

Bärbel Dangel

**Evaluation der Seniorenpolitischen Leitlinien
des Landes Brandenburg**

Zusammenfassender Kurzbericht

Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft
(ipg)
Köpenicker Allee 70
10318 Berlin
Mail: ipg@macdirect.de
Berlin, Februar 2012

Dieser Kurzbericht faßt Ergebnisse der schriftlichen und mündlichen Befragungen im Rahmen der Evaluation der Seniorenpolitischen Leitlinien zusammen. Die detaillierte Ergebnisberichterstattung und die Interpretation der Ergebnisse finden sich in „Evaluation der Seniorenpolitischen Leitlinien des Landes Brandenburg. Schlußbericht“. Der Kurzbericht beinhaltet die Zusammenfassung des Schlußberichts und die im Bericht integrierten Handlungsempfehlungen.

Gliederung

1.	Seniorenpolitische Leitlinien in anderen Bundesländern, Intentionen und Regelungsebenen	3
2.	Schriftliche Erhebungen bei Kommunen und Seniorenbeiräten.....	5
2.1	Bekanntheit und Relevanz der Seniorenpolitischen Leitlinien	5
2.2	Bedeutung der in den Leitlinien festgelegten Handlungsfelder und Maßnahmen.....	7
2.3	Wirkung der Leitlinien	11
3.	Ergebnisse der qualitativen Befragung von Seniorenbeiräten in Brandenburg zu ausgewählten Leitlinienthemen.....	12
3.1	Konzepte der Seniorenbeiräte und der Beiratsarbeit	13
3.2	Ergebnisse entlang der Handlungsfelder der Leitlinien	15
3.2.1	Verankerung der seniorenpolitischen Arbeit, Ehrenamt und Schnittstellen zur politischen Arbeit	15
3.2.2	Gestaltung altersgerechter Lebensräume	16
3.2.3	Gesundheitsversorgung und Prävention	19
3.2.4	Pflege	23
4.	Wahrnehmung der Leitlinien	25
5.	Bewertung der Seniorenpolitischen Arbeit und generelle Empfehlungen	27
6.	Anhang	29
6.1	Zusammenfassung des Schlußberichts	29
6.2	Schlußfolgerungen und Handlungsempfehlungen (resultierend aus den Ergebnissen und integriert im Schlußbericht)	36

1. Seniorenpolitische Leitlinien in anderen Bundesländern, Intentionen und Regelungsebenen

Eine ausdrückliche und ausgewiesene politische und verwaltungsmäßige Beschäftigung mit der Bevölkerungsgruppe ‚älterer‘ und ‚alter‘ Menschen oder Seniorinnen und Senioren findet ihren Ausdruck in nahezu jedem Bundesland auf unterschiedlichen Ebenen und in verschiedenen Materialien: in Seniorenpolitischen Konzepten, Leitlinien, Grundsätzen, Landesprogrammen, formuliert als ressortübergreifend angelegter Konsens bzw. Aufgaben und fachübergreifender (Gesprächs-)Rahmen für alle im Bereich der Seniorenpolitik und ihrer Umsetzung beteiligten Institutionen und Personen, ausnahmsweise auch als rechtlicher Rahmen für Verwaltungshandeln. Auch in Bundesländern, die kein explizites Gesamtkonzept (im Sinne Seniorenpolitischer Leitlinien) als zusammenfassenden Rahmen ausweisen, sind relevante Themen (Wohnen, Pflege, Beratung, Ehrenamt, Verbraucher, ...) Gegenstand landespolitischer Aktivitäten, Auseinandersetzungen, Programme und Maßnahmen. Einige Bundesländer sehen die Mitwirkung von Seniorinnen und Senioren mittels eines Gesetzes vor oder sind gegenwärtig damit befaßt.

Aufbau und Zuordnung von Inhalten Seniorenpolitischer Leitlinien, Konzepten, Grundsätzen oder Landesprogrammen unterscheiden sich in der Zahl der Leitlinien, der verwendeten Begriffe und der durch sie zum Ausdruck kommenden Verständnisse.¹ Sie sind deshalb nur sehr eingeschränkt miteinander vergleichbar, weil sie in unterschiedlich angelegte Zusammenhänge und Entwicklungen eingebettet sind. Die Materialien müssen entsprechend ihrer Ziel- und Schwerpunktsetzung, die seniorenpolitisch in den Bundesländern verfolgt und umgesetzt werden, betrachtet werden.

Tabelle 1 stellt zusammen, inwieweit Themen, die mit den brandenburgischen Leitlinien angesprochen werden, auch in Katalogen anderer Bundesländern enthalten sind.²

1 Die Begriffe Konzept, Leitlinie, Grundsätze, Leitsätze werden, wenn nicht besonders darauf hingewiesen wird, im folgenden gleichbedeutend verwendet. In der Breite existieren eher abstrakt, pragmatisch und knapp formulierte Leitsätze ebenso wie Handlungsprogramme.

2 Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie (Hg.): Aktives Altern in Brandenburg. Seniorenpolitisches Maßnahmenpaket der Landesregierung. Potsdam (Eigenverlag) 2011, S. 10-12. Die Gegenüberstellung in der Tabelle soll nicht vermitteln, daß die Themen in identischen Leitlinien formuliert sind, sondern daß das jeweilige Thema Gegenstand in den seniorenpolitischen Konzepten ist. Einbezogen sind hier die Länder, die ausweislich der Materialien ein Seniorenpolitisches Gesamtkonzept ausweisen. Dies stellt selbstverständlich keine Abwertung der Bundesländer ohne Seniorenpolitisches Gesamtkonzept mit ihren seniorenpolitischen Ansätzen dar.

Brandenburg	Bayern	Berlin	Bremen	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein
Zahl der „Leitlinien“	4	22	13	8	11	20	9	5	10	24	5
Rahmenbedingungen für aktive Teilhabe schaffen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bürgerschaftliches Engagement stärken; Lebenslanges Lernen als zentralen Baustein fördern	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dialog der Generationen unterstützen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Erwerbstätigkeit ermöglichen		X			X	X	X	X		X	X
Ältere Menschen in ihrer Rolle als Verbraucher stärken	X ³	X		X ⁴	X	X	X ⁵	X		X	X
Gesundheitliche Prävention fördern	X	X	X	X	X	X	X ⁶	X	X	X	X
Mobilität gewährleisten	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sicherheit als Beitrag zur Lebensqualität			X	X	X			X	X	X ⁷	
Pflege in Selbstbestimmung und Würde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabelle 1: Inhalte der Programme der Länder mit ihrem thematischen Bezug zu Leitlinien des Landes Brandenburg

Themen, die Gegenstand der Landespolitik für ältere und alte Menschen sind, ähneln einander im Grundsatz. Pflege, Wohnen, Mobilität, Lebensumfeld, Generationenverhältnis, Teilhabe und Bürgerschaftliches Engagement sind in allen Bundesländern in die Seniorenpolitischen Grundsatzprogrammen aufgenommen.⁸

Gegenstand der Leitlinien ist in der Regel der Hinweis, Altern und Alter differenziert zu betrachten und Lebenssituationen als individuelle Gegebenheiten zu begreifen.⁹ Unter-

3 Hinsichtlich und im Kontext der pflegerischen Versorgung thematisiert.

4 Formuliert bezogen auf Haushaltsgeräte.

5 Bei den Handlungsfeldern thematisiert.

6 Bei den Handlungsfeldern thematisiert.

7 Gewaltprävention wird vor allem bezogen auf Gewalt in der Pflege.

8 Mehr oder weniger implizit oder explizit formuliert.

9 Dies ist in Brandenburg Grundsatz und Basis der Leitlinien (Präambel), in anderen Bundesländern als Leitlinie formuliert, gleiches gilt für ‚Geschlechtersensibilität‘.

schiede zeigen sich in der grundsätzlichen Ausrichtung der Seniorenpolitischen Leitlinien und der Ausgestaltung der Schwerpunkte.

2. Schriftliche Erhebungen bei Kommunen und Seniorenbeiräten

Mit den durch das Land Brandenburg, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie Mitte 2010 beauftragten Befragungen sollte ein Überblick über Bekanntheit, Einfluß und Wirkung der Seniorenpolitischen Leitlinien des Landes Brandenburg gewonnen werden, auch um zu erfahren, ob die Leitlinien bei den maßgeblichen Akteuren angekommen sind.¹⁰

Angeschrieben wurden alle Gebietskörperschaften (N = 216; Ämter, amtsfreie Gemeinden und kreisfreie Städte/Landkreise)¹¹ und alle Seniorenbeiräte (N = 175)¹² des Landes Brandenburg. Sie wurden mittels eines zweiseitigen standardisierten, weitgehend geschlossenen Fragebogens schriftlich (per Mail bzw. postalisch) zu den Seniorenpolitischen Leitlinien befragt.¹³ 151 Fragebögen sind bearbeitet zurückgeschickt worden. Geantwortet haben 44 Kommunen und 107 Vertreterinnen und Vertreter der Senioren.¹⁴ Die Rücklaufquote der Kommunen liegt bei 20,4 %, diejenige der Seniorenvertretungen bei 61,1 %.¹⁵

2.1 Bekanntheit und Relevanz der Seniorenpolitischen Leitlinien

Die Seniorenpolitischen Leitlinien sind mit 92,7 % (n = 140)¹⁶ in hohem Maße bei den befragten Regionalkörperschaften und Personen *bekannt*, lediglich elf der Antworten

10 Land Brandenburg, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hg.): Alt werden im Land Brandenburg. Leitlinien zur Seniorenpolitik der Landesregierung. Potsdam (Eigenverlag) 2007.

11 Im folgenden der Einfachheit halber Kommunen genannt.

12 ‚Alle‘ Seniorenbeiräte bezieht sich auf die Institution ‚Seniorenbeirat‘, nicht auf die einzelnen Mitglieder der Seniorenbeiräte im Land Brandenburg. Inwieweit tatsächlich alle örtlichen Seniorenbeiräte erreicht wurden, war nicht zu validieren. Im Rahmen der Interviews ist deutlich geworden, daß es Verteilungs- und Informationslücken gab.

13 Das Erhebungsinstrument war für beide Befragungen als identisch festgelegt und in einem längeren Prozeß der Erarbeitung und Abstimmung zustande gekommen. Aufgrund der großer gewählten Schrift umfaßte der Fragebogen für die Seniorenbeiräte drei Seiten. Eine Erhebung von Daten zur Person, der Institution oder der Region erfolgte nicht.

14 Vier Fragebögen wurden ausweislich beigefügter Hinweise ausdrücklich gemeinsam von Kommune und Seniorenbeirat ausgefüllt bzw. unterzeichnet. In diesen Fällen wird der Fragebogen als Rücklauf der Kommune und des Seniorenbeirats gezählt.

15 Damit entspricht der Rücklauf der Kommunen, nicht Kriterien, die für eine Repräsentativität der Ergebnisse gelten. Auf der Ebene deskriptiver Darstellung und Interpretation erscheint eine Unterbreitung der Ergebnisse zu verantworten.

16 Davon ist in einem Fall lediglich der Entwurf bekannt.

den (7,3 %) kennen sie nicht. Der Anteil der Seniorinnen und Senioren, die die Leitlinien kennen, ist mit 94,4 % höher als derjenige der Kommunen (88,6 %).¹⁷

Fast die Hälfte der Befragten (47,7 %) haben die Seniorenpolitischen Leitlinien über den Dienstweg kennengelernt. Interessant ist, daß über ein Drittel durch Veranstaltungen und Veröffentlichungen/Presse, also externe Wege, mit den Seniorenpolitischen Leitlinien in Kontakt gekommen ist (Abb. 1). Die Nennungen unter „Sonstiges“ thematisieren mehrheitlich Seniorenbeiräte, Kreisseniorinnenrat, Seniorenrat, Landesseniorenrat als Informationsquelle der Seniorenpolitischen Leitlinien. Dies entspricht hinsichtlich der Seniorenvertretungen ebenfalls einer Art ‚Dienstweg‘.

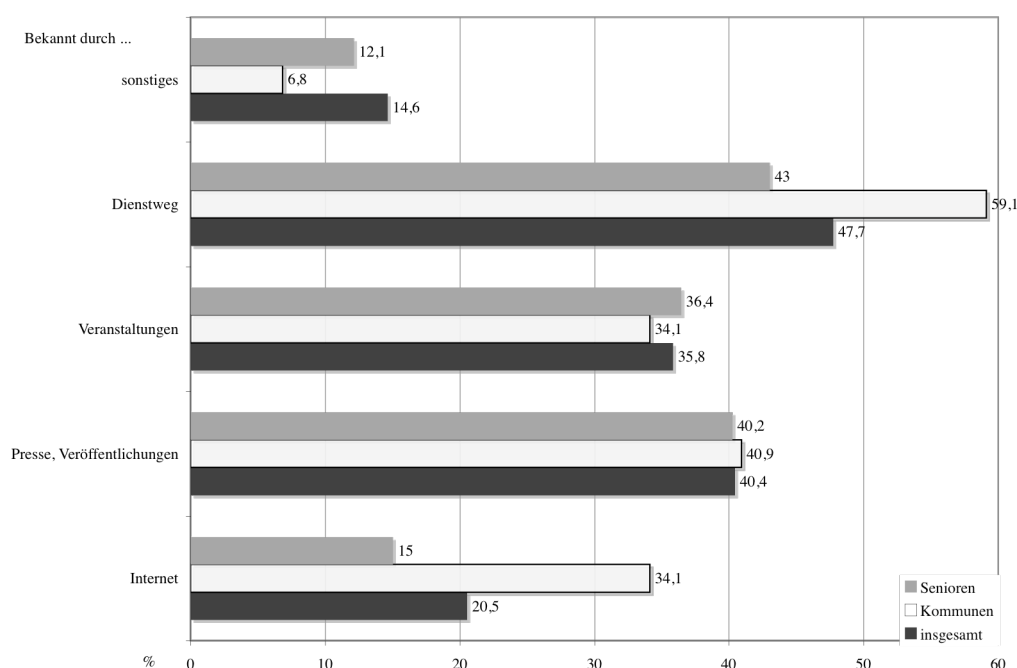


Abbildung 1: Wege des Bekanntwerdens der Seniorenpolitischen Leitlinien (N = 151; n = 107, n = 44; Mehrfachnennungen)

Die Seniorenpolitischen Leitlinien geben 78,8 % der Befragten *Anregungen* für die eigene Arbeit. Dies ist kaum different nach Kommunen und Seniorenvertretungen.

Mehr als 60 %¹⁸ der Befragten *arbeiten* mit den Seniorenpolitischen Leitlinien des Landes, Seniorenvertretungen mit knapp zwei Dritteln etwas häufiger als Kommunen.

Im Rahmen der Untersuchung interessierte weiter, ob über die Leitlinien des Landes hinaus oder alternativ zu ihnen ‚*eigene*‘ Leitlinien oder *spezifische Regelungen* bei-

17 Bezogen auf das jeweilige Teilkollektiv (Senioren n = 107; Kommunen n = 44).

18 Zwei von ihnen arbeiten teilweise mit den Leitlinien.

spielsweise in der Institution, im Beirat der Seniorinnen und Senioren oder in der Region vorliegen. Dies wird in je 37,7 % positiv beantwortet.

Zwei Drittel der Befragten sehen einen *Einfluß der Seniorenpolitischen Leitlinien* auf kommunalpolitisches Handeln. Die Einschätzung der Kommunen fällt mit 72,7 % positiver aus, als diejenige der Seniorenvertretungen (64,5 %). 28,0 % der antwortenden Seniorenvertretungen konstatieren, daß Leitlinien kommunalpolitisches Handeln nicht beeinflussen, dies sehen lediglich 13,5 % der Kommunen so (Abb. 2).

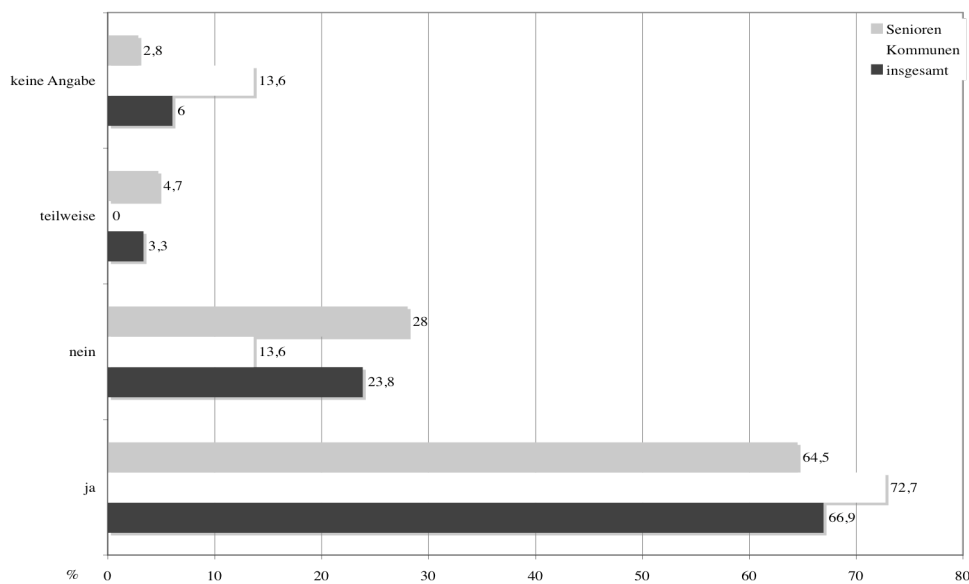


Abbildung 2: Einfluß der Seniorenpolitischen Leitlinien auf kommunalpolitisches Handeln¹⁹

2.2 In den Leitlinien festgelegten Handlungsfelder und Maßnahmen

Die Seniorenpolitischen Leitlinien beinhalten *zehn Handlungsfelder* (Tab. 2). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung waren gebeten, jedes Handlungsfeld mittels einer dreistufigen Skala (wichtig - teils/teils - unwichtig) im Hinblick auf seine Bedeutung einzuschätzen. Keines der Themen wird als ‚unwichtig‘ wahrgenommen. Lediglich ‚Arbeitsmarkt und Beschäftigung‘ und ‚Seniorenwirtschaft‘ erhalten einige Voten als ‚unwichtig‘ (ca. 10 %). Entsprechend werden beide Handlungsfelder in ihrem Stellenwert gegenüber den übrigen Handlungsfeldern nachrangig bewertet (ca. 40 %).

Die höchsten Bedeutungen haben die folgenden Handlungsfelder: eins ‚*Bürgerschaftliches Engagement/Interessenvertretung*‘ mit 84,1 %, fünf *Gesundheitsversorgung und*

¹⁹ Bezogen auf die jeweilige Grundgesamtheit: Insgesamt: N = 151, Senioren: n = 107, Kommunen: n = 44.

Prävention: (86,1 %), zehn Pflege (86,8 %) und sechs Gestaltung altersgerechter Lebensräume²⁰ mit Wohnen (87,4 %), Umfeld (81,5 %) und Mobilität (82,1 %; Tab. 2).

Bedeutung der Handlungsfelder (Rangfolge der Befragung)	wichtig		teils/teils		unwichtig		keine Angabe	
	%	n	%	n	%	n	%	n
1. Bürgerschaftliches Engagement/ Interessenvertretung	84,1	127	9,9	15	1,3	2	4,6	7
2. Bildung und Kommunikation unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens	61,6	93	29,8	45	1,3	2	7,3	11
3. Arbeitsmarkt und Beschäftigung	39,7	60	35,8	54	11,9	18	12,6	19
4. Seniorenwirtschaft (z. B. Verbraucherschutz, Tourismus)	43,7	66	36,4	55	8,6	13	11,3	17
5. Gesundheitsversorgung und Prävention	86,1	130	6,6	10	-	-	7,3	11
6. Gestaltung altersgerechter Lebensräume	74,8	113	6,0	9	-	-	19,2	29
... Wohnen	87,4	132	3,3	5	1,3	2	7,9	12
... Umfeld	81,5	123	7,9	12	-	-	10,6	16
... Mobilität	82,1	124	7,3	11	-	-	10,6	16
7. Sicherheit und Schutz vor Kriminalität	79,5	120	13,9	21	-	-	6,6	10
8. Kultur und Sport	75,5	114	18,5	28	-	-	6,0	9
9. Dialog der Generationen	75,5	114	18,5	28	0,7	1	5,3	8
10. Pflege	86,8	131	4,6	7	0,7	1	7,9	12

Tabelle 2: Bedeutung der in den Leitlinien festgelegten Handlungsfelder (N = 151)

Kommunen und Seniorenvertretungen bewerten die Bedeutung der Handlungsfelder grundsätzlich ähnlich hinsichtlich der ‚wichtigen‘ Schwerpunkte. Unterschiede liegen zum Teil in der Gewichtung der Eindeutigkeit und der Differenzierung der Bewertung. Seniorenvertretungen nutzen häufiger ‚teils/teils‘ in der Einstufung.

Für *Kommunen* hat ‚Pflege‘ mit 93,2 % die höchste Relevanz, gefolgt von ‚Wohnen‘ (90,9 %), ‚Bürgerschaftlichem Engagement‘, ‚Gesundheitsversorgung/Prävention‘, ‚Umfeld‘ (88,6 %) und der ‚Mobilität‘ (86,4 %). Für die *Seniorenvertretungen* steht ‚Wohnen‘ mit 86 % an erster Stelle. Es folgen: ‚Gesundheitsversorgung/Prävention‘ (85 %), ‚Pflege‘ (84,1 %), ‚Bürgerschaftliches Engagement‘ (82,2 %) und ‚Mobilität‘ (80,4 %). Gegenüber den Kommunen liegen bei den Seniorenvertretungen zum Teil höhere Anteile ‚Keine Angabe‘ vor.

20 Die zusammenfassende Variable ‚Gestaltung altersgerechter Lebensräume‘ ist in ihrer Bedeutung weniger ausgeprägt, weil sie bei der Beantwortung häufig alternativ zur Einzelbewertung der drei ‚Teilvariablen‘ ‚Wohnen‘, ‚Umfeld‘ und ‚Mobilität‘ genutzt wurde. Das heißt, wenn die drei Teildimensionen angekreuzt wurden, war bei der ‚Gestaltung altersgerechter Lebensräume‘ nicht selten ‚keine Angabe‘ und umgekehrt.

Abbildung 3 stellt die Anteile der mit ‚wichtig‘ bewerteten Handlungsfelder differenziert nach Kommunen und Seniorenvertretungen einander gegenüber. Deutliche Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Handlungsfelder ‚Bildung/Kommunikation‘, ‚Lebensumfeld‘ und ‚Pflege‘.

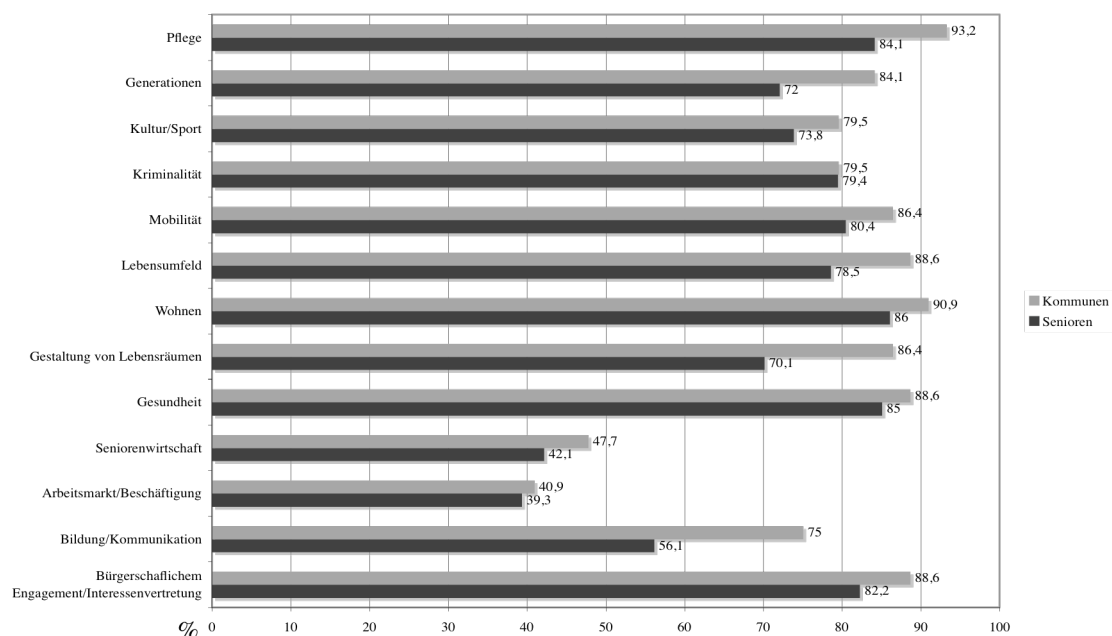


Abbildung 3: In Bedeutung als ‚wichtig‘ bewerteten Handlungsfelder differenziert nach Seniorenvertretung (n = 107) und Kommunen (n = 44)

Die Unterschiede bei der Einschätzung der Handlungsfelder weisen auf verschiedene Wahrnehmungen, Sichten, Betroffenheiten und Zuständigkeiten der Befragten. Die unmittelbaren Lebenssituationen älterer und alter Menschen stehen im Vordergrund bei den Seniorenbeiräten. Sie schlagen sich in der Benennung von Wohnen, ärztlicher und pflegerischer Versorgung als vorrangig wichtige Ziele nieder. Sie betonen Selbständigkeit und Unabhängigkeit im unmittelbaren Lebensumfeld, konsequent werden zuvorderst Wohnsituation und Gesundheit als entscheidende Merkmale, die es zu realisieren und zu sichern gelte, hervorgehoben. Gesundheitsversorgung und Pflege sind in der Bewertung kaum different.

Die ‚Außensicht‘, die Kommunen auf Leben und Versorgung älterer Menschen haben, fokussiert stärker das Versorgen - die Pflege - und das Wohnen. Damit scheinen Kommunen durch die Brille der eigenen Zuständigkeit in diese Bereiche zu blicken, zumindest für einen Teil der älteren Menschen, für den sie die Zuständigkeit der Daseinsvorsorge wahrnehmen (muß).

Die Befragten waren gebeten anzugeben, in welchen Handlungsfeldern bereits *Maßnahmen und Projekte* vorhanden sind (Tab. 3).

In den Handlungsfeldern vorhandene Maßnahmen (Rangfolge der Befragung)	vorhanden		nicht vorhanden		teils/teils, in Arbeit		keine Angabe	
	%	n	%	n	%	n	%	n
1. Bürgerschaftliches Engagement/Interessenvertretung	88,1	133	6,0	9	1,3	2	4,6	7
2. Bildung und Kommunikation unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens	59,6	90	27,2	41	-	-	13,2	20
3. Arbeitsmarkt und Beschäftigung	21,9	33	53,6	81 ²¹	0,7	1	23,8	36
4. Seniorenwirtschaft (z. B. Verbraucherschutz, Tourismus)	47,7	72	34,4	52 ²²	0,7	1	17,2	26
5. Gesundheitsversorgung und Prävention	73,5	111 ²³	12,6	19	-	-	13,9	21
6. Gestaltung altersgerechter Lebensräume	55,6	84	7,9	12	0,7	1	35,8	54
... Wohnen	64,9	98 ²⁴	14,6	22	0,7	1	19,9	30
... Umfeld	60,3	91 ²⁵	16,6	25	-	-	23,2	35
... Mobilität	58,3	88 ²⁶	17,9	27	0,7	1	23,2	35
7. Sicherheit und Schutz vor Kriminalität	53,6	81	26,5	40	0,7	1	19,2	29
8. Kultur und Sport	78,1	118	7,9	12	-	-	13,9	21
9. Dialog der Generationen	65,6	99	17,9	27	2,6	4	13,9	21
10. Pflege	76,8	116	8,6	13	0,7	1	13,9	21

Tabelle 3: Maßnahmen in den Handlungsfeldern (N = 151)

Wiederum - und beinahe wie zu erwarten - haben ‚Arbeitsmarkt und Beschäftigung‘ und ‚Seniorenwirtschaft‘ die geringsten Anteile ausgewiesener Maßnahmen, beziehungsweise die höchsten Raten fehlender Maßnahmen.

Die Struktur der vorhandenen Maßnahmen entspricht nicht der Bedeutungshierarchie der Handlungsfelder, sondern orientiert sich eher an den Rangfolgen der Bedeutungszuweisung von Kommunen oder Senioren. Bürgerschaftliches Engagement/Interessenvertretung steht kommunal mit fast 91 % und seniorenbezogen mit 87 % der Maßnahmen mit Abstand an erster Stelle.

21 In zwei Fällen ist ‚keine Maßnahmen bekannt‘ eingetragen.

22 In einem Fall ist ‚keine Maßnahmen bekannt‘ eingetragen.

23 In einem Fall ist kommentiert, daß Maßnahmen nicht ausreichen, weil die medizinische Versorgung im ländlichen Raum schlecht ist.

24 In einem Fall ist kommentiert, daß Maßnahmen nicht ausreichen.

25 In drei Fällen ist kommentiert, daß Maßnahmen nicht ausreichen.

26 In drei Fällen ist kommentiert, daß Maßnahmen nicht ausreichen.

Kommunale Maßnahmen betreffen weiter Pflege, Kultur und Sport, den Dialog der Generationen, Gesundheit und Prävention und Wohnen und Umfeld. Bei den antwortenden *Seniorinnen und Senioren* findet sich nachvollziehbar nach Bürgerschaftlichem Engagement/Interessenvertretung, Kultur und Sport, Pflege, Gesundheit und Prävention, Wohnen und ‚Bildung und Kommunikation unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens‘.

2.3 Wirkung der Leitlinien

Die Befragung sollte einen Eindruck vermitteln, wie die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen und der Senioren die Wirkung der Seniorenpolitischen Leitlinien einschätzen. Auch wenn lediglich knapp 30 % uneingeschränkt eine Wirkung bestätigen, geben nur 13,2 % der Befragten an, keine Wirkung der Leitlinien zu sehen.

Die antwortenden Kommunen beurteilen die Wirkung der Seniorenpolitischen Leitlinien häufiger und uneingeschränkter positiv (38,6 %) als die Seniorinnen und Senioren (25,2 %). Die Beurteilung der Seniorenvertretungen differenziert stärker, indem sie häufiger eine geringe Wirkung oder ‚Wirkung und geringe Wirkung‘ feststellt (Abb. 4). Gründe liegen sicherlich auf den unterschiedlichen Ebenen des Beteiligt- und Betroffenseins, der Erwartung und der Wahrnehmung der Dauer und der Konsequenz der Umsetzung, das heißt der Themen-, Zeit-, Situations- und Personengebundenheit von Maßnahmen, die regelhaft nicht strukturbildend, dauerhaft problemlösend oder -sichernd sind.

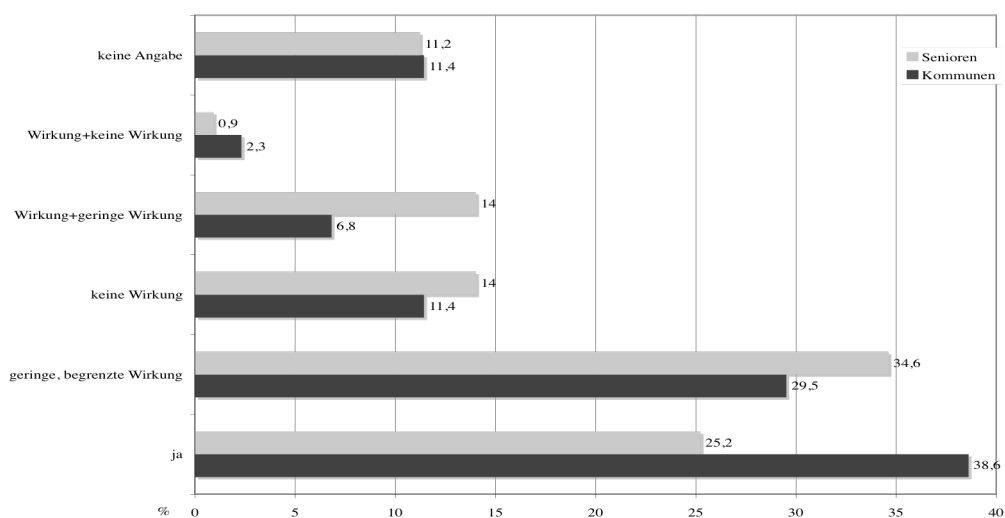


Abbildung 4: Beurteilung der Wirkung der Seniorenpolitischen Leitlinien differenziert nach Kommunen und Seniorenvertretungen (n = 44, n = 107)

Anhand der Hinweise zur Wirkung der Leitlinien wird insgesamt deutlich, daß die Etablierung und Stabilisierung der seniorenpolitischen Arbeit im Vordergrund steht. In diesem Zusammenhang lassen sich auch die genannten Wirkungen auf die Umsetzung von

spezifischen Maßnahmen für Seniorinnen und Senioren interpretieren. Im Vergleich ist die Resonanz auf eher themenbezogene Auswirkungen geringer. Antworten, die Wirkungen der Seniorenpolitischen Leitlinien generell als begrenzt bewerten, sehen die Gründe in der Abstraktheit der Formulierungen, „Probleme sind vor Ort“, der Forderung nach Aktivierung der Seniorenarbeit, das Aufmerksamwerden auf neue Aspekte durch die Leitlinien, oder sie weisen schließlich auf die Erfordernisse der Umsetzung der Leitlinien hin. Insgesamt fokussieren die Begründungen der Wirkungen die kommunalpolitische Arbeit der Beiräte und die Seniorenbeiratstätigkeit.

3. Ergebnisse der qualitativen Befragung von Seniorenbeiräten in Brandenburg zu ausgewählten Leitlinienthemen

Der Auftrag zur Evaluierung der Seniorenpolitischen Leitlinien des Landes Brandenburg sah als zweiten Bereich die „exemplarische Befragung“ von Seniorenbeiräten in drei Modellregionen (Landkreis, Stadt, Gemeinde/Amtsgemeinde) vor. Die Auswahl der Interview-Orte folgte drei Kriterien:²⁷

- Größe/Lage: Stadt – Kleinstadt – Ländliche Region
- Region/Landkreis/Kreisfreie Stadt
- im Rahmen der schriftlichen Befragung durch Seniorenbeiräte mitgeteilte Gesprächswünsche.

Die Interviews sind als Expertengespräche angelegt mit dem Ziel, das Verständnis der Beiräte von Seniorenbeiratsarbeit, Form und Ablauf der Arbeit, Schwerpunkte, die Einordnung in das Umfeld und Probleme durch die Seniorenbeiräte berichten zu lassen.²⁸ Die 28 Interviews mit insgesamt 69 Personen dauerten durchschnittlich 2,3 Stunden.²⁹

27 Zwei Interviews fanden in kreisfreien Städten statt und mindestens je ein Interview wurde in jedem Landkreis geführt, ein Interview in Barnim (BAR), Märkisch-Oderland (MOL), Uckermark (UM), Ostprignitz-Ruppin (OPR), Havelland (HVL), je zwei Interviews in den Landkreisen Teltow-Fläming (TF), Potsdam-Mittelmark (PM), Elbe-Elster (EE), Oberspreewald-Lausitz (OSL), Spree-Neiße (SPN), Oberhavel (OHV), Prignitz (PR), drei im Landkreis Dahme-Spreewald (LDS) und vier im Landkreis Oder-Spree (LOS).

28 Expertengespräche zielen darauf, möglichst umfassende Informationen, subjektive, individuelle und personen- oder einrichtungsgebundene Sichtweisen und Begründungsstrukturen zur Seniorenbeiratsarbeit und zu den Seniorenpolitischen Leitlinien zu bekommen, Expertenwissen zu sammeln, um ein Bild über unterschiedliche Ausrichtungen, Varianten und Vielgestaltigkeit zu erhalten hinsichtlich der Arbeit der Beiräte und der Umsetzung der Handlungsfelder der Leitlinien.

29 Die Gespräche wurden durch zwei Personen geführt, mit ausdrücklichem Einverständnis digital und analog aufgezeichnet und in Stichpunkten mitprotokolliert. Den Gesprächen lag ein Leitfaden mit Schwerpunkten zugrunde, der die Seniorenpolitischen Leitlinien des Landes abbildet.

Die Ergebnisberichterstattung bezieht sich auf die folgenden Leitlinien, deren Relevanz in Abschnitt zwei des Berichts dargestellt und durch die Interviews unterstrichen wurde: ‚Seniorenpolitische Arbeit‘, ‚Wohnen, Mobilität, Lebensumfeld‘, ‚Gesundheit‘, ‚Pflege‘.

Die Gespräche fanden in unterschiedlichen Settings statt:³⁰

- mit der/dem Vorsitzenden des Seniorenbeirats
- noch berufstätigen Seniorenbeiratsvorsitzenden
- mit der/dem Vorsitzenden des Seniorenbeirats und Stellvertretung oder/und vorheriger/vorherigem Vorsitzenden
- mit einigen Mitgliedern des Seniorenbeirats
- mit dem kompletten Seniorenbeirat
- und/oder teilnehmend an einer Sitzung des Seniorenbeirats.

Begrüßt wurde durchgehend das Interesse der Landesregierung an der Arbeit und der dezentrale Blick ‚von außen‘ auf das Geschehen. Alle befragten Personen hatten hohes Interesse an den Ergebnissen des Vorhabens.

3.1 Konzepte der Seniorenbeiräte und der Beiratsarbeit

Konzepte der Seniorenbeiräte lassen sich nicht schematisch kategorisieren:

- Organisationsformen sind quasi „individuell“ entstanden und begründet und kaum untereinander vergleichbar.
- Seniorenbeiräte sind in hohem Maße durch beteiligte Persönlichkeiten, situative Momente, Elemente der Region und der sozialen Struktur geprägt, sie wiesen auch - im wohlverstandenen Sinn - Bezüge zur (klein-)räumlichen und gesellschaftlichen Entwicklung in der DDR und ihren Prägungen auf.
- Einige Beiräte setzen sich aus Persönlichkeiten der Region zusammen, andere schließen Einzel-Persönlichkeiten ein in Verbindung mit verbandlichen, verbandsdominierten oder paritätischen Strukturen, andere sind ausschließlich verbandlich zusammengesetzt.
- Es gibt personal-identische Vertretungen zwischen Beiräten und kommunalen oder verbandlichen Strukturen, früheren oder gegenwärtigen Funktionen oder Ämtern, die für die Beiratsarbeit in unterschiedlicher Weise relevant sind.

30 Anwesend war in einigen Fällen eine Mitarbeiterin der kommunalen Verwaltung, zu deren Aufgabengebiet die Seniorenbeiratsarbeit gehörte. Die Interviews fanden in den von den Gesprächspartner/-innen gewünschten Örtlichkeiten statt. Dies waren Dienstsitze, öffentliche oder auch private Räume.

- Die materiell-räumliche Ausstattung und der erschlossene Hintergrund der Arbeit ist von wichtiger Bedeutung und dabei sehr unterschiedlich ausgeprägt. Es muß einen erkennbaren und definierten Ort der Beiratsarbeit geben.

Drei Profile von Konzepten der Seniorenarbeit, die nicht trennscharf und selten in ‚Reinform‘ zu finden sind, lassen sich wie folgt beschreiben:

Seniorenbeirat als Institution zur Sicherung von gesellschaftlicher Teilhabe
(Leistungs- und Teilhabeorientierung)

- Das ‚Suchen‘, Finden und Kontaktieren von alten Menschen, die möglicherweise Kommunikations-, Unterstützungs-, Hilfebedarf oder Probleme haben könnten, um der Selbsttendenz zur individuellen und sozialen Marginalisierung entgegenzuwirken.
- Das Aufrechterhalten und Pflegen sozialer Beziehungen, das Dorfleben, die Integration der (zuziehenden) Bevölkerung: Auf Menschen zugehen, sich um einander kümmern. Subsidiarität in der Versorgung und Unterstützung zu ermöglichen, aber in ihren problematischen Folgen auch abzumildern, ein zum Teil paternales, fürsorgendes, kümmerndes Verständnis.

Seniorenbeirat als „politisch verstandenes Gremium“ (sozial-, kommunalpolitische Orientierung)

- Ausdruck eines politischen Verständnisses: Die Mitglieder oder der Beirat sollen „fit sein“ für und in der Kommunalpolitik, sich beteiligen in/an den kommunalen Gremien. „Seniorenbeirat ist die Lobby der alten Menschen“.
- Mitarbeit in (an) politischen Gremien, soweit sie Seniorinnen und Senioren betreffen. (Begrenzter) Anspruch auf Rederecht in Vertretung und/oder Ausschüssen, Zugang und „Gleichberechtigung“ hinsichtlich des Erhalts von Materialien und Informationen, informationeller Zugang zu Persönlichkeiten der politischen Vertretung oder Leitung.

Seniorenbeirat als Institution zur sozialen Integration (integrative Orientierung)

- Ziel der Arbeit dieser Form eines Seniorenbeirats ist, Lebensqualität vorrangig für alte Menschen zu erhalten: Gymnastikgruppen in jedem Ort (zum Erhalt der Mobilität), soziale Kontakte: Kaffeenachmittage, Fahrten, wiederkehrende Veranstaltungen, Informationsangebote mit Relevanz für die Arbeit und die Region.
- Kulturelle oder soziale Aktivitäten für Seniorinnen und Senioren anbieten, organisieren oder vermitteln, Probleme aufgreifen und sie zum Gegenstand der Beiratsarbeit machen.
- Vernetzung von Strukturen der Bildung, der Interkulturalität, ..., von Handlungsprozessen.

3.2 Ergebnisse entlang ausgewählter Handlungsfelder der Leitlinien

3.2.1 Verankerung der seniorenpolitischen Arbeit und Schnittstellen zur politischen Arbeit

Die Einbindung der ehrenamtlichen Seniorenarbeit als Interessenvertretung in die Strukturen der Willensbildung und Entscheidung der Kommunen ist formal und informell sehr unterschiedlich ausgeprägt, wie es auch der Regelung des § 19 der Kommunalverfassung des Landes Brandenburg entspricht.³¹ Einige Elemente sollen die verschiedenen Umgangsweisen vor Ort verdeutlichen:

- Ausnahmsweise, im Zusammenhang eines eigenen Mandats, haben Seniorenbeiräte Stimmrecht in den kommunalen Gremien oder Ausschüssen (als Stadtverordnete).
- Häufiger besteht Rederecht, oder es wird ein Zugang zugelassen. Es gibt ein (schriftliches) Stellungnahmerecht zu beiratsrelevanten Angelegenheiten; ohne Anhörung.
- Nicht regelhaft liegen Tagesordnung und Tagungsunterlagen, Protokolle oder Beratungsergebnisse der öffentlichen Gremien oder Ausschüsse vor.
- Nicht selten besteht eine - auch persönlich durch die Beiräte gewollte - verwaltemäßige Anbindung durch definierte Zuständigkeit in der Verwaltung mit der Übernahme von bestimmten Funktionen.
- Einige Seniorenbeiräte wollen nicht in kommunalpolitische Gremien integriert werden.
- Vor allem in ländlichen Regionen funktioniert kommunalpolitische Integration und Durchsetzung der Senioreninteressen auf persönlichem Weg und unterschiedlichen Ebenen - wenn keine „persönliche Konstellation“ vorliegt, ist die Vertretung seniorenpolitischer Anliegen zum Teil schwierig.

31 Seniorenbeirat des Landes Brandenburg (Hg.): Seniorenbeiräte im Land Brandenburg. Eine Handreichung. Potsdam (Eigenverlag) o. J., S. 11. Die Hauptsatzung kann ... vorsehen ..., Beiräte oder Beauftragte zu wählen oder zu benennen. Die Hauptsatzung regelt die Zahl der Mitglieder, die Anforderungen an die Mitgliedschaft und das Wahl- oder Benennungsverfahren. Sie kann Regelungen über die Grundzüge der inneren Ordnung der Beiräte treffen. Es gibt Gelegenheit zur (schriftlichen) Stellungnahme zu Maßnahmen und Beschlüssen mit Auswirkungen auf ihren Aufgabenbereich (§ 19 BbgKVerf, vom 18.12.2007).

Die Differenzen der kommunalpolitischen Verortung hängen nicht nur davon ab, ob und wie der Seniorenbeirat in die „Hauptsatzung“ aufgenommen ist. Vielmehr, so scheint sie aufgrund der Interviews, spielen persönliche Gegebenheiten, Einstellungen, Haltungen und „gewachsene“ Beziehungen eine wesentliche Rolle, die die Arbeit der Beiräte beeinflussen. Altersbegrenzungen sind unterschiedlich geregelt, die Zahlen der Beiräte sind different, Stellungnahmen werden nicht im Diskurs verhandelt oder auch nicht bearbeitet. So können Intentionen unvermittelt bleiben. Selbstverständlich wurde andererseits auch über sehr gute, wirksame und effizient funktionierende Beispiele der Arbeit von Seniorenbeiräten berichtet, die unmittelbar nachvollziehbar waren.

- In Städten und Kleinstädten ist die Aufnahme und Umsetzung von Seniorenanliegen unterschiedlich, sehr abhängig von Interessen und Offenheit der Abgeordneten und den Persönlichkeiten der Beiräte. Regelmäßige Kontakte zwischen Beiräten und Mandatsträgern bestehen nicht regelhaft.
- Häufig fehlen notwendige finanzielle Mittel zur Umsetzung der seniorenpolitischen Arbeit, einige Beiräte haben Zugriff auf (sehr) begrenzte Budgets, die in der Gemeinde verwaltet werden und die die Struktur der Aktivitäten spiegeln. In fast allen Fällen kommt es neben dem mehr oder weniger effektiven Einsatz der eigenen Arbeitszeit auch zur Beanspruchung eigener privater Mittel zur Sicherung der seniorenpolitischen Arbeit, die zum Teil nicht unerheblich ist. Ausdrücklich sei angemerkt, daß es um vergleichsweise bescheidene Mittel gehen soll, die durch die Ziele und ihre Erreichung in jedem Fall berechtigt erscheinen. Form und Umfang der Integration in die Kommunen ist wesentlich für Wirksamkeit und Erfolg der Arbeit der Seniorenbeiräte.

3.2.2 Gestaltung altersgerechter Lebensräume

Jede/jeder will langmöglichst in seiner Häuslichkeit bleiben. Dies ist übergreifende Erkenntnis aus allen Gesprächen. Stationäre pflegerische Versorgung wird in der Regel nicht eigeninitiativ und nicht freiwillig in Anspruch genommen, wenn eine Alternative besteht. Ein bisher wenig diskutiertes und ungelöstes Problem ist die Rückkehr in die eigene Wohnumgebung unter beeinträchtigten Bedingungen, insbesondere nach Krankenhaus- oder heimstationärem Aufenthalt. Das erreichbare Potential erscheint nach den Aussagen der Gesprächspartner nicht ausgeschöpft, vor allem sind die Übergänge zwischen den versorgenden Berufen und Einrichtungen in Häufigkeit und Gestaltung defizitär. Dabei ist der Bedarf an altersgerechten (barrierefreien) Wohnungen nicht immer sichtbar, vor allem nicht in Eigenheimen.

Wohnen

Der vermutete Bedarf an altersgerechtem oder behindertengerechtem Wohnraum, sein hoher Stellenwert und seine Entwicklung stehen in starkem Kontrast zum faktischen Wissen über die Realisierung in der Region. Dies betrifft vor allem Eigentümerinnen und Eigentümer und Mieterinnen und Mieter von Wohnungen, die den Aufwand des Umbaus der alters-/behindertengerechten Wohnung gegen eine dauerhafte (Ver-)Mietbarkeit abwägen. Hierin ist zum Teil der Sachverstand der Seniorenbeiräte einbezogen. Bei dieser Problematik wird aber auch eine gewisse Ambivalenz der Wohnenden und ihres Umfelds deutlich, die die Sicherung des häuslichen Verbleibs durch Altersgerechtigkeit gegen die Bezahlbarkeit nach Umbau als Umzugsgrund abwägen.

Bewußtheit der Problematik und Stand der Umsetzung sind in den Regionen sehr unterschiedlich. Einer hohen Präsenz auf der einen Seite in bestimmten Regionen stehen noch nicht begonnene Entwicklungen auf der anderen Seite gegenüber. Bemängelt wird zum Teil eine Sicht der Problematik, die das Zusammenspiel verschiedener Problem-
aspekte nicht berücksichtigt.

Thematisierte Aspekte zum Wohnen in den Gesprächen waren:

- Der Bedarf an alters- und behindertengerechten Wohnungen erscheint vorhanden, zum Teil stark ausgeprägt, überwiegend im Bewußtsein der Beteiligten, zum Teil gestützt durch Expertise, Problemnähe und moderative Mitarbeit des Seniorenbeirats. Es fehlt an Transparenz.
- In ländlichen Regionen wird der Bedarf zum Teil nicht angezeigt oder bekannt, weil Menschen in ihren eigenen Häusern bleiben wollen, solange es geht. Durch fehlende nachgehende Kontaktaufnahmen vermittelt sich der Bedarf nicht. Individuelle Förderungen für Umbauten sind ein komplexes Problem des Bekanntwerdens, der Umsetzung und der Finanzierung. Jeder dieser Aspekte überschreitet die Möglichkeiten der Seniorenbeiratsarbeit und hat nur in den seltensten Fällen eine integrierte Zuständigkeit in der Region. In vielen Fällen ist die Alters-/Behindertengerechtigkeit aber essentielle Voraussetzung des häuslichen und räumlichen Verbleibs.
- Eine teils berichtete Beteiligung an Kosten der Straßenbauinvestitionen gefährdet die Existenz, weil die individuellen Finanzierungsmöglichkeiten überschritten werden und eine Fremdfinanzierung aus Altersgründen nicht (mehr) in Anspruch genommen werden kann.
- In städtischen/kleinstädtischen Regionen sollte der Umbau von Häusern (Altbau/Neubau) forciert werden, stellt doch die Sicherung des Verbleibs die wichtigste Voraussetzung für die Erhaltung der regionalen und sozialen Struktur dar.
- Bedürfnisangemessenheit, abgestufte, aber integrierte Umsetzung der Kriterien der Alters-/Behindertengerechtigkeit kann ein Entwicklungskontinuum darstellen, das einen Verbleib in einer punktuell adaptierten Wohn-/Lebensumgebung ermöglicht. Hierzu sollten abgestufte und spezifische Angebote in Anspruch genommen werden können.

Mobilität

Mobilität hat einen hohen Stellenwert in allen Gesprächen mit den Seniorenbeiräten.³² Sie stellt eine weitere Grundbedingung dar, in Alltagsangelegenheiten in der Wohnumgebung lebens- und beziehungsfähig zu sein. Vor allem in ländlichen Regionen wird der

32 Eine Vielfalt und hohe Dichte von ehrenamtlichen Fahrdiensten federt sicher viele bestehende Probleme derzeit ab.

öffentliche oder auch der private Nahverkehr nach Angaben aus den Interviews häufig durch mehrere Bedingungen beeinträchtigt oder eingeschränkt, so daß sich daraus grundlegende Probleme ergeben. Vor allem ländlich ist er, an den regelmäßigen Nutzern, vor allem Schülerinnen und Schülern orientiert, so daß er außerhalb der Schulzeiten, abends, an Wochenenden und vor allem in den Schulferien, erheblich ausgedünnt und nicht mehr im Takt befahren wird. Dies stellt auch eine Beeinträchtigung der Nutzung kultureller Angebote dar. Einige hierauf Bezug nehmende regionale Modellvorhaben sind an den Zahlen der Frequentierung und an der Finanzierung gescheitert. Sie waren zum Teil ortsteilbindend zirkulär und periodisch, so daß die innerörtlichen Funktionen des Einkaufens, der Dienstleistungen und vor allem der medizinisch-pflegerischen Versorgung wahrgenommen werden konnten.

Eine weitere Problematik betrifft die überörtlichen Verbindungen, die, nicht mehr in der ausschließlichen Verantwortung der regionalen Gebietskörperschaften, die notwendigen Verbindungen zur überörtlichen Facharzt-, Krankenhaus- und Rehabilitationsversorgung, die nicht selten tagesfüllende Veranstaltungen sind, für die Betroffenen und ihre Angehörigen sicherstellen. Ein funktionierender ÖPNV ist ebenfalls Bedingung für den ländlichen oder kleinstädtischen Verbleib von älteren Menschen. Deutlich geworden ist auch, daß nicht nur im Einzelfall die vorhandenen und an den Bedarfen älterer Menschen ausgerichteten Angebote des öffentlichen Nahverkehrs unzureichend genutzt werden. Diesen Widerspruch aufzulösen, ist zentrales Thema, um einen funktionierenden und bedarfsgerechten öffentlichen Verkehr zu erreichen.

Folgende Aspekte zur Nutzung des ÖPNV wurden erörtert:

- Regelmäßige Stadtbuslinien werden in Anspruch genommen.
- Bekanntheit des Fahrtenverlaufs (über längeren Strecken, Route z.T. verändert: Stadt und Land), Fahrkartenerwerb, Rückweg.
- Die Nutzung des ÖPNV wäre attraktiver, wenn die Umgebung und der Weg zum Ziel bekannt wären (z.B.: anderer Ort bei Arztbesuch).
- Information und Unterstützung über Möglichkeiten sind erforderlich, ggf. auch Probefahrten zum Einüben: Sonst ist aufgrund von subjektiven Hindernissen eher eine Inanspruchnahme der eigenen Kinder oder - bei Verhinderung - ein Verzicht auf Mobilität wahrscheinlich. Möglicherweise ist die Auswertung bestehender Modelle und Erfahrungen hilfreich, auch um auf dieser Basis die Weiterentwicklung in Richtung auf sektorale, bedarfsgesteuerte, temporäre, längerfristig planbare oder spezifische überregionale Angebote vorantreiben zu können.
- Vermeiden von nicht erforderlichem Verkehr, in dem zum Beispiel, auch unter Einsatz kommunaler Mittel Angebote für ältere im unmittelbaren Lebensraum älterer

Menschen (auch subventioniert) gehalten werden (Tante-Emma-Läden), so daß Verkehr nicht erforderlich wird.

Barrierefreiheit im Lebensumfeld

Der Stand der Umsetzung eines alters-/behindertengerechten Wohnumfelds ist, wie den Interviews entnommen werden kann, sehr unterschiedlich und reflektiert die finanziellen Ressourcen, die gestalterische Bewußtheit unter Einbeziehung der Senioren(beräte) und die Multiplikation der Problematik auf den verschiedenen Ebenen in der Region. Indikatoren im öffentlichen Raum sind vor allem die Absenkungen der Bürgersteige, differenzierte Beförderungs- und Signaltechnik, Begehbarkeit bei ungünstigem Wetter oder Sitzgelegenheiten an von älteren Menschen häufig genutzten öffentlichen Räumen und/oder im Schatten, Verfügbarkeit von Toiletten im öffentlichen Raum, Anbringen von Handläufen an Gehwegen mit Steigung u. v. a. m. Manchmal gerät aus dem Blick, daß öffentliche Räume von älteren Menschen anders genutzt werden als von jüngeren (Beispiel: Friedhöfe). Ein Kriterium, das zwischen den Beteiligten zum Teil bewußt eingesetzt wurde, ist die Stimmigkeit und geringe ‚Fehlerhaftigkeit‘ der getroffenen Maßnahmen. Hier sind nach den Berichten der Beiräte in Einzelfällen gemeinsame Kontrollbegehungen oder das Simulieren von Funktionsabläufen genutzt worden, um die Funktionalität deutlich zu machen. Einige Regionen scheinen sich an der Problematik mehr oder weniger vollständig abgearbeitet zu haben, während andere kaum mit der Realisierung begonnen haben.

Ein zweiter Schritt der Bearbeitung dieser Problematik betrifft die Schnittstelle von öffentlichem zu privatem Raum, beziehungsweise den privaten Raum selbst. Hier befindet sich die Problematik, nach der Einschätzung der Interviewpartnerinnen und Partner allenfalls im Stadium von Vorüberlegungen der Umsetzung. Dies betrifft die Nutzungsräume älterer Menschen für Dienstleistungen, zum Beispiel gesundheitliche Versorgung, Einkauf, Kommunikation,

Es gibt Problematiken, auf die man erst bei näherem Hinsehen stößt und die der übergeordneten Lösung bedürfen. Zum Beispiel folgt die Bepflasterung der Straßen und Gehwege dem Denkmalschutz und kann nicht barrierefrei gestaltet werden.

3.2.3 Gesundheitsversorgung und Prävention

„Gesundheitsversorgung und Prävention“ thematisiert zwei differente Handlungsbe-
reiche: Erstens geht es um die ärztliche Versorgung in den verschiedenen Einrichtungen der Akutmedizin, der Rehabilitationsmedizin, der ambulanten ärztlichen Versorgung und den intermediären Einrichtungen sowie der Palliativversorgung, die bisher nicht

Gegenstand der Leitlinien sind. Zweitens wird unter dem Begriff der Prävention ein ebenso breiter wie ausgedünnter Handlungsbereich der Gesundheitsförderung, der primären, sekundären und tertiären Prävention und der Prophylaxen aufgespannt, bei dem das Land politische Dispositionsmöglichkeiten wahrnehmen und über öffentliche Dienste umsetzen kann.

Ärztliche, haus- und fachärztliche Versorgung

Genereller Trend der Aussagen der Interviewpartner war, daß die Versorgung sehr selten als unproblematisch einzustufen ist. Bekanntermaßen ist sie in ländlichen Regionen schwieriger als in städtischen, ist die fachärztliche Versorgung problematischer und weniger gesichert als die hausärztliche. Profile vorhandener Gebietsärzte sind aber sehr unterschiedlich.

In den meisten Fällen wird die hausärztliche Versorgung als gut, einigermaßen zureichend oder überhaupt noch und marginal beschrieben bei einer zum nicht unerheblichen Teil problematischen Altersstruktur der Ärzte und absehbarem Dienstende (jenseits der 70er Jahre), ohne daß der Standort sicherbar erscheint (zentrale Problematik). Vor allem aber die fachärztliche Versorgung ist in der Regel unzureichend und teilweise hochproblematisch. Als weitgehend akzeptabel wird die ärztliche Versorgung im Berliner Umland oder um andere Zentren herum bewertet wegen des möglichen Ausweichens in den städtischen Versorgungsraum. Wege- und Wartezeiten machen die außerörtlichen Termine tagesfüllend. Hierin kommt zum Ausdruck, daß hinsichtlich der ärztlichen Versorgung unter den gegebenen Umständen in nicht wenigen Fällen kreative Einzellösungen gefunden wurden, was (auch) für eine verstärkte dezentrale Kompetenz in der Entwicklung des Bereichs der Versorgung spricht.

Die Problematiken der ärztlichen Versorgung liegen nicht nur in der defizitären Zahl von Gebietsärzten, sondern auch in den enorm langen Zeitspannen einer möglichen Terminvereinbarung und zum Teil extremen Wartezeiten. Aufgrund der Darstellungen der Beiräte kann man unterstellen, daß es unausgeschöpfte Organisationspotentiale in der Sprechstundenorganisation und im -ablauf gibt. Auch das Patient-Arzt-Verhältnis erscheint aufgrund vieler Darstellungen - möglicherweise auch aufgrund der Angebotsverknappung - in einem stärkeren Umfang autoritär geprägt, als es anderenorts wahrgenommen wird. Schließlich erscheint auch der Umgang mit den weiteren medizinischen Berufen in der Gesundheitsversorgung und ihren Institutionen weniger kooperativ, eng und partnerschaftlich als der angespannten Situation förderlich. In dieser tendenziell schwierigen Situation kommt dem familial-partnerschaftlichen Umfeld und dem Ehren-

amt einige wichtige Bedeutung zu, im Einzelfall in Problemsituationen einzuspringen, Hilfen und Funktionen zu übernehmen.

Weitere medizinische Versorgung

Krankenhausversorgung wird in der Regel als gewährleistet angesehen, Situationen des Transfers bei Seniorenbeiräten werden wenig thematisiert, in einigen Fällen ist von Problemen beim Wechsel der Einrichtungen berichtet worden.

Eine *therapeutische Versorgung* durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden scheint in der Regel gegeben. Meist sind ausreichend Physiotherapeuten in der Region vorhanden. Das Interesse der Ergotherapeuten (Stadt, Land) an einer Zusammenarbeit mit dem Seniorenbeirat scheint wenig ausgeprägt. Bei der logopädischen Versorgung bestehen Defizite. In ländlichen Regionen ist die Ergotherapie und vor allem Logopädie in der nächsten Stadt erreichbar.

Hinsichtlich der *Hilfsmittelversorgung* wurde nichts Besonderes berichtet. Wichtig sei, die Familie/Partnerschaft und den Pflegedienst bei dieser Frage zu beteiligen. Eine Hilfsmittelversorgung scheint im für relevant gehaltenen Umfang gegeben zu sein, vorausgesetzt die Standards sind anderen Regionen gegenüber vergleichbar.

Zahnärzte sind meist ausreichend vorhanden, auch in kleinstädtischen Regionen. Ein Mangel besteht zum Teil in ländlichen Regionen. Damit ist nicht die Zahnbehandlung in stationären Einrichtungen thematisiert.

Über bestehende oder erwartbare Probleme in der *Versorgung in Notfällen* wurde kaum berichtet. Transporte, Wege zur erstversorgenden Einrichtung scheinen geklärt, bestehende Lücken ggf. über private Initiative überbrückt zu werden. Auch eine Notfallversorgung in lebensbedrohlichen Fällen über eine Clearingstelle mit Hubschrauber und gleichzeitigem Notfallwagen erscheint innerhalb verantwortbarer Zeiten verfügbar und funktional. Es wurden überzeugende Beispiele geschildert.

Bestimmte Themen der Versorgung wurden, auch auf Impuls nur marginal oder gar nicht aufgegriffen und vertieft: So war, wie generell, die Rehabilitation ausschließlich medizinisches Geschehen und als Problematik vergleichsweise wenig präsent. Auch die wichtigen neueren Entwicklungen der Palliativversorgung, der ambulanten und stationären Hospize wurden wenig aufgenommen und vertieft.

Berichtete und erörterte Lösungen der Versorgungsprobleme vor Ort aus Sicht der Seniorenbeiräte:

- Klinisch tätige Fachärzte aus einer Klinik der Stadt versorgen dezentral zeit-/anlaßbegrenzt vor Ort in der ländlichen Region. Das Reglement wäre durch die Landes- und Kommunalgremien formell oder informell zu regeln. Für beides gibt es Beispiele.
- In der Klinik ist ein Raum für Facharztversorgung durch externen Besuch geschaffen worden (Stadt).
- Organisation der fachärztlichen Versorgung als mobiles und auf einen größeren Versorgungsraum gerichtetes periodisches Angebot unter Moderation der Beteiligten (Region, Träger, Leistungsträger) wäre wünschenswert und erscheint realisierbar.
- Seniorenbeiräte oder Angehörige der weiteren Gesundheitsfachberufe übernehmen in der Versorgungsregion oder anlaßspezifisch moderative und beratende Funktionen, die sich strukturell einordnet und versorgungsfunktional ist. Diese Funktion kann in der Region, bei einem Träger, einem Leistungsträger verankert (und möglicherweise budgetiert) werden, da kosteneinsparend.
- Strukturelle Lösungen scheinen mindestens mittel- und langfristig erforderlich: Verabredungen mit Kliniken, Kassen (Integrierte Versorgungsverträge, ...) unter Einbindung der weiteren versorgenden Fachberufe, Einrichtungen und vor allem auch der öffentlichen Dienste.

Zusammenfassend wird in den Expertengesprächen das aus der quantitativen Umfrage bekannte Gewicht der ärztlichen Versorgung und seiner Probleme bestätigt und detailliert:

- So besteht Mangel an Ärzten in allen Regionen, in unterschiedlichem Ausmaß, insbesondere Fachärzte betreffend.
- Zusätzlich gibt es Probleme der Planung und Organisation der Versorgung, die sich in großen Terminspannen, Wartezeiten, verschleppten Verläufen und unbefriedigender Kommunikation äußern.
- Die Sektorengrenzen der Versorgung beeinträchtigen nach wie vor situationsangemessene, zeitnahe und integrierte Lösungen: Es gibt kaum Behandlung ambulanter Patienten in Kliniken, keine ergänzende Diagnostik, kaum institutionen- und berufeübergreifende diagnostische, Behandlungs- und Pflegeverläufe. Hier können Lösungen vor Ort gefunden und vereinbart werden.
- Senioren und Angehörige sind unzureichend informiert („man interessiert sich erst, wenn die Situation eingetroffen ist“). Es fehlt an einer überregionalen und einrichtungsübergreifenden Moderation der Problematik durch alle zuständigen Beteiligten. Dies verweist auch darauf, daß die präventive Intention dieser Leitlinie dringlichen Aufgreifens in inhaltlicher und struktureller Hinsicht bedarf. Jenseits der nicht oder kaum lösbaren Konflikte um den Sicherstellungsauftrag und die Erfüllung der Versorgungs-

verpflichtungen durch die gesetzlichen Kassen und vor allem die öffentlich-rechtlichen ärztlichen Körperschaften, deren Einbindung in Gespräche oder Problemlösungen als extrem schwierig bezeichnet wurde, sollten sozialrechtlich mögliche zeitnahe, inhaltlich und versorgungsstrukturell angemessene Lösungen gefunden werden. Beispiele hierfür fanden sich an vielen Stellen der Gespräche mit den Seniorenbeiräten.

3.2.4 Pflege

Pflege wird, wie die Handlungsfelder darstellen und detaillierten, absolut und relativ an Bedeutung zunehmen, als individuelle Problematik, als sozial-strukturelle Problematik und als Problem der Versorgung. Pflege ist eigenständiger Handlungsbereich für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, sie ist krankheitenrelevant - und unterprofessionell in Anspruch genommen - als häusliche Krankenpflege, sie ist teils strukturbildend in der Begleitung und Betreuung der letzten Lebensphase, sie nimmt sich besonderer krankheiten- und sozialorientierter Problematiken an bezogen auf Menschen mit psychischen Problemen (Psychiatrische und Sozialpflege), sie widmet sich in unterschiedlicher Weise den Intergenerationsproblemen in verschiedenen Altersphasen. Alle diese Aspekte haben Bezug zu Seniorenpolitik unter dem Stichwort der Pflege.

Interessanterweise spiegelten die Interviews viele unterschiedliche Aspekte, obwohl die Problematik insgesamt auch wegen ihrer Anlaßbezogenheit noch nicht annähernd angemessen präsent zu sein schien.

Pflege war Thema unter Aspekten der *Selbsthilfe und der Nachbarschaftshilfe*, was auch ein Kernelement der sozialen Pflegebedürftigkeitsregelung darstellt. Nachbarschaftshilfe wird unterschiedlich bewertet, die folgenden vier Varianten werden genannt:

- Nachbarschaftshilfe (ehrenamtlich) funktioniert, wenn notwendig.
- Nachbarschaftshilfe funktioniert in der Regel gut.
- Nachbarschaftshilfe funktioniert in alten Strukturen, nur individuell, insgesamt nicht ausreichend entwickelt.
- Nachbarschaftshilfe ist Teil des dörflichen Lebens und funktioniert als solche nach wie vor gut.

In einigen Regionen haben sich Dienstleistungen etabliert, die Unterstützung anbieten (einkaufen, ...). Der Bedarf an haushaltsnahen Dienstleistungen ist vorhanden, wenn möglich, wird ihm in der Familie entsprochen oder bei funktionierendem sozialen Umfeld. Die berichteten Beispiele der Nachbarschaftshilfe hatten sich „aus dem Dorfleben“ entwickelt und waren nicht Gegenstand von Modellversuchen, insofern sind sie auch zeitstabiler. Diese Dienste, die hochakzeptiert waren und bei Alltagsproblematiken

niederschwellig notwendige Hilfe anbieten, in der regionalen Struktur zu verankern, erscheint ausgesprochen produktiv zu sein.

Ambulante pflegerische Versorgung

Ältere Menschen wollen zu Hause bleiben, nicht ins Heim übersiedeln. Leben in der eigenen Häuslichkeit auch bei beeinträchtigter Gesundheit ist durchgehend angestrebtes Ziel. Subsidiarität ist insofern ein Selbstläufer, vorausgesetzt die Pflegesituation wird angemessen und akzeptabel unterstützt. Dem Bedarf an ambulanter Pflege wird meist entsprochen. Es sind ausreichend Pflegedienste vorhanden. Eine Beschäftigung mit der pflegerischen Versorgung beginnt oft, erst wenn „man betroffen“ ist: Es fehlen Informationen, vorhandene sind unzureichend.

Ein Bedarf an betreutem Wohnen wird sehr häufig formuliert, Angebote erscheinen defizitär. Problematisiert wird z. T. die Finanzierung: Betreutes Wohnen erscheint aufgrund geringer Renten nicht möglich. Von den Interviewpartnern angemerkt wird zum Teil Zögerlichkeit der Stadtverordneten bei der Umsetzung von Angeboten.

Teil-/vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege, eher als teilstationäre, ist am Ort oder im Umfeld verfügbar. Hinsichtlich spezifischer ‚stationärer‘ pflegerischer Angebote für besondere Lebens-, Versorgungs-, Betreuungserfordernisse oder innovativer Formen besteht Bedarf. Teil- und vollstationäre Pflegeangebote nehmen sowohl die Seniorenbeiräte als auch die öffentlichen Gremien von Planung und Entscheidung in Anspruch und in die Pflicht.

Erfordernisse und Empfehlungen, die von Seniorenbeiräten angesprochen wurden:

- Sinnvoll erscheint eine Besichtigung der Heime durch Seniorenbeiräte, wie es nicht selten berichtet wurde, und zwar vor allem nach sachkundiger Schulung (Pflege, Wohnen, Leben), wie es auch von einigen gewünscht wird. Auch eine nicht seltene (symbolische) Ehrung von Fachleuten in bestimmter Funktion erscheint als wichtige Maßnahme spezifischer Kommunikation und Verbindung.
- Fachlich valide Informationsveranstaltungen und Beratungen zu Fragen der Pflege, Versorgung und Hilfsmittel sind erforderlich und werden zum Teil durchgeführt. Es besteht Bedarf.
- „Zwischenformen des Wohnens“ (Betreutes Wohnen, Wohnzentren mit (auch) eigener kleiner Wohnung, andere Formen, ...) sind erforderlich.
- Beantragungswege, Genehmigung: wenig Kompetenz zu Pflegebedürftigkeit und Behandlung vorhanden. Durch Information und Fortbildung sollte Abhilfe geschaffen werden.

- Unterstützung durch ‚Gemeindehelfer‘ angeregt.
- Transparenz und Trägerunabhängigkeit der Pflegeberatung postuliert.
- Ziel muß sein, Teilhabe am Leben gewährleisten.
- Finanzierung dieser Pflege ist zunehmende Schwierigkeit für ältere Bevölkerung.
- Bedarf an Wohngemeinschaften und Einrichtungen der Demenzversorgung besteht.

Zusammenfassend zur pflegerischen Versorgung und resultierende Empfehlungen:

Trotz der beschriebenen anlaßbezogenen Befassung mit Pflege, sind die Seniorenbeiräte im Pflegebereich vielfältig involviert. Die Erörterung relevanter Fragen pflegerischer Versorgung wird von den Seniorenbeiräten als sehr sinnvoll eingeschätzt. Dies kann auch über den ‚Dienstweg‘ organisiert werden und mit den Seniorenbeiräten als Schulungen und Information zur pflegerischen Versorgung und ihren Regularien durchgeführt werden, auch vor dem Hintergrund der Teilhabe für Menschen mit Hilfebedarf. Dies hat den generellen Aspekt der einweisenden Fortbildungen in die Aufgaben eines Seniorenbeirats und der laufenden fachlichen Fortbildungen, die auch zentral organisiert, mit modernen Medien präsentiert und vorgehalten werden sollten.

- Nachbarschaftshilfe ist zu wahren, zu entwickeln und zu stützen.
- Nachbarschaftshilfe funktioniert gut in überkommenen Strukturen, ansonsten eher individuell, insgesamt ist sie nicht sehr entwickelt: die spezifische Kontinuität sollte gewahrt werden.
- Ältere Menschen wollen zu Hause bleiben und nicht ins Heim übersiedeln. Dem sollte durch angemessene, abgestufte, problembegleitende und akzeptable Hilfen entsprochen werden können.
- Ein Bedarf an haushaltsnahen Dienstleistungen besteht.
- Die Sicherung der Transfers zwischen Berufen und Einrichtungen ist von großer und versorgungsstabilisierender Bedeutung.
- Unabhängige und transparente Pflegeberatung, auch aufsuchend, ist erforderlich.
- Gemeindehilfe, wo sie besteht und eingebunden ist, hat eine positive Resonanz.
- Abgestufte Hilfesysteme, intermediäre Hilfen, empirisch gewachsene, den Berufe- und Einrichtungsstrukturen nicht konforme Angebote sollten aufgegriffen und strukturwährend ‚professionalisiert‘ werden.

4. Wahrnehmung der Leitlinien

Die Leitlinien betreffen wichtige und akzeptierte Inhalte und Orientierungen einer Landes-Seniorenpolitik. Dies bestätigen die kohärenten Ausrichtungen der Seniorenpolitischen Ansätze anderer Bundesländer mit ihren Schwerpunkten wie auch die Ergebnisse der Umfrage und der qualitativen Interviews. Leitlinie vier (Arbeitsmarkt/Be-

schäftigung) und fünf (Seniorenwirtschaft) sind von dieser generellen Aussage insofern etwas ausgenommen, sie werden im Rahmen der Befragung und der Interviews eher randständig wahrgenommen und bewertet.

Eine zweite generelle Anmerkung betrifft die strukturelle Orientierung der Leitlinien. Weitergehende Erfordernisse, die angemerkt wurden, beziehen sich darauf, dezentral, vor Ort, durch die Leitlinien Möglichkeiten zu eröffnen und zu fördern. Hier wären konkretisierende Hinweise hilfreich. Um die seniorenpolitische Arbeit transparenter zu gestalten, könnte dies mit einer - bisher fehlenden - dezentralen Berichterstattung verbunden werden.

Die Leitlinien sind regelhaft bekannt, stehen aber in unterschiedlicher Distanz zu Konzept und Arbeitsform der Seniorenbeiräte. Sie werden als vereinbar angesehen, meist als eher abstrakt und von fehlender Konkretisierung.³³ Eine Erörterung vor Ort wird für die Umsetzung als wichtig erachtet, hat in vielen Fällen auch stattgefunden, bis hin zu einer Konkretisierung in eigenen Leitlinien, die oft weniger umfangreich, dafür aber konkreter sind.

33 Einen Schritt in diese Richtung sehen Seniorenbeiräte durch das im Mai vom Landtag beschlossene und vorgelegte Maßnahmenpaket getan (Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen des Landes Brandenburg (Hg.): Aktives Altern in Brandenburg. Seniorenpolitisches Maßnahmenpaket der Landesregierung. Potsdam (Eigenverlag) 2011). Der darin verankerte und inzwischen abgeschlossene öffentliche Diskurs in fünf Seniorenkonferenzen wurde positiv in dem Sinne angemerkt, daß die verschiedenen Ebenen, vor allem auch die dezentrale der Seniorenbeiräte, in kommunikative Verbindung miteinander gebracht wurden.

5. Bewertung der Seniorenpolitischen Arbeit und generelle Empfehlungen

Seniorenbeiräte wiesen nach den Erfahrungen der Interviews eine breite und hohe Expertise auf, die durch ausgewiesene Berufsbiographien gestützt und durch regionale Strukturkompetenz gekennzeichnet ist. Diese ‚kostenarme‘ hohe Expertise sollte frei von Konflikten, Statusproblemen und Friktionen eingebracht und weidlich genutzt werden. Dies ist in einer Reihe von Einzelfällen nicht gegeben, wenn zum Beispiel die Seniorenbeiräte für einen Beirat votieren, die Kommune aber an einer Beauftragung festhält. Insofern bedarf die politische Etablierung der Seniorenbeiräte der Überprüfung vor Ort. Damit sollten verbunden sein: die Regelung der Rechte und Pflichten und die Verfügung über sachgerechte Budgets.

Seniorenbeiräte sollten regelhaft in den Stand angemessener Arbeitsmittel versetzt werden. Sie sind dies zum Teil nicht. Sie benötigen Schreib- und Kommunikationsmittel, die sie zum Teil selbst bezahlen. Sie brauchen die Unterlagen, zu denen sie Stellung nehmen sollen, rechtzeitig, und sie sollten ihre Expertisen im Diskurs begründen und verteidigen können, selbstverständlich zeitbegrenzt.

Für die Arbeit der Seniorenbeiräte sind das Verständnis ihrer Aufgabe und Funktion und die Einbindung in die Strukturen von entscheidender Bedeutung. Es fehlt eine moderative Sozialisation, eine formelle oder informelle Einweisung zur Arbeit als Seniorenbeirat, was angesichts des Stellenwerts, des Engagements die zeitlichen und auch des materiellen Aufwands gerechtfertigt erscheint.

Die Arbeit im Seniorenbeirat „hängt“ nicht selten an der/dem Vorsitzenden oder einigen Akteuren. Die Profilierung trägt deutliche individuelle und biographische Züge. Damit ist sie fragil und generationengebunden. Vergleichsweise selten sind alle Seniorenbeiratsmitglieder gleichermaßen voll aktiv. Kreativ-Workshops zur Entwicklung von Ideen wären erforderlich. Maßnahmen zu Stabilisierung und Kontinuierung der Arbeit sind notwendig.

Seniorenbeiräte sind und sollten in der Regel plural besetzt, zwischen verbandlicher und individueller Mandatschaft austariert sein. Die Schnittstellen zu verbandlicher Arbeit sollten transparent sein, wie auch immer die Vereinbarungen zur Arbeit des Seniorenbeirats getroffen wurden. Die Differenz der Zielsetzungen sollte erkennbar sein.

Senioren zum Engagement im Seniorenbeirat zu gewinnen, ist schwierig und bedarf der Unterstützung.

Alle Seniorenbeiräte haben Nachwuchssorgen. „Junge“ Alte fühlen sich nicht alt genug, „alte“ Alte sind auch überbelastet. Symbolische Auszeichnungen und Heraushebungen des Stellenwerts der Arbeit könnten hilfreich sein, ebenso wie die Einrichtung von Seniorenbeiräten, die „lediglich“ themenbezogen oder zeitlich begrenzt aktiv sind.

Neue Seniorenbeiräte bedürfen der Einarbeitung, Schulung, des Mentorings (hohe Reibungsverluste bei Einarbeitung, Informationsbedarf, Frust und Demotivierung). Dies sollte kommunal verpflichtend organisiert und durch Mittel des Landes gefördert werden.

Regelmäßige Treffen und kontinuierlicher Austausch von strukturgleichen Seniorenbeiräten sind erforderlich und gewünscht (nach Regionen in ähnlicher Situation), Fortbildungen, Klausurtagungen, Sicherstellung des Informationsfluß. Auch hierfür sollten Mittel bereitgestellt werden.

Dies hat auch den generellen Aspekt der Fortbildungen von Seniorenbeiräten, die im Rahmen ihrer Aufgaben oder ihre Profils Zugang zu laufenden fachlichen Fortbildungen haben sollten, die auch zentral organisiert, mit modernen Medien präsentiert und als buchbare Medien durch das Land oder einen beauftragten Bildungsträger, zum Beispiel eine Volkshochschule, vorgehalten werden sollten.

Alters- und Behindertengerechtigkeit ist wesentliches Anliegen der Seniorenbeiratsarbeit. Alters- und Behindertengerechtigkeit ist bereits gegenwärtig oder wird in naher Zukunft essentielle Strukturvoraussetzung von Verbleib und Lebensqualität älterer Menschen in der Region. Dazu gehört auch eine differenzierte qualitative und quantitative Transparenz. Neben der Ausstattung als alters-/behindertengerecht, ist vor allem die Reflexion über integrierte, teiloffene und offene Wohnformen in Begleitung durch die Seniorenbeiräte und die kommunal Verantwortlichen entscheidendes Moment der Weiterentwicklung und Problemlösung. Sie sollten dezentral eingerichtet und zentral kriterien-, nicht programmorientiert gefördert werden.

Darüber hinaus besteht Bedarf und Interesse, mehr Kompetenz in den Angelegenheiten von Hilfe- und Pflegebedarf zu erlangen, um entsprechende Hinweise geben oder kompetente Verweisungen aussprechen zu können.

Erfahrungen, die Seniorenbeiräte in eigenen Angelegenheiten, die sie oder ihre Arbeit betreffen, machen, sollten zusammengefaßt und transparent werden, um anderen Seniorinnen und Senioren und Beiräten zur Verfügung gestellt werden zu können, auch über die Grenzen des Orts, der Gemeinde oder des Kreises hinaus.

6. Anhang

6.1 Zusammenfassung des Schlußberichts

Hinsichtlich der evaluativen Zielsetzung kann für beide Erhebungsbereiche, die Seniorenbeiräte und die Verantwortlichen in den Gebietskörperschaften, bestätigt werden, daß die Seniorenpolitischen Leitlinien des Landes Brandenburg in Bekanntheit, Einfluß und Wirkung bei den maßgeblichen Akteuren ‚angekommen‘ sind. Sowohl die Bedeutung für dezentrales Verwaltungshandeln der Zielgruppe, wie auch für die Teilhabe für Menschen in höherem und hohem Lebensalter auf relevanten Ebenen gesellschaftlichen Lebens spiegelt sich in den Materialien wider. Bekanntwerden und Kenntnisnahme vermittelten sich überwiegend über die jeweiligen ‚Dienstwege‘, die horizontale und intermediäre Kommunikation und ihre Wege können und sollten ausgebaut und optimiert werden. Die Leitlinien sind jedenfalls ganz überwiegend bekannt, sie werden als relevant und als Mittel für die eigene Arbeit in Kommune und Seniorenbeirat angesehen und teils für den eigenen Arbeitsbereich konkretisiert (eigene Leitlinien, spezifische Regelungen). Sie sind damit für beide Arbeitsbereiche produktiv.

Die Wertung des Stellenwerts der Handlungsfelder bei Seniorenbeiräten und Kommunen ist ähnlich, in Rangfolge und Gewichtung im einzelnen different. Das scheint mit den jeweiligen Perspektiven und Aufgabenstellungen des eigenen Handelns zu tun zu haben, vor allem aber mit unterschiedlichen Betroffenheiten und Sichten in den verschiedenen Handlungsfeldern (z. B. Daseinsfürsorge vs. existentielle Betroffenheit in der eigenen Lebenssituation). Der Ausgleich der differenten Perspektiven in der Konkretisierung und Umsetzung in den dezentralen Seniorenpolitiken legitimiert Leitlinien wie Seniorenpolitik und Seniorenbeiratstätigkeit als Orte sinnvollen und praktikablen Interessenausgleichs, für den aber die Äquivalenz in Diskurs, Vereinbarung und Ausgleichsform von praktischer Politik und praktiziertem mandatiertem Ehrenamt Voraussetzung ist. Hier bestehen Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen.

Mit der Beantwortung der Maßnahmenprofile werden die Relevanzen, die durch die leitliniendefinierten Handlungsfelder aufgespannt werden, auch in der spezifischen Sicht der Kommunen und der Seniorinnen und Senioren teils bestätigt, teils aber auch ausdrücklich nicht. Sicher orientieren sich die Maßnahmen/Projekte einerseits an der

geregelten oder gewollten Aufgabenstellung, Daseinssicherung und Interessenvertretung sein zu sollen oder zu wollen, mit vermutlich differenten Bedeutungszumessungen der Kommunen und der Seniorinnen und Senioren. Andererseits sind die ‚gewachsenen‘ Handlungs- und selbstgesetzten Aufgabenprofile der Seniorenbeiräte – und diese sind vielgestaltig, hochrelevant, Gewachsenes aufgreifend und schwerpunktbildend – ebenfalls bestimmend für die Struktur der Maßnahmen: Leitlinien wirken auf die *Umsetzung von Maßnahmen und Projekte*, sie wirken politisch auf *Seniorenarbeit*, auf die Seniorenbeiräte, sie entfalten eine generelle politische Wirkung. Leitlinien haben *gesellschaftliche Wirkung*, sie wirken auf die eigene Seniorenarbeit, bewirken eine Ausformulierung/Weiterentwicklung/Konkretisierung in eigenen Leitlinien. Leitlinien wirken auf *strukturelle Bedingungen*, auf eine Verbesserung von Wohn-/Lebensumfeld, wirken im Bereich Pflege/Gesundheit. Es werden also vielfältige und unterschiedliche Einflüsse und Wirkungen gesehen, zu denen die Seniorenbeiräte befragungsvermittelt zugleich aber auch eine gewisse Distanz signalisieren. Die Leitlinien stehen jedoch einer jeweils eigenen Profilierung und Schwerpunktbildung in der seniorenpolitischen Arbeit nicht entgegen, werden durch sie aber auch nicht unbedingt gefördert oder unterstützt.

Nach den Darstellungen und Begründungen ihrer Arbeit kann man bei den Seniorenbeiräten, sicher nicht übergangsfrei und erschöpfend, drei Zielorientierungen und Formen der Beiratsarbeit erkennen: Erstens die Sicherung von gesellschaftlicher Teilhabe (*Leistungs- und Teilhabeorientierung*). Sie arbeitet der altersbegleitenden Marginalisierung von Menschen in der Kommune entgegen und versucht Kontaktaufnahme, Kontakt halten durch Teilhabe, Beziehungen und Aktivitäten. Zweitens kann sich ein Seniorenbeirat als quasi „*politisch verstandenes Gremium*“ sehen, das unter den Bedingungen der Interessenvertretung informelles, assoziiertes und komplementäres Mitwirken anbietet und einbringt, um damit die formale Ausrichtung des kommunalen Verwaltungshandelns um Sinnverständnisse der eigenen Arbeit und Problematiken der älteren Menschen dezidiert „anzureichern“. Drittens wird der Seniorenbeirat als Institution zur sozialen Integration (*integrative Orientierung*) gesehen, wobei nicht immer und unbedingt die eigene seniorenpolitische Arbeit das Medium ist, sondern auch eine Gestaltung und Moderation des Sozialen durch Beteiligung und Vernetzung von Menschen, Einrichtungen und Organisationen angestrebt wird.

Die verschiedenen Formen des Verständnisses der eigenen Arbeit stehen meist in einem sehr unterentwickelten oder nicht existenten horizontalen Austausch zueinander zwischen den Beiräten, insbesondere auch bei vergleichbarer Organisations- und Sozialstruktur. Kommunikation und Interaktion vollziehen sich vor allem vertikal auf dem oben beschriebenen ‚Dienstweg‘, teils mit begrenzter Bidirektionalität und Transparenz. Die Anregung eines horizontalen Austauschs in vergleichbaren Strukturen ist gewünscht und notwendig. Sie stellt einen ersten Vorschlag zur strukturellen Weiterentwicklung dar. Da die Schwerpunkte der eigenen seniorenpolitischen Beiratsarbeit wie ausgeführt in hohem Maße auch biographisch oder durch andere mikrosoziale Bedingungen geprägt sind, kann man davon ausgehen, daß diese besonderen Profile Bestand haben werden. Ein Austausch kann sie aber in der Breitenwirkung produktiv werden lassen und im Generationenübergang stabilisieren.

*

Die *Sicherung des Wohnens* stellt die wichtigste Stabilisierung der regionalen und sozialen Struktur dar. Altersbegleitende und gesundheitliche Einschränkungen, kompensierende Bedarfe sollten dezentral transparent, abgestufte Hilfen, die den Verbleib – auch temporär – sichern, in Anspruch genommen werden können. Seniorenbeiräte können hier eine Clearingfunktion übernehmen und ausüben.

Über die Wohnung selbst hinaus ist die Sicherung der Mobilität in der Region und zum Teil auch darüber hinaus wichtiges Kriterium der Stabilisierung des Verbleibs. Die Problematik ist hochpräsent, es gibt viele Erfahrungen. Zur Lösung von Mobilitätsproblematiken sind unter Mitarbeit von Seniorenbeiräten viele Modelle erprobt und Lösungen gefunden worden. Nicht in jedem Fall ist die Situation befriedigend. Hilfreich scheinen Mobilitätsinformationen zu sein, die den älteren Menschen der Region zugänglich gemacht werden. Falls notwendig, sollte eine Einweisung in die Nutzung der verkehrlichen Möglichkeiten angeboten werden, um eine selbständige Nutzung erreichen zu können. Einige Beispiele zeigen, daß im Vermeiden von nicht erforderlichem Verkehr durch das Sichern von zentraler und innerstädtischer Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Dienstleistungen – bis in den kommerziellen Bereich hinein – eine erhebliche Ressource liegen kann. Möglicherweise ist eine Reflexion und Auswertung der bestehenden Modelle und Erfahrungen hilfreich, auch um auf dieser Basis die Weiterentwicklung in Richtung auf sektorale, bedarfsgesteuerte, temporäre, längerfristig

planbare, nutzungssichere oder spezifische überregionale Angebote vorantreiben zu können.

Im Hinblick auf eine Barrierefreiheit im Lebensumfeld scheinen einige Regionen sich an der Problematik mehr oder weniger vollständig abgearbeitet zu haben, während andere kaum mit der Realisierung begonnen haben. Es fehlt an Transparenz in der Breite. Vergleichsweise wenig angekommen ist diese Problematik an der Schnittstelle zwischen öffentlichem und privatem Raum oder gar ausschließlich in letzterem. Dies betrifft die Nutzungsräume älterer Menschen für Dienstleistungen, zum Beispiel der gesundheitlichen Versorgung, des Einkaufs, der Kommunikation, Hier gilt es, Problembewußtsein zu schaffen, bevor kooperativ in eine nächste Planungs- und Realisierungsphase eingetreten werden kann.

*

In den meisten Fällen wird die hausärztliche Versorgung als gut, einigermaßen ausreichend oder überhaupt noch vorhanden und marginal beschrieben bei einer zum nicht unerheblichen Teil problematischen Altersstruktur der Ärzte und absehbarem Dienstende (jenseits der 70er Jahre), ohne daß der Standort sicherbar erscheint. Vor allem aber die fachärztliche Versorgung ist in der Regel unzureichend und teilweise hochproblematisch. Versorgungsabläufe in diagnostischer Abklärung und Therapie sind durch diese Situation erheblich tangiert, zeitliche Verläufe gestreckt, zum Teil disparat und im Krankheits- und Heilungsverlauf beeinträchtigt. In der Folge ergeben sich - auch unter hohem eigenen Zeit- und Mitteleinsatz - dysfunktionale Abläufe, die insbesondere ältere Patientinnen und Patienten beeinträchtigen und kostensteigernd sind.

Die zahnärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung wird durchgehend als wenig problematisch und gegeben angesehen. Bei logopädischen Angeboten bestehen Defizite. Die Hilfsmittelversorgung erscheint aufgrund der Aussagen der Seniorenbeiräte unproblematisch, wobei sich die Frage der Ausschöpfung des notwendigen Bedarfs stellt. Eine Versorgung im Notfall scheint durch geregelte Maßnahmen oder durch individuell verlässlich getroffene Absprachen vorhanden zu sein.

Für die Lösung von Versorgungsproblematiken sind vielfältige individuelle Lösungen berichtet worden, aber auch kommunale Hilfen wurden in Einzelfällen ergriffen, nicht selten ohne durchschlagenden Erfolg. Nachvollziehbar schildern Seniorenbeiräte, daß

im Management und der Organisation von Versorgungsangeboten und -prozessen nicht unerhebliche Potentiale liegen. Kommunikative und personale Transfers und Begleitungen von Abläufen sind defizitär.

Für eine geschlossene Versorgungskette wichtige Elemente waren in den Interviews vergleichsweise wenig präsent, zum Beispiel eine rehabilitative, reintegrative oder eine palliativ-hospizische Versorgung. Sie sind auch in den Leitlinien unterrepräsentiert und adressieren in einem zu geringen Umfang die seniorenpolitischen Erfordernisse.

Der Schwerpunkt notwendiger Anpassung an die Anforderungen in der Versorgung liegt im Bereich dezentraler vertragsärztlicher Tätigkeit, wobei Potentiale zu bestehen scheinen, die durch ein Management von Praxistätigkeit und Versorgung, zeitgemäße und zeitnahe Kommunikation ausschöpfbar sind. Lösungen der ärztlichen Versorgungsprobleme könnten aus Sicht der Seniorenbeiräte durch eine Flexibilisierung ärztlicher Tätigkeit, eine Erbringung an anderem Ort, die überinstitutionelle und einrichtungsübergreifende Versorgung, eine Flexibilisierung und Mobilisierung der Standorte, die hinsichtlich der Ausrüstung durch die Gebietskörperschaften unterstützt werden sollte erreicht werden. Ein solches periodisches Angebot fachärztlicher Tätigkeit an unterschiedlichen und wechselnden Standorten in größerem Versorgungsraum – auch in stationären Einrichtungen der Pflege – erscheint wünschenswert und unter Einbindung der fachlich und verwaltungsmäßig Zuständigen realisierbar. Seniorenbeiräte oder Angehörige der weiteren Gesundheitsfachberufe übernehmen in der Versorgungsregion oder anlaßspezifisch moderative und beratende Funktionen, die sich strukturell einordnen und versorgungsfunktional sind. Diese Funktion kann in der Region, bei einem Träger, einem Leistungsträger verankert sein. Öffentliche Dienste könnten in ergänzender Funktion (z. B. Prävention) oder moderativ in die Versorgung eintreten und kommunal gestaltend werden.

Jenseits der nicht oder kaum lösbaren Konflikte um den Sicherstellungsauftrag und die Erfüllung der Versorgungsverpflichtungen durch die gesetzlichen Kassen und vor allem die öffentlich-rechtlichen ärztlichen Körperschaften, deren Einbindung in Gespräche oder Problemlösungen als extrem schwierig bezeichnet wurde, sollten sozialrechtlich mögliche zeitnahe, inhaltlich und versorgungsstrukturell angemessene Lösungen gefun-

den werden. Beispiele hierfür fanden sich an vielen Stellen der Gespräche mit den Seniorenbeiräten. Diese Problematik scheint ohne ein Aufgreifen durch die Landespolitik kaum lösbar.

*

Pflege wird, wie die Handlungsfelder darstellen und detaillierten, absolut und relativ an Bedeutung zunehmen, als individuelle Problematik, als sozial-strukturelle Problematik und als Problem der Versorgung. Das Land betont die Subsidiarität, den Vorrang individuell-ambulanter Pflegehilfe, die bedarfsgesteuerte Weiterentwicklung und die Sicherung durch Fachkräfte und Einrichtungen. Pflege hat weitere Handlungsdimensionen, als sie in den Leitlinien aufscheinen: Sie ist eigenständiger Handlungsbereich für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, sie ist krankheitenrelevant - und unterprofessionell in Anspruch genommen - als häusliche Krankenpflege, sie ist teils strukturbildend in der Begleitung und Betreuung der letzten Lebensphase, sie nimmt sich besonderer krankheiten- und sozialorientierter Problematiken an bezogen auf Menschen mit psychischen Problemen (Psychiatrische und Sozialpflege), sie widmet sich in unterschiedlicher Weise den Intergenerationsproblemen in verschiedenen Altersphasen. Alle diese Aspekte haben Bezug zu Seniorenpolitik unter dem Stichwort der Pflege.

Einrichtungen der ambulanten Pflege scheint es in ausreichendem Umfang zu geben. Ihr Einbezogenwerden deckt sich mit dem Ziel des gesicherten und möglichst langen häuslichen Verbleibs. Probleme bestehen bei der Einbindung in das Versorgungsnetz und in Verläufe (Transfers) sowie bei einer unabhängigen und transparenten Pflegeberatung (auch bei Vorhandensein von Pflegestützpunkten). Vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen werden „kompetente und eigenständige Gemeindegewerkschaften“ gefordert, die umfassend tätig werden und nicht ausschließlich maßnahme- und krankheitenorientiert handeln. Unter dem Stichwort der „Gemeindehilfe“ wurden dezentrale, niederschwellige, integrierte haushaltsnahe Beratungen und zusammengeführte Dienstleistungen genannt, die nach Bedarf und auf Anforderung erbracht wurden und „Lücken“ zwischen bestehenden Angeboten der Berufe und Einrichtungen füllten. Die Profile waren vor Ort „gewachsen“ und „erklärten“ sich durch die konkreten Bedingungen der regionalen und sozialen Struktur. Sie waren auch im Ehrenamt verortet. Diese Erfahrungen aufzugreifen, sie in die Seniorenpolitik einzubinden und ihren Bestand zu sichern, erscheint produktiv.

Vollstationäre Pflege, eher als teilstationäre, ist am Ort oder im Umfeld verfügbar. Hinsichtlich spezifischer ‚stationärer‘ pflegerischer Angebote für besondere Lebens-, Versorgungs-, Betreuungserfordernisse oder innovativer Formen besteht Bedarf. Insbesondere auch Zwischenformen des Wohnens mit abgestuften, konkret bedarfsgerechten und flexibel in Anspruch zu nehmenden Hilfen scheinen erforderlich. Seniorenbeiräte sind hieran beteiligt und kümmern sich um Leben und Betreuung in den Pflegeheimen. Ihre Kenntnisnahme findet auch in der Form der Anerkennung und Ehrung von Pflegefachkräften Ausdruck. Für die Wahrnehmung des Ehrenamts im Bereich der Pflege wollen Seniorenbeiräte in Kenntnis gesetzt werden, zum Beispiel durch fachliche Informationsveranstaltungen, Beratungen und Einführungen in Regelungen und Zuständigkeiten. Hieran besteht Bedarf, der durch zentral in einem Verzeichnis vorgehaltene Medien, Veranstaltungen oder verfügbare Fachpersonen gedeckt und dezentral gebucht werden könnte.

*

Insgesamt betreffen die *Leitlinien* wichtige und akzeptierte Inhalte und Orientierungen einer Landes-Seniorenpolitik. Zentrale Zielorientierung und dezentrale Beiratsarbeit könnten unter mehreren Aspekten in eine engere Beziehung zueinander gebracht werden: Dazu könnte beitragen, daß die dezentrale seniorenpolitische Arbeit, die in der Regel einen Ort in der regionalen Verwaltung hat, über eine Berichterstattung zu den Inhalten der Arbeit stärker transparent wird als gegenwärtig, was sicher auch ihren Stellenwert und die Breitenwirkung erhöhen würde. Seniorenbeiräte haben sich hierfür ausgesprochen, die Formen und Inhalte der Arbeit sind es allemal wert.

Die Verkürzung der Distanz zwischen der landespolitischen Ebene und vor Ort, wie sie im Maßnahmenpaket und in dem öffentlichen Diskurs in den fünf Seniorenkonferenzen zum Ausdruck gekommen ist, hat als Eröffnung der Ebene eines Diskurs positive Resonanz gefunden.

Die informationelle Vernetzung der Kommunikationsstränge der Seniorenpolitik und der Seniorenrats-/beiratsarbeit, jeweils für sich, sollte stärker bidirektional ausgerichtet werden. Von gleichem Gewicht ist aber auch eine horizontale Vernetzung beider Strukturen, die den Stellenwert und die Entscheidungsrelevanz synergetischer und einander widersprechender Argumentation erhöhen kann.

Wegen des unmittelbar nachvollziehbaren öffentlichen Interesses an der Seniorenpolitischen Arbeit, ausgewiesen durch die eingebrachte hohe und ‚kostenarme‘ Expertise der ehrenamtlich Tätigen, ist eine öffentlich geförderte Einarbeitung und Basisqualifizierung in gewünschten Fachthemen für diese Arbeit wie auch die Förderung regelmäßigen Austauschs geboten. Dies hat den generellen Aspekt der einweisenden Fortbildungen in die Aufgaben eines Seniorenbeirats und der laufenden fachlichen Fortbildungen, die auch zentral organisiert, mit modernen Medien präsentiert und vorgehalten werden sollten.

Hierzu sollte auch eine angemessene Ausstattung mit Arbeitsmitteln, die Anerkennung delegierten Ehrenamts, eine hinreichende strukturelle Verankerung für das Ehrenamt und ein sachgerechtes Budget in der Kommune gehören, das mit nur begrenztem Aufwand nutzbar ist.

Die generationsmäßige Kontinuierung und der Übergang der Arbeit (Aqoise, Übernahme, Übergabe) sollten verstetigt und strukturell verankert werden. Dies kann auch über die Brücke fachlicher Veranstaltungen oder das projektbezogene Mitwirken an Vorhaben der Kommune geschehen. Seniorenarbeit bedarf der gesellschaftlichen Anerkennung in sicher größerem Umfang als gegenwärtig. In diesem Zusammenhang wären auch öffentliche Bildungsträger, die sich innovativer und gerontologischer Themen annehmen, aufgefordert, die seniorenpolitische Arbeit in eigene Vorhaben der Bildung, Entwicklung oder Forschung aufzunehmen, wie es ja bereits gegenwärtig gelegentlich der Fall ist unter Vorweisen interessanter Veranstaltungen und Projektergebnisse.

6.2 Schlußfolgerungen und Handlungsempfehlungen (resultierend aus den Ergebnissen und integriert im Schlußbericht)³⁴

1 Unterschiedliche Sichten hinsichtlich der Bedeutungen der zehn Handlungsfelder der Leitlinien unterstreichen das Erfordernis, einen Ausgleich durch das dezentrale Gespräch der beteiligten Seniorinnen und Senioren und Kommunen zu suchen und herbeizuführen, ältere und alte Menschen entscheidend einzubeziehen, wenn es darum

³⁴ Die in diesem Abschnitt dargestellten 15 Schlußfolgerungen/Handlungsempfehlungen sind dem Schlußbericht zum Vorhaben entnommen, in dem sie integriert sind und fortlaufend als Bestandteil mit thematischem Bezug geführt werden. Die Schlußfolgerungen/Handlungsempfehlungen sind aufgrund der Ergebnisse der Gespräche mit den Seniorenbeiräten formuliert.

geht, Maßnahmen oder Projekte für diese heterogene Zielgruppe zu entwickeln, zu implementieren und umzusetzen.

2 Kommunen sollten den Blick auch über die Zuständigkeit für Daseinsvorsorge und das Verwaltungshandeln bezogen auf Seniorinnen und Senioren hinaus auch auf ihre moderative Funktion im Interessenausgleich und der intergenerativen Legitimation einerseits richten und auf der anderen Seite die aus Lebensberuf und -erfahrung resultierenden kommunalen politikfähigen Ressourcen konstruktiv in das Geschehen einbinden.

3 Eine Finanzierung der Seniorenbeiratsarbeit ist notwendig. Die Handhabung der Verausgabung oder Nutzung der für die Beiratsarbeit zweckgebunden zur Verfügung stehenden Mittel soll weniger (zeit-)aufwendig und bürokratisch gehandhabt werden als gegenwärtig. Dem politischen Willen und dem ausdrücklichen Interesse an diesem Ehrenamt (Seniorenbeiratsarbeit) soll auch die Förderung der erforderlichen Basis folgen.

4 Der Austausch zwischen Seniorenbeiräten in vergleichbaren Strukturen („Blick über den Zaun“) ist offensichtlich nicht regelhaft vorhanden, ist aber gewünscht und notwendig und wird als Vorschlag zur strukturellen Weiterentwicklung empfohlen.

5 Eine regionale Erhebung von Bedarf und Bestand an alters-/behindertengerechtem Wohnraum, eine Berichterstattung und die dezentrale Moderation der Problematik des alternsgerechten Wohnraums in öffentlicher Zuständigkeit sollten umgesetzt werden. Ein transparentes und bekanntes Angebot an Information und Beratung zu Alters-/Behindertengerechtigkeit von Wohnangeboten sollte geschaffen werden. Durch Exploration und soziale Moderation der Wohnraumsituation in der Region kann ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gewährleistet werden.

6 Ein funktionierender ÖPNV ist Bedingung für den ländlichen oder kleinstädtischen Verbleib von älteren Menschen. Um einen funktionierenden und bedarfsgerechten öffentlichen Verkehr zu erreichen, ist die Auflösung des Widerspruchs zwischen Bedarf und Nutzung des ÖPNV notwendig. Hierzu sind Reflexion und Auswertung der bestehenden Modelle und Erfahrungen im Rahmen des ÖPNV hilfreich, auch um auf dieser Basis die Weiterentwicklung in Richtung auf sektorale, bedarfsgesteuerte, temporäre, längerfristig planbare oder spezifische überregionale Angebote vorantreiben zu können. Das Vermeiden von nicht erforderlichem Verkehr, in dem zum Beispiel, auch unter Einsatz kommunaler Mittel, Angebote im unmittelbaren Lebensraum älterer Menschen (auch subventioniert) gehalten werden, sichert den häuslichen Verbleib.

7 Sensibilisierung der Verantwortlichen für die Lebenssituationen und Probleme älterer Menschen, frühe und grundsätzliche Einbeziehung der Seniorinnen und Senioren bei der Planung und Umsetzung von Infrastrukturprojekten sollten realisiert werden.

8 Aufgrund der Darstellungen der Beiräte kann man unterstellen, daß es unausgeschöpfte Organisationspotentiale in der ärztlichen Sprechstundenorganisation und im -ablauf gibt. Hier sollten Lösungen unter dezentraler Moderation gefunden werden. Es sollte geprüft werden, inwieweit Angebote in vorhandenen Einrichtungen (Ärztelhäusern, Gesundheitszentren,...) zur Beratung, Diagnostik, Behandlung geöffnet, ergän-

zend, flexibel oder mobil eingebunden werden können. Sinnvoll wäre, Wege und Begleitung zur ärztlichen Behandlung abzusichern. Hierzu können Seniorenbeiräte beraten.

9 Die präventive Intention der Leitlinie „Gesundheitsversorgung und Prävention“ sollte in inhaltlicher und struktureller Hinsicht aufgegriffen werden. Die Sektorengrenzen der Versorgung beeinträchtigen nach wie vor situationsangemessene, zeitnahe und integrierte Lösungen: Es gibt kaum Behandlung ambulanter Patienten in Kliniken, keine ergänzende Diagnostik, kaum institutionen- und berufeübergreifende diagnostische, Behandlungs- und Pflegeverläufe. Hier können Lösungen vor Ort gefunden und vereinbart werden. Sozialrechtlich mögliche zeitnahe, inhaltlich und versorgungsstrukturell angemessene Lösungen sollten gefunden werden bei bestehenden Versorgungsproblemen oder -lücken.

10 Es sollte eine überregionale und einrichtungübergreifende Moderation der „Versorgungs“-Problematik durch alle zuständigen Beteiligten (Gesundheitsversorgung/Prävention) eingerichtet werden. Informationsstand und -angebot (Gesundheitliche Versorgung/Pflege) sollten verbessert werden.

11 Zu empfehlen ist, Familie/Partnerschaft und den Pflegedienst bei Fragen zu Hilfsmitteln zu beteiligen. Die Erörterung relevanter Fragen pflegerischer Versorgung wird von den Seniorenbeiräten als sehr sinnvoll eingeschätzt. Dies kann auch über den ‚Dienstweg‘ organisiert werden und mit den Seniorenbeiräten als Schulungen und Information zur pflegerischen Versorgung und ihren Regularien durchgeführt werden, auch vor dem Hintergrund der Teilhabe und auch für Menschen mit Hilfebedarf. Anzustreben sind einweisende Fortbildungen zu Themen, die die pflegerische Versorgung betreffen, für Seniorenbeiräte und laufende fachliche Fortbildungen anzubieten, die auch zentral organisiert, mit modernen Medien präsentiert und vorgehalten werden sollten.

12 Integrierte und haushaltsnahe personale Dienste, teils auch ehrenamtlich sind manchmal vorhanden: ein Bedarf an haushaltsnahen Dienstleistungen besteht. Nachbarschaftshilfe ist zu wahren und zu entwickeln, Bestehendes verstetigen und stützen. Nachbarschaftshilfe soll den jeweiligen Strukturen angemessen entwickelt und unterstützt werden (bedarfsgerecht, Gewährleistung von Kontinuität).

13 Die Absicherung des gewünschten Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit durch angemessene, abgestufte, problembegleitende und akzeptable Hilfen und die Sicherung der Transfers zwischen Berufen und Einrichtungen in der Versorgung sind zu gewährleisten. Unabhängige und transparente Pflegeberatung, auch aufsuchend, sollte gewährleistet werden. Vor dem Hintergrund der disparaten Entwicklung von Versorgungsangebot und -nachfrage sollten abgestufte Hilfesysteme, intermediäre Hilfen, empirisch gewachsene, den Berufe- und Einrichtungsstrukturen nicht konforme Angebote aufgegriffen und bewahrt werden.

14 Perspektivisch sollte den bislang weniger beachteten Leitlinien (‚Seniorenwirtschaft‘ und ‚Arbeitsmarkt und Beschäftigung‘) Aufmerksamkeit zukommen.

15 Die Leitlinien sollten auch in Zukunft hinsichtlich der Weiterentwicklungen der Praxis - Beispiele sind im Bericht genannt - überprüft werden.