



Landkreis Peine



## Anforderungen an eine moderne Generationenpolitik

AGAS – Sitzung am 19.06.2017

Anke Bode, FD Soziales, Altenhilfeplanung

Ich habe mich bei der Vorbereitung auf diese Sitzung für den Begriff „Generationenpolitik“ entschieden, weil es darum geht, etwas in den Kommunen zu schaffen, was allen Generationen nutzt. So nutzt z.B. ein abgesenkter Bürgersteig nicht nur dem Rollstuhlfahrerin oder dem Mann mit Rollator, sondern eben auch der jungen Mutter mit dem Kinderwagen usw.

Auf den nächsten drei Folien möchte ich Ihnen einen Überblick geben über die Bevölkerung über 60 J sowie die pflegerische und ärztl. Versorgung im LK PEine



# Ausgangslage I

Einwohner über 60 Jahre (Landesamt für Statistik 2015)

Edemissen	Hohenhameln	Ilse	Lengede	Peine (Stadt)	Vechelde	Wendeburg	Insgesamt im Landkreis
3.301	2.516	6.109	3.429	10.700	4.490	2.565	33.110

Von den 33.100 Menschen im LK sind ca. 5660 Menschen pflegebedürftig.

Demnzerkrankte im Landkreis Peine (Schätzungen)

Edemissen	Hohenhameln	Ilse	Lengede	Peine (Stadt)	Vechelde	Wendeburg	LK insgesamt
244	183	426	244	995	328	203	ca. 2686

Anke Bode, FD Soziales, Altenhilfeplanung

Im Landkreis Peine leben 33.110 Einwohner über 60 Jahre. Von ihnen sind 5652 pflegebedürftig.

1871 davon werden im Heim betreut (es gibt allerdings 2136 Heimplätze; d.h. die Auslastung liegt z.Zt. im LK bei 87,59% (in der Stadt Peine sogar nur bei 83,70%) (Stand: 1.1.17).

2547 Pflegebedürftige werden zu Hause versorgt; 1234 versorgt ein ambulanter Pflegedienst zu Haus. Ungefähr 1500 Menschen haben letztes Jahr die Beratung im SPN genutzt

Bei den Schätzungen habe ich Daten des Berlin-Instituts verwendet, die davon ausgehen, dass auf 100.000 Menschen 1.500 Menschen mit einer Demenz fallen. Dieser Anteil dürfte jedoch noch steigen, denn die Bevölkerung altert generell in den nächsten Jahren.

Demenz ist eine Erkrankung, die erst im Alter auftritt und je älter ein Mensch wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, an

dieser Krankheit zu erkranken, dennoch bezieht sich die Zahl der Demenzerkrankten auf den Anteil der Bevölkerung insgesamt.

Statistiken zeigen, dass bei über 90 jährigen fast jede/r 3. an einer Demenz erkrankt.

Darüber hinaus haben wir im LK das Problem, dass Menschen mit einer Behinderung, wo die Demenz in der Regel schon Ende 40/Anfang 50 einsetzt, kaum einen geeigneten Heimplatz finden. Statistische Zahlen lassen sich hier schwer ermitteln, weil mit der Behinderung oft eine Intelligenzminderung einhergeht, die gängigen Verfahren zum Testen eines Defizits aber davon ausgehen, dass jemand z.B. Lesen und Schreiben kann. Aber die Wahrscheinlichkeit, dass jemand mit einer Trisomie 21 auch an Demenz erkrankt ist 1 zu 2. Oft werden sie dann zu ihren betagten Eltern zurückgebracht – eine nicht zufriedenstellende Lösung!

Demenz ist ein gesamtgesellschaftliches Problem und wir haben neben Hohenhameln nur noch die Gemeinde Edemissen, in der schon eine Schulung zur demenzfreundlichen Kommune in verschiedenen Bereichen (Banken, Rettungskräfte, Polizei, FFW usw.) stattgefunden hat. So gibt es beispielweise mit der Polizei in Ilsede, die für Hohenh. Zuständig ist eine Absprache, dass Demenzkranken von der Generationenhilfe betreut werden, bis gefunden wurde wo sie hingehören. Eine Einweisung in die Psychiatrie in Königslutter entfällt damit.



## Ausgangslage II

Anzahl der ambulanten Dienste (nach Dienstsitz)

Edemissen	Hohenhameln	Ilse	Lengede	Peine (Stadt)	Vechelde	Wendeburg	LK Peine insgesamt
1	1	3	3	9	3	1	20

Anzahl der Pflegeplätze (in Heimen)

Edemissen	Hohenhameln	Ilse	Lengede	Peine (Stadt)	Vechelde	Wendeburg	LK Peine
232 (6) 204 (5)	153 (2)	293 (3)	51 (1)	1190 (10)	196 (3) 171 (2)	21 (1)	2136 (26)

Anzahl Tagespflegeplätze (in Tagespflegen)

Edemissen	Hohenhameln	Ilse	Lengede	Peine (Stadt)	Vechelde	Wendeburg	LK PE
15 (1)	0 (0)	0 (0)	15 (1)	35 (2)	15 (1)	10 (1)	90 (6)

Anke Bode, FD Soziales, Altenhilfeplanung

Die ambulanten Dienste im Landkreis versorgen unterschiedlich viele Patienten. Der Kleinste hat 14 Patienten, der Größte hat über 300 Patienten.

Zurzeit haben alle Pflegedienste Schwierigkeiten geeignetes Personal zu finden, sowohl für die Pflege als auch für die Betreuung und Hauswirtschaft. Das hat zur Folge, dass es für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen schwieriger ist, noch einen Pflegedienst zu finden und noch schwieriger, seine Wunschzeit für die Versorgung zu bekommen.

Im Landkreis Peine leben 33.110 Einwohner über 60 Jahre. Von ihnen sind 5652 pflegebedürftig.

Davon wiederum werden am 1.1.16 1871 im Heim betreut (es gibt allerdings 2136 Heimplätze; d.h. die Auslastung liegt z.Zt. im LK bei 87,59% (in der Stadt Peine sogar nur bei 83,70%).

Hier gibt es noch zu bedenken, dass nicht alle Pflegebedürftigen in ein Heim wollen. Aber alternative Wohnformen wie z.B. eine Pflegewohngemeinschaft gibt es zurzeit nur eine.

Zu bedenken ist an dieser Stelle auch, dass die Pflegeversicherung erst ab Pflegegrad 1 einen Heimaufenthalt bezahlt. Die Sozialhilfe zahlt sogar erst ab Pflegegrad 2. Das führt dazu, dass noch mehr Menschen in der Häuslichkeit versorgt werden müssen.

Z.Zt. Beobachte ich zwei Dinge: nach Heinrich und Adele, die jetzt Gustav und Helene heißen und eine Pflegewohngemeinschaft sind und kein Heim mehr, hat auch das Pflegeheim „bei ottens“ wegen Fachkräftemangel seine Arbeit eingestellt.

Für 3781 Pflegebedürftige (also die, die nicht in Heimen untergebracht sind) stehen insgesamt 90 Plätze in einer Tagespflege zur Verfügung; d.h. von Mo-Fr können täglich 90 davon in die Tagespflege und 20 von ihnen auch noch am Samstag. 2,38 % der Pflegebedürftigen können täglich die Tagespflege nutzen, da die meisten aber nur 2-3 Tage in der Woche gehen, steigt diese Zahl entsprechend. Durch das PSG II könnten aber Menschen ab Pflegegrad 3 theoretisch täglich von Mo – Fr die Tagespflege besuchen, darauf sind die Tagespflegen im Landkreis Peine nicht ausgerichtet. Die Tagespflegen sind zu 95,62 % ausgelastet (in der Stadt Peine zu 97,89 %). Zurzeit gibt es jedoch eine Warteliste für einen Platz in der Tagespflege. Eine schwierige Situation für Angehörige, die noch arbeiten müssen und pflegen wollen! Ob sich die Lage entspannt, wenn zum Herbst hin noch ca. 30 Tagespflegeplätze (Hohenhameln und in Peine in der Nähe der FTZ) hinzukommen, bleibt abzuwarten.

Ob hier die generalisierte Pflegeausbildung, die 2020 kommen soll – also eine Ausbildung für alle Pflegeberufe wie Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger, Pflege in der Psychiatrie zum dann einheitlichen Beruf Pflegefachmann/Pflegefachfrau – hier Entspannung schafft bleibt abzuwarten.

Es bleibt auch abzuwarten, ob Ausbildungsplätze in genügender Zahl angeboten werden, denn die Ausbildung im Betrieb

beschränkt sich auf ca. 1.500 Stunden; die restliche Zeit (etwas ebenso viele Stunden) ist der Schüler in anderen Bereichen bzw. Einrichtungen unterwegs. Das Geld für die Praxisanleitung geht aber an den Ausbildungsbetrieb und dieser hat dann die Aufgabe es an die Mitausbildungsbetriebe zu verteilen. Alternativ könnte ein Ausbildungsverbund im Landkreis entstehen. Darüber hinaus wird es darum gehen, den Landkreis und seine Orte für Pflegekräfte attraktiv zu machen. Bei der Allianz für die Region, die sich gerade mit einer Plakataktion befasst, sind erste Ideen gesammelt worden, die ganze Region für Fachkräfte attraktiv zu machen. Neben einer auskömmlichen Vergütung benötigen Pflegekräfte einen verlässlichen Dienstplan, so dass sie auch ihre Freizeit planen können. Dies ist jedoch oft nicht der Fall und so verlassen viele den Beruf nach 3 – 4 Jahren und kommen nie wieder zurück.



## Ausgangslage III

Noch hat der Landkreis eine ausreichende ärztliche Versorgung, wobei einige Ärzte/Ärztinnen schon an ihre Grenzen stoßen mit fast 9000 Patienten bzw. Patientinnen pro Arzt/Ärztin (Richtwert ist 1671).

Daten KVN 2017	Edemissen	Hohenhameln	Ilse	Lengede	Peine (Stadt)	Vechelde	Wendeburg
Anzahl der Hausärzte	6 davon 2 Internisten	3	8	3	36 davon 15 Internisten	6 davon 2 Internisten	4
Versorgungsgrad mit Hausärzten im Planungsgebiet	107,80%	107,80%	107,80%	97,70%	107,80%	83,80%	83,80%

Aber wie sieht es in 10 Jahren aus?

Anke Bode, FD Soziales, Altenhilfeplanung

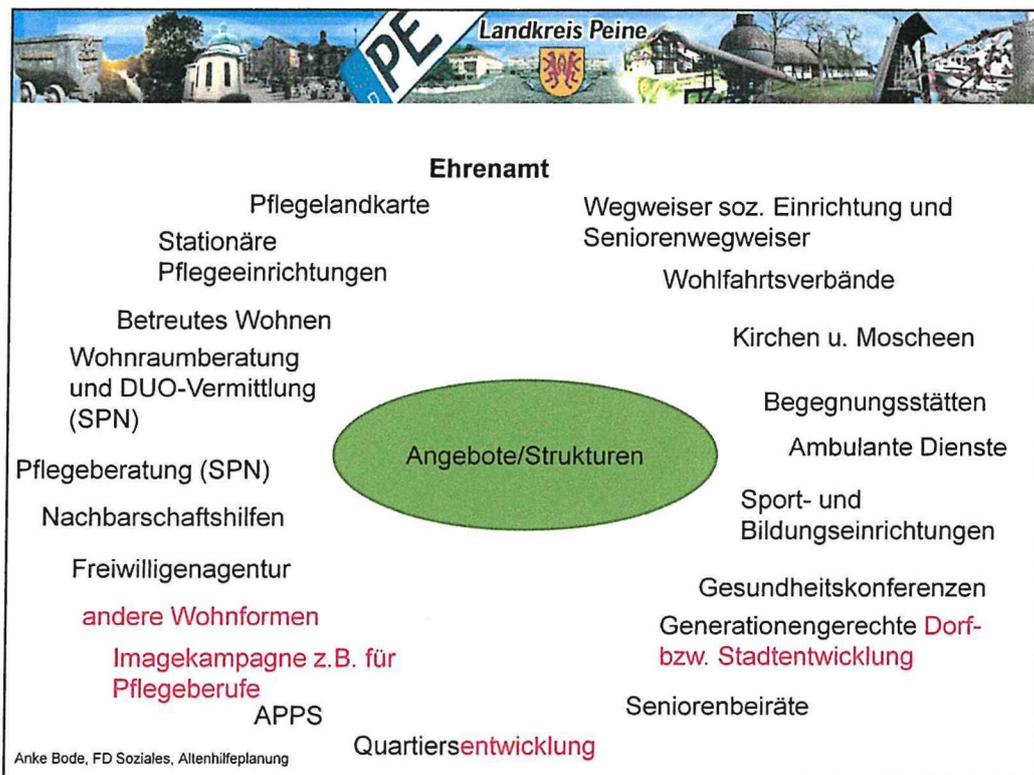
Ich beschränke mich bei dieser Tabelle nur auf die Hausärzte, weil sie die ersten Anlaufpunkte sind, wenn jemand erkrankt ist. Natürlich ist auch die Versorgung mit Fachärzten ein Thema.

Da die meisten älteren Menschen auf dem Land leben, sind nicht alle Ärzte gleich gut mit ÖPNV zu erreichen. Viele der Ärzte auf dem Land machen Hausbesuche und/oder werden von 25 Verah´s (verteilt auf 16 Hausärzte) unterstützt. Keine Beachtung in den Zahlen findet das Alter der praktizierenden Ärzte, so sind in den nächsten 5 Jahren mind. 24 der Ärzte im Ruhestand und in den nächsten \*10 Jahren wechseln 31 in den Ruhestand. 9 Ärzte hatten 2015 schon das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten.

So dass, wenn keine neuen Ärzte gewonnen werden können, 64 (von 66) Ärzten gar nicht mehr da sind in den nächsten 10 Jahren.

Der Versorgungsgrad ist eine Planungseinheit: also für PE (ED,

HOH, Ils und Stadt)(Ve und Wen sind Region BS Umland, Le gehört zu SZ) wird die Einwohnerzahl 94.448 zugrunde gelegt. Und durch 1671, bereinigt 1623 als angepasste Versorgungsgröße genommen. So dass 51 Ärzte für diese Personenzahl von Nöten wären Es gibt aber mit den Angestellten Ärzten zusammen 60,5 Ärzte in diesem Bereich, also eine kleine Überversorgung (107,8%) Aber nicht alle Ärzte arbeiten als Ärzte, sondern als z.B. als Psychotherapeut. So ist der Kassensitz belegt und doch nicht.



Ich habe Ihnen auf dieser Folie in schwarz gekennzeichnet, was schon im Landkreis vorhanden ist und in Rot, was noch fehlt.

Eine Quartiersentwicklung ist in Ansätzen zu finden z.B. in der Südstadt oder in Telgte; aber sie ist auf keinen Fall flächendeckend weder in der Stadt noch in den Gemeinden.

Gleiches gilt für die Dorf- bzw. Stadtentwicklung; auch hier kann noch mehr getan werden, damit alle Generationen dort leben und wohnen können.

Bei den anderen Wohnformen meine ich so etwas wie ein Mehrgenerationenhaus oder eine Pflegewohngemeinschaft. Wobei sich bei den Pflegewohngemeinschaften gerade etwas tut.

APPS: Die TK hat für ihre Versicherten eine APP „Husteblume“; diese enthält ein Allergietagebuch, Pollenvorhersage,

Empfehlungen zu Therapien je nach Schweregrad der Allergie, Wissensvermittlung und einen Selbsttest.

Die Migräne – APP enthält ebenfalls ein Tagebuch, wo der Kopfschmerz erfasst wird, eine Schmerzkalender mit Auswertungsfunktion (Ausdruck über PDF möglich), div. Tests, Expertensuche, Wissensvermittlung u.v.m.



Zunächst einmal bedeutet es Politik für aller Generationen. Und sie bedeutet, bestimmte Bereiche immer wieder in den Blick zu nehmen und auf den Prüfstand zu stellen:

**Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege:** Sie habe am Anfang gesehen: der Landkreis ist zurzeit gut aufgestellt in diesem Bereich. Dennoch gilt es hier hinzuschauen: denn nicht alle Bürger und Bürgerinnen erreichen ihre Ärzte gleich gut; und, wenn man sich die Entwicklung anschaut, werden immer mehr Menschen immer älter; wer heute in den Ruhestand geht hat noch gut  $\frac{1}{4}$  seiner Lebenszeit vor sich. Krankheit und Pflege kommen da erst am Lebensende; also in der Regel in einem hohen Alter.

Bei der Errichtung medizinischer Versorgungszentren kann der Landkreis nur beratend tätig werden z.B. mit einer Erreichbarkeitsanalyse oder mit der zur Verfügung Stellung bestimmter Daten. Für die medizinische Versorgung sind mehrere Möglichkeiten denkbar:

- Man könnte die Verah´s also die Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis ausbauen; z.Zt. arbeiten 26 VERAH´S bei 16 Hausärzten. Die VERAH nimmt dem Arzt viel Routine ab und entlastet ihn so. Sie kann mit der KK abgerechnet werden. Die Ausbildung der VERAH zahlt der Arzt selbst.
- Man könnte medizinische Versorgungszentren errichten (und zwar dort, wo sie gut mit dem ÖPNV zu erreichen sind). Die Gemeinde/n, die Stadt oder der Landkreis wären Anstellungsträger der Ärzte und kämen damit einem Wunsch der jüngeren Ärzte nach: die Last der Selbständigkeit wäre vom Tisch. Durch den KVN-Notdienst, ist auch so etwas wie geregelte Arbeitszeit gegeben, so dass die Freizeit nicht zu kurz kommt. Und: in einem med. Versorgungszentrum könnten verschiedene ärztl. Fachrichtungen ihre Sprechstunde haben.
- Man könnte mit der Technik gehen und über Digitalisierung nachdenken oder die Frage stellen, wie lässt sich e-health im Landkreis Peine umsetzen? Es gibt schon Schritte in diese Richtung, so berichtete ein Hausarzt, dass der Pflegedienst regelmäßig mit Fotos auf dem Smartphone vorspricht und einen Rat zur Wundversorgung möchte. Ein anderer Arzt berichtet, dass er einen Patienten hat, der seinen Blutdruck regelmäßig in einer Excel Tabelle erfasst und an ihn schickt.
- Man muss sich dringend Gedanken über die Pflegerische Versorgung machen, denn schon jetzt ist der Fachkräftemangel in der Pflege zu spüren:
  - a) Patienten finden keinen Pflegedienst mehr bzw. keinen, der sie zu ihrer Wunschzeit versorgt.
  - b) Es gibt keine freien Tagespflegeplätze, sondern Wartelisten
  - c) Das Pflegeheim „bei Ottens“ musste schließen, weil die Versorgung der Bewohner nicht mehr sichergestellt werden konnte. Das Heim hat keine Pflegefachkräfte mehr gefunden.

Ob die generalisierte Pflegeausbildung, die 2019 oder sogar erst 2020 kommen soll hier Hilfe und Entlastung bringt, bleibt abzuwarten. Aus meiner Sicht geht es eher um die Frage: wie bekommen wir junge Leute in den Pflegeberuf und wie kann man sie dann dort auch halten (Gehalt, Arbeitsbedingungen usw.).

- Man könnte über bei der Gesundheitsversorgung über das Internet nachdenken. Schon jetzt nutzt über die Hälfte der 65j. Menschen das Internet für div. Informationen; auch im Bereich Gesundheit. Aber für ältere Menschen ist es schwierig die richtigen Gesundheitsinformationen zu finden. Es bräuchte vertrauenswürdige Seiten mit Informationen für ältere Menschen.

- Laut einer Studie der Technikerkrankenkasse aus dem Jahr 2015 würde jeder zweite gern online mit seinem Arzt sprechen. Ein Weg medizinische und pflegerische Leistungen zu verzahnen, wäre die Telemedizin. Projekte in dieser Richtung laufen schon auf den Bohrinseln, aber auch zwischen Krankenhäusern; so nutzt z.B. das Klinikum Peine für Herzpatienten das Wissen des St. Bernwardskrankenhauses in Hildesheim, weil sich dort eine Stroke unit (schnelle Versorgung bei Schlaganfallpat.) findet.

-Man könnte eine regionale Plattform aufbauen und in Betrieb nehmen, wo mit Einverständnis des Patienten Daten ausgetauscht werden könne z.B. zwischen Facharzt und Hausarzt oder zwischen Hausarzt und Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung. Drohende Versorgungsengpässe, aber auch Distanzen könnten so überbrückt werden. Die digitale Versorgung von Patienten bleibt aber immer in die klassische Versorgung eingebettet; sie soll den Hausarzt nicht ersetzen, aber entlasten, weil er nicht für jede Frage zum Patienten muss.

-Telemedizin hätte außerdem den Vorteil, dass Daten, die in verschiedenen Datenbanken sind, vom Arzt genutzt werden können; so verdoppeln sich die Daten im Gesundheitswesen alle 2 Jahre; es ist schwierig für den Arzt, alle Studien und

Informationen im Blick zu behalten und sich auf dem Laufenden zu halten. Mit Hilfe von geeigneten Datenbanken kann er schnell und Problemlos die optimale Therapie für seine Patienten finden.

-In Estland ist es z.B. selbstverständlich, dass es digitale Dienstleistungen gibt. Jeder Mensch dort hat eine elektronische Gesundheitsakte; alle Anbieter/Dienstleister sind verpflichtet, ihre Daten einzutragen. So können Gutachten und Diagnosen vom Arzt abgerufen werden, ohne Untersuchungen noch einmal machen zu müssen. Der Patient kann entscheiden, welche Daten er für seine Ärzte aufbewahren möchte, und welche Daten er in seiner Gesundheitsakte löschen möchte.

**Wohnen:** Dazu gehört für mich auch ein Weiterentwickeln des Wohnraumangebotes und die Schaffung barrierefreier oder zumindest barrierearmer Wohnungen, auch kleinerer Wohnungen, wenn ich allein lebe, weil die Kinder aus dem Haus sind und der Mann schon verstorben ist und das Einfamilienhaus viel zu groß geworden ist, so dass Menschen die Möglichkeiten haben für ihre Bedürfnisse eine Wohnung zu finden.

In Punkto bezahlbarer Wohnraum haben Stadt und Landkreis ja schon die ersten Schritte unternommen und z.B. die Baubroschüre „konstruktiv“ herausgegeben, die Bauherren wertvolle Informationen liefert. Oder das GEWOS – Konzept, was Stellung nimmt, wieviel Wohnraum in welcher Form in den nächsten Jahren benötigt wird.

Der Senioren- und Pflegestützpunkt berät darüber hinaus zu barrierefreiem/barrierearmen Wohnumfeld. Gemeinsam mit dem Niedersachsenbüro „Neues Wohnen“ in Hannover werden in diesem Jahr noch weitere Ehrenamtliche zu Wohnraumberatern geschult.

Und es braucht kreative Ideen, so wie ein Einwohner in Woltorf, der einen Bauernhof barrierearm umgestaltet hat und nun Mieter und Mieterinnen sucht, die gemeinsam dort wohnen möchten.

**Nachbarschaft:** Hier gibt es im Landkreis bereits vier NBH in

Abbensen, Hohenhameln, Legende und in der Stadt Peine im Stadtteil Telgte. Diese NBH bieten nicht nur Hilfe an, sondern tragen mit ihren Angeboten in den Begegnungsstätten auch dazu bei, dass sich Menschen treffen können. Sie tragen so zur sozialen Teilhabe bei. In zwei Kommunen lief im letzten Herbst eine Aktion der BAGSO: „Mit Rädern zum Essen“ man traf sich zu einem gemeinsamen Mittagessen, in Wendeburg an einem Tag mit ca. 40 Personen; in Hohenhameln an 5 Tagen von Mo – Fr. mit jeweils 30 Personen. Beide Veranstalter waren mit dem Ergebnis sehr zufrieden. Alle Teilnehmenden waren mit dem Essen zufrieden haben aber darüber hinaus betont, wie wichtig die soziale Teilhabe, das Gespräch, das Miteinander waren. Der sogenannte Bürger-Profi-Mix also die Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen klappt in diesem Bereich sehr gut.

**Mobilität:** Hier gab es 2014 eine Exkursion nach Loccum, um sich dort über den Bürgerbus zu informieren und zu prüfen, ob es auch eine Option für den Landkreis bzw. die Kommunen wäre. Die Gemeinde Hohenhameln hatte eine Art Bürgerbus, der nun aber eingestellt wurde, weil die Kosten in keinem Verhältnis zum Nutzen standen.

Eine Umfrage in diesem Bereich in der Gemeinde Ilsede (Seniorenkreise dort) erbrachte, dass die meisten doch noch selbst Auto fahren (wollen oder müssen) und dieses als wertvolles Gut empfinden; es verleiht ihnen Unabhängigkeit. Dennoch könnte man z.B. auch über Mitfahrbänke nachdenken wie es sie an vielen anderen Orten schon gibt. Wer dort sitzt, möchte mitgenommen werden. Aber auch der Ausbau das Pendlerportal des Regionalverbandes Großraum Braunschweig mit realen Daten füllen. Denn eingerichtet ist es schon.

**Sicherheit:** Das Gefühl sicher zu sein, wirkt sich unmittelbar auf die Lebensqualität aus. Es ist ein Gefühl, was alle Generationen gleichermaßen betrifft. So kann man auf der einen Seite dafür sorgen, dass genügend Polizei präsent ist, man kann aber auch auf den anderen Seite dazu beitragen, dass es keine

„Angsträume“ im Ort/der Stadt gibt; also Orte, wo ältere Menschen nicht gern sind, weil es dort z.B. keine ausreichende Straßenbeleuchtung gibt.

Man könnte die Nachbarschaft pflegen, so dass Menschen besser aufeinander aufpassen und sich z.B. durch Telefonketten täglich nach dem anderen erkundigen und ggf. Schritte einleiten, wenn sich jemand nicht meldet. Auch ein Hausnotruf kann zur Sicherheit beitragen, weil der Nutzer im Zweifelsfall Hilfe holen kann.

Oder ein Landkreis könnte mit dem Rettungsdienst verabreden, dass wichtige Informationen im Notfall in jeder Wohnung an einem best. Ort zu finden sind (z.B. in einer Dose oder einem Glas in der Kühlschranktür). Auch das wäre eine Form von Sicherheit.



## Was ist für eine gelungene Generationenpolitik notwendig?

- Von der klassischen Altenhilfe zur kommunalen Generationspolitik kommen
- Generationenpolitik als Querschnittsaufgabe verstehen
- Rahmenbedingungen schaffen, so dass Generationenpolitik gelingen kann
- Ziele in den Handlungsfeldern formulieren

Anke Bode, FD Soziales, Altenhilfeplanung

- a) In den 50er Jahren war Altenhilfe auf kommunaler Ebene kaum ein Thema. Unter dem Fürsorgeprinzip wurden Einrichtungen und Hilfen für alte Menschen geschaffen, die sich in einer defizitären Lebenslage befanden und Hilfe benötigten.
- b) In den 80er und 90er Jahren rücken präventive Angebote in den Vordergrund. Alter wird nicht mehr nur als Defizit erlebt, sondern die Potentiale des Alters werden entdeckt. Ältere Menschen engagieren sich in und für die Kommune.
- c) 1995 kommt das Pflegeversicherungsgesetz; ambulante Strukturen werden gestärkt und aufgebaut.
- d) 2000 die Kritik an der klassischen Altenhilfe nimmt zu, die traditionellen Angebote haben sich inhaltlich überlebt. Die Menschen möchten mehr als nur Kaffeetrinken und Kuchen essen. Neue Angebote entstehen wie z.B. Nachbarschafts- und Generationenhilfen.
- e) In den letzten Jahren ist nun auch verstärkt zu beobachten, dass neben dem Mitgestalten auch die Mitverantwortung

eine wichtige Rolle spielt. Die Gestaltung der Lebensphase Alter wandelt sich zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Durch den demografischen Wandel verändert sich auch das Miteinander der Generationen. Es wird nach Begegnungsräumen für die Generationen gesucht und man spricht von Ermöglichungsstrukturen, fragt also was ist notwendig, damit bestimmte Dinge möglich sind. Man spricht – wie im 7. Altenbericht – von der sorgenden Gemeinschaft.

**Generationenhilfe als Querschnittsaufgabe verstehen:** Das Gestalten des Älterwerdens und des Alters ist ein Thema, was unterschiedliche Bereiche in der Verwaltung aber auch außerhalb von Verwaltung betrifft. Es ist eine Querschnittsaufgabe, in die viele Akteure einzubinden sind. Neben der Stützung und dem Ausbau etablierter Angebote gilt es neue Angebote, die sich an den Wünschen und Ressourcen der älter werdenden Menschen orientieren zu schaffen ohne die übrigen Generationen dabei aus dem Blick zu verlieren, indem man Angebote fördert, in denen sich Generationen begegnen können.

Darüber hinaus gibt es für alle Generationen einen Bedarf an geeignetem barrierefreiem Wohnraum, an einem ÖPNV, der über den reinen Schülerverkehr hinausgeht und attraktiv ist.

Es geht aber auch darum, Angebote zu schaffen, die nicht nur Generationen, sondern im besten Fall auch Kulturen sensibel miteinander verbinden können. Denn auch bei den ausländischen Mitbürgern steigt die Zahl der älteren Menschen.

**Rahmenbedingungen schaffen, so dass Generationenpolitik gelingen kann:** Das bedeutet, Generationsbeziehungen zu stärken, die Generationengerechtigkeit zu fördern und die Interessen aller Altersgruppen ausgewogen zu berücksichtigen. Generationenpolitik soll als Verbindung zwischen bereits vorhandenen und fachlich intensiv bearbeiteten Politikfeldern wie z.B. die Familienpolitik, die Kinder-, Jugend- und Seniorenpolitik oder die Integrationspolitik verstanden werden.

Generationenpolitik würde die Versäulung der Bereiche

aufbrechen und eher im Querschnitt schauen, welche Lösungen sich bieten. Es braucht Orte der Begegnung vor Ort, um Angebote passgenau zu entwickeln und Nachhaltigkeit herzustellen, aber auch mit Informationen und Aufklärung möglichen Konflikten zwischen den Generationen vorzubeugen. Dabei wird es auch darum gehen, wie Landkreis und Gemeinden und Stadt Peine in Zukunft bei diesem Thema noch enger zusammenarbeiten können und sich so gegenseitig bereichern.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Generationenpolitik braucht Ziele; die anhand einer vorausgegangenen Bestandsaufnahme gemeinsam mit den Bürger und Bürgerinnen vor Ort entwickelt werden müssen. Leitend können hier die Fragen sein:

- a) Was wollen wir bewirken?
- b) Was bieten wir dafür an?
- c) Wie setzen wir es um?
- d) Was setzen wir dafür ein?

Das würde vor Ort (im Sozialraum; im Quartier) dazu führen, sich regelmäßig mit den oben genannten Fragen zu befassen und immer wieder neu zu schauen, passen unsere Angebote noch mit unseren Wünschen und Ressourcen zusammen oder ist es an der Zeit, etwas zu verändern.

Der Landkreis kann hier mit seinen Fachbereichen sicher beratend zur Seite stehen oder die eigentliche Arbeit muss vor Ort gemacht werden.



## Was ist für eine gelungene Generationenpolitik notwendig?

- Handlungsfelder ausgestalten
- Bürgerschaftliches Engagement stärken
- Kooperation und Vernetzung fördern
- Sozialräumliche Orientierung schaffen
- Zielgruppengerechte Ansprache wählen

Anke Bode, FD Soziales, Altenhilfeplanung

- a) Die oben genannten Handlungsfelder: Gesundheit, Wohnen, Nachbarschaft, Mobilität und Sicherheit müssen ausgestaltet werden, für die einzelnen Bereiche sollten Ziele formuliert werden und mit entsprechenden Maßnahmen diese Ziele umgesetzt werden.
- b) Generationenpolitik ist ohne Mitwirkung und bürgerschaftl. Engagement kaum denkbar. Alle Altersgruppen verfügen über begrenzte Zeit- und/oder Aktivitätsressourcen für lokales Engagement. Daher ist es gut, Aktivitäten auf mehrere Schultern zu verteilen und so Zeit und Ressourcen des Einzelnen gut im Blick zu behalten. Die Praxis hat gezeigt, dass bürgerschaftliches Engagement verbindlichen, verlässlichen und kontinuierlichen Rahmenbedingungen braucht und eine Begleitung durch hauptamtliche Fachkräfte das Miteinander maßgeblich befördert. So hat es sich bewährt, dass sich die NBH regelmäßig zum Austausch treffen und kleinere Schulungen angeboten bekommen, die ihnen in ihrem Engagement helfen. Ebenso wichtig ist es

aber zukünftig eine Anerkennungskultur zu entwickeln, die das Ehrenamt würdigt und damit auch attraktiver macht.

- c) Kooperation/Vernetzung: ich denke es ist schon angeklungen, dass Generationenpolitik eine Querschnittsaufgabe ist bzw. werden muss. Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit könnte hier sein, das Fachwissen des anderen anzuerkennen und damit seinen spezifische Kompetenz zu würdigen und nicht so sehr den Profit im Auge zu haben.

So könnten Netzwerke entstehen, die für alle Generationen tragfähig sind und die zu Brücken werden können zwischen den einzelnen Hilfe- und Teilhabesystemen. Versorgungslücken könnten so aufgedeckt und durch geeignete Ideen im Netzwerk auch schnell wieder geschlossen werden. Als Beispiel mag hier die Nachtversorgung durch einen ambulanten Dienst genannt sein.

- d) Generationenpolitik beginnt dort, wo die Menschen leben und ihre sozialen Verbindungen haben im Ort/im Stadtteil. Für diese Orte hat sich der Begriff „Quartier“ etabliert. Dahinter steht die Idee, dass passgenaue Angebote mit den Menschen vor Ort am besten zu entwickeln sind, weil sie wissen, wo der Schuh drückt. Sozialräumliche Orientierung schaut, wie groß

muss der Raum sein, in dem ich Angebote vorhalte bzw. vorhalten kann; es wird sicher eher der Hauptort der Gemeinde sein, der alle Angebote der Nahversorgung oder der hausärztlichen Versorgung hat; dann wird es darum gehen, zu schauen, wie kommen Menschen aus den umliegenden Orten da hin? – Im Emsland fährt z.B. ein Patientenbus durch die Dörfer, der die Patienten einsammelt und vor der Arztpraxis absetzt und nach dem Arztbesuch und ggf. einigen Besorgungen wieder nach Haus fährt.

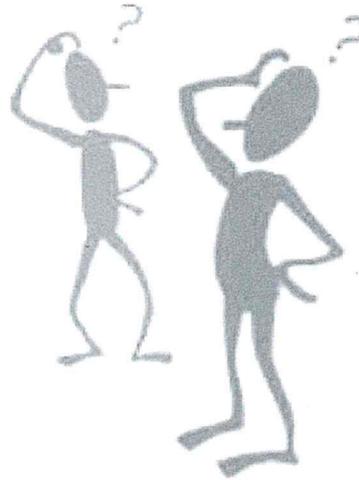
- e) Zielgruppengerechte Ansprache: Damit ist zum einen der Weg gemeint: wo spreche ich die Menschen an, in der Zeitung, im Internet usw. damit ist aber auch die Anrede gemeint.

Ältere Menschen sind nicht mehr gern Senioren – so kommen kaum noch neue zum Seniorenkreis, aber ein Angebot,

was Bewegung mit und ohne Musik heißt und die gleiche Gruppe Menschen ansprechen möchte, hat Zulauf.



Gern beantworte ich Ihre Fragen!



Anke Bode, FD Soziales, Altenhilfeplanung