

Gesundheit als kommunale Aufgabe!

Bedarfsanalyse zur kommunalen
Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe
„Ältere“ im Land Brandenburg (BkG –Ältere)

Laufzeit: Juli 2018/Dezember 18

Koordinierung der Pilotstudie:

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Träger) –
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg

Projektleitung: Ute Sadowski

Kooperationspartner:

Hochschule Neubrandenburg (Jens Forkel, Fachbereich Gesundheit,
Pflege und Management) LAVG-Brandenburg, Abteilung Gesundheit,
Dr. Tobias Müller, Fachstelle Altern und Pflege im Quartier
(Träger: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.)



Studienbericht

Gesundheit als kommunale Aufgabe!

Bedarfsanalyse zur kommunalen
Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe
„Ältere“ im Land Brandenburg (BkG –Ältere)

Wissenschaftliche Expertise 2019



Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Einleitung | 4 |
| 1. Daten zu älteren Menschen in Brandenburg | 5 |
| 1.1 Somatische und psychische Erkrankungen..... | 5 |
| 1.1.1 Krankenhausdiagnosen bei älteren und hochbetagten Frauen und Männern | 5 |
| 1.1.2 im Krankenhaus behandelte Verletzungen nach Altersgruppen in Brandenburg..... | 6 |
| 1.1.3 Stationäre Behandlungsquoten aufgrund von Oberschenkelbruch bei Frauen und Männern 65+ in Brandenburg..... | 7 |
| 1.1.4 Frauen und Männer 65+ mit einer in den letzten 12 Monaten ärztlich/psychotherapeutisch diagnostizierten Depression in Deutschland und Brandenburg..... | 8 |
| 1.2 Mortalität | 8 |
| 1.2.1 Todesfälle unter 65 Jahren bei Frauen und Männern nach Diagnosen in Deutschland und Brandenburg..... | 8 |
| 1.2.3 Tödliche Unfälle bei älteren und hochbetagten Menschen nach Unfallkategorie in Brandenburg..... | 9 |
| 1.2.4 Suizide | 10 |
| 1.3 Demografie..... | 10 |
| 1.3.1 Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen in Brandenburg 2013 und 2040 | 13 |
| 1.3.2 Lebenserwartung ab 65 und ab 80 Jahren in Brandenburg 1993/1995 und 2013/2015..... | 14 |
| 1.4 Soziale Daten | 14 |
| 1.4.1 Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter 65+ in Deutschland und Brandenburg | 14 |
| 1.4.2 Pflegebedürftige nach SGB XI nach Altersgruppen in Brandenburg | 15 |
| 1.4.3 Pflegebedürftigkeitsrate in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Land Brandenburg | 15 |
| 1.4.4 Pflegebedürftige aller Altersgruppen nach Art der Versorgung in Deutschland und Brandenburg | 16 |
| 2. Zum Bestand Gesundheitsförderlicher Angebote für Ältere in zwei Modellgemeinden des Landes Brandenburg | 17 |
| 2.1 Einleitung | 17 |
| 2.2 Ziel..... | 17 |
| 2.3 Methodisches Vorgehen | 18 |
| 2.4 Ergebnisdarstellung | 18 |
| 2.5 Vergleich der untersuchten Landkreise..... | 22 |
| 3. Bedarfe und Bedürfnisse Älterer in zwei gemeinden des Landes Brandenburg | 24 |
| 3.1 Ortsauswahl | 24 |
| 3.2 Bedarfsentwicklung in den Gemeinden | 24 |
| 3.2.1 Landkreis Oberspreewald-Lausitz | 25 |
| 3.2.3 Landkreis Märkisch-Oderland | 32 |
| 3.3 Gesundheitsförderung und Daseinsvorsorge in der Kommune..... | 35 |
| 3.4 Gemeindewerkstätten Methoden im Modell soziokulturelles Empowerment..... | 43 |
| 3.4.1 Methoden | 44 |
| 3.4.1 Durchführung..... | 45 |
| 3.4.2 Ergebnisse der Gemeindewerkstätten..... | 46 |
| 4. Handlungsempfehlungen | 51 |
| 4.1 Empfehlungen auf der Landesebene..... | 51 |
| 4.2 Empfehlungen auf kommunaler Ebene | 52 |
| 4.3 Praktische Empfehlungen | 53 |
| Anhang | 54 |
| A.1 Abbildungsverzeichnis | 54 |
| A.2 Beispiel Gemeindewerkstätten-Konzept | 57 |

Einleitung

Der hier vorliegende Ergebnisbericht entstand im Rahmen der Pilotstudie „Bedarfsanalyse zur kommunalen Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe „Ältere“ im Land Brandenburg (BkG –Ältere)“. Die Studie wurde durch die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg (KGC – Träger Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.) in Kooperation mit der Hochschule Neubrandenburg (Fachbereich Gesundheit, Pflege und Management) und der Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ) in zwei Modell-Landkreisen (Märkisch-Oderland und Oberspreewald-Lausitz) im Land Brandenburg im Jahr 2018 durchgeführt.

Ziel war es, auf der Grundlage einer Bedarfs-, Bestands- und Bedürfnisanalyse die gesundheitlichen Risiken für Ältere mit den vorhandenen gesundheitsförderlichen Angeboten vor Ort im Kontext der subjektiven Bedürfnisse und räumlichen Ressourcen für die Zielgruppe zu erheben, um für Programme und Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung Gelingensfaktoren und prioritäre Handlungsfelder zu identifizieren.

Im ersten Teil des Berichts wird die quantitative Datenauswertung (Bedarfsanalyse) vorgestellt. Diese erfolgte auf der Grundlage von vorhandenen gesundheitlichen Daten (auf der Landesebene). Die Datenübersicht zu den gesundheitlichen Risiken auf der Landesebene wurde durch die Abteilung Gesundheit des Landesamtes für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit zur Verfügung gestellt. Weitere gesundheitsbezogene Daten des Robert Koch-Institutes (GBE, GEDA-Daten) sowie verfügbare Sozialdaten und Daten der kommunalen GBE aus den zwei Modell-Landkreisen wurden ergänzend (Kapitel 3) hinzugenommen.

Im zweiten Teil der Studie werden die Ergebnisse der Bestandsanalyse, welche durch die FAPIQ (Dr. Tobias Müller) durchgeführt wurde, zu gesundheitsförderlichen Angeboten für Seniorinnen und Senioren dargestellt. Die sehr zeitintensive Erhebung wurde auf die zwei Modell-Landkreise (Märkisch-Oderland und Oberspreewald-Lausitz) beschränkt, um so für die ausgewählten Regionen verdichtete Hinweise auf den aktuellen Bestand zu erhalten.

Im nachfolgenden Teil der Bedürfnisanalyse, die durch die Hochschule Neubrandenburg (Jens Forkel) durchgeführt wurde, werden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung zur Lebensqualität im Alter nach dem Modell LETHE (Lebensqualität und Erinnerung – LETHE) vorgestellt. Die Daten wurden im Rahmen von Expertengesprächen und Gemeindegwerkstätten in den Gemeinden Letschin (MOL) und Großräschen (OSL) erhoben. Das Modell LETHE nimmt ressortübergreifend ökonomische, soziale und vor allem kulturelle Ressourcen in den Blick. Mit dem Modell eines ‚soziokulturellen Empowerments‘ werden Strukturveränderungen intendiert, die Öffnungsprozesse so in Gang zu setzen imstande sind, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen besser und nachhaltiger anschließen können.

Die vorliegende Pilotstudie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Vielmehr sollen die Ergebnisse den fachlichen Diskurs anregen und eine ganzheitliche Sichtweise auf das Feld der settingbezogenen Gesundheitsförderung in der Kommune unterstützen. Dazu werden im letzten Teil des Berichtes die Ergebnisse aller Studienteile zu gemeinsamen Handlungsempfehlungen verdichtet.

1. Daten zu älteren Menschen in Brandenburg

1.1 Somatische und psychische Erkrankungen

Zu den häufigsten Diagnosen im Krankenhaus gehören Erkrankungen des Kreislaufsystems für Männer und Frauen beider Altersgruppen (< 85 und > 85 Jahre). Neben den Diagnosen des Verdauungssystems und des Atemsystems zählen bösartige Neubildungen und Diagnosen, die zur Gruppe der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zählen, zu den häufigsten Krankenhausdiagnosen bei älteren und hochbetagten Männern und Frauen im Land Brandenburg.

Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Befunden auf der Bundesebene, des Robert Koch-Instituts (2015)¹ zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (GEDA). „Ältere Menschen leiden vor allem an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Krebserkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Diabetes mellitus. Diese Erkrankungen können die Lebensqualität schwerwiegend einschränken. In GEDA 2009 nahm die Prävalenz ärztlich diagnostizierter kardiovaskulärer Erkrankungen (Herzinfarkt und andere koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Schlaganfall) ab dem 65. Lebensjahr bei Frauen und Männern sprunghaft zu.“ Ebenfalls ist im höheren Alter eine höhere Prävalenz von Krebserkrankungen, Diabetes mellitus und Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen.

1.1.1 Krankenhausdiagnosen bei älteren und hochbetagten Frauen und Männern

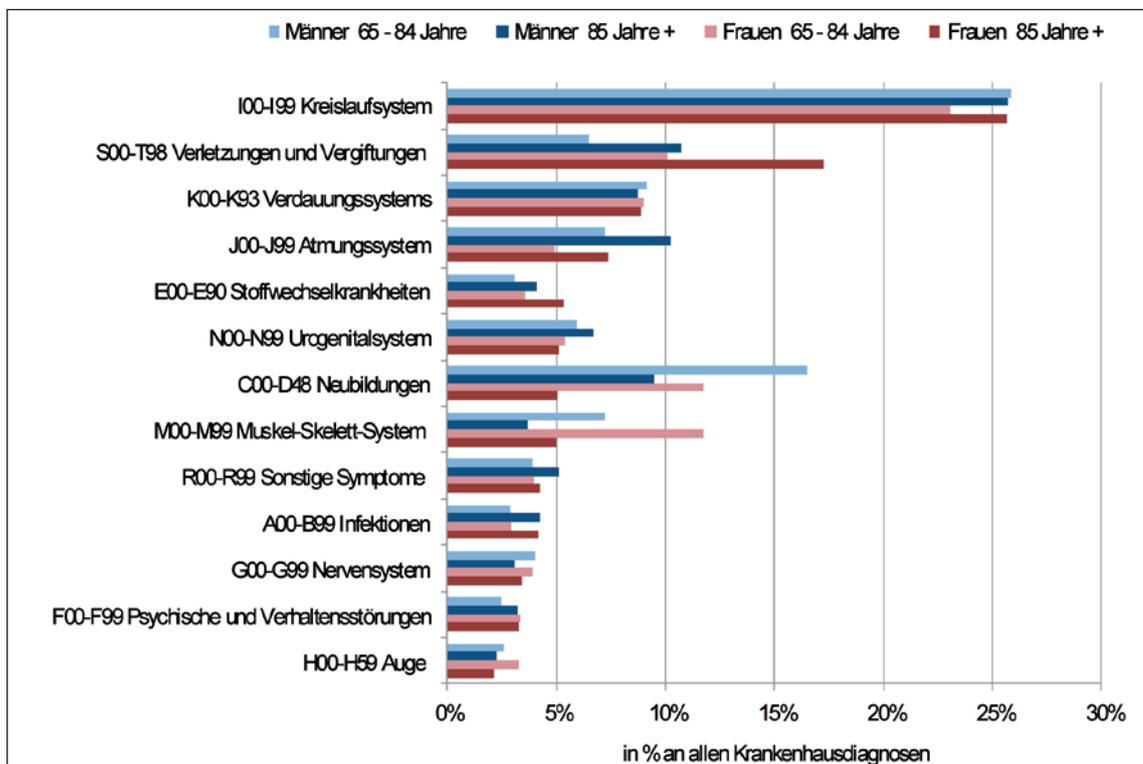


Abbildung 1-1: Krankenhausdiagnosen bei älteren und hochbetagten Frauen und Männern mit Wohnsitz in Brandenburg 2015. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausdiagnosestatistik 2017

¹ Quelle: Wie gesund sind die älteren Menschen? Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin

„Nach Angaben des Statistischen Bundesamts starben im Jahr 2013 insgesamt 14.774 Personen im Alter ab 65 Jahren aufgrund eines Unfalls (ICD-10: Vo1-X59). Über die Hälfte dieser Unfälle ereignete sich im häuslichen Umfeld. Der Anteil der tödlichen Unfälle, die zu Hause geschehen, steigt mit zunehmendem Alter. Bei den Befragten ab 65 Jahren ist ein Sturz die häufigste Unfallursache. Unfälle spielen allerdings für ältere und alte Personen eine andere Rolle als für jüngere, da schwerwiegende Folgen wie Knochenbrüche aufgrund verringerter Bruchfestigkeit im Alter leichter auftreten und längerfristige Einschränkungen verursachen können, zum Beispiel eine verminderte Mobilität infolge eines Oberschenkelhalsbruchs“.²

Die nachfolgenden Daten zeigen den Anstieg der im Krankenhaus behandelten Fälle älterer Menschen mit Verletzungen. Frakturen stellen die häufigste Diagnosegruppe dar. Die häufigste Unfallursache ist ein Sturz. „Der Anteil beträgt fast 30 Prozent und nimmt mit dem Alter zu: Bei Frauen über 70 Jahren sind etwa zwei Drittel der Unfälle sturzbedingt, bei den Männern über 70 Jahren sind es mehr als die Hälfte. Sturzunfälle haben häufig besonders schwere Folgen: Etwa ein Drittel der Stürze führt zu einem Knochenbruch, und jeder vierte Gestürzte muss stationär im Krankenhaus versorgt werden“.³

So zeigen die nachfolgenden Tabellen einen deutlichen Anstieg der Verletzungen (Abb.1.1.2) u.a. der Oberschenkelfrakturen (Abb.1.1.3) im Alter insbesondere im hohen Alter > 80 Jahre.

1.1.2 im Krankenhaus behandelte Verletzungen nach Altersgruppen in Brandenburg

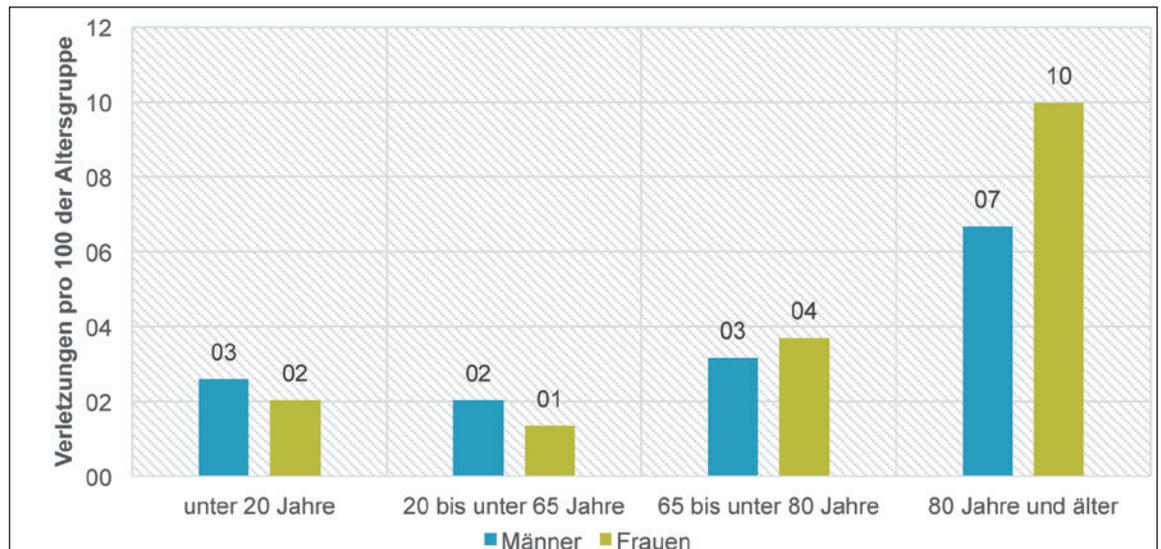


Abbildung 1-2: Mit einer Verletzung (Soo-T98) im Krankenhaus behandelte Frauen und Männer nach Altersgruppen mit Wohnsitz in Brandenburg 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik 2015, Abt. Gesundheit im LAVG Brandenburg, eigene Berechnung

² Quelle: Wie gesund sind die älteren Menschen? Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin

³ Zugriff: 29.3.19 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54236/Stuerze-die-haeufigste-Unfallursache-in-Deutschland>

1.1.3 Stationäre Behandlungsquoten aufgrund von Oberschenkelbruch bei Frauen und Männern 65+ in Brandenburg

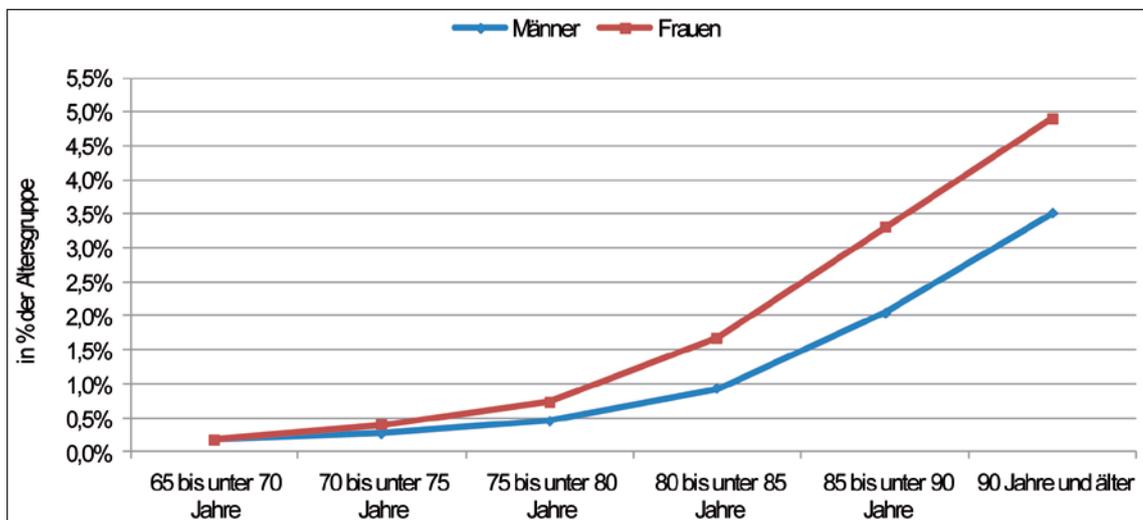


Abbildung 1-3: Stationäre Behandlungsquoten aufgrund von Oberschenkelbruch bei Frauen und Männern 65+ in Brandenburg 2015 in Prozent. Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik, 2017.

„Eine gute psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erhalt der Alltagskompetenz, der sozialen Teilhabe und einer hohen Lebensqualität. Gerade im höheren Lebensalter ist dabei die psychische Gesundheit eng mit der körperlichen Gesundheit verknüpft. Körperliche Erkrankungen und Funktionseinschränkungen sind sowohl Risikofaktoren als auch Folgen psychischer Erkrankungen. Nach den Demenzen sind Depressionen im höheren Lebensalter die häufigsten psychischen Störungen. Basierend auf einer aktuellen Auswertung zahlreicher bevölkerungsbasierter Studien kann geschätzt werden, dass bei Menschen im Alter ab 75 Jahren etwa 7,2 % eine klinisch bedeutsame Depression (sogenannte Major Depression) aufweisen. Bei einem deutlich höheren Anteil älterer Menschen liegt eine subklinische (nicht klinisch erkennbare) depressive Symptomatik vor, die ebenfalls von hoher Relevanz ist, da sie oftmals zu Beeinträchtigungen führt. Die Prävalenz einer solchen subklinischen depressiven Symptomatik bei 75-Jährigen und Älteren wurde auf 17,1 % geschätzt. Die Neuerkrankungsrate an Demenz in der Bevölkerung ab 65 Jahren wird in wohlhabenden Ländern auf insgesamt 1 % bis 2 % pro Jahr geschätzt. Dabei steigen die Inzidenzraten im Altersverlauf stark an, ausgehend von etwa 0,5 % bei den 65- bis 69-Jährigen auf bis zu 10 % pro Jahr bei den 90-Jährigen und Älteren.“⁴

Im Land Brandenburg liegt der Anteil diagnostizierter Depressionen bei Frauen über 65 Jahren bei 6,3 % und bei Männern über 65 Jahren bei 2,6 %. Insgesamt erleiden mehr Frauen als Männer eine Depression im Alter. Der Anteil der an einer Depression erkrankten Frauen im Land Brandenburg liegt unter dem Bundesdurchschnitt mit 7,5 %, der Anteil der erkrankten Männer liegt ebenfalls unterhalb des Bundesdurchschnitts von 3,4 % (Abb.1.1.4).

⁴ Quelle: Wie gesund sind die älteren Menschen? Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin

1.1.4 Frauen und Männer 65+ mit einer in den letzten 12 Monaten ärztlich/psychotherapeutisch diagnostizierten Depression in Deutschland und Brandenburg

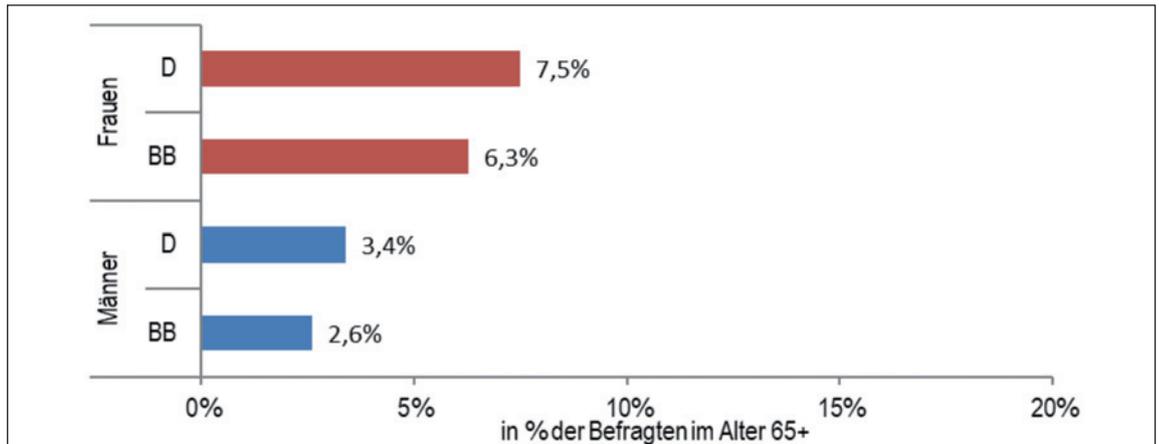


Abbildung 1-4: Frauen und Männer 65+ mit einer in den letzten 12 Monaten ärztlich/psychotherapeutisch diagnostizierten Depression in Deutschland und Brandenburg 2013. Quelle: RKI, GEDA 2013

1.2 Mortalität

1.2.1 Todesfälle unter 65 Jahren bei Frauen und Männern nach Diagnosen in Deutschland und Brandenburg

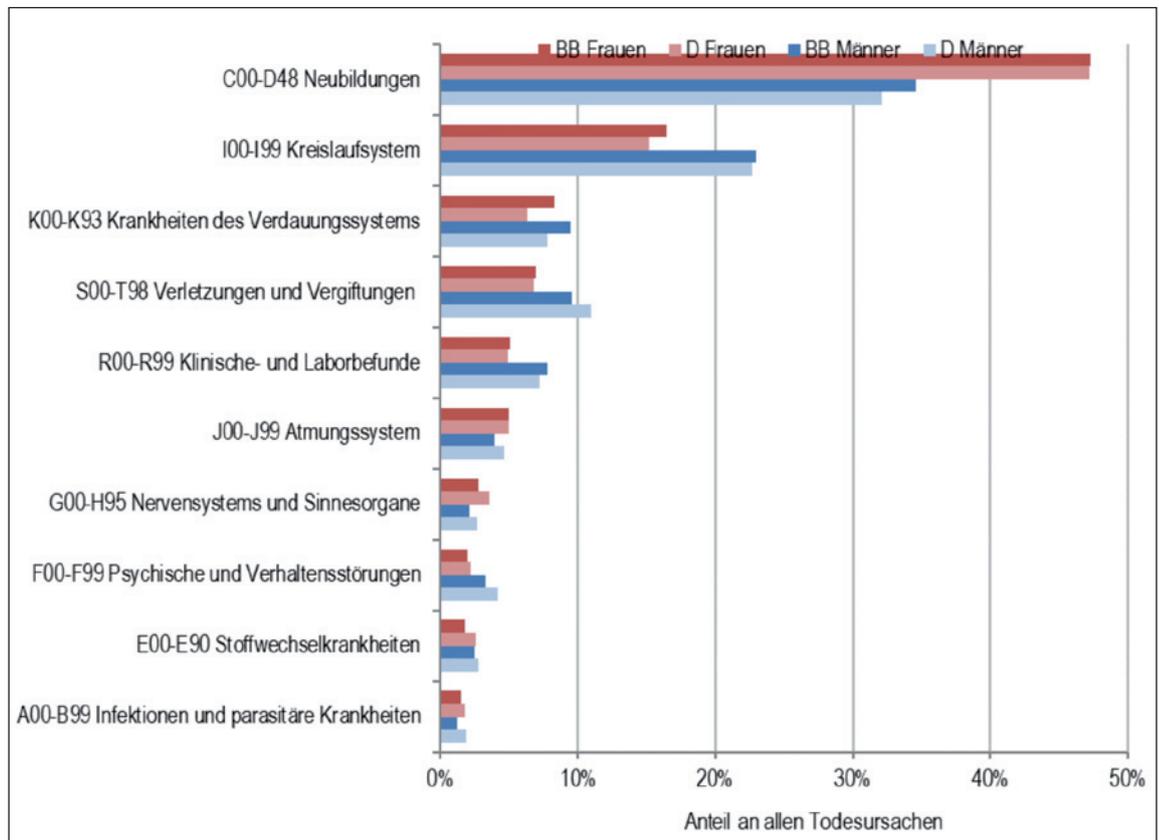


Abbildung 1-5: Todesfälle unter 65 Jahren bei Frauen und Männern nach Diagnosen in Deutschland und Brandenburg 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik 2017

1.2.2 Vorzeitige Sterberate (SMR) in den Brandenburger Landkreisen und kreisfreien Städten im Vergleich zum Landesdurchschnitt 2011

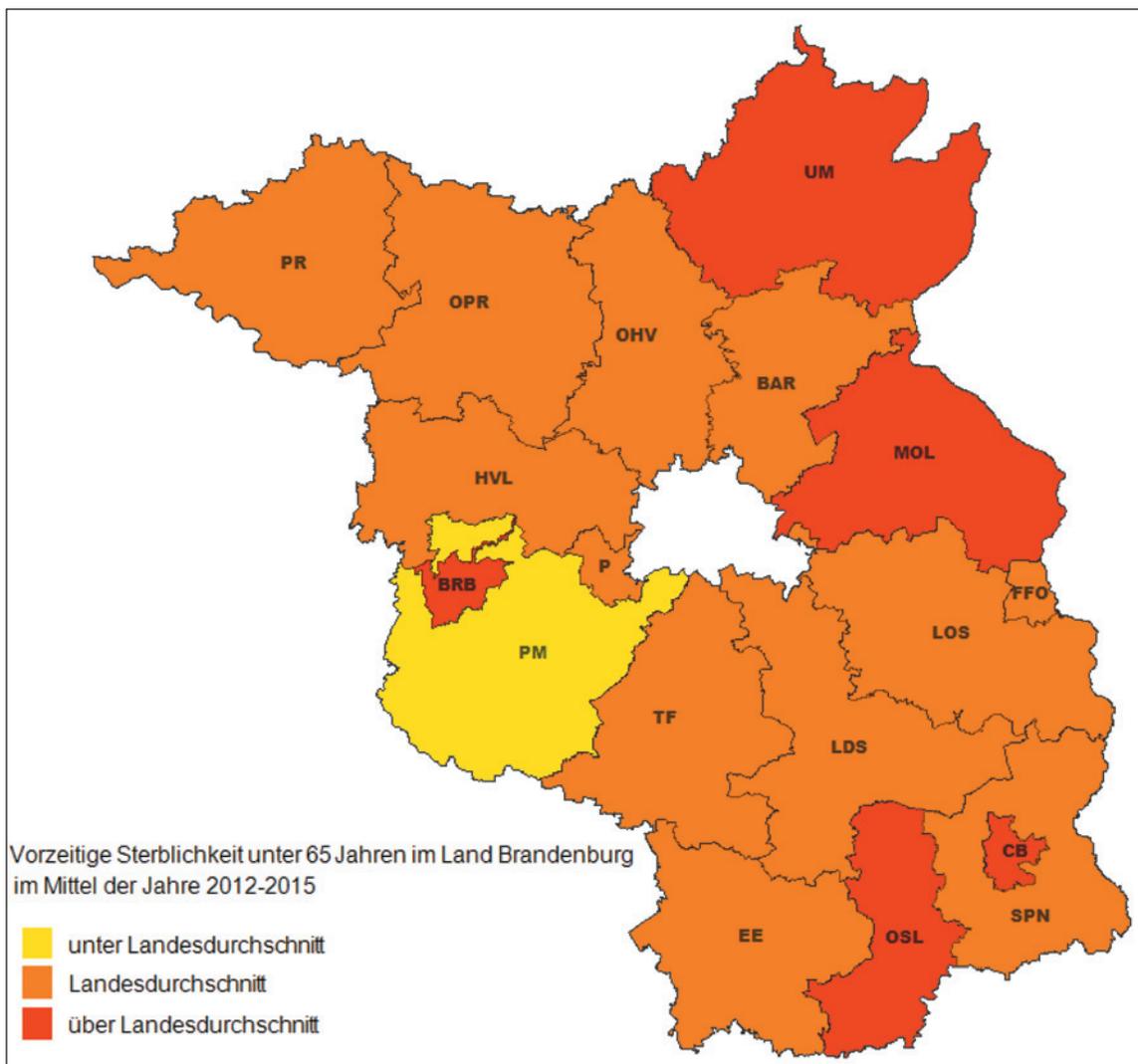


Abbildung 1-6: Vorzeitige Sterberate (SMR) in den Brandenburger Landkreisen und kreisfreien Städten im Vergleich zum Landesdurchschnitt 2011. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Todesursachen- und Bevölkerungsstatistik 2017

1.2.3 Tödliche Unfälle bei älteren und hochbetagten Menschen nach Unfallkategorie in Brandenburg

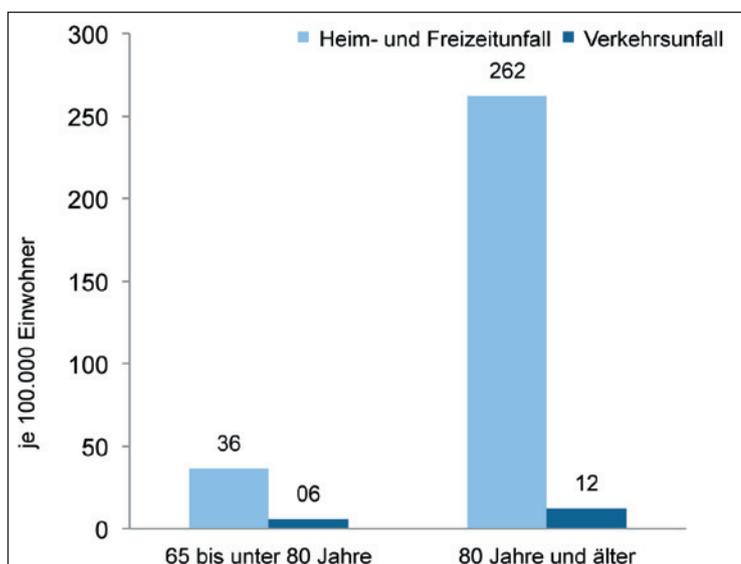


Abbildung 1-7: Tödliche Unfälle bei älteren und hochbetagten Menschen nach Unfallkategorie in Brandenburg 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Abt. Gesundheit im LAVG Brandenburg, eigene Berechnungen

1.2.4 Suizide

Die überwiegende Zahl von Selbsttötungen (Suizide) hängt mit einer depressiven Erkrankung zusammen. Im Jahr 2015 haben sich im Land Brandenburg 97 Männer und 45 Frauen mit 65 Jahren und älter das Leben genommen. Die tatsächliche Zahl erfolgreicher Suizide ist bei Älteren vermutlich höher als in der Todesursachenstatistik ausgewiesen (Destatis, RKI, DZA 2009). Männer zwischen 85 und 90 Jahren sind besonders betroffen. Im Jahr 2015 betrug die Suizidrate bei Männern dieser Altersgruppe im Land Brandenburg 104,3 Suizide pro 100.000 Einwohner; bei Frauen waren es 13,0 Suizide. Insgesamt sind Selbsttötungen (Suizide) im Land Brandenburg etwas häufiger als im Bundesdurchschnitt und seit 2012 wieder etwas angestiegen (siehe Todesursachenstatistik) (siehe Verletzungsmonitoring 2012).

1.3 Demografie

Ausgangspunkt für eine regionale Beobachtung von Bedarfen und Bedürfnissen ist zunächst die allgemeine Bevölkerungsentwicklung im Bundesland. Hier zeigt sich, dass sich die demographischen Effekte der gesamtdeutschen Alterung und Urbanisierung weiterhin nachvollziehen lassen. Die Metropolregion Berlin hat dabei starke positive Wanderungseffekte zu verzeichnen, die sukzessive in die dezentralen Lagen abstrahlen. In zentrumsfernen und ländlichen Regionen ist der Trend zu negativen Wanderungseffekten.

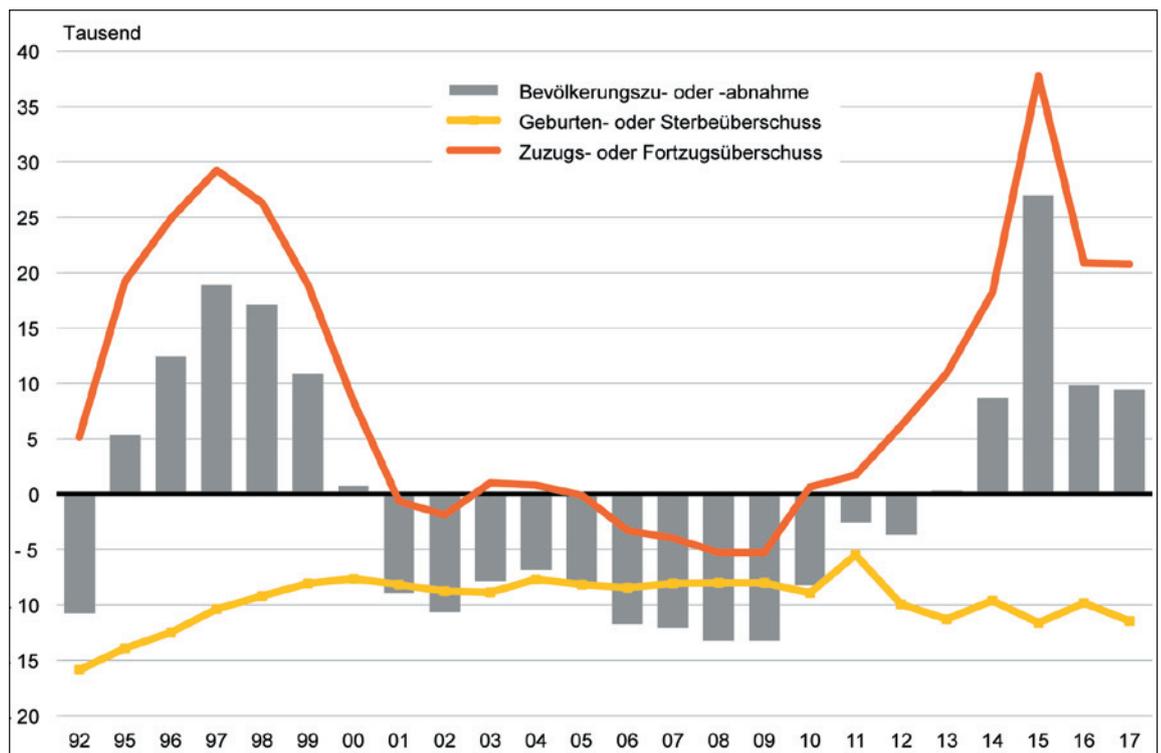


Abbildung 1-8: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht, A 1 3 - j / 17, G2-T10

Gerade durch die ungleichmäßige Besetzung von Alterskohorten, etwa infolge des Geburtenausfalls nach 1990, kann es in einzelnen Altersgruppen mittel- und langfristig zu starken Bevölkerungsab- wie auch -zunahmen kommen. Altersstrukturverschiebungen führen zu einem veränderten Bedarf bei altersspezifischer Infrastruktur wie Bildung, Gesundheitsversorgung und Pflegediensten. Auch die Erwerbsbeteiligung, Einkommen und Steueraufkommen sind zumindest teilweise altersstrukturabhängig. Zudem gilt es, die regional differenzierten Trends in der Entwicklung der Altersstruktur zu berücksichtigen, die große Relevanz für die räumlichen Planungen und Fachplanungen haben. (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018: 14)

Bei der mittleren Variante der Vorausberechnung wird die Bevölkerungszahl im Land Brandenburg bis zum Jahr 2030 gegenüber 2016 um knapp 44.000 Personen (-1,7 Prozent) zurückgehen und einen Stand von 2,45 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern erreichen. Dabei entwickeln sich das Berliner Umland und der weitere Metropolitanraum demografisch unterschiedlich: Während die Einwohnerzahl im Berliner Umland bis 2030 um voraussichtlich 8,7 % wachsen wird, sinkt sie im weiteren Metropolitanraum um 8,3 %.

(Pressemitteilung des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg vom 29. November 2018)

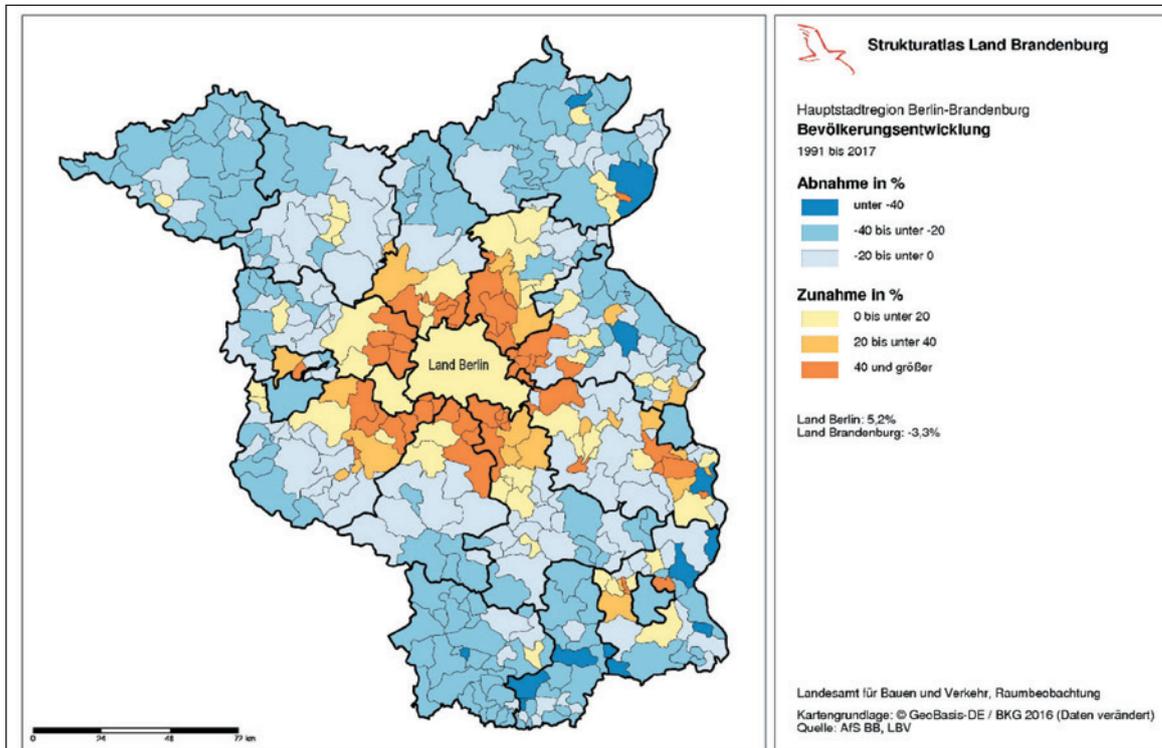


Abbildung 1-9: Strukturatlas Land Brandenburg Bevölkerungsentwicklung 1991-2017

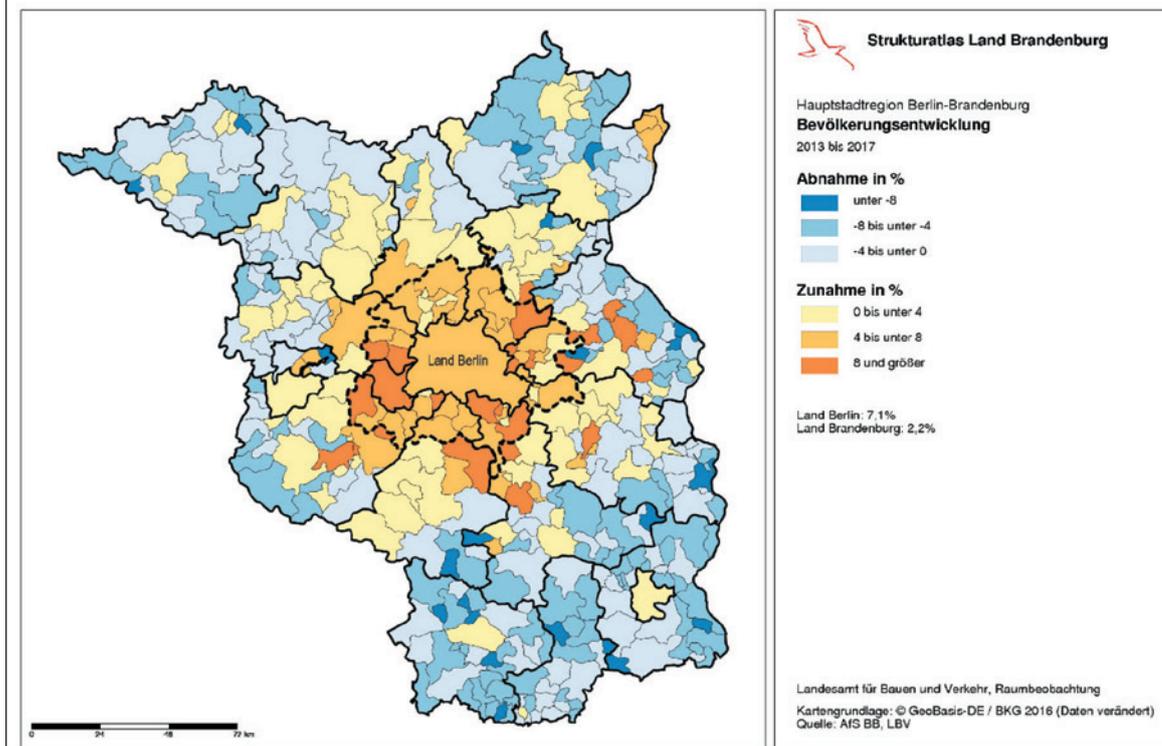


Abbildung 1-10: Strukturatlas Land Brandenburg Bevölkerungsentwicklung 2013-2017

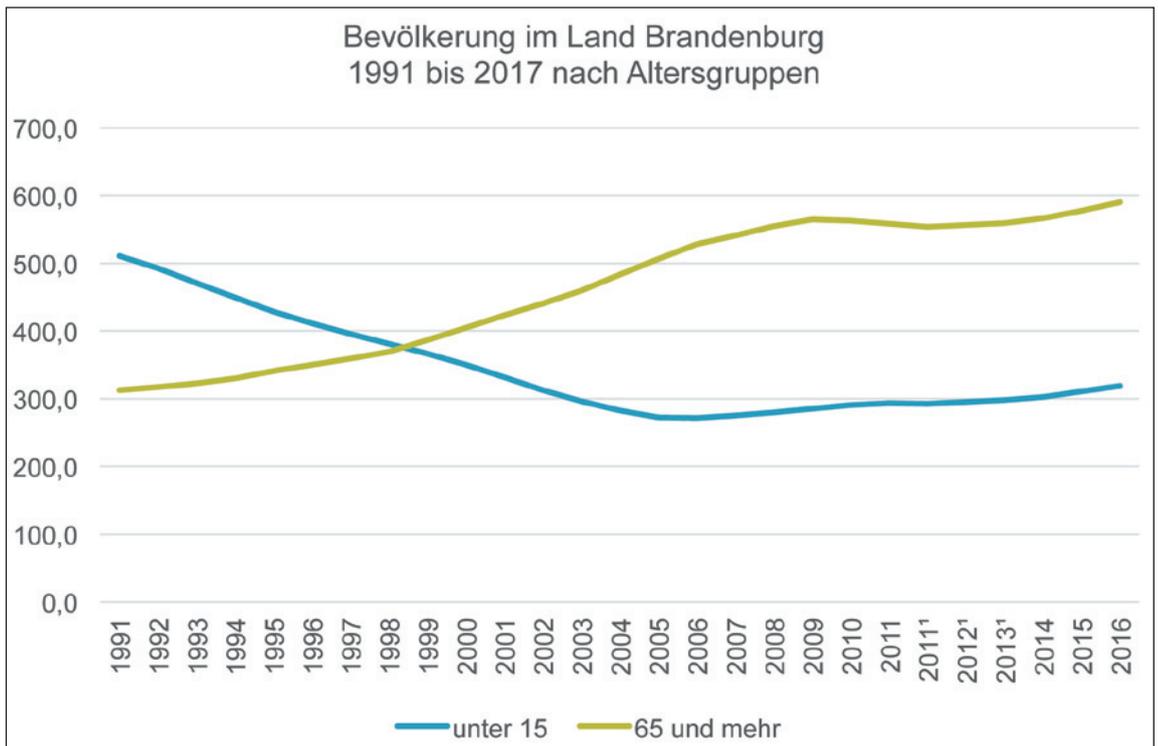


Abbildung 1-11: Bevölkerung im Land Brandenburg 1991 bis 2017 nach Altersgruppen, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam, 2018, 4

Dabei ist die Bevölkerungsentwicklung gekennzeichnet durch eine weitere Alterung, auch wenn sich der Abwanderingstrend nach und nach nivelliert. Der bezogen auf das Land Brandenburg insgesamt sich abzeichnende leichte Bevölkerungsrückgang bis 2030, mehr noch aber die Änderungen in der altersstrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung machen es erforderlich, konsequent zu handeln, um die Folgen des demografischen Wandels für alle Altersgruppen gestalten zu können. Hierzu gehören u. a. die Sicherung von bedarfsgerechter Mobilität, medizinischer Versorgung und Pflege, aber auch mehr gesundheitliche Prävention und bürgerschaftliches Engagement. Es gilt, ausländische und ältere Personen besser in den Arbeitsmarkt zu integrieren, die Arbeits- und Lebensverhältnisse familienfreundlicher zu gestalten und die individuellen Begabungen von Kindern noch besser zu fördern. Ansatzpunkte zum Gegensteuern und Anpassen an vorhersehbare Entwicklungsverläufe bestehen also durchaus. (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018: 18)

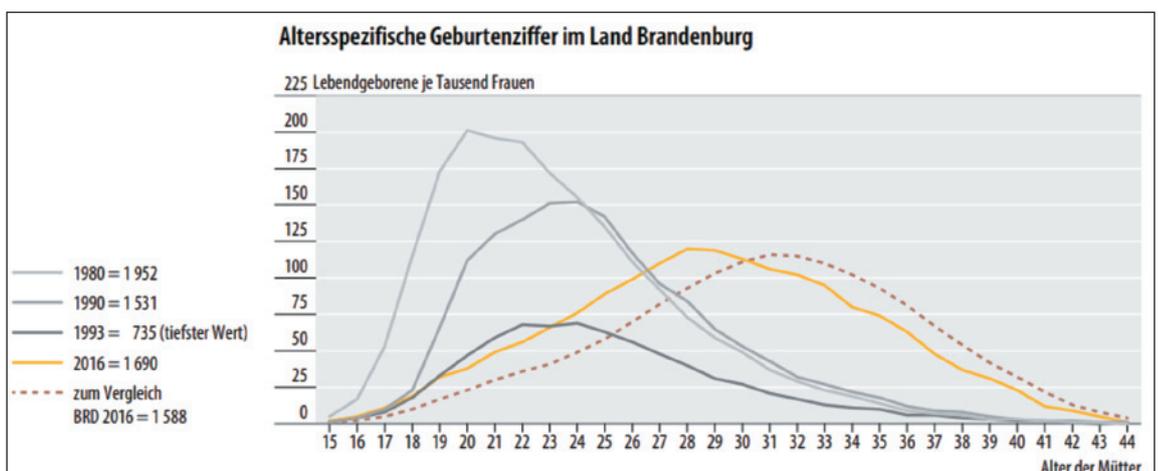


Abbildung 1-12: Altersspezifische Geburtenziffer im Land Brandenburg, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerungsvorausberechnung 2017–2030

Entbindungen und Geburten in Krankenhäusern in Brandenburg 1991 bis 2016

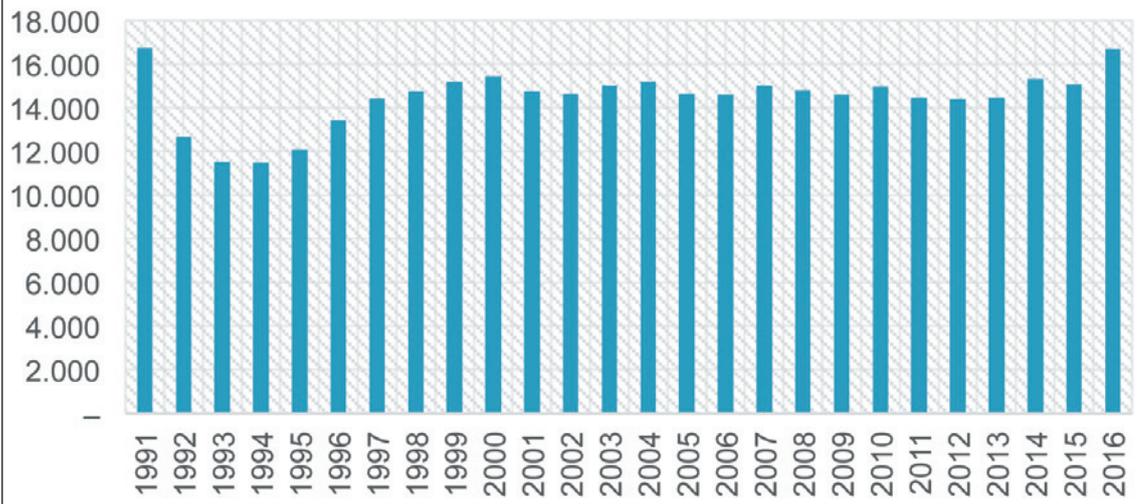


Abbildung 1-13: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Gesundheitswesen, 6: Entbindungen und Geburten in Krankenhäusern in Brandenburg 1991 bis 2016

1.3.1 Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen in Brandenburg 2013 und 2040

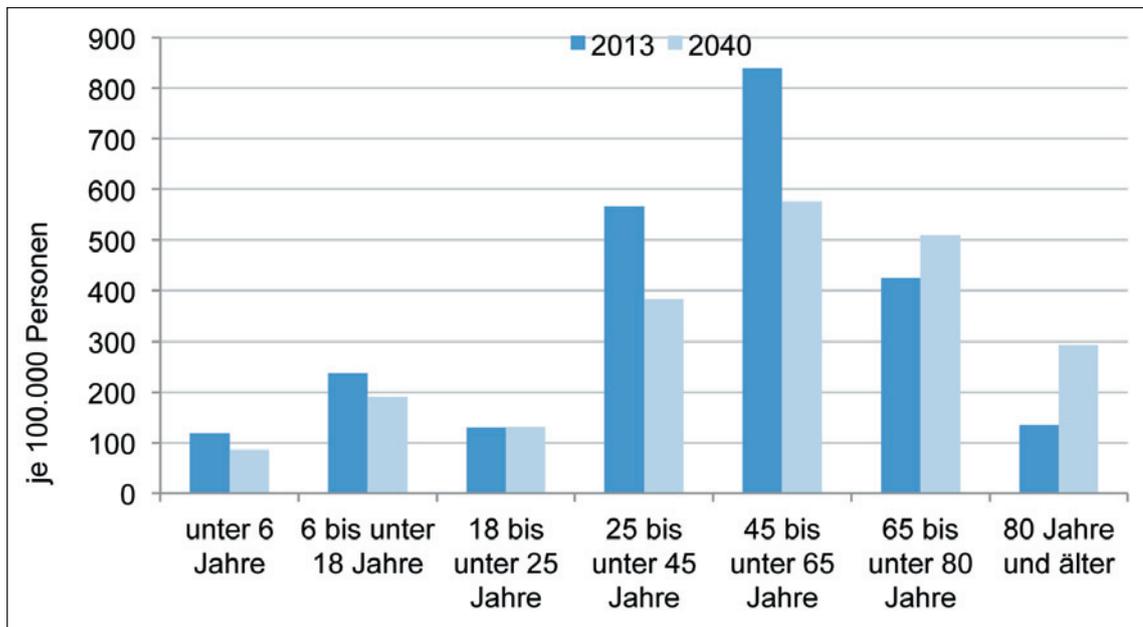


Abbildung 1-14: Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen in Brandenburg 2013 und 2040; Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Bevölkerungsstand zum Jahresende, Bevölkerungsprognose 2014-2040

1.3.2 Lebenserwartung ab 65 und ab 80 Jahren in Brandenburg 1993/1995 und 2013/2015

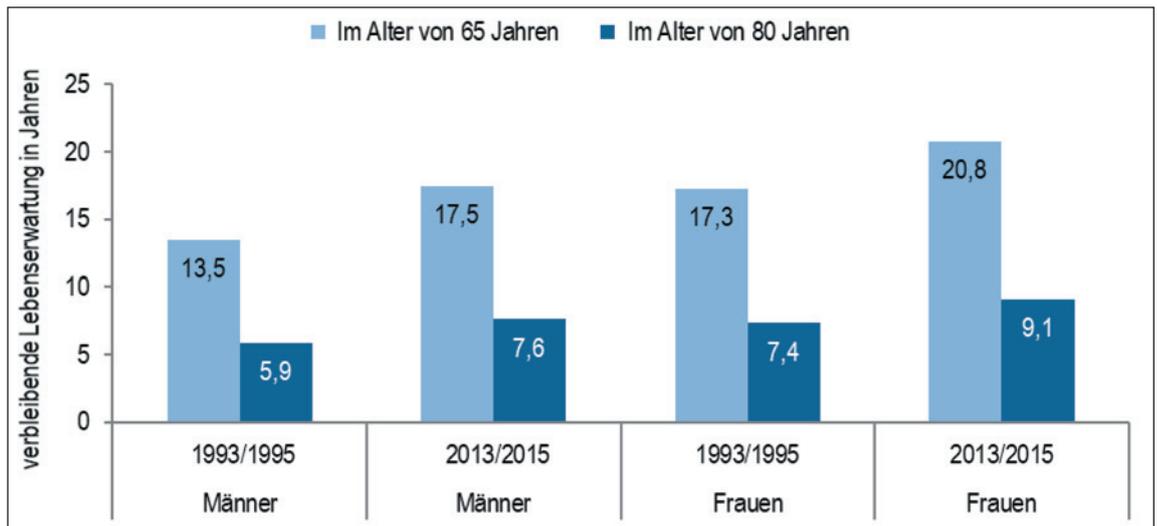


Abbildung 1-15: Lebenserwartung ab 65 und ab 80 Jahren in Brandenburg 1993/1995 und 2013/2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.

1.4 Soziale Daten

1.4.1 Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter 65+ in Deutschland und Brandenburg

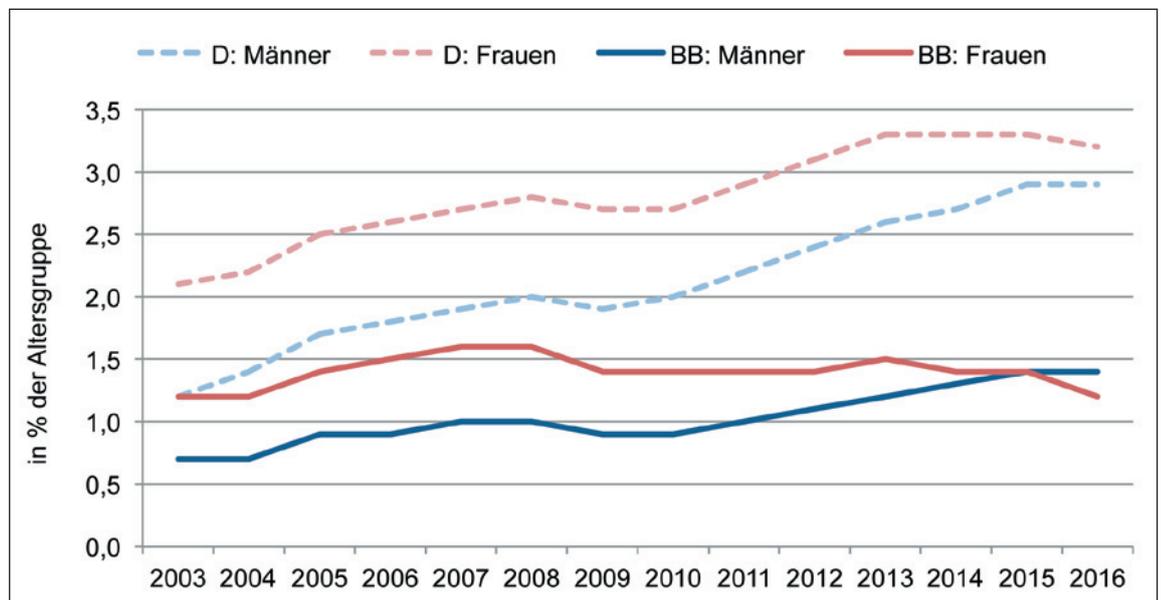


Abbildung 1-16: Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter 65+ in Deutschland und Brandenburg 2003-2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe – Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

1.4.2 Pflegebedürftige nach SGB XI nach Altersgruppen in Brandenburg

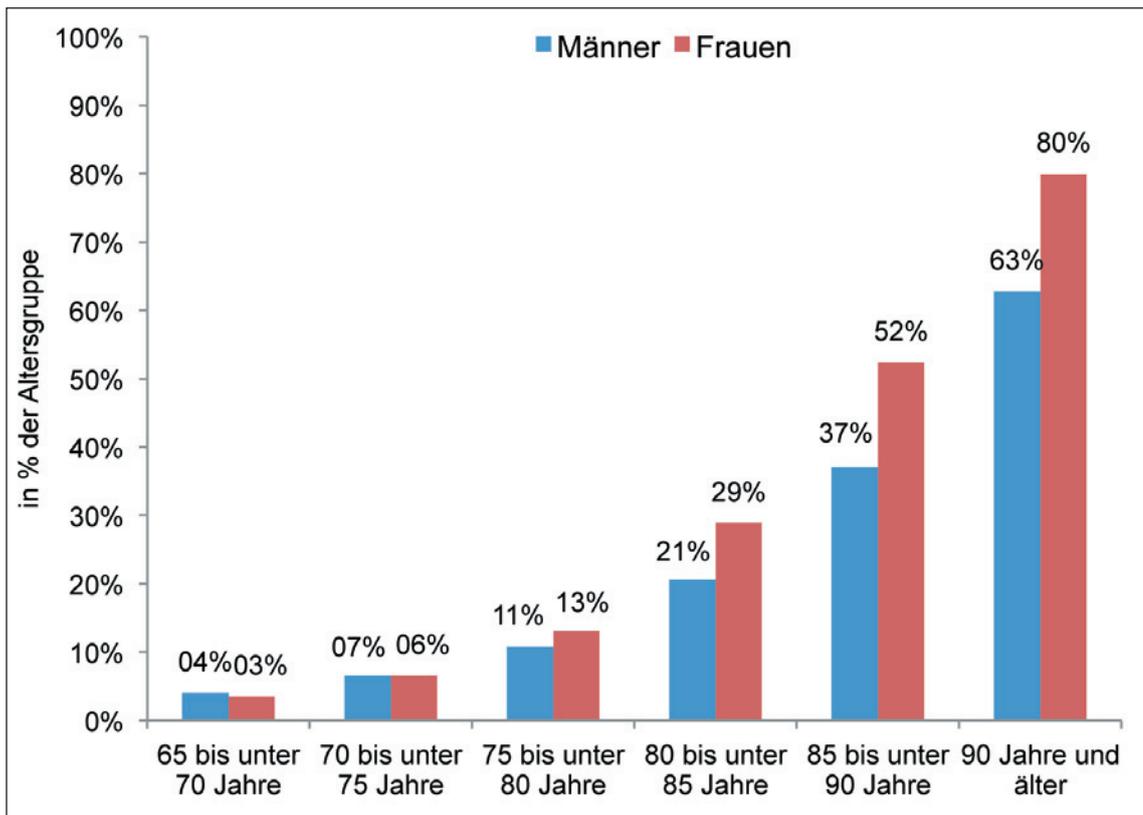


Abbildung 1-17: Pflegebedürftige nach SGB XI nach Altersgruppen in Brandenburg 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik, Bevölkerungsstatistik 2017, eigene Berechnungen

1.4.3 Pflegebedürftigkeitsrate in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Land Brandenburg

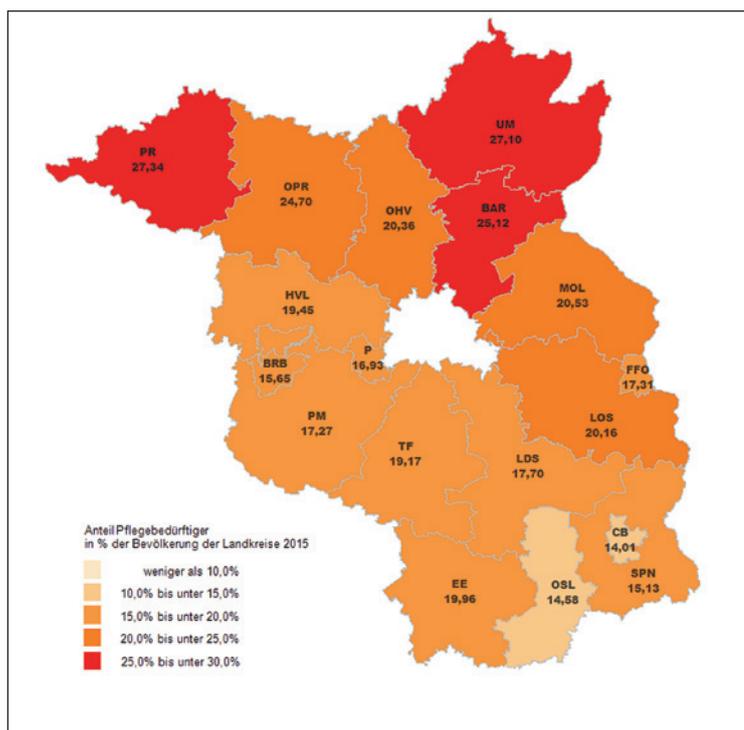


Abbildung 1-18: Pflegebedürftigkeitsrate in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Land Brandenburg. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik, Bevölkerungsstatistik 2015

1.4.4 Pflegebedürftige aller Altersgruppen nach Art der Versorgung in Deutschland und Brandenburg

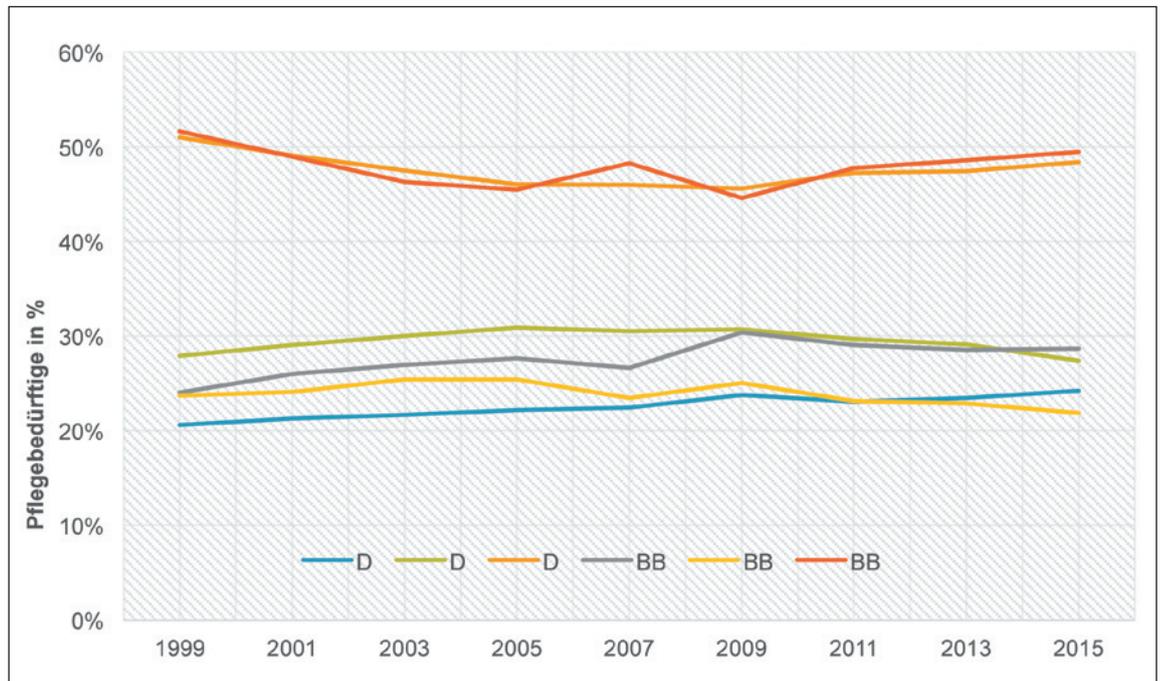


Abbildung 1-19: Pflegebedürftige aller Altersgruppen nach Art der Versorgung in Deutschland und Brandenburg.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017

2. Zum Bestand Gesundheitsförderlicher Angebote für Ältere in zwei Modellgemeinden des Landes Brandenburg

DR. TOBIAS A. MÜLLER, FACHSTELLE ALTERN UND PFLEGE IM QUARTIER IM LAND BRANDENBURG, GESUNDHEIT BERLIN BRANDENBURG E.V. (TRÄGER)

Zusammenfassung

Die Bestandserhebung zu gesundheitsförderlichen Angeboten in zwei ausgewählten Landkreisen hat von Anfang September bis Ende Dezember 2018 unter Einsatz eines selbst entwickelten Fragebogens stattgefunden. Es hat sich gezeigt, dass offenbar bei vielen Nutzenden und Akteuren noch kein hinreichendes Verständnis über die Vielfältigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen existiert und Gesundheitsförderung typischerweise mit Sport assoziiert wird. Entsprechend finden sich auch in der Praxis überwiegend Angebote zur Bewegungsförderung bzw. zum Sport. Ganz allgemein hat sich gezeigt, dass die bestehenden gesundheitsförderlichen Angebote nicht den tatsächlichen Bedarf an diesen in den untersuchten Landkreisen abzudecken scheinen. Selbst dort, wo bereits ein gesundheitsförderliches Angebot existiert, wird dies in der Regel nicht als ausreichend für die Bedarfsabdeckung vor Ort erachtet. Als wesentlich für den Erfolg gesundheitsförderlicher Angebote in den ausgewählten Regionen werden die Betonung des sozialen Austauschs bis hin zur Entstehung von Gemeinschaften sowie das Ehrenamt ausgemacht.

2.1 Einleitung

Im folgenden Bericht werden die wesentlichen Informationen und Ergebnisse einer Bestandserhebung zu gesundheitsförderlichen Angeboten für Seniorinnen und Senioren im Land Brandenburg dargestellt. Die hier vorgestellte Untersuchung hat im Zeitraum von 1.9.2018 bis 24.12.2018 unter der Leitung der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg stattgefunden.

Die hier vorgestellte Erhebung wurde auf die beiden Landkreise Märkisch-Oderland sowie Oberspreewald-Lausitz beschränkt. Die Beschränkung war aufgrund der nur beschränkt zur Verfügung stehenden Ressourcen notwendig, um so in ausgewählten Regionen verdichtete Hinweise auf den aktuellen Bestand gesundheitsförderlicher Angebote für Seniorinnen und Senioren erhalten zu können. Diese beiden Landkreise wurden ausgewählt, weil sie zum einen sehr gut die strukturelle Vielfalt Brandenburgs abbilden und zum anderen bereits einige Vorkontakte in diese beiden Landkreise bestanden. Derartige Vorkontakte können als potenzielle Multiplikatoren in der Region nützlich sein.

2.2 Ziel

Wie bereits angesprochen, hat die vorgestellte Untersuchung im Kern die Fragen zu betrachten, welche gesundheitsförderlichen Angebote in den ausgewählten Landkreisen existieren und wodurch sich diese Angebote kennzeichnen lassen. Darüber hinaus wurde erfragt, welche zusätzlichen Angebote es vor Ort bräuchte. Gesundheitsförderung wird in dieser Untersuchung breit verstanden, sie umfasst neben den Aspekten des Sports und der Bewegung auch die Ernährung, die Entspannung und Stressbewältigung, den Umgang mit Suchtmitteln, den sozialen Kontakt, die Information über gesundheitliche Aspekte (bspw. über Krankheitsbilder) sowie Beratungskompetenz zu Gesundheitsprävention. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Untersuchung werden Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung Älterer im Land Brandenburg ausgesprochen. Das bedeutet, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung auf andere Landkreise des Landes Brandenburg übertragbar sein sollen.

2.3 Methodisches Vorgehen

Für die Untersuchung wurden Akteure der Gesundheitsförderung für Ältere als Zielgruppe festgelegt. Diese Akteure waren entweder Anbieter*innen oder (Mit-)Organisator*innen eines gesundheitsförderlichen Angebots in den ausgewählten Landkreisen. Die Kontaktinformationen der Akteure wurden recherchiert und von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zugearbeitet. Für die Erhebung wurde zunächst ein eigener Fragebogen entwickelt, der vor dem Einsatz mit Test-Probandinnen und -Probanden auf seine Schlüssigkeit und Verständlichkeit hin überprüft und optimiert wurde. Anschließend wurde er per E-Mail an die Akteure versendet und konnte über einen Link direkt online ausgefüllt werden.

Der Fragebogen umfasst geschlossene und offene Fragen, die entsprechend der Zielstellung Informationen zu folgenden Dimensionen erfassen:

- Der Status des Projekts,
- die praktische Ausgestaltung des Projekts,
- die Organisation des Projekts,
- die Projektziele,
- die Gelingensfaktoren sowie
- der Bedarf nach gesundheitsförderlichen Angeboten vor Ort.

Zusätzlich hat der Fragebogen eine offene vertiefende Kommentierung des Projekts ermöglicht und nach weiteren interessanten gesundheitsförderlichen Angeboten in den Auswahlregionen gefragt.

Nach den ersten drei Wochen der Erhebungsphase wurde deutlich, dass das eingeschlagene Vorgehen nicht den erwarteten Erfolg bringen würde. Es hatte sich bis dahin ein geringer Rücklauf (< 5 %) abgezeichnet. Daraufhin wurde das Verfahren umgestellt. Ein Projektmitarbeiter kontaktierte fortan telefonisch potenzielle Interviewpartner*innen und füllte mit diesen gemeinsam am Telefon den Fragebogen aus. Dieses Verfahren hat zu einer deutlichen Steigerung des Rücklaufs beigetragen, gleichwohl können die gewonnenen Daten keinen Anspruch auf Repräsentativität in den beiden ausgewählten Landkreisen erheben.

Im Anschluss an die Erhebung wurden die Daten zunächst bereinigt. Offensichtlich fehlerhafte Items bzw. Fragebögen wurden ausgeschlossen. Zudem wurde der gewonnene Datensatz auf logische Widersprüche hin überprüft. Antworten des offenen Kommentarbereichs wurde möglichst anderen Fragenkategorien zugeordnet. Die Antworten der offenen Fragen wurden in einem Folgeschritt kategorisiert. Der so modifizierte Datensatz wurde im Anschluss deskriptiv und inferenzstatistisch ausgewertet.

2.4 Ergebnisdarstellung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Hierbei handelt es sich zunächst um deskriptive Kennwerte der Untersuchung.

Insgesamt stehen nach der Erhebung 80 verwertbare Fragebögen zur Verfügung. Davon beziehen sich 36 auf jeweils ein Projekt aus dem Märkisch-Oderland und 37 auf jeweils ein Projekt dem Landkreis Oberspreewald-Lausitz. Sieben Projekte konnten geografisch nicht genauer zugeordnet werden. Bei der Mehrheit der Angebote handelt es sich um Bewegungsförderung/Sport (50), wobei der soziale Austausch als sekundäres Ziel ebenfalls häufig vertreten ist (44), zumeist aber nicht den eigentlichen Anlass darstellt (siehe Abb.1).

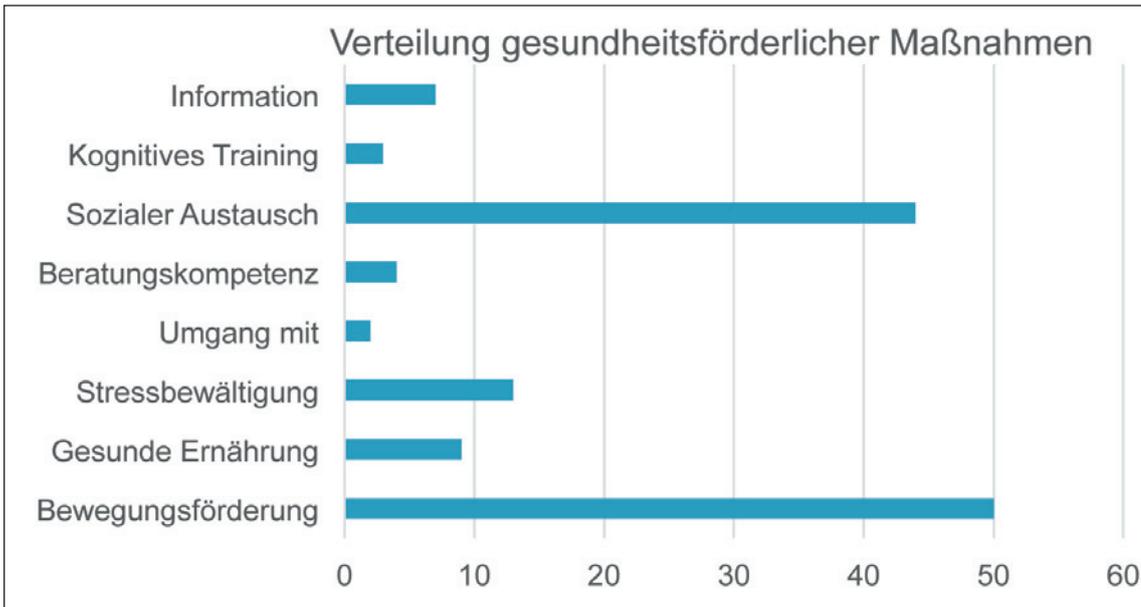


Abbildung 2-1: Verteilung gesundheitsförderlicher Maßnahmen (Mehrfachnennung möglich), eigene Darstellung

Von den untersuchten Projekten wurden 18 bereits eingestellt. Bei 61 der Projekte handelt es sich um aktuell noch bestehende Angebote (Abb. 2).



Bei den untersuchten Projekten handelt es sich zu ca. 2/3 (n=55) um regelmäßige Angebote, wovon die meisten ca. ein- bis zweimal die Woche stattfinden, und zu ca. 1/3 (n=22) um unregelmäßige Angebote, bei denen es sich am häufigsten um einmalige Veranstaltungen handelt (Abb. 3).

Abbildung 2-2: Projektstatus, eigene Darstellung

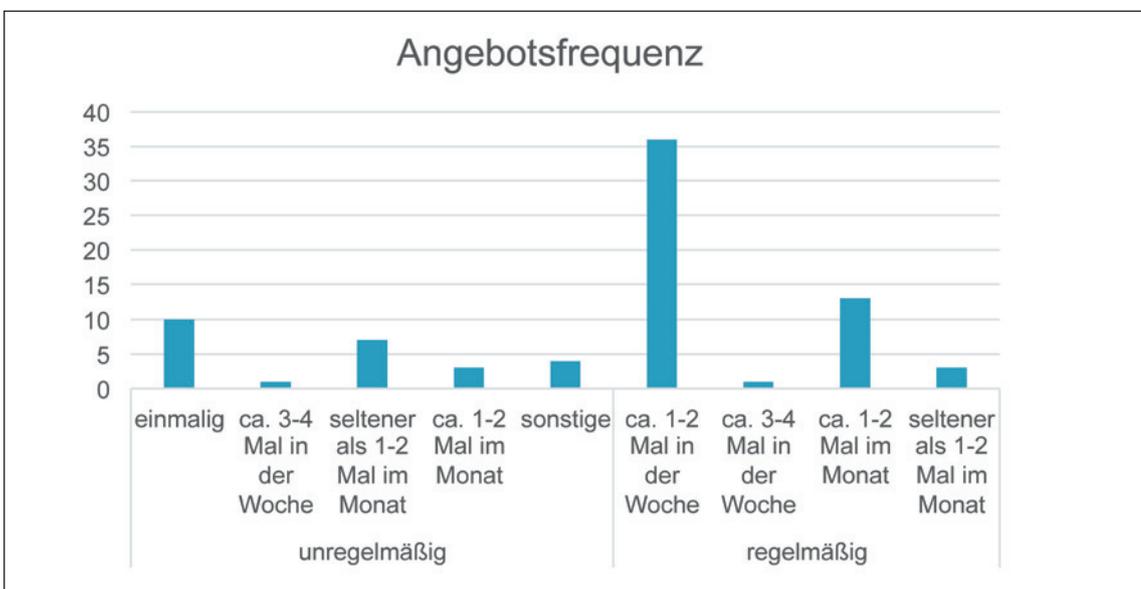


Abbildung 2-3: Angebotsfrequenz, eigene Abbildung

Ein Drittel der Angebote zielt auf große Teilnehmergruppen von über 40 Teilnehmenden, ca. ein Drittel auf Gruppen zwischen 11 und 20 Personen, das verbleibende Drittel verteilt sich hälftig auf die Gruppengrößen von 1-10 sowie 21-30. Die Mehrheit der Angebote (n=47) zielt auf eine hinsichtlich des Alters gemischte Zielgruppe. Dies kann auch bedeuten, dass sowohl „junge Alte“ als auch „alte Alte“ gemischt sind. Für sieben Angebote liegen diesbezüglich keine Informationen vor. 26 der Projekte sind altersspezifisch ausgerichtet. Das heißt, dass die Teilnehmenden der Zielgruppe einen maximalen Altersabstand von neun Jahren haben (Abb. 4).

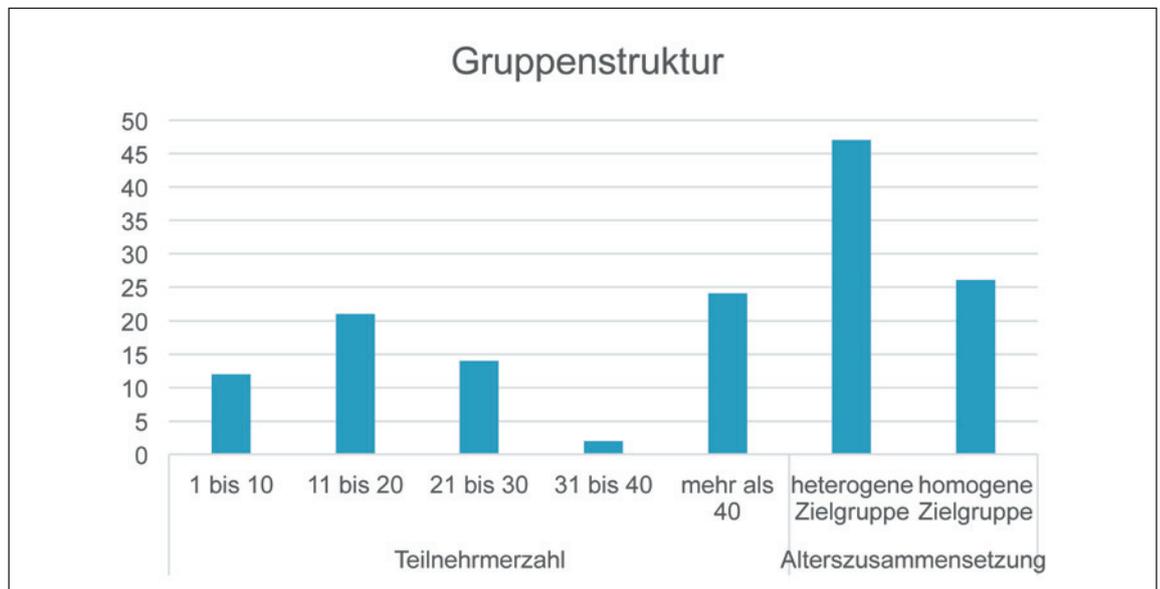


Abbildung 2-4: Gruppenstruktur, eigene Abbildung

Für ca. die Hälfte der erhobenen Angebote (n=37) gilt, dass die Finanzierung aus verschiedenen Quellen stattfindet. 32 Angebote wurden jeweils nur aus einer Förderquelle heraus finanziert. Die verbleibenden Projekte (n=11) haben sich nicht zu ihren Förderquellen geäußert. Von diesen Förderquellen waren die häufigsten der Eigenanteil der Nutzer*innen (n=34), das Ehrenamt (n=27) sowie die Unterstützung aus öffentlichen Mitteln (n=21) (Abb. 5).

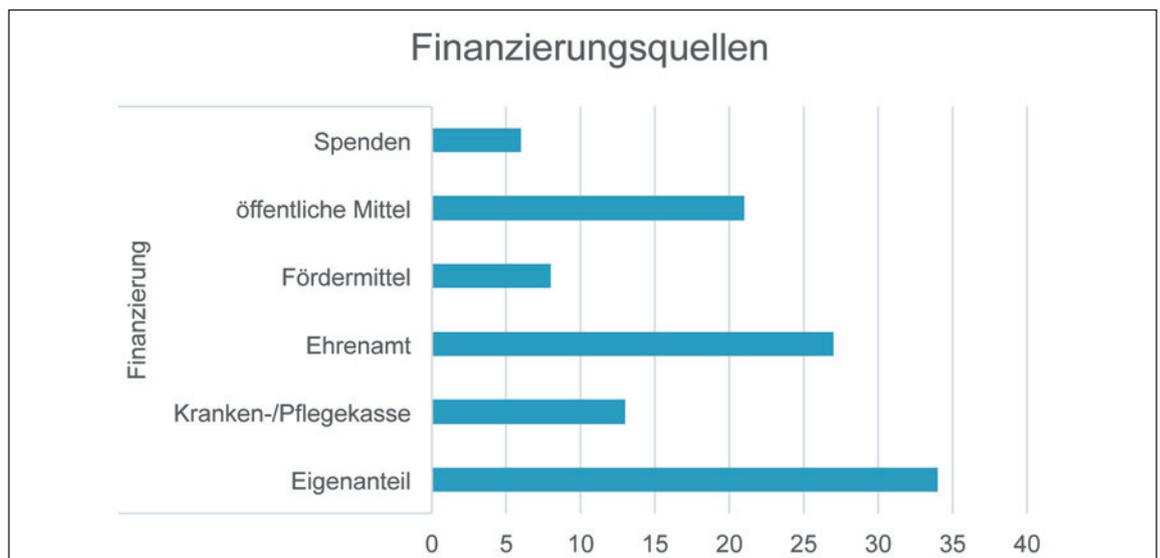


Abbildung 2-5: Finanzierungsquellen (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung

In den meisten Fällen (63) wurde von den Akteuren angegeben, dass nicht genügend bzw. gar keine vergleichbaren Angebote vor Ort existieren. In elf Fällen wurde das örtliche Angebot als ausreichend betrachtet. Zu fünf Projekten fehlen diesbezügliche Angaben (Abb. 6).



Abbildung 2-6: Angebotsstruktur vor Ort, eigene Abbildung

Die Akteure wurden in der Erhebung befragt, was nach ihrer Erfahrung zum Gelingen (Abb. 7) bzw. Scheitern (Abb. 8) des Angebots wesentlich beiträgt. Dabei war der mit Abstand am häufigsten benannte Gelingensfaktor das Bestehen einer Gemeinschaft. Das bedeutet, dass das Angebot zu dem Zusammenfinden der Teilnehmenden hin zu einer Gruppe geführt hat, die auch über den eigentlichen Rahmen des Angebots hinaus eigenständig gemeinsame Aktivitäten durchführt. Zum Scheitern scheinen hingegen eine fehlende Infrastruktur zur Erreichung des Angebots, ein allgemein fehlendes Interesse an Gesundheitsförderung, hohe Kosten für die Nutzenden sowie insbesondere für Vereine Schwierigkeiten in der Nachwuchsgewinnung im höheren Alter.



Abbildung 2-7: ausgewählte Gelingensfaktoren für gesundheitliche Angebote (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung

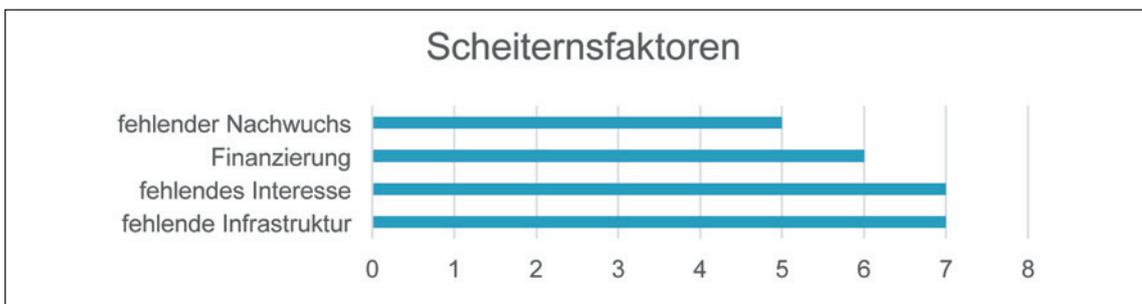


Abbildung 2-8: Ausgewählte Scheiternsfaktoren für gesundheitsförderliche Angebote (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung

Über den eigentlichen Fragebogen hinaus hat der telefonische Zugang die Möglichkeit eröffnet, zusätzliche Informationen zu den Projekten zu erhalten, die in einem ergänzenden Gesprächsprotokoll festgehalten wurden. Hierbei ist das wesentliche Ergebnis, dass ein entscheidender Faktor für das Gelingen eines gesundheitsförderlichen Angebots die Eröffnung eines Raums für Zusammenkommen und Geselligkeit der Teilnehmenden zu sein scheint. Dieser Raum sollte auch über das eigentliche Angebot hinaus aufgespannt werden (bspw. durch Gruppenausflüge und Feste). Dieses Ergebnis bildet sich auch in den erhobenen Gelingensfaktoren über die hohen Werte der Faktoren „Gemeinschaft“ und „sozialer Austausch“ ab.

Darüber hinaus hat der telefonische Zugang noch zu einem weiteren Ergebnis geführt: Offenbar werden viele der verfügbaren Datenbanken bzw. Kontaktinformationen, die helfen sollen, gesundheitsförderliche Angebote für Seniorinnen und Senioren ausfindig zu machen, nicht regelmäßig aktualisiert. So ist es häufig dazu gekommen, dass vermeintliche Akteure angerufen wurden, die allerdings schon seit Jahren nicht mehr diese Ämter besetzen. Die Nachfolgenden im Amt ausfindig zu machen, ist häufig nur mit sehr viel Aufwand möglich.

2.5 Vergleich der untersuchten Landkreise

Die beiden Landkreise unterscheiden sich in der Verteilung gesundheitsförderlicher Maßnahmen nicht systematisch voneinander (Abb. 9). Ähnlich verhält es sich mit weiteren strukturellen Kennwerten, wie beispielsweise dem Vorhandensein vergleichbarer Angebote (Abb. 10 & 11). Dennoch sei an dieser Stelle noch einmal darauf verwiesen, dass es sich nicht um repräsentative Ergebnisse handelt.

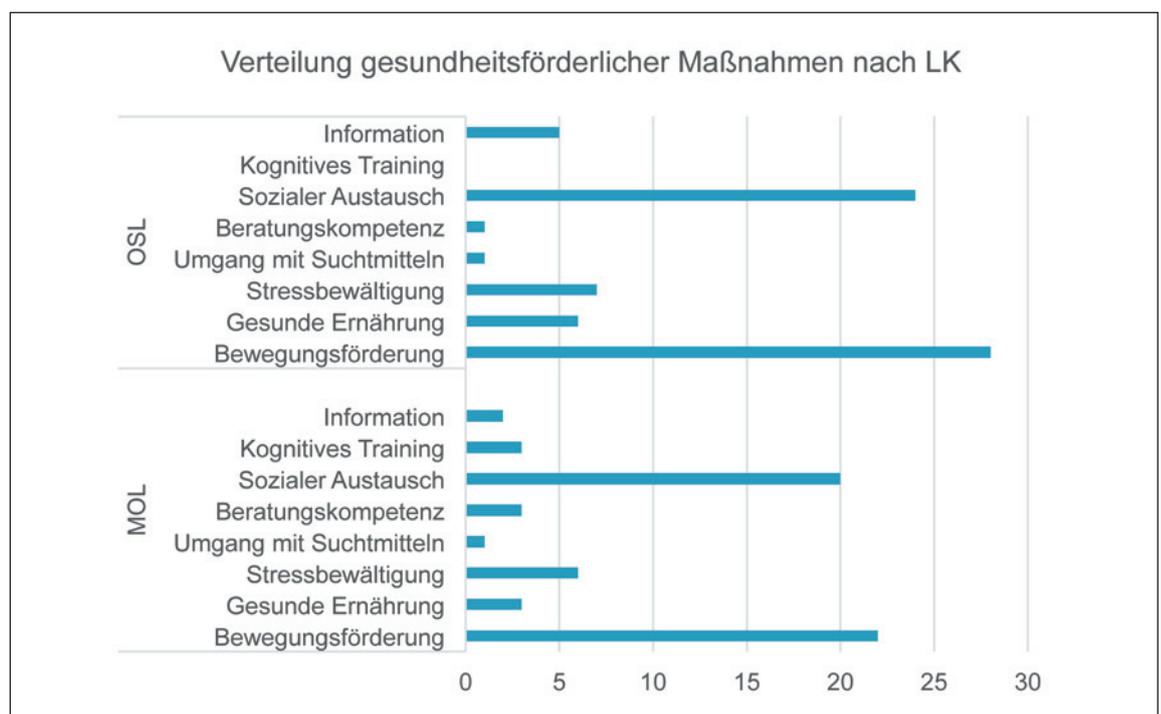


Abbildung 2-9: Verteilung gesundheitsförderlicher Maßnahmen nach LK (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung



Abbildung 2-10: vergleichbare Angebote vor Ort nach LK, eigene Abbildung

Interessanterweise unterscheiden sich die beiden untersuchten Landkreise hinsichtlich ihrer Finanzierungsquellen voneinander. Zwar bilden der Eigenanteil der Nutzenden sowie das Ehrenamt übergreifend die wesentlichen Finanzierungsquellen, dennoch unterscheiden sich beide Landkreise stark nach der Inanspruchnahme von Fördermitteln und Spenden (Abb. 10).

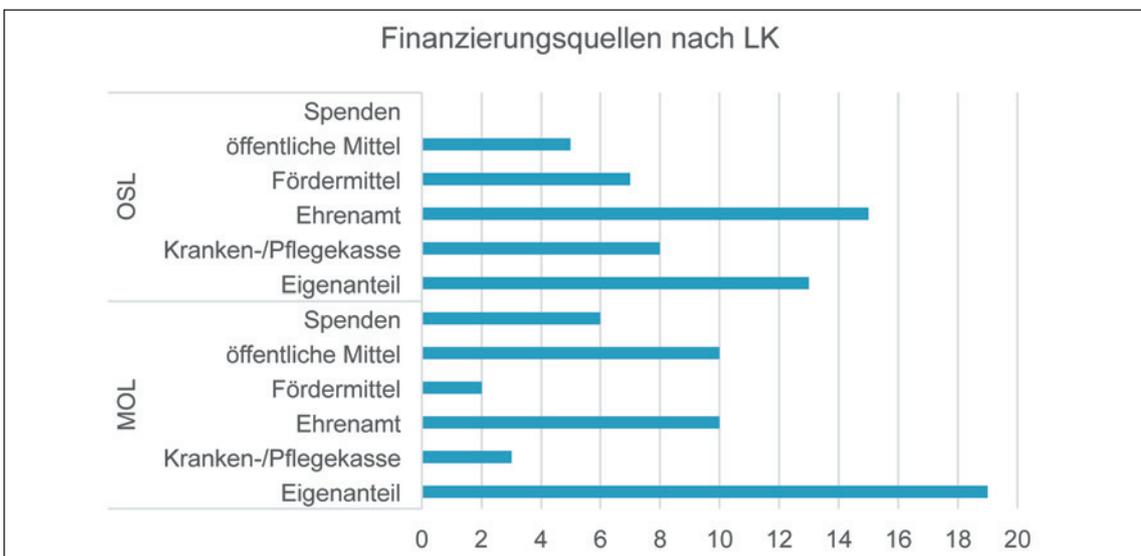


Abbildung 2-11: Finanzierungsquellen nach LK (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung

3. Bedarfe und Bedürfnisse Älterer in zwei Gemeinden des Landes Brandenburg

JENS A. FORKEL, HOCHSCHULE NEUBRANDENBURG, BEDARFE UND BEDÜRFNISSE ÄLTERER

Bezüglich der Fragestellung der räumlichen und sozialen Verteilung gesundheitlicher Ungleichheit stellt sich mit den Befunden einer territorialen Ungleichheit (z.B. Forkel et al. 2017, RKI 2015) immer wieder die Frage nach der Erreichbarkeit vor allem älterer Einwohnerinnen und Einwohner dezentraler oder peripherer Wohnlagen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Insbesondere in den Flächenländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ist im settingbezogenen Empowerment ein Potential für die Aufgaben der Gesundheitsförderung in der Kommune zu sehen. Dieses wurde mittels einer qualitativen Methodik in verschiedenen Forschungsprojekten an der Hochschule Neubrandenburg für den ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg untersucht. Im Ergebnis dieser Untersuchungen und Zugänge zum ländlichen Raum wurde ein Modell (Lebensqualität und Erinnerung – LETHE) entwickelt, das ressortübergreifend ökonomische, soziale und vor allem kulturelle Ressourcen in den Blick nimmt und Aktivierungspotentiale in kleineren und kleinsten Gemeinden untersuchbar machen soll.

3.1 Ortsauswahl

In Vorbereitung der Untersuchung wurden durch zufällige Auswahl zwei Landkreise des Landes Brandenburg festgelegt: Märkisch-Oderland und Oberspreewald-Lausitz. Interessant schien für die Auswahl der Gemeinden die durchaus unterschiedliche Konstitution der regionalen Bedingungen und Lebensqualität. Diese Diversität war insbesondere für einen soziokulturellen Zugang von Bedeutung. Die Region im Oderbruch des Landkreises Märkisch-Oderland zeichnete sich durch eine regional typische und von der südbrandenburgischen Prägung des Landkreises Oberspreewald-Lausitz gut zu unterscheidenden Regionalkultur bei einer vergleichbaren sozioökonomischen Struktur aus. Die Vergleichbarkeit beider Kommunen wurde allerdings durch die unterschiedliche Siedlungsstruktur beeinträchtigt. Die Gemeinde Letschin hatte im Dezember 2017 eine Einwohnerzahl von 3967 Einwohnerinnen und Einwohnern in zehn Ortsteilen, die Stadt Großräschen 8629 Einwohnerinnen und Einwohner in fünf Stadt- und sieben Ortsteilen. Diesen Effekt konnte man jedoch in Kauf nehmen, um in der zwangsläufig kleinen Stichprobe den Einfluss der Gemeindegröße mit in das Untersuchungsfeld aufzunehmen. Bei einer vergleichbaren demografischen Entwicklung wurde jedoch deutlich, dass die ökonomische Struktur in beiden Untersuchungsorten unterschiedlicher Natur ist. Während im ostbrandenburgischen Landkreis Märkisch-Oderland und hier insbesondere im Oderbruch eine ländliche Prägung vorliegt, ist im südbrandenburgischen Großräschen eine Gründung und Prägung vor allem durch den Braunkohle-Bergbau und die Industrie zu konstatieren. Naturräumlich können beide Gemeinden von einer tourismusbegünstigenden Lage an Gewässern profitieren (Oderbruch und der neu entstehende Großräschner See).

3.2 Bedarfsentwicklung in den Gemeinden

Mit der Charakterisierung der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung in beiden Landkreisen des Untersuchungsgebietes zeigen sich unterschiedliche Effekte (Abbildung 3-1). Während in sich in Südbrandenburg – wie für den Osten Deutschlands zu erwarten – eine typische Abwanderung nach der Wende in den 1990er Jahren konstatieren lässt, profitieren die Kommunen nahe Berlins von der Agglomerationszone.

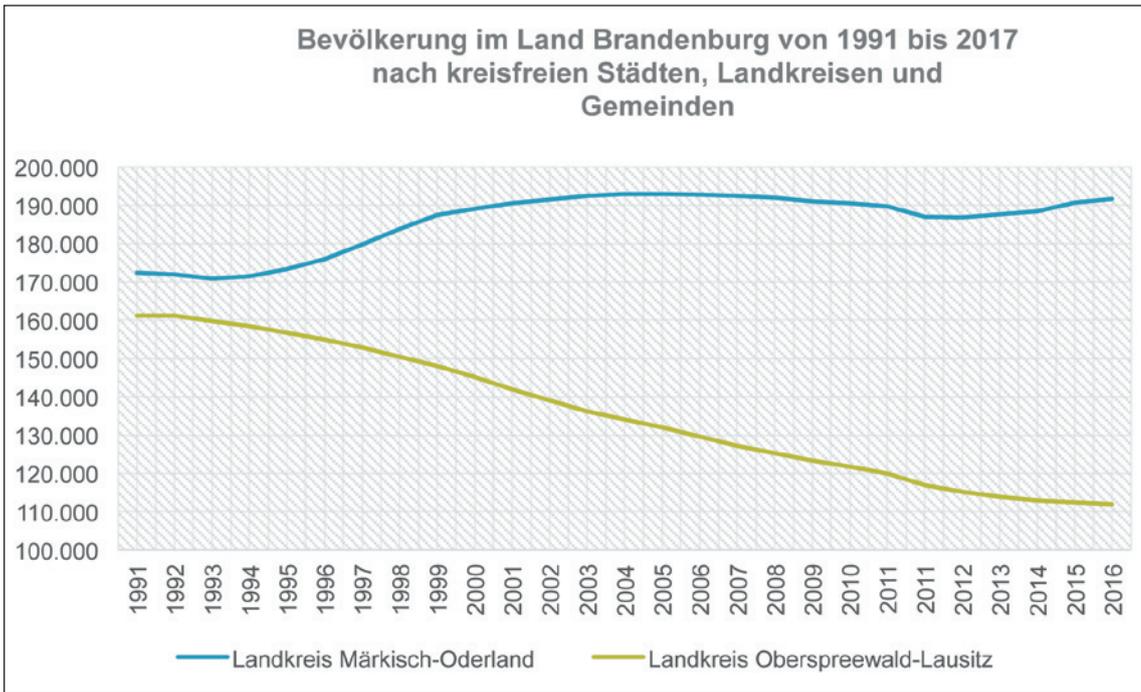


Abbildung 3-1: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam, 2018, 7

3.2.1 Landkreis Oberspreewald-Lausitz

Vergleicht man die Einwohnerzahl im Landkreis von 1990 bis 2017 so zeigt sich ein Rückgang von 32,64 % also 53.849 Einwohnerinnen und Einwohner (Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus vom 09. Mai 2011). Prognostisch wird sich die Einwohnerzahl nach Angaben des Kreissozialamtes und der Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes in den nächsten Jahren im Landkreis Oberspreewald-Lausitz noch weiter reduzieren.

| Jahr | BEVÖLKERUNGSZAHL |
|------|------------------|
| 2020 | 108.600 |
| 2030 | 97.100 |
| 2040 | 86.200 |

Abbildung 3-2: Quelle: Bevölkerungsprognose für den Landkreis Oberspreewald-Lausitz, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg Basisjahr 2013, eigene Abbildung

Inwieweit diese Effekte jedoch tatsächlich eintreten, ist aus heutiger Sicht nicht sicher vorherzusagen. Sicher wird mit der Altersstruktur weiterhin mit einem hohen Effekt zu rechnen sein. Mit der Konsolidierung der Geburtenziffer in den letzten Jahren zeigt sich jedoch auch eine Abschwächung des Trends. Regionale Unterschiede werden damit in den nächsten Jahren immer mehr von Bedeutung sein, da kleinräumige Entwicklungen auf eine sensible Balance von ökonomischen und kulturellen Ressourcen reagieren werden. Vor allem der steigende Mietdruck in den umliegenden Ballungszentren und die Entwicklung des Arbeitsmarktes werden weiter zu beobachten sein (Abbildung 3-3).

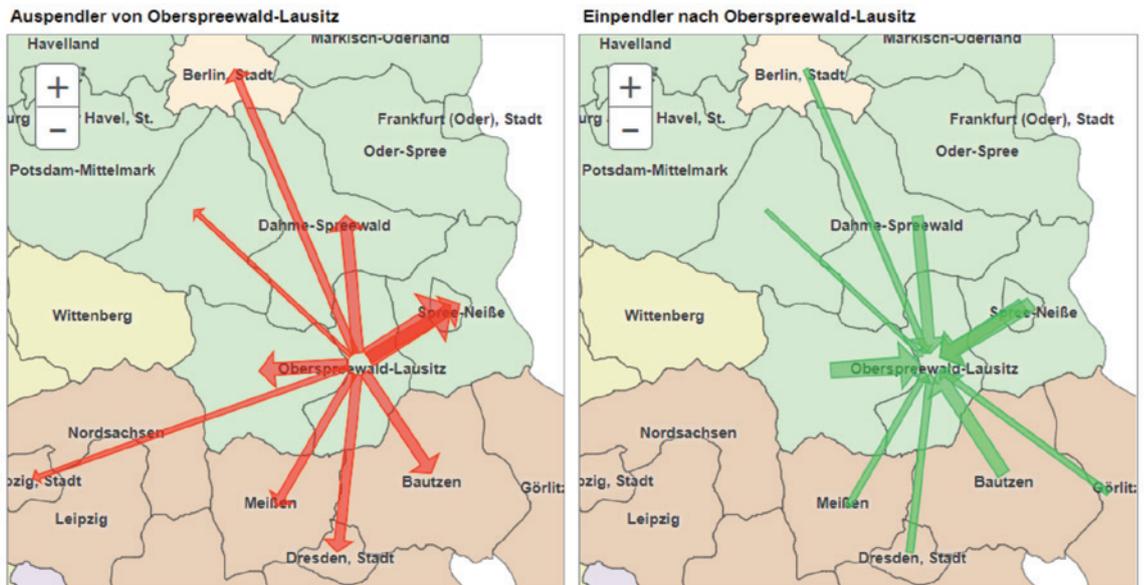


Abbildung 3-3: Pendleratlas (Datenstand Juni 2018), Agentur für Arbeit

Für die Zielgruppe der Älteren liegen für eine kurze Charakterisierung statistische Angaben und Auswertungen des Kreissozialamtes OSL vor, die für das Vorhaben zur Verfügung gestellt wurden. Dabei wird deutlich, dass in den letzten Jahren eine steigende Zahl von Menschen pflegebedürftig wurde.

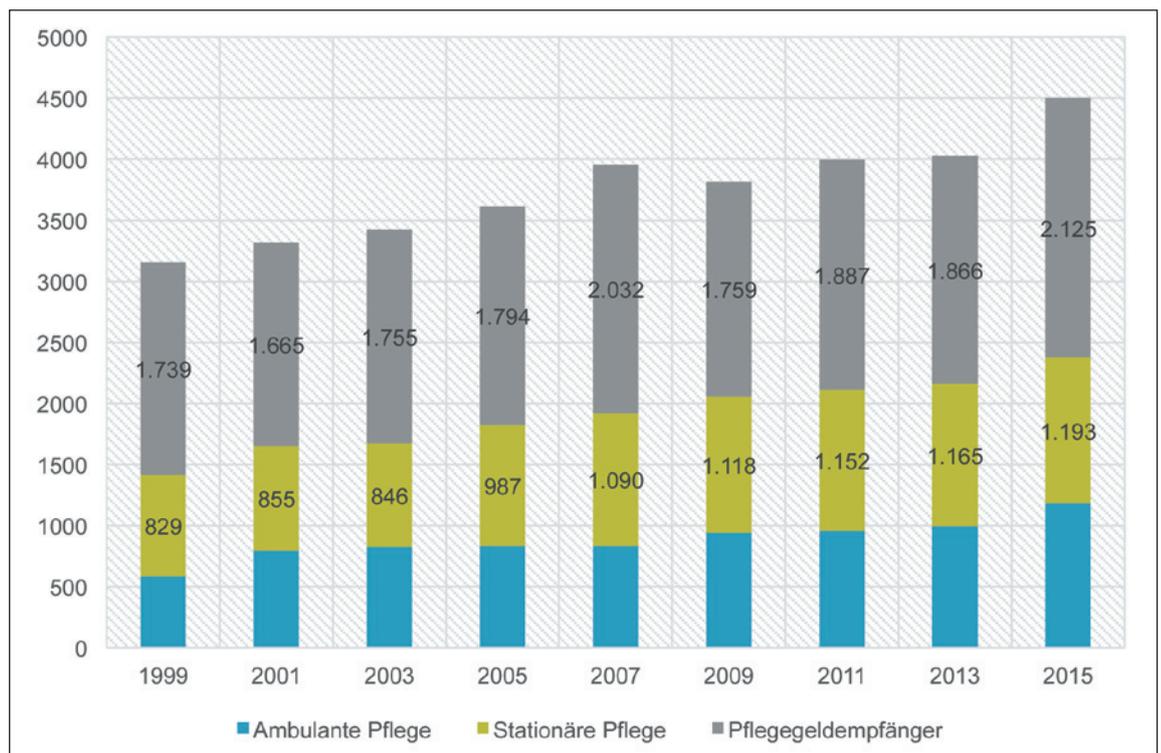


Abbildung 3-4: Pflegebedürftige, Landkreis Oberspreewald-Lausitz/Dezernat II/Kreissozialamt/Sozialplanung, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Stand Dezember des jeweiligen Jahres

Dabei hat sich jedoch das Verhältnis der ambulanten und stationären Pflegebetreuungen bei einer Abnahme der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger nicht wesentlich verändert (Abbildung 3-5).

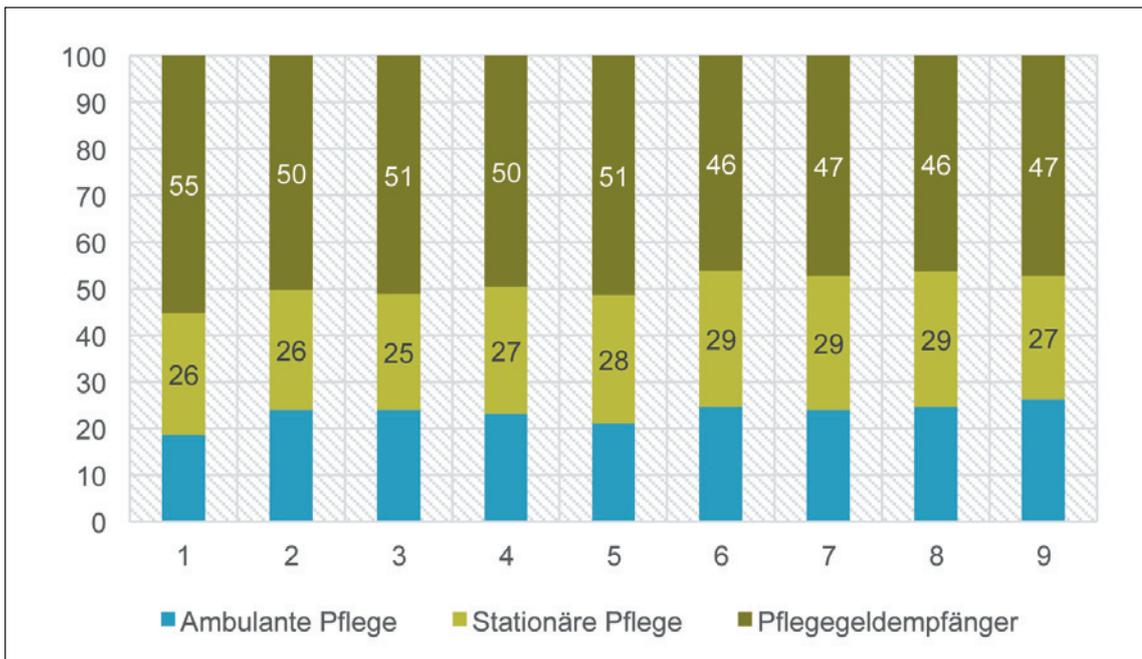


Abbildung 3-5: Verhältnis der Pflegebetreuungen in Prozent, Landkreis Oberspreewald-Lausitz/Dezernat II/ Kreissozialamt/Sozialplanung, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Stand Dezember des jeweiligen Jahres, eigene Berechnungen

Mit der Alterung der Bevölkerung steigt die altersentsprechende Krankheitslast im Verlauf. Insbesondere demenzielle Erkrankungen sind hier von Interesse. Die Zahlen belegen eindrücklich, dass diese in den letzten Jahren im Landkreis kontinuierlich gestiegen sind. Eine Prognose des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Frauen geht von einem weiteren Anstieg in den nächsten Jahren aus (Abbildung 3-6).

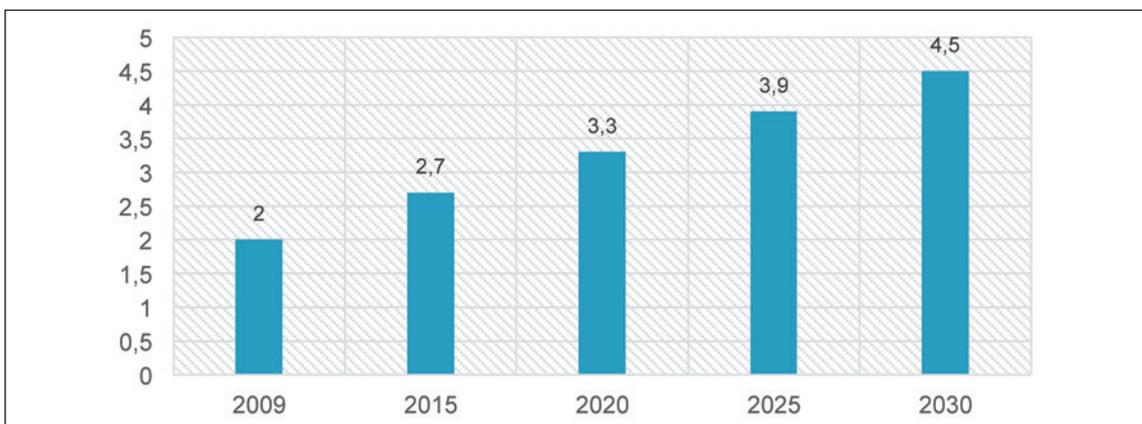


Abbildung 3-6: Entwicklung und Prognose des Anteils der demenziell Erkrankten an der Gesamtbevölkerung OSL in Prozent, Quelle: Land Brandenburg, Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauen; Projektion der Zahl an Demenzerkrankten in Brandenburg bis 2030 (22. März 2013)

Ein weiteres Indiz für die Veränderung der Bedarfsstruktur in der Bevölkerung lässt sich anhand des Anteiles von behinderten Menschen im Landkreis ablesen (Abbildung 3-7). Nicht zuletzt für den infrastrukturellen Ausbau der Kommunen stellen sich daher neue Anforderungen an eine behindertengerechte Teilhabe an den gesellschaftlichen und kulturellen Angeboten.

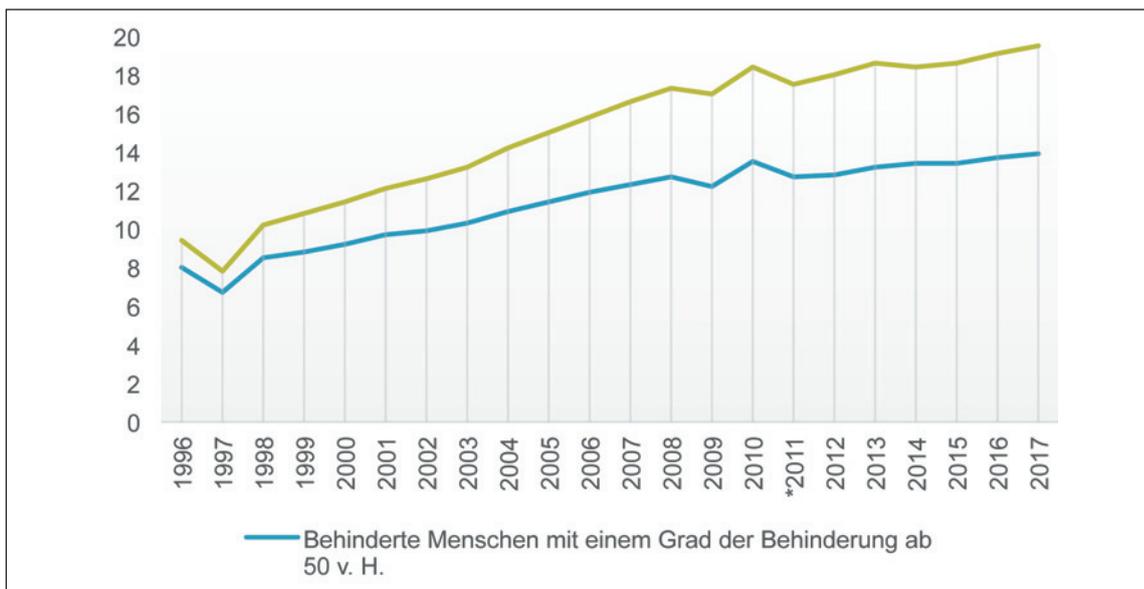


Abbildung 3-7: Anteil der anerkannten schwer behinderten Menschen an der Gesamtbevölkerung des Landkreises Oberspreewald-Lausitz in Prozent, Statistische Angaben des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV), in 2009 und 2011 wurde die Anzahl der behinderten Menschen über die Einwohnermeldeämter bereinigt, ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus vom 09. Mai 2011

Ebenso wird im Generationenübergang eine steigende Bedrohung durch Altersarmut für die nachfolgenden Generationen konstatiert, was für Entwicklungsprognosen und Planungsmodelle zu beachten sein wird (Abbildung 3-8). Dabei sei dahingestellt, inwiefern diese Bedrohungen mit den unterschiedlichen Modellen und sozioökonomischen Gefährdungslagen variieren.

| | Deutschland | | | Westdeutschland | | | | Ostdeutschland | | |
|-----------------|-------------|------|------|-----------------|------|------|------|----------------|------|------|
| | 1994 | 2004 | 2014 | 1984 | 1994 | 2004 | 2014 | 1994 | 2004 | 2014 |
| Bis 25 Jahre | 17,5 | 19,7 | 22,1 | 15,4 | 17,2 | 17,8 | 20,8 | 18,7 | 29,5 | 29,7 |
| 25 bis 34 Jahre | 12,0 | 15,6 | 21,0 | 10,0 | 11,2 | 14,1 | 17,5 | 15,1 | 22,5 | 35,5 |
| 35 bis 44 Jahre | 10,4 | 11,3 | 12,8 | 8,9 | 9,8 | 9,4 | 12,2 | 13,4 | 21,1 | 15,5 |
| 45 bis 54 Jahre | 6,6 | 10,1 | 10,6 | 7,8 | 6,2 | 8,8 | 9,4 | 8,1 | 15,5 | 16,8 |
| 55 bis 64 Jahre | 10,2 | 10,8 | 13,2 | 9,7 | 9,3 | 8,9 | 11,4 | 13,5 | 19,5 | 19,8 |
| 65 bis 74 Jahre | 10,7 | 10,9 | 14,1 | 13,6 | 10,0 | 11,4 | 13,9 | 14,2 | 9,3 | 15,0 |
| Ab 75 Jahre | 16,9 | 12,6 | 13,4 | 22,2 | 16,0 | 13,0 | 14,2 | 20,7 | 10,9 | 10,3 |
| Gesamt | 12,5 | 13,8 | 15,9 | 12,3 | 11,9 | 12,5 | 14,7 | 15,0 | 19,6 | 21,2 |

Als armutsgefährdet oder relativ einkommensarm gilt, wer weniger als 60 Prozent des bedarfsgewichteten Medianeinkommens der Gesamtbevölkerung zur Verfügung hat.
Quellen: SOEP v32; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Abbildung 3-8: Armutsgefährdungsquoten nach Altersgruppen (IW-Trends 1. 2017: 122)

„Besonders im Fokus der rentenpolitischen Diskussion stehen jene Rentner, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln und nicht über ihre gesetzliche Rente bestreiten können. Ein Indikator für diese Gruppe ist der Anteil derjenigen, der auf die staatliche Grundsicherung im Alter nach dem Sozialgesetzbuch SGB XII angewiesen ist. Die Quote hat sich zwar von 2,2 Prozent im Jahr 2005 (343.000 Personen) auf 3,1 Prozent in 2015 (536.000 Personen) erhöht. [...] Der Anstieg kann sowohl ein Hinweis für eine Verschärfung der sozialen Lage sein als auch der Ausdruck einer erfolgreichen Implementierung der Grundsicherung im Alter“ (IW-Trends 1. 2017: 122). Für den Landkreis zeigt sich ein Trend, der auf höhere sozioökonomische Belastungen im Lebenslauf hinweist (Abbildung 3-9).

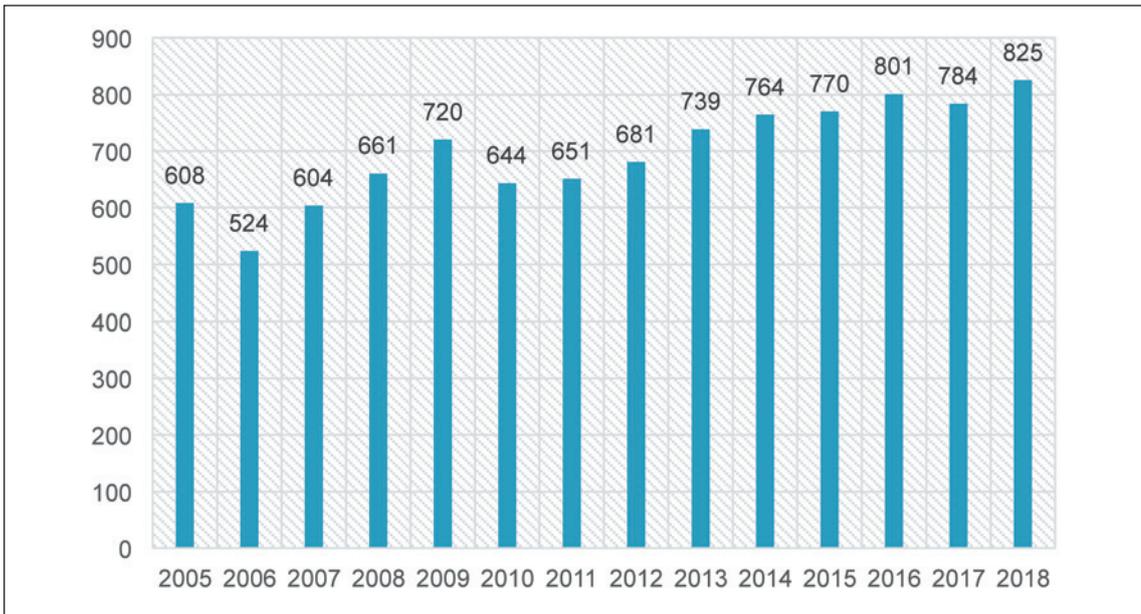


Abbildung 3-9: Leistungsberechtigte von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen, Landkreis Oberspreewald-Lausitz/Dezernat II/Kreissozialamt/Sozialplanung, Stand Januar des jeweiligen Jahres

Die Bevölkerungsentwicklung in Großräschen ist durch die Abwanderungen und Geburtenrückgänge in den Nachwendejahren geprägt. Diese Entwicklung ist für die ostdeutsche Bevölkerungsentwicklung im Zuge der nachwendlichen Deindustrialisierung typisch und hat zur Folge, dass nach einer massiven Abwanderung der arbeitsfähigen Bevölkerung und dem entsprechenden Einbruch der Geburtenraten eine umfassende Segregation (Entmischung) stattgefunden hat, die vor allem ältere und vergleichsweise schlechter gebildete Menschen in der Region konzentrierte. Diese Entwicklung stellt jedoch nach den 2010er Jahren auch eine Chance für diese Regionen dar, da mit der Umdeutung der Arbeit und dem steigenden Mietdruck in den Zentren heute wieder Veränderungen und Aufwertungen des zentrumsfernen Lebens und Arbeitens schnell sichtbar und wirksam werden. In Großräschen steht für diese Entwicklung die naturräumliche, wirtschaftliche und touristische Aufwertung durch die IBA-Terrassen und den neu entstehenden *Großräschener See im Lausitzer Seenland*.

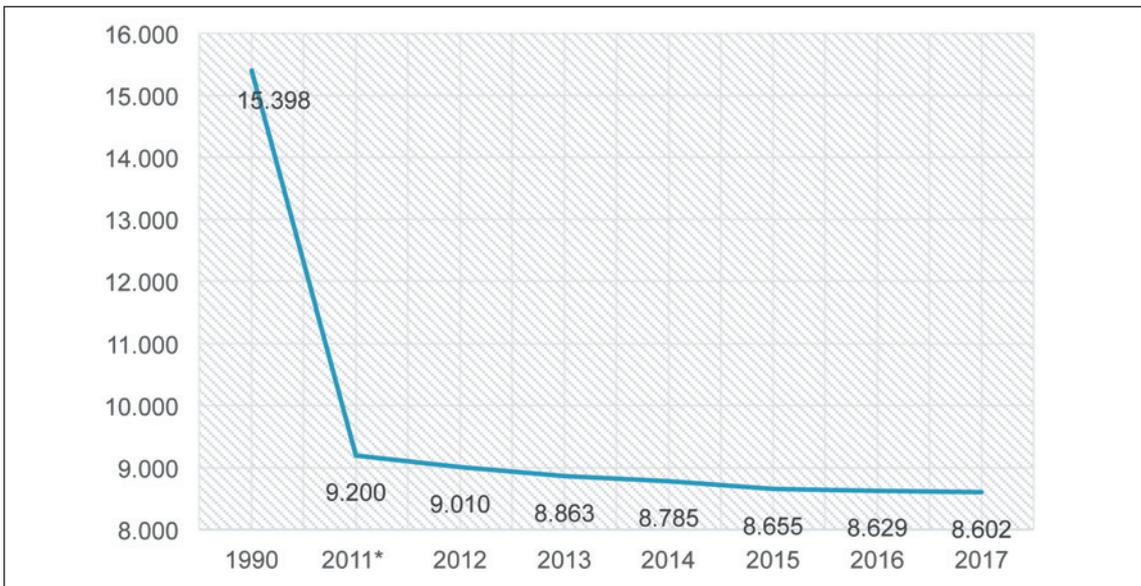


Abbildung 3-10: Einwohnerentwicklung Großräschen, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018

Der heutige Generationenwandel hat Effekte für das soziale Engagement in der Kommune:

„Das Phänomen hier bei uns sind vor allem die jungen Alten. Die sind eigentlich mehr so auf sich bezogen, also die haben andere Interessen als in den Seniorenvertretungen mitzuarbeiten oder in die Seniorenbegegnungsstätten zu gehen. Die reisen viel. Die haben ihre Hobbies sich geschaffen und da ist es auch schwierig, an diese Gruppe heranzukommen, also es sind nicht nur die, die jetzt vereinsamen und hinterm Ofen sitzen, sondern die jetzt noch sehr, sehr rege und mobil sind, die sehen sich eigentlich noch nicht als Senioren, ja da muss man mal gucken“ (GBB_IV_Z1: 45).

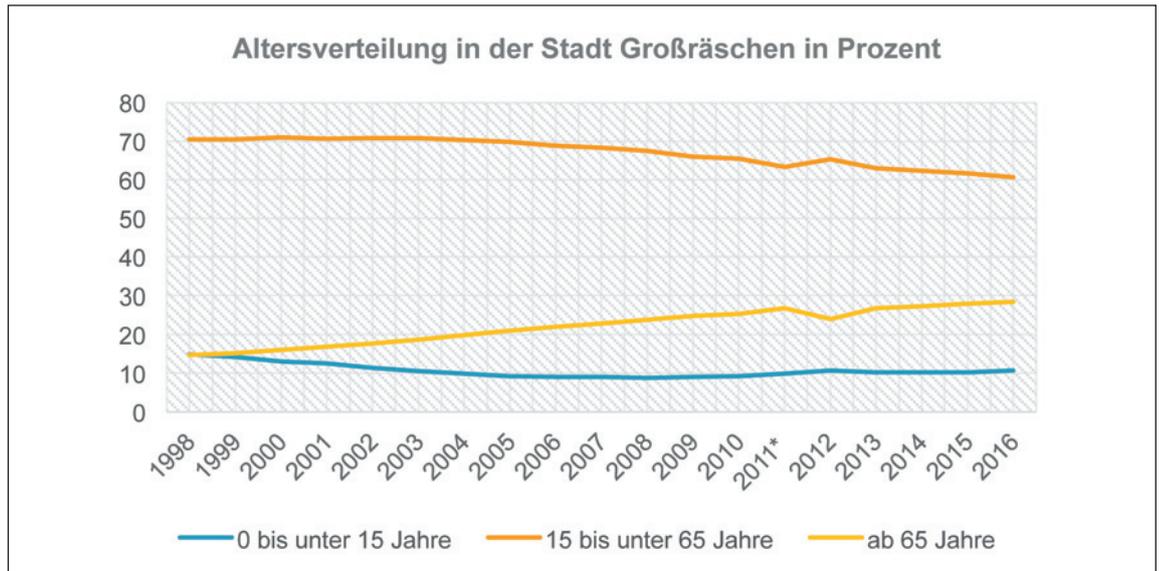


Abbildung 3-11: Altersverteilung in der Stadt Großräschen in Prozent, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg und Landesamt für Bauen und Verkehr, ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus vom 09. Mai 2011, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Angebote und Struktur

Zur Ermittlung der Angebote in Großräschen konnte neben den Interviews mit den Seniorenvertreterinnen auf eine Gesamterhebung aller Angebote und Infrastrukturen für Ältere durch Ringo Jünigk für den Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbund Oberspreewald-Lausitz e.V. zurückgegriffen werden. Diese Daten werden in einen Seniorenkompass eingehen, der neben den Angebots- und Kontaktdaten auch altersgruppenrelevante Handlungsempfehlungen angibt. Für unsere Beobachtung können die Angebote der individuellen Versorgung wie folgt zusammengefasst werden:

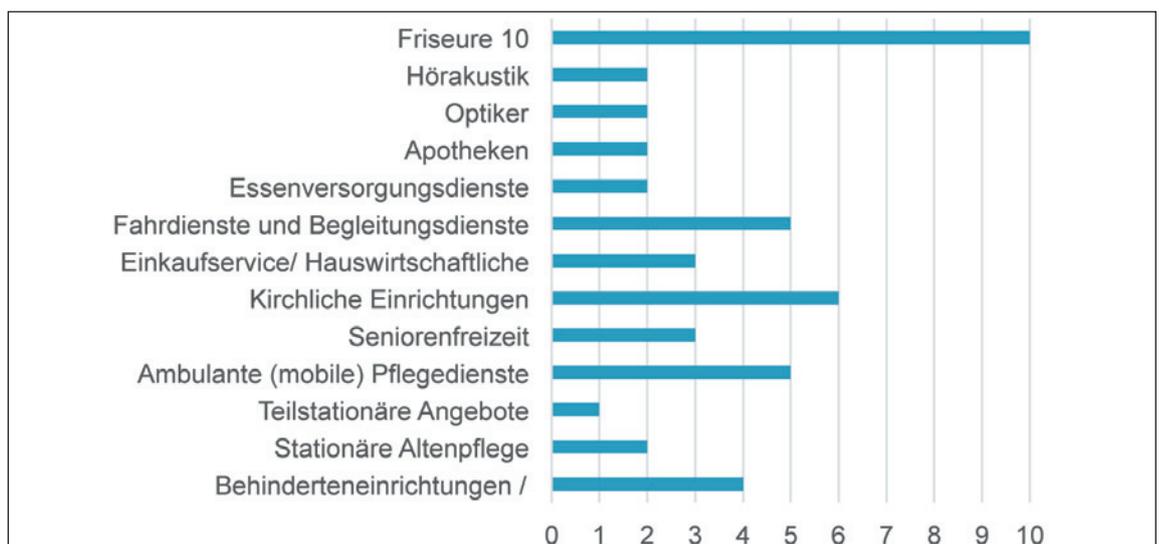


Abbildung 3-12: Angebote in der Kommune Großräschen, Datenquelle: GPGV 2018, eigene Abbildung

Der Überblick zu den medizinischen und ärztlichen Angeboten zeigt, dass die kommunale Verantwortung und die landkreisbezogene Versorgungsplanung den grundsätzlichen Bedarf abdecken. Über die Angebotsqualität an sich wurden im Einzelfall jedoch trotz einer nominell ausreichenden Abdeckung verschiedentlich Probleme bei der Terminvergabe und Neuaufnahme bei Facharztpraxen angegeben. Diese Äußerungen im Einzelfall sind hier nicht zu klären und in Zukunft nur über eine kontinuierliche Bedarfs- und Angebotsdokumentation und entsprechendes Management zu verbessern. Der Seniorenkompass der GPGV ist hierzu ein erster und wichtiger Schritt.

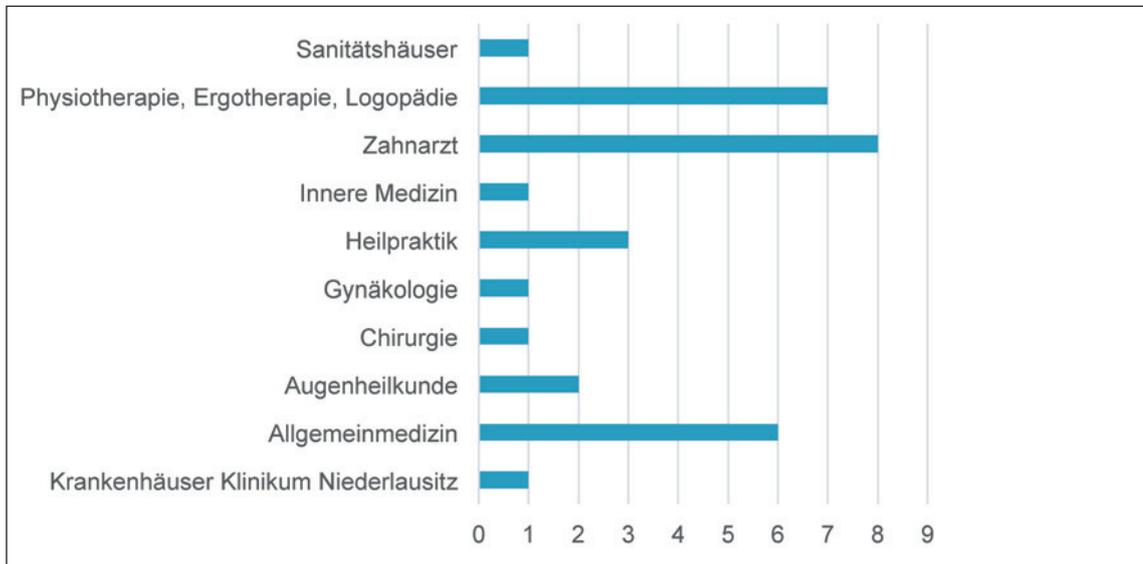


Abbildung 3-13: Angebote der medizinischen Versorgung in Großräschen, Datenquelle: GPGV e.V. 2018, eigene Abbildung

Bedarfe

Einen Eindruck zur Bedarfslage in der Gemeinde ergab sich auch aus einer Analyse der Bedarfsmeldungen im Rahmen der Gesundheitswoche Großräschen 2018. Hier war den Besuchenden des Gesundheitstages im *Kurmärker* Gelegenheit gegeben, Bedarfe und Anliegen auf Karten an eine Tafel zu heften, wo sie die Blätter des ‚Herbstbaumes‘ darstellten.

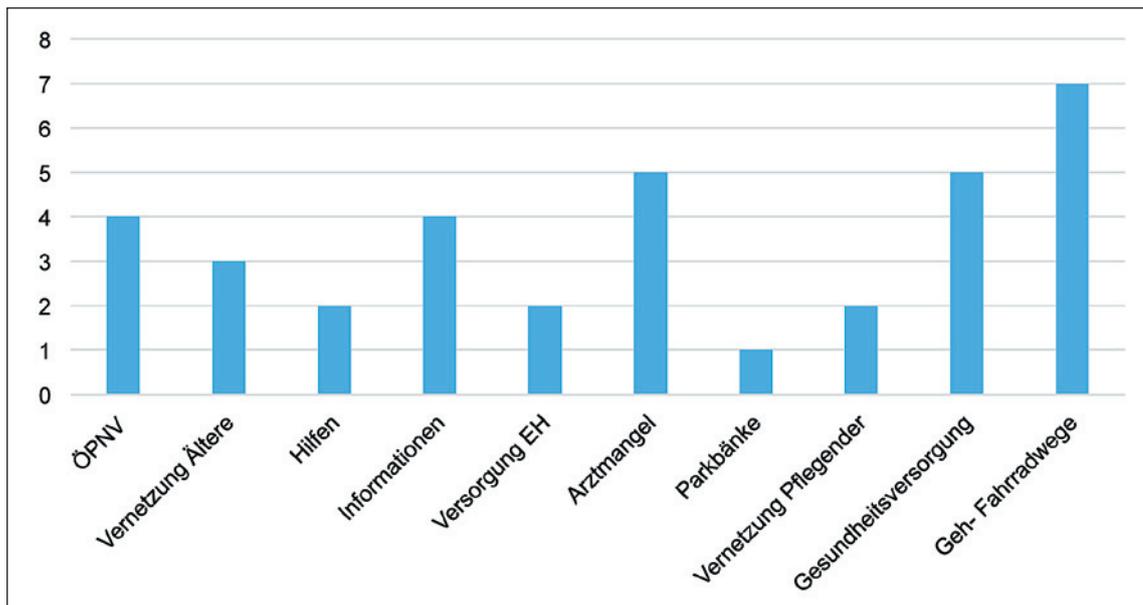


Abbildung 3-14: Zusammenfassung der Bedarfsmeldungen im Rahmen der Gesundheitswoche Großräschen 2018, ‚Herbstbaum‘ der GPGV e.V., eigene Abbildung

Neben den Meldungen zu einigen Unwegsamkeiten für behinderte Menschen und der Forderung nach Sitzgelegenheiten für die Wege in der Stadt war die gesundheitliche Versorgung ein wichtiges Thema. In Gesprächen vor Ort wurden die Probleme in der Terminvergabe und der Erreichbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten hervorgehoben. Die zentrale Vorhaltung der medizinischen Versorgung stellt demnach einen großen Aufwand der älteren und behinderten Einwohnerinnen und Einwohner in der zeitnahen Behandlung gesundheitlicher und rehabilitatorischer Problemlagen dar. Dieses Problem ist jedoch keines der Regionen, sondern ein bundesweites Aufgabenfeld, das jüngst einer gesetzlichen Neuregelung unterworfen wurde („Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“, Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG, Beschluss Bundestag, 14. März 2019):

„Vermittlungspflicht: Wenn es mit eigener Anstrengung nicht klappt, sind Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen dafür zuständig, Patienten innerhalb einer Woche einen Sprechstundentermin bei einem Facharzt zu vermitteln. Die Servicestelle hat darauf zu achten, dass vom Anruf des Patienten bis zur persönlichen Vorstellung beim niedergelassenen Facharzt nicht mehr als vier Wochen vergehen. Ist kein niedergelassener Facharzt verfügbar, bekommen Versicherte ersatzweise einen Behandlungstermin im Krankenhaus angeboten. In diesem Ausnahmefall kann sich die Wartezeit um eine Woche verlängern (Verbraucherzentrale.de).“

3.2.3 Landkreis Märkisch-Oderland

Die Region der Untersuchungsgemeinde Letschin im Landkreis Märkisch-Oderland ist von vergleichbaren Bedingungen des Lebens und Arbeitens in der Region an der Oder geprägt. Auch hier zeigt sich der hohe Aufwand der Lebenserhaltung beispielsweise in den Pendlerströmen vor allem nach Berlin.

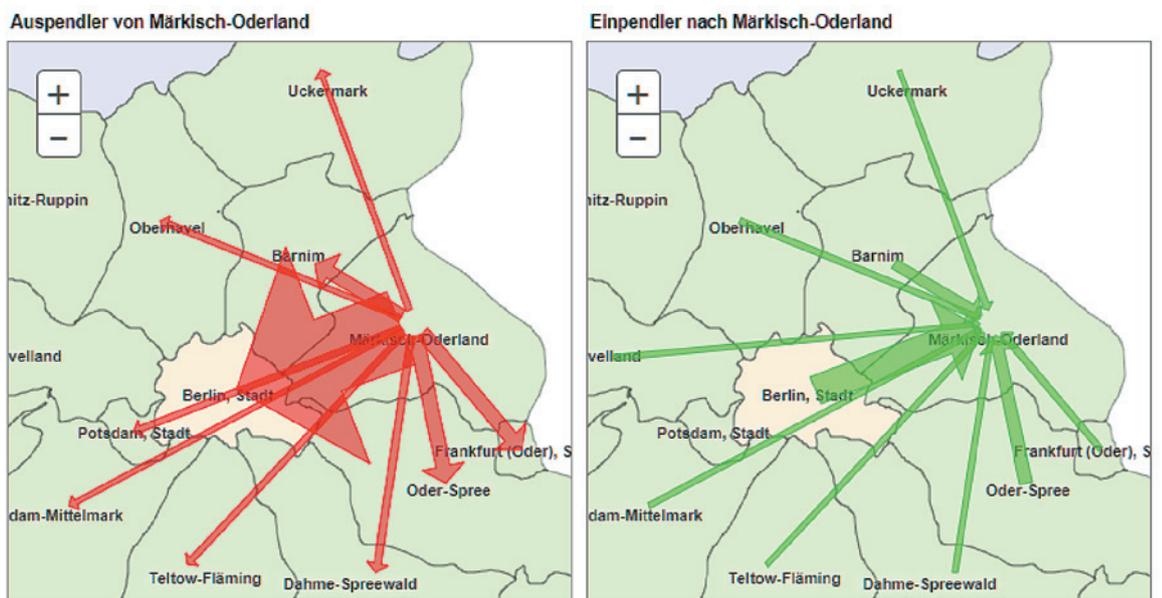


Abbildung 3-15: Pendlerstatistik des Landkreises Märkisch-Oderland, Juni 2017

Hier ist jedoch die regionale Gliederung des Landkreises zu bedenken. Es lassen sich suburbane Zonen mit einer positiven Bevölkerungsbilanz von den ländlich geprägten Gemeinden im Landkreis Märkisch-Oderland unterscheiden (Abbildung 3-15). So sind in der Gemeinde Letschin besondere Herausforderungen durch die Abwanderung und Alterung zu verzeichnen.

Also dieses „gemeinsam arbeiten, gemeinsam leben“ – da ist ja n Riss drinne. Und dieser Biographie Riss trägt dazu bei, dass die Kommunikation auch abgerissen ist. Dit ist so ein Fakt, den man nich beiseiteschieben darf. Auch wenn man Angebote als Gemeinde verbreitet. Wir wissen natürlich, dass die zweite Kommunikationsschwierigkeit darin liegt, dass man ja in der Zeit von – ich sag jetzt mal ganz bewusst 1990 mit unserem neuen Land Brandenburg bis zum jetzigen Zeitpunkt ja auch Zeiten drin jewesen sind, wo Bevölkerungswechsel stattgefunden haben, die hier vorher gar nicht so zu erahnen war und jetzt noch darüber hinaus - durch den Druck der Metropole – auf uns jetzt wieder zukommen. (GBB_IV_OL: 14)

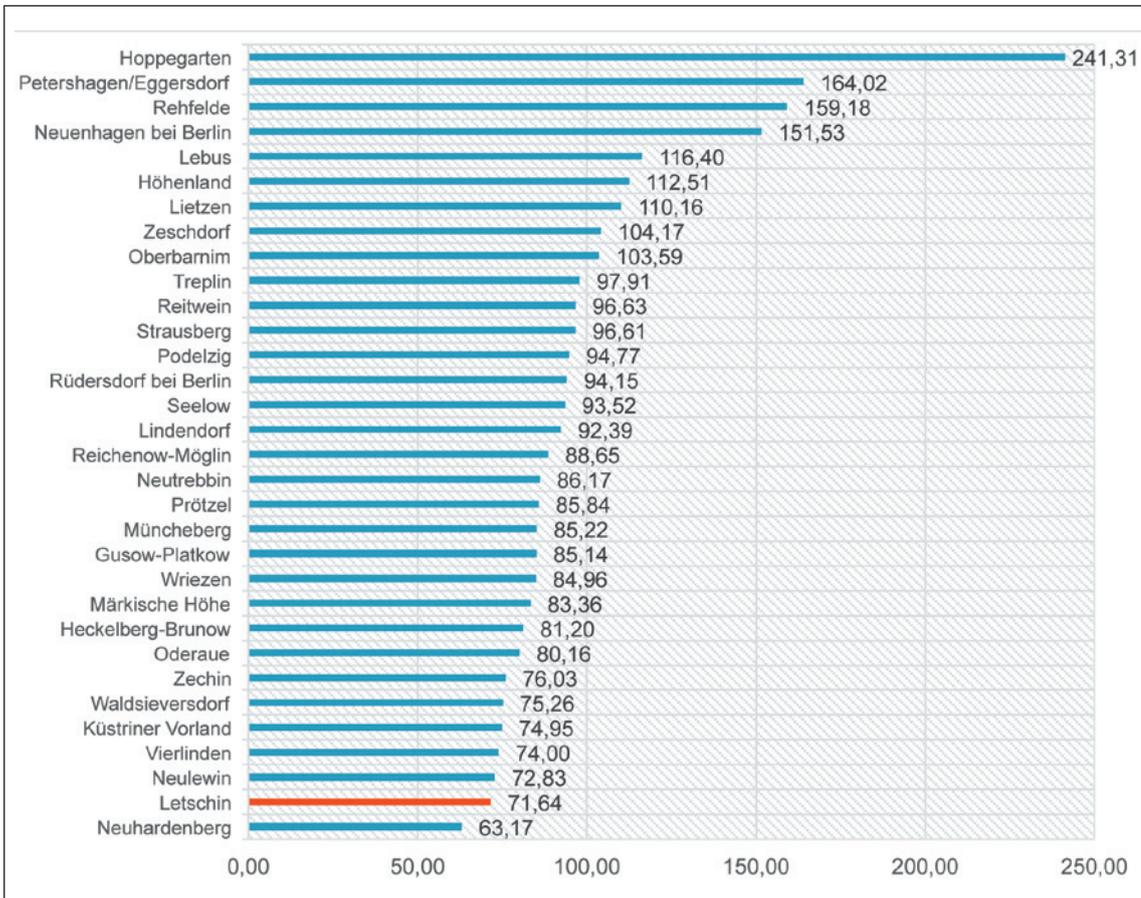


Abbildung 3-16: Bevölkerung in der Gemeinde Letschin im Landkreis MOL 2016, 1991=100%, StaT LA, eigene Darstellung

Im Zuge der Leitlinienerevaluation der Seniorenpolitik in der Gemeinde Letschin wurde eine Angebotsanalyse durchgeführt, die für die Darstellung der Bedingungen vor Ort ausgewertet werden kann. Dabei zeigt sich, dass in allen Ortsteilen ein hohes Aktivitätsniveau zu verzeichnen ist, dass eine gute Zusammenarbeit von Kommune und zivilgesellschaftlichen Vertreterinnen bzw. Vertretern verdeutlicht (Abb. 3-16).

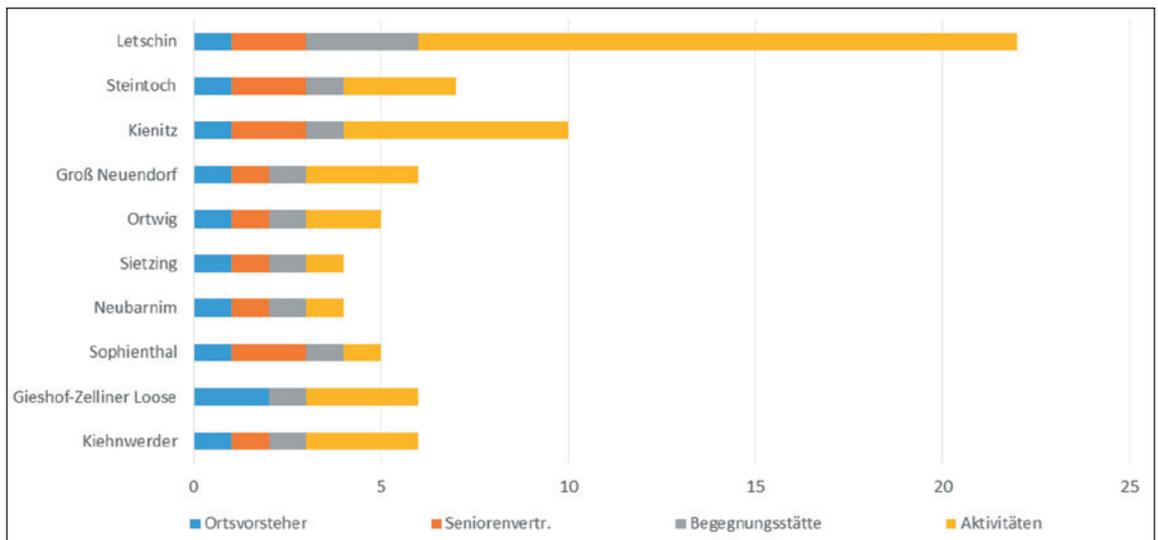


Abbildung 3-17: Aktive und Aktivitäten in der Gemeinde Letschin, nach Bestandserhebung Gemeinde Letschin, eigene Darstellung

Bemerkenswert ist dabei auch, dass in fast allen weitverstreuten Ortsteilen der flächengroßen Gemeinde Begegnungsstätten und Gelegenheitsstrukturen vorgehalten werden. Diese Orte sind für eine gelingende Seniorenarbeit in der Gemeinde auch deswegen so wichtig, da die Dörfer auch immer eine eigene Geschichte, einen eigenen Gemeindegemeinschaften zusammenhalt haben, der durch die kommunale Konzentration auf eine Gemeinde mit zehn Ortsteilen nicht aufgehoben wird und werden kann. Über die Nutzung dieser Orte ist damit allerdings nichts bekannt.

„Es gibt auch heute Kommunikationspunkte noch in den Orten, aber es sind bei weitem nicht mehr so viele, die diese Kommunikationspunkte, die von der Gemeinde angeboten werden, tatsächlich auch wahrnehmen.“ (GGB_IV_OL: 12)

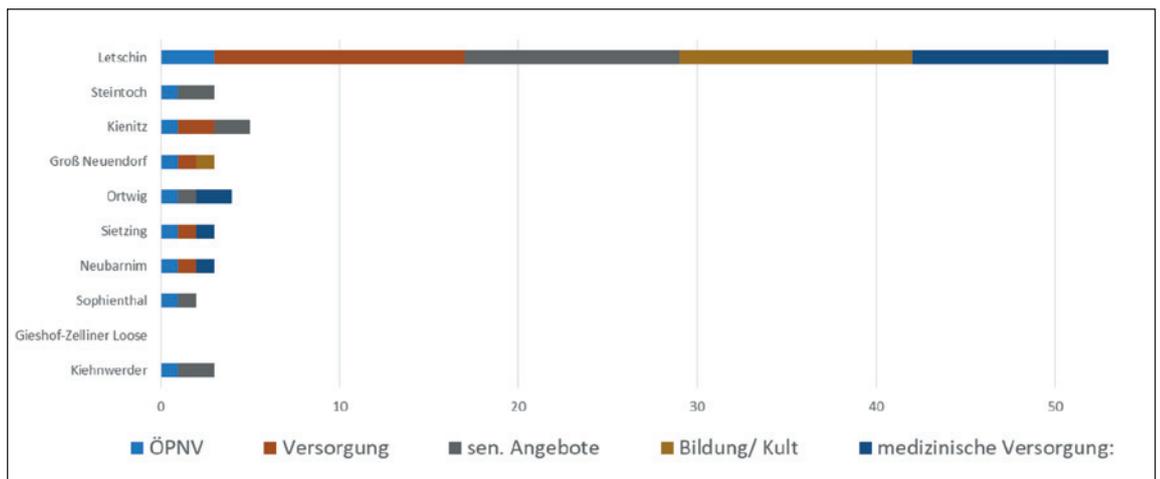


Abbildung 3-18: Versorgungsangebote in der Gemeinde Letschin, nach Bestandserhebung Gemeinde Letschin, eigene Darstellung

Dennoch sind die kommunalen Angebote vor allem im Zentrum Letschin konzentriert (Abb. 3-17), und auch hier zeigt sich wieder der Generationenwandel und das Problem des zunehmend individualisierteren Altersprozesses.

„Wir haben jetze eine ganz andere Struktur der Menschen. Und dit is die Herausforderung, die steht. Wie kann man aber diese Menschen zusammenbringen? Mit wat kann man se begeistern? Also alleine Vereinsleben bringt es nich. Alleine Angebote der Jemeinde bringt es nicht, alleine Angebote – sag ick ma – zur Jesundheitsförderung bringt es nich. Dit muss ne große Vielfalt da sein, aber es muss aus meiner Sicht ja noch irgendwas mehr geben, wo man se mit begeistern kann. Dit is die große Kunst. Ick kann nich sagen, in den kleinen Orten [...], wenn da jemand neu zuzieht, denn wird gleich die Nachbarschaft erstma warmjeklingelt. Und denn geht das denn los, dann lädt man sich immer jemeinsam ein. Man is ooch voneinander abhängig. Man hat ja nüscht vor Ort, man muss sich ooch gegenseitig mitnehmen und so weiter und so fort. Also da is das denn noch einfacher, weil in Letschin mit tausendachthundert bis zweitausend Einwohnern ist dit schon viel schwieriger. Dit is viel anonymer die ganze Kiste.“ (GBB_IV_OL: 12)

Damit wird deutlich, dass für den Prozess eines gelingenden Alterns in ländlich geprägten Orten eine Anforderung an das soziale Netzwerk gestellt wird, die von der Generation der jungen Alten nicht mehr selbstverständlich aufgegriffen wird. Für diese Generation ist die Zentralität der Versorgungen auch nicht mehr wesentlich an die historischen Bedingungen der genossenschaftlichen Strukturen der LP-Gen gekoppelt. Für den sozialen Frieden und die Nachbarschaftlichkeit kann diese individuelle und selbstbezogene Lebensführung jedoch auch Konflikte bergen.

„Also kommt heute eine ganz andere Bevölkerungsstruktur, die die sich von früher nicht kennen, die die Zugänge miteinander als Nachbarn gar nicht so haben. Dit haben wir jetzt schon mitjerkricht, wo relativ viele Berliner sich n Häuschen jekauft haben - aber die sich eigentlich unbekannt sind. Und da irgendwat aufzubrechen und zu sagen „Ihr seid jetz Teil dieser Dorfgemeinschaft“- is eigentlich noch ne größere Herausforderung. B2: Ist ne Parallelstruktur. B1: Ja also, die sind da und die sagen: „Ich bin jetze hier eener der zujezogen is und wir können nur mit den Neuen“. Diese Struktur Alt und Neu verbinden, dit is natürlich ne Herausforderung. Obwohl wir immer sagen, dass Oderbruch war schon immer ein Ort gewesen für „Neukolonisten“, die sich integriert haben mit ihrem Wissen, mit ihrem Können und natürlich dadurch die Dorfgemeinschaft erlebbar und auch gefördert haben. Dit is immer unser Credo, wat ich nach außen trage. Ich möchte niemanden verprellen. Aber diese Struktur denn mit einzubringen und da liegt eine Herausforderung, die wir aber auch nich aufbrechen können, muss ich so deutlich sagen. [...] Das ist eine Situation, dass die, die damals zusammengearbeitet haben, und die, die jetzt neu zugezogen sind, einfach nich zusammenkommen. Wir könn da noch so viel uff de Beene stellen. Ihr kennt ja unsre Situation (GBB_IV_OL: 26).

3.3 Gesundheitsförderung und Daseinsvorsorge in der Kommune

Für die Auswertungen der Experteninterviews wurde entsprechend der theoriegeleiteten Systematik des angewendeten Modells auf der Grundlage der Dokumentarischen Methode das Material sequenziell auf die unterschiedlichen Ausprägungen und Einschätzungen zu den Ressourcen im Gemeindeumfeld rekonstruiert (vgl. Bohnsack et al. 2007).

Die vorhandenen Angebote für gesundheitsförderliches Verhalten werden in den Kommunen durch einen erheblichen Anteil ehrenamtlicher Tätigkeiten der Seniorinnen und Senioren untereinander erbracht. Eine Abfrage der Praxisdatenbank der KGC Brandenburg ergab für die gewählten Landkreise 18 Angebote zur Gesundheitsförderung. Diese gliedert sich in ihrer Ausrichtung auch wesentlich auf die allgemeine Verbesserung der Kohärenz der jeweiligen Zielgruppe (Abbildung 3-17).

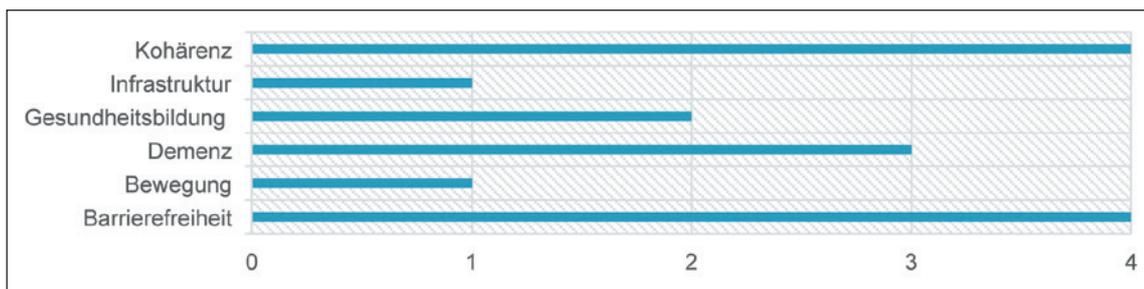


Abbildung 3-19: Kategoriale Zuordnung der 18 in der Praxisdatenbank verzeichneten Angebote zur Gesundheitsförderung in den LK OSL und MOL, eigene Darstellung

Unter Vernachlässigung der Einzelanalyse zu den unterschiedlichen Angeboten und Versorgungslagen kann eine allgemeine Einschätzung zusammengefasst werden. Auf der Ebene der Landkreisverwaltung ist eine Konzentration auf die pflichtgemäße medizinische Versorgung der Bevölkerung unter den Bedingungen des demografischen Wandels zu konstatieren. Die Arbeit an der Erfüllung dieser Aufgaben wird in einer Mischung dargestellt. Einerseits sind mit landesbezogenen und ökonomisch orientierten Ansätzen die Versorgungssicherheit, Erreichbarkeit und Qualität zu garantieren, die naturgemäß die Versorgung als Ganzes im Blick haben. Für die Versorgungsstrukturen vor Ort sind die Verwaltungen jedoch – neben zahlreichen Versuchen und Konzepten, dem drohenden Haus- und Fachärztemangel zu begegnen – wesentlich auf die Aktivitäten und Lösungsvorschläge aus den Gemeinden angewiesen, wenn dies landesweite Regelungen nicht zu leisten imstande sind. Gerade für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention Älterer trifft dies zu, da der Großteil der Angebote für ältere Menschen in den Gemeinden in einem beständigen Aushandlungs- und Austauschprozess zwischen Gemeinde- und Seniorenvertretung vor Ort aufrechterhalten werden.

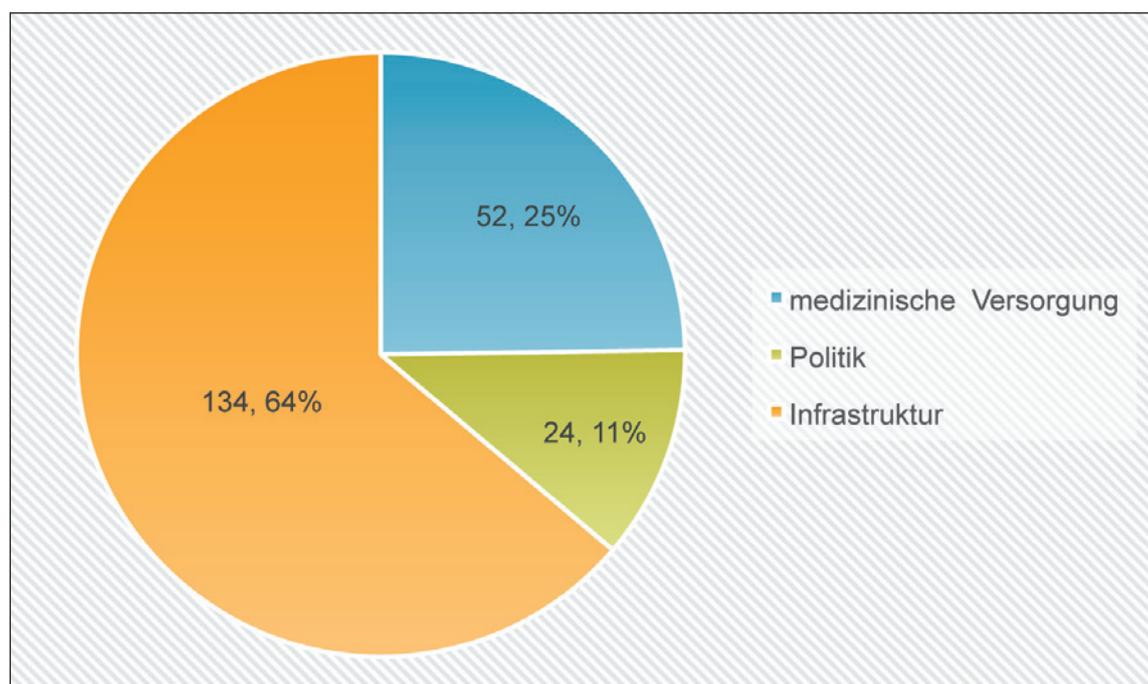


Abbildung 3-20: Themenschwerpunkte in den Experteninterviews 2018, eigene Darstellung

Dieser Schwerpunkt wird in den Berichten der Bürgermeister beider Gemeinden deutlich, die als Grundlage für die Seniorenarbeit die Bereitstellung und Unterhaltung von Gemeinderäumlichkeiten und Bürgerhäusern in den Ortsteilen, aber auch die Förderung des Wochenmarktes in Großräschen sehen, um regelmäßige Treffen und Angebote zu ermöglichen. Mit viel Engagement wird dem Bedarf an altersgerechten Wohneinheiten und Altenpflegeeinrichtungen begegnet. Neue Wohneinheiten und Einrichtungen werden – trotz der angespannten Haushaltslage – geschaffen. Vor allem die Finanzen der eigentlichen Gemeinden behindern den Handlungsspielraum im Bereich der Gesundheitsförderung, die zusätzlich zu den umfangreichen Pflichtaufgaben als sogenannte freiwillige Aufgabe realisiert werden muss. Das widerspricht jedoch in Teilen den Wirklichkeiten in den Gemeinden, die durch einen

vergleichsweise höheren Altenanteil gekennzeichnet sind. Hier wird eine Angleichung der kommunalen Pflichten an §18a zu Beteiligung und Mitwirkung von Kindern und Jugendlichen der brandenburgischen Kommunalverfassung (BbgKVerf) für die Interessen und Belange Älterer gefordert. Damit wären für den allgemeinen Haushalt der Kommune Spielräume gegeben, Ausgaben zu rechtfertigen und beispielsweise die Nutzung der Gemeinderäumlichkeiten kostenfrei zu stellen. Auch eine Einschränkung der Gemeindearbeit durch die Gesetzgebung des § 55 BDSG, die in den Gemeinden Auswirkungen hat, liegt in der Behinderung aufsuchender und kontaktaufnehmender Angebote. Mit der neuen Gesetzgebung wird teilweise ein kommunikativer Austausch behindert, der die Gemeindearbeit gerade in einer Zeit behindert, in der die Zurückgezogenheit in das Private und die private Verantwortung für sich selbst einen immer höheren Stellenwert einnehmen.

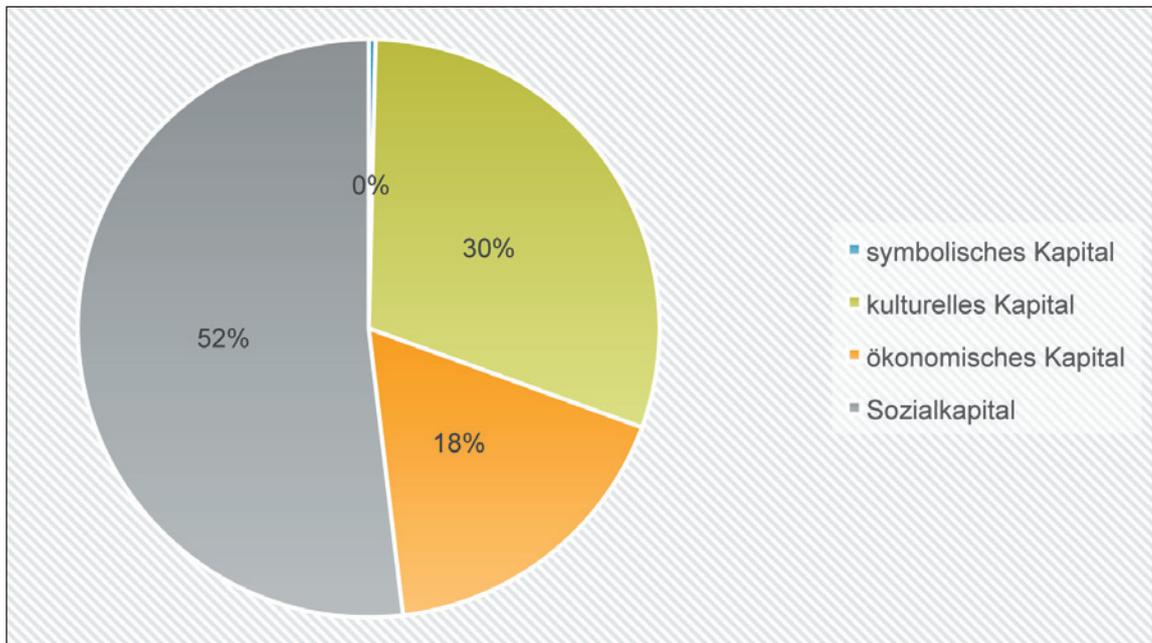


Abbildung 3-21: Ressourcenorientierte Recodierungen der Experteninterviews nach den adressierten Ressourcen im Gesprächsverlauf der Expertengespräche 2018, eigene Darstellung

Auf der Ebene der Seniorenvertretungen wird dieses Zusammenspiel von Bedarfen eines gesunden Alterns in der Gemeinde mit den kommunalen Aufgaben in der kommunalen Selbstverwaltung schließlich eklatant. Zurecht können die besuchten Gemeinden von einem vielfältigen Angebot für Ältere zu allen Herausforderungen des modernen Lebens sprechen. Es werden – neben den Festivitäten und Veranstaltungen im Jahreslauf – Angebote zur Sturzprävention, Gesundheitsbildung, Bewegungsförderung, IT-Kompetenz, Ernährung, Tanz, Theater, Musik und Unterstützungen zur Mobilität, Versorgung, Demenz- und Hospizbegleitung vorgehalten. Diese sind jedoch unter Bereitstellung der kommunalen Strukturen zu weiten Teilen auf das Engagement der Senioren untereinander angewiesen. Denn auch wenn diese gemeinschaftliche und nachbarschaftliche Unterstützung als Ausdruck eines Zusammenhaltes der Menschen untereinander angesehen werden kann, ist die überdurchschnittliche Angewiesenheit dieser Angebote auf persönliches und ehrenamtliches Engagement auch das größte Risiko ihres Bestandes. Diese lokale Struktur ist in Nachbarschaften eingebunden, die sich in den letzten Jahren verändert haben und mit dem Generationenwandel des Renteneintrittes der jüngeren Alten und dem vergleichsweise geringeren Anteil jüngerer Menschen im Alltag immer weniger begegnen. In Summe führt das für die Aktiven zu einer immer höheren ehrenamtlichen und auch finanziellen Arbeitsbelastung und dem Gefühl der geringen gesellschaftlichen Anerkennung ihrer vor Ort essentiellen Tätigkeit, politischen Gewandtheit und Organisationskraft. Wenn die Risiken des Alterns zukünftig nicht mehr an die Wohlstandsentwicklung der Gesellschaft so angekoppelt werden, dass die jeweils vor Ort entstehenden, bekannten und zu befriedigenden Bedarfe durch zu schaffende institutionelle und Anerkennungsstrukturen gesichert werden, dann stehen diese mancherorts einzig verbindenden Kontaktangebote in Gefahr, nur noch eingeschränkt zur Verfügung zu stehen oder zu entfallen. Vorgeschlagen wurden hierzu beispielsweise hauptamtliche Seniorenverteterinnen und -vertreter oder Fördermöglichkeiten, die niedrigschwellig und unabhängig von der Gemeindegrößenklasse beantragt werden können.

Leitlinienevaluation im Landkreis OSL und in Letschin

Im Rahmen der Befragungen zu den Angeboten und Bedarfen in den Gemeinden wurde deutlich, dass die landespolitische Leitlinienentwicklung für den Landkreis Oberspreewald-Lausitz und die Gemeinde Letschin einer Evaluation unterzogen wurde, die für die jeweiligen Ausrichtungen der Seniorenarbeit zugrunde gelegt werden sollte. Diese Arbeiten an einem gemeinsamen Leitbild sind nicht zuletzt deswegen für unsere Fragestellung von Bedeutung, da hier auch ein Bedürfnis und eine Notwendigkeit nach einer neuen Selbstversicherung für den Rahmen der Seniorenarbeit im kommunalen Umfeld deutlich wird.

„Die Seniorenpolitik der Landesregierung basiert auf einem differenzierten Altersbild, das die Vielfältigkeit des Alters sowohl hinsichtlich der Potenziale als auch der besonderen Probleme und Hilfebedarfe berücksichtigt.“ (MASGF, Leitlinien für Seniorenpolitik)

Im Folgenden sollen die einzelnen Leitlinien in ihrer Vergleichbarkeit und unterschiedlichen Gewichtung untersucht und auf die Aussagen der Experteninterviews bezogen werden.

| Seniorenpolitik Leitlinien Gemeinde Letschin | Seniorenpolitik Leitlinien Landkreis OSL |
|--|---|
| Leitlinie 1 | Leitlinie 1 |
| Die Gemeinde Letschin begreift Seniorenpolitik als „Politik des aktiven Alterns“. Sie setzt sich für das Schaffen von notwendigen Rahmenbedingungen ein, die eine aktive und andauernde Teilhabe von Seniorinnen und Senioren am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und bürgerschaftlichen Leben ermöglichen und befördern. | Seniorenpolitik als „Politik des aktiven Alterns“. Die Seniorinnen und Senioren sollen in ihrer ehrenamtlichen Arbeit in den Seniorenbeiräten vom ehrenamtlichen Seniorenbeauftragten des Landkreises und dem Kreisseniorinnenrat auch weiterhin unterstützt werden. Unterstützt werden sollte auch die Berufung eines Seniorenbeirates in den Kommunen, die noch keinen haben. |

In einer Politik des „aktiven Alterns“ werden die zivilgesellschaftlichen Anforderungen für die kommunale Arbeit verdeutlicht, die auf selbstorganisierende und nachbarschaftsbezogene Akteure angewiesen ist. Die beratend wirksamen Seniorenbeiräte sind dabei eine wichtige politische Kraft, die jedoch in den meisten Gremien nicht stimmberechtigt sind. In den untersuchten Gemeinden wurde die aktive Arbeit besonders der Seniorenvertreterinnen und -vertreter deutlich.

| | |
|---|---|
| Leitlinie 2 | Leitlinie 2 |
| Die Seniorenpolitik der Gemeinde Letschin stärkt die Eigenverantwortung und Mitverantwortung älterer Menschen. Sie bestärkt sie darin, ihre Potenziale für das Gemeinwohl einzusetzen. Das bürgerschaftliche Engagement von Seniorinnen und Senioren als unverzichtbarer Beitrag der älteren Generationen zur Generationensolidarität wird unterstützt. | Eigenverantwortung und Mitverantwortung älterer Menschen stärken Die ehrenamtliche Arbeit sollte öffentlich besser anerkannt und gewürdigt werden. Auch ehrenamtliche Arbeit ist nicht zum „Nulltarif“ zu haben. Es sollte über Auslagenersatz bzw. eine Aufwandsentschädigung im Ehrenamt nachgedacht werden. Für die Ehrenamtskarte des Landes Brandenburg müssten im Landkreis OSL noch mehr regionale Partner gefunden werden. |

Diese Interessenvertretung und zentrale Arbeit für die Verbesserung der Altersbedingungen in den Gemeinden kann jedoch kein Ersatz für die kommunale Verantwortung und Sicherstellung der gleichberechtigten Teilhabe gesehen werden. Die Mehrzahl der Angebote in den Gemeinden wird heute im Ehrenamt mit hohem persönlichen und zum Teil auch privat finanziellen Anteil aufrechterhalten. Das ist für die Generation der heute alten Einwohner noch selbstverständlich, gerät jedoch mit zunehmender Belastung – auch durch das eigene Alternserleben – und bei ausbleibender Wertschätzung an Belastungsgrenzen. Durch das Fehlen der Nachwendegeneration der arbeitsfähigen Bevölkerung besteht darüber hinaus eine Lücke, die das Aufrücken der nachfolgenden Generation der jungen Alten verunmöglicht.

Dit hängt mit vielen Faktoren zusammen ... eenma is wirklich die Struktur der Alten schon wieder anders geworden. War irgendwo jetzt ne Lücke drin zwischen den jungen Alten und den ganz Alten. Da tut sich jetze das auf, was in de 90er Jahre passierte...Diese 60er und Anfang 70er Jahre (die sind ja nich mehr so viele dann da, die eigentlich einspringen müssten und diese Lücke schließen müssten), die denn weggezogen sind und ooch nich immer den Weg zurück gefunden haben, die sich aber noch kennen von früher...Die nur temporär zu einzelnen kommunalen Veranstaltungen kommen, wie meinetwegen Kienitzer Hafenfest, wo se sagen- naja hier treffen sich die Alten ma wieder. Da komm se in „Austauschschwärmen“- wie se sagen - von früher. Gleichzeitig wissen se aber, sie leben im heute (IV_GBB_OI).

| Leitlinie 3 | Leitlinie 3 |
|---|--|
| <p>Die Gemeinde Letschin würdigt den Beitrag der Seniorinnen und Senioren für die familiäre Solidarität zwischen den Generationen und unterstützt den außerfamiliären Dialog der Generationen. Sie sieht darin eine wichtige Schnittstelle mit der Familienpolitik.</p> | <p>Einflussnahme auf die Altersarmut. Seniorengerechter Wohnraum muss auch bei geringeren Renten bezahlbar bleiben. Hier können Kommunen und Vermieter Einfluss nehmen. Kulturelle Angebote sollten auch bei kleinen Renten genutzt werden, können zum Beispiel durch Ermäßigungen erschwinglich werden.</p> |

Mit dieser Generationenlücke wird weiterhin auch der kulturelle Austausch im Übergang der Generationen erschwert, zumal die heute jungen Alten in ihrer individualisierten Altersgestaltung für kommunales Engagement immer weniger und nicht mehr so selbstverständlich zur Verfügung stehen.

| Leitlinie 4 | Leitlinie 4 |
|---|---|
| <p>Die Gemeinde Letschin setzt sich zum Ziel, eine angemessene medizinische Versorgung zu gewährleisten. Sie unterstützt Aktivitäten, die zu Wohlbefinden und psychischer Gesundheit beitragen.</p> | <p>Stärkung der Gesundheit älterer Menschen Obwohl der Versorgungsgrad mit Augenärztinnen und -ärzten bei 118 % liegt, wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg ein weiterer Bedarf für den Landkreis Oberspreewald-Lausitz erkannt. D. h. Niederlassungen von Augenärztinnen und Augenärzten werden im Bereich Lauchhammer-Schwarzheide weiterhin gefördert. Ähnliches gilt für die hausärztliche Versorgung. Weitere Hausarztpraxen sind in allen drei Versorgungsbereichen des Landkreises Oberspreewald-Lausitz möglich und werden durch die KV gefördert, obwohl der Versorgungsgrad knapp 100 % beträgt.</p> |

| Leitlinie 4 | Leitlinie 4 |
|-------------|--|
| | <p>Im stationären Bereich müssen freierwerbende ärztliche und pflegerische Stellen, insbesondere in den Fachgebieten Psychiatrie und Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Geriatrie, schnell wiederbesetzt werden, um die Kontinuität der Behandlung gewährleisten zu können.</p> <p>Die ambulante und stationäre Versorgung älterer Menschen sollte jährlich neu analysiert werden, um Defizite rechtzeitig erkennen zu können.</p> <p>Zur weiteren Optimierung der medizinischen und sozialen Betreuung älterer Menschen sollten bestehende Netzwerke wie der Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbund OSL e. V. und die Koordinierungsstelle für Ehrenamt und Selbsthilfe genutzt und ausgebaut werden. Die Bettenzahlen in der Klinikum Niederlausitz GmbH und die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich sind nicht durch den Landkreis zu beeinflussen. Um insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte langfristig anzusiedeln, sollten der Landkreis Oberspreewald-Lausitz und die Kommunen mit der Attraktivität des Standortes werben und zusätzliche Anreize schaffen.</p> <p>Bestehende Netzwerke sind durch den Landkreis weiterhin zu unterstützen.</p> <p>Des Weiteren sollte die Zusammenarbeit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst gefördert werden.</p> |

Essentiell ist mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung eine zentrale kommunale Aufgabe benannt, die über den Planungsmaßstab einer flächendeckenden Versorgung mit erheblichen Zentralisierungstendenzen hinaus dem Vernehmen nach vor allem auch die Aufnahme von neuen Patientinnen und Patienten sowie eine zeitnahe Terminvergabe ins Auge zu fassen hat. Viele Anstrengungen in den Gemeinden beziehen sich auch auf die solidarische Erreichbarkeit von Arzt- und Facharztpraxen und sind eng mit dem zentralen Versorgungsthema des ÖPNV verknüpft.

| Leitlinie 5 | Leitlinie 5 ⁵ |
|---|---|
| <p>Die Gemeinde Letschin sieht eine altersgerechte, d. h. barrierearme oder -freie Gestaltung von Wohnraum, -umfeld und Infrastruktur sowie eine nachhaltige Sicherung der Mobilität als Voraussetzungen für die Teilhabe von älteren und alten Menschen am gesellschaftlichen Leben an.</p> <p>Die Gemeinde Letschin setzt sich dafür ein, dass sich die Angebote des ÖPNV verstärkt an den Mobilitätsanforderungen und -bedürfnissen älterer Menschen orientieren</p> | <p>Altersgerechte, das heißt barrierearme oder barrierefreie Gestaltung von Wohnraum, Wohnumfeld und Infrastruktur.</p> <p>Um dem Wunsch der älteren Generation Rechnung zu tragen, so lange wie möglich auch bei Hilfe- und Pflegebedarf selbst bestimmt in den eigenen vier Wänden leben zu können, müssen sowohl die Angebote an passgenauen Wohnraum als auch das Wohnumfeld weiterentwickelt werden und auch bezahlbar bleiben.</p> <p>Die Schaffung neuer Wohnformen ist eine zukunftsfähige Aufgabe für alle Partner (Landkreis, Kommunen, Pflegekassen, Einrichtungen, Diensten und auch Wohnungsunternehmen) bei der Gestaltung lokaler Pflegestrukturen.</p> <p>Neben der Wohnung muss auch das Wohnumfeld den Bedürfnissen älterer und behinderter Menschen entsprechen.</p> <p>Die Erfassung im medizinischen Bereich des Wegweisers für Menschen mit Behinderungen des Landkreises Oberspreewald-Lausitz wurde bereits begonnen und muss weitergeführt werden. Die anderen Bereiche sollen sich anschließen.</p> |

Im infrastrukturellen Ausbau der Nachwendejahre wurde die Modernisierung der Straßen, Wege, Beleuchtungen vorangetrieben. Eine durchgehende Barrierefreiheit für Behinderte gerade in den Dörfern und dörflichen Ortsteilen wird jedoch gelegentlich bemängelt. Die Erfassung und Information über barrierefreie Pfade ist daher weiterhin von Interesse für den weiteren Ausbau und Modernisierung. Ein interessanter Aspekt wurde mit den Wünschen nach mehr Sitzgelegenheiten und Ruheorten im Ortsbild angegeben, sodass auch ältere Menschen ohne Rollatoren weitere Strecken bewältigen können – und vielleicht auch Treff- und Verweilpunkte haben.

Die Bemühungen um altersgerechte Wohnformen und die Unterhaltung von Versorgungseinrichtungen in den Gemeinden sind vielfältig und passen sich dem demografischen Wandel an. Es entstanden Mehrgenerationenhäuser, Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege. Die Umsetzung neuer Ideen für diesen Infrastrukturwandel ist jedoch auf ein Umdenken angewiesen.

Wir haben ja, was mir immer vorgehalten wird, Letschin hat ja altengerechtes Wohnen, also betreutes Wohnen, eine Tagespflegestätte und ein Altenheim. Und damit sind die Dörfer oder die Ortsteile gut versorgt, ist man der Meinung. Aber wenn man sowas wie eine Wohngemeinschaft in einem Dorf oder einem Ortsteil etablieren könnte, würden wir die Alten vielleicht früher aus ihren Häusern kriegen und die Jungen vielleicht wieder früher in die Häuser rein. Aber diese Entwicklung wird nicht als zukunftsorientiert gesehen (GBB_IV_907: 201).

⁵ Zur besseren Vergleichbarkeit wurde Leitlinie 5 und 6 getauscht

| Leitlinie 6 | Leitlinie 6 |
|---|--|
| <p>Die Gemeinde Letschin unterstützt den Wunsch älterer Menschen mit Hilfe und Pflegebedarf so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld bleiben zu können. Bei der Bewältigung der häuslichen Pflege benötigen Familien und Nachbarschaften Hilfen in Form von Beratung, Begleitung und Entlastung. Die Gemeinde Letschin unterstützt die Schaffung neuer Wohn- und Betreuungsalternativen.</p> <p>Die Gemeinde Letschin sieht eine enge Zusammenarbeit von Angehörigen, Ehrenamtlichen und professionell Pflegenden als erforderlich an.</p> | <p>Sicherstellung der Betreuung und des Wohnens bei Hilfe- und Pflegebedarf</p> <p>Um eine leistungsfähige, wirtschaftlich und zahlenmäßig ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen, sollen gemäß der Ersten Änderung des Landespflegegesetzes lokale Pflegestrukturen aufgebaut werden. Hier macht sich eine Einbindung der Kommunen erforderlich.</p> <p>Die Unterstützung pflegender Angehöriger durch Beratung, Schulung und Entlastung sollte ausgebaut werden.</p> <p>Eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sollte angestrebt werden. Hier ist aber auch die Unterstützung des Landes erforderlich.</p> <p>Die Entstehung von Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Demenz als Alternative zu herkömmlichen stationären Wohnformen sollte vom Landkreis unterstützt werden.</p> <p>Die alternde Gesellschaft hat auch eine Zunahme der pflegebedürftigen Menschen zur Folge. Der Bedarf an gut ausgebildeten Pflegekräften wird steigen.</p> <p>Hier sind eine Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes erforderlich. Dieses ist aber nicht allein vom Landkreis zu beeinflussen.</p> |

Wichtig für eine Versorgungssicherheit und Zukunftplanung in der Kommune ist dementsprechend die Kontinuität der Förderung:

„Wenn dann da irgendwo wieder erst Förderanträge, viel Papier beschrieben werden muss...Und dann gibt es ja noch den ländlichen Raum, wo auch Möglichkeiten gegeben sind für die Dörfer. Das wird schon ooch genutzt. Wo dann ooch solche Aktionsprogramme gibt mit 5.000 Euro. Na, ja – aber wie gesagt grundsätzlich: Das is n Punkt, den ich immer kritisiere. So ,ne Einmalförderungen bringen in aller Regel wenig. Das is halt so gewollt – aus Haushaltssicherheitsgründen –, dass Land und Bund gern mal solche Einmalförderungen ausrufen. Deswegen bin ich sehr froh, dass unser Mehrgenerationenhaus schon über mehrere Runden in der Förderung des Bundes geblieben is, denn diese Stetigkeit bringt es halt manchmal.“ (GBB_IV_Z1: 101)

| Leitlinie 7 | Leitlinie 7 |
|--|---|
| <p>Die Gemeinde Letschin unterstützt die Stabilisierung und die Festigung des Netzwerkes Altenhilfe.</p> | <p>Nachhaltige Sicherung der Mobilität als Voraussetzung für die Teilhabe von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben Auch zukünftig sollte insbesondere die Erfüllung der Versorgungsfunktionen der zentralen Orte durch gute Erreichbarkeit weiter gestärkt und die differenzierten Anforderungen in städtischen sowie in ländlichen Siedlungsgebieten entsprechend des Nahverkehrsplanes gleichermaßen Rechnung getragen werden. Dienstleistungen rund um die Thematik „Abo 65 plus“, Rufbusverkehr aber auch diverse Verkehrsteilnehmerschulungen sowie Fahrsicherheitstrainings sollten vermehrt von den Akteuren für ältere Menschen beworben werden. Eine Optimierung der Anschlüsse im ÖPNV, aber auch die Möglichkeiten für Ferientags- und Wochenendangebote, sollte regelmäßig geprüft werden, um möglichst gute Verknüpfungen auch für die Altersgruppe Senioren anzustreben. Auch hier könnten die Möglichkeiten der bedarfsgesteuerten Bedienung Anwendung finden. Bei der barrierefreien Gestaltung von Haltestelleninfrastrukturen, Fahrzeugeinsätzen und Fahrgastinformationen sollten auch zunehmend die spezifischen Bedürfnisse von Älteren berücksichtigt werden.</p> |

Das im sozialen Netzwerk erbrachte Engagement stößt gerade im Umfeld der Mobilitätsförderung auf Grenzen der politischen Kommunikation und ermüdet die Aktiven, da verlässliche Strukturen auf diesem Wege oft nicht zu erreichen sind:

„Dit is ooch ne Sache- die leider weggebrochen ist – wo unser Seniorenbeirat darum kämpft – dass dieser blöde Personenbeförderungsparagraf geändert wird, dass man nicht Linienverkehre einrichten muss, sondern wirklich auf diese Individualität des ländlichen Bereiches auch mal ‘n bisschen eingeht. Dit sind so Sachen, die uns natürlich auf der Seele brennen [...]. Da sind unsre Senioren sehr kritisch mittlerweile.“ (GBB_IV_OL1: 120)

3.4 Gemeindewerkstätten Methoden im Modell soziokulturelles Empowerment

Der Zugang zu den Gemeinden mittels gemeinsamer Werkstätten zielte nicht direkt auf Problemlagen der Gesundheitsförderung und Prävention im Gemeindefeld. Vielmehr werden mit dem Modell eines ‚soziokulturellen Empowerments‘ Strukturveränderungen intendiert, die Öffnungsprozesse so in Gang zu setzen imstande sind, dass diese Maßnahmen besser und nachhaltiger anschließen können (Forkel 2017, Kap. X). Die Idee ist, mit der Stärkung des kommunalen Gemeinschaftssinnes die Faktoren und dynamische Wechselwirkungen im Verständnis des Salutogenese Konzeptes im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auf kollektives Handeln zu übertragen und öffentliche Kommunikationsprozesse zu stärken. In diesem Sinne stehen die Bezüge des Gesundheitsverhaltens in den Verhältnissen des Settings in einem beständigen kommunikativen Aushandlungsprozess, der über akkumuliertes kulturelles Kapital Übertragungen in das soziale und das Gesundheitshandeln ermöglicht.

3.4.1 Methoden

In Anpassung des Modells zur Verbesserung des Verständnisses von regionalen Bedarfen wurden in Gemeindegwerkstätten die sozialen, ökonomischen und kulturellen Dimensionen der Angebote für Ältere und deren Akzeptanz in der Gemeinde auf Gelingensfaktoren und prioritäre Handlungsfelder hin untersucht. Für diese Anpassung konnte auf die Methoden des World-Cafés und der Fokusgruppen-Diskussion zurückgegriffen werden.

Die grundlegende Konzeption dieser Werkstätten liegt in der Gliederung der thematischen Schwerpunkte nach einer theoretischen Konzeption. Es wird in eine historische Dimension und in Ressourcen-dimensionen unterschieden, die eine Auswertung nach typischen Gegebenheiten vor Ort ermöglicht. Denn mit dieser Konzeption wird die sich entwickelnde Ausrichtung der Gespräche, Diskussionen und schriftlichen Beiträge auf konkrete Probleme spezifizierbar, bleibt jedoch im Vergleich verschiedener Durchführungen verallgemeinerbar und damit für Programme der Gesundheitsförderung und Prävention besser einzuschätzen. Folgende Gliederung wurde angewendet:

Einleitung: Geschichte der Gemeinde und der Ortsteile (Tischdecken)

- wichtige Ereignisse und Umbrüche und ihre Bedeutung für das Gemeindeleben
- Generationenwandel gestern und heute

Soziale Beziehungen und Gemeindegzusammenhalt (rote Karten)

- ehrenamtliches Engagement für die Belange Älterer und Pflegebedürftiger (familiäre, nachbarschaftliche und kommunale Unterstützungen)
- Dialog der Generationen: jung/alt, junge Alte, Einheimische/Zugezogene
- Gesundheitliche Versorgung, Betreuung und Pflege
- Mobilität in der Region und in der Gemeinde, Sicherheit, Barrierefreiheit
- Zusammenarbeit von Angehörigen, Ehrenamtlichen und professionell Pflegenden

ökonomische Bedingungen (blaue Karten)

- Entwicklung der Arbeitsplatzangebote, Berufsstrukturen in der Gemeinde in der Vergangenheit und Gegenwart
- Einkaufsmöglichkeiten und Konsum in der Region
- Kosten für ehrenamtliche Tätigkeiten, Hilfeleistungen, Angebote
- Wohnsituation, neue Wohnformen, mobile Versorgung

kulturelle Aktivitäten und Infrastruktur (grüne Karten)

- Gemeindeveranstaltungen, Angebote und Aktivitäten in den Ortsteilen (Sport, Theater, Bibliothek)
- Bildungsangebote (VH, Akademie 2. LH, Arbeitsinitiative, Volkssolidarität)
- Gesundheitsbildung (Beratungsangebote Gesundheit, Pflege und Recht)
- Gemeindehäuser in den Ortsteilen, regelmäßige Treffen

Schematisch kann dieser Ablauf mit der Zielrichtung der Selbstwirksamkeit der erarbeiteten Problemlagen und Lösungsansätze im Zusammenspiel von Aktivierung über die Zeitgenossenschaft vor Ort und die Zusammenführung der Ideen für eine Kommunikation in und über die Gemeinde (Empowerment) dargestellt werden (Abb. 3-19).

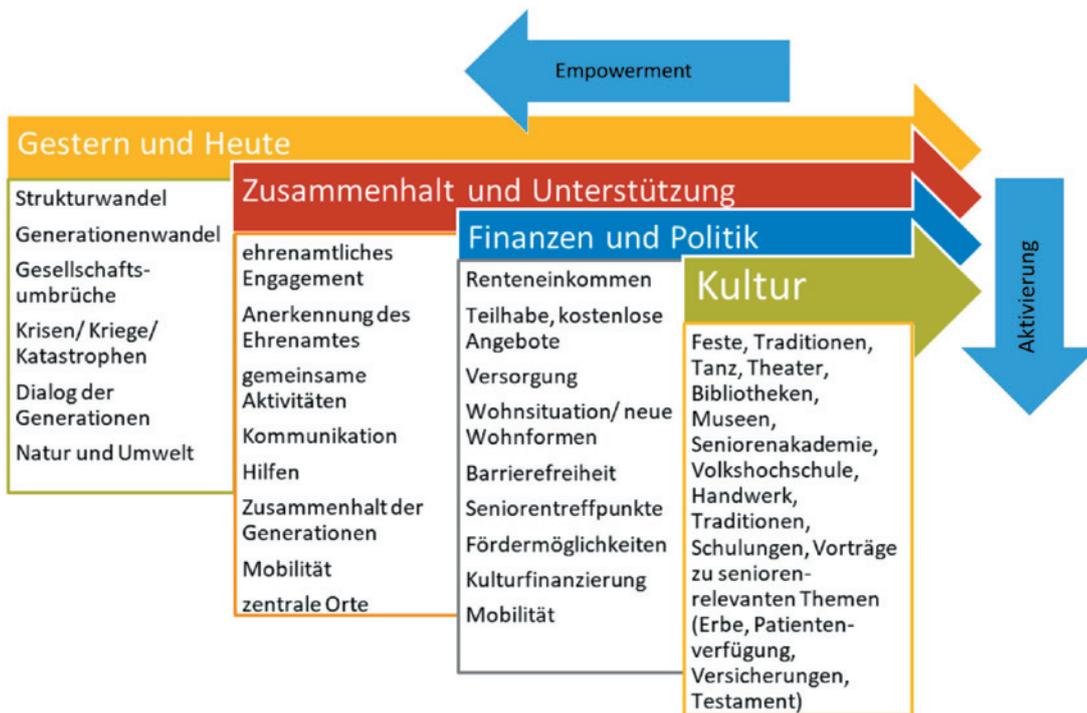


Abbildung 3-22: Thematische Gliederung der Gemeindewerkstätten nach dem Modell LETHE, eigene Darstellung, J. Forkel

3.4.1 Durchführung

Zur Untersuchung der Bedarfe für ältere Menschen in ländlichen und kleinstädtischen Gemeinden des Landes Brandenburg wurden zwei Landkreise durch Zufallsauswahl bestimmt. Die Wahl fiel hier auf die Landkreise Oberspreewald-Lausitz und Märkisch-Oderland. Der Zugang für eine Analyse der Maßnahmen der Gesundheitsförderung wurde in diesen Landkreisen über die jeweiligen Amtsärztinnen und -ärzte gesucht. In Interviews mit den Landkreisverwaltungen wurde das Projekt vorgestellt und um weitere Kontakte zu ausgewählten Gemeinden gebeten. Die Untersuchungsgemeinden wurden angesichts der Kürze des Untersuchungszeitraumes auf Empfehlungen und Erfahrungen im Landkreis ausgewählt. Die Wahl fiel auf die Gemeinde Letschin im Landkreis Märkisch-Oderland und die Stadt Großräschen im Landkreis Oberspreewald-Lausitz. In beiden Gemeinden wurden Interviews mit den Bürgermeistern, der Einwohnerschaft, den Seniorenvertretungen und Vertreterinnen der Kommunalverwaltungen geführt. Ausgewählte Gemeindeveranstaltungen zur Gesundheitsförderung (Gesundheitswoche Großräschen, Gesundheitskonferenz Märkisch-Oderland) wurden besucht. Fachbeiträge zum Projekt konnten auf Einladung zur Gesundheitskonferenz Märkisch-Oderland und zur Fachveranstaltung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. eingebracht werden. In beiden Gemeinden wurden – in Zusammenarbeit mit den Gemeindeverwaltungen und den Seniorenvertretungen – Daten und Informationen zu den seniorenbezogenen Angeboten und zur regionalen Versorgungslage gesammelt. Auf der Grundlage dieses Überblicks wurden Gemeindewerkstätten zu einem offenen Austausch vorbereitet und mit Unterstützung der Gemeinden vor Ort durchgeführt. Die regionalen Vertretungen der Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (FAPIQ) beteiligten sich bei diesen Gemeindewerkstätten mit einem Beitrag und der Bereitstellung von Informationsmaterialien.

Im Ergebnis stehen sechs Interviews mit Expertinnen und Experten der kommunalen Seniorenarbeit mit einem Umfang von 1,5 bis 2,5 Stunden, fünf Kurzinterviews, eine Gruppendiskussion und zwei Gemeindewerkstätten für eine Auswertung zur Verfügung, die eine Unterscheidung zwischen dem Erleben der Versorgungslage und den zumeist ehrenamtlichen Angeboten für ältere Menschen in der Region ermöglichte.

3.4.2 Ergebnisse der Gemeindegewerkstätten

Die Gemeindegewerkstätten wurden in Letschin und Großräschen (hier als Stadtwerkstatt) gemeinsam mit den Seniorenvertretungen vorbereitet und durchgeführt. Nach Begrüßungen und einer kurzen Vorstellung des Projektes wurde durch die Schwerpunkte der sozialen, politisch-ökonomischen und kulturellen Bedürfnisse der anwesenden Teilnehmenden geführt. Die Anwesenden waren aufgefordert, begleitend zu der sich entwickelnden Diskussion Notizen auch auf die ausgelegten farbigen Karteikarten und papierenen Tischdecken zu machen. Die Werkstätten unterschieden sich durch den Charakter der Veranstaltung. Während diese in Großräschen vor allem als konstruktive Austauschplattform für die Seniorinnen und Senioren sowie ihre Vertreterinnen und Vertreter aus den Ortsteilen genutzt wurde, waren in Letschin auch Politikerinnen und Politiker und einige jüngere Einwohnerinnen und Einwohner anwesend.

Die Moderation versuchte, durch einen kurzen Anstoß zur historischen Prägung der Gemeinde die Aufmerksamkeit auf eine Entwicklungsperspektive zu eröffnen und griff die Redebeiträge für die einzelnen Bereiche auf, um diese zusammenzuführen.

Soziales

Neben konkreten Problematisierungen zur Versorgungslage und Infrastruktur wurde deutlich, dass das Werkstattprinzip schnell angenommen wurde. Je nach der Prägung der Veranstaltung wurden die Probleme gemeinsam aufgegriffen und lösungsorientiert diskutiert. Konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der Infrastruktur wurden ebenso eingebracht wie Rückblicke auf vergangene Zeiten. Im Bereich der sozialen Bedürfnisse wurde in beiden Gemeinden der Schwerpunkt der im Vergleich zu früher abnehmenden sozialen Kontaktmöglichkeiten und dem heutigen Generationenwandel unter den Älteren hervorgehoben. Die jungen Alten haben weniger Interesse an den geschaffenen Angeboten und beteiligen sich – noch – nicht umfassend an der Seniorenarbeit. Die Belastungen durch die ehrenamtliche Tätigkeit werden gegen den Gewinn an gemeinschaftlicher Aktion abgewogen. Grundsätzlich wird um eine gesellschaftliche Anerkennung gerungen. Es wird mehr Miteinander gefordert und darauf hingewiesen, dass auch ökonomische Gründe für den Rückzug einiger Menschen vermutet werden können.

| | Letschin | Großräschen |
|---|---|--|
| 1 | Soziale Absicherung | Vereinsamung, finanzielle Kosten der Teilhabe, einsam in der Wohnung, hohe Kosten des Lebens |
| | Rufbus von den Ortsteilen nach Letschin zur Arztpraxis | Vorschlag: Rollator-Fahrschule, Fehlnutzung und Verbesserung der Mobilität |
| | Fachärztliche Versorgung | wenig Anteilnahme an der Gesundheitswoche |
| 2 | Seniorenbeirat (SB), Vereine | Sitzgymnastik, Angebot SB: Sport, Teilnahme in den Blocks sehr unterschiedlich |
| | Tagespflege | junge Alte nehmen wenig am Generationenaustausch teil |
| | Kommunale Veranstaltungen | Mangelnde Teilnahme, z.B. Weihnachtsfeier vom SB, zu wenig Nachfrage, Aufgabe; Angrillen in den Blöcken klappt gut, da man im Alter nicht mehr zum Grillen kommt |
| | Nachbarschaftshilfe, Seniorensport, Arbeit in der Kirchengemeinde | Seniorenklub Nachwuchsprobleme |
| | Radwege in die Ortsteile | Seniorenbeirat (i.F. SB) hat wenig Nachwuchs, persönliche Animositäten, Informationspolitik |

| | | |
|---|---|--|
| | Mobilität/ Rufbus Region erweitern | SB Trödelmarkt, Kuchenbasar, dorthin kommen viele |
| | Anerkennung des Ehrenamtes | SB SFB (Senftenberg) funktioniert gut, keine Nachwuchsprobleme |
| 3 | Bewegungsförderung/ Sport | Arbeitszeiten und kaum Kontakt auf der Straße, die Zeit fehlt, Friedhof als Kommunikationsort |
| 4 | Landesentwicklungsplan nach Regionalkultur | Respekt der Generationen, kein Miteinander |
| | Mobile Arztpraxis (Hessen) | Gerontopsychiatrisch- Geriatriischer Verbund OSL: Seniorenkompass soll informieren, was und vor allem wie, z.B. Rufbus |
| 5 | Unterstützung von Veranstaltungen | Gefühlskälte der Generationen untereinander, Kommunikation geht verloren |
| | Miete von Räumen | |
| 6 | Beachtung des Oderbruchs – sehr wichtig | |
| 7 | Vorschlag Co-Working: Prävention durch Wassersport und Reha im VB-Markt, Aufbau eines Gesundheitszentrums in der Schwimmhalle | |
| | Hautarzt nimmt keine Patienten mehr an, Kontingent der KV erreicht | |
| 8 | Junge Ärzte | |

Viele der gemeinschaftlichen Aktivitäten in den Gemeinden werden über Vereinsarbeit und für die Gruppe der Älteren und Alten besonders über ehrenamtliche und private Angebote aufrechterhalten. Das führt zu einer ‚zielgruppen-‘ und generationenspezifischen Ausrichtung der sozialen Aktivitäten, deren Exklusivität damit auch recht hoch wird.

Soziale Aktivitäten und Angebote in den Kommunen an zentralen Orten zeigen ihre Bedeutsamkeit auch in traditionellen Gegebenheiten, die heute kaum noch kommunal anzutreffen sind.

Ja, wenn man ältere Leute nochmal hört, so fast Hochbetagte, die haben mir erzählt, dass die in den Kneipen Musik gemacht haben. Und dann denkt man „Mensch, der konnte Musik machen. Das traue ich dem heute überhaupt nicht mehr zu.“ Dann strahlt der und dann fängt er zu erzählen an, wie se dann über die Dörfer gezogen sind und mit drei, vier Leuten mit Harmonika und Schlagzeug Tanzmusik gemacht haben. Und dann war das Dorf ja auch da! Und das ist heut natürlich überhaupt nicht mehr. Also ne normale Tanzveranstaltung hier bei uns auf dem Lande? Nicht, dass ich wüsste... (GBB_IV_AS: 35).

Wirtschaft und Politik

Interessante Anregungen für die weitere senioren- und gesundheitspolitische Ausrichtung der kommunalen Arbeit ergab sich in den Gemeinden in einer Auseinandersetzung der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen. Insbesondere der Umgang mit der kameralistischen Unterscheidung zwischen Pflicht- und freiwilligen Aufgaben der Kommunen wurde diskutiert. Der politische Diskurs um die Gemeindefinanzen entspricht dem hohen Selbstanspruch von Selbstverwaltung und Eigensinn der Gemeinden.

| | Letschin | Großräschen |
|----|--|--|
| 12 | Jugendarbeit ist Pflichtaufgabe. Was ist mit älteren Menschen? Mittel im Finanzhaushalt bereitstellen, | 4. Block der Altersgerechten Wohneinheit, warum nicht Ausbau, 7-8 Jahre Wartezeit, großer Bedarf, Vorschlag Nutzung als Mehrgenerationenhaus, Fahrstuhl ist vorhanden |
| | Kommunalverfassung §18, Beauftragten für Seniorinnen und Senioren einfordern | Renten sind nicht so hoch, Mieten für altersgerechtes Wohnen |
| 13 | Betreuungsgruppe | Kritik an der Bauausführung des altersgerechten Wohnens (Wirtschaftstrakt), Verbindung der einzelnen Wohnblöcke |
| | Wohngemeinschaften in den Ortsteilen | Bergbaurenten nehmen immer weiter ab, immer mehr geringe Renten |
| 14 | Fördermöglichkeiten, „Ich wünsche mir altersgerechte bezahlbare Wohnungen.“ | „Wir hatten ja immer ein Altersheim, erst in GRS Süd, dann in der Villa, dann wurde Brieske aufgemacht. Das war nicht so prickelnd.“ |
| 15 | Prävention: Wasserbecken für Babyschwimmen, Seepferdchen, Gymnastik für Alt und Jung | |
| 16 | Gesundheitszentrum im Sinne der Prävention | mehr Bänke und Sitzmöglichkeiten in der Stadt |
| 17 | Finanzen: Möglichkeiten des Präventionsgesetzes | Mobilität 2-3 Orte können nicht kommen, da es keine Anbindung gibt, „wir bekommen auch keine Vertreter ran“ |
| 18 | Streuobstwiesen miteinander | Rufbus: wird oft nicht angenommen, da der große Bus kommt, Scham, Bescheidenheit |
| | Schöner unsere Dörfer (Schmutzecken in den Dörfern) | Zahn-Ärztin Hausbesuche, mobile Praxis |
| | Gemeindebus zulassen im Beförderungsgesetz | Ehrenamt wichtig für die Vereine, Feuerwehr, Seniorenbeiräte ohne EA nicht möglich |
| 19 | §42 Personenbeförderungsgesetz | Mitbestimmung Ordnungs- und Sozialausschuss, Kulturbericht |
| 20 | §55 Meldegesetz | Finanz- und Hauptausschuss beratend |
| 21 | §18 Kommunalverfassung, Seniorenbetreuung zur Pflicht | Leitlinien Seniorenaufgaben, Evaluation; Landesseniorenbeirat funktioniert nicht |
| 22 | ÖPNV Bürgerinnen und Bürger zu den Hauptlinien, Mobilität Modellregion | GPGV-Seniorenkompass: zentrales Instrument; Pflege, Mobilität, Gesundheitsversorgung, barrierefreies Wohnen, Lebensmittel und Einkauf, körpernahe Dienstleistungen, Ansprechpersonen |

Unter dem Stichpunkt der ökonomisch-wirtschaftlichen Situation wurden vor allem die Herausforderungen der Versorgung, der Mobilität und der Infrastruktur benannt und nach Lösungen gesucht. Bemerkenswert waren dabei die konkreten Vorschläge, die auch im Dialog zwischen Einwohnerinnen, Einwohnern und Kommune fruchtbar angenommen wurden.

Wir machen also so einen Seniorentag. Der eine sagt, alte Stelle, der andere sagt runder Tisch und da sind eigentlich die Probleme oder kamen die Probleme auf und die haben wir zusammengeführt, weil wir eben über die Landespolitik versuchen wollen, einiges in Gang zu bringen. Bei uns sind die gleichen Probleme wie in Mecklenburg: Wir haben keine Ärzte. Wir haben keinen richtigen öffentlichen Nahverkehr. Wir haben eine Petition im Landtag Brandenburg und im Bundestag zum öffentlichen Nahverkehr, dass ein Artikel geändert werden muss zugunsten der alten Leute oder der älteren Menschen, das ist der Paragraph 42 des Personenbeförderungsgesetzes hier im Land Brandenburg, wie der in der Bundes... weiß ich nicht, können die sich selber drum kümmern. Wenn, dann können wir das nur im Rahmen eines Seniorenbeirates machen, einer außerordentlichen Veranstaltung, wo wir dann entsprechend noch aktive Senioren aus den Ortsteilen mit einladen, die auch eine Meinung äußern würden. (GBB_IV_M1: 48)

Kultur und Aktivitäten

Wesentlich für die Diskussion war jedoch der Austausch über kulturelle und kommunikative Hindernisse in der Gemeindefarbeit, die sonst nur selten zu einer gemeinsamen Diskussion geführt werden. Die Unterschiede zwischen den Ortsteilen, der Eigensinn einiger Dörfer und Ortsteile, der Einfluss der Zugezogenen oder die Tradition der Alteingesessenen wurden besprochen.

| | Letschin | Großräschen |
|----|--|---|
| 23 | Handwerk und Tradition, Spinnerfrauen; Mangel an Alten und Erfahrungen, drohender Verlust des Wissens | Ehrenamt nicht für die neue Generation, Anspruchshaltung zu hoch |
| 24 | Initiativen von der Jugend, Jugendfeuerwehr, Internet, Computerkabinett, Jugendliche im Haus Hanna mit Lehreintritt Pflege | Konkurrenz der Ortsteile |
| 25 | Kommunalverfassung Seniorenarbeit zur Pflichtaufgabe machen? | früher waren die Leute pflichtbewusster, die Alten sind das noch |
| 26 | Gruppe „Dialog Alt-Jung“ mit fünf Mitgliedern, Haus Hanna | Informieren: Nutzung Amtsblatt |
| 27 | Gratulation nach §50 Meldegesetz nicht mehr aufsuchend möglich, aktive Teilnahme erforderlich | Singen im altersgerechten Wohnblock 1x im Monat |
| 28 | Zusammenhalt früher besser | Organisation Kindertag |
| 29 | Soziale Unsicherheit | allein in der Wohnung, es kümmert sich keiner mehr, man sieht den halt nicht mehr |

Gestern und Heute

Durch die einleitenden Rückschau auf die Vergangenheit, die gerade für die DDR-geprägten Biografien der heute älteren und alten Menschen wichtig ist, ergaben sich die Vergleiche, deren Dimensionen auch das Ringen um die gesellschaftliche Anerkennung der eigenen Lebensarbeitsleistung immer wieder unterstreichen. Doch auch Widerstand kann eine solche Herangehensweise hervorrufen: „Ich lebe nicht früher. Ich lebe jetzt.“

| | Letschin | Großbräschen |
|----|--|---|
| 30 | Ich lebe nicht früher. Ich lebe jetzt. | früher gab es auch keine Rollatoren, da sind die alten Leute immer mit dem Fahrrad gestützt gelaufen |
| 31 | Früher: Konsum, HO, Gaststätte. Mehr Einkaufsmöglichkeiten im Ort. Personennahverkehr früher von den Dörfern nach Seelow, Berlin | Fahrradfahren, nach der Wende wurde dies deutlich, plötzlich zu wenig Parkplätze |
| 32 | Früher: Nachbarn kannten sich. Kinder waren vor Ort. Früher: medizinische Versorgung mind. 1x die Woche. Betriebe haben sich um die sozialen Belange gekümmert. Betriebe kümmerten sich um ‚ihre‘ Senioren. | Einkaufen, Milch musste frisch gekauft werden, also täglich und mit dem Fahrrad; früher konnte man aus der sauren Milch wenigstens noch Joghurt machen, das geht heute nicht mehr |
| 33 | Früher: keine Arbeitslosigkeit, viele Betriebe, Konsum in jedem Ort, ÖKULEI in jedem Ort (ökonomisch kultureller Leistungsvergleich). Früher war alles im Dorf: als Wichtigstes die Arbeit | „Dieser Wohlstand und die Verbesserungen bringen auch eine gewisse Trägheit mit. Und ob die Trägheit für die Gesundheit gut ist...“ |
| 34 | Früher: die Altersstruktur besser vermischt, Heute: viele Vereine, Jugend fehlt | Kulturen der Dörfer gegeneinander |
| 35 | Ab 1990 Zusammenbruch der Betriebe. Vereine wurden vom Betrieb stets ohne Hintergedanken unterstützt, so auch bei der Kita. Die Lebenssituation hat sich seit 1990 sehr stark verändert. | Eigensinn der Dörfer, Geschichte, Anerkennung untereinander |
| 36 | Zusammenarbeit in der DDR hat zwischen allen im Dorf stattgefunden Kita, Betriebe, Vereine, Gemeinde. Betriebe und Gemeinde hatten verpflichtend Kooperationsvereinbarungen für den Ort und die Gemeinschaft | Kinder- und Jugendparlament |
| 37 | Zuzug der ‚Neuen‘ hat das Bild der Dörfer verändert, Landwirtschaft kommt darin nur geschwächt vor. | |
| 38 | Neue Ideale „Grüne“ sind mit der Arbeit in der LW schlecht vereinbar. | |

Die Erinnerung und das kollektive Gedächtnis dieses ‚traditionellen‘ Umganges ist durchaus auch aus gesundheitsförderlicher Sicht bedeutsam:

Also in Ortrand, die machen mit all ihren Ortsteilen in der Pulsnitz Halle immer so einen Amtseniorenachmittag, fahren die aus den Ortsteilen auch immer da hin: Kulturprogramm und unter anderem Musik und Tanz. Da ist mir dann ein älterer, als schon ganz schön alter Mann aufgefallen, der konnte nicht mehr, also der schlurfte über den Boden. Es ging gar nicht mehr mit dem Laufen. Dann spielte die Musik. Er war auf der Tanzfläche und er hat sich bewegt wie ein junger Gott. Und das ist ja auch so wichtig. (GBB_IV_AS: 36)

Fazit

Es kann zusammengefasst werden, dass die Idee einer problem-, geschlechter- und generationenübergreifenden Gemeindeversammlung als öffentlicher Kommunikationsort wichtige Impulse für die alltägliche Seniorenarbeit setzen kann. Die Gelegenheit, die Themen selbst zu bestimmen und keinem politischen oder zielgruppenbezogenen Interesse direkt zugeordnet werden zu können, ermöglicht einen Austausch nicht nur zu den Problemen des alltäglichen Lebens, sondern auch für die Einsicht in die Bedarfslagen sonst nicht aktiver Menschen und schafft damit eine Perspektive für die Zukunft an die Bewohnerschaft und Kommunalvertretung gleichermaßen gewinnbringend anknüpfen kann.

4. Handlungsempfehlungen

Empfehlungen zu Anpassungen im kommunalen und sozialen Prozess gelingenden Alterns für das Land Brandenburg lassen sich aus den gemachten Erfahrungen und Beobachtungen wie folgt formulieren:

TOBIAS MÜLLER, FAPIQ, JENS FORKEL, HOCHSCHULE NEUBRANDENBURG

4.1 Empfehlungen auf der Landesebene

Informationsmanagement

- Kontinuierliche Erfassung und Evaluation von gesundheitsförderlichen Angeboten in den Landkreisen in Zusammenarbeit mit den Seniorenvertreterinnen und -vertretern in den Gemeinden. Pflege von Datenbanken.
- Über das breite Spektrum an Möglichkeiten zu gesundheitsförderlichen Angeboten informieren bzw. aufklären.

Personelle Empfehlungen

- Wiedereinsetzung von Präventionsbeauftragten in den Landkreisen.
- Ermöglichung von hauptamtlichen Seniorenbeauftragten im Sinne des §18a Absatz 3 der brandenburgischen Kommunalverfassung in Angleichung an die Pflichtaufgaben der Kommune für Jugendliche. Es wird befunden, dass gerade in angespannten kommunalen Haushalten ein Spielraum im allgemeinen Haushalt für die Verbesserung der kulturellen Teilhabe älterer Menschen gegeben sein muss, deren Biografien von der regionalen Einkommens- und Wettbewerbsungleichheit auf dem Arbeitsmarkt geprägt sind. Mit dieser hauptamtlichen Vertretung der Seniorinnen und Senioren lassen sich darüber die derzeit oft nebeneinander und privat oder vereinsmäßig organisierten Angebote zusammenführen und eine höhere generationen- und geschlechterübergreifende Akzeptanz erwarten.

Eine gesundheitsförderliche Haltung etablieren

- Sicherung der gesellschaftlichen und kommunalen Teilhabe älterer Menschen als kommunale Pflichtaufgabe im Sinne des §18a Absatz 1 im allgemeinen Haushalt der Kommune.
- Den Zusammenhang von Kultur- und Gesundheitsförderung verstehen und nutzen. Arbeit an einer Leitidee. Gesundheitskultur als Herstellung einer kommunalen Öffentlichkeit zur Unterstützung der Mitbestimmungsrechte in der Lebensqualität dezentraler Lebenswelten.
- Verbindliche Umsetzung des Gesundheitszieles *Gesund älter werden* auf Gemeindeebene.
- Partizipative Evaluation und Integration der *Leitlinien der Seniorenpolitik* des Landes Brandenburg in den Kommunen unter Bereitstellung von Leistungen und Ressourcen nach SGB V §20a entsprechend der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Brandenburg.

4.2 Empfehlungen auf kommunaler Ebene

Intensive Unterstützung des Ehrenamts:

- Institutionalisierung der Anerkennung des Ehrenamtes der aktiven Seniorenvertreterinnen und -vertreter in den Gemeinden
- Pfadentwicklung zur kommunalen Integration der Aufgaben
- Gewährung einer angemessenen pauschalen Aufwandsentschädigung

Bestands- und Bedarfserfassung

- Evaluation und Dokumentation von Angeboten und Bedarfen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention, Kultur und Bildung für Seniorinnen und Senioren zur Berichterstattung an die Gemeindevertretung und die Gesundheitsämter der Landkreise.
- Modernisierung und Ausbau der Informationsstruktur in den Gemeinden zur zielgruppenübergreifenden Kommunikation zur Erfassung von Bedarfen und Vermittlung von Angeboten
- Gezielte Schulungen der Akteure in der Gesundheitsförderung. Diese würden Akteure dazu befähigen, tatsächliche Bedarfe vor Ort zu ermitteln und daraufhin sinnvolle und akzeptierte gesundheitsförderliche Angebote planen zu können.

Umzusetzende Maßnahmen

- Es bedarf mehr gesundheitsförderlicher Angebote, auch dort, wo solche bereits existieren.
- Zentrale Orte, Kommunikationspunkte in der Gemeinde generationenübergreifend erhalten, schaffen und beleben
- Gesundheitsförderung für Ältere in enger Zusammenarbeit mit einem Quartiersmanagement gestalten
- Stärkung der Gemeindeöffentlichkeit durch Einrichtung von bürgerbeteiligten Veranstaltungen in den Gemeinden, z.B. durch die Etablierung regelmäßiger Gemeindewerkstätten
- Auf Angebotsvielfalt in der Gesundheitsförderung hinwirken/Berücksichtigung der verschiedenen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung
- Angebote in Bürgerhäusern im Sinne § 20f Absatz 1 PräVg als Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen erkennen und umsetzen

Entbürokratisierung

- Entbürokratisierung und Erleichterung aufsuchender Kontaktaufnahme und Hilfeangebote in der Gemeindearbeit (§ 55 BDSG)
- Entbürokratisierung von gemeindegebundenen Mobilitätsinitiativen (§42a Personenbeförderungsgesetz PBefG)

sonstiges

- Förderung der Kostenfreiheit der Angebote.

4.3 Praktische Empfehlungen

Informationsbündelung

- Erfassung und Kategorisierung von Angeboten und Bedarfen der Gesundheitsförderung und Prävention, Kultur und Bildung für Senioren in der Gemeinde
- Kontaktlisten, die auf gesundheitsförderliche Angebote hinweisen, regelmäßig aktualisieren und pflegen
- Erfassung und Kategorisierung der Aufwendungen und Organisationsstrukturen in der gemeindebezogenen Seniorenarbeit zur Ermittlung und Berichterstattung der Eigenanteile der Bereitstellung und Aufrechterhaltung der Angebote

Empowerment der Akteure

- Aufklärung über Vielfalt der Gesundheitsförderung
- Vermittlung von zielgruppengenauen Bildungs- und Vernetzungsangeboten zur Stärkung der Handlungs- und Gesundheitskompetenz der EinwohnerInnen mit einem ressourcenorientierten, generationen- und geschlechterübergreifenden Zugang vor Ort (z.B. soziokulturelles Empowerment im Modell LETHE)
- Unterstützung der Seniorenarbeit durch Vermittlung von institutionellen und projektbezogenen Fördermöglichkeiten zur Verstetigung der Angebote
- Gesundheitsförderung für Ältere sollte mit einer Infrastrukturplanung einhergehen, die die Zielgruppen befähigt, solche Angebote tatsächlich wahrzunehmen.

Stärkung des Sozialen

- "Kümmerer" vor Ort sollten in die Gesundheitsförderung für Ältere strategisch eingebunden werden.
- Beteiligung an Gemeindewerkstätten als öffentliche Plattform für die gesamte Bewohnerschaft aus allen Ortsteilen
- In der Konzeption gesundheitsförderlicher Angebote für Ältere sollte dem sozialen Austausch viel Raum gegeben werden.

Anhang

A.1 Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1-1: Krankenhausdiagnosen bei älteren und hochbetagten Frauen und Männern mit Wohnsitz in Brandenburg 2015. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Krankenhausdiagnosestatistik 2017 | 7 |
| Abbildung 1-2: Mit einer Verletzung (S00-T98) im Krankenhaus behandelte Frauen und Männer nach Altersgruppen mit Wohnsitz in Brandenburg 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik 2015, Abt. Gesundheit im LAVG Brandenburg, eigene Berechnung | 8 |
| Abbildung 1-3: Stationäre Behandlungsquoten aufgrund von Oberschenkelbruch bei Frauen und Männern 65+ in Brandenburg 2015 in Prozent. Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik, 2017 | 9 |
| Abbildung 1-4: Frauen und Männer 65+ mit einer in den letzten 12 Monaten ärztlich/psychotherapeutisch diagnostizierten Depression in Deutschland und Brandenburg 2013. Quelle: RKI, GEDA 2013 | 10 |
| Abbildung 1-5: Todesfälle unter 65 Jahren bei Frauen und Männern nach Diagnosen in Deutschland und Brandenburg 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik 2017 | 11 |
| Abbildung 1-6: Vorzeitige Sterberate (SMR) in den Brandenburger Landkreisen und kreisfreien Städten im Vergleich zum Landesdurchschnitt 2011. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Todesursachen- und Bevölkerungsstatistik 2017 | 11 |
| Abbildung 1-7: Tödliche Unfälle bei älteren und hochbetagten Menschen nach Unfallkategorie in Brandenburg 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, Abt. Gesundheit im LAVG Brandenburg, eigene Berechnungen | 12 |
| Abbildung 1-8: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistischer Bericht, A l 3 – j / 17, G2-T10 | 13 |
| Abbildung 1-9: Strukturatlas Land Brandenburg Bevölkerungsentwicklung 1991-2017 | 14 |
| Abbildung 1-10: Strukturatlas Land Brandenburg Bevölkerungsentwicklung 2013-2017 | 14 |
| Abbildung 1-11: Bevölkerung im Land Brandenburg 1991 bis 2017 nach Altersgruppen, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam, 2018, 4 | 15 |
| Abbildung 1-12: Altersspezifische Geburtenziffer im Land Brandenburg, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Bevölkerungsvorausberechnung 2017–2030 | 16 |
| Abbildung 1-13: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Gesundheitswesen, 6: Entbindungen und Geburten in Krankenhäusern in Brandenburg 1991 bis 2016 | 16 |
| Abbildung 1-14: Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen in Brandenburg 2013 und 2040; Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Bevölkerungsstand zum Jahresende, Bevölkerungsprognose 2014-2040 | 17 |
| Abbildung 1-15: Lebenserwartung ab 65 und ab 80 Jahren in Brandenburg 1993/1995 und 2013/2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung | 17 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 1-16: Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter 65+ in Deutschland und Brandenburg 2003-2015. Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe – Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung | 18 |
| Abbildung 1-17: Pflegebedürftige nach SGB XI nach Altersgruppen in Brandenburg 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik, Bevölkerungsstatistik 2017, eigene Berechnungen | 19 |
| Abbildung 1-18: Pflegebedürftigkeitsrate in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Land Brandenburg. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik, Bevölkerungsstatistik 2015 | 19 |
| Abbildung 1-19: Pflegebedürftige aller Altersgruppen nach Art der Versorgung in Deutschland und Brandenburg. Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017 | 20 |
| Abbildung 2-1: Verteilung gesundheitsförderlicher Maßnahmen (Mehrfachnennung möglich), eigene Darstellung | 23 |
| Abbildung 2-2: Projektstatus, eigene Darstellung | 23 |
| Abbildung 2-3: Angebotsfrequenz, eigene Abbildung | 24 |
| Abbildung 2-4: Gruppenstruktur, eigene Abbildung | 24 |
| Abbildung 2-5: Finanzierungsquellen (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung | 25 |
| Abbildung 2-6: Angebotsstruktur vor Ort, eigene Abbildung | 25 |
| Abbildung 2-7: ausgewählte Gelingensfaktoren für gesundheitliche Angebote (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung | 26 |
| Abbildung 2-8: Ausgewählte Scheiternsfaktoren für gesundheitsförderliche Angebote (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung | 26 |
| Abbildung 2-9: Verteilung gesundheitsförderlicher Maßnahmen nach LK (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung | 27 |
| Abbildung 2-10: vergleichbare Angebote vor Ort nach LK, eigene Abbildung | 27 |
| Abbildung 2-11: Finanzierungsquellen nach LK (Mehrfachnennung möglich), eigene Abbildung | 28 |
| Abbildung 3-1: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam, 2018, 7 | 30 |
| Abbildung 3-2: Quelle: Bevölkerungsprognose für den Landkreis Oberspreewald-Lausitz, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg Basisjahr 2013, eigene Abbildung | 30 |
| Abbildung 3-3: Pendleratlas (Datenstand Juni 2018), Agentur für Arbeit | 31 |
| Abbildung 3-4: Pflegebedürftige, Landkreis Oberspreewald-Lausitz/Dezernat II/ Kreissozialamt/Sozialplanung, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Stand Dezember des jeweiligen Jahres | 31 |
| Abbildung 3-5: Verhältnis der Pflegebetreuungen in Prozent, Landkreis Oberspreewald-Lausitz/Dezernat II/Kreissozialamt/Sozialplanung, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Stand Dezember des jeweiligen Jahres, eigene Berechnungen | 32 |
| Abbildung 3-6: Entwicklung und Prognose des Anteils der demenziell Erkrankten an der Gesamtbevölkerung OSL in Prozent, Quelle: Land Brandenburg, Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauen; Projektion der Zahl an Demenzerkrankten in Brandenburg bis 2030 (22. März 2013) | 32 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 3-7: Anteil der anerkannten schwer behinderten Menschen an der Gesamtbevölkerung des Landkreises Oberspreewald-Lausitz in Prozent, Statistische Angaben des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV), in 2009 und 2011 wurde die Anzahl der behinderten Menschen über die Einwohnermeldeämter bereinigt, ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus vom 09. Mai 2011..... | 33 |
| Abbildung 3-8: Armutsgefährdungsquoten nach Altersgruppen (IW-Trends 1. 2017: 122) | 33 |
| Abbildung 3-9: Leistungsberechtigte von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen, Landkreis Oberspreewald-Lausitz/Dezernat II/Kreissozialamt/ Sozialplanung, Stand Januar des jeweiligen Jahres | 34 |
| Abbildung 3-10: Einwohnerentwicklung Großräschen, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2018 | 34 |
| Abbildung 3-11: Altersverteilung in der Stadt Großräschen in Prozent, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg und Landesamt für Bauen und Verkehr, ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus vom 09. Mai 2011, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg..... | 35 |
| Abbildung 3-12: Angebote in der Kommune Großräschen, Datenquelle: GPGV 2018, eigene Abbildung..... | 35 |
| Abbildung 3-13: Angebote der medizinischen Versorgung in Großräschen, Datenquelle: GPGV e.V. 2018, eigene Abbildung..... | 36 |
| Abbildung 3-14: Zusammenfassung der Bedarfsmeldungen im Rahmen der Gesundheitswoche Großräschen 2018, ‚Herbstbaum‘ der GPGV e.V., eigene Abbildung..... | 36 |
| Abbildung 3-15: Pendlerstatistik des Landkreises Märkisch-Oderland, Juni 2017 | 37 |
| Abbildung 3-16: Bevölkerung in der Gemeinde Letschin im Landkreis MOL 2016, 1991=100%, StaT LA, eigene Darstellung..... | 38 |
| Abbildung 3-17: Aktive und Aktivitäten in der Gemeinde Letschin, nach Bestandserhebung Gemeinde Letschin, eigene Darstellung..... | 39 |
| Abbildung 3-18: Versorgungsangebote in der Gemeinde Letschin, nach Bestandserhebung Gemeinde Letschin, eigene Darstellung..... | 39 |
| Abbildung 3-19: Kategoriale Zuordnung der 18 in der Praxisdatenbank verzeichneten Angebote zur Gesundheitsförderung in den LK OSL und MOL, eigene Darstellung..... | 40 |
| Abbildung 3-20: Themenschwerpunkte in den Experteninterviews 2018, eigene Darstellung | 41 |
| Abbildung 3-21: Ressourcenorientierte Recodierungen der Experteninterviews nach den adressierten Ressourcen im Gesprächsverlauf der Expertengespräche 2018, eigene Darstellung ... | 42 |
| Abbildung 3-22: Thematische Gliederung der Gemeindewerkstätten nach dem Modell LETHE, eigene Darstellung, J. Forkel | 49 |

A.2 Beispiel Gemeindegewerkstätten-Konzept

Gemeindegewerkstatt

Bedarfe und Bedürfnisse Älterer im ländlichen Raum

Ablaufplanung:

1. Begrüßungen (10 min)
 - 1.1. Bürgermeister der Gemeinde
 - 1.2. Gemeindegewerkstättenbeirat
 - 1.3. weitere?
2. Einleitung (30 min)
 - 2.1. Vorstellung des Projektes Bedarfe und Bedürfnisse Älterer
 - 2.2. Vorstellung des Modells zum Zusammenhalt in kleineren Gemeinden
 - 2.3. Einleitung der Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg, Region Nordost
3. Werkstattgespräche (60 min)
4. Zusammenfassung und Ausblick (20 min)

Themenkonzeption:

2. Begrüßungen

- 2.1. Bürgermeister der Gemeinde
 - Letschin gestern und heute: Erfolge und Aufgaben für die altersgerechte Gemeinde
- 2.2. Gemeindegewerkstättenbeirat
 - Ehrenamt und Seniorenpolitik, Themen und Gespräche in der Kommunalpolitik
- 2.3. weitere?

3. Einleitung (30 min)

- Vorstellung des Projektes Bedarfe und Bedürfnisse älterer EinwohnerInnen
 - Arbeitspaket 1: Statistische Analyse zur Lebensqualität Älterer in Brandenburg 2018
 - Arbeitspaket 2: Erhebung zu Angeboten für Ältere in Brandenburg
 - Arbeitspaket 3: Experteninterviews und Gemeindegewerkstätten in zwei Modellgemeinden (Letschin und Großräschen)
 - Vorstellung des Modells zum Zusammenhalt in kleineren Gemeinden
 - soziale, ökonomische, kulturelle und räumliche Ressourcen für den Gemeindegewerkstättenbeirat
 - Bedeutung des kulturellen Kapitals als Grundlage für eine gemeinschaftliche Kommunikation und Öffentlichkeit in kleineren Gemeinden
- 3.1. Einleitung der Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg, Region Nordost
 - Aufgaben und Zielrichtungen der Gesundheitsförderung in der Region Nordost des Landkreises MOL
 - Projekte und Ergebnisse in der Praxis

Werkstattgespräch:

Die Gemeindegewerkstatt wird unter moderierender Anleitung vier Themenkomplexe anregen. Für jedes Thema werden auf den Tischen Karten in verschiedenen Farben ausgelegt, auf denen neben Wortmeldungen auch schriftliche Notizen gemacht werden können. Die Verwendung dieser Materialien wird vor Beginn erläutert. Die Tische werden mit beschreibbaren Papiertischdecken ausgelegt, die die gemeinsame Kommunikation schriftlich erfassen kann.

4. Werkstattgespräch, Moderation: (60 min)

- 4.1. Einleitung: Geschichte der Gemeinde und der Ortsteile (Tischdecken)
 - wichtige Ereignisse und Umbrüche und ihre Bedeutung für das Gemeindeleben
 - Generationenwandel gestern und heute
- 4.2. Soziale Beziehungen und Gemeindegewerkstatt (rote Karten)
 - ehrenamtliches Engagement für die Belange Älterer und Pflegebedürftiger (familiäre, nachbarschaftliche und kommunale Unterstützungen)
 - Dialog der Generationen: jung/ alt, junge Alten, Einheimische/ Zugezogene
 - Gesundheitliche Versorgung, Betreuung und Pflege
 - Mobilität in der Region und in der Gemeinde, Sicherheit, Barrierefreiheit
 - Zusammenarbeit von Angehörigen, Ehrenamtlichen und professionell Pflegenden
- 4.3. ökonomische Bedingungen (blaue Karten)
 - Entwicklung der Arbeitsplatzangebote, Berufsstrukturen in der Gemeinde in der Vergangenheit und Gegenwart
 - Einkaufsmöglichkeiten und Konsum in der Region
 - Kosten für ehrenamtliche Tätigkeiten, Hilfeleistungen, Angebote,
 - Wohnsituation, neue Wohnformen, mobile Versorgung
- 4.4. kulturelle Aktivitäten und Infrastruktur (grüne Karten)
 - Gemeindeveranstaltungen, Angebote und Aktivitäten in den Ortsteilen (Sport, Theater, Bibliothek)
 - Bildungsangebote (VH, Akademie 2. LH, Arbeitsinitiative, Volkssolidarität)
 - Gesundheitsbildung (Beratungsangebote Gesundheit, Pflege und Recht)
 - Gemeindehäuser in den Ortsteilen, regelmäßige Treffen

5. Zusammenfassung und Ausblick (20 min)

- Angebotsqualität
- Bedarfe
- individuelle Bedürfnisse
- Netzwerkqualität
- Ausblicke

Vorbereitung und Organisation:

1. Umsetzung:

In lockerer Anordnung (Kaffeehaus) stehen zu den jeweiligen Themenkomplexen Tische im Raum. Jeder Tisch ist mit Stiften, Papier, Kärtchen und Tagesablaufplan ausgestattet. Es wird keine Sitzordnung vorgegeben. Die sich ergebende Gruppeneinteilung an den Tischen wird als gegeben angenommen und beobachtet. Eine Videodokumentation zur Auswertung wird unauffällig in der Totalen eingerichtet und zu Beginn der Veranstaltung allen Teilnehmenden bekanntgemacht. Die interne Verwendung und anonymisierte wissenschaftliche Verwendung wird zugesichert und dokumentiert. Grundsätze der Gemeindewerkstatt:

- klare Rollen/ Aufgabenzuweisung und Informationen dazu
- Es soll Spaß machen.
- Flexibilität – jeder so, wie er kann

Jeder Themenkomplex wird einzeln anmoderiert und mit Informationen aus den Vorrecherchen mittels PowerPoint präsentiert. Für jeden Themenkomplex sind grundsätzlich 15 min (5 min Moderation) vorgesehen.

Die kurze Ergebnispräsentation aller Themenbereiche wird in einer Zusammenfassung am Ende der Veranstaltung erfolgen.

2. Regeln

- ausreden lassen, wertschätzend zuhören, Vertraulichkeit wahren
- Jeder spricht für sich, nicht für andere; so wenig wie möglich, so klar wie möglich.
- Klarheit und Ehrlichkeit in der Kommunikation, um ein „gutes Gefühl“ für die Sache zu bekommen

3. Teilnehmende

- Ältere Einwohnerinnen und Einwohner aus allen Ortsteilen
- junge und jüngere Menschen
- Bürgermeister, Ortsvorsteherin, Seniorenbeirat
- evtl. begleitende Angehörige, interessierte Bekannte

4. Organisation

Vor Beginn der Veranstaltung (Dauer: zwei Stunden) wird der Veranstaltungsraum vorbereitet. Die Tische werden gruppiert. Die Materialien werden ausgelegt. Der Beamer und Laptop (mitgebracht) aufgebaut.

Die Verpflegung (Kaffee, Kekse, Kuchen), dies wird im Voraus in Zusammenarbeit mit den Gemeindevertretungen abgesprochen und organisiert.

- Zeitpunkt/Termin ist festgelegt
- Raum ist festgelegt
- Hin- und Rücktransport von älteren Menschen: Absprachen mit den Gemeindevertretungen
- Verpflegung – Equipment, Zubereitung, Einkauf

5. Nachbereitung

- Memo zur Gemeindewerkstatt (Stimmung/Gruppenklima/Arbeitsatmosphäre/Pannen, Ergebnisse, TN-Zahl, Hilfe)
- Brief an alle mit Dank für Mitarbeit, Stand der Auswertungen und ggf. erarbeiteten Handlungsempfehlungen
- Auswertungen und Berichterstellung



Impressum

Herausgeber

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg
Behlertstraße 3a
14467 Potsdam
www.gesundheitbb.de
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
Unerlaubte Vervielfältigung ist nicht gestattet.

Redaktion

Ute Sadowski, Projektleitung, Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheit Berlin-
Brandenburg e. V. (Träger)
Stefan Pospiech, Geschäftsführung Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V. (V.i.S.d.P.)

Satz und Layout

Connye Wolff
www.connye.com

Druck

KUSS Kopierservice GmbH,
Potsdam

Stand: September 2019

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg befindet sich in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und wird gefördert durch das GKV-Bündnis für Gesundheit und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.

.....

Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V



Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg

Behlertstraße 3a

14467 Potsdam