - in einer Gegend, wo andere Urlaub machen“, sagt etwa ein Etzenroter Interviewpartner.

Immer wieder brachten die Interviewpartner den Gesundheitsfaktor „Natur“ in Verbindung mit der achtsamen Verantwortung *für* die Natur.

Als weitere stabile Ressource wurde die Überschaubarkeit der örtlichen Strukturen genannt, die zugleich ein reichhaltiges Angebot präsentieren, mit vielen Gruppen und Vereinen.

All diese Faktoren sind stabil, man muss sich nicht viel Sorge um ihre Erhaltung vor Ort machen, wenngleich natürlich Waldbronn das Betroffensein durch übergreifende Veränderungen nicht verhindern kann. Das gilt es immer wachsam im Blick zu haben, nicht zuletzt auch die Wohn-, Kur- und Tourismusqualität der Kommune betreffend. Aber das Hauptaugenmerk muss in der optimalen Nutzung dieser Ressourcen liegen.

Fragile Ressourcen der gesundheitlichen Versorgung und Förderung stabilisieren

Der Übergang zwischen den stabilen und den fragilen Ressourcen ist fließend; die fragilen sind einfach stärker gefährdet als die andern und brauchen darum mehr oder weniger Aufwand, um sie aufrechtzuerhalten respektive überhaupt zu aktivieren. Analog zur oben genannten Problemanzeige der ärztlichen und pflegerischen Versorgung wird von den Interviewpartnern die noch vorhandene gute Struktur der vielfältigen heilkundlichen Angebote grundsätzlich als Stärke der Kommune gewertet, angereichert durch die guten Verkehrsverbindungen zu den umgebenden Ortschaften. Manches ist in den letzten Jahren noch dazugekommen, darunter eine Anzahl mobiler Pflegedienste, was für die Gesundheitsversorgung zuhause lebender Senioren mit Pflegegrad besonders wichtig ist. Auch die medizinische Qualität hat sich in mancher Hinsicht verbessert.

Die Nähe der SRH-Klinik in Langensteinbach wurde zum Beispiel in diesem Zusammenhang dankbar erwähnt, wie auch mehrfach das SRH-Gesundheitszentrum, wobei man sich möglicherweise zu wenig bewusst machte, dass Waldbronner von dessen medizinischen Dienstleistungen nur wenig haben, wenn sie dort nicht zufällig stationär behandelt werden.

Es werden kaum Rivalitäten zwischen den vielen Anbietern wahrgenommen, diese sind insgesamt vernetzenden Initiativen zugetan. Eine zentrale Rolle kommt dabei dem Servicenetzwerk (SNW) zu, dessen Vermittlungstätigkeit für alle möglichen Seniorenbelange sehr gut organisiert ist und funktioniert. Gleichfalls gut vernetzt nehmen Schlüsselpersonen wie auch Beobachter der katholischen Kirchengemeinde das Spektrum der dortigen gemeinschaftsfördernden Gruppen und Initiativen

wahr, wozu auch lebendige Interaktionen mit diversen Vereinen gehören. Einen integrierten Platz darin hat die Seniorenarbeit, bis hin zur Begleitung auf der allerletzten Wegstrecke des Lebens.

Das alles sind aber keine Selbstläufer und an manchen Stellen werden Erosionerscheinungen registriert. Befragt zu den erfreulich gesunden Aktivitäten der Waldbronner antwortete eine in der Sportförderung engagierte Waldbronner Schlüsselperson: „Ich würde eher sagen, dass sie faul sind.“ Das deutet die andere Seite der dankbar empfundenen vielen Bewegungsmöglichkeiten in Waldbonn an und mag auf den gesamtgesellschaftlichen Trend zu Bequemlichkeit und übermäßigem Medienkonsum hinweisen, dessen Fortschreiten, besonders auch bei jungen Menschen, von Fachpersonen immer wieder mit Sorge kommentiert wird (Willberg, 2023).

Stabilisierungsschwierigkeiten haben Einrichtungen und Gruppen, die bislang auf den Nachwuchs gesetzt haben und nun erleben, dass es ihn fast nicht mehr gibt. Ein Beispiel gibt die evangelische Kirchengemeinde. Sie ist ein Spiegelbild der Waldbronner Bevölkerungsentwicklung von den 70er Jahren an, denn ihr Entstehen war Teil der Entwicklung, vorher gab es fast nur Katholiken in den drei Waldbronner Dörfern. Die Zuziehenden waren zu einem großen Teil junge Familien, deren Kinder zu einem großen Teil nicht mehr hier wohnen, und die hier gebliebenen Eltern sind alt geworden. Diese Gemeinschaft bildet eine spirituelle und psychosoziale Gesundheitsressource, aber sie ist fragil; die Quelle sprudelt nicht mehr. Manchen Vereinen geht es ähnlich.

Es wurde und wird viel für die Integration der in den Unterkünften des Waldbronner Ortsteils Neurod lebenden Flüchtlinge getan, aber auch hier sprudeln die Quellen nicht mehr so stark, die großenteils aus dem bürgerschaftlichen Engagement fließen. Einige haben sich verausgabt; die Pandemie bremste zudem den Elan, und seither ist das Team der Engagierten geschwächt. Die mitgebrachten psychosozialen Probleme der Asylanten scheinen teilweise immens zu sein, woran die kulturelle Fremdheit, erlebt als Entwurzelung, und das Spektrum der Traumatisierungen wesentlichen Anteil haben. Das ehrenamtliche und professionelle Dasein für die Migranten ist eine sehr wertvolle, aber auch mittlerweile stark gefährdete Ressource.

Vor dem Hintergrund der Fragilität des bestehenden Netzwerks legen einige Interviewpartner besonderes Gewicht auf das Motto „Gemeinsam sind wir stark“, oder negativ formuliert, mit einem Zitat: „Entweder wir gehen die Herausforderungen gemeinsam an, oder wir saufen alle ab“. In diesem Zusammenhang wurde auffallend oft, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, trotz aller guten Verbindungen der Wunsch nach mehr Koordination geäußert. Die Interviewpartner spüren, dass mehr als bisher Personen benötigt werden, die das Netz zusammenhalten und weiter daran knüpfen, damit es nicht reißt, sondern stärker wird.

Die Lebensqualität im Alter fokussieren

In diesem Zusammenhang wurde regelmäßig der Wunsch alter Menschen thematisiert, so lang wie möglich zuhause bleiben zu können. Anscheinend gelingt das auch vielen besser als früher. Die ambulanten Dienste spielen dabei eine wichtige Rolle, aber es muss auch genügend Kurzzeitpflegeplätze für Ausnahmesituationen geben. Eine herausragende Bedeutung haben offenbar die 24-Stunden-Kräfte erlangt, die vielleicht besonders für Waldbronner Senioren geignet sind, weil es sehr viel Wohnraum gibt und es sich die meisten leisten können. Mehr pflegende und fürsorgende Unterstützung kommt aber wahrscheinlich von den Angehörigen, denen Belastungen und Kapazitätsgrenzen wiederum die fürsorgende Unterstützung von ehrenamtlichen und professionellen Begleitern auf den Plan rufen.

Die Unterstützung der Senioren koordinieren

Viele der heute alt gewordenen Waldbronner sind hier nicht geboren oder groß geworden und haben zeitlebens Waldbronn allenfalls als Wahlheimat angesehen. Ihre Beziehungen pflegten sie entweder mit dem Umfeld, aus dem sie kamen, oder sie lebten hier weitgehend allein mit ihren Familien. Mehrere Interviewpartner, auch Alteingesessene, bezeugen, dass von den Dorfgemeinschaften der gebürtigen Waldbronner wenig Bemühungen um die Integration Zugezogener ausgehen. Von Zugezogenen, die sich selbst eigentlich gar nicht als Waldbronner sehen, ist das anderen Zuziehenden gegenüber auch kaum anders zu erwarten. Diese Voraussetzungen sind allein schon ein fruchtbare Nährboden für soziale Isolation, hinzu kommt nun aber auch noch der deutliche gesellschaftliche Trend zur Vereinzelung (Willberg, 2023).

Das SNW hat durch die Kombination einer klaren, einladenden Strukturierung seines attraktiven Angebots mit einer persönlich zugewandten Beratung Eingang zu vielen Seniorenhäushalten gefunden, die sich andernfalls nicht geöffnet hätten, und versteht sich darum auch als Brückenbauer. Wesentlich Anteil dabei hatte die koordinierende Verbindung von Struktur und Zuwendung durch die bisherige Leiterin Erika Anderer; sie wurde bislang ehrenamtlich geleistet. Im Vorstand von SNW sind Zweifel aufgekommen, ob die bisherige Funktionsfähigkeit des SNW in Zukunft weiter wie bisher garantiert werden kann. Es könnte womöglich nicht nur dem SNW wesentlich geholfen werden, wenn die politische Gemeinde so etwas wie ein Seniorenbüro mit dem Arbeitsschwerpunkt übergreifender Koordination der Waldbronner Seniorenunterstützung schaffen würde. Dies kam auch mehrfach in den Voten der Interviewpartner zur Sprache.

Koordiniertes bürgerschaftliches Engagement ausbauen

Maßgeblich für das Modell von Vernetzung, das sich durch die Interviews nahegelegt hat, ist der Ausgangspunkt bei dem, was die Einzelpersonen, Gruppen oder

Einrichtungen tatsächlich aus ihrer eigenen Perspektive gesehen *brauchen*. Sie sollen nicht vereinnahmt werden, sondern es soll ihnen gedient werden. Interaktiv kann das Dienen darin bestehen, sie auch mit Ideen und Angeboten zu versorgen und Hilfestellung zu geben. So ist auch und der Sache nach besonders die Koordination von bürgerschaftlichem Engagement zu verstehen. Der Definition nach sind bürgerschaftlich Engagierte kein billiger Ersatz für Berufstätige im Angestelltenverhältnis, sondern intrinsisch motivierte Personen, die sich engagieren wollen, weil es ihnen um die Sache geht, und die dem Vorrang gegenüber den Modalitäten einer Vergütung geben.

„Bürgerschaftliches Engagement“ ist ein etwas umständlicher Begriff, der aber besser passt als das herkömmliche „Ehrenamt“, und auch mehr als dieses umfasst. Ehre im Sinn von authentischer Wertschätzung zu erhalten ist enorm wichtig für ehrenamtlich Tätige und jeden Dienst kann man auch mit gewisser Berechtigung als „Amt“ bezeichnen, trotzdem bringt aber die Kombination von „Ehre“ und „Amt“ nicht wirklich das zum Ausdruck, worum es eigentlich geht. Da der Begriff jedoch immer noch sehr gebräuchlich und der konsequente Gebrauch von „bürgerschaftliches Engagement“ mühsam ist, werden im Folgenden beide Formulierungen verwendet.

„Ehrenamt schafft Glaubwürdigkeit“, sagt ein Interviewpartner, weil kein Verdacht aufkommt, dass man sich bereichern will. Andererseits sind Unentgeltlichkeit und freie Verfügbarkeit des ehrenamtlichen bürgerschaftlichen Engagements nicht selten auch ein Problem im Zusammenwirken mit Professionellen, weil deren Rahmenbedingungen es ihnen leichter machen, sich „abzugrenzen“, wenn die Situation ihnen nicht mit Arbeitsauftrag und Arbeitszeit kompatibel zu sein scheint, während für bürgerschaftliches Engagement eher typisch ist, gerade situationsbezogen zur Stelle zu sein, sowie auch mehr personenbezogen als leistungsbezogen. Man kann es auch so sagen: Das bürgerschaftliche Engagement ist mehr *freundschaftlich*, während beruflich Aktive, besonders im sozialen Gebiet, es als *professionell* betrachten, ihrer Klientel nicht zu nah zu kommen und sachlichen Abstand zu halten. Das kann aber zur Folge haben, dass beruflich Tätige, vor allem dann, wenn sie überlastet sind, den bürgerschaftlich Engagierten zu viel Belastung zumuten und diese ausbrennen.

In den Interviews wurden verschiedene Ideen zu Tätigkeiten des bürgerschaftlichen Engagements genannt, die zu koordinieren wären, wie zum Beispiel die generationenübergreifende Vermittlung von „Omas“ und „Opas“ für Kinder zur gegenseitigen Bereicherung und zur Entlastung der Eltern, wobei auch insbesondere an Alleinerziehende zu denken ist, wie auch an Migrantenfamilien, um ihnen bei der Integration zu helfen. Mehrfach angesprochen wurde die Nachbarschaftshilfe, die es in den vergangenen Jahrzehnten schon gegeben hat, die aber wieder beendet wurde und die nach vergeblichen Versuchen, sie wieder einzuführen, noch nicht wie-

der in Gang gekommen ist. Es scheint sowohl keinen greifbaren Bedarf als auch zu wenig dafür bereite Ehrenamtliche gegeben zu haben, und der geringe Bedarf scheint etwas damit zu tun gehabt zu haben, dass mehr oder weniger reiche Waldbronner, die allein oder zu zweit wohnen, der nachbarschaftlichen Zuwendung und Unterstützung das unabhängige Zurechtkommen vorziehen, sehr oft dadurch, dass sie sich das kaufen, was ihnen gerade fehlt. Darauf wurde auch in den Interviews bisweilen hingewiesen. Man verhält sich nur begrenzt nachbarschaftlich und ist darum auch nachbarschaftlicher Hilfe gegenüber nicht unbedingt aufgeschlossen.

Seit Beginn des Leitbildprozesses gibt es die so genannte „Ehrenamtsbörse“, die nach dem Prinzip arbeitet, für bestimmte konkrete Wünsche oder Nöte nach ehrenamtlichen Helfern zu suchen und sie auf Anfrage hin zu vermitteln. Spätestens seit der Pandemie hat die Bereitschaft dazu aber nachgelassen. In der katholischen Gemeinde, mit der die Ehrenamtsbörse auch gut vernetzt ist, gibt es einen beständigen Pool sozialcaritativ bürgerschaftlich Engagierter, aber es könnten noch mehr sein und der Wunsch nach koordinierter Aufbauarbeit hierfür wird deutlich artikuliert. Es müsste jemand da sein, der „die Bälle verteilt“, heißt, so dass auch ein gruppenübergreifender, konfessionell unabhängiger Teamspirit durch das gemeinsame Ausgerichtetsein auf lohnende Ziele entsteht. Nicht zuletzt müssten die Engagierten dazu adäquat geschult und supervisorisch begleitet werden. Einen Rahmen dafür, so wurde angeregt, könnte die Volkshochschule bieten.

Auch aus der Ehrenamtlichenbörse verlautet, dass man sich wünscht, Nutznießer koordinierender Maßnahmen sein zu können, um die Arbeit noch besser vernetzt zu organisieren, und die Asylantenarbeit könnte koordinierende Unterstützung gut dafür brauchen, die Lücken in ihrem Ehrenamtlichenteam, dem derzeit ungefähr 15 Mitarbeitende fehlen, nach der Pandemie wieder zu schließen.

Nicht zuletzt läge in der Koordination die Chance, überkommene Klischees vom Ehrenamt überwinden zu helfen. Eines davon ist die Vorstellung, dass soziales bürgerschaftliches Engagement vor allem von Jüngeren als Dienstleistung für Ältere zu begreifen ist. Zunehmend kommt es aber darauf an, das anders zu sehen. So wertvoll und notwendig generationenübergreifende Initiativen sind, so wichtig ist es aber auch für die Seniorenarbeit, dass Ältere sich um Ältere kümmern.

Personzentrierte Beratung bewahren und etablieren

Manche Interviewpartner legen Wert auf das, was man fachsprachlich Personenzentrierung nennt. Der Begriff war ursprünglich in der auf Carl Rogers (1902-1987) zurückgehenden Gesprächspsychotherapie beheimatet (Tausch & Tausch, 1990) und hat in der zeitgenössischen Pflegewissenschaft in Form „personenzentrierter Praxis“ wieder neue Bedeutung gewonnen (Dach, 2023). Personenzentrierung ist das empathische Wahrnehmen und Denken vom andern her: Du bist nicht mein Objekt,

sondern mein Gegenüber, das verstanden sein will, so wie ich auch selbst. Im Kontext einer fürsorgenden Haltung und Situation (Care) heißt das: Ich bemühe mich, aus deiner subjektiven Perspektive zu erkennen, was du brauchst, statt es dir von meiner Sicht ausgehend zu verordnen. Das Verordnen kann seinen guten Sinn haben, aber es ist dem Verstehen untergeordnet.

Man kann die Personenzentrierung als „das gewisse Etwas“ bezeichnen, das sozialen Tätigkeiten den Charakter des freundschaftlichen persönlichen Begegnens verleiht. Sie sind von Empathie, Wertschätzung und unverstellter Menschlichkeit geprägt. Dadurch entsteht Vertrauen und das Empfinden wohltuend erfahrener Gemeinschaft. Man weiß sich nicht nur verstanden, sondern auch ernst genommen und akzeptiert.

In den Interviewstatements ist die Personenzentrierung angesprochen, wenn von davon die Rede ist, sich auf das auszurichten, was die Menschen „jeweils wirklich brauchen“, sie „individuell zu betrachten“ und eine „Betreuungskultur“ zu pflegen. Um Personenzentrierung geht es, wenn der Wunsch nach einer Beratung geäußert wird, „wo sie sich auch etwas von der Seele reden können, was auch heilende Wirkung haben“ kann. Genau das und *nur* das spricht eine MS-kranke Person im Interview als Antwort auf die Frage an, was sie in Waldbronn „für sich persönlich als erfreulich förderlich für ihre Gesundheit“ erfährt, indem sie ihre dort stationierte „MS-Schwester“ nennt (vgl. DMSG, 2023). MS-Schwestern sind für MS-PatientInnen zur Verfügung stehende Fachpersonen, die für sie „barrierefrei“ zugänglich sind, empathisch zuhören und individuell beraten können. Schon allein zu wissen, dass es diesen Menschen gibt, den man jederzeit anrufen kann, wenn man ihn braucht, kann eine enorm stabilisierende Wirkung auf betroffene Personen haben - man fühlt sich, im deutlichen Unterschied etwa zu den endlosen Warteschleifen am Telefon, wenn man einen Arzttermin braucht, und der raschen Abfertigung in der Praxis, nicht alleingelassen mit seinem Problem. Das krankende und krank machende Gesundheitssystem unserer Tage, wo Zeit Mangelware ist, braucht dringend solche Fachpersonen, die als personzentrierte „Anlaufstellen“ erreichbar sind und sich nicht davor scheuen, eine freundschaftliche Beziehung zu ihrer Klientel aufzubauen und zu unterhalten.

Das Zusammenwirken der Einrichtungen des Gesundheitswesens koordinieren

Verschiedene Voten der Interviewpartner bemängelten trotz aller noch vorhandenen „guten Struktur“ und vielen Synergien, dass die Effektivität der Dienstleistungen des Gesundheitswesens und damit eng in Beziehung stehender Angebote auch darunter leidet, zu wenig aufeinander zu achten und füreinander zu tun. Kurz gesagt: Man könnte sich oft besser ergänzen. Auch in diesem Zusammenhang wurde der Wunsch nach Koordination genannt, um „die vielen Facetten von Gesundheit

miteinander zu verzähnen“. Nicht zuletzt geht es dabei um die viel gerühmte Ganzheitlichkeit. In der Tat: Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsförderung bleiben immer defizitär, wenn die Konzentration auf eine von den vier Gesundheitsdimensionen scheuklappenartig vollzogen wird, und das entspricht auch eigentlich gar nicht mehr den Erkenntnissen der modernen Humanwissenschaften.

Solche Überlegungen wie auch das Modell der MS-Schwester fließen zusammen mit der Wahrnehmung neuer Berufsfelder wie dem des „Physician Assistant“ (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017), die es den Ärzten ermöglichen, „manches in Delegation abzugeben“, wozu sie innerhalb von geschätzten 5 Jahren auch „die pure Not zwingen“ werde, wie eine medizinische Fachperson im Interview sagt. Derartige Alternativen zum überkommenen System der Arztpraxen, das sich offensichtlich kaum noch patientenorientiert verwirklichen lässt, werden anscheinend unabdingbar.

Eine öfter genannte synergetische Option sind disziplinübergreifende Bildungsmaßnahmen. Könnten nicht zum Beispiel Spezialisten aus der Neurorologie im SRH-Gesundheitszentrum gesponserte Vorträge für Waldbronner Bürgerinnen und Bürger über Schlaganfallprävention halten? fragt jemand im Interview. Wenn man darüber nachdenkt und spricht, werden viele gute Ideen entstehen, wie man die Potenziale besser nutzen kann. Aber das will koordiniert sein.

Psychischer Destabilisierung und Vereinsamung entgegenwirken

Ein grassierendes psychosoziales Gesundheitsproblem unserer Zeit mit immensen somatischen Auswirkungen ist die Vereinsamung (Willberg, 2023). Alleinleben ist nicht identisch damit, aber die Tatsache, dass die Hälfte der Waldbronner Wohnungen Singlehaushalte sind, ist immerhin ein Indiz dafür, dass sich womöglich viele dieser Personen im Prozess des Vereinsamens befinden, abgesehen von den potenziell vielen Personen, die Einsamkeit in gespannten Beziehungen erleben. Auch das wurde implizit und explizit ziemlich oft von den Interviewpartnern thematisiert. Übermäßiges Alleinsein, unabhängig von seinem Zustandekommen, bezeichnet man als *soziale Isolation*; im Prozess der sozialen Isolierung treten aufgrund des chronischen Beziehungsmangels emotionale und kognitive Mängelscheinungen und eine erhöhte Anfälligkeit für ungesunde Kompensationen auf, so dass der Prozess ein Gefälle zu dem hin bekommt, was man die *emotionale Isolation* nennt, und solche Zustände sind krank im engeren Sinn des Wortes, weil nun massive Wahrnehmungsverzerrungen und ein realitätsfremdes Denken vorherrschen (ebd.). Oft erscheint das Vereinsamungsproblem im Gewand klassifizierter psychischer Störungen wie zum Beispiel Depression.

Die Interviewpartner sprachen aber auch von einer zunehmenden Anspruchshaltung und Respektlosigkeit, die ihnen bei Waldbronnern begegnet, vielleicht vorzugsweise unter Personen mit hohem sozialem Status. Auch Derartiges zermürbt

den sozialen Zusammenhalt. Außerdem erwähnten sie die Wahrnehmung zunehmender psychischer Probleme, was sich zum Beispiel in der kirchlichen Seelsorge zeige. Die Menschen seien, verstärkt durch die Pandemie und die beängstigenden Weltereignisse, auch insgesamt verletzlicher geworden.

Dem steht der Wunsch nach Modellen gemeinsamen Lebens in Waldbronn gegenüber, wie zum Beispiel einem Zentrum, in dem man sich generationenübergreifend zwanglos trifft und auf verschiedene Weise Zeit miteinander verbringen kann. Es wurde von gemeinschaftsdienlichen Veranstaltungen berichtet, die gerade auch von allein lebenden Senioren besucht wurden, nur um des erlebten Miteinanders willen. Die Schaffung gemeinschaftsfördernder Strukturen nach dem Motto „Wir kümmern uns umeinander“ müsse in den Blick genommen werden.

Integration verwirklichen

Die Situation der Flüchtlinge wurde schon an verschiedenen Stellen in dieser Untersuchung erwähnt. Begreiflicherweise wurde sie vor allem von Interviewpartnern thematisiert, die im unmittelbaren Kontakt zu ihnen stehen. Unter gesundheitspolitischem Aspekt darf ihre besondere Lage nicht übergangen werden. Das Gesündeste, was ihnen im Waldbronner Kontext widerfahren kann, ist gelingende Integration. Anerkannt zu sein und dazugehören ist das stärkste seelische Bedürfnis des Menschen.

Gesundheit durch Bildung und Erziehung fördern

Besonders für die Flüchtlingskinder ist die Integration durch Kindergarten und Schule besonders wertvoll und wichtig, aber im Kreis der Interviewpartner wurde auch von teilweise erheblichen Schwierigkeiten dabei durch Verhaltensauffälligkeiten berichtet. Eine koordinative Funktion der Gesundheitsversorgung kann sich personzentriert um geeignete Unterstützungsmaßnahmen für die Betroffenen kümmern, ErzieherInnen und LehrerInnen eingeschlossen.

Überhaupt wird Gesundheit durch Bildung nicht zuletzt durch die psychosoziale Gesundheit der Protagonisten des Systems bedingt. Ein Ergebnis der Fragebogenaktion ist, dass die Lehrkräfte der Waldbronner Schulen anscheinend ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind, wie sie auch sonst aus diesem Beruf bekannt sind. Ihre eigene Persönlichkeitsstärkung und Stressresilienz ist im Sinne des Modellernens (Meichenbaum, 1995) aber auch ein wesentlicher Faktor der kindlichen Persönlichkeitsbildung. Voraussetzung sind vertrauensbestimmte Resonanzen zwischen LehrerIn und SchülerIn. Entscheidend dafür ist die Selbstkongruenz der Lehrerpersönlichkeit. Joachim Bauer zufolge gehört der Lehrerberuf (aus diesem Grund) zu „den anspruchsvollsten und anstrengsten Berufen, die unsere westliche Gesellschaft derzeit zu vergeben haben“ (Bauer, 2019, S.114).

Bildung, angefangen bei der frühkindlichen, ist eine wesentliche Bedingung dafür, verantwortliche gesundheitliche Selbstfürsorge zu entwickeln. Auch die Erwachsenenbildung kann hierzu viel beitragen. Die Waldbronner Bildungsinstitutionen: vor allem Kindergärten, Schulen und die Volkshochschule, könnten noch besser in das System der Gesundheitsförderung einbezogen sein. Die Volkshochschule wird aber mit ihren vielfältigen Angeboten gesundheitlich relevanter Themen von der Bevölkerung noch nicht optimal wahrgenommen.

Für eine gesunde Infrastruktur sorgen

Auffallend oft brachten die Interviewpartner die Gesundheits- und Seniorenthematik in Bezug zu infrastrukturellen Problemen. Es zeigte sich, dass dies auch stark eine Frage der subjektiven Perspektive ist: Radfahrer beklagen Gefährdungen und Behinderungen beim Radfahren und folgern zu Recht daraus, dass solche Verhältnisse für andere nicht gerade einladend wirken, selbst vom Auto auf das Rad umzusteigen. Gebrechliche Fußgänger wiederum beklagen sich über ihre Gefährdung durch unkontrollierten Fahrradverkehr, aber auch über mangelhafte Bürgersteige und dergleichen.

Andere Interviewbeiträge lieferten Ideen für gesundheitsfördernde infrastrukturelle Veränderungen wie das Anlegen von Fitnesspfaden im Wald, das Schaffen neuer attraktiver Begegnungspunkte, etwa in Etzenrot, wo nicht nur das Gesellschaftshaus nicht mehr existiert, sondern auch der einzige Lebensmittelladen zeitweise geschlossen war; andererseits wurde die wachsende Verstädterung in Busenbach kritisch kommentiert, nicht zuletzt mit Blick auf den noch nicht ausreichend beruhigten Straßenverkehr. Ferner wurden neue gemeinschaftsfördernde Wohnformen angedacht und das Unmaß des leerstehenden Wohnraums wurde kritisiert.

4. Beantwortung der Leitfragen

4.1. Welche Angebote im Bereich der Gesundheit und der Senioren gibt es in Waldbronn und welche Veränderungen sind in den kommenden Jahren zu erwarten?

4.1.1. Definition und Zuordnung der Bereiche „Gesundheit“ und „Senioren“

1. Die Antwort auf diese Frage hängt davon ab, wie der Bereich der Gesundheit definiert ist. Der WHO zufolge sind die körperliche, die seelische, die soziale und die spirituelle Gesundheit zu differenzieren.
2. Die Antwort auf diese Frage hängt ferner davon ab, wo die Grenze zwischen Angeboten, die in diesen Bereichen liegen, und solchen, die den Bereichen nicht zuzuordnen sind, gezogen werden soll. Die gesundheitsrelevanten Bereiche können als drei konzentrische Kreise dargestellt werden (Abbildung 22).
3. Genau genommen hat alles Gesundheitsrelevanz. Die Kriterien der Gesundheit sind aber definiert (Tabelle 07). Von dorther lässt sich auch ein Mehr oder Weniger an Gesundheitsrelevanz der Lebens- und Tätigkeitsbereiche benennen. Die Außengrenze des Teilbereichs „Gesundheitsrelevante Teilauspekte“ ist fließend.
4. Der Bereich der Senioren ist ausschließlich durch das Alter definiert. Genaue Datierungen, wann das Seniorenalter beginnt, sind aber willkürlich, der Übergang ist fließend.
5. Daraus folgt, dass die Bereiche der Gesundheit und der Senioren nicht nebeneinander gestellt werden können. Das Verhältnis des Bereichs der Senioren zum Bereich der Gesundheit ist perspektivisch. Ausgangspunkt ist die Frage, welche Bedeutung der Bereich Gesundheit speziell für Senioren hat (Abbildung 23).
6. Die Verbindung der Bereiche „Gesundheit“ und „Senioren“ in den Leitfragen impliziert, dass die Untersuchung in Richtung auf ihre Beantwortung das Thema „Senioren“ nur in der Perspektive zur Gesundheit behandelt. So mit ist das übergreifende Thema der Untersuchung den Leitfragen gemäß die Gesundheit.

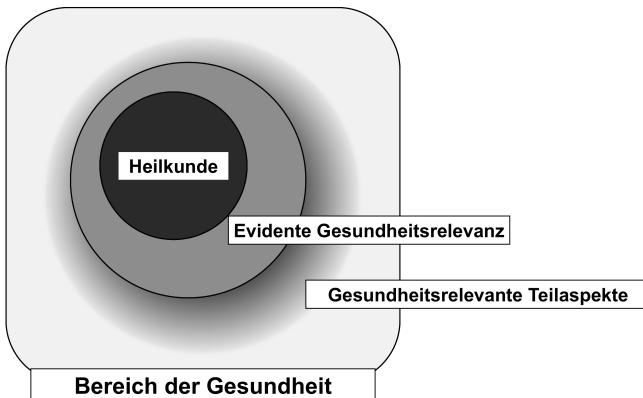


Abbildung 22: Der Bereich der Gesundheit

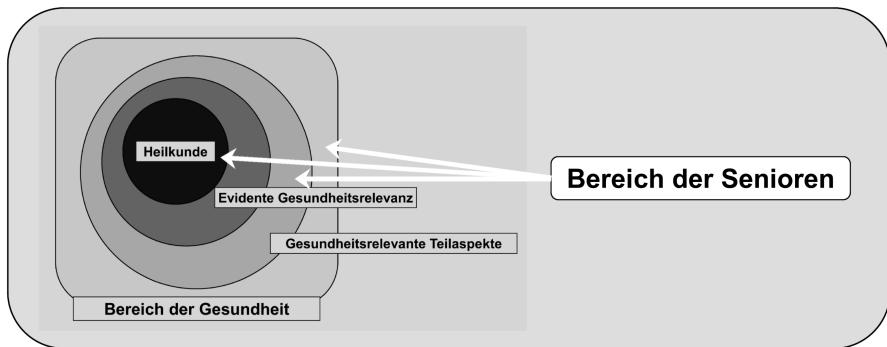


Abbildung 23: Das perspektivische Verhältnis des Bereichs der Senioren zum Bereich der Gesundheit

Körperlich	Seelisch	Sozial	Spirituell
Gesunder Schlaf Gesunde Bewegung Gesunde Ernährung Schmerzlosigkeit Genussfähigkeit Körperliche Sicherheit Beschäftigung	Erfüllung der seelischen Grundbedürfnisse Stressresilienz Selbstwirksamkeit Realismus Intrinsische Motivation Optimismus	Sozialkompetenz Empathiefähigkeit Kommunikationspflege Konfliktfähigkeit Grundvertrauen Erfüllung des Beziehungsbedürfnisses Erfüllung des Selbstwertbedürfnisses	Sich eins mit einem wichtigen größeren Ganzen wissen Sinnvolle Selbstverwirklichung Existenzielle Geborgenheit Nachhaltige Kreativität Innere Ruhe

Tabelle 07 (=05): Die Kernkriterien der Gesundheit, aufgeteilt nach den Kategorien ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses.

4.1.2. Die Waldbronner Angebote in den Bereichen „Gesundheit“ und „Senioren“

4.1.2.1. Überblick der Angebote

Hauptquelle der hierzu gewonnenen Daten ist die Website der Gemeinde Waldbronn. Es hat sich aber gezeigt, dass die dortigen Auflistungen weder vollständig noch aktualisiert sind. Eine aktualisierte vollständige Liste aller zugänglichen Waldbronner Einrichtungen und Initiativen scheint augenblicklich noch nicht zur Verfügung zu stehen. Außerdem können die Zuordnungen teilweise nicht exakt sein. „Spezifische Einrichtungen des Gesundheitswesens“ lassen sich im juristischen Sinn als streng abgegrenzte heilkundliche Einrichtungen auffassen oder im inhaltlichen Sinn als Einrichtungen, die sich unmittelbar und mehr oder weniger ausschließlich um Gesundheitsangelegenheiten kümmern; insofern können etwa auch Fitnessstudios dazu gerechnet werden. Der Unterschied zwischen evidenter Gesundheitsrelevanz und gesundheitlichen Teilaспектen ist ebenfalls eine Ermessensfrage. Man kann also die Gesamtzahlen der Zuordnungen nur ungefähr abschätzen. Abbildung 24 stellt meine Schätzung der Anzahl von gesundheitsrelevanten und spezifisch gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Initiativen in Waldbronn dar. Ein genauer differenzierender Überblick findet sich in § 3.3.

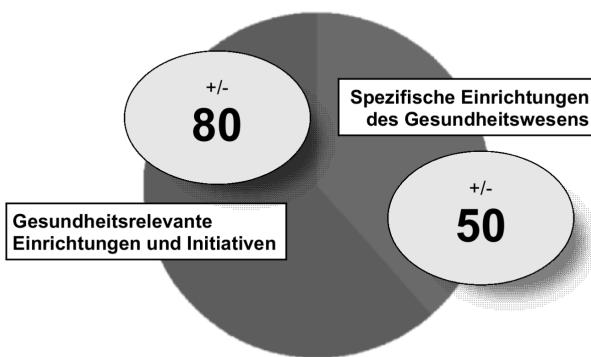


Abbildung 24: Geschätzte Anzahl gesundheitsbezogener Einrichtungen und Initiativen in Waldbronn

4.1.2.2. Die zu erwartenden Veränderungen in den kommenden Jahren

1. In den kommenden Jahren ist zu erwarten, dass die ärztliche Versorgungslage, die jetzt schon sehr angespannt ist, kollabiert, wenn nicht sehr ernsthafte effektive Anstrengungen unternommen werden, dem noch rechtzeitig zu begegnen.
2. Es ist mit einer fortschreitenden Verknappung der Kapazitäten für die Gesundheitsversorgung alter Menschen zu rechnen, vor allen für die Pflege, die dehumanisierende Konsequenzen beinhalten kann.
3. Zuletzt auch unter dem Einfluss der Pandemie ist ein signifikanter Rückgang des sozialen bürgerschaftlichen Engagements zu verzeichnen, der nur zu egalisieren sein wird, wenn dementsprechende förderliche Maßnahmen ergriffen werden.
4. Viele gesundheitsrelevante Einrichtungen haben ein Nachwuchsproblem. Aufgrund der fortschreitenden demografischen Altersverschiebung lässt sich vorhersagen, dass es nicht mehr angemessen ist, nachwachsendes Engagement vornehmlich von der Jugend zu erwarten. Die Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements muss sich darum auf alle Altersgruppen erstrecken, insgesamt aber besonders bei den Senioren ansetzen.
5. Es ist mit einer weiteren Zunahme psychischer und psychosozialer Probleme zu rechnen, wovon sich vieles unter den Gesichtspunkt des Vereinsamens fassen lässt. Das betrifft jetzt schon besonders junge Menschen und Hochbetagte und wird sich noch weiter verstärken.

4.2. Wie lassen sich Stärken, Defizite und Bedarfe mit Blick auf diese Angebote beschreiben?

1. Eine wesentliche Stärke der Waldbronner Angebote in den Bereichen „Gesundheit“ und „Senioren“ ist ihre Vielfalt. Ein Zweifel an der grundsätzlichen jeweiligen Qualität der Angebote ist mir im Verlauf der Untersuchung nicht begegnet.
2. Ein übergreifendes Defizit ist die Kehrseite der Vielfalt: Es liegt sowohl im Bereich „Gesundheit“ als auch im Bereich „Senioren“ in mangelnder Koordination und darum auch immer wieder in mangelhafter Wahrnehmung von jeweils angebrachter Wertschätzung, Förderung und Unterstützung.
3. Die hauptsächlichen Defizite und Bedarfe ergeben sich aber aus den oben aufgeführten zu erwartenden Veränderungen, weil diese sich zu einem großen Teil bereits anbahnen. Darüber hinaus gibt es situative und einrichtungsspezifische Bedarfe, die zum Teil an verschiedenen Stellen der Untersuchung Erwähnung finden (wie zum Beispiel das Betroffensein durch die

Einsparungsmaßnahmen im Kulturwesen oder der Mangel an Übungsräumen für die Etzenroter Vereinsarbeit), aber nicht in jeder Hinsicht eruiert werden konnten.

- 4.3. Was sollte geschehen, damit die Defizite so gut wie möglich minimiert und der reale Bedarf mit Blick auf die zu erwartenden Veränderungen so gut wie möglich erfüllt wird?

Aus dem Gesamtbefund der Untersuchung ergeben sich zwei Empfehlungen:

Maßnahme I

1. Umgehende Bildung einer befristeten autorisierten Arbeitsgruppe mit leitenden Fachpersonen der Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen, deren Aufgabe es ist, einen genauen Plan zur nachhaltigen Abwendung der zu befürchtenden unter § 4.1.2.2 genannten Eskalationen zu entwickeln. Hierzu gehören auch kalkulative Einschätzungen des dafür nötigen Finanzbudgets.
2. Darlegung und Diskussion der Konzeption im Gemeinderat, Festlegung einer realistischen Zeitschiene zur Umsetzung und Beschluss.
3. Prozessbegleitende Supervision der Umsetzung entweder durch die initiale Arbeitsgruppe oder andere designierte Fachpersonen aus den genannten Bereichen.

Maßnahme II

1. Einsetzung einer professionellen Koordinationsperson für Senioren und bürgerschaftliches Engagement.
2. Aufbau und Durchführung eines von der Koordinationsperson geleiteten attraktiven Programms zur Gewinnung, Schulung, Begleitung, Förderung und Honorierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im bürgerschaftlichen Engagement.

Für diese beiden Maßnahmen darf keine Zeit verloren werden. Alles andere, so wichtig es auch sein mag, kann dann unter dieser Voraussetzung in Ruhe wachsen oder situationsbezogen angegangen werden.

Quellenverzeichnis

- Allport, G.W. (1970). *Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit*. Übertrag. u. hg. v. H. v. Bracken. Meisenheim a.G.: Anton Hain.
- Altner, N. (2007). Stressbewältigung durch Achtsamkeit als Intervention für Menschen mit chronischen Schmerzen. In: Anderssen-Reuster, U. (Hg.). *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik: Haltung und Methode*. Mit einem Geleitwort v. M. Bohus. Stuttgart, New York: Schattauer, 148-158.
- Amtsblatt Waldbronn (2021). Nr. 50 vom 16.12.2021. <https://www.waldbronn.de/ceasy/resource/8773?download=1>. Abruf 29.08.2023.
- Amtsblatt Waldbronn (2023). Nr. 16 vom 16.04.2023. <https://www.waldbronn.de/ceasy/resource/8773?download=1>. Abruf 29.08.2023.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M. (Hg.). *Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dtv.
- Asendorpf, J.B. (2004). *Psychologie der Persönlichkeit*, 3., überarb. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Backhaus, J., Riemann, D., (1996). *Schlafstörungen bewältigen: Informationen und Anleitung zur Selbsthilfe*. Weinheim: Beltz, Psychologische Verlags Union.
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (Hg.) (1990). *Successfull aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, New York, Port Chester, Melbourne et al.: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. 3. Aufl. München: Wilhelm Heyne.
- Bauer, J. (2007). *Prinzip Menschlichkeit: Warum wir von Natur aus kooperieren*. 4. Aufl. Hamburg, 2007: Hoffmann und Campe.
- Bauer, J. (2010). *Das Gedächtnis des Körpers: Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Erw. u. aktual. Neuausg. Frankfurt a.M.: Eichborn.
- Bauer, J. (2015). *Selbststeuerung: Die Wiederentdeckung des freien Willens*. 3. Aufl. München: Blessing.
- Bauer, J. (2019). *Wie wir werden, wer wir sind: Die Entstehung des menschlichen Selbst durch Resonanz*. 2. Aufl. München: Blessing.
- Baumeister, R. Tierney, J. (2012). *Die Macht der Disziplin: Wie wir unseren Willen trainieren können*. Aus d. Engl. v. J. Neubauer. Frankfurt a.M.: Campus.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Bd. 1: *Theorien, Modelle, Diagnostik*. Unter Mitarbeit von Wolf-Rüdiger Minsel. Göttingen: Verlag für Psychologie C.J. Hogrefe.
- Bertelsmann-Stiftung (2023a). Wegweiser Kommune, Typisierung. <https://www.wegweiser-kommune.de/demografietypen>. Abruf 24.05.2023.
- Bertelsmann-Stiftung (2023b). Ländermonitor: Frühkindliche Bildungssysteme. <https://www.laendermonitor.de/de/vergleich-bundeslaender-daten/personal-und-einrichtungen/personalschlüssel/personalschlüssel-im-vergleich-1>. Abruf 29.08.2023.
- Bucher, A. (1994). *Einführung in die empirische Sozialwissenschaft: Ein Arbeitsbuch für TheologInnen*. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.
- Bucher, A. (2014). *Psychologie der Spiritualität: Handbuch*. 2. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.
- Bundesministerium des Innern und für Heimat (2023). Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung. https://www.orghandbuch.de/OHB/DE/Organisationshandbuch/6_MethodenTechniken/61_Erhebungstechniken/612_Interview/interview_inhalt.html. Abruf 03.03.2023.
- Bündnis 90/Die Grünen, Kreisverband Ettlingen (2023). Marketingkonzept für den Tourismus in Waldbronn, 04.04.2023. <https://gruene-ettlingen.de/marketingkonzept-fuer-den-tourismus-in-waldbronn>. Abruf 29.08.2023.

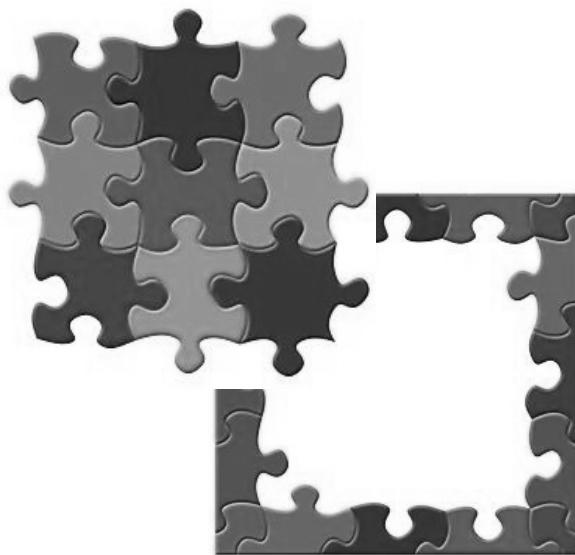
- Bürger, T., Klug, P. (2020a). Demografietypisierung 2020: Methodisches Vorgehen und empirische Befunde. Berichtsjahr 2018. Bertelsmann-Stiftung. <https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132144/Methodik.pdf>. Abruf 25.05.2023
- Bürger, T., Klug, P. (2020b). Demografietypisierung 2020: Typ 11: Sehr wohlhabende Städte und Gemeinden in Regionen der Wissensgesellschaft. Bertelsmannstiftung. <https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132144/Typ+11.pdf>. Abruf 25.05.2023.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.) (2017). Physician Assistant: Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf. Abruf 30.08.2023.
- Bundesagentur für Arbeit (2023). SGB II-Hilfesquoten 2011. <https://arbeitsagentur.maps.arcgis.com/apps/View/index.html?appid=f38df16f286749729d13212b69901b61&extent=4.2894,48.2319,16.5941,53.8524>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017). Lebenslagen in Deutschland: Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2017. Abrufbar unter Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Armuts- und Reichtumsbericht. <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de>. Abruf 06.05.2021.
- Caritas Deutschland (2023). SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende „Bürgergeld“). <https://www.caritas.de/glossare/sgb-ii-grundsicherung-fuer-arbeitsuchend>. Abruf 27.05.2023.
- Coan, R.W. (1977). *Hero, artist, sage, or saint? A survey of views on what is variously called mental health, normality, maturity, self-actualization, and human fulfillment*. New York: Columbia University Press.
- Dach, C.v. (2023). Spiritual Care im Spannungsfeld von Fürsorge und Ökonomie aus Sicht der Pflege. *Spiritualität und Gesundheit* 2/1, 13-15.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York, London: Plenum Press.
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (Hg.). (2020). Report Psychotherapie 2020, Berlin, März 2020. <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=&f=&f1=11069&t1=a90390e76f0e00e7f914acf6a5b47f06e3cd5329>, Abruf 19.10.2021, 12.
- Dhar, N., Chaturvedi, S.K., Nandan D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 2, 3-5.
- Dielmann, A. (2021). *Kommunale Seniorenpolitik am Beispiel der Gemeinde Waldbronn*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Hochschule Kehl, University of Applied Sciences.
- DMSG (2023). MS-Schwester/MS-Therapiemanagement: DMSG Fachfortbildung für 'MS-Schwestern'. <https://www.dmsg.de/service/fachfortbildungen/ms-schwester>, Abruf 28.08.2023.
- Erikson, E.H. (1996). *Identität und Lebenszyklus: Drei Aufsätze*. 3. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Taschenbuch.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*, völlig überarb. Neuaufl. Reinbek: Rowohlt.
- Franke, A. (1993a). Die Unschärfe des Begriffs 'Gesundheit' und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In: Franke, A., Broda, M. (Hg.). *Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt, 15-34.
- Franke, A. (1993b). Gesundheit in Psychologie und Psychotherapie. In: Franke, A. Broda, M. (Hg.). *Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. dgvt: Tübingen, 1993, 169-184.
- Froböse, I., Biallas, B., Wallmann-Sperlich, B. (2018). Der DKV-Report 2018: Wie gesund lebt Deutschland? <https://www1.wdr.de/nachrichten/dkv-gesundheitsreport-102.pdf>, Abruf 24.04.2023.
- Fuchs, T. (2017). *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. 5., aktual. u. erw. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Gebler, F.A., Maercker, A. (2014). Effects of Including an Existential Perspective in a Cognitive-Behavioral Group Program for Chronic Pain: A Clinical Trial with 6 Months Follow-Up. *The Humanistic Psychologist* 42, 155-171.

- Gemeinde Waldbronn (2016). Leitbild Waldbronn 2025 (2016). Fassung 13.07.2016.<https://www.waldbronn.de/ceasy/resource/?id=3043-1&download=1>. Abruf 05.06.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2018a). Karlsruher Pass. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Kirchen,Soziales,Senioren/Karlsruher-Pass>. Abruf 05.06.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2018b). Gemeindenachricht vom 18.10.2018: Aus der Steuerungsgruppe Leitbild. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Aktuelles/Gemeindenachrichten/Gemeindenachricht?view=publish&item=article&id=2293>. Abruf 29.08.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2019). Gemeindenachricht vom 29.10.2019: Seniorenhaus um 30 Plätze erweitert. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Aktuelles/Gemeindenachrichten/Gemeindenachricht?view=publish&item=article&id=2624>. Abruf 29.08.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2021a). Senioren. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Kirchen,Soziales,Senioren/Senioren>. Abruf 05.06.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2021b), Gemeindenachricht vom 01.07.2021: Nach erheblichen Verzögerungen konnte das Neubaugebiet Rück II jetzt freigegeben werden. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Aktuelles/Gemeindenachrichten/Gemeindenachricht?view=publish&item=article&id=3169>. Abruf 29.08.2023.
- Gemeinde Walbronn (2021c). Gemeindenachricht vom 04.05.2021: Aus dem Gemeinderat. 04.05.2021. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Aktuelles/Gemeindenachrichten/Gemeindenachricht?view=publish&item=article&id=3108>. Abruf 30.08.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2023a). Neubaugebiet Rück II. <https://www.waldbronn.de/de/Rathaus/Projekte/Neubaugebiet-Rueck-II>. Abruf 05.06.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2023b). Waldbronn - Erholung ganz nah! <https://waldbronn-tourismus.de/startseite>. Abruf 29.08.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2023c). Gemeindenachricht vom 03.04.2023: Land Baden-Württemberg unterstützt Tourismus-Konzepte. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Aktuelles/Veranstaltungskalender>. Abruf 29.08.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2023d). Waldbronn entsteht. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Gemeindeportrait/Chronik/Waldbronn-entsteht>. Abruf 29.08.2023.
- Gemeinde Waldbronn (2023e). Soziale Einrichtungen. <https://www.waldbronn.de/de/Gemeinde/Gemeindeportrait/Chronik/Soziale-Einrichtungen>. Abruf 29.08.2023.
- Gerber, W.D., Hasenbring, M. (1996). Schmerzerkrankungen. In: Linden, M., Hautzinger, M. (Hg.). *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Glasl, F. (1998). *Selbsthilfe in Konflikten: Konzepte, Übungen, Praktische Methoden* (Freies Geistesleben, Paul Haupt: Stuttgart, Bern: Freies Geistesleben, Paul Haupt).
- Goleman, D. (2001). *Emotionale Intelligenz*. Aus de. Engl. v. F. Griese. 14. Aufl. München: dtv.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto et al.: Hogrefe.
- Hefti, R. (2022). „The Need for a New Medical Model“: Eine Verhältnisbestimmung von biopsychosozialer Medizin und Spiritual Care. *Spiritualität und Gesundheit 1/1*, 4-6.
- Henningsen, P. (2006). Narzissmus, Schmerz und somatoforme Störungen. In: Kernberg, Otto F., Hartmann, H.P. (Hg.). *Narzissmus: Grundlagen - Störungsbilder - Therapie*. Übers. d. engl. Beiträge P. Holler. Mit 13 Abb. u. 19 Tab. Stuttgart: Schattauer, 541-555.
- Hildebrandt, G., Moser, M., Lehofer, M. (1998). *Chronobiologie und Chronomedizin: Biologische Rhythmen. Medizinische Konsequenzen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Hinsch, R., Pfingsten, U. (1998). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK): Grundlagen, Durchführung, Materialien*. 3. überarb. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- IHK Arnsberg (2023). Begriffsdefinitionen. https://www.ihk-arnsberg.de/upload/Begriffsdefinitionen_21081.pdf. Abruf 27.05.2023.
- IHK Karlsruhe (2023). Einzelhandelsrelevante Kaufkraft im IHK-Bezirk Karlsruhe. <https://www.ihk.de/blueprint/servlet/resource/blob/4801848/8ef8e205d9219189a158c4e423b18a09/mbr-eh-relevante-kaufkraft-ihk-bezirk-karlsruhe-2020-data.pdf>. Abruf 27.05.2023.

- Jacobson, E. (2011). *Entspannung als Therapie: Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. Aus d. Amerik. v. K. Wirth. Mit einem Vorwort u. Nachwort v. N. Klinkenberg. 7., erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Joint Commission on Mental Illness and Health. Monograph Series 1, A Report to the Staff Director, J.R. Ewalt. New York: Basic Books.
- Juchli, L. (1983). *Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker*. Didakt. Mitwirkung A. Volge. 4., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Kant, I. (1981). *Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis*. In: Kant, I. Schriften zur Anthropologie, Geschichtsphilosophie, Politik und Pädagogik, 1. Teil. Werke in zehn Bänden, Hg. W. Weischedel, Bd. 9. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1981, 127-172.
- Kirsch, I. (1990). *Changing Expectations: A Key to Effective Psychotherapy*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.
- Klinkenberg, N. (2007). *Achtsamkeit in der der Körperverhaltenstherapie: Ein Arbeitsbuch mit 20 Pro-biersituationen aus der Jacoby/Gindler-Arbeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kornhuber, H.H., Deecke, L. (2009). *Wille und Gehirn*. 2., überarb. Aufl. Bielefeld, Basel: Aisthesis.
- Lamnek, S. (1980). *Sozialwissenschaftliche Arbeitsmethoden: Für Mediziner, Soziologen, Psychologen*. Weinheim, Deerfield Beach, Basel: edition medizin.
- Landratsamt Karlsruhe (2014). Demographische Entwicklung: Chance und Herausforderung. http://www.landkreis-karlsruhe.de/media/custom/1636_461_1.PDF?1401108004. Abruf 27.05.2023.
- Landratsamt Karlsruhe (2018). Sozialbericht 2018. Dezernat III - Mensch und Gesellschaft. http://www.landkreis-karlsruhe.de/media/custom/3051_793_1.PDF?1562919017. Abruf 27.05.2023.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. 5., überarb. u. neu ausgestattete Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.
- Meichenbaum, D.W. (1995). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. Reprint. Weinheim: Psychologische Verlagsunion.
- Miles M.B., Huberman, A.M., Saldaña, J. (2014). *Die Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. 3. Aufl. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Müller, K. (2021). Traum vom Mehrgenerationenhaus in Waldbronn ist geplatzt. BNN vom 01.10.2021. <https://bnn.de/karlsruhe/ettlingen/waldbronn/traum-vom-mehrgenerationenhaus-in-waldbronn-ist-platzt>. Abruf 29.08.2023.
- Müller, K. (2022). Waldbronn investiert Millionen in die Kinderbetreuung. BNN vom 05.04.2022. <https://bnn.de/karlsruhe/ettlingen/waldbronn/waldbronn-investiert-millionen-in-die-kinderbetreuung>. Abruf 29.08.2023.
- Müller, K. (2023). Die Baggerklaue schreibt das letzte Kapitel des Gesellschaftshauses Etzenrot. BNN vom 21.01.2023. <https://bnn.de/karlsruhe/ettlingen/waldbronn/die-baggerklaue-schreibt-das-letzte-kapitel-des-gesellschaftshauses-etzenrot>. Abruf 30.08.2023.
- Newberg, A.B., D'Aquili, E.G. (1998). The Neuropsychology of Spiritual Experience. In: Koenig, H.G. (Hg.). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego, London, Boston, New York et al.: Academic Press, 75-94.
- Nussbaum, Martha C. (2014). *Politische Emotionen: Warum Liebe für Gerechtigkeit wichtig ist*. Aus d. Amerik. v. I. Utz. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Ohm D. (1997). *Lachen, lieben - länger leben: Genießen lernen, Lebenssinn finden, Freude und Glück erleben, Selbstheilungskräfte aktivieren. Gesundheitspsychologie im Alltag*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Peterson, C., Steen, T.A. (2009). Optimistic Explanatory Style. In: Snyder, C.R., Lopez, Shane J. (Hg.). *Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford Library of Psychology, Hg. P.E. Nathan. 2. Aufl. New York: Oxford University Press.
- Radgen, H. (2023). Eistreff Waldbronn droht Schließung in zwei Jahren. SWR-aktuell vom 20.07.2023. <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/karlsruhe/eistreff-waldbronn-entscheidung-ueber-zukunft-100.html>. Abruf 29.08.2023.

- Renner, B. (2002). Optimismus. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (Hg.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen, Bern, Toronto et al.: Hogrefe, 377-380.
- Röhrle, B. (2018). Wohlbefinden / Well-Being. Bundeszentrale für Gesundheitsliche Aufklärung. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlfinden-well-being/>, Abruf 19.04.2023.
- Rosa, H. (2016). *Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung*. 3. Aufl. Berlin: Suhrkamp.
- Satir, V. (1994). *Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz: Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis*. Aus d. Amerik. v. T. Kierdorf u. H. Höhr. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Schütz, A., Hertel, J., Heindl, A. (2008). Positives Denken. In: Auhagen, A.E. (Hg.). *Positive Psychologie: Anleitung zum „besseren“ Leben*. 2., überarb u. erw. Aufl. Weinheim: Beltz PVU, 15-30.
- Schulz von Thun, F. (1994). *Miteinander reden I: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.
- Schwenkmezger, P. (1994). Gesundheitspsychologie: Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P., Schmidt, L.R. *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Unter Mitarbeit v. D.Borgers et al. 42 Abbildung, 18 Tabellen. Stuttgart: Ferdinand Enke, 46-64.
- Seligman, M. (2001). *Pessimisten küsst man nicht: Optimismus kann man lernen*. Aus d. Amerik. v. C. Boermann. München: Knaur.
- Seligman, M. (2009). *Der Glück-Faktor: Warum Optimisten länger leben*. Aus d. Engl. v. S. Brockert. 6. Aufl. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe, Ehrenwirt.
- Sedlmeier, P., Renkewitz, F. (2013). *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. 2. akt. u. erw. Aufl. München: Pearson.
- Seligman, M. (2012). *Flourish: Wie Menschen aufblühen. Die Positive Psychologie des gelingenden Lebens*. Aus d. Amerik. v. S. Schuhmacher. 3. Aufl. München: Kösel.
- Sennett, R. (2012). *Zusammenarbeit: Was unsere Gesellschaft zusammenhält*. Aus d. Amerik. v. M. Bischoff. Berlin: Hanser.
- Seniorenhaus am Rathausmarkt Waldbronn (2023). <https://www.seniorenhaus-waldbronn.de/ueberuns/rathausmarkt-waldbronn>. Abruf 29.08.2023.
- Spitzer, M. (2006). *Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Statista (2023a). Anzahl der Gemeinden nach Gemeindegrößenklassen. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1254/umfrage/anzahl-der-gemeinden-in-deutschland-nach-gemeindegroessenklassen/#statisticContainer>. Abruf 24.05.2023
- Statista (2023b). Bevölkerung. Einwohnerzahl von Deutschland von 1990 bis 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2861/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-deutschlands/>. Abruf 24.05.2023
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2020). Gemeinsames Statistikportal. Definition SGB II-Quote. https://www.statistikportal.de/sites/default/files/2020-01/Definition%20SGB%20II%20Quote%20%28B2.1%29_0.pdf. Abruf 27.05.2023.
- Statistisches Bundesamt (2002). Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Online-Zusammenfassung, http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d_bevoe.htm. Abruf 23. Februar 2012.
- Statistisches Bundesamt (2009). 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>. Abruf 23. Februar 2012.
- Statistisches Bundesamt (2023). Mehr als die Hälfte der Erwachsenen hat Übergewicht. <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Uebergewicht.html>. Abruf 24.04.2023.
- Statistisches Landesamt Baden Württemberg (2022). Pressemitteilung: Baden Württemberg: Drithöchste Bevölkerungsdichte der Flächenländer. <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2022028>. Abruf 27.05.2023
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2023). <https://www.statistik-bw.de>.
- Storm, A. (Hg.) (2017). DAK-Gesundheitsreport 2017: Analyse der Arbeitsunfähigkeiten, Update: Schlafstörungen. <https://www.dak.de/dak/Download/gesundheitsreport-2017-2108948.pdf>, Abruf 24.04.2023.

- Sulmasy, D.P. (2007). *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Tagesschau.de. (2018). Deutsche sind Vorsorgemuffel. 12.04.2018. www.tagesschau.de/inland/gesundheit-vorsorgeuntersuchungen-101.html, Abruf 12.04.2018.
- Tausch, R., Tausch, A.M (1990). *Gesprächspsychotherapie: Hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben*. 9., ergänzte Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Thagard, P. (1999). *Kognitionswissenschaft: Ein Lehrbuch*, aus d. Amerik. v. D. Egli u. M. Montani. Stuttgart: Klett-Cotta.
- tioranat.info, CORONA Übersicht für die Postleitzahl 76337, <https://www.tioranat.info/PLZ/76337>, Abruf 04.04.2023
- Trauden, J. (2021). Tourismuskonzept soll Stärken des Kurorts Waldbronn hervorheben, BNN vom 28.02.2021. <https://bnn.de/karlsruhe/ettlingen/waldbronn/tourismuskonzept-soll-staerken-des-kurorts-waldbronn-hervorheben>. Abruf 29.08.2023.
- Trauden, J. (2023). Wassertemperatur. Es ist wieder wärmer geworden in der Albtherme Waldbronn. BNN vom 23.02.2023. <https://bnn.de/karlsruhe/ettlingen/waldbronn/albtherme-waldbronn-becken-wieder-waermer-wassertemperatur-heizen>. Abruf 29.08.2023.
- Turkle, S. (2012). *Verloren unter 100 Freunden: Wie wir in der digitalen Welt seelisch verkümmern*. Aus d. Engl. v. J. Stefanidis. München: Riemann.
- Ullrich, R., de Muynck, R. (1998). *ATP: Anleitung für den Therapeuten. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. München: Pfeiffer.
- Unterrainer, H.F., Lewis, A.J., Fink, A. (2014). Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health: A Review of Results and Conceptual Issues. *Journal of Religion and Health* 53, 382-392.
- Utsch, M. (2014). Existentielle Krisen und Sinnfragen in der Psychotherapie. In: Bonelli, R.M., Pfeifer, S. (Hg.). *Psychotherapie und Spiritualität: Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*, mit 13 Abbild. u. 14 Tabellen. Berlin, Heidelberg: Springer, 13-24.
- Van der Ven, J.A. (1990). *Entwurf einer empirischen Theologie*. Theologie und Empirie, Hg. H.F. Rupp et al., Bd. 10. Kampen, Weinheim: J.H. Kok Publishing House, Deutscher Studien Verlag.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1996). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. 9. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto et al.: Hans Huber.
- WHO (2023). Constitution. <https://www.who.int/about/governance/constitution>, Abruf 19.04.2023.
- Willberg, H.A. (2008). *Kleine Laster: Alltagssüchte - wie Sie sie erkennen und bewältigen*. Witten: R. Brockhaus.
- Willberg, H.A. (2019). *Das ganze Ja zum Leben: Christliche Spiritualität der Achtsamkeit*. Kevelaer: Butzon & Bercker.
- Willberg, H.A. (2022). *Entspannung und Achtsamkeit: Unterschiede und Gemeinsamkeiten*. Springer-Essentials. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Willberg, H.A. (2023). *Einsamkeit und Vereinsamung: Ein interdisziplinärer Überblick mit Impulsen für Praxis und Politik*. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Willberg, H.A., Mildner, H. (2012). *Demenz - der langsame Abschied: Ein Ratgeber für betroffene Angehörige*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Aussaat.



WALDBRONN
ORT MIT
HEILQUELLEN-KURBETRIEB

