Anlage 1 zu Vorlage 2004/050

Grußwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger im Ammerland,

die Altersstruktur unserer Bevölkerung verändert sich. Der Anteil der älteren Menschen nimmt zu und die allgemeine Lebenserwartung steigt. Aber auch die Strukturen in der Gesellschaft und in den Familien selbst sind Veränderungen unterworfen. Den nachwachsenden Generationen, die im Arbeitsleben stehen, wird eine zunehmende Mobilität abverlangt. Es ist längst nicht mehr selbstverständlich, in der Nähe des Heimatortes sein berufliches Auskommen zu finden. Für die Älteren bedeutet das häufig, dass sie sich auf ein Leben ohne ständigen Kontakt mit Kindern und Enkeln einrichten müssen. Soziale Kontakte und Aktivitäten werden außerhalb des Familienverbandes gesucht und gepflegt. Im Krankheitsfall oder bei Pflegebedarf steht oft nicht mehr die Familie zur Unterstützung zur Verfügung.

Diese Entwicklung macht auch vor dem Ammerland nicht halt. Welche Folgen hat sie für den Einzelnen, für seine Lebensplanung im Alter? Welche neuen Aufgaben erwachsen daraus den Kommunen?

Um eine Antwort auf diese Fragen zu bekommen, hat der Kreistag des Landkreises Ammerland den Auftrag zur Erstellung eines „Kreisseniorenplanes“ erteilt. Dieses Gutachten, das in enger Zusammenarbeit mit dem Kreisseniorenbeirat erarbeitet wurde, analysiert die Situation bei uns im Ammerland. Es befasst sich im Schwerpunkt mit den Bereichen Wohnen, Mobilität, Selbstständigkeit im Haushalt, Gesundheit sowie mit den Aktivitäten im Alter. Es enthält eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen für Verwaltung und Politik, aber auch Anregungen für den Einzelnen. Der Kreistag hat das Werk nach eingehender Beratung in den Gremien als Handlungs- und Orientierungsrahmen für die zukünftige Seniorenpolitik im Landkreis Ammerland in seiner Sitzung am 3. April 2003 beschlossen. Damit wurde ein Rahmen geschaffen, der den Erhalt der Selbstständigkeit im Alter unterstützen kann und die Schaffung seniorengerechter Strukturen ermöglicht. Im Mittelpunkt stehen dabei die Stärkung der Eigeninitiative, die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Dialog der Generationen. Erster konkreter Schritt ist die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für die Seniorenarbeit beim Landkreis, die den Senioren ab Juni dieses Jahres als Ansprechpartner zur Verfügung steht und die Seniorenarbeit zukünftig professionell begleiten wird.

An der Erstellung des Kreisseniorenplanes haben viele engagiert mitgewirkt – nicht zuletzt die Seniorinnen und Senioren im Ammerland selbst, die an einer flächendeckenden Befragung teilgenommen haben. Ich danke allen Mitwirkenden für ihre engagierte Mitarbeit. Das Ergebnis und die gute Resonanz zeigen, dass sich der Einsatz gelohnt hat.

Jörg Bensberg
Landrat

Im Mai 2003

Inhalt

1. Einleitung ... 3
1.1 Zur Vorgehensweise ... 5

2. Bevölkerungsentwicklung ... 8
2.1 Demographische Basisdaten für den Landkreis Ammerland ... 8
2.2 Altersstruktur in den Gemeinden ... 12
2.2 Demographische Entwicklung ... 14

3. Wohnen ... 18
3.1 Haushaltsgröße ... 19
3.2 Eigentum – Miete ... 21
3.2.1 Gebäudealter und Wohndauer ... 22
3.2.2 Wohnungsgröße und finanzielle Belastung ... 25
3.3 Ausstattung der Wohnung ... 28
3.3.1 Sanitäre Einrichtungen ... 29
3.3.2 Heizung ... 30
3.3.3 Telefon, Fernseher, Computer ... 31
3.3.4 Türsicherung ... 33
3.3.5 Treppen und Schwellen im Haus sowie Stufen zum Haus ... 34
3.3.6 Balkon, Terrasse, Garten ... 35
3.4 Modernisierung und Wohnungsanpassung ... 36
3.4.1 Zeitpunkt und Art der letzten Modernisierung ... 37
3.4.2 Wohnungsanpassung ... 38
3.4.3 Veränderungswünsche ... 39
3.5 Wohnsituation und Zukunft ... 41
3.5.1 Geplante Veränderungen der Wohnsituation ... 41
3.5.2 Umstände für Veränderung der Wohnsituation ... 42
3.6 Altenwohnungen ... 43
3.7 Betreutes Wohnen ... 44
3.8 Wohnkonzepte ... 46

4. Mobilität ... 48
4.1 Das Auto ... 49
4.1.1 Pkw-Verfügbarkeit ... 50
4.1.2 Fahrkompetenz ... 52
4.2 Das Fahrrad ... 58
4.3 Der Öffentliche Personennahverkehr(ÖPNV) ... 60
4.3.1 Wege und Chancen der Gestaltung des Öffentlichen Personennahverkehrs ... 62
4.3.1.1 Liniennetz des Öffentlichen Personennahverkehrs ... 62
4.3.1.2 Haltestellen ... 64
4.3.1.3 Nahverkehrsplanung ... 65
4.3.2 Bushaltestellen – Entfernung und Taktzeiten ... 66
4.4 Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen ... 70

5. Selbstständigkeit im eigenen Haushalt ... 74
5.1 Einkaufen ... 75
5.2 Unterstützung durch Familie ... 78
5.2.1 Partnerschaft ... 78
5.2.2 Kinder ... 79
5.3 Nachbarschaft ... 83
5.4 Hilfebedarf und Versorgungssituation in Haushalt und Garten ... 87
5.4.1 Haushalt ... 87
5.4.1.1 Einkaufen ... 89
5.4.2 Garten ... 89
5.6 Betreuung und Pflege zu Hause ... 91

5.6.1 Die Pflegeversicherung..... 91
5.6.1.1 Vorstellungen im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit..... 94
5.6.1.2 LeistungsempfängerInnen der Pflegeversicherung..... 96
5.6.2 Pflege durch Angehörige..... 97
5.6.3 Ambulante Dienste..... 100
5.6.3.1 Hausnotrufsystem..... 102
5.6.4 Betreuung nach §§ 1896 ff- BGB..... 103
5.7 Beratungsbedarf..... 104

6. Gesundheit..... 107
6.1 Zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen..... 110
6.1.1 Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören und Gehen..... 110
6.1.2 Erkrankungen im Alter..... 113
6.1.3 Demenz..... 115
6.1.4 Ältere Behinderte..... 116
6.1.5 Ältere MigrantInnen..... 116
6.2 Gesundheitliche Versorgung..... 118
6.2.1 Erreichbarkeit von Arzt/Ärztin und Apotheke..... 121
6.3 Experten zur gesundheitlichen Versorgung..... 124
6.3.1 Zur klinischen Versorgung..... 124
6.3.2 Zur Situation von Demenzkranken..... 128
6.3.3 Prävention und Rehabilitation..... 131

7. Aktivitäten..... 135
7.1 Produktivität des Alters..... 136
7.2 Verwendung der „freien Zeit“..... 137
7.3 Soziale Kontakte und Aktivitäten..... 140
7.4 Bildungsaktivitäten..... 142
7.4.1 Kreisvolkshochschule..... 143
7.4.2 Evangelisches Bildungswerk..... 146
7.4.3 Ländliche Erwachsenenbildung..... 147
7.4.4 GasthörerInnenstudium..... 147
7.5 Ehrenamtliches Engagement und Freiwilligenarbeit..... 148
7.5.1 Projekt Bürgerengagement Ammerland..... 149
7.6 Beispiele für Aktivitäten..... 150
7.6.1 Sportvereine..... 150
7.6.2 Landfrauenvereine..... 151
7.6.3 Kirchliche Organisationen..... 152
7.7 Selbsthilfe..... 154
7.8 Seniorenbüros..... 156

8. Fazit und Empfehlungen..... 158
8.1 Wohnen..... 158
8.2 Mobilität..... 162
8.3 Selbstständigkeit im Haushalt..... 166
8.4 Gesundheit..... 170
8.5 Aktivitäten..... 174
8.6 Koordination auf kommunaler Ebene..... 178

9. Schlussbetrachtung..... 182

10. Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen..... 185

11. Literatur– und Quellenverzeichnis..... 187

Anhang: Teil I: Pflegeplanung für den Landkreis Ammerland
Teil II: Anlagen und Abbildungen zum Seniorenplan

1. Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich in Deutschland und anderen industriellen Gesellschaften die Altersstruktur erheblich verändert. Aufgrund veränderter Lebensbedingungen - insbesondere durch den medizinischen Fortschritt - steigt die durchschnittliche Lebenserwartung, d.h. immer mehr Menschen werden immer älter. Gleichzeitig sinkt die Geburtenrate, weil weniger Kinder geboren werden. Dadurch gewinnen die älteren Altersgruppen sehr stark an Gewicht. Das für die Altersstruktur verwendete Bild von der Bevölkerungspyramide wandelt sich immer mehr hin zu einem Bevölkerungspilz.

Nicht nur die Altersstruktur, sondern auch die „Struktur des Alters“ verändert sich: Immer mehr Menschen leben im Alter allein (Singularisierung des Alters). Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen ist auch der Frauenanteil an den über 60-Jährigen höher (Feminisierung des Alters). Immer mehr Menschen werden älter als 80 Jahre, d.h. die Hochaltrigen nehmen zu. Heute fühlen sich 65-Jährige gesünder als 65-Jährige in der vorherigen Generation (Verjüngung des Alters). Das Bildungsniveau der „jungen Alten“ und der nachwachsenden Generation steigt. Immer mehr Menschen steigen früher aus dem Erwerbsleben aus. Die Lebensphase ohne Berufstätigkeit verlängert sich dadurch.

Mit der Struktur des Alters scheinen sich auch die Bilder vom Altsein in unserer Gesellschaft zu verändern. Heute sind die über 60-Jährigen nicht mehr als einheitliche, sondern als Altersgruppe mit sehr unterschiedlichen Interessen und Bedürfnissen zu betrachten. Die ganze Altersstufe mit „Senioren“ zu bezeichnen, wird der Unterschiedlichkeit nicht mehr gerecht. Vielfach wird von „jungen Alten“, „Betagten“ und „Hochbetagten“ bzw. „Hochaltrigen“ sowie von zwei Generationen gesprochen, wenn es um eine Differenzierung nach Alter geht. Gleichzeitig steht nicht das biologische Alter im Vordergrund, sondern die individuelle Befindlichkeit. Immer lauter wird der Ruf nach einer stärkeren gesellschaftlichen Nutzung des Potenzials an Kompetenzen. Jünger zu erscheinen gilt aufgrund der gesellschaftlichen Norm immer noch als erstrebenswert und als Kompliment. Die Tabuisierung des Alters trifft besonders Frauen. Allerdings ist hier ein wachsendes Selbstbewusstsein und eine positivere Haltung zum Älterwerden festzustellen. „Active Ageing“, also das aktive Älterwerden, wird allmählich der Tabuisierung entgegengesetzt. Neben der Veränderung zu mehr positiven Altersbildern sind allerdings auch die Schattenseiten des Alters nicht zu übersehen. Hochaltrigkeit geht vielfach mit Pflegebedürftigkeit einher. Demenzielle Erkrankungen wie z.B. Alzheimer nehmen zu.

Veränderung der Altersstruktur, Strukturwandel des Alters, neue Blicke auf das Alter und insbesondere der Zuwachs an Pflegebedarf stellen vielfältige Anforderungen an die Gesellschaft. Handlungsperspektiven sind gefordert. 1999 war das internationale Jahr der Senio-

ren, im Jahr 2002 hat die Weltaltenkonferenz in Madrid stattgefunden. Das Thema Alter ist ein globales Thema geworden. In Deutschland liegen zum Themenbereich Älterwerden inzwischen zahlreiche Untersuchungen und Veröffentlichungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten vor. In der politischen Diskussion werden der wachsende Anteil der über 60-Jährigen und die Forderung nach Maßnahmen zur Sicherung der Lebensqualität im Alter zunehmend thematisiert.

In der Kommunalpolitik wird immer mehr die Notwendigkeit erkannt, dass bei Planungen und Entscheidungen die Wünsche und Bedürfnisse von SeniorInnen zu berücksichtigen sind. Erkannt wurde auch, dass ältere Menschen an dem Prozess der Meinungsbildung zu beteiligen sind. Seniorenbeiräte auf Gemeindeebene wurden erstmals Ende der 70er Jahre gegründet. Heute sind sie bundesweit verbreitet. Die Seniorenbeiräte sehen ihre Aufgabe darin, die Anliegen der älteren Menschen aufzugreifen und sich für Veränderung bzw. Verbesserung einzusetzen. Außerdem wirken sie als Ansprechpartner für die Gemeindeverwaltung und für die älteren BewohnerInnen der Gemeinden. Von ihrem Selbstverständnis her sind sie parteipolitisch und konfessionell unabhängig.

In den Gemeinden des Landkreises Ammerland gründeten sich mit Beginn der 90er Jahre zu unterschiedlichen Zeitpunkten Seniorenbeiräte und vereinbarten ihre Aufgabenstellung.[1] Auf Landkreisebene konstituierte sich im Juni 1998 der Seniorenbeirat des Landkreises, der sich aus jeweils drei VertreterInnen der Beiräte aus den Gemeinden zusammensetzt. Sein Aufgabenschwerpunkt[2] bezieht sich auf die Gestaltung der Altenpolitik des Landkreises, z.B. ist er Mitglied des Sozialausschusses, der Nahverkehrskommission und Ansprechpartner für Behörden, Kirchen und Verbände. Der Seniorenbeirat des Landkreises ist an der Entstehung und – dies ist als Besonderheit zu werten – an der Erstellung des vorliegenden Seniorenplans beteiligt.

Im Jahre 1999 erhielt die Verwaltung den Auftrag, einen Seniorenplan zu erstellen, der sich inhaltlich von der Pflegeplanung[3] abhebt. Gesetzliche Grundlagen finden sich im Sozialgesetzbuch, im Bundessozialhilfegesetz und im Niedersächsischen Pflegegesetz.[4] Kernstück des Seniorenplans bildet eine Befragung der über 60-jährigen Bevölkerung im Landkreis Ammerland mit dem Schwerpunkt Wohnen und Wohnumfeld.

Die Zielsetzung des Seniorenplanes besteht darin,

- die derzeitige Lebenssituation der über 60-jährigen Bevölkerung des Landkreises Ammerland zu erfassen und einzuschätzen und dabei die Ergebnisse möglichst al-

[1] Siehe dazu: Anlage 2 im Anhang II S. 3 ff.
[2] Siehe dazu: Anlage 1 im Anhang II S. 1 ff.
[3] Siehe dazu: Anhang I
[4] Siehe dazu: Anlage 3 im Anhang II S. 9 ff.

ters- und geschlechtsdifferenziert sowie nach Gemeinden aufgeschlüsselt darzustellen

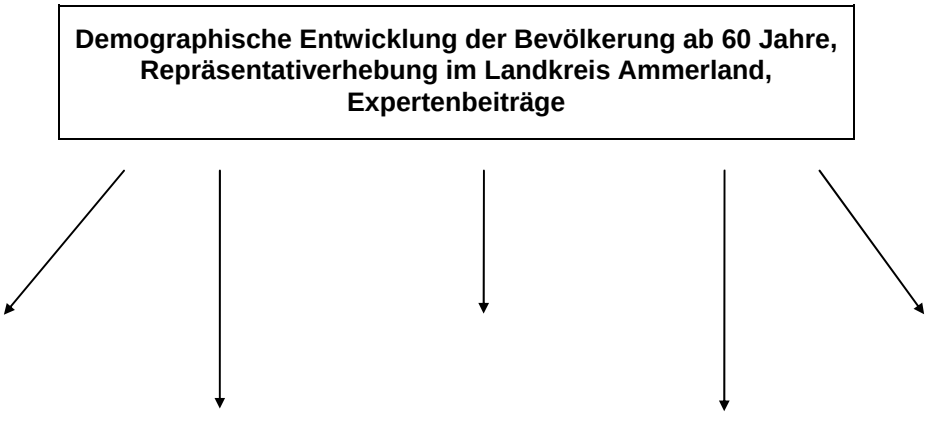
- die vielschichtigen Bezüge des Älterwerdens (Wohnen, Mobilität, Selbstständigkeit, Gesundheit und Aktivitäten) sichtbar und zugleich transparent zu machen
- Prognosen und entsprechende Empfehlungen zu formulieren
- den politischen Gremien Entscheidungshilfen zu bieten
- der Verwaltung einen Rahmen für die Umsetzung kurz-, mittel- bzw. langfristiger Aufgaben und Maßnahmen zu schaffen
- Grundlagen zu liefern für eine produktive Zusammenarbeit zwischen Politik und Verwaltung, Wohlfahrtsverbänden, Interessensgruppen, Seniorenvertretungen etc.
- zu einer intensiveren Vernetzung der vorgenannten Akteure anzuregen
- Strukturen zu entwickeln, um Entwicklungen und Veränderungen zu dokumentieren und neue Handlungsperspektiven zu formulieren.

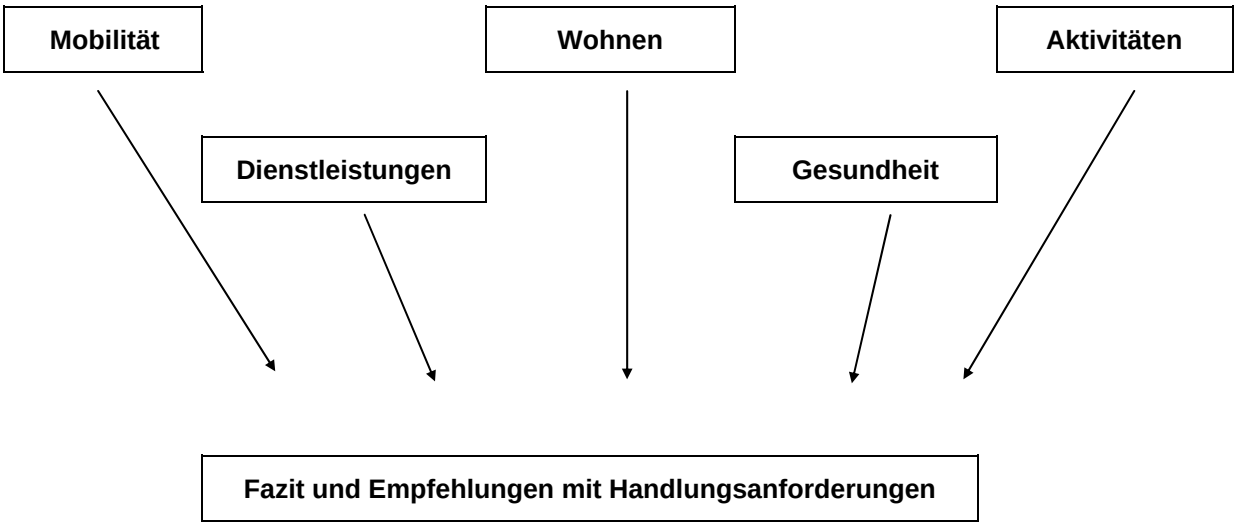
1.1 Zur Vorgehensweise

Ausgangspunkt des Seniorenplans bildet die Beschreibung und Analyse der Bevölkerungsstruktur und der demographischen Entwicklung. Zum „Fundament“ zählen ebenfalls die Darstellung der Ergebnisse aus der Repräsentativerhebung und die Einordnung in die Schwerpunktbereiche Wohnen, Mobilität, Dienstleistungen, Gesundheit und Aktivitäten. Auch die Expertenbeiträge haben hier einen hohen Stellenwert. Aus dem Fazit des jeweiligen Schwerpunkts werden Empfehlungen mit Handlungsanforderungen entwickelt. In die Erstellung des Seniorenplanes ist der Seniorenbeirat des Landkreises eingebunden.

Zur Lesbarkeit: Im laufenden Text sind Teilergebnisse in gerahmter Form hervorgehoben. Diese Teilergebnisse werden im nachgestellten Fazit nach den o.g. Schwerpunkten zusammengefasst. Daran schließen sich jeweils Empfehlungen und Handlungsanforderungen an.

Folgende Abbildung zeigt die aufeinander aufbauenden Schritte:





Kurze Erläuterungen zur Vorgehensweise:

- **Repräsentativerhebung**

  „Wie wohnen die alten Menschen bei uns in Westerstede und seinen Ortsteilen?“ – unter dieser Fragestellung entwickelte 1999 der Seniorenbeirat der Gemeinde Westerstede in Zusammenarbeit mit der Kreisvolkshochschule einen Fragebogen.[5] Im Frühjahr 2000 erfolgte zunächst eine Befragung aller Westersteder EinwohnerInnen über 60 Jahre. Nach einer Erstauswertung wurde die Fragebogenaktion auf die übrigen Gemeinden des Landkreises ausgedehnt. Damit konnten die Besonderheiten in den einzelnen Gemeinden erfasst werden. Die Verteilung der Fragebögen und des Anschreibens erfolgte aufgrund der höheren Anzahl und der damit verbundenen Kosten nicht – wie in Westerstede – per Post, sondern durch die Ortsvorsteher des jeweiligen Bezirks. Landkreisweit wurden die ausgefüllten Fragebögen an zentralen Orten über „besondere Briefkästen“ zurückgegeben. Die Fragebogenaktion wurde nicht nur von der örtlichen Presse, sondern auch von Rundfunk und Regionalfernsehen begleitet. Von einem wissenschaftlichen Institut der Bremer Universität wurden die Fragebögen ausgewertet und die Ergebnisse insgesamt als repräsentativ bewertet. Damit können in erster Linie zum Themenbereich Wohnen und Wohnumfeld und Mobilität aber auch z.T. zum Bereich Gesundheit und Dienstleistungen konkret auf den Landkreis bezogene Repräsentativergebnisse zugrunde gelegt werden. Die Ergebnisse liegen differenziert nach Alter (Fünf-Jahres-Schritte), Geschlecht und Gemeinden vor.

- **Expertenbeiträge**

[5] Siehe dazu: Anlage 4 im Anhang II S. 11 ff.

Um Erfahrungen, Einschätzungen und Visionen aus der Praxis mit in den Seniorenplan einfließen zu lassen, wurden ExpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen um Beiträge gebeten. Grundlage der Beiträge sind Interviews, die in der Mehrzahl gekürzt und sprachlich überarbeitet wurden. Aber auch im Nachhinein protokollierte Interviews bzw. Informationsgespräche sind als Beiträge eingearbeitet worden. Die jeweilige Endfassung der Beiträge ist mit den ExpertInnen abgestimmt.

- **Empfehlungen**

  Die Empfehlungen orientieren sich maßgeblich an folgende Kategorien:
  - Ammerlandspezifisch/gemeindespezifisch
  - Unterschiede: Frauen/Männer
  - Differenziertheit des Alters
  - Integration der älteren Menschen in die Gesellschaft
  - Lebensqualität sichern
  - Beachten der Besonderheiten des Alters
  - Sinnvolle Gestaltung des Alters
  - Solidarität zwischen den Generationen
  - Kompetenzen und Eigeninitiative nutzen
  - Vorhandene Strukturen nutzen
  - Finanzierbarkeit

- **Fortschreibung**

  Datenbasis sowie Ausführungen sind in weiten Teilen so angelegt, dass eine Fortschreibung ansetzen kann.

Diese an den Inhalten angepasste Vorgehensweise ermöglicht einen Blick auf die konkrete Situation älterer Menschen im Landkreis Ammerland unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten. Dabei werden Orientierungs– und Ansatzpunkte zur Umsetzung der Ergebnisse auf Landkreis– und Gemeindeebene aufgezeigt.

2. Bevölkerungsentwicklung

In Deutschland sind heute rund 22 % der Bevölkerung über 60 Jahre alt, für das Jahr 2050 werden bereits 36 % vorausgesagt. Gleichzeitig wird sich bis 2050 der Anteil der unter 20-jährigen Bevölkerung von heute rund 21 % auf rund 16 % verringern. Ein Vergleich: 1950 gab es doppelt so viele Menschen unter 20 Jahre wie Menschen über 60 Jahre. Bis 2050 wird sich dieses Verhältnis umkehren.[1] Immer mehr ältere Menschen werden immer weniger jüngeren Menschen gegenüber stehen. Die „Alterspyramide", die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als Bild verwendet wurde, um die Altersschichtung darzustellen, wandelt sich demzufolge immer mehr zum „Alterspilz".[2] Der wachsende Anteil der über 60–Jährigen an der Gesamtbevölkerung stellt zunehmend gesellschaftliche und politische Anforderungen. Fragen der finanziellen Alterssicherung durch gesetzliche Renten und zusätzliche Formen sind dabei ein zentrales Thema. Darüber hinaus verändert sich die Altersstruktur der über 60–Jährigen: Immer mehr Menschen werden immer älter. Die durchschnittliche Lebenserwartung zeigt eine steigende Tendenz und beträgt heute für Männer rund 75 Jahre, für Frauen rund 81 Jahre.[3] Damit gewinnen auch Fragen zur Versorgung von Pflegebedürftigen an Gewicht.

Vor diesem Hintergrund ist für Planungen im kommunalen Bereich eine eingehende Betrachtung der örtlichen Bevölkerungsstruktur und der zukünftigen Entwicklung eine zwingende Voraussetzung. Dazu gehört in einem ersten Schritt die Beschreibung der Bevölkerungsstruktur auf Landkreisebene und ein Vergleich zu den umliegenden Landkreisen. In einem zweiten Schritt wird der Blick auf die Bevölkerungsstruktur der Gemeinden gerichtet, um eventuelle Unterschiede innerhalb des Landkreises zu verdeutlichen. Daran schließen sich Prognosen für die zukünftige Entwicklung an.

2.1 Demographische Basisdaten für den Landkreis Ammerland

Seit 1970 stieg im Landkreis Ammerland die Bevölkerungszahl von rund 83.000 auf rund 112.000 im Jahr 2001[4] stetig an. Der Zuwachs ist zu einem Großteil durch Zuzüge in den Landkreis begründet. Beispielsweise nahm allein im ersten Halbjahr 2001 die Bevölkerung im Landkreis Ammerland um 490 Personen zu, davon betrug der Wanderungsgewinn 443

[1] Pressemitteilung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Nr. 389 vom 02.04.2002
[2] Auch wird die zukünftige Entwicklung mit dem Bild der „Urne" verglichen. Siehe dazu: Hannoversche Allgemeine: Die Pyramide wird zur Urne, 30. 11.2002. Vgl. Anlage 5 im Anhang II, S. 14
[3] Statistisches Bundesamt 2002
[4] Niedersächsisches Landesamt für Statistik. Angaben zum 31.12.1970 und 31.12.2001.

Personen.[5] Die oben beschriebene Bevölkerungsentwicklung von der Alterspyramide zum Alterspilz spiegelt sich auch in den Angaben für den Landkreis Ammerland für die zurückliegenden dreißig Jahre wider. Wie sich zudem die Altersstruktur seit 1970 im Vergleich zum Durchschnitt der Landkreise im Weser–Ems–Gebiet entwickelt hat, ist aus folgender Tabelle abzulesen:

Tabelle 1: Altersstruktur – Anteil an der Gesamtbevölkerung in Prozent 1970, 1987 und 2001

	Landkreis Ammerland			Regierungsbezirk Weser–Ems		
Alter	**1970**	**1987**	**2001**	**1970**	**1987**	**2001**
Unter 6 Jahre	12,1 %	6,4 %	6,8 %	12,4 %	6,9 %	6,8 %
6 bis 18 Jahre	21,0 %	15,1 %	14,6 %	22,1 %	16,1 %	14,8 %
18 bis 45 Jahre	35,8 %	40,4 %	36,7 %	34,7 %	39,9 %	38,3 %
45 bis 60 Jahre	14,7 %	19,9 %	18,7 %	14,5 %	19,2 %	17,6 %
60 Jahre und älter	16,4 %	18,2 %	23,2 %	16,3 %	17,9 %	22,5 %

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, jeweils zum 31.12., eigene Berechnungen

Die Tabelle zeigt:

- Der Anteil der unter 18–Jährigen geht von 1970 bis 2001 zurück. Das gilt insbesondere für die Altersgruppe unter 6 Jahre. 2001 nähern sich zwischen dem Landkreis Ammerland und dem Durchschnitt der Landkreise im Weser–Ems–Gebiet die Anteile in den Altersgruppen bis 18 Jahre an.
- Die Altersgruppe der 18–45–Jährigen nimmt zwischen 1970 und 2001 nur geringfügig zu. Im Jahr 2001 sind im Ammerland in dieser Altersgruppe weniger EinwohnerInnen (36,7 %) gemeldet als im Weser–Ems–Durchschnitt (38,3 %).
- Bei den 45– bis 60–Jährigen ist seit 1970 ein Anstieg um 4 % auf 18,7 % festzustellen. Damit ist diese Altersgruppe 2001 im Ammerland etwas stärker vertreten als im Durchschnitt der übrigen Landkreise (17,6 %).
- Die über 60–jährige Bevölkerung verzeichnet im Landkreis Ammerland seit 1970 die stärkste Zunahme, und zwar um rund 7 % und liegt mit 23,2 % leicht über dem Durchschnittswert im Regierungsbezirk (22,5 %). Daraus lässt sich ableiten, dass der Bevölkerungszuwachs seit 1970 auch durch Zugezogene in dieser Altersgruppe mit begründet ist.

[5] Niedersächsisches Landesamt für Statistik

- Betrachtet man die Altersgruppen ab 45 Jahre insgesamt, so zeigt der Vergleich zwischen dem Landkreis Ammerland und dem Regierungsbezirk einen leicht erhöhten Anteil im Ammerland.

Auch wenn die Menschen ab 60 Jahre zumeist insgesamt als Senioren bezeichnet werden, so gibt es innerhalb dieser Altersgruppe dennoch deutliche Unterschiede. Aufgrund der höheren Lebenserwartung umfasst die Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahre eine Altersspanne von rund 40 Jahren, das entspricht ungefähr zwei Generationen. Folglich ist eine Differenzierung der Bevölkerung ab 60 Jahre erforderlich. Die Altersspanne der über 60–Jährigen wird in wissenschaftlichen Untersuchungen sowie auch in der öffentlichen Diskussion häufig in drei Altersgruppen zusammengefasst, die auch als junge Alte (60–70 Jahre), Betagte (70–80 Jahre) und Hochbetagte (über 80 Jahre) bezeichnet werden. Diese Unterteilung wird auch in den folgenden altersdifferenzierten Betrachtungen verwendet.[6]

Folgende Tabelle zeigt die zahlenmäßige Entwicklung sowie die Entwicklung der Anteile der drei Altersgruppen an der über 60–jährigen Bevölkerung im Landkreis Ammerland:

Tabelle 2: Entwicklung der Bevölkerung ab 60 Jahre im Ammerland von 1970 bis 2001

Alter	**1970**		**1987**		**2001**	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
60–70 J.	7.931	57,8 %	8.519	49,6 %	13.946	53,5 %
70–80 J	4.356	31,7 %	5.864	34,2 %	8.112	31,2 %
80 und älter	1.435	10,5 %	2.788	16,2 %	3.967	15,3 %
Gesamt	**13.722**	**100 %**	**17.171**	**100 %**	**26.025**	**100 %**

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, jeweils 31.12., und eigene Berechnungen

Deutlich erkennbar ist, dass sich seit 1970 die Bevölkerungsstruktur des Landkreises Ammerland zugunsten der Hochbetagten verschoben hat:

- Seit 1970 nimmt der Anteil der jungen Alten (60–70 Jahre) an der Gesamtbevölkerung ab 60 Jahre ab (von 57,8 % auf 53,5 %).
- In nahezu gleichem Maße steigt der Anteil der Hochaltrigen über 80 Jahre von 10,5 % auf 15,3 %.

[6] Für diese Gliederung gibt es keine einheitliche wissenschaftliche Festlegung.

Ein Vergleich der Gesamtentwicklung seit 1970 zwischen dem Landkreis Ammerland und dem Regierungsbezirk Weser–Ems zeigt:

- Im Landkreis Ammerland liegt 2001 der Anteil der jungen Alten mit 53,5 % leicht über dem Durchschnitt der übrigen Landkreise im Regierungsbezirk (51,9 %).
- Dagegen ist im Ammerland der Anteil der Hochbetagten (15,3 %) geringfügig niedriger als im Regierungsbezirk (15,9 %).

Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen bilden sie in der Altersgruppe der ab 60–Jährigen die Mehrheit. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Hochbetagten über 80 Jahre. Folgende Tabelle zeigt die Altersstruktur der über 60–Jährigen insgesamt und die Anteile differenziert nach Geschlecht für das Jahr 2001:

Tabelle 3: Bevölkerung ab 60 Jahre nach Altersgruppen und Geschlecht 2001

Alter	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
60–69 Jahre	6.892	26,5 %	7.054	27,1 %	13.946	53,5 %
70–79 Jahre	3.434	13,2 %	4.678	18,0 %	8.112	31,2 %
80 und älter	1.181	4,5 %	2.786	10,7 %	3.967	15,3 %
Gesamt	**11.507**	**44,2 %**	**14.518**	**55,8 %**	**26.025**	**100 %**

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, 31.12.2001, und eigene Berechnungen

2001 beträgt im Landkreis Ammerland der Frauenanteil bei den über 60–Jährigen 55,8 % und liegt damit unter dem Durchschnittswert für den Weser–Ems–Bereich von 57,3 %.

- Gegenüber 1970 (58,0 %) und 1987 (61,1 %) hat sich der Frauenanteil verringert bzw. hat der Anteil der Männer zugenommen.
- Auffallend ist der geringe Unterschied in der Geschlechterverteilung bei den jungen Alten.
- Deutlicher fällt dagegen der Unterschied bei den Hochbetagten auf. Hier beträgt der Frauenanteil rund 70 %.

Aus den demographischen Basisdaten für den Landkreis Ammerland lassen sich in erster Linie Hinweise für Planungen und Aktivitäten auf Landkreisebene ableiten. Für gezielte Überlegungen im Seniorenbereich sind darüber hinaus differenziertere Informationen zur Altersstruktur notwendig. Um einen genaueren Einblick zu erhalten, wird im Folgenden die Altersstruktur der sechs Gemeinden des Landkreises Ammerland näher betrachtet.

2.2 Altersstruktur in den Gemeinden

Grundlage der folgenden Angaben sind Daten der Einwohnermeldeämter in den Gemeinden des Landkreises Ammerland. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben von Vergleichsdaten des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik abweichen. Das Niedersächsische Landesamt für Statistik benutzt als Ausgangspunkt die Volkszählung von 1987 und schreibt die Daten fort. In den Gemeinden werden die aktuell gemeldeten BürgerInnen gezählt. Um die Gemeindeebene genauer betrachten zu können, werden für die folgenden Betrachtungen Angaben zu EinwohnerInnen mit Hauptwohnsitz in der jeweiligen Gemeinde zum 31.12.2001 verwendet. Zunächst wird die Gesamtzahl der Bevölkerung in der jeweiligen Gemeinde sowie der Anteil der über 60–Jährigen nach Geschlecht dargestellt:

Tabelle 4: Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahre nach Gemeinden und Geschlecht 2001

Bevölkerung insgesamt		**Bevölkerung ab 60 Jahre**			
Gemeinde	**Insgesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Anteil an Gesamtbevölkerung in %**
Apen	10.835	1.089	1.362	2.451	22,6 %
Bad Zwischenahn	25.958	3.150	4.142	7.292	28,1 %
Edewecht	20.000	1.723	2.060	3.783	18,4 %
Rastede	19.755	2.076	2.755	4.831	24,5%
Stadt Westerstede	21.664	2.097	2.768	4.865	22,5 %
Wiefelstede	14.131	1.244	1.399	2.643	18,7 %
Insgesamt	**112.343**	**11.374**	**14.486**	**25.865**	**23,0 %**

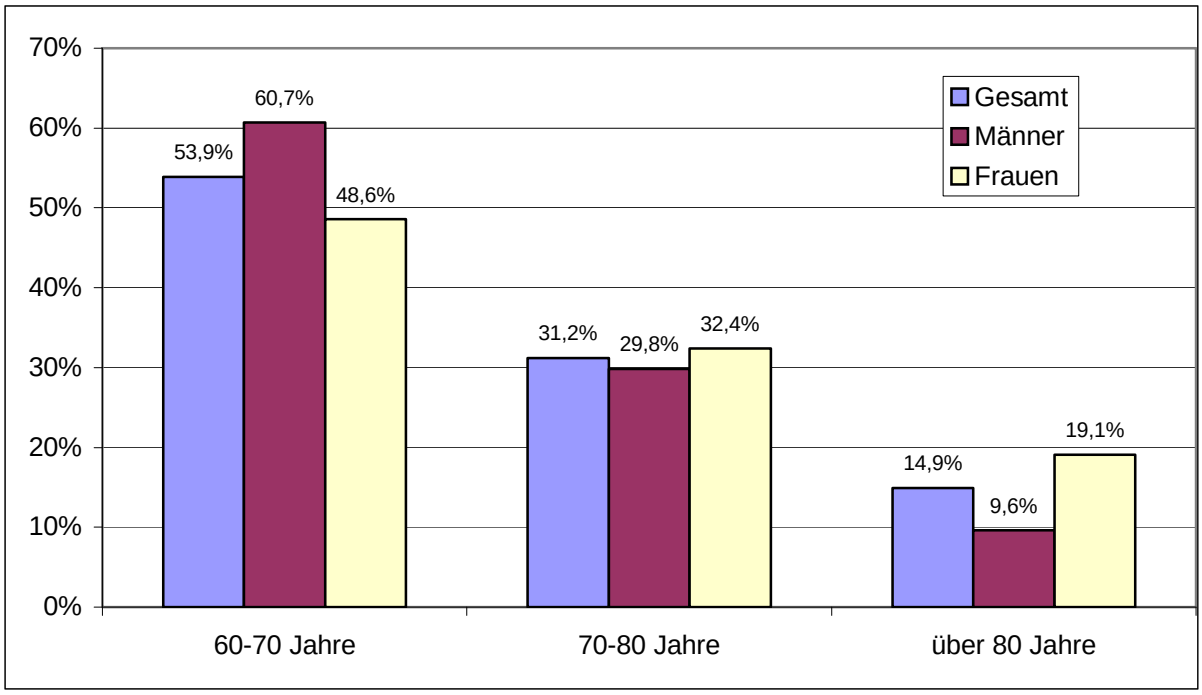
Quelle: Einwohnermeldestatistik der Gemeinden, 31.12.2001, und eigene Berechnungen

Der Bevölkerungsanteil der über 60–Jährigen von 23,0 % für das gesamte Kreisgebiet setzt sich mit Blick auf die Gemeinden aus sehr unterschiedlichen Werten zusammen:

- Apen (22,6 %) und die Stadt Westerstede (22,5 %) entsprechen mit ihrem jeweiligen Anteil annähernd dem Landkreiswert.
- Auffallend ist der vergleichsweise niedrige Anteil in den Gemeinden Edewecht (18,4 %) und Wiefelstede (18,7 %).
- Während Rastede mit 24,5 % leicht über dem Landkreisdurchschnitt liegt, weist Bad Zwischenahn den höchsten Anteil mit 28,1 % aus. Zu vermuten ist, dass der erhöhte Anteil darauf zurückzuführen ist, dass es für viele ältere Menschen attraktiv ist, hier im Alter den Wohnsitz zu wählen.

Für eine Betrachtung der Altersstruktur in den sechs Gemeinden des Ammerlandes erfolgt zunächst auf Landkreisebene eine weitere Differenzierung nach Altersstufen und nach Geschlecht:

Abbildung 1: Altersstufen und Verteilung nach Geschlecht 2001



Quelle: Einwohnermeldestatistik der Gemeinden, 31.12.2001, eigene Berechnungen

Betrachtet man zunächst die Verteilung nach Geschlecht, so ist hier deutlich die höhere Lebenserwartung der Frauen abzulesen:

- Rund der Hälfte der Frauen über 60 Jahre sind zwischen 60 und 70 Jahre alt, während von allen Männern sich rund 60 % in dieser Altersgruppe konzentrieren.
- In der Altersgruppe der 70–80–Jährigen nähern sich die Anteile an: Rund ein Drittel der Frauen und rund 30 % der Männer befinden sich zwischen 70 und 80 Jahre.
- Von allen Frauen über 60 Jahre sind rund 20 % älter als 80 Jahre. Bei den Männern sind es rund 10 %.

Siehe dazu: Tabelle 1 im Anhang II S. 15: Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahre nach Gemeinden und Altersstufen 2001

Vergleicht man bezüglich der Altersstufen den Landkreisdurchschnitt mit den Angaben aus den einzelnen Gemeinden, so ergibt sich folgendes Bild:

- **Apen:** Die jungen Alten (52,6 %) stellen hier einen geringeren Anteil als im Kreisdurchschnitt. Dagegen weist diese Gemeinde den höchsten Anteil (34,7 %) bei den Senioren zwischen 70 und 80 Jahre auf. Der Anteil an Hochbetagten (12,7 %) ist wiederum niedriger.

- **Bad Zwischenahn:** Bei den jungen Alten (52,9 %) und den Betagten (30,4 %) liegen hier die Anteile leicht unter dem Landkreisdurchschnitt. Bei den Hochbetagten erhält Bad Zwischenahn allerdings den höchsten Wert (16,7 %).
- **Edewecht:** Bei den jungen Alten ist der Anteil mit 57,3 % vergleichsweise hoch, während er bei den Betagten (30,2 %) und Hochbetagten (12,7 %) unter dem Landkreiswert liegt.
- **Rastede:** Mit 52,4 % leben in der Gemeinde Rastede weniger junge Alte als im Landkreisdurchschnitt. Dagegen liegen die Anteile bei den Betagten (31,9 %) und Hochbetagten (15,7 %) leicht über dem Landkreiswert.
- **Westerstede:** Diese Gemeinde hat mit 51,9 % den niedrigsten Anteil an jungen Alten. Dagegen liegen die Werte Betagten und Hochbetagten leicht über dem Durchschnitt.
- **Wiefelstede:** Auffallend ist hier der relativ hohe Anteil an jungen Alten mit rund 60 %. Entsprechend weist diese Gemeinde bei den Betagten (28,2 %) und den Hochbetagten (12,3 %) jeweils die niedrigsten Anteile im Vergleich zum Landkreisdurchschnitt aus.

Siehe dazu: Tabelle 1 im Anhang II S. 15: Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahre nach Gemeinden und Altersstufen 2001

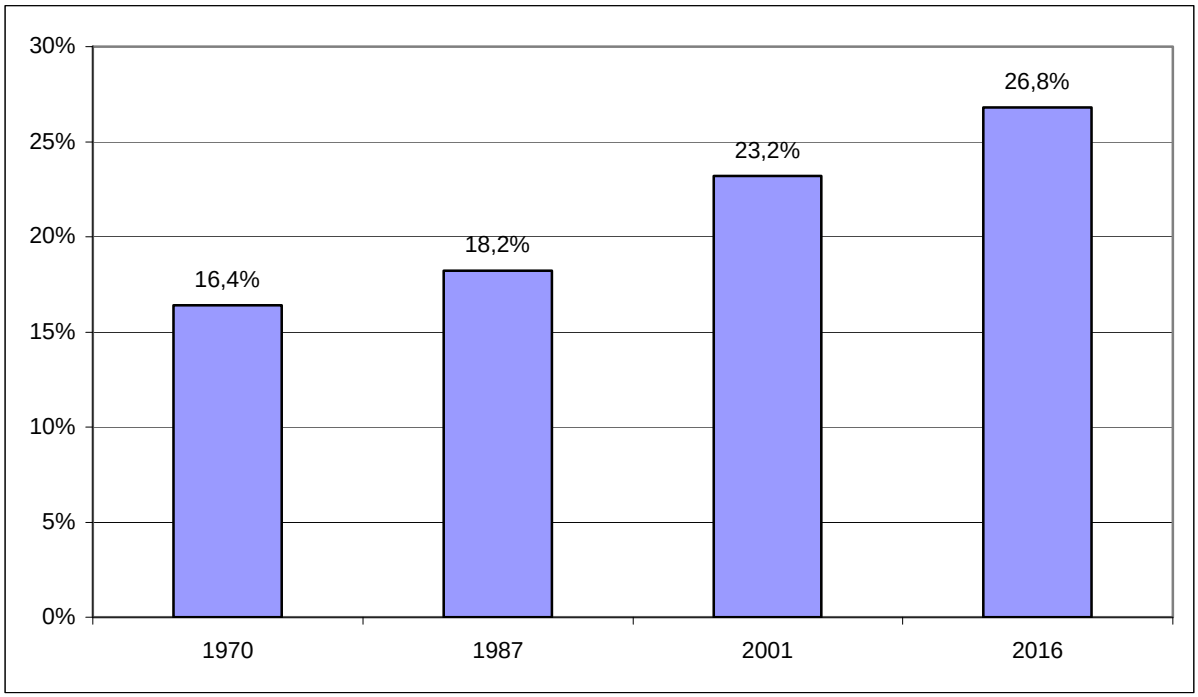
2.2 Demographische Entwicklung

Die Einwohnerzahl des Landkreises Ammerland ist in den vergangenen dreißig Jahren kontinuierlich gestiegen und wird auch weiterhin wachsen. Prognosen sagen für das Jahr 2016 eine Einwohnerzahl von rund 117.000 voraus.[7] Damit wird nicht nur die absolute Zahl der älteren Bevölkerung weiter ansteigen, auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird aufgrund der demographischen Entwicklung zunehmen.

Wie sich seit 1970 und zukünftig der Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre für den Landkreis Ammerland darstellt, zeigt folgende Abbildung:

[7] Niedersächsisches Landesamt für Statistik

Abbildung 2: Entwicklung des Anteils der über 60–Jährigen an der Gesamtbevölkerung



Quelle: Arbeitsstelle Dialog (1993): Strukturbericht für den Landkreis Ammerland, Universität Oldenburg (für 1970 und 1987); Niedersächsisches Landesamt für Statistik (für 2001 und 2016)

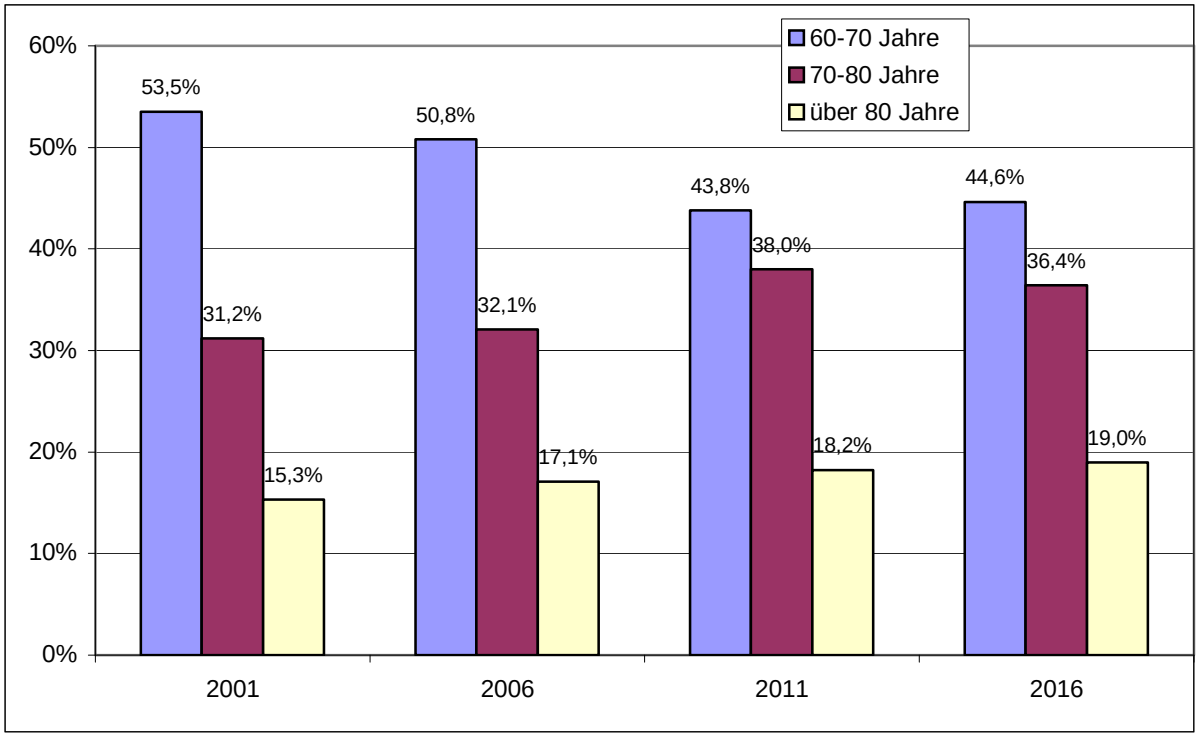
Seit 1970 ist der Anteil der über 60–Jährigen um rund 7 % angestiegen. Im Jahr 2016 wird die älteren Bevölkerung mehr als ein Viertel der Gesamtbevölkerung des Landkreises Ammerland stellen.[8] Damit würde der Landkreis Ammerland knapp über dem geschätzten Durchschnitt von 25,9 % für den Regierungsbezirk Weser–Ems liegen.[9] Prognosen für das Bundesgebiet gehen davon aus, dass bis 2050 der Anteil der über 60–Jährigen auf rund 36 % anwachsen wird.[10]

Bei den Prognosen ist auch die wachsende Zahl älterer MigrantInnen zu berücksichtigen. Nach Eintritt ins Rentenalter bleiben immer mehr entgegen ihrer ursprünglichen Absicht in Deutschland. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die Gruppe der älteren MigrantInnen ist die derzeit am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe. Im Landkreis Ammerland beträgt im Jahr 2001 der Anteil der MigrantInnen in allen Altersstufen an der Gesamtbevölkerung rund 3 %.[11] Ferner ist darauf hinzuweisen, dass zukünftig auch der Anteil der Behinderten in der Altersgruppe der über 60–jährigen ansteigen wird. Auch der Versorgung von älteren Behinderten wird zukünftig eine stärkere Bedeutung beizumessen sein.

[8] Siehe dazu: Tabelle 2 im Anhang II S. 16
[9] Niedersächsisches Landesamt für Statistik
[10] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002, S. 55
[11] Aufgrund der Datenlage ist eine Altersdifferenzierung z.Z. nicht möglich.

Wie sich die Altersstruktur in der Bevölkerung über 60 Jahre entwickeln wird, ist aus folgender Abbildung[12] abzulesen. Die Differenzierung nach junge Alte, Betagte und Hochbetagte verdeutlicht, dass sich die Zunahme der älteren Bevölkerung nicht gleichmäßig auf alle Altersgruppen bezieht:

Abbildung 3: Entwicklung der Bevölkerung ab 60 Jahre im Ammerland von 2001 bis 2016



Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik und eigene Berechnungen

- Für die jungen Alten (60–70 Jahre) wird bezüglich der Anzahl zunächst ein leichter Rückgang mit einer anschließenden Zunahme vorausgesagt, so dass 2016 zahlenmäßig ungefähr die gleiche Höhe erreicht wird wie 2001. Jedoch wird sich der Anteil dieser Altersgruppe an der Bevölkerung über 60 Jahre um fast 10 % auf 44,6 % verringern.
- Wachsen wird der Anteil der Betagten (70–80 Jahre), und zwar bis 2011 um rund 7 %, um bis 2016 wieder leicht auf 36,4 % zu sinken. Zahlenmäßig wird diese Gruppe deutlich größer werden.
- Verhältnismäßig am stärksten nehmen die Hochbetagten über 80 Jahre in absoluten Zahlen zu. Ihr Anteil steigt gleichmäßig von rund 15 auf 19 % an.

Basisjahr dieser Vorausschau ist das Jahr 1999. Bereits im Jahr 2001 weichen die prognostizierten absoluten Zahlen und Prozentwerte von den erhobenen Daten ab. Geschätzt wurde eine Bevölkerung im Landkreis Ammerland von insgesamt rund 110.000, also rund 2.000

[12] Siehe dazu: Tabelle 3 im Anhang II S. 16

weniger als tatsächlich am 31.12.2001 ermittelt wurde. Der Anteil der über 60-Jährigen wurde mit 22,6 % vorausgesagt, betrug dann aber tatsächlich 0,6 % mehr, also 23,2 %. Ob sich die geschätzten Angaben für die kommenden Jahre annähernd so entwickeln werden, hängt von vielen Faktoren ab. Ein wichtiger Faktor dürfte die Frage nach dem nicht sicher zu prognostizierenden Zuzug von älteren Menschen in den Landkreis sein. Damit könnte sich die absolute Zahl und auch der Anteil der über 60-Jährigen insgesamt erhöhen.

Fazit:

➔ **Seit 1970 ist im Landkreis Ammerland die Bevölkerungszahl von 83.000 kontinuierlich auf 112.000 im Jahr 2001 angestiegen. Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der über 60-Jährigen Bevölkerung von 16 % auf 23 % erhöht. Damit liegt der Landkreis Ammerland leicht über dem Durchschnitt im Regierungsbezirk Weser–Ems sowie über dem Bundesdurchschnitt. Während der Anteil der jungen Alten zurückgeht und der Anteil der 70-80-Jährigen annähernd konstant bleibt, wächst der Anteil der über 80-Jährigen. In dieser Altersgruppe überwiegen die Frauen. Innerhalb des Landkreises Ammerland weicht der Anteil der Senioren in den Gemeinden bis zu rund fünf Prozent nach unten (Edewecht: 18,4 %) als auch nach oben (Bad Zwischenahn: 28,1 %) vom Landkreiswert ab. Die Prognosen für den Landkreis Ammerland gehen davon aus, dass im Jahr 2016 der Anteil der über 60-jährigen Bevölkerung mehr als ein Viertel (26,8 %) der Gesamtbevölkerung beträgt. Dabei wird sich der Anteil der jungen Alten weiter verringern und der Anteil der Hochbetagten weiter zunehmen. Die demographischen Basisdaten und die zukünftige Entwicklung bilden den Rahmen für die folgenden Themenschwerpunkte Wohnen, Mobilität, Selbstständigkeit im Haushalt, Gesundheit und Aktivitäten.**

3. Wohnen

Wohnen und Wohnumfeld sind im Leben eines Menschen von zentraler Bedeutung. Abhängig von der Lebensphase und den Lebenszusammenhängen verändern sich jedoch die Ansprüche. Heute hat eine junge Familie mit kleinen Kindern z.B. andere Ansprüche als allein bzw. zu zweit lebende Berufstätige oder Menschen nach dem Berufsaustritt. Unabhängig vom Alter geht es den meisten Menschen darum, sich in der Wohnung, im Haus wohlzufühlen. Dies gilt jedoch besonders für Menschen ab 60 Jahre. Denn je älter die Menschen werden, desto mehr Zeit verbringen sie zu Hause. Und in den eigenen vier Wänden wollen sie - evtl. mit Unterstützung und Hilfe von außen - möglichst lange bleiben.

Welche Wohnform kann das Bedürfnis nach Eigenständigkeit möglichst lange unterstützen? Mehrere Generationen in einem Haushalt - diese Wohnform ist heute eher in Ausnahmefällen anzutreffen. Auch mehrere Generationen unter einem Dach, die sich gegenseitig unterstützen, sind eher selten geworden. Heute ist als deutliche Tendenz zu erkennen, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung ab 60 Jahre ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im eigenen Haushalt - mit EhepartnerIn/PartnerIn oder allein - vorzieht.

Das bedeutet:

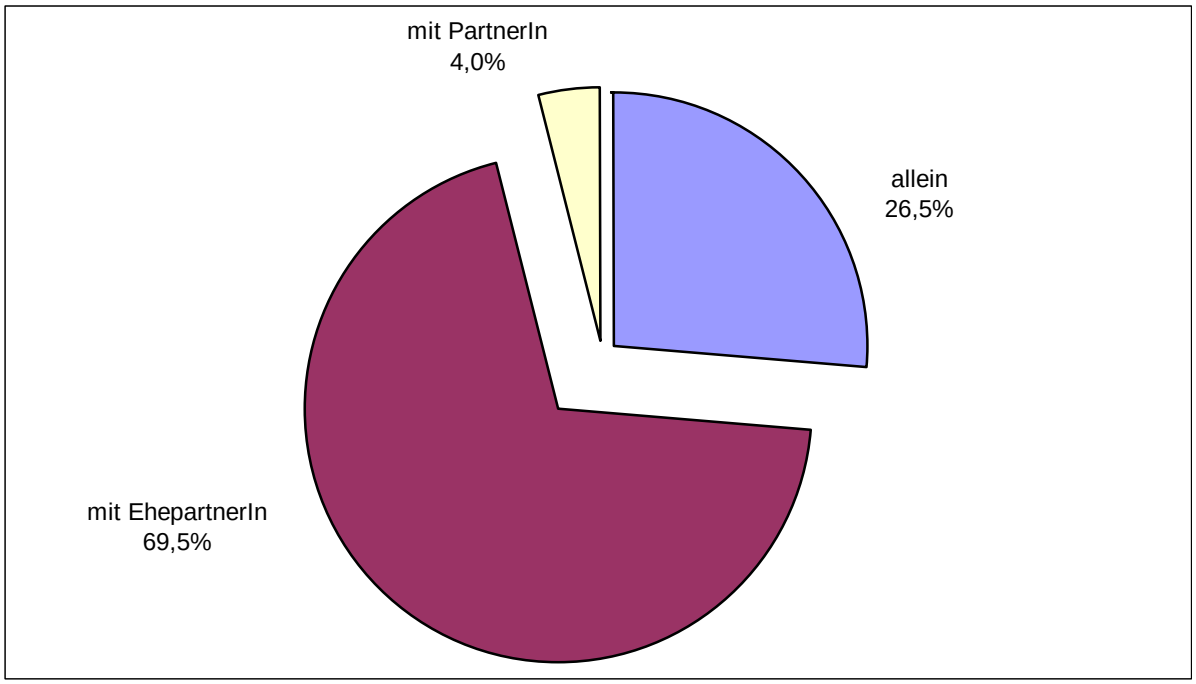
- Eine an den Bedürfnissen orientierte Ausstattung der Wohnung bzw. des Hauses wird immer wichtiger.
- Ein Angebot an Unterstützung und Hilfen ist erforderlich, damit möglichst lange ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt möglich ist.

Wohnen ist ein Schwerpunktthema im Seniorenplan. Zu diesem Thema können konkret auf den Landkreis Ammerland bezogene Aussagen gemacht und Tendenzen festgestellt werden. Grundlage bilden die Repräsentativergebnisse der im Jahr 2000 durchgeführten Befragung von über 60-jährigen Frauen und Männern, die in ihrer Wohnung bzw. in ihrem Haus leben. Ausgenommen sind damit Personen, die im Ammerland in Alten- und Pflegeheimen betreut werden. Darüber hinaus werden Vergleichsdaten (Bund, Land, weitere regionale Erhebungen) hinzugezogen.

3.1 Haushaltsgröße

Die Struktur der Privathaushalte hat sich in den letzten 30 Jahren stark verändert. Die Mehrpersonenhaushalte nehmen ab, die Single-Haushalte deutlich zu. Beträgt 1970 der Anteil der Single-Haushalte noch rund ein Viertel, so steigt der Anteil 1994 auf rund ein Drittel.[1] Diese Entwicklung wird u.a. auch von der zunehmenden Anzahl allein lebender Menschen ab 60 Jahre beeinflusst. Bundesweit leben von den Menschen ab 65 Jahre rund 50 % allein in ihrem Haushalt. Mehrpersonenhaushalte bedeuten in dieser Altersstufe in der Regel Zweipersonenhaushalte.[2] „Mit wem leben Sie in einem Haushalt?“ Auf diese Frage antworten die Befragten im Landkreis Ammerland wie folgt:

Abbildung 1: Leben mit EhepartnerIn bzw. PartnerIn oder allein



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Nach weiteren Haushaltsmitgliedern gefragt, geben insgesamt 8,3 % weitere Verwandte (Sohn, Tochter etc.) an.

Alleinstehende ab 60 Jahre:

Mehr als ein Viertel (26,5 %) der über 60-Jährigen lebt allein, d.h. ohne EhepartnerIn bzw. PartnerIn. Bei den 60-65-Jährigen ist der Anteil (12,8 %) weitaus geringer als in höheren Altersgruppen. Der Prozentsatz steigt kontinuierlich an auf 87,1 % bei den 90-94-Jährigen und erreicht bei den über 94-Jährigen 100 %.

[1] Gemeinsame Landesplanung Bremen/Niedersachsen: Geschlechtsspezifische Strukturanalyse. Bremen 1997, S. 23

[2] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin 2001, S. 103

Siehe dazu: Abbildung 1 im Anhang II S. 17: Alleinlebende – Anteil in den Altersstufen

Wird der Ehemann oft bis an sein Lebensende von der zumeist jüngeren Ehefrau unterstützt, so ist dies umgekehrt seltener der Fall. Da die Frauen nach dem Tod des Mannes häufig allein leben und zudem eine höhere Lebenserwartung haben, bestehen die Einpersonenhaushalte größtenteils aus Frauen. In diesem Zusammenhang wird auch von einer Feminisierung des Alters gesprochen.[3] Im Landkreis Ammerland leben von allen über 60-jährigen Frauen 39,6 % ohne Ehepartner bzw. Partner, von allen Männern sind es weitaus weniger, nämlich 11,6 %.

Mit EhepartnerIn bzw. PartnerIn Lebende ab 60 Jahre:
Die Abbildung zeigt, dass insgesamt nahezu drei Viertel mit EhepartnerIn (69,5 %) bzw. mit PartnerIn (4,0 %) zusammenlebt. Im Vergleich zum Bundesgebiet ist dieser Anteil vergleichsweise hoch.[4]

➔ **Im Vergleich zum Bundesgebiet leben im Landkreis Ammerland derzeit weitaus mehr Menschen ab 60 Jahre mit EhepartnerIn bzw. PartnerIn zusammen in einem gemeinsamen Haushalt. Zukünftig wird jedoch der Anteil der allein Lebenden insgesamt steigen. Überwiegen heute aufgrund der höheren Lebenserwartung und der demographischen Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges bei den allein Lebenden die Frauen, so wird hier zukünftig der Anteil der Männer zunehmen. Demzufolge wird die zunehmende Singularisierung, d.h. immer mehr Menschen ab 60 Jahre leben allein, aber auch die „Reduzierung der Familie" auf zwei Personen als wesentlicher Faktor einzubeziehen sein, wenn es um Fragen des selbstbestimmten Wohnens im Alter geht.**

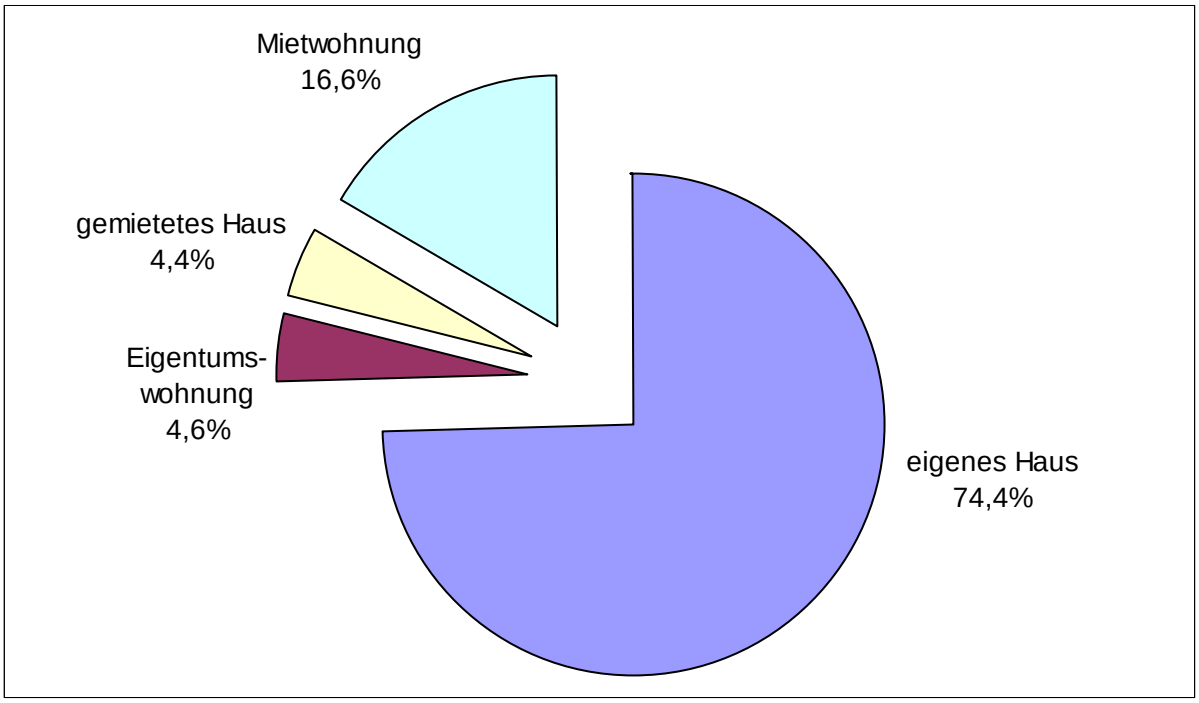
[3] Siehe dazu: Kapitel Bevölkerungsentwicklung
[4] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin 2001, S. 103

3.2 Eigentum - Miete

Bundesweit ist rund 40 %[5] des Wohnungsbestandes aller Altersgruppen selbst genutztes Eigentum. Die Mehrheit der BundesbürgerInnen wohnt demnach zur Miete. Die Wohneigentumsquote ist bei älteren Menschen geringfügig höher als bei jüngeren. Der höhere Anteil ist verständlich, da Wohneigentum meistens erst nach längerer Berufstätigkeit erworben werden kann.

Die Struktur des Wohnungsmarktes im Landkreis Ammerland unterscheidet sich davon ganz erheblich: Bereits 1987 wird im Rahmen der Volkszählung für alle Altersgruppen ein Anteil an selbst genutztem Eigentum von 62 %[6] ermittelt. Inzwischen dürfte dieser Anteil weiter gestiegen sein. In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen sieht laut Repräsentativbefragung die Wohnungsmarktstruktur wie folgt aus:

Abbildung 2: Eigentum und Miete



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Das eigene Haus bzw. die Eigentumswohnung ist im Ammerland mit 79 % der vorherrschende Wohnstatus bei den ab 60-Jährigen, Mietwohnung bzw. gemietetes Haus hat dage-

[5] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin 2001, S. 92

[6] Wohnungsmarkt im Landkreis Ammerland bis zum Jahr 2005. Bericht des Arbeitskreises Kommunales Wohnungsbauprogramm. Westerstede 1993, S. 42

gen mit 21 % einen geringeren Stellenwert. In dieser Altersgruppe kann die Wohneigentumsquote im Vergleich zum Bundesgebiet als relativ hoch beurteilt werden.

Siehe dazu: Abbildung 3 im Anhang II S. 19: Wohnstatus nach Alter

Betrachtet man die Angabe „eigenes Haus“ nach Gemeinden, so haben in Apen, Edewecht und Wiefelstede jeweils über 80 % ein eigenes Haus, in Rastede und Westerstede knapp unter 80 %. Bad Zwischenahn erreicht hier einen weitaus niedrigeren Anteil von 64,5 %. Allerdings verzeichnet Bad Zwischenahn den höchsten Anteil (8,8 %) an Eigentumswohnungen. Hier liegen die übrigen Gemeinden weitaus niedriger. Entsprechend zählt Bad Zwischenahn den höchsten Anteil (21,9 %) an Mietwohnungen vor Westerstede und Rastede. Dies ist vor allem auf den hohen Anteil an Wohnungen von Wohnungsunternehmen zurückzuführen.

Siehe dazu: Abbildung 2 im Anhang II S. 18: Wohnstatus nach Gemeinden

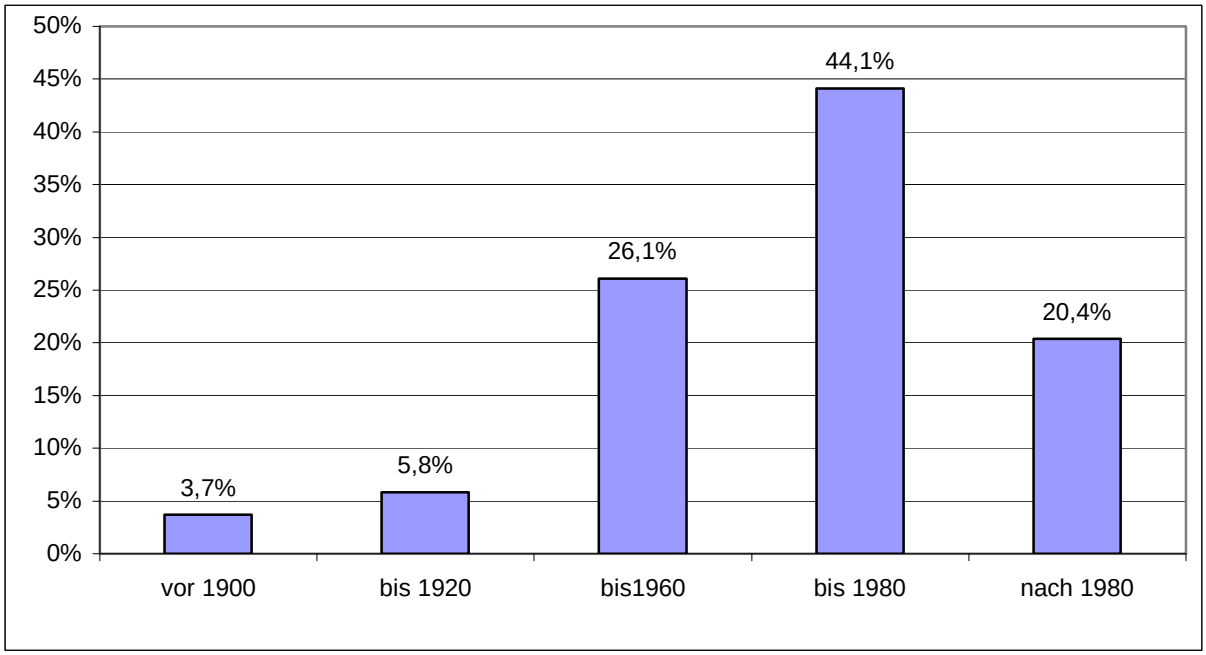
➔ **Der hohe Anteil an selbst genutztem Eigentum von rund 80 % bietet im Landkreis Ammerland insgesamt gute Ausgangsbedingungen für ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter. Diese Voraussetzungen sind zu berücksichtigen, wenn es um Fragen eines Angebots an Information und fachkundiger Beratung bei der Planung von Maßnahmen zur altersgerechten Wohnungsanpassung geht sowie um einen Wechsel in eine kleinere Wohnung und auch um weitere Überlegungen. Ebenso spielt dies eine Rolle in Bezug auf Fragen des Angebots an Hilfeleistungen, um möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben zu können.**

3.2.1 Gebäudealter und Wohndauer

Der Landkreis Ammerland weist „im Vergleich mit dem Landkreisdurchschnitt im Regierungsbezirk Weser-Ems eine relativ junge Bausubstanz auf.“[7] Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Befragung der Menschen ab 60 Jahre wider:

[7] Der Wohnungsmarkt im Landkreis Ammerland bis zum Jahr 2005. Bericht des Arbeitskreises Kommunales Wohnungsbauprogramm. Westerstede 1993, S. 42

Abbildung 3: Baujahr des Hauses, der jetzigen Wohnung



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Der Wohnungsbestand der heute 60-jährigen und älteren Bevölkerung im Landkreis Ammerland wurde zu fast zwei Drittel (64,5 %) nach 1960 erbaut. Allein nach 1980 beträgt der Anteil rund 20 %. In diesem Zeitraum verzeichnet die Gemeinde Bad Zwischenahn den höchsten Anteil.

Siehe dazu: Abbildung 4 im Anhang II S. 20: Baujahr des Hauses

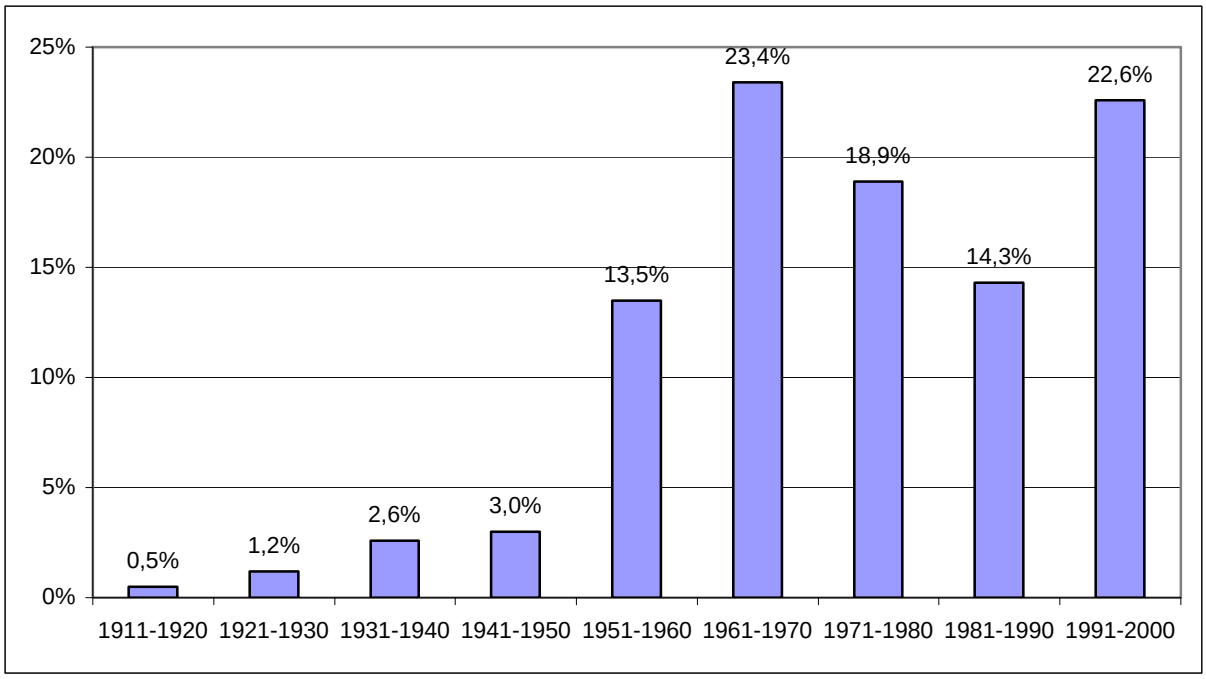
Nach dem Jahr des Einzugs gefragt, ergibt sich folgendes Bild:
Fast zwei Drittel (63,1 %) der über 60-Jährigen ist bereits vor mehr als 20 Jahren in die jetzige Wohnung eingezogen. Hierbei dürfte es sich überwiegend um einen Einzug in ein Eigenheim/eine Wohnung gemeinsam mit der Familie handeln. Das bedeutet: Die Wohnsituation im Alter wird zum großen Teil beibehalten. Auffallend ist jedoch, dass nahezu ein Viertel (22,6 %) der über 60-jährigen Bevölkerung erst seit 1991 in der jetzigen Wohnung wohnt. Die Gemeinde Bad Zwischenahn hat hier den höchsten Anteil. Überwiegend sind es die unter 70-Jährigen. Diese Angaben lassen vor dem Hintergrund der Zuzugszahlen die Vermutung zu, dass die Gemeinde Bad Zwischenahn von einem Teil der über 60-Jährigen als Wohnort im Alter bewusst gewählt wurde.

Siehe dazu: Abbildung 5 im Anhang II S. 22: Einzugsjahr nach Gemeinde

Abbildung 6 im Anhang II S. 24: Einzugsjahr nach Alter

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Gesamtverteilung der Einzugsjahre:

Abbildung 4: Einzugsjahr



Quelle: Eigene Erhebung 2000

➔ **Die Altersgruppe der ab 60-Jährigen verfügt im Landkreis Ammerland über einen relativ neuen Wohnungsbestand. Maßnahmen zur Erhaltung der Bausubstanz dürften jedoch zukünftig zunehmend ein Thema sein. Der überwiegende Teil der über 60-Jährigen im Landkreis Ammerland lebt bereits mehr als 20 Jahre in der jetzigen Wohnung, d.h. zu einem Großteil wird die Wohnsituation im Alter beibehalten. Vielfach dürfte es sich dabei um schuldenfreies Eigentum handeln. Gleichzeitig zeichnet sich jedoch vor allem bei den unter 70-Jährigen eine tendenzielle Mobilitätsbereitschaft zum Wohnungs- bzw. Wohnortwechsel ab.[8] Ein Anteil von mehr als 20 %, die erst in den letzten zehn Jahren in die jetzige Wohnung eingezogen sind, lässt dies vermuten. Weiterhin lässt ein Vergleich mit den Angaben zum Baujahr vermuten, dass ein Großteil davon in eine Neubauwohnung umgezogen ist. Über den Anteil eines Wohnungswechsels innerhalb des Landkreises und den Anteil des Zuzugs in den Landkreis kann aufgrund der Datenlage keine Aussage gemacht werden.**

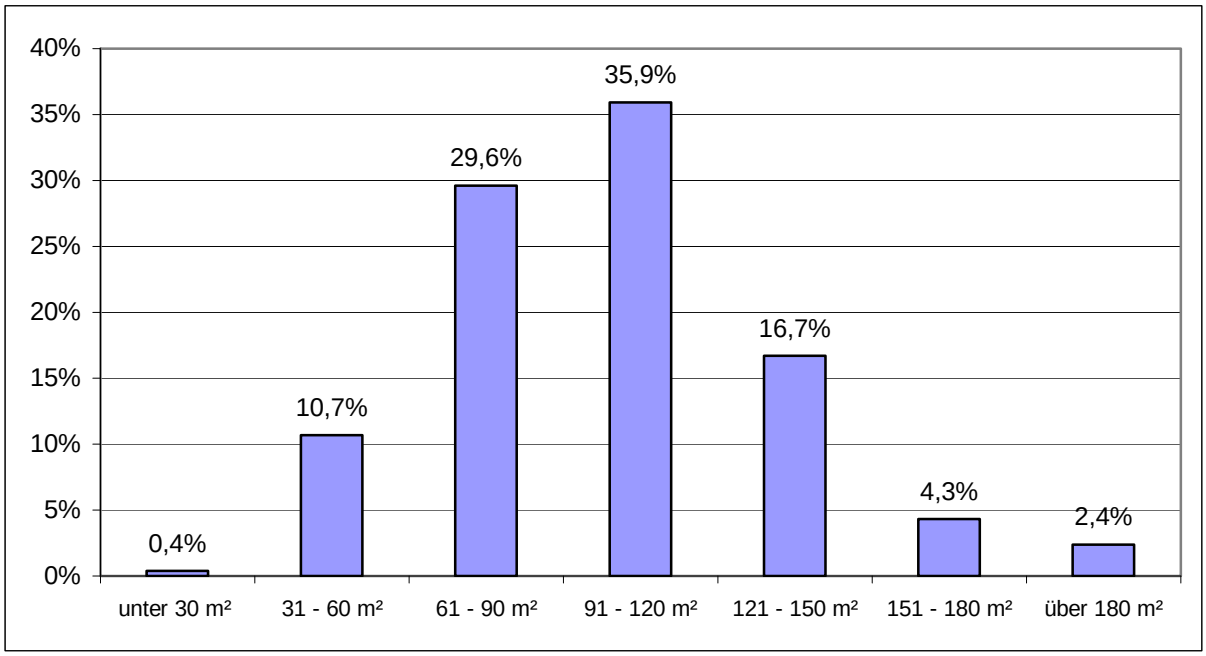
[8] Siehe dazu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (H: Datenreport Alter. Berlin 1997, S. 19

3.2.2 Wohnungsgröße und finanzielle Belastung

In Deutschland sind die Wohnungen der Bevölkerung ab 60 Jahre insgesamt relativ groß. Hintergrund ist hier, dass es sich bei den meisten großen Wohnungen mit 100 m² und mehr um Eigentümerhaushalte handelt, die weniger häufig umziehen. Aber auch beengte Wohnverhältnisse gelten für einen Teil älterer Menschen. Geht man von einer Mindestgröße von 40 m² für Einpersonen- und 60 m² für Zweipersonenhaushalte aus, so leben in der Bundesrepublik ca. 13 % der älteren Bevölkerung in zu kleinen Wohnungen. Dies gilt mehr für die Zweipersonen- als für die Einpersonenhaushalte.[9]

Aus der SeniorInnenbefragung im Landkreis Ammerland sind zur Wohnfläche folgende Ergebnisse festzustellen:

Abbildung 5: Wohnungsgröße



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Im Ammerland leben neun von zehn Personen im Alter über 60 Jahre in Wohnungen mit mehr als 60 m². Knapp 10 % haben weniger als 60 m² zur Verfügung. Damit ist dieser Anteil geringer als der Bundesdurchschnitt von 13 %.

Siehe dazu: Abbildung 7 im Anhang II S. 27: Wohnfläche nach Gemeinden

[9] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin 2001, S. 106

Um auf der vorliegenden Datenbasis eine ausführlichere Information zur Versorgung mit Wohnraum geben zu können, wird an die obige Abbildung ein grober Versorgungsmaßstab angelegt.

Das Ergebnis:

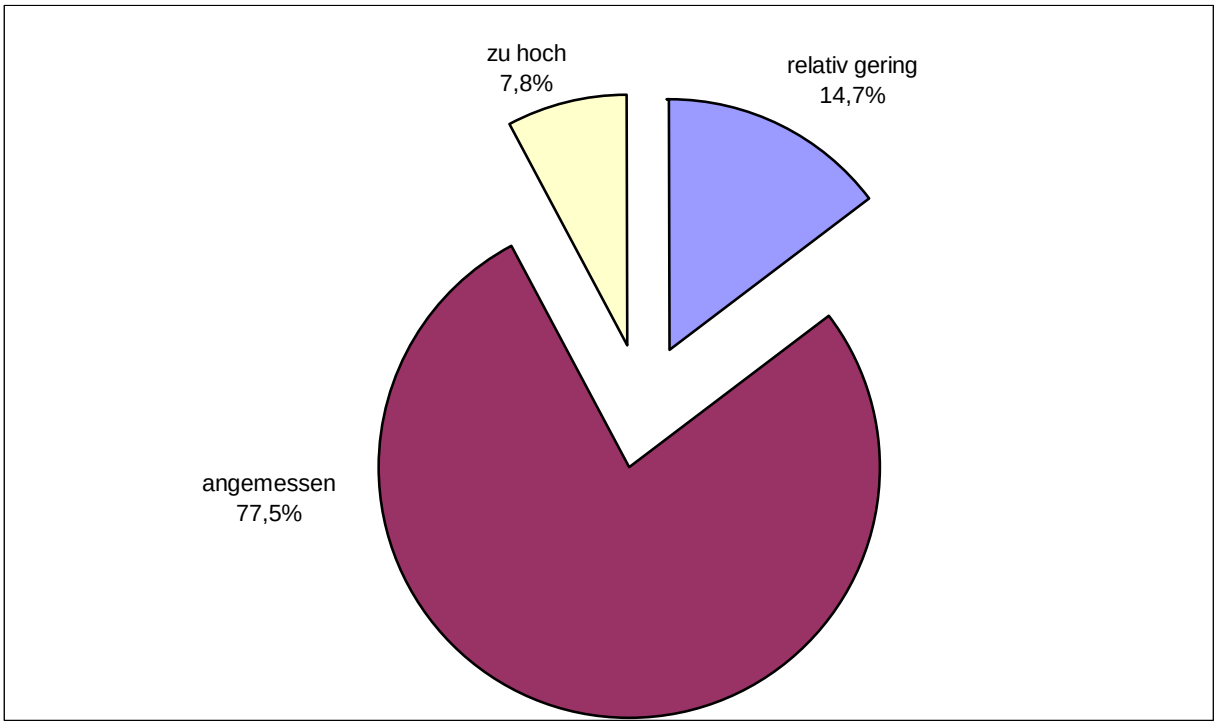
Tabelle 1: Wohnungsgröße und Grad der Versorgung

Wohnungsgröße	Grad der Versorgung	Anteil
Unter 60 m²	knappe Versorgung	11,1 %
60 – 90 m²	ausreichende Versorgung	29,6 %
91 – 120 m²	gute Versorgung	35,9 %
121 – 150 m²	sehr gute Versorgung	16,7 %
Über 150 m²	Überversorgung	6,7 %

Quelle: Eigene Erhebung 2000

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung ab 60 Jahre verfügt demnach über eine gute bzw. sehr gute Versorgung bis hin zur Überversorgung mit Wohnraum. Der Wohnraum von ungefähr einem Drittel kann dagegen als ausreichend eingeschätzt werden. Rund 10 % sind mit Wohnraum eher knapp bemessen. Interessant wären in diesem Zusammenhang subjektive Einschätzungen, ob die Räumlichkeiten ausreichend groß oder sogar zu groß sind. Zur Frage der finanziellen Belastung für das selbst genutzte Eigentum bzw. für die Mietwohnung liegen entsprechend subjektive Einschätzungen vor. Das Ergebnis zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 6: Finanzielle Belastung



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Im Landkreis Ammerland schätzen demnach mehr als drei Viertel der Menschen ab 60 Jahre ihre finanzielle Belastung für Haus bzw. Wohnung als angemessen ein. „Relativ niedrig“ bewerten dagegen rund 13 %, „zu hoch“ rund 8 % ihre finanzielle Belastung. Während Männer einen höheren Anteil bei der Einschätzung „relativ niedrig“ aufweisen, sind Frauen stärker bei „zu hoch“ vertreten. Im Gemeindevergleich zeigt sich, dass z.B. in der Gemeinde Edewecht die Belastung am höchsten, in der Gemeinde Apen am niedrigsten eingeschätzt wird.

Siehe dazu: Abbildung 12 im Anhang II S. 34: Finanzielle Belastung nach Gemeinden

Abbildung 13 im Anhang II S. 34: Finanzielle Belastung nach Geschlecht

Abbildung 14 im Anhang II S. 34: Finanzielle Belastung nach Alter

Wohngeld erhalten laut Umfrage insgesamt 3,7 % der Menschen ab 60 Jahre, 2,8 % der Männer und 4,5 % der Frauen.

➔ **Vor dem Hintergrund des hohen Anteils an selbst genutztem Eigentum besteht im Landkreis Ammerland eine recht gute Versorgung mit Wohnraum mit einer Tendenz zur Überversorgung. Offen bleibt jedoch die Frage, wie die Größe der Wohnung – ob zu groß, zu klein, angemessen – subjektiv eingeschätzt wird. Subjektiv beurteilt dagegen wird die finanzielle Belastung für selbst genutztes Eigentum bzw. für die Mietwohnung. Die überwiegende Mehrheit hält die Belastung für angemessen bzw. für relativ gering. Dennoch bleibt ein kleiner Anteil, der die finanzielle Belastung als zu hoch einschätzt.**

3.3 Ausstattung der Wohnung

Im Altenbericht über das Wohnen im Alter wird für das Jahr 1993 festgestellt, dass „die Wohnungen in Deutschland überwiegend modern ausgestattet“[10] sind. Als „modern“ wird hier definiert: Wohnungsausstattung mit Bad und WC innerhalb der Wohnung und mit Sammelheizung. Bad und WC sind nahezu selbstverständlich geworden. Es mangelt aber an Zentralheizungen. Als „modern“ werden demnach rund 70 % der Wohnungen der ab 60-jährigen Bevölkerung in West- und Ostdeutschland bewertet. Es wird von einem „hohen Wohnungsstandard, und zwar mit steigender Tendenz“[11] gesprochen. Dennoch bleibt mit rund 30 % ein doch relativ hoher Anteil an Wohnungen – überwiegend in Ostdeutschland, die dem modernen Standard nicht entsprechen.

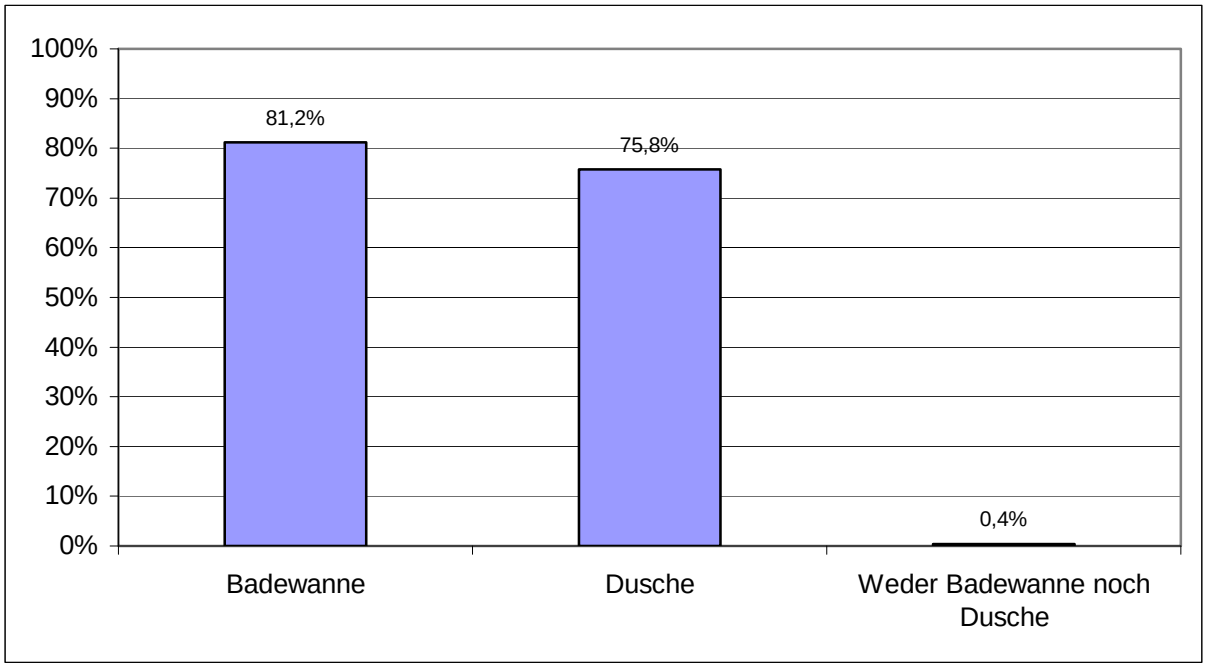
Wie „modern“ ist die Wohnungsausstattung der Menschen ab 60 Jahre im Landkreis Ammerland in bezug auf Badezimmer und Heizung? Wohnungsausstattung soll hier jedoch noch weiter gefasst werden: Neben Fragen zur Ausstattung mit Fernseher, Telefon, Computer und Türsicherung geht es auch um Schwellen im Haus, Stufen zum Haus sowie um Balkon-, Terrassen- und Gartenbenutzung.

[10] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin 2001, S. 102
[11] ebenda, S. 102

3.3.1 Sanitäre Einrichtungen

Badewanne und/oder Dusche sind Standard in den Wohnungen der ab 60-jährigen Bevölkerung im Ammerland. Dies verdeutlicht folgende Abbildung:

Abbildung 7: Badewanne und/oder Dusche



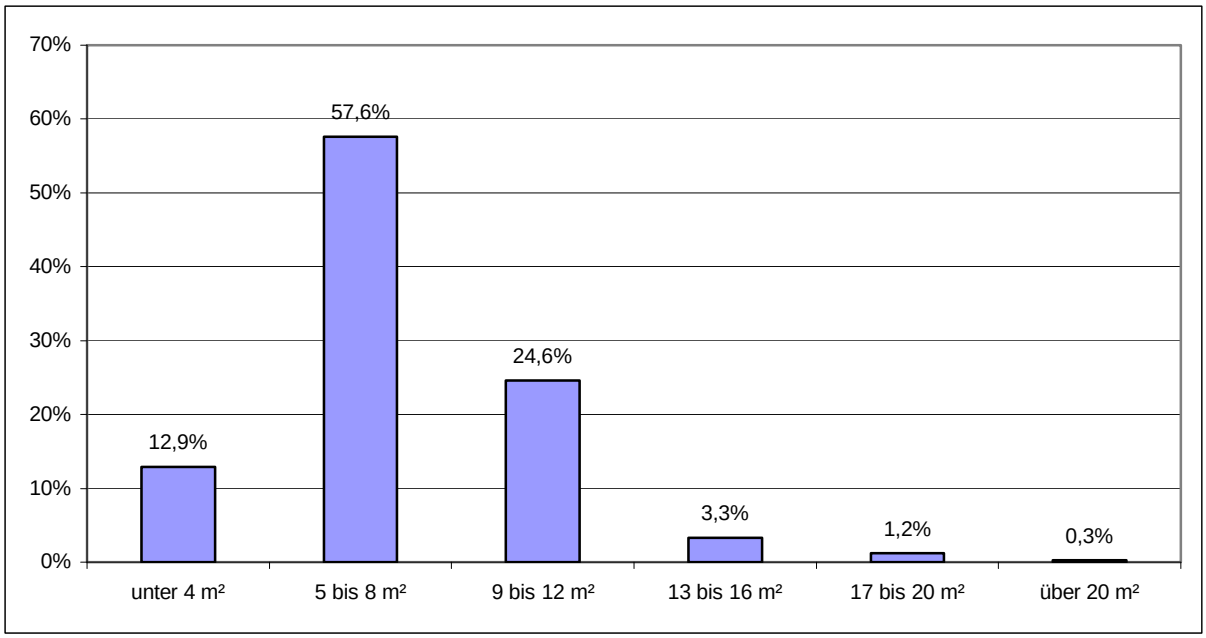
Quelle: Eigene Erhebung 2000

Weitere Angaben zur Ausstattung mit sanitären Einrichtungen:

- Lediglich 0,4 % der im Ammerland befragten Menschen ab 60 Jahre verfügen weder über Badewanne noch Dusche.
- In etwa gleich hoch, nämlich 0,6 %, ist der Anteil derjenigen, die keine Toilette innerhalb der Wohnung besitzen.
- Nach der Art der Dusche gefragt, geben 6,8 % eine bodengleiche Dusche an.
- Eine Gästetoilette hat mehr als die Hälfte (53,8 %) der Befragten.

Hier schließt sich die Frage nach der Größe des Badezimmers an. Die zur Verfügung stehende Größe kann im Hinblick auf Überlegungen für altersgerechte Umbaumaßnahmen und für Hilfseinrichtungen eine wichtige Rolle spielen. Einen Eindruck vermittelt folgende Abbildung:

Abbildung 8: Größe des Badezimmers



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Eine Badezimmergröße zwischen 5 bis 8 m² ist bei den über 60-Jährigen im Ammerland mit fast 60 % eine „gängige Größe“. Ein Viertel besitzt eine Badezimmergröße zwischen 9 bis 12 m². Fast 5 % liegen noch darüber, während 12,9 % ein Badezimmer mit weniger als 4 m² besitzen.

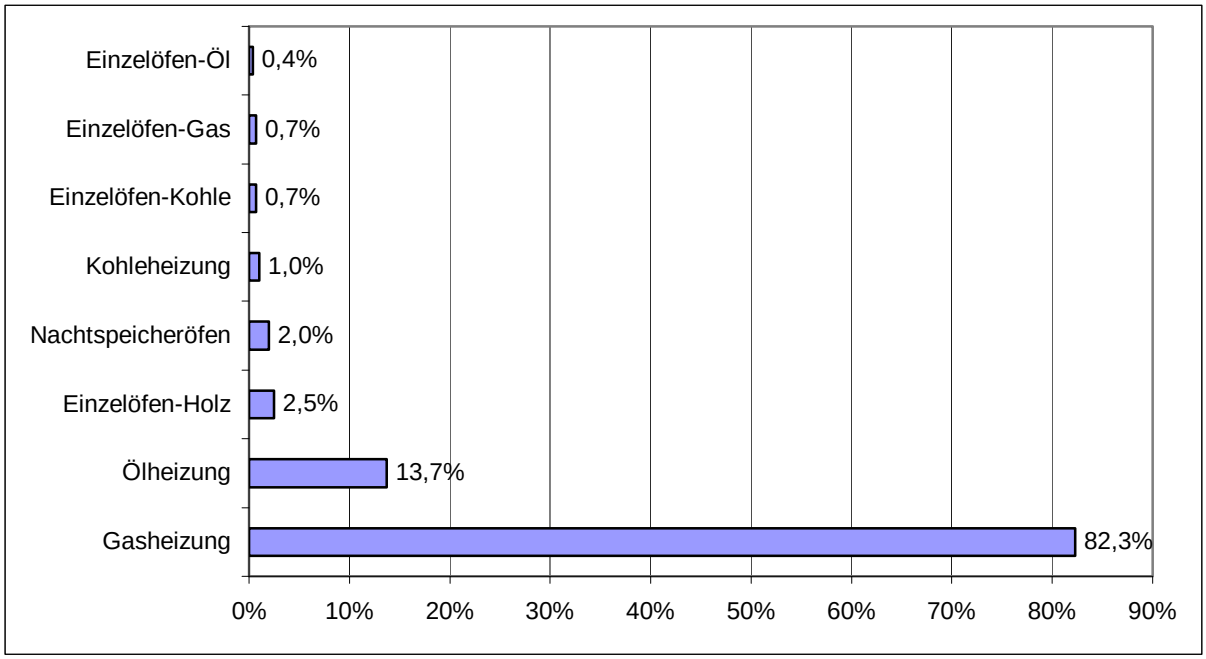
Siehe dazu: Abbildung 8 im Anhang II S. 29: Größe des Badezimmers nach Gemeinden

Auf Fragen zur altersgerechten Ausstattung des Badezimmers gibt das Kapitel „Modernisierung - Wohnungsanpassung“ nähere Auskunft.

3.3.2 Heizung

Das Heizen der Wohnung hat sich verändert. Kohle- oder Ölofen, Koksheizung sind kaum noch anzutreffen. Ölheizungen weichen immer mehr den Gasheizungen. Welchen Wohnkomfort die ältere Bevölkerung im Landkreis in Bezug auf das Heizen hat, zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 9: Art der Heizung



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Eine Zentralheizung gehört fast zur Standardausstattung der Häuser und Wohnungen von über 60-jährigen Menschen im Landkreis. Lediglich 4 % verfügen nicht über eine Öl- bzw. Gaszentralheizung. Der im Bundesvergleich hohe Anteilswert ist vor allem vor dem Hintergrund der nahezu flächendeckenden Versorgung mit Gasleitungen im Ammerland zu betrachten.

➔ **Im Vergleich zum Bundesgebiet entspricht im Landkreis Ammerland die Wohnungsausstattung mit Bad und Heizung einem sehr „modernen“ Standard. Dieser Standard ist durchaus in engem Zusammenhang mit dem hohen Anteil an Wohneigentum und der guten Versorgung mit Erdgas zu sehen.**

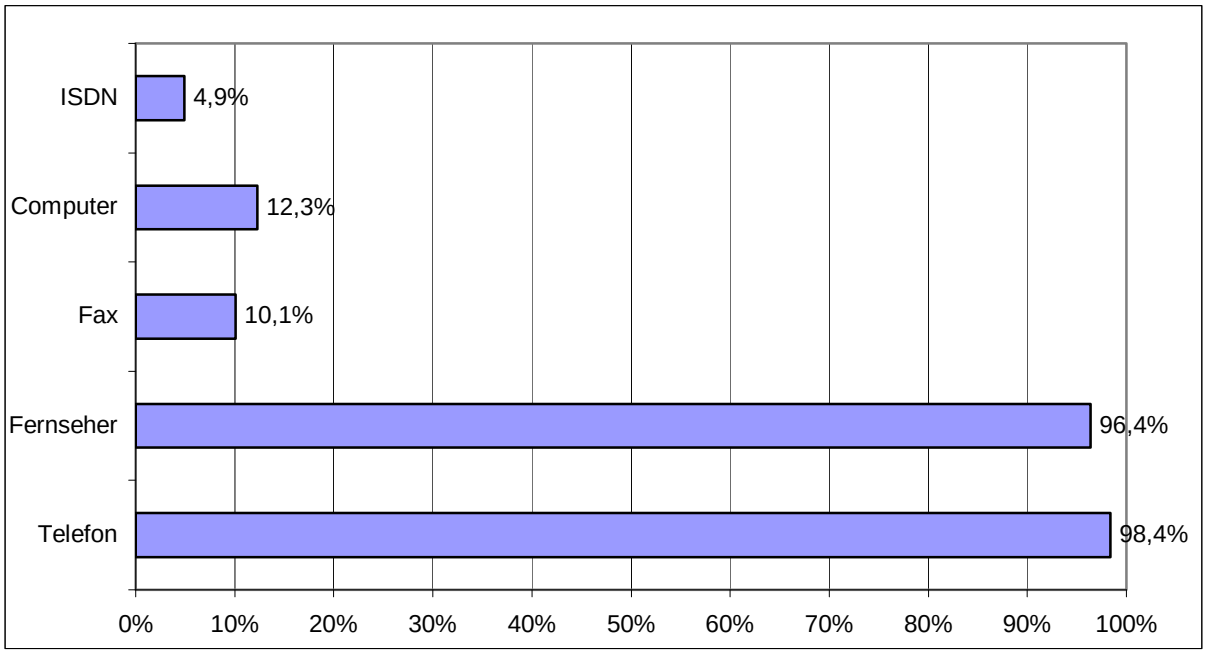
3.3.3 Telefon, Fernseher, Computer

Telefon und Fernseher – als Kommunikations- und Informationsmittel sind sie in fast allen Haushalten vorhanden. Sie gehören heute zur Standardausstattung. Für ältere Menschen, vor allem auch für Hochbetagte, die aufgrund von Beeinträchtigungen ihre Wohnung immer weniger verlassen können, wird diese Standardausstattung als Verbindung nach draußen

zunehmend wichtiger. Auch der Computer bietet hier vielfältige Möglichkeiten und wird zukünftig noch an Bedeutung gewinnen.

Folgende Ergebnisse lassen sich in Bezug auf Telefon, Fernseher, Computer etc. für die Bevölkerung ab 60 Jahre in den Gemeinden des Ammerlandes feststellen:

Abbildung 10: Telefon, Fernseher, Computer



Quelle: Eigene Erhebung 2000

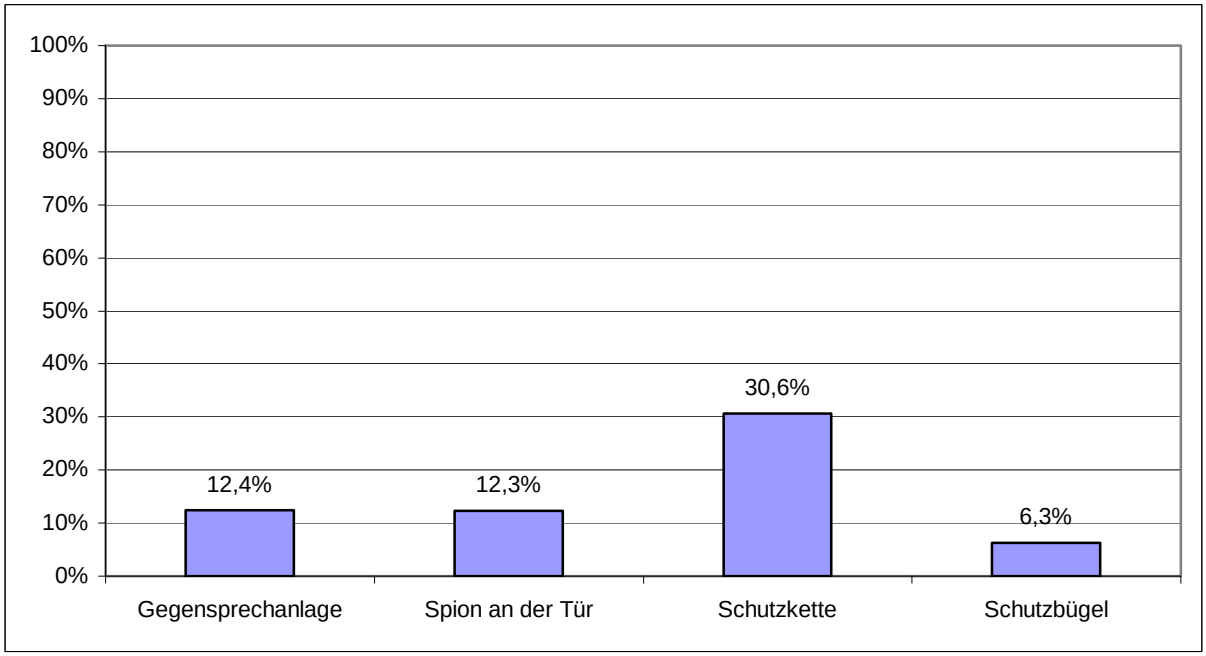
Die Annahme, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung ab 60 Jahre über Telefon und Fernseher verfügt, wird hier bestätigt. Die einzelnen Altersstufen sind annähernd gleich vertreten. Computer dagegen sind noch weitaus weniger (12,3 %) vorhanden. In erster Linie sind es die Männer und hier zu über 50 % diejenigen aus der Altersgruppe der unter 65-Jährigen. Sie werden bereits im Beruf PC-Kenntnisse erworben haben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Computer zukünftig in der Generation der über 60-Jährigen von zunehmender Bedeutung sein wird. Ein Faxgerät ist bei 10,1 % der Befragten vorhanden. Darüber hinaus wurde nach einem ISDN-Anschluss gefragt, der u.a. einen Internetanschluss ermöglicht. Lediglich 4,9 % machen hier eine Angabe.

3.3.4 Türsicherung

Sich in der eigenen Wohnung, im eigenen Haus wohl zu fühlen bedeutet u.a. auch, sich sicher zu fühlen. Dies kann durch Vorrichtungen wie z.B. einer Schutzkette an der Tür unterstützt werden. Auch wenn das Bedürfnis, sich in den eigenen vier Wänden sicher zu fühlen für alle Altersgruppen wichtig ist, so trifft dies z.B. aufgrund von gesundheitlicher Beeinträchtigung doch in besonderem Maße für die ältere Bevölkerung zu.

Dazu die Ergebnisse aus der Repräsentativerhebung:

Abbildung 11: Türsicherung



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Eine Schutzkette gehört heute für rund ein Drittel der Menschen ab 60 Jahre zur Wohnungsausstattung dazu. Auch ein Spion an der Tür und eine Gegensprechanlage werden jeweils zu rund 12 % benannt. Der Schutzbügel ist zu rund 6 % vorhanden. Insgesamt ist das Bedürfnis nach mehr Sicherheit bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Dies lässt sich u.a. auch durch den höheren Anteil an allein lebenden Frauen erklären.

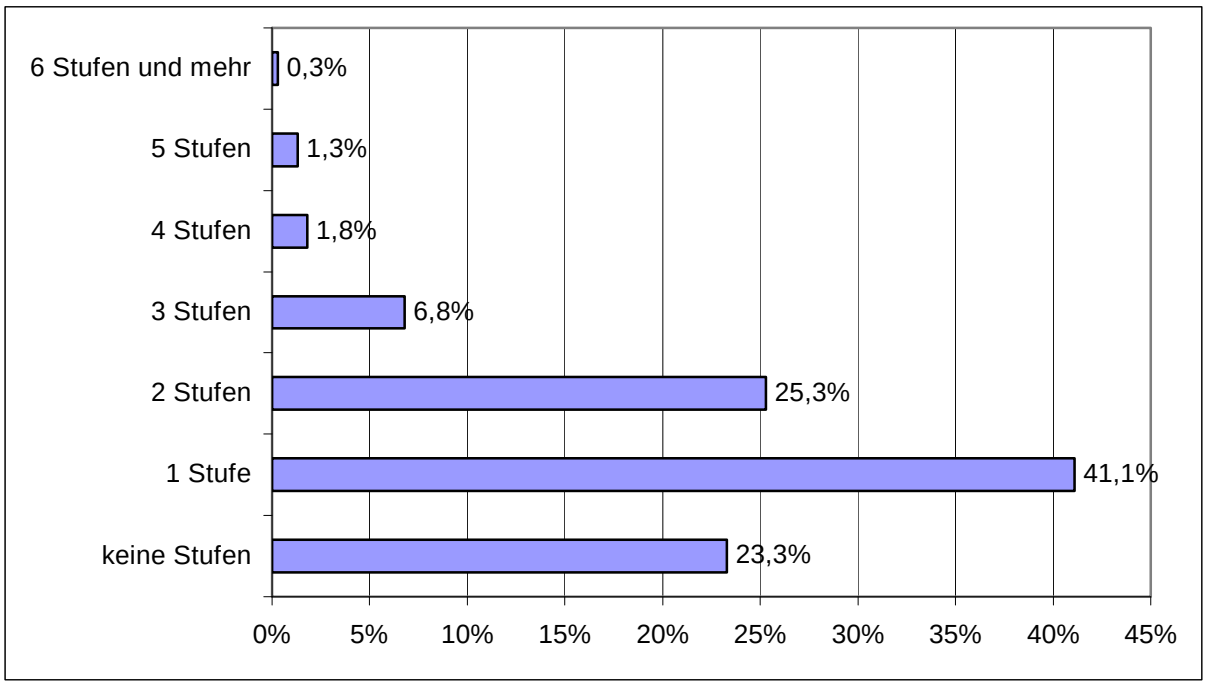
3.3.5 Treppen und Schwellen im Haus sowie Stufen zum Haus

Eine wichtige Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Haushalt sind Bewegungsmöglichkeiten innerhalb der Wohnung und im direkten Umfeld. Die Treppe zur ersten Etage kann mit zunehmendem Alter zum Problem werden. Im Landkreis Ammerland kommt die Repräsentativbefragung zum Ergebnis, dass 86,6 % der Bevölkerung über 60 Jahre eine Treppe im Haus besitzt. Dies dürfte überwiegend für Einfamilienhäuser zutreffen. Für Menschen mit einer Gehbehinderung vor allem aber für RollstuhlfahrerInnen sind Schwellen in der Wohnung problematisch. Im heutigen Wohnungsbau kommen Türschwellen nicht mehr vor. Auch bei Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen verschwinden sie aus älteren Häusern und Wohnungen immer mehr. Im Ammerland leben rund zwei Drittel (65,0 %) der Menschen über 60 Jahre in einem Haushalt ohne Schwellen. Die Gemeinde Bad Zwischenahn weist mit 71,8 % den höchsten, die Gemeinde Apen mit 55,2 % den niedrigsten Anteil aus. Das bedeutet andererseits: Noch rund ein Drittel der Bevölkerung über 60 Jahre lebt in Wohnungen und Häusern mit vorhandenen Türschwellen.

Siehe dazu: Abbildung 9 im Anhang II S. 31: Schwellen nach Gemeinden

Unter dem Aspekt der Bewegungsmöglichkeiten im und am Haus spielt bei der Wohnungsausstattung auch die Anzahl der Stufen zum Haus eine Rolle.

Abbildung 12: Stufen zum Haus



Quelle: Eigene Erhebung 2000

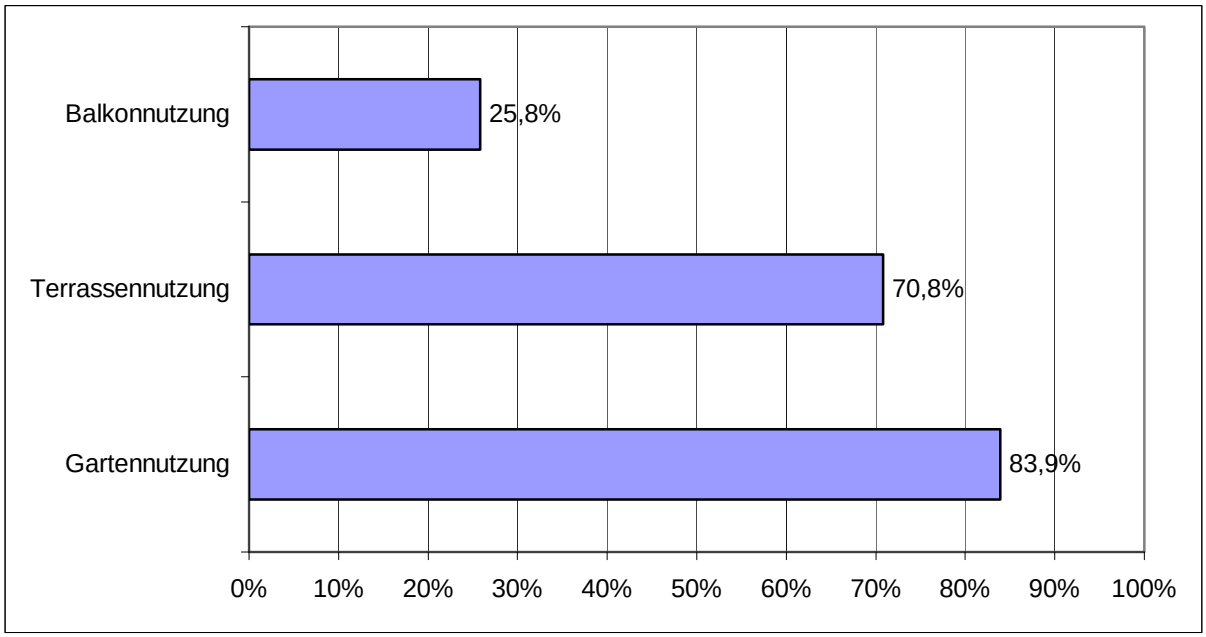
Keine Stufe und eine Stufe haben insgesamt einen Anteilswert von nahezu zwei Drittel, zwei Stufen einen Anteil von einem Viertel. Insgesamt lässt sich daraus schließen, dass die „Türschwelle“ in das Haus bzw. nach draußen nur geringfügig hoch ist. Drei Stufen und mehr machen insgesamt rund 10 % aus.

Siehe dazu: Abbildung 10 im Anhang II S. 31: Stufen zum Haus nach Gemeinden

3.3.6 Balkon, Terrasse, Garten

Zur Wohnungsausstattung im weiteren Sinne gehört auch die Möglichkeit der Balkon-, Terrassen bzw. Gartennutzung. Die Wohnqualität wird durch diese Möglichkeit, durch das „Nach-draußen-gehen-können“ wesentlich mitbestimmt. Wie diesbezüglich die Situation der Bevölkerung ab 60 Jahre im Landkreis Ammerland aussieht, zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 13: Balkon-, Terrassen- und Gartennutzung (Mehrfachnennungen)



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Fast alle befragten Personen können eine (oder mehrere) der angegebenen Möglichkeiten nutzen.

- Balkonnutzung wird zumeist in der Gemeinde Bad Zwischenahn angegeben, gefolgt von der Gemeinde Westerstede und Rastede.
- Terrassennutzung hat in der Gemeinde Wiefelstede den höchsten Anteil, gefolgt von Edewecht und Rastede.
- In der Gartennutzung ist die Rangfolge: Gemeinde Wiefelstede, Edewecht, Apen.

Der relativ hohe Anteil an selbst genutztem Eigentum spiegelt sich auch in diesen Angaben wider: Beim eigenen Haus ist häufig ein Garten bzw. ein Garten und eine Terrasse vorhanden. Gartennutzung bedeutet ein Mehr an Wohnqualität, bedeutet aber auch Verantwortung für die Pflege. Dies kann mit zunehmendem Alter und gerade bei Hochbetagten auf der anderen Seite auch die Notwendigkeit von Unterstützung und Hilfe bedeuten. Der gute nachbarschaftliche Kontakt und auch die wohnliche Nähe mindestens eines Kindes lässt hier eine Bereitschaft zur Unterstützung vermuten.

Siehe dazu: Abbildung 19 im Anhang II S. 37: Balkon–, Terrassen– und Gartennutzung nach Gemeinden

➔ **Telefon und Fernseher als Kommunikations- und Informationsmittel sind fast selbstverständlich. Weitaus weniger selbstverständlich ist in der Altersgruppe der über 60-Jährigen dagegen der Besitz eines PCs. Auf diesem Gebiet wird sich jedoch in den kommenden Jahren sehr viel entwickeln. Denn gerade das Internet kann für diese Altersgruppe auch zur Unterstützung der Selbstständigkeit im häuslichen Bereich vielfältige Möglichkeiten bieten. Bei der Frage nach vorhandenen Sicherheitsvorkehrungen an der Wohnungstür steht die Schutzkette an erster Stelle. „Barrierefreies Wohnen“ ist in der Altersgruppe der über 60-jährigen zz. zu rund zwei Drittel gegeben. Stufen zum Haus stellen kaum ein Problem dar. Treppen im Haus könnten zum Problem werden. Nahezu allen Bewohnern über 60 Jahre in den sechs Gemeinden des Ammerlandes ist eine Balkon-, Terrassen- und/oder Gartennutzung möglich. Die Gartennutzung hat den höchsten Stellenwert. Dies lässt sich – unabhängig von der Verantwortung für die Pflege des Gartens - als positiver Ausdruck von Wohnqualität werten.**

3.4 Modernisierung und Wohnungsanpassung

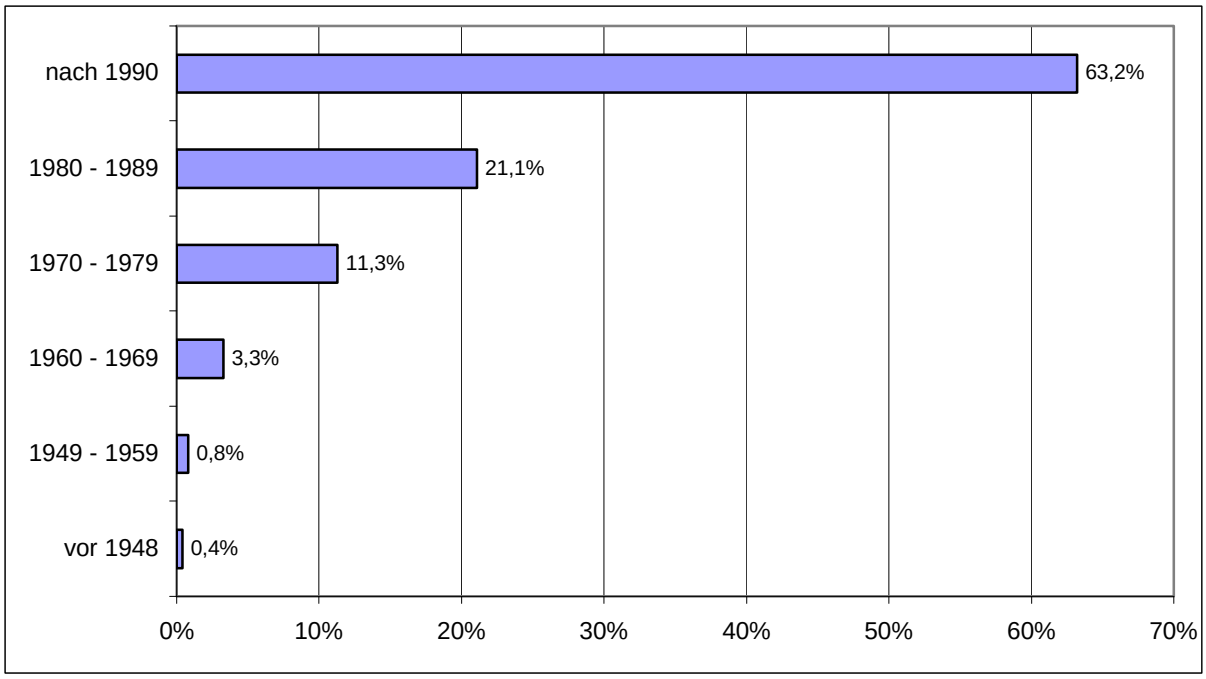
Modernisierung ist in erster Linie bei BesitzerInnen aber auch bei MieterInnen von Wohnungen ein viel diskutiertes Thema. Die Erhaltung der Bausubstanz und bauliche Veränderungen bzw. Renovierungen aufgrund neuer Bedürfnisse stehen dabei meistens im Vordergrund. Der zweite Altenbericht über das Wohnen im Alter kommt zu dem Ergebnis, dass – vor allem in den neuen Bundesländern - zwar „erhebliche Summen in die Modernisierung

und Instandsetzung des Gebäudebestandes investiert“[12] werden, aber gleichzeitig kaum eine Anpassung an die Bedürfnisse der älteren Menschen erfolgt.[13] Wohnungsanpassung verfolgt das Ziel, mit kleineren und auch aufwendigeren baulichen Maßnahmen die selbstständige Haushaltsführung aufrechtzuerhalten. Um einen möglichst vollständigen Überblick über die Wohnraumsituation der Menschen ab 60 Jahre im Ammerland zu erhalten, stellt sich hier auch die Frage nach dem Jahr und der Art der letzten Modernisierung und nach einer altersgerechten Wohnungsanpassung.

3.4.1 Zeitpunkt und Art der letzten Modernisierung

„Wann war die letzte Modernisierung?“ Auf diese Frage antwortet rund die Hälfte der im Ammerland befragten SeniorInnen. Die andere Hälfte gibt „es gab keine Modernisierung“ an oder macht hier keine Angaben. Die Verteilung der Angaben auf diese Frage zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 14: Jahr der letzten Modernisierung



Quelle: Eigene Erhebung 2000

[12] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin 2001, S. 109

[13] „So könnte z.B. die Erfüllung der DIN 18025, Teil 2 – oder zumindest von wichtigen Teilen – zur Bedingung für die Vergabe von Fördermitteln gemacht werden.“ Ebenda, S. 109

Wenn von den heute älter als 60-Jährigen Modernisierungsmaßnahmen durchgeführt wurden, dann erfolgten sie zu fast zwei Drittel in den letzten zehn Jahren. Weitere mehr als 20 % modernisierten in den Jahren zwischen 1980 und 1989. Ob dieses Interesse bzw. dieser Bedarf an Modernisierung auch eine Anpassung an die Bedürfnisse älterer Menschen darstellt, lässt sich nicht mit genauen Zahlen belegen.

Nach der Art der Modernisierung gefragt, konnten die Befragten eigene Angaben machen. Aus diesen Angaben wird deutlich, dass Modernisierung ein weit gefasster Begriff ist. Renovierungen wie die Erneuerung der Tapeten oder des Teppichbodens wurden ebenso darunter gefasst wie eine Heizungssanierung oder aufwändige Umbaumaßnahmen. Aus den Häufigkeiten dieser Angaben lassen sich insgesamt deutliche Tendenzen ablesen:

- Auffallend ist ein sehr hoher Anteil an Badmodernisierung. Es kann davon ausgegangen werden, dass darunter auch Anpassungsmaßnahmen an die Bedürfnisse älterer Menschen gefasst sind.
- Mit Blick in Richtung „altersgerechte Wohnung“ wird ferner relativ häufig die Beseitigung von Schwellen genannt.
- Ein weiteres Schwergewicht ist bei der Heizungssanierung zu sehen.

Siehe dazu: Abbildung 11 im Anhang II S. 32: Jahr der letzten Modernisierung nach Gemeinden

3.4.2 Wohnungsanpassung

Die meisten Menschen möchten so lange wie möglich in ihrer Wohnung bleiben. Doch die Ausstattung der Wohnung kann häufig zum Problem werden. Türschwellen können eine Gefahr sein. Die Toilette oder Badewanne ebenso, wenn man sich nicht festhalten kann. Oft sind es Kleinigkeiten, die relativ einfach zu beseitigen sind. Manchmal aber auch größere Maßnahmen, die vor allem finanziell ins Gewicht fallen. Die Kosten für Ein- und Umbaumaßnahmen sind im Vergleich zu einem Heimplatz eher gering. Zuschüsse oder gar die Übernahme aller Kosten sind möglich. Zuständig sind hier in erster Linie Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialämter und Versorgungsämter.

Wohnungsanpassung ist grundsätzlich in jeder Wohnung möglich. In vielen Fällen sind für angepasste Lösungen eine fachkundige Beratung und eine praktische Unterstützung erforderlich und zu empfehlen.[14] Im Bundesgebiet gibt es in 130 Städten und Gemeinden spezielle Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Wohnungsanpassung. Für den Landkreis Ammer-

land übernimmt diese Aufgabe die Wohnberatungsstelle des „Paritätischen Oldenburg-Ammerland e.V.“ mit Sitz in Oldenburg. Auch andere Einrichtungen vor Ort helfen hier weiter wie z.B. die Sozialstationen, die Sozialämter der Gemeinden oder das Gesundheitsamt.

Im Rahmen der Repräsentativerhebung von SeniorInnen im Landkreis Ammerland wurde auch danach gefragt, ob bereits eine Wohnungsanpassung im Sinne „altengerechter Wohnung“ durchgeführt wurde. Insgesamt 280 Personen bejahen diese Frage. Das ist insgesamt ein Anteil von 4,7 %, der mit zunehmendem Alter steigt. Von den 280 Personen erhielten rund ein Viertel (26,1 %) einen Zuschuss zur Wohnungsanpassung, der zum überwiegenden Teil (70 %) für Anpassungsmaßnahmen im Badezimmer verwendet wurde. Das Badezimmer wurde auch von denjenigen mehrheitlich genannt, die keinen Zuschuss erhielten.

Siehe dazu: Abbildung 18 im Anhang II S. 36: Anpassung „Altengerechte“ Wohnung

Vor dem Hintergrund eines relativ hohen Anteils an individuell vorgenommenen Modernisierungsmaßnahmen, die teilweise auch in Richtung einer angepassten Wohnqualität im Alter zeigen, erscheint eine Beurteilung des Anteils an Wohnungsanpassung im Sinne „altengerechter Wohnung“ problematisch. Da ein großer Teil der Bevölkerung ab 60 Jahre über selbst genutztes Wohneigentum verfügt, kann in diesem Zusammenhang folgende Feststellung aus dem zweiten Altenbericht zum Wohnen im Alter hilfreich sein: „Aus unterschiedlichen Gründen wird das Angebot an Wohnungsanpassung von Bewohnern selbst genutzten Eigentums bisher weniger nachgefragt. Wegen der großen Zahl solcher Haushalte und der auftretenden Problematik zu großer Wohnungen erscheinen gezielte Angebote für diese Klientel erforderlich.“[15]

3.4.3 Veränderungswünsche

Nach den Wünschen für eine mögliche Wohnungsveränderung gefragt, geben rund 10 % der SeniorInnen im Ammerland ihre Vorstellungen ab, die in folgender Tabelle zusammengefasst werden:

Tabelle 2: Wünsche für Wohnungsveränderungen (Mehrfachnennungen)

Wünsche	Nennungen
Anpassen des Badezimmers	394

[14] Informationsmaterial zum Thema Wohnungsanpassung gibt es z.B. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, von den Bausparkassen u.a.

[15] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin 2001, S. 109

Schwellen beseitigen	76
Lift einbauen	37
Im Haus nach unten ziehen/keine Treppe	33
Heizung erneuern	32
Sicherheit verbessern	21
Rollstuhlgerechte Umbauten	14
Haus ist zu groß. Evtl. Teil vermieten	14
Insgesamt	**621**

Quelle: Eigene Erhebung 2000

Steht das Badezimmer bei den bereits durchgeführten Modernisierungsmaßnahmen an oberster Stelle, so zielen auch die Wünsche für die Zukunft in erster Linie auf eine Veränderung des Bades gefolgt von dem Wunsch nach einer barrierefreien Wohnung.

➔ **Im Rahmen von Modernisierungen des Wohnungsbestandes werden von SeniorInnen im Ammerland in den letzten zehn Jahren vorzugsweise Maßnahmen im Bad durchgeführt. Auch für die Zukunft wird hier der größte Bedarf gesehen. Aber auch die Beseitigung von Türschwellen sowie die Heizungssanierung haben einen hohen Stellenwert. Darüber hinaus werden vielfältige Renovierungs- und bauliche Maßnahmen genannt. Mehr als die Hälfte der Befragten benennt hier Jahr und Art der Modernisierung. Dagegen steht ein relativ geringer Anteil, der eine individuelle Wohnungsanpassung – z.T. mit Zuschuss - vorgenommen hat. Vor dem Hintergrund eines hohen Anteils an selbst genutztem Wohneigentum ist zukünftig von einem zunehmenden Bedarf an unabhängiger fachkundiger Beratung und auch eine Ausweitung des Angebotes an Anpassungsmöglichkeiten auszugehen.**[16]

3.5 Wohnsituation und Zukunft

Im Durchschnitt leben ältere Menschen schon lange in ihren Wohnungen. Sie fühlen sich mit ihrer Wohnung und mit dem Wohnumfeld vielfach auch emotional verbunden. Neben diesem

[16] Siehe dazu: Kapitel Selbstständigkeit im eigenen Haushalt

eher „bodenständigen“ Verhalten zeigen allerdings neuere Untersuchungen[17] und auch die Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Landkreis Ammerland weisen darauf hin, dass ein Teil der älteren Menschen - und hier vor allem die unter 70-Jährigen - bereit ist, noch einmal umzuziehen. Vermutet werden kann, dass ein Wohnungswechsel vor oder kurz nach dem Austritt aus dem Berufsleben und gemeinsam mit dem Partner/der Partnerin in Erwägung gezogen wird. Absicht dürfte ein Umzug auf ein Altenteil oder der Wechsel in eine geeignete Wohnung oder in ein anderes soziales Umfeld sein, z.B. vom Land in Hauptorte oder in Stadtnähe. Auch Überlegungen, im Alter aus einem Ballungsgebiet, wie z.B. Nordrhein-Westfalen in das Ammerland zu ziehen, können hier eine Rolle spielen. Allerdings können evtl. Gründe hier nur vermutet werden.

3.5.1 Geplante Veränderungen der Wohnsituation

Um mehr über geplante Veränderungen der Wohnsituation zu erfahren, wurden die SeniorInnen im Landkreis Ammerland im Rahmen der Erhebung gefragt: „Planen Sie in naher Zukunft eine Veränderung Ihrer Wohnsituation? Wenn ja, welche?“ Das Ergebnis:

- Für die überwiegende Mehrheit (94,7 %) kommt kurzfristig keine Veränderung der Wohnsituation in Frage.
- Dem gegenüber stehen 5,3 %, die für die nahe Zukunft eine Veränderung planen.

Der größte Teil der Angaben konzentriert sich auf einen Umzug in eine geeignetere Normalwohnung (zentraler, kleiner, ebenerdig). Mit großem Abstand steht an zweiter Stelle der Umzug in eine SeniorInnenwohnung.

Siehe dazu: Abbildung 15 im Anhang II S. 35: Veränderungen der Wohnsituation geplant nach Gemeinden

Abbildung 16 im Anhang II S. 35: Veränderungen der Wohnsituation nach Alter

3.5.2 Umstände für Veränderung der Wohnsituation

Wenn auch kurzfristig für den überwiegenden Teil der Befragten keine Veränderung der Wohnsituation in Frage kommt, unter welchen Umständen wäre dennoch für sie eine Veränderung möglich? Umstände für eine Veränderung der Wohnsituation können sehr vielfältig sein. Sie können in der Person, in der Wohnung oder auch im sozialen Umfeld begründet

[17] Siehe dazu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin 2001, S. 109

liegen. In der Repräsentativbefragung im Ammerland antworten auf die Frage „Unter welchen Umständen würden Sie Ihre Wohnsituation ändern?“ rund 40 % der Bevölkerung über 60 Jahre. Die Angaben lassen sich so zusammenfassen:

Tabelle 3: Umstände für Veränderung der Wohnsituation

Umstände der Veränderung	Nennungen
Gründe in Person	27,5 %
Gründe in Haus/Wohnung	1,6 %
Gründe in Umfeld	0,2 %
Person + Haus	1,9 %
Person + Umfeld	0,4 %
Haus + Umfeld	0,1 %
Person + Haus + Umfeld	0,1 %
Unter keinen Umständen	10,9 %
Keine Angabe	57,3 %

Quelle: Eigene Erhebung 2000

Insgesamt mehr als zwei Drittel gibt auf die Frage nach den Umständen für eine Veränderung der Wohnsituation keine Antwort bzw. antwortet „unter keinen Umständen“. Daraus ist zu schließen, dass dieser Teil keine Veränderung möchte bzw. sich Umstände, die eine Veränderung erforderlich machen könnten, zz. nicht vorstellen kann. Von denjenigen, die sich durchaus eine veränderte Wohnsituation vorstellen können, benennt der größte Teil Gründe, die in der eigenen Person liegen. In diesem Zusammenhang ist auch auf das Ergebnis auf die Frage nach Umzug in ein Pflegeheim bei Pflegebedürftigkeit hinzuweisen: Nahezu die Hälfte der Befragten kann sich einen Umzug in ein Pflegeheim vorstellen.

➔ **Der hohe Anteil an selbst genutztem Eigentum und die relativ rege Modernisierungstätigkeit bindet die Menschen an ihre Wohnungen. In den sechs Gemeinden des Ammerlandes beabsichtigen etwa zwei Drittel der Bevölkerung ab 60 Jahre an der jetzigen Wohnsituation nichts zu verändern. Ein Drittel sieht eventuelle Veränderungen in erster Linie in der eigenen Person begründet. Dennoch plant ein geringer Teil in naher Zukunft eine Veränderung der Wohnsituation. Dabei steht der Umzug in eine „Normalwohnung“ an erster, in eine Seniorenwohnung an zweiter Stelle.**

3.6 Altenwohnungen

Die Altenwohnung hat den Anspruch, in ihrer Ausstattung altengerecht zu sein. Dies bezieht sich in der Regel auf sanitäre Einrichtungen, barrierefreies Wohnen und Eingangs- und Treppenhausgestaltung. Da der Begriff „Altenwohnung“ oder auch „Seniorenwohnung“ gesetzlich nicht geschützt ist, sind die baulichen Standards auch nicht einheitlich geregelt. Insofern ist das Angebot an Altenwohnungen hinsichtlich der Ausstattung sehr unterschiedlich. Dies gilt auch für zusätzliche Angebote an Hilfeleistungen.

Altenwohnungen werden überwiegend von öffentlichen Wohnungsbaugesellschaften vermietet. Im Landkreis Ammerland ist die Ammerländer Wohnungsbau GmbH in Westerstede Anbieterin von insgesamt rund 380 Altenwohnungen (Siehe dazu Anlage 6 im Anhang II S. 39: Altenwohnungen der Ammerländer Wohnungsbau). Um von der Ammerländer Wohnungsbau GmbH eine Altenwohnung beziehen zu können, ist in der Regel die Vollendung des 60. Lebensjahres und der Anspruch auf einen Wohnberechtigungsschein Voraussetzung. Herr Wilckens stand für ein Expertengespräch zur Verfügung, das anschließend protokolliert wurde. Folgende Informationen lassen sich daraus zusammenfassen:

- *Die Altenwohnungen wurden zum überwiegenden Teil in den 1960er und 1970er Jahren gebaut, in einer Zeit mit hohem Bedarf an Wohnraum.*
- *Rund 75 % der MieterInnen sind weiblich und zumeist zwischen 60 und 70 Jahre alt. Angestrebt wird in den Wohngebieten der Ammerländer Wohnungsbau eine „gesunde Vermischung“ zwischen der jüngeren und älteren Generation.*
- *Als Betreuungsangebot wird das regelmäßige Aufsuchen der MieterInnen genannt. Bei Bedarf wird auch Unterstützung angeboten, d.h. in der Regel an weitere Zuständigkeiten verwiesen. Außerdem wird der Anschluss an ein Notrufsystem angeboten, der zz. jedoch nur gering in Anspruch genommen wird.*
- *Auffallend ist die geringe Fluktuation bei den über 60-jährigen MieterInnen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass das Wohnumfeld mit gutem Kontakt zur Nachbarschaft eine wesentliche Rolle spielt. Nicht selten wird eine große Wohnung gegen eine kleinere Wohnung in der Nähe getauscht, um so auch die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten.*
- *Die Wohnqualität ist den meisten MieterInnen von Altenwohnungen sehr wichtig. Festgestellt wird ein hoher Bezug zum Wert eines Gegenstandes sowie eine Verantwortlichkeit bei auftretenden Mängeln.*
- *Altenwohnungen wurden für ältere Menschen als Zielgruppe gebaut, von der Ausstattung her aber nicht speziell für diese Altersgruppe geplant. Insofern begann die Ammerländer Wohnungsbau vor mehr als fünf Jahren bei einem MieterInnenwechsel die Wohnung zu modernisieren und behindertengerechte Standards zu berücksichtigen wie barrierefreies Wohnen, Einbau einer ebenerdigen Dusche etc. Inzwischen sind auf diese Weise rund 50 Wohnungen umgebaut worden. Es besteht ein zunehmendes Interesse an diesen Wohnungen.*
- *Ebenfalls wird bei einem Bedarf an Wohnungsanpassung ein Umbau z.B. des Badezimmers oder der Küche vorgenommen. Ein kurzzeitiger Umzug in eine andere Wohnung wird angeboten.*

- *Anpassungsmaßnahmen bei Wohnungswechsel bzw. bei Bedarf werden auch weiterhin fortgesetzt mit dem Ziel, weitestgehend den Wünschen der MieterInnen zu entsprechen.*
- *Außerdem werden gegenwärtig Verbesserungen durchgeführt, die auch den älteren Menschen zugute kommen: Fahrradschuppen erleichtern das sichere Abstellen der Fahrräder und vermeiden das Transportieren der Räder in den und aus dem Keller.*
- *Bei Planungen für Neubauten wird bereits das barrierefreie Wohnen berücksichtigt.*

Von Herrn Wilckens wurde eine Besichtigung von zwei unterschiedlichen Wohnungen sowie Gespräche mit den Mieterinnen angeboten: Zunächst eine modernisierte Wohnung und im Vergleich dazu eine Altenwohnung mit dem Standard der Erstausstattung. Die Gespräche mit den Mieterinnen zeigte, wie unterschiedlich das Bedürfnis von altersgerechtem Wohnen subjektiv definiert wird: Die eine Mieterin möchte ihre Wohnung weiterhin in dem ursprünglichen Zustand belassen, weil sie noch keinen Bedarf an Veränderung sieht und sich in dem Vertrauten wohl fühlt. Die Nachbarin zog es vor, gemeinsam mit ihrem inzwischen verstorbenen pflegebedürftigen Mann von einer größeren Wohnung in eine kleinere altersgerecht ausgestattete zu ziehen und möchte hier weiterhin wohnen bleiben und nicht mehr auf die Vorteile insbesondere der sanitären Ausstattung verzichten.

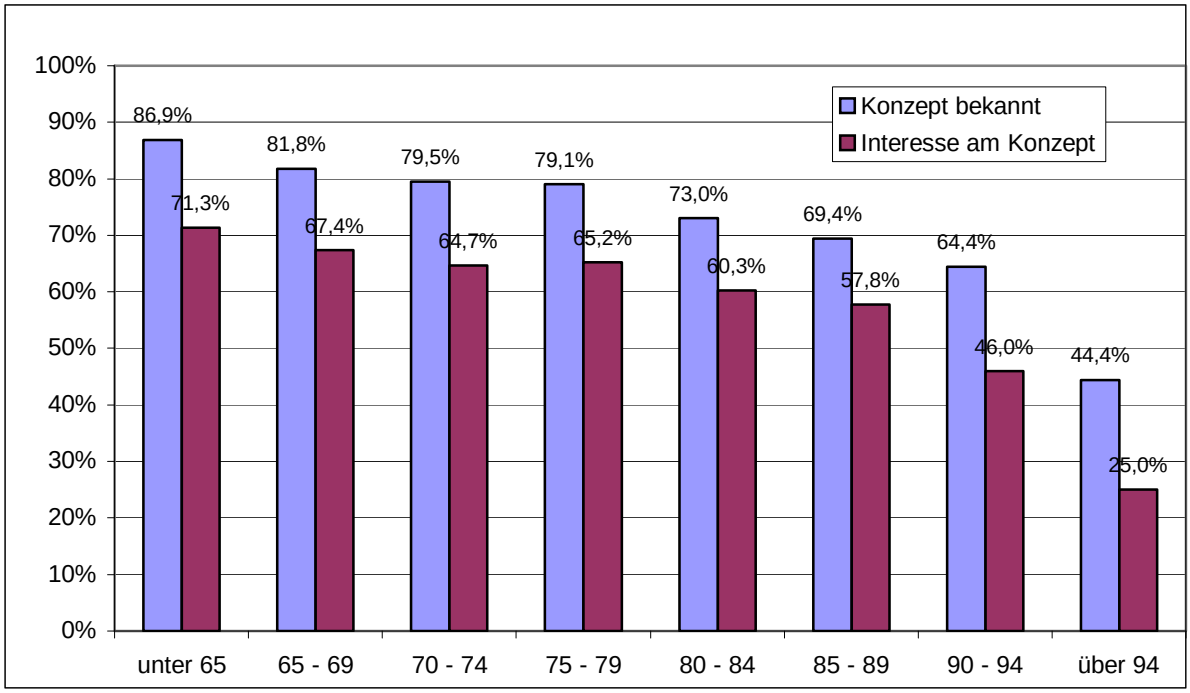
3.7 Betreutes Wohnen

In der eigenen Wohnung und im vertrauten Umfeld zu bleiben, wird von der Mehrheit der älteren Menschen angestrebt. Auch dann, wenn Hilfe- und Pflegeleistungen notwendig werden. Doch gerade die Vorstellung dieser Situation macht viele auch wieder unsicher. Dies gilt insbesondere für die allein Lebenden und diejenigen ohne Kinder. Wer kümmert sich um mich, wenn ich mich nicht mehr selbst versorgen kann? Was passiert, wenn ich plötzlich krank werde? Wer übernimmt die Pflege, wenn es notwendig wird? An diesen Fragen setzt die Wohnform „Betreutes Wohnen“ an, die in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Das Angebot besteht aus einer abgeschlossenen altengerechten Wohnung und der Möglichkeit, Hilfeleistungen im Bedarfsfall in Anspruch zu nehmen. Neben dem Mietvertrag wird ein Betreuungsvertrag abgeschlossen, der entsprechende Serviceleistungen und Alltagsdienste wie Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen zusichert bzw. für einen eventuellen Bedarf vorhält. Dafür wird eine monatliche Betreuungspauschale erhoben. Ambulante Pflegedienste können im Bedarfsfall separat in Anspruch genommen werden. Eine stationäre dauerhafte Pflege, wie sie ein Pflegeheim anbietet, ist in Einrichtungen des Betreuten Wohnens in der Regel ebenso wenig möglich wie in einem Privathaushalt.

Im Landkreis Ammerland wird in der Gemeinde Bad Zwischenahn im „Luisenhof“ sowie in der Gemeinde Apen im Seniorenpark „St. Ansgari“ die Möglichkeit des Betreuten Wohnens angeboten.

„Haben Sie schon einmal von ‚Betreutem Wohnen' gehört? Wenn ja, interessiert Sie dieses Konzept?" Diese Frage wurde von der über 60-jährigen Bevölkerung im Ammerland wie folgt beantwortet:

Abbildung 15: Kenntnis von der Wohnform und Interesse am Konzept „Betreutes Wohnen"



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Insbesondere bei den unter 65-Jährigen scheint das Konzept des Betreuten Wohnens bekannt zu sein, aber auch bei den bis zu 80-Jährigen ist der Anteil relativ hoch, verringert sich dann jedoch bei den über 80-Jährigen zunehmend. Das Interesse am Konzept ist nahezu in allen Altersgruppen durchgängig um rund 15 % geringer als die Kenntnis davon. Dieser Anteil erscheint sehr hoch. Zu fragen bleibt, ob sich die Angaben tatsächlich alle auf die Form des Betreuten Wohnens beziehen wie sie oben beschrieben wurde oder ob hier nicht auch ein durch ambulante Dienste ermöglichtes Wohnen in der eigenen Wohnung einbezogen wurde. Auch wenn dazu keine Aussage gemacht werden kann, so wird auf jeden Fall durch die jeweils relativ hohen Anteile gerade in den Altersgruppen bis 80 Jahre deutlich, dass sich die Befragten eine Betreuung zur Unterstützung des eigenständigen Wohnens vorstellen können.

Siehe dazu: Abbildung 17 im Anhang II S. 36: Betreutes Wohnen – informiert und Interesse am Konzept nach Gemeinden

➔ **„Altenwohnung" ist wie „Betreutes Wohnen" kein geschützter Begriff. Von der Ammerländer Wohnungsbau GmbH werden derzeit 380 Altenwohnungen mit**

unterschiedlicher Ausstattung vermietet. Bei Bedarf werden Wohnungen den Bedürfnissen der MieterInnen angepasst, d.h. behinderten- und altersgerecht umgebaut. Betreutes Wohnen wird im Ammerland von zwei Einrichtungen angeboten. Das Interesse am Konzept ist bei den befragten SeniorInnen relativ hoch, ebenso ist vielen das Konzept bekannt.

3.8 Wohnkonzepte

Viele ältere Menschen wollen oder müssen im Alter ihre vertraute Wohnsituation noch einmal verändern. Gründe dafür können sein, dass sie auf Unterstützung und Pflege angewiesen sind, die in der häuslichen Umgebung nicht mehr ausreichend geleistet werden kann oder aber weil sie eine geselligere Wohnform suchen. Auch der Wunsch nach mehr Sicherheit spielt eine Rolle, insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Notlagen.

Aus der Kritik an herkömmlichen Formen der Alten– und Pflegeheime sind viele neue Wohnkonzepte[18] entstanden. Dazu zählen gemeinschaftliche Wohnformen, wie Wohn– und Hausgemeinschaften[19] sowie das Mehrgenerationenwohnen. Auch unterschiedliche Konzepte des Betreuten Wohnens werden angeboten, wie Service–Wohnen, Wohnstifte und Seniorenresidenzen. Für Pflegebedürftige gibt es spezielle Wohnformen, wie z.B. betreute Wohngruppen oder familienähnliche Hausgemeinschaften.[20] Um die passende Wohnform im Alter zu finden sind Informationen und Eigeninitiative notwendig. Entscheidungshilfen sind gefragt, wenn es darum geht, eine geeignete Wohnform im Alter zu finden.[21] Es ist davon auszugehen, dass zukünftig ein breites Spektrum an Wohnalternativen angeboten wird.

➔ **Bundesweit gibt es zahlreiche Beispiele für Wohnkonzepte im Alter. Gemeinsam ist diesen Konzepten, dass sie die Lebensqualität und Selbstständigkeit älterer Menschen bewahren und verbessern wollen. Informationen und Eigeninitiative sind wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung und Umsetzung von Wohnalternativen.**

[18] Siehe dazu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Wie wohnen, wenn man älter wird? Berlin 1999

[19] Siehe dazu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Helfen wir uns selbst. Berlin 1999, S. 21. Einen Überblick hat das „Forum für gemeinschaftliches Wohnen im Alter“, Kiebitzrain 84, 30657 Hannover

[20] Siehe dazu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Lebensstile – Wohnbedürfnisse – Wohnformen. Berlin 2001.

[21] Als Entscheidungshilfe kann beispielsweise genutzt werden: KDA Beratungs– und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbh: Altersgerecht wohnen – aber wie?, Köln 2001

4. Mobilität

Mobilität als raum-zeitliche Fortbewegung ist für alle Menschen ein zentrales Bedürfnis, um Entfernungen zu überwinden und das Berufs- und Privatleben aktiv gestalten zu können. Mobilität ist zugleich auch Notwendigkeit, um die Versorgung des alltäglichen Bedarfs und der gesundheitlichen Betreuung zu gewährleisten. Mobilität kann auf unterschiedliche Weise erfolgen und sehr vielfältig motiviert sein. Teilnahme am Straßen- und Schienenverkehr, ob als FußgängerIn, RadfahrerIn, AutofahrerIn oder als NutzerIn von öffentlichen Verkehrsmitteln ist zugleich Ausdruck von Lebensqualität einer Gesellschaft. Das Auto steht dabei nach wie vor im Vordergrund.

Mit zunehmendem Alter wächst sogar die Bedeutung von Mobilität. Kinder haben das Haus verlassen, nach dem Berufsaustritt ist der Tages- und Wochenablauf anders zu planen als zu Zeiten der Berufstätigkeit, auch der Verlust des Partners/der Partnerin – dies sind Veränderungen, die auch an Mobilität neue Anforderungen stellen. Um den individuellen Interessen, wie z.B. Reisen, Pflege von sozialen Kontakten, Besuch von Veranstaltungen, sich informieren etc. nachgehen zu können, sind Möglichkeit und Fähigkeit zu Mobilität eine wichtige Voraussetzung. Zugleich nehmen mit dem Alter gesundheitliche Beeinträchtigungen zu und schränken die Mobilität ein. „Als Folge werden mit zunehmendem Alter und abnehmender Bewegungsfähigkeit deutlich weniger Wege zurückgelegt. Bei einer Überprüfung des Einflusses einzelner Faktoren auf die ausgeübte Mobilität ergab sich, dass das biologische Alter allein nicht ausschlaggebend für das Ausmaß der Mobilität ist. Entscheidender ist, wie beweglich eine Person (noch) ist und ob ein Auto zur Kompensation genutzt werden kann.“[1] Damit wird deutlich, dass Mobilität im Alter insgesamt weniger von Lebensjahren abhängig ist als von Beeinträchtigungen und vor allem von Möglichkeiten, diese auszugleichen.

Mobilität im Alter ist demnach ein weit zu fassender Begriff und wird vor allem bestimmt von der Bewegungsfähigkeit, der eigenen Fahrkompetenz (Auto, Fahrrad) bzw. die des Partners/der Partnerin und von der Nutzung öffentlicher Verkehrsmitteln. Erschwert wird die Mobilität älterer Menschen vielfach durch äußere Umstände wie weite Entfernung zu Versorgungseinrichtungen, durch hektischen Straßenverkehr etc. Die Schließung der so genannten „Tante-Emma-Läden“ hat insbesondere für die weniger mobile ältere Bevölkerung in kleineren Ortschaften negative Auswirkungen.

[1] Mollenkopf, Heidrun; Flaschenträger, Pia: Erhaltung von Mobilität im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 197. Berlin 2001, S. 207

In einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Erhaltung von Mobilität im Alter wird als häufigster Anlass und Motiv für außerhäusliche Mobilität folgende Reihenfolge festgestellt:

1. Alltägliche Einkäufe und Besorgungen
2. Kleinere Spaziergänge
3. Persönliche Kontakte, Hilfeleistungen und geselliges Beisammensein
4. Gesundheitsversorgung
5. Erledigungen bei Post, Bank und Behörden[2]

Aufgrund des wachsenden Anteils an der Gesamtbevölkerung wird das Mobilitätsverhalten von älteren Menschen in Zukunft bei Planungen und Entwicklungen des privaten und öffentlichen Nahverkehrs an Bedeutung gewinnen. Die Erhaltung von Mobilität steht dabei im Vordergrund. Im Rahmen des Seniorenplans für den Landkreis Ammerland geht es sowohl um eine Einschätzung der Mobilität von AutofahrerInnen, RadfahrerInnen und FußgängerInnen über 60 Jahre, als auch um die Möglichkeiten der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln. Darüber hinaus wird auch der Frage nach der Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten, Arzt und Apotheke nachgegangen. Neben Struktur- und Vergleichsdaten werden hier auch Ergebnisse aus der Repräsentativerhebung berücksichtigt.

4.1 Das Auto

Wer Auto-mobil ist, genießt mehr individuelle Mobilität und damit Selbstbestimmung und Freiräume. Daran ändert sich auch für die meisten Menschen mit zunehmendem Alter nichts.[3] Ohne Auto erscheint heute gerade im ländlichen Raum der Bewegungsradius sehr eingeschränkt. Trotz Warnung vor ökologischen Auswirkungen steigt der Personenverkehr und wird auch zukünftig weiter zunehmen. Bis zum Jahr 2015 wird eine Steigerung um rund 20 % angenommen.[4] Wie sich das Verhältnis von Pkw-Bestand zur EinwohnerInnenzahl aktuell im Landkreis Ammerland darstellt bzw. seit 1994 entwickelt hat zeigt folgende Tabelle:

[2] ebenda, S. 206
[3] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter. Berlin 1997, S. 180
[4] Siehe dazu: Pressemitteilung des Bundesverkehrsministeriums vom 25.03.2002

Tabelle 1: Personenkraftwagen im Landkreis Ammerland

Jahr	Pkw-Bestand	EinwohnerInnen LK	Pkw/pro EinwohnerIn
1994	55.029	102.492	0,54
1995	56.235	103.651	0,54
1996	57.535	104.962	0,55
1997	58.575	106.688	0,55
1998	59.752	108.013	0,55
1999	61.177	109.458	0,56
2000	63.332	110.650	0,57
2001	64.663	112.343	0,58

Quelle: Statistische Mitteilungen des Kraftfahrt–Bundesamtes; Niedersächsisches Landesamtes für Statistik und eigene Berechnungen

Demnach teilen sich im Landkreis Ammerland im Durchschnitt mindestens zwei Personen ein Auto - unabhängig vom Alter der Person, d.h. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre werden hier einbezogen. In vielen Haushalten ist damit mehr als ein Pkw verfügbar.

4.1.1 Pkw-Verfügbarkeit

In welchem Umfang verfügt die Bevölkerung ab 60 Jahre im Landkreis Ammerland über ein Auto? Auf diese Frage gibt die Repräsentativerhebung folgende Antwort:

- Insgesamt 81,0 % der befragten Senioren geben an, dass in ihrem Haushalt mindestens ein Auto vorhanden ist.

  Siehe dazu: Abbildung 20 im Anhang S. 42: Auto im Haushalt nach Gemeinden
  Abbildung 21 im Anhang S. 42: Auto im Haushalt nach Geschlecht

Dieses Ergebnis hebt sich im Vergleich zu anderen Regionen deutlich ab:

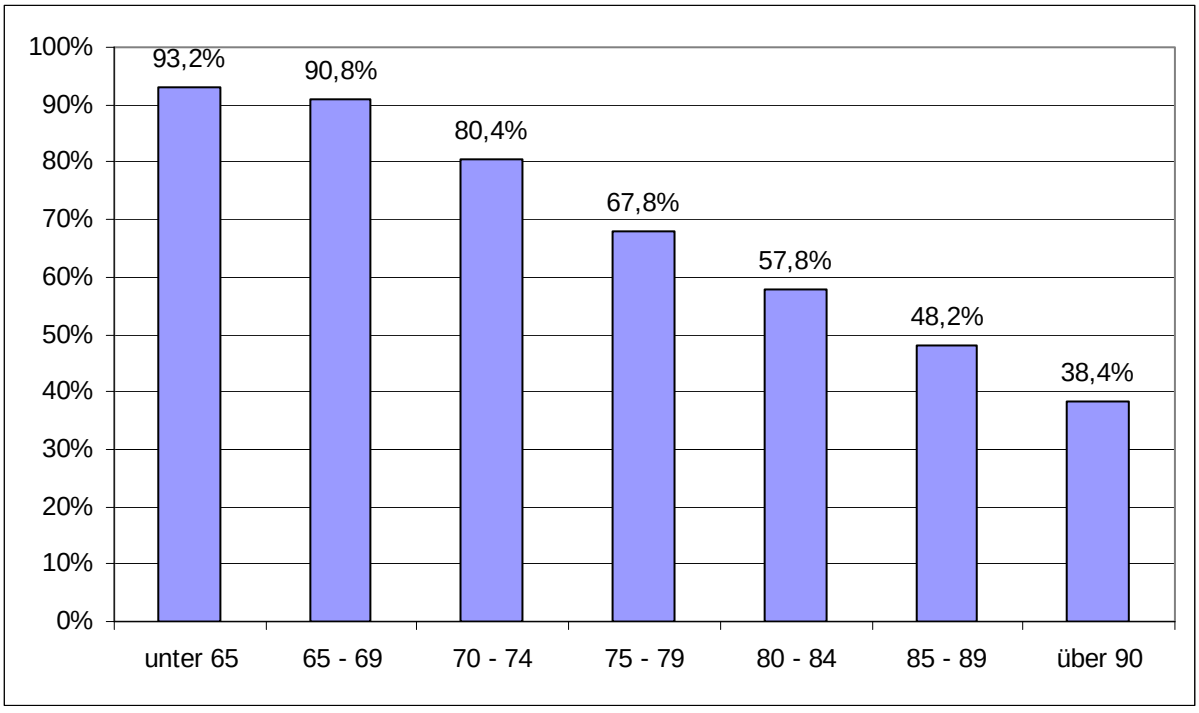
- 1995 verfügen auf Bundesebene 48 % der Haushalte in Ostdeutschland und 57 % der Haushalte in Westdeutschland in der Altersgruppe ab 55 Jahre über (mindestens) einen Pkw.[5]

[5] Nach Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP). Zitiert in: Mollenkopf, Heidrun; Flaschenträge, Pia: Erhaltung von Mobilität im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 197. Berlin 2001, S. 79

- Eine Befragung der ab 60-jährigen Bevölkerung im Landkreis Wittmund ergab: 1994 verfügen 54,3 % über ein Auto.[6]
- In der Stadt Mannheim sieht das Ergebnis ähnlich aus: Hier ist bei 56 % der ab 55-Jährigen ein Auto im Haushalt vorhanden. Dagegen verfügen in der ostdeutschen Stadt Chemnitz in derselben Altersgruppe lediglich 39 % über ein Auto.[7]

Auch wenn berücksichtigt wird, dass seit 1994 die Pkw-Verfügbarkeit weiter zugenommen hat, verfügen die Senioren im Landkreis Ammerland zu einem vergleichsweise hohen Anteil über ein Auto. Dieses Ergebnis hat vermutlich vielfältige Gründe. In erster Linie ist davon auszugehen, dass für Kauf und Unterhalt eines Pkws die finanziellen Mittel in der Gruppe der über 60-Jährigen vorhanden sind. Die insgesamt hohe Verfügbarkeit des Autos in den Haushalten von Senioren im Landkreis Ammerland sieht hinsichtlich der Frage nach dem Alter der Befragten recht unterschiedlich aus:

Abbildung 1: Verfügbarkeit von Pkw im Haushalt nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Deutlich erkennbar ist, dass sich die Pkw-Verfügbarkeit mit zunehmendem Alter kontinuierlich verringert:

[6] Karlstetter, Stefan; Rohloff, Dieter: Älterwerden im Landkreis Wittmund. Sonderausgabe des Fachbereichs Sozialwesen der Fachhochschule Ostfriesland. Emden 1994, S. 73

[7] Mollenkopf, Heidrun; Flaschenträger, Pia: Erhaltung von Mobilität im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 197. Berlin 2001, S. 80

- Während in der Altersstufe der bis 70-Jährigen über 90 % ein Auto nutzen können, nimmt in den folgenden Altersstufen der Anteil gleichmäßig um jeweils rund 10 % weiter ab.
- Nach Geschlecht betrachtet ergibt sich eine weitere deutliche Verschiebung: Insgesamt 90,9 % der Männer verfügen über ein Auto, aber nur 72,2 % der Frauen.

Die abnehmende Verfügbarkeit lässt sich demzufolge zum einen mit den zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und dem damit verbundenen freiwilligen (manchmal auch auf einen vom Straßenverkehrsamt angeordneten) Verzicht auf das Auto begründen. Zum anderen macht sich hier auch der große Anteil allein lebender Frauen bemerkbar. Denn heutzutage besitzen viele von ihnen keinen Führerschein und haben folglich auch kein Auto.

4.1.2 Fahrkompetenz

Mobilität im Sinne von mit dem Auto mobil sein setzt bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten voraus, andererseits werden dadurch auch Kompetenzen erhalten und weiter entwickelt. Zu den Voraussetzungen zählt in erster Linie die Fahrkompetenz, die wiederum den Besitz eines Führerscheines verlangt. Bundesweit besitzen in der Altersstufe der 60-69-Jährigen 56 % einen Führerschein, in der Altersstufe ab 70 Jahre sind es 32 %. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich zwischen den Geschlechtern: Bei den 60-69-Jährigen verfügen 85 % der Männer und 34 % der Frauen über eine Fahrerlaubnis, bei den über 70-Jährigen sind es 69 % der Männer und lediglich 14 % der Frauen. Die Prozentangaben beziehen sich auf das Jahr 1995. Ein weiterer Unterschied besteht zwischen der Bevölkerung in Städten und im ländlichen Raum. In ländlichen Gebieten haben mehr Menschen einen Führerschein als in Städten.[8]

Fahren Sie selbst Auto? Mit dieser Frage aus der Fragebogenaktion im Landkreis Ammerland sind Aussagen darüber möglich, wie viele aktiv Auto fahren. Nicht möglich sind dagegen Aussagen zum Anteil der FührerscheininhaberInnen ab 60 Jahre im Landkreis Ammerland. Anzunehmen ist jedoch, dass mehr Menschen einen Führerschein besitzen als tatsächlich aktiv Auto fahren. So ist beispielsweise allgemein bekannt, dass vielfach ältere Frauen einen Führerschein besitzen, aber selbst nie Auto gefahren sind.

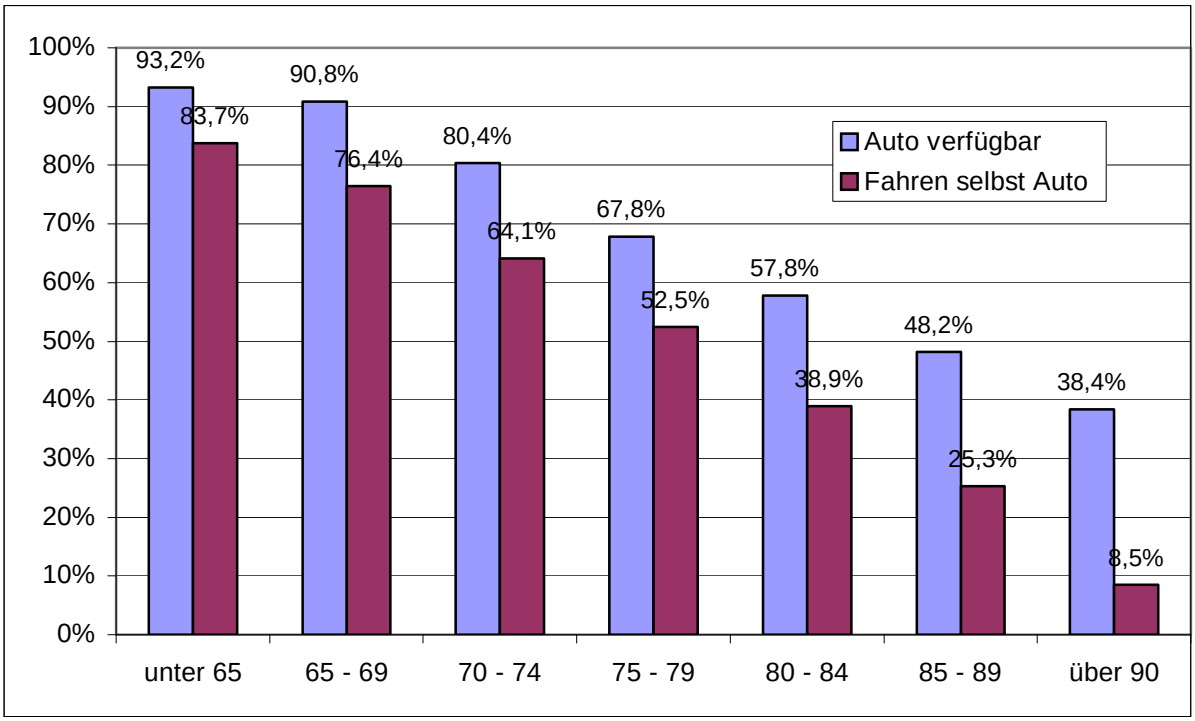
[8] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter, Berlin 1997, S. 183

Die Repräsentativerhebung im Landkreis Ammerland nennt folgendes Ergebnis zur Fahrkompetenz der Senioren:

- Insgesamt 66,6 %, d.h. zwei Drittel der Bevölkerung ab 60 Jahre fährt selbst Auto.
- Frauen fahren weitaus weniger (49,8 %) selbst Auto als Männer (85,8 %). Genauer betrachtet bedeutet dies:
    - Von allen Männern, die mit einer Partnerin zusammenleben, fahren 88,4 % Auto. Dagegen fahren von allen Frauen, die mit einem Partner zusammenleben sehr viel weniger selbst Auto (60,0 %).
    - Von allen allein lebenden Männern fahren 66,8 % selbst Auto, von allen allein lebenden Frauen sind es nur 37,1 %.

Folgende Abbildung zeigt die Angaben zur Fahrkompetenz nach Alter im Vergleich zur Verfügbarkeit eines Autos.

Abbildung 2: Verfügbarkeit von Pkw und aktiv Auto fahren



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Im Vergleich zum Bundesgebiet (FührerscheinbesitzerInnen) ist im Landkreis Ammerland sowohl in der Altersstufe der 60 – 69-Jährigen als auch bei den über 70-Jährigen der Anteil derjenigen mit Fahrkompetenz deutlich höher.

Siehe dazu: Abbildung 22 im Anhang S. 43: Selbst Auto fahren nach Gemeinden Abbildung 23 im Anhang S. 43: Selbst Auto fahren nach Geschlecht

Ein Vergleich zwischen Autoverfügbarkeit und Fahrkompetenz zeigt:

- Die Fahrkompetenz ist in allen Altersstufen geringer als die Verfügbarkeit über ein Auto. Das bedeutet: Bei einem großen Teil der Personen, die angeben nicht selbst mit dem Auto zu fahren, dürfte im Haushalt ein Auto vorhanden sein.
- Im Vergleich zur Verfügbarkeit über ein Auto verringert sich mit zunehmendem Alter die Fahrkompetenz deutlich häufiger. Der Unterschied verstärkt sich insbesondere bei den Hochbetagten über 80 Jahre.
- Die stärkere Abnahme der Fahrkompetenz bei den Hochbetagten ist jedoch nicht nur bedingt durch die nachlassende Fahrkompetenz, sondern auch durch den hohen Frauenanteil dieser Altersgruppe. Wie bereits erwähnt, ist für diese Altersgruppe ein Führerschein bei weitem nicht so selbstverständlich wie bei Frauen in den jüngeren Altersgruppen.[9]

Selbst Auto fahren zu können wird häufig mit selbstständiger Lebensführung gleichgesetzt und gilt insbesondere für die ältere Bevölkerung in ländlichen Regionen. Trotz Beeinträchtigungen z.B. beim Gehen selbst einkaufen zu können, zum Arzt fahren zu können etc. wirkt sich positiv auf das Selbstwertgefühl aus. Das bedeutet, dass „die Verfügung über einen eigenen Pkw mit zunehmendem Alter an Bedeutung sowohl für die Bewältigung alltagspraktischer Anforderungen als auch für das Selbstbild mehr gewinnt als verliert, d.h. dass der eigene Pkw für die Lebenssituation älterer Menschen häufig noch bedeutsamer sein kann als in jüngeren Alterskohorten und ein Verzicht tiefgreifender Beschränkungen der eigenen Lebenssituation bedeuten würde.“[10]

In einer Untersuchung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird festgestellt, dass ältere AutofahrerInnen ihre Beteiligung als Pkw-Fahrer im Straßenverkehr in der Mehrheit kritisch betrachten. Sie gehen mit ihren nachlassenden Fähigkeiten (insbesondere Sehen und Hören) in der Regel verantwortungsbewusst um. So meiden sie z.B. das Autofahren zu Hauptverkehrszeiten. Auch sehen sie als wichtigen Vorteil von öffentlichen Verkehrsmitteln die Unfallsicherheit. Dazu wurde festgestellt, dass „Personen, die sich im Verkehr tendenziell gefährdeter fühlen, viel häufiger bereit sind, die eigene Verkehrsmittelwahl flexibler den Bedingungen anzupassen“.[11]

[9] Beispielsweise verfügen bundesweit 84 % der 30-39-jährigen Frauen über einen Führerschein (1995). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter. Berlin 1997, S. 183
[10] Engeln, Arnd; Schlag, Bernhard: ANBINDUNG – Abschlussbericht zum Forschungsprojekt, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 196. Berlin 2001, S. 279
[11] ebenda, S, 280

Dieses verantwortungsbewusste Verhalten schlägt sich auch in den Unfallstatistiken nieder. Bundesweit sind ältere Menschen als Beteiligte an Unfällen vergleichsweise unterrepräsentiert. So haben junge Männer zwischen 18 und 24 Jahren ein deutlich höheres Unfallrisiko in Bezug auf erhöhte Geschwindigkeit oder Alkohol am Steuer als Männer über 65 Jahre. Ältere Verkehrsteilnehmer dagegen tragen ein häufigeres Risiko in Situationen, die schnelle Reaktionen erfordern, wie z.B. in der Beachtung von Vorfahrt. In der Polizeistatistik des Landkreises Ammerland wird die Beteiligung von Senioren an Unfällen seit 1996 gesondert ausgewiesen. Hintergrund: Wie in vielen gesellschaftlichen Bereichen macht sich auch im Straßenverkehr der wachsende Anteil der über 60-Jährigen bemerkbar und löst damit entsprechend auch eine steigende Tendenz in der Anzahl bei den Unfallbeteiligten aus. Eine gesonderte Berücksichtigung ist hier sinnvoll, um die Entwicklung zu beobachten und Ansätze für Überlegungen und Maßnahmen begründen zu können. Danach sieht im Landkreis Ammerland die Beteiligung von Senioren an Unfällen im Verlauf der letzten sechs Jahre folgendermaßen aus:

Tabelle 2: Beteiligung von Senioren über 65 Jahre an Unfällen

Anzahl der Unfallbeteiligten						
	1996	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**
Pkw-FahrerIn	217	261	230	252	248	310
Pkw-BeifahrerIn	6	13	18	7	10	12
RadfahrerIn	23	15	21	20	24	32
FußgängerIn	11	11	5	13	8	2
KradfahrerIn	5	4	1	1	3	-
Sonstige	8	-	7	-	4	2
Gesamt	**270**	**304**	**282**	**293**	**297**	**358**

Quelle: Verkehrsberichte der Polizeiinspektion Ammerland 1996-2001

- Von 1996 bis zum Jahr 2001 hat sich die Unfallbeteiligung von Senioren um rund ein Drittel erhöht und zwar von 270 auf 358 Beteiligungen, wobei aktuell, d.h. von 2000 auf 2001 die Zunahme am höchsten ist.
- Betrachtet man im Vergleich die Altersgruppe der 18-24-Jährigen, also lediglich sechs Jahrgänge, so ergibt sich z.B. für 1998: Weitaus mehr als doppelt so viele der jungen Altersgruppe (rund 700 Beteiligte) sind an Unfällen beteiligt wie Menschen der weitaus größeren Gruppe der Senioren über 65 Jahre (rund 30 Beteiligte).

- Nicht alle Unfallbeteiligte sind UnfallverursacherInnen bzw. MitverursacherInnen. Bei den über 65–Jährigen sind es beispielsweise 1997 und 2001 etwas mehr als die Hälfte. 1999 macht der Anteil zwei Drittel aus.[12]
- Bei den von Senioren verursachten Unfällen fallen am häufigsten Vorfahrtverstöße - vor Abbiegefehler - ins Gewicht. Die Verteilung nach Altersstufen wurde dabei nicht erfasst.

Unfälle oder „Beinahunfälle“ sind auch häufig Auslöser dafür, die Fahrkompetenz selbstkritisch zu hinterfragen. Die Fahrerlaubnis bei nachlassender Fahrkompetenz freiwillig abzugeben ist eine bewusste Entscheidung und fällt oftmals denjenigen leichter, die auf eine Alternative zum eigenen Pkw zurückgreifen können. Unfälle oder auch auffälliges Verhalten im Straßenverkehr, wie z.B. extrem langsames Fahren, sind auch häufiger Anlass für eine Fahreignungsüberprüfung. Diese endet nicht selten mit einer Empfehlung zur freiwilligen Abgabe bzw. mit einem angeordneten Entzug des Führerscheins.

Dazu eine Einschätzung von der Leitung[13] des Straßenverkehrsamtes im Landkreis Ammerland:

Freiwillige Führerscheinabgabe

„Freiwillige Führerscheinabgaben sind zu differenzieren. Es gibt freiwillige Führerscheinabgaben, ohne dass vorab ein Überprüfungsverfahren stattgefunden hat, d.h. allein auf unbeeinflusste Entscheidung des Führerscheininhabers erfolgen. Die weit überwiegende Zahl der freiwilligen Führerscheinabgaben sind aber freiwillige Verzichtserklärungen aufgrund eines vorangegangenen Überprüfungsverfahrens. Im Rahmen dieses Überprüfungsverfahrens zeigen sich die Inhaber einsichtig in ihre Probleme, so dass ein freiwilliger Verzicht auf die Nutzung der Fahrerlaubnis erfolgt.

In den letzten vier Jahren ist zur freiwilligen Führerscheinabgabe eine steigende Entwicklung festzustellen. Gab es in den Vorjahren nur sporadische Ansatzpunkte für Überprüfungsverfahren älterer Fahrerlaubnisinhaber, so ist derzeit einmal im Monat ein Überprüfungsverfahren einzuleiten.

Überprüfungsverfahren betreffen selten Verkehrsteilnehmer unter 70 Jahren. Verstärkt sind kraftfahreignungsrelevante Überprüfungen ab 80 Jahren zu verzeichnen. Da in dieser Altersgruppe überwiegend Männer Fahrerlaubnisinhaber sind, ist deren Anteil an einem Überprüfungsverfahren deutlich höher als der Frauenanteil.

Anlass für ein Überprüfungsverfahren ist sehr häufig ein Bericht der Polizei aufgrund eines Verkehrsunfalls oder einer Verkehrsauffälligkeit. Seltener sind die Fälle der Hinweise von Ärzten sowie von Angehörigen.

Angeordnete Führerscheinentziehung

[12] Verkehrsberichte der Polizeiinspektion Ammerland 1997, 199, 2001.
[13] Grundlage des Beitrags ist ein Interview mit Frau Knetemann, Leiterin des Straßenverkehrsamtes bis 31.08.2002.

Bei angeordneten Führerscheinentziehungen ist eine steigende Tendenz festzustellen. Das Verhältnis zwischen Frauen und Männern beträgt etwa 20 % zu 80 %. Vergleichszahlen zum Land oder Bund existieren nicht. Gründe, die zu einem angeordneten Führerscheinentzug führen, sind in erster Linie fehlende körperliche oder geistige Geeignetheit der Führerscheininhaber. Hintergrund sind häufig krankheitsrelevante Beeinträchtigungen dieser Menschen, insbesondere bezüglich des Reaktions- und Wahrnehmungsvermögens. Zum Teil bestehen auch körperliche Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat.

Zum Verfahren: Aus Anlass des Polizeiberichtes oder anderer Hinweise wird überwiegend zunächst eine persönliche Vorstellung in der Führerscheinstelle angeregt. Dann erfolgt die Anordnung zur amtsärztlichen Untersuchung. Sobald das Gutachten vorliegt, wird die Anhörung zur Entziehung der Fahrerlaubnis mit dem Angebot zum freiwilligen Verzicht dem Betroffenen mitgeteilt. Erst nach Ablauf der Anhörungsfrist erfolgt die Entziehungsverfügung. Gegen die Entziehungsverfügung besteht die Möglichkeit des Widerspruches bzw. der Klage vor dem Verwaltungsgericht. Die Entziehungsverfügung beinhaltet immer die Anordnung der sofortigen Vollziehung. Das bedeutet, dass mit sofortiger Wirkung kein Kfz mehr geführt werden darf und innerhalb von 5 Tagen nach Erhalt der Entziehungsverfügung die Fahrerlaubnis abzugeben ist.

Prävention

Der Verkehrssicherheitsberater der Polizeiinspektion Ammerland, Herr Warntjen, berät nicht nur an Schulen und Kindergärten, sondern auch im Bereich der Senioren im Landkreis Ammerland. Ferner werden auch Vorträge seitens des Straßenverkehrsamtes aus gegebenem Anlass gehalten. Als Beispiel: Vortrag vor der Ev. Frauenhilfe in der Gemeinde Edewecht zum Thema 'Verkehrsverhalten von älteren Verkehrsteilnehmern'.

Ausblick

In Anbetracht der Tatsache, dass die Zahl der Fahrerlaubnisinhaber steigt, die Verkehrsdichte zunimmt und die Fahrerlaubnisinhaber immer älter werden, ist davon auszugehen, dass insgesamt eine steigende Tendenz hinsichtlich der Beteiligung von älteren Menschen an Unfällen und Auffälligkeiten festzustellen sein wird. Bei der zukünftigen Entwicklung der Führerscheinabgaben bzw. Entziehungen wird auch hier eine steigende Tendenz zu verzeichnen sein. Im Landkreis Ammerland hat die präventive Arbeit einen hohen Stellenwert. Dies wird insbesondere auch dadurch dokumentiert, dass der Landkreis Ammerland bestrebt ist, für die schwächeren Verkehrsteilnehmer z.B. ein flächendeckendes Netz von Radwegen an Landes- und Kreisstraßen zu schaffen. Ferner wird durch die Arbeit der kommunalen Verkehrsüberwachung präventiv auf das Verkehrsgeschehen Einfluss genommen."

➔ **Mobilität ist gerade im ländlichen Raum nach wie vor sehr stark abhängig von der Pkw-Verfügbarkeit und der Fahrkompetenz. Im Vergleich zu anderen Regionen kann diese Abhängigkeit im Landkreis Ammerland als relativ hoch bezeichnet werden: Acht von zehn Personen über 60 Jahre verfügen über ein Auto und rund zwei Drittel fahren selbst. Verfügbarkeit und Fahrkompetenz nehmen mit dem Alter gleichmäßig ab, wobei die Fahrkompetenz stärker zurückgeht. Sichtbar wird dabei auch, dass die heute älteren Frauen oftmals keinen Führerschein besitzen und damit auch weniger – vor allem die allein lebenden – über ein Auto verfügen. Zukünftig wird die Zahl der über 60-jährigen Frauen mit Führerschein deutlich ansteigen. Insgesamt ist die Beteiligung von Senioren an Unfällen im Vergleich zu jüngeren VerkehrsteilnehmerInnen eher gering. Vor dem Hintergrund der Zunahme der Bevölkerung über 60 Jahre zeigt auch die Polizeistatistik für den Landkreis Ammerland in den letzten Jahren eine stetige Zunahme, im Jahr 2001 sogar einen deutlichen Sprung. Immer mehr Senioren geben ihren Führerschein freiwillig ab bzw. müssen ihn abgeben.**

4.2 Das Fahrrad

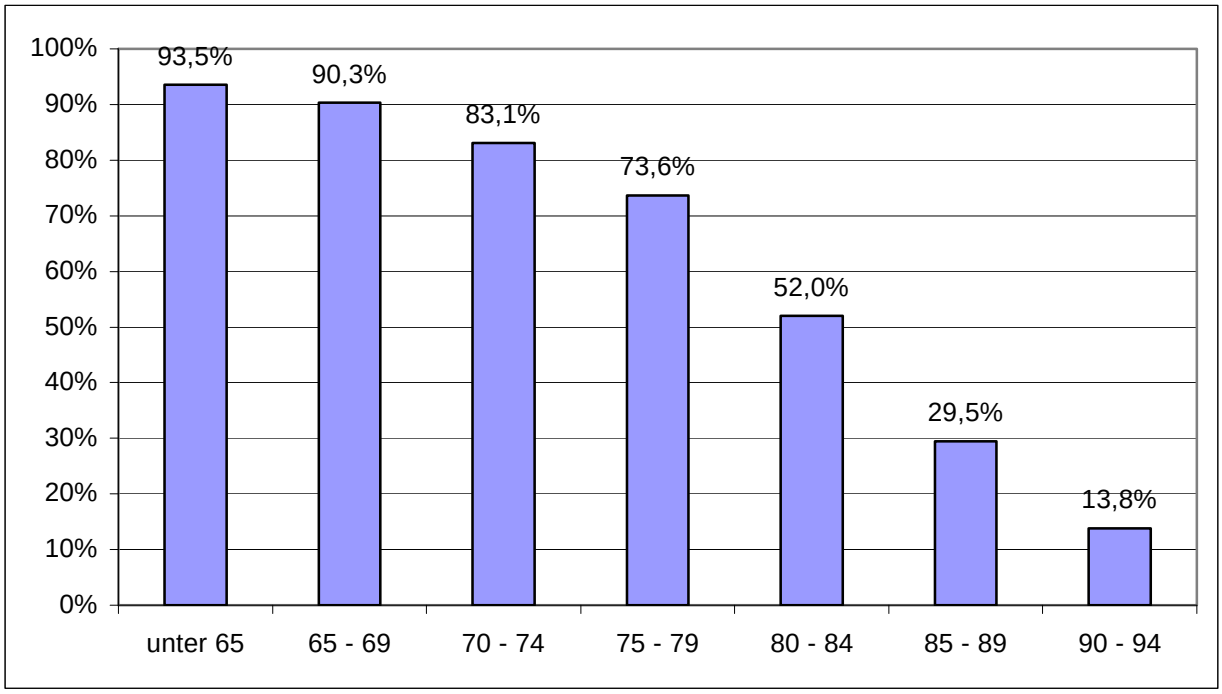
Die Förderung des Fahrrads durch den Ausbau der Fahrradinfrastruktur wie z.B. Ausweitung des Radwegenetzes und der Abstellmöglichkeiten aber auch die Verbesserung des Fahrkomforts durch bessere Technik hat insgesamt zu einer vermehrten Nutzung geführt. Seit Mitte der 70er Jahre steigt die Fahrradnutzung gleichmäßig an. Dies gilt insbesondere für Kurzstrecken des täglichen Bedarfs, darunter auch als Verbindung zu Haltestellen des Öffentlichen Personennahverkehrs.[14] Das Fahrrad spielt aber auch zunehmend im Freizeitbereich eine Rolle. So steht das Fahrrad im Landkreis Ammerland in der Tourismusförderung im Mittelpunkt. Damit verbunden ist ein gut ausgebautes Radwegenetz.

Ausbau und Verbesserung des Radwegenetzes und der Verkehrsführung haben insgesamt dazu beigetragen, dass Fahrrad fahren sicherer geworden ist und in vielen Fällen eine Alternative zum Auto darstellt. Dies kommt auch der Bevölkerung über 60 Jahre zu Gute. Auch technisch hat sich in den letzten Jahren einiges getan, um bei älteren Menschen die Motivation zum Fahrrad fahren zu erhalten. So wurden z.B. Fahrräder mit einer abgesenkten Mittelstange entwickelt. Mit dem Fahrrad mobil sein, bedeutet gleichzeitig zur eigenen Gesund-

[14] Siehe dazu: Bundesministerium für Verkehr (Hrsg.): direkt: Verbesserung der Verkehrsverhältnisse in den Gemeinden: Fahrrad und ÖPNV/Bike & Ride. Heft 50, Jg. 1997

erhaltung beizutragen. Ergebnisse der Repräsentativbefragung zeigen, dass bei der Frage nach der Mobilität im Alter das Fahrrad in den Gemeinden des Landkreises Ammerland einen hohen Stellenwert hat: Insgesamt 80,9 % der Befragten benutzen ein Fahrrad. Nach Alter betrachtet sieht das Ergebnis folgendermaßen aus:

Abbildung 3: Fahrrad fahren nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Die Betrachtung nach Alter verdeutlicht folgende Tendenzen:

- Die Nutzung des Fahrrades nimmt mit zunehmendem Alter zwar ab, beträgt bei den 80 – 84-Jährigen aber immer noch mehr als die Hälfte der Befragten dieser Altersstufe.
- Im Vergleich zur Pkw-Verfügbarkeit fällt auf, dass in den beiden Altersgruppen zwischen 70 und 79 Jahren jeweils das Fahrrad mehr benutzt wird als ein Auto im Haushalt zur Verfügung steht. Anzunehmen ist, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass in dieser Altersgruppe weniger gesundheitliche Beeinträchtigungen vorhanden sind als bei den Hochbetagten ab 80 Jahre. Auch kann das Fehlen des Führerscheins vor allem bei den Frauen dieser Altersgruppe ein weiterer Grund sein. Bei den Hochbetagten über 84 Jahre wird die Fahrrad-Nutzung im Vergleich zur Pkw-Verfügbarkeit deutlich weniger.
- Frauen nutzen insgesamt zu rund 10 % weniger das Fahrrad als Männer (86,7 %). Diese Verschiebung ist in erster Linie auf den hohen Anteil hochbetagter Frauen zurückzuführen, die nicht mehr Fahrrad fahren.

Siehe dazu: Abbildung 24 im Anhang II S. 44: Fahrrad–Benutzung nach Gemeinden

Abbildung 25 im Anhang II S. 44: Fahrrad–Benutzung nach Geschlecht

➔ **Das Fahrrad als Verkehrsmittel für kurze Strecken hat im Landkreis Ammerland traditionell einen relativ hohen Stellenwert. Die Bevölkerung ab 60 Jahre benutzt insgesamt zu rund 80 % ein Fahrrad, wobei der Anteil mit zunehmendem Alter geringer wird. Der Anteil der Männer liegt um 10 % höher als der Frauenanteil. Hier macht sich vor allem der hohe Anteil der Frauen an den Hochbetagten bemerkbar, die nicht mehr Fahrrad fahren.**

4.3 Der Öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV)

Öffentliche Verkehrsmittel haben in den letzten Jahren durch Maßnahmen zur Verbesserung der Attraktivität an Bedeutung gewonnen. Dabei geht es im Wesentlichen darum, das vorhandene Netz zu optimieren und kundenfreundlicher zu gestalten. Steigende Fahrgastzahlen sind das Ergebnis. Beispielsweise stellt der Verkehrsverbund Bremen/Nieder-sachsen für den Zeitraum von 1999 bis Februar 2001 eine positive Entwicklung der Fahrgastzahlen fest – trotz einer Tariferhöhung im Jahr 2001. Von einer Verlagerung weg vom Auto hin zum Öffentlichen Personennahverkehr kann jedoch nicht gesprochen werden. Vielmehr zeigt sich insgesamt ein erhöhtes Mobilitätsbedürfnis, das sich sowohl auf das Auto als auch auf öffentliche Verkehrsmittel bezieht.[15] Attraktive Angebote werden zukünftig gefragt sein, damit ein Umstieg auf Bahn und Bus immer mehr zur Alternative zum Auto wird.

In Städten sind Menschen aufgrund höherer Nutzungszahlen und räumlicher Dichte mit der Anbindung an das Netz des ÖPNV vielfach anders versorgt als im ländlichen Raum und insbesondere in ländlichen Randgebieten. Dies wirkt sich auch auf die Zufriedenheit mit dem ÖPNV aus. Generell kann festgestellt werden, dass „der ÖPNV in der Fläche für die Nutzer in der Tendenz weniger befriedigend ist als der in den Ballungsräumen.“[16] Trotz Verbesserungen wird sich im ländlichen Raum eine breite Zufriedenheit kaum herstellen lassen, da der Bedarf an öffentlichen Verkehrsmitteln auch unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit betrachtet werden muss. Hier bleibt zu erwarten, dass das Auto den Vorrang behalten wird.

[15] Vgl.: Bundesministerium für Verkehr-, Bau und Wohnungswesen: Bericht der Bundesregierung über den Öffentlichen Personennahverkehr in Deutschland nach der Vollendung der deutschen Einheit, 1999, download S. 6

[16] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 44. Siehe dazu auch: Wie komm’ ich bloß nach Jeddeloh??? Dokumentation hrsg. von der Frauenbeauftragten des Landkreises Ammerland und dem Deutschen Gewerkschaftsbund Oldenburg, 1995.

Menschen von 60 bis über 90 Jahre unterschieden sich in ihrer Haltung zum ÖPNV nicht deutlich von jüngeren Altersgruppen. Wer die Nutzung des ÖPNV gewohnt ist, wird dies auch in späteren Jahren fortsetzen – solange es möglich ist. Umgekehrt: Wer bis zum 60. Lebensjahr noch keinen bzw. nur sporadischen Zugang zum ÖPNV hatte, findet ihn höchstwahrscheinlich auch in späteren Jahren nur schwer. „Eine deutliche Verlagerung zum öffentlichen Nah- und Fernverkehr ist mit zunehmendem Alter nicht feststellbar."[17]

Allerdings ist aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Nutzung des ÖPNV oftmals mit mehr oder weniger großen Hindernissen verbunden. Untersuchungen weisen wiederholt auf Vorbehalte und auch Ansprüche von älteren Menschen gegenüber dem ÖPNV hin.[18] Dies verstärkt sich vermutlich in ländlichen Regionen mit weniger Nutzungsmöglichkeiten. Insgesamt kann jedoch gesagt werden, dass die Bevölkerung ab 60 Jahre zwar besondere Anforderungen an die Gestaltung des ÖPNV stellt, von entsprechenden Verbesserungen und Veränderungen profitieren jedoch alle Fahrgäste.

Im Rahmen des Seniorenplanes für den Landkreis Ammerland stellen sich zwei Fragen:

1. Welche Wege und Chancen der Gestaltung des ÖPNV gibt es für den Landkreis Ammerland?
2. Welche Aussagen zum Thema ÖPNV ergeben sich aus der Repräsentativbefragung?

[17] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter, Berlin 1997, S. 180
[18] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 44

4.3.1 Wege und Chancen der Gestaltung des ÖPNV

Das Niedersächsische Nahverkehrsgesetz (1996) bewirkte eine neue Verteilung der Zuständigkeit für den Öffentlichen Personennahverkehr. Daraufhin schlossen sich die Städte Bremen, Bremerhaven, Delmenhorst und Oldenburg und die Landkreise Diepholz, Oldenburg, Osterholz, Verden, Wesermarsch sowie der Landkreis Ammerland zum Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen (ZVBN) zusammen. Über einen Assoziierungsvertrag mit dem ZVBN sind außerdem zwölf Gemeinden aus den Landkreisen Cuxhaven und Rotenburg in das Gebiet des Verkehrsverbundes integriert. Parallel zum Zweckverband gründeten die Verkehrsunternehmen in diesem Raum die VBN GmbH (Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen GmbH). Gemeinsam erfolgt die Angebotsgestaltung des straßengebundenen ÖPNV im Verbundgebiet. Bahnlinien fallen in die Zuständigkeit des Landes, d.h. der Landesnahverkehrsgesellschaft mit Sitz in Hannover. Das bedeutet: Die einzelnen Gebietskörperschaften erarbeiten jeweils Maßnahme-Vorschläge für den gesetzlich geforderten Nahverkehrsplan. Über diese Vorschläge, wie z.B. Schwerpunktprojekte, wird im Verbund abgestimmt. Der erste Nahverkehrsplan wurde 1997 mit einer Laufzeit von fünf Jahren erstellt. Für den Ablauf des Verkehrs sind die Verkehrsunternehmen verantwortlich.

4.3.1.1 Liniennetz des Öffentlichen Personennahverkehrs

Wenn es um das Thema Mobilität im Alter geht, so stellt sich u.a. auch die Frage nach den Möglichkeiten einer Nutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs. Welches Angebot wird im Landkreis Ammerland vorgehalten? Das Liniennetz des ÖPNV im Landkreis Ammerland weist Hauptachsen und Verbindungslinien auf. Dazu gibt der Liniennetzplan im Anhang (Anlage 7 im Anhang II, S. 41) einen Überblick.

Drei Bedienungsebenen definieren den Standard:

1. Regional bedeutsame Direktverbindungen

Die erste Bedienungsebene umfasst Verbindungen zu größeren Städten in der Region, d.h. Verbindungen zwischen sog. Oberzentren und Mittelzentren. Das so genannte Rückgrat bilden im Ammerland der Schienenpersonennahverkehr und die Schnellbuslinien. Dazu zählen im Landkreis Ammerland die Bahnlinien Oldenburg – Rastede – Varel – Wilhelmshaven sowie Oldenburg – Bad Zwischenahn – Westerstede/Ocholt – Augustfehn – Leer. Die Bahnlinie Oldenburg – Wilhelmshaven wird seit November 2000 von der Nordwest-Bahn mit Erfolg betrieben. Durch ein flexibel, komfortabel und attraktiv gestaltetes Angebot konnte im ge-

samten Teilnetz Weser-Ems innerhalb eines Jahres eine Fahrgaststeigerung von 70 %[19] erreicht werden. Im Landkreis Ammerland ist in der Gemeinde Rastede der Bahnhof in Rastede angeschlossen. Die Bahnstrecke Oldenburg – Leer wird von der Deutschen Bahn betrieben. Bahnhöfe sind in den Gemeinden Bad Zwischenahn (Bad Zwischenahn), Apen (Augustfehn) und Stadt Westerstede (Westerstede/Ocholt) eingerichtet. Außerdem ist hier die aufgewertete Buslinie Oldenburg - Westerstede (über die Autobahn) mit dem Schnellbus „Speedy“ sowie für die Strecke Oldenburg – Brake/Nordenham mit dem „Wesersprinter“ zu nennen.

2. Regionale Direktverbindungen

Zu der zweiten Bedienungsebene zählen Buslinien, die Grundzentren mit Orten höherer Zentralität verbinden. Auch Ortslinienbusse zählen dazu. Im Landkreis Ammerland sind hier folgende Linien zu nennen:

- Linie 330 Oldenburg – Wiefelstede – Varel
- Linie 340 Oldenburg – Rastede – Hahn-Lehmden – Varel
- Linie 350 Oldenburg – Bad Zwischenahn – Westerstede
- Linie 360 Westerstede – Ocholt – Apen – Augustfehn
- Linie 380 Oldenburg – Edewecht – Barßel
- Linie 440 Oldenburg – Rastede-Loy – Brake – Nordenham – Blexen
- Linie 910 Friesoythe – Edewechterdamm – Oldenburg

Die angrenzenden Gemeinden des Ammerlandes an die Stadt Oldenburg sind an das dortige Stadtliniennetz (VWG) angebunden:

- Gemeinde Bad Zwischenahn:
  Linie 309 Petersfehn-Wildenloh – Oldenburg; Linie 310 Wehnen/Wechloy – Oldenburg
- Gemeinde Wiefelstede:
  Linie 301 Ofenerfeld – Oldenburg; Linie 302 Heidkamp/Ofenerfeld – Oldenburg
- Gemeinde Rastede:
  314 Wahnbek – Oldenburg; (306 teilweise Wahnbek – Oldenburg)

3. Ergänzende sonstige Buslinien (spezielle NutzerInnengruppen)

Zur dritten Bedienungsebene zählen im Landkreis Ammerland:

1. Nachteule. Das Nachtbusangebot existiert seit 1994 und umfasst vier Linien. Anfangs galt das Angebot am Samstagabend, seit Nov. 2000 auch am Freitagabend. Die

[19] Siehe dazu: Anzeiger Harlingerland vom 03.11.2001 und Nordwest-Zeitung vom 02.11.2001

Nachteule wird überwiegend von jungen Menschen zum Besuch von Diskotheken etc. genutzt.

2. Schulbus. Bis auf die Gemeinden Edewecht und Bad Zwischenahn sind in allen anderen Gemeinden die Schulbusse auch für die allgemeine Öffentlichkeit freigegeben, z.B. 370 Bad Zwischenahn – Wiefelstede – Rastede und 390 Westerstede – Leer. Schulbusse als öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen bedeutet: Die Busse fahren in der Regel zu Schulanfangs- und Schulendzeiten. Am Wochenende und in den Ferien existiert keine Fahrmöglichkeit.

Bedarfsorientierter Ergänzungsverkehr

Aus der Vielzahl an flexiblen Bedienformen wird im Landkreis Ammerland zz. das Anruflinientaxi (ALT) eingesetzt, und zwar:

- Linie 360 (Barßel – Apen – Westerstede)
- Linie 373 (Ofen – Petersfehn – Bad Zwischenahn)
- Linie 342 (Barghorn – Wahnbek/Neusüdende – Rastede).

Das Anruflinientaxi wird auch als Taxibus bezeichnet. Für die Nutzung ist ein vorheriger Anruf erforderlich. Es handelt sich um ein fahrplanmäßiges Angebot.

4.3.1.2 Haltestellen

Zur attraktiven Gestaltung des ÖPNV zählt auch die Ausstattung von Bushaltestellen. Das Haltestellenkonzept des Zweckverbandes verfolgt das Ziel, den ÖPNV sichtbarer und attraktiver zu machen. Angestrebt wird ein einheitlicher Standard, der hohe Ansprüche an Qualität stellt. Überdachung und Übersichtlichkeit, Beleuchtung und Sitzgelegenheit sind die zentralen Merkmale. Haltestellenförderprogramme auf Landes-, Landkreis- und Zweckverbandsebene bewirkten bereits in den vergangenen Jahren im Landkreis Ammerland eine deutliche Verbesserung in der Ausgestaltung der Haltestellen. Weitere Maßnahmen sind geplant.

Auch ein enges Netz von Haltestellen steigert die Attraktivität des ÖPNV. Beispielsweise ist im Stadtgebiet von Westerstede erreicht worden, dass kein Weg zur nächsten Haltestelle des ÖPNV mehr als 400 m beträgt.[20] Als Standard gilt ein „durchschnittlicher oder maximaler Fußweg zur nächsten Haltestelle 400 bis 800 Meter in Mittelzentren und 1000 bis 1500 in ländlichen Siedlungen.“[21]

[20] Siehe dazu: Anlage 8 im Anhang II, S. 45
[21] Bundesministerium für Verkehr (Hrsg.): direkt: Verbesserungen der Verkehrsverhältnisse in den Gemeinden. Heft 49, Bonn 1995, S. 9

4.3.1.3 Nahverkehrsplanung

Auf Landkreisebene erarbeitet die Nahverkehrskommission den Nahverkehrsplan. Diese Kommission setzt sich aus VertreterInnen der Gemeinden, der Verkehrsunternehmen, der Kreistagsabgeordneten und der zuständigen Fachämter des Landkreises zusammen. Der Nahverkehrsplan ist das Ergebnis der einzelnen ÖPNV-Planungen der Gemeinden, Kreise und Städte und bildet die Basis sowie den Rahmen für die Planung im Verbundgebiet. Der erste Nahverkehrsplan - mit einer Laufzeit von fünf Jahren - wurde Ende 1997 von der Verbandsversammlung beschlossen. Derzeit wird am Nahverkehrsplan 2 gearbeitet, der bis Ende 2002 zu verabschieden ist.

Äußerer Rahmen für den Nahverkehrsplan sind die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Dies deutet bereits auf eng gesteckte Grenzen und auf eine langfristige Planung hin. Wichtiger Maßstab ist dabei die Akzeptanz der Neuerungen durch die Bevölkerung, die in einer automobilen Gesellschaft nicht leicht zu gewinnen ist.

Der Landkreis Ammerland hat auf der Sitzung der Nahverkehrskommission am 07.03.2002 u.a. die Gemeinden aufgefordert, kurzfristig weitere Maßnahmen vorzuschlagen. Hier besteht auch die Chance der Einflussnahme durch die Seniorenbeiräte der Gemeinden. Konkrete Verbesserungsvorschläge, die den Bedürfnissen der Senioren in den einzelnen Gemeinden entgegenkommen, können an die Gemeindevertreter in der Nahverkehrskommission herangetragen werden. Abgestimmt wird Ende 2002. Damit ist der Nahverkehrsplan auf weitere fünf Jahre festgeschrieben. Beschlossene Maßnahmen sind in dieser Zeit umzusetzen bzw. zu prüfen.

Diese zeitlichen Vorgaben bedeuten, dass Ergebnisse und Empfehlungen zum Thema ÖPNV aus dem Seniorenplan bei der Bearbeitung des Nahverkehrsplans nicht mehr berücksichtigt werden können. Der Seniorenplan wird erst Ende des Jahres abgeschlossen sein. In Zukunft ist jedoch bei weiteren Fragen zur Optimierung des ÖPNV die Altersgruppe der über 60-Jährigen nicht mehr wegzudenken. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung wurde in der März-Sitzung der Nahverkehrskommission getan: Der erste Vorsitzende des Seniorenbeirates des Landkreises wurde in die Kommission gewählt und wird in das bis Ende August laufende Beteiligungsverfahren für den Nahverkehrsplan 2 einbezogen. Damit ist auf jeden Fall zukünftig der Seniorenbeirat beteiligt und ein Weg eröffnet, die Interessen der älteren Bevölkerung bei der regionalen Planung des Nahverkehrs stärker zu berücksichtigen. Parallel dazu wurde vom Seniorenbeirat auf Landkreisebene die Mitarbeit im Fahrgastbeirat beschlossen. Dieser Beirat bildet die Interessensvertretung der Fahrgäste und repräsentiert die unterschiedlichen Erwartungen und Anforderungen der Fahrgäste (von Jugendlichen bis zu Seni-

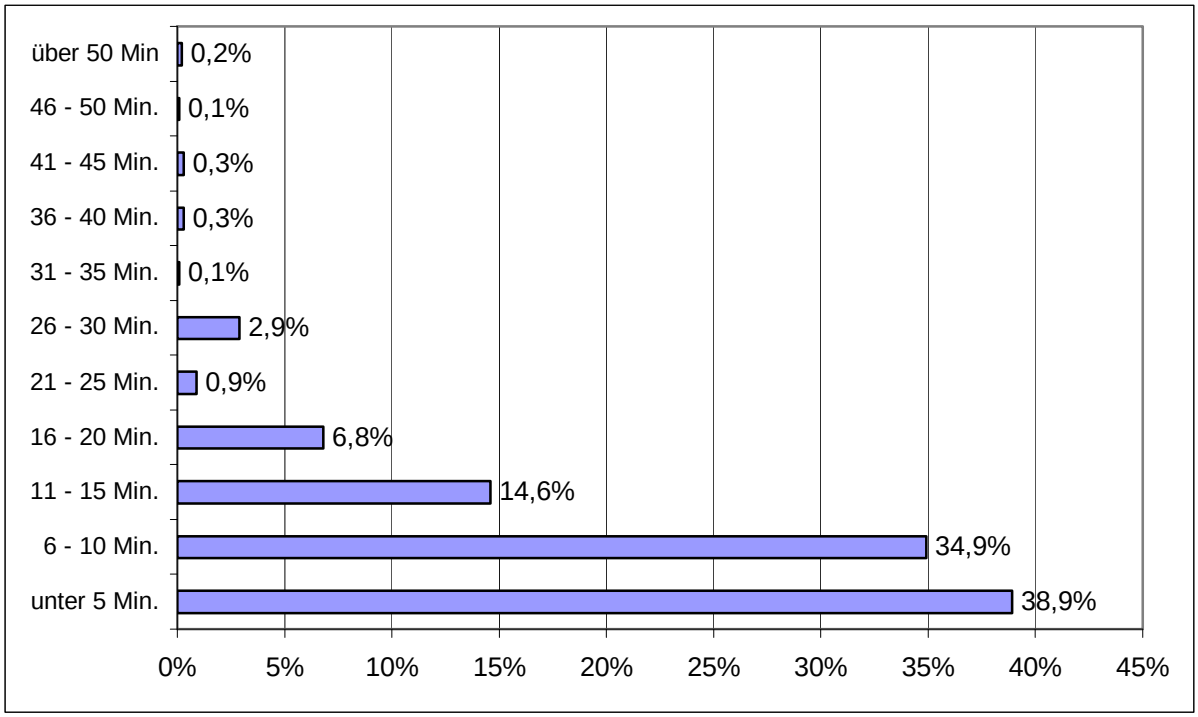
oren) im gesamten Verbund (von der Großstadt bis zum ländlichen Bereich). Darüber hinaus ist für individuelle Kritik und Anregungen das Kundenbeschwerdemanagement der VBN zu erwähnen.

4.3.2 Bushaltestellen – Entfernung und Taktzeiten

In der Repräsentativerhebung wurde die Bevölkerung ab 60 Jahre nach einer Anbindung an den ÖPNV gefragt. Dabei ging es ausschließlich um Buslinien. Hintergrund: Da der Fragebogen für die Stadt Westerstede entwickelt wurde, berücksichtigte man nur den Bus als öffentliches Verkehrsmittel. Bei der Ausweitung auf die anderen Gemeinden wurde der Fragebogen als Ganzes übernommen. Somit werden die Bahnlinien nicht berücksichtigt. Gefragt wurde nach der zeitlichen Entfernung zur Bushaltestelle und nach der Häufigkeit der Busfahrten pro Tag. Damit wurde beabsichtigt, Aussagen bezüglich der Versorgungssituation mit dem Busliniennetz im Landkreis Ammerland treffen zu können.

Der Weg zur Bushaltestelle, d.h. der Zeitaufwand bis zum Einstieg in den Bus, ist ein wichtiges Kriterium für eine (mögliche) Nutzung. Folgende Abbildung zeigt die Häufigkeit der Angaben auf die Frage: „Wie weit ist es von Ihrer Wohnung zur nächsten Bushaltestelle?“:

Abbildung 4: Weg zur Bushaltestelle in Minuten



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Mehrheitlich bezieht sich die Zeitangabe auf einen Fußweg zur Haltestelle. Geht man davon aus, dass ein Fußweg von bis zu 10 Minuten eine relativ günstige Anbindung bedeutet, so zeigen die Ergebnisse der Befragung, dass fast drei Viertel der über 60-Jährigen in den sechs Gemeinden des Ammerlandes die nächste Bushaltestelle in dieser Zeit erreichen können. Im Einzelnen ist aus der Abbildung abzulesen:

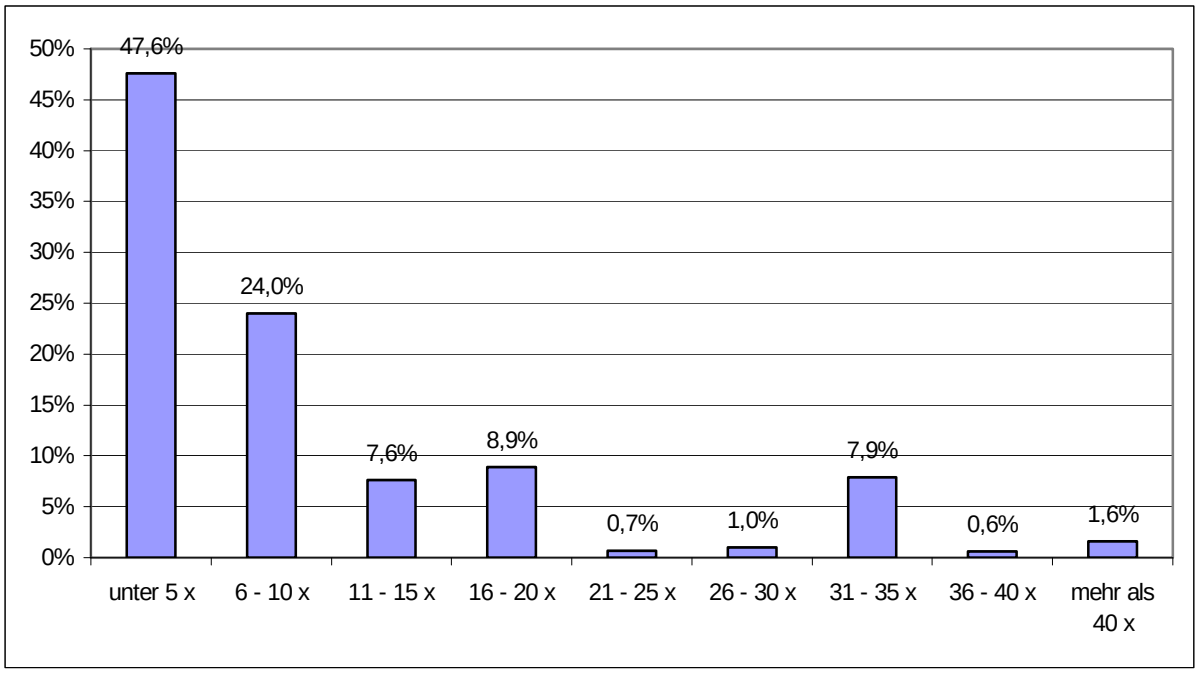
- Fast 40 % der Menschen ab 60 Jahre wohnt in unmittelbarer Nähe einer Haltestelle und benötigt für den Weg dorthin bis zu 5 Minuten. In den Gemeinden Bad Zwischenahn, Edewecht und Wiefelstede liegt der Anteil über 40 %, in den übrigen Gemeinden unter 40 %. Der leicht erhöhte Wert dürfte durch die Anbindung an den Stadtbus nach Oldenburg bedingt sein.
- Mehr als 30 % benötigt zwischen 6 und 10 Minuten.
- Rund 15 % brauchen für den Weg zur Haltestelle zwischen 11 und 15 Minuten.
- Für rund 10 % der Befragten ist der Weg zur Bushaltestelle länger als eine Viertelstunde.

Siehe dazu: Abbildung 26 im Anhang S. 46: Weg zur Bushaltestelle nach Gemeinden

Der Zeitaufwand bis zur Bushaltestelle wurde von fast 90 % der Befragten eingeschätzt, d.h. den meisten Menschen ab 60 Jahre ist die nächstgelegene Bushaltestelle bekannt und auch die Dauer des Weges dorthin. Nur eine Minderheit von rund 10 % gibt keine Einschätzung ab. Im Allgemeinen stellt nicht die Unkenntnis von der nächstgelegenen Haltestelle ein Prob-

lem in der tatsächlichen Nutzung des Busses dar. Ein größeres Hindernis dürften lange Taktzeiten sein. Die Ergebnisse der Befragung beziehen sich mehrheitlich auf Angaben zu den Taktzeiten der Linienbusse und der Stadtbusse nach Oldenburg. Folgendes Gesamtbild entsteht:

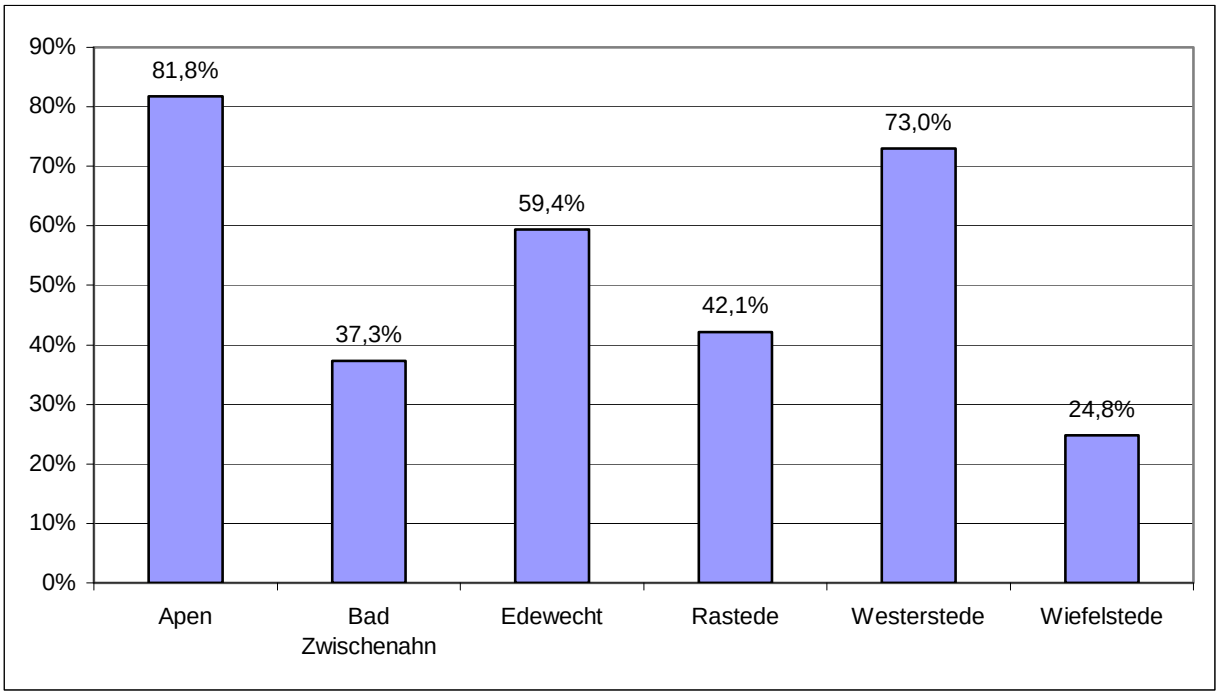
Abbildung 5: Taktzeiten Busverkehr



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Rund die Hälfte der Bevölkerung ab 60 Jahre kann mehr als 6 x täglich eine Buslinie nutzen. Die hohen Taktzeiten beziehen sich auf die Stadtbusse nach Oldenburg. Allerdings kann die andere Hälfte nur weniger als fünf Mal täglich einen Bus nutzen. Mit Blick auf die Gemeinden haben hier die Angaben eine sehr große Spannweite:

Abbildung 6: Busverkehr weniger als 5 x täglich nach Gemeinden



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Die Betrachtung nach Gemeinden spiegelt allgemein deren Anbindung an das Busliniennetz im Ammerland wider:

- Bedingt durch die räumliche Lage der Gemeinde Apen, können hier 81,8 % der Befragten täglich weniger als 5 x eine Buslinie benutzen.
- Trotz des innerörtlichen Busses und des attraktiven Haltestellenkonzeptes in der Stadt Westerstede geben in der gesamten Gemeinde Westerstede fast drei Viertel der über 60-Jährigen an, nur bis zu 5 x täglich eine Buslinie benutzen zu können. Mit einem weiten Abstand trifft dies in der Gemeinde Edewecht auf 59,4 % der Senioren zu.
- Bei den übrigen drei Gemeinden Rastede (42,1 %), Bad Zwischenahn (37,3 %) und Wiefelstede (24,8 %) macht sich die Anbindung an den Stadtbus nach Oldenburg bemerkbar. Häufigere Taktzeiten sind hier der Fall.

Die Ergebnisse der Seniorenbefragung im Landkreis Ammerland vermitteln einen Überblick über Möglichkeiten der Nutzung, d.h. über die Anbindung an den Öffentlichen Personennahverkehr. Ob und wie häufig die Altersgruppe der ab 60-Jährigen den ÖPNV tatsächlich nutzen und welche Ansprüche und Bedürfnisse sie stellen, darüber können keine Aussagen gemacht werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Gruppe der Senioren sich hier sehr unterschiedlich verhält und abhängig ist von vielen Faktoren: Vom Wohnort im Landkreis (ob ländlich oder örtlich oder ob z.B. eine günstige Anbindung an die Stadt Oldenburg

vorhanden ist), von der finanziellen Situation (wenn ein Auto vorhanden ist, erscheint die zusätzliche Nutzung des ÖPNV relativ teuer), von Beeinträchtigungen bzw. dem Grad der Beeinträchtigung, vom Bedürfnis möglichst ohne Stress in das Oberzentrum z.B. nach Oldenburg zu fahren (keine Parkplatzsuche und Parkgebühr, Nutzung des Stadtbusses im Preis enthalten), um nur einige Punkte zu nennen.

➔ **Der ÖPNV im Landkreis Ammerland bietet der Bevölkerung ein breit verzweigtes Liniennetz für Bus und Bahn, das immer weiter optimiert wird. Der Nahverkehrsplan verfolgt das Ziel, die Attraktivität zu verbessern und damit die Fahrgastzahlen zu erhöhen. Der Seniorenbeirat ist Mitglied der Nahverkehrskommission. Der Nahverkehrsplan 2 wird Ende 2002 verabschiedet und dann für fünf Jahre festgeschrieben. Die Repräsentativerhebung kommt zu dem Ergebnis, dass für fast drei Viertel der Bevölkerung ab 60 Jahre der zeitliche Aufwand zur nächsten Bushaltestelle bis zu zehn Minuten beträgt. Allerdings wohnt rund die Hälfte in der Nähe von Buslinien, die weniger als 5 x täglich fahren. Die andere Hälfte kann den Bus häufiger als 5 x täglich nutzen. Dies gilt vor allem in Gemeinden mit einer Stadtbusanbindung nach Oldenburg. Diese Ergebnisse dürften auch die Nutzungsmöglichkeiten der Buslinien im Landkreis Ammerland generell widerspiegeln.**

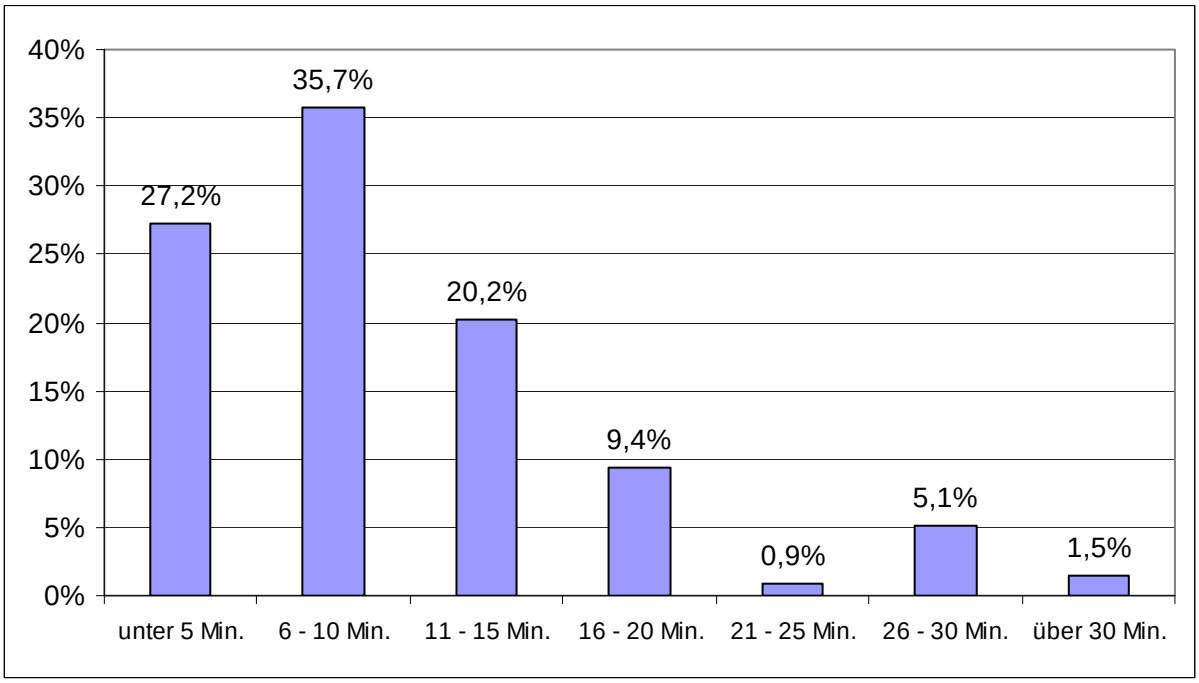
4.4 Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen

Mobilität im Alter schließt auch die Frage nach der Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen, wie z.B. eines Lebensmittelladens ein. Denn: Einkaufen gehört für viele Senioren zum täglichen Tagesablauf. Die Versorgung mit Dingen des täglichen Bedarfs wird häufig verbunden mit Bewegung (z.B. durch Nutzung des Fahrrades, zu Fuß gehen) und der Pflege sozialer Kontakte. Dabei werden gerade in ländlichen Regionen die Wege zum nächsten Lebensmittelladen durch die Schließung der „Tante-Emma-Läden“ in kleineren Orten zunehmend länger. Für den Weg in den nächst größeren Ort kann dann aufgrund der größeren Entfernung vielfach nur noch das Auto benutzt werden.

Im Rahmen der Repräsentativerhebung wurde die Bevölkerung ab 60 Jahre im Landkreis Ammerland gefragt: Wie kaufen Sie die Dinge des täglichen Lebens (z.B. Lebensmittel, Getränke, Wasch- und Putzmittel) ein? Wie lange dauert ein Weg zur Einkaufsstätte? Antworten auf diese Fragen geben Aufschluss darüber, wie groß der Zeitaufwand für die Versorgung

mit dem täglichen Bedarf ist und mit welchem Verkehrsmittel die Versorgung erfolgt. Die folgende Abbildung zeigt zunächst die Verteilung der Häufigkeiten zur zeitlichen Dauer **einer** Wegstrecke zur Einkaufsstätte:

Abbildung 7: Dauer der Wegstrecke zur Einkaufsstätte in Minuten



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Die Häufigkeiten verteilen sich insgesamt sehr unterschiedlich und auch mit Blick auf die sechs Gemeinden des Ammerlandes:

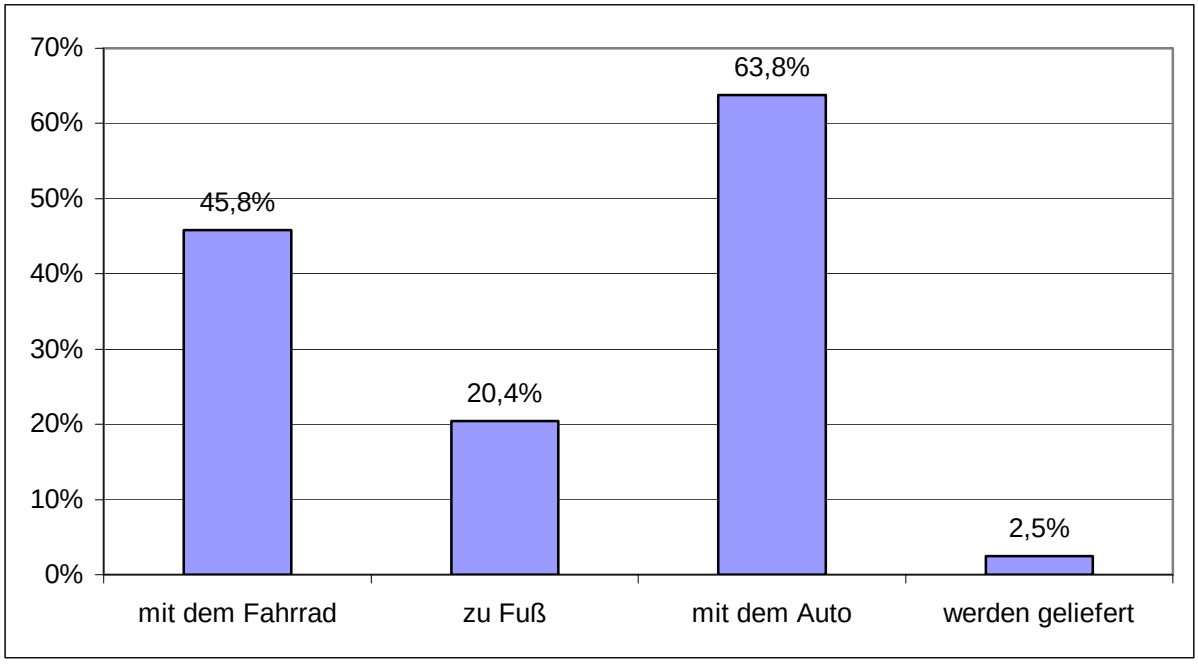
- An erster Stelle wird eine Entfernung zur Einkaufsstätte genannt, die zwischen 6 und 10 Minuten beträgt. Hier ist die Verteilung in den einzelnen Gemeinden relativ gleichmäßig.
- In unmittelbarer Nähe verfügen mehr als ein Viertel der Senioren im Ammerland über eine Einkaufsmöglichkeit. Westerstede hebt sich hier mit 37 % deutlich von den anderen Gemeinden ab.
- Eine Entfernung zwischen 11 und 15 Minuten folgt an dritter Position mit rund 20 %. In der Gemeinde Bad Zwischenahn sind hier die häufigsten Nennungen.
- Zwischen 16 und 20 Minuten benötigen rund 10 %, wobei die Gemeinden Edewecht (15 %) und Wiefelstede (12 %) deutlich höher liegen als die übrigen Gemeinden.

Siehe dazu: Abbildung 27 im Anhang II S. 48: Weg zur Einkaufsstätte nach Gemeinden

Auch wenn die überwiegende Mehrheit (83 %) der Befragten für einen Weg zur Einkaufsstätte unter 15 Minuten benötigt, so ist doch der Anteil derjenigen, die dafür mehr Zeit einplanen müssen mit 17 % nicht unerheblich.

Die Zeitangaben beziehen sich teilweise auf unterschiedliche Verkehrsmittel. Anzunehmen ist, dass beispielsweise in 10 Minuten sowohl eine Einkaufsmöglichkeit in der Nähe mit dem Fahrrad zu erreichen wie auch ein Einkaufszentrum in weiterer Entfernung mit dem Auto. Dinge des täglichen Bedarfs werden wie folgt eingekauft:

Abbildung 8: Wie wird eingekauft? (Mehrfachnennungen)



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Das Auto steht ganz deutlich im Mittelpunkt, wenn es um Einkäufe zur täglichen Versorgung geht. Nach einer Nutzung des ÖPNV wurde nicht gefragt:

- Knapp zwei Drittel der Bevölkerung über 60 Jahre benutzt das Auto für Besorgungen. Die hohe Pkw-Verfügbarkeit und die Notwendigkeit, in einen nächst größeren Ort zum Einkaufen zu fahren machen sich hier bemerkbar. Die Gemeinde Wiefelstede hat hier vor Edewecht den höchsten Anteil.
- Neben dem Auto hat aber auch das Fahrrad einen hohen Stellenwert: Nahezu die Hälfte nutzt das Fahrrad, vielfach alternativ zum Auto. In Apen und Westerstede sind hier die häufigsten Nennungen.
- Während in Städten über 80 %[22] der Senioren zu Fuß ihre Einkäufe erledigen, weist die Erhebung im Landkreis Ammerland hier lediglich einen Anteil von knapp 20 % aus. In Rastede und Westerstede ist er am höchsten.

[22] Das gilt z.B. für die Städte Mannheim und Chemnitz. Mollenkopf, Heidrun, Flaschenträge, Pia: Erhaltung von Mobilität im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 197. Berlin 2001, S. 150

- Von den Befragten bekommen 2,5 % die notwendigen Dinge des Alltags ins Haus geliefert. Auch hier haben Westerstede und Rastede den größten Anteil.
- Während Frauen häufiger das Fahrrad benutzen und zu Fuß gehen, fahren Männer in der Mehrheit mit dem Auto, um Besorgungen zu erledigen.

Siehe dazu: Abbildung 28 im Anhang II S. 50: Verkehrsmittelwahl beim Einkaufen nach Gemeinden

Beim Thema Mobilität im Alter standen Fragen zur Dauer des Weges zur Einkaufsstätte und zum Verkehrsmittel im Vordergrund. Die sich daran anschließende Frage „Kaufen Sie selbst ein?“ wird im folgenden Kapitel behandelt

➔ **Im Landkreis Ammerland erreichen Senioren die für die alltägliche Versorgung notwendigen Einkaufsstätten überwiegend mit dem Auto. Aber auch das Fahrrad hat einen hohen Stellenwert und wird vielfach für kürzere Strecken alternativ genutzt. Im Vergleich zu größeren Städten erledigt nur ein geringer Anteil die Besorgungen zu Fuß. Während Frauen häufiger das Fahrrad nutzen oder zu Fuß gehen, benutzen Männer mehrheitlich das Auto.**

5. Selbstständigkeit im eigenen Haushalt

Alter ist nicht gleichzusetzen mit einem zwangsläufigen Bedarf an professioneller Unterstützung zur Erhaltung der Selbstständigkeit. Geschätzt wird, dass bundesweit weniger als 30 % der Senioren auf professionelle Hilfen angewiesen sind. Das bedeutet: Der überwiegende Teil lebt weitgehend unabhängig von sozialen Dienstleistungsangeboten. Eine Pflegebedürftigkeit liegt bei weniger als 10 % der gesamten Altersgruppe der über 65-Jährigen vor. Bei den „jungen Alten" ist der Anteil deutlich geringer. Aber auch bei den im eigenen Haushalt lebenden über 80-Jährigen steigt er nur auf rund 19 %.[1]

Die Altersgruppe der ab 60-Jährigen ist sehr vielschichtig in ihrer körperlichen und geistigen Verfassung, in ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten und auch in ihren Ansprüchen. Selbst Hochaltrige über 80 Jahre müssen nicht zwangsläufig von Altersproblemen betroffen sein. Der Anteil der Selbstständigen jenseits des 80. Lebensjahres ist jedoch deutlich kleiner, da die Wahrscheinlichkeit von altersbedingten Erkrankungen betroffen zu sein im höheren Alter ansteigt. Beispielsweise ist heute bei den über 80-Jährigen jede fünfte Person an Demenz erkrankt, bei den über 90-Jährigen ist es jede dritte Person. Nach Schätzungen leiden etwa 900.000 Menschen an mittelschwerer bzw. schwerer Demenz, etwa zwei Drittel davon an der Alzheimer Krankheit. Zukünftig wird mit einer steigenden Zahl gerechnet. Zwei Drittel der Demenzkranken wird zu Hause von den Angehörigen versorgt, was nicht selten eine Überforderung bedeutet.[2]

Trotz altersbedingter Krankheiten und den damit verbundenen Herausforderungen und Belastungen für Familie und nähere Umgebung ist die Wahrung der Selbstständigkeit im Alter eine zentrale gesellschaftliche Forderung. Entsprechend wird im vierten Altenbericht als Leitbild formuliert, „dass Menschen in allen Lebensabschnitten – also auch in der Hochaltrigkeit – Personen sind, die ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen. Das gilt grundsätzlich ebenso für demenziell erkrankte ältere Menschen. (...) Das hohe Alter bietet kein einheitliches Bild. Es bestehen vielmehr große und mit dem Alter zunehmende Unterschiede hinsichtlich der Befindlichkeit, der psychischen und der körperlichen Gesundheit älterer und hochaltriger Menschen."[3] Hinzu kommt, dass der so genannte „dritte Lebensabschnitt" heute mehrere Jahrzehnte umfassen kann, die selbstständig und aktiv gelebt werden wollen. Dazu ist die Eigeninitiative der Senioren gefragt, aber auch die gesamte Gesellschaft

[1] Naegele, Gerhard: Neue Märkte und Berufe. Altern schafft Bedarf. In: Funkkolleg Altern, Studienbrief 7. Tübingen 1997, S. 10 ff.
[2] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Nr. 397 vom 17.04.2002
[3] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Nr. 397 vom 17.04.2002

und die Politik, um Rahmenbedingungen für eine möglichst weitgehende Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu schaffen und die Würde insbesondere auch der Hochaltrigen zu bewahren.

Vielfältige Untersuchungen belegen: Je älter die Menschen werden, um so wichtiger wird die Lebensqualität in den eigenen vier Wänden, da sie immer mehr Zeit zu Hause verbringen. Aber auch das unmittelbare Wohnumfeld spielt zunehmend eine wichtige Rolle, um Selbstständigkeit, selbstbestimmte Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe möglichst lange in einer vertrauten Umgebung zu sichern. Die Wohnnähe zu den Kindern und Freundschaftsnetzwerke in der näheren Umgebung sind hier ebenso von Bedeutung wie der Kontakt zu Nachbarn und eine langjährig gewachsene Nachbarschaftshilfe. Professionelle soziale Dienstleistungsangebote bieten vielfältige zusätzliche Möglichkeiten, selbstbestimmt in der eigenen Wohnung zu leben. Festzustellen ist insgesamt, dass mit zunehmendem Alter der Bedarf an sozialen Diensten steigt. Da zukünftig eine zahlenmäßige Zunahme der sehr alten Menschen vorausgesagt wird, ist ebenfalls von einer steigenden Nachfrage nach hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen auszugehen.

Zur Pflegeplanung im Landkreis Ammerland siehe Teil I im Anhang. Neben Fragen zu stationären Einrichtungen werden auch Fragen zu ambulanten Diensten und damit zur häuslichen Pflege behandelt.

Im Rahmen des vorliegenden Seniorenplanes wird der Schwerpunkt auf Hilfen und Dienstleistungen zur Unterstützung der Selbstständigkeit im eigenen Haushalt gelegt. Vorrangig geht es um: Selbstständiges Einkaufen, Nachbarschaft, Bedarf und Angebote an Hilfen für Haus und Garten, Notrufsystem und allgemein um Beratungsbedarf. Dazu werden Ergebnisse aus der Repräsentativbefragung der Senioren im Ammerland herangezogen. Angebote der ambulanten Dienste werden im Überblick dargestellt.

5.1 Einkaufen

Im vorangestellten Kapitel zum Thema Mobilität wurde bereits den Fragen nach der zeitlichen Entfernung zur nächsten Einkaufsstätte und den Verkehrsmitteln nachgegangen. Im Folgenden steht unter dem Aspekt einer selbstständigen Lebensführung das Einkaufen an sich im Vordergrund. Einkaufen ist notwendig zur alltäglichen Versorgung mit Lebensmitteln und anderen Konsumgütern. Zum anderen trägt Einkaufen auch zur Strukturierung des Tagesablaufs bei und zur Pflege von Kontakten. Einkaufen bedeutet aber auch, eine Auswahl

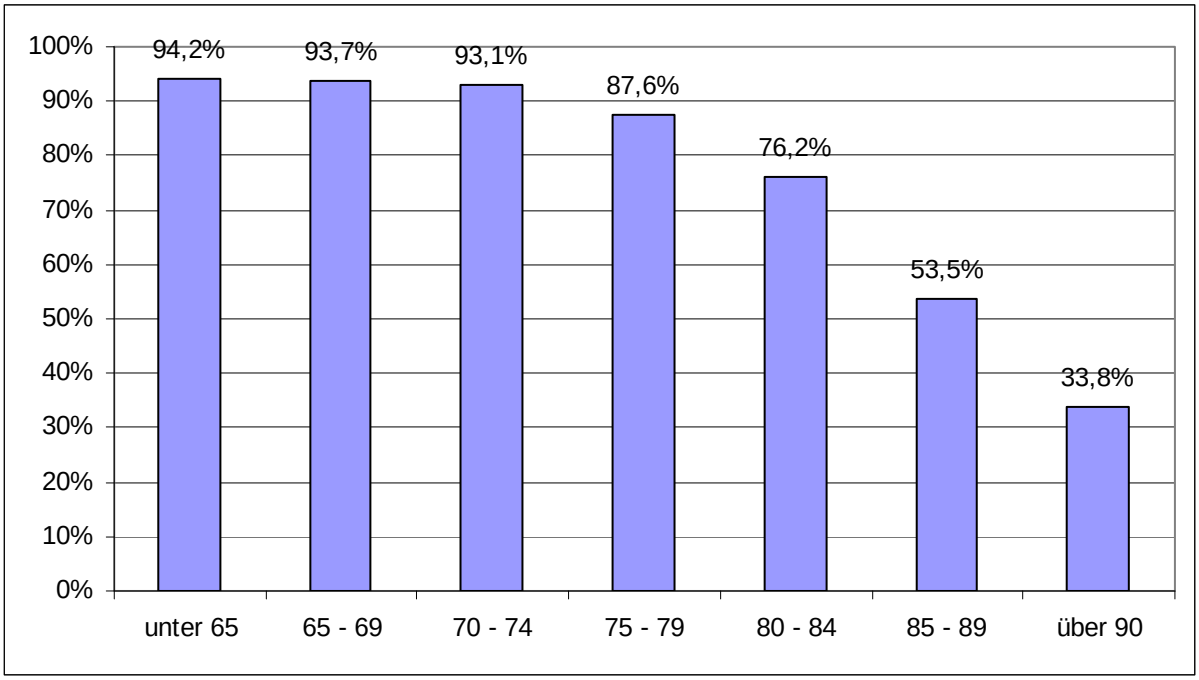
aus dem vorhandenen Angebot zu treffen. Insofern ist das Konsumverhalten älterer Menschen für den Handel, für Wirtschaftsverbände und für die Wirtschaftsförderung aber auch für Existenzgründungsvorhaben von hohem Interesse. Dies gilt insbesondere dort, wo sich ältere Menschen in einer guten finanziellen Situation befinden.

Unterscheiden sich ältere Menschen von jüngeren in ihrem Kaufverhalten? In einer bundesweiten Erhebung wurde hinsichtlich der Kaufeinstellungen festgestellt, dass bei Menschen ab 60 Jahre und hier insbesondere bei den Hochaltrigen das Interesse, neue Produkte auszuprobieren, merklich nachlässt. Auch ein exklusiver Konsum spielt in der Altersgruppe eine geringere Rolle. Ebenso sinkt der Wunsch nach modernem Design. In Raten wird mit zunehmendem Alter immer seltener gezahlt.[4] Festgestellt wurde ferner eine Veränderung der Einkaufsgewohnheiten. In Lebensmittelabteilungen in großen Kaufhäusern und größeren Verbrauchermärkten wird mit zunehmendem Alter tendenziell weniger eingekauft, bevorzugt werden dann eher kleinere dezentraler zu erreichende Einkaufsstätten.[5] Diesem Kaufverhalten steht auf der anderen Seite eine zunehmende „Entdeckung" der Bedürfnisse von Senioren entgegen, was vielfach mit dem Begriff „Alter als Wirtschaftsfaktor" umschrieben wird. In der Werbung sind sie immer häufiger präsent. Da Konsum als zentrales gesellschaftliches Element gilt, wird aufgrund des wachsenden Anteils der älteren Bevölkerung zukünftig noch stärker den Ansprüchen dieser Altersgruppe Rechnung getragen werden müssen.

Kaufen Sie selbst ein? Wenn nein, wer tut es? Diese Fragen wurden den Senioren in der Fragebogenaktion im Landkreis Ammerland gestellt. Ergebnis zur ersten Frage: Insgesamt kaufen 89,1 % der Befragten selbst ein, wobei sich die Angaben nach Alter unterschiedlich verteilen. Dies zeigt folgende Abbildung:

[4] Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): AWA 1995, Allensbach 1995. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter. Stuttgart 1997, S. 170
[5] Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): AWA 1993, Allensbach 1993. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter. Stuttgart 1997, S. 170

Abbildung 1: Selbst einkaufen nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Insgesamt ist festzustellen, dass mit zunehmendem Alter – vor allem bei den Hochaltrigen über 80 Jahre – das selbstständige Einkaufen immer mehr reduziert wird.

- Von der Altersgruppe der unter 65-Jährigen zu der Gruppe der 65-69-Jährigen ist kaum eine Veränderung festzustellen: In beiden Altersstufen kaufen rund 94 % selbst ein. Dies entspricht dem Bundesdurchschnitt für die Gruppe der 60-69-Jährigen.[6] Aber auch zur nächsten Stufe der 70-74-Jährigen ist der Unterschied nur sehr gering.
- Deutlich erkennbar ist eine stetig steigende Abnahme in den nachfolgenden Altersstufen insbesondere ab 75 Jahre. Bundesweit wird für die gesamte Altersgruppe der ab 70-Jährigen ein Anteil von 90 % angegeben. Ein direkter Vergleich der einzelnen Altersgruppen ist somit nicht möglich. Der Anteil der über 70-Jährigen im Landkreis Ammerland dürfte allerdings annähernd dem Bundesanteil entsprechen.
- Insgesamt zeigt sich hinsichtlich des Einkaufens zwischen Frauen und Männern nur ein geringfügiger Unterschied: 88,3 % der Männer und 89,7 % der Frauen geben an, selbst einzukaufen. Bundesweit sind hier deutlichere Unterschiede zu erkennen: Bei den 60-69-Jährigen kaufen 99 % der Frauen und 87 % der Männer ein und bei den über 70-Jährigen sind es 95 % der Frauen und 82 % der Männer.[7] Vermutlich ist der höhere Männeranteil im Landkreis Ammerland darauf zurückzuführen, dass mehrheit-

[6] Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): AWA 1995, Allensbach 1995. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter. Stuttgart 1997, S. 171

[7] Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): AWA 1993, Allensbach 1993. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter. Stuttgart 1997, S. 171

lich mit dem Auto eingekauft wird. Da Frauen vielfach keinen Führerschein besitzen, dürfte in Partnerbeziehungen in vielen Fällen ein gemeinsames Einkaufen erfolgen.

- Rund 10 % der befragten Senioren im Ammerland kaufen nicht selbst ein. Für sie kaufen in erster Linie Familienmitglieder ein, aber auch Personen aus der Nachbarschaft, bezahlte Hilfen und andere Personen.

Siehe dazu: Abbildung 29 im Anhang II S. 52: Kaufen Sie selbst ein? – nach Gemeinden
Abbildung 30 im Anhang II S. 52: Kaufen Sie selbst ein? – nach Geschlecht

➔ **Selbstständiges Einkaufen kann wie viele andere notwendige Handlungen im Tagesablauf als ein wichtiger Gradmesser für die eigenständige Lebensführung betrachtet werden. Aus der Repräsentativerhebung ist abzulesen, dass rund 90 % der Bevölkerung ab 60 Jahre ihre Einkäufe selbst erledigen. Während bis zum Alter von 74 Jahren über 90 % selbst einkaufen, sinken die Anteile in den nachfolgenden Altersgruppen zunehmend, allerdings beträgt er bei den über 90-Jährigen immer noch ein Drittel. Bei denjenigen, die nicht selbst einkaufen, übernehmen zu fast 90 % Familienmitglieder die Einkäufe. Aber auch Nachbarn und bezahlte Dienste werden in Anspruch genommen.**

5.2 Unterstützung durch Familie

5.2.1 Partnerschaft

Wenn es um Fragen zur Unterstützung der selbstständigen Lebensführung geht, steht zunächst die Frage nach weiteren im Haushalt lebenden Personen im Vordergrund. Die Repräsentativerhebung im Landkreis Ammerland zeigt, dass rund drei Viertel der Bevölkerung ab 60 Jahre mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammenlebt, rund ein Viertel lebt allein. Nur ein sehr geringer Teil lebt mit PartnerIn bzw. allein und einem Kind im gemeinsamen Haushalt.[8]

Betrachtet man zunächst die größere Gruppe derjenigen, die in einer Partnerschaften leben, so ist davon auszugehen, dass zur selbstständigen Lebensführung eine gegenseitige Unterstützung Vorrang hat vor weiteren Hilfeleistungen. Aber auch eine einseitige Unterstützung – evtl. mit weiteren Hilfeleistungen anderer Familienmitglieder oder/und von ambulanten Diensten – ist in vielen Fällen selbstverständlich. In einer Untersuchung des Niedersächsischen Landfrauenverbandes wurde beispielsweise in einer Befragung im ländlichen Raum

[8] Siehe dazu: Kapitel Haushaltsgröße

um Hannover ermittelt, dass Hilfeleistungen von EhepartnerInnen neben Hilfen von Kindern einen hohen Stellenwert haben. Danach unterstützen EhepartnerInnen vorrangig beim Spazieren gehen. Nachfolgende Positionen sind: Zu Veranstaltungen begleiten, Gartenarbeit, Behördengänge/Bank, Einkaufen, Arztbesuche und Ankleiden.[9]

Der Tod der Partnerin bzw. des Partners nach einer oft über mehrere Jahrzehnte dauernden Partnerschaft bedeutet in vielerlei Hinsicht einen extremen Lebenseinschnitt. So geht es u.a. auch um die Frage nach Möglichkeiten der zukünftigen Eigenständigkeit in der gewohnten Umgebung. Um die eigene Selbstständigkeit weiterhin zu gewährleisten, stehen Frauen wie Männer aufgrund der bisherigen Aufgabenverteilung im Haushalt vielfach vor ganz neuen Situationen und Problemen. In einer Untersuchung für den Landkreis Wittmund werden dazu folgende Tendenzen festgestellt, die durchaus verallgemeinert werden können: „Für allein stehende Frauen gilt, dass nach dem Verlust des Partners die Familie einspringt und Tätigkeiten übernimmt, die vorher der Partner erledigt hat. Es ist weiter zu beobachten, dass jetzt auch andere Personen und Dienste in Anspruch genommen werden. Die allein stehenden Männer hingegen versuchen viele Dinge, die vorher ihre Partnerin durchführte, möglichst selbst zu übernehmen. Dazu gehören auch Tätigkeiten wie Kochen, Waschen u.a.“[10] Zudem wird angemerkt, dass Männer weitaus häufiger als Frauen eine Partnerin finden, die bei den Hausarbeiten behilflich ist.[11] Dazu ist grundsätzlich festzustellen, dass aufgrund der längeren Lebenserwartung der Frauen der Ehemann häufig bis an sein Lebensende die notwendige Unterstützung von seiner Frau erhält. Umgekehrt ist dies eher selten der Fall.

Wenn eine partnerschaftliche Unterstützung nicht mehr ausreicht bzw. der Partner stirbt, dann sind soziale Netzwerke gefragt, d.h. in erster Linie die Familie. Wenn Kinder vorhanden sind stellt sich die Frage danach, ob diese die notwendige Unterstützungen selbst übernehmen bzw. notwendige Hilfen organisieren.

5.2.2 Kinder

Für allein lebende, aber auch für in Partnerschaft lebende Senioren hat, die Familie als soziales Netz heute immer noch eine zentrale Bedeutung. Die Beziehung zu den eigenen Kindern steht hier im Vordergrund. Bei älteren Menschen ohne Kinder sind es vielfach Bezie-

[9] Landfrauenverband Hannover e.V.: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 24

[10] Karlstetter, Stefan; Rohloff, Dieter: Älterwerden im Landkreis Wittmund. Sonderausgabe des Fachbereichs Sozialwesen der Fachhochschule Ostfriesland. Emden 1994, S. 76

[11] Hier wird der weitaus höhere Frauenanteil an den über 60-Jährigen deutlich. Im Landkreis Ammerland ermittelte die Befragung, dass rund 40 % der Frauen und rund 12 % der Männer über 60 Jahre allein leben.

hungen zu Nichten, Neffen, Patenkinder etc. Der Zusammenhalt zwischen den Generationen existiert nach wie vor trotz Veränderungen des Zusammenlebens in der Familie, beispielsweise durch höhere Scheidungsraten, räumliche Entfernungen etc. Darauf weist die Familienforschung hin.

Mit der Formel „innere Nähe bei äußerer Distanz“ wird heute vielfach die Form des Miteinanders der älteren Generation zur mittleren umschrieben. „Bei beiden Generationen besteht zum einen das Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Beziehungen (im Sinne von Nähe) und zum anderen das Bedürfnis nach Autonomie (im Sinne von Distanz).“[12] Zwar leben immer mehr ältere Menschen allein, der Kontakt zur Familie – per Telefon oder Besuch - ist allerdings relativ häufig. Aus einer europaweiten Untersuchung aus dem Jahr 1993 geht hervor, dass in Deutschland die meisten Senioren (75 %) mindestens einmal pro Woche Kontakt zu ihren Kindern haben.[13] Im ländlichen Raum ist dieser Anteil höher als in Städten. So ermittelte eine Befragung im ländlichen Raum um Hannover, dass rund 90 % der älteren Bevölkerung mindestens einmal pro Woche Kontakt mit ihren Kindern pflegen.[14]

Gegenseitige Hilfeleistungen zwischen den Generationen können ausgeglichen und weitgehend konfliktfrei sein, können aber auch mit Problemen behaftet sein. Ein Beispiel dafür ist die Kinderbetreuung durch die Großeltern, auf die manche Eltern aufgrund eines fehlenden öffentlichen Angebotes angewiesen sind. Konflikte bilden hier häufig die unterschiedlichen Vorstellungen von Kindererziehung. Andererseits sind hilfebedürftige Eltern vielfach auf die Unterstützung und Pflege durch die eigenen Kinder angewiesen und müssen sich hier u.U. auch den Vorstellungen der Kinder fügen. In diesem Zusammenhang weist der dritte Altenbericht darauf hin, dass es die Aufgabe von Politik ist, „die familiale Realität in ihrer Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit zur Kenntnis zu nehmen. Weder dürfen familiale Unterstützungsleistungen übersehen oder verkannt werden, noch dürfen Familien durch mangelnde öffentliche Unterstützung und Versorgung in ihrer Leistungsbereitschaft überfordert werden.“[15]

[12] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 37
[13] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Politik für ältere Menschen in Europa. Berlin 1994, S. 27
[14] Landfrauenverband Hannover e.V.: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 32
[15] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 38

Bei der Frage nach dem Unterstützungspotential durch die Familie sind Anzahl der Kinder und Wohnnähe zu den Kindern wesentliche Punkte. Die Seniorenbefragung im Landkreis Ammerland ermittelte, dass 88,7 % der Bevölkerung über 60 Jahre Kinder hat, 11,3 % hat keine Kinder. Damit ist der Anteil derjenigen ohne Kinder geringer als im Bundesdurchschnitt: Der Anteil der kinderlosen 70– bis 85–jährigen Senioren beträgt nach den Ergebnissen des Alters–Surveys bundesweit 14 %. Zwischen 55 und 65 Jahre sind 12,5 % kinderlos.[16] Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Angaben zur Anzahl der Kinder aus der Befragung im Ammerland im Vergleich zum Anteil der Kinder in heute jungen Familien auf Bundesebene:

Siehe dazu: Abbildung 33 im Anhang II S. 55: Haben Kinder nach Gemeinden

Tabelle 1: Anzahl der Kinder

Anzahl der Kinder	Anteil in heute jungen Familien im gesamten Bundesgebiet im Jahr 1990	Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre im Landkreis Ammerland
1 Kind	51,5 %	20,6 %
2 Kinder	35,8 %	39,6 %
3 Kinder und mehr	12,6 %	39,8 %

Quelle: Datenreport Alter[17] und eigene Erhebung 2000

An diesem Vergleich ist deutlich erkennbar, dass die heute mehr als 60 Jahre alten Frauen im Durchschnitt mehr Kinder geboren haben als deren Töchter und auch Enkeltöchter. Das Ergebnis der Repräsentativerhebung in den Gemeinden des Ammerlandes beschreibt in der Tendenz die bundesweite Situation. Die heute ältere Generation kann damit insgesamt auf eine weitaus häufigere Unterstützung durch die Kinder hoffen als die nachfolgenden Generationen. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Pflege von pflegebedürftigen Eltern und auch Schwiegereltern in der Mehrheit von Töchtern und auch Schwiegertöchtern übernommen wird.

Die heutige mittlere Generation wird nicht nur aufgrund der geringeren Anzahl der Kinder, sondern auch aufgrund eines wachsenden Anteils an Frauen und Männern ohne Kinder bei einem Bedarf an Unterstützung stärker auf Hilfen außerhalb der Familie angewiesen sein. Damit dürften zukünftig freiwillige und professionelle Dienste stärker nachgefragt werden.

[16] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002, S. 121

[17] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Datenreport Alter. Stuttgart 1997, S. 16

Ob Kinder als potenzielle HelferInnen bei einem Bedarf an Unterstützung in Frage kommen, ist auch ganz entscheidend von der Wohnnähe zu den Kindern abhängig. Bei mehr als der Hälfte (52,9 %) der über 60-Jährigen im Landkreis Ammerland wohnt mindestens ein Kind in der unmittelbaren bis näheren Umgebung. Im Einzelnen:

- Bei rund 15 % lebt mindestens ein Kind mit im Haus. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt ein Ost/West-Vergleich zwischen den Städten Chemnitz und Mannheim. In Chemnitz leben 14 % und in Mannheim 21 % der über 55-Jährigen im gleichen Haus mit mindestens einem Kind.[18]
- In unmittelbarer Nachbarschaft lebt bei 13,6 % der Befragten eines der Kinder.
- Für rund ein Viertel gilt: Im gleichen Ort wohnt mindestens ein Kind.

Siehe dazu: Abbildung 34 im Anhang II S. 56: Wo leben Kinder? – nach Gemeinden
Abbildung 35 im Anhang II S. 57: Wo leben Kinder? – nach Alter

Nahezu gleich hoch (47,1 %) ist der Anteil der Senioren, deren Kind(er) weiter weg leben. Was in diesem Fall „weiter weg“ bedeutet, kann jedoch sehr unterschiedlich sein. Insofern kann es sich dabei sowohl um einen Nachbarort oder um einen entfernteren Ort innerhalb des Landkreises, als auch um einen Ort außerhalb des Landkreises oder um eine weitere räumliche Entfernung handeln. Daraus ergibt sich eine Schwierigkeit in der Einschätzung des Unterstützungspotenzials durch die eigenen Kinder. Da aufgrund der Datenlagen lediglich eine Unterscheidung in „im gleichen Ort“ und „außerhalb des Ortes“ möglich ist, kann dazu festgestellt werden: Rund die Hälfte der Bevölkerung ab 60 Jahre verfügt über ein Unterstützungspotenzial durch ein Kind bzw. mehrere Kinder, die im Haus, in der Nachbarschaft bzw. im gleichen Ort leben. Hinsichtlich des Unterstützungspotenzials durch Kinder ist zu berücksichtigen, dass im Falle einer Pflegesituation bei Hochaltrigen auch die Kinder selbst bereits im Seniorenalter sein können.

➔ **Wenn es um eine Einschätzung des Unterstützungspotenzials geht, so hat der Ehemann bzw. die Ehefrau oder PartnerIn Vorrang. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen erhalten Männer vielfach bis an ihr Lebensende die notwendige Unterstützung der Ehefrau, während dies umgekehrt weitaus seltener geschieht. Als nächstes sind die Kinder angesprochen. Rund 90 % der über 60-Jährigen im Ammerland haben Kinder, 40 % sogar mehr als zwei Kinder. In unmittelbarer Nähe, d.h. im Haus, in der Nachbarschaft oder im gleichen Ort haben rund die Hälfte der Ammerländer Senioren mindestens ein Kind.**

[18] Mollenkopf, Heidrun; Flaschenträger, Pia: Erhaltung von Mobilität im Alter, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 197. Stuttgart 2001, S. 159

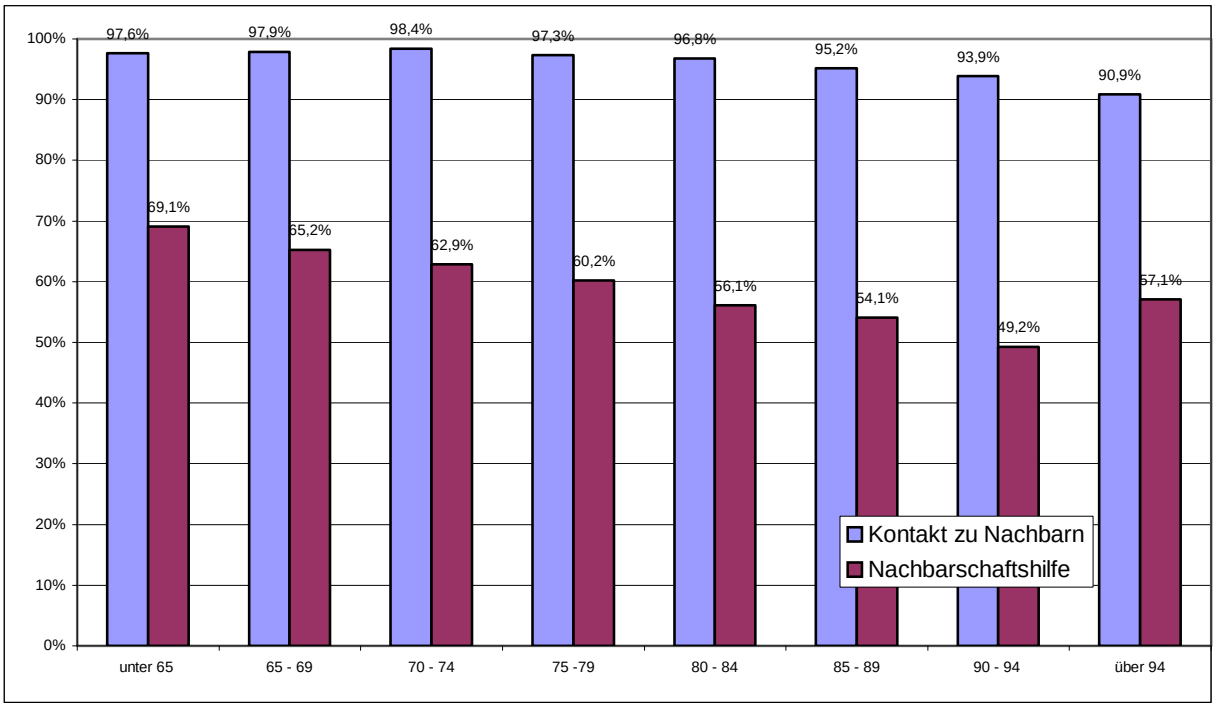
5.3 Nachbarschaft

Art und Ausmaß der Einbindung in soziale Netzwerke beeinflusst ganz wesentlich eine selbstständige Lebensführung im Alter. Das Netzwerk der Familie steht zwar im Vordergrund, aber auch gute Freunde und Nachbarn nehmen dabei viel Raum ein. Eine gute Nachbarschaft wissen gerade ältere Menschen zu schätzen, wenn es um soziale Kontakte, aber auch um unterstützende Hilfen geht[19], wie z.B. um die Mitnahme zur nächsten Einkaufsstätte oder auch um handwerkliche Arbeiten. Kontakte und Nachbarschaftshilfe zwischen jung und alt ermöglichen älteren Menschen darüber hinaus die Auseinandersetzung mit der jungen Generation und umgekehrt und tragen somit zur aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen bei. Eine gewachsene Nachbarschaft, die „Neuzugänge" zulässt und einbezieht, bietet gute Voraussetzungen dafür und kann einen wesentlichen Beitrag zur Selbstständigkeit im Alter leisten.

In ländlichen Gebieten hat Nachbarschaft und Nachbarschaftshilfe traditionell eine große Bedeutung, da sich eine gegenseitige Unterstützung vor allem in der Landwirtschaft vielfach als notwendig erwiesen hat. Insofern werden Kontakte zu den Menschen in der näheren Umgebung gepflegt, die vielfach auch im Alter aufrechterhalten werden. Für die Region um Hannover wurde beispielsweise ermittelt, dass rund 80 % der befragten Senioren mindestens einmal wöchentlich Kontakt zu den Nachbarn pflegen. In der Befragung im Landkreis Ammerland wurde eher allgemein gefragt, und zwar: „Haben Sie Kontakt zu den Nachbarn?" Das Ergebnis: Insgesamt haben nahezu alle Befragten Kontakt zu ihren Nachbarn. Lediglich 2,5 % hat keinen Kontakt. Nachbarschaftshilfe gibt es bei insgesamt 63,8 % der befragten Senioren. Die Ergebnisse aus den einzelnen Gemeinden zeigen hier kaum Abweichungen. Folgende Abbildung zeigt einen Vergleich zwischen Nachbarschaftskontakt und Nachbarschaftshilfe nach Alter:

[19] Siehe dazu: [19] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter, Berlin 2001, S. 131 ff.

Abbildung 2: Kontakt zu Nachbarn bzw. Nachbarschaftshilfe nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Auffallend ist nicht nur der insgesamt sehr hohe Anteil derjenigen, die Kontakt zu den Nachbarn haben, erstaunlich ist auch, dass bis weit ins hohe Alter ein Kontakt zu den Nachbarn besteht. Selbst bei den über 94-Jährigen beträgt der Anteil rund 90 %. Neben Grußkontakten und kurzen Gesprächen wie „nettes Wort übern Zaun“ geben die meisten „Besuche“ an, die häufig näher beschrieben werden mit „Tee trinken“ oder „Klönschnack“ bis hin zu gemeinsamen Familienfeiern. Dieses Ergebnis zeigt die große Bedeutung der sozialen Kontakte im nahen Wohnumfeld, auch wenn zur Häufigkeit der Kontakte hier keine Aussagen gemacht werden können.

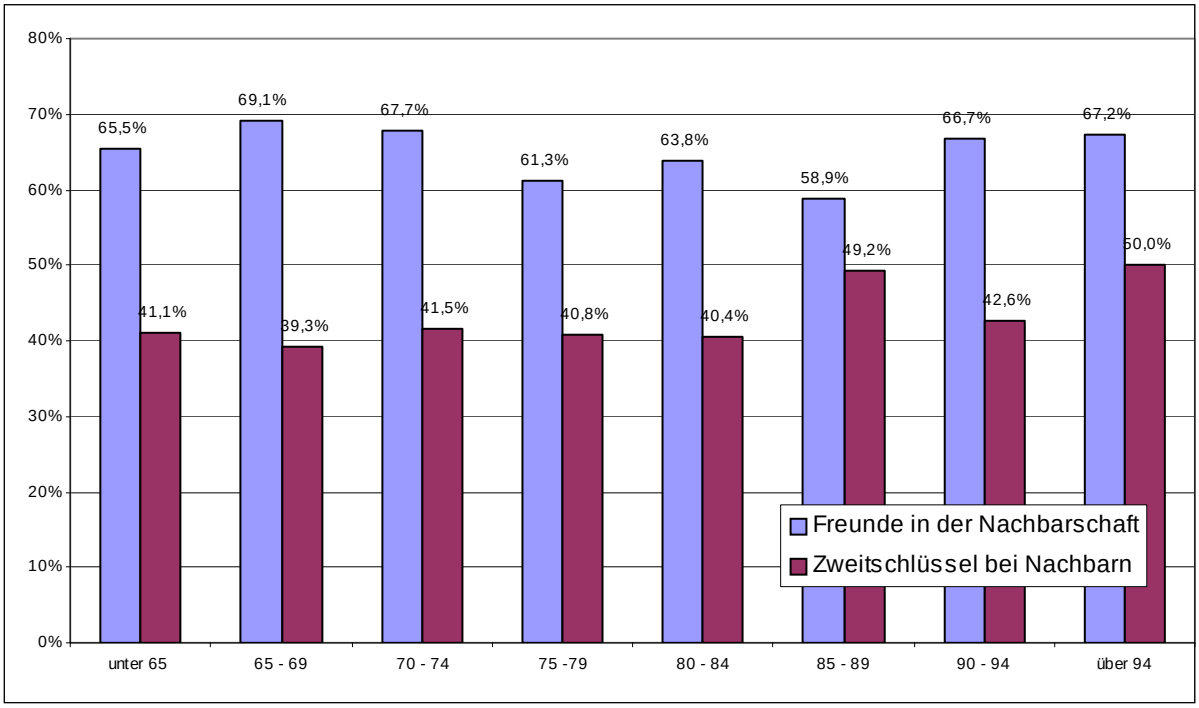
Während Kontakte zu Nachbarn mit zunehmendem Alter annähernd gleich bleiben, verringert sich die Nachbarschaftshilfe im höheren Alter. Bei den unter 65-Jährigen macht Nachbarschaftshilfe rund 70 % aus, bei den über 90-Jährigen rund 50 %. Der Anstieg bei den über 94-Jährigen ist sowohl auf die geringe Anzahl der Befragten dieser Altersgruppe zurückzuführen als auch auf einen höheren Bedarf an Hilfen. Man kann davon ausgehen, dass für die „jungen Alten“ Nachbarschaftshilfe überwiegend gegenseitige Hilfe mit Nachbarn derselben und/oder auch jüngeren Altersstufe bedeutet, wie z.B. kleine handwerkliche Dienste oder Blumengießen im Urlaub. Möglicherweise bedeutet Nachbarschaftshilfe auch Unterstützung von Hochaltrigen über 80 Jahre. Bei den Hochaltrigen dagegen ist eher eine Inanspruchnahme von Hilfen aus der Nachbarschaft anzunehmen, wie z.B. Rasenmähen oder Fensterputzen, die möglicherweise auch entlohnt werden.

Auch eine gute Nachbarschaft unterscheidet sich von Beziehungen zu Freunden. Das eigene Haus bzw. die eigene Wohnung kann weitgehend selbstbestimmt gestaltet werden. Nachbarschaft ist gemeinsam zu gestalten, was positiv und auch negativ gelingen kann. Nicht selten entwickeln sich Freundschaften innerhalb der Nachbarschaft. Sie sind als ein weiteres Netzwerk zu betrachten, das im Alter eine selbstständige Lebensführung positiv beeinflussen kann.

Ein besonderes Vertrauensverhältnis zu Nachbarn bzw. Freunden in der Nachbarschaft ist die Hinterlegung eines Zweitschlüssels. Zu wissen, dass jemand in einem Notfall die Tür öffnen kann, vermittelt insbesondere allein Lebenden ein zusätzlich sicheres Gefühl im eigenen Haushalt. Auch für Kinder und professionelle Dienste, die beispielsweise einmal täglich vorbeikommen, kann die Hinterlegung eines Zweitschlüssels bei den Nachbarn hilfreich sein.

Folgende Abbildung zeigt die Repräsentativergebnisse zur Frage nach den Freunden in der Nachbarschaft im Vergleich zur Hinterlegung eines Zweitschlüssels bei Nachbarn nach Alter:

Abbildung 3: Freunde in der Nachbarschaft bzw. Zweitschlüssel bei Nachbarn nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Insgesamt geben 67,2 % der befragten Senioren im Ammerland an, dass sie Freunde in der Nachbarschaft haben. 41,3 % hinterlegten einen Zweitschlüssel bei den Nachbarn. Auffallend sind hier die Schwankungen zwischen den einzelnen Altersstufen:

- So scheinen Freunde in der Nachbarschaft bei den 65-74-Jährigen tendenziell eine größere Bedeutung zu haben als bei den unter 65-Jährigen und den nachfolgenden

drei Altersstufen zwischen 75 und 89 Jahre. Die geringere Bedeutung von Freunden in der Nachbarschaft bei den unter 65–Jährigen lässt sich vermutlich durch den höheren Anteil an Berufstätigen zu erklären, die ihre sozialen Kontakte vielfach auch über berufliche Bezüge pflegen. Der geringere Anteil bei den 75–89–Jährigen dürfte auch durch den Verlust von Freunden durch Tod bedingt sein.

- Während der Kontakt zu den Nachbarn bei den über 90-Jährigen geringer wird, haben Freunde in der Nachbarschaft in dieser Altersgruppe einen relativ hohen und sogar leicht steigenden Stellenwert. Offen bleibt die Frage nach der Gestaltung der Freundschaft. Anzunehmen ist, dass in der Altersgruppe der über 90-Jährigen vielfach langjährige Freunde bereits überlebt sind und sich Freunde auf jüngere Personen in der näheren Umgebung reduziert haben.
- Einen Zweitschlüssel bei den Nachbarn hat nahezu jede zweite Person über 60 Jahre hinterlegt. Bei den Hochaltrigen über 85 Jahre hat dies sogar eine noch höhere Bedeutung als bei den unteren Altersstufen. Anzunehmen ist, dass damit eine zusätzliche Sicherheit in der Betreuung beabsichtigt wird.

Erfolgreiche Modellprojekte zum gemeinschaftlichen Mehrgenerationen-Wohnen haben gezeigt, dass nachbarschaftliche Beziehungen und Unterstützung zwischen den Generationen auf der Grundlage von Distanz und Nähe weitgehend den Bedürfnissen der Beteiligten entsprechen.[20] Diese Erfahrungen gilt es zu nutzen, wenn es um das Netzwerk der nachbarschaftlichen Kontakte und freundschaftliche Beziehungen im Hinblick auf Fragen einer selbstständigen Lebensführung im eigenen Haus geht.

➔ **Nachbarschaft als soziales Netz ist für Senioren im Landkreis Ammerland von zentraler Bedeutung: 97,5 % der über 60-jährigen Frauen und Männer haben Kontakt zu den Nachbarn und fast zwei Drittel sind eingebunden in ein Netz von nachbarschaftlicher Hilfe. Die Frage nach Freunden in der Nachbarschaft beantworten rund zwei Drittel positiv. Einen Zweitschlüssel haben rund 40 % bei Nachbarn hinterlegt. Während die Nachbarschaftshilfe mit zunehmendem Alter zurückgeht, zeigen die Angaben zu Kontakt zu den Nachbarn, Freunde in der Nachbarschaft und die Hinterlegung des Zweitschlüssels in den einzelnen Altersgruppen keine deutlichen Unterschiede, haben also auch für die Hochaltrigen – wenn auch anders gewichtete – Bedeutung. Festgestellt werden kann demnach: Die Nachbarschaft bietet neben der Familie ein großes Unterstützungspotenzial zur selbstständigen Lebensführung.**

[20] Siehe dazu: Niedersächsisches Frauenministerium (Hrsg.): Zeit zum Leben – Zur Situation älterer Frauen in Niedersachsen. Hannover 1996, S. 17

5.4 Hilfebedarf und Versorgungssituation in Haushalt und Garten

Von Pflegebedürftigkeit und damit vielfach gleichzeitiger Hilfebedürftigkeit im Haushalt sind vor allem hochbetagte Menschen betroffen. Unterstützungen bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten können jedoch schon aus unterschiedlichen Gründen zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt notwendig sein. Wenn die Versorgung im Haushalt nicht mehr selbstständig erfolgen kann, sind Familienangehörige, Nachbarn und ambulante Dienste gefordert, die anfallenden Arbeiten zu übernehmen.

Zu berücksichtigen ist hier, dass Art und Umfang des Hilfebedarfs sehr unterschiedlich sein können. Sie reichen beispielsweise von einmal monatlich für Fensterputzen über einmal wöchentlich für Einkaufen und Wohnung reinigen bis mehrmals täglich für die Zubereitung von Mahlzeiten. Außerdem ist einzubeziehen, dass notwendige Hilfen im Haushalt noch keinen Anspruch auf bezahlte Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz rechtfertigen. Erst die Einstufung in eine Pflegestufe ermöglicht dies. Auf die einzelnen Leistungen nach dem Pflegegesetz wird im Kapitel zu den ambulanten Diensten näher eingegangen.

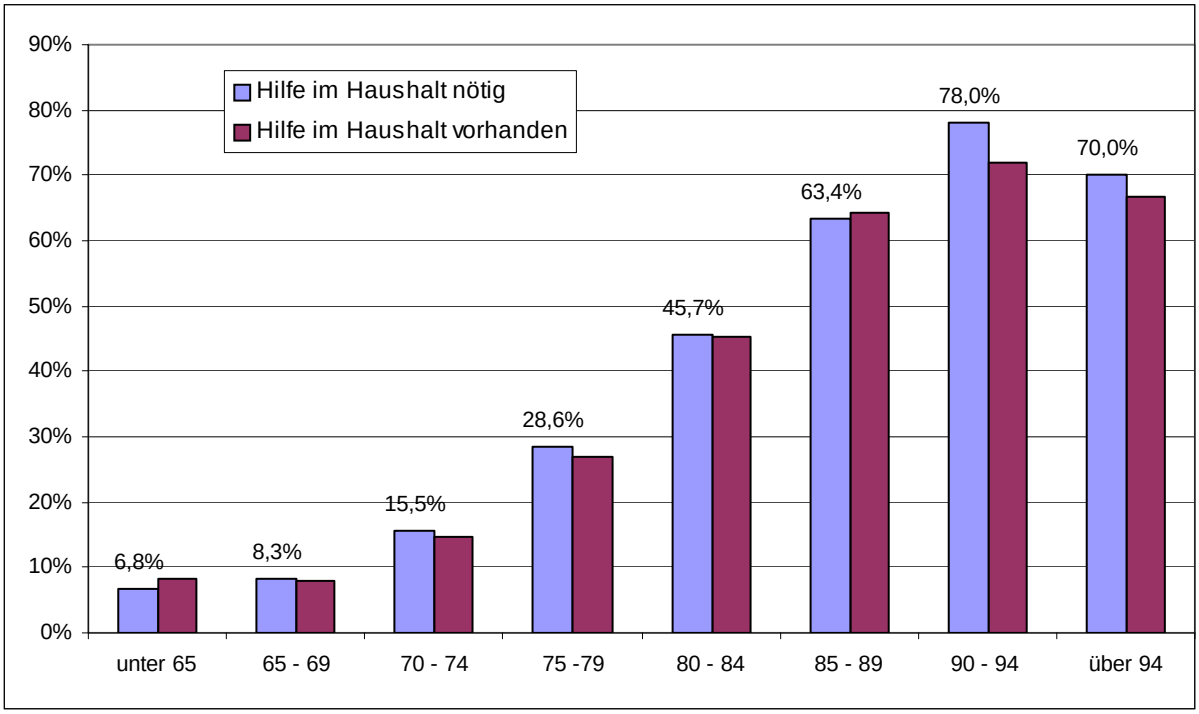
An dieser Stelle geht es zunächst allgemein um die Frage nach dem Bedarf an Hilfen in Haushalt und Garten. Außerdem geht es darum, ob entsprechende Unterstützung vorhanden ist. Dies schließt Hilfen ein, die sowohl freiwillig geleistet und/oder selbst bezahlt werden, als auch Hilfeleistungen, die von der Pflegekasse übernommen werden. In einem weiteren Schritt geht es um eine Einschätzung, inwieweit der Hilfebedarf in den einzelnen Altersstufen gedeckt ist. Grundlage sind die Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Landkreis Ammerland.

5.4.1 Haushalt

Die Erhebung in den sechs Gemeinden des Landkreises Ammerland ergab, dass insgesamt nahezu jede fünfte Person über 60 Jahre (18,2 %) Hilfen im Haushalt benötigt. Dies entspricht einem Anteil von rund 4 % an der Gesamtbevölkerung des Ammerlandes. Genauso hoch, nämlich ebenfalls 18,2 %, ist der Anteil derjenigen, bei denen Hilfe vorhanden ist. Umgekehrt bedeutet dieses Ergebnis: Insgesamt vier Fünftel der Bevölkerung in den sechs Gemeinden des Ammerlandes über 60 Jahre versorgt den eigenen Haushalt ohne Hilfeleistungen von außen.

Die folgende Abbildung zeigt den Vergleich zwischen notwendiger und vorhandener Hilfe im Haushalt nach Alter:

Abbildung 4: Hilfe im Haushalt nötig bzw. vorhanden nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Mit dem Alter und insbesondere bei den Hochaltrigen steigt der Bedarf an Hilfeleistungen. Dies lässt sich sehr deutlich anhand der vorliegenden Ergebnisse ablesen:

- Bei den unter 80-Jährigen steigt der Hilfebedarf allmählich von rund 7 % auf nahezu 30 % an. Bis auf die Altersgruppe der unter 65-Jährigen – der größten Gruppe – besteht in den drei weiteren Altersstufen ein etwas höherer Bedarf als Hilfe vorhanden ist.
- Bei den vier Altersstufen ab 80 Jahre ist zunächst ein steigender Bedarf auf bis zu rund 80 % bei den 90-94-Jährigen zu verzeichnen, der bei den über 94-Jährigen allerdings wieder abnimmt. Dieser Rückgang ist vermutlich auf den höheren Anteil an Pflegebedürftigen zurückzuführen, die zu Hause gepflegt werden, aber keinen eigenen Haushalt mehr führen. Bei den Hochaltrigen besteht in der Altersgruppe der 90-94-Jährigen und bei den über 94-Jährigen jeweils eine weitaus größere Differenz zwischen Bedarf und Versorgung als in den jüngeren Altersgruppen. Die Hilfeleistungen reichen hier demnach nicht aus.
- Aufgrund des höheren Frauenanteils an der älteren Bevölkerung liegt auch der Frauenanteil an den Hilfebedürftigen mit 61 % deutlich über dem Anteil der Männer von 39 %.
- Insgesamt zeigt der Vergleich zwischen Bedarf und Versorgung keine wesentlichen Lücken. Während bei den über 90-Jährigen ein höherer Bedarf zu erkennen ist, zeigt sich bei den unter 65-Jährigen ein größeres Versorgungsangebot.

5.4.1.1 Einkaufen

Im vorangestellten Kapitel wurde bereits das Einkaufen als ein zentraler Punkt hinsichtlich der Einschätzung von selbstständiger Lebensführung thematisiert. Festgestellt wurde, dass rund 10 % der Senioren im Ammerland nicht selbst einkaufen. An dieser Stelle geht es darum, am Beispiel des Einkaufens aufzuzeigen, welche sozialen Netze bei einer Hilfebedürftigkeit in Anspruch genommen werden. „Wer tut das für Sie?“ – Die Antworten auf diese Frage verteilen sich wie folgt:

- Den Einkauf übernehmen überwiegend Familienmitglieder. Davon sind es zur Hälfte die PartnerInnen, wobei dies mehrheitlich für männliche Befragte gilt. Für die andere Hälfte kauft jemand aus der Verwandtschaft ein. Dies gilt weitaus häufiger für befragte Frauen.
- Die Nachbarschaft wird weitaus weniger (3,0 %) in Anspruch genommen.
- Eine bezahlte Hilfe zur Erledigung der Einkäufe geben rund 5 % an.
- Nahezu gleich häufig (4,6 %) werden andere Personen angegeben.
- Bei der Unterstützung durch Verwandtschaft, Nachbarschaft, bezahlter Hilfe u.a. fällt insgesamt der erhöhte Anteil von Frauen auf, die Hilfe erhalten. Dies ist vor allem auf den hohen Frauenanteil an den Hochaltrigen zurückzuführen, die häufig allein leben und vielfach auf Hilfe angewiesen sind.

Insgesamt belegt dieses Ergebnis zweierlei:

1. Hervorgehoben wird hier einmal mehr die zentrale Bedeutung der Familie, wenn es um die sozialen Netze zur Erbringung von Hilfeleistungen geht.
2. Vergleicht man den Anteil von 20 %, die Hilfe im Haus benötigen mit dem Anteil von 10 %, die nicht selbst einkaufen, so wird eine deutliche Differenz sichtbar. Daraus ist zu schließen, dass Einkaufen ein Bereich ist, der länger selbstständig erledigt wird als andere hauswirtschaftliche Bereiche, wie beispielsweise das Reinigen der Wohnung.

Siehe dazu: Abbildung 31 im Anhang II S. 52: Wer kauft ein? – (die nicht selbst einkaufen)
Abbildung 32 im Anhang II S. 53: Wer kauft ein? – nach Gemeinden

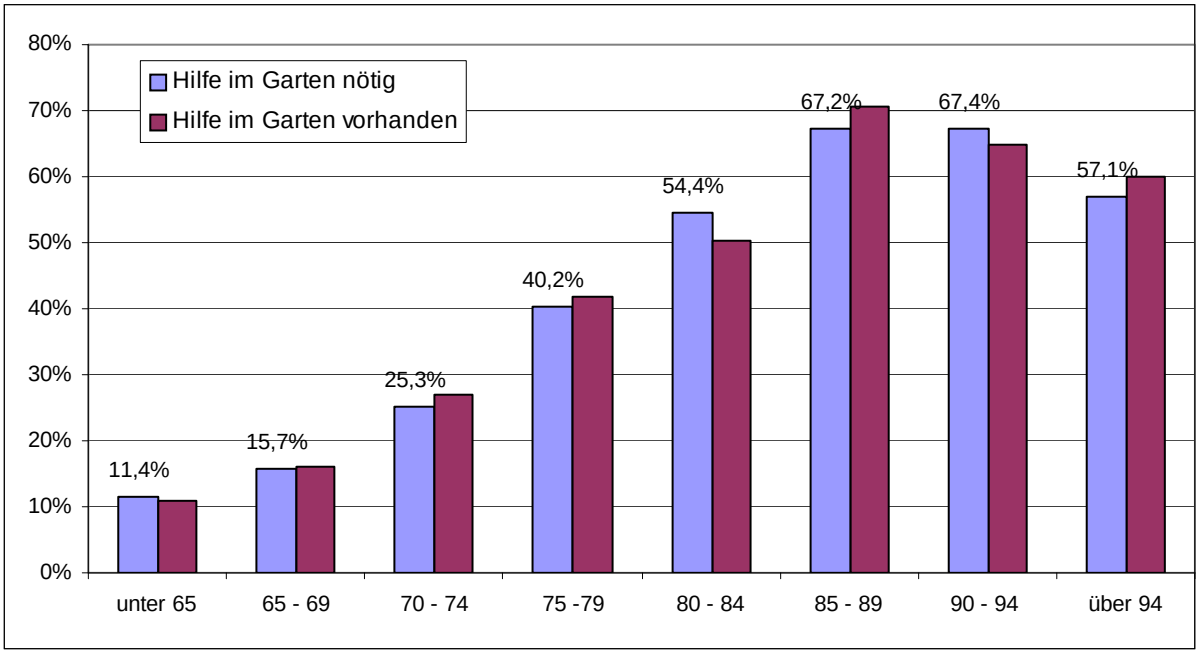
5.4.2 Garten

Ein Garten steht für mehr Lebensqualität. Blick in den Garten und Aufenthalt im Garten bedeuten Kontakt zur Natur und kann positiv zur Lebensfreude im Alter beitragen. Im ländlichen Raum gehört der Garten am Haus zum Landschafts- und Ortsbild. Die Repräsentativ-

befragung im Landkreis Ammerland ergab, dass mehr als 80 % der über 60-Jährigen die Möglichkeit haben, einen Garten zu nutzen. Doch ein gepflegter Garten bedeutet auch Gartenarbeit. Bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann Gartenarbeit zunehmend beschwerlich sein, so dass Hilfen erforderlich sind. Andererseits kann ein Garten auch zur Gesunderhaltung beitragen, da jahreszeitlich bedingt immer wieder Aktivitäten herausgefordert werden.

Während rund ein Fünftel der Senioren im Ammerland Hilfen im Haushalt benötigen, liegt der Bedarf an Hilfen im Garten höher, nämlich bei rund einem Viertel der Befragten. Bedarf und Versorgung von Hilfen im Haushalt decken sich genau, beim Garten ist sogar ein leichter Überhang an Versorgung von 0,5 % festzustellen. Wie sich Hilfebedarf und Versorgung nach Alter verteilen zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 5: Hilfe im Garten nötig bzw. vorhanden nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Der erhöhte Bedarf an Hilfe im Garten zeigt einen wesentlich gleichmäßigeren Anstieg in den einzelnen Altersstufen, aber einen nicht so starken Anstieg bei den 90-94-Jährigen als beim Bedarf an Hilfe im Haushalt. Der Anteil verringert sich ebenfalls bei den über 94-Jährigen. Daraus lässt sich schließen, dass bei Gartenarbeit schon frühzeitiger vermehrte Unterstützung notwendig wird als dies im Haushalt der Fall ist. Ferner ist an der Abbildung abzulesen:

- Auffallend ist, dass in der Altersgruppe der 80-84-Jährigen sowie bei den 90-94-Jährigen ein höherer Bedarf angegeben wird als Versorgung vorhanden ist. In den

übrigen Altersstufen ist das Verhältnis zwischen Bedarf und Versorgung annähernd ausgeglichen bzw. die Versorgung leicht erhöht.

- Der Frauenanteil ist hier mit 63 % geringfügig höher als bei den Angaben zur Hilfe im Haushalt. Entsprechend beträgt der Anteil der Männer 37 %.

➔ **Die Erhebung im Landkreis Ammerland zeigt einen Hilfebedarf im Haushalt bei insgesamt rund 20 % der Bevölkerung ab 60 Jahre, Hilfe im Garten benötigen rund 25 %. Das bedeutet: Rund 4 % der Gesamtbevölkerung des Landkreises ist auf unterschiedliche Hilfen in Haus und Garten angewiesen. Deutlich erkennbar ist ein steigender Bedarf mit zunehmendem Alter, insbesondere bei den Hochaltrigen über 80 Jahre. Bezüglich des Versorgungsgrades mit Hilfeleistungen kann festgestellt werden, dass sich insgesamt Bedarf und Versorgung decken, allerdings in den höheren Altersstufen tendenziell eine Unterversorgung vorhanden ist.**

5.6 Betreuung und Pflege zu Hause

Der im Landkreis Ammerland ermittelte Anteil von 18,2 % der Senioren, die Hilfe im Haushalt benötigen und erhalten, entspricht einer Anzahl von rund 4.800 Personen. Diese Zahl vermittelt einen Eindruck vom Gesamtbedarf an Hilfeleistungen unterschiedlichster Art. Sie können beispielsweise von der Unterstützung bei größeren Einkäufen über tägliche Hilfen beim Mahlzeiten zubereiten reichen bis zur Betreuung von Demenzkranken. Demnach umfasst diese Zahl sowohl Hilfebedürftige mit geringer und umfassender Notwendigkeit einer Unterstützung als auch Hilfebedürftige mit einem gleichzeitigen Pflegebedarf, die Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten. Insofern ist zu unterscheiden zwischen freiwillig geleisteten Hilfestellungen beispielsweise von Verwandten, Nachbarn und Freunden und von der Pflegeversicherung übernommene Leistungen. Im folgenden Kapitel stehen die LeistungsempfängerInnen der Pflegeversicherung im Vordergrund.

5.6.1 Die Pflegeversicherung

Die finanzielle Belastung der kommunalen Haushalte durch steigende Sozialausgaben, eine mangelhafte Pflegesituation und auch der sich abzeichnende zukünftige Bedarf an Pflegeleistungen haben zur Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes beigetragen. Bei

den Krankenkassen wurde 1995 die Pflegeversicherung als eigener Zweig der Sozialversicherung angegliedert. Grundlage der Pflegeversicherung ist das Prinzip: Prävention vor Rehabilitation vor Pflege, ambulante Betreuung vor teilstationärer Pflege, teilstationäre Betreuung vor stationärer Unterbringung. Das bedeutet: Alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung und des Wohnens in der eigenen Wohnung sind auszuschöpfen, bevor eine stationäre Pflege ins Auge gefasst wird.

Die wesentliche Aufgabe besteht bei der ambulanten Pflege in der Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Als pflegebedürftig gelten Personen, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung auf Dauer nicht in der Lage sind, sich selbstständig in ihrem Haushalt zu versorgen. Als Bereiche sind hier zu nennen: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Der Umfang der Leistungen richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, d.h. ist abhängig von der Art der Hilfe und vom Zeitaufwand. Das Gesetz unterscheidet drei Pflegestufen:

1. „Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muß pro Tag mindestens 1,5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität mindestens dreimal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die Hauswirtschaftliche Versorgung muß pro Tag mindestens 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muß pro Tag mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.“

Personen, die Leistungen nach dem Pflegegesetz erhalten wollen, müssen einer der drei Pflegestufen zugeordnet werden. Die Einstufung erfolgt vom medizinischen Dienst der Kran-

kenkassen. Als Konflikt erweist sich, dass einerseits mit dem Pflegegesetz der Anspruch der Prävention verfolgt wird, aber andererseits Pflegebedürftige, die beispielsweise nur jeden zweiten Tag oder weniger Stunden pro Tag Hilfe benötigen, nicht berücksichtigt werden. Als problematisch dürfte sich auch die Einstufung von Demenzkranken gestalten, die noch weitgehend selbst die Körperpflege übernehmen können, aber in anderen Bereichen Unterstützung bedürfen.

Im Pflegegesetz werden für die ambulante Pflege Geld- und Sachleistungen unterschieden. Abhängig von der individuellen Situation besteht die Wahl zwischen

- **Pflegesachleistungen**, wenn die täglichen Hilfe- und Pflegeleistungen von einem ambulanten Dienst, d.h. von professionellen HelferInnen übernommen wird, die von der Pflegekasse anerkannt sind.
- **Pflegegeld**, wenn Angehörige, Nachbarn oder FreundInnen die Pflege sichern. Hinzu kommt, dass pflegende Privatpersonen bei mindestens zwei Stunden Pflege täglich, unfall- und sozialversichert sind. Außerdem werden entsprechende Schulungen angeboten.

Folgende Höchstbeträge sind von der Pflegeversicherung für eine ambulante Unterstützung vorgesehen:

Tabelle 2: Pflegestufen und Höhe der Leistung

Pflegestufe	Pflegesachleistungen	Pflegegeld
Pflegestufe I	384 €	205 €
Pflegestufe II	921 €	410 €
Pflegestufe III	1.432 €	665 €

Wenn beispielsweise eine Tochter als Pflegeperson aus beruflichen oder sonstigen Gründen nur einen Teil der Aufgaben übernehmen kann, also außerdem ambulante Dienste notwendig sind, so können Pflegegeld und Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen nicht nur Pflegesachleistungen, Pflegegeld sowie Leistungen bei stationärer Pflege. Außerdem werden angeboten:

- Urlaubs- und Krankheitsvertretung für private Pflegepersonen
- Teilstationäre Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Pflegehilfsmittel (z.B. Einmalhandschuhe)

- Technische Hilfen (z.B. Pflegebett, Hausnotrufsystem)
- Maßnahmen zur Wohnungsanpassung werden mit bis zu 2.557 € gefördert.

In Deutschland leben rund ein Drittel der LeistungsempfängerInnen in stationären Einrichtungen. Der weitaus größere Teil lebt zu Hause. Diese Verteilung wird auch von ortsansässigen Pflegeversicherungen im Landkreis Ammerland bestätigt. Von diesen Versicherungen wird außerdem geschätzt, dass bei der häuslichen Pflege zu 60 % Pflegegeld gezahlt wird und zu 40 % eine Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen. Ausschließlich Pflegesachleistungen werden nur in äußerst seltenen Fällen gezahlt. Demnach liegt die Hauptverantwortung für Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen älteren Menschen im sozialen Netz der unmittelbaren Umgebung.

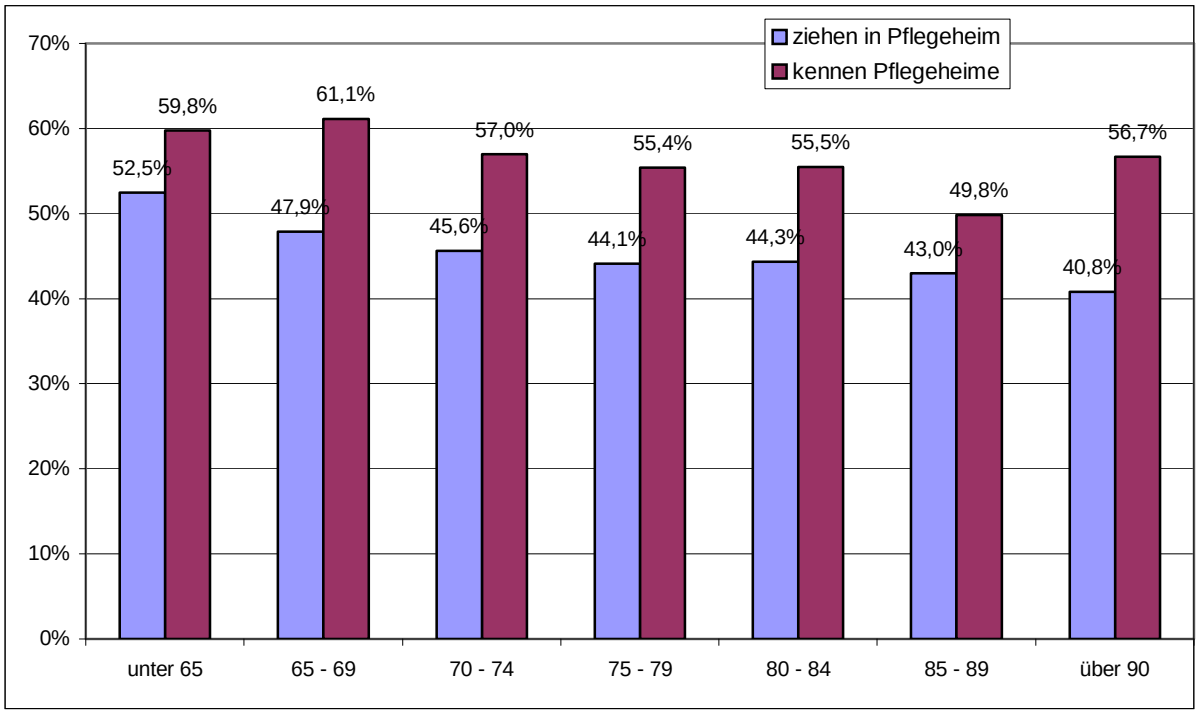
5.6.1.1 Vorstellungen im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit

Die Leistungen der Pflegeversicherung haben einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung zum Ziel. Wenn jedoch Angehörige und ambulante Dienste die Verantwortung für eine häusliche Pflege nicht mehr gewährleisten können, wenn nach einem Krankenhausaufenthalt Kurzzeit- oder Langzeitpflege erforderlich ist oder sonstige Gründe für eine stationäre Pflege sprechen, bieten Pflegeheime entsprechende Möglichkeiten der Vollzeitpflege an.

Wie würden nun Menschen über 60 Jahre im Falle ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit entscheiden? „Können Sie sich vorstellen, für den Fall, dass Sie pflegebedürftig werden in ein Altenheim/Pflegeheim zu ziehen?“ - Diese Frage verbunden mit der Frage danach, ob sie ein Pflegeheim aus eigener Anschauung kennen, wurde Senioren im Rahmen der Repräsentativerhebung im Landkreis Ammerland gestellt.

Folgende Abbildung zeigt das Ergebnis:

Abbildung 6: Pflegeheim als mögliche Perspektive und Kenntnis von Pflegeheimen nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Auffallend ist der relativ hohe Anteil von insgesamt 47,7 %, der sich vorstellen kann, im Falle einer Pflegebedürftigkeit in eine stationäre Einrichtung zu ziehen. Nur geringfügig höher ist demnach der Anteil der Personen, für die eine stationäre Pflege als Perspektive im Falle einer Pflegebedürftigkeit nicht vorstellbar ist. Aufgrund der Fragestellung ist zu vermuten, dass sich die Angaben auf ein Stadium der Pflegebedürftigkeit beziehen, die eine Vollzeitpflege erforderlich macht. Grad der Pflegebedürftigkeit sowie abwägen der Möglichkeiten einer häuslichen Pflege dürften bei einer Entscheidung für ein Pflegeheim von wesentlicher Bedeutung sein. Ferner ist aus der Verteilung der Angaben abzulesen:

- Mit zunehmendem Alter sinkt die Bereitschaft, bei Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim umzuziehen. Das kann bedeuten: Je näher vom Alter her die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit rückt, desto mehr wird als Perspektive das Verbleiben in der eigenen Wohnung bevorzugt. Andererseits kann dies aber auch darauf hindeuten, dass viele heute unter 65-Jährige, die bereits über Pflegeerfahrungen mit ihren eigenen Eltern verfügen oder über Kenntnisse aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis, im Falle ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit eine andere Lösung wählen würden.

  Aus eigener Anschauung kennen insgesamt 58 % ein Alten- bzw. Pflegeheim, also deutlich mehr als im Falle einer Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim gehen würden. Auch hier hat die Altersgruppe der 60 – 70-Jährigen den höchsten Anteil, der in den folgenden Altersstufen abnimmt und bei den über 90-Jährigen wieder ansteigt. Be-

fragte in Westerstede haben hier mit 68, 4 % den höchsten Anteil vor Rastede (60,1 %) und Bad Zwischenahn (58,5 %). Der Anteil pro Gemeinde gibt einen vorsichtigen Hinweis darauf, wie Bewohner der Pflegeheime in das soziale Netz der Gemeinde eingebunden sind.

Siehe dazu: Abbildung 36 im Anhang II S. 58: Heim bei Pflegebedürftigkeit nach Gemeinden

- In der Verteilung nach Geschlecht zeigen sich geringfügige Unterschiede: Von den befragten Frauen würden rund 49 % und von den Männern 46 % bei Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim ziehen. Bei der Frage nach der eigenen Anschauung kennen rund 60 % der Frauen Pflegeheime und 56 % der Männer.

Dass nahezu jede zweite Person über 60 Jahre im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim ziehen würde, weist auf eine Sensibilisierung für die Grenzen einer häuslichen Pflege hin. Umgekehrt: Für die andere Hälfte der befragten Senioren im Landkreis Ammerland dürften vielfältige Gründe dafür sprechen, wie beispielsweise ein Vertrauen in eine gute Versorgung durch die Kinder, bei Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung bleiben zu wollen. Insgesamt dürften viele Faktoren eine Rolle spielen, die es im Einzelfall zu berücksichtigen gilt, wenn eine pflegebedürftige Person eine entsprechende Versorgung benötigt. Informationen über örtlich vorhandene Möglichkeiten der ambulanten und stationären Pflege und eine fachkundige Beratung können hier zu einer verbesserten Entscheidungsfindung beitragen (siehe dazu die Ausführungen im Kapitel zum Beratungsbedarf).

5.6.1.2 LeistungsempfängerInnen der Pflegeversicherung

Der Dritte Altenbericht stellt für das Jahr 1998 fest, dass 1,8 Mio. Menschen in Deutschland Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 2,2 %. Davon sind mehr als 80 % älter als 60 Jahre, rund die Hälfte ist über 80 Jahre.[21] Der starke Überhang an Hochaltrigen bedingt den Frauenüberschuss: 80 % der LeistungsempfängerInnen sind Frauen und 20 % Männer.[22] Die auf Bundesebene ermittelten Zahlen der Pflegeversicherungen, die bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen angegliedert sind, liegen auf Landkreisebene nicht vor. Geht man nun davon aus, dass die Prozentwerte als ungefährer Anhaltspunkt auf den Landkreis Ammerland übertragbar sind, so müsste man bei einem Bevölkerungsstand von 112.000 EinwohnerInnen im Jahr 2001 von rund 2.500 LeistungsempfängerInnen der Pflegeversicherung über 60 Jahre ausgehen.

[21] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S.82 ff.
[22] ebenda, S. 226

Auf Bundesebene wird von einem Anteil an stationärer Pflege von rund 30 % ausgegangen. Dieser Anteilswert wird auch von den Pflegekassen im Landkreis Ammerland bestätigt. Dementsprechend leben im Ammerland rund 750 pflegebedürftige Personen in stationären Einrichtungen.

Ein Vergleich zu konkreten Zahlen aus dem Landkreis Ammerland: Im Rahmen der Pflegeplanung des Landkreises Ammerland werden für das Jahr 2000 (Stand 01.11.2000) insgesamt 698 Pflegeplätze festgestellt, von denen 656 zu dem Zeitpunkt belegt sind. Der Anteil derjenigen, die von außerhalb in ein Pflegeheim im Ammerland gezogen sind, ist dabei tendenziell größer als der Anteil derjenigen, die aus dem Ammerland in Pflegeheime außerhalb des Kreises gezogen sind. In der aktualisierten Pflegeplanung (siehe Anhang I) wird für den 01.10.2002 ein Bestand von 809 Pflegeplätzen angegeben (55 Plätze sind davon nicht belegt), also ein Zuwachs von mehr als 100 Plätzen und ebenfalls von rund 100 stationär versorgten Pflegebedürftigen in zwei Jahren.

Entsprechend der Anteilswerte leben demnach im Ammerland rund 1.750 Pflegebedürftige zu Hause und werden dort betreut. Laut Schätzung der Pflegeversicherungen werden rund 60 % (1.050 Personen) ausschließlich von Angehörigen betreut, während bei rund 40 % (700 Personen) neben Angehörigen ergänzend ambulante Dienste tätig sind. Die absoluten Zahlen sind ebenfalls als Richtgrößen zu werten und vermitteln eine ungefähre Größenordung vom Umfang der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Landkreis Ammerland.

5.6.2 Pflege durch Angehörige

Wie bereits eingangs erwähnt, sind neben dem Partner bzw. der Partnerin die Kinder das wichtigste soziale Netz, wenn ältere Menschen in ihrem Haushalt Hilfe benötigen. Dies gilt auch, wenn es um regelmäßige Pflege geht, die als Leistungen der Pflegeversicherung eingestuft werden. Eine bundesweite Erhebung ermittelte, dass Pflegebedürftige zu 90 % von Personen aus dem Kreis der Familie versorgt werden. Zu einem Drittel ist es die Partnerin (20 %) oder der Partner (12 %). Nahezu gleich hoch ist der Anteil von Tochter (23 %) oder Schwiegertochter (13 %). Sonstige Verwandte haben einen Anteil von 10 % und Nachbarn/Bekannte von 7 %.[23] Söhne als pflegende Angehörige haben nur einen sehr geringen Anteil.

[23] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 226

Pflege ist Frauensache: Die häusliche Pflege von Angehörigen wird zu 80 % von Frauen übernommen, davon rund die Hälfte zwischen 40 und 64 Jahre alt, ein weiteres Drittel ist sogar älter. Am häufigsten werden Vater und/oder Mutter gepflegt, an zweiter Stelle der Partner.[24]

Untersuchungen belegen eine große Bereitschaft, Pflege innerhalb des sozialen Netzes der Familie zu leisten. Welchen Hintergrund diese Bereitschaft hat, wird jedoch kaum sichtbar. Nicht selten spielt der soziale Druck aus der Verwandtschaft eine Rolle.[25] In niederländischen Untersuchungen wurde festgestellt, dass „diejenigen Angehörigen die Pflege am besten übernehmen können, die einen guten, aber auf Selbstständigkeit beruhenden Kontakt haben. Emotional sehr nahe Personen sind weniger in der Lage, Angehörige gut zu pflegen. Aber auch Personen, die eine schlechte Beziehung zueinander haben sind für eine Pflege ungeeignet."[26] Insofern ist eine „Rollenfindung" als Pflegende in der Pflegesituation sehr wichtig.

Eine Pflegesituation kann an die pflegenden Angehörigen hohe Anforderungen stellen und erhebliche Belastungen beinhalten. „In der Infratest-Erhebung von 1998 kennzeichneten neun von zehn pflegenden Angehörigen diese Aufgabe als belastend, 48 % empfanden die Situation sogar als sehr stark belastend."[27] Gesundheitliche Beschwerden der Pflegenden sind häufig die Folge und zeigen eine Überforderung mit der Pflegesituation. Die Pflegeversicherung versucht hier durch ein Angebot an Beratung, Betreuung und Weiterbildung, aber auch durch Angebote zur Entlastung der Pflegenden dem entgegenzuwirken. Außerdem können Selbsthilfegruppen hier Möglichkeiten bieten, sich mit der belastenden Situation auseinanderzusetzen.

Überforderung mit der Pflegesituation kann darüber hinaus zum Auslöser von Aggression und Gewalt werden. „Gewalt in der Pflege" ist in diesem Zusammenhang ein viel diskutiertes Thema.[28] Nach einer Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts in Niedersachsen (FFN) sind derzeit bundesweit 600.000 ältere Menschen davon betroffen.[29]

---

[24] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 226

[25] Siehe dazu: ebenda, S. 226

[26] Kuratorium deutsche Altenhilfe (Hrsg.): Pflegebedürftige in Privathaushalten und in Heimen im Spannungsfeld der Kooperation von pflegenden Angehörigen, ehrenamtlichen und professionellen Helfern. Gero Care Report 3/96, S. 23

[27] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 227

[28] In Hannover wurde dazu z.B. das Modellprojekt „Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum" durchgeführt.

[29] Nordwest Zeitung vom 01.08.2001

Im Ammerland können Betroffene und Personen aus dem Umfeld im Bedarfsfall Hilfe und Unterstützung bei folgenden Adressen bekommen:

- Telefon gegen Gewalt. Tel.: 0800-2622226. Ein Gemeinschaftsprojekt des Kreispräventionsrates, der Frauenbeauftragten, des Jugendamtes des Landkreises Ammerland und vielen ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.
- Stiftung Opferhilfe Niedersachsen, Opferhilfebüro Oldenburg, Tel.: 0441-2100-185. Gewährt werden materielle Hilfen für Opfer von Straftaten außerhalb der gesetzlichen Leistungen.
- Pflegenotruftelefon Niedersachsen, Tel. 0180-2000872. Bei Problemen in der stationären und ambulanten Pflege bietet Pflegenotruftelefon, das vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und dem Sozialverband Deutschland Anfang 2002 eingerichtet wurde, Beratung und Unterstützung.

Gewalt in der Pflege bezieht sich auf körperliche, aber auch auf seelische Gewalt und wird aufgrund der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen zukünftig auch bei Fragen der Präventionsarbeit gegen Gewalt stärker berücksichtigt werden müssen.

Wie sich die Bereitschaft künftiger Generationen entwickelt, ihre Eltern oder Angehörigen zu pflegen, darüber wird sehr viel spekuliert. Einerseits wird von der Familie als „Auslaufmodell“[30] gesprochen und andererseits von dem zunehmenden Bedürfnis nach einer Familie und nach Beziehungen zwischen den Generationen.[31] Wichtig sind hier auch die Lebenseinstellungen der zukünftigen älteren Generation. Denn davon hängt ab, „ob im Hinblick auf die zunehmende Zahl und sich verändernde Struktur Pflegebedürftiger eher der quantitative Umfang professioneller Pflege zunehmen muß – wie heute vielfach vermutet – oder ob sich die Angebote der professionellen Pflege eher in ihrer Qualität verändern sollten. Bislang kann nicht festgestellt werden, dass die Generationen nicht mehr gewillt sind, Verantwortung füreinander zu übernehmen. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass alte Menschen in Zukunft mehr Verantwortung für sich selbst tragen und dass sich die Erwartungen verändern, die künftige Seniorinnen und Senioren an die Kinder- und Enkelgeneration haben.“[32]

Werden heute Pflegende gefragt, welche Form der Unterstützung sie im Fall der eigenen Hilfsbedürftigkeit erwarten, so wird folgende Rangfolge genannt:

[30] Nordwest Zeitung vom 21.02.2002. „Familie wird in Deutschland zum Auslaufmodell – In jedem vierten Haushalt Eltern mit Kindern“
[31] Siehe dazu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 229
[32] ebenda, S. 229

- „Ich möchte nicht zur Last fallen“
- „Ich erwarte Hilfe im Notfall, aber diese Unterstützung darf das Leben meiner Kinder nicht verändern“
- Ich erwarte gefühlsmäßigen Beistand bzw. emotionale Unterstützung“

Nicht erwartet wird, dass

- „Kinder mich zuhause aufnehmen“
- „das Gleiche tun, wie ich es für meine Eltern tat“
- „eine materielle Unterstützung“[33]

Diese Haltung beinhaltet die Forderung nach anderen Unterstützungsformen. Dabei können neben unterschiedlichen Wohnformen ambulante Dienste eine wichtige Funktion einnehmen.

5.6.3 Ambulante Dienste

Als gemeinsames Merkmal der ambulanten Dienste gilt die Zielsetzung, durch „wohnortnahe und/oder mobile häusliche Angebote die erforderliche Hilfestellung zu geben oder die von Angehörigen, Freunden und Nachbarn erbrachten Pflege- und Dienstleistungen zu ergänzen, gegebenenfalls auch zu ersetzen, um eben eine stationäre Unterbringung zu vermeiden.“[34] Ambulante Dienste lassen sich hinsichtlich ihrer Angebote für die Bevölkerung ab 60 Jahre im Wesentlichen in zwei Bereiche unterteilen:

1. Hilfen zur Förderung der Selbstständigkeit im Alltag, z.B. hauswirtschaftliche Versorgung, Essen auf Rädern, Hausnotruf, Besuchsdienste, etc.
2. Hilfen für kranke und pflegebedürftige ältere Menschen und auch deren Angehörige.

Im Bereich der Hilfe- und Pflegeleistungen stehen unterschiedliche sozialpflegerische Dienste zur Verfügung, die mehrheitlich ihre Leistungen mit der Pflege- bzw. Krankenversicherung abrechnen. Selbstzahlende bilden eine Minderheit. Aufgrund der von der Pflege- bzw. Krankenkasse für die einzelnen Leistungen gezahlten Sätze und den entstehenden Personalkosten sind ambulante Dienste gezwungen, wirtschaftlich zu arbeiten. In der alltäglichen Praxis bedeutet dies, dass vom Personal nur der notwendigste Bereich abgedeckt werden kann. Für Gespräche und weitergehende Leistungen bleibt häufig keine Zeit. Dieser Mangel wird

[33] Kuhlmey, A.: Das Risiko Hilfeabhängigkeit. In: R.-M. Schütz, W. Ries, H.P. Tews: Altern in Gesundheit und Krankheit. Melsungen 1997. Zitiert nach: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 230

[34] Karolus, S.; Letsche, I.: Der Beitrag sozialer und ambulanter Dienste und Hilfen zu einem selbstständigeren Leben im Alter. In: Articus, S.; Karolus, S. (Hrsg.): Altenhilfe im Umbruch. Augsburg 1986, S. 97

von den ambulanten Diensten immer wieder als Kritik an den knapp gehaltenen Pflegesätzen der Pflegeversicherung genannt.

Im Landkreis Ammerland stehen derzeit 13 ambulante Dienste zur Verfügung. Um eine Übersicht über das Angebot zu erhalten, wurde bei den einzelnen Diensten telefonisch angefragt und um entsprechende Angaben in einem anschließend zugeschickten Formblatt gebeten. Anzumerken ist hier, dass in den vorab geführten Telefonaten von vielen leitenden Personen der sozialen Dienste der oben erwähnte Mangel an Zeit angesprochen wurde.

Die folgende Tabelle zeigt im Überblick die verschiedenen Bereiche, in denen die ambulanten Dienste im Landkreis Ammerland tätig sind:

Tabelle 3: Dienstleistungen der ambulanten Pflegedienste

Dienstleistungen	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
Behandlungspflege	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Grundpflege	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
Hauswirtschaftliche Versorgung	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**–**	**X**	**X**
Handwerkliche Dienste	*****	**–**	*****	**X**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**		**–**	**X**	**–**
Begleitdienste	*****	*******	*****	**X**	**–**	**–**	**X**	**–**	**X**	**X**	**–**	**X**	**X**
Besuchsdienste	*****	**–**	*****	**X**	**–**	**–**	**X**	**X**	**–**	**X**	**–**		**–**
Essen auf Rädern	*****	*****	*****	**X**	**X**	*****	**X**	**X**	*****	**X**	**X**	**X**	*****
Hausnotruf	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	*****	**X**	**X**	**X**	*****
Kurse für Angehörige	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	******	**X**	**X**	*****	**X**	**–**	**–**	**–**

Quelle: Eigene Erhebung 2002
X = Dienstleistung wird angeboten; ***** = Adressen werden angeboten ** = wird zeitweise angeboten
***=nur für Betreute der Sozialstation

1 = Diakoniestation, Westerstede-Apen gGmbH, Westerstede
2 = Diakonie-Sozialstation Bad Zwischenahn gGmbH, Bad Zwischenahn
3 = Diakoniestation 3 Wiefelstede/Metjendorf gGmbH, Westerstede
4 = Sozialstation Edewecht, Edewecht
5 = Sozialstation Rastede, Rastede
6 = Pflegedienst Rose, Bad Zwischenahn
7 = Häusliche Krankenpflege Elsbeth Meilahn, Edewecht
8 = Häusliche Pflege Doris Wauter, Westerstede
9 = APA – Ambulanter Pflegedienst Ammerland, Westerstede
10 = Häusliche Krankenpflege Tanja Pahlow-Nitz, Rastede
11 = Pflege Ambulant Caren Battermann, Rastede
12 = Ambulanter Pflegedienst Augustfehn, Apen
13 = Lisa's Pflegeteam, Lisa Agena, Apen

Pflegerische Leistungen im klassischen Sinne wie Behandlungspflege und Grundpflege werden von allen Trägern angeboten. Während Behandlungspflege ausschließlich den qualifizierten Fachkräften überlassen bleibt, können die Grundpflege, wie z.B. das Baden auch PflegehelferInnen übernehmen. Hauswirtschaftliche Versorgung wird von 12 ambulanten Diensten angeboten. Weitere Dienste gehören nicht selbstverständlich zum Angebot, zum Teil werden sie von den ambulanten Diensten selbst angeboten oder es werden Adressen anderer Anbieter genannt.

Im Landkreis Ammerland liegen laut Auskunft des Kreissozialamtes zurzeit (Stand: Oktober 2002) keine konkreten Planungen zur Erweiterung der Anzahl an ambulanten Diensten vor. Die gegenwärtige Situation lässt sich als ausgeglichen kennzeichnen, d.h. der ambulante Pflegebedarf wird durch die Leistungen der vorhandenen Dienste abgedeckt. Da jedoch zukünftig immer mehr Menschen immer älter werden, wird auch der Bedarf an ambulanter Pflege und damit an Pflegepersonal steigen. Steigen wird auch der Anspruch an die Qualifikation der Pflegekräfte, z.B. aufgrund der Zunahme von Demenzkranken. Von der Bundesregierung wird eine bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung angestrebt. Das Altenpflegegesetz soll der Qualitätssicherung in der Altenpflege dienen und die gesellschaftliche Anerkennung der Arbeit von AltenpflegerInnen stärken.

5.6.3.1 Hausnotrufsystem

Im Bereich der ambulanten Hilfeleistungen hat das Hausnotrufsystem einen besonderen Stellenwert. Es steht rund um die Uhr zur Verfügung und bietet die Möglichkeit, in einem akuten Bedarfsfall, z.B. bei einem Schwächeanfall, per Knopfdruck unmittelbar Kontakt zur Hausnotruf-Zentrale aufzunehmen. Der Hausnotruf kann insbesondere bei allein Lebenden zu einem vermehrten Gefühl der Sicherheit beitragen. Im Bedarfsfall kann schnelle Hilfe erfolgen. Voraussetzung ist ein Telefonanschluss. Benötigt wird ein Zusatzgerät zum Telefon und ein kleiner Handsender, der möglichst am Körper zu tragen ist. Die Reichweite entspricht dem des Telefons.

Die Repräsentativerhebung im Landkreis Ammerland ermittelte einen Anteil von 3 % der über 60-Jährigen, die an ein Notrufsystem angeschlossen sind. Hier sind es in erster Linie die Hochaltrigen über 85 Jahre, die diese Einrichtung nutzen. Zwei Drittel sind Frauen, ein Drittel Männer.

„Sind Sie an einem Anschluss Interessiert?“ Diese Frage beantwortet fast ein Viertel (23,3 %) positiv. Daran ist abzulesen, dass ein vermehrter Bedarf nach mehr Sicherheit im

Notfall vorhanden ist. Andererseits macht das Interesse an dem Notrufsystem auch den Bedarf an Informationen darüber deutlich.

Siehe dazu: Abbildung 38 im Anhang II S. 59: Notrufsystem angeschlossen bzw. interessiert nach Gemeinden
Abbildung 39 im Anhang II S. 59: Notrufsystem angeschlossen bzw. interessiert nach Alter

Im Mai 2002 wurde bundesweit das erste mobile Notrufsystem bei den Johannitern im Weser-Ems-Gebiet eingerichtet. Das neue Gerät ermittelt den Standort per Satellitennavigation und übermittelt die Daten an die Notrufzentrale. Damit wird dem Bedürfnis der BenutzerInnen nach mehr Mobilität entgegengekommen. Das Gerät ähnelt in Form, Größe und Gewicht einem Handy und kann über drei Tasten eine zuverlässige Hilfe in kritischen Situationen bieten.[35] Anzunehmen ist, dass dieses Gerät in naher Zukunft die stationären Geräte vermehrt ergänzen bzw. ablösen wird.

5.6.4 Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB

Wenn Menschen über 60 Jahre und insbesondere Hochaltrige nicht mehr in der Lage sind, ihre persönlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten selbstständig zu regeln, besteht die Möglichkeit einer Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB. Die Betreuung tritt an die Stelle der früheren Entmündigung, Vormundschaft über Erwachsene und der Gebrechlichkeitspflegschaft. Die Bestellung einer Person als Betreuung kann entweder von den Hilfebedürftigen selbst – auch als Vorsorge – oder von Amtswegen auf Anregung eines Arztes, von Angehörigen etc.[36] erfolgen. Wenn möglich, sollte die Betreuung aus dem persönlichen Umfeld kommen. Professionelle BetreuerInnen sollten erst dann eingesetzt werden, wenn sonst keine geeigneten Personen zur Verfügung stehen. Eine Betreuung „ist staatlich organisierter Beistand in Form von rechtlicher Fürsorge“.[37] Betreuende Unterstützung erfolgt bei Angelegenheiten der Personensorge und der Vermögenssorge, z.B. bei Geldangelegenheiten, bei der Fortführung einer notwendigen Behandlung, bei der Beantragung von Leistungen, bei zivilrechtlichen Ansprüchen, bei Unterbringungsmaßnahmen etc.

[35] Wesermarsch am Sonntag, 12. Mai 2002, S. 20
[36] Siehe dazu: Beitrag von Herrn Dr. Korzcak, Leiter des sozial-psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes im Kapitel Gesundheit.
[37] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002, S. 324

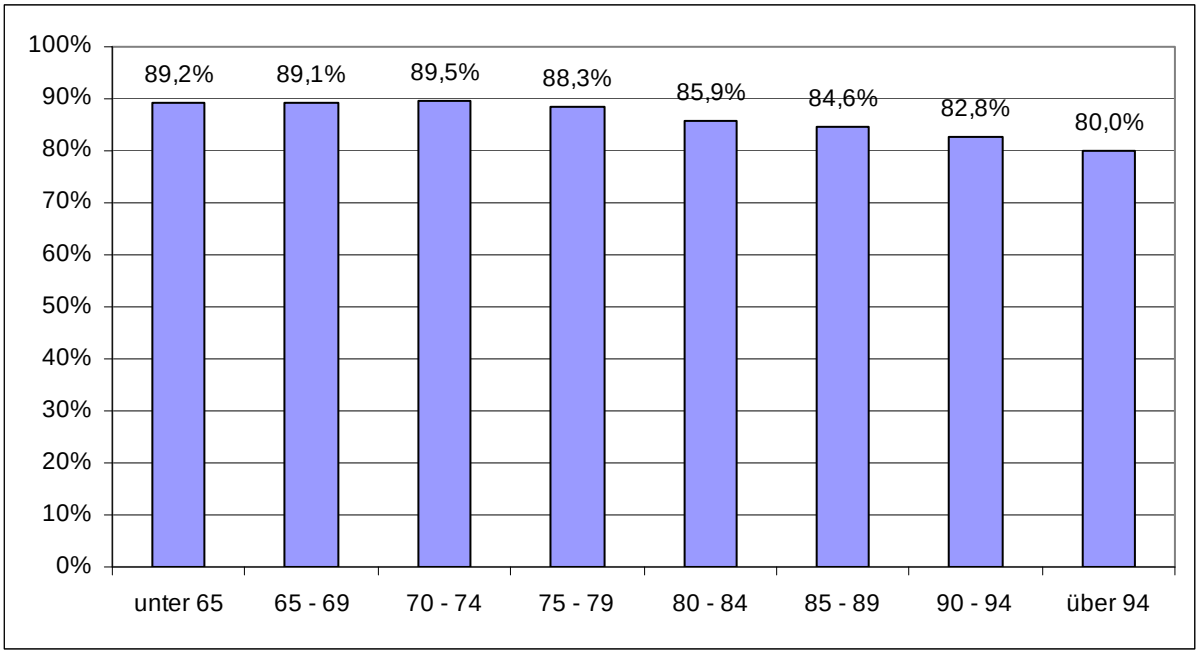
➔ **Die Repräsentativbefragung im Landkreis Ammerland ermittelte, dass rund 4.800 Menschen über 60 Jahre Hilfe im Haushalt benötigen. Der Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist jedoch sehr unterschiedlich. Laut Schätzungen erhalten rund 1.400 Leistungen der Pflegeversicherung. Das entspricht einem Anteil von rund 30 %. Davon werden rund 840 ausschließlich von den Angehörigen gepflegt, während rund 560 von Angehörigen und zusätzlich von ambulanten Diensten versorgt werden. Nach Bundeserhebungen sind rund die Hälfte der Pflegebedürftigen älter als 80 Jahre. Dies bedingt auch den Frauenüberschuss: 80 % sind Frauen. Rund 90 % der Pflegebedürftigen werden aus dem Kreis der Familie versorgt. Pflege ist Frauensache: Die häusliche Pflege von Angehörigen wird zu 80 % von Frauen (Ehefrauen, Töchtern, Schwiegertöchtern) geleistet. Ambulante Dienste leisten mit ihrem breiten Angebot einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Das Hausnotrufsystem wird laut Befragung im Ammerland von rund 3 % der über 60-Jährigen genutzt. Die Befragung der Senioren zeigt ferner, dass rund die Hälfte im Falle einer Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim umziehen würde, wobei der Anteil mit zunehmendem Alter geringer wird. Vielfach bedürfen insbesondere Hochaltrige einer betreuenden Unterstützung, um persönliche und wirtschaftliche Angelegenheiten zu regeln. Die Bestellung einer Betreuung ist hierfür vom Gesetzgeber vorgesehen.**

5.7 Beratungsbedarf

„Würden Sie eine Beratung, die es Ihnen ermöglicht, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu bleiben, in Anspruch nehmen?“ – diese Frage wurde den Senioren in der Fragebogenaktion im Landkreis Ammerland abschließend gestellt. Eine positive Beantwortung kann sehr unterschiedlich motiviert sein und sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen, so z.B. auf hauswirtschaftliche Dienste, auf eine Wohnraumanpassung oder auf Fragen zur Pflege zu Hause und auch auf den Übergang in ein Pflegeheim. Außerdem spielen die derzeitige Bedarfssituation sowie Vorstellungen von einer eventuellen zukünftigen Situation eine Rolle.

Wie der Beratungsbedarf allgemein bei den Senioren im Landkreis Ammerland in den Altersstufen von unter 65 bis über 94 Jahre aussieht, zeigt die folgende Abbildung:

Abbildung 7: Beratungsbedarf nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Dass bei einer vielfältigen Bedarfssituation und einer komplexen Angebotsseite an sozialen Diensten ein großer Beratungsbedarf älterer Menschen vorhanden ist, macht diese Abbildung mehr als deutlich.

- Auf alle Altersstufen bezogen beträgt der Beratungsbedarf 88,6 %.
- Während der Bedarf in den Altersstufen bis 74 Jahre über dem Mittel liegt, sinkt er mit zunehmendem Alter darunter, beträgt aber bei den über 94-Jährigen noch 80 %.
- Nach Geschlecht zeigt sich hinsichtlich des Beratungsbedarfs nur ein geringfügiger Unterschied (Frauen: 89,1 %; Männer 88,0 %).

Siehe dazu: Abbildung 37 im Anhang II S. 58: Beratungsbedarf nach Gemeinden

Beratung kann aus unterschiedlichen Gründen erforderlich sein. Dazu zählen beispielsweise:

- Informationen zum Angebot an sozialen bzw. ambulanten Dienstleistungen sind häufig sehr umfangreich und allgemein gehalten. Hilfeleistungen sind für den konkreten Einzelfall auszuwählen.
- Nach einem Krankenhausaufenthalt ist häufig Unterstützung beim Übergang zur Kurzzeit- bzw. Langzeitpflege erforderlich.
- Bei der Wohnraumanpassung spielen neben Veränderungsvorschlägen auch Fragen der Finanzierung eine Rolle.
- Die Kostenregelung für soziale Dienste insgesamt ist für viele ältere Menschen ein unübersichtliches Feld.
- Häusliche Pflege verlangt nach ausführlichen Informationen und Entscheidungshilfen.

- Der Übergang zur stationären Pflege bedarf ebenfalls häufig Unterstützung bei der Entscheidungsfindung.
- Einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, ältere Ausländer, allein lebende Frauen haben vielfach einen erhöhten Beratungsbedarf.
- Psychosoziale Beratung ist in Krisensituationen vielfach notwendig.
- Informationen über Dienstleistungsangebote, die auch ins Haus kommen wie Fußpflege und FriseurIn etc.
- Informationen zur Bestellung einer Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB.

Gefordert ist eine unabhängige, d.h. träger- und interessenungebundene Beratung, die nicht nur eine fachliche Beratung beinhaltet, sondern auch eine Fachvermittlung von selbstständigkeitsfördernden Diensten. Das vom Seniorenbeirat des Landkreises Ammerland favorisierte Modell zur Deckung des Beratungsbedarfs wird im Abschlusskapitel näher ausgeführt.

➔ **Möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu bleiben, gilt als zentrales Bedürfnis im Alter. Um dies zu ermöglichen, ist vielfach ein breites Spektrum an Informationen über entsprechende Dienstleistungsangebote erforderlich. Insofern sind auch häufig Hilfen bei der Entscheidungsfindung notwendig. Damit wird ein Beratungsbedarf sichtbar. Rund 90 % der befragten Senioren im Landkreis Ammerland würden eine solche Beratung in Anspruch nehmen. Der Bedarf nimmt mit zunehmendem Alter nur leicht ab und beträgt bei den 94-Jährigen noch 80 %. Frauen haben nur einen geringfügig höheren Bedarf als Männer.**

6. Gesundheit

Altern ist ein lebenslanger Prozess. Jede Lebensphase beinhaltet Gewinne und Verluste. Dennoch scheint sich bis heute ein einheitliches Bild vom Alter zu halten, das vielfach gleichgesetzt wird mit Altersschwäche, mit krankhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Verlust an sozialer Integration. Inzwischen dürfte dieses Bild durch wissenschaftliche Untersuchungen nicht mehr aufrecht zu erhalten sein.[1] Zwar wird belegt, dass im Verlauf des biologischen Alterns Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Organismus abnehmen, doch diese Veränderungen sind nicht zwangsläufig durch Krankheit bedingt, sondern vielmehr als „‚normal' zu erachtendende Abbauerscheinungen"[2] zu betrachten. Auch wird immer mehr hervorgehoben, dass der Prozess des biologischen Alterns sehr unterschiedlich verlaufen kann. Trotzdem bleibt anzuerkennen, dass mit dem Alter und insbesondere im hohen Alter das Risiko einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes zunimmt.

In diesem Zusammenhang spielt auch der Aspekt der Tabuisierung des Älterwerdens eine Rolle. Falten, graues Haar und körperliche Veränderungen sind in der Regel negativ besetzt. Jugendlichkeit gilt insbesondere in den westlichen Industrienationen als Lebensstil. In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff „anti-ageing" benutzt. Eine ganze Industrie profitiert davon, dass sich Menschen ein jüngeres Aussehen geben. Davon sind Frauen noch wesentlich stärker betroffen als Männer. Wie ein „erfolgreiches" Altern aussehen könnte, dafür gibt es noch keine erprobten Modelle - höchstens einzelne Biographien als Beispiele. Als Perspektive erscheint jedoch eine Verstärkung der Blickrichtung auf das Alter und ein Wechsel vom „anti-ageing" zum „active-ageing" wichtig. Gesundheit spielt auf jeden Fall eine wichtige Rolle, wenn es um Fragen der Lebenszufriedenheit im Alter geht. Gesundheitliches Wohlbefinden ist für die individuelle Lebensgestaltung von großer Bedeutung, wirkt aber auch in viele gesellschaftliche Bereiche hinein. Insofern dürfte nicht nur das Gesundheitssystem an einer möglichst langen Gesunderhaltung der älteren Bevölkerung interessiert sein, sondern auch die Gesellschaft insgesamt.

In Untersuchungen zum Thema Gesundheit im Alter wird in der Regel ein erweiterter Gesundheitsbegriff verwendet, der auch psychologische und soziale Aspekte berücksichtigt.

[1] Siehe dazu: Berliner Altersstudie (BASE). Ergebnisse in: Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen 1998 S. 187-216

[2] Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen 1998 (S. 187-216) S. 187

Richtungsweisend ist hier die Berliner Altersstudie. Darin wird von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgegangen, die unterschieden werden nach Krankheiten, organischen Funktionseinbußen, funktionellen Einschränkungen und sozialen Benachteiligungen.[3] Außerdem schlussfolgert die Studie, dass zwar fast alle über 70-Jährigen aus medizinischer Sicht als „krank" zu betrachten sind, aber nur bei rund einem Drittel behandlungsbedürftige Erkrankungen vorhanden sind. Häufig liegt objektiv eine Krankheit vor (wie z.B. Diabetes, hoher Blutdruck), aber es liegen keine oder nur geringe subjektiven Beschwerden vor. „‚Krankheit' in diesem Sinne ist deshalb keineswegs beim älteren Menschen gleichbedeutend mit ‚krank sein'."[4] Diese Betrachtung zeigt, dass Gesundheit und Krankheit im Alter sehr differenziert zu betrachten sind, wobei die Geschlechtszugehörigkeit und die soziale Stellung einen großen Einfluss besitzen. Ferner ist der subjektiven Befindlichkeit eine große Bedeutung beizumessen.

Schwierig gestaltet sich die wissenschaftliche Einschätzung darüber, ob eine höhere Lebenserwartung auch gleichzeitig ein Gewinn an Lebensjahren ohne größere gesundheitliche Beeinträchtigungen bedeuten kann. Die optimistische Einschätzung geht davon aus, „dass die allgemeine Verlängerung der Lebenserwartung und die zunehmende Konzentration der Sterblichkeit in der Bevölkerung auf die hohen Altersjahre (Kompression der Mortialität) auch begleitet wird von einem altersmäßigen Hinausschieben und einer Verkürzung der Lebensphase, in der mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist."[5] Danach können eine gesündere Lebensweise und der medizinische Fortschritt zur längeren Erhaltung der Gesundheit beitragen. Der medizinische Fortschritt wird auf der pessimistischen Seite jedoch ebenfalls als Argument benutzt. Denn der medizinische Fortschritt hat im Wesentlichen dazu beigetragen, „das frühzeitige Sterben durch akute lebensbedrohliche Erkrankungen zu verhindern. Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Alter, in dem chronische Beeinträchtigungen zunehmen. Außerdem gelingt es der Medizin auch immer besser, den tödlichen Ausgang von Krankheiten im hohen Alter um den Preis erhöhter und verlängerter Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern."[6] Als Folge wird u.a. ein massiver Anstieg der Gesundheitsausgaben befürchtet. Im Dritten Altenbericht wird diese Befürchtung als zu negativ zurückgewiesen, da die Ausgaben im Gesundheitswesen auch im Zusammenhang mit

[3] Diese Kriterien für Beeinträchtigungen basieren auf einem Modell der Weltgesundheitsorganisation. Vgl.: Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen 1998 (S. 187-216) S. 190

[4] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 73

[5] ebenda, S. 69

[6] ebenda, S. 70

der gesamtgesellschaftlichen Situation zu berücksichtigen sind.[7] Insgesamt bleibt jedoch zu fragen, wie sich die Gesundheit der älteren Menschen bei einer steigenden Lebenserwartung verändert und wie sich dies auf die damit zusammenhängende Bedarfsstruktur und Kostenentwicklung der Hilfe- und Pflegeleistungen im Gesundheitswesen und damit letztlich auf die Situation der Betroffenen selbst auswirkt.

Der Prävention wird von der Kommission zur Erarbeitung des Altenberichts, als auch von der Weltgesundheitsorganisation eine zukunftsentscheidende Bedeutung beigemessen. Immer noch wird zu wenig zur Verbesserung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte getan. Das bezieht sich auf die Eigeninitiative, entsprechende Angebote in Anspruch zu nehmen. Aber vor allem auch auf bedarfsgerechte Angebote und die finanziellen Ausgaben in diesem Bereich. Untersuchungen belegen jedoch, dass z.B. angemessene Bewegung Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates um die Hälfte verringern. Ziel von Prävention könnte der Erhalt der Selbstständigkeit im Alter sein mit möglichst vielen Lebensjahren ohne Beeinträchtigungen. Folglich werden auch Krankheits- bzw. Pflegekosten reduziert.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Gesundheit und gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter ein sehr weit gefasstes Thema sind. Im Rahmen des Seniorenplans für den Landkreis Ammerland geht es darum, einen Einblick in das Thema zu geben, relevante Bereiche zu problematisieren und Aspekte der gesundheitlichen Versorgung im Alter aufzuzeigen, die für eine kommunale Gesundheitsförderung Ansatzpunkte bieten. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, wird die Pflegeplanung gesondert geschrieben (siehe Anhang I). Insofern bleiben an dieser Stelle Gesichtspunkte der Pflegesituation weitgehend ausgeklammert. Folgende Fragestellungen stehen im Vordergrund:

1. Wie schätzen die befragten Senioren im Ammerland ihre Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören und Gehen ein?
2. Wie sind gesundheitliche Situation und Krankheitsbilder bei Frauen und Männer im Alter zu beschreiben?
3. Was ist zur Erreichbarkeit von Arzt bzw. Ärztin und Apotheke festzustellen?
4. Wie lässt sich die Situation der über 60-Jährigen beschreiben, die stationär in der Ammerland-Klinik behandelt werden?
5. Wie wird aus sozial-psychiatrischer Sicht die Zunahme an Demenzerkrankungen eingeschätzt?

[7] Siehe dazu auch: Görries, Stefan: Prävention und Intervention. Die gesundheitliche Versorgung im Alter. Studieneinheit 17. In: Funkkkolleg Studienbrief 6. Tübingen 1997, S. 7

6. Welche Bedeutung hat – aus der Sicht der Leitung des Gesundheitsamtes - Prävention und Rehabilitation für über 60-Jährige?

Um zum Thema „Gesundheit im Alter“ einen Überblick für den Landkreis Ammerland zu geben, bilden neben Strukturdaten und den Ergebnissen aus der Repräsentativbefragung insbesondere Befragungen von ExpertInnen einen Schwerpunkt. Sie dokumentieren Erfahrungen aus der alltäglichen Praxis aus unterschiedlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, verbunden mit einer Einschätzung zur bisherigen und zukünftigen Entwicklung.

6.1 Zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen

Eine Befragung des Niedersächsischen Landfrauenverbandes im Raum Hannover zur Einschätzung des allgemeinen gesundheitlichen Befindens von über 60-Jährigen kommt zu folgendem Ergebnis: „Knapp 1/5 fühlte sich gut, 65,7 % fühlten sich im Großen und Ganzen gut, 14,8 % weniger gut und lediglich 1,3 % fühlte sich schlecht. Ein Vergleich zwischen Frauen und Männern lässt vermuten, dass Frauen sich insgesamt gesundheitlich etwas besser fühlen als Männer. So sagen 66,2 % der Frauen gegenüber 60,5 % der Männer aus, dass sie sich im großen und ganzen gut fühlen, während die Rubrik weniger gut von 22,3 % der Männer gegenüber 14,3 % der Frauen angekreuzt wurde.“

Festgestellt wurde ferner, dass sich mit zunehmendem Alter die Einschätzungen verschieben. Beispielsweise reduziert sich der Anteil der sich gut fühlenden Frauen von 21,3 % (60-64 Jahre) auf 9,0 % bei den Hochaltrigen über 80 Jahre. Umgekehrt entwickeln sich die Anteile bei denjenigen, die ihr gesundheitliches Befinden als weniger gut einschätzen, von 9,5 % (60-64 Jahre) auf 26,1 % bei den Hochbetagten. Anzumerken ist hier, dass selbst Hochbetagte ihr gesundheitliches Befinden zu zwei Drittel als „im Großen und Ganzen gut“ einschätzen.[8]

6.1.1 Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören und Gehen

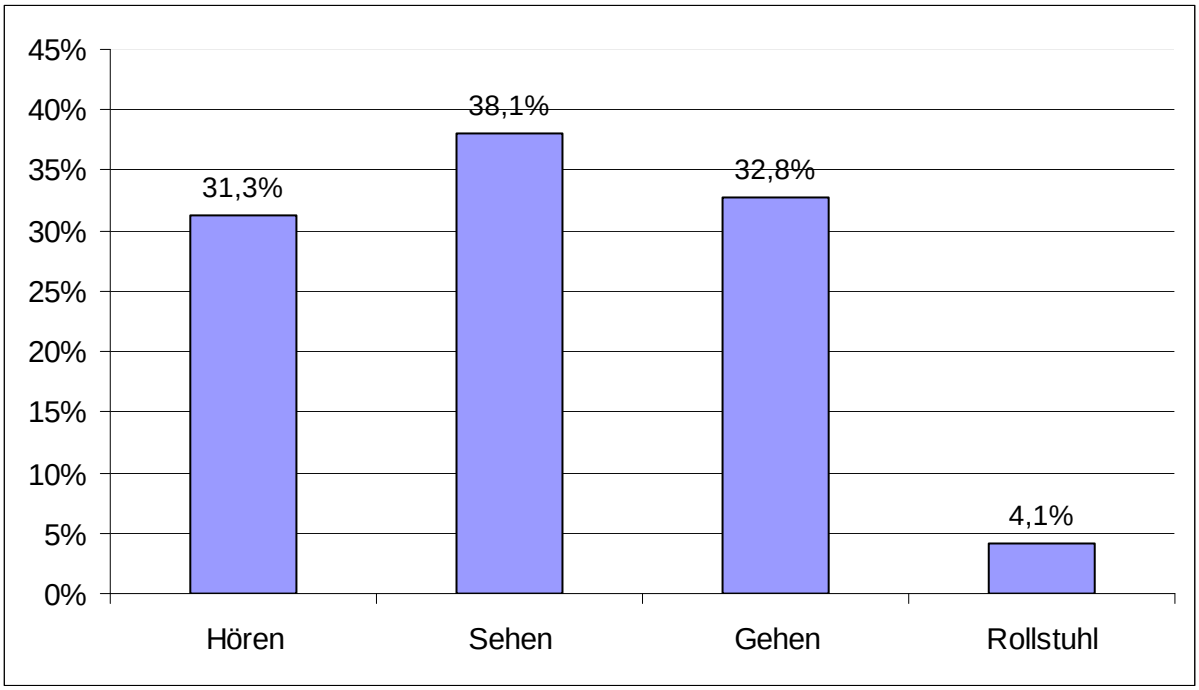
Körperliche Funktionseinbußen beim Sehen, Hören und Gehen können heute vielfach je nach Art und Grad der Beeinträchtigung durch einen gezielten Einsatz von Hilfsmitteln wie Brille, Hörgerät, Stock, Türsignal-Anzeige etc. weitgehend ausgeglichen werden. So bleiben

[8] Niedersächsischer Landfrauenverband Hannover e.V.: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 21

Fähigkeiten und Fertigkeiten erhalten und wird eine selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung und im sozialen Umfeld erleichtert.

Mit der Frage „Haben Sie Beeinträchtigungen beim Hören, Sehen und Gehen? Benötigen Sie einen Rollstuhl?“ wurde im Rahmen der Seniorenbefragung im Landkreis Ammerland um eine Auskunft zur subjektiven Befindlichkeit gebeten. Insofern sagen die Angaben nichts über den Grad der Beeinträchtigung aus und darüber, ob Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Stock) benutzt werden. Die Verteilung der Antworten zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 1: Beeinträchtigungen (Mehrfachnennungen)



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Subjektiv beurteilt haben insgesamt rund ein Drittel der befragten Frauen und Männer ab 60 Jahre im Landkreis Ammerland Beeinträchtigungen beim Hören, Sehen oder Gehen. In einer Untersuchung des niedersächsischen Landfrauenverbandes wurde differenzierter gefragt, d.h. nach starken, geringen und gar keinen Beeinträchtigungen. Das Ergebnis fällt deutlich höher aus: Rund die Hälfte der Befragten sind beim Hören, Sehen oder Gehen beeinträchtigt.[9] Wesentlich genauer wurden in der Berliner Altersstudie die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von über 70-Jährigen nach Kriterien der Weltgesundheitsorganisation überprüft. Danach waren beim Sehen 23 % stark eingeschränkt bis blind, beim Hören 11 % stark

[9] Niedersächsischer Landfrauenverband Hannover e.V.: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 22

beeinträchtigt, 3 % bettlägerig und 14 % konnten nur einige Schritte in der eigenen Wohnung gehen.[10]

Ein Vergleich der Ergebnisse aus der Seniorenbefragung im Ammerland mit der Befragung im Raum Hannover und der genauen Überprüfung in der Berliner Altersstudie lässt den Schluss zu, dass sich die Ergebnisse für das Ammerland tendenziell eher auf die Situation der stärker Beeinträchtigten beziehen.

Im Einzelnen:

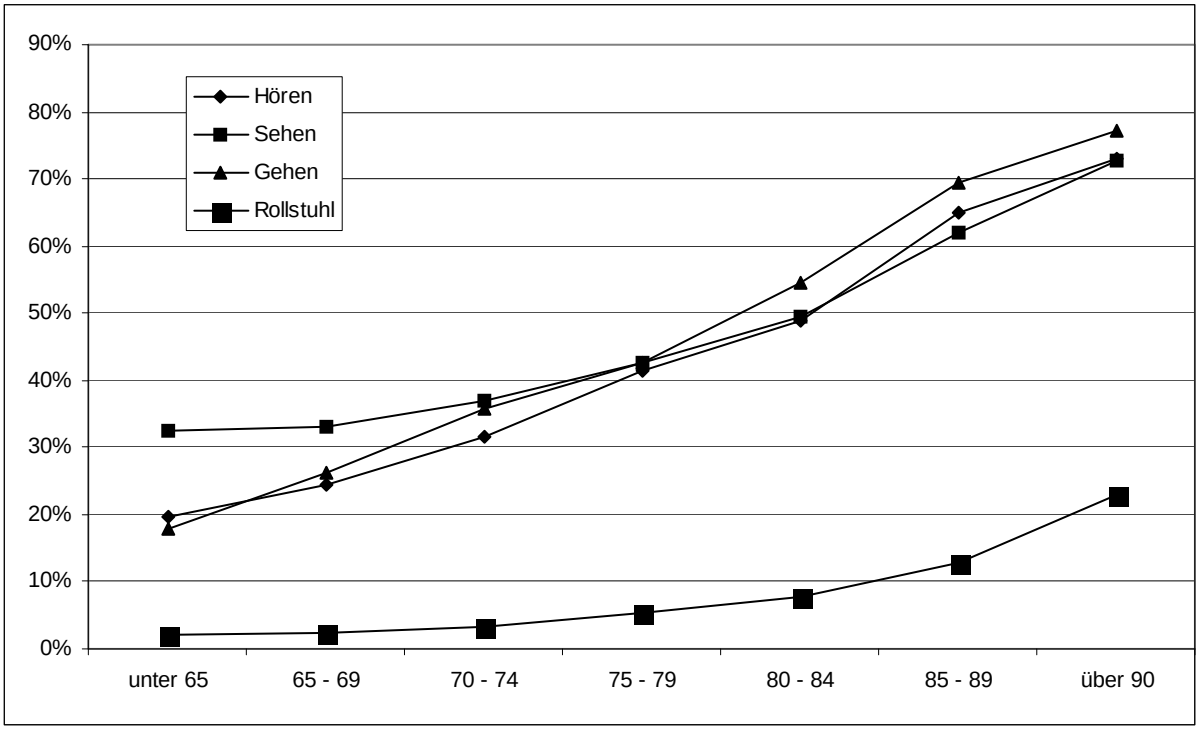
- Von den im eigenen Haushalt lebenden Senioren im Landkreis Ammerland, die sich beeinträchtigt fühlen, haben die meisten (38,1 %) Sehprobleme. Frauen häufiger als Männer.
- Ein Drittel gibt Beeinträchtigungen beim Gehen an. Auch hier überwiegen die Frauen gegenüber den Männern.
- Der niedrigste Anteil (31,2 %) hat Schwierigkeiten mit dem Hören. Hierbei überwiegen jedoch die Männer sehr stark im Vergleich zu den Frauen.
- Einen Rollstuhl benutzen 4,1 %, und zwar Männer zu 3,3 %, Frauen zu 4,9 %. Der höhere Frauenanteil ist im Zusammenhang mit dem hohen Anteil hochaltriger Frauen zu sehen.

Im höheren Alter treten die Beeinträchtigungen stärker auf. Während in den vier Altersgruppen von unter 65 Jahre bis zu 79 Jahre die Beeinträchtigungen um jeweils rund 20 % zunehmen beträgt der Anstieg bei den Hochaltrigen ab 80 Jahre über 30 %, am deutlichsten ist die Zunahme bei den Gehproblemen. Damit verbunden ist auch der Anstieg der RollstuhlbenutzerInnen bei den über 80-Jährigen. Vermutlich ist bei den unter 65-Jährigen bis 79-Jährigen die Benutzung eines Rollstuhles nicht nur altersspezifisch zu betrachten, sondern auch abhängig von Krankheiten und Unfallfolgen.

Folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse im Einzelnen:

[10] Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen 1998 (S. 187-216) S. 198

Abbildung 2: Beeinträchtigungen nach Alter



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Siehe dazu: Abbildung 40 im Anhang II S. 60: Beeinträchtigungen nach Geschlecht
Abbildung 41 im Anhang II S. 60: Beeinträchtigungen nach Gemeinden

➔ **Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören und Gehen können vielfach durch gezielten Einsatz von Hilfsmitteln weitgehend ausgeglichen werden. Insofern kann eine allgemeine Frage nach einer Beeinträchtigung subjektiv sehr unterschiedlich gewertet werden. Laut Seniorenbefragung im Landkreis Ammerland haben rund ein Drittel der Befragten Beeinträchtigungen beim Hören, Sehen oder Gehen. Rund 4 % benutzen einen Rollstuhl. Ein Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen weist darauf hin, dass es sich bei den Ergebnissen im Ammerland tendenziell eher um stärkere Beeinträchtigungen handeln dürfte. Deutlich sichtbar wird jedoch, dass die Einschränkungen mit dem Alter zunehmen und insbesondere bei den über 80-Jährigen stärker ansteigen.**

6.1.2 Erkrankungen im Alter

Bei Überlegungen zum Thema Erkrankungen im Alter kann zunächst folgende Einteilung hilfreich sein:

- Krankheiten, die grundsätzlich auch in anderen Altersstufen vorkommen können, sind in der Regel bei älteren Menschen anders ausgeprägt und verlaufen anders.
- Krankheiten, die schon in früheren Jahren begonnen haben und als chronisch zu bezeichnen sind, erfahren im Alter häufig eine besondere Ausprägung.
- Krankheiten, die an das höhere Alter gebunden sind.

Die häufigsten Erkrankungen der älteren Bevölkerung ab 60 Jahre betreffen Herz und Kreislauf. An zweiter Stelle stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Arthrosen, Osteoporose etc. Darüber hinaus tritt im Alter die Multimorbidität, d.h. die Vielfacherkrankung häufig auf, die im höheren Alter zunimmt und hauptsächlich aus chronischen Krankheiten besteht. Psychische Erkrankungen nehmen bei einer Häufung von Beeinträchtigungen zu, wobei depressive Störungen und Demenzen überwiegen.

Darüber hinaus ist Gesundheit im Alter geschlechtsspezifisch zu betrachten.[11] Folgende Unterschiede zwischen Frauen und Männern fallen auf:

- Gegenwärtig ist in den hoch zivilisierten Ländern als erstaunliches Phänomen eine um rund sieben Jahre längere durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen festzustellen. Als Ursache wird u.a. der Rückgang der Sterblichkeit von Frauen bei der Geburt gesehen und die überproportional hohe Sterberate der Männer vor dem 60. Lebensjahr. Dieses Mehr an Lebensjahren bedeutet aber auch, dass Frauen eher von den im höheren Alter auftretenden Beeinträchtigungen wie z.B. Demenz betroffen sind.
- Die höhere Lebenserwartung wird außerdem mit einem anderen Gesundheitsverhalten erklärt. Demnach sind Frauen aufgrund von Schwangerschaft und Wechseljahren auf körperliche und psychische Veränderungen besser vorbereitet und können sich besser anpassen. Diese Fähigkeit können sie vielfach bei gesundheitlichen Problemen im Alter nutzen.
- Frauen sind allerdings auch diejenigen, die häufiger einen Arzt bzw. eine Ärztin besuchen. Die zehn häufigsten chronischen Erkrankungen sowie die Haupttodesursachen sind bei Frauen und Männern annähernd gleich. Unterschiedlich ist allerdings, dass Männer in der Regel kürzer allerdings dann auch meistens ernsthafter erkranken (z.B. Herzerkrankungen). Frauen sind dagegen häufiger und länger andauernd krank und eher funktional eingeschränkt, z.B. durch Arthritis, Osteoporose.
- Vom Suizidrisiko im Alter sind Männer ab 65 Jahre stärker betroffen als Frauen.

[11] Siehe dazu z.B.: Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Abt. Gesundheitswesen (Hrsg.): Frauengesundheitsbericht. Bremen 2001.

Beim Thema Gesundheit und Alter werden aufgrund der steigenden Zahl an Hochaltrigen zukünftig insbesondere Fragen im Umgang mit Demenzkranken an Bedeutung zunehmen. Insofern wird im folgenden Kapitel kurz auf das Krankheitsbild Demenz eingegangen.

6.1.3 Demenz

Der Vierte Altenbericht[12] widmet sich ausschließlich dem Thema Hochaltrige und Demenz und betont damit die zunehmende Bedeutung dieses Themas. Hintergrund ist die wachsende Zahl der Hochaltrigen. Gegenwärtig sind in Deutschland rund 2,9 Millionen Menschen über 80 Jahre. In zwanzig Jahren werden es mehr als doppelt so viele sein, nämlich 5,1 Millionen oder auch 6,3 % der Bevölkerung. Mit der steigenden Zahl der Menschen über 80 Jahre wächst auch die Anzahl der Demenzkranken. Nach Schätzungen leidet heute jeder fünfte Mensch über 80 Jahre und jeder dritte der über 90-Jährigen und damit insgesamt 900.000 Menschen an einer mittelschweren oder schweren Demenz. Bis zum Jahr 2020 werden es ca. 1,4 Millionen sein.[13] Da Hochaltrigkeit überwiegend weiblich ist, sind auch die meisten Demenzkranken Frauen. Werden die Prozentangaben auf Bundesebene auf den Landkreis Ammerland übertragen, so kann davon ausgegangen werden, dass derzeit ca. 1.000 Menschen im Ammerland an Demenz erkrankt sind. 2020 werden es rund 1.500 sein. Bedenkt man den im Vergleich zum Bundesgebiet leicht erhöhten Anteil an über 60-Jährigen im Landkreis Ammerland, so dürfte sich diese Schätzung noch erhöhen.

„Demenz“ gilt als ein Oberbegriff für eine Vielfalt an Demenzformen, die sich z.T. deutlich voneinander unterscheiden. Deshalb gilt es als notwendig, „in der öffentlichen Diskussion eine differenzierte Darstellung des Themengebietes ‚Demenz’ zu leisten.“[14] Nach einer Schätzung leiden etwa zwei Drittel der an mittelschwerer und schwerer Demenz Erkrankten an der Alzheimer-Krankheit.[15] Sie führt zu Störungen des Gedächtnisses, des Sprach- und Denkvermögens, des Erkennens und der Handhabung von Gegenständen sowie der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Es können auch andere Symptome auftreten wie z.B. Stimmungsschwankungen. Hintergrund und Ursachen der Krankheit sind bislang unklar. Beim Fortschreiten der Erkrankung zeigen sich immer massiver Wesens- und Verhaltensänderungen, die häufig zu Spannungen zu Angehörigen und Pflegepersonen führen. Zwei Drit-

[12] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002
[13] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Nr. 397 vom 17.04.2002
[14] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 56
[15] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002, S. 181

tel der Demenzkranken werden zu Hause von Angehörigen versorgt. Angehörige und auch beruflich in der Pflege Tätige sind bei der Übernahme der Pflege und Betreuung eines an Demenz erkrankten Menschen vor eine besonders verantwortungsvolle Herausforderung gestellt. Nicht selten kommen sie an die Grenzen der Belastbarkeit. Es gibt kaum ausreichende Versorgungsmöglichkeiten und Methoden im Umgang mit dementen Menschen.

Auf eine Zunahme von Demenzkranken müssen sich auch die stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig einstellen. Experten sind sich darin einig, dass Konzepte zu entwickeln sind, die den Demenzkranken mit Würde begegnen und die Pflegenden entlasten.[16] Maßnahmen wie das bundesweite Beratungstelefon der Alzheimer Gesellschaft[17] sind ein Schritt zur Verbesserung der Situation von Betroffenen.

6.1.4 Ältere Behinderte

Im Dritten Altenbericht wird als wichtiges Anliegen formuliert, „dass gerade auch ältere Menschen mit einer Behinderung gezielt durch kompetenzerhaltende und kompetenzsteigernde Maßnahmen gefördert werden sollten."[18] Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer körperlichen Behinderung aufgrund der einseitigen Belastungen im Alter ein erhöhtes Risiko degenerativer Erkrankungen tragen. Auch für Menschen mit geistigen Behinderungen werden Risikofaktoren benannt, die sich im Alter als belastend auswirken können wie z.B. innerer Rückzug. Insofern wird als zentral erachtet, dass Konzepte der Behindertenhilfe auch auf ältere Behinderte angewendet werden, um ihnen ein weitgehend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

6.1.5 Ältere MigrantInnen

Untersuchungen zum Gesundheitszustand der älteren MigrantInnen weisen darauf hin, dass bereits ab 50-Jährige Krankheitsbilder aufweisen, die sonst nur bei wesentlich älteren Deutschen auftreten. Demzufolge wird auch der Gesundheitszustand von älteren MigrantInnen deutlich schlechter eingeschätzt als derjenige der Deutschen. Die Gründe sind sehr vielfältig: Ältere MigrantInnen zählen im Durchschnitt zu den einkommensschwachen Bevölkerungs-

[16] Siehe dazu: Bericht von Herrn Dr. Korczak, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes des Landkreises Ammerland.
[17] Tel.: 0180-3171017/0.09 Euro pro Minute. Im Landkreis Ammerland ist die Alzheimer Gesellschaft Oldenburg-Ammerland in Westerstede unter der Telefon-Nummer 04488-859185 zu erreichen.
[18] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 21

gruppen. Sie verfügen über ein eher niedriges Bildungsniveau. Diese Faktoren erhöhen auch bei der deutschen Bevölkerungsgruppe das Krankheitsrisiko. Der Dritte Bericht zur Lage der älteren Generation nennt weitere Faktoren:

- „Durch die Arbeitsplätze bzw. die Art ihrer Arbeit waren Migranten erhöhten Belastungen ausgesetzt. Sie waren zu einem hohen Anteil in Akkord- und Schichtarbeit eingesetzt, haben körperlich schwere Arbeit verrichtet und Arbeit, die häufig mit chemischen Giftstoffen, mit Hitze und Lärm verbunden war. (...)
- Da viele Migranten in möglichst kurzer Zeit möglichst viel Geld für sich und ihre Familien verdienen wollten, nahmen sie nach Angaben des Altenberichts häufig weitere gesundheitsbelastende Effekte, wie z.B. die Folgen dauerhaft hoher Überstunden, in Kauf.
- Als gesundheitsbelastend kann sich ferner der durch die Migration ausgelöste Stress auswirken. Die Stressforschung weist schon länger auf die gesundheitsbelastenden Auswirkungen von negativen, plötzlich auftretenden und einschneidenden Lebensereignissen oder Verlusten hin, die sich im Alter in Krankheiten manifestieren können.“[19]

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Wahrnehmung von Krankheit und deren Behandlung sowie Gesundheit auch soziokulturell geprägt ist. Dies gilt auch für Fragen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit. Derzeit überwiegen in der Altersgruppe ab 60 Jahre noch die bis 70-Jährigen. Zukünftig wird nicht nur die Anzahl der MigrantInnen über 60 Jahre insgesamt zunehmen, sondern auch die Gruppe der über 70-Jährigen. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch die Gruppe der älteren SpätaussiedlerInnen. Damit wird mit den zunehmenden gesundheitlichen Problemen gleichzeitig auch mit einem Bedarf an Pflege der über 70-Jährigen gerechnet. Konzepte sind gefragt, die „Altwerden in der Fremde“ stärker als bisher thematisieren.[20]

[19] Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Älter werden in Deutschland, Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, Nr. 11. Berlin 2001, S. 16

[20] Siehe dazu: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales/Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen (Hrsg.): Altwerden in der Fremde – Bilanz und Perspektiven. Hannover 2000

➔ **Aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses ist es schwierig, Gesundheit und Krankheit im Alter klar zu definieren. Klar ist jedoch, dass Alter nicht gleichbedeutend ist mit „krank sein". Ebenso ist auch Krankheit im Alter nicht gleichzusetzen mit „krank sein". Damit erhält die subjektive Befindlichkeit eine große Bedeutung. Wenn Erkrankungen im Alter vorliegen, dann betreffen sie in erster Linie Herz und Kreislauf. An zweiter Stelle folgen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Im höheren Alter nimmt die Vielfacherkrankung zu. Deutliche Unterschiede gibt es zwischen Frauen und Männern. Beispielsweise sind Frauen aufgrund der längeren Lebenserwartung stärker von Demenz betroffen, da diese Erkrankung häufig im hohen Alter auftritt. Da zukünftig jedoch immer mehr Menschen immer älter werden, wird es auch eine Zunahme an Demenzkranken insgesamt geben, für die Konzepte zu entwickeln sind. Konzepte sind auch gefragt, wenn es um die Versorgung von Behinderten über 60 Jahre geht. Ebenso gilt dies für die Situation von älteren MigrantInnen. „Altwerden in der Fremde" wird zukünftig stärker ein Thema sein.**

6.2 Gesundheitliche Versorgung

Im Landkreis Ammerland steht der Bevölkerung ein umfangreiches Netz an Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens zur Verfügung. Außerdem wird vielfach das breit gefächerte Angebot im Oberzentrum Oldenburg genutzt. Grundsätzlich sind zwei Bereiche der gesundheitlichen Versorgung zu unterscheiden:

- Angebote und Produkte, die von den Patienten finanziell allein getragen werden, wie z.B. Behandlung bei HeilpraktikerInnen, Selbstmedikation, Psychotherapie (wenn keine Kassenzulassung vorhanden ist) etc.
- Angebote und Produkte, die finanziell von den Krankenkassen ganz bzw. zum überwiegenden Teil oder auch teilweise übernommen werden, wie z.B. Behandlung im Krankenhaus oder bei niedergelassenen Ärzten, Massage, Krankengymnastik, Brillen und Hörhilfen etc.

Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung sowie das Gesundheitsamt bilden sozusagen den Kern des Gesundheitswesens. Des Weiteren sind auf kommunaler Ebene die Kontaktstelle REBEKA und der Arbeitskreis Gesundheitsförderung und auf Vereinsebene die Sportvereine zu nennen.

Ambulante Versorgung:

Zur Versorgung der Bevölkerung stehen im Landkreis Ammerland insgesamt 120 niedergelassene ÄrztInnen zur Verfügung. [21] Darüber hinaus werden von der kassenärztlichen Vereinigung 20 PsychotherapeutInnen genannt.

Siehe dazu: Differenzierung nach Arztgruppen, Anlage 9 im Anhang II S. 61

Stationäre Versorgung:

Neben der ambulanten Versorgung stehen im Landkreis Ammerland folgende Einrichtungen zur stationären Behandlung zur Verfügung:

- Ammerland-Klinik in Westerstede
- Bundeswehrkrankenhaus in Rostrup. Derzeit bestehen Verhandlungen zur Kooperation mit der Ammerland-Klinik
- Rheuma- und Reha-Klinik in Bad Zwischenahn
- Klinik Rastede
- Landeskrankenhaus Wehnen

Gesundheitsamt:

Der Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes des Landkreises Ammerland umfasst folgende Bereiche:

- Amtsärztlicher Dienst
- Jugend- und kinderärztlicher Dienst
- Sozialpsychiatrischer Dienst mit Suchtberatungsstelle
- Gesundheitsaufsicht
- Allgemeiner Sozialdienst
    - Die Arbeit im Allgemeinen Sozialdienst beinhaltet u.a. die Beratung von Senioren: „Dazu zählt die Vermittlung von finanziellen Hilfen (Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfen in besonderen Lebenslagen, Pflegegeld, Blindengeld) und sachlichen Leistungen (Einschaltung der Sozialstation bei tatsächlicher Pflege, Mittagstisch auf Rädern, Hausnotrufanlage, Förderung sozialer Kontakte durch Seniorengruppen und Nachbarschaftshilfe, Vermittlung von Altenpflegeheimplätzen, Information über das Betreuungsgesetz, Hilfeleistung bei Anträgen nach dem Schwerbehindertengesetz, beratende Tätigkeit in den Seniorenbeiräten auf Stadt– und Kreisebene, verbunden mit der Leitung und Mitwirkung von Arbeitskreisen.“[22]

[21] Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Landkreis Ammerland. Stand: 29.05.2002

[22] Bericht über die Tätigkeit des Kreistages, der Ausschüsse und der Kreisverwaltung, 13. Wahlperiode 01.11.1996 – 31.10.2001, S. 76

Selbsthilfe:

Selbsthilfegruppen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung. Im Landkreis Ammerland ist hier als Kontaktstelle die REBEKA – Selbsthilfekontaktstelle des Paritätischen Oldenburg-Ammerland in Edewecht zu nennen.[23] Von der REBEKA wird in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gesundheitsförderung ein Gesundheitsführer für den Landkreis Ammerland – finanziert von den Krankenkassen – herausgegeben. Darin erscheinen Fortbildungen, Kurse und Vorträge der unterschiedlichen Anbieter, wie das Programm der Bildungsträger zum Thema Gesundheit und Selbsthilfe, das Angebot des Kneipp-Vereins und der Rheuma-Liga etc. Ferner wird pro Gemeinde das Angebot im Gesundheitssport aufgeführt. Die vielfältigen Beratungsstellen mit ihrem jeweiligen Angebot sind im Gesundheitsführer ebenso enthalten wie Selbstdarstellungen einzelner Selbsthilfegruppen.

Arbeitskreis Gesundheitsförderung:

Um eine stärkere Vernetzung der vielfältigen Versorgungseinrichtungen zu erreichen und auf kommunaler Ebene im Bereich der Gesundheitsförderung mehr zu bewegen, wurde 1992 im Ammerland auf Initiative des Gesundheitsamtes der Arbeitskreis Gesundheitsförderung gegründet. In der Selbstdarstellung heißt es dazu: „Der Arbeitskreis ‚Gesundheitsförderung im Ammerland' arbeitet seit 1992 als freiwilliger Zusammenschluss von Institutionen und Gruppen, die sich die kommunale Gesundheitsförderung zum Ziel gesetzt haben. Die Grundsätze der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation sind dabei die Vorgaben. Die Zielsetzung ist, durch (gemeinsame) Maßnahmen und Aktivitäten, die gesunde Lebensgestaltung von jungen und älteren BürgerInnen zu unterstützen – ob in der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder am Arbeitsplatz, im Ruhestand und in der Freizeit. Der Arbeitskreis setzt sich mit aktuellen Themen zur gesundheitlichen Aufklärung auseinander und – mit gezieltem Blick auf die Ammerländer Region – entwirft und organisiert er Aktivitäten für eine gesunde Lebensführung. Der Arbeitskreis trifft sich in der Regel vierteljährlich im offenen Plenum, Unterarbeitsgruppen arbeiten zu ausgewählten Themen."

Der Seniorenbeirat des Landkreises ist Mitglied des Arbeitskreises und engagierte sich insbesondere beim Schwerpunktthema „Wohnen". Unter anderem wurde die Wanderausstellung „Wohnungsanpassung" des Kuratoriums Deutsche Altershilfe gezeigt. Weitere Themenschwerpunkte sind beispielsweise „Gesund alt werden", „Osteoporose" und „Gesundheitsrisiken in der Wohlstandsgesellschaft".

Die Mitwirkenden im Arbeitskreis Gesundheitsförderung sind in der Anlage 10 im Anhang II S. 62 aufgeführt.

[23] Siehe dazu: Beitrag von Frau Rensen im Kapitel Aktivitäten.

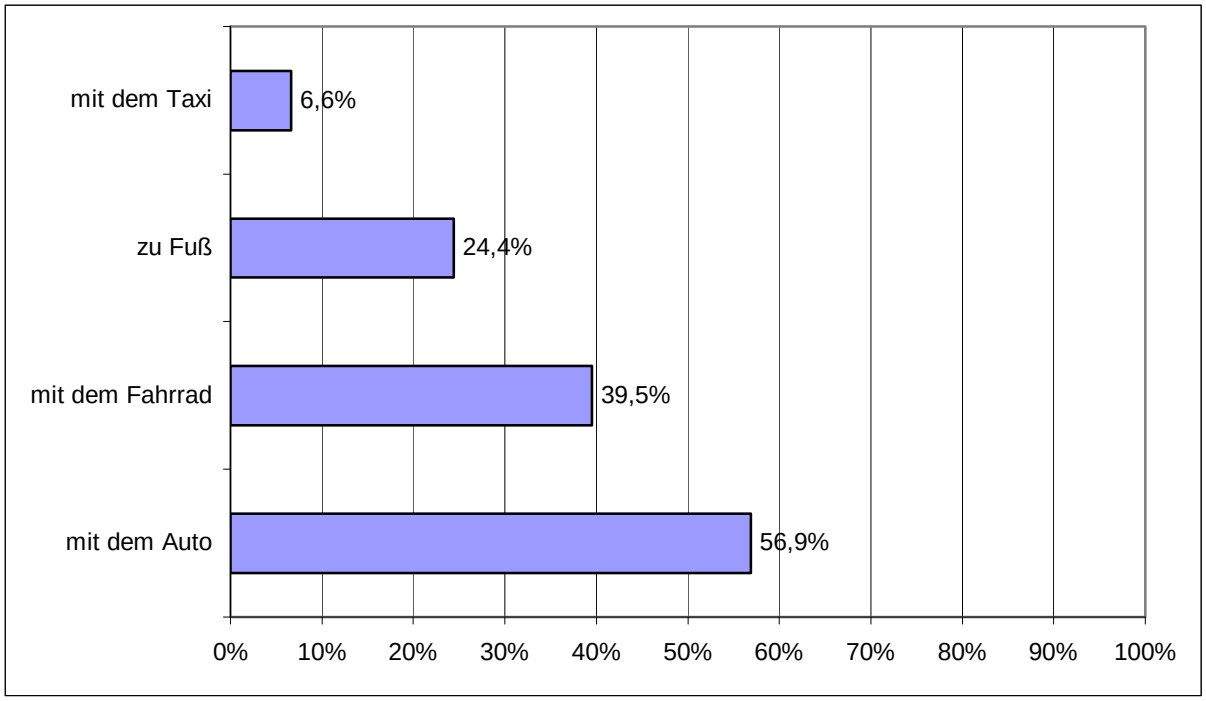
6.2.1 Erreichbarkeit von Arzt/Ärztin und Apotheke

In einer vergleichenden Studie der beiden Stadtregionen Chemnitz und Mannheim zum Thema Mobilität wurden über 55-Jährige nach Aktivitäten gefragt, die am häufigsten Zweck des Weges sind. In den beiden Städten wurde folgende gleiche Rangfolge festgestellt: Alltägliche Einkäufe und Spaziergänge stehen auf Platz eins und zwei. Besuch von Verwandten und Freunden folgt auf dem dritten Rang. An vierter Stelle folgt bereits die Gesundheitsversorgung. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass das Kümmern um gesundheitliche Belange einen hohen Stellenwert im Alltag von Senioren einnimmt. Dabei steht der Besuch beim Hausarzt bzw. bei der Hausärztin im Vordergrund. Entsprechend wird auch eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung im Dritten Altenbericht der Bundesregierung für erforderlich gehalten, denn insbesondere ältere Menschen benötigen „Ärztinnen und Ärzte, die deren Lebens- und Krankheitsgeschichte kennen und die, wenn es notwendig ist, Spezialärzte oder die Klinik einschalten. Damit Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt werden können, bedarf es kompetenter ‚Lotsen'".[24] Kompetent bedeutet hier auch eine an dem Bedarf angepasste Verschreibung von Medikamenten und Verordnungen. Im Rahmen der Berliner Altersstudie wurde festgestellt, dass 93 % der über 70-Jährigen regelmäßig in Behandlung eines Hausarztes bzw. einer Hausärztin sind. 42 % der ÄrztInnen sind AllgemeinmedizinerInnen, 56 % sind InternistInnen. Pro Quartal wurde der Arzt bzw. die Ärztin durchschnittlich rund sechs Mal aufgesucht, wobei 60 % mindestens zwei unterschiedliche ÄrztInnen konsultierten.[25]

Wie schnell ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine Apotheke erreicht werden kann ist nicht selten von zentraler Bedeutung für den individuellen Gesundheitszustand. Insofern zählt zur Gesundheitsversorgung auch die Erreichbarkeit von Arzt/Ärztin und Apotheke. Dazu liegen aus der Repräsentativbefragung der Senioren im Ammerland jeweils Ergebnisse vor. Gefragt wurde nach dem Verkehrsmittel und nach der zeitlichen Entfernung.
„Wie kommen Sie zum Hausarzt?" Das Ergebnis auf diese Frage fällt wie folgt aus:

[24] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 17
[25] Linden, M.; Gilberg, R.; Horgas, A.L. & Steinhagen-Thiessen, E.: Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin 1996. (S. 475-495) S. 480. Zitiert nach: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2002, S. 229

Abbildung 3: Benutztes Verkehrsmittel zur Erreichung des Hausarztes/der Hausärztin



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Der Weg zum Arzt oder zur Ärztin wird in den meisten Fällen (56,9 %) mit dem Auto zurückgelegt. Auffallend ist der Anteil von 6,6 %, der mit dem Taxi fährt. Von allen Personen, die ein Taxi benutzen, überwiegt die Altersgruppe der 75-79-Jährigen.

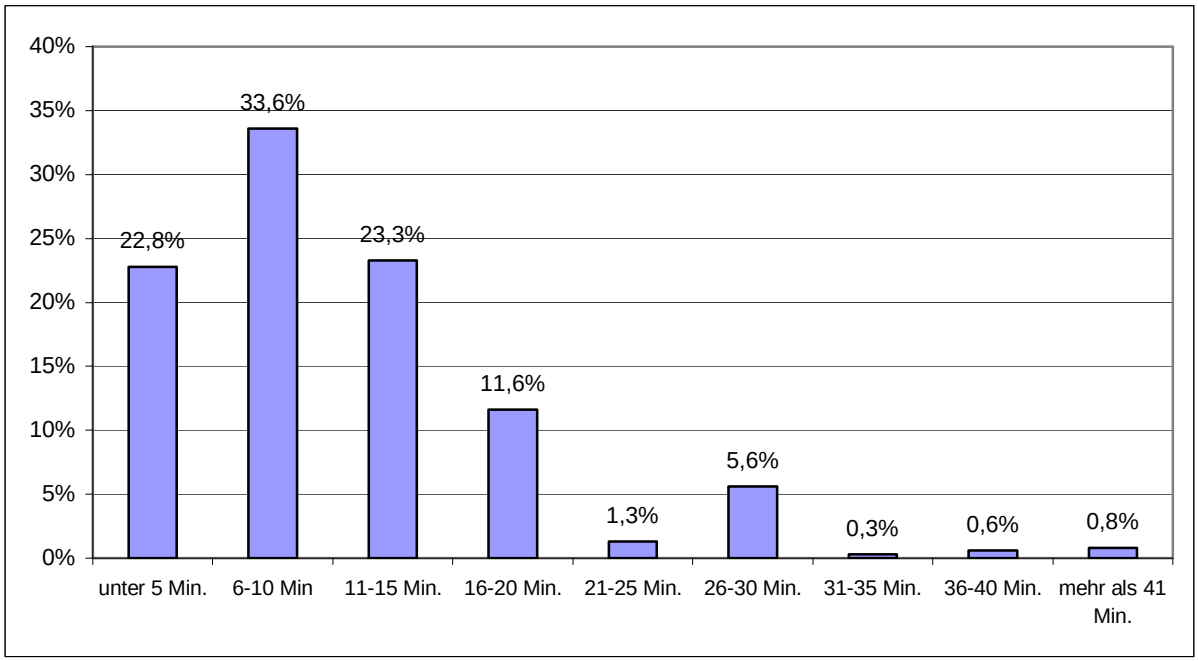
Siehe dazu: Abbildung 42 im Anhang II S. 63: Verkehrsmittelwahl beim Hausarztbesuch nach Gemeinden

Wird – unabhängig vom Verkehrsmittel – die zeitliche Entfernung zum Arzt bzw. zur Ärztin betrachtet, so benötigt mehr als die Hälfte der Senioren im Landkreis Ammerland bis zu zehn Minuten. Rund 20 % brauchen länger als eine Viertelstunde. Diese Ergebnisse korrespondieren mit geringen Abweichungen mit den Ergebnissen zur Frage nach der zeitlichen Entfernung bis zur nächsten Einkaufsmöglichkeit.

Siehe dazu: Abbildung 43 im Anhang II S. 65: Zeitliche Entfernung zum Arzt nach Gemeinden

Wie die Erreichbarkeit des Hausarztes bzw. der Hausärztin in Minuten aussieht, zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 4: Erreichbarkeit des Hausarztes/der Hausärztin in Minuten



Quelle: Eigene Erhebung 2000

Ein Netz von Apotheken übernimmt die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten und Heilmitteln, ob verschreibungspflichtig oder frei verkäuflich. Der Verkauf von Arzneimitteln bilden die Existenzgrundlage von Apotheken.

Die Erreichbarkeit der Apotheke spielt bei der Frage nach der Gesundheitsversorgung von Senioren eine wichtige Rolle. Im Vergleich zu den Angaben zum Besuch des Arztes bzw. der Ärztin zeigt sich hinsichtlich der benutzten Verkehrsmitteln die gleiche Rangfolge mit leicht abweichender Gewichtung.

Siehe dazu: Abbildung 44 im Anhang II S. 67: Verkehrsmittelwahl zur Apotheke nach Gemeinden

Auch bezüglich der zeitlichen Entfernung zeigt sich die gleiche Rangfolge aber mit erhöhten Anteilen: Demnach ist eine Apotheke zeitlich in kürzerer Zeit zu erreichen als die nächste Arztpraxis.

Siehe dazu: Abbildung 45 im Anhang II S. 69: Zeitliche Entfernung zur Apotheke nach Gemeinden

Die Entfernung zur nächsten Arztpraxis und zur nächsten Apotheke kommt vor allem in Notfallsituationen zum Tragen und hier besonders abends oder an Wochenenden. Der ärztliche Notdienst hat häufig ein größeres Gebiet zu versorgen. Immer mehr übernimmt auch der Rettungsdienst gerade im ländlichen Raum eine schnelle Versorgung im Notfall. Dies kann gerade für ältere Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Schlaganfall lebenswichtig sein.

➔ **Der Landkreis Ammerland verfügt über ein breit gefächertes Angebot der gesundheitlichen Versorgung. Darin ist der Hausarzt bzw. die Hausärztin gerade für die Bevölkerung ab 60 Jahre eine wichtige Ansprechperson und sollte zunehmend eine „Lotsenfunktion" übernehmen. Aber auch Hilfen im Notfall sind wichtig. Die Erreichbarkeit des Arztes bzw. der Ärztin spielt dabei eine wesentliche Rolle: Mehr als die Hälfte der befragten Senioren im Ammerland benutzt für den Besuch beim Arzt bzw. bei der Ärztin das Auto (57 %), 40 % das Fahrrad, rund ein Viertel geht zu Fuß und rund 7 % fährt mit dem Taxi. Für rund 80 % ist die Praxis innerhalb von 15 Minuten zu erreichen. In der Tendenz gelten diese Ergebnisse auch für die Verkehrsmittelwahl und die zeitliche Entfernung bis zur Apotheke. Allerdings wird häufiger das Fahrrad benutzt und der Fußweg gewählt. Auch fällt der zeitliche Weg zur Apotheke insgesamt kürzer aus als zum Arzt bzw. zur Ärztin.**

6.3 ExpertInnen zur gesundheitlichen Versorgung

Wie aus der konkreten alltäglichen Praxis heraus die gesundheitliche Versorgung der über 60-jährigen Bevölkerung allgemein und speziell im Landkreis Ammerland eingeschätzt wird, dazu kommen in den folgenden Beiträgen ExpertInnen der Ammerland-Klinik und des Gesundheitsamtes zu Wort. Bei den Beiträgen handelt es sich um überarbeitete Auszüge aus schriftlich dokumentierten Interviews.[26]

6.3.1 Zur klinischen Versorgung

Die Ammerland-Klinik GmbH mit den Abteilungen Innere Abteilung, Allgemein-, Gefäß- und Toraxchirurgie, Gynäkologie, Neurologie, Urologie und den Belegabteilungen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenabteilung und Augenabteilung bietet der Bevölkerung im Landkreis Ammerland ein umfangreiches Spektrum an stationären Behandlungsmöglichkeiten. Die Klinik verfügt über rund 400 Betten. Aufgrund des Leistungsangebotes und damit der Spezialisierung geht das Einzugsgebiet z.T. über die Kreisgrenzen hinaus wie beispielsweise in der Urologie. Andererseits werden PatientInnen mit einem weitergehenden Bedarf z.B. in der kardiologischen Behandlung an Krankenhäuser mit entsprechenden Fachabteilungen im Oberzentrum Oldenburg verwiesen. Eine geriatrische Abteilung speziell für Er-

[26] Siehe dazu: Kapitel Einleitung

krankungen älterer Menschen wird nicht vorgehalten. Die Ammerland-Klinik ist als GmbH ein Wirtschaftsunternehmen und muss sich insofern auch an ökonomischen Gesichtspunkten orientieren. Zur klinischen Versorgung der Bevölkerung ab 60 Jahre folgt ein Beitrag von Herrn Imhorst, Geschäftsführer der Ammerland-Klinik GmbH in Westerstede:

Statistische Angaben zu Pflegetagen

„Zu den Pflegetagen der PatientInnen über 60 Jahre habe ich nur die Zahlen der über 65-Jährigen. Da weist unsere Statistik für das Jahr 2001

- *32.870 Pflegetage in der Altersgruppe 65 - 74 Jahre aus,*
- *26.678 Pflegetage in der Altersgruppe 75 - 84 Jahre und*
- *7.981 in der Altersgruppe 85 +.*

In Summe ergibt das 67.529 Pflegetage. Verteilung nach Geschlecht: 51 % weiblich, 49 % männlich. Da gibt es keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den unter 60-Jährigen. Im Ergebnis sind 52 % aller Patienten in der Ammerland-Klinik über 65 Jahre alt.

Krankheitsbilder

Im Vergleich zu jüngeren Patienten sind abweichende Krankheitsbilder zu verzeichnen: Insbesondere weist diese Personengruppe einen hohen Anteil an multimorbiden, also mehrfacherkrankten Patienten auf. Bei den über 65-Jährigen ist sehr häufig Alterszucker, Bluthochdruck und Übergewicht eine Begleiterkrankung. Ansonsten ist der Bereich Herz-Kreislauf - aber das ist nicht Ammerland-Klinik spezifisch - überproportional vertreten. Ammerland-Klinik spezifisch ist allerdings, dass häufig Krebserkrankungen insbesondere im Bereich Darm und auch Lunge vertreten sind. Dies ist auf das Leistungsspektrum zurückzuführen. In der Urologie gibt es einen hohen Anteil an Patienten mit Prostatakrebs. Aber auch den kann man nicht in Relation zur Bevölkerung im Ammerland sehen, weil wir dort ein deutlich überregionales Einzugsgebiet haben. Hinsichtlich der Unterschiede zwischen Frauen und Männern ist zu sagen: Prostata ist natürlich eine Männererkrankung genauso wie Brustkrebs fast zu 100 % eine Frauenerkrankung ist. Was Herzinfarkt und Schlaganfall angeht, so haben wir hier in der Ammerland-Klinik - das ist im Zweifel nicht repräsentativ - ein ungefähres Gleichgewicht zwischen Männern und Frauen. Ansonsten haben wir keine signifikanten Unterschiede feststellen können.

Pflegespezifische Aspekte in der Behandlung älterer Menschen

Da habe ich auf das Know-How der Pflegedienstleitung zurückgegriffen:

- *Seh- und Hörstörungen: Führt oft zu Missverständnissen, z.T. auch zum Misstrauen. Was dann natürlich auch Auswirkungen auf die Krankheitsbilder und auf die Krankheitsverläufe hat.*
- *Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen: Kurzzeitgedächtnis gestört, Konzentration gestört, geminderte Auffassungsgabe ist ein echtes Problem, wenn sie in der Pflege das Mitwirken der Patienten brauchen.*
- *Kommunikation mit chronisch verwirrten Menschen: Das geht in die Richtung der Altersdemenz. Es ist schon eine Herausforderung für die Pflegenden im Hinblick auf die erforderliche Geduld und das Einfühlungsvermögen.*
- *Mobilität ist ein wesentlicher Punkt: Wenn es erforderlich ist, stellen wir Hilfsmittel zur Verfügung und sind baulich darauf eingerichtet. Das fängt an bei Haltemöglichkeiten im WC und dem Versuch im neueren Teil die Ausstattung seniorengerecht zu wählen. Im älteren Teil ist das nachgerüstet.*

- *Ruhen und Schlafen: Verändertes Schlafverhalten bei alten Menschen ist insbesondere für die Mitarbeiter im Nachtdienst eine Herausforderung.*
- *Waschen und Ankleiden bei Senioren, die nicht mehr so fit sind, ist auch ein Thema, das in einem Akut-Krankenhaus besonderer Anstrengungen bedarf.*
- *Verlangsamte Wundheilung: Ist physiologisch bedingt und bedarf einer besonders guten und gründlichen Hautpflege.*
- *Fußpflege: Wird häufig vernachlässigt und führt dann auch zu Problemen, die wir versuchen hier im Krankenhaus unter Kontrolle zu bekommen.*
- *Atmung: Auffällig ist ein hoher Anteil an Patienten mit Atemwegserkrankungen. Auch wenn das nicht der Grund für den Krankenhausaufenthalt ist.*
- *Körpertemperaturregulierung: Richtige Kleidung, richtige Raumtemperatur wird von alten Menschen offensichtlich auch in ihrem häuslichen Umfeld nicht richtig eingeschätzt.*
- *Ernährung: Viele können nicht mehr alleine Nahrung zu sich nehmen. Die Tendenz zu wenig zu trinken ist mit zunehmendem Alter deutlich ausgeprägter.*
- *Ausscheidung von Körperflüssigkeiten, insbesondere auch Verstopfung. Inkontinenz ist ein weiteres, häufig auch verschwiegenes Problem. Es gibt verschiedene operative oder auch nichtoperative Möglichkeiten – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – Inkontinenz unter Kontrolle zu bekommen. Mit sehr hohen Erfolgsaussichten.*

Die beschriebenen Besonderheiten sind bei 60-Jährigen noch relativ selten, bei 80-Jährigen doch schon sehr häufig vertreten. Häufig auch in Kombination.

Ansprüche an das Ärzteteam

Eine gute Anamnese ist wichtig, d.h. Erhebung der Krankengeschichte evtl. unter Einbeziehung der Angehörigen. Oft kommen die Patienten mit einer ganzen Tüte verschiedener Medikamenten für verschiedene Erkrankungen, d.h. man muss dieses Wechselspiel mit neuen Medikamenten in der Pharmakologie abchecken. Insgesamt muss von Seiten der Ärzte bei allen Patienten auch die internistische Basistherapie berücksichtigt werden, d.h. dass die Organe insgesamt mit zunehmendem Alter weniger leistungsfähig werden. Angehörigenberatung als weiterer Punkt, also das soziale Umfeld einbeziehen.

Ansprüche an das Pflegepersonal

Im Rahmen der innerbetrieblichen Weiterbildung, aber auch schon während der dreijährigen Ausbildung wird auf die Situation der älteren PatientInnen eingegangen. Wir versuchen schon ein besonderes Augenmerk darauf zu richten, weil 50 % der Patienten zu den über 65-Jährigen gehören. Die Tendenz wird eher steigen. Zumal wir den Trend haben zum ambulanten Operieren. Dabei sind zwei Voraussetzungen wichtig: Dass die Krankheit überhaupt ambulant zu operieren ist und dass sie ein Umfeld haben, in dem sie postoperativ versorgt werden können. Das ist bei älteren Menschen vielfach nicht gewährleistet. Wenn also die Jüngeren zukünftig häufiger ambulant operiert werden, wird damit statistisch automatisch der Anteil der älteren stationären Patienten größer. Darauf muss man sich auch als Krankenhaus einstellen.

Wir versuchen in der Ausbildung und auch sonst darauf hinzuwirken, dass man auch und gerade älteren Menschen mit dem nötigen Respekt entgegentritt und das auch, wenn jemand sehr gebrechlich ist, nicht mehr selber essen kann usw. ‚Die Würde des Menschen respektieren' ist der Oberbegriff. Aber auch versuchen, den Patienten wieder aktiv in die Pflege einzubeziehen, möglichst viel, was sie noch können, selber machen zu lassen, also eine so genannte aktivierende Pflege durchzuführen. Ich sehe eine extreme Belastung in der Pflege, je nachdem in welchem Bereich Sie tätig sind. Trotzdem haben wir den Anspruch, dass die Mitarbeiter sich vorbildlich gegenüber dem Patienten verhalten.

Zusammenarbeit mit HausärztInnen

Die Zusammenarbeit ist unterschiedlich. Wir sind dabei unsere Arztbriefschreibung für die Patienten deutlich zu verschlanken, damit der Informationsfluss zum niedergelassenen Arzt schneller funktioniert und die Kommunikation deutlich besser wird. Aber dies ist nicht altersspezifisch, sondern insgesamt eine Anforderung. Als Akutkrankenhaus sind wir nur Teil einer Behandlungskette. Mit hoher Priorität versuchen wir mit den entsprechenden Partnern die Nahtstellen optimal zu organisieren.

Verweildauer und Entlassung bzw. Überleitung in andere Bereiche

Die Patienten bis 65 Jahre haben eine Verweildauer von 6,9 Tagen. Patienten über 65 Jahre von 10,0 Tagen. Durchschnittlich über alle Altersstufen sind es 8,2 Tage. Da sieht man schon eine signifikant höhere Verweildauer, die von der schwereren Erkrankung her erklärbar ist. Zum Teil auch mit der Multimorbidität. Es gibt hier deutliche Bestrebungen, auch der Krankenkassen, die Verweildauer nicht nur der älteren Menschen in einem Akut-Krankenhaus zu reduzieren. Mit fast allen Kassen gibt es mittlerweile eine gute Zusammenarbeit was die Überleitung der stationären Patienten in andere Bereiche angeht, sei es Reha, Pflegeheim, die Versorgung im häuslichen Bereich. Die Krankenkassen stehen im engen Kontakt mit dem Sozialdienst aber auch mit den Ärzten direkt, wenn es darum geht Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen.

Die gesamte Pflegeüberleitung liegt uns am Herzen. Wir sind mit Altenheimen und jetzt auch mit ambulanten Pflegediensten im Kontakt. Unsere Verantwortung fängt nicht erst an, wenn der Patient kommt und endet an der Pforte, wenn der Patient geht. Wir müssen auch dafür Sorge tragen wie es weiter geht, um die so genannten Drehtürpatienten zu verhindern. Ein konkretes Beispiel: Eine pflegebedürftige 70-jährige Patientin, die nicht mehr der akuten Krankenhausbehandlung bedarf, kann an einem Freitagnachmittag nicht nach Hause entlassen werden, ohne dass die weiterführende ambulante Versorgung organisiert ist.

In gewohnte Umgebung werden 94 % aller Patienten in der Altersgruppe über 65 Jahre entlassen. Wobei gewohnte Umgebung auch heißen kann, dass Bewohner aus dem Alten- oder Pflegeheim wieder dorthin zurückgehen. 5 % werden in andere Krankenhäuser verlegt, in Spezialfachabteilungen. Und nur 1 % gehen unmittelbar in Reha-Kliniken. Ich mutmaße, dass in der Altersgruppe von über 65 Jahre 3 bis 5 % im Anschluss eine Rehabehandlung bekommen, aber zunächst nach Hause entlassen werden.

Alles was nicht mehr akut-medizinische Versorgung ist, ist uns durch das Sozialgesetzbuch V ausdrücklich verboten. Die dann gebotene Versorgung ist die Behandlung zu Hause mit ambulanten Pflegediensten, Kurzzeitpflege oder auch stationäre Pflege. Wir haben uns zur Aufgabe gemacht, im Rahmen des Sozialdienstes aber auch über die Schwestern über Sozialleistungen zu informieren, zu beraten, Ansprechpersonen zu nennen und versuchen so, einen Beitrag zur Hilfe zur Selbsthilfe zu geben.

Sterben im Krankenhaus

Im Jahr 2001 hatten wir in allen Fachabteilungen insgesamt 304 Sterbefälle bei den Patienten über 65 Jahre zu verzeichnen. Todesursachen waren überwiegend kardiologische (Herzversagen) oder auch onkologische (Krebserkrankung) Grunderkrankungen.

Im Jahr 1993 hatte die Ammerland-Klinik 250 Todesfälle bei Patienten über 65 Jahre zu verzeichnen, 1997 waren es 240 Todesfälle.

Finanzierung

Die Frage ist: Haben wir überhaupt eine finanzielle Krise, haben wir ein Einnahmeproblem oder haben wir ein Kostenproblem? Ich wehre mich immer ein bisschen in das kollektive Wehklagen einzustimmen, wir hätten zu wenig Geld in deutschen Krankenhäusern. Es bedarf grundlegender Strukturänderungen, was die Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung angeht. Ebenso ist es angezeigt, die Prozesse und Abläufe zu optimieren. Ich kann für die Ammerland-Klinik sagen, dass auch und gerade ältere Menschen die erforderliche Behandlung aus Kostengründen nicht vorenthalten wird."

6.3.2 Zur Situation von Demenzkranken

Durch die demographische Entwicklung wird es zukünftig eine wachsende Zahl an Demenzerkrankten geben. Aufklärung, Informationen zu Hilfen vor Ort etc. sind gefragt, um Wege einer angemessenen Versorgung demenzerkrankter Menschen zu finden. Wie wichtig neben Pflegekonzepten auch Rahmenbedingungen sind, wird im Vierten Altenbericht der Bundesregierung deutlich, der sich schwerpunktmäßig mit der Altersgruppe der Hochaltrigen beschäftigt. Wie die Situation von Demenzkranken aus der Sicht des Leiters des sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes, Herrn Dr. Korczak, eingeschätzt wird, zeigt sein folgender Beitrag:

Anzahl und Struktur

„Hauptsächlich komme ich durch das Amtsgericht, durch Angehörige, Nachbarn oder die Polizei zu den Menschen bzw. sie zu mir. Leider werden alte Menschen, die keine Angehörigen in der näheren Umgebung haben, nicht selten der Polizei auffällig. Die Zusammenarbeit mit der Polizei ist gut.

Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt bei alten Menschen über 70 Jahre. Bei Männern treten meiner Erfahrung nach demenzielle Symptome u.a. wegen häufigerer Gefäßerkrankungen etwas früher auf, häufig schon ab 70 Jahren. Bei Frauen treten diese Symptome häufiger erst jenseits des 80. Lebensjahres auf. Insgesamt überwiegt der Anteil demenzkranker Frauen deutlich. Im letzten Jahr habe ich über 200 Fälle von demenziellen Erkrankungen untersucht. Insgesamt zeichnet sich eine steigende Tendenz ab. Wir haben diese Fallzahlen nie mit anderen Landkreisen verglichen, ich gehe aber davon aus, dass es bei uns recht viele sind, weil der Landkreis u.a. auch durch die Attraktivität der Gemeinde Bad Zwischenahn eine gewisse Sogwirkung hat (z.B. Zuzug von Pensionären und Rentnern).

Demenz- und normaler Alterungsprozess

Klassisch beginnt die Demenz mit Vergesslichkeit. Später kommen dann Orientierungsstörungen, Handlungsstörungen und schlimmstenfalls Verwirrtheitszustände hinzu. Manchmal deuten demenziell Erkrankte ihre Vergesslichkeit auch dahingehend um, dass sie meinen, jemand habe ihren Schlüssel, ihre Geldbörse, irgendwelche Papiere entwendet, wenn sie tatsächlich diese Dinge nur verlegt haben. So kann es dazu kommen, dass der Kranke meint, mit ihm sei alles in Ordnung, nur die Welt um ihn herum, speziell die Menschen, hätten sich zum Schlechteren verändert, würden etwas gegen den Kranken im Schilde führen. Generell werden intellektuell-amnestische Defizite auch nur in bestimmten, frühen Stadien

der Erkrankung von den Kranken selbst wahrgenommen. Ab einem bestimmten Punkt erlebt der Kranke selbst seine Defizite nicht mehr als solche.
Nicht selten treten auch Verläufe auf, die mit paranoiden Erlebnis- und Verarbeitungsweisen beginnen. Wenn man die Sache lange genug beobachtet, stellt sich am Ende dann meist aber doch eine recht klare demenzielle Symptomatik heraus. Mit Depressionen, insbesondere wenn sie mit Antriebsstörungen einhergehen, verhält es sich häufig ähnlich. Depressive Symptomatik ist ohnehin im Verlauf einer demenziellen Erkrankung nichts ungewöhnliches. Es nützt allerdings dem Kranken, wenn man frühzeitig in seine therapeutischen Überlegungen einbezieht, dass dem Geschehen ein demenzieller Abbauprozess zugrunde liegen könnte, da man dann durch Umgang und Millieugestaltung sowie in einem gewissen Ausmaß auch mit speziellen Medikamenten den Krankheitsverlauf abmildern und verlangsamen kann. Grundsätzlich muss man allerdings körperliche Erkrankungen und Medikamentenwirkungen bzw. Nebenwirkungen, die eine demenzielle Symptomatik hervorrufen können, ohne dass eine eigenständige demenzielle Erkrankung überhaupt vorliegt, im Auge behalten. Hier sind besonders die Hausärzte gefragt.

Man sollte sich meiner Meinung nach auch davor hüten, die Tatsache, dass Schwung und Aktivität, Konzentration und gedankliche Flexibilität mit dem Alter abnehmen, gleich als demenziellen Abbauprozess zu bezeichnen. Es ist doch selbstverständlich, dass ein 90-Jähriger nicht mehr so flexibel und umstellungsfähig ist, wie ein 40-Jähriger. Außerdem ist ein 40-Jähriger beruflich und sozial einer Reihe von Anforderungen ausgesetzt, die einen Trainingseffekt haben. Mit dem Alter - insbesondere mit der Pensionierung - nimmt das Anforderungsprofil ab. Somit verlieren wir auch zumindest einen Teil mentalen Trainings. Um es noch einmal deutlich zu sagen, es gibt selbstverständlich ein vollkommen altersentsprechendes Nachlassen von gedanklicher Flexibilität, Gedächtnis und oft auch der Bandbreite der persönlichen Interessen.

Versorgung von Demenzkranken

Demenzen bringen für die Angehörigen einen ganzen Kanon von Problemen mit sich. Meist uneingestanden, mag auch eine gewisse Kontaminationsangst eine Rolle spielen, die die Angehörigen von psychisch Kranken leicht einwickeln können. Die Furcht, selbst zu erkranken, kann dazu führen, dass man den Krankheitsbefund beim Angehörigen nicht wahrhaben oder aber sofort wirksame medizinische Hilfe erhalten will nach dem Motto: „Nun machen Sie meinen Vater mal gesund.“ Häufig stellen Angehörige ihren ganzen Tages- und oft auch Nachtablauf um, um den Kranken zu Hause pflegen zu können. Eher selten ist es, dass die Angehörigen eine frühe Heimunterbringung anstreben. Vor diesem Hintergrund erscheinen mir zwei Dinge besonders wichtig. Nämlich erstens, dass Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung bekannt sind und entsprechend durchgesetzt werden, damit zu der menschlichen und persönlichen nicht noch eine allzu große wirtschaftliche Belastung hinzukommt. Zweitens brauchen die Angehörigen sowohl fachliche Beratung, als auch menschliche Unterstützung.

Wir haben hier im Landkreis den Alzheimerverein Oldenburg-Ammerland e.V. Er bietet pflegenden Angehörigen eine gut durchdachte Beratung, Fortbildung und bedeutet durch den Austausch zum Thema Demenz und Pflege auch ein gutes Stück Entlastung für Angehörige. Letztlich darf aber daraus, dass für häusliche Pflege Geld von der Pflegekasse gezahlt wird, und dass ein recht solides Beratungs- und Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige besteht, nicht abgeleitet werden, dass so eine Art Pflicht zur häuslichen Pflege besteht, und dass Angehörige sich schuldig fühlen müssten, wenn sie sich für eine Heimunterbringung des Demenzkranken entscheiden. Fortgeschrittene Demenzstadien stellen zum Teil so sehr hohe Anforderungen an die Pflegenden, dass dies nicht in jedem Haushalt abzufangen ist. Hier sind die individuellen Verhältnisse auch entsprechend zu würdigen. Unruhe und Umtriebigkeit - die oft nachts auftreten - können eine Familie zweifellos leicht an ihre Grenzen bringen.

Man kann es durchaus so sehen, dass man einem Demenzkranken nützt, wenn man ihn in einer Einrichtung unterbringt, die räumlich und von der Tagesstruktur her ein besonderes Angebot für so erkrankte Menschen vorhält. Als Beispiele seien hier nur die spezielle Station für Demente im Heim der AWO in Rostrup oder die strukturierte Tagesbetreuung für Demente im Heim an der Grünen Straße in Westerstede genannt. Die in diesen Einrichtungen umgesetzten Konzepte erscheinen mir fundiert und gut durchdacht. Ich möchte natürlich betonen, dass ich die beiden Einrichtungen als Beispiele genannt habe und damit nicht anderen Heimen, die Ähnliches bieten, die Kompetenz absprechen will.

Grundsätzlich ist jedem zu empfehlen, eine so genannte Vorsorgevollmacht für den Fall, dass durch Unfall, schwere Krankheit oder aber Demenz Handlungsunfähigkeit eintritt, zu erteilen. Allerdings wies ein Richter darauf hin, dass Bankangestellte Angehörigen, die aufgrund einer Vorsorgevollmacht tätig werden wollten, in Einzelfällen Schwierigkeiten gemacht hätten. Er betonte aber auch, dass dies nicht rechtens sei. Grundsätzlich ist das Instrument der Vorsorgevollmacht für den Fall der eigenen Handlungsunfähigkeit sehr zu empfehlen. Sind die Dinge nicht auf diese Art im Vorfeld geklärt und jemand wird - um auf unser Thema zurückzukommen - im Laufe eines demenziellen Abbauprozesses unfähig, seine Angelegenheiten selbst zu regeln, ist es sinnvoll und im Grunde notwendig, beim Amtsgericht eine Betreuung anzuregen. Die zuständige Richterin oder der zuständige Richter wird dann eine Stellungnahme der Betreuungsstelle, die beim Jugendamt angesiedelt ist, und ein ärztliches Gutachten einholen. Die Richterin oder der Richter entscheidet, welcher Arzt das Gutachten erstellen soll. Einen erheblichen Teil dieser Gerichtsgutachten erstelle ich. In den letzten Jahren waren es deutlich über 200 Gutachten allein in Betreuungsfällen.

Grundsätzlich können mich Angehörige auch gern direkt ansprechen, wenn sie unsicher sind, was zu tun ist. In der Regel biete ich dann einen Hausbesuch an, in dessen Verlauf ich mir zunächst die bisherige Entwicklung, die noch verbliebenen Fähigkeiten und die für die Angehörigen erkennbaren Defizite des Kranken schildern lasse, ihn anschließend untersuche und daraufhin dann den Angehörigen darlege, wie aus meiner Sicht sinnvoll weiter vorgegangen werden sollte. Selten kommt es vor, dass Angehörige Hemmungen haben, selbst eine Betreuung anzuregen. Hin und wieder stehen natürlich auch einfach keine Angehörigen in der Nähe zur Verfügung, dann leiten meine Mitarbeiterinnen oder ich die erforderlichen Schritte ein.

Vielleicht sollte ich an dieser Stelle auch noch einmal betonen, dass, wenn der Verdacht auf einen demenziellen Abbauprozess im Raum steht oder z.B. Verwirrtheitszustände beobachtet wurden, der erste Ansprechpartner für Angehörige ich bin. Hier ist sicherlich zuallererst der Arzt gefragt, der versuchen sollte, sich ein Bild davon zu machen, ob nicht Flüssigkeitsmangel, ein Infekt oder eine andere interkurrente Erkrankung oder aber ungünstige Medikamentennebenwirkungen für die psychische Störung verantwortlich sind. Man täte dem in der Regel alten Menschen keinen Gefallen damit, wenn von ein und derselben Dienststelle nacheinander zwei Personen kämen - die für ihn ja Fremde sind - um ein und denselben Sachverhalt zu klären. Dies wäre sicherlich eine unnötige Belastung für den Kranken.

Zusammenarbeit mit Hausärzten und Psychotherapeuten

In der Regel ist unsere Zusammenarbeit mit Hausärzten sehr gut, jedoch ist die Bereitschaft der niedergelassenen Kollegen, sich mit gerichtlichen Belangen auseinander zu setzen, unterschiedlich. Dies ist schade, da die Hausärzte ihre Patienten Jahre, oft sogar Jahrzehnte lang kennen und deren Entwicklung recht genau verfolgen konnten. Insofern können die Hausärzte ja gerade die profundesten Auskünfte über ihre Patienten geben und entsprechend frühzeitig notwendige Schritte, sei es pflegerische Versorgung, Schaffung einer Tagesstruktur, eines dem Alter des Patienten und dem Störungsbild angemessenen Anforderungsprofils im Sinne eines Trainings, eine rechtzeitige medikamentöse Behandlung oder aber die Anregung einer Betreuung veranlassen.

Ausblick

Anknüpfend an meine Aussage, dass die Hausärzte ihre Patienten immer noch am besten kennen, bedauere ich die quasi reflexhafte Zuordnung alter Menschen, die bestimmte Defizite entwickeln, zum neurologisch-psychiatrischen Gebiet. Für den einen oder anderen enthält dies durchaus ein kränkendes Element, was ich gut verstehen kann. Optimalerweise sollte man meiner Meinung nach die Altenhilfe auf komplett eigene Füße stellen. Neben der Stärkung der hausärztlichen Kompetenz kann ich mir gut vorstellen, dass man eine Art Kreis-Senioren-Beauftragten bestellt - es muss ja nicht dieses Wort gewählt werden - und gleichzeitig pro Gemeinde eine entsprechende Fachkraft einstellt. Hierbei muss es sich ja nicht zwangsläufig je nach Größe der Gemeinde um volle Stellen handeln. Wichtig erscheint mir allerdings, dass diese Fachkräfte, die sich um die Belange der alten Menschen kümmern, wirklich vor Ort tätig werden und sich nicht nur als Koordinatoren verstehen. Ähnlich wie der Sozialpsychiatrische Dienst für psychisch kranke Menschen seine Hauptaufgabe in der Beratung und Unterstützung vor Ort sieht und nur zu einem gewissen Teil koordinierende Funktion hat, sollte es auch bei der Altenhilfe funktionieren.

Um es noch einmal zu betonen, das Schwergewicht muss meiner Meinung nach bei der kompetenten und engagierten Hilfe vor Ort im engen Kontakt mit dem Kranken und den Angehörigen liegen. So kann frühzeitig an den individuellen Bedürfnissen der alten Menschen orientiert, eine Struktur geschaffen werden, die dem allzu raschen Fortschreiten der Demenz entgegenwirkt, Komplikationen verhindern hilft, die durch situative Belastungen oder auch schlichtweg Überlastung der Angehörigen entstehen, und letztlich ein menschenwürdiges Dasein ermöglicht werden, auch wenn die Demenz ein schweres Ausmaß erreicht hat. Lohnend wäre diese Investition auf alle Fälle, da die Gruppe der alten Menschen stetig wächst und diese Menschen ein Recht darauf haben, ihrer individuellen Bedürfnislage entsprechend versorgt zu werden, sei sie nun durch ein völlig normales altersentsprechendes Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte, durch körperliche Behinderung, durch chronische Krankheit oder durch eine demenzielle Symptomatik geprägt.

6.3.3 Prävention und Rehabilitation

Von Experten wird immer wieder betont, dass ein erfolgreiches Altern schon frühzeitig beginnen sollte. Es müssen früh Weichen gestellt werden im Ernährungs- und Bewegungsbereich, bei Entscheidungen in der beruflichen Tätigkeit sowie bei der Schaffung von sozialen Netzwerken. Prävention und Rehabilitation gewinnen aber auch in der Diskussion um Unterstützung und Hilfestellungen für eine selbstständige Lebensführung im Alter zunehmend an Bedeutung. Zu den Grundzügen von Prävention und Rehabilitation wurde von Herrn Dr. Dahmen, Leiter des Gesundheitsamtes, sowie von Frau Gravel-Biedermann und Herrn Staufenbiel vom Allgemeinen Sozialdienst des Gesundheitsamtes ein gemeinsamer Beitrag in Form einer schriftlichen Stichwortsammlung (unter Einbeziehung publizierter Materialien) vorbereitet. Diese Grundlage mit den wesentlichen Aspekten wurde im Interview von Herrn Dr. Dahmen näher erläutert:

Präventionsformen und medizinische Aspekte

„Bei der Prävention im Alter gelten genauso wie bei jüngeren Menschen die beiden Hauptpräventionsformen:

- *die individuell ausgerichtete Verhaltensprävention und*
- *die Verhältnisprävention als modernere Erkenntnis. Hier sehe ich zwei Schwerpunkte: In welcher Bevölkerungsgruppe lebt der ältere Mensch und wie ist die Regionalstruktur. In einer Veröffentlichung las ich dazu den passenden Begriff ‚geography of ageing', die Geographie des Alterns.*

Wir als Gesundheitseinrichtung sehen natürlich immer mit einer gewissen Vorrangigkeit medizinische Aspekte, von denen ich hier zwei ansatzweise nennen möchte:

- *Bemühungen im Hinblick auf Prävention im Alter müssen zwangsläufig chronische Erkrankungen im Auge haben. Beispiele:*
  - *Atemwegserkrankungen, die die körperliche Belastbarkeit einschränken*
  - *Arteriosklerose mit ihren Auswirkungen auf das Gehirn oder das Herz*
  - *Tumorerkrankungen, die den Menschen oft Freiheitsgrade rauben*
  - *Diabetes mellitus mit der Notwendigkeit der ernährungsmäßigen Veränderung*
  - *Osteoporose - der Schmerz schränkt die Beweglichkeit ein*
  - *Altersdepressionen, die wesentlich häufiger sind, als wir es allgemein mit unseren Blicken wahrnehmen*
  - *Und letzten Endes der große Bereich der demenziellen Erkrankungen*

  Die Chronizität der Erkrankungen in Zusammenhang mit dem Alter der Menschen erfordert andere Versorgungssysteme als wir sie bei akuten Krankheiten benötigen, also Ziel, Struktur und Arbeitsmethoden müssen anders sein, ohne dieses jetzt im Detail ausführen zu können.
- *Als besonderer Punkt: die Unfallprävention. Ziel ist es, Einschränkungen, Behinderungen oder auch Handicaps - wenn wir die soziale Kompetenz dazunehmen - möglichst zu vermeiden. Sturzvorbeugung als Schlagwort ist ganz wichtig.*

Schwerpunkte der Prävention

Folgende Schwerpunkte kann man bei der Prävention im Alter sehen, die auch im Ammerland in der Diskussion sind:

- *Altengerechte Wohnformen. Es gibt für alles Gebrauchsanweisungen, für jedes Diktiergerät, für jeden Rasierapparat, nur für das Wohnen gibt es keine oder nur sehr wenige. Hilfe von außen ist hier notwendig. Zielvorstellung ist:*
  - *Selbstbestimmtes Wohnen mit einem abgestuften, differenzierten und auch integrierten Dienstleistungs- und Beratungsangebot. Der eine braucht die Serviceleistung nur ganz geringfügig, andere brauchen einen bestimmten Grundservice und gewisse Wahlleistungen, die sie bei Bedarf abrufen können. Der am meisten gehandicapt ist braucht zusätzlich evtl. Pflegeleistungen. Man kann es so allgemein formulieren und dann speziell die Begriffe der Wohnanpassung und der Barrierefreiheit als Elemente qualitativer Wohnverbesserung. Dies ist für alte Menschen wichtiger als die Anzahl der Quadratmeter.*

Methodische Ansätze

- *Individuelle Beratung und praktische Hilfen anbieten ggf. auch personelle Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und auch bei der Alltagsbewältigung. Wobei man immer versuchen sollte, das soziale Umfeld einzubeziehen und bei Bedarf auch professionelle Dienste hinzuzieht.*
- *Eine Krise gar nicht erst entstehen zu lassen ist besser, als sie managen zu müssen. Deshalb hat Krisenvorbeugung Priorität. Wenn eine Krise gemanagt werden muss, dann auch direkt an den nächsten Schritt denken, damit möglichst beim nächsten Mal kein Krisenmanagement nötig ist. Das erfordert vom Helfer, aber auch vom alten Menschen Flexibilität.*

- *Die psychosoziale Begleitung und Unterstützung ist ganz wichtig.*
- *Das Erkennen, Fördern und Sichern von Potenzialen. Wo hat der alte Mensch Potenziale und wie kann ich sie fördern? Wie kann ich diese Potenziale auch langfristig sichern?*
- *Präferenz des häuslichen Umfeldes, der Wohnortnähe und der Laien- und ggf. Experteneinbindung. Letzten Endes auch Netzwerke schaffen. Der Begriff der Enthospitalisierung ist hier wichtig, d.h. soviel Krankenhaus wie nötig, aber so wenig wie möglich.*
- *Die sich daraus ergebenden generellen Zielüberlegungen sind: Prävention von Verlusten. Das Alter ist nun mal von Verlust gekennzeichnet, das können wir nicht übersehen. Verlust der Selbstständigkeit, der Eigenverantwortung, selbstbestimmten Planens und Handelns, autonomen Wohnens, der Teilnahme am Leben in der Sozialgemeinschaft, der Mobilität. Aspekte wie Führerschein, ÖPNV, Behindertenfahrzeuge, Fahrdienste für alte Menschen sind ganz wichtig. Wenn Führerscheinverlust für alte Menschen häufiger vorkommen kann, dann muss die Gesellschaft sich auch Gedanken darüber machen, wie sie mobil bleiben.*
- *Vermeidung sozialer Diskriminierung: Der alte Mensch ist z.T. mehr empfindlich bzw. empfindsam, fühlt sich schneller sozial diskriminiert als ein junger Mensch, weil er nicht so gut dagegenhalten kann. Dann muss immer erst das Gefühl der Diskriminierung aufgearbeitet werden, erst dann kann man am eigentlichen Problem arbeiten.*
- *Erhalt bestmöglicher Lebensqualität als plakatives Stichwort.*

Rehabilitation

Rehabilitation hat zwei Aspekte:

1. *Die chronischen Gesundheitsschäden und / oder*
2. *die Behinderung oder die zumindest drohende Behinderung.*

Rehabilitation ist keine den Gesundheitsämtern zugewiesene Aufgabe, jedoch der Begutachtungsaspekt spielt auch für uns eine Rolle z.B. Begutachtungen gem. § 39 ff. BSHG, also Eingliederungshilfe für Behinderte quer durch alle Altersgruppen.

- *Bei der Rehabilitation geht es um vielschichtige medizinisch-soziale Tatbestände, um Aspekte der Wiederherstellung, der Eingliederung, der Vorbeugung, Beseitigung von ungünstigen Zuständen und auch die Linderung von Beschwerden. Verschiedene Träger sind wegen unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen zuständig.*
- *Die stationäre Reha ist in Deutschland ganz gut etabliert. Teilstationäre Reha/Tages–kliniken und die ambulante Reha sind z.T. noch defizitär, aber dort tut sich etwas. Ein Beispiel ist unsere Klinik für Rheuma und Rehabilitation in Bad Zwischenahn. Dort gibt es inzwischen stationäre, teilstationäre und ambulante Reha.*
- *Alte Menschen sind meistens multimorbide, d.h. ich behandele nicht nur den Zustand nach operierter Bandscheibe, sondern z.B. zusätzlich Asthma, Hüftgelenksarthrose, Herzschwäche oder vielleicht auch psychische Störungen. Hat dieser Mensch verschiedene medizinische Probleme, muss alles in ein Rehabilitationskonzept möglichst geschickt eingebaut werden. Wichtig ist, dass man sich ein genaues Bild macht: Welche Kompensationsmöglichkeiten hat dieser alte Mensch noch? Wo sind die Kompensationsgrenzen, wo überfordert man ihn? Auch psycho-soziale Faktoren sind zu berücksichtigen: Gibt es noch einen Partner? Wie ist die familiäre Einbindung? Diese psychosozialen Faktoren entscheiden oft auch über Erfolg und Prognose der Reha. Zu-Spät-Schicksale sind zu vermeiden, d.h. es sollte umgehend gehandelt werden. Wichtig ist auch, therapeutischen Optimismus zu verbreiten anstatt Nihilismus, das kann man oft am besten, indem die Arbeit und manchmal auch die Belastung auf mehrere Therapeuten verteilt wird. Alte Menschen zu rehabilitieren ist nicht immer einfach.*
- *Verbesserung oder Erhalt von Lebensqualität (dort ist die gemeinsame Schnittmenge auch wieder mit der Prävention) und Reduktion des Versorgungsbedarfs. Das ist bei der Rehabilitation ganz wichtig, dass am Ende der Mensch weniger Versorgung braucht, als*

wenn er die Reha nicht bekommen hätte. In ein Reha-Konzept sollten Prävention und Gesundheitsförderung mit einbezogen werden.

Perspektive

Für den Präventionsgedanken auch im Ammerland ist es gut, dass die Krankenkassen wieder mehr Prävention machen können und auch machen. Dass wir Selbsthilfegruppen haben, die nicht nur Hilfe bei Problemen geben, sondern auch präventiv arbeiten, dass wir den Arbeitskreis Gesundheitsförderung haben, der zwar selbst keine großen eigenen Präventionsprogramme fährt, sondern als Forum gedacht ist, wo man sich austauschen kann, wo man in Kontakt bleibt, wo man auch gemeinsam etwas auf die Schiene schiebt, wie unsere Gesundheitsmärkte. Wichtig ist, dass jeder sein Angebot aufrecht erhält und wir voneinander wissen, damit Rat- und Hilfesuchende an die richtige Institution oder Person weitergeleitet werden können. Denn den Generalisten, der alles weiß und regelt, gibt es nicht. Das Filtern und Weiterleiten sieht auch das Gesundheitsamt neben eigener individueller Beratung und Unterstützung als professionelle Aufgabe an; hinzu kommt die Kooperation. In dieser Mischung liegt das Geheimnis effektiven Arbeitens."

➔ **In den Beiträgen der ExpertInnen werden die Besonderheiten der gesundheitlichen Situation und Versorgung der über 60-Jährigen deutlich. Herr Imhorst, Geschäftsführer der Ammerland-Klinik GmbH, benennt die Ansprüche an das ÄrztInnenteam und an das Pflegepersonal, um den Besonderheiten in der stationären Behandlung gerecht zu werden. Dabei rückt zunehmend die Beschäftigung mit Fragen nach Möglichkeiten und Bedingungen einer – wenn notwendig – Überleitung in andere Bereiche wie beispielsweise Pflegeheim in den Vordergrund. Auch Fragen nach Veränderungen im Zusammenhang mit Sterben im Krankenhaus werden immer wichtiger. Herr Dr. Korczak, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes beim Gesundheitsamt, konzentriert sich in seinem Beitrag auf Erfahrungen in der Versorgung von Demenzkranken. Demenz verläuft sehr unterschiedlich ausgeprägt. Er plädiert in einem fortgeschrittenen Stadium für eine Betreuung in einem speziell dafür eingerichteten Pflegeheim, um so die belastende Pflegesituation für private Betreuungspersonen zu entspannen. Finanzielle Aspekte dürften dem nicht entgegenstehen, vielmehr gilt es, die Würde der Demenzkranken zu wahren. Wünschenswert ist ein spezielles Versorgungssystem für alte Menschen - möglichst auf Gemeindeebene. Der Beitrag von Herrn Dr. Dahmen, Leiter des Gesundheitsamtes befasst sich mit den Grundzügen von Prävention und Rehabilitation. Prävention gewinnt gerade im Hinblick auf die zunehmende Hochaltrigkeit der Menschen an Bedeutung und bezieht sich sowohl auf den Gesundheitsbereich aber auch z.B. auf Wohnen, soziales Umfeld und Selbstständigkeit im Alter. Rehabilitation kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.**

7. Aktivitäten

Das Alter wird zunehmend als Lebensabschnitt mit vielen Chancen und Potenzialen betrachtet. Im Alter etwas für sich selbst zu tun und sich *für* sowie *mit* anderen gemeinsam zu engagieren entspricht immer mehr den individuellen und auch gesellschaftlichen Vorstellungen vom Alter. Dies beinhaltet auch der Begriff „Active Ageing", der von der Welt Gesundheitsorganisation auf der zweiten Konferenz der Vereinten Nationen zum Weltaltenplan im April 2002 in Madrid[1] dafür verwendet wurde. Die bisher vielfach auch als „Ruhestand" bezeichnete Lebensphase wird in der Debatte um die Produktivität des Alters u.a. als Zeit der „aktiv gestaltenden Umweltaneignung"[2] verstanden. Auch im dritten deutschen Altenbericht wird diese Zielrichtung im Zusammenhang mit einer Veränderung des Altersbildes genannt. Auswirkungen zeigen sich in vielen gesellschaftlichen Bereichen und somit auch in der Sozialpolitik. Hier „beginnen sich neue Leitbilder des Umgangs mit älteren Menschen abzuzeichnen, nach denen ältere Menschen nicht länger eine zu versorgende Klientel darstellen, die durchgängig der Institutionen und Dienste der Altenhilfe bedarf, sondern ältere Menschen als aktive Koproduzenten ihrer eigenen Wohlfahrt begreift."[3]

Heute sind Menschen ab dem 60. Lebensjahr im Vergleich zur vorherigen Generation vielfach höher qualifiziert, gesundheitlich und vor allem auch finanziell besser gestellt. Es gibt ein Potenzial an Erfahrungen und an Engagement, das es individuell und gesellschaftlich zu nutzen gilt. Gesundheitlich entsprechen die heutigen 65-Jährigen dem Stand der 60-Jährigen in der vorhergehenden Generation. Der Gesundheitszustand spielt eine wesentliche Rolle, wenn es um die Teilhabe am sozialen Leben und an der Mitgestaltung gesellschaftlicher Interessen geht. Finanziell verfügen die über 60-Jährigen aufgrund langjähriger Erwerbstätigkeit und Schaffung von Eigentum über zumeist ausreichende bis gute Ressourcen. Allerdings sind die Aspekte Schichtzugehörigkeit und die in der Regel kürzeren Zeiten der Erwerbstätigkeit von Frauen nicht zu vernachlässigen. Und: Noch nie stand den über 60-Jährigen so viel freie Zeit zur Verfügung. Folglich geht es in der Seniorenpolitik vermehrt um die Schaffung von Rahmenbedingungen, die eine stärkere aktive Teilhabe an und Gestaltung von Gesellschaft durch ältere Menschen ermöglichen.

Wie nutzen Menschen ab 60 Jahre ihre Zeit, wenn „sie in Rente sind"? Wie könnten sie ihre Zeit nutzen? Um zu diesen zentralen Fragen allgemeine und konkrete Aussagen für die Si-

[1] Siehe dazu: World Health Organization: Active Ageing – A Policy Framework, Geneva 2002
[2] Siehe dazu: Schäffter, Ortfried: Produktivität des Alters – Perspektiven und Leitfragen. In: Detlef Knopf; Ortfried Schäffter; Roland Schmidt (Hrsg.): Produktivität des Alters. Berlin 1990 S. 20-25
[3] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 68

tuation im Landkreis Ammerland treffen zu können, werden folgende Schwerpunkte ausgewählt:

- Zum Begriff „Produktivität im Alter“
- Zur Verwendung der „freien Zeit“
- Bildungsaktivitäten
- Ehrenamtliches Engagement und Freiwilligenarbeit
- Beispiele für Aktivitäten in Vereinen und im kirchlichen Bereich
- Selbsthilfe
- Seniorenbeiräte

Dabei geht es weniger um das breite Spektrum an Aktivitäten für Menschen ab 60 Jahre im Einzelnen. Hier bieten die vorliegenden und in Vorbereitung befindlichen Seniorenwegweiser der einzelnen Gemeinden im Ammerland einen ausführlichen Einblick. Im Rahmen des Seniorenplanes steht eine Thematisierung bzw. Problematisierung von ausgewählten Tätigkeitsfeldern und Engagementbereichen im Vordergrund. Beiträge von ExpertInnen stellen einen konkreten Bezug zu den Aktivitäten vor Ort her und geben damit eine punktuelle Einschätzung der Situation im Landkreis Ammerland. So wird ein Überblick ermöglicht, der kommunale Ansatzpunkte für Perspektiven bietet.

7.1 Produktivität des Alters

In der Diskussion um Aktivitäten im Alter wird häufig der Begriff Produktivität ins Spiel gebracht, der jedoch nicht klar definiert ist und durch die Benutzung in ökonomischen Zusammenhängen geprägt ist. Auf diesen Begriff wird hier kurz eingegangen, da davon auszugehen ist, dass er in Zukunft an Bedeutung gewinnt. Formuliert wird damit ein Anspruch an die Gestaltung des Alters, der allgemein eine stärkere gesellschaftliche Berücksichtigung der Kompetenzen älterer Menschen in der nachberuflichen Phase anspricht. Vielfach ist die Rede davon, dass aufgrund der häufigeren Nutzung des Vorruhestandes und damit einer tendenziellen Verlängerung des Ruhestandes nicht nur neue Gestaltungsmöglichkeiten für die Betroffenen gegeben sind, sondern auch Erwartungen an sie gerichtet werden könnten. Die Selbstverständlichkeit, von einem Normalarbeitsverhältnis in die Verrentung zu gehen, ist heute und vor allem zukünftig vielfach nicht mehr gegeben. In diesem Zusammenhang geht es letztendlich auch um die Frage: Wie kann von Erwerbsarbeit freie Zeit individuell und gesellschaftlich zufriedenstellend gestaltet werden? Doch nicht nur Kompetenzen aus dem Bereich der Erwerbstätigkeit werden hier benannt, sondern auch solche, die beispielsweise von nicht erwerbstätigen Frauen aufgrund von Kindererziehung und Familienarbeit entwickelt

werden. Bei der Frage nach einer (auch gesellschaftlichen) Nutzung der gewachsenen Kompetenzen und Potentiale von Älteren wird in erster Linie an die aktiven „neuen“ Alten gedacht.[4]

Gewarnt wird vor einer Einengung des Produktivitätsbegriffs auf ökonomische Leistungs- bzw. Nützlichkeitsaspekte, da es sowohl um einen individuellen Beitrag als auch um ein Profitieren von Fähigkeiten anderer geht. Es gilt vielmehr ein neues, differenziertes Verständnis von Produktivität im Alter zu entwickeln. „Hierbei ist es eine wichtige Einsicht, daß Menschen in ihrer nachberuflichen Lebensphase die Möglichkeit gegeben werden muß, *(soziales) Gestaltungsvermögen* freizusetzen, ein Gestaltungsvermögen, das nicht gleichzusetzen ist mit einer bloßen ‚Nutzung' der vorhandenen brachliegenden Ressource ‚Alter'. Unter ‚echter' Altersproduktivität soll hier daher *‚aktiv gestaltende Umweltaneignung'* (Schäffter 1990) verstanden werden.“[5] Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden die Chancen einer „aktiv gestaltenden Umweltaneignung“ noch als gering betrachtet. Es fehlen ausreichende gesellschaftliche Rahmenbedingungen, in die das gestiegene Zeitpotential der über 60-Jährigen und ihre gewachsenen Kompetenzen eingebunden werden könnten. Es ist davon auszugehen, dass in der nachwachsenden Generation insgesamt ein erweiterter Anspruch an eine aktive Gestaltung des Lebens ab 60 Jahre vorhanden ist. Insofern erscheint es neben Aktivitätsangeboten notwendig, Anstöße und Unterstützung sowie Bedingungen zu bieten, damit die Betroffenen selbst ihre eigenen Interessen entwickeln und umsetzen können: „Ältere müssen potentielle ‚Abnehmer' ihrer Leistungen überzeugen und geeignete Umgangsformen mit ihnen entwickeln; sie müssen gesellschaftliche Vorurteile abbauen und Bündnispartner für ihre Interessen finden.“[6] Dabei sind auch generationenübergreifende Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Das Anfang der 90er Jahre entwickelte Modellprogramm Seniorenbüro und das aktuell laufende Programm zur Förderung der Freiwilligenarbeit bzw. des SeniorTrainers sind Beispiele für Ansätze zur Schaffung von Rahmenbedingungen, die in Richtung Produktivität im Alter zeigen.

7.2 Verwendung der „freien Zeit“

Unbestritten bleibt, dass im Alter die frei verfügbare Zeit zunimmt. Ein Vergleich zeigt, dass „über 60jährige mit durchschnittlich ca. 6,3 Stunden am Werktag die meiste Zeit für Freizeit

[4] Knopf, Detlef: Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern. Tübingen 1997, S. 19
[5] ebenda, S. 11
[6] ebenda, S. 12

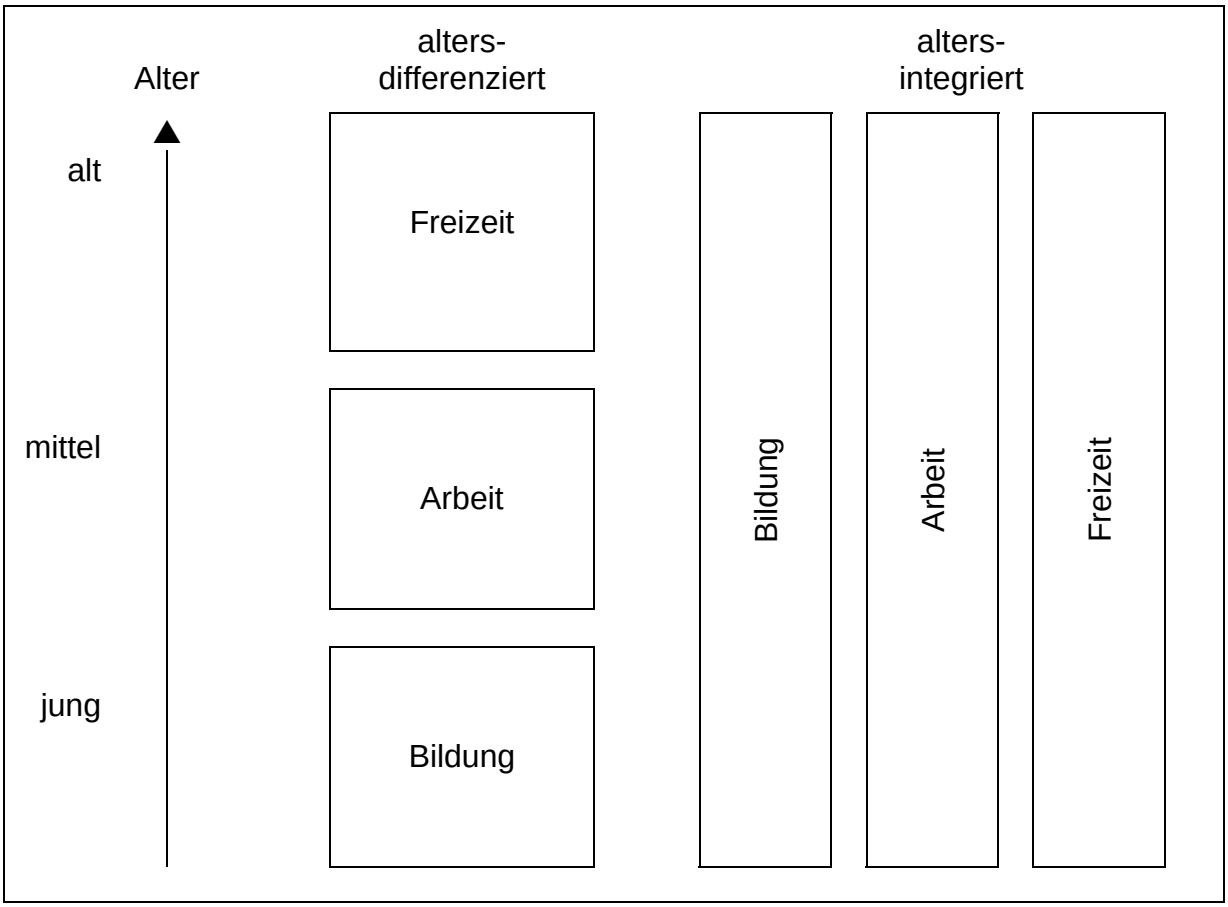
aufwenden (Selbständige nur ca. 2,7 und Arbeitnehmer sowie Hausfrauen ca. 3,7)“.[7] Eine Untersuchung zum Zeitbudget geht sogar von 9 Stunden und 40 Minuten aus, wobei der größte Anteil (7 Stunden 9 Minuten) im Haus und nur ein kleiner Anteil (2 Stunden 31 Minuten) außerhalb des Hauses verbracht wird.[8] Demnach stehen Aktivitäten im häuslichen Bereich im Vordergrund. Während hier Fernsehen, Lesen, Zeit für persönliche Pflege und Haushaltsaktivitäten etc. dominieren, nehmen außerhalb der Wohnung Spaziergänge, Besorgungen, Ausflüge in die Umgebung und Besuche bei Freunden und Verwandten einen großen Raum ein.[9] Auch wird vielfach eine Zweiteilung des Tages beibehalten: morgens werden die „notwendigen“ Dinge erledigt und nachmittags sowie abends stehen die „nicht verpflichtenden“ Aktivitäten im Vordergrund.[10] In Partnerbeziehungen wird die Rollenverteilung bei Eintritt in den Ruhestand in der Regel beibehalten, Frauen verwenden jedoch allgemein mehr Zeit für sozial-kommunikative Kontakte.

In unterschiedlichen Untersuchungen wurde festgestellt, dass viele Berufstätige vor dem Eintritt in den Ruhestand sich die anschließende Zeit ohne berufliche Verpflichtungen mit vielfältigen Aktivitäten und dem Ausprobieren von neuen Ideen vorstellten. „Die Berufstätigen stellen sich vor, dass sie später im Ruhestand mehr Zeit zum Zeitunglesen, Fernsehen oder Radiohören finden. Und genauso kommt es: Alte Gewohnheiten werden beibehalten, zeitlich gestreckt, gedehnt und intensiviert. Dabei ist auch hier auffällig, dass man sich mehr beziehungsweise Anspruchsvolleres vornimmt, als man im Ruhestand wirklich realisiert. (...) Die eigene Bequemlichkeit, die Konzentration auf häuslichen Medienkonsum führt dazu, dass viele de facto die Zeit mehr totschlagen, als sie es wahrhaben möchten.“[11] Dieses sehr drastisch formulierte Ergebnis zum Unterschied zwischen Vorstellung und Wirklichkeit im Umgang mit der freien Zeit im Alter zeigt die Schwierigkeit, Wünsche und Erwartungen an sich selbst in Realität umzusetzen. Die alltägliche Routine wiegt sehr schwer. Eine Ausnahme bildet hier das Reisen, das insbesondere von vielen „jungen“ Alten aktiv betrieben wird. Dagegen sind es gerade die außerhäuslichen Sozialaktivitäten, die sich viele über 60-Jährige vornehmen aber dann doch nicht realisieren. Außerdem wird damit auch die Gradwanderung angesprochen zwischen dem Vorsatz, die Zeit möglichst sinnvoll für sich und auch andere nutzen zu wollen und der Freiwilligkeit, d.h. „eigentlich nichts tun zu müssen“.

[7] Tokarski, Walter: Freizeit- und Lebensstile älterer Menschen. Kassel 1989, S. 163. Zitiert nach Knopf, Detlef: Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern. Tübingen 1997, S. 12
[8] ebenda, S. 12
[9] Siehe dazu auch: Niedersächsischer Landfrauenverband Hannover: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 38/39
[10] Knopf, Detlef: Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern. Tübingen 1997, S. 13
[11] Opaschowski, Horst W.; Neubauer, Ursula: Freizeit im Ruhestand. Was Pensionäre erwarten und wie die Wirklichkeit aussieht. Hamburg 1984, S. 19. Zitiert nach: Knopf, Detlef: Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern. Tübingen 1997, S. 14

Nach wie vor gilt es, sich individuell und auch gesellschaftlich der Aufgabe zu stellen, zwischen dem Mehr an Zeit im Ruhestand und der zunehmend eingeschränkt zur Verfügung stehenden Lebenszeit eine Perspektive zu entwickeln. Dafür ist eine Bereitschaft notwendig, schon vor Erreichen der Altersgrenze zum Ruhestand sich selbst Strukturen zu schaffen, um Neues an Aktivitäten vorzubereiten und sich den neuen Herausforderungen zu stellen. Anregungen und Unterstützung sind ebenso notwendig und „ein beharrliches Erproben neuer Möglichkeiten unter aktiver Beteiligung der älteren Menschen selbst, ein Erproben, das interessiert ist an sich nachweisbar in der sozialen Realität niederschlagenden Ergebnissen."[12] Dazu zählt auch eine Aufweichung des starren Verlaufs des Lebenszyklus wie folgende Darstellung verdeutlicht:

Abbildung 1: Altersdifferenzierter und altersintegrierter Lebenszyklus



Quelle: Nach Riley, Riley 1992, S. 454. In: Knopf, Detlef: Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern, Tübingen 1997. S. 37

Der Lebensverlauf ist in der Jugend auf Bildung konzentriert, im mittleren ausgefüllt ist mit Arbeit und lässt kaum Zeit für weitere Aktivitäten und einem großen Bereich an Freizeit im Alter. Diesem altersdifferenzierten Konzept wird von einigen Experten der Altersforschung ein altersintegriertes gegenübergestellt, das mehr Spielräume zulässt für die Gestaltung des

[12] Knopf, Detlef: Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern. Tübingen 1997, S. 39

Alters durch bereits schon vorher entwickelte Aktivitäten und Alltagsgewohnheiten. Durch eine Veränderung der Lebensarbeitszeit beispielsweise durch zeitweise Verkürzung der Arbeitszeit, durch Sabbatzeiten und Freistellungen könnten bereits in der Lebensmitte Interessen entwickelt werden, Betätigungsfelder entdeckt werden, die dann im Alter zum Tragen kommen. Auch wenn dieses Konzept für die Mehrheit der Bevölkerung ein fern gestecktes Ziel beinhalten dürfte, so liefert es doch Anregungen zum Nachdenken über gesellschaftliche und strukturelle Veränderungen, die die Chancen für eine „aktive gestaltende Umweltaneignung“ im Alter verbessern.

Die Zahl der über 60-Jährigen steigt, die gut ausgebildet, gesundheitlich und finanziell gut gestellt sind. „Produktivität im Alter“ – dieses Konzept zielt darauf ab, gewachsene Kompetenzen älterer Menschen nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich zu nutzen. Auch wenn die Chancen für eine „aktiv gestaltende Umweltaneignung“ noch gering sind, sollten gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit ältere Menschen ihre Interessen entwickeln und umsetzen können. Aus Untersuchungen zur Verwendung der Zeit ist bekannt, dass der „Alltagstrott“ häufig die Umsetzung der „guten Vorsätze“ verhindert, insbesondere bezüglich sozialer Aktivitäten. Gibt es jedoch Anregungen und Unterstützung von außen, so kann häufig ein Interesse geweckt werden, dem weitere Schritte folgen.

7.3 Soziale Kontakte und Aktivitäten

Der Austausch mit anderen Menschen gehört zu den Grundbedürfnissen der Menschen. Insbesondere im Alter erhält dieser Aspekt des Lebens in der Gemeinschaft eine zusätzliche Bedeutung. Nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verlagern sich die sozialen Kontakte. Neben Kontakten zu Familienmitgliedern spielen Freunde und Bekannte auch im Hinblick auf gemeinsame Aktivitäten und auf Kommunikation eine wichtige Rolle. In der Berliner Altersstudie wurde beispielsweise festgestellt, dass die Größe des Freundeskreises mit zunehmendem Alter nicht oder nur sehr gering beeinflusst wird, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten. Dieses Ergebnis überraschte, denn erwartet wurden Kontakt- und Kommunikationsbarrieren. „Daß dem nicht so ist, könnte damit zusammenhängen, daß gesundheitlich beeinträchtigten alten Menschen verschiedene Möglichkeiten offen stehen, diese Barrieren zu überwinden, z.B. durch die Verwendung prothetischer Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, Gehstock) oder die Benutzung öffentlicher und privater Verkehrsmittel. Außerdem ist denkbar, daß sich Individuen ihren kranken und pflegebedürftigen Freunden gegenüber ver-

pflichtet fühlen, so daß auch eine sehr starke gesundheitliche Beeinträchtigung nicht mit dem Verlust von Freundschaften einhergehen muss."[13]

Soziale Kontakte haben auch bei gemeinsamen Aktivitäten in einem Verein eine große Bedeutung. Bekannt ist, dass im Landkreis Ammerland Ortsvereine, Sportvereine, Gesangvereine, Schützenvereine, Landfrauenvereine – um hier nur einige zu nennen - ein breites Spektrum sehr unterschiedlicher Aktivitäten generationenübergreifend bzw. speziell für die Generation ab 60 Jahre anbieten. Ebenso werden von kirchlichen und sozialen Einrichtungen sowie von der Kreisvolkshochschule und anderen Bildungsträgern Aktivitäten angeboten. Auch Umweltorganisationen etc. sind hier zu nennen.

Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme von angebotenen Aktivitäten durch SeniorInnen wurden beispielsweise im Auftrag des Niedersächsischen Landfrauenverbandes für den Raum Hannover untersucht. Danach nutzten knapp ein Drittel der Befragten das Angebot „oft", rund die Hälfte „manchmal" und rund 15 % „selten". Lediglich 7 % nutzten das Angebot „nie". Frauen nehmen das vielfältige Angebot deutlich häufiger in Anspruch als Männer. Erkennbar ist eine abnehmende Nutzung mit zunehmendem Alter. Als aktiv wären demnach rund drei Viertel der Befragten zu bezeichnen, als passiv dagegen rund ein Viertel. Doch nicht alle Angebote wurden in dieser Region von den „Aktiven" gleichermaßen genutzt. Nach der Art der genutzten Angebote gefragt, entstand folgende Rangfolge:

- Gesellige Angebote 44,2 %
- Bildungsangebote 37,2 %
- Altennachmittage 34,0 %
- Kulturelle Angebote 25,6 %
- Freizeitgestaltung 20,0 %[14]

Die Ergebnisse der Befragung weisen zwar auf ein vorhandenes facettenreiches Angebot hin, das mit unterschiedlicher Häufigkeit in Anspruch genommen wird. Gleichzeitig wird allerdings aufgrund der subjektiven Einschätzung der Befragten als Forderung deutlich, dass sich die Angebote „stärker als bisher an den Wünschen und Interessen älterer Menschen ausrichten (Themenauswahl, Zeiten, etc.) [müssen]; eine Koordinierung der bestehenden Angebote ist anzustreben. Bildungsangebote sollten auch die Aktivierung Älterer zum Ziel haben. Um die Erreichbarkeit der Angebote zu verbessern, sollten unterstützende Maßnahmen wie z.B.

[13] Lampert, Thomas; Wagner, Michael: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Clemens, Wolfgang; Backes, Gertrud M (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Obladen 1998, S. 210

[14] Niedersächsischer Landfrauenverband Hannover: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 37/38

Bring- und Holdienste zu Veranstaltungen gefördert werden."[15] Die hier formulierten Forderungen finden sich tendenziell auch in Teilen der nachfolgenden Ausführungen und Beiträgen von ExpertInnen zur Einschätzung der Bildungsaktivitäten im Landkreis Ammerland wieder.

➔ **Soziale Kontakte sind ein Grundbedürfnis der Menschen. Der Austausch mit Freunden, Bekannten und an gleichen Themen Interessierten behält auch bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter eine hohe Bedeutung. Bei Fragen zum Spektrum der Aktivitäten kommt eine Untersuchung im Raum Hannover zum Ergebnis, dass Angebote stärker an den Interessen und Wünschen der Menschen über 60 Jahre ausgerichtet werden sollten. Vor dem Hintergrund des wachsenden Anteils der Bevölkerung über 60 Jahre wird hier zukünftig mit einem zunehmenden Bedarf und auch erhöhten Anforderungen an die Gestaltung von Aktivitäten zu rechnen sein.**

7.4 Bildungsaktivitäten

Die Bevölkerung über 60 Jahre ist eine wichtige Zielgruppe in der Erwachsenenbildung. Vor allem Bildungsgewohnte nutzen das vielfältige Angebot der unterschiedlichen Bildungsträger. Das Interesse an institutionalisierten Bildungsangeboten wird aufgrund des höheren Bildungsniveaus bei den nachfolgenden Generationen ausgeprägter sein. Neben generationsübergreifenden Angeboten nehmen Menschen über 60 Jahre auch die gezielt für diese Altersgruppe entwickelten Angebote in Anspruch. Hier wird dem Bedürfnis nach Lernen ohne Leistungsdruck, ohne Konkurrenz zu Jüngeren und nach „eigenem Tempo" entsprochen. Das Allgemeinwissen zu erweitern, geistig beweglich zu bleiben, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen sind zentrale Motive für die Teilnahme an Bildungsveranstaltungen. An dieser Stelle ist auch auf neue Ansätze hinzuweisen, wie z.B. Seniorenakademien und selbstorganisierte und gestaltete Bildungsangebote. Ältere sind hier nicht nur Lernende, sondern auch Lehrende und Mitgestaltende. Beispielsweise verfolgt das *inForum* der Stadt Oldenburg diese Richtung.

Im Landkreis Ammerland sind als wichtige Bildungsträger die Kreisvolkshochschule, das Evangelische Bildungswerk und die Ländliche Erwachsenenbildung zu nennen. Außerdem zählen das Beratungs- und Bildungszentrum für Landfrauen und das Umweltbildungszentrum dazu. Aufgrund der räumlichen Nähe zu Oldenburg spielt auch das Angebot der dortigen

[15] Niedersächsischer Landfrauenverband Hannover: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover 1994, S. 39

Bildungsträger sowie auch das GasthörerInnenstudiums an der Carl-von-Ossietzky-Universität eine Rolle. Darüber hinaus bieten vielfältige Vereine und Organisationen sowie soziale und kirchliche Einrichtungen – darunter die Wohlfahrtsverbände – Bildungsveranstaltungen zu unterschiedlichen Themen an. Das Angebot richtet sich überwiegend an alle Altersstufen aber auch speziell an Senioren.

Die Entwicklung in den letzten zwanzig Jahren zeigt, dass Altersbildung „in ihren intensiveren Formen ein bestimmendes Merkmal produktiver Lebensgestaltung im Alter geworden zu sein scheint."[16] Welche Erfahrungen mit der Zielgruppe der ab 60-Jährigen im Rahmen des Angebotes der Kreisvolkshochschule und des Evangelischen Bildungswerkes sowie der Ländlichen Erwachsenenbildung gemacht wurden und welche Perspektiven sich daraus ableiten lassen, zeigen die folgenden Beiträge. Darüber hinaus wird kurz auf den Anteil der Ammerländer GasthörerInnen am Studium Generale der Universität in Oldenburg eingegangen.

7.4.1 Kreisvolkshochschule

Im Rahmen der Bildungsveranstaltungen der Kreisvolkshochschule hat das Angebot für die Generation der ab 60-Jährigen bereits seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert. Dazu ein Beitrag der Fachbereichsleiterin[17] Frau Scholz:

Struktur der Teilnehmenden

„Ich kann leider keine generellen Aussagen über die Jahre hinweg machen, weil wir die Altersstruktur nicht erheben. 1999 haben wir eine Auswertung – auf der Basis freiwilliger Altersangaben – gemacht mit folgenden Ergebnissen: Über 65 Jahre: 5 % und über 50 Jahre: 19,4 %. Die Angaben erfolgten in Schritten: z.B. 50 - 65 Jahre und 65 und älter, sodass wir insgesamt 25 % über 50-Jährige haben. Wenn man das als die etwas Älteren werten will. Die kvhs Ammerland hat eine typische Verteilung was das Geschlecht angeht: Drei Viertel Frauen und ein Viertel Männer. Das sind, wenn man es vergleicht mit den Zahlen in Niedersachsen oder auch bundesweit, ganz typische Zahlen. Bei den Älteren verhält sich das dann übrigens entsprechend auch den Bevölkerungsanteilen. Dann werden es immer mehr Frauen, weil es auch immer weniger ältere Männer gibt. Auch in den angebotenen Kursen für Ältere sind es überwiegend Frauen. Noch etwas zu den Zahlen: Wir haben eine ständige Steigerung an der kvhs. Im letzten Jahr waren es insgesamt 11.500 Teilnehmende. Es gab 25 Veranstaltungen für Ältere mit durchschnittlich 10 bis 15 Teilnehmenden, also insgesamt ungefähr 400.

[16] Knopf, Detlef: Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern. Tübingen 1997, S. 22

[17] Zuständig für die Bereiche Frauen, SeniorInnen, Gesundheit, Hauswirtschaft, Psychologie, junge Erwachsene und Menschen mit Beeinträchtigungen.

Angebote für Ältere

Die Älteren an der kvhs sind nicht nur in den Kursen für Ältere, sondern sie sind auch in anderen Kursen im allgemeinen Angebot und das ist gut so. Das ist auch gewollt. Es gibt nicht eine Ausschließlichkeit, aber es gibt gute Gründe, einen eigenen Bereich für Ältere vorzuhalten. Wir merken das jetzt ganz deutlich in den Computer-Kursen. Sie sagen, sie wollen sich nicht mit den Jüngeren messen müssen. ‚Die Jungen sind so schnell, da komm ich nicht mit. Wenn ihr das gezielt für uns Ältere anbietet, habe ich eine Chance, es auch zu lernen und das zu verstehen. Dort wird auf mich Rücksicht genommen.' Nach den Wünschen und Bedürfnissen der Teilnehmenden richtet sich das Lerntempo. Deswegen steht auch bei den Kursen ausgeschrieben: ‚Das Lerntempo richtet sich nach Ihren Bedürfnissen'. Das ist ganz, ganz wichtig. Und wenn zum fünften Mal wiederholt werden muss. Aus der Lernforschung wissen wir, dass wir bis ins hohe Alter lernen können, dass aber die Zahl der notwendigen Wiederholungen bevor etwas sitzt, einfach steigt. Deswegen sind altershomogene Gruppen in diesem Bereich erwünscht, notwendig und sinnvoll. Häufig wird angerufen und gefragt: ‚Es wird ein EDV-Kurs für Ältere angeboten. Darf ich da schon mitmachen - oder darf ich noch mitmachen?' Es spiegelt sich natürlich die Schwierigkeit der Definition des Älterseins oder Altseins wieder. Im Schnitt beginnt es ca. Mitte 50. Wir haben natürlich auch die über 80-Jährigen in den Kursen, auch bei EDV, die sich sagen, ich will es jetzt noch einmal wissen.

Wichtig ist mir, dass die Entscheidung, ob Ältere mit Gleichaltrigen oder mit Jüngeren gemeinsam lernen wollen, ihre Entscheidung ist. Dass es nicht von uns vorgegeben wird. Es geht darum, Ältere zu integrieren. Trotzdem ist es sinnvoll, Angebote gezielt für Ältere zu machen. Wir haben jetzt seit diesem Semester neu ein Angebot gezielt ‚Yoga für Ältere', auch direkt so ausgeschrieben. Es ist ganz gut angenommen worden, so als Schnupperkurs. Das ist sicher ein Bereich, den man noch ausbauen kann.

Es ist ja eine ganz wichtige Frage, wann finden die Veranstaltungen statt. Ältere, vor allem die Frauen, wollen lieber im Tagesbereich und nicht so gerne abends. Es müssen dann Räume dafür vorhanden sein, die man tagsüber nutzen kann und Dozenten natürlich auch, die tagsüber können. Das sind die Erfordernisse.

Zur Motivation

Die Motivation in Computerkursen ist unterschiedlich: Es gibt einen Teil, die sagen, ich will einfach wissen, was da dran ist. Gar nicht unbedingt um es selber zu nutzen. Es sind aber auch welche, die es ganz zielgerichtet für zu Hause lernen, z.B. Internet oder EDV. Oft bekommen sie von den Kindern den abgelegten PC zum Schreiben. Die Schreibmaschine hat auch bei den Älteren ausgedient. Viele haben es natürlich auch aus dem Berufsleben, bringen es schon mit. Das werden immer mehr Leute, die jetzt in die Altersphase kommen, die PC und alle seine Möglichkeiten kennen. In Zukunft wird sich das ganz stark verändern in Richtung neuere Möglichkeiten, z.B. die große Frage der Bildbearbeitung, Digitalkamera. Es ist immer sozusagen eine Anpassungsqualifikation oder ein Anpassungslernen. Die Grundlagen sind schon da. Während es jetzt auch noch immer eine ganze Reihe gibt, die die Grundlagen brauchen, weil sie die beruflich noch nicht mitbekommen haben. Seit zwei, drei Jahren läuft der EDV-Bereich für Ältere gut. Ansonsten ist es im Bereich ‚Ältere' schwierig. Es scheint schwierig für die Älteren im Ammerland, Älterwerden und Lernen zusammen zu denken. Es ist eine Kombination, die nicht selbstverständlich ist. Die EDV ist verwertbares Wissen. Diese anderen Bereiche, Orientierungsangebote, Angebote, wo es darum geht, sich seines Älterwerdens, seiner Stellung in der Gesellschaft, seiner Position, des Abgleichens, also eher reflexive Angebote, dass das auch bei der kvhs zu suchen und zu finden ist, das ist eher immer noch schwierig.

Kooperationen der kvhs – Fachbereich ‚Ältere'

Ich arbeite viel mit den Seniorenbeiräten zusammen. Wir haben die Reihe gemacht ‚Altwerden in...', das war eine Nachfolge des Funkkollegs für jeweils die einzelnen Gemeinden. Ein Überblick, was ist eigentlich Alter und Älterwerden. Gezielt für Seniorenbeiräte. In der Zusammenarbeit mit den Seniorenbeiräten ist eine ganze Menge entstanden, bis hin zu Konzepten für Begegnungsstätten und Seniorenbüros. Gerade mit den Westerstedern habe ich sehr viel und sehr eng zusammen gearbeitet. Der Fragebogen zum Wohnen im Alter, ist auch ein Ergebnis eines Arbeitskreises mit der kvhs. Das sind schon weitreichende Ergebnisse. Mit dem Thema Wohnen haben wir uns semesterlang beschäftigt, nicht nur in Westerstede, sondern bis in allen Gemeinden, mit der Ausstellung zum Wohnen im Alter, Wohnungsanpassung und Vorträgen dazu. Ich versuche mit den Seniorenbeiräten, mit Gruppen, immer auch ein aktuelles Angebot zu machen. Letztes Semester waren es die Euro-Fragen: 'Der Euro kommt'. So haben wir in allen Gemeinden auch etwas angeboten, wenn die Seniorenbeiräte das wünschten.

Dann gibt es die Schiene mit der Frauenbeauftragten 'Frauen und Älterwerden'. Der Höhepunkt war sicherlich die Fachtagung 'In Zukunft älter'. Und es hat eine ganze Reihe zu Frauen und Gesundheit gegeben. Auch da zum Thema Älterwerden und da auch die unterschiedlichen Aspekte von Gesundheit, Wohlbefinden und Wohlergehen. Eben auch unter dem geschlechtsspezifischen Aspekt. Wir haben immer mehr Frauen, die älter werden.

Es gibt eine Zusammenarbeit auf der Ebene des Landesverbandes, beim Landesverband der Volkshochschulen im Bereich 'Ältere' und es gibt eine Zusammenarbeit mit der Bremer Volkshochschule. Also Wohnen im Alter z.B. in Dänemark, ein Seminar mit dänischen und deutschen Senioren; Wohnen im Alter in den Niederlanden, Bildungsurlaube zur 'Vorbereitung auf den Ruhestand'; Zivilcourage oder für Frauen zum Thema Älterwerden, dabei ging es um das Frauenbild. Solche Angebote bekomme ich im Ammerland nicht alleine gefüllt. So ist das immer ganz schön, wenn ich das mit der Bremer VHS gemeinsam anbiete, es kommt immer noch der Stadt-/Land-Aspekt hinzu. Also die eher ländliche Region und die städtische Bevölkerung; diese Unterschiede auch noch mit zu thematisieren, ist auch inhaltlich reizvoll und sinnvoll.

Kooperationen gibt es natürlich auch im Hause, denn ich bin auch zuständig für den Bereich Gesundheit. Im Arbeitskreis Gesundheitsförderung z.B. ist auch wieder diese Querverbindung. Wenn Älterwerden und Wohnen dann dort auch wieder zum Thema wird, fließt von verschiedenen Seiten etwas zusammen und wird aufgenommen.

Visionen für die Zukunft

Ich wünsche mir, dass die kvhs auch als ein Ort für Ältere noch mehr wahrgenommen wird. Es könnten noch viel mehr die kvhs als einen Ort nutzen, wo Lernen geschehen kann, Lernen in ganz unterschiedlichen Weisen. Eben nicht nur als Wissensaneignung, sondern auch als Orientierungswissen, als sich selbst vergewissern und als Standortbestimmung. Wie das geschehen kann? Ich denke weiterhin durch eine starke Zusammenarbeit mit den Seniorenbeiräten. Wenn sie sich z.B. um Begegnungsstätten und solche Fragen kümmern und Fachwissen dazu benötigen, die kvhs ist da, sie brauchen sie nur anzufordern.

Ein wichtiger Punkt dazu: ich bemühe mich seit dem letzten Jahr um ein MentorInnen-Programm. Soll heißen, so etwas wie eine Freiwilligen-Arbeit. Einmal weil ich aus der ganzen Diskussion um die Freiwilligen-Arbeit weiß, dass es viele Ältere gibt, die Kompetenzen haben, die sie gerne angewandt und eingesetzt wissen möchten. Das langfristige Ziel ist so etwas wie ein Selbstlernzentrum. Wo sie sich untereinander und gegenseitig und miteinander fortbilden. Jeder hat andere Wissensbestände und Erfahrungsbestände und kann den anderen etwas beibringen. Das hat mit dem Bereich EDV angefangen. Es ist dann sozusagen ein von-Ältere-für-Ältere-Austauschprogramm, ein Lernprogramm. Meine Vorstellung ist

auch, dass es sich auf andere Bereiche ausdehnen kann. Ich denke, da ist alles möglich. Das fände ich sehr reizvoll im Sinne von Selbstlernzentrum. Der eine weiß dies und der andere weiß das und man tauscht es untereinander aus. Anders als ein Dozent. Ein Teil unserer Arbeit als Dozenten läuft ja auch so. Das ist ja auch ein Konstitutivum von Erwachsenenbildung, dass es zwischen Dozent und Teilnehmenden eine tendenzielle Aufhebung gibt. Es ist immer nur das Spezialwissen, das sozusagen zur Verfügung steht, ansonsten sind wir alle gleich. Anders als beim Lehrer-Schüler-Verhältnis.

Und dann ist da noch die Schwierigkeit einen passenden Namen zu finden für den Bereich ‚Ältere'. Ich bin jetzt 11 Jahre hier und in dieser Zeit habe ich schon so manche Überschrift ausprobiert, das hieß also „für Ältere" „für Seniorinnen und Senioren" und „Alternsbildung" und jetzt seit dieser Tagung mit der Frauenbeauftragten „In Zukunft älter". Ich finde, da kann sich jeder darunter fassen. Älter werden wir alle ständig. Man ist nicht alt, sondern der Prozess ist mir wichtig."

7.4.2 Evangelisches Bildungswerk

„Das EBA befasst sich mit den unterschiedlichsten Themen. Dabei ist es gleich, ob es sich nun um Aufgaben der Kindererziehung, den Umgang mit den neuen Kommunikationstechnologien, die Bewältigung des Alters, um krisenhafte Übergänge im Lebenszyklus oder um die Dritte-Welt-Problematik handelt." Diese Aufgabenbeschreibung im Frauenhandbuch Ammerland zeigt, dass Angebote zum Thema Alter und Älterwerden gleichbedeutend neben einer Vielzahl anderer Themen stehen. In einem Telefongespräch beschreibt Frau Spradau, Geschäftsführerin des Evangelischen Bildungswerkes Ammerland die derzeitige Situation bezüglich der Zielgruppe der über 60-Jährigen. Folgende Punkte lassen sich daraus zusammenfassen:

- *Auf alle Altersstufen bezogen nehmen insgesamt rund 90 % Frauen und 10 % Männer das Bildungsangebot wahr.*
- *Kooperationspartner beim Angebot für Senioren sind die Kirchengemeinden im Landkreis Ammerland. Altennachmittage sowie Gesprächskreise zu unterschiedlichen Themen, z.B. auch zu politischen, sozialen und gesellschaftlichen Themen sind hier die Schwerpunkte. Es werden aber auch von den Kirchengemeinden selbst Angebote organisiert.*
- *Auf die Altersstruktur bezogen ist eine Veränderung sichtbar: Junge Alte nehmen das Angebot in den Kirchengemeinden nicht mehr so häufig wahr. Zwei Gründe wären zu nennen: Zum einen sind sie weniger kirchlich sozialisiert und zum anderen möchten sie sich nicht binden bzw. verpflichten. Demzufolge sind es in der Mehrheit die über 70-Jährigen, die das Angebot der Seniorennachmittage in den Kirchengemeinden nutzen.*
- *Bei den jungen Alten zeichnet sich die Tendenz ab, dass sie zunehmend etwas lernen wollen und weniger Interesse an den eher traditionellen Angeboten der Kirchengemeinden haben. In Computerkursen und im Gesundheitsbereich sind sie immer häufiger anzutreffen.*
- *Für LeiterInnen von Seniorenkreisen werden Fortbildungen angeboten.*

Auffallend an diesen Ausführungen ist insbesondere der tendenzielle Wandel der Bildungsbedürfnisse der heute 60-70-Jährigen. Zukünftig wird dies bei der Gestaltung des Angebotes vermutlich stärker zu berücksichtigen sein.

7.4.3 Ländliche Erwachsenenbildung

Die Ländliche Erwachsenenbildung (LEB) versteht ihre Aufgabe darin, „landesweit zu einem bedarfsgerechten Weiterbildungsangebot besonders im ländlichen Raum und an sozialen Brennpunkten beizutragen".[18] An der Programmgestaltung sind Vereine und Gruppen beteiligt, die in der Kreisarbeitsgemeinschaft der ländlichen Erwachsenenbildung Mitglied sind. Dazu zählen u.a. die organisierten Landfrauen in einigen Gemeinden, aber auch der Landvolkverband und diverse Ortsvereine. Schwerpunkte der Bildungsarbeit sind Förderung des kulturellen Lebens in den Gemeinden, nachhaltige Entwicklung der Landwirtschaft, Bewältigung des Strukturwandels in den ländlichen Räumen, in Wirtschaft und Gesellschaft und Integration sozial benachteiligter Gruppen.[19] Das breite Spektrum der Ländlichen Erwachsenenbildung richtet sich an alle Altersstufen.

7.4.4 GasthörerInnenstudium

Seit Anfang der 80-er Jahre ist das Interesse an Studienangeboten für Ältere an Hochschulen stark gestiegen. Das belegen auch die Zahlen der Carl–von–Ossietzky–Universität in Oldenburg. Allerdings handelt es sich immer noch um eine Minderheit der Bevölkerung ab 60 Jahren, die das Angebot als GasthörerInnen oder als normal eingeschriebene Studierende nutzen. Es sind vorwiegend diejenigen, die bereits über einen entsprechenden Bildungshintergrund verfügen wie z.B. AkademikerInnen aber auch ehemals Beschäftigte in Büroberufen. Das Studium bietet sowohl die Möglichkeit, einen Nachholbedarf an theoretischer Auseinandersetzung auszugleichen als auch die Möglichkeit einer Neuorientierung, um sich neue Wege der Aktivitäten zu erschließen. Aufgrund der räumlichen Nähe zur Carl-von-Ossietzky-Universität in Oldenburg wird das Angebot auch von der älteren Bevölkerung des Landkreises Ammerland genutzt. Im Wintersemester 2001/2002 waren insgesamt rund 350

[18] Frauenhandbuch Ammerland 2001, S. 56
[19] ebenda, S. 56

GasthörerInnen eingeschrieben, davon rund 15 % aus dem Landkreis Ammerland. Frauen und Männer sind annähernd gleich häufig vertreten.[20]

➔ **Das Bildungsniveau der über 60-Jährigen steigt. Damit verbunden ist ein vermehrtes Interesse an vielfältigen Bildungsveranstaltungen. In ihrem Beitrag bestätigt die Fachbereichsleiterin der Kreisvolkshochschule, Frau Scholz, eine steigende Tendenz der TeilnehmerInnenzahlen über 60 Jahre. In dem für diese Zielgruppe angebotenen Themenbereich „In Zukunft älter" erfährt derzeit insbesondere das Angebot an Computer- und Internetkursen einen großen Zulauf. Frau Scholz sieht für die zukünftige Bildungsarbeit eine mögliche Veränderung hin zu mehr Eigeninitiative und Einbeziehung der Kompetenzen von über 60-Jährigen in die Bildungsarbeit vor Ort. Die Leiterin der Evangelischen Familienbildungsstätte, Frau Spradau, stellt einen Wandel hinsichtlich des Bildungsinteresses von über 60-Jährigen fest: Das Interesse an traditionellen Angeboten der Kirchengemeinden geht zurück. Die jungen Alten wollen zunehmend aktiv etwas lernen.**

7.5 Ehrenamtliches Engagement und Freiwilligenarbeit

Literatur, Untersuchungen und Projekte im Bereich des ehrenamtlichen Engagement haben in den letzten Jahren einen hohen Zuwachs erlebt. „Freiwilligenarbeit", „Bürgerengagement", „bürgerschaftliches Engagement" und „ziviles Engagement" sind Begriffe, die seit dem Internationalen Jahr der Freiwilligen (2001) immer mehr in der öffentlichen Diskussion benutzt werden. „Freiwilliges Engagement in Deutschland" – unter diesem Titel wurde eine Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegeben, die ein hohes Maß an Engagement im sozialen, kulturellen, politischen und sportlichen Bereich belegt.[21] Die Gesellschaft nutzt Potenziale insbesondere auch von Menschen über 60 Jahre. „So ist etwa jede dritte Frau bzw. jeder dritte Mann zwischen 60 und 70 Jahren – wie im Bevölkerungsdurchschnitt – in irgendeiner Weise ehrenamtlich tätig. Erst bei den über 70-Jährigen geht der Anteil aus vor allem gesundheitlichen Gründen zurück."[22] Seit 1992 hat sich die Zahl von älteren Menschen gegründeten und verantwortlich gezeichneten Initiativen

[20] Laut Angaben des Zentrums für wissenschaftliche Weiterbildung der Carl–von–Ossietzky–Universität Oldenburg vom 19.08.2002

[21] Siehe dazu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Stuttgart 2000

[22] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 15

mit einer gemeinnützigen Zielsetzung insgesamt mehr als verdreifacht.[23] Die Motivation hat sich verändert: „Im Vordergrund stehen nicht mehr ausschließlich Altruismus oder karitative Motive, vielmehr ist zunehmend der Wunsch nach einem Gewinn für das eigene Leben mitbestimmend. Man möchte einerseits nützlich sein und Verantwortung übernehmen, andererseits aber auch persönliche Befriedigung erfahren."[24]

Das Engagement von BürgerInnen ist in vielen Organisationen, Vereinen und Einrichtungen zum wichtigen Bestandteil geworden und unverzichtbar. „Bürgerschaftliches und ziviles Engagement können nicht von oben verordnet, sondern nur vor Ort gelebt werden. Ehrenamtlich Tätige verdienen unseren Respekt und unsere Anerkennung für ihr Engagement. Ihre Arbeit kann und darf nicht die Verantwortung des Staates ersetzen, sie muss sie ergänzen. Wir müssen in den Kindergärten, den Schulen und in den Gemeinden den Grundstein legen für die gesellschaftliche und politische Teilhabe aller."[25] Zielrichtung ist demnach eine Verbesserung des gesellschaftlichen Gemeinwohls. Verbunden damit ist auch eine Verbesserung der Versicherungsfrage in der Freiwilligentätigkeit. Im Juni 2002 wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein bundesweites Netzwerk gegründet, in dem Bund, Länder und Kommunen, Vereine, Verbände und auch Unternehmen zusammenwirken, um das Engagement der BürgerInnen zu fördern.

7.5.1 Projekt Bürgerengagement Ammerland

Auf Landesebene wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. speziell für SeniorInnen ein „Koordinierungsbüro Freiwilliges Engagement von und für SeniorInnen in Niedersachsen" eingerichtet, das Teil der Offensive „Bürgerschaftliches Engagement für Niedersachsen" der Niedersächsischen Landesregierung ist. Auf Landkreisebene startete im August 2001 mit Fördermitteln des Landes von der Arbeiterwohlfahrt das „Projekt Bürgerengagement Ammerland". Es richtet sich grundsätzlich an alle Altersgruppen, dürfte aber insbesondere auch für Frauen und Männer über 60 Jahre interessant sein, die nach einem neuen Betätigungsfeld suchen. Das Projekt „versteht sich als unabhängige Vermittlungsstelle zwischen Bürgerinnen und Bürgern, die sich freiwillig engagieren wollen und Organisationen, die Unterstützung durch freiwillige, ehrenamtliche MitarbeiterInnen benötigen. (...) Ihr Engagement könnte beispielsweise so aussehen: In Natur- und Umweltprojekten mitarbeiten; Bastel- oder Vorlesestunden für Kinder anbieten; in einem Sportverein tätig wer-

[23] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 39
[24] ebenda, S. 39
[25] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 05.06.2002.

den; Besuchsdienste bei alten oder kranken Menschen leisten; und, und, und ..."[26] Eingerichtet ist dieses Projekt zunächst vom 15.08.2001 bis 31.12.2002. Eine weitere Finanzierung ist unklar. Nach Erfahrungen der Projektleiterin Frau Baumann sind ca. 80 % der Interessierten im Alter zwischen 50 und 65 Jahre. Die Interessensbereiche sind sehr breit: Sie reichen von einer Mitarbeit beim Notruf über den Naturschutz bis zur Gemeindejugendarbeit.

7.6 Beispiele für Aktivitäten

Während sich das vorherige Kapitel mit den freiwillig Engagierten beschäftigte, geht es im nun folgenden Kapitel um Aktive in unterschiedlichen Zusammenhängen. In einer Vielzahl an Vereinen wie Ortsvereine, Sportvereine, Gesangvereine, Schützenvereine, Landfrauenvereine – um hier nur einige zu nennen – nehmen Mitglieder an dem breiten Spektrum an Aktivitäten teil, das von Ehrenamtlichen organisiert wird. Kirchliche und soziale Einrichtungen sowie Umweltverbände u.a. ziehen ebenfalls viele Mitglieder und Interessierte an. In einem Verein oder in sonstigen Zusammenhängen aktiv zu sein, ist eine an den Bedürfnissen nach sozialen Kontakten und an der Art der Aktivität orientierte subjektive Entscheidung.

Nach einer bundesweiten Befragung stehen Sport und Bewegung deutlich an der Spitze der Aktivitäten gefolgt von Freizeit und Geselligkeit, Kultur und Musik sowie Kirche und Religion.[27] Aus dem breit gefächerten Bereich der Aktivitäten werden im Folgenden drei Beispiele beschrieben, die auch im Landkreis Ammerland eine wichtige Stellung einnehmen: Die Sportvereine als mitgliederstärkste Vereinigung, die Landfrauenvereine als Ausgangspunkt für ein Forum für Frauen im ländlichen Raum und die Seniorenhilfe Bad Zwischenahn als ehrenamtlicher Hilfsdienst für alte Menschen.

7.6.1 Sportvereine

„Der Sport ist im Freiwilligensektor Spitzenreiter: 37 % machen aktiv mit, 11 Prozent der Bevölkerung übernimmt dabei ehrenamtliche Aufgaben oder freiwillige Tätigkeiten. Von allen freiwillig Engagierten sind 22 Prozent im Bereich Sport und Bewegung aktiv. Der Sport ist damit der umfangreichste Bereich des freiwilligen Engagement."[28] Im Landkreis Ammerland

[26] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. Stuttgart 2000, S. 29
[27] Aus Prospekt zur Initiative „Projekt Bürgerengagement Ammerland" entnommen.
[28] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Nr. 368 vom 24.01.2002

sind im März 2002 insgesamt 163 Sportvereine im Kreissportbund e.V. zusammengefasst. Im Durchschnitt gibt es demnach rund 28 Vereine pro Gemeinde. Die Anzahl der Mitgliedschaften beläuft sich im März 2002 auf insgesamt 48.667 und ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Von Doppelt- und Mehrfachmitgliedschaften ist auszugehen, so dass sich der Anteil der in Sportvereinen Aktiven an der Gesamtbevölkerung nicht bestimmten lässt. Die hohe Anzahl an Mitgliedschaften spricht jedoch für ein hohes Maß an Aktivitäten und auch an freiwilligem Engagement im sportlichen Bereich.[29]

Von den Mitgliedern sind 13 % älter als 60 Jahre. Während insgesamt weibliche Mitglieder rund 43 % ausmachen und männliche 57 %, sind Frauen bei den über 60-Jährigen um 5 % weniger vertreten (Frauen: 38 %; Männer: 62 %). Die über 60-Jährigen werden insgesamt erfasst, also nicht weiter nach Altersstufen differenziert. Auch werden in der Jahresstatistik die übrigen Altersgruppen nicht einheitlich zusammengefasst. Damit wird ein Vergleich zwischen den Altersgruppen erschwert bzw. ausgeschlossen. Eine Vereinheitlichung der Altersstufen in Fünf-Jahres-Schritten wäre hier sinnvoll, um hinsichtlich der Aktivitäten die einzelnen Altersstufen vergleichen zu können. Über Angebote, die von über 60-Jährigen wahrgenommen werden, kann an dieser Stelle keine Aussage gemacht werden. Allgemein kann hier jedoch festgestellt werden, dass Sport und Bewegung als Aktivitäten zur Gesundheitsförderung auch für über 60-Jährige einen hohen Stellenwert haben und einen festen Platz im Angebot von Sportvereinen haben sollte.

7.6.2 Landfrauenvereine

Die Landfrauenvereine[30] gehören im Landkreis Ammerland traditionell zum Spektrum der Aktivitäten in den Gemeinden und genießen hier einen hohen Stellenwert. Zur Arbeitsgemeinschaft der Landfrauenvereine im Ammerland gehören insgesamt 15 Vereine mit insgesamt rund 3.100 Mitglieder (Stand: 2001). Davon sind 12 Landfrauenvereine innerhalb des Kreisgebietes mit rund 2.500 Mitglieder, drei weitere Vereine im Landkreis Friesland mit weiteren rund 600 Mitgliedern vertreten. Nach der Gebietsreform blieb diese Konstellation erhalten. Die Mitgliederzahl ist seit 1990 nahezu konstant geblieben. Der Anteil der Frauen aus dem landwirtschaftlichen Bereich beträgt aktuell rund 27 %. Die Mehrheit der Mitglieder kommt aus anderen Bereichen. Damit haben die Landfrauenvereine des Ammerlandes im

[29] Statistik des Sportbüros des Kreissportbundes Ammerland e.V. in Westerstede. Zahlen über die Altersstruktur der freiwillig und ehrenamtlich Tätigen liegen nicht vor.
[30] Grundlage der Ausführungen ist ein Informationsgespräch mit Frau Kreiling vom Beratungs- und Bildungszentrum für Landfrauen der Landwirtschaftskammer Weser-Ems.

Vergleich zum gesamten Weser-Ems Gebiet den geringsten Anteil an Frauen aus der Landwirtschaft.

Die Landfrauenvereine sind im Landfrauenverband organisiert. Dieser Verband versteht sich als Interessenvertretung der Frauen auf dem Lande und will „die Interessen der Frauen im ländlichen Raum in allen politischen Bereichen vertreten“ und „die Mitglieder durch Informationen und Weiterbildung in allen Bereichen ihrer Lebens- und Arbeitswelt fördern“.[31] Dazu wird von den einzelnen Landfrauenvereinen ein breites Programm an Weiterbildung, Diskussionsrunden, Exkursionen und Geselligkeit mit ca. 12 Veranstaltungen pro Jahr angeboten. Den Schwerpunkt bilden Vorträge zu Themen der Kultur, Gesundheit, Ernährung, Familien-/Lebensfragen und Gesellschaftspolitik. Das Thema „Älterwerden“ wurde dabei beispielsweise unter den Gesichtspunkten Pflegeversicherung, Pflegekurse, „Graue Haare – buntes Leben“, Ernährung im Alter, Veränderungen im Leben behandelt. Die Veranstaltungen erfolgen in der Regel in der näheren Umgebung und sind insofern meistens gut erreichbar.

Diese traditionelle Form der Bildungsarbeit erreicht zum großen Teil Frauen über 60 Jahre, die häufig langjährige Mitglieder sind. Jüngere Frauen wachsen nur langsam nach, sind aber zunehmend in die Vorstandstätigkeit eingebunden. Allerdings lässt sich zur genauen Altersstruktur der Mitglieder und auch der Vorstände keine Aussage machen.

7.6.3 Kirchliche Organisationen

In Westdeutschland sind über 54-Jährige zu 12 % in einem kirchlichen Verein organisiert (Ostdeutschland: 3 %).[32] Das ehrenamtliche Engagement in konfessionell ausgerichteten Wohlfahrtsverbänden hat einen großen Stellenwert. „Allein die beiden großen Wohlfahrtsverbände, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutsche Caritasverband, schätzen die Zahl der bei ihnen ehrenamtlich engagierten Personen auf rund 400.000 (Diakonie) und 500.000 (Caritas), nicht mitgerechnet die in Kirchengemeinden tätigen ehrenamtlichen Helfer (Deutscher Bundestag 1998a).“[33] Gegenüber anderen ehrenamtlichen Betätigungsfeldern gibt es hier einige Besonderheiten: Es sind überwie-

[31] Informationsblatt des Landfrauenverbandes Weser Ems e.V.
[32] Siehe dazu: Schöb 1999. Zitiert in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 236
[33] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 236

gend Frauen, die sich engagieren. Rund 75 % aller ehrenamtlich Tätigen sind älter als 50 Jahre, 30 % der Frauen und 20 % der Männer sind älter als 65 Jahre.[34]

Beim Diakonischen Werk des ev.-luth. Kirchenkreises Ammerland ist die Seniorenhilfe Bad Zwischenahn angegliedert. Ein Faltblatt informiert über das Angebot: „Die Seniorenhilfe der Diakonie unterstützt alte Menschen, die alleine in ihrer Wohnung leben und die gelegentliche Hilfen brauchen, die von anderen Diensten, z.B. der Sozialstation oder von Handwerkern nicht übernommen werden können. Einkaufshilfen, Begleitung bei Erledigungen außerhalb des Hauses, Hilfen für pflegende Angehörige, Hilfe und Begleitung bei Behörden- oder Bankangelegenheiten, kleinere Reparaturen im Haus und in der Wohnung usw. werden von der Seniorenhilfe übernommen.“ Der ehrenamtliche Hilfsdienst umfasst derzeit 17 BetreuerInnen (Stand: Mai 2002) und setzt sich zu einem Großteil aus in den letzten Jahren Zugezogenen im Alter um 60 Jahre zusammen. Das Faltblatt informiert über das Angebot des Hilfsdienstes und richtet sich gleichzeitig an weitere interessierte MitarbeiterInnen.

➔ **Ehrenamt, Freiwilligenarbeit, bürgerschaftliches Engagement – diese unterschiedlichen Begriffe stehen für ein gemeinsames Ziel: Die Kompetenzen der BürgerInnen zur Verbesserung des Gemeinwohls verantwortlich einbringen und nutzen. Bundesweit sind rund 30 % der zwischen 60- und 70-Jährigen ehrenamtlich tätig, vorwiegend in Vereinen, sozialen und kirchlichen Einrichtungen.**

In einer Vielzahl von Vereinen nehmen Mitglieder an dem breiten Spektrum der angebotenen Aktivitäten teil. Im Landkreis Ammerland stehen hinsichtlich der Mitgliederzahl – wie bundesweit – die Sportvereine an erster Stelle. Die Landfrauenvereine haben traditionell eine bedeutende Rolle. Die Zunahme der Bevölkerung über 60 Jahre dürfte sich zukünftig stärker auf die Altersstruktur und damit auch auf die Angebotsstruktur von Vereinen auswirken. Kirchliche Einrichtungen, wie beispielsweise die Seniorenhilfe Bad Zwischenahn, bieten vielfältige Möglichkeiten, ehrenamtlich zur Betreuung und Unterstützung insbesondere von Hochbetagten tätig zu sein.

[34] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001, S. 236

7.7 Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen sind zu einem unverzichtbaren Bestandteil des Gesundheitswesens geworden. Selbst aktiv werden, sich in einer Gruppe austauschen hilft nicht nur individuell und Gleichbetroffenen, dadurch wird auch die öffentliche Meinung sowie die Politik beeinflusst. Im Landkreis Ammerland ist die Kontaktstelle REBEKA des Paritätischen (**Re**gionale **Be**ratungs- und **K**ontaktstelle für Selbsthilfe und Gesundheitsförderung im **A**mmerland) in Edewecht zuständig für den Bereich Selbsthilfe. Der Begriff Selbsthilfe wird von der REBEKA sehr weit gefasst, wie z.B. das bei der REBEKA angegliederte Modellprogramm seniorTrainerIn zeigt. An dem Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beteiligen sich 32 örtliche Anlaufstellen in neun Bundesländern. Ziel ist, „älteren Menschen neue Chancen zu eröffnen, ihr Erfahrungswissen weiterzugeben. Die seniorTrainerinnen und -Trainer werden Initiativgruppen und Ehrenamtliche allen Alters unterstützen, beraten und begleiten – z.B. vor Ort beim Aufbau von Teams oder Ehrenamtsgruppen, als Referenten für Seminare, im Konfliktmanagement, bei der Moderation oder für eine Gruppenleitung. In der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten oder mit Kindern und Jugendlichen, im kulturellen Bereich oder in der Wohnberatung sind ihre Kenntnisse besonders gefragt.“[35] Zur Aufgabe der Kontaktstelle und zum Modellprogramm seniorTrainerIn ein Beitrag von Frau Rensen, Leiterin der Selbsthilfekontaktstelle REBEKA:

Ursprung und Anbindung

„Der Ursprung der Selbsthilfegruppen sind die anonymen Alkoholiker. Sie sind die erste klassische Selbsthilfegruppe unter dem Motto `Reden mit Gleichbetroffenen hilft´. Es geht um den Austausch von betroffenen Laien, die in der Gruppe über ihre Krankheit, über ihre Probleme mit der Krankheit reden. Informationsaustausch, usw. gehört ebenfalls dazu. Bei Krankenkassen, bei Ärzten, bei anderen Beratungsstellen, in der Verwaltung und auch in der Öffentlichkeit sind Selbsthilfegruppen heute ganz anders anerkannt als noch vor einigen Jahren. Die Selbsthilfe hat einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert bekommen. Auch durch gesetzliche Änderungen ist sie aufgewertet worden und dadurch, dass es immer mehr Gruppen gibt und die Erfahrung, `die Arbeit in der Gruppe tut mir gut´ immer weiter getragen wurde.

Der Paritätische ist aufgrund seiner Struktur als Dachverband für zahlreiche Organisationen aus dem Selbsthilfebereich der klassische Verband der Selbsthilfeunterstützung. Unter anderem durch eine Förderung des Landes Niedersachsen konnte die REBEKA ab 1991 beim Paritätischen fest institutionalisiert werden. Die REBEKA ist eine Einrichtung für das ganze Ammerland. Die Gruppen verteilen sich auch relativ gleichmäßig über den Landkreis. In Niedersachsen gibt es insgesamt 35 Selbsthilfekontaktstellen.

Zugang zu den Gruppen

1998 hatten wir 60 Selbsthilfegruppen, heute sind 85 Zusammenschlüsse bei uns registriert. Es gibt zu ungefähr 35 verschiedenen Themen Gruppen, die zu 85% den Gesundheitsbe-

[35] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Nr. 445 vom 08.07.2002

reich betreffen. Der erste Kontakt läuft meist telefonisch: Interessierte rufen häufig bei uns an. Wir beraten dann, was für eine Form der Unterstützung in Frage kommt. Wir geben die Adressen und Ansprechpartner entsprechender Selbsthilfegruppen heraus, vermitteln aber bei Bedarf auch an andere Beratungsstellen oder verweisen an überregionale Organisationen oder Gruppen in anderen Gebieten. Die Zusammenarbeit mit der örtlichen Presse ist sehr gut, so dass viele Informationen in der Zeitung veröffentlicht werden und auf diesem Wege die Selbsthilfeinteressierten erreichen. Um den Zugang zu den Gruppen zu erleichtern, planen wir jetzt, auf Anregung einiger Gruppen, eine Broschüre herauszugeben, in der möglichst alle Ammerländer Selbsthilfegruppen enthalten sein sollen.

Betreuung

Es kann sein, dass Gruppen bei uns nur registriert sind und wir weiter vermitteln. Diese Gruppen erhalten von uns Informationsmaterial, unseren Rundbrief und andere Fachinformationen. Dies ist sozusagen die niedrigste Stufe der Zusammenarbeit. Es gibt auch Gruppen, bei denen wir eine ganz intensive Begleitung machen, es kann zum Beispiel sein, dass ich sechs Monate lang die Gruppentreffen begleite. Andere Formen der Betreuung sind etwa, dass ich Gruppentreffen mitgestalte, dass ich Prospektmaterial erstelle, dass wir über das Internet oder andere Medien Informationen sammeln, dass ich Förderanträge stelle oder helfe, diese zu schreiben. Die Vermittlung von Referenten und die Unterstützung bei der Raumsuche sind weitere wichtige Punkte. Generell lässt sich sagen: In der Anfangsphase und in Krisensituationen ist der Unterstützungsbedarf am höchsten.

Struktur der Mitglieder und GruppenleiterInnen

Bis jetzt ist zum Alter der Gruppenmitglieder noch keine Statistik geführt worden. Ich würde sagen: Etwa 60 % der Teilnehmer sind über 55 Jahre, 40 % darunter. Hochbetagte Senioren ab 80 Jahre sind sehr wenig vertreten. Bei den GruppenleiterInnen schätze ich, dass im Selbsthilfebereich ungefähr 70 % dem Altersbereich 55+ zugehören. Bei Mitgliedern und auch Leitungspersonen sind 2/3 Frauen und 1/3 Männer.

Finanzielle Unterstützung

Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist für die Mitglieder kostenfrei. Es gibt auch Gruppen, die mittlerweile Vereine gegründet haben, zum Beispiel die Gruppe ‚Wege entstehen beim Gehen' zum Thema Krebs in Bad Zwischenahn. Dann kann es eventuell einen geringen Vereinsbeitrag geben. Die Gruppen brauchen natürlich Geld für Raummiete, Referenten, etc. Da unterstützen wir die Gruppen, dies bei den Krankenkassen zu beantragen. Die Krankenkassen sind nach den neuen gesetzlichen Regelungen (Selbsthilfeförderung ist im SGB V verankert) die wichtigsten Geldgeber. Es besteht eine Sollverpflichtung für sie, 51 Cent pro Mitglied und Kalenderjahr in den Selbsthilfebereich zu investieren. Diese Förderung wird bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Wir bemühen uns extrem, dies bekannter zu machen und die Gruppen darauf hinzuweisen. Es gibt eine Studie, dass jeder in Selbsthilfe investierte Euro volkswirtschaftlich mindestens 2,50 Euro einspart, vor allem im Gesundheitssystem. Den Kassen und einigen Politikern ist dies schon bewusst. In der Öffentlichkeit muss dies noch bekannter gemacht werden.

Perspektive

Aus meiner Sicht läuft die Arbeit der REBEKA im Moment gut und sollte auf hohem Niveau gehalten werden mit der Möglichkeit, einige Bereiche noch ausbauen zu können. Trotz des nachweisbaren Nutzens der Kontaktstellen steht die finanzielle Förderung dieser freiwilligen Leistung jedoch immer wieder zur Debatte. Eine langfristige finanzielle Absicherung der

Selbsthilfekontaktstellen durch eine gemeinsame Finanzierung von Land, Kommune und Krankenkassen sollte angestrebt werden.

Selbsthilfe im herkömmlichen Sinne konzentriert sich in erster Linie auf den Gesundheitsbereich. Selbsthilfe ist aber viel mehr. Sie spielt in den gesamten Bereich des bürgerschaftlichen Engagements und Denkens hinein.
Ein Beispiel: Zu uns in die Beratung kam ein pensionierter Ministerialbeamter, der ganz konkrete Vorstellungen hatte. Er hatte zwei Ideen. Zum einen: Das Internet ist aus seiner Sicht gerade auf dem Lande für alle Senioren wichtig als ‚Tor zur Welt'. Dies wollte er vermitteln und andere Senioren - auch in Einzelberatung - schulen. Zum anderen wollte er Menschen helfen, die Probleme im Behördenumgang haben, etwa beim Ausfüllen von Anträgen. Wenn diesem Mann der Rahmen gegeben wird, sein Projekt zu verwirklichen, ist das in einem weiteren Sinne auch Hilfe zur Selbsthilfe. Das seniorTrainer-Programm ist ein guter Aufhänger, solche Leute zu motivieren und ihnen dann den Rahmen zu geben, ihre Projekte und Vorstellungen zu verwirklichen.

SeniorTrainer-Programm

Die Resonanz auf dieses Programm ist unerwartet groß. 35 Personen haben sich ganz konkret für eine Teilnahme interessiert, 16 verbindliche Anmeldungen gingen dann ein, nur sieben Personen können am ersten Durchgang teilnehmen. Das hat mich richtig gefreut und zeigt auch den Bedarf. Das Alter der Interessenten und Teilnehmer liegt ganz klar zwischen 62 und 64 Jahren. Die Leute waren gerade ca. ein Jahr zu Hause und hatten versucht, sich erst einmal zu finden, den Tag neu zu strukturieren und hatten auch schon verschiedene Dinge unternommen, um für sich Perspektiven zu finden. Das hätte ich nicht erwartet, das Leute kommen, die so konkrete Vorstellungen haben und lebenspraktisch und fachlich hohe Kompetenzen mitbringen. Frauen und Männer sind ziemlich gleich vertreten. Das Projekt läuft über vier Jahre. Der erste Kurs fängt am 23.09.02 an."

➔ **Selbsthilfegruppen sind aus dem Gesundheitsbereich nicht mehr wegzudenken und zeigt hier eine zunehmende Eigeninitiative von BürgerInnen. Die Leiterin der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen im Ammerland REBEKA, Frau Rensen, sieht Selbsthilfe jedoch weiter gefasst: Auch Beratung und Unterstützung im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements ist Hilfe zur Selbsthilfe. Unter dem erweiterten Begriff ist auch das seniorTrainer-Programm zu betrachten, das im Herbst 2002 mit einer Laufzeit von vier Jahren startet. Das Programm richtet sich an interessierte ältere Menschen, die ihre Erfahrungen und ihr Wissen in bürgerschaftliches Engagement einbringen wollen.**

7.8 Seniorenbüros

1992 initiierte das Bundesministerium für Familie und Senioren das Modellprogramm „Senioren–Büros". Als Idee stand dahinter: Die Seniorenbüros „sollen die Aktivitätsmöglichkeiten für Senioren im sozialen Bereich verbessern und damit gleichzeitig das Potential an freiwilli-

gem sozialen Engagement vergrößern.“ Als Ziel wurde formuliert, „die soziale Einbindung älterer Menschen zu stärken, indem ihre eigene Aktivität in den Bereichen gefördert wird, die sie in Kontakt mit anderen Menschen bringen und ihre soziale Kompetenz herausfordern“.[36] Drei Aufgabenbereiche werden genannt:

„1. nachberufliche Tätigkeitsfelder und ehrenamtliches soziales Engagement,

2. Selbsthilfeaktivitäten und –gruppen und

3. Einbindung älterer Menschen in Nachbarschaft und Beziehungsnetze.“[37]

Unter dem Aspekt des zunehmenden Interesses von älteren Menschen an einem breiteren und generationenverbindenden Spektrum ehrenamtlicher Tätigkeiten ist zu fragen, ob die Form des Seniorenbüros auch zukünftig den Ansprüchen entspricht oder eine Weiterentwicklung bzw. Überleitung in andere Formen sinnvoll ist.

➔ **1992 durch ein Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie und Senioren initiiert, sind Seniorenbüros inzwischen zu einem wichtigen Baustein im Bereich der Aktivitäten von über 60–Jährigen geworden. Im Landkreis Ammerland gibt es in den Gemeinden Wiefelstede und Westerstede sowie in Apen und Edewecht Seniorenbüros.**

[36] Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.): Materialien zum Modellprogramm Seniorenbüros. Band 1: Dokumentation der Anträge. Bonn 1994, S. 6

[37] ebenda, S. 1

8. Fazit und Empfehlungen

8.1 Wohnen

Grundsätze

- Wohnen ist eine wichtige Voraussetzung von Lebensqualität im Alter. Wohnen in den „eigenen vier Wänden“ hat für die meisten Menschen über 60 Jahre eine hohe Bedeutung. Dieser Grundsatz sollte auf den unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen sehr ernst genommen werden.
- Im Blickfeld steht eine an Kompetenzen und Bedürfnissen angepasste Wohnform. Das bedeutet: Von der Normalwohnung über die Einrichtung des Betreuten Wohnens bis zum Pflegeheim - alle Varianten an Wohnformen sollten gleichbedeutend nebeneinander stehen. Diese Sichtweise trägt auch zur Verbesserung des gesellschaftlichen Bildes vom Alter bei. Sie sollte in Diskussionen und Planungen zum Thema Wohnen im Alter berücksichtigt werden.
- Im Landkreis Ammerland leben derzeit die meisten über 60-Jährigen mit EhepartnerIn bzw. PartnerIn in einem gemeinsamen Haushalt. Im Vergleich zum Bundesgebiet ist im Ammerland der Anteil weitaus höher. Zukünftig wird die Zahl der allein Lebenden deutlich zunehmen. Demzufolge ist die zunehmende Singularisierung aber auch die „Reduzierung der Familie“ auf zwei Personen als wesentlicher Faktor bei Fragen zum Wohnen im Alter einzubeziehen.

Wohnraumversorgung

- Der hohe Anteil an selbst genutztem Wohneigentum von rund 80 % bildet im Landkreis Ammerland gute Ausgangsbedingungen für ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter. Insgesamt handelt es sich um einen relativ neuen Wohnungsbestand.
- Die finanzielle Belastung für Wohnen schätzt die überwiegende Mehrheit als angemessen bzw. als relativ gering ein.
- Im Ammerland wurde eine gute Versorgung mit Wohnraum mit einer Tendenz zur Überversorgung ermittelt. Dies bietet vielfältige Möglichkeiten, Wohnen im Alter angepasst an die Bedürfnisse und auch attraktiv zu gestalten. Modelle zur Umwandlung von Eigenheimen – die oft zu groß geworden sind - in z.B. altersgerechte Eigentumswohnungen sind hier Ansatzpunkte. Vor dem Hintergrund, dass immer mehr Menschen im Alter allein leben, sollte über entsprechende - auch alternative - Wohnkonzepte nachgedacht werden.

Wohndauer

- Der überwiegende Teil der über 60-Jährigen im Landkreis Ammerland lebt bereits mehr als 20 Jahre in der jetzigen Wohnung. Jedoch zeichnet sich vor allem bei den unter 70-Jährigen eine tendenzielle Bereitschaft zum Wohnungs- bzw. Wohnortwechsel ab. Ein Anteil von mehr als 20 % ist erst in den letzten zehn Jahren in die jetzige Wohnung – zum Großteil eine Neubauwohnung – eingezogen. Zahlen zum Wohnungswechsel innerhalb des Landkreises und zum Zuzug in den Landkreis nach Alter sind zurzeit nicht verfügbar. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der erhöhte Anteil der über 60-Jährigen insbesondere in der Gemeinde Bad Zwischenahn auf Zugezogene zurückzuführen ist. Überlegungen und Planungen zum Wohnen im Alter sollten im Landkreis Ammerland auch die Altersstruktur der Zugezogenen berücksichtigen. Um dazu genauere Informationen zu erhalten, erscheint es sinnvoll, die EinwohnerInnenstatistik der Gemeinden entsprechend auszuwerten und fortzuschrieben.
- Anzustreben ist, dass zum „normalen“ Älterwerden auch eine grundsätzliche Bereitschaft zur räumlichen Veränderung gehört. Ein evtl. Umzug in eine Wohnung mit einem umfangreicheren Serviceangebot sollte in Erwägung gezogen und Informationen zu den Möglichkeiten beizeiten genutzt werden. Motive für einen Umzug sollten nicht nur unter dem Versorgungsaspekt und damit vielfach negativ gesehen werden. Auch die Neugier auf neue Erfahrungen in einem neuen Umfeld könnte damit verbunden sein. Die Lebensqualität lässt sich dadurch positiv beeinflussen. Die dafür erforderliche Eigeninitiative sollte durch Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit gefördert werden.

Ausstattung

- Im Vergleich zum Bundesgebiet entspricht im Landkreis Ammerland die Wohnungsausstattung mit Bad und Heizung einem sehr „modernen“ Standard. Dieser Standard ist durchaus in engem Zusammenhang mit dem hohen Anteil an Wohneigentum und der guten Versorgung mit Erdgas zu sehen.
- Telefon und Fernseher als Kommunikations- und Informationsmittel sind fast selbstverständlich. Weitaus weniger selbstverständlich ist in der Altersgruppe der über 60-Jährigen dagegen der Besitz eines Computers. Auf diesem Gebiet wird sich jedoch in den kommenden Jahren sehr viel entwickeln. Denn gerade das Internet kann für diese Altersgruppe auch zur Unterstützung der Selbstständigkeit im häuslichen Bereich vielfältige Möglichkeiten bieten. Im Bildungsbereich sollte diesem Bedarf durch entsprechende Angebote entsprochen werden.
- „Barrierefreies Wohnen“ ist zz. bei rund zwei Drittel der befragten SeniorInnen im Landkreis Ammerland gegeben. Stufen zum Haus stellen kaum ein Problem dar. Treppen im Haus könnten zum Problem werden. Nahezu allen Bewohnern über 60 Jahre in den

sechs Gemeinden des Ammerlandes ist eine Balkon-, Terrassen- und/oder Gartennutzung möglich. Die Gartennutzung steht an erster Stelle. Dies lässt sich – unabhängig von der Verantwortung für die Pflege des Gartens – als positiver Ausdruck von Wohnqualität werten. Den Stand bezüglich Wohnungsausstattung und Wohnqualität gilt es zu halten und weiter zu verbessern.

Modernisierung und Wohnungsanpassung

- Mehr als die Hälfte der Befragten im Landkreis Ammerland benennt sowohl das Jahr als auch die Art der letzten Modernisierung. Vorzugsweise werden Maßnahmen im Bad durchgeführt. Auch für die Zukunft wird hier der größte Bedarf gesehen. Aber auch die Beseitigung von Türschwellen sowie die Heizungssanierung haben einen hohen Stellenwert. Dagegen steht ein relativ geringer Anteil, der eine individuelle Wohnungsanpassung - z.T. mit Zuschuss - vorgenommen hat. Zukünftig ist von einem zunehmenden Bedarf an unabhängiger fachkundiger Beratung auszugehen.
- Durch eine frühzeitig und gezielt veränderte Wohnung können ältere Menschen auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und den Umzug in eine stationäre Einrichtung verhindern oder zumindest hinauszögern. Durch Maßnahmen zur Wohnungsanpassung kann nicht nur den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung entsprochen werden, auch finanzielle Gesichtspunkte sprechen für eine stärkere Beachtung dieses Themas. Eine im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführte Untersuchung zur Effektivität der Wohnberatungsstellen kommt zu dem Ergebnis, dass sich durch eine derartige Stelle erhebliche finanzielle Mittel einsparen lassen, die die Kosten für die Maßnahmen der Wohnungsanpassung und die Personalkosten bei weitem übersteigen. Finanziell entlastet werden nicht nur Kranken- und Pflegekassen, sondern auch örtliche Träger der Sozialhilfe.[1] Aufgrund des hohen Anteils an Wohneigentum und einer regen Modernisierungstätigkeit ist im Landkreis Ammerland ein Potenzial an Beratungsbedarf für eine Umgestaltung in Richtung Wohnungsanpassung zu erwarten. Darauf weisen die Erhebungsergebnisse hin. Die überwiegende Mehrheit würde eine Beratung in Anspruch nehmen, um möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben zu können.
- Der Aufgabenbereich der Wohnberatung sollte möglichst weit gefasst sein. Dazu zählen Maßnahmen zur Wohnungsanpassung, Fragen zur Verkleinerung der Wohnung, zur Ausstattung der Wohnung mit Sicherheitsvorkehrungen, zu Umzugswünschen und Umzugsplanungen, aber auch der Kontakt zu Handwerkern – um nur einige Punkte zu nen-

[1] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Effektivität und Effizienz von Beratung zur Wohnungsanpassung. Daten und Analyse zu Nutzen, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Beratung zur Wohnungsanpassung aus alten-, gesundheitspolitischer und ökonomischer Sicht. Bielefeld 1995

nen. Ganz wesentlich ist der Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Wohnen im Alter. Demzufolge sollte eine Wohnberatung mit regelmäßigen Terminen in den einzelnen Gemeinden angeboten werden. Als Modell bietet sich an, auf Landkreisebene einen Arbeitskreis aus Freiwilligen zu gründen, die über entsprechende Kompetenzen verfügen. Die Wohnberatung sollte als Kooperation zwischen diesem Arbeitskreis und den Ansprechpersonen für Belange der älteren Menschen auf Gemeindeebene erfolgen. Eine geschäftsführende Leitung erscheint sinnvoll. Ebenso eine Zusammenarbeit mit weiteren Beratungsstellen, z.B. der Verbraucherzentrale.

Wohnkonzepte

- Etwa zwei Drittel der über 60-jährigen Bevölkerung in den sechs Gemeinden des Ammerlandes beabsichtigen, weiterhin in ihrer jetzigen Wohnung zu bleiben. Ein Drittel sieht mögliche Veränderungen in erster Linie in der eigenen Person begründet. Ein geringer Teil plant in naher Zukunft eine Veränderung. Dabei steht der Umzug in eine „Normalwohnung“ an erster, in eine Seniorenwohnung an zweiter Stelle. Sich möglichst frühzeitig mit Wohnkonzepten im Alter auseinanderzusetzen trägt wesentlich dazu bei, später anstehende Entscheidungen selbstbestimmter treffen zu können. Die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Wohnkonzepte – von den Möglichkeiten der Unterstützung in der eigenen Wohnung bis hin zu alternativen Wohnformen – sollte verstärkt werden.
- Auch wenn laut Repräsentativbefragung mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen das Konzept des Betreuten Wohnens kennen und sich fast genauso viele dafür interessieren, sollten grundsätzliche Informationen zu den unterschiedlichen Angeboten gegeben werden. Deutlich gemacht werden muss die klare Trennung zwischen der Einrichtung des Betreuten Wohnens und einer Betreuung in der eigenen Wohnung.
- Bundesweit gibt es inzwischen eine Vielzahl an Konzepten für Wohnen im Alter. Wohngemeinschaften, generationenübergreifende Projekte, Genossenschaftsprojekte, Konzepte zur Nachbarschaftshilfe etc. – allen Konzepten ist gemeinsam, dass sie Lebensqualität und Selbstständigkeit bewahren und verbessern wollen. Zukünftig wird dabei auch die wachsende Zahl an Hochaltrigen zu berücksichtigen sein. Die Eigeninitiative von SeniorInnen zur Entwicklung neuer Wohnprojekte sollte im Landkreis Ammerland angeregt und unterstützt werden. Dabei sind insbesondere die vorhandenen Netzwerke in den vielfältigen Gemeinschaften, wie z.B. Nachbarschaft, Dorfgemeinschaft, Vereine einzubeziehen.

Handlungsanforderungen

Ziel:

- **Verbesserung der Wohnbedingungen der älteren Bevölkerung, um dem Wunsch nach einem möglichst langen und selbstbestimmten Wohnen in den eigenen vier Wänden Rechnung zu tragen. Damit verbunden ist die Förderung der Eigeninitiative sowie der Information und Prävention, um bedarfsgerechtes Wohnen zu ermöglichen und letztlich auch individuelle und kommunale Folgekosten zu vermeiden.**

Ansätze:

- **Intensive und aktive Öffentlichkeitsarbeit zum Themenbereich Wohnen im Alter**
- **Entwicklung von Wohnmodellen unter Berücksichtigung des hohen Anteils an selbst genutztem Wohneigentum sowie Einbeziehung der vorhandenen Netzwerke in den Gemeinschaften**
- **Ermittlung und Fortschreibung der Altersstruktur der Zugezogenen in den Landkreis Ammerland**
- **Förderung der Eigeninitiative in Richtung selbstbestimmtes Wohnen durch Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit sowie Beratung**
- **Einrichtung einer Wohnberatung auf vorwiegend ehrenamtlicher Basis**

8.2 Mobilität

Grundsätze

- Mobilität als raum-zeitliche Fortbewegung ist für Menschen ab 60 Jahre ein zentrales Bedürfnis. Eine aktive Gestaltung des Lebens, wie z.B. Reisen, soziale Kontakte, Besuch von Veranstaltungen etc. setzt Mobilität voraus. Notwendig ist Mobilität zudem zur Gewährleistung der Versorgung des alltäglichen Bedarfs und der gesundheitlichen Betreuung. Mit zunehmendem Alter können gesundheitliche Beeinträchtigungen den Bedarf an Mobilität verändern. Überlegungen zur Mobilität als Ausdruck von Lebensqualität in einer Gesellschaft sollten demnach die Bedürfnisse der wachsenden Gruppe der über 60-Jährigen stärker berücksichtigen.
- Die Bevölkerung ab 60 Jahre stellt zwar besondere Anforderungen an die Gestaltung des Öffentlichen Personennahverkehrs, von entsprechenden Verbesserungen und Veränderungen profitieren jedoch alle Fahrgäste. Es sollte versucht werden, öffentliche Verkehrsmittel als attraktive, einfach zu nutzende und zukunftsweisende Alternative zum Auto zu gestalten und zu vermarkten und dabei die Bedürfnisse älterer Menschen einzubeziehen.

Auto

- Im Landkreis Ammerland ist Mobilität im Alter sehr stark abhängig von der Pkw-Verfügbarkeit und der Fahrkompetenz: Acht von zehn Personen über 60 Jahre verfügen über ein Auto und rund zwei Drittel fahren selbst. Verfügbarkeit und Fahrkompetenz nehmen insbesondere im hohen Alter ab 75 Jahre ab, wobei die Fahrkompetenz stärker zurückgeht. Sichtbar wird dabei auch, dass die heute älteren Frauen oftmals keinen Führerschein besitzen. Da heute für Frauen in den jüngeren Altersgruppen ein Führerschein selbstverständlicher ist, wird sich zukünftig die Fahrkompetenz zwischen den Geschlechtern weiter angleichen. Außerdem wird die Gesamtzahl der Fahrerlaubnisse und damit auch der Kraftfahrzeuge steigen.
- Die Pkw-Verfügbarkeit hat eine sehr hohe Bedeutung für die Erhaltung der Mobilität und auch für das Selbstbewusstsein Älterer. Insofern ist häufig ein Umstieg auf andere Verkehrsmittel bei Nachlassen der Fahrfähigkeiten sehr schwierig. Die möglichst frühzeitige Nutzung der Angebote des Öffentlichen Personennahverkehrs parallel zum eigenen Auto bietet hier Möglichkeiten, Mobilität breiter zu fassen und einen allmählichen Umstieg auf den Öffentlichen Personennahverkehr zu erleichtern. Eine Motivierung zur Verringerung der Abhängigkeit vom Pkw einerseits und ein Angebot an attraktiven Alternativen andererseits kann hier richtungsweisend sein.
- Untersuchungen belegen, dass ältere AutofahrerInnen überwiegend verantwortungsbewusst mit ihren nachlassenden Fahrfähigkeiten umgehen. Informations- und Bildungsveranstaltungen sollten zur Stärkung dieser Verantwortung beitragen. Dennoch wird es einen Anteil älterer AutofahrerInnen geben, von dem eine Selbst- und Fremdgefährdung zu befürchten ist. Ein freiwilliger Verzicht bzw. auch ein Entzug der Fahrerlaubnis aufgrund einer Überprüfung der Fahreignung sollte verbunden werden mit dem Aufzeigen von Alternativen.
- Die Beteiligung von SeniorInnen an Unfällen im Straßenverkehr ist im Vergleich zur Gruppe der 18-24-Jährigen relativ gering. Dennoch zeigt die Polizeistatistik für den Landkreis Ammerland in den letzten Jahren einen stetigen Anstieg. Aufgrund der Zunahme des Bevölkerungsanteils der über 60-Jährigen und vor allem der Hochbetagten ist hier zukünftig eine weitere Steigerung zu erwarten. Derzeit erfasst die Polizeistatistik die Altersgruppe der ab 65-Jährigen insgesamt. Um genauere Aussagen bezüglich der Unfallbeteiligung treffen zu können, ist eine Differenzierung ab 60 Jahre in Fünfjahresschritten anzuregen.

Fahrrad

- Das Fahrrad als Verkehrsmittel für kurze Strecken hat im Landkreis Ammerland traditionell einen hohen Stellenwert. Die Bevölkerung ab 60 Jahre benutzt insgesamt zu rund

80 % ein Fahrrad, wobei der Anteil mit zunehmendem Alter geringer wird. Das gut ausgebaute Radwegenetz kommt auch der Bevölkerung ab 60 Jahre zugute. Mobilität ist hier zudem unter dem Aspekt der Gesunderhaltung durch Bewegung zu betrachten. Über komfortable Fahrräder (z.B. abgesenkter Rahmen, Federung) sollte vermehrt informiert werden.

Öffentlicher Personennahverkehr

- Der Öffentliche Personennahverkehr bietet der Bevölkerung im Landkreis Ammerland ein breit verzweigtes Liniennetz für Bus und Bahn, das immer weiter optimiert wird. Der Nahverkehrsplan verfolgt das Ziel, die Attraktivität des bestehenden Liniennetzes zu verbessern und damit die Fahrgastzahlen zu erhöhen. Der Seniorenbeirat ist seit März 2002 Mitglied der Nahverkehrskommission und wirkt am Beteiligungsverfahren des Nahverkehrsplanes 2 mit, der im laufenden Jahr verabschiedet wird und dann für fünf Jahre festgeschrieben ist.
- Im Nahverkehrsplan wird in einem zweiten Schritt über Maßnahmen der 3. Ebene, d.h. der bedarfsorientierten Bedienungsformen nachgedacht. Im Ammerland werden derzeit drei Linien des Anruflinientaxis eingesetzt (fahrplanmäßiges Angebot, vorheriger Anruf erforderlich) und erprobt. Das Angebot richtet sich an ländlich geprägte Gebiete mit einem geringen Fahrgastpotenzial und dürfte insbesondere auch für ältere BürgerInnen interessant sein. Im Rahmen des Nahverkehrsplans ist eine Auswertung der Erfahrungen mit dem derzeitigen Angebot vorgesehen. Als weitere mögliche Formen wären zu nennen: der Bürgerbus („Bürger fahren Bürger“ mit ehrenamtlichem Einsatz von FahrerInnen), das Anrufsammeltaxi (festes Bedienungsgebiet aber keine feste Linie, möglich ist eine Haus-zu-Haus-Bedienung) und der Rufbus (individuelle Beförderung von Haus zu Haus ohne festen Fahrplan und ohne Haltestellen). Bei Entscheidungen für ein Modell der bedarfsorientierten Form sind die örtlichen Gegebenheiten in den Gemeinden, die Finanzierbarkeit und die Interessenslagen zu berücksichtigen. Die Seniorenvertretungen in den Gemeinden sollten konkrete Vorstellungen und Wünsche entwickeln und sich am Verfahren auf Gemeindeebene beteiligen.
- Laut eigener Erhebung beträgt im Ammerland für fast drei Viertel der Bevölkerung ab 60 Jahre der zeitliche Aufwand zur nächsten Bushaltestelle bis zu zehn Minuten. Allerdings wohnt rund die Hälfte in der Nähe von Buslinien, die weniger als 5 x täglich fahren. Die andere Hälfte kann den Bus häufiger als 5 x täglich nutzen. Dies gilt vor allem in Gemeinden mit einer Stadtbusanbindung nach Oldenburg. Diese Ergebnisse dürften auch die Nutzungsmöglichkeiten der Buslinien im Landkreis Ammerland generell widerspiegeln.

- Untersuchungen aus anderen Regionen des Bundesgebietes weisen wiederholt auf Vorbehalte und auch Ansprüche von älteren Menschen gegenüber dem Öffentlichen Personennahverkehr hin. Um der Bevölkerung über 60 Jahre die Nutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs näher zu bringen, sollte neben der Attraktivität auch das Image der öffentlichen Verkehrsmittel durch Öffentlichkeitsarbeit, Fahrgastinformation und Beratung verbessert werden.

Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen

- Im Landkreis Ammerland erreichen Senioren die für die alltägliche Versorgung notwendigen Einkaufsstätten überwiegend mit dem Auto. Aber auch das Fahrrad hat einen hohen Stellenwert und wird vielfach für kürzere Strecken alternativ genutzt. Im Ammerland erledigt nur ein geringer Anteil die Besorgungen zu Fuß. Nach der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wurde nicht gefragt. Sie dürften gerade in der Anbindung mit den Stadtbussen an die Stadt Oldenburg von Bedeutung sein. Da eine flächendeckende Versorgungsstruktur wie in Städten im ländlichen Raum nicht gegeben ist, sollten Alternativen zur Abhängigkeit vom Auto, wie z.B. Hol- und Bringdienst, Nachbarschaftshilfe, Einkauf per Internet etc. zukünftig stärker in Betracht gezogen werden.

Handlungsanforderungen

Ziel:

- **Bedingungen in der Nutzung individueller und öffentlicher Verkehrsmittel schaffen und verbessern, die auch den Anforderungen beeinträchtigter SeniorInnen und deren Bedürfnis nach Erhaltung der Mobilität entsprechen.**

Ansätze:

- **Gezielte Förderung einer flexibleren Nutzung privater und öffentlicher Verkehrsmittel durch Öffentlichkeitsarbeit**
- **Stärkung der Verantwortung von älteren AutofahrerInnen durch Informations- und Bildungsveranstaltungen**
- **Konzepte entwickeln, die Anreize zum freiwilligen Verzicht auf die Fahrerlaubnis bieten (z.B. Vergünstigungen in öffentlichen Verkehrsmitteln, im Rahmen von Nachbarschaftshilfe)**
- **Verbesserung des Images des Öffentlichen Personennahverkehrs durch gezielte Informationen über Vorteile der Nutzung gegenüber Individualverkehrsmittel**
- **Berücksichtigung der Bedürfnisse der älteren Bevölkerung bei der Gestaltung des Serviceangebotes (z.B. Lesbarkeit von Fahrplänen, Gewährleistung pünktlicher Taktzeiten) und der Haltestellen (z.B. Sicherheit, Parkmöglichkeiten an zentralen**

Bushaltestellen)

- **Prüfung des Bedarfs an weiteren bedarfsgerechten Bedienungsformen auf Gemeindeebene unter Mitwirkung der Seniorenbeiräte**
- **Mitnahme von Fahrrädern in öffentlichen Verkehrsmitteln erleichtern**
- **Anregung einer stärkeren Vernetzung von Fahrdiensten der freien Anbieter und der Wohlfahrtsverbände**

8.3 Selbstständigkeit im eigenen Haushalt

Grundsätze

- Eine selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung im Alter hat nicht nur einen Versorgungsaspekt, sondern beeinflusst auch das Selbstwertgefühl und damit auch die Lebensqualität positiv. Eigeninitiative anregen und fördern sollte bei Überlegungen zur Versorgungsstruktur als wichtiger Bestandteil einbezogen werden.
- Aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist mit zunehmendem Alter vielfach Unterstützung notwenig. In Zukunft kann sie immer weniger von Familienangehörigen geleistet werden. Professionelle und ehrenamtliche Dienste mit einem breiten Angebot sind erforderlich wie auch Beratung, die die Angebote vernetzt und koordiniert sowie bei der Entscheidungsfindung hilft.

Einkaufen

- Selbstständiges Einkaufen ist ein wichtiger Gradmesser für eine eigenständige Lebensführung. Die Repräsentativerhebung im Landkreis Ammerland ermittelte, dass rund 90 % der Bevölkerung ab 60 Jahre ihre Einkäufe selbst erledigen. Es sind zumeist die Hochaltrigen, die nicht mehr selbst einkaufen. Hier übernehmen vorwiegend Familienmitglieder die Einkäufe. Zukünftig wird aufgrund der Zunahme an Hochaltrigen der Bedarf an Unterstützung beim Einkaufen wachsen. Neben der Versorgung durch die Familie sollten vermehrt professionelle und ehrenamtliche Dienste zur Verfügung stehen. Auch könnten Einkaufszentren vermehrt angeregt werden, selbst Lieferdienste einzurichten. Einkaufen per Internet sollte als weitere Möglichkeit des selbstbestimmten Einkaufens genutzt werden.
- Das Konsumverhalten älterer Menschen wird immer mehr auch von Handel, Wirtschaftsverbänden und Wirtschaftsförderung entdeckt. Ältere Menschen als Zielgruppe sind in der Werbung heute immer häufiger präsent. Bei Fragen des Konsums als gesellschaftlichem Element sind zukünftig der wachsende Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre und deren Bedürfnisse und Anforderungen stärker zu berücksichtigen.

Unterstützungspotenzial

- In der Frage nach Unterstützung zur selbstständigen Lebensführung haben Ehemann bzw. Ehefrau oder PartnerIn Vorrang. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen erhalten Männer vielfach bis an ihr Lebensende die notwendige Unterstützung der Ehefrau, während dies umgekehrt weitaus seltener geschieht.
- Als nächstes sind die Kinder angesprochen. Rund 90 % der über 60-Jährigen im Ammerland haben Kinder, 40 % sogar mehr als zwei Kinder. In unmittelbarer Nähe (im Haus, in der Nachbarschaft, im gleichen Ort) haben rund die Hälfte der Ammerländer SeniorInnen mindestens ein Kind.
- Da für die nachfolgenden Generationen eine stärkere Singularisierung im Alter vorausgesagt wird und die Anzahl der Kinder stark zurückgeht, werden sich auch Hilfeleistungen der Familie verringern. Insofern sollten zukünftig professionelle und ehrenamtliche Dienste auf Gemeindeebene gestärkt und am Bedarf orientiert ausgebaut werden. Dabei ist auch Nachbarschaftshilfe zu berücksichtigen. Das Schwergewicht sollte auf Vernetzung der Angebote und Kooperation der Anbieter liegen.

Nachbarschaft

- Kontakte zu Nachbarn bieten Möglichkeiten der Kommunikation und tragen zum subjektiven Wohlfühlen und zum Eingebundensein in das unmittelbare Umfeld bei. Laut SeniorInnenbefragung im Ammerland haben fast alle (97,5 %) über 60-jährige Frauen und Männer einen unterschiedlich ausgeprägten Kontakt zu den Nachbarn. Selbst bei den über 90-Jährigen beträgt er über 90 %. Abzulesen ist ein enges soziales Netz innerhalb der Nachbarschaft. Dieses Netz sollte unter Einbeziehung der Ortsbürgervereine als wichtiger Baustein für eine selbstständige Lebensführung im Alter gefördert werden.
- Außerdem kommt die Befragung im Ammerland zu dem Ergebnis, dass fast zwei Drittel der über 60-Jährigen eingebunden sind in ein Netz von nachbarschaftlicher Hilfe. Dieses hohe Maß an nachbarschaftlichem Unterstützungspotenzial sollte als Voraussetzung genutzt werden für Konzepte zur selbstständigen Lebensführung im Alter. Die Eigeninitiative in Nachbarschaften ist zu fördern, um Selbsthilfeinitiativen z.B. im Bereich von Mobilität (Mitnahme zum Einkaufen, Übernahme von Besorgungen, Hol- und Bringdienste zu Veranstaltungen etc.) oder hauswirtschaftlicher Versorgung zu gründen.

Hilfe in Haushalt und Garten

- Laut Erhebung im Landkreis Ammerland benötigen rund 20 % der Bevölkerung ab 60 Jahre Hilfe im Haushalt und rund 25 % Hilfe im Garten. Der Bedarf steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere bei den Hochaltrigen über 80 Jahre. Bedarf und Versorgung decken sich weitgehend, allerdings ist in den höheren Altersstufen tendenziell eine Unter-

versorgung vorhanden. Um dieser Unterversorgung zukünftig bei einem wachsenden Anteil an Hochaltrigen entgegenzuwirken, sind bedarfsorientierte Dienstleistungen im Bereich Haushalt und Garten anzuregen und Initiativen in diesem Bereich zu unterstützen.

Betreuung und Pflege zu Hause

- Für den Landkreis Ammerland werden 1.400 pflegebedürftige Personen geschätzt, die entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und zu Hause versorgt werden. Davon werden schätzungsweise rund 840 ausschließlich von Angehörigen und rund 560 von Angehörigen und zusätzlich von ambulanten Diensten gepflegt. Pflegebedürftig sind vor allem über 80-Jährige und hier aufgrund des hohen Frauenanteils insbesondere Frauen.
- Pflege ist Frauensache: Die häusliche Pflege von Angehörigen wird zu 80 % von Frauen (Ehefrauen, Töchtern, Schwiegertöchtern) geleistet. Die Pflege von Angehörigen stellt hohe körperliche und psychische Anforderungen an die Pflegenden und bedeutet für sie sogar oftmals eine Überforderung. Zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen sollte auf bestehende Angebote zur Aneignung von Fachwissen und Entlastung sehr viel stärker hingewiesen werden. Der Bereich der individuellen Beratung für pflegende Angehörige ist auszubauen und durch Informations- und Öffentlichkeitsarbeit bekannt zu machen. Auch sind weitergehende Angebote zur kompetenten Unterstützung der wachsenden Zahl von pflegenden Angehörigen zu entwickeln. Um Pflege zu Hause – und stationär – in bedarfsgerechter Qualität zu sichern, sollte auf Landkreisebene eine Pflegekonferenz z.B. unter dem Namen „Forum Pflege“ eingerichtet werden. Zusammensetzung: Experten aus den Bereichen ambulanter und stationärer Altenpflege, Krankenkassen, Krankenhaus, Ärzteschaft, Bildungseinrichtungen etc. Darauf verweisen auch die Ausführungen zur Pflegeplanung für den Landkreis Ammerland im Teil I im Anhang.
- Ambulante Dienste leisten mit ihrem breiten Angebot einen wichtigen Beitrag zur Versorgung Pflegebedürftiger und zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Die ambulante Versorgungsstruktur sollte bedarfsgerecht, insbesondere auch im hauswirtschaftlichen Bereich ausgebaut werden. Eine Kooperation untereinander und mit anderen Einrichtungen ist zu fördern.
- Die Befragung der SeniorInnen im Ammerland zeigt, dass rund die Hälfte im Falle einer Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim umziehen würde, knapp 60 % kennt ein Pflegeheim aus eigener Anschauung. Dass im Gegensatz rund die Hälfte *nicht* in ein Pflegeheim ziehen würde, deutet u.a. darauf hin, dass eine Beschäftigung mit der Möglichkeit einer eigenen schweren Pflegebedürftigkeit und die Belastung für die Angehörigen zu wenig erfolgt. Zu diesem Punkt sollte eine intensivere Öffentlichkeitsarbeit und Beratung - auch

für pflegende Angehörige - erfolgen. Unabhängig davon sollte die Versorgung in Pflegeheimen auf hohem Niveau bedarfsgerecht gestaltet werden.

Beratung

- Um möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben zu können, ist vielfach ein breites Spektrum an Informationen über unterstützende Angebote erforderlich. Insofern sind auch Hilfen bei der Entscheidungsfindung notwendig. Rund 90 % der befragten Senioren im Landkreis Ammerland würden bei Fragen zur Selbstständigkeit im eigenen Haushalt eine Beratung in Anspruch nehmen. Der Bedarf nimmt mit zunehmendem Alter nur leicht ab. Damit wird ein deutlich hoher Beratungsbedarf sichtbar. Eine Beratungsmöglichkeit sollte auf Gemeindeebene zur Verfügung stehen, um vor Ort über Angebote zu informieren und Entscheidungshilfen zu geben. Auf Landkreisebene erscheint für Vernetzung und Koordination sowie für Übergreifendes an Beratung eine entsprechende Anlaufstelle sinnvoll.

Handlungsanforderungen

Ziel:

- **Wohnen und selbstständige Lebensführung im Alter sind eng verbunden. Insofern lässt sich auch die Zielrichtung kombinieren: Um ein selbstgestaltetes Leben möglichst lange zu erhalten, geht es neben einer Anpassung der Wohnbedingungen ebenso um die Förderung des bestehenden Netzes aus professioneller, ehrenamtlicher, familiärer und nachbarschaftlicher Unterstützung. Dabei ist früh entwickelte Eigeninitiative ein wesentlicher Punkt.**

Ansätze:

- **In Seniorenbüros oder in einer zukünftigen Einrichtung zur Förderung der Ehrenamtlichkeit „Börsen“ für Angebot und Nachfrage von professionellen und ehrenamtlichen Diensten einrichten**
- **Soziales Netz der Nachbarschaft zur Entwicklung von Konzepten zur Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit nutzen**
- **Auf Landkreisebene eine Vernetzung und Koordination der Unterstützungsangebote sowie ein übergreifendes Beratungsangebot vorsehen**
- **Durch Einrichten eines Expertengremiums auf Landkreisebene zur Sicherung und Verbesserung des Qualitätsstandards in der häuslichen Pflege beitragen**
- **Informations- und Beratungsangebot in den Gemeinden zur Verfügung stellen, das zur Versorgung und Pflege im häuslichen Bereich Auskunft und Entscheidungshilfen gibt und zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beiträgt**

8.4 Gesundheit

Grundsätze

- Grundsätzlich muss ein gesellschaftliches Umdenken stattfinden, um die Wahrnehmung alter Menschen unter dem ausschließlichen Aspekt Krankheit und Behinderung zu vermeiden. In der öffentlichen Diskussion zum Thema Alter sollte mehr Raum geschaffen werden für eine differenzierte Sichtweise, die positive *und* negative Seiten des Älterwerdens zulässt.
- Gleichzeitig ist es notwenig, den Umgang mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen sowie Besonderheiten im Alter als gesellschaftliche Aufgabe zu betrachten. Die Solidarität zwischen den Generationen sollte gestärkt werden.
- Die Förderung von Gesundheit ist schon früh anzusetzen. Körperliche Bewegung, gesunde Ernährung etc. sollten lebensbegleitend erfolgen. Aber auch im Alter sind Präventionspotenziale zu mobilisieren. Entsprechende Angebote sind gefordert, ebenso Anregungen zur Eigeninitiative.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen

- Laut Seniorenbefragung im Landkreis Ammerland haben rund ein Drittel der Befragten Beeinträchtigungen beim Hören, Sehen oder Gehen. Rund 4 % benutzen einen Rollstuhl. Zu berücksichtigen ist, dass eine allgemeine Frage nach einer Beeinträchtigung subjektiv sehr unterschiedlich gewertet wird. Deutlich sichtbar wird jedoch die Zunahme der Einschränkungen mit dem Alter. Sie steigen insbesondere bei den über 80-Jährigen stärker an.
- Beeinträchtigungen beim Sehen, Hören und Gehen können vielfach durch gezielten Einsatz von Hilfsmitteln ausgeglichen werden. Auf das zunehmende Angebot an Unterstützung und Erleichterung (Bücher in großer Schrift, Geräte zur Erleichterung der Hausarbeit, sichtbare Türsignale etc.) im privaten Bereich sollte verstärkt hingewiesen werden. Andererseits sind bei Planungen und Verbesserungen im öffentlichen Bereich Beeinträchtigungen ebenso wie Behinderungen stärker zu berücksichtigen (größere Schrift bei Fahrplänen und öffentlichen Aushängen, barrierefreie Zugänge etc.).

Zur ärztlichen Versorgung

- Der Landkreis Ammerland verfügt in der gesundheitlichen Versorgung über ein breit gefächertes Angebot. Die Erreichbarkeit des Arztes bzw. der Ärztin spielt dabei eine wesentliche Rolle: Für rund 80 % der befragten Senioren im Ammerland ist eine Praxis innerhalb von 15 Minuten zu erreichen. Mehr als die Hälfte benutzt für den Besuch beim Arzt bzw. bei der Ärztin das Auto (57 %), 40 % das Fahrrad, rund ein Viertel geht zu Fuß

und rund 7 % fährt mit dem Taxi. In der Tendenz gelten diese Ergebnisse auch für die Verkehrsmittelwahl und die zeitliche Entfernung bis zur Apotheke. Allerdings wird häufiger das Fahrrad benutzt und der Fußweg gewählt. Auffallend ist der insgesamt zeitlich kürzere Weg zur Apotheke.

- Gesundheit und Krankheit im Alter lassen sich aufgrund des natürlichen Alterungsprozesses nicht klar definieren. Alter ist nicht gleichbedeutend mit „krank sein". Aber auch Krankheit im Alter ist nicht gleichzusetzen mit „krank sein". Im Vordergrund steht die subjektive Befindlichkeit der Einzelpersonen. Dies stellt an die Interpretation insbesondere durch Haus- und FachärztInnen und an die medizinische Behandlung hohe Anforderungen. Kenntnisse der Wirkung von Medikamenten und deren Wechselwirkungen bei älteren Menschen spielen hier eine wichtige Rolle. Fortbildungen für niedergelassene ÄrztInnen im Umgang mit älteren PatientInnen, vor allem auch in der Behandlung von Hochaltrigen sind vermehrt anzuregen.
- Wenn Erkrankungen im Alter vorliegen, dann betreffen sie in erster Linie Herz und Kreislauf. An zweiter Stelle folgen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Im höheren Alter nimmt die Vielfacherkrankung zu. In der alltäglichen Praxis sollten angemessene diagnostische und therapeutische Maßnahmen gewährleistet sein. Auch psychosomatische Beschwerden von Älteren sollten richtig eingeschätzt und geschlechtsspezifische Unterschiede beachtet werden. Der Hausarzt bzw. die Hausärztin ist für die Bevölkerung ab 60 Jahre eine wichtige Ansprechperson und sollte zunehmend eine „Lotsenfunktion" im Gesundheitssystem übernehmen. Entsprechende Fortbildungen und Vernetzungen sind erforderlich.

Klinische Versorgung

- Die Ammerland-Klinik bietet ein umfangreiches Spektrum an stationären Behandlungsmöglichkeiten. Eine spezielle geriatrische Abteilung wird nicht vorgehalten. Um den Besonderheiten in der stationären Behandlung von über 60-Jährigen, vor allem von Hochaltrigen gerecht zu werden, werden hohe Ansprüche an das ÄrztInnenteam und an das Pflegepersonal gestellt. Entsprechende Fortbildungen des Ärzteteams und Schulungen des Pflegepersonals sind zwar bereits Bestandteil der Tätigkeit, sollten jedoch vermehrt einbezogen werden.
- In der klinischen Versorgung älterer Menschen rücken zunehmend Fragen nach bedarfsgerechten Überleitungen von der Klinik in andere Bereiche wie beispielsweise in Pflegeheime, Hospize, aber auch in die häusliche Pflege in den Vordergrund. Hier wird vermehrter Handlungsbedarf gesehen. Eine Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Verantwortungsbereiche (Klinik, Pflegeheime, häusliche Pflegedienste, niedergelassene

Ärzte etc.) ist anzustreben. Die bereits unter dem Punkt „Selbstständigkeit im Haushalt“ empfohlene Pflegekonferenz sollte hier einbezogen werden.

- Auch Fragen im Zusammenhang mit Sterben im Krankenhaus werden immer wichtiger. Sterbebegleitung im Krankenhaus erfordert ein hohes Maß an Sensibilität gegenüber Sterbenden und den Angehörigen und erfordert fachliche Kompetenzen. Die Palliativmedizin bietet hier Möglichkeiten zur Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden unter Einbeziehung der Angehörigen. Die Einrichtung einer palliativen Abteilung in der Ammerland-Klinik sollte geprüft werden.

Zur Versorgung Demenzkranker

- Demenz verläuft sehr unterschiedlich ausgeprägt und tritt überwiegend im hohen Alter auf. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit. Da zukünftig immer mehr Menschen immer älter werden, wird auch eine Zunahme an Demenzkranken insgesamt vorausgesagt. In der öffentlichen Diskussion ist eine differenzierte Darstellung und Betrachtung des Themenbereichs „Demenz“ erforderlich. Fachliche Informationen sollten durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit vermittelt werden.
- Der Sozialpsychiatrische Dienst beim Gesundheitsamt verfügt über ein hohes Maß an Erfahrungen in der Versorgung Demenzkranker. Plädiert wird in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung für eine Betreuung in einem speziell dafür eingerichteten Pflegeheim. Damit entspannt sich die vielfach belastende Pflegesituation für private Betreuungspersonen. Vorrangig gilt es, die Würde der Demenzkranken zu wahren und ihnen ein Optimum an Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden zu garantieren. Konzepte sind zu entwickeln, die dem steigenden Bedarf und Anspruch an Versorgung und Pflege im stationären und auch teilstationären Bereich gerecht werden.
- Werden an Demenz Erkrankte zu Hause gepflegt, so sollten pflegende Angehörige durch Fortbildungsangebote in der speziellen Pflege Demenzkranker unterstützt werden. Entscheidungshilfen sollten angeboten werden bei Fragen an den Übergängen zur stationären Pflege. Auch die Selbsthilfe sollte in diesem Bereich gestärkt werden. Insgesamt wird der Beratungsbedarf zur Versorgung Demenzkranker steigen. Die bereits empfohlene Anlaufstelle auf Gemeindeebene kann hier informieren und an entsprechende Stellen weitervermitteln (z.B. Alzheimer Gesellschaft, sozial-psychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes, Pflegekassen, Gesundheitsberatung, Selbsthilfekontaktstelle).

Prävention und Rehabilitation

- Prävention als Vermeidung bzw. Hinauszögerung von Erkrankungen aber auch zur Verlangsamung von Krankheitsverläufen ist als Beitrag zur Erhaltung von Lebensqualität zu sehen. Gerade im Hinblick auf die zunehmende Hochaltrigkeit der Menschen gewinnt

Prävention an Bedeutung. Schwerpunkt ist der Gesundheitsbereich. Aber auch Vorbeugung im Bereich Wohnen, soziales Umfeld und Selbstständigkeit im Alter zählen dazu. Vom Gesundheitsamt werden Grundzüge von Prävention und Rehabilitation erläutert. Danach sollten Maßnahmen im Bereich Prävention stärker betont werden. Auch Rehabilitation kann zur Gesunderhaltung im Alter einen wichtigen Beitrag leisten.

- Festzustellen ist vielfach ein Mangel an Informationen bezüglich vorhandener Präventionsmöglichkeiten sowie an Kenntnissen über Rechte von PatientInnen. Außerdem sind bei Älteren häufig auch gesundheitliche Zusammenhänge zu wenig bekannt. Hier erscheinen über Öffentlichkeitsarbeit hinaus spezielle Bildungs- und Informationsveranstaltungen im Bereich Bewegung und Ernährung als notwendig. Einzubeziehen sind die Lebensbedingungen der SeniorInnen. Die Eigeninitiative sollte durch innovative Konzepte und Angebote gefördert werden. Dafür bieten vorhandene Strukturen, wie der Arbeitskreis Gesundheitsförderung, eine Grundlage, die genutzt und ausgeweitet werden kann.

Handlungsanforderungen

Ziel:

- **Gesunderhaltung ist eines der wichtigsten Lebensziele. Anzustreben ist ein differenziertes Bild von der gesundheitlichen Situation im Alter, das positive und negative Seiten zulässt. Die jeweils vorhandenen Potenziale der älteren Menschen sind durch bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsförderung sowie durch Prävention zu unterstützen und zu erhalten. Dabei sollte die individuelle Mitverantwortung für eine körperliche und geistig-seelische Gesundheit in späteren Lebensjahren stärker betont werden.**

Ansätze:

- **Stärkere Berücksichtigung von Beeinträchtigungen und Behinderungen bei Planungen im öffentlichen Bereich (z.B. barrierefreie Zugänge)**
- **Fortbildungen für niedergelassene ÄrztInnen zur Behandlung und Medikation von älteren PatientInnen und zur Lotsenfunktion anregen**
- **Vermehrte Schulung des klinischen Pflegepersonals und des Ärzteteams, um den Besonderheiten älterer Menschen im Krankenhaus gerecht zu werden**
- **Überleitung von der Klinik in andere Bereiche (z.B. Pflegeheim, Hospiz) verbessern und bedarfsgerechte Modelle prüfen**
- **Innerhalb der klinischen Versorgung die Einrichtung einer palliativen Abteilung prüfen**
- **Schaffung von demenzgerechten Strukturen auf Gemeindeebene (z.B. Ansprechperson für Informationen und Beratung für Angehörige)**

- **Konzepte zur Betreuung von Demenzkranken entwickeln (z.B. Tagespflege)**
- **Verstärken der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Prävention für ein gesundes und aktives Altern**
- **Entwicklung von Angeboten und Projekten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention unter Nutzung vorhandener Strukturen (z.B. Arbeitskreis Gesundheitsförderung)**

8.5 Aktivitäten

Grundsätze

- Die im Ammerland vorhandenen Angebote im Bereich der Aktivitäten speziell für über 60-Jährige sind sehr vielfältig. Sie treffen auf unterschiedliche Bedürfnislagen der älteren Menschen. Ein Interesse an Information, Austausch, Bewegung, sozialen Kontakten und mehr zeigt gesellschaftliche Teilhabe und wirkt sozialer Isolation entgegen. Insbesondere die Öffentlichkeitsarbeit ist gefragt, um über vorhandene Angebote zu informieren und damit die Inanspruchnahme zu erhöhen.
- Die Zahl der gut ausgebildeten, gesundheitlich und finanziell relativ gut gestellten Menschen über 60 Jahre steigt. Gewachsene Kompetenzen älterer Menschen sind ein Gewinn für die Gemeinschaft und sollten nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich genutzt werden. Dazu müssen gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit ältere Menschen ihre Interessen entwickeln und umsetzen können. Barrieren des Engagements sind zu erkennen und abzubauen.
- Das Angebot an Aktivitäten lässt sich weitaus enger an den Interessen und Bedürfnissen von SeniorInnen ausrichten, wenn das Selbsthilfepotenzial stärker genutzt wird. Förderung der Eigeninitiative trägt zur Entwicklung von Angeboten von Älteren für Ältere bei, aber auch zu generationenübergreifenden Initiativen. Verstärkung einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit und auch Beratung im Einzelfall werden hier zukünftig an Bedeutung gewinnen. Kompetente Ansprechpersonen für Interessierte sind gefragt.

Soziale Kontakte

- Soziale Kontakte sind ein Grundbedürfnis der Menschen. Der Austausch mit Freunden, Bekannten und an gleichen Themen Interessierten behält auch bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter eine hohe Bedeutung. Darauf weisen beispielsweise auch die Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Landkreis Ammerland hin. Sie zeigen in allen Altersstufen ab 60 Jahre einen hohen Anteil an Nachbarschaftskontakten. Konzepte der Nachbarschaftshilfe zur Unterstützung der Selbstständigkeit im Haushalt sollten dem-

nach auch die Pflege sozialer Kontakte beinhalten. Besuchsdienste von kirchlichen und sozialen Einrichtungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Isolation. Das Angebot sollte geprüft und bei Bedarf eine Ausweitung angeregt werden.

- Vor dem Hintergrund des wachsenden Anteils der Bevölkerung über 60 Jahre wird zukünftig mit einem zunehmenden Bedarf an Treffpunkten für SeniorInnen zu rechnen sein, die u.a. auch dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten entsprechen. Im Landkreises Ammerland stehen SeniorInnen öffentliche Räume in Begegnungsstätten und speziell als Seniorenbegegnungsstätte zur Verfügung. Öffentlichkeitsarbeit und gezielte Ansprache sollten dazu beitragen, Hürden zum Besuch von Freizeitaktivitäten in Begegnungsstätten abzubauen.

Bildungsaktivitäten

- Das Bildungsniveau der über 60-Jährigen steigt. Damit verbunden ist ein vermehrtes Interesse an vielfältigen Bildungsveranstaltungen. Darauf weist auch die steigende Tendenz der TeilnehmerInnenzahlen über 60 Jahre an der Kreisvolkshochschule Ammerland hin. In dem für diese Zielgruppe angebotenen Themenbereich „In Zukunft älter“ erfährt derzeit insbesondere das Angebot an Computer- und Internetkursen einen großen Zulauf. In der Kreisvolkshochschule wird für die zukünftige Bildungsarbeit eine mögliche Veränderung hin zu mehr Eigeninitiative und stärkerer Einbeziehung der Kompetenzen von über 60-Jährigen in die Bildungsarbeit vor Ort gesehen. Dieser Trend sollte durch entsprechende Angebote und Projekte, wie z.B. durch ein MentorInnen-Programm unterstützt werden.
- Für die Evangelische Familienbildungsstätte ist in der Bildungsarbeit ein Wandel hinsichtlich des Interesses von über 60-Jährigen festzustellen: Das Interesse an traditionellen Angeboten der Kirchengemeinden geht zurück. Die jungen Alten wollen zunehmend aktiv etwas lernen.
- Wie bei der KVHS sind auch bei der Ev. Familienbildungsstätte und ebenso bei weiteren Bildungsträgern im Landkreis Ammerland Konzepte und Projekte erforderlich, die zukünftig den erhöhten bzw. veränderten Anforderungen an die Gestaltung von Bildungsaktivitäten Rechnung tragen.

Ehrenamt, Bürgerschaftliches Engagement

- Ehrenamt, Freiwilligenarbeit, bürgerschaftliches Engagement – diese unterschiedlichen Begriffe stehen für ein gemeinsames Ziel: Die Kompetenzen der BürgerInnen zur Verbesserung des Gemeinwohls verantwortlich einbringen und nutzen. Bundesweit sind rund 30 % der zwischen 60- und 70-Jährigen ehrenamtlich tätig, vorwiegend in Vereinen, sozialen und kirchlichen Einrichtungen. Um für den Landkreis Ammerland einen Über-

blick über das Spektrum an ehrenamtlicher Tätigkeit der über 60-Jährigen zu erhalten, sollte hier eine Bestandsaufnahme erfolgen.

- In Seniorenbüros der Gemeinden könnten ehrenamtliche Initiativen gebündelt werden. Außerdem sollte hier eine qualifizierte Ansprechperson für Beratung und Betreuung für ehrenamtlich Tätige zur Verfügung stehen. Unter der Voraussetzung, dass das bis Ende 2002 befristete Projekt „Bürgerschaftliches Engagement“ fortgesetzt wird, sollte eine Kooperation zwischen Seniorenbüros und Projekt intensiviert werden.

Aktivitäten in Vereinen sowie kirchlichen und sozialen Einrichtungen

- In einer Vielzahl von Vereinen nehmen Mitglieder an dem breiten Spektrum der angebotenen Aktivitäten teil. Im Landkreis Ammerland stehen hinsichtlich der Mitgliederzahl – wie bundesweit – die Sportvereine an erster Stelle. Die Landfrauenvereine haben traditionell eine bedeutende Rolle. Auch die Ortsbürgervereine und Heimatvereine bilden ein großes Potenzial an ehrenamtlicher Tätigkeit. Die Zunahme der Bevölkerung über 60 Jahre dürfte sich zukünftig stärker auf die Altersstruktur und damit auch auf die Angebotsstruktur von Vereinen auswirken.
- Soziale und kirchliche Einrichtungen bieten vielfältige Möglichkeiten an Aktivitäten und an ehrenamtlicher Betreuung und Unterstützung insbesondere von Hochbetagten. Hilfreich wäre eine stärkere Vernetzung der Angebote.
- Seniorenwegweiser auf Gemeindeebene leisten vor Ort einen wertvollen Beitrag zur Information über Aktivitäten. Diese Wegweiser sollten möglichst umfassend das vorhandene Angebot aufzeigen und breit in der Bevölkerung verteilt werden.

Selbsthilfe

- Selbsthilfegruppen sind aus dem Gesundheitsbereich nicht mehr wegzudenken und zeigen hier eine zunehmende Eigeninitiative von BürgerInnen. Von der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen im Ammerland REBEKA wird Selbsthilfe jedoch weiter gefasst: Auch Beratung und Unterstützung im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements ist Hilfe zur Selbsthilfe. Dieses Verständnis bietet Raum für weitergehende Aktivitäten, die sich auch auf die Nutzung der Kompetenzen von älteren Menschen bezieht. Das seniorTrainer-Programm zählt dazu. Hilfreich wäre ein Konzept, das die Aktivitäten im Selbsthilfebereich mit anderen Aktivitäten zur Nutzung von Kompetenzen vernetzt.

Seniorenbüros

- Seniorenbüros sind ein wichtiger Baustein, wenn es um Fragen von Aktivitäten der über 60-jährigen Bevölkerung geht. Eine vermehrte Nutzung der bestehenden Angebote und der Erfolg von zusätzlich initiierten Angeboten ist jedoch entscheidend davon abhängig,

dass kontinuierlich eine feste Ansprechperson auf Gemeindeebene zur Verfügung steht. Nur so ist eine aktive Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zu gewährleisten und eine Vernetzung der Angebote voranzutreiben.

- Eine Weiterentwicklung der Seniorenbüros sollte angestrebt werden, um Aktivitäten von Senioren in ein breites und generationenübergreifendes Spektrum ehrenamtlicher Tätigkeiten einzubringen.

Handlungsanforderungen

Ziel:

- **Gezielte individuelle und gesellschaftliche Nutzung vorhandener Kompetenzen sowie Förderung der Eigeninitiative von über 60-Jährigen bei der Angebotsgestaltung in unterschiedlichen Bereichen. Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit, um eine höhere Inanspruchnahme der vorhandenen Angebote zu erreichen und zugleich einer sozialen Isolierung entgegenzuwirken.**

Ansätze:

- **Das Angebot an häuslichen Besuchsdiensten ist zu prüfen und bei Bedarf zu erweitern z.B. im Rahmen eines Konzeptes der Nachbarschaftshilfe**
- **Veränderungen in der Bildungsarbeit mit über 60-Jährigen – stärkere Einbindung von Kompetenzen und der Eigeninitiative – sollten durch entsprechende Angebote und Projekte der Bildungsträger im Landkreis Ammerland Rechnung getragen werden**
- **Vernetzung der Wohlfahrtsverbände fördern, um die vielfältige Angebotsstruktur transparenter zu machen und durch Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen**
- **Es erscheint sinnvoll, im Seniorenwegweiser der Gemeinden das vorhandene Angebot an Aktivitäten auf den unterschiedlichen Ebenen möglichst breit zu erfassen und regelmäßig zu aktualisieren**
- **Generationenübergreifende Aktivitäten sind in unterschiedlichen Bereichen (z.B. Bildung, Umwelt) zu fördern, z.B. Computerkurse von Jugendlichen für Ältere**
- **Die Seniorenbüros sollten für Beratung von Interessierten am bürgerschaftlichen Engagement sowie für den Aufbau von Netzwerken und Kooperationen als Anlaufstelle zur Verfügung stehen**
- **Für den Landkreis Ammerland sollte eine Überleitung oder auch Weiterentwicklung der vorhandenen Seniorenbüros unter neuer Namensgebung geprüft sowie auf alle Gemeinden ausgedehnt werden, um dem generationenübergreifenden Ansatz im Bereich der Aktivitäten und der Einbindung der Eigeninitiative mehr gerecht zu werden**

8.6 Koordination auf kommunaler Ebene

Grundsätze

- Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels wird sich zukünftig der Blick stärker auf die Senioren– bzw. Altenpolitik richten. Die Lebenssituation von Menschen über 60 Jahre wird in zehn, zwanzig oder dreißig Jahren anders sein als heute. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass zukünftig mehr ältere Menschen allein leben. Auch dürfte aufgrund der geringeren Kinderzahl und erhöhten beruflichen Mobilität der Bedarf an professioneller bzw. ehrenamtlicher Versorgung und Betreuung im Alter steigen. Dies stellt entsprechende Anforderungen auch an die Kommunen. Aufgaben wie beispielsweise eine Vernetzung der ortsnahen Unterstützungs– bzw. Versorgungsangebote und deren bedarfsgerechte Gestaltung oder die Initiierung und Verbesserung altersgerechter Strukturen sowie Entwicklung von Konzepten und Bedarfsermittlungen gewinnen an Bedeutung. Beratung, Koordination und auch Öffentlichkeitsarbeit erweisen sich immer mehr als wichtig und notwendig, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden.
- Um ältere Menschen in ihrer selbstständigen Lebensführung solange wie möglich auf breiter Ebene zu unterstützen, zählen im kommunalen Bereich Planung und eine strukturierte Umsetzung immer mehr zu den wichtigen Instrumenten. Für die Zielgruppe der Jugendlichen hat sich die kommunale Jugendpflege bei Kreis und Gemeinden, der im Landkreis Ammerland eine qualifizierte Sozialplanung in Form des Kreisjugendplans aus dem Jahr 1991 zugrunde liegt, als sinnvoll erwiesen. Erfahrungen aus diesem Bereich sollten punktuell auch in den Umsetzungsprozess des Seniorenplans einfließen und für die Belange der wachsenden Zielgruppe der über 60–Jährigen genutzt werden.

Koordinierungsstelle auf Landkreisebene

- Im Hinblick auf eine strukturierte Umsetzung sowie Fortschreibung des vorliegenden Seniorenplans sollte für diesen umfangreichen Aufgabenbereich eine Koordinierungsstelle auf Landkreisebene eingerichtet werden. Der Kreisseniorenbeirat entwickelte zur Ausgestaltung der Stelle umfassende Empfehlungen, die eine Grundlage bieten für Überlegungen sowohl zur organisatorischen Anbindung, als auch für den Aufgabenbereich.
- Vom Seniorenbeirat des Landkreises Ammerland wird eine hauptamtliche Koordinierungsstelle favorisiert, die innerhalb der Kreisverwaltung organisatorisch unabhängig ist und der Behördenleitung unterstellt wird. So kann u.a. eine höhere Akzeptanz bei der älteren Bevölkerung und den Trägern von Einrichtungen, Vereinen und Verbänden etc. erreicht werden.
- Der Kreisseniorenbeirat stellte einen differenzierten Aufgabenkatalog zusammen, der zur inhaltlichen Gestaltung einer Koordinierungsstelle eine wichtige Hilfestellung bietet. Zu-

dem spiegelt dieser Katalog die wesentlichen Ergebnisse des Seniorenplans wider. Ein Beschluss des Seniorenbeirates vom 12.12.2001 nennt folgende Aufgaben einer Koordinierungsstelle:

„*Eine Koordinierungsstelle müsste für den Landkreis*

1. *die im Alter entstehenden Schwierigkeiten erfassen und Maßnahmen zu ihrer Verhütung und Überwindung einleiten.*
   Dazu gehört:
   - *Erfassung der Situation der „alten Menschen“ in einem Seniorenplan und dessen fortlaufende Aktualisierung,*
   - *Darstellung und Veröffentlichung der Seniorenpolitik des Landkreises und der Zuständigkeiten für Altenhilfe in der Verwaltung,*
   - *Erfassung aller in der Seniorenarbeit tätigen Gruppen, Organisationen und Verbände und Veröffentlichung ihrer Angebote in einem Angebotskatalog,*
   - *Auswerten der Angebote zur Feststellung regionaler oder inhaltlicher Minderversorgung,*
   - *Abstellung der Minderversorgung durch geeignete Maßnahmen zur Erweiterung der Angebote,*
   - *Erstellen und Einbringen von Förderrichtlinien zu Maßnahmen, die es alten Menschen ermöglichen, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.*

2. *Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung leisten, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht.*
   Dazu gehört:
   - *Erfassung der im Landkreis vorhandenen Altenwohnungen und ihrer Übereinstimmung mit den Richtlinien für barrierefreies Wohnen (DIN 18 025, Teil 1 und 2),*
   - *Schaffung einer Wohnungsberatung für den Landkreis und*
   - *einer Beratungsstelle für Wohnungsanpassungsmaßnahmen.*

3. *Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung zu leisten, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes.*
   Dazu gehört:
   - *enge Zusammenarbeit mit dem Sozialamt bei der Erstellung des örtlichen Pflegeplans und*
   - *Veröffentlichung und Aktualisierung eines Leitfadens über die Pflegeangebote im Ammerland.*

4. *Hilfe leisten in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste.*
   Dazu gehört:
   - *Erfassung der Einrichtungen für „Betreutes Wohnen“ und ihrer Angebote,*
   - *Erfassung der ambulanten Pflegedienste und ihrer Angebote und*
   - *Veröffentlichung und Aktualisierung dieser Informationen über die Einrichtungen und Dienste.*

5. *Hilfe leisten zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen.*
   Dazu gehört:
   - *die bereits unter den generellen Aufgaben aufgeführte Erfassung aller in der Seniorenarbeit tätigen Gruppen, Organisationen und Verbände und Veröffentlichung ihrer Angebote in einem Angebotskatalog,*

- *die Zusammenarbeit mit Sportverbänden, um vorhandene altersangemessene Sportangebote zu erfassen, neue zu entwickeln und die Angebote zu veröffentlichen,*
- *die enge Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen wie der Kreisvolkshochschule oder der Ev. Erwachsenenbildung zur gemeinsamen Entwicklung geeigneter Angebote.*

6. *Hilfe leisten, die alten Menschen die Verbindung zu nahestehenden Personen ermöglicht.*
   Dazu gehört u.a.:
   - *die Mitwirkung an der Planung des Öffentlichen Personennahverkehrs und*
   - *die Erarbeitung eines Konzepts für einen bedarfsorientierten Ergänzungsverkehr.*

7. *Hilfe leisten zu einer Betätigung, wenn sie von alten Menschen gewünscht wird.*
   Dazu gehört:
   - *die Zusammenarbeit mit dem Seniorenbeirat für den Landkreis,*
   - *die fachliche Unterstützung der Seniorenbeiräte in den Gemeinden und*
   - *die Förderung von Einrichtungen für das freiwillige Engagement und die Selbsthilfe in den Gemeinden einschließlich der Beratung."*

Die Gemeindeebene

- Neben den Empfehlungen zur Gestaltung einer Koordinierungsstelle auf Landkreisebene entwickelte der Kreisseniorenbeirat ebenfalls einen Aufgabenkatalog für Seniorenbeauftragte auf Gemeindeebene. In einem Protokoll der Sitzung des Seniorenbeirates für den Landkreis Ammerland vom 04.06.2002, TOP 6, werden folgende Aufgabenbereiche genannt:

  „1. Zusammenarbeit mit dem Seniorenbeirat der Gemeinde
  2. fachliche Unterstützung des Seniorenbeirates der Gemeinde
  3. Förderung und Beratung für das freiwillige Engagement der Senioren in der Gemeinde
  4. Zusammenarbeit mit einer Koordinierungsstelle für Seniorenarbeit im Landkreis
  5. Erfassung und Vernetzung aller in der Seniorenarbeit tätigen Gruppen und Organisationen
  6. Veröffentlichung der Angebote der Gruppen und Organisationen in einem Angebotskatalog
  7. Hilfe bei der Beschaffung altersgerechten Wohnraums
  8. Beratung über besondere Wohnformen im Alter und Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes."

- Vor dem Hintergrund der Ergebnisse des vorliegenden Seniorenplans erscheint die Schaffung von entsprechenden Strukturen auf Gemeindeebene sinnvoll. Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung sollten jedoch den örtlichen Ebenen vorbehalten bleiben.

Handlungsanforderungen

Ziel:

- **Um den wachsenden Anforderungen in der Senioren– bzw. Altenpolitik gerecht zu werden, ist auf kommunaler Ebene eine stärkere Bündelung der vielfältigen Erfordernisse und Handlungsansätze anzustreben.**

Ansätze:

- **Auf Landkreisebene bedeutet dieses Ziel die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für die Seniorenarbeit**
- **Darüber hinaus sollte in den sechs Gemeinden über die Schaffung entsprechender Strukturen, z.B. über die Einsetzung von ehrenamtlichen Seniorenbeauftragten, beraten werden**

9. Schlussbetrachtung

Mit dem vorliegenden Seniorenplan stehen dem Landkreis Ammerland eine Vielzahl an Informationen zur Verfügung, die eine fundierte Grundlage bieten für zukünftige Planungen, Konzepte und Aktivitäten auf Landkreis- und Gemeindeebene. Durch die Repräsentativbefragung im Landkreis kommen die über 60–Jährigen selbst zu Wort. Die Ergebnisse entsprechen in vielen Fällen Bundestrends oder Ergebnissen aus anderen regionalen Untersuchungen. Eine Reihe von Ergebnissen weichen jedoch – z.T. sogar deutlich – davon ab: Beispielsweise ist im Ammerland der Anteil an Wohneigentum vergleichsweise hoch. Auch die Ausstattung der Wohnungen mit Zentralheizung etc. liegt über dem Bundesdurchschnitt. Auffallend ist der Kontakt zur Nachbarschaft, der von den meisten Befragten bis ins hohe Alter gepflegt wird. Ferner leben im Ammerland mehr Menschen über 60 Jahre mit einem/einer PartnerIn in einer gemeinsamen Wohnung als dies bundesweit der Fall ist. Ein weiteres Beispiel ist die Pkw–Verfügbarkeit. Hier liegen die über 60–Jährigen im Ammerland über dem Bundesdurchschnitt.

Im Seniorenplan werden die Schwerpunkte Wohnen, Mobilität, Selbstständigkeit im Haushalt, Gesundheit und Aktivitäten umfassend behandelt. Aus den jeweiligen Ergebnissen werden im Fazit entsprechende Ziele und konkrete Handlungsansätze abgeleitet. Die Handlungsanforderungen zeigen bezüglich der Umsetzungsformen in vielen Fällen Gemeinsamkeiten. In der Schlussbetrachtung richtet sich der Blick auf diese Gemeinsamkeiten. Sechs Formen kristallisieren sich heraus:

1. **Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit**
   Zukünftig wird Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit ein wesentlicher Bestandteil der Seniorenarbeit sein. Dies gilt insbesondere für den Themenbereich selbstbestimmtes Wohnen und für die Förderung einer flexiblen Nutzung privater und öffentlicher Verkehrsmittel, aber auch beispielsweise für präventive Maßnahmen im Gesundheitsbereich.
2. **Beratung**
   Der Bedarf an Beratung ist hoch. Wohnberatung ist hier an erster Stelle zu nennen, aber auch Beratung zur Versorgung und Pflege im häuslichen Bereich hat einen hohen Stellenwert. Außerdem ist Beratung beispielsweise gefragt, wenn es um bürgerschaftliches Engagement und damit um die Nutzung von Kompetenzen sowie um Stärkung der Eigeninitiative geht.
3. **Koordination und Vernetzung**
   Zur Verbesserung der Angebots– und Versorgungsstruktur im Seniorenbereich ist Koordination und Vernetzung erforderlich. Dazu zählen Unterstützungsangebote zur Erhal-

tung der Selbstständigkeit im eigenen Haushalt, generationenübergreifende Angebote, Angebote im Bereich der ehrenamtlichen Tätigkeit, im Gesundheits- und Bildungsbereich etc.

4. **Konzepte**
   Die Entwicklung von Konzepten ist vor allem unter Einbeziehung der betroffenen SeniorInnen bzw. deren Angehörigen erfolgversprechend. Beispielsweise gilt dies für Wohnmodelle und Konzepte zur Nachbarschaftshilfe. Konzepte im Bereich der Gesundheitsförderung sowie zur Betreuung von Demenzkranken sind gefragt. Auch Modelle zur Überleitung von der Klinik in andere Bereiche zählen dazu.
5. **Bedarfsermittlung**
   Bedarfsermittlung betrifft viele Bereiche, so z.B. im Gesundheitsbereich die Fortbildung von niedergelassenen Ärzten sowie Pflegepersonal und Ärzteteam in der Klinik, im ehrenamtlichen Bereich die häuslichen Besuchsdienste etc. Zu prüfen sind beispielsweise bedarfsgerechte Bedienungsformen des Öffentlichen Personennahverkehrs auf Gemeindeebene.
6. **Fortschreibung der Seniorenplanung**
   Eine kontinuierliche Fortschreibung des Seniorenplans erscheint sinnvoll. Entsprechende Strukturen dafür sind in allen Kapiteln angelegt.

An der Erstellung des Seniorenplans für den Landkreis Ammerland wirkten Kreisseniorenbeirat und Fachämter der Kreisverwaltung mit. Dieser Zusammenarbeit wird auch zukünftig bei der Umsetzung der Empfehlungen eine hohe Bedeutung zukommen. Dabei gilt es, Seniorenbelange als Querschnittsaufgabe in den kommunalen Planungsprozess einzubinden.

Um im Ammerland seniorengerechte Strukturen zu schaffen und zeitgemäß zu entwickeln, ist die Kooperation und Vernetzung von Kommunalpolitik, Seniorenbeiräten, Kommunalverwaltungen sowie Verbänden, Initiativen und Bildungseinrichtungen wichtig. Nur wenn die „seniorengerechte Kommune“ in diesem Sinne als eine Gemeinschaftsaufgabe verstanden und koordiniert wird, können die Empfehlungen aus dem Seniorenplan auf den verschiedenen Ebenen mit Akzeptanz und im Konsens umgesetzt werden.

Der Seniorenplan wurde unter Einbeziehung älterer Menschen ab 60 Jahre erstellt. Die so entstandene intensive Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen hat sich dabei in der Praxis bewährt und wird gleichzeitig als Herausforderung für die zukünftige Zusammenarbeit in Projekten gesehen.

Im Zentrum des Seniorenplans steht der Erhalt der Selbstständigkeit im Alter. Prävention ist hier als wichtige Herangehensweise an die Themenkomplexe Wohnen, Gesundheit, Mobilität, Aktivitäten und Selbstständigkeit im Haushalt zu sehen. Der Landkreis Ammerland hat nun mit dem Seniorenplan einen Handlungsrahmen entwickelt, der den Erhalt der Selbstständigkeit im Alter unterstützen hilft. Dieser Handlungsrahmen ermöglicht es, aktuell und vorausschauend für und mit älteren Menschen seniorengerechte Strukturen zu schaffen. Im Blickpunkt steht dabei immer wieder auch die Stärkung der Eigeninitiative und die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements der Senioren.

Die vielfältigen Erfahrungen und das langjährig erworbene Fachwissen möchten immer mehr Senioren ehrenamtlich auch und gerade der jüngeren Generation zur Verfügung stellen. Gleichzeitig endet das Bedürfnis zu Lernen für ältere Menschen nicht mit der Berufstätigkeit. Lebenslanges Lernen wird auch als Chance gesehen, von den Jüngeren lernen zu können. Koordinierung der Seniorenarbeit auf Landkreisebene bedeutet somit auch, generationenübergreifendes Lernen und den Dialog zwischen Jung und Alt im Ammerland zu fördern.

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Seite

2. Bevölkerungsentwicklung

Abbildung 1: Altersstufen und Verteilung nach Geschlecht 2001....13
Abbildung 2: Entwicklung des Anteils der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung....15
Abbildung 3: Entwicklung der Bevölkerung ab 60 Jahre im Ammerland von 2001–2016....16

Tabelle 1: Altersstruktur – Anteil an der Gesamtbevölkerung 1970, 1987, 2001 9
Tabelle 2: Entwicklung der Bevölkerung ab 60 Jahre im Ammerland von 1970 –2001....10
Tabelle 3: Bevölkerung ab 60 Jahre nach Altersgruppen und Geschlecht 2001....11
Tabelle 4: Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahre nach Gemeinden und Geschlecht 2001....12

3. Wohnen

Abbildung 1: Leben mit EhepartnerIn bzw. PartnerIn oder allein....19
Abbildung 2: Eigentum und Miete....21
Abbildung 3: Baujahr des Hauses, der jetzigen Wohnung....23
Abbildung 4: Einzugsjahr....24
Abbildung 5: Wohnungsgröße....25
Abbildung 6: Finanzielle Belastung....27
Abbildung 7: Badewanne und/oder Dusche....29
Abbildung 8: Größe des Badezimmers....30
Abbildung 9: Art der Heizung....31
Abbildung 10: Telefon, Fernseher, Computer....32
Abbildung 11: Türsicherung....33
Abbildung 12: Stufen zum Haus....34
Abbildung 13: Balkon–, Terrassen– und Gartennutzung....35
Abbildung 14: Jahr der letzten Modernisierung....37
Abbildung 15: Kenntnis und Interesse „Betreutes Wohnen“....45

Tabelle 1: Wohnungsgröße und Grad der Versorgung....26
Tabelle 2: Wünsche für Wohnungsveränderungen....40
Tabelle 3: Umstände für Veränderung der Wohnsituation....42

4. Mobilität

Abbildung 1: Verfügbarkeit von Pkw im Haushalt nach Alter....50
Abbildung 2: Verfügbarkeit von Pkw und aktiv Auto fahren....52
Abbildung 3: Fahrrad fahren nach Alter....58
Abbildung 4: Weg zur Bushaltestelle in Minuten....67
Abbildung 5: Taktzeiten Busverkehr....68
Abbildung 6: Busverkehr weniger als 5 x täglich nach Gemeinden....69
Abbildung 7: Dauer der Wegstrecke zur Einkaufsstätte in Minuten....71
Abbildung 8: Wie wird eingekauft?....72

Tabelle 1: Personenkraftwagen im Landkreis Ammerland....49
Tabelle 2: Beteiligung von Senioren über 65 Jahre an Unfällen....54

5. Selbstständigkeit im Haushalt

Abbildung 1: Selbst einkaufen nach Alter....77
Abbildung 2: Kontakt zu Nachbarn bzw. Nachbarschaftshilfe nach Alter....84
Abbildung 3: Freunde in der Nachbarschaft bzw. Zweitschlüssel bei Nachbarn 85
Abbildung 4: Hilfe im Haushalt nötig bzw. vorhanden nach Alter....88
Abbildung 5: Hilfe im Garten nötig bzw. vorhanden nach Alter....90
Abbildung 6: Pflegeheim als mögliche Perspektive und Kenntnis von Pflegeheimen....95
Abbildung 7: Beratungsbedarf nach Alter....105

Tabelle 1: Anzahl der Kinder....81
Tabelle 2: Pflegestufen und Höhe der Leistung....93
Tabelle 3: Dienstleistungen der ambulanten Pflegedienste....101

6. Gesundheit

Abbildung 1: Beeinträchtigungen....111
Abbildung 2: Beeinträchtigungen nach Alter....113
Abbildung 3: Benutztes Verkehrsmittel zur Erreichung des Hausarztes/der Hausärztin....122
Abbildung 4: Erreichbarkeit des Hausarztes/der Hausärztin in Minuten....123

7. Aktivitäten

Abbildung 1: Altersdifferenzierter und altersintegrierter Lebenszyklus....139

Literaturverzeichnis

Anzeiger Harlingerland vom 03.11.2001

Articus, S.; Karolus, S. (Hrsg.) 1986: Altenhilfe im Umbruch. Augsburg

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2001: Älter werden in Deutschland, Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, Nr. 11. Berlin

Bericht über die Tätigkeit des Kreistages, der Ausschüsse und der Kreisverwaltung. 13. Wahlperiode 01.11.96 – 31.10.2001. Westerstede

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2001: Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2001: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2002: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 1997: Datenreport Alter. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2000: Freiwilliges Engagement in Deutschland. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2001: Erhaltung von Mobilität im Alter. Berlin

Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.) 1994: Materialien zum Modellprogramm Seniorenbüros. Band 1: Dokumentation der Anträge. Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 1994: Politik für ältere Menschen in Europa. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2001: ANBINDUNG – Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 1999: Wie wohnen, wenn man älter wird? Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 1999: Helfen wir uns selbst. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2001: Lebensstile – Wohnbedürfnisse – Wohnformen. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Pressemitteilungen vom 24.01.2002, 17.04.2002, 05.06.2002 und 08.07.2002

Bundesministeriums für Verkehr–, Bau und Wohnungswesen: Pressemeldung vom 26.03.2002

Bundesministerium für Verkehr-, Bau und Wohnungswesen (Hrsg.): Direkt: Heft 49, Jg. 1995 und Heft 50, Jg. 1997

Bundesministerium für Verkehr-, Bau und Wohnungswesen (Hrsg.) 1999: Bericht der Bundesregierung über den Öffentlichen Personennahverkehr in Deutschland nach der Vollendung der deutschen Einheit. Berlin. Download

Clemens, W.; Backes, G. M. (Hrsg.) 1998: Altern und Gesellschaft. Opladen

Frauenbeauftragte des Landkreises Ammerland und Deutscher Gewerkschaftsbund Oldenburg (Hrsg.) 1995: Wie komm' ich bloß nach Jeddeloh???, Dokumentation einer Tagung, Oldenburg/Westerstede

Frauenbeauftragte des Landkreises Ammerland (Hrsg.) 2001: Frauenhandbuch Ammerland, Westerstede

Frauenbeauftragte des Landkreises Ammerland (Hrsg.) 2000: In Zukunft älter – Lebensentwürfe und Lebensstile von Frauen in der zweiten Lebenshälfte. Westerstede

Görries, S. 1997: Prävention und Intervention. Die gesundheitliche Versorgung im Alter. In: Funkkolleg Altern, Studienbrief 6, Studieneinheit 17. Tübingen

Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.) 1993: AWA 1993, Allensbach

Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.) 1995: AWA 1995, Allensbach

Karlstetter, S.; Rohloff, D. 1994: Älterwerden im Landkreis Wittmund. Sonderausgabe des Fachbereichs Sozialwesen der Fachhochschule Ostfriesland, Emden

Karolus, S.; Letsche, I. 1986: Der Beitrag sozialer und ambulanter Dienste und Hilfen zu einem selbstständigeren Leben im Alter. In: S. Articus; S. Karolus (Hrsg.): Altenhilfe im Umbruch. Augsburg, S. 95-106

Knopf, D. 1997: Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern, Studienbrief 5, Studieneinheit 12. Tübingen

Knopf, D.; Schäffter, O.; Schmidt, R. (Hrsg.) 1990: Produktivität des Alters. Berlin

Kuhlmey, A.: Das Risiko Hilfeabhängigkeit. In: R.-M. Schütz, W. Ries, H.P. Tews 1997: Altern in Gesundheit und Krankheit. Melsungen

Kuratorium deutsche Altershilfe (Hrsg.) 1996: Pflegebedürftige in Privathaushalten und in Heimen im Spannungsfeld der Kooperation von pflegenden Angehörigen, ehrenamtlichen und professionellen Helfern. Gero Care Report 3/96

Kuratorium deutsche Altershilfe – Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH 2001: Altersgerecht wohnen – aber wie? Köln

Landkreis Ammerland (Hrsg.) 1993: Der Wohnungsmarkt im Landkreis Ammerland bis zum Jahr 2005. Bericht des Arbeitskreises Kommunales Wohnungsbauprogramm. Westerstede

Lampert, T.; Wagner, M. 1998: Zur Bedeutung der Gesundheit für die soziale Integration und die subjektive Befindlichkeit im Alter. In: Wolfgang Clemens; Gertrud M. Backes (Hrsg.): Altern und Gesellschaft. Opladen, S. 187-216

Linden, M.; Gilberg, R.; Horgas, A.L. & Steinhagen-Thiessen, E. 1996: Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 475-495

Mayer, K.U.; Baltes, P.B. (Hrsg.) 1996: Die Berliner Altersstudie. Berlin

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 1995: Effektivität und Effizienz von Beratung zur Wohnungsanpassung. Daten und Analyse zu Nutzen, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Beratung zur Wohnungsanpassung aus alten-, gesundheitspolitischer und ökonomischer Sicht. Bielefeld

Naegele, G. 1997: Neue Märkte und Berufe. Altern schafft Bedarf. In: Funkkolleg Altern, Studienbrief 7, Studieneinheit 19. Tübingen

Niedersächsisches Innenministerium, Hannover und Senator für Bau, Verkehr und Stadtentwicklung, Bremen (Hrsg.) 1997: Geschlechtsspezifische Strukturanalyse für den Raum der Gemeinsamen Landesplanung Bremen/Niedersachsen. Gemeinsame Landesplanung Bremen/Niedersachsen Schriftenreihe Nr. 2–97. Bremen

Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Hannover

Niedersächsischer Landfrauenverband Hannover (Hrsg.) 1994: Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation älterer Menschen im ländlichen Raum. Hannover

Niedersächsisches Frauenministerium (Hrsg.) 1996: Zeit zum Leben – Zur Situation älterer Frauen in Niedersachsen. Hannover

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales/Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen (Hrsg.) 2000: Altwerden in der Fremde – Bilanz und Perspektiven. Hannover

Nordwest-Zeitung vom 01.08.2001, 02.11.2001 und 21.02.2002

Opaschowski, H. W.; Neubauer, U. 1984: Freizeit im Ruhestand. Was Pensionäre erwarten und wie die Wirklichkeit aussieht. Hamburg

Schäffter, O.: Produktivität des Alters – Perspektiven und Leitfragen. In: Detlef Knopf; Ortfried Schäffter; Roland Schmidt (Hrsg.) 1990: Produktivität des Alters. Berlin, S. 20-25

Schütz, R.-M.; Ries, W.; Tews, H.P. (Hrsg.) 1997: Altern in Gesundheit und Krankheit. Melsungen

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales – Abt. Gesundheitswesen (Hrsg.) 2001: Frauengesundheitsbericht. Bremen

Tokarski, W. 1989: Freizeit- und Lebensstile älterer Menschen. Kassel

Verkehrsberichte der Polizeiinspektion Ammerland 1996–2001

Wesermarsch am Sonntag vom 12. Mai 2002

World Health Organization 2002: Active Ageing – A Policy Framework, Geneva

Anhang

Seite

Teil I: Pflegeplanung für den Landkreis Ammerland 1-17

Teil II: Anlagen und Abbildungen zum Seniorenplan

Einleitung

Anlage 1: Vereinbarung – Seniorenbeirat für den Landkreis Ammerland..... 1
Anlage 2: Selbstdarstellungen der Seniorenbeiräte in den Gemeinden – Beispiele..... 3
Anlage 3: Gesetzliche Grundlagen..... 8
Anlage 4: Fragebogen..... 10

Bevölkerungsentwicklung

Anlage 5: Bevölkerungsentwicklung seit 1910.....14
Tabelle 1: Bevölkerung über 60 Jahre nach Gemeinden, Altersstufen und Geschlecht... 15
Tabelle 2: Entwicklung der Bevölkerung ab 60 Jahre von 1970–2001.....16
Tabelle 3: Entwicklung der Bevölkerung ab 60 Jahre von 2001–2016.....16

Wohnen

Abbildung 1: Alleinlebende – Anteil in den Altersstufen..... 17
Abbildung 2: Wohnstatus nach Gemeinden..... 18
Abbildung 3: Wohnstatus nach Alter..... 19
Abbildung 4: Baujahr des Hauses nach Gemeinden..... 20
Abbildung 5: Einzugsjahr nach Gemeinden..... 22
Abbildung 6: Einzugsjahr nach Alter..... 24
Abbildung 7: Wohnfläche nach Gemeinden..... 27
Abbildung 8: Größe des Bades nach Gemeinden..... 29
Abbildung 9: Schwellen nach Gemeinden..... 31
Abbildung 10: Stufen zum Haus nach Gemeinden..... 31
Abbildung 11: Jahr der letzten Modernisierung nach Gemeinden..... 32
Abbildung 12: Finanzielle Belastung nach Gemeinden..... 34
Abbildung 13: Finanzielle Belastung nach Geschlecht..... 34
Abbildung 14: Finanzielle Belastung nach Alter..... 34
Abbildung 15: Veränderungen der Wohnsituation geplant nach Gemeinden..... 35
Abbildung 16: Veränderungen der Wohnsituation geplant nach Alter..... 35
Abbildung 17 Betreutes Wohnen – informiert und Interesse am Konzept nach Gemeinden.....36
Abbildung 18: Anpassung „altersgerechte Wohnung“..... 36
Abbildung 19: Balkon-, Terrassen- und Gartennutzung nach Gemeinden..... 37
Anlage 6: Ammerländer Wohnungsbau – Altenwohnungen..... 39

Mobilität

Anlage 7: Liniennetzplan für den Landkreis Ammerland..... 41
Abbildung 20: Auto im Haushalt nach Gemeinden..... 42
Abbildung 21: Auto im Haushalt nach Geschlecht..... 42
Abbildung 22: Selbst Auto fahren nach Gemeinden..... 43
Abbildung 23: Selbst Auto fahren nach Geschlecht..... 43
Abbildung 24: Fahrrad–Benutzung nach Gemeinden..... 44
Abbildung 25: Fahrrad–Benutzung nach Geschlecht..... 44
Anlage 8: Haltestellenkonzept im Stadtgebiet Westerstede..... 45
Abbildung 26: Weg zur Bushaltestelle nach Gemeinden..... 46
Abbildung 27: Weg zur Einkaufsstätte nach Gemeinden..... 48
Abbildung 28: Verkehrsmittel beim Einkaufen nach Gemeinden..... 50

Selbstständigkeit im eigenen Haushalt

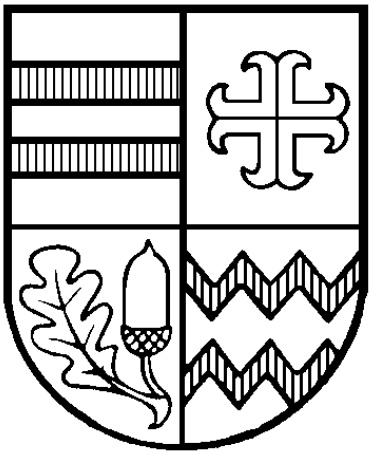
Abbildung 29: Kaufen Sie selbst ein? – nach Gemeinden..... 52
Abbildung 30: Kaufen Sie selbst ein? – nach Geschlecht..... 52
Abbildung 31: Wer kauft ein? – (von denjenigen, die nicht selbst einkaufen)..... 52
Abbildung 32: Wer kauft ein? – nach Gemeinden..... 53
Abbildung 33: Haben Kinder nach Gemeinden..... 55
Abbildung 34: Wo leben Kinder? – nach Gemeinden..... 56
Abbildung 35: Wo leben Kinder? – nach Alter..... 57
Abbildung 36: Heim bei Pflegebedürftigkeit nach Gemeinden..... 58
Abbildung 37: Beratungsbedarf nach Gemeinden..... 58
Abbildung 38: Notrufsystem angeschlossen bzw. interessiert nach Gemeinden..... 59
Abbildung 39: Notrufsystem angeschlossen bzw. interessiert nach Alter..... 59

Gesundheit

Abbildung 40: Beeinträchtigungen nach Geschlecht..... 60
Abbildung 41: Beeinträchtigungen nach Gemeinden..... 60
Anlage 9: Niedergelassene ÄrztInnen im Landkreis Ammerland..... 61
Anlage 10: Mitwirkende im Arbeitskreis Gesundheitsförderung..... 62
Abbildung 42: Verkehrsmittelwahl beim Hausarztbesuch nach Gemeinden..... 63
Abbildung 43: Zeitliche Entfernung zum Arzt nach Gemeinden..... 65
Abbildung 44: Verkehrsmittelwahl zur Apotheke nach Gemeinden..... 67
Abbildung 45: Zeitliche Entfernung zur Apotheke nach Gemeinden..... 69

Seniorenplan

für den Landkreis Ammerland



Impressum:

Herausgeber:
Landkreis Ammerland
- Der Landrat -

Projektleitung:
Anja Kleinschmidt, Dipl. Pädagogin

Verfasserin:
Almut Setje-Eilers, Dipl. Sozialwissenschaftlerin

Mitwirkende:
- Seniorenbeirat des Landkreises Ammerland
- Fachämter der Kreisverwaltung

Landkreis Ammerland
Ammerlandallee 12
26655 Westerstede
Tel.: 04488-56-0
email: senioren@ammerland.de

Westerstede, 2003

Teil I:

Pflegeplanung für den Landkreis Ammerland

Teil II:

Anlagen und Abbildungen zum Seniorenplan

Anhang