

**Plan für Senioren
im
Landkreis Cuxhaven**

Fortschreibung 2011

1 Inhaltsverzeichnis

1	INHALTSVERZEICHNIS	1-2
2	EINLEITUNG	2-1
3	DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG	3-1
3.1	EINLEITUNG	3-1
3.2	ENTWICKLUNG UND STAND DER BEVÖLKERUNG – GESTERN, HEUTE, MORGEN	3-2
3.3	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN:	3-22
4	PFLEGE	4-1
4.1	EINLEITUNG	4-1
4.2	DIE PFLEGEVERSICHERUNG (SGB XI)	4-1
4.3	DIE DARSTELLUNG DER STRUKTUR DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN, DER PFLEGELEISTUNGEN UND DER PFLEGEEINRICHTUNGEN	4-6
4.3.1	PFLEGEBEDÜRFTIGE	4-6
4.3.2	PFLEGEEINRICHTUNGEN	4-19
4.3.3	ENTWICKLUNG DES PFLEGEBEDARFES	4-29
4.4	HOSPIZARBEIT	4-30
4.5	PALLIATIVVERSORGUNG	4-31
4.6	DEMENZ	4-33
4.7	PFLEGENDE ANGEHÖRIGE	4-36
4.8	FACHKRÄFTEMANGEL IN DER ALTENPFLEGE	4-40
4.9	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN:	4-42
5	WOHNEN	5-1
5.1	EINLEITUNG	5-1
5.2	STATISTIK	5-1
5.3	ANFORDERUNGEN AN DAS WOHNEN IM ALTER	5-2
5.4	WOHNBERATUNG	5-3
5.5	NEUE WOHNFORMEN	5-4
5.5.1	BARRIEREFREIES WOHNEN	5-4
5.5.2	„WOHNEN GEGEN UNTERSTÜTZUNG“	5-6
5.5.3	GEMEINSCHAFTLICHE WOHNPROJEKTE	5-6
5.5.4	BETREUTES WOHNEN/ SERVICE-WOHNEN	5-7
5.5.5	AMBULANT BETREUTE WOHNGEMEINSCHAFTEN	5-9
5.6	AAL- ASSISTENZSYSTEME IM DIENSTE DES ÄLTEREN MENSCHEN	5-10
5.7	FÖRDERMÖGLICHKEITEN ZUR BARRIEREFREIEN GESTALTUNG VON VORHANDENEM WOHNRAUM UND FÜR DEN BARRIEREFREIEN NEUBAU	5-11
5.8	AUFGABEN DER KOMMUNEN	5-13
5.9	ERHEBUNG DER WOHN-SITUATION IN DEN STÄDTEN, GEMEINDEN UND SAMTGEMEINDEN	5-14
5.10	STRUKTURENTWICKLUNG, WOHNUNGSBAU UND VERSORGUNG	5-15
5.11	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN:	5-16
6	MOBILITÄT	6-1
6.1	EINLEITUNG	6-1
6.2	MOBILITÄT ZU FUß, MIT DEM FAHRRAD UND MIT DEM AUTO	6-1
6.3	ÖFFENTLICHER PERSONENNAHVERKEHR (ÖPNV)	6-3
6.4	MOBILITÄT IM INTERNET	6-5
6.5	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	6-7

7	VERSORGUNG	7-1
7.1	ALLGEMEIN	7-1
7.2	ÄRZTLICHE VERSORGUNG IM LANDKREIS CUXHAVEN.....	7-3
7.3	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN:	7-4
8	AKTIVE SENIOREN UND GESELLSCHAFTLICHE TEILHABE	8-1
8.1	EINLEITUNG	8-1
8.2	ZEITVERWENDUNG.....	8-2
8.3	EHRENAMT UND FREIWILLIGES ENGAGEMENT	8-8
8.3.1	EHRENAMT ALLGEMEIN	8-9
8.3.2	SELBSTHILFE.....	8-15
8.3.3	EHRENAMTSBEAUFTRAGTER- ANSPRECHPARTNER FÜR DAS EHRENAMT	8-18
8.3.4	MÖGLICHKEITEN DER MITGESTALTUNG	8-19
8.4	BILDUNG.....	8-22
8.4.1	EINLEITUNG.....	8-22
8.4.2	STATISTIK	8-22
8.4.3	BILDUNGSTRÄGER IM LANDKREIS CUXHAVEN	8-23
8.4.4	ENTWICKLUNG UND AUSRICHTUNG VON BILDUNG IM ALTER	8-25
8.5	SPORT	8-27
8.6	ÖRTLICHE ANGEBOTE	8-29
8.7	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	8-29
9	MIGRATION UND ALTER	9-1
9.1	MIGRATION UND ALTER	9-1
9.2	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	9-6
10	INFORMATION UND BERATUNG.....	10-1
10.1	EINLEITUNG	10-1
10.2	SENIORENSERVICEBÜRO.....	10-1
10.3	PFLEGESTÜTZPUNKT/ PFLEGEBERATUNG	10-3
10.4	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	10-5
11	ÜBERGREIFENDE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....	11-1
12	ANLAGEN.....	12-1
Anlage 1	Verzeichnis der Mitwirkenden der Arbeitsgruppen und der Steuerungsgruppe zur Erstellung des Planes für Senioren im Landkreis Cuxhaven	12-1
Anlage 2:	Einwohner nach Altersstufen, Stand 31.12.2008, Quelle: LSKN	12-3
Anlage 3:	Auszug aus der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2009 „2. Gerontopsychiatrie, seelisch Behinderte in hohem Lebensalter	12-7
Anlage 4:	Auszug aus dem Bericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel- Herausforderung an ein zukunftsfähiges Niedersachsen“; Niedersächsischer Landtag, 15. Wahlperiode, 2007 „V Bürgerschaftliches Engagement“ Zu „Strukturen“ (vgl. D.V.2.1) empfiehlt die Kommission	12-9
Anlage 5:	Auszug aus dem Nahverkehrsplan 2008 – 2012 des Landkreises Cuxhaven	12-11
Anlage 6:	Versorgungssituation im Landkreises Cuxhaven; Stand Juli 2010. Auswertung eines Erhebungsbogens über vorhandene seniorenrelevante Angebote in den Kommunen	12-16
Anlage 7:	Aktivitätsraten und Zeitverwendung für ausgewählte Aktivitäten der höheren Altersgruppen.....	12-31

13	VERZEICHNIS ABBILDUNGEN	13-1
14	VERZEICHNIS TABELLEN.....	14-1

2 Einleitung

Die demographische Entwicklung verläuft in weiten Teilen Deutschlands ähnlich. Sie ist geprägt von einer höheren Lebenserwartung und einer seit über 40 Jahren nicht nachhaltigen Geburtenrate. Zusammen mit der Alterung der starken Nachkriegsgeneration führt dies zu einer deutlichen Verschiebung der Altersstruktur. Diese Entwicklung trifft die ländlich geprägten Gebiete besonders, da zusätzlich eine Abwanderung der 20-40jährigen in die Wachstumszentren zu beobachten ist.

Dieses führt zu nachhaltigen Strukturveränderungen und stellt die Kommunen vor große Herausforderungen bei der Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgungs- und Infrastruktur.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der sogenannte „Dritte Lebensabschnitt“ zunehmend aktiv gestaltet werden kann und die Senioren¹ möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben führen wollen.

Auch in Anbetracht einer aus heutiger Sicht weiterhin angespannten oder sich möglicherweise weiter verschlechternden Finanzausstattung der öffentlichen Hand sind zunehmend bedarfsorientierte Hilfen zur Selbsthilfe, die die Vielfalt des Alters berücksichtigt, anzubieten. Darüber hinaus sind die institutionellen Hilfen, wie z.B. ambulante Dienste und stationäre Pflegeeinrichtungen dort sicherzustellen und ggf. anzupassen, wo diese notwendig sind. Vorrangig ist aber, die Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben und Wohnen im Alter zu fördern und sicherzustellen. Dieses setzt u.a. eine weitgehende Barrierefreiheit in allen Bereichen voraus, die anderen Bevölkerungsgruppen ebenfalls zu Gute kommt. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Anliegen der Menschen mit Behinderungen im Plan zur Situation von Menschen mit Behinderung des Landkreises Cuxhaven dargestellt werden.

Der Plan für Senioren im Landkreis Cuxhaven will Maßnahmen aufzeigen, die die Zielsetzung einer eigenständigen Lebensführung im höheren Lebensalter fördert und unterstützt. Diese Maßnahmen werden als Chance zur Bewältigung des demografischen Wandels der nächsten Jahrzehnte gesehen. Erzwingbar sind sie nicht.

Die einzelnen Module dieses Planes sind vor dem Hintergrund neuer Erkenntnisse und Entwicklungen oder aktualisierter Daten fortzuschreiben.

¹ Zugunsten des Leseflusses wird auf eine geschlechtsspezifische Aufzählung verzichtet. Angesprochen werden selbstverständlich jeweils auch Frauen.

Der Plan soll somit eine stets aktuelle Arbeitsgrundlage und Entscheidungshilfe für die politisch Verantwortlichen im Landkreis Cuxhaven und in dessen Mitgliedsgemeinden sowie weitere Entscheidungsträger in der Seniorenarbeit und Daseinsvorsorge bilden. Ansprüche einzelner Personen ergeben sich hieraus nicht.

Der vorliegende „Plan für Senioren im Landkreis Cuxhaven“ wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern aus den Seniorenbeiräten der Mitgliedskommunen und des Landkreises Cuxhaven, des Vereins „Bürger helfen Bürgern e.V.“, des Kreistages, der freigemeinnützigen Träger und der Mitgliedskommunen des Landkreises Cuxhaven erarbeitet. Im Rahmen dieser Beteiligung wurden zahlreiche Arbeitsgruppensitzungen zu unterschiedlichen Themenblöcken durchgeführt. So konnte ein breites Spektrum von Erfahrungen und Meinungen in den Plan einfließen. Allen Beteiligten sei an dieser Stelle nochmals für ihre Mitarbeit gedankt. Eine Liste der Beteiligten ist als **Anlage 1** beigefügt.

3 Demographische Entwicklung

3.1 Einleitung

Der vorliegende Seniorenplan des Landkreises Cuxhaven sieht es nicht als seine Aufgabe, die gesamte demographische Entwicklung innerhalb des Landkreises Cuxhaven in all ihren Facetten und Zusammenhängen, wie z.B. Jugend und Familie, Wanderungsverhalten, Arbeit und Demographie etc., zu betrachten.

Neben den folgenden Einwohnerdaten mit ihrem Fokus auf die höheren Lebensalterstufen werden in den weiteren Abschnitten des Planes jeweils weitere themenspezifische Datengrundlagen aufgezeigt. Diese Entwicklungen sind in der Regel ebenfalls dem demographischen Wandel geschuldet. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass dieser nicht nur den Veränderung der höheren Lebensalterstufen geschuldet ist.

Der **demographische Wandel** folgt im Wesentlichen zwei Faktoren. Zum einen werden weniger Kinder geboren, so dass die Elternjahrgänge nicht mehr durch die Geburt von Kindern ersetzt werden. In modernen Gesellschaften mit geringer Säuglings- und Kindersterblichkeit geht man davon aus, dass rechnerisch etwa 2,1 Kinder pro Frau geboren werden müssten, um die Bevölkerung ohne Wanderung langfristig auf einem konstanten Niveau zu halten. In Niedersachsen wurden in 2008 hingegen nur 1,4 Kinder geboren (so genannte Fertilitätsrate). Die zurückgehenden Geburtenzahlen werden sich nach heutiger Sicht auch aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter zurückgeht, weiterhin verstärken. Somit schrumpft die Einwohnerzahl.

Zum anderen erreichen immer mehr Menschen ein höheres Lebensalter durch den medizinischen Fortschritt und eine gesündere Lebensweise. Parallel dazu erreichen die ersten so genannten geburtenstarken Jahrgänge das Rentenalter.

Somit wird der demografische Wandel im Wesentlichen durch einen Rückgang der Einwohnerzahl mit einer gleichzeitigen Alterung der Gesellschaft bestimmt.

Diese Entwicklung verläuft innerhalb Deutschlands tendenziell überall gleich ab. In einigen wirtschaftlich prosperierenden Regionen mit einem guten Arbeitsplatz- und Versorgungsniveau können aber auch Zuwächse an Einwohnern und ein jüngerer Altersaufbau verzeichnet werden. In vielen ländlichen Regionen, wie z.B. dem Landkreis Cuxhaven, verstärkt sich hingegen der zuvor beschriebene demographische Wandel.

Soweit in den nachfolgenden Statistiken Aussagen über eine Entwicklung bis 2020 oder 2025 getroffen werden, zeichnet sich dabei schon heute ab, dass sich diese Entwicklung bis zum Jahr 2050 fortsetzen wird.

Es gilt somit, den demographischen Wandel zu erkennen, diesen als Entwicklung anzunehmen und sinnvoll und abgestimmt zu gestalten.

3.2 Entwicklung und Stand der Bevölkerung – gestern, heute, morgen

Die folgenden Tabellen und Grafiken sollen einen groben Überblick über den Aufbau und die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung des Landkreises Cuxhaven geben. Dabei wird zunächst der Landkreis Cuxhaven als Einheit und in einem weiteren Schritt auch die Städte, Gemeinden und Samtgemeinden des Landkreises betrachtet.

Die Grundlage der Betrachtungen bilden im Wesentlichen die Daten des Landesbetriebes für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (NSKN) und der Bertelsmannstiftung, die mit ihrem „Wegweiser Kommune“ differenzierte Demographieberichte für die Kommunen zur Verfügung stellt.

Die Zusammensetzung der Bevölkerung insbesondere hinsichtlich ihrer Altersstruktur und der zahlenmäßigen Entwicklung, sprich des Einwohnerrückganges, hat wesentliche Auswirkungen auf das gesamte gesellschaftliche Zusammenleben und die Versorgungsstrukturen. Die Beispiele hierzu reichen von einem Rückgang der Schülerzahlen und dessen Auswirkungen auf den öffentlichen Personennahverkehr, der eine wichtige Infrastruktureinrichtung auch für die Senioren darstellt. Auch der Rückgang der Bevölkerung in der Altersstufe 20 bis 60 Jahre ist unter dem Fokus des möglichen Unterstützungspotentials älterer Menschen zu sehen. Der Anstieg der Anzahl der gesunden und leistungsstarken Menschen in höheren Lebensaltersstufen bietet einerseits Potential für ehrenamtliche Arbeit und verlangt andererseits nach geeigneten Strukturen an Unterstützungsangeboten und Pflege der Menschen mit immer stärkeren Einschränkungen.

Tabelle 3.1 beinhaltet die Altersstruktur des Landkreises Cuxhaven vom 31.12.2008. Die Personengruppe 60 Jahre und älter, mit der sich der vorliegende Plan im Wesentlichen befasst, macht bereits fast ein Drittel (28,62 %) der Gesamtbevölkerung aus. Auf den nächsten Seiten wird dargestellt, dass sich dieser Anteil zukünftig erheblich steigern wird.

Bei der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass diese bis zur Altersstufe 70 bis 75 Jahre durchweg ausgeglichen ist. In den höheren Altersstufen ist eine deutliche Zunahme des An-

teils der Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung zu beobachten. Dieses bedeutet, dass frauenspezifische Bedürfnisse einer besonderen Berücksichtigung bedürfen.

Tabelle 3.1 Die Bevölkerung des Landkreises Cuxhaven am 31.12.2008

Altersstufen	gesamt	Anteil an Gesamtbevölkerung in %	davon männlich	Anteil an Altersstufe gesamt in %	davon weiblich	Anteil an Altersstufe gesamt in %
alle	202124	100,00	99216	49,09	102908	50,91
0 - 15	29240	14,47	14993	51,28	14247	48,72
15 - 60	115041	56,92	57956	50,38	57085	49,62
60 - 65	12140	6,01	6114	50,36	6026	49,64
65 und mehr	45703	22,61	20153	44,10	25550	55,90

0 - 3	4674	2,31	2444	52,29	2230	47,71
3 - 5	3280	1,62	1731	52,77	1549	47,23
5 - 6	1809	0,89	868	47,98	941	52,02
6 - 10	8112	4,01	4110	50,67	4002	49,33
10 - 15	11365	5,62	5840	51,39	5525	48,61
15 - 18	7177	3,55	3786	52,75	3391	47,25
18 - 20	4594	2,27	2481	54,01	2113	45,99
20 - 25	9531	4,72	4971	52,16	4560	47,84
25 - 30	8862	4,38	4532	51,14	4330	48,86
30 - 35	9629	4,76	4775	49,59	4854	50,41
35 - 40	13614	6,74	6717	49,34	6897	50,66
40 - 45	16751	8,29	8346	49,82	8405	50,18
45 - 50	16127	7,98	8042	49,87	8085	50,13
50 - 55	14235	7,04	7016	49,29	7219	50,71
55 - 60	14521	7,18	7290	50,20	7231	49,80
60 - 63	7790	3,85	3914	50,24	3876	49,76
63 - 65	4350	2,15	2200	50,57	2150	49,43
65 - 70	14026	6,94	6989	49,83	7037	50,17
70 - 75	12423	6,15	6040	48,62	6383	51,38
75 - 80	7875	3,90	3356	42,62	4519	57,38
80 - 85	6135	3,04	2210	36,02	3925	63,98
85 und mehr	5244	2,59	1558	29,71	3686	70,29

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Die in **Tabelle 3.2** aufgezeigte Entwicklung der Einwohner des Landkreises Cuxhaven zeigt nicht nur deutlich, dass ab dem Jahr 2003 die Gesamtzahl der Bevölkerung zurückgeht, sondern dass auch spätestens seit dem Jahr 1999 die Anzahl der unter 60-jährigen Einwohner zurückgeht und gleichzeitig die der höheren Lebensaltersstufen steigen. Diese Entwicklungen bezeichnet man als demographischen Wandel.

Die Übersichten der **Tabelle 3.3** verdeutlichen die jeweilige Entwicklung der jüngeren und der älteren Altersstufen.

Tabelle 3.2 Entwicklung der Einwohner des Landkreises Cuxhaven von 1999 bis 2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
alle	203833	204843	206192	206304	206545	206308	205276	204235	202933	202124
unter 60	153078	152571	152446	151811	151150	150077	149107	147525	145627	144281
60 und älter	50755	52272	53746	54493	55395	56231	56169	56710	57306	57843
55-60	14107	12768	12325	12255	12360	12679	13811	14127	14423	14521
60-63	9178	9540	9528	8891	8281	7780	7053	7008	6973	7790
63-65	5442	5532	5957	6275	6369	6267	5622	5147	5096	4350
65-70	10458	11103	11663	12473	13554	14127	14613	14842	14594	14026
70-75	9431	9384	9384	9224	9163	9590	10189	10668	11415	12423
75 und älter	16246	16713	17214	17630	18028	18467	18692	19045	19228	19254

Quelle: LSKN

Abbildung 3.1 Entwicklung der Einwohner von 1999 bis 2008

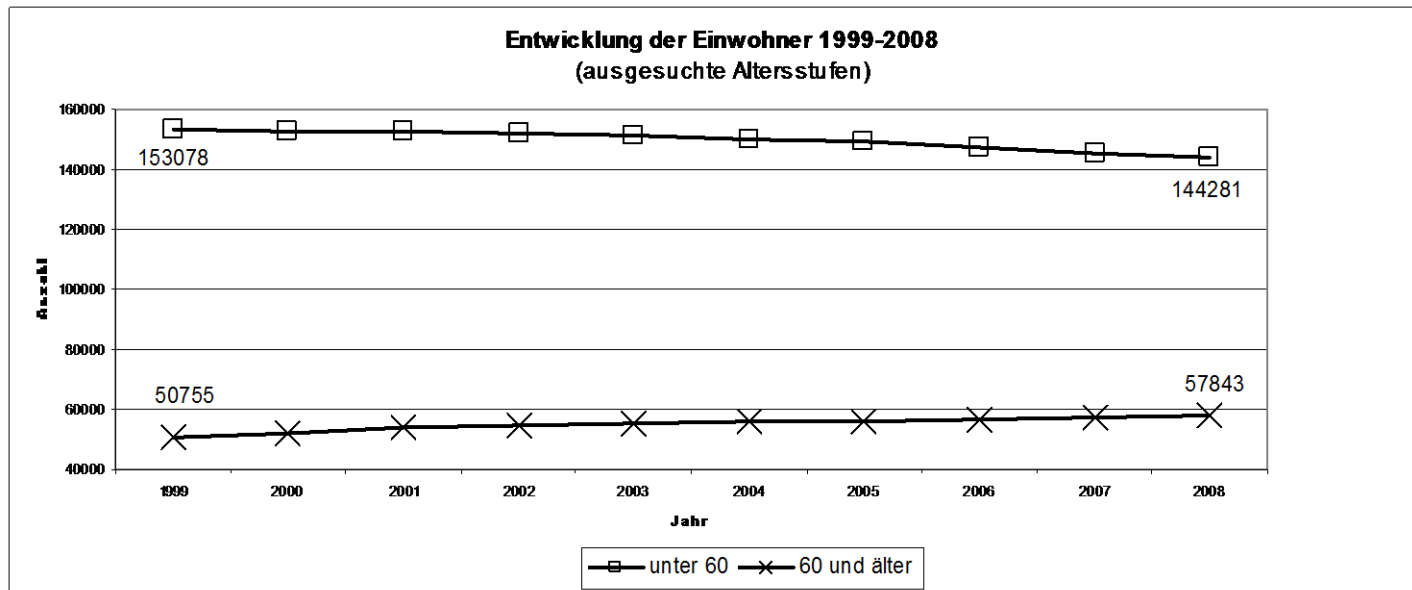
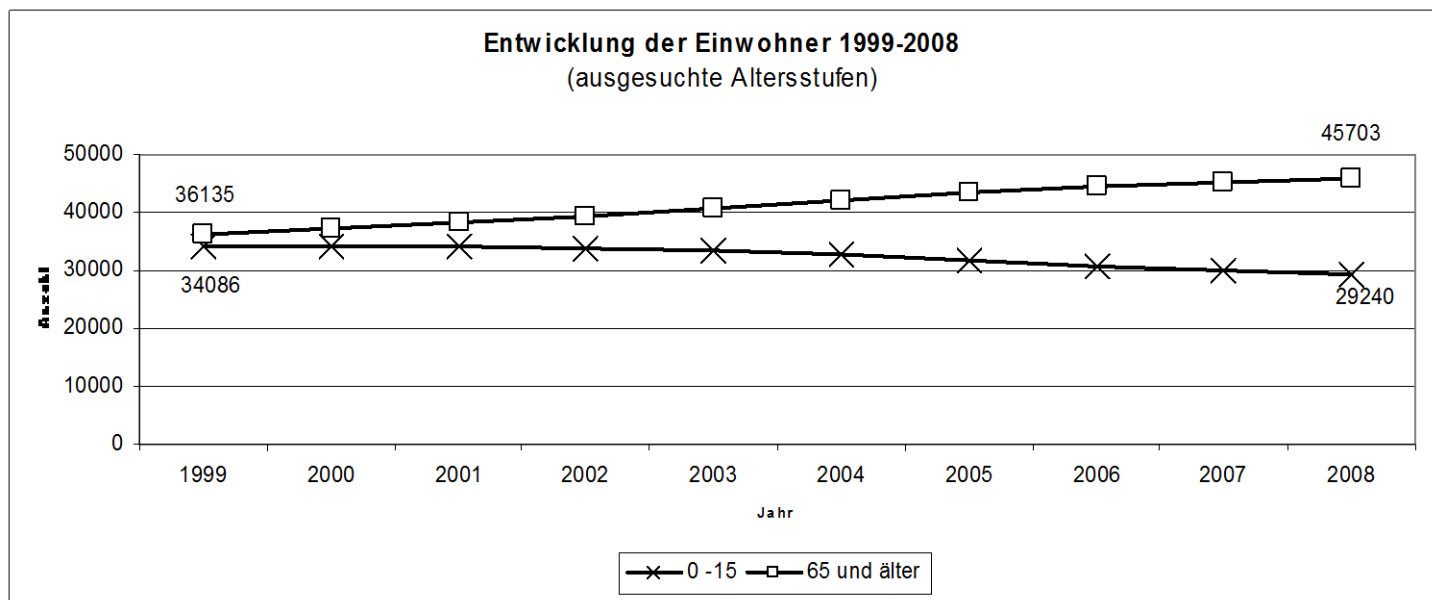


Tabelle 3.3 Entwicklung der Einwohner des Landkreises Cuxhaven von 1999 bis 2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0 -15	34086	34290	34191	33852	33314	32742	31748	30813	29921	29240
15 - 60	118992	118281	118255	117959	117836	117335	117359	116712	115706	115041
65 und älter	36135	37200	38261	39327	40745	42184	43494	44555	45237	45703
75 und älter	16246	16713	17214	17630	18028	18467	18692	19045	19228	19254

Quelle: LSKN

Abbildung 3.2 Entwicklung der Einwohner des Landkreises Cuxhaven von 1999 bis 2008



Wesentliche Kennzahlen der Bevölkerungsstruktur zeigt die **Tabelle 3.4** im Vergleich zu den Nachbarlandkreisen.

Tabelle 3.4 Daten zur Altersstruktur, Landkreisvergleich Stand 2008

	Durchschnittsalter 2008	Jugendquotient 2008	Altenquotient 2008	Anteil 65- 79-Jährige 2008	Anteil ab 80-Jährige 2008
Cuxhaven	44,4	35,5	39,6	17	5,6
Stade	42,1	37	32,2	14,7	4,3
Rotenburg (W.)	41,7	38,9	32,4	14,3	4,6
Osterholz	43,4	35,8	35	16,1	4,4
Wesermarsch	43,3	38,1	37,3	16,1	5,2

Quelle: Bertelsmann Stiftung

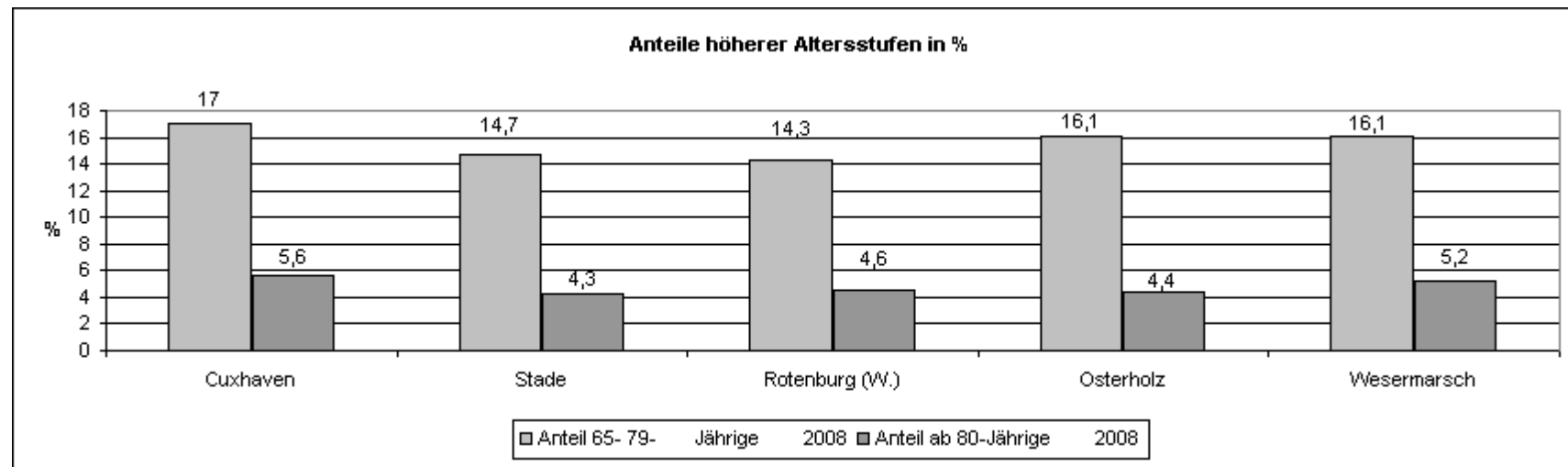
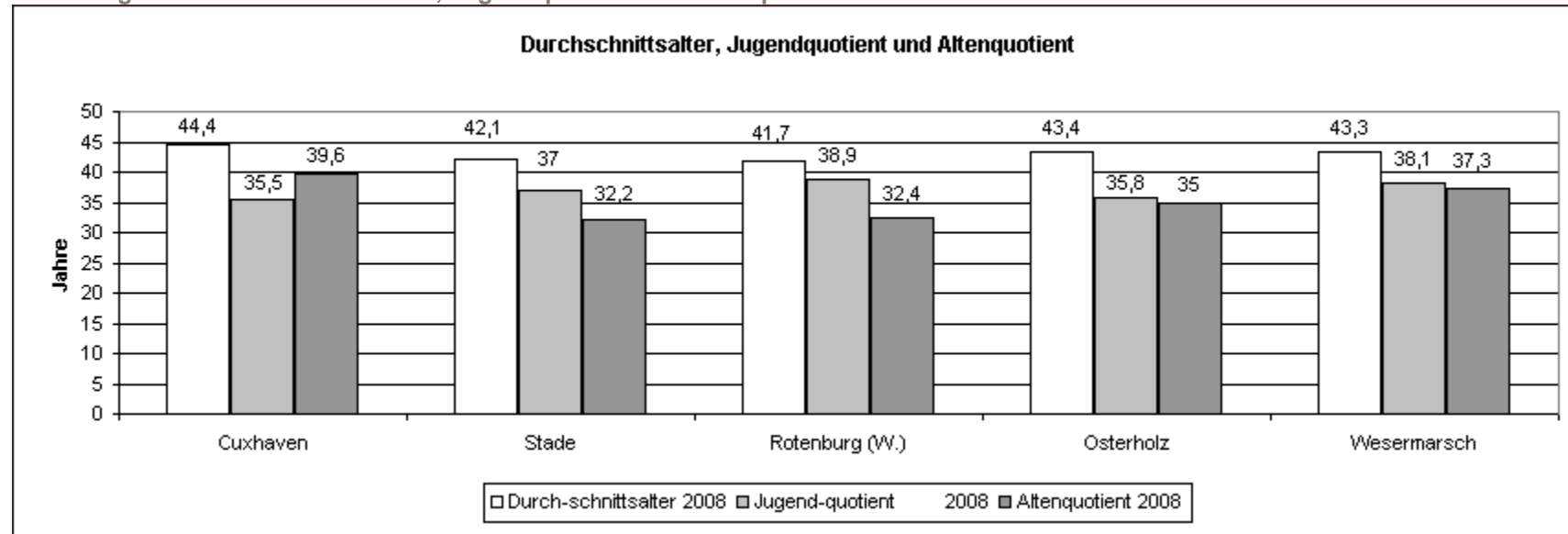
Der Jugendquotient gibt Auskunft darüber, wie viele Jugendliche bis 19 Jahre im Verhältnis zur Bevölkerung zwischen 20 bis 64 Jahren in einer Region leben. Im Landkreis Cuxhaven liegt der Jugendquotient bei 35,5, was bedeutet, dass 35,5 unter 20-Jährige hundert Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren gegenüber stehen.

Der Altenquotient verdeutlicht das Verhältnis 65-Jähriger und älter zu den 20 bis 64-Jährigen in einer Kommune. Bei dem Altenquotient des Landkreises Cuxhaven im Jahr 2008 von 39,6 stehen 39,6 Einwohner im Alter von 64 Jahre und älter hundert Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren gegenüber.

Im Vergleich zu den Nachbarlandkreisen hat der Landkreis Cuxhaven das höchste Durchschnittsalter. Der Jugendquotient zeigt auf, dass im Vergleich zu den Nachbarlandkreisen am wenigsten unter 20-Jährige der Gruppe der 20 bis 64-Jährigen gegenübersteht. Letztendlich bedeutet dieses, dass der Anteil der jungen Leute innerhalb des Landkreises Cuxhaven unter dem Anteil der der umliegenden Landkreise liegt.

Im Weiteren liegt der Altenquotient des Landkreis Cuxhaven über dem der Nachbarlandkreise. Dieses bedeutet, dass der Anteil der 65-Jährigen und älter gemessen an den 20- bis 64-Jährigen höher liegt. Die damit im Zusammenhang stehenden **Abbildungen 4.3** verdeutlichen dieses.

Abbildung 3.3 Durchschnittsalter, Jugendquotient und Altenquotient

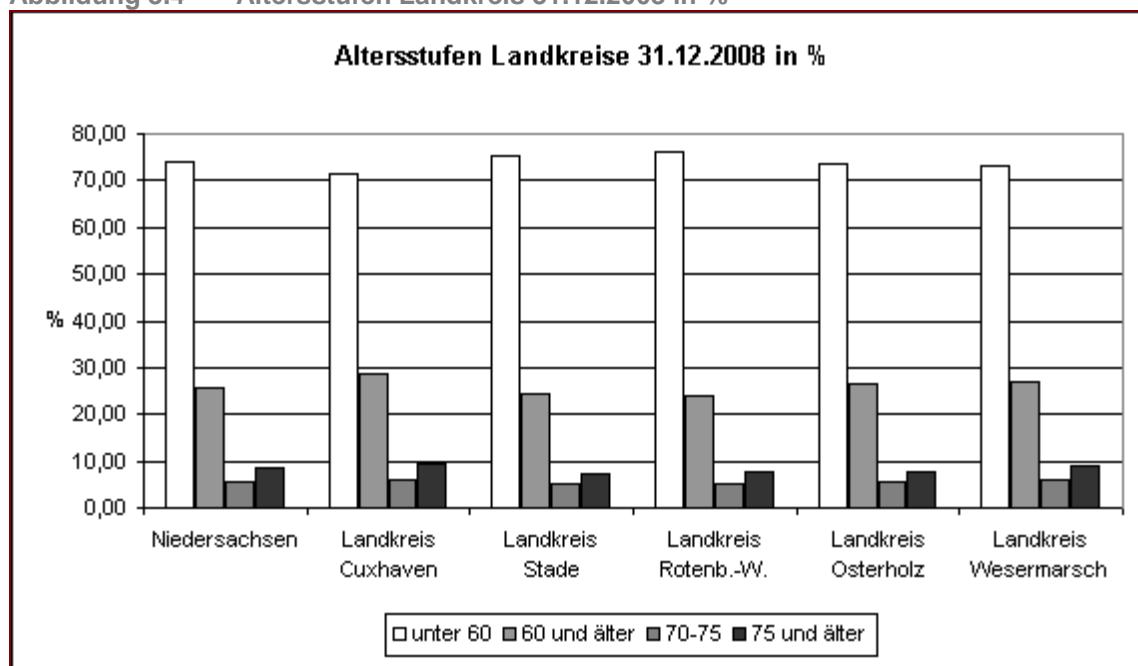


Die **Tabelle 3.5** bietet noch einmal einen Überblick über die Nachbarlandkreise und das Land Niedersachsen. Ausgewählte Altersstufen werden auch grafisch nochmals herausgehoben. Hier wird nochmals, insbesondere auch im Vergleich mit dem Landesdurchschnitt aufgezeigt, dass der Anteil der Personengruppen unter 60 Jahre zum Teil deutlich unter dem Wert anderer Kommunen liegt. Gleichzeitig haben die höheren Altersstufen innerhalb des Landkreises Cuxhaven einen höheren Anteil als die Vergleichskommunen. Dieses hat Folgen für Entwicklungspotentiale und die Wirtschaftsstärken des Landkreises.

Tabelle 3.5 Altersstufenvergleich Landkreise in %, Stand 31.12.2008

Altersstufen	Niedersachsen	Landkreis Cuxhaven	Landkreis Stade	Landkreis Rotenb.-W.	Landkreis Osterholz	Landkreis Wesermarsch
unter 60	74,19	71,38	75,48	76,16	73,66	73,18
60 und älter	25,81	28,62	24,52	23,84	26,34	26,82
55-60	6,43	7,18	6,53	6,38	6,75	6,66
60-63	3,30	3,85	3,53	3,18	3,74	3,55
63-65	1,90	2,15	1,97	1,74	2,11	2,01
65-70	6,28	6,94	6,25	5,90	7,03	6,50
70-75	5,58	6,15	5,29	5,15	5,72	5,81
75 und älter	8,75	9,53	7,48	7,87	7,74	8,95

Abbildung 3.4 Altersstufen Landkreis 31.12.2008 in %

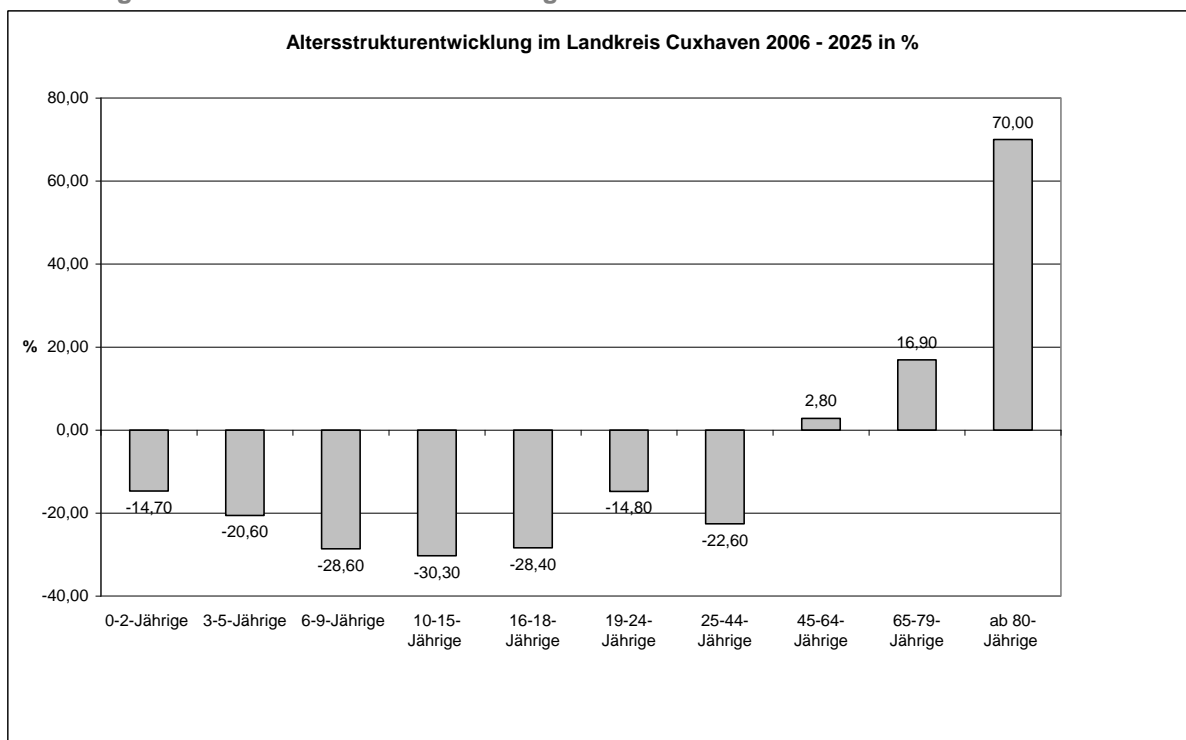


Mit der **Abbildung 3.5** beginnt ein Blick in die voraussichtliche zukünftige Entwicklung der Altersstruktur des Landkreises Cuxhaven. Es handelt sich bei den Werten um die Zunahme oder Abnahme der Einwohner in der jeweiligen Altersstruktur bis zum Jahr 2025. Als Aus-

gangsjahr wurde das Jahr 2006 gewählt. Dieses bedeutet z.B., dass ausgehend von der Anzahl der 80-Jährigen und älter im Jahr 2006 diese Altersgruppe um 70 % anwachsen wird.

Für die Personengruppe der über 80-Jährigen bedeutet dies eine Vermehrung um annähernd 8000 Menschen auf dann insgesamt rd. 19.000 Personen. Die 65-79 Jährigen nehmen um ca. 5.800 auf dann rd. 40.000 Menschen zu. Dieses macht deutlich, wie stark die höhere Lebenserwartung die Zahlen bestimmt. Die Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen wird demnach, ausgehend von der Basis in 2006, in 2025 um rd. 30 % gesunken sein. Hier zeigt sich die massive Veränderung der Altersstruktur, die erhebliche infrastrukturelle Folgen und Veränderungen nach sich ziehen wird.

Abbildung 3.5 Altersstrukturentwicklung im Landkreis Cuxhaven 2006 – 2025 in %



Quelle: Bertelsmann-Stiftung (ies, Deenst GmbH), eigene Berechnungen

Die in Tabelle 3.5 beschriebenen Altersstrukturdaten werden in **Tabelle 3.6** um den voraussichtlichen Stand im Jahr 2025 ergänzt.

Bei der Betrachtung des Durchschnittsalters steigt dabei das Durchschnittsalter von 2008 auf 2025, also innerhalb von 17 Jahren, um 4,7 Jahre (Stade 4,3, Rotenburg (W.) 4,5, Osterholz 4,9 und Wesermarsch 4,3).

Der Jugendquotient reduziert sich um 5,9 Personen (Stade 4,8, Rotenburg (W.) 6,1, Osterholz 5,8 und Wesermarsch 6,7).

Tabelle 3.6 Daten zur Altersstruktur und deren Entwicklung 2008-2025 Landkreisvergleich

	Durchschnittsalter 2008	Durchschnittsalter 2025	Jugendquotient 2008	Jugendquotient 2025	Altenquotient 2008	Altenquotient 2025	Anteil 65- 79- Jährige 2008	Anteil 65- 79- Jährige 2025	Anteil ab 80-Jährige 2008	Anteil ab 80-Jährige 2025
Cuxhaven	44,4	49,1	35,5	29,6	39,6	54,7	17	20,1	5,6	9,6
Stade	42,1	46,4	37	32,2	32,2	44,5	14,7	17,4	4,3	7,8
Rotenburg (W.)	41,7	46,2	38,9	32,8	32,4	44,1	14,3	17,5	4,6	7,4
Osterholz	43,4	48,3	35,8	30	35	49,3	16,1	18,5	4,4	9
Wesermarsch	43,3	47,6	38,1	31,4	37,3	49,3	16,1	18,9	5,2	8,4

Quelle: Bertelsmann Stiftung

Abbildung 3.6 Entwicklung des Durchschnittsalters 2008 – 2025 Landkreisvergleich

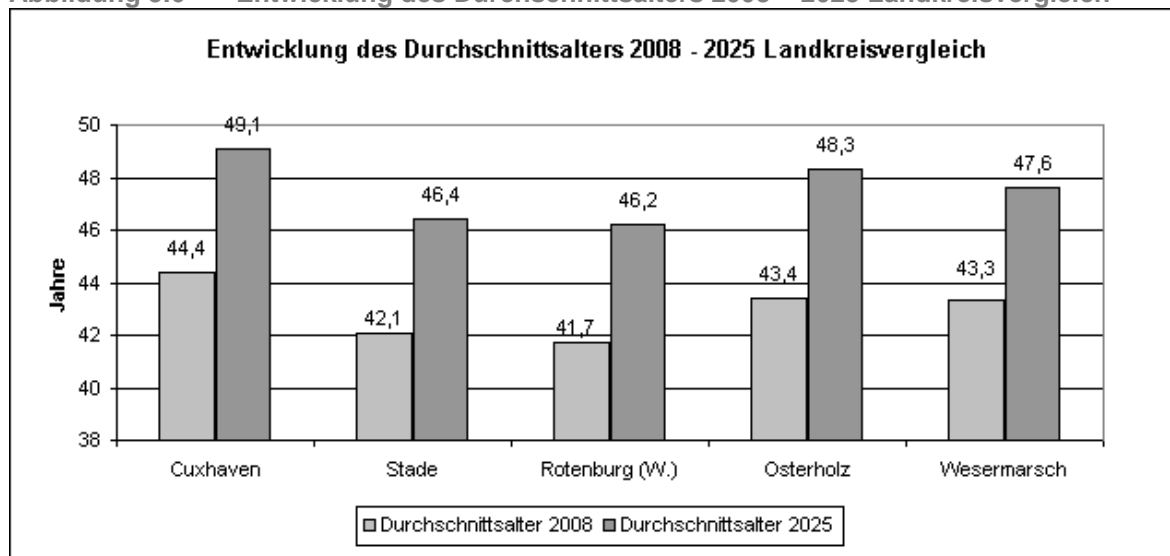


Abbildung 3.7 Entwicklung des Jugendquotienten 2008 – 2025 Landkreisvergleich

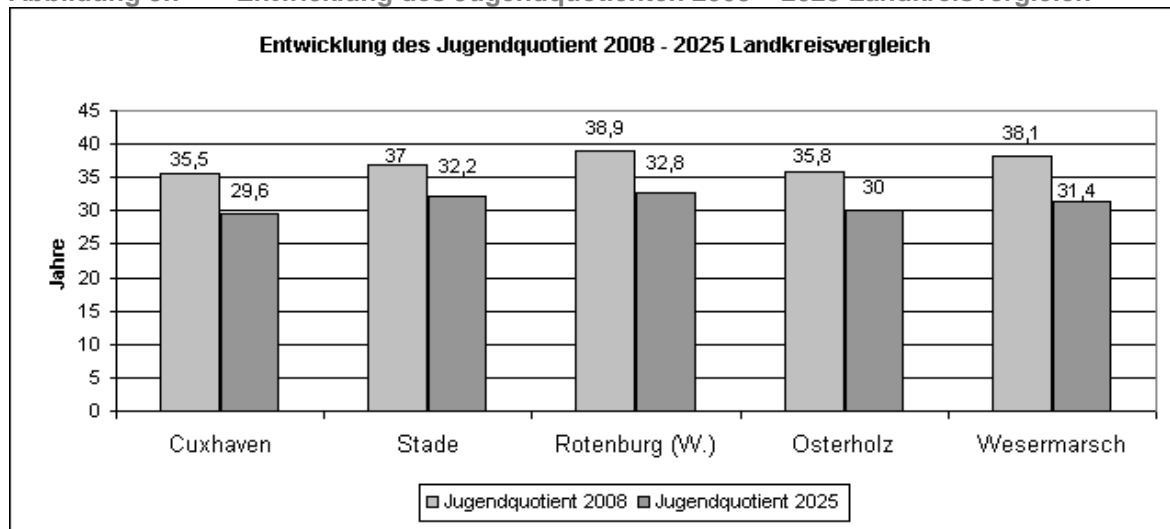
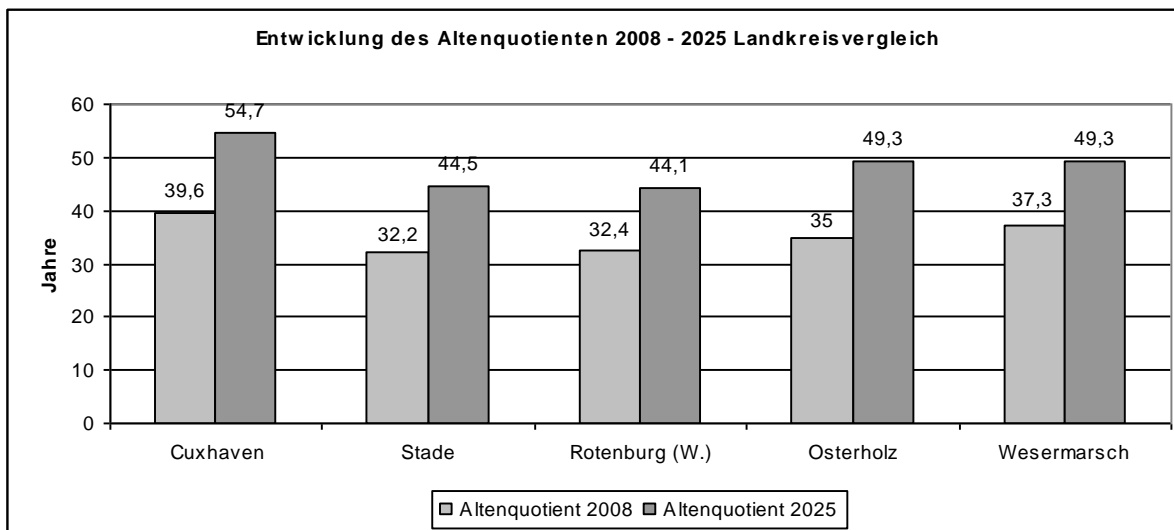


Abbildung 3.8 Entwicklung des Altenquotienten 2008 – 2025 Landkreisvergleich



Im Vergleich zum Altenquotient des Jahres 2008 verändert sich der voraussichtliche Altenquotient im Jahr 2025 um zusätzliche 15,1% der Altersgruppe der 65-Jährigen und älter. Dies bedeutet, dass sich das Zahlenverhältnis der älteren Generation (ab 65 Jahre) zu den Personen in der Altersgruppe 20 bis 64 Jahren verändert. Die Versorgungsausgaben der mittleren Generationen, z.B. Renten- oder Unterstützungsleistungen, werden statistisch gesehen für diese Altersgruppen steigen.

Da die Steigerungswerte der Vergleichslandkreise (Stade 12,3, Rotenburg (W.) 11,7, Osterholz 14,3 und Wesermarsch 12,0) unter dem Wert des Landkreises Cuxhaven liegen, schreitet die Alterung der Bevölkerung des Landkreises Cuxhaven im Verhältnis zu den umliegenden Landkreisen schneller voran.

Dieses machen auch die **Abbildungen 3.9** und **3.10**, die den relativen Anteil der höheren Altersstufen an der Gesamtbevölkerung im Vergleich des Jahres 2008 zu 2025 aufzeigen, deutlich. Dabei steigen die Zahlen der Hochaltrigen (ab 80 Jahre) stärker (+ 4,0 %) als die Altersstufe der 65- bis 79-Jährigen (+ 3,1 %) an.

Zum Vergleich: Die Altersstufe der 65- bis 79-Jährigen steigt in Stade um 2,7, in Rotenburg (W.) um 3,2, in Osterholz um 2,4 und in Wesermarsch um 2,8 % an. Die Altersstufe der 80-Jährigen und älter steigt in Stade um 3,5 %, in Rotenburg (W.) um 2,8, in Osterholz um 4,6 und im Landkreis Wesermarsch um 3,2 % an.

Abbildung 3.9 Entwicklung der Altersstufe 65-79 Jahre 2008 – 2025 Landkreisvergleich

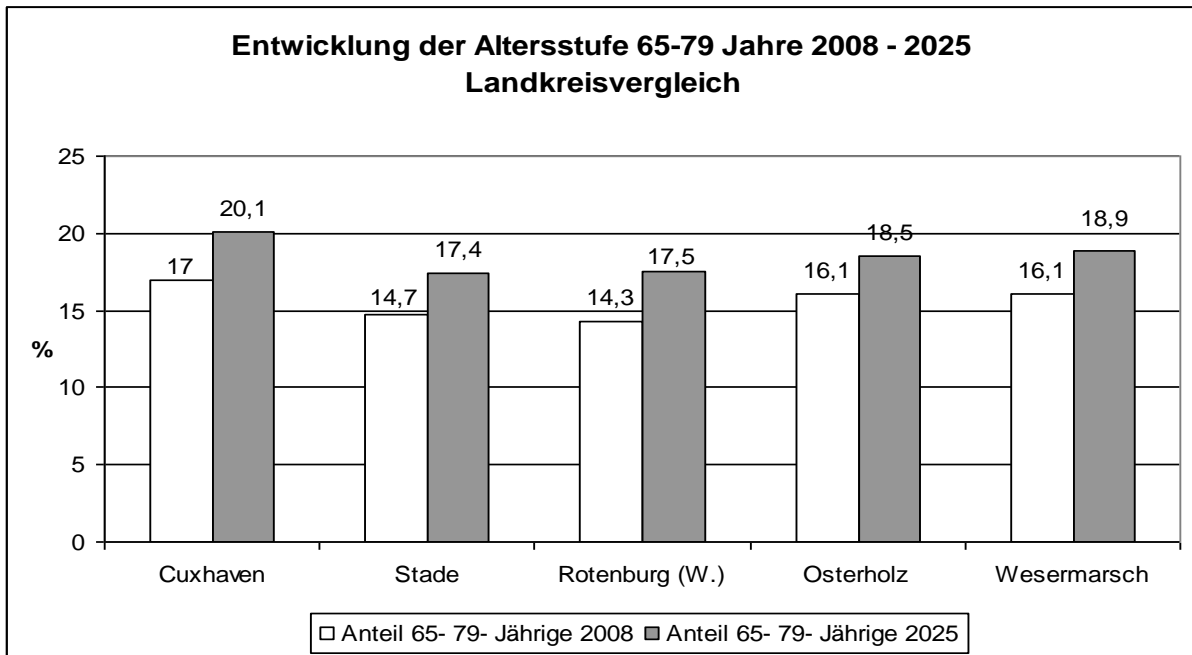
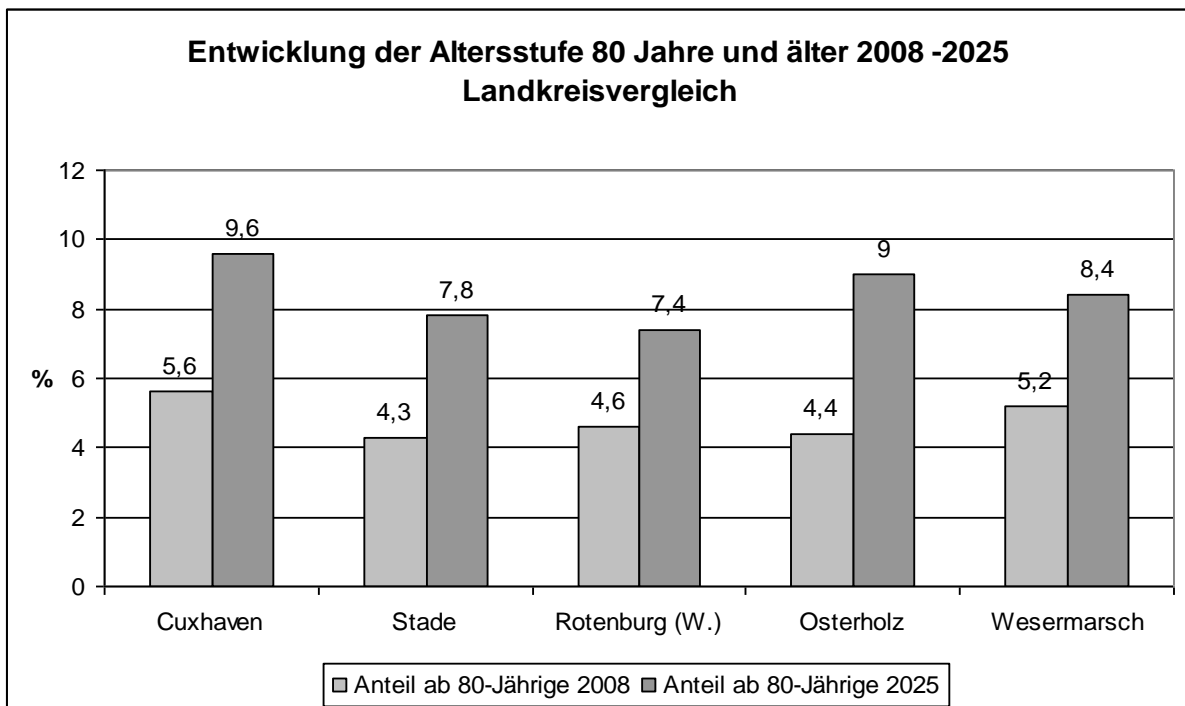


Abbildung 3.10 Entwicklung der Altersstufe 80 Jahre und älter 2008 – 2025 Landkreisvergleich



Betrachtung der Städte, Gemeinden und Samtgemeinden des Landkreises Cuxhaven

Die im Anlage 2 befindlichen Tabellen 3.7 zeigen die Altersverteilung entsprechend der vorgegebenen Altersstufen für alle Städte, Gemeinden und Samtgemeinden des Landkreises Cuxhaven auf. Dieses erfolgt sowohl in absoluten als auch in relativen Zahlen unter Angabe der prozentualen Geschlechterverteilung.

Die Verteilung der insbesondere höheren Altersstufen im Vergleich der Kommunen des Landkreises Cuxhaven ermöglicht die **Tabelle 3.8**. Die **Abbildungen 3.11 und 3.12** ermöglicht einen Vergleich der unterschiedlichen Anteile ausgewählter Altersstufen. Als Vergleichsmaßstab wurde der durchschnittliche Anteil der jeweiligen Altersstufen für den gesamten Landkreis gewählt. Eine Interpretation der durchaus vorhandenen unterschiedlichen Werte in den Mitgliedsgemeinden des Landkreises Cuxhaven ist nicht vorgenommen worden.

Tabelle 3.7 Anteile der Altersstufen an Gesamteinwohnern in %, Stand 31.12.2008

Altersstufen	LK Cux.	Stadt Cuxhaven	Langen	Loxstedt	Nordholz	Schiffdorf	Am Dobrock	Bederkesa	Beverstedt	Börde Lamstedt	Hadeln	Hagen	Hemmoor	Land Wursten	Sietland
unter 60	71,38	66,20	70,40	73,92	75,38	72,56	70,54	72,97	71,29	73,29	72,97	75,58	73,21	79,49	73,33
60 und älter	28,62	33,80	29,30	26,08	24,62	27,44	29,46	27,03	28,71	26,71	27,03	24,42	26,79	28,68	26,67
55-60	7,18	7,07	7,32	8,03	7,09	7,13	7,52	6,82	8,23	7,58	6,92	7,30	6,60	7,64	6,80
60-63	3,85	4,12	4,07	3,89	3,56	4,01	3,64	3,54	4,03	3,71	3,42	3,70	3,72	4,16	3,82
63-65	2,15	2,67	2,01	2,17	2,21	2,25	2,15	1,68	2,16	1,99	2,14	1,96	1,80	2,04	1,53
65-70	6,94	8,46	7,06	6,39	6,68	6,70	7,57	5,97	6,73	5,51	6,30	6,07	6,42	6,41	5,71
70-75	6,15	7,19	6,28	5,59	5,15	5,87	6,52	6,11	5,58	5,72	5,59	5,08	5,87	5,62	6,04
75 und älter	9,53	11,36	9,88	8,03	7,02	8,60	9,58	9,72	10,20	9,78	9,58	7,61	8,98	9,34	9,57

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Abbildung 3.11 Anteile ausgewählter Altersstufen in %; Stand: 31.12.2008

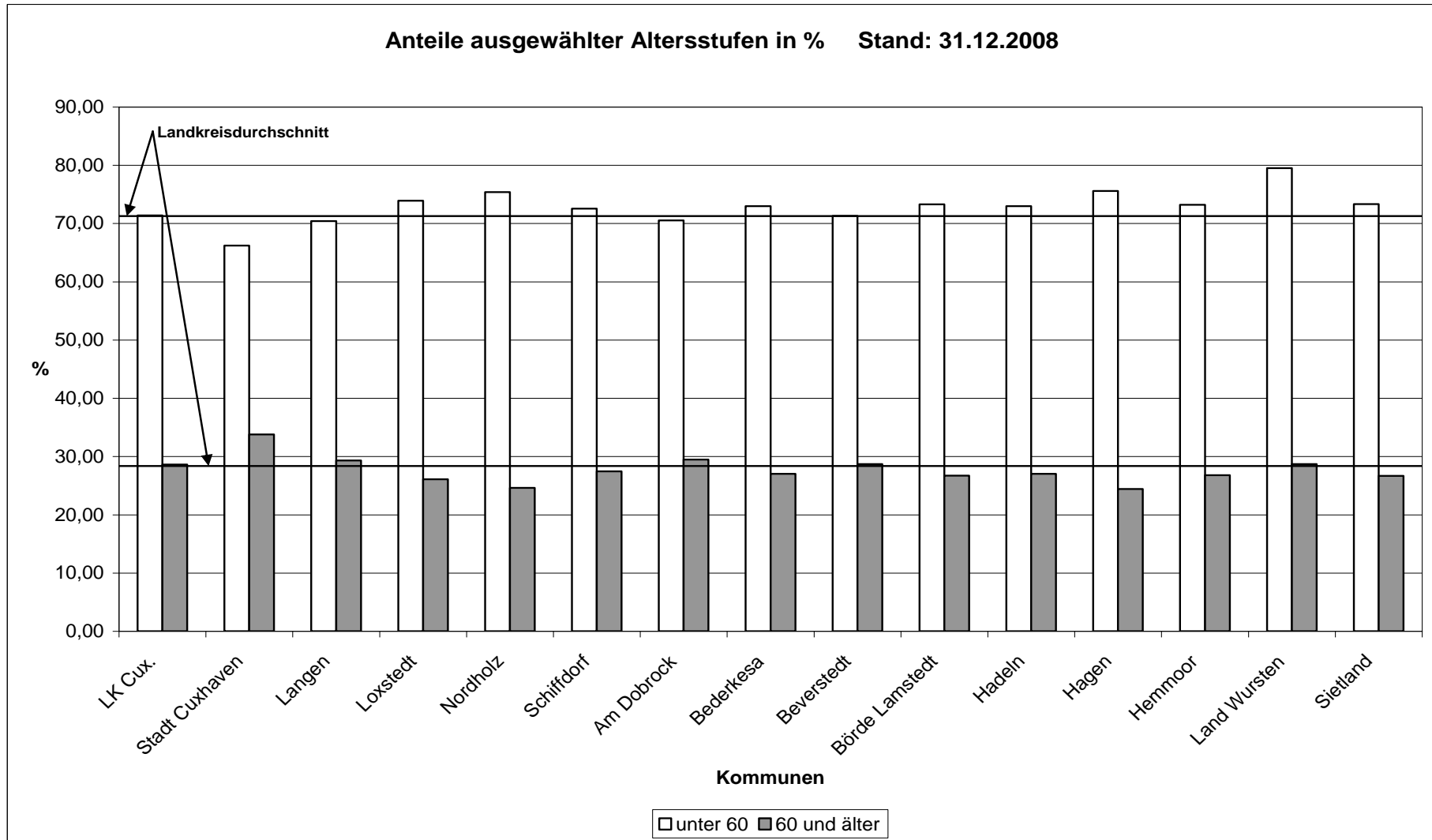
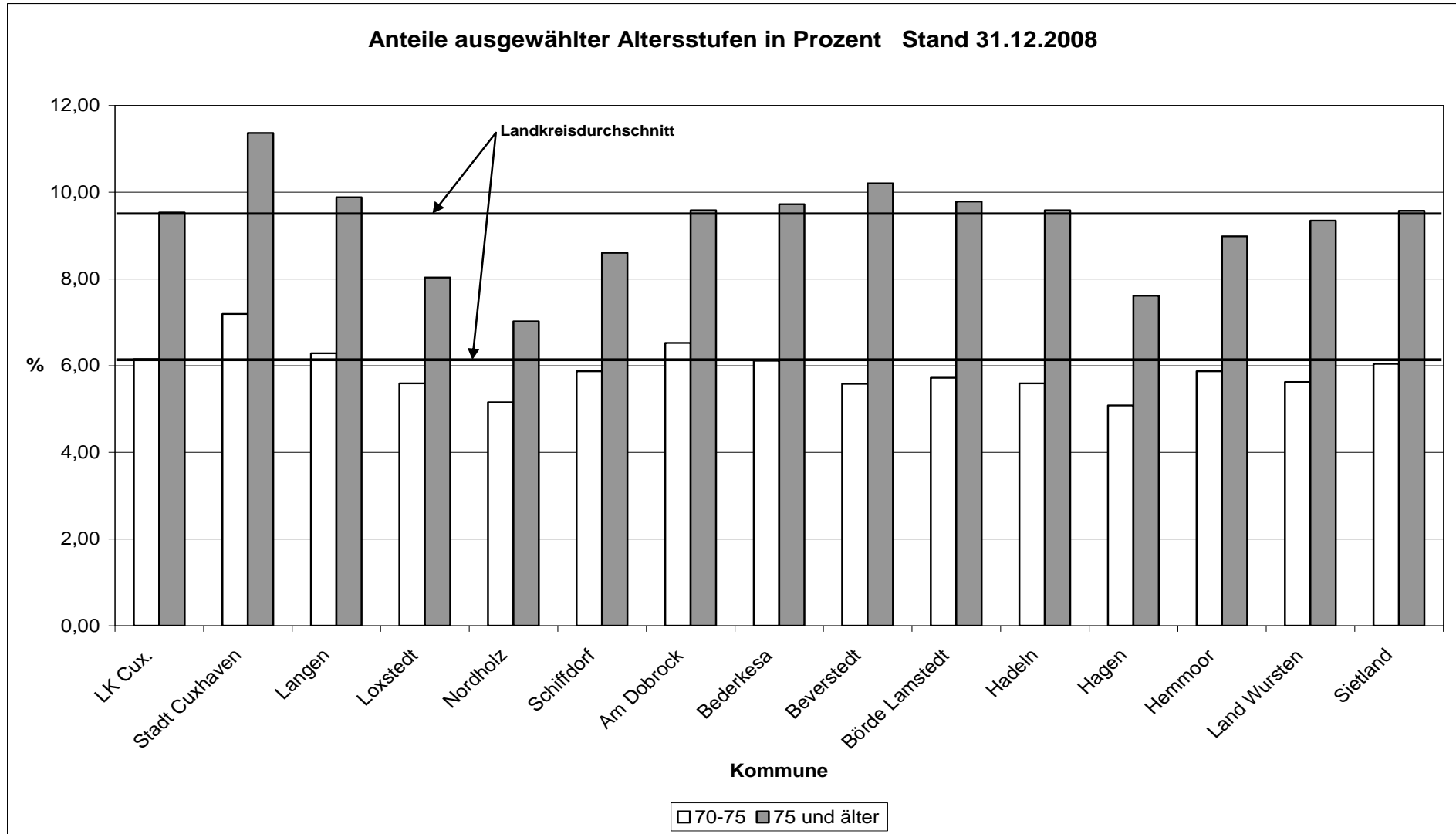


Abbildung 3.12 Anteile ausgewählter Altersstufen in %; Stand: 31.12.2008



Die **Tabelle 3.9** vergleicht die voraussichtliche Entwicklung der Altersstruktur im Verlauf der Jahre 2006 und 2025. Dieses bedeutet, dass sich die jeweilige Altersstufe im Vergleich von 2006 zu 2025 um die jeweils angegebenen Prozentzahlen verändert. Die jüngeren Jahrgänge verändern sich fast ausnahmslos in den negativen Bereich, die höheren Altersstufen ausnahmslos nach oben.

Tabelle 3.8 Relative Altersstrukturentwicklung 2006-2025 (%)

	LK Cuxhaven	Stadt Cuxhaven	Langen	Loxstedt	Nordholz	Schiffdorf	Am Dobrock	Bederkesa	Beverstedt	Börde Lamstedt	Hadeln	Hagen	Hemmoor	Land Wursten	Sietland
0-2-Jährige	-14,70	-10,00	-13,80	-24,60	-14,40	-15,20	-11,40	-20,00	-14,40	-12,10	-12,30	-16,00	-14,60	-15,50	-24,80
3-5-Jährige	-20,60	-20,00	-19,50	-26,80	-8,80	-22,90	-20,60	-18,30	-26,10	-17,10	-17,00	-17,80	-19,50	-27,90	-17,50
6-9-Jährige	-28,60	-27,30	-25,50	-33,30	-20,00	-34,00	-27,80	-34,80	-36,70	-18,20	-22,40	-25,60	-31,00	-25,20	-26,00
10-15-Jährige	-30,30	-32,20	-27,20	-32,60	-26,50	-35,00	-31,00	-31,40	-33,40	-23,90	-30,50	-20,00	-34,10	-25,50	-26,40
16-18-Jährige	-28,40	-34,90	-19,60	-29,60	-28,00	-27,80	-31,30	-20,70	-29,90	-24,80	-31,00	-14,80	-30,20	-16,90	-34,40
19-24-Jährige	-14,80	-20,30	-10,10	-18,80	-11,80	-20,60	-16,20	-7,40	-10,20	-9,10	-15,60	-12,40	-13,20	-3,40	-19,00
25-44-Jährige	-22,60	-22,40	-20,10	-23,90	-24,60	-24,60	-21,30	-25,90	-24,70	-20,80	-18,70	-19,40	-22,90	-18,20	-23,90
45-64-Jährige	2,80	-5,70	6,00	-1,40	12,10	0,60	3,10	4,90	4,70	1,80	9,50	14,40	9,80	7,10	5,70
65-79-Jährige	16,90	0,60	24,00	25,80	31,40	23,50	13,50	13,50	22,50	15,40	31,80	42,00	13,30	40,90	22,10
ab 80-Jährige	70,00	47,50	123,10	74,10	97,80	120,40	52,10	82,90	49,80	45,80	47,30	83,30	79,30	66,00	64,10

Quelle: Bertelsmann Stiftung (ies, Deenst GmbH, eigene Berechnungen)

Die **Abbildungen 3.13, und 3.14** betrachten diese Entwicklung noch detaillierter. Entsprechende Grafiken zeigen Abweichungen z.B. auch vom Landkreisdurchschnitt auf.

Abbildung 3.13 Relative Altersstrukturentwicklung ausgesuchter Altersstufen 2006 – 2025 (%)

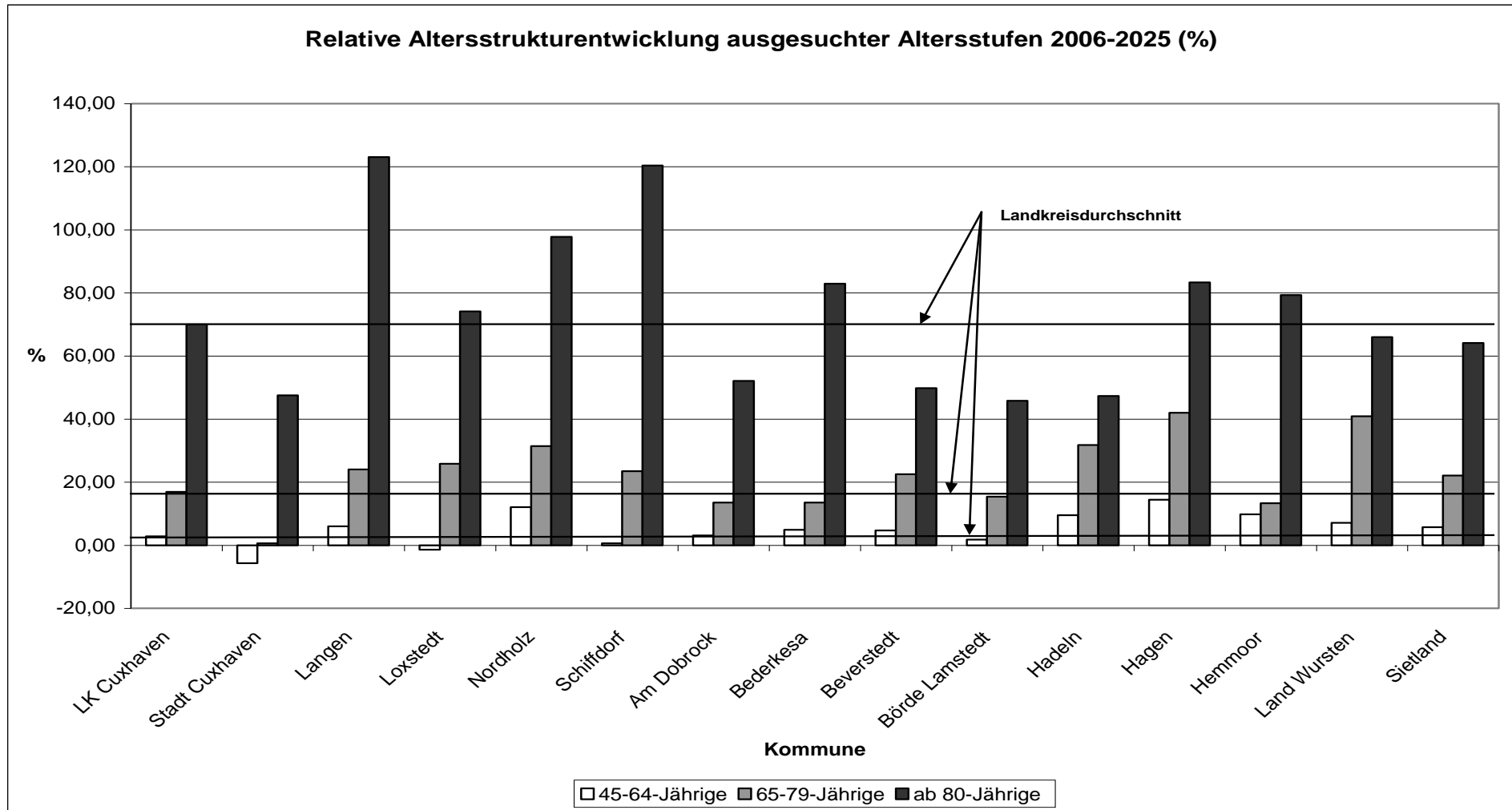
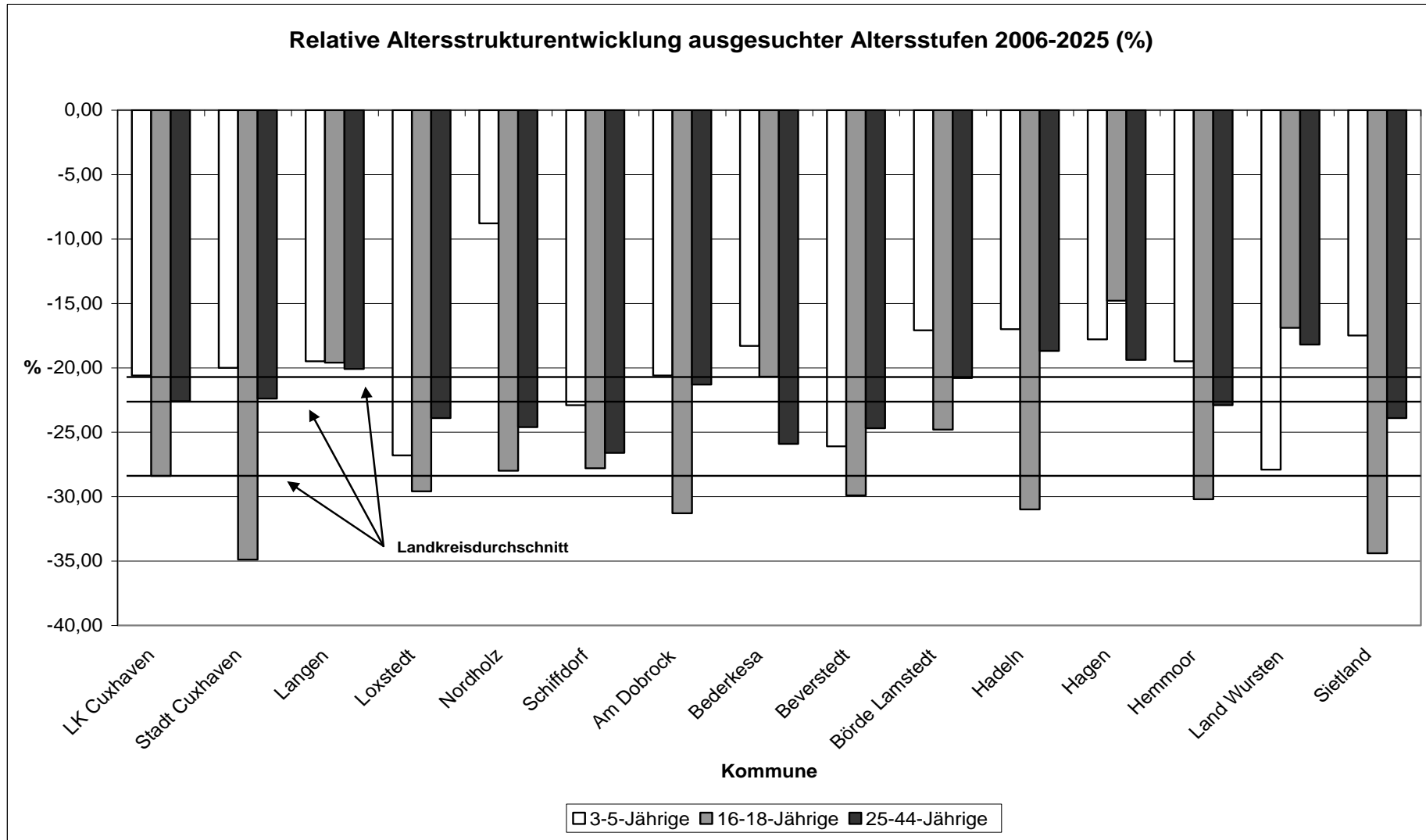


Abbildung 3.14 Relative Altersstrukturentwicklung ausgesuchter Altersstufen 2006 – 2025 (%)



Die **Tabelle 3.10** mit den sich anschließenden Grafiken entspricht der Übersicht für den Landkreis Cuxhaven gesamt in Tabelle 4.4 auf. Auch hier ist für die jeweilige Kommune eine Übersicht an wichtigen Strukturdaten und deren Entwicklung zum Jahr 2025 ablesbar. Über die vorhandenen Abweichungen, insbesondere im Bereich der Altersstufen der 80-Jährigen und älter können zurzeit keine verlässlichen Aussagen getroffen werden. Dieses ist ggf. im Rahmen der Fortschreibung der Planung oder eines Demographieplanes möglich. Da Ausschläge im Bereich der Hochaltrigen (80+) zum Teil deckungsgleich zu einem hohen Anteil von Altenpflegeplätzen (siehe dazu auch die Statistiken im Bereich Pflege) liegen, könnten hier gewisse Verknüpfungen vermutet werden.

Tabelle 3.9 Altersstrukturdaten 2008-2025 -alle Kommunen

	Durchschnittsalter 2008	Durchschnittsalter 2025	Altenquotient 2008	Altenquotient 2025	Anteil 65-79- Jährige 2008 in %	Anteil 65-79- Jährige 2025 in %	Anteil ab 80- Jährige 2008 in %	Anteil ab 80- Jährige 2025 in %
LK Cux.	44,4	49,1	39,6	54,7	17	20,1	5,6	9,6
Stadt Cuxhaven	46,7	50,2	47,6	60,3	19,7	21,6	6,8	10,5
Langen	45,3	51,1	39,2	61,2	17,1	20	5,7	12,3
Loxstedt	43,7	48,8	32,6	49	15,1	19,7	4,6	8,2
Nordholz	42,3	47,4	30,8	46,4	14,5	18,2	4	8,1
Schiffdorf	44,2	50,4	35,8	56,9	16,2	20,2	4,9	10,7
Am Dobrock	44,4	48,7	42,7	56,8	18	21,2	5,4	8,8
Bederkesa	43,3	48,7	39	56,4	16,2	19	5,5	10,7
Beverstedt	43,2	47,9	34,3	48,4	15	19,4	4,9	7,7
Börde Lamstedt	43,1	46,6	37,3	50,9	15,4	18,6	5,7	8,6
Hadeln	43,6	48,4	37,3	52,1	15,7	20,5	5,5	8
Hagen	42,6	47,8	31	47	14,1	18,9	4,4	7,6
Hemmoor	42,9	48	37,4	51,7	16,1	18,8	5	9,4
Land Wursten	43,1	47,8	33,7	50,2	14,6	19,7	5	8
Sietland	43,4	48,8	36,8	55,6	15,5	20,1	5,6	9,6

Quelle: Bertelsmann Stiftung

Abbildung 3.15 Entwicklung des Durchschnittsalters 2008 - 2025

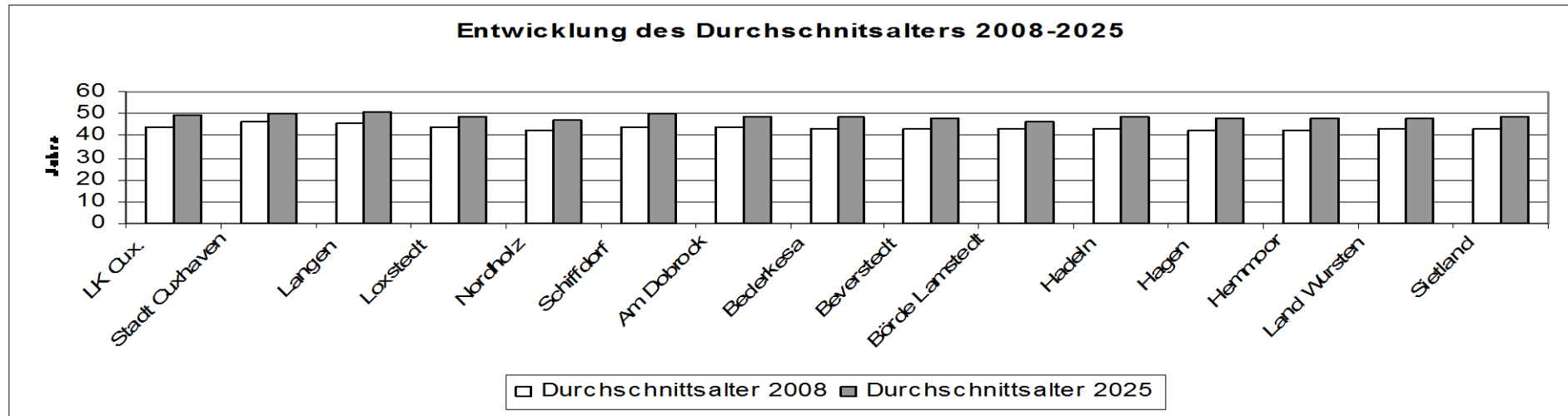
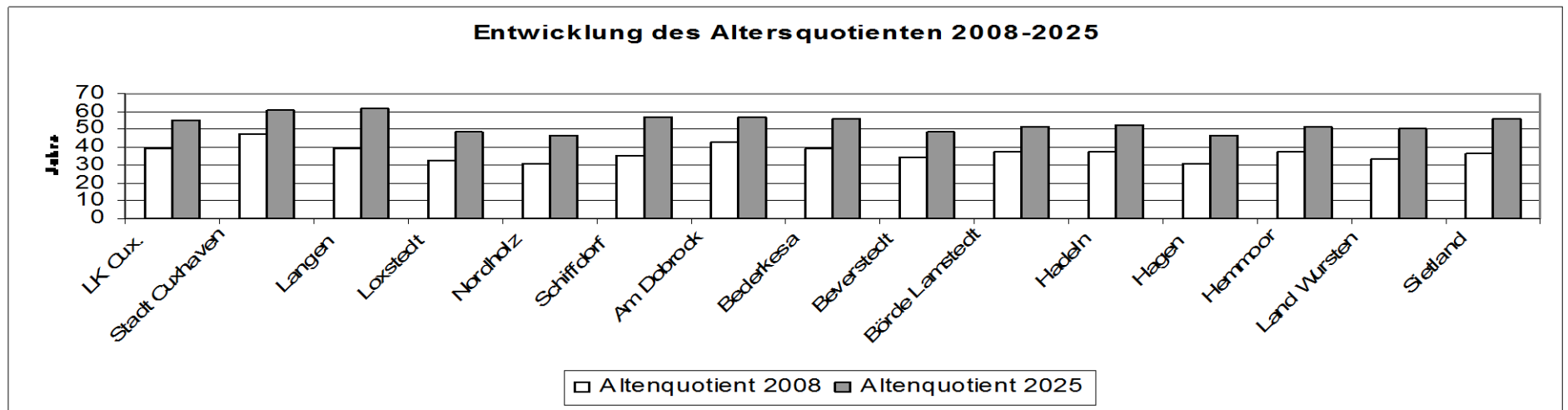


Abbildung 3.16 Entwicklung des Altersquotienten 2008 - 2025



Hinweis:

Die Abweichungen zeigen, dass attraktive Wohngebiete in der Nähe von Arbeitsplätzen eher jüngere Bevölkerung anziehen. Andererseits ist zu bedenken, dass die These, dass die über 80jährigen am Wohnort bleiben werden, eine vorläufige ist. Angemessener Wohnraum und mögliche medizinische und übrige Versorgung sind eine Voraussetzung dafür. Diese können auch zu einer Attraktivitätssteigerung von Orten für ältere Menschen führen.

3.3 Handlungsempfehlungen:

Die Daten zum Bevölkerungsaufbau und zu der Bevölkerungsentwicklung sind regelmäßig fortzuschreiben und ggf. anzupassen.

4 Pflege

4.1 Einleitung

Senioren definieren sich heutzutage weniger denn je über Einschränkungen oder Pflegebedürftigkeit. Gleichwohl ist das Thema Gesundheit und Pflege mit zunehmendem Alter präsent. So lebten im Landkreis Cuxhaven im Jahre 2007 rund 6800 pflegebedürftige Menschen. Der mit Abstand größte Anteil daran ist der Altersstufe 60 Jahre und älter zuzurechnen.

Mit der Darstellung der Themen Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung soll der örtliche Pflegeplan nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) in den Plan für Senioren integriert werden.

Auf die genauen Regelungen, Grundlagen und Zusammenhänge der Pflegeversicherung soll aufgrund des Umfangs und des speziellen (Rechts-) Gebietes nicht näher eingegangen werden. Eine Kurzbeschreibung dieses Themenkomplexes soll jedoch an dieser Stelle Platz finden.

4.2 Die Pflegeversicherung (SGB XI)

Wer ist pflegebedürftig?

Als pflegebedürftig gelten Versicherte, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens für sechs Monate, in erheblichem Maße Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens brauchen.

Wer ist versichert?

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Dabei gilt im Grundsatz, dass wer krankenversichert ist, bei dieser Krankenversicherung auch automatisch pflegeversichert ist. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

Wie ist die Pflegeversicherung finanziert?

Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist genauso organisiert wie für die gesetzliche Krankenversicherung: Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je die Hälfte des Beitrages. Kinderlose zahlen einen Beitragszuschlag. Es gibt einen – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – gesetzlich festgelegten Beitragssatz. Der Beitrag wird mit den übrigen Sozialabgaben automatisch bei der Lohn- oder Gehaltsabrechnung einbehalten. Rentner zahlen ihren Beitrag allein. Berechnungsgrundlage für den Beitrag ist die gesetzliche Rente sowie weitere Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Wie ist die Pflegeversicherung organisiert?

Die Pflegeversicherung ist als fünfte Sparte der deutschen Sozialversicherung 1995 (häusliche Pflege) und 1996 (stationäre Pflege) eingeführt worden. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die unter dem Dach der Krankenkassen angesiedelt sind. D.h., dass jeder Krankenkasse eine Pflegekasse angeschlossen ist.

Die Leistungen der Pflegekasse:

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind der folgenden Aufstellung² des Bundesministeriums für Gesundheit zu entnehmen.

² Die Fußnoten 1-4 sind expliziter Bestandteil der folgenden Aufstellung.

Stand: 3. Februar 2009

Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	
		Erheblich Pflegebedürftige	Schwerpflege- bedürftige	Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)	
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis zu € monatlich bis 30.06.2008	384	921	1.432 (1.918)	
	ab 01.07.2008	420	980	1.470 (1.918)	
	ab 01.01.2010	440	1.040	1.510 (1.918)	
	ab 01.01.2012	450	1.100	1.550 (1.918)	
	Pflegegeld € monatlich bis 30.06.2008	205	410	665	
	ab 01.07.2008	215	420	675	
	ab 01.01.2010	225	430	685	
	ab 01.01.2012	235	440	700	
Pflegevertretung¹ • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis zu € bis 30.06.2008	205¹⁾ 1.432	410¹⁾ 1.432	665¹⁾ 1.432	
	ab 01.07.2008	215¹⁾ 1.470	420¹⁾ 1.470	675¹⁾ 1.470	
	ab 01.01.2010	225¹⁾ 1.510	430¹⁾ 1.510	685¹⁾ 1.510	
	ab 01.01.2012	235¹⁾ 1.550	440¹⁾ 1.550	700¹⁾ 1.550	
	Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis zu € im Jahr bis 30.06.2008	1.432	1.432	1.432
		ab 01.07.2008	1.470	1.470	1.470
		ab 01.01.2010	1.510	1.510	1.510
		ab 01.01.2012	1.550	1.550	1.550

¹ Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstaussfall, Fahrkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.

- 2 -

Teilstationäre Tages- und Nachtpflege²	Pflegeaufwendungen bis zu € monatlich bis 30.06.2008	384	921	1.432
	ab 01.07.2008	420²⁾	980²⁾	1.470²⁾
	ab 01.01.2010	440²⁾	1.040²⁾	1.510²⁾
	ab 01.01.2012	450²⁾	1.100²⁾	1.550²⁾
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf³	Leistungsbetrag bis zu € jährlich bis 30.06.2008	460	460	460
	ab 01.07.2008	2.400³⁾	2.400³⁾	2.400³⁾
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € monatlich bis 30.06.2008	1.023	1.279	1.432 (1.688)
	ab 01.07.2008	1.023	1.279	1.470 (1.750)
	ab 01.01.2010	1.023	1.279	1.510 (1.825)
	ab 01.01.2012	1.023	1.279	1.550 (1.918)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich		
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis zu € monatlich	31		
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	100 % der Kosten, unter best. Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2.557 € je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen⁴	je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu € monatlich (Beitriffsgebiet)	133,73 (113,30)	267,46 (226,59)	401,18 (339,89)

² Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

³ Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9 SGB XI werden künftig bis zu 1.200 € (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 € (erhöhter Betrag) gewährt

⁴ Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keine Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	€ monatlich (Beitrittsgebiet)	7,06 (5,98)
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung	130,20
	Pflegeversicherung	16,38

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	X	X
Individuelle Pflegeberatung (Case Management)	X	X
Übermittlung von - Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	X	X
- Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrigschwellige Betreuungsangebote	X	
- Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	X	X
- Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/ Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	X	X
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	X	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung bei Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf		X
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs		X
Förderung der Versorgungsstrukturen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	X	
Förderung des Auf- und Ausbaus ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe	X	X

4.3 Die Darstellung der Struktur der Pflegebedürftigen, der Pflegeleistungen und der Pflegeeinrichtungen

4.3.1 Pflegebedürftige

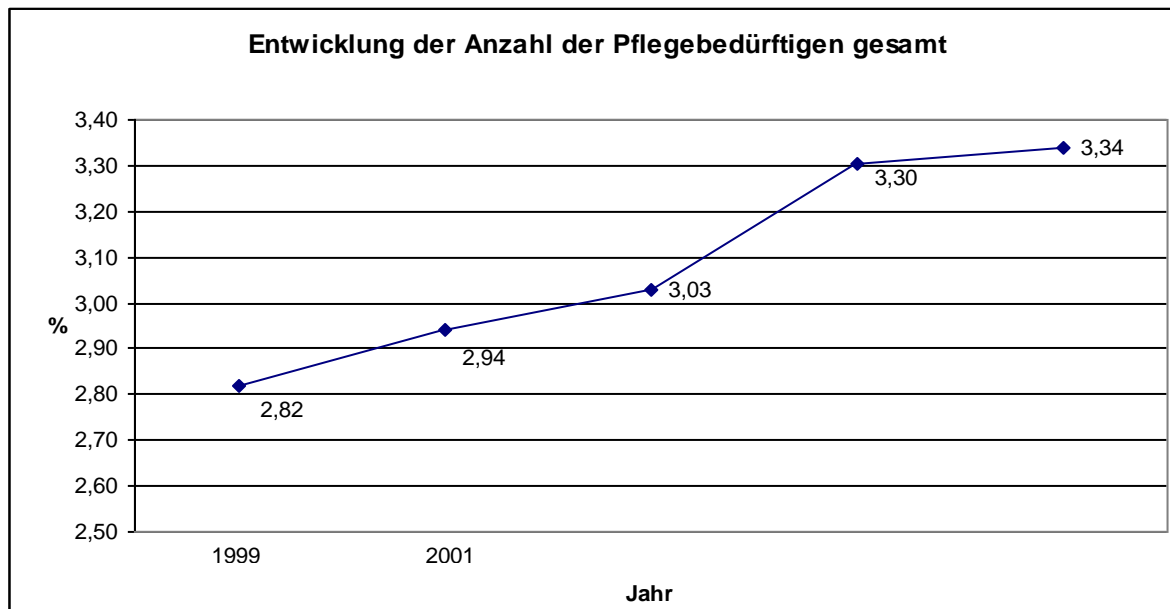
Tabelle 4.1 beschreibt die Anzahl der Pflegebedürftigen in dem jeweiligen Jahr und zeigt den Anteil der pflegebedürftigen Personen an den gesamten Einwohnern des Landkreises Cuxhaven. Darüber hinaus ist in der rechten Spalte die jährliche Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen dargestellt. Als Trend ist zu erkennen, dass trotz Abnahme der Einwohnerzahl eine tendenziell steigende Anzahl Pflegebedürftiger vorhanden ist.

Tabelle 4.1 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen gesamt

Jahr	Anzahl EW am 31.12. des Jahres	Anzahl Pflegebedürftige	Anteil Pflegebedürftige an EW in %	Entwicklung des Anteiles der Pflegebedürftigen in % (1999 = 100%)
1999	203833	5748	2,82	
2001	206192	6061	2,94	4,24
2003	206545	6260	3,03	3,11
2005	205276	6781	3,30	8,99
2007	202933	6772	3,34	1,02

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Abbildung 4.1 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen gesamt



Die **Tabelle 4.2** gibt lediglich die Pflegebedürftigen an, die institutionalisierte Pflegeleistungen, d.h. Pflegeleistungen über einen ambulanten Pflegedienst bzw. in voll- oder teilstationären Angebote, erhalten.

Tabelle 4.2 Pflegebedürftige in ambulanter und vollstationärer Pflege

Jahr	Anzahl EW am 31.12. des Jahres	Anzahl Pflegebedürftige	Anteil Pflegebedürftige an EW in %	Entwicklung des Anteil der Pflegebedürftigen in % (1999 = 100%)
1999	203833	2906	1,43	
2001	206192	3173	1,54	7,94
2003	206545	3505	1,70	10,27
2005	205276	3866	1,88	10,98
2007	202933	3723	1,83	-2,59

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Tabelle 4.3 stellt einen Vergleich zu den Nachbarlandkreisen des Landkreises Cuxhaven und des Landes Niedersachsen dar. Deutlich wird, dass der prozentuale Anteil an Pflegebedürftigen zu den Einwohnern im Landkreis Cuxhaven durchweg höher liegt. Neben den relativen Zahlen wird auch über die absolute Zahl der Pflegebedürftigen nachweisbar, dass der Landkreis Cuxhaven eine höhere Zahl an Pflegebedürftigen als die anderen genannten Bereiche aufweist.

Die **Abbildung 4.3** zeigt, dass die höhere Zahl der Pflegebedürftigen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem größeren Anteil der 75-Jährigen und älter an der Gesamtbevölkerung im Zusammenhang steht.

Tabelle 4.3 Anteil Pflegebedürftige an Einwohnern 2007 in %

	Anteil Pflegebedürftige in %	Pflegebedürftige
Niedersachsen	3,04	242.196
Cuxhaven	3,34	6.772
Stade	2,52	4.975
Rotenburg/ W.	2,83	4.665
Osterholz	2,90	3.266
Wesermarsch	3,21	2.973

Quelle: LSKN, Destatis und eigene Berechnungen

Abbildung 4.2 Anteil Pflegebedürftige an Einwohnern 2007 in %

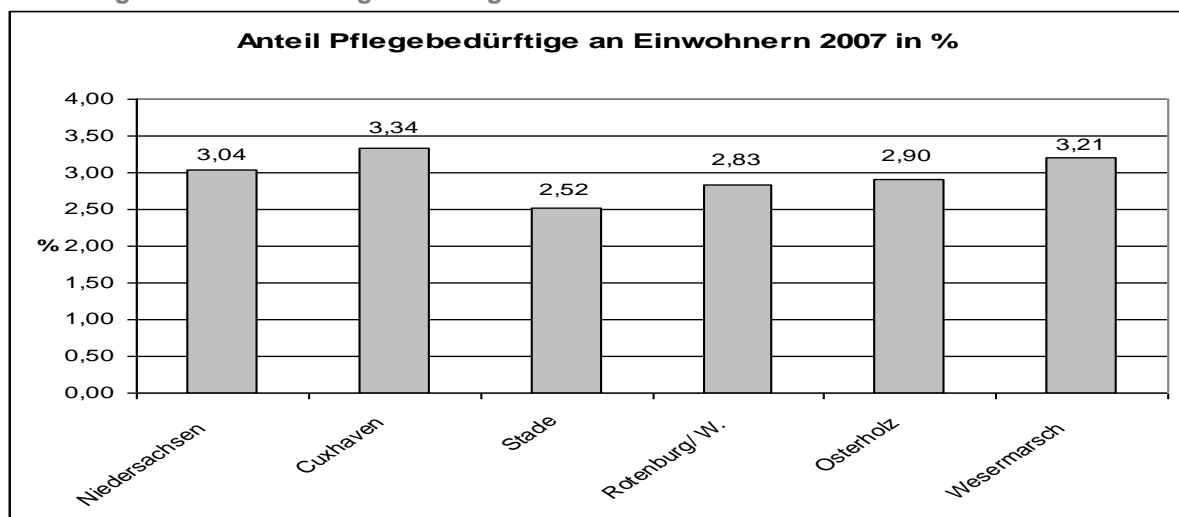
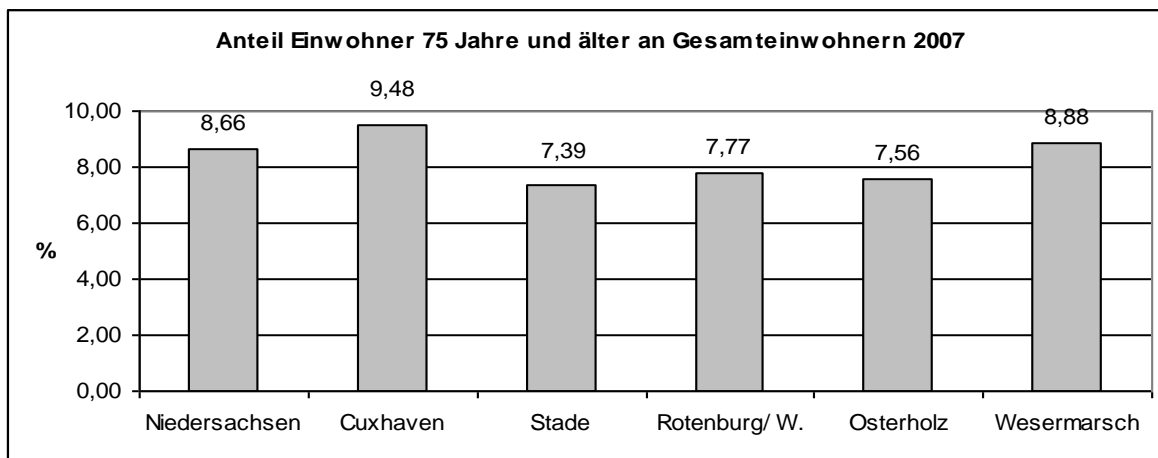


Abbildung 4.3 Anteil Einwohner 75 Jahre und älter an Gesamteinwohnern 2007



Quelle: LSKN, Destatis und eigene Berechnungen

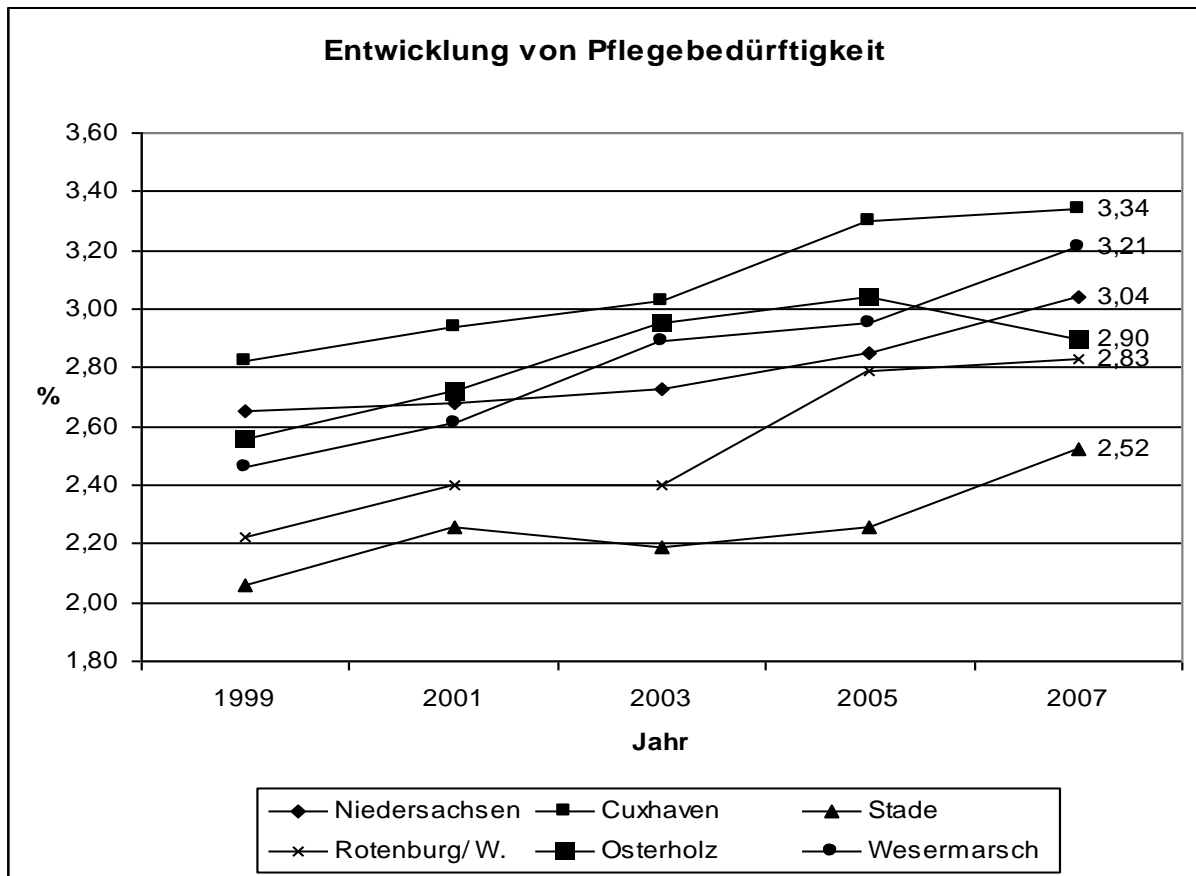
Die **Tabelle 4.4** zeigt die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in den Vergleichslandkreisen auf. Diese stellt sich tendenziell im Großen und Ganzen gleich dar. Stärkere Abweichungen zwischen den Jahren 2005 und 2007 bei den Landkreisen Rotenburg (W.) und Osterholz können z. Zt. nicht beurteilt werden. Im Zuge einer weiteren statistischen Beobachtung wird zu prüfen sein, ob sich diese abflachenden Trends fortsetzen.

Tabelle 4.4 Pflegebedürftige gesamt 1999-2007; Vergleich verschiedener Bereiche

	1999	2001	2003	2005	2007
Niedersachsen	2,65	2,68	2,73	2,85	3,04
Cuxhaven	2,82	2,94	3,03	3,30	3,34
Stade	2,06	2,26	2,19	2,26	2,52
Rotenburg/ W.	2,22	2,40	2,40	2,79	2,83
Osterholz	2,56	2,72	2,95	3,04	2,90
Wesermarsch	2,46	2,61	2,89	2,95	3,21

Quelle: LSKN

Abbildung 4.4 Entwicklung von Pflegebedürftigkeit



Die **Tabelle 4.5** gibt Auskunft über die Verteilung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeleistungen in Verbindung mit einer Entwicklung von 1999 bis zum Jahr 2007.

Sie zeigt auf, dass im Jahr 2007 von den 6.772 Pflegebedürftigen insgesamt rund 66 % (4.491) der Pflegebedürftigen über die ambulante Pflege und über das Pflegegeld in der eigenen Häuslichkeit versorgt wurden. **Dieses lässt vermuten, dass zum einen weiterer häuslicher (auch niedrighschwelliger) Hilfebedarf besteht, der z.T. auch von den Leistungen der Pflegekasse nicht abgedeckt wird.**

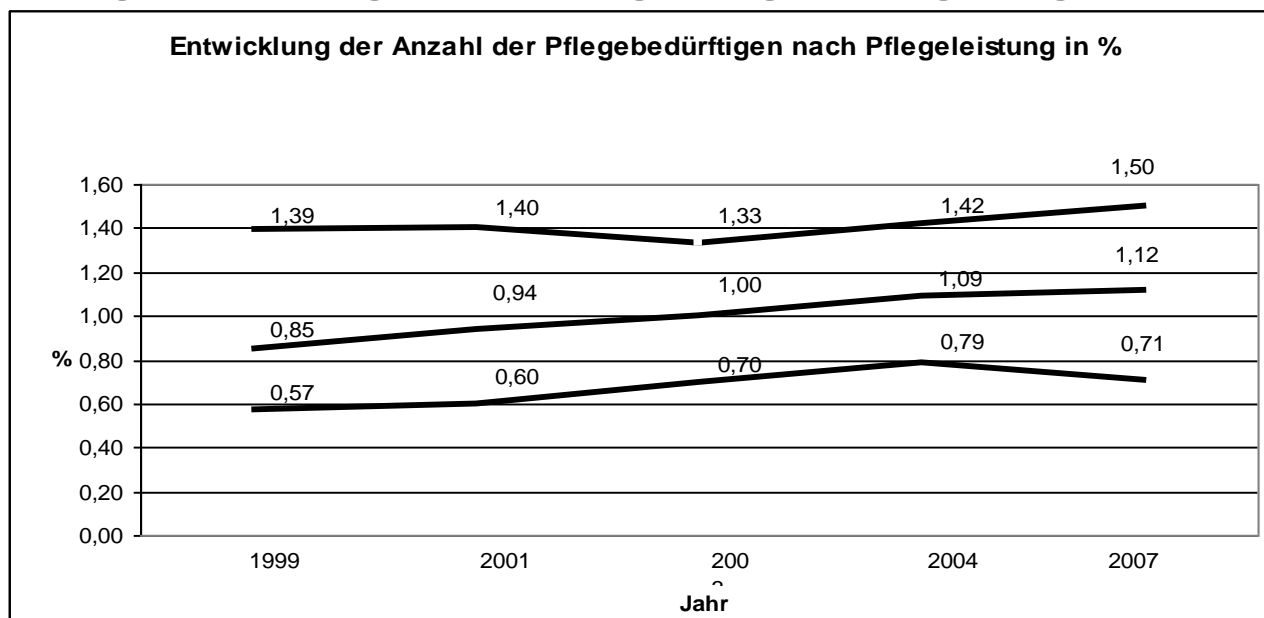
Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass für einen Großteil der pflegenden und begleitenden Angehörigen entsprechender Informations-, Unterstützungs- und Fortbildungsbedarf besteht. Weitere Ausführungen zu dieser Frage wird in diesem Plan bei der Betrachtung der pflegenden Angehörigen weiter nachgegangen werden.

Tabelle 4.5 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegeleistung

Jahr	Anzahl EW am 31.12. des Jahres	Anzahl Pflegebedürftige ambulant	Anteil Pflegebedürftige (ambulant) an EW in %	Anzahl Pflegebedürftige stationär	Anteil Pflegebedürftig (stationär) an EW in %	Anzahl Pflegebedürftige Pflegegeld	Anteil Pflegebedürftige (Pflegegeld) an EW in %
1999	203833	1170	0,57	1736	0,85	2842	1,39
2001	206192	1231	0,60	1942	0,94	2888	1,40
2003	206545	1445	0,70	2060	1,00	2755	1,33
2005	205276	1623	0,79	2243	1,09	2915	1,42
2007	202933	1442	0,71	2281	1,12	3049	1,50

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Abbildung 4.5 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegeleistung in %



Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht

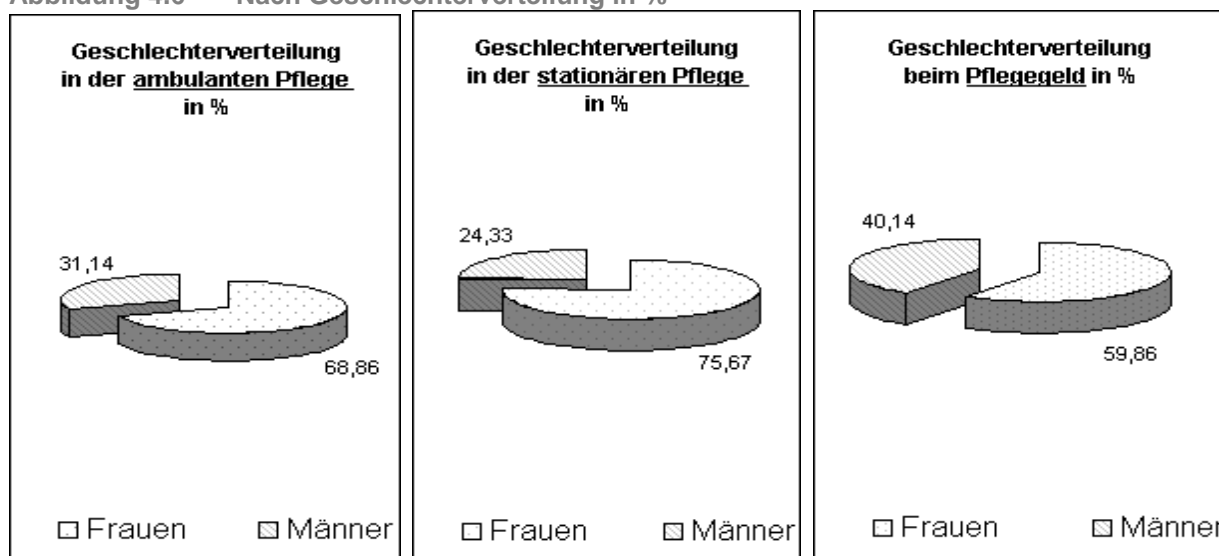
Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung in der Pflegebedürftigkeit der **Tabelle 4.6** wird deutlich, dass die Frauen den jeweils größten Anteil der Pflegebedürftigen darstellen. Dieser Umstand spiegelt den höheren Anteil der Frauen verglichen an der Gesamteinwohnerschaft in den höheren Lebensaltersstufen wieder. Deutlich wird auch, dass der Anteil der Frauen mit der tendenziell zunehmenden Pflegebedürftigkeit von der Pflegegeldleistung über die ambulante Pflege hin zur stationären Pflege größer wird. Auch hier besteht eine Verbindung zwischen dem Alter, der Pflegeleistung und der Geschlechterverteilung. In den Altersstufen bis 70 Jahre ist die Geschlechterverteilung noch nahezu ausgewogen. Auch die Pflegebedürftigkeit unter 70 bis 75 Jahren ist in der Regel weniger groß, so dass diese in der überwiegenden Anzahl der Fälle über den Lebenspartner oder selbst beschaffte Pflegehilfen unter Einsatz des Pflegegeldes zu bewerkstelligen ist.

Tabelle 4.6 Pflegebedürftige nach Geschlecht 2007

	ambulante Pflege	Anteil in %	stationäre Pflege	Anteil in %	Pflegegeld	Anteil in %
Frauen	993	68,86	1726	75,67	1825	59,86
Männer	449	31,14	555	24,33	1224	40,14
gesamt	1442	100,00	2281	100,00	3049	100,00

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Abbildung 4.6 Nach Geschlechterverteilung in %



Die **Tabelle 4.7** zeigt die Verteilung der Pflegebedürftigen auf Altersstufen und Geschlecht.

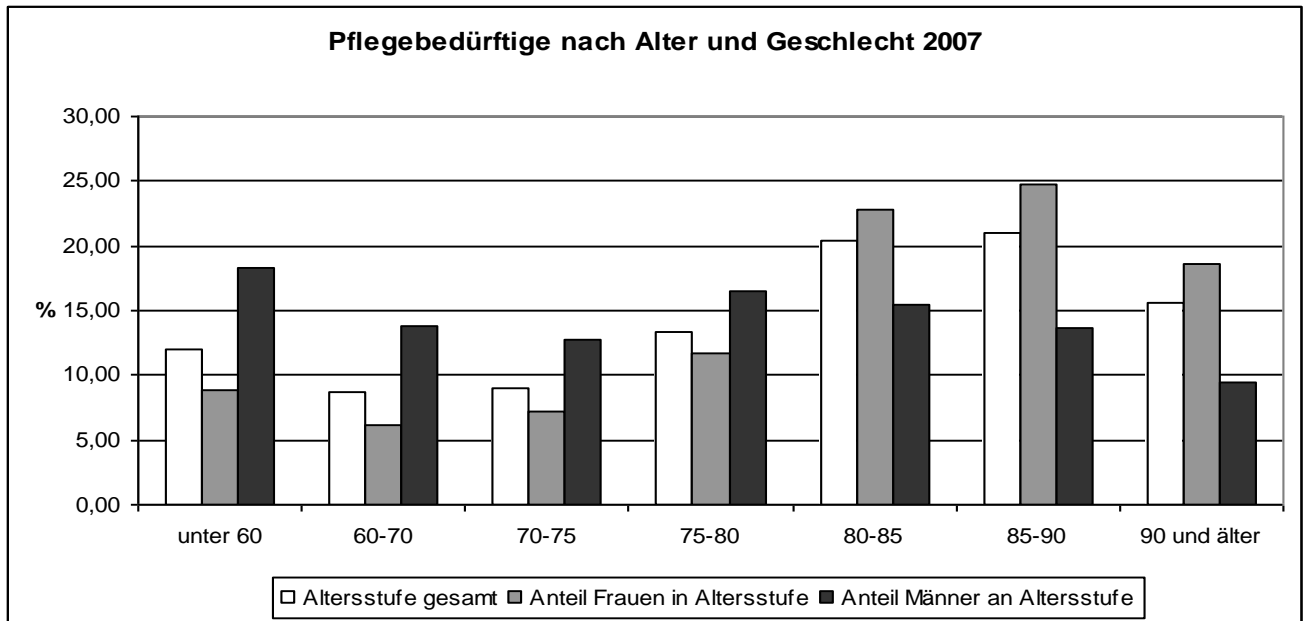
Deutlich wird dabei, dass die Pflegebedürftigkeit in der Altersstufe 70 bis 75 Jahre ansteigt und in den Stufen 80 bis 85 bzw. 85 bis 90 ihre jeweils größten Anteile erreicht. Diese Zahlen unterstreichen, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter deutlich steigt. Die Geschlechterverteilung kehrt sich zwischen den Altersstufen der 75- bis 80-Jährigen und 80- bis 85-Jährigen in das Gegenteil, so dass in den Altersstufen 80 Jahre und älter der Anteil der pflegebedürftigen Frauen aufgrund der höheren Lebenserwartung stetig zunimmt.

Tabelle 4.7 Pflegebedürftige (gesamt) nach Altersstufen und Geschlecht 2007

Altersstufen	Pflegebedürftige gesamt		davon					
			Frauen			Männer		
	Anzahl	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%
unter 60	808	11,93	399	8,78	49,38	409	18,36	50,62
60-70	586	8,65	279	6,14	47,61	307	13,78	52,39
70-75	610	9,01	325	7,15	53,28	285	12,79	46,72
75-80	904	13,35	535	11,77	59,18	369	16,56	40,82
80-85	1380	20,38	1035	22,78	75,00	345	15,48	25,00
85-90	1427	21,07	1123	24,71	78,70	304	13,64	21,30
90 und älter	1057	15,61	848	18,66	80,23	209	9,38	19,77
gesamt	6772	100,00	4544	100,00	100,00	2228	100,00	100,00

Quelle: NLSK und eigene Berechnungen

Abbildung 4.7 Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht 2007



Die **Tabelle 4.8** stellt die Pflegeleistungen nach Art und Altersstufe ins Verhältnis.

Tabelle 4.8 Pflegebedürftige nach Alter

Altersstufe	ambulante Pflege	Anteil in %	stationäre Pflege	Anteil in %	Pflegegeld	Anteil in %
unter 60	76	5,27	79	3,46	653	21,42
60-70	93	6,45	159	6,97	334	10,95
70-75	111	7,70	175	7,67	324	10,63
75-80	229	15,88	260	11,40	415	13,61
80-85	332	23,02	496	21,74	552	18,10
85-90	367	25,45	577	25,30	483	15,84
90 und älter	234	16,23	535	23,45	288	9,45
gesamt	1442	100,00	2281	100,00	3049	100,00

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Abbildung 4.8 Ambulante Pflege: Altersverteilung in %

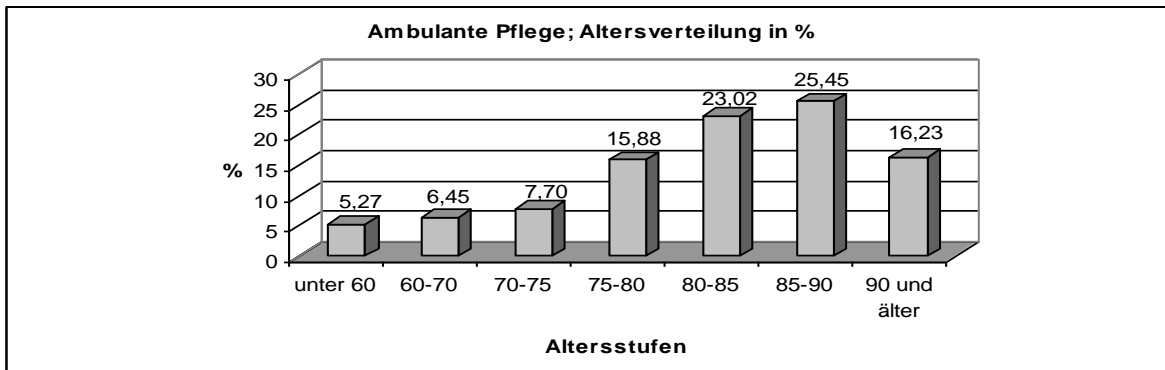


Abbildung 4.9 Stationäre Pflege: Altersverteilung in %

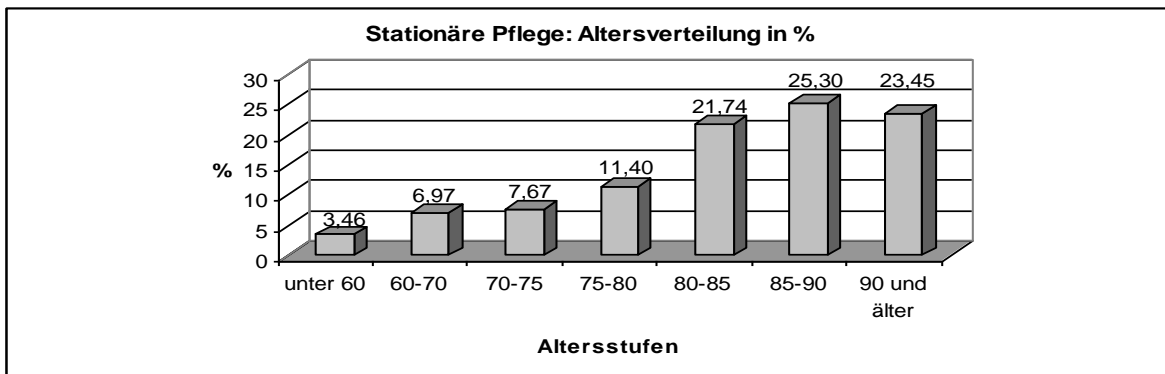
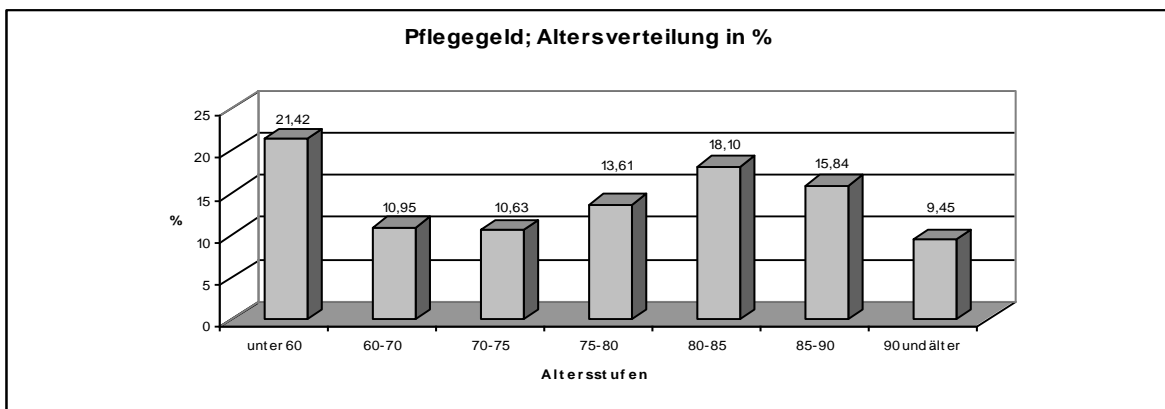


Abbildung 4.10 Pflegegeld; Altersverteilung in %



Die **Tabelle 4.9** gibt einen multiplen Einblick über die Zusammensetzung der Pflegebedürftigen im Landkreis Cuxhaven.

Tabelle 4.9 Pflegebedürftige (gesamt) nach Alters- und Pflegestufen

Altersstufen	Pflegebedürftige in ambulanter und stationärer Pflege (ohne Pflegegeldempfänger/innen)														
	Zusammen					Männlich					Weiblich				
	gesamt	davon				gesamt	davon				gesamt	davon			
	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung		Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung		Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung	
Insgesamt	3723	1513	1443	730	37	1004	406	383	199	16	2719	1107	1060	531	21
unter 60	155	51	47	55	2	72	27	18	26	1	83	24	29	29	1
60 - 70	252	97	95	56	4	131	55	51	23	2	121	42	44	33	2
70 - 75	286	114	119	52	1	125	52	50	22	1	161	62	69	30	-
75 - 80	489	194	183	106	6	175	66	68	38	3	314	128	115	68	3
80 - 85	828	365	303	148	12	181	80	60	34	7	647	285	243	114	5
85 - 90	944	409	365	162	8	181	78	71	30	2	763	331	294	132	6
90 und älter	769	283	331	151	4	139	48	65	26	-	630	235	266	125	4

Quelle: LSKN

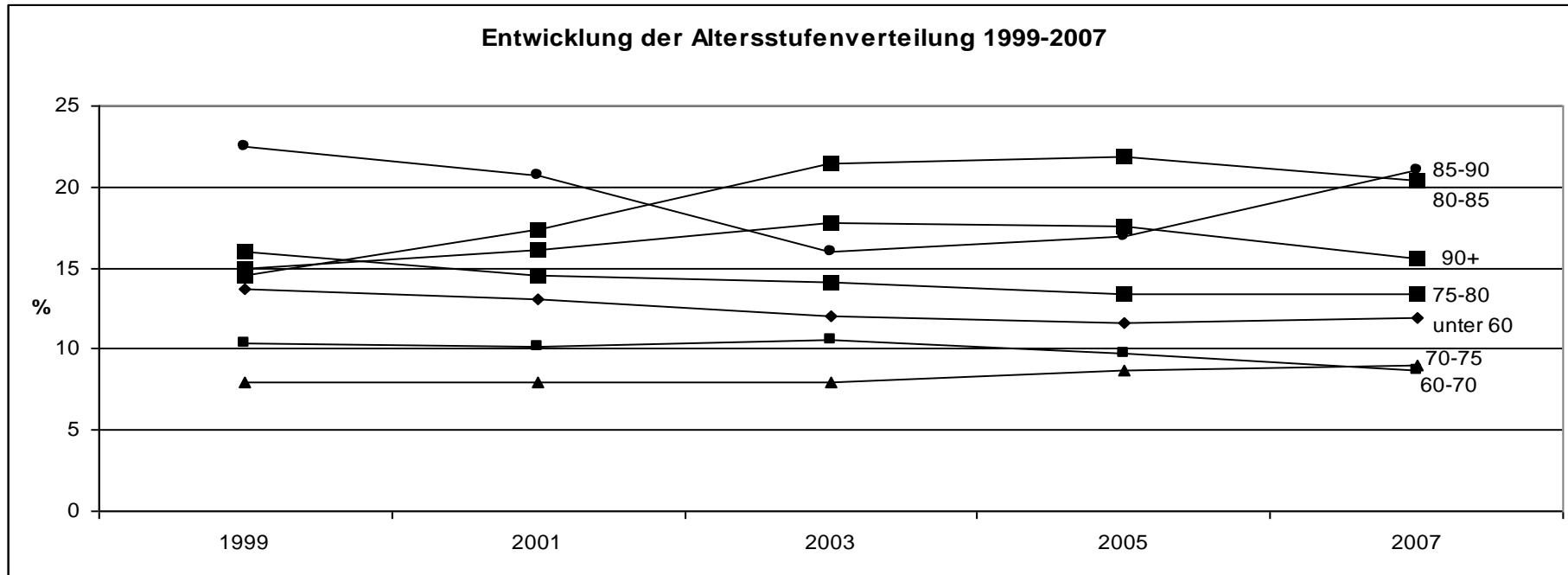
Die folgende **Tabelle 4.10** zeigt den Verlauf der Entwicklung der Anzahl bzw. die prozentuale Verteilung der Pflegebedürftigen in den Jahren 1999 bis 2007 (jeweilige Statistikbericht) nach Altersstufen auf.

Tabelle 4.10 Entwicklung der Altersstufenverteilung

	1999	%	2001	%	2003	%	2005	%	2007	%
Pflegebedürftige gesamt	5748	100,00	6061	100	6260	100	6781	100	6772	100
unter 60	787	13,69	792	13,07	751	12,00	790	11,65	808	11,93
60 - 70	598	10,40	615	10,15	662	10,58	663	9,78	586	8,65
70 - 75	460	8,00	484	7,99	497	7,94	589	8,69	610	9,01
75 - 80	918	15,97	882	14,55	887	14,17	911	13,43	904	13,35
80 - 85	834	14,51	1055	17,41	1344	21,47	1485	21,90	1380	20,38
85 - 90	1292	22,48	1255	20,71	1005	16,05	1149	16,94	1427	21,07
90 und älter	859	14,94	978	16,14	1114	17,80	1194	17,61	1057	15,61

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Abbildung 4.11 Entwicklung der Altersstufenverteilung 1999 - 2007



Die **Tabellen 4.11, 4.12 und 4.13** und die dazugehörigen **Abbildungen** geben für die Pflegeleistungen ambulante Dienste, stationäre Pflege und Pflegegeld eine Gesamtübersicht über die jeweilige Inanspruchnahme dieser Pflegeleistungen. Die zugeordneten Diagramme stellen die Verteilung nach Altersstufe und Geschlecht dar. So können die Hauptnutzergruppen schnell erkannt werden.

Tabelle 4.11 Pflegebedürftige (ambulant) nach Alters- und Pflegestufen 2007

Altersstufen	Pflegebedürftige in ambulanter Pflege (Pflegedienste)														
	Zusammen					Männlich					Weiblich				
	gesamt	davon				gesamt	davon				gesamt	davon			
		Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung		Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung		Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung
Insgesamt	1442	692	515	235	-	449	192	165	92	-	993	500	350	143	-
unter 60	76	22	22	32	-	31	7	6	18	-	45	15	16	14	-
60 - 70	93	36	35	22	-	35	14	13	8	-	58	22	22	14	-
70 - 75	111	55	38	18	-	48	23	16	9	-	63	32	22	9	-
75 - 80	229	103	80	46	-	85	33	34	18	-	144	70	46	28	-
80 - 85	332	180	112	40	-	92	43	30	19	-	240	137	82	21	-
85 - 90	367	185	137	45	-	99	46	39	14	-	268	139	98	31	-
90 und älter	234	111	91	32	-	59	26	27	6	-	175	85	64	26	-

Quelle: LSKN

Abbildung 4.12 Grafische Darstellung Pflegebedürftige (ambulant) nach Alters- und Pflegestufen 2007

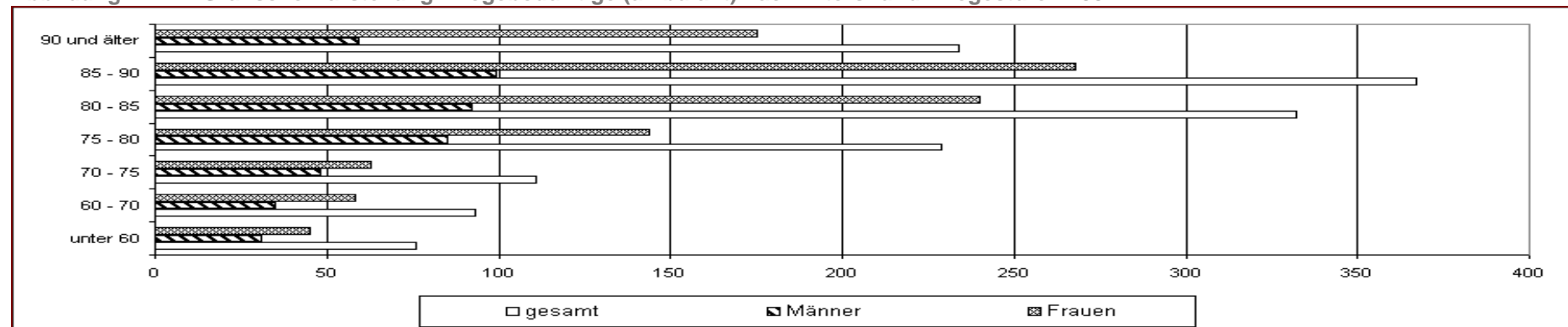


Tabelle 4.12 Pflegebedürftige (stationär) nach Alters- und Pflegestufen 2007

Altersstufen	Pflegebedürftige in stationärer Pflege (Pflegeheime)														
	Zusammen					Männlich					Weiblich				
	gesamt	davon				gesamt	davon				gesamt	davon			
		Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung		Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung		Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	keine Zuord- nung
Insgesamt	2281	821	928	495	37	555	214	218	107	16	1726	607	710	388	21
unter 60	79	29	25	23	2	41	20	12	8	1	38	9	13	15	1
60 - 70	159	61	60	34	4	96	41	38	15	2	63	20	22	19	2
70 - 75	175	59	81	34	1	77	29	34	13	1	98	30	47	21	-
75 - 80	260	91	103	60	6	90	33	34	20	3	170	58	69	40	3
80 - 85	496	185	191	108	12	89	37	30	15	7	407	148	161	93	5
85 - 90	577	224	228	117	8	82	32	32	16	2	495	192	196	101	6
90 und älter	535	172	240	119	4	80	22	38	20	-	455	150	202	99	4

Quelle: LSKN

Abbildung 4.13 Grafik Pflegebedürftige (stationär) nach Alters- und Pflegestufen 2007

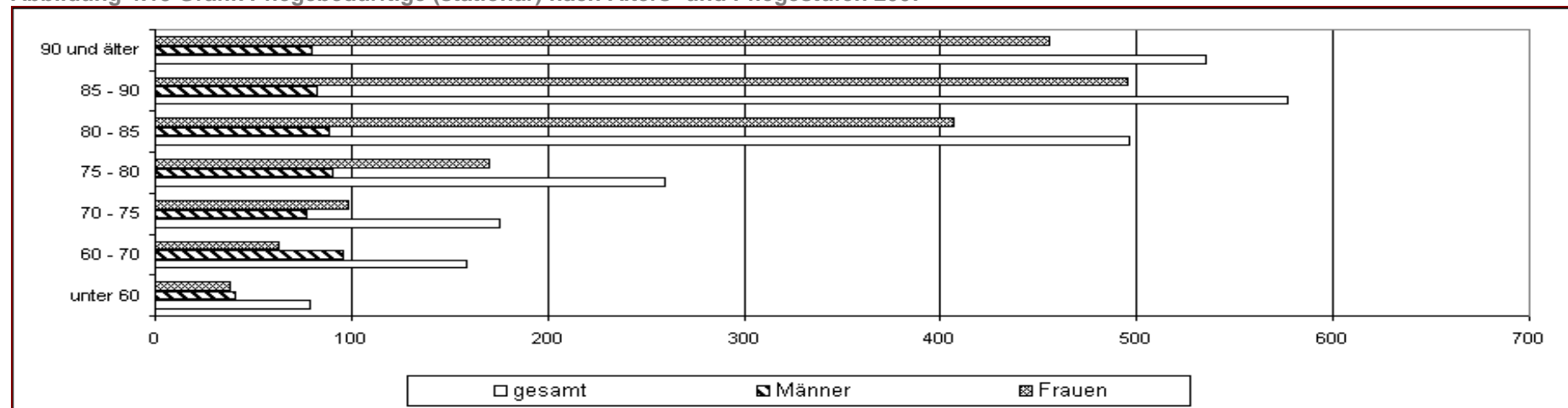
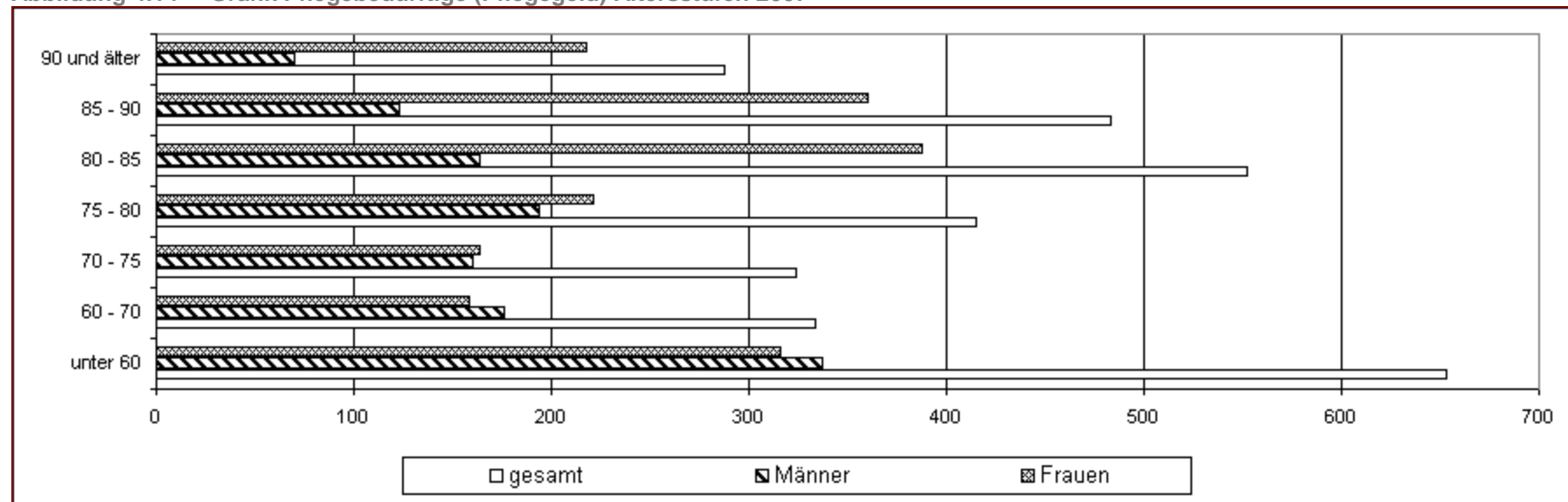


Tabelle 4.13 Pflegebedürftige (Pflegegeld) Altersstufen 2007

Altersstufen	Pflegebedürftige (Pflegegeld)		
	gesamt	Pflege männlich	Pflege weiblich
Insgesamt	3049	1224	1825
unter 60	653	337	316
60 - 70	334	176	158
70 - 75	324	160	164
75 - 80	415	194	221
80 - 85	552	164	388
85 - 90	483	123	360
90 und älter	288	70	218

Quelle: LSKN

Abbildung 4.14 Grafik Pflegebedürftige (Pflegegeld) Altersstufen 2007



4.3.2 Pflegeeinrichtungen

Die **Tabelle 4.14** gibt einen Überblick über die Entwicklung der Pflegeeinrichtungen im Laufe der Jahre 1999 bis 2007. Dabei ist eine relative Stabilität der Anzahl der Einrichtungen, insbesondere der Pflegeheime, festzustellen. Auch die Anzahl der Pflegedienste weist ab dem Jahr 2003 eine hohe Kontinuität auf. Darüber, ob die Träger dieselben geblieben sind, kann diese Tabelle keine Auskunft geben. Dabei ist anzunehmen, dass bei den Pflegediensten ein gewisser Wechsel in der Trägerschaft normal ist. Bei den Pflegeheimen ist der Wechsel eines Trägers/Inhabers eher als gering einzustufen.

Tabelle 4.14 Anzahl Pflegeeinrichtungen im Landkreis Cuxhaven

Jahr	Pflegeheime				Pflegedienste			
	Zusammen	davon Träger			Zusammen	davon Träger		
		freigemeinnützig	privat	öffentlich		freigemeinnützig	privat	öffentlich
1999	52	14	37	1	32	9	21	2
2001	52	13	38	1	31	10	20	1
2003	53	14	38	1	35	11	23	1
2005	53	14	38	1	36	10	26	-
2007	52	13	38	1	35	12	22	1

Quelle: LSKN

Tabelle 4.15 Heime im Landkreis Cuxhaven, Stand: 01.02.2010

Einrichtung	Anzahl Plätze	davon freigem.	davon privat
Haus Am Dobrock gGmbH Lindenweg 2, 21781 Cadenberge	40	40	
Senioren- u. Pflegeheim Rummer-Löns Deichstraße 10, 21787 Oberndorf	31		31
Samtgemeinde Am Dobrock	71	40	31
DRK-Seniorenwohnstätte Bederkesa am See Heuss-Str. 19, 27624 Bad Bederkesa	89	89	
"Haus an der Mühle" GmbH & Co. BetriebsKG Mühlenweg 17, 27624 Bad Bederkesa	32		32
DRK Krankenanstalten Wesermünde Haus Carolinenhöhe 27624 Bad Bederkesa	60	60	

Seniorenheim Ingrid Brickwedel gGmbH Hafenstr. 3, 27624 Drangstedt	35		35
Kastanienhof Elmlohe GmbH Gallbergstr. 1, 27624 Elmlohe	28		28
Altenpflegeheim Kerstin Spiering Lintiger Str. 50, 27624 Lintig	40		40
Samtgemeinde Bederkesa	284	149	135
"Gut Wachholz "GmbH & Co. KG Wachholz 1, 27616 Beverstedt	52		52
Haus Wehldorf GmbH Wehldorfer Str.13, 27616 Beverstedt-Wehldorf	58		58
Samtgemeinde Beverstedt	110		110
Börde Seniorenzentrum Große Straße 20, 21769 Lamstedt	15		15
Seniorenzentrum Haus Bartholomäus GmbH Am Speckhof 10, 21769 Lamstedt	40		40
Samtgemeinde Börde Lamstedt	55	0	55
SeniorenZentrum Altenwalder Chaussee GmbH Altenwalder Chaussee 28, 27474 Cuxhaven	50		50
DRK Alten- und Pflegeheim am Schloß- garten gemeinnützige GmbH Altenwalder Chaussee 4 A, 27474 Cuxhaven	116	116	
Seniorenresidenz Amandus GmbH Wagnerstraße 24, 27474 Cuxhaven	82		82
Senioren- und Pflegeheim "An der Scho- nung" Karl-Peters- Str.1, 27478 Cuxhaven	25		25
Alten- und Pflegeheim "Das Stadthaus" Poststraße 44-48, 27474 Cuxhaven	70		70

Seniorenpflegeheim Domin An der Johanneskirche 9a, 27476 Cuxhaven	20		20
Pflegeheim Haus Abendsonne Am Busch 1, 27476 Cuxhaven	20		20
Altenpflegeheim "Haus Alte Liebe" Siedelhof 31, 27474 Cuxhaven	114	114	
Senioren- und Pflegeheim Heidehof Drosselweg 26, 27476 Cuxhaven	38		38
Alten- u. Pflegeheim Hof Wiking Berenscher Dorfstr. 14, 27476 Cuxhaven-Berensch	23		23
Pflegeeinrichtung in der Kurpark- Residenz Kurparkallee 51, 27476 Cuxhaven	26		26
Alten- und Pflegeheim Martin-Luther-Haus Franz-Rötter-Allee 30, 27474 Cuxhaven	112	112	
Senioren Pension Meier & Wätjen Am Heiddiek 4, 27476 Cuxhaven	25		25
Priv. Alten- u. Pflegeheim Schilling Schwalbenweg 8, 27476 Cuxhaven	21		21
Stadt Cuxhaven	742	342	400
"Haus am Süderwall" Alten- und Pflegeheim gGmbH Parkstr. 6, 21762 Otterndorf	75	75	
Samtgemeinde Hadeln	75	75	0
Seniorenhof Allan KG Bogenstrasse 4, 27628 Uthlede	29		29
DRK-Pflegeheim Hagen Parkstraße 3, 27628 Hagen	55	55	
Senioren-Schlößchen Stolze/Holtz GbR Amtdamm 31, 27628 Hagen	45		45
Samtgemeinde Hagen	129	55	74

Altencentrum am Stadtpark Zur Sandkuhle 6, 21745 Hemmoor	60	60	
Seniorenheim am Löhberg Lerchenweg 6, 21755 Hechthausen	37		37
Haus der Pflege Ziegelkamper Höhe Otto-Peschel-Straße 22, 21745 Hemmoor	60		60
Ländl.Senioren- u.Pflegeheim Osten- Altendorf Kranenweide 1, 21756 Osten-Altendorf	36		36
Oste-Pflege-und Betreuungs GmbH Senioren-und Pflegeheim Hemmoor Zentrumstr. 9, 21745 Hemmoor	47		47
Urlaubspflegehof Merkel Mühlenbergstraße 5, 21745 Hemmoor	15		15
Samtgemeinde Hemmoor	255	60	195
DRK-Pflegeheim Dorum Käthe-Ringe-Str. 1, 27632 Dorum	40	40	
Seniorenheim Haus Eden Wurster Landstraße 103, 27638 Wremen	32		32
Samtgemeinde Land Wursten	72	40	32
Pflegeheim Amer Hinschweg 1, 27607 Langen	25		25
ASTOR-PARK Wohnanlage Langen GmbH Debstedter Str. 26-30, 27607 Langen	58		58
Seniorenhaus Lindenhof GmbH & Co. KG Ziegeleistraße 19 a, 27607 Langen ¹⁾	165		165
Alten- und Pflegeheim "Magarethenhof" Am Dulmer Acker 19, 27607 Langen- Debstedt	38		38
Senioren-Wohnpark Langen GmbH Auf dem Berge 2, 27607 Langen	100		100
Stadt Langen	386	0	386

Pflegeheim Amer Delfter Weg 6, 27612 Loxstedt- Dedesdorf	28		28
Birkenhof Loxstedt Kirchenstraße 3, 27612 Loxstedt	64	64	
Gemeinde Loxstedt	92	64	28
Seniorenzentrum Nordholzer Tannen Oderstr.20, 27637 Nordholz	54		54
Gemeinde Nordholz	54	0	54
Pflegeheim Amer Hainkamp 5, 27619 Schiffdorf-Wehdel	40		40
Senioren- und Pflegeheim Kruse Rohrstraße 9, 27619 Schiffdorf-Wehdel	22		22
Seniorenheim Monsees Rohrstr.29, 27619 Schiffdorf-Wehdel	41		41
Senioren- Zentrum Osterfeld GmbH Heinrich-Mahler-Str. 1+3, 27619 Schiff- dorf	130		130
Gemeinde Schiffdorf	233	0	233
Huus Ihlienworth Diakonie Hauptstr. 2, 21775 Ihlienworth	85	85	
Samtgemeinde Sietland	85	85	0
Landkreis Cuxhaven	2643	910	1733

Die **Tabelle 4.16** zeigt, dass sich die Anzahl der Heime innerhalb des Landkreises Cuxhaven relativ stabil zeigt. Größere Veränderungen sind in der Gesamtplatzzahl zu beobachten. Diese ist im Zeitraum 1999 bis 2009 um rd. 30% gestiegen.

Tabelle 4.16 Entwicklung der Anzahl der Altenpflegeheime und der Pflegeplätze 1999 - 2009

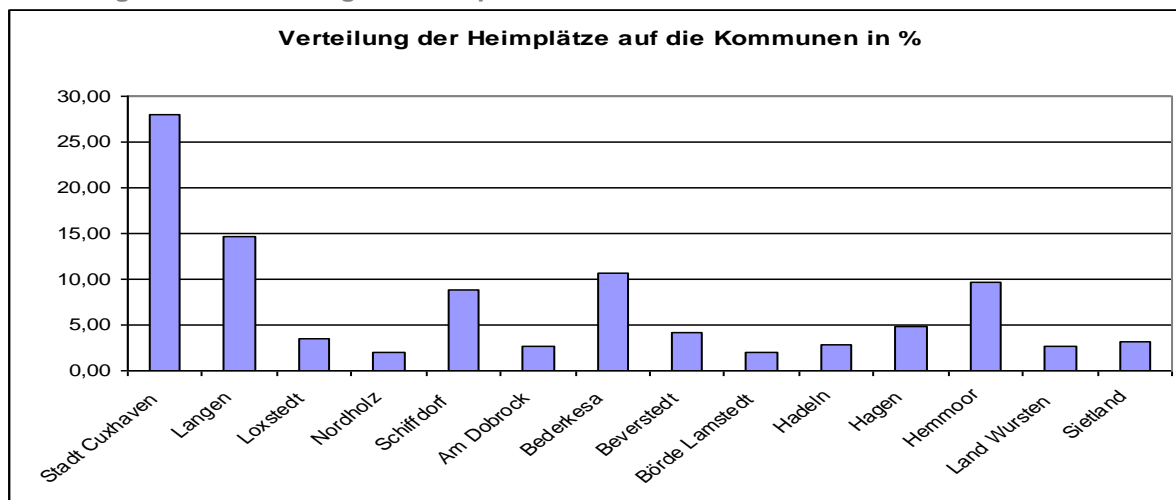
Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Heime	50	52	51	54	54	52	55	54	54	53	53
Plätze	2045	2133	2190	2249	2371	2381	2475	2475	2549	2552	2664
Entwicklung Plätze zum Vorjahr (%)		4,3	2,7	2,7	5,4	0,4	3,9	0,0	3,0	0,1	4,4

Die **Tabelle 4.17** gibt einen Überblick über die regionale Verteilung der stationären Altenpflegeeinrichtung und der stationären Pflegeplätze. Dabei wird deutlich, dass neben der Stadt Cuxhaven die Stadt Langen, die Gemeinde Schiffdorf sowie die Samtgemeinde Bederkesa und Hemmoor gewisse Schwerpunkte in der Heimpflege innerhalb des Landkreises Cuxhaven darstellen.

Tabelle 4.17 Anzahl Pflegeheime und Plätze nach Städten, Gemeinden und Samtgemeinden; Stand 01.02.2010

Kommune	Anz. Einr.	Anz.Plätze	Anteil an Gesamtplätzen in %
Stadt Cuxhaven	14	742	28,07
Langen	5	386	14,60
Loxstedt	2	92	3,48
Nordholz	1	54	2,04
Schiffdorf	4	233	8,82
Am Dobrock	2	71	2,69
Bederkesa	6	284	10,75
Beverstedt	2	110	4,16
Börde Lamstedt	2	55	2,08
Hadeln	1	75	2,84
Hagen	3	129	4,88
Hemmoor	6	255	9,65
Land Wursten	2	72	2,72
Sietland	1	85	3,22
LK Cux.	51	2643	100,00

Abbildung 4.15 Verteilung der Heimplätze auf die Kommunen in %

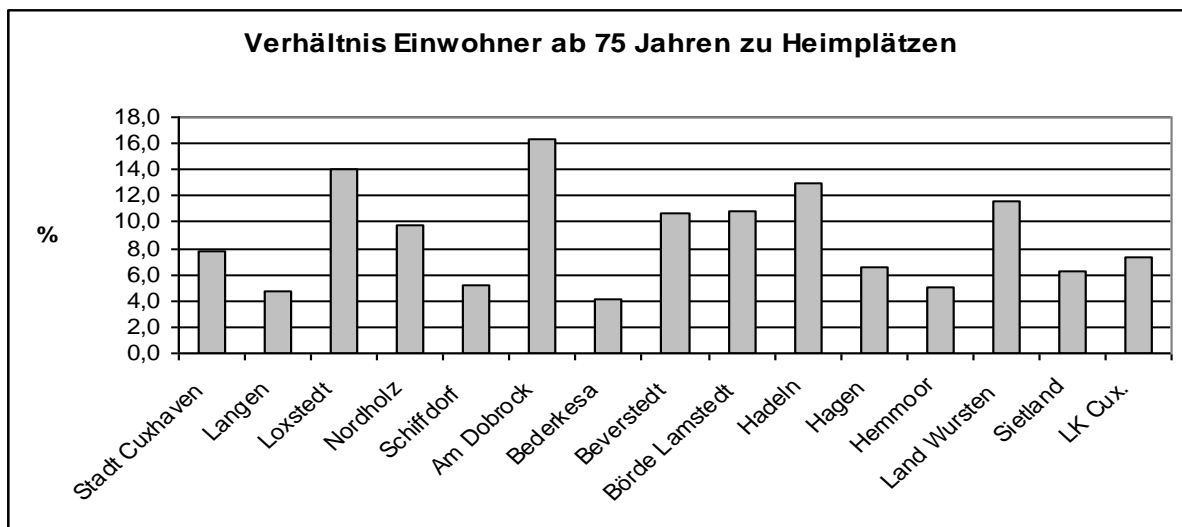


Die weitere Betrachtung der **Tabelle 4.18** setzt die Anzahl der Einwohner in der Altersstufe 75 Jahre und älter als die Hauptnutzergruppe der Heimpflegebedürftigkeit in das Verhältnis zu den Heimplätzen setzt. Die zuvor genannten Kommunen, die Stadt Langen, die Gemeinde Schiffdorf sowie die Samtgemeinden Bederkesa und Hemmoor zeigen, dass deutlich weniger Einwohner pro Heimplatz vorhanden sind, welches im Umkehrschluss bedeutet, dass in diesen Kommunen überdurchschnittlich viel Heimplätze pro Einwohner in der Hauptnutzergruppe vorhanden sind. Dieses bedeutet, dass die Einrichtungen in den genannten Kommunen einen größeren Einzugskreis für ihre Bewohner/innen haben. Für die Stadt Langen, die Gemeinde Schiffdorf und auch noch für die Samtgemeinde Bederkesa kann die Aussage getroffen werden, dass diese Einrichtungen in nicht unerheblichem Maße auch aus dem Bereich der Stadt Bremerhaven belegt werden.

Tabelle 4.18 Verhältnis Einwohner ab 75 Jahren zu Heimplätzen

Kommune	Einwohner 75 Jahre und älter am 31.12.2008	Anz.Plätze im Gemeindegebiet 01.02.2010	Anzahl Einwohner 75 Jahre und älter pro Heimplatz
Stadt Cuxhaven	5822	742	7,8
Langen	1822	386	4,7
Loxstedt	1293	92	14,1
Nordholz	531	54	9,8
Schiffdorf	1207	233	5,2
Am Dobrock	1157	71	16,3
Bederkesa	1191	284	4,2
Beverstedt	1182	110	10,7
Börde Lamstedt	595	55	10,8
Hadeln	972	75	13,0
Hagen	847	129	6,6
Hemmoor	1275	255	5,0
Land Wursten	834	72	11,6
Sietland	526	85	6,2
LK Cux.	19254	2643	7,3

Abbildung 4.16 Verhältnis Einwohner ab 75 Jahren zu Heimplätzen



Die **Tabelle 4.19** gibt Auskunft über das in den Pflegediensten und Pflegeheimen vorhandene Personal. Diese Tabelle dient der Information und wird an dieser Stelle nicht weiter interpretiert. In Anbetracht der 2.675 Beschäftigten in den unterschiedlichsten Beschäftigungsverhältnissen, wird jedoch deutlich, dass die Pflege auch unter dem Stichpunkt Arbeitsplätze einen erheblichen Wirtschaftsfaktor im Landkreis Cuxhaven darstellt.

Tabelle 4.19 Pflegepersonal der Pflegedienste und Pflegeheime im Landkreis Cuxhaven; Stand: 2007

Beschäftigungsverhältnis	Pflegepersonal											
	Zusammen				der Pflegedienste				der Pflegeheime			
	Insgesamt	davon			Zusammen	davon			Zusammen	davon		
Vollzeit		Teilzeit	Sonstige	Vollzeit		Teilzeit	Sonstige	Vollzeit		Teilzeit	Sonstige	
Insgesamt	2675	845	1733	97	620	157	455	8	2055	688	1278	89
Staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	495	266	227	2	93	33	60	-	402	233	167	2
Staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	150	44	106	-	38	11	27	-	112	33	79	-
Krankenschwester, Krankenpfleger	433	179	254	-	205	74	131	-	228	105	123	-
Krankenpflegehelfer/in	81	17	64	-	39	4	35	-	42	13	29	-
Kinderkrankenschwester, -pfleger	38	11	25	2	18	2	16	-	20	9	9	2
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	9	2	6	1	2	1	1	-	7	1	5	1
Heilerziehungspflegehelfer/in	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Heilpädagogin, Heilpädagoge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ergotherapeut/in (Beschäftigungs-,Arbeitstherapeut/in)	19	3	16	-	-	-	-	-	19	3	16	-
Physiotherapeut/in (Krankengymnast/in)	11	3	8	-	3	1	2	-	8	2	6	-
Sonst.Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	24	8	16	-	11	4	7	-	13	4	9	-
Sozialpädagogischer/ -arbeiterischer Berufsabschluss	18	4	13	1	3	-	3	-	15	4	10	1
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	11	2	9	-	8	1	7	-	3	1	2	-
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	2	-	2	-	-	-	-	-	2	-	2	-
Abschluss einer pflegewissenschaftl. Ausbildung (FH/Uni)	19	7	12	-	5	1	4	-	14	6	8	-
Sonstiger pflegerischer Beruf	116	35	81	-	36	4	32	-	80	31	49	-
Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	13	5	8	-	-	-	-	-	13	5	8	-
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	192	55	136	1	27	2	24	1	165	53	112	-
Sonstiger Berufsabschluss	636	130	498	8	94	16	76	2	542	114	422	6
ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung	407	74	251	82	37	3	29	5	370	71	222	77

Quelle : LSKN

Tabelle 4.20 Ambulante Pflegedienste im Landkreis Cuxhaven, Stand: Dezember 2010

Pflegedienst	Stadt/ Gemeinde/ Samtgemeinde	Trägerschaft
Stadt Cuxhaven		
Ambulante Hilfen Cuxhaven	Cuxhaven	priv.
Das Pflegeteam 2000	Cuxhaven	priv.
Diakonie-Sozialstation	Cuxhaven	freigem.
DRK - Sozialstation	Cuxhaven	freigem.
Amb. Pflegedienst Altenbruch	Cuxhaven	priv.
Nordseepflege	Cuxhaven	priv.
MobiCur GmbH	Cuxhaven	priv.
Cuxhavener Pflegedienst	Cuxhaven	priv.
Stadt Langen		
ASD	Langen	priv.
Sozialstation Langen	Langen	freigem.
Zentrum für amb. Krankenpflege GmbH	Langen	priv.
Vitalis Pflege Service & Caterings GmbH	Langen	priv.
Gemeinde Loxstedt		
Sozialstation Loxstedt	Loxstedt	freigem.
Silvia Milz	Loxstedt	priv.
Gemeinde Nordholz		
Sozialstation Nordholz / Land Wursten	Midlum	freigem.
Gemeinde Schiffdorf		
Ines Niemeyer	Geestenseth	priv.
Ambulanter Pflegedienst Andrea Kück	Schiffdorf	priv.
Samtgemeinde Am Dobrock		
Sozialstation Dobrock/Sietland	Cadenberge	freigem.
Profi Pflege Ellen Aurig	Geversdorf	priv.

4.3.3 Entwicklung des Pflegebedarfes

Zu der Vorhersage des zukünftigen **zahlenmäßigen** Pflegebedarfes gibt es in den Fachbeiträgen unterschiedliche Herangehensweisen. Diese beinhalten zum Teil erhebliche Abweichungen.

Als eine der zeitlich aktuellsten Berechnung zum zukünftigen Pflegebedarf wurde die Drucksache 16/13770 des Deutschen Bundestages, 16. Wahlperiode, vom 02.07.2009 mit dem Titel „Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ für die nachfolgenden Aussagen gewählt. Das zitierte Gutachten hat die zu erwartenden bundesweiten Pflegefälle auf der Datenbasis 2007 für die Jahre 2010 und dann in 10er-Schritten bis 2050 berechnet. Der so gebildete bundesweite Durchschnitt wird auch für den Landkreis Cuxhaven angenommen.

Die Steigerungswerte bis zum Jahr 2020 bzw. bis zum Jahr 2030 in Höhe von 27,71% (2020) bzw. 46,30% (2030) werden auch für den Landkreis Cuxhaven angenommen.

Die Prognose unterstellt für die Zukunft eine konstante Pflegewahrscheinlichkeit über den gesamten Zeitraum. Diese Annahme lässt Verbesserungen des gesundheitlichen Zustandes, speziell der alten und hoch betagten Menschen unberücksichtigt und kann deshalb tendenziell als eine Obergrenze der Entwicklung des Pflegebedarfs gelten. So könnten z.B. Verhaltensänderungen, neue Behandlungsmethoden, innovative Medikamente und Kombinationen dieser Faktoren die Pflegewahrscheinlichkeit absenken.

Andere Faktoren, wie z.B. gesetzliche Änderungen des Pflegeversicherungsgesetzes, wie z.B. die schon umgesetzte Aufnahme eines gesonderten Betreuungsbedarfes für demenziell erkrankte Personen, sind in diesen Daten ebenfalls nicht enthalten. Zumindest das Letztere genannte wird voraussichtlich zu einer deutlichen Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen führen. Aktuelle Zahlen darüber liegen z.Zt. nicht vor.

Da die Prognose des genannten Gutachtens bis 2050 reicht, für den Seniorenplan des Landkreises Cuxhaven jedoch nur die Werte bis 2020 bzw. 2030 dargestellt werden, relativieren sich voraussichtlich die Ergebnisse in Bezug auf die zuvor genannte Obergrenze, da die Nichtberücksichtigung pflegesenkender Faktoren wie die zuvor genannten Verhaltensänderungen, neuen Behandlungsmethoden, innovativen Medikamente etc innerhalb dieses Zeitraumes ggf. noch nicht voll durchschlagen.

Bei Vorliegen neuer Gutachten sind die zuvor getroffenen Annahmen im Zuge einer Fortschreibung des Planes zu überprüfen und ggf. zu verändern.

Tabelle 4.21 Entwicklung des Pflegebedarfes im Landkreis Cuxhaven in Zahlen

	2007	2020 (angenommene Steigerung 2007-2020 = 27,71%)	2030 (angenommene Steigerung 2007-2030 = 46,30%)
Pflegebedürftige gesamt	6772	8649	9907
davon ambulante Pflege	1442	1842	2110
davon stationäre Pflege	2281	2913	3337
davon ambulante und stationäre Pflege	3723	4755	5447
davon Pflegegeld	3049	3894	4461

4.4 Hospizarbeit

Nach dem deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V. äußern 95 % der Bevölkerung den Wunsch, zu Hause sterben zu wollen – tatsächlich sterben um die 70 % in Institutionen des Gesundheitswesens, wie Krankenhäusern und Pflegeheimen. Aufgabe der Hospizarbeit ist es, das Leiden Sterbenskranker zu lindern, ihnen möglichst das Verbleiben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen und nicht zuletzt auch den Angehörigen beizustehen.

Zu einem großen Anteil lebt der Hospizgedanke in der Sterbebegleitung durch befähigte ehrenamtliche Hospizhelfer und Hospizhelferinnen. Sie stehen gemeinsam mit Medizinern, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Theologen sterbenskranken Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt zur Seite. Das ehrenamtliche Engagement ist dabei in der Vergangenheit stetig gestiegen, der Bedarf ist jedoch nach Einschätzung des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e.V. bei weitem noch nicht gedeckt.

Der Hospizgedanke findet auch Eingang in professionellen Dienstleistungen, wie der ambulanten Pflege, den Altenpflegeheimen, den Krankenhäusern und anderen Einrichtungen.

Die Schwerpunkte der Hospizarbeit definiert der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. wie folgt:

Psycho-soziale Begleitung: Sie umfasst den emotionalen Beistand der Sterbenden und ihre Angehörigen. Sie hilft bei der Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod. Sie unterstützt alle Betroffenen bei der Bewältigung unerledigter Probleme.

Spirituelle Beistand: Er öffnet sich dem natürlichen Bedürfnis von Sterbenden, Frage nach dem Sinn von Leben, Tod und Sterben und dem Danach zu stellen. In der Auseinandersetzung mit diesen letzten Fragen soll niemand alleine bleiben müssen.

Verbesserung der Lebensqualität: Am Ende seines Lebens soll ein Mensch nicht unter unerträglichen Schmerzen leiden müssen. Ganzheitliche Leidenslinderung durch die modernen Verfahren der Palliativmedizin hat damit höchste Priorität für würdig gelebte letzte Tage. Palliative Versorgung ist daher Bestandteil einer umfassend verstandenen Hospizarbeit. Die Verbesserung der Lebensqualität erfolgt somit durch das multidisziplinäre Zusammenwirken von Pflegekräften, Ärzten, Sozialarbeitern, Theologen und Hospizhelfern.

Hospizgruppen im Landkreis Cuxhaven

Zum 01.10.2010 bestehen folgende Hospizgruppen im Bereich des Landkreises Cuxhaven:

- Hospizgruppe des Ev.-luth. Kirchenkreises Cuxhaven, 27472 Cuxhaven, Marienstr. 50, Tel.: 04721/560422, E-Mail: ingrid.bochow@evlk.de, Homepage: www.hospizgruppe-cuxhaven.de
- Hospizgruppe Land Hadeln-Otterndorf, 21762 Otterndorf, Marktstr. 36, Tel.: 04751/900190, E-Mail: info@hospizgruppe-land-hadeln.de, Homepage: www.hospizgruppe-land-hadeln.de
- Hospizgruppe des Ev.-luth. Kirchenkreises Wesermünde-Nord, 27632 Dorum, Speckenstr. 5, Tel.: 04742/92650, E-Mail: DW.wesermuende-nord@evlka.de
- Hospizverein Loxstedt e.V., 27612 Loxstedt, Mushardstr.4, Tel.: 04744/ 905796, E-Mail: info@hospizverein-loxstedt.de, Homepage: www.hospizverein-loxstedt.de

4.5 Palliativversorgung

Palliativversorgung ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren und fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Daraus folgt das Hauptziel: Die Erhaltung der Lebensqualität. Unter dem Dach der Palliativversorgung treffen der professionell geprägte Bereich der Palliativmedizin und der ehrenamtlich geprägte Bereich der Hospizarbeit aufeinander. Die Palliativversorgung ist insofern nicht nur ein Teilbereich des Gesundheitswesens, sondern muss zugleich in ihrem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang betrachtet werden.

Nach dem Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen wird davon ausgegangen, dass die Palliativversorgung in eine Basisversorgung und eine

Spezialversorgung gegliedert ist.

Leistungen der Basisversorgung werden in erster Linie erbracht von Hausärzten sowie von ambulanten Pflegediensten, in Krankenhäusern sowie in Alten- und Pflegeheimen.

Neben der Basisversorgung sind in den vergangenen Jahren Strukturen einer Spezialversorgung in der Palliativmedizin entstanden, die für diejenigen Patienten zur Verfügung stehen, die aufgrund der Ausprägung ihrer Probleme und Bedürfnisse eine über die Basisversorgung hinausgehende Versorgung benötigen.

Ein Nichtausbau der Strukturen in der Basisversorgung könnte schnell zu einer Überlastung der Strukturen in der Spezialversorgung führen.

Ein **Palliativstützpunkt** wird durch eine Vereinbarung der vor Ort in der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgung tätigen Leistungsanbieter begründet. In dieser Vereinbarung verpflichten sich die unterschiedlichen Leistungsanbieter, zum Wohle der betroffenen Menschen eng zusammen zu arbeiten und ihre Behandlungsschritte im jeweiligen Einzelfall miteinander abzustimmen.

Den Palliativstützpunkt **für den Landkreis Cuxhaven** bildet das

Krankenhaus Cuxhaven GmbH,
Altenwalder Chaussee 10,
27474 Cuxhaven.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Seit dem 01.04.2007 haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als eigenständige Regelleistung der gesetzlichen Krankenkasse (§ 37b SGB V). Dabei handelt es sich um Patienten, deren Lebenserwartung begrenzt ist und die einer besonders aufwändigen Versorgung bedürfen. Palliativpatienten, die diesen Bedarf nicht aufweisen, werden weiterhin im Rahmen der derzeitigen Strukturen (Basisversorgung) betreut.

Die SAPV zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Hierzu zählen ebenfalls Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (und der Kinder- und Jugendhilfe). Auch Versicherte, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, können diese SAPV in Anspruch nehmen.

In der Fortschreibung des Planes für Senioren im Landkreis Cuxhaven sind die Strukturen der Hospizarbeit im Landkreis Cuxhaven aufzuzeigen und einzuschätzen.

4.6 Demenz

Die Demenz ist ein typisches Muster von geistigen Leistungseinschränkungen und Verhaltensänderungen. Die häufigste Ursache für eine Demenz ist die Alzheimer-Krankheit (rd. 50%). Die Alzheimer-Krankheit ist eine hirnorganische Krankheit, die gekennzeichnet ist durch den langsam fortschreitenden Untergang von Nervenzellen und Nervenzellkontakten. Im Gehirn von Alzheimer-Kranken sind typische Eiweißablagerungen (Amyloid-Plaques) festzustellen. Die Alzheimer-Krankheit kann schon vor dem 50. Lebensjahr auftreten, ihre Häufigkeit steigt aber mit dem Lebensalter steil an. Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie Störungen des Denk- und Urteilsvermögens. Diese Störung macht die Bewältigung des normalen Alltagslebens immer schwieriger. Die Patienten sind zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen (Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.).

Der hohe Pflegeaufwand macht Demenzen zu einer der teuersten Krankheitsgruppe überhaupt und zu der vermutlich teuersten Krankheitsgruppe im höheren Lebensalter.

Einschlägige Berechnungen gehen davon aus, dass von den rd. 16,8 Mio. lebenden über 65-Jährigen rd. 1,21 Mio. Menschen an einer Demenz leiden. Dieses entspricht rd. 7,2 % der genannten Altersgruppe. Für das Jahr 2020 bzw. 2050 wird von 1,54 Mio. bzw. 2,62 Mio. Demenz-Kranken ausgegangen. Das Risiko einer Erkrankung steigt mit höherem Lebensalter, welches die nachfolgende **Tabelle 5.22** verdeutlicht.

Tabelle 4.22 Die Häufigkeit der Demenz nach Altersstufen

Altersgruppe	Anzahl der Kranken in %
65 bis 69	1,2
70 – 74	2,8
75 – 79	6,0
80 – 84	13,3
85 – 89	23,9
90 und älter	34,6
65 und älter	6,8

Demenz im Landkreis Cuxhaven

Entsprechend der o.g. Werte sind rd. 7,2 % der 65-Jährigen und älter demenziell erkrankt. Mit Stand vom 31.08.2008 gehören dieser Altersgruppe im Landkreis Cuxhaven 45.703 Personen an, so dass zu diesem Zeitpunkt von rd. 3.300 dementen Personen mit unterschiedlichen Schweregraden ausgegangen werden muss.

Da die angesprochene Altersgruppe zukünftig stark zunehmen wird, ist von einer steigenden Anzahl Dementer auszugehen. Auf Bundesebene wird von einer Steigerung auf der Basis der in 2010 an Demenz erkrankten Personen in Höhe von rd. 8,3 % ausgegangen. Im Jahr 2040 ist Annäherung eine Verdoppelung der Basiszahl 2010 auszugehen.

Versorgungsstrukturen

Nach einschlägigen Studien werden 80 bis 90 % der Demenzen zu Hause gepflegt. Neben den o.g. 3.300 Personen im Landkreis Cuxhaven, die unmittelbar von Demenz betroffen sind, sind mindestens weitere 2.600 bis 2.800 betreuende Angehörige hinzuzurechnen. Dabei ist davon auszugehen, dass in den Haushalten, in denen Demenz versorgt werden, weitere Angehörige von belastenden Momenten im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung betroffen sind. Diese Angehörigen bedürfen aufgrund ihrer belastenden Situation dringend Unterstützung. Dazu gehören ehrenamtliche und professionelle Gesprächs- und Beratungsangebote, die ärztliche und pflegerische Versorgung, eine adäquate Krankenhausversorgung sowie die versierte stationäre Altenpflege mit speziellen Angeboten.

Niedrigschwellige Unterstützungsangebote für Demenz und deren Angehörige

Für pflegende Angehörige ist neben professionellen Angeboten auch ein Netz von Möglichkeiten zum Austausch pflegender Angehöriger untereinander (Gesprächskreise) und ehrenamtlicher fachlicher Beratung (z.B. Alzheimergesellschaft) notwendig. Weiterhin sollte ein Angebot fachlich vorgebildeter Ehrenamtlicher vorhanden sein, um eine Begleitung der Demenzen für eine kurzzeitige Abwesenheit der pflegenden Angehörigen sicherzustellen.

Versorgung Dementer durch den Hausarzt

Grundsätzlich sollten Hausärzte in der Lage sein, demenzielle Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, da sie in der Regel wiederkehrend von den älteren Personen konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihren Patienten vertraut sind. Laut Heft 28 der „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ von Juni 2010 ist das Wissen vieler Hausärzte über gerontopsychiatrische Erkrankungen vielfach noch unzureichend. Eine Reihe von Studien weckt Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose: Bei 40 bis 60 % der Demenz-Kranken wird diese Erkrankung übersehen. Demenz-Kranke werden relativ selten in psychiatrisch-neurologische Behandlungen überwiesen.

Eine bessere Nutzung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten könnte – je nach Art der Demenz – bereits heute den Krankheitsverlauf zumindest zeitlich verzögern sowie wichtige Informationen für die Lebensplanung Demenz-Kranker und ihrer Angehörigen liefern.

Ambulante Pflege

Bei der ambulanten Pflege steht bei der Einstufung überwiegend die hauswirtschaftliche und körperliche Pflege im Vordergrund. Gleichwohl sind neben den körperlichen auch kognitive Einschränkungen vorhanden und zum Teil die Arbeit des Pflegedienstes stark bestimmend. Insofern ist ein Wissen über den Umgang mit demenziellen Erkrankungen in der ambulanten Pflege unabdingbar und dem jeweiligen Erkenntnisstand anzupassen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden die Leistungen der Pflegeversicherung auf 1.200,00 € pro Jahr (Grundbetrag) bzw. auf 2.400,00 € pro Jahr (erhöhter Betrag) erhöht. Damit sind unterschiedliche ambulante oder teilstationäre Hilfen (z.B. Tagespflege) zusätzlich finanzierbar. Inwieweit entsprechende Angebote vorhanden sind und angenommen werden bzw. noch weiterentwickelt werden könnten, entzieht sich im Moment der Beurteilung durch diesen Plan.

Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Angebote werden überwiegend als Tagespflege angeboten. Diese ermöglicht den Menschen mit Demenz flexibel über einen längeren Tageszeitraum an mehreren Tagen in der Woche eine soziale Betreuung, die Versorgung mit Mahlzeiten sowie pflegerische, therapeutische und aktivierende Leistungen. Ein wichtiger Aspekt dabei ist auch die häusliche Pflege zu unterstützen und die pflegenden Angehörigen zu entlasten und somit auch die vollstationäre Pflege zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern.

Altenpflegeheime

Auch das Leistungsangebot in Heimen wurde mit der Pflegereform 2008 durch gesonderte Angebote der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung für demenziell erkrankte Bewohner verbessert. In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen kann zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohnerinnen und -bewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden. Für rd. 25 demenziell erkrankte Heimbewohner soll eine Betreuungskraft vorgesehen werden.

Generell kann in Altenpflegeheimen davon ausgegangen werden, dass mindestens 60 % der Bewohner unterschiedlich starke demenzielle Einschränkungen hat. Insofern sollten in allen Einrichtungen entsprechende fachliche Aussagen zu dem Umgang mit dementen Personen bestehen.

Anregungen für Kommunen

In folgenden Projekten werden Anregungen für die Kommunen für den besseren Umgang mit Menschen mit Demenz gegeben:

- „Menschen mit Demenz in der Kommune der Aktion Demenz e.V. im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung, www.aktion-demenz.de
- „Alleinlebende Demenz-Kranke – Schulung in der Kommune“ der Deutschen Alzheimergesellschaft e.V., www.deutsche-alzheimer.de

Sozialpsychiatrischer Plan des Landkreises Cuxhaven

Nach § 9 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke ist festgelegt, dass ein Sozialpsychiatrischer Plan für den Bereich des Landkreises Cuxhaven aufzustellen und laufend fortzuschreiben ist. Diesem Auftrag ist der Sozialpsychiatrische Dienst der Gesundheitsamtes des Landkreises Cuxhaven im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund des Landkreises Cuxhaven nachgekommen. Die Aussagen zum Bereich „Gerontopsychiatrie, seelisch Behinderte im hohen Lebensalter“ sind als **Anlage 3** dem Plan beigefügt.

In der weiteren Erarbeitung des Planes für Senioren im Landkreis Cuxhaven sind die Angebote zur Versorgung und Unterstützung von dementen Personen und deren Angehörigen sowie deren Nutzung in ihren wesentlichen Zügen aufzuzeigen und einzuschätzen.

4.7 Pflegende Angehörige

Nach wie vor ist die Familie die zentrale Institution, wenn es um die Unterstützung und Pflege älterer Menschen geht. Oder anders gesagt: „Die Familie ist der größte Pflegedienst der Nation!“

Um den strukturellen gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen der letzten Jahre gerecht zu werden, muss man den Begriff „pflegende Angehörige“ heute allerdings etwas weiter fassen, es sind nicht mehr ausschließlich die nächsten Familienangehörigen gemeint, sondern alle Personen, die in die Pflege und Umsorgung des unterstützungsbedürftigen Menschen involviert sind.

Systematisch und umfassend erhoben wurde die Situation von pflegenden Angehörigen durch das Forschungsprojekt „EUROFAMCARE“, eine europäische Vergleichsstudie der EU, mit Koordinierungszentrale in Hamburg. Die folgenden Ausführungen beziehen sich vornehmlich auf die Ergebnisse des deutschen Hintergrundberichtes der Studie: „Pflegende Angehörige in Deutschland – Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen“, Martha Meyer, EUROFAMCARE-Konsortium, Hamburg, 2006.

Im Jahr 2003 haben etwa 1,2 Mio. Menschen ihre unterstützungsbedürftigen Angehörigen (ca. 1,37 Mio.) zuhause betreut und gepflegt. Tendenziell lässt sich feststellen, dass jeweils zu einem Drittel die Menschen von einer, zwei oder drei/mehreren Personen versorgt werden.

Tabelle 4.23 Hauptpflegeperson nach Altersgruppe in Privathaushalten (%)

Alter der Hauptpflegepersonen	Anteil in Prozent
< 45 Jahren	16%
45-54 Jahre	21%
55-64 Jahre	27%
65-79 Jahre	26%
> 80 Jahre	7%

Quelle: Meyer, Hamburg 2006, S. 17 aus: Schneekloth in Schneekloth, Wahl 2005

33% aller Hauptpflegepersonen sind 65+ und gehören derselben Generation an wie der Unterstützungsbedürftige. Diese Tatsache kann zum Problem werden, da mit dem älter werden auch für die Pflegepersonen das Risiko steigt selber hilfsbedürftig zu werden.

73% der Hauptpflegepersonen sind Frauen! Männer übernehmen (fast) nur die häusliche Pflege, wenn die eigene Ehefrau betroffen ist. Pflegenden Söhne und Schwiegersöhne sind kaum zu finden.

Mit 26% bilden die Töchter die zweitgrößte Gruppe der pflegenden Angehörigen. Bei Ihnen ist allerdings eine leicht rückläufige Tendenz in der Pflegebereitschaft zu beobachten, die vornehmlich auf die eigene Erwerbstätigkeit zurückzuführen ist. Häufig zu beobachten ist eine kontinuierliche Verschiebung der Pflege zwischen den Generationen. Im gleichen Maße in der sich die Ehefrau, alters- und gesundheitsbedingt, aus der Pflege zurückzieht, nimmt der Pflegeanteil der Tochter zu.

64% aller Hauptpflegepersonen stehen der unterstützungsbedürftigen Person rund um die Uhr zur Verfügung, 26% mehrere Stunden am Tag, 8% mehrere Stunden die Woche. Rund 76% müssen ihre Nachtruhe mehrmals unterbrechen. Hauptpflegepersonen sind durchschnittlich 36,7 Stunden pro Woche mit Pflegeaufgaben beschäftigt. Die dabei zu erbringenden Aufgaben sind in folgender Tabelle abgebildet

Tabelle 4.24 **Unterstützungsbedarf in Privathaushalten mit einer Hauptpflegeperson nach Art und Umfang der erhaltenden Unterstützung (%)**

Art der Pflege/Betreuung	Häufigkeit der erbrachten Pflegeleistung	
	Mehrmals täglich einmal täglich	Mindestens
Persönliche Betreuung (z.B. Gespräche oder emotionale Unterstützung)	68	14
Persönliche Hygiene (waschen und kleiden)	54	21
Unterstützung bei der Essenaufnahme	48	7
Aktivität im Haushalt	55	18

Quelle: Meyer, Hamburg 2006, S. 22 aus: Infratest Sozialforschung 2003

68% aller pflegenden Angehörigen sind zwischen 16 und 64 Jahren und müssen daher - theoretisch - Erwerbstätigkeit/-beteiligung mit Pflegeaufgaben vereinbaren. In der Realität sind 2/3 der Hauptpflegepersonen nicht erwerbstätig. 16% gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach, 13% arbeiten in Teilzeit und 8% sind geringfügig beschäftigt. Das Ausmaß der Erwerbstätigkeit korreliert eng mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit der unterstützten Person zusammen. Es ist zu erwähnen, dass die Übernahme der Vollzeit-Betreuung eines hilfebedürftigen Menschen nicht zwangsläufig mit dem Ausstieg der Personen aus der aktiven Erwerbsarbeit einhergehen muss. Die Ergebnisse können auch so interpretiert werden, dass nicht erwerbstätige Personen eher dazu tendieren, die familiäre Pflege zu übernehmen. Außerdem ist ein großer Teil der Hauptpflegepersonen Ende 50, Anfang 60 – eine Zeit, in der die Erwerbsbeteiligung per se abnimmt.

In den mit Abstand meisten Fällen (62%) leben die pflegenden Angehörigen und die unterstützungsbedürftige Person im selben Haushalt, in 8% leben sie im selben Haus. Nur 8% der Pflegebedürftigen haben keine regelmäßige Unterstützung.

Die Pflege und Unterstützung von Angehörigen ist – wie auch die Statistiken zeigen – ein „Fulltimejob“. Zu der zeitlichen Belastung kommt in vielen Fällen eine emotionale und körperliche Überlastung der Hauptpflegepersonen. In der Regel fehlt die Balance zwischen den eigenen Bedürfnissen (Familie/Partnerschaft, Freunde, Freizeit, Erwerbsarbeit) und den Bedürfnissen des unterstützungsbedürftigen Menschen. 42% aller befragten pflegenden Angehörigen fühlen sich - körperlich wie seelisch – schwer, 41% sogar extrem schwer belastet. Viele Pflegenden Angehörige empfinden die fehlende Zeitautonomie als besonders belastend. Soziale Isolation aber auch körperliche Symptome wie Schmerzen, Magenbeschwerden usw. können die Folge sein. Ein sehr sensibles Thema, ohne ausreichende Forschungser-

gebnisse, ist die „Gewalt in der Pflege“, als eine extreme Ausdrucksform der Überlastungssituation.

Zum Schutz der pflegenden Angehörigen aber gleichermaßen auch im Interesse der Zuhause-Gepflegten ist im ausreichenden Maße für die Beratung, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen zu sorgen.

- Einige Unterstützungsleistungen sind im SGB XI verankert:
- Sachleistungen (§36)
- Geldleistungen (§37)
- Kombination von Geld- und Sachleistungen (§38) } z.B. für die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst
- Pflege bei Verhinderung (§39)
- Pflegehilfsmittel (§40)
- Tages- und Nachtpflege (§41)
- Kurzzeitpflege (§42)
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen und Pflegezeit (§44)
- Kostenlose Pflegekurse für Angehörige (§45)
- Zusätzliche Betreuungsleistungen (für Demente) (§45b)

Darüber hinaus sind die Pflegekassen grundsätzlich zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen verpflichtet. Weitere Beratungsangebote werden aber häufig auch von freien Wohlfahrtsverbänden und Kirchen aber auch Selbsthilfegruppen vorgehalten. (→ siehe auch Pflegestützpunkt) Bislang nehmen nur sehr wenig pflegende Angehörige komplementäre Dienstleistungen in Anspruch (7% regelmäßige prof. Beratung, 19% gelegentlich Telefonberatung, 6% regelmäßig Angehörigen-Cafes/Beratungsgruppen, 2% regelmäßig priv. Selbsthilfegruppe, 3% regelmäßig prof. betreute Selbsthilfegruppe) und auch **das Wissen über unterstützende Dienstleister ist sehr gering ausgeprägt. Große Informations- und Versorgungslücken bestehen vor allem in ländlichen Räumen.**

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist auch ein wichtiges Feld, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Hier bestehen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber diverse Modelle: flexible Arbeitszeiten, Arbeitszeitkonten, „Job-Sharing“, „Telearbeit“, Freistellungen, Pflegezeit (→ geplante Ausweitung des Bundes zur Familienpflegezeit).

Die größte Entlastung erfahren Familien häufig durch die Unterstützung sogenannter „wei-

cher“ Dienste, wie Einkaufen, Waschen, Gartenarbeit, Hausmeisterdienste, Essen auf Rädern, Besuchsdienste, die sowohl als Dienstleistung wie auch auf freiwilliger Basis angeboten werden. In diesem Bereich ist der Bedarf sehr hoch, das Angebot aber häufig zu gering.

Perspektive für pflegende Angehörige aber auch für die pflegerische Versorgung allgemein:

Aufgrund der demographischen und sozialstrukturellen Entwicklungen werden künftige Generationen weniger in die „reine“ familiäre Pflege eingebunden sein und das bei – wie schon beschrieben – steigender Anzahl pflegebedürftiger Personen. Die sinkende Geburtenrate führt dazu, dass grundsätzlich weniger potentielle pflegenden Angehörige zur Verfügung stehen. Es bedeutet auch, dass ganz konkret immer mehr Menschen kinderlos bleiben. Außerdem zeigt der Trend, dass sich die Anzahl von Single-Haushalten stark erhöht. Die weiter steigende Erwerbsquote von Frauen und die allgemeinen Arbeitsmarktanforderungen (Mobilitätswang, Ängste den Job zu verlieren) führen auch dazu dass künftig die Pflege nicht mehr vornehmlich durch die Familie sichergestellt werden kann.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Versorgungslücke, die durch wegbrechende familiäre Netze entsteht, vom professionellen Sektor nicht aufgefangen werden kann. (Stichwort: Pflegekräftemangel). Eine zukünftige Bedarfsdeckung wird nur über einen „Pflege-Mix“ zu realisieren sein. Professionelle und informelle Pflegenetzwerke werden an Bedeutung gewinnen (müssen), um eine hochwertige, bedarfsorientierte häusliche Pflege sicherzustellen. Dazu sind eine gute Zusammenarbeit und die gezielte Weiterentwicklung der Dienstleistungsstrukturen nötig. (z.B. Case-and-Care Management; Ausbau neuer Wohnformen, Gesundheitszentren, Ausbau der Vorsorge- und Selbsthilfestrukturen für Angehörige, systematische Angehörigenarbeit, Ausbau komplementärer Dienstleistungen, Stärkung der Pflegeberufe und Weiterentwicklung der vermittelten Lernstoffe, Ausbau der Hospiz- und Palliativarbeit). Auch Forschung und neue Modelle zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf können helfen, häusliche Versorgung auch in Zukunft realisierbar zu machen.

4.8 Fachkräftemangel in der Altenpflege

Die Situation auf dem Arbeitsmarkt für qualifiziertes Pflegepersonal erreicht zunehmend die allgemeine Diskussion in der Öffentlichkeit. Alle Experten sind sich inzwischen einig: Der Personalmangel wird sich in den kommenden Jahren dramatisch verschärfen. Hinter dem drohenden Fachkräftemangel in der Altenpflege steht der enorme demografische Wandel in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten. So wird die Zahl der professionell zu versorgenden pflegebedürftigen Menschen von 1,2 Millionen im Jahr 2007 auf voraussichtlich rund 3,2 Millionen im Jahre 2050 steigen. Gleichzeitig wird sich die Zahl der für die Pflege besonders

bedeutsamen weiblichen Erwerbspersonen zwischen 35 und 55 Jahren im gleichen Zeitraum vermutlich nahezu halbieren.

In Niedersachsen gab es 2007 mehr als 240 000 pflegebedürftige Menschen. In einer Prognose wird für das Jahr 2035 ein Anwachsen dieser Zahl auf 345 000 Pflegebedürftige genannt, das wäre ein Zuwachs von 45%. Im Landkreis Cuxhaven gab es im Jahr 2007 rund 6700 Pflegebedürftige, für das Jahr 2030 werden 10 000 Personen prognostiziert. Dahinter steht die einfache Überlegung, dass die steigende Lebenserwartung zu einer größeren Zahl alter - und pflegebedürftiger - Menschen führen wird. Die Frage ist also: Wer kümmert sich um all diese Menschen?

Die folgenden Zahlen zeigen die Brisanz auf: Fehlen schon heute 52 000 Beschäftigte in dieser Branche, ist für das Jahr 2025 mit einem Engpass von ca. 260 000 Pflegekräften zu rechnen.

Hervorgerufen wird diese Situation im Wesentlichen durch die offensichtlich niedrige Attraktivität dieses Berufes. Die relativ kurze Beschäftigungsdauer in den Pflegeberufen nach dem Ende der Ausbildung (8,4 Jahre³; Pflegekräfte in Krankenhäusern dagegen 13,7 Jahre) ist ein wesentliches Indiz für den physisch und psychisch besonders belastenden Altenpflegeberuf. Zugleich zeigt dieser kurze Berufsverbleib die schlechten Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeits- und Verantwortungsdruck, geringe Personalausstattung, hohe Krankenrate) in dieser Branche auf. Dieses öffentlich eher negative Abbild des Berufs wirkt sich unter anderem ungünstig auf die Gewinnung qualifizierten Ausbildungsnachwuchses aus. Altenpflegeschulen spüren diese Auswirkung, wenn sich bei einem entspannten Ausbildungsmarkt der potenzielle Nachwuchs in andere Berufsbilder orientiert.

Wenn die Beschäftigten in der Altenpflege, ähnlich wie ihre Kolleginnen und Kollegen in der Krankenpflege, in ihrem Beruf länger aktiv bleiben würden, wäre ein großes Problem erheblich kleiner. Dafür aber müssten die besonderen Arbeitsbedingungen in der Altenpflege erheblich verbessert werden, beispielsweise eine entsprechend leistungsbezogene und tarifgerechte Bezahlung sowie die Möglichkeit, Arbeit und Familie besser unter einen Hut zu kriegen.

Darüber hinaus ist das primäre Ziel, den Beruf insbesondere für junge Menschen attraktiver zu machen. Es müsste deutlich herausgearbeitet werden, dass die Arbeit in der Altenpflege vielseitig und menschlich ist und eine sichere Berufsperspektive bietet. Hier könnten Werboffensiven an allgemeinbildenden Schulen bzw. Ableistung von Schulpraktika in Einrichtungen der Altenhilfe sehr hilfreich sein, das Interesse an diesem Beruf zu wecken.

Hierzu gehört auch, das Ansehen des Pflegeberufes in der Gesellschaft durch nachhaltige

³ Studie Universität Freiburg/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Hamburg (2009)

Imagearbeit zu stärken.

Unternehmerisches Denken erfordert zwingend, dass die Pflegebranche ihren Fachkräftemangel selbst durch verstärkte Aus- und Weiterbildung sichert, wobei dieses auf der Grundlage eines soliden Wettbewerbs zu geschehen hat.

Im Übrigen müsste das Altenpflegepersonal von bürokratischen Aufgaben entlastet werden, um so mehr Zeit für die eigentliche Pflegearbeit zu haben. Zu denken wäre auch an unterschiedliche Qualifikationsstufen in der Ausbildung, eine mögliche Verzahnung der Alten- und Krankenpflegeausbildung, an Fortbildungsmöglichkeiten, Umschulungsmaßnahmen bis hin zur akademischen Ausbildung von so genannten Spitzenkräften.

Hierfür sind allerdings auf Bundes- und Landesebene entsprechende Rahmenbedingungen und Konzepte zu entwickeln.

Der Landkreis Cuxhaven beschäftigt das Thema schon seit geraumer Zeit. Am 19.04.2010 fand hierzu im Kreishaus eine Podiumsveranstaltung zum Thema „Fachkräftemangel in der Altenpflege - Suche nach Wegen aus der Krise“ statt. In dieser Veranstaltung ging es darum, in Kooperation und gegenseitiger Unterstützung mit allen in der Ausbildung Verantwortlichen konkrete Handlungs- und Werbestrategien zu entwickeln. Die Resonanz war ausgesprochen positiv. Die Verantwortlichen aus Politik, Verwaltung, Senioreneinrichtungen, Bundesagentur für Arbeit, ARGE und Altenpflegesschulen verabredeten sich zu weiteren Gesprächen und Aktionen für Anfang des Jahres 2011.

4.9 Handlungsempfehlungen:

Die Daten zur aktuellen und zukünftigen Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung sind regelmäßig fortzuschreiben und ggf. anzupassen.

Um künftigen Pflegebedarfen gerecht werden zu können, ist eine umfassende Weiterentwicklung der bisherigen Angebotsstrukturen notwendig. So sollte das Angebot ergänzender sogenannter „weicher“ Dienste (Hauswirtschaftliche Unterstützung, Einkaufen, gesellschaftliche Teilhabe) weiter ausgebaut werden. Da die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Zukunft voraussichtlich nur durch eine „Pflege-Mix“ sichergestellt werden kann, sind die unterschiedlichen Arten und Ebenen der Pflege und Hilfe besser miteinander zu verzahnen und durchlässiger zu gestalten (z.B. durch die Auflösung der künstlichen Dreiteilung Ambulant/ Stationär/ Teilstationär und der damit verbundenen unterschiedlichen Zuständigkeiten).

Es sind zusätzliche Angebote in der Tages- und Urlaubspflege zu schaffen.

In der stationären Dauerpflege muss die Versorgung in einem Einzelzimmer der Regelfall sein.

Für pflegende Angehörige sind zusätzliche Entlastungsstrukturen zu entwickeln und umzusetzen.

Die Überleitung von einem Klinikaufenthalt nach Hause oder in eine weitere Pflege muss verbessert werden.

Um dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken, muss der Pflegeberuf und damit verbundene Tätigkeiten eine Aufwertung und größere Wertschätzung erfahren.

Die Strukturen und die Umsetzung der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sind differenzierter darzustellen, zu bewerten und ggf. zu verbessern. Der Hospizgedanke muss in allen Bereichen der Pflege etabliert und berücksichtigt werden.

Die Angebote für von Demenz betroffene Personen im Landkreis Cuxhaven sind differenzierter darzustellen, zu bewerten und ggf. zu verbessern. Schon heute besteht ein weiterer Bedarf an niedrighschwelligen Beratungsangeboten, besserer Unterstützung von Angehörigen und teilstationären Angeboten.

5 Wohnen

5.1 Einleitung

Wohnen ist ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität der im Alter oftmals noch zusätzliches Gewicht erhält. Die große Mehrheit der älteren Menschen möchte möglichst lange selbständig und selbst bestimmt in der vertrauten Umgebung, sprich in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus wohnen.

An dieser Stelle wird auf die vorgenommene Abgrenzung zum Wohnen in einem Pflegeheim hingewiesen, welches unter dem Punkt 4 „Pflege“ behandelt wird.

Der zweite Altenbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 1998, der bis heute eine wesentliche Datengrundlage zum Wohnen im Alter ist, zeigt auf, dass ca. 93 % der über 65-Jährigen in ihrer eigenen Wohnung, 5,3 % im Heim und bis zu 2 % in Altenwohnungen leben. Um möglichst lange selbständig und selbstbestimmt in der gewohnten Umgebung verbleiben zu können, ist es notwendig, die Wohnung altersgerecht, d.h. barrierefrei, zu gestalten. Neben der baulichen und gestalterischen Anpassung der Wohnung ist eine ausreichende und angepasste Struktur an Versorgungsmöglichkeiten und Dienstleistungsangeboten bis hin zu Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Mobilität flankierend erforderlich.

Um die notwendigen Rahmenbedingungen zu erhalten bzw. zu ergänzen, ist ein abgestimmtes Handeln der verschiedensten Akteure erforderlich. Entsprechend der Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Wohnen im Alter Bewährte Wege – Neue Herausforderungen Ein Handlungsleitfaden für Kommunen“ kommt diesen im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung ein hohes Maß an Verantwortung zu. Diese Verantwortung für eine altersgerechte Wohn- und Infrastruktur gründet sich aber nicht alleine auf humanitäre Verpflichtung und gesetzliche Zuständigkeiten. Kommunen sollten, auch aus eigenem ökonomischem Interesse, das Wohnen im Alter als wichtiges Handlungsfeld begreifen. Wenn an bestehenden Strukturen keine grundlegenden Veränderungen vorgenommen werden, würde die demographische Entwicklung z.B. auch zu einem wachsenden Bedarf an stationären Pflegeplätzen führen. Die hohen investiven und laufenden Kosten hierfür müssten zum großen Teil trotz Pflegeversicherung von den kommunalen Haushalten mit finanziert werden.

5.2 Statistik

Bundesweit verläuft die Entwicklung der Zahl der Haushalte nicht parallel zur Entwicklung der Bevölkerungszahlen. So ist bei einer zurückgehenden Bevölkerung nach wie vor ein An-

stieg der Haushalte festzustellen. Darüber hinaus besteht der ungebrochene Trend zur Verringerung der Mitglieder pro Haushalt (Haushaltsverkleinerung). Umfasste ein Haushalt in Niedersachsen 1990 noch durchschnittlich 2,3 Personen, so waren es im Jahr 2005 nur noch 2,13 Personen. Bis zum Jahr 2020 wird mit einer weiteren Verkleinerung der Haushalte gerechnet, die dazu führt, dass in 10 Jahren ein durchschnittlicher Haushalt aus ca. 2 Personen bestehen wird. Eine Ursache dafür liegt auch in der Verschiebung der Altersstruktur in der Bevölkerung. Ältere Menschen leben tendenziell in kleineren Haushalten, da die Kinder den Haushalt verlassen haben und/oder der Partner verstorben ist. Gleichzeitig wird diese Entwicklung durch sinkende Geburtenzahlen in jüngeren Haushalten verstärkt, da viele Paare heute kinderlos bleiben. Hinzu kommt, dass auch in den jüngeren Altersgruppen eine wachsende Anzahl von Menschen alleine lebt. In der Bilanz verteilt sich dieselbe Anzahl von Personen folglich auf immer mehr (kleinere) Haushalte.

Innerhalb Niedersachsens gibt es wiederum Unterschiede. Für den Landkreis Cuxhaven wird dabei eine Veränderung der Anzahl der Haushalte im Vergleich 2005 bis 2020 von 0,0 bis minus 6 % ausgegangen. Als Vergleich dazu, wird sich die Anzahl der Haushalte im Landkreis Stade um 7,0 % und mehr, im Landkreis Rotenburg/W. um 3,5 bis 7,0 % und im Landkreis Osterholz um 0,0 bis 3,5 % erhöhen. Der Trend zu kleineren Haushalten wird sich im Landkreis Cuxhaven parallel dazu jedoch nicht verändern.

5.3 Anforderungen an das Wohnen im Alter

Wesentliche Anforderungen an das Wohnen im Alter bestehen hinsichtlich

- eines Wohnungszuschnittes, der sich für Ein- bis Zweipersonenhaushalte eignet,
- einer barrierefreien Wohnungsausstattung, die ein selbständiges Bewegen zu und in der Wohnung bis ins hohe Alter ermöglicht,
- ausreichender Einkaufsmöglichkeiten und sozialer (Versorgungs- und Pflege-) Dienstleistungen im nahen Umfeld,
- eines sicheren und attraktiven Wohnumfeldes,
- einer guten Verkehrsanbindung, insbesondere mit öffentlichen Verkehrsmitteln,
- eines vielfältigen Kultur- und Freizeitangeboten in erreichbarer Entfernung

Da zu erwarten ist, dass es zukünftig verstärkt ärmere ältere Menschen geben wird, müssen Möglichkeiten entwickelt werden, die auch diesen eine angemessene Wohnsituation ermöglicht.

In ländlichen Regionen ist darüber hinaus von einer weniger guten bis einer unzureichenden Infrastruktur mit einer relativ hohen Eigentumsquote an Einfamilienhäusern mit entsprechendem Garten und einer häufig nicht barrierefreien Ausgestaltung auszugehen.

Zur Sicherstellung der zuvor dargestellten notwendigen Rahmenbedingungen sind viele Handelnde, von Vermietern, Planern, Handwerkern bis zum Einzelhandel, den Dienstleistungsunternehmen und vielen andere gefordert, tragfähige Lösungen zu entwickeln und umzusetzen. Eine wichtige, auch moderierende und initiative Rolle kommt den Kommunen im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge zu.

Einige wichtige Ansätze und Handlungsmöglichkeiten werden nachfolgend, genannt.

5.4 Wohnberatung

Manchmal sind es nur Kleinigkeiten, wie z.B. Schwellen, Stufen, zu enge Türen oder fehlende Haltegriffe, die einem das Wohnen in der eigenen Wohnung erschweren. Fachlich versierte oder auch ausgebildete Personen können hier oftmals ohne großen Aufwand Erleichterungen aufzeigen.

Eine so genannte Wohn- oder auch Wohnraumberatung existierte bislang innerhalb des Landkreises Cuxhaven, mit Ausnahme einer Wohnberatung durch die Pflegekassen bei Pflegebedürftigkeit, nicht. Um das wie schon zuvor dargestellte wünschenswerte weitere Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit sicherstellen zu können, baut das Seniorenservicebüro des Landkreises Cuxhaven derzeit ein Wohnberatungsangebot auf. Die Mitarbeiterin des Büros wird als Vorbereitung auf diese neue Aufgabe selbst gerade umfassend fortgebildet. Qualifiziert, beraten und unterstützt wird sie dabei von der Niedersächsischen Fachstelle für Wohnberatung.

Mittel- bis langfristig wäre es wünschenswert, wenn diese Dienstleistung auch dezentral in den Kommunen verankert werden könnte.

Die Einbindung ausgebildeter ehrenamtlicher Wohnberater als ein mögliches Modell kann dabei Garant für eine unabhängige, nicht auf Verdienst gerichtete Wohnberatung sein. Wohnberatungen nach dem zuvor beschriebenen Muster sind in Niedersachsen bereits Realität bzw. in weiteren Kommunen im Aufbau. Auch der finanzielle Aspekt für die Kommunen z.B. im Rahmen eines hinausgezögerten oder umgangenen Heimaufenthaltes und das weitere Bewohnen der Häuser und somit der Erhalt der örtlichen Gemeinschaft spricht für die Umsetzung einer Wohnberatung.

Wohnberater, die die Situation der Senioren kennen, können darüber hinaus eingebunden werden um die barrierefreie Gestaltung von Wohnraum weiter in das öffentliche Bewusstsein zu tragen. Zusammen mit Planern, Bauträgern, Handwerkern, Kommunen und anderen Beteiligten muss ein größeres Bewusstsein für barrierefreies Bauen auch schon in jüngeren Jahren geschaffen werden. Grundsätzlich ist die Bereitschaft, Ausgaben für eine barrierefreie Gestaltung des Wohnraums zu tätigen, größer je länger der voraussichtliche Aufenthalt in der Wohnung/ dem Haus vorgesehen und möglich ist.

Um den Gedanken des barrierefreien Bauens und der Wohnberatung praxisnäher deutlich machen zu können, wäre es wünschenswert, innerhalb des Landkreises Cuxhaven eine Musterwohnung einzurichten, um damit die Möglichkeiten der Alltagsunterstützung durch entsprechende bauliche Umsetzung als auch durch eingesetzte (kleinere und größere) Hilfsmittel aufzeigen zu können. Auch andere Maßnahmen zur anschaulichen Darstellung der Vorteile einer barrierefreien Gestaltung des Wohnraumes sind denkbar, z.B. die Nutzung digitaler Medien.

5.5 Neue Wohnformen

Wie schon unter Punkt 3 erläutert, verändert sich im Zuge der demographischen Entwicklung die Gesellschaft. Dieses hat auch Auswirkungen auf die Wohnsituation ältere Menschen, in dem z.B. das Zusammenleben von zwei, drei oder mehr Generationen unter einem Dach immer seltener wird. Diese erfordert angepasste Wohnräume und entsprechende Versorgungsangebote. Neben dem bereits beschriebenen Erhalt der eigenen Häuslichkeit und eines selbst bestimmten Lebens durch die Anpassung der eigenen Wohnung oder des eigenen Hauses kann auch der Umzug in eine neue Wohnung eine Alternative darstellen. Neben neuen Wohnformen, die nachfolgend noch beschrieben werden, stellt der Umzug in eine barrierefreie, den Wohnbedürfnissen von Senioren auch in der Größe angepasste Wohnung eine vermutlich häufig gewünschte Alternativen dar.

5.5.1 Barrierefreies Wohnen

Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach barrierefreien Wohnungen, die über einen entsprechenden Zuschnitt für ein bis zwei Personen verfügen sollten, zunehmen wird. Insofern sollten Wohnungsvermieter auf diese zukünftig steigende Nachfrage reagieren. Dieses gilt sowohl für Privatvermieter, als auch für Wohnungsbaugesellschaften und für Kommunen.

Das Vorhalten von barrierefreiem Wohnraum stellt zunehmend einen Standortvorteil für Kommunen da.

Die Auswertung des Erhebungsbogens zur Versorgungssituation im Landkreis Cuxhaven (**Anlage 6**; weitere Ausführungen zu dem Erhebungsbogen s. auch Pkt. 7.1) weist u.a. die Anzahl vorhandener barrierefreier Wohnungen in den Kommunen aus. Erfragt wurden barrierefreien Wohnungen ab Einheiten von vier Wohnungen. Dieses bedeutet, dass vorhandene Einzelwohnungen oder kleinere Einheiten nicht aufgenommen wurden, aber gleichwohl vorhanden sein werden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass in den Kommunen keine abschließende Übersicht über vorhandene barrierefreie Mitwohnungen vorhanden sein wird. In der Regel befinden sich die angegebenen Wohnungen in den jeweiligen Hauptorten der Kommunen.

Tabelle 5.1 Barrierefreie Wohnungen im Landkreis Cuxhaven

	Stadt Cuxhaven	Langen	Loxstedt	Nordholz	Schiffdorf	Am Dobrock	Bederkesa	Beverstedt	Börde Lamstedt	Hadeln	Hagen	Hemmoor	Land Wursten	Sietland
Barrierefreie Wohnungen/ Anz.*	ja/ Anz. unbek.	ja/ 41	ja/ 32	ja/ 47	ja/ 12	ja/ 30	ja/ 4	ja/ 12	nein	ja/ 40	ja/ Anz. unbek.	k.A.	ja/ 48	unbek.

Stand Juli 2010

* in Einheiten ab 4 Wohnungen

Für Kommunen als auch Vermieter ist es in diesem Zusammenhang wichtig, vorhandene **Angebote bekanntmachen** zu können, um so Vermieter und potentielle Mieter zusammenzuführen. Eine Möglichkeit wäre auf regionaler Ebene seitens der Kommunen, ggf. unter Einbindung der Wohnungswirtschaft, ein entsprechendes **Portal einzurichten, in dem barrierefreie Wohnungen angeboten werden**. Dieses wird beispielsweise bereits in der Region Hannover durch eine benutzerfreundlich gestaltete Online-Wohnungsbörse unter der Adresse www.barrierefrei-wohnen-hannover.de umgesetzt.

Neben dem klassischen Wohnen in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus haben sich verschiedene weitere Wohnmodelle gebildet, von denen nachfolgend einige beispielhaft aufgeführt werden.

5.5.2 „Wohnen gegen Unterstützung“

Die Idee hinter dieser Möglichkeit ist die, dass die im Laufe des Lebens, z.B. durch Auszug der Kinder, die zu groß gewordene Wohnung oder das Haus nicht mehr in diesem Umfang genutzt werden kann und die Unterhaltung auch des Grundstückes zunehmend ein Problem darstellt. Zum anderen suchen andere, ggf. auch mobilere Personen, Kontakt oder einen günstigen Wohnraum und können ihre Unterstützung einbringen. Durch die gemeinsame Nutzung des Wohnraumes kann der Erhalt der eigenen Häuslichkeit weiterhin gesichert und erleichtert werden.

Zweifelsfrei besteht in dieser Form des Zusammenlebens auch ein gewisses Risiko, so dass die sich daraus ergebenden, auch rechtlichen, Aspekte vorab zu klären sind.

Um das Zueinander Bringen dieser Personen zu erleichtern, wäre auch hier die Einrichtung ein entsprechendes Portals (s. Pkt. 6.5.1) sinnvoll.

5.5.3 Gemeinschaftliche Wohnprojekte

Seit einiger Zeit wächst die Zahl älterer Menschen, die nach der Berufs- und Familienphase noch einmal etwas Neues ausprobieren wollen. Sie wollen vor allem in Gemeinschaft mit anderen zusammenleben, aber sich gleichzeitig ein hohes Maß an Selbständigkeit erhalten. Daher entscheiden sie sich für gemeinschaftliche Wohnformen, in denen sie entweder nur mit älteren oder im Generationenmix zwischen Jung und Alt zusammenleben. Bei solchen gemeinschaftlichen Wohnformen geht der Gemeinschaftsaspekt weit über das hinaus, was man von „normalen“ Nachbarschaftsverhältnissen kennt. Oft planen diese Gruppen ihre Wohnprojekte selbst und setzen es in Kooperation mit anderen Akteuren, etwas Wohnungsbau- oder Wohnungsgesellschaften, um.

Die Chancen dieser Wohnformen bestehen darin, im Alter möglichst lange selbständig wohnen zu können und nicht alleine zu sein. In der Regel verfügt dabei jeder Bewohner/jede Bewohnerin über eine eigene abgeschlossene Wohnung und darüber hinaus bestehen anteilig von den Wohnungsinhabern mit finanzierte Gemeinschaftsräume. Im Notfall kann so auf das Hilfenetz der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner zurückgegriffen werden. Fachpflegerische Leistungen kommen jedoch bei Bedarf durch ambulante Pflegedienste ins Haus. Es ist aber bei mehreren Menschen finanziell leichter möglich, z.B. eine Haushaltshilfe oder Pflegekraft gemeinsam zu beschäftigen.

Insgesamt sollte jeder zuvor überlegen, ob eine solche Wohngemeinschaft für ihn die richtige Wohnform ist (aus: Leben und Wohnen für alle Lebensalter – bedarfsgerecht, barrierefrei,

selbst bestimmt; Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

Weitere Informationen zu diesem Thema sind zu erhalten unter:

- Gemeinsam statt einsam – Informationsportal zu neuen Wohnformen
www.neue-wohnformen.de
- Bundesmodellprogramm Neues Wohnen – Beratung und Kooperation für mehr Lebensqualität im Alter
www.modellprogramm-wohnen.de
- Bundesvereinigung Forum Gemeinschaftliches Wohnen
www.fgw-ev.de
- Initiative Neues Wohnen im Alter
www.nwia.de

5.5.4 Betreutes Wohnen/ Service-Wohnen

Das Betreute Wohnen oder auch Service-Wohnen (im Nachfolgenden Betreutes Wohnen genannt) ist eine Wohnform, die ihren Bewohnern eine gewisse Versorgungssicherheit bietet und auch das Gemeinschaftsleben fördern soll und somit der Vereinsamung entgegenwirkt. Das Betreute Wohnen wird in der Regel in Anlagen mit mehreren Wohneinheiten angeboten. Im Vordergrund steht dabei das Mietverhältnis über einen seniorenrechtlichen und barrierefreien Wohnraum. Darüber hinaus können weitere Zusatzleistungen wie z.B. Mahlzeiten, Reinigung und Pflege angeboten werden, die in der Regel frei wählbar und nicht mit dem Mietvertrag verbunden sein sollten. Fester Bestandteil des Vertrages ist in der Regel jedoch ein fester Ansprechpartner vor Ort, der berät, informiert und bei Bedarf weitere Dienstleistungen vermittelt und ein rund um die Uhr erreichbarer Notruf.

Zu beachten ist, dass je mehr zusätzliche Dienstleistungen, die ggf. nicht frei wählbar sind und möglicherweise aus ein und derselben Hand angeboten werden, die Abhängigkeit der Person, die den Mietvertrag abschließt, zunimmt. Hier könnten Abgrenzungsprobleme zum Heimrecht auftreten. Träger von Betreutem Wohnen sollten den offenen Kontakt zur Heimaufsicht suchen, um mögliche Probleme zu vermeiden. Anlagen des Betreuten Wohnens verfügen in aller Regel über Gemeinschaftsräume zur Nutzung durch die Bewohnerinnen und Bewohner, um somit den Gemeinschaftssinn zu fördern und einer Vereinsamung entgegenzutreten.

Die Wohnform des Betreuten Wohnens ist eine gute Möglichkeit, möglichst lange ein eigenständiges und selbst bestimmtes Leben zu führen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kosten des Betreuten Wohnens derzeit im Allgemeinen über denen einer normalen Mietwohnung liegen. **Konzeptionell sollten günstigere Formen des Betreuten Wohnens erarbeitet werden, die dieser Wohnform zu einer weiteren Attraktivität verhelfen könnten.**

Bei der Initiierung, Förderung und Einrichtung einer Anlage des Betreuten Wohnens sollte die DIN 77800 – Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ unbedingte Berücksichtigung finden. Diese Norm definiert Mindestqualitätsstandards, die für Anbieter eine Orientierung schaffen, welche Leistungsangebote sie vorhalten sollten, wenn sie Betreutes Wohnen anbieten wollen. Gleichzeitig soll für die Mieter durch diese Norm die Leistungstransparenz dieses Wohnangebotes verbessert werden.

Zu bedenken ist, dass im Falle des Eintretens einer Schwerstpflegebedürftigkeit der Umzug in eine Pflegeeinrichtung notwendig werden kann. Dieses gilt auch für demente Personen, je nach Fortschritt der demenziellen Erkrankung.

Die Auswertung des Erhebungsbogens zur Versorgungssituation im Landkreis Cuxhaven (**Anlage 6**; weitere Ausführungen zu dem Erhebungsbogen s. Pkt. 7.1) beinhaltet u.a. die Darstellung der in den Kommunen vorhandenen Einrichtungen des Betreuten Wohnens. Demnach befindet sich in den Bereichen Stadt Cuxhaven, Stadt Langen, Gemeinde Loxstedt, Gemeinde Nordholz, Samtgemeinde Bederkesa, Samtgemeinde Hadeln, Samtgemeinde Hemmoor und Samtgemeinde Land Wursten jeweils zumindest eine Einrichtung des Betreuten Wohnens. Die genaue Anzahl an Wohnungen konnte nicht ermittelt werden, da diese vor Ort zum Teil nicht bekannt waren. Da, wie zuvor dargelegt, das Betreute Wohnen geeignet ist, ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit zu bewahren und einen Heimaufenthalt zu verhindern bzw. hinauszuzögern, sollte diese Wohnform zumindest einmal in jeder Stadt, Einheitsgemeinde und Samtgemeinde zur Verfügung stehen. Soweit dort, wo Einrichtungen bestehen, die Nachfrage größer als das Angebot ist, sollten Kommunen und Bau-träger die Umsetzung weiterer Wohneinheiten des Betreuten Wohnens prüfen.

Insgesamt sollten sich die Kommunen bemühen, aktuelle Informationen über die in ihrem Gebiet vorhandene Einrichtungen und Plätze des Betreuten Wohnens für potentielle Nutzer vorzuhalten.

Tabelle 5.2 Anlagen des Betreuten Wohnens im Landkreis Cuxhaven

	Stadt Cuxhaven	Langen	Loxstedt	Nordholz	Schiffdorf	Am Dobrock	Bederkesa	Beverstedt	Börde Lamstedt	Hadeln	Hagen	Hemmoor	Land Wursten	Sietland
Anlagen des Betreuten Wohnens	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	ja	ja/ 48	nein

Stand Juli 2010

5.5.5 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Ambulant betreute Wohngemeinschaften bieten die Möglichkeit, die Vorteile des Heimes mit denen des häuslichen Wohnens zu verbinden. Diese Wohnform bietet sich in der Regel für pflegebedürftige Menschen mit einem gesteigerten Betreuungs- und/oder Pflegebedarf an. Da die Interessen und Bedürfnisse der WG-Mitglieder Maßstab für das Handeln in der Wohngemeinschaft sind, bleibt das selbst bestimmte Wohnen auch bei hohem Pflegebedarf so weit wie möglich erhalten und die Lebensqualität wird gesichert. Das Wohnen und die Versorgung finden in einer „normalen“ Wohnung statt, in der jede Bewohnerin/jeder Bewohner ein eigenes Zimmer hat. Das Wohnzimmer wird gemeinsam genutzt. Mittelpunkt ist in der Regel eine Wohnküche, in der die Mahlzeiten zubereitet werden und weitere Aktivitäten stattfinden. Je nach Bedarf werden darüber hinaus die Bewohner rund um die Uhr oder auch nur zeitweise von ambulanten Diensten und/oder anderen Personen, wie z.B. Angehörigen, betreut und gepflegt.

Die Idee der ambulant betreuten Wohngemeinschaft ist in städtischen Bereichen eher verbreitet als in ländlich strukturierten Gebieten. Für beide Bereiche kann diese Wohnform durchaus eine attraktive Alternative zu einem Heimaufenthalt sein. Wichtig ist, dass die verschiedenen Beteiligten, angefangen von den potentiellen Bewohnern und deren Angehörigen über den Vermieter, den Pflegediensten, dem Sozialhilfeträger bis hin zu der Standortkommune die Möglichkeiten der Einrichtung entsprechender Wohngemeinschaften prüfen. Nicht zuletzt ist ein schlüssiges Finanzierungskonzept ein wichtiger Baustein des Unterfangens. Dass diese Wohnform eine Alternative darstellen kann, wurde schon wiederholt bewiesen. Für den Bereich des Landkreises Cuxhaven wäre es wünschenswert, zumindest ein entsprechendes „Modellprojekt“ vorweisen zu können, um sich von einer Praxistauglichkeit di-

rekt vor Ort überzeugen zu können und um die damit gewonnenen Erfahrungen ggf. in weitere Projekte einbringen zu können.

5.6 AAL- Assistenzsysteme im Dienste des älteren Menschen

Mit diesem Beitrag soll ein Ausblick auf zukünftige neue Unterstützungsangebote für Senioren eröffnet werden.

Ausgehend von einer Gesellschaft, in der Alter und Individualisierung gegenüber Jugend und Gemeinschaft zunimmt, bedeutet dieses auch, dass die Zahl an älteren und allein stehenden Menschen stetig zunehmen wird. Diese Entwicklung wird einen steigenden Bedarf an Orientierungs-, Unterstützungs- und Hilfsangeboten bei älteren Menschen schaffen. Dieser soll auch mit Hilfe intelligenter Technik, die ältere Menschen in ihrem Alltagsleben unterstützt, gedeckt werden.

Die Abkürzung AAL steht für Ambient Assisted Living, welches sinngemäß Übersetzt Assistenzsysteme im Dienste der älteren Menschen bedeutet. Unter AAL werden somit Konzepte, Produkte und Dienstleistungen verstanden, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und verbessern mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten zu erhöhen. Die Grundlage hierzu sind altersgerechte Assistenzsysteme auf Basis moderner Mikrosystem- und Kommunikationstechnik. Dieses können neuartige telemedizinische Lösungen sein oder technische Helfer, die einen Teil der täglichen Hausarbeit übernehmen aber auch intuitiv bedienbare Kommunikationsmittel, die den Kontakt mit dem sozialen Umfeld erleichtern. Diese Lösungsansätze und die damit verbundenen Entwicklungen werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und unterstützt.

Beispiele für Anwendungen können sein:

- „Die Wand passt auf“ – Sensoren überprüfen kontinuierlich den Gesundheitszustand der Senioren und können neben den Vitaldaten, wie Atemfrequenz oder Herzfrequenz, auch die derzeitige aktuelle Position innerhalb der Wohnung übermitteln. So kann festgestellt werden, ob der alte Mensch beispielsweise morgens wie gewohnt aufgestanden ist. Kritische Daten können über ein Notruf- und Sicherheitssystem weitergeleitet werden.
- Kranken- und Altenpflege findet heute in den meisten Fällen in der Wohnung des Pflegebedürftigen statt. Die Pflege wird dort oft von vielen verschiedenen Personen – von professionellen Pflegekräften und Ärzten bis zu Angehörigen und Nachbarn – geleistet. Auf diese Weise können die alten Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Damit die Betreuung optimal aufeinander abgestimmt werden kann, muss jeder Beteiligte wissen,

was die jeweils anderen getan haben. Damit alle jederzeit auf dem Laufenden sind, wird eine durchgängige Betreuungs- und Pflegedokumentation gebraucht und durchgeführt. Mit Hilfe einer „elektronischen Pflegeakte“ kann somit ein umfassendes und objektives Gesamtbild über das tägliche Leben des Pflegebedürftigen entstehen und ggf. auch von außerhalb der Wohnung abgerufen werden.

- Mit Hilfe von elektronischen Assistenzsystemen können individuell erarbeitete Bewegungsübungen und -spiele zu Hause angeboten, durchgeführt und erfasst werden.

Ob und wann dieses Thema in eine breite Anwendung münden wird und welche Aufgaben auf örtliche Institutionen und Behörden zukommen können, kann derzeit nicht ausreichend eingeschätzt werden. Die Entwicklung ist zu beobachten und im Zuge infrastruktureller Maßnahmen, wie z.B. dem Ausbau entsprechender technischer Verbindungsleitungen oder im Wohnungsbau, zu berücksichtigen.

Weitere Informationen sind zu erhalten unter:

- - www.aal-deutschland.de
- - Bundesministerium für Bildung und Forschung – BMBF – Broschüre „AAL“, 2008
- - www.dienstleistungundtechnik.de
- - www.aal-kongress.de

5.7 Fördermöglichkeiten zur barrierefreien Gestaltung von vorhandenem Wohnraum und für den barrierefreien Neubau

Eine staatliche Förderung zum barrierefreien Neubau, zur barrierefreien baulichen Gestaltung des bestehenden Wohneigentums oder z.B. zum Einkauf in eine Wohnungsgenossenschaft ist möglich. Diese Förderungen werden seitens des Bundes von der **KfW Bankengruppe** (ehemals Kreditanstalt für Wiederaufbau) als Anstalt des öffentlichen Rechts gewährt; auf Landesebene von der **NBank**, ebenfalls eine Anstalt des öffentlichen Rechts. Förderanträge sind über das Geldinstitut des Antragstellers zu stellen.

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Planes wurden sowohl von der KfW als auch der NBank unterschiedliche Förderprogramme sowohl für private Wohnraumeigentümer als auch für Kommunen oder Träger sonstiger sozialer Einrichtungen angeboten. Beispielsweise können folgende Förderprogramme genannt werden:

- Investitionszuschüsse für Maßnahmen zur Reduzierung von Barrieren im Wohnungsbestand für Eigentümer, Ersterwerber, Wohnungseigentümergeinschaften und Mieter (mit Zustimmung des Vermieters)
- Für die selben Maßnahmen werden auch über ein anderes Programm zinsverbilligte Darlehen für die zuvor genannten Maßnahmen angeboten.
- Darlehensgewährung für den Neubau, Aus- und Umbau sowie die Erweiterung von Apartmentwohnungen in Wohngruppen oder Wohn-/Schlafräume in Wohngemeinschaften als Mietwohnraum für ältere Menschen, schwer behinderte Menschen oder hilfe- und pflegebedürftige Personen mit niedrigen bzw. mittleren Einkommen.
Dabei haben Bauvorhaben für „**Betreutes Wohnen**“ Vorrang.
- Darlehensgewährung für die Schaffung von Mietwohnungen für ältere Menschen ab 60 Jahre, schwer behinderte Menschen sowie hilfe- und pflegebedürftige Menschen.
- Kredite für gemeinnützige Organisationen, z.B. auch für den senioren- und behindertengerechten Umbau von Wohnungen und auch die Einrichtung von betreutem Wohnen und ambulanten Pflegeeinrichtungen
- Vergünstigte Kredite für Kommunen zur Förderung nahezu aller Investitionen in die kommunale Infrastruktur
- Vergünstigte Kredite erhalten die Kommunen z.B. auch zur Baulanderschließung. Ggf. ist damit auch eine Projektierung von barrierefreien Mietwohnungen oder alternativen Wohnprojekten möglich.
- Für schwer behinderte Menschen gibt es eine Förderung zum Eigentumserwerb.

Die konkreten Förderprogramme und deren Voraussetzungen sind bei den nachstehenden Anstalten zu erfragen.

KfW Palmengartenstr. 5-9 60325 Frankfurt/ M. Tel.: 069/ 74 310 www.kfw.de	Investitions- und Förderbank- NBank Günther-Wagner-Allee 12-16 30177 Hannover Tel.: 0511/ 300 310 www.nbank.de
---------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Informationen und Beratung zu den Förderprogrammen sind auch durch das Amt Bauaufsicht und Regionalplanung des Landkreises Cuxhaven zu erhalten.

Über die **Pflegeversicherung** sind Zuschüsse zur barrierefreien Gestaltung des Wohnraums möglich. Ansprechpartner dafür sind die gesetzlichen Pflegekassen. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen setzt in der Regel die Feststellung der Pflegebedürftigkeit voraus (s. auch zu Pkt. , Pflege und Gesundheit).

Innerhalb der Städte, Gemeinden und Samtgemeinden des Landkreises bestehen ggf. weitere Möglichkeiten oder konkrete Angebote, bei der Beschaffung oder Erstellung eines (möglichst) barrierefreien Wohnraumes mitzuwirken.

Beispielsweise werden die Projekte „Wohnlotsen“ und CuxVita der Stadt Cuxhaven genannt:

- Das Projekt „Wohnlotsen“ beschäftigt sich mit dem Verkauf oder einer möglichen Sanierung einer „Bestandsimmobilie“. Zum einen können Verkaufswillige (auch Senioren) mit einem Expertenteam überlegen, wie dieses organisiert werden kann, zum anderen können kaufinteressierte (auch Senioren) sich beraten lassen, welche Möglichkeiten es gibt, diese Immobilie barrierefrei zu gestalten.
- Das Projekt CuxVITA hält ein Netzwerk vor, auf das Wohnungseigentümer zurückgreifen können, um deren Bestandsimmobilie altersgerecht zum „Haus für’s ganze Leben“ umzubauen.

Genauere Informationen sind bei der Stadt Cuxhaven zu erhalten.

5.8 Aufgaben der Kommunen

„Hilfe der Kommunen bei allen Wohnformen gefragt“ - Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat im Jahr 2008 die Informationsbroschüre „Wohnen im Alter, bewährte Wege – neue Herausforderungen, ein Handlungsleitfaden für Kommunen“ herausgegeben. Darin heißt es auszugsweise:

„Der Unterstützungsbedarf ist bei den ... aufgezeigten Wohnformen (... gemeinschaftliches Wohnen und Betreutes Wohnen) zwar sehr unterschiedlich, in einem Punkt ist aber bei allen die Hilfe der Kommune gefragt. Um eine Einbindung ins Gemeinwesen zu ermöglichen, ist es zunächst entscheidend, ein geeignetes, möglichst zentrales Grundstück zu finden. Die größten Hürden bestehen nach den bisherigen Erfahrungen bei der Realisierung selbst organisierter gemeinschaftlicher Wohnprojekte. Neben der Bereitstellung eines (bezahlbaren) Grundstücks kann die Kommune insbesondere

- Bauträger vermitteln, die über Vorkenntnisse verfügen und sich beim Bau oder Umbau von Wohnungen auf Personengruppen mit besonderen Interessen und Bedürfnissen und finanziellen Hintergründen „einlassen“,
- über Fördermittel im Rahmen der sozialen Wohnungsbauförderung aufklären, diese vermitteln oder ggf. selbst bereitstellen,
- bei geförderten Wohnungen die Belegungsbindung lockern, damit die Menschen berücksichtigt werden können, die Interesse an den besonderen Formen des Gemeinschaftslebens haben.“

Ganz allgemein sollten die Kommunen vor Ort u.a. unter Berücksichtigung der zuvor genannten Wohnformen ein seniorenrechtliches und selbst bestimmtes Wohnen als Alternative zum Heimaufenthalt unterstützen und somit nicht zuletzt die Wohn- und Lebensqualität der eigenen Gemeinde zu steigern bzw. attraktiv zu halten.

Weitere Informationen sind u.a. der Broschüre

- „Wohnen im Alter
- Bewährte Wege-neue Herausforderungen
- Ein Handlungsleitfaden für Kommunen“

des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu entnehmen.

5.9 Erhebung der Wohnsituation in den Städten, Gemeinden und Samtgemeinden

Zur aktiven Begleitung und Gestaltung des demografischen Wandels ist ein konkreter Überblick über die Wohnsituation in den Kommunen notwendig. Dazu wären beispielsweise Informationen über die Anzahl der Haushalte, deren Größe, die Zusammensetzung der Bewohner, das Baujahr der Gebäude etc. notwendig. Die Veränderung der Gesellschaft wird in unterschiedlicher Intensität dazu führen, dass sich auch die Wohnstrukturen weiter verändern werden:

Die vorhandenen Ein- oder Mehrfamilienhäuser, viele davon nicht barrierefrei, werden in Zukunft nicht mehr den Wohnansprüchen der Bewohner genügen.

- Die Siedlungshäuser aus den 50er und 60er Jahren sind vielfach sanierungsbedürftig und entsprechende finanzielle Mittel zur Modernisierung oftmals nicht vorhanden.

- Die Häuser sind, nach dem Auszug der Kinder, für die verbliebenen Bewohner zu groß und der Garten kann ggf. nicht mehr unterhalten werden.
- Die Einwohnerzahlen und die Haushaltsgrößen schrumpfen weiter, so dass entsprechend passender Wohnraum vielerorts nicht vorhanden ist.
- Das Umfeld eine ausreichende Versorgung nicht (mehr) leisten kann.

Es gibt vielerlei Gründe, die dafür sprechen, dass sich die Kommunen ein genaueres Bild von der Wohnsituation in ihrem Bereich heute und für die Zukunft machen sollten. Dieses bezieht sich im Übrigen auf alle Generationen. Auf Landkreisebene sollten einheitliche Verfahren angewandt werden, so dass neben der Darstellung aus Städte-, Gemeinden- oder Samtgemeindensicht auch ein landkreisweiter Überblick möglich ist. Die derzeitigen statistischen Portale auf Landes- bzw. Bundesebene ermöglichen dieses nicht oder nur sehr grob.

Die NBank unterstützt die Kommunen beim Aufbau einer „kommunalen Wohnungsmarktbeobachtung“. Nähere Informationen sind zu erhalten bei der

Investitions- und Förderbank- NBank, Günther-Wagner-Allee 12-16, 30177 Hannover, Tel.: 0511/ 300 310, www.nbank.de

5.10 Strukturentwicklung, Wohnungsbau und Versorgung

Wohnen ist, wie schon beschrieben, immer im Kontext zu vielen anderen Dingen des Lebens, wie z.B. Versorgung und Mobilität, zu sehen. Strukturen, die eine zufriedene Wohnsituation für Senioren schaffen, kommen in aller Regel auch anderen Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Menschen mit Behinderungen oder Familien mit Kindern entgegen. Entsprechende Strukturen sind daher nicht speziell und ausschließlich auf die Gruppe der Senioren ausgerichtet. Zentralörtliches Wohnen mit kurzen Wegen zu einem guten Angebot an infrastrukturellen Einrichtungen steigert die Lebensqualität und stärkt den Bestand der Kommune.

Daraus folgen unmittelbare Anforderungen an die örtliche Planung baulicher Anlagen. Diese sollte

- eine Umsetzung und Stärkung zentraler Orte, an der auch die umliegenden kleineren Orte mit einer unzureichenden Versorgungsstruktur partizipieren, vornehmen
- kompakte Strukturen mit einer guten Durchmischung von Wohnen und Versorgung schaffen
- Vorhaltung von Flächen für barrierefreien Mietwohnungsbau und neue Wohnformen

- eine gute verkehrliche barrierefreie Anbindung, insbesondere durch den ÖPNV sicherstellen
- und die örtliche Identität, Kommunikation und Gemeinschaft durch eine entsprechende bauliche Gestaltung der Ortsmitte, z.B. durch Begegnungsflächen, fördern.

Die Auswertung des Erhebungsbogens zur Versorgungssituation im Landkreis Cuxhaven (**Anlage 6**; weitere Ausführungen zu dem Erhebungsbogen s. auch Pkt 7.1) führt u.a. die Kommunen auf, die Flächen für barrierefreies Bauen in zentralörtlicher Lage vorhalten. Erfragt wurden, ob diese im Zuge der Bauleitplanung festgeschrieben oder anderweitig „reserviert“ werden, ist dabei nachrangig.

Als Ergebnis konnte festgestellt werden, dass zwei Kommunen entsprechende Vorsorge getroffen haben.

Tabelle 5.3 Vorhalten von Flächen für barrierefreies Bauen

	Stadt Cuxhaven	Langen	Loxstedt	Nordholz	Schiffdorf	Am Dobrock	Bederkesa	Beverstedt	Börde Lamstedt	Hadeln	Hagen	Hemmoor	Land Wursten	Sietland
Ausgewiesene/reservierte Flächen für barrierefreien Wohnungsbau	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Stand Juli 2010

5.11 Handlungsempfehlungen:

Das Wohnumfeld trägt sehr stark zur individuellen Lebensqualität bei. Mit zunehmendem Alter geht in der Regel die eigene Mobilität zurück und die Wohnung wird immer mehr zum Alltags- und Lebensmittelpunkt (vgl. Punkt 7.2). Die sichere und barrierefreie Gestaltung der Wohnung und des nahen Wohnumfeldes sind daher essentiell für ein selbstbestimmtes Altern. Bei den künftigen baulichen Entwicklungen sind die Kommunen gehalten, diese seniorenspezifischen Bedürfnisse zu beachten. Dafür ist es erforderlich, eine detaillierte Übersicht über die Wohnsituation der Senioren in ihrem Gebiet zu erarbeiten.

In der weiteren Entwicklung ist ein barrierefreier, an gute Versorgungsstrukturen angebundener Mietwohnungsbau zu fördern, der unter anderem die Wohnbedürfnisse

der Senioren berücksichtigt. Die Etablierung neuer seniorengerechter Wohnformen sollte ebenfalls gefördert und umgesetzt werden. Zur Umsetzung der zuvor genannten Projekte sollten geeignete Grundstücke planerisch ausgewiesen und ggf. auch vorgehalten werden.

Zur besseren Vermarktung und Orientierung möglicher Nutzer sollten die Kommunen eine Übersicht bzw. ein Portal über diese vorhandenen Angebote erstellen. Um eine kreisweite Übersicht zu erlangen, sind die Ergebnisse der Städte, Gemeinden und Samtgemeinden durch den Landkreis Cuxhaven entsprechend zusammenzuführen.

Zur Verbesserung der bestehenden Wohnsituation von Senioren ist im Weiteren kreisweit eine qualifizierte Wohnberatung aufzubauen.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass ein umfassender Sensibilisierungsprozess der örtlichen Akteure stattfinden muss. Denn im Zuge der demografischen Entwicklungen wird attraktiver seniorengerechter Wohnraum künftig zu einem wichtigen Standortfaktor werden.

6 Mobilität

6.1 Einleitung

Mobilität im Sinne dieses Beitrages ist das Aufsuchen anderer Örtlichkeiten, in der Regel ausgehend von dem Wohnort bzw. der eigenen Häuslichkeit. Dieses Aufsuchen geschieht in aller Regel zu Fuß, per Fahrrad, mit dem PKW oder mit Hilfe des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV). Zunehmend wird unter Mobilität auch die Nutzung des Internets verstanden, auf die nachfolgend auch eingegangen wird.

Die Sicherstellung der Mobilität ist eine Kernaufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge und eine unbedingte Voraussetzung zur Gestaltung des Alltags und unverzichtbares Mittel zur gesellschaftlichen Teilhabe. Die Notwendigkeit der Mobilität ist mit nahezu allen Bereichen und Themen, die in diesem Plan für Senioren angesprochen werden, eng verknüpft. Gerade in ländlich strukturierten Regionen, wie sie überwiegend innerhalb des Landkreises Cuxhaven zu finden sind, ist vor dem Hintergrund einer ausgedünnten Infrastruktur die Notwendigkeit einer ausreichenden Mobilität unverzichtbar, wenn auch nicht überall mit gleicher Qualität umsetzbar.

Soweit die Mobilität zu Fuß, per Fahrrad und auch mit dem Auto alters- bzw. krankheitsbedingt eingeschränkt oder auch gar nicht mehr möglich ist, kommt einem ausreichend ausgebauten Netz des ÖPNV eine besondere Bedeutung zu. Aber auch alle nachfolgend einzeln betrachteten Fortbewegungsarten sollten auf die Bedürfnisse mobilitätseingeschränkter Personen abgestimmt sein.

6.2 Mobilität zu Fuß, mit dem Fahrrad und mit dem Auto

Mobilität zu Fuß

Der Fußverkehr ist im unmittelbaren häuslichen Umfeld eine Mobilitätsform, die weit überwiegend durch öffentliche Infrastruktur, wie z.B. Gehwege, Straßen und Plätze, sichergestellt wird. Insofern ist es auch eine Aufgabe, diese Infrastruktureinrichtungen für mobilitätseingeschränkte Personen barrierefrei herzustellen bzw. zu erhalten.

Unzureichend oder ungeeignet befestigte, nicht oder nur unzulänglich beleuchtete und schlecht einzusehende Wege stellen schon ein Hindernis dar und schränken die Nutzung zum Teil erheblich ein. Notwendig fußläufig zurückzulegende Wege, z.B. von einem Siedlungsbereich in die Ortsmitte, sollten über entsprechende Sitzbänke verfügen.

Generell sollen die notwendigen Versorgungseinrichtungen innerhalb eines Ortes oder Be-

reiches zentral zu der vorhandenen Wohnbebauung liegen, so dass diese über kurze Wege fußläufig oder mit dem Fahrrad erreichbar sind.

Mobilität mit dem Fahrrad

Der Radverkehr sichert eine höhere Mobilität im innerörtlichen als auch zwischenörtlichen Verkehr. Gerade Senioren, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht (mehr) motorisiert sind, erlangen so eine zusätzliche Mobilität z.B. für Besorgungen in der näheren Umgebung. Auch hier gilt, dass die entsprechenden Infrastruktureinrichtungen, wie Straßen und Radwege in einem gut nutzbaren Zustand sein müssen. Ein, aus optisch-städtebaulichen Gründen eingebrachtes Kopfsteinpflaster schränkt die Nutzbarkeit des Fahrrades deutlich ein. Daher sollte überlegt werden, ob nicht Radfahrstreifen oder Wege mit einem entsprechend ebenen Belag geeigneter sind oder ergänzend hergestellt werden. Generell bietet ein von der Straße abgesetzter Radweg eine höhere Sicherheit und somit eine bessere Nutzbarkeit.

Radwege verbessern die Möglichkeit, die in Nachbarorten vorhandenen Versorgungsstrukturen zu nutzen.

Insofern ist das Radwegenetz gerade von weniger gut versorgten Orten zu besser versorgten Orten auszubauen und zu erhalten.

Über den Versorgungsgedanken hinaus, beinhaltet die Möglichkeit des barrierefreien und sicheren Fahrradfahrens, z.B. im Hinblick auf die Erreichbarkeit von Freunden und Bekannten sowie von Freizeitangeboten, eine soziale Komponente und wirkt somit der Vereinsamung im Alter entgegen. Die Bewegung auf dem Fahrrad stellt auch einen Beitrag zur körperlichen und geistigen Gesunderhaltung der Senioren dar.

Auch verbindet das Fahrrad oftmals den Weg von der Haustür zur nächsten Haltestelle des öffentlichen Personennahverkehrs und ergänzt dieses System damit nicht unerheblich.

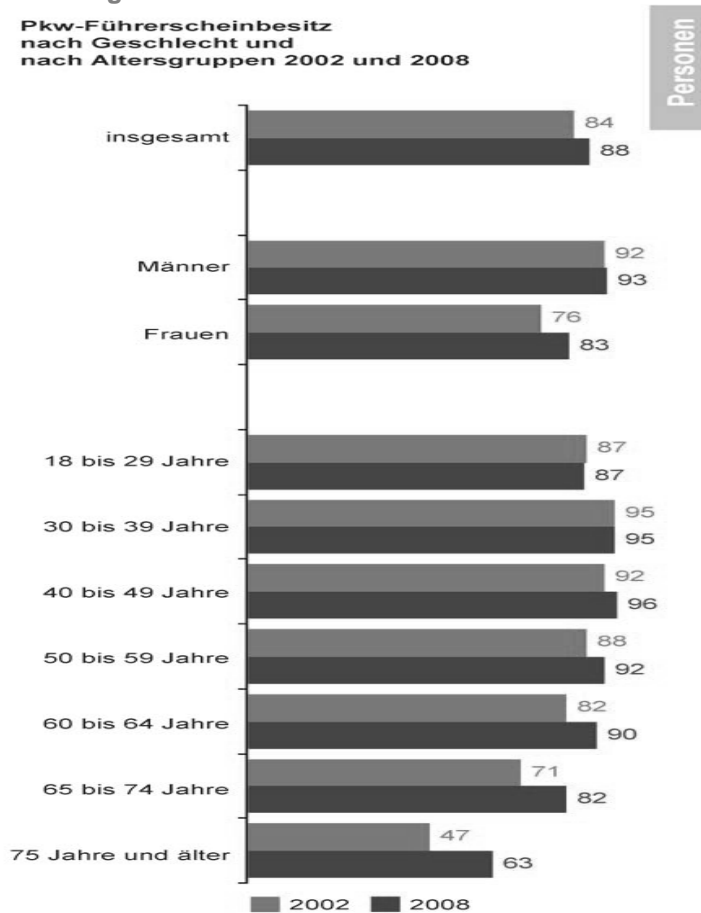
Mobilität mit dem PKW

Der PKW ist auch für Senioren das am häufigsten gebrauchte Verkehrsmittel. Dieses wird sich nach entsprechenden Erhebungen in absehbarer Zeit nicht ändern. So steht zum Beispiel einem Rückgang der Einwohner eine zunehmende Nutzung des Pkws, der Altersgruppe 60+, gegenüber.

Senioren nutzen das Auto unvermindert bis in das höhere Lebensalter. Im Zuge einer über die Jahrzehnte gestiegenen Motorisierung und dem damit auch verbundenen Erwerb des Führerscheins nutzen den PKW somit auch zunehmend Personen im höheren Lebensalter. Nicht unwesentlich trägt dazu bei, dass auch Frauen häufiger im Besitz eines Führerscheins sind.

Abbildung 6.1 Personen ab 18 Jahren in %

Pkw-Führerscheinbesitz nach Geschlecht und nach Altersgruppen 2002 und 2008



in Prozent, Personen ab 18 Jahren

MiD 2008 | Quelle: infas, DLR

Insofern ist keine Veränderung in der Wahl des Verkehrsmittels und des Verkehrsaufkommens zu erwarten. Jedoch wird sich der Anteil der älteren Autofahrer vergrößern.

Diese stellen statistisch keine herausragende Gefahr im Vergleich zu anderen Altersstufen dar. Gleichwohl können gezielte Maßnahmen dazu beitragen, dass sich Senioren möglichst lange sicher im Straßenverkehr bewegen können.

Von Seniorenparkplätzen, die dichter am Einkaufsmarkt liegen und etwas breiter sind, über das Angebot an freiwilligen Nachschulungen zu neuen Verkehrsregelungen, welche schon häufig von Seniorenbeiräten zusammen mit Fahrschulen organisiert werden, bis hin zu übersichtlicheren Straßenführungen und der Vermeidung schwer verständlicher oder schlecht erkennbarer Verkehrsschilder, sollten Verbesserungen entwickelt und bedacht werden.

6.3 Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)

Der ÖPNV ist, gerade in ländlichen Räumen mit einer eingeschränkten Infrastruktur, ein wichtiger Bestandteil der Mobilität. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist in einigen Regionen des Landkreises Cuxhaven mit einem weiteren Einwohnerrückgang und

somit auch mit einem zu erwartenden Angebotsrückgang in der Fläche zu rechnen.

Hinzu kommt, dass sich das Angebot des ÖPNV im Landkreis Cuxhaven überwiegend durch die Schülerbeförderung bestimmt. Aufgrund sinkender Schülerzahlen sind weitere Probleme bei der Gestaltung des ÖPNV zu erwarten.

Trotz der bereits gegenwärtig hohen individuellen Mobilität der Senioren, hauptsächlich durch die Inanspruchnahme des Pkw, ist aufgrund des zunehmenden Anteils der höheren Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung auch eine zunehmende Angewiesenheit auf den ÖPNV durch Senioren zu erwarten. Diese ergibt sich aus gesundheitlichen oder/und finanziellen Gründen, die eine Nutzung des Pkws nicht mehr zulassen.

Dieses erfordert einen barrierefreien und bezahlbaren ÖPNV.

„Der klassische liniengebundene Nahverkehr im ländlichen Raum ist nur bedingt geeignet, den Mobilitätsbedürfnissen älterer Menschen Rechnung zu tragen. Gefragt sind hier flexible Bedienungsformen, die den Interessen der künftigen Nutzer und deren Wegestruktur stärker gerecht werden, wie z. B. Rufbusse, Anruf-Sammel-Taxen oder Bürgerbusse. Die heutigen Ansätze sind weiterzuentwickeln. Ferner sind Zugangsbarrieren zum ÖPNV abzubauen, wie z. B. bei Fahrkartenautomaten, Tarifstrukturen und fehlenden Informationen.“

Quelle: Antwort auf eine große Anfrage - Drucksache 16/1855 -, Niedersächsischer Landtag - 16. Wahlperiode

Diese Ausführungen sind weitgehend identisch mit nachfolgend genannten Aussagen der Arbeitsgruppe zur Erstellung des Seniorenplanes. Diese lauten:

- Der ÖPNV muss grundsätzlich barrierefrei gestaltet sein. Dieses gilt für Haltestellen, Fahrzeuge und Fahrpläne.
- Die Schnittstellen zwischen Bus, Bahn und Fähren sind aufeinander abzustimmen.
- Der Fahrkartenerwerb muss vereinfacht und barrierefrei gestaltet werden. Dieses gilt insbesondere für Fahrkartenautomaten. Darüber hinaus soll der Fahrkartenerwerb für den Nah- und Fernverkehr an verschiedenen Stellen, wie z. B. in den Verkehrsmitteln selbst, aber auch in den Reisebüros, möglich sein.
- Das Anruf-Sammel-Taxi (AST) wird grundsätzlich als eine sinnvolle, kreisweit auszudehnende Einrichtung angesehen. Bei der Einrichtung des Anruf-Sammel-Taxis und der Streckenführung sind Senioren- oder Behindertenbeauftragte oder entsprechende Beiräte zu beteiligen. Der Bekanntheitsgrad der vorhandenen Infoline und des Pendlerportals (siehe nachfolgende Informationen) muss gesteigert werden.

Nach dem Niedersächsischen Nahverkehrsgesetz sind die Landkreise Aufgabenträger für den straßengebundenen ÖPNV. Im Rahmen dieser Aufgabe hat der Landkreis Cuxhaven eine ausreichende Versorgung mit Verkehrsleistungen sicherzustellen. Zusammen mit sieben anderen Landkreisen des niedersächsischen Teils der Metropolregion Hamburg hat der Landkreis Cuxhaven die Verkehrsgesellschaft Nord-Ost-Niedersachsen mbH, kurz VNO gegründet. Die VNO betreut und berät bei Bedarf den Landkreis als Planungs- und Managementgesellschaft in betrieblichen, verkehrlichen und organisatorischen Fragen und versucht zusammen mit anderen Verkehrsgesellschaften, in erster Linie mit der Verkehrsgemeinschaft Nordost-Niedersachsen – der VNN -, einem Zusammenschluss der Busunternehmen, ein zusammenhängendes Verkehrsangebot zu entwickeln und das bereits vorhandene Angebot zu optimieren.

Der **Nahverkehrsplan 2008 – 2012 für den Landkreis Cuxhaven** geht auch auf die Folgen für den öffentlichen Personennahverkehr im Zuge der demographischen Entwicklung ein. Die entsprechenden Ausführungen sind als **Anlage 5** beigefügt.

Aufgrund der zentralen Bedeutung eines gut ausgebauten, leistungsfähigen und bezahlbaren ÖPNV sollte unter Einbeziehung eines zu erstellenden Gutachtens beizeiten eine spezifische Ausrichtung des ÖPNV vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung erfolgen.

Ein weiterer Ansatz zur Lösung von Mobilitätsproblemen in ländlichen Räumen liegt in der Reduzierung der Mobilitätserfordernisse durch eine entsprechende Siedlungsentwicklung. Verdichtete Orte mit einer zentral örtlichen Versorgung führen zu einer Reduzierung des Verkehrs und ermöglichen z. B. kürzere Streckenlinien des ÖPNV. Siehe hierzu auch Pkt. 5.10 und 7.1.

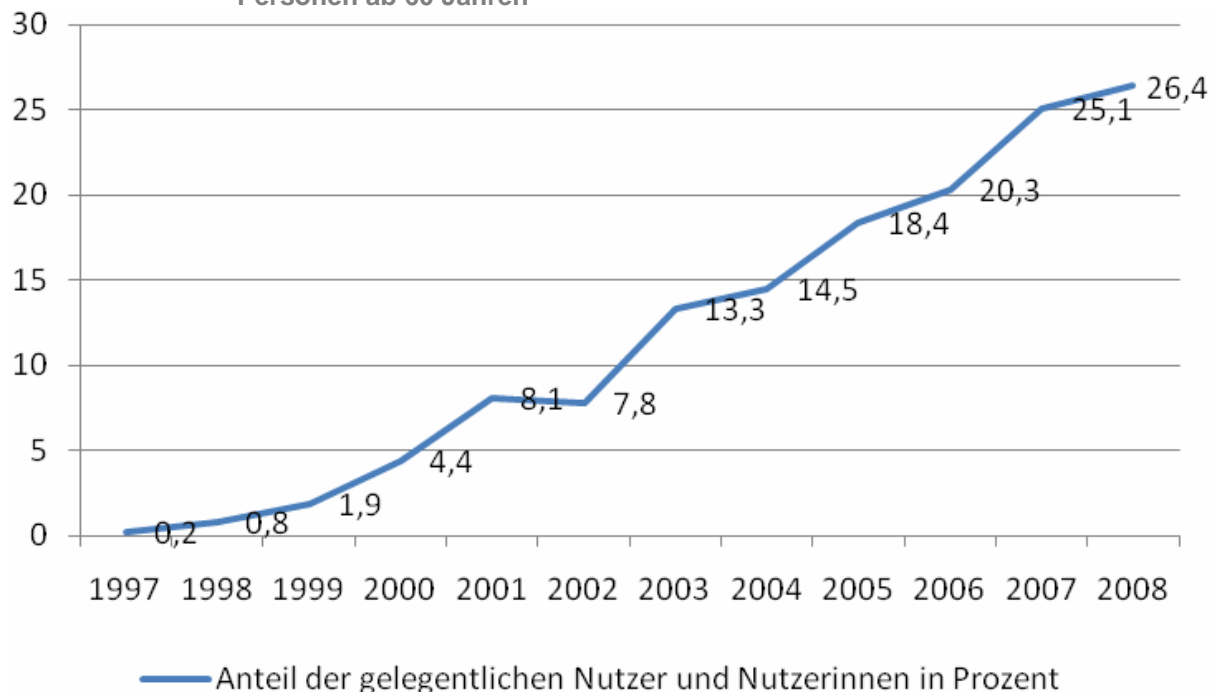
Parallel dazu besteht jedoch die Notwendigkeit eines überregionalen ÖPNV-Angebotes um überörtliche Angebote wie z.B. Museen, Theater, Kliniken, und Fachärzte in den Bereichen Hamburg, Bremen, Bremerhaven und Cuxhaven erreichen zu können.

6.4 Mobilität im Internet

Nach dem 6. Altenbericht der Bundesregierung sind die „klassischen Medien“ der älteren Menschen das Fernsehen, das Radio und die Tageszeitung. Diese weisen die höchsten prozentualen Zeitannteile des Medienkonsums der Personen ab 60 Jahren auf.

Der Anteil, der 60-Jährigen und älter, die zumindest gelegentlich das Internet nutzen, ist von 0,2 % im Jahr 1997 auf 26,4 % im Jahr 2008 angewachsen.

Abbildung 6.2 Entwicklung der Internetnutzung in Deutschland 1997 bis 2008 unter Personen ab 60 Jahren



Quelle: Sechster Altenbericht der Bundesregierung, Juni 2010; Egger und van Eimeren 2008: 584.

„Neue Medien haben unser Leben verändert. Das Internet ist für viele Menschen zum wichtigsten Lieferanten und Hilfsmittel avanciert, wenn es um Informationssuche, Wissensbereicherung, Kommunikationsmöglichkeiten oder Unterhaltung geht. Zugleich wird die neue Medientechnik für die Gestaltung des Alltags vieler Menschen immer wichtiger und nimmt in Bezug auf die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen eine tragende Rolle ein. Viele Teilbereiche unserer Gesellschaft sind von dieser medientechnologischen Neuerung betroffen. Infolgedessen ist die Bereitschaft und Fähigkeit älterer wie jüngerer Menschen, ein Leben lang zu lernen und sich auf neue technologische Entwicklungen einzustellen, von elementarer Bedeutung – nur so können Menschen dauerhaft an der so genannten Informations- und Mediengesellschaft teilnehmen“ (Sechster Altenbericht der Bundesregierung).

Im Zuge einer Mobilität, z.B. des Einkaufens, der Informationsgewinnung, als auch des zwischenmenschlichen Kontaktes kann das Internet eine Hilfestellung bei der Bewältigung des Alltages darstellen. Dabei ist davon auszugehen, dass die Nutzung des Internets weiterhin zunehmend Raum im Alltag eines jeden Einzelnen einnehmen wird. Siehe hierzu beispielsweise auch das Thema „Assistenzsysteme im Dienste der älteren Menschen (AAL)“ unter Punkt 5.6.

Die Nutzung des Internets steht in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ausreichenden Netzstruktur (Breitbandversorgung), die eine Übertragungsrate von mindestens 2 MBit/s, besser noch darüber, ermöglichen sollte.

Im Landkreis Cuxhaven sind trotz guter Fortschritte noch nicht alle Gebiete entsprechend erschlossen. Gefördert durch das Land Niedersachsen wird in Zusammenarbeit mit dem Landkreis Cuxhaven, den Mitgliedsgemeinden und den Netzbetreibern weiter an dem Ausbau schneller Datenverbindungen gearbeitet.

Weitere Informationen:

- www.afw-cuxhaven.de
- www.breitband-niedersachsen.de

6.5 Handlungsempfehlungen

Die Sicherstellung der Mobilität ist eine Kernaufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge und zentrale Grundvoraussetzung zur Erhaltung einer selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung. Daher bedarf die Sicherstellung einer barrierefreien Mobilität besonderer Beachtung. Bei allen Planungen in den Kommunen sollte jede Form der Fortbewegung berücksichtigt und so barrierearm wie möglich gestaltet werden (z.B. gut passierbare Fuß- und Radwege, Vermeidung von Kopfsteinpflasterungen, ausreichende, gut lesbare Beschilderungen, taktile Markierungen).

Die Verkehrsinfrastruktur im Allgemeinen und speziell der Öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) sollten sich aufgrund der demografischen Entwicklungen im Landkreis Cuxhaven stärker an den Bedarfen der älteren Menschen ausrichten.

Der ÖPNV sollte, auch im Zuge der nächsten Fortschreibung des Nahverkehrsplanes unter Einbeziehung eines hierzu zu erstellenden Gutachtens, eine spezifische Ausrichtung erhalten.

Auch die Nutzung des Internets und damit verbundener Dienste fördern die Mobilität. Kommunen und Wirtschaft sind aufgerufen, den kreisweite Ausbau eines leistungsfähigen Netzes voranzutreiben.

7 Versorgung

7.1 Allgemein

Im unmittelbarem Zusammenhang mit der Gestaltung des demografischen Wandels stellt sich die Frage nach einer, den Nutzern und den örtlichen Gegebenheiten angepasste Versorgungsstruktur. **Unter Versorgungsstruktur wird in diesem Beitrag zunächst die Versorgung durch den Einzelhandel mit „Dingen des täglichen Bedarfes“ und eine Mindestausstattung an Dienstleistungen und medizinischer Versorgung verstanden.**

Im Hinblick auf die Senioren ist vorrangig zu beachten, dass sich mit zunehmendem Alter Beweglichkeit und Aktionsradius einschränken. Dieses bedeutet, dass diese Versorgungsstrukturen ortsnah und leicht erreichbar vorhanden sein sollten.

Mit den nachfolgenden Ausführungen wird die Ausgestaltung der (notwendigen) Infrastruktur dargestellt. Diese sollte möglichst in jeder Gemeinde oder aber zumindest zentral innerhalb einer Einheits- oder Samtgemeinde einmal vorhanden und für mobilitätseingeschränkte Personen mit dem öffentlichen Personennahverkehr barrierefrei gut erreichbar sein. Dieses auch vor dem Hintergrund, dass sich nicht alle Senioren einen eigenen PKW leisten können.

Zur (notwendigen) Infrastruktur zählt nach allgemeiner Auffassung zunächst der Einzelhandel, der die „Dinge des täglichen Bedarfes“ vorhält, Dienstleistungen wie Geldinstitute, Post und Verwaltung sowie eine medizinische Grundversorgung mit Hausärzten und Apotheken. In vielen Orten innerhalb des Landkreises Cuxhaven sind diese Angebote in ausreichender oder guter Anzahl vorhanden. In vielen Orten aber nur unzureichend, perspektivisch auslaufend oder gar nicht (mehr) verfügbar. Für die letzt genannten Orte bedeutet dieses, dass mobilitätseingeschränkte Personen unmittelbare Probleme bei der Gestaltung ihres Alltages haben werden. Von dieser Entwicklung sind besonders kleinere Orte betroffen. Der demografische Wandel wird diese Entwicklung weiter verstärken, so dass Vorsorge zu treffen ist. Die Möglichkeiten der Kommunen, direkten Einfluss auf den überwiegend privatwirtschaftlich organisierten Einzelhandels, aber auch auf die Dienstleister oder die medizinische Versorgung zu nehmen, sind begrenzt. Gleichwohl stehen sie in zentraler Verantwortung und nehmen bei der Versorgung der Bevölkerung eine wichtige Stellung ein.

Zum einen können die Kommunen planerisch für kompakte Siedlungsstrukturen sorgen, so dass damit eine Steigerung der ortsnahen und gut erreichbaren Versorgung ermöglicht wird. Eine Versorgung außerhalb der Ortszentren sollte nicht weiter forciert bzw. zurückgeführt werden.

Darüber hinaus sollten je nach Größe der Stadt, Gemeinde oder Samtgemeinde ein oder mehrere zentrale Orte für die Grundversorgung gebildet werden. In diesem Zusammenhang ist eine entsprechende Ausrichtung des ÖPNV zwingend notwendig, um die umliegenden Orte ohne oder mit nur einer unzureichenden Grundversorgung gut anzubinden. Im Zuge der Sicherung und des Ausbaues der Grundzentren ist ein Nahversorgungskonzept zu erarbeiten.

Ein weiterer Handlungsstrang der Kommunen ist eine moderierende und integrierende Entwicklung der Grundversorgung. Hier können Dienstleistungszentren und Immobilien- und Standortgemeinschaften angeregt und die entsprechenden Dienstleister und Anbieter zusammengeführt werden. Gerade im Dienstleistungsbereich ist zu überlegen, wieweit die Kommunen diesen auch mit eigenen Kräften unterstützen und anbieten können. So haben sich z.B. Postdienstleistungen durch das „Bürgerbüro“ der Kommune schon bewährt.

Auch im Hinblick auf eine mobile Versorgung, z.B. auch der kleineren Gemeinden, sollte die Kommune aktiv werden und mögliche Betreiber ansprechen.

Die besondere Problematik der Versorgung mit **Hausärzten** wird unter **Pkt. 7.2** erörtert.

Um einen Überblick im Zuge der Erstellung des Planes für Senioren über die örtlichen Situationen der Nahversorgung innerhalb des Landkreises Cuxhaven darstellen zu können, wurden die Städte, Gemeinden und Samtgemeinde gebeten, durch die Beantwortung eines **Erhebungsbogens** die abgefragte Versorgungssituation darzustellen. Über die zuvor als notwendig definierte Versorgungsstruktur hinaus wurden weitere Aktivitäten und Strukturen abgefragt. Einzelergebnisse, wie z.B. wo Anlagen des Betreuten Wohnens vorhanden sind, wo es Seniorenbeiräte gibt und wo barrierefreie Wohnungen bestehen, wurden den in diesem Plan vorhandenen Themenblöcken zugeordnet. Die Gesamtauswertung der Erhebungsbögen liegt als **Anlage 6** diesem Plan bei.

Die Grundidee des **Erhebungsbogens** zielt aber auch darauf ab, dass dieser einer Bewusstseinsbildung vor Ort über notwendige Strukturen und bestehende Angebote dienlich sein kann. Somit könnten sich die Kommunen ein Instrument schaffen, um einen Überblick von Angeboten und deren Verteilung zu gewinnen. Gleichzeitig erhalten die Kommunen auf diese Weise ein „Kataster“ von Angeboten zur Bewältigung des demographischen Wandels zur eigenen Verwendung aber auch zur Darstellung nach außen.

Eine zwischen den Kommunen abgestimmte Darstellung würde im Zuge einer Zusammenfassung der jeweiligen Ergebnisse eine kreisweite Übersicht ermöglichen. Der gewählte Erhebungsbogen ist nur als Muster zu verstehen.

7.2 Ärztliche Versorgung im Landkreis Cuxhaven

Seit geraumer Zeit ergeben sich im Landkreis Cuxhaven zunehmend Schwierigkeiten bei der Nachfolgeregelung hausärztlicher Praxen. Viele der im Landkreis Cuxhaven praktizierenden Hausärzte werden in den kommenden Jahren in den Ruhestand treten, Nachwuchs ist nicht in Sicht! Die Ursachen der drohenden medizinischen Unterversorgung vor allem im ländlichen Raum sind vielfältig und inzwischen hinreichend bekannt: Die Tendenz zur allgemeinen Arbeitszeitverkürzung, die Feminisierung der Medizin, die fehlende Infrastruktur auf dem Lande, lange Fahrtwege, Rund-um-die-Uhr-Dienste und die Bereitschaftsdienstbelastung machen den Arztberuf gerade in den struktur- und wirtschaftsschwachen Gebieten der Elbe-Weser-Region für die neue Medizinergeneration kaum noch attraktiv.

Auch im Bereich der stationären medizinischen Versorgung gibt es schon heute zunehmend Probleme bei der Besetzung von vakanten Stellen. Damit bahnt sich auch im fachärztlichen Bereich ein Ärztemangel an.

Wenn es nicht gelingen sollte, zulassungswillige Ärzte für diese Region zu gewinnen, wären zukünftig erhebliche lokale Versorgungsengpässe zu erwarten.

Auf Initiative des Kreistages haben sich ab März 2009 Verantwortliche aus verschiedenen Gesundheitseinrichtungen, niedergelassene Ärzte, Funktionäre der Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertreter politischer Verwaltungen der Region Landkreis Cuxhaven/Bremerhaven in einem Arbeitskreis zusammengesetzt, die Lage analysiert und Vorschläge zur Verbesserung der Situation erarbeitet.

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass die Kommunen in dieser Region eine ausreichende Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten für die Bevölkerung aus eigener Kraft nicht sicherstellen können. Vor allem sind auf Bundes- und Landesebene die sozialpolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Arztberuf - insbesondere im ländlichen Raum - wieder attraktiv wird. Neben dem Abbau von überbordender Bürokratie und angemessener leistungsgerechter Vergütung sind beispielsweise gezielte Programme zur Nachwuchsgewinnung und Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung und Weiterbildung zu nennen.

Zugleich ist es notwendig, dass die Landesausschüsse der Ärzte für Niedersachsen und Bremen autorisiert werden, ihre derzeitigen Bedarfsplanungen aufeinander abzustimmen. Die Kommunen selbst könnten niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten im Sinne einer erwünschten Vereinbarkeit von Familie und Beruf möglichst entsprechende soziale Infrastrukturen und kulturelle Einrichtungen anbieten und bei der Einrichtung bzw. dem Ausbau von Praxen kompetente Ansprechpartner sein.

Das Land Niedersachsen hat im Herbst 2010 die Landkreise Emsland, Soltau-Fallingbostal und Wolfenbüttel offiziell zu „Zukunftsregionen Gesundheit“ ernannt. Gemeinsam mit den

Kommunalen Spitzenverbänden Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung (KVN), den beteiligten Krankenkassen, der Apothekerkammer und der Krankenhausgesellschaft sollen in dem auf drei Jahre angelegten Modellprojekt konkrete Lösungsansätze gegen den Ärztemangel erarbeitet werden. Das Land beteiligt sich mit einer Million Euro an diesem Pilotprojekt, das wissenschaftlich begleitet wird. Anliegen dieses Projektes ist, eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die niedersächsische Bevölkerung sicherzustellen. Mögliche Lösungen könnten etwa die Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen und weiteren Gesundheitsdienstleistern, Zweigpraxen, die verbesserte Zusammenarbeit von Kliniken und Arztpraxen, Bus-Shuttles für die Patienten, mobile Praxen oder die Durchführung ärztlich delegierbarer Leistungen durch speziell qualifizierte medizinische Fachangestellte (MFA) sein. Dieses Delegationsmodell wird gegenwärtig in verschiedenen Regionen in Niedersachsen erprobt („Modell Niedersachsen“, kurz MoNi). Getragen wird dieses Projekt von der KVN, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration sowie einer Reihe gesetzlicher Krankenkassen. Alle an diesem Projekt Beteiligten sprechen für eine sinnvolle und flexible Arbeitsteilung zwischen Hausärzten und anderen Gesundheitsberufen gerade im ländlichen Raum Niedersachsens aus.

7.3 Handlungsempfehlungen:

Die Grundversorgung im ländlichen Raum wird sich in den kommenden Jahren immer schwieriger gestalten. Gleichwohl stehen die Kommunen trotz überwiegend begrenzter Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Versorgung mit Einzelhandel, Dienstleistung und medizinischer Infrastruktur in zentraler Verantwortung. Das übergeordnete Ziel in den Kommunen muss sein, die Grundversorgung ortsnah und barrierefrei sicherzustellen. Dabei sollte auch deutlich kommuniziert werden, dass voraussichtlich nicht überall eine Grundversorgung sichergestellt werden kann.

Auch hier ist es zunächst wichtig, sich eine Übersicht über die bestehende Versorgungsstruktur zu verschaffen und diese zu bewerten (als Muster s. auch die Auswertung eines Erhebungsbogens über eine „demographiefeste Ausstattung mit Angeboten“ als Anl. 6). Um eine kreisweite Übersicht zu erlangen sind die Ergebnisse der Städte, Gemeinden und Samtgemeinden entsprechend zusammenzuführen.

In einem weiteren Schritt sollte ein Nahversorgungskonzept⁴ bei gleichzeitiger Stärkung der zentralen Orte erstellt werden. Darüber hinaus können sogenannte Versor-

⁴ Bei der Erstellung eines Versorgungskonzeptes sind immer die Schnittstellenthemen mit zu bedenken, die in diesem Plan teilweise an anderer Stelle behandelt wurden: z.B. Mobilität, Wohnen, Freizeit und Kultur, Gesundheit und Pflege

gungszentren zur Realisierung einer kompakten und zentralen (Grund-) Versorgungsstruktur entwickelt werden,

Um bestimmte Leistungen auch in die - wieder immobil werdende - Peripherie zu bringen, können zusätzlich auch alternative (alte) Versorgungssysteme wie z.B. Verkaufswagen oder Dorfläden realisiert werden.

Auch Verwaltungsdienstleistungen sind barrierefrei zur Verfügung zu stellen. In kleineren Gemeinden beispielsweise durch regelmäßige Sprechstunden.

Allgemein sollten die Kommunen zur Stärkung der Versorgung die ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Mitgestaltung, z.B. durch das Einbringen eigener Kapazitäten wie Personal, Zeit und sächlicher Mittel (Räume, Übernahme von Verhandlungen und Moderationen etc.) mehr nutzen.

8 Aktive Senioren und gesellschaftliche Teilhabe

8.1 Einleitung

Im Verlauf des Planes wurde bereits mehrfach deutlich, dass sich nicht alle älteren Menschen in einer homogenen Gruppe zusammenfassen lassen. Unterteilt die klassische Lebenslaufforschung die Biografie noch in drei Lebensabschnitte: Kindheit/Jugend, junges Erwachsenenalter und Alter, so wird das der heutigen Lebenswirklichkeit nicht mehr gerecht. Die Lebensarbeitszeit hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verkürzt. Dies liegt zum einen an der gestiegenen Lebenserwartung zum anderen aber auch an der veränderten Arbeitsmarktsituation. Viele ältere Arbeitnehmer scheiden unfreiwillig aus dem Berufsleben aus. Der in den vergangenen Jahren zu beobachten gewesene Frühverrentungstrend ist daher sehr differenziert zu betrachten und individuell zu beurteilen: Bietet er dem einen die Möglichkeit einen aktiven Ruhestand zu beginnen, um „das Alter genießen“ zu können, bedeutet er für den anderen vielleicht materielle und existenzielle Ängste. Die derzeitige Eintritt in den Ruhestand liegt derzeit bei durchschnittlich 60 Jahren. Das heißt, ein großer Teil der 60-Jährigen ist nicht mehr erwerbstätig, aber durchaus noch erwerbsfähig, bei recht guter Gesundheit und in vielen Fällen materiell relativ gut abgesichert. Die aufgeführten Faktoren führen dazu, dass die nachberufliche Lebensphase bis zu 25 Jahren und länger dauern kann. Dieses Auseinanderklaffen von „sozialem“ und „biologischem“ Alter sowie eine veränderte Selbstwahrnehmung, haben zu einer zunehmenden Differenzierung des Begriffes geführt. Die moderne sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung unterscheidet daher mittlerweile noch zwischen dem „dritten“ und „vierten“ Lebensalter.

Der Beginn des „dritten Lebensalters“ wird in der Regel durch den Übergang in den Ruhestand markiert, also wie eben dargestellt etwa mit 60 Jahren. Dieser Lebensabschnitt ist gekennzeichnet durch eine gute Gesundheit und eine hohe Aktivität.

Der Übergang in das „vierte Lebensalter“ lässt sich nicht eindeutig an einem Ereignis festmachen. Der Lebensabschnitt der „Hochaltrigkeit“ ist geprägt durch Funktionseinschränkungen, Gebrechlichkeit und Krankheit der Menschen. Da sich der Gesundheitszustand älterer Menschen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert, dient als Statuskriterium für das „vierte Lebensalter“ das 80., zunehmend auch das 85. Lebensjahr.

In den nachfolgenden Beiträgen sollen die Möglichkeiten und Hemmnisse der Senioren zur gesellschaftlichen Mitgestaltung und Teilhabe am sozialen Leben im Landkreis Cuxhaven aufgezeigt werden. Dabei geht es nicht um die detaillierte Darstellung des breiten Spektrums an Einzelaktivitäten - dafür gibt es den Seniorenratgeber „Älter werden im Cuxland“ – son-

dern um eine übergreifende Thematisierung wie und wofür Menschen ab 60 Jahren ihre „freien Zeit“ nutzen bzw. wie sie die Zeit nutzen könnten.

8.2 Zeitverwendung

Für die Betrachtung der Zeitverwendung älterer Menschen sind vor allem die Personen im „dritten Lebensabschnitt“, also die „jungen Alten“, von besonderem Interesse. Diese Personengruppe rückt in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus der öffentlichen Diskussion. Im Zuge des demografischen Wandels wird bei ihr nämlich ein besonders großes Potential vermutet, durch freiwilliges, bürgerschaftliches oder ehrenamtliches Engagement⁵ und/oder informelle Unterstützungsleistungen einen wichtigen Betrag für die Gesellschaft leisten zu können. Die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse der Zeitbudgeterhebung des Statistischen Bundesamtes⁶ bilden grundsätzlich ab, in welche Zeiteinheiten ältere Personen ihren Alltag aufteilen und zeigen speziell, in welchem Maße die vermuteten Potentiale bislang genutzt werden.

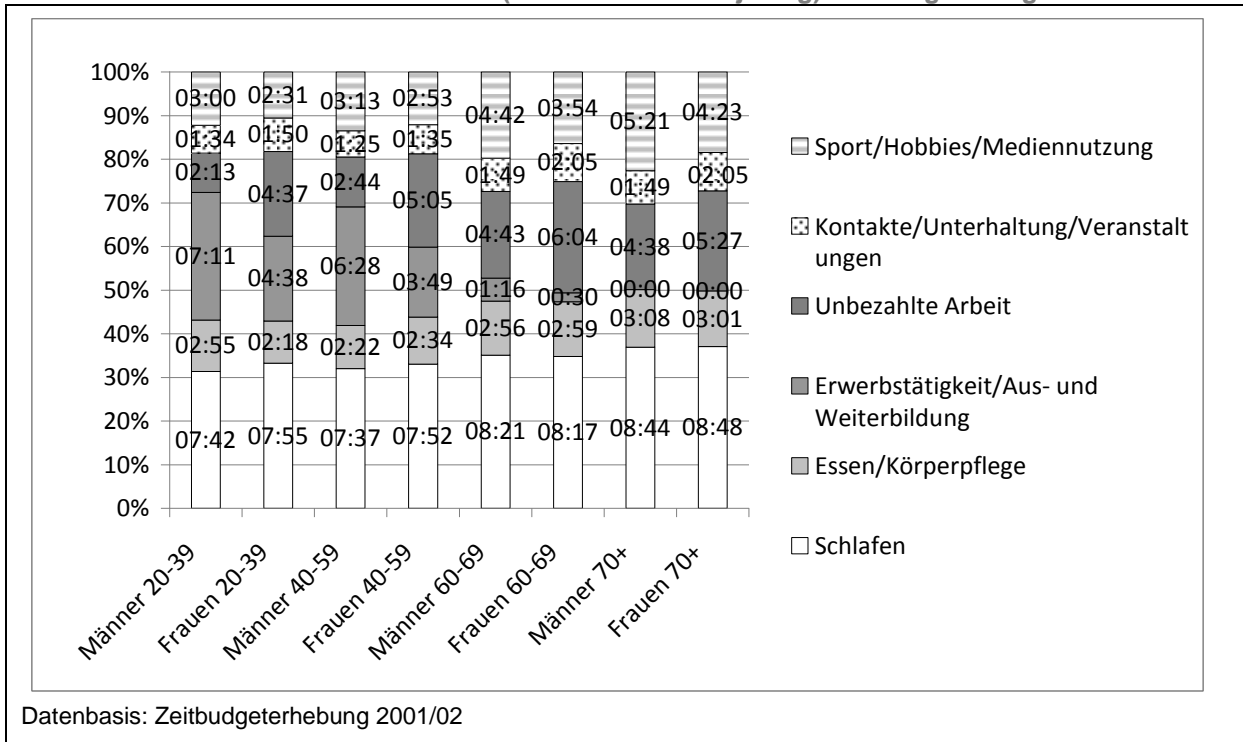
Die Fülle von Einzeltätigkeiten und –aktivitäten kann in drei grobe Kategorien unterteilt werden:

1. **Regeneration:** Befriedigung der körperlichen/überlebensnotwendigen Bedürfnisse wie Schlafen, Essen, Trinken oder Körperpflege
2. **Produktive Tätigkeiten** innerhalb oder außerhalb des Hauses wie z.B. Erwerbstätigkeit, Hausarbeit oder Ehrenamt
3. **Konsumtive Tätigkeiten** beschreiben Freizeit im weitesten Sinne: Pflege von sozialen Kontakten, Hobbies, Sport, Spielen, die Benutzung von Massenmedien oder Bildung

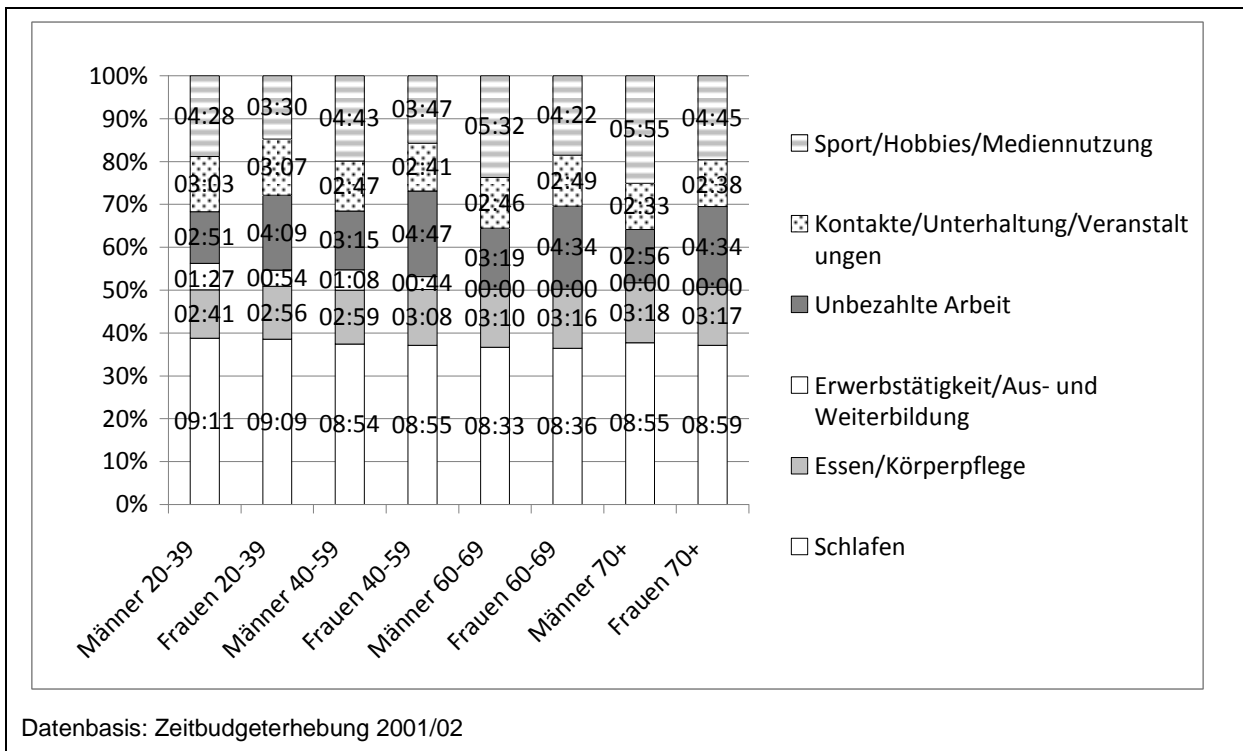
⁵ Die drei Begriffe entstammen unterschiedlichen Konzepten, werden aber meistens synonym gebraucht. Vgl. auch Punkt 8.3.1

⁶ Alltag in Deutschland – Analyse zur Zeitverwendung, Forum der Bundesstatistik, Bd. 43, 2004, Beitrag: Die Zeitverwendung älterer Menschen, Engstler et al., S. 216-246

Abbildung 8.1 Zeitverwendung der Männer und Frauen unterschiedlichen Alters nach Aktivitätsbereichen (Stunden:Minuten je Tag) - Montag-Freitag



Noch Abbildung - Samstag und Sonntag

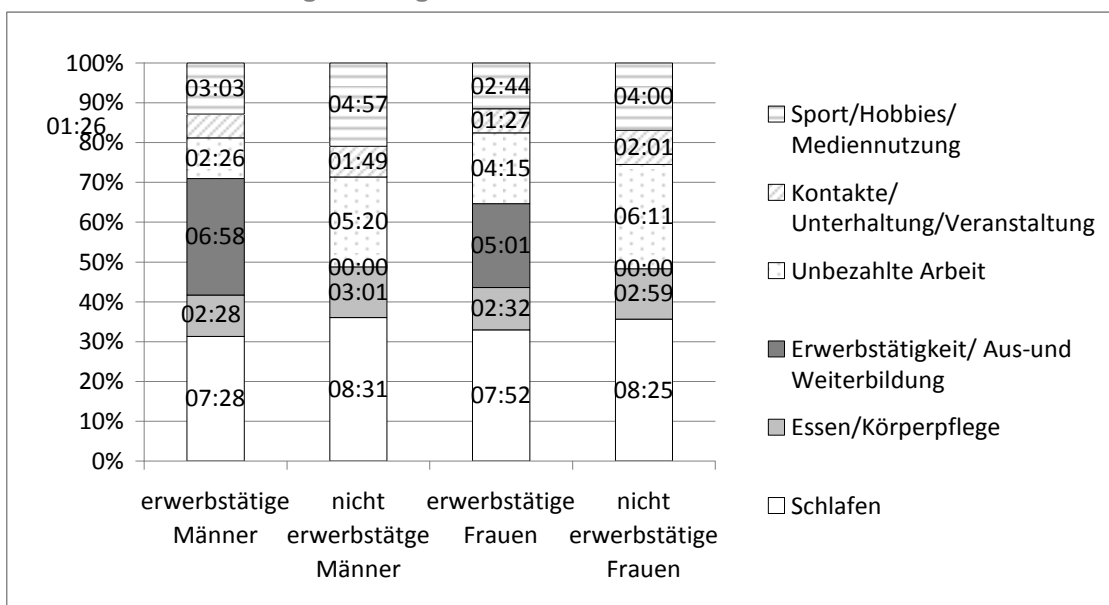


Die **Abbildung 8.1** zeigt, dass die über 60-Jährigen grundsätzlich mehr Zeit mit Schlafen, der Körperpflege und dem Essen verbringen als Jüngere, das heißt mit dem Alter steigt der Zeitanteil der für Regeneration benötigt wird. Die Erwerbsarbeit dagegen nimmt erwartungsgemäß kaum bzw. gar keine Zeit mehr in Anspruch. Ältere Menschen haben mehr „Freizeit“

als jüngere. Sie verbringen an Werktagen deutlich mehr Zeit mit Aktivitäten aus den Bereichen „Mediennutzung/ Hobbies/ Sport“ und auch die sozialen Kontakte werden in einem größeren zeitlichen Umfang gepflegt.

Es fällt auf, dass bei den, in der Regel, freien Wochenenden kaum Unterschiede in der Zeitverwendung zwischen den einzelnen Altersgruppen nachzuweisen sind. Das bedeutet, dass auch im Ruhestand der typische Wochenrhythmus und jahrzehntelang „trainierte“ Zeitstrukturen weitgehend beibehalten werden. Nur der zeitliche Umfang der Aktivitätsbereiche verschiebt sich.

Abbildung 8.2 Zeitverwendung der 55-64-jährigen Männer und Frauen nach Aktivitätsbereichen und Erwerbsstatus (Stunden:Minuten je Tag Montag - Freitag)



Datenbasis: Zeitbudgeterhebung 2001/02

Um die Wirkung des Ruhestandes auf die Zeitgestaltung abzubilden, bedarf es eines direkten Vergleiches zur Zeitverwendung von Erwerbstätigen. **Abbildung 8.2** zeigt, dass mit dem Übergang in den Ruhestand deutliche Veränderungen in der Zeitverwendung einhergehen. Den größten zeitlichen Zugewinn im Status der Nichterwerbstätigkeit erfährt die unbezahlte Arbeit (Männer: + 174 Minuten, Frauen: +116 Minuten), gefolgt vom "Freizeitbereich" (Männer: +114 Minuten, Frauen: +76 Minuten).⁷ An Werktagen wird ein gutes Drittel der Tageszeit auf unbezahlte Arbeit verwendet. Die meiste Zeit davon fließt in die Haushaltsführung (also Haushaltsplanung, Putzen, Wäsche, Einkaufen, Kochen, Gartenarbeit,...) 98% aller Frauen – unabhängig vom Erwerbsstatus – sind täglich mit diesen Tätigkeiten beschäftigt. Dagegen beeinflusst der Erwerbsstatus den zeitlichen Umfang deutlich: erwerbstätige Frau-

⁷ Daten im folgenden Text: Vgl. Anlage 7 Aktivitätsraten und Zeitverwendung für ausgewählte Aktivitäten der Altersgruppe 55-64 Jahre.

en verwenden mit 3,5 Stunden etwa zwei Stunden weniger auf die Haus- und Gartenarbeit als nicht erwerbstätige. Bei den Männern protokollieren nur 82% derartige Tätigkeiten, der zeitliche Anteil steigt mit dem Ausstieg aus der Erwerbsarbeit aber im gleichen Maße wie bei Frauen. Bei der Aufteilung der Arbeiten ist eine geschlechtsspezifische Unterscheidung festzustellen, die sich im Alter noch weiter verstärkt. Männer betätigen sich stärker im außerhäuslichen und handwerklichen Bereich während Frauen häufiger im Haus aktiv sind. Geschlechtsunabhängig pflegen oder betreuen 8% der Nichterwerbstätigen ca. eine Stunde täglich ein Haushaltsmitglied.

Ehrenamtliches Engagement und informelle Hilfeleistungen werden auch dem Sektor der unbezahlten Arbeit zugerechnet. Nach der Zeitanalyse des Statistischen Bundesamtes sind 8% der Nichterwerbstätigen ehrenamtlich mit einem täglichen Zeitumfang von ca. 2,5 Stunden aktiv. Bei den Erwerbstätigen in derselben Altersgruppe gehen 6% einer ehrenamtlichen Tätigkeit nach. **Eine signifikante Steigerung der ehrenamtlichen Aktivitäten, begründet durch den Wegfall der Erwerbsarbeit, ist also nicht erkennbar.**

Bei den informellen Hilfeleistungen für andere Haushalte ist dagegen eine Steigerung messbar. 8% der erwerbstätigen Personen zwischen 55-64 Jahren sind etwa 1,5 Stunden täglich in diesem Bereich aktiv und 15% der Nichterwerbstätigen im zeitlichen Umfang von 2 Stunden. **Ältere Menschen im Ruhestand nehmen sich also häufiger und länger Zeit für nachbarschaftliche und familiäre Kontakte.** Im Altersgruppenvergleich leisten die 60-69-Jährigen anteilig die meisten privaten Hilfen. Mit steigendem Alter geht der Anteil der Hilfeleistenden zwar wieder zurück, aber selbst die Personengruppe 80+ ist durchschnittlich fast genauso aktiv wie die 20-39-Jährigen. Bricht man die Aktivitäten auf die Gesamtbevölkerung runter, so leistet jede Person über 60 Jahren täglich 14 Minuten informelle Unterstützungen. Bei den aktiv Hilfeleistenden verbringen die älteren Männer mit 1:59 Stunden etwa 17 Minuten mehr Zeit am Tag mit diesen Tätigkeiten. Das liegt an geschlechtsspezifischen Unterschieden der Hilfearten⁸. Männer helfen zwar seltener, dafür aber bei sehr zeitaufwändigen Aktivitäten, wie z.B. Bauen, Handwerken, Reparieren, Hilfe beim Umzug oder dem Transport von größeren Gütern. Frauen hingegen unterstützen ihre Familie oder Nachbarn bei der Haushaltsführung oder bei der Betreuung/Pflege. Die Kinderbetreuung ist die häufigste erbrachte Hilfeleistung älterer Menschen. Die informelle Hilfe älterer Menschen für Personen anderer Haushalte konzentriert sich vornehmlich auf die eigenen Kinder und Enkelkinder sowie Nachbarn und Freunde.

Im „Freizeitbereich“, dem sportliche Aktivitäten, Hobbies und Mediennutzung, also Fernsehen, Lesen, Radio hören, PC-Nutzung, zugeordnet sind, wird die meiste Zeit – unabhängig

⁸ Vgl. **Anlage 7** Bereiche der informellen Hilfeleistungen Älterer (60+) für andere Haushalte

von Geschlecht und Erwerbsstatus – für die Mediennutzung, insbesondere fürs Fernsehen beansprucht. Die Aktivitätsrate für den ganzen Bereich liegt bei 90% der Erwerbstätige und bei 97% der Nichterwerbstätigen Gleichaltrigen. Die durchschnittliche Nutzungsdauer liegt bei 2,5 bzw. 3,5 Stunden täglich, davon entfallen 2 bzw. 2,5 Stunden allein auf das Fernsehen. Der erwerbsstatusspezifische Unterschied gilt sowohl für Männer als auch für Frauen, Werktags wie Wochenende, ebenso der höhere zeitliche Aufwand von Männern in beiden Bevölkerungsgruppen.

Eine höhere Aktivitätsrate von „Ruheständlern“ lässt sich auch in den Bereichen „sportlichen Betätigung“ und „Ausübung von Hobbies“ feststellen, wobei sich der zeitliche Aufwand mit ca. 1,5 Stunden nicht verändert. Frauen nehmen sich dafür weniger Zeit, sind aber im Vergleich zu Männern mengenmäßig zahlreicher aktiv.

Auch für das Schlafen, Essen und die Körperpflege nehmen sich die nicht erwerbstätigen Personen mehr Zeit. Die Veränderungen, die durch den Wegfall der Erwerbstätigkeit entstehen, sind bei den Männern ausgeprägter, da sie in der Erwerbstätigkeit einen längeren Arbeitstag haben als Frauen.

Interessant ist, dass die in einer früheren Lebensphase erworbenen geschlechtsspezifischen Aufgaben- und Zeiteinteilungen sich im Ruhestand zwar abschwächen aber jedoch nicht ausgleichen. Auch im Alter leisten Frauen deutlich mehr unbezahlte Arbeit und gehen weniger häufig ihren Freizeitbeschäftigungen nach.

Wichtig ist auch die Frage nach dem „Wo“. In welchem sozialen und räumlichen Kontext Aktivitäten ausgeübt werden, gibt Aufschluss über die Umweltnutzung und Mobilitätsmöglichkeiten einer Person und ist damit Indikator für die Teilhabemöglichkeiten am sozialen und kulturellen Leben. Mit steigendem Alter wird die Wohnung zum zentralen Ort des Alltages. Das Ausscheiden aus dem Erwerbsprozess, gesundheitliche Einschränkungen und sich verändernde Freizeitinteressen bedingen vor allem im hohen Alter eine starke Konzentration der täglichen Aktivitäten auf die Wohnung und das nahe Wohnumfeld. Neben den individuellen Voraussetzungen für Mobilität im Alter sind die Umweltfaktoren wesentlich für den Aktionsradius der älteren Menschen. Das unmittelbare Wohnumfeld mit der zur Verfügung stehenden Infrastruktur eröffnet älteren Personen Spielräume für ihre außerhäuslichen Aktivitäten oder bildet – bei ungenügendem Ausbau – eine Barriere. Nach der Zeiterhebung des Statistischen Bundesamtes verbringen Menschen im Alter von 60+ Jahren knapp 19 Stunden zu Hause und etwas mehr als 5 Stunden außerhalb ihrer Wohnung. Die außer Haus verbrachte Zeit sinkt im Lebensverlauf deutlich, wobei die geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen bleiben: die Männer verbringen deutlich mehr Zeit außerhalb der Wohnung als Frauen. Den Großteil aller Wege (ca. 60%) legen ältere Personen zu Fuß zurück, rund 25%

mit dem PKW. Die Nutzung eines Autos kann also dazu beitragen, die Mobilität im Alter sicherzustellen (vgl. Pkt. 6 Mobilität und Pkt. 7 Versorgung).

Fazit:

Im Ruhestand werden durch den Wegfall der Erwerbsarbeit selbstverständlich Zeitkapazitäten frei. Diese „freie Zeit“ ist aber nicht immer gleichzusetzen mit unverbindlicher „Freizeit“. Auch im Ruhestand enthält der Alltag zeitbindende „Pflichtanteile“.

Ältere Menschen füllen die neuen zeitlichen Spielräume in der Regel mit den Dingen, die auch schon vor ihrem Ruhestand getan haben, nur ausgedehnter. Man schläft länger, frühstückt „in Ruhe“, nimmt sich mehr Zeit für den Haushalt und den Garten. Auch der Bereich „Freizeitverhalten“ weist eine hohe biografische Kontinuität auf, d.h. die Interessen und Hobbies aus früheren Lebensphasen werden intensiviert. Den größten Zeitzuwachs erfährt im Alter die Mediennutzung, speziell das Fernsehen. Die Theorie, dass Menschen nach dem Wegfall der Erwerbsarbeit nicht wissen „was sie mit ihrer Zeit anfangen sollen“ und sich daher neu orientieren und für neue Hobbies oder Ehrenämter öffnen, lässt sich bislang nicht bestätigen. Auch wenn vor der Pensionierung derartige Pläne bestanden, werden sie selten realisiert. Für die Ausübung von Ehrenämtern gilt, dass grundsätzlich, altersunabhängig ein positiver Trend zu beobachten ist, aber die gesellschaftspolitisch erhofften Potentiale älterer Menschen werden bislang nicht genutzt. Auch hier gilt: wer vor dem Eintritt in den Ruhestand bürgerschaftlich engagiert war, wird dies auch fortführen und das Engagement wahrscheinlich zeitlich ausweiten. Diese Zurückhaltung bei der Übernahme „neuer“ Ehrenämter ist vornehmlich zu erklären mit dem Wunsch nach möglichst wenigen Verpflichtungen und nach Zeitautonomie. Die grundsätzliche Bereitschaft sich gesellschaftlich einzubringen und andere zu unterstützen ist aber da und ablesbar in den vielen informellen Hilfen, die ältere Menschen für ihre Familie, Freunde und Nachbarn leisten. Die Fachleute sind aber der Auffassung, dass sich das „Ehrenamtsverhalten“ von Ruheständler in den kommenden Jahren verändern wird. Denn es wächst eine „neue Generation Rentner“ heran, nämlich die „68er-Generation“. Es ist davon auszugehen, dass mit Ihnen eine ausgeprägtere Beteiligung an Initiativen zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität sowie eine Ausweitung von Bildungsaktivitäten wahrscheinlicher wird.

Sport bzw. ein ausreichendes Maß an Bewegung gilt als entscheidender Indikator für gesundes Altern. Trotz des breiten öffentlichen Bewusstseins für diese Tatsache, treiben ältere Menschen unverhältnismäßig wenig Sport. Auch hier gilt die Theorie der „neuen Generation“. Das Bewusstsein für Sport hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert, so dass zukünftig für mehr Senioren Sport weiterhin ein wichtiges Element der Freizeit und Gesunderhaltung sein wird. **Für diese Gruppe der Senioren, aber auch für Senioren die kaum oder keinen Sport betreiben sollten entsprechende Angebote geschaffen werden.**

Wichtig für die kommunale Gestaltung des demografischen Wandels, ist auch das Bewusstsein dafür, dass Aktivität im Alter vorwiegend und mit den Jahren zunehmend im Haus/der Wohnung statt findet.

8.3 Ehrenamt und freiwilliges Engagement

„Die Bundesregierung will das bürgerschaftliche Engagement in Deutschland künftig noch attraktiver machen. Dazu braucht es gute Rahmenbedingungen, handlungsorientierte Forschungsvorhaben und eine engagementfreundliche Gesetzgebung. Ziel ist eine umfassende und zwischen Bund, Ländern und Kommunen abgestimmte Engagementpolitik“ (© Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009).

„Mitmischen statt zuschauen, aktiv bleiben und dazugehören sind zentrale Wünsche der meisten Menschen. Dies verändert sich nicht, wenn das Berufsleben abgeschlossen ist und die Kinder groß sind. In diesem dritten Lebensabschnitt suchen viele Menschen nach einer sinnvollen Aufgabe. Ein großer Teil der Seniorinnen und Senioren setzt sich in seiner Umgebung – im Haus, in der Nachbarschaft, in der Kirchengemeinde oder im Verein – ehrenamtlich für die Gemeinschaft ein“ (© Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

„Viele der älteren Menschen haben ein tiefes Bedürfnis, Bleibendes zu schaffen und Aufgaben auch jenseits der eigenen Familie zu übernehmen. Sie warten nur darauf, dass man sie mehr in die Verantwortung nimmt, aber sie brauchen auch Impulse aus der Gesellschaft, sich zu engagieren. Wir kennen den großen Bedarf auf allen Seiten: Kommunen, Initiativen und Wohlfahrtsverbände suchen händeringend kompetente und engagierte Helfer, können aber nur schwer Mitstreiter finden. Bürger, die sich engagieren wollen, haben das Problem, dass sie keine passenden Aufgaben finden. Jeder Dritte sagt, dass er sich engagieren könnte, wenn es ein entsprechendes Angebot gebe“ (Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Frau von der Leyen, 02.04.2008).

„Freiwilliges Engagement ist unverzichtbar für unsere Gesellschaft. Sich zu engagieren macht Spaß und trägt dazu bei, Verantwortung zu übernehmen. Es ist ein Gewinn fürs Leben. Menschen, die ihre Zeit und Kraft, ihr Wissen und ihre Kreativität für andere einsetzen, trügen zu einem besseren Miteinander in unserer Gesellschaft bei. Die Niedersächsische Landesregierung setzt sich vielfältig für gute Rahmenbedingungen und die Anerkennung ehrenamtlichen Engagements ein...“ (der Niedersächsische Ministerpräsident Wulff zum dritten Freiwilligensurvey 1999 bis 2009).

8.3.1 Ehrenamt allgemein

Die Stiftung Mitarbeit in 53111 Bonn definiert ehrenamtliche Arbeit auf ihrem Internetportal www.buergergesellschaft.de die mit ehrenamtlicher Arbeit im Zusammenhang stehenden Begriffe wie folgt (in Auszügen):

Ehrenamt, Freiwilligenarbeit, bürgerschaftliches Engagement – oft werden diese Begriffe synonym genutzt. Die Begriffe stehen zum einen für diverse Traditionen, in der sie entstanden sind oder für einen unterschiedlichen Kontext und Blickwinkel, in dem sie benutzt werden.

Ehrenamt

Das Ehrenamt hat in Deutschland eine lange Tradition. Geraume Zeit bezeichnete dieser Begriff die unentgeltliche Tätigkeit von Ehrenmännern und -frauen, die als ausgewählte Honoratioren eine öffentliche Aufgabe übertragen bekamen.

Heute wird der Begriff Ehrenamt in erster Linie dann verwendet, wenn er ein echtes Amt und eine Funktion bezeichnet, wie beispielsweise in einem Vorstand, einem Gremium oder einem Verband. Dazu zählen aber auch im Auftrag von Bund, Ländern oder Gemeinden neben dem Beruf wahrgenommene Tätigkeiten, wie Beauftragte, Beiträge etc.

Freiwilliges Engagement

Freiwilliges Engagement oder Freiwilligenarbeit gilt oft als der modernere Begriff und bezeichnet das unentgeltliche, Gemeinwohl bezogene Engagement in selbst organisierten Initiativen, Aktionsgruppen, Projekten. Die Art des Engagements kann sehr vielfältig sein: Von anspruchsvollen Leitungstätigkeiten bis zum einfachen Mitmachen ist alles möglich.

Bürgerschaftliches Engagement

Bürgerschaftliches Engagement als weiterer Begriff wurde geprägt in dem Verständnis einer aktiven Bürgergesellschaft, in der die freiwillig engagierten Bürger aktiv die Gesellschaft, den Staat und die Politik mit gestalten. Bürgerschaftliches Engagement ist freiwillig, nicht auf materiellen Gewinn gerichtet, Gemeinwohl orientiert, öffentlich bzw. findet im öffentlichen Raum statt und wird in der Regel gemeinschaftlich bzw. kooperativ ausgeübt.“

Zahlen und Fakten

Eine Informationsquelle für das bundesweite freiwillige Engagement bietet das so genannte Freiwilligensurvey. Dieses ist ein öffentliches Informationssystem, das umfassende und detaillierte bundes- und landesweite Informationen zum freiwilligen, bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Engagement der deutschen Wohnbevölkerung im Alter ab 14 Jahren zur Verfügung stellt. Erarbeitet wurde dieser Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Fa-

milie, Senioren, Frauen und Jugend in den Jahren 1999, 2004 und 2009. Die hier erwähnten Daten stammen aus der Erhebung 2009.

Danach sind 71 % der Bevölkerung ab 14 Jahren über ihre privaten und beruflichen Verpflichtungen hinaus in Gruppen, Vereinen oder Verbänden sowie Organisationen und öffentlichen Einrichtungen aktiv beteiligt. 36 % haben darüber hinaus freiwillig und unentgeltlich (oder gegen eine geringe Aufwandsentschädigung) längerfristig Arbeiten, Aufgaben oder Funktionen übernommen – sie sind freiwillig engagiert. Das Engagement findet vor allem in Vereinen und Verbänden, in öffentlichen Einrichtungen und in Kirchen statt, aber auch in kleinen Gruppen, Projekten und Initiativen. **Die intensive zivilgesellschaftliche Beteiligung in Deutschland ist eine stabile und nachhaltige Größe: Im Schnitt üben die Freiwilligen ihre Aufgaben bereits seit 10 Jahren aus. 90 % der Engagierten sind mindestens einmal im Monat tätig, 56 % mindestens einmal pro Woche.**

Freiwilliges Engagement älterer Menschen: Chancen des demographischen Wandels

Hierzu führt der Freiwilligensurvey aus: „Die erfreulichste Entwicklung des freiwilligen Engagements gab es über die gesamte bisherige Periode des Freiwilligensurveys (1999 bis 2009) bei den älteren Menschen über 60 Jahren. Im Alter von 60 bis 69 Jahren liegt das Engagement inzwischen sogar bei überdurchschnittlichen 37 % (seit 1999 + 7 Prozentpunkte), in der Altersgruppe der über 70-Jährigen gab es in der gleichen Periode ein Plus von 5 Prozentpunkten auf 25 %. Das Engagement der Älteren schiebt sich also immer weiter über den Ruhestandsbeginn hinaus und die Grenze dieser Entwicklung liegt hauptsächlich in einem Fitnessgefälle, das den gesundheitlichen Barrieren des höheren Alters geschuldet ist. Es ist zudem auffallend, dass ältere Menschen entsprechend ihres Engagementprofils zunehmend besonders wichtige Aufgaben in den Bereichen Soziales, Pflege und Betreuung übernehmen.“ Der Freiwilligensurvey zeigt hierbei allerdings auch einen erhöhten Anerkennungs- und Unterstützungsbedarf seitens des hauptamtlichen Personals auf. Insgesamt mildert das zunehmende Engagement der Älteren die Wirkung des demographischen Wandels auf die Zivilgesellschaft ab, was aber über Nachwuchsprobleme in bestimmten Bereichen, wie z.B. in der Freiwilligen Feuerwehr oder im Sport, nicht hinwegtäuschen darf.

Männer und Frauen: Gleichstellung im freiwilligen Engagement ist noch nicht erreicht.

Immer noch unterscheidet sich die Engagementquote von Männern (2009: 40 %) und Frauen (2009: 32 %) deutlich. Dies trifft insbesondere auf die beiden Altersgruppen 20 bis 29 Jahre und 70 Jahre und älter zu (Männer: 31 %, Frauen: 22 %). Möglichkeiten der Ausdehnung weiblichen Engagements sind vorhanden, ist doch das Engagementpotential von 1999 auf 2009 von 28 % auf 39 % gestiegen. Dieses Potential abzurufen ist gleichermaßen eine Her-

ausforderung an zivilgesellschaftliche Organisationen, die Arbeitgeber und die öffentliche Hand.

Engagementbereiche: Große Vielfalt der Engagementmöglichkeiten

„Mit 10,1 % war auch bei der dritten Welle des Freiwilligen surveys der Bereich „Sport und Bewegung“ der ungleich größte Engagementbereich. Es folgen die großen Bereiche „Kirche und Religion“ (6,9 %) und „Schule und Kindergarten“ (6,9 %). Ein größerer Bereich ist auch das soziale Engagement (5,2 %), der Bereich „Kultur und Musik“ (5,2 %), gefolgt von „Freizeit und Geselligkeit“ (4,6 %). Die große und stabile Vielfalt der kleineren Engagementbereiche widerspiegelt die verschiedenen Interessen der Bürgerinnen und Bürger ebenso wie die unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensstile. Hervorzuheben ist ein Zuwachs des sozialen und gesundheitlichen, des Jugend bezogenen sowie des kulturellen und ökologischen Engagements, was besonders auf das zunehmende Engagement der älteren Menschen und Familien zurückgeht. Die Engagementförderung steht in Deutschland heute vor der Herausforderung, den Teil der Bevölkerung, der dem Engagement noch fernsteht, besser über die Vielfalt interessanter Engagementmöglichkeiten zu informieren, um das vorhandene Potential auch in die Tat umzusetzen. **Am Engagement Interessierte brauchen Anlaufstellen in den Kommunen, die ihnen passende Angebote machen können.**“

Die vorstehenden Aussagen sind Vorabaussagen und Ergebnisse zum dritten Freiwilligen survey (1999 bis 2009). Weitere Informationen sowie der gesamte Text lagen zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrages nicht vor.

Ehrenamtlichkeit

Der Niedersächsische Landtag hat eine Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderung an ein zukunftsfähiges Niedersachsen“ in 2005 eingesetzt. Der daraus folgende Bericht der Enquete-Kommission wurde Mitte 2007 vorgelegt. Die Handlungsempfehlungen zu dem Bereich V Bürgerschaftliches Engagement liegen diesem Plan als **Anlage 4** bei.

Anmerkung:

Einige der zuvor genannten Empfehlungen wurden bereits eingeführt. Beispielhaft wird hier die Aufrechterhaltung und die stärkere Vernetzung von Anlauf- und Informationsstellen für das Bürgerschaftliche Engagement in Form des Seniorenservicebüros des Landkreises Cuxhaven genannt Siehe hierzu auch Pkt. 9.2 „Seniorenservicebüro“.

Stellung der ehrenamtlich Tätigen

Die für das Gemeinwohl ehrenamtlich tätigen Personen sollten Unterstützung durch die Kommunen erfahren. Dieses sowohl im Sinne eines Vorschussangebotes im Sinne eines Ansprechpartners/einer Ansprechpartnerin, um Ideen einer ehrenamtlichen Arbeit zu unterstützen und zu realisieren als auch ein Angebot der Hilfe für bereits ehrenamtlich tätige Personen und Gruppen bei Problemen und auftauchenden Fragen. Die Kommunen sollen sowohl überregional (z.B. über das Seniorenservicebüro des Landkreises Cuxhaven) als auch örtlich zwischen Bedarfen an ehrenamtlicher Arbeit und sich ehrenamtlich engagieren wollenden Personen vermitteln. Im Weiteren sind auch die Kommunen im Zuge einer notwendigen Anerkennungskultur der ehrenamtlichen Arbeit gefordert.

Weiterhin ist über den Versicherungsschutz für ehrenamtlich Tätige aufzuklären und ggf. sicherzustellen.

Wie ist ehrenamtliche Arbeit versichert?

Erleiden ehrenamtlich Engagierte einen Personenschaden oder werden sie haftpflichtig gemacht, stellt sich die Frage nach dem Versicherungsschutz. Das Land Niedersachsen hat für ehrenamtlich Engagierte mit der Versicherungsgruppe Hannover (VGH) Rahmenverträge für den subsidiären Unfall- und Haftpflichtversicherungsschutz abgeschlossen. Das bedeutet, dass Bürger aus Niedersachsen ohne privaten oder gesetzlichen Unfall- und Haftpflichtschutz während der Ausübung ihres Ehrenamtes nun unfall- und haftpflichtversichert sind. Einbezogen sind auch Engagierte, deren Hauptwohnsitz außerhalb von Niedersachsen liegt, die aber in Niedersachsen freiwillig tätig sind. Die Initiative für das Bürgerschaftliche Engagement muss dabei von Niedersachsen aus gehen. Der zuvor beschriebene Versicherungsschutz gilt subsidiär, d.h., dass soweit private Unfall- und Haftpflichtversicherungen bestehen, diese vorrangig in Leistungen treten müssen.

Der Versicherungsschutz für ehrenamtlich Engagierte beinhaltet Leistungen bei dauernder Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) je nach Grad der Beeinträchtigung von bis zu 90.000 Euro auf bis zu 175.000 Euro. Die Leistungen im Todesfall betragen 10.000 Euro. Bergungsleistungen sind bis zur Höhe von 5.000 Euro versichert. Darüber hinaus können bis zu 1.500 Euro Rehabilitationshilfen gewährt werden. Neben der zuvor beschriebenen Unfallversicherung besteht auch Haftpflichtversicherungsschutz für Schäden Dritter, die durch die ehrenamtlich tätige Person verursacht wurde.

Da diese Frage über kurz oder lang bei vermutlich fast jedem ehrenamtlich Tätigen auftreten wird, sollten die Organisationen, die ehrenamtliche Arbeit in Anspruch nehmen, in geeigneter Weise frühzeitig auf den vorhandenen Versicherungsschutz hinweisen.

Zur weiteren Information ist in der Anlage das Merkblatt „Mehr Sicherheit für freiwillig Engagierte im Ehrenamt“ der VGH und des Landes Niedersachsen beigefügt.

Weitere Informationen sowohl zum Versicherungsschutz und weitere Fragen im Zusammenhang mit ehrenamtlicher Tätigkeit sind u.a. über den FreiwilligenServer des Landes Niedersachsen unter www.freiwilligenserver.de sowie vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit der Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit“ – unfallversichert im Ehrenamt (www.bmas.de / Publikationen / “Zu Ihrer Sicherheit“ Unfallversicherung im Ehrenamt, Art. Nr. A 329) zu erhalten.

Weitere Angebote für Ehrenamtliche

Viele weitere Organisationen und Stellen unterstützen und begleiten Ehrenamtliche in ihrer Arbeit. Neben vielen Angeboten sollen beispielhaft nachfolgende Institutionen hier genannt werden.

FreiwilligenServer Niedersachsen

Der FreiwilligenServer Niedersachsen ist ein landesweites Internetportal für bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt und Selbsthilfe. Es ist das zentrale Portal für Informationen, Austausch und Vernetzung bürgerschaftlichen Engagement. Es enthält Informationen über ehrenamtliche Projekte, Arbeiten und Gruppen bis hin zu Antworten auf viele Fragen, die mit einem Ehrenamt zusammenhängen. Zu erreichen ist dieses Portal über die Internetadresse www.freiwilligenserver.de.

Freiwilligenakademie Niedersachsen (fan)

Die Freiwilligenakademie Niedersachsen ist ein Zusammenschluss niedersächsischer Bildungseinrichtungen, die für Weiterbildung in allen Bereichen des bürgerschaftlichen Engagements steht. Die Angebote richten sich an Freiwillige und Ehrenamtliche aus allen Bereichen der gemeinnützigen Arbeit, an FreiwilligendienstleisterInnen, Vorstände von Vereinen, an hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Vereinen sowie an Verbände und Kommunen.

Adresse:

Freiwilligenakademie Niedersachsen

c/o Freiwilligenzentrum Hannover

im Üstra Service Center City, 2. Etage

Karmarschstr. 30/32

30159 Hannover, Tel.: 0511/300344-76, www.freiwilligenakademie.de

Engagement-Lotsen für Ehrenamtliche Niedersachsen (ELFEN)

Das Projekt ELFEN ist ein Qualifizierungsprogramm, welches Engagierte ansprechen soll, sich als Engagement-Lotse ausbilden zu lassen, um dann neue Freiwillige zu gewinnen und die Engagement fördernde Infrastruktur zu verbessern. Aufgaben für Engagement-Lotsen können z.B. sein:

- Neue Ideen und Impulse für ehrenamtliches Engagement geben
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit organisieren
- Unterstützung einwerben
- Freiwillige gewinnen und betreuen
- Vereine beraten
- Neue Projekte anregen, unterstützen und betreuen
- Freiwillige, soziale Einrichtungen, Initiativen, Kommunen, Firmen und andere Gruppen vernetzen

Wer als Engagement-Lotse tätig werden möchte, wendet sich an die Kommune bzw. an die örtliche Freiwilligenagentur, das Seniorenservicebüro, ein Mehrgenerationenhaus oder eine andere Freiwilligeninitiative vor Ort. Die Kommune bzw. Freiwilligeneinrichtung schlägt dann dem Land Freiwillige für das Qualifizierungsprogramm vor. Wichtig dabei ist, dass möglichst drei bis fünf Engagement-Lotsen aus einer Kommune oder Einrichtung stammen, damit sie nach der Ausbildung ein lokales Kompetenzteam bilden und sich austauschen können.

Weitere Informationen sind über die o.g. Internetadresse des FreiwilligenServers zu erhalten.

Ehrenamtskarte

Die Ehrenamtskarte ist ein Bestandteil der „Ehrenamtskultur“. Das bedeutet ehrenamtliche Leistung muss eine Anerkennung erfahren. Dabei ist die Ehrenamtskarte eine von mehreren möglichen und sicherlich auch notwendigen Ansätzen. Der Besitzer einer Ehrenamtskarte kann Vergünstigungen in öffentlichen Einrichtungen und bei anderen Anbietern in Anspruch nehmen.

Die Ehrenamtskarte wird von (freiwillig) teilnehmenden kommunalen Gebietskörperschaften verliehen und ausgegeben. Dieses sind in der Regel die Städte und Gemeinden. Auch auf Landkreisebene sollte zumindest ein Ansprechpartner für die Ehrenamtskarte benannt werden.

Von den Vergünstigungen durch die Ehrenamtskarte profitieren Ehrenamtliche in ganz Niedersachsen, da sie landesweit gültig ist!

Weitere Informationen sind bei der Niedersächsischen Staatskanzlei, Herrn Thomas Böhme, Planckstr. 2, 301690 Hannover, Telefon 0511/120-67 39, zu erhalten.

Die Kommunen innerhalb des Landkreises Cuxhaven oder die genannten Freiwilligen-einrichtungen sind aufgerufen, die Inanspruchnahme der zuvor genannten Möglichkeit zu prüfen.

8.3.2 Selbsthilfe

Der Begriff Selbsthilfe bezieht sich im Folgenden nicht auf individuelle, sondern auf in Gruppen organisierte Selbsthilfe.

Definition:

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind.

Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld.

In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben.

Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet, manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.“

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SHG) e.V., www.nakos.de

In den Gruppen bündeln sich die Erfahrungen und das Wissen vieler Erkrankter und Angehöriger. Die Betroffenen werden zu Experten in eigener Sache. Damit können die Gruppen die medizinische Versorgung wirksam ergänzen und sind unterstützend bei der psychosozialen Bewältigung einer Krankheit. Ziel ist, die Lebensqualität zu erhalten und möglichst zu verbessern. Selbsthilfe beruht auf Freiwilligkeit und kann daher nicht verordnet werden. Die

Gruppenmitglieder begegnen sich auf gleicher Augenhöhe und erleben den Austausch in der Gruppe als stabilisierend und als persönliche Bereicherung.

Lebensalter als direktes Thema der Selbsthilfe

Ein Beispiel sozialer Selbsthilfe für Senioren ist die Gruppe „Lange Aktiv Bleiben“ (früher Lebensabend-Bewegung). Geselligkeit und soziale Kontakte sowie die Erhaltung geistiger und körperlicher Fähigkeiten stehen im Mittelpunkt des Programms. Hier gibt es Parallelen zu anderen, ehrenamtlich geleiteten Gruppenangeboten für Senioren, wie z.B. den Gruppen der Sozial- oder Wohlfahrtsverbände oder kirchlichen Gruppen. **Die demografische Entwicklung lässt erwarten, dass die Anzahl dieser Gruppen steigen wird. Wünschenswert sind vielfältige regionale Angebote. Dafür sollten die Kommunen förderliche Rahmenbedingungen, wie im Folgenden genannt, zur Verfügung stellen.**

Altersstruktur in Selbsthilfegruppen

Insbesondere in den gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen ist ein größerer Teil der Mitglieder der älteren Generation zuzurechnen. Die gestiegene Lebenserwartung geht einher mit einer Zunahme von Erkrankungen, die insbesondere Menschen im hohen Lebensalter betreffen (z.B. Parkinson, Alzheimer). Durch den medizinischen Fortschritt steigt auch die verbleibende Lebenszeit von Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen).

Von den Patienten wird zunehmend Eigenverantwortung erwartet, sie stehen vor dem Informationsangebot und –überangebot im Internet, gleichzeitig fehlt ihnen oft eine persönliche Begleitung und Beratung. Menschen, die mit der Diagnose einer chronischen Erkrankung konfrontiert sind, erfahren Entlastung im Gespräch mit Gleichbetroffenen, tauschen Informationen aus und lernen, mit der Krankheit zu leben. Die Kontaktpersonen der Selbsthilfegruppen beraten in der Regel auch Nicht-Mitglieder. **Für den Besuch der Gruppentreffen ist Mobilität erforderlich, unterstützende Maßnahmen reichen hier von Fahrgemeinschaften und Nachbarschaftshilfe, Einrichtung eines ehrenamtlichen Fahrdienstes bis zum Ausbau des Öffentlichen Nahverkehrs.**

„Alternde“ Selbsthilfegruppen

Im Gegensatz zu psychosozialen Gruppen, bei denen eine größere Fluktuation und eine kürzere Lebensdauer der Gruppen zu verzeichnen ist, sind Gruppen von chronisch Kranken oder Suchtgruppen meist stabil. 20- oder 30jährige Jubiläen sind keine Seltenheit. Menschen in den Gruppen bleiben über Jahre zusammen und „werden gemeinsam alt“. In den meisten Gruppen gibt es eine ehrenamtliche Führungsstruktur – durch einen Vereinsstatus vorgegeben oder innerhalb der Gruppen gewachsen. Schon jetzt sind in einigen Gruppen die Ehren-

amtlichen durch ihr Alter und zusätzlich ihre eigene chronische Krankheit oder Behinderung in vielen Fällen an der Grenze ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit. Für viele Gruppen ist der Generationenwechsel schwierig, manche Gruppen scheitern daran. In einzelnen Fällen wäre eine ehrenamtliche Leitung eine Lösung – auch wenn sie dem eigentlichen Prinzip der Selbsthilfe widerspricht. Fortbildung und Austausch mit anderen Gruppen, z. B. zur Öffentlichkeitsarbeit können ebenfalls hilfreich sein.

Selbsthilfe im Landkreis Cuxhaven

In Stadt und Landkreis Cuxhaven liegt die Zahl der Selbsthilfegruppen bei etwa neunzig bis einhundert. Die meisten dieser Gruppen gehören zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe, das heißt ihre Mitglieder sind von Sucht, chronischen Krankheiten oder Behinderungen betroffen. Viele Gruppen sind Mitgliedsorganisationen überregionaler Verbände.

Die Gründung von Selbsthilfegruppen ist abhängig von einzelnen engagierten Betroffenen, daher sind die regionalen Strukturen vielfältig und unterschiedlich. Während sich die Suchtgruppen über den ganzen Landkreis verteilen, sind viele der Gruppen für chronisch Kranke in einzelnen Orten, vorrangig in Cuxhaven angesiedelt.

Bei der Alterszusammensetzung der Gruppen liegt der Schwerpunkt bei Menschen von ca. 50 – 70 Jahren.

KIBIS im Paritätischen

Die KIBIS (Kontakt, Information und Beratung im Selbsthilfebereich) ist die regionale Beratungsstelle für Selbsthilfe in Stadt und Landkreis Cuxhaven. Mit einer Arbeitszeit von 25 Fachstunden wöchentlich ist die Mitarbeiterin für den gesamten Landkreis zuständig.

Die Schwerpunkte der Kontaktstellenarbeit liegen bei der

- Information, Beratung und Vermittlung von Selbsthilfeinteressierten
- Unterstützung und Vernetzung der Selbsthilfegruppen
- Unterstützung von Gruppengründungen
- Herausgabe des Selbsthilfe-Wegweisers
- Öffentlichkeitsarbeit
- Regionale Fortbildung für Selbsthilfegruppen

Kontakt:

KIBIS im Paritätischen, Kirchenpauerstr. 1, 27472 Cuxhaven,

Doris Methner, Tel. 04721/ 579 332, Fax: 04721 / 579 350, doris.methner@paritaetischer.de,
www.cuxhaven.paritaetischer.de,

Sprechzeiten: Di. und Fr. 9 – 13 Uhr, Do. 14 – 16 Uhr und nach telefonischer Vereinbarung.

Konkrete Wünsche bzw. Handlungsempfehlungen an die Kommunen:

- „Selbsthilfefreundliches Klima“ - Wertschätzung durch Politik und Verwaltung, z.B. durch Veranstaltungen für Engagierte, öffentliche Würdigung etc.
- Finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstelle
- sachliche Unterstützung z. B. durch Bereitstellung von kostenfreien bzw. günstigen Räumlichkeiten für die Gruppenarbeit, auch am Abend
- Bereitstellung von Möglichkeiten für Warmwassergymnastik und Funktionstraining
- regionale Ansprechpartner für Selbsthilfe
- Einbeziehung von Vertretern der Selbsthilfe zu für sie relevanten Entscheidungen
- Förderung der Vernetzung von Selbsthilfe und anderen regionalen Akteuren
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe, Weitergabe von Kontaktdaten, Auslage des Selbsthilfewegweisers, evtl. Druck und Verteilung von Flyern.

8.3.3 Ehrenamtsbeauftragter- Ansprechpartner für das Ehrenamt

Das Ehrenamt ist eine feste und stetig wachsende Größe im gesellschaftlichen Miteinander. Für die einzelne Person ist es Ausdruck des persönlichen Engagements, Gelegenheit zur Selbsterfahrung und Selbstbestätigung als auch Mittel zur gesellschaftlichen Teilhabe und Erhaltung der eigenen geistigen und körperlichen Beweglichkeit.

Für die Gesellschaft bedeutet es Erhaltung und Steigerung der sozialen Kompetenzen, des sozialen Miteinanders und im Zuge der sich verändernden familiären Strukturen und der knappen öffentlichen Finanzen eine wichtige Komponente bei der Unterstützung und Versorgung hilfebedürftiger Menschen. Für die Kommunen bedeutet ein starkes ehrenamtliches Engagement zusätzliche Lebensqualität und Attraktivität.

Das ehrenamtliche Engagement bedarf aber auch der Förderung, Begleitung und Wertschätzung. Die Erfüllung dieser Faktoren wird in aller Regel z.B. für das Gebiet einer Kommune zentral und hauptamtlich zu erledigen sein. Somit kann eine abgestimmte einheitliche und neigungsgerechte ehrenamtliche Arbeit aufgebaut und sichergestellt werden. Sofern

andere Strukturen nicht vorhanden sind, wäre es zunächst Aufgabe der Kommune, durch einen so genannten Ehrenamtlichkeitsbeauftragten, Sorge für das Funktionieren ehrenamtlicher Strukturen zu sorgen. Ob diese koordinierte Tätigkeit bei der Kommune verbleibt oder an andere Träger oder Institutionen vergeben wird, ist Entscheidung der Kommune und abhängig von den unterschiedlichen Strukturen vor Ort.

Die Auswertung des Erhebungsbogens zur Versorgungssituation im Landkreis Cuxhaven (**s. Anlage 6**; weitere Ausführungen zu dem Erhebungsbogen siehe auch Pkt. 7.1) beinhaltet u.a. auch eine Übersicht über vorhandene Ehrenamtsbeauftragte in den Kommunen, die nachfolgend dargestellt wird.

Tabelle 8.1 Ehrenamtsbeauftragte in den Kommunen

	Stadt Cuxhaven	Langen	Loxstedt	Nordholz	Schiffdorf	Am Dobrock	Bederkesa	Beverstedt	Börde Lamstedt	Hadeln	Hagen	Hemmoor	Land Wursten	Sietland
vorhandener Ehrenamtsbeauftragter	ja	ja	Ja (Bürger helfen Bürgern)	ja	nein	Ja (Seniorenbeirat)	Ja (nur f. d. Gem. Bad Bed.)	in Planung	nein	nein	nein	ja	ja	nein

Stand Juli 2010

8.3.4 Möglichkeiten der Mitgestaltung

„Viele Ältere wollen sich einsetzen. Sie erwarten aber auch, dass sie angemessene und passende Möglichkeiten zum mit gestalten und mit entscheiden erhalten – dieses gilt besonders für das nahe Lebensumfeld, die Kommune“ (Vorwort Dr. Kristina Schröder, Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu ihrem Programm „aktiv im Alter“).

Die Zunahme des Anteils älterer Menschen und deren Lebensbedürfnisse erfordern große und kleine Veränderungen in vielen Bereichen des kommunalen Zusammenlebens. Parallel dazu ist eine große Bereitschaft älterer Menschen sich nach der Arbeitsphase aktiv in das Gemeinschaftsleben einzubringen. Diese beiden Fakten sprechen für eine angemessene Beteiligung dieser Bevölkerungsgruppe auch an den politischen, kommunalen Entscheidungs-

gen. Selbstverständlich dabei ist, dass die jüngeren Altergruppen ebenso ihre Bedürfnisse und Notwendigkeiten gewahrt wissen wollen. Dieses beinhaltet der gemeinsame Wille zur Gestaltung der sich demographisch verändernden Bevölkerung, welche als unumkehrbar zur Kenntnis genommen werden muss. Dies bedeutet aber nicht, dass das, was Senioren zugute kommt schlecht für die jüngeren Altergruppen und umkehrt sein muss. Vielmehr ist ein gemeinsamer Konsens zu entwickeln und umzusetzen.

Die höheren Altersstufen werden, wie schon erwähnt, aufgrund der Zunahme des Anteils dieser Bevölkerungsgruppe als auch aufgrund der Bereitschaft und der gesundheitlichen Möglichkeit sich für die Gesellschaft einzusetzen.

„Ein aktivierender Staat und die Zivilgesellschaft tragen Sorge für verlässliche Rahmenbedingungen, die mit gestalten und mit entscheiden ermöglichen. Kommunen und Organisationen, die das Bürgerengagement fördern, gewinnen zusätzliche Handlungsspielräume. „(Auszug aus der Präambel zum Memorandum zum Programm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Alter schafft Neues. Das Programm aktiv im Alter“).

Die Beteiligung von Seniorinnen und Senioren an kommunalen Entscheidungen ist unterschiedlicher Hinsicht möglich.

Seniorenbeauftragter, Seniorenbeirat oder **Bürgerverein** sind Institutionen, die ein Bindeglied zwischen den Senioren und den örtlichen politischen Gremien und der Verwaltung sein können. Über diesen Personen sollte ein institutionalisierter Austausch zwischen der Bevölkerung, in diesem Fall den Senioren, und den Entscheidungsträgern stattfinden und notwendige Anpassungen im Rahmen der demographischen Entwicklung gestaltet werden. Unabhängig davon, welche der drei Möglichkeiten oder auch andere, in die gleiche Richtung zielenden Möglichkeiten vor Ort gewählt werden, sollten verbindliche Absprachen über das Miteinander und dem Umgang bzw. der Umsetzung von Wünschen oder Notwendigkeiten bestehen. Dabei stellen die drei nachfolgend genannten Möglichkeiten unterschiedliche Ausgangslagen dar.

8.3.4.1 Seniorenbeauftragter

Ein (oder auch mehrere) Seniorenbeauftragte agieren als Einzelperson. Das Engagement und die Arbeit bleiben auf den Schultern eines Einzelnen. Die Wertung der Wichtigkeit der verschiedenen Themen ist eine Einzelentscheidung. Auch das Vertreten der Meinungen und Interessen und somit auch die Auseinandersetzung des Themas gegenüber Rat oder Verwaltung obliegen einer Person. Bei dieser Form der Bürgerbeteiligung ist es wichtig, dass klare Aufgabenbeschreibungen und die Achtung der Funktion und der Aufgaben bei Mandatsträgern und Verwaltung vorhanden sind. Konkrete Angebote oder weitergehende Initiati-

ven sind darüber hinaus von Seniorenbeauftragten kaum zu verlangen, obwohl diese durchaus vorhanden sind.

8.3.4.2 Seniorenbeirat

Der Seniorenbeirat ist ein von der politischen Vertretung der Gemeinde berufenes Gremium, in der Regel mit der Aufgabe, Politik und Verwaltung dort zu beraten, wo Interessen von Senioren berührt sein können. Darüber hinaus zeigt die Praxis, dass aktive und durch die Kommune in ihrem Tun unterstützte Seniorenbeiräte von sich heraus Angebote für Senioren gestalten und durchführen. Die bei den Seniorenbeauftragten dargestellten möglichen Probleme der Isolierung werden durch das Gremium Seniorenbeirat aufgefangen. In der Regel sind Hinweise, Wünsche und Forderungen des Seniorenbeirates breiter abgestimmt und bestätigt.

Auch hier sind klare Absprachen über die Aufgaben des Seniorenbeirates erforderlich und wie die Ergebnisse der Arbeit des Seniorenbeirates in das Handeln der Kommune einfließen. Eine Beteiligung, z.B. mit beratender Stimmen, in den Räten ist notwendig.

Seniorenbeiräte bestehen derzeit in der Stadt Langen und den Samtgemeinden Am Dobrock, Beverstedt, Hadeln, Hagen und Land Wursten.

8.3.4.3 Bürgerverein

Bürgervereine werden in der Regel ehrenamtlich getragen und geführt. Gleichwohl kommt einem engen und abgestimmten Kontakt zwischen dem Bürgerverein und der Kommune eine wichtige Rolle zu.

Der Bürgerverein engagiert sich für soziale Belange innerhalb der örtlichen Gemeinschaft. Die Aufgaben, die Bürgervereine übernehmen, reichen von Fahrdiensten, Seniorenbegleitung, Kleiderkammern bis hin zu der Betreuung von Kleinkindern. Ein Bürgerverein kann somit zu einem wichtigen Baustein der örtlichen sozialen Infrastruktur werden und bietet ehrenamtlich Tätigen eine ortsnahe Möglichkeit, sich ehrenamtlich zu engagieren. Kommunen erhalten auf diesem Wege die Möglichkeit, einen zusätzlichen Partner in der örtlichen Daseinsvorsorge zu haben. Unabdingbar sind, wie in den zuvor schon dargestellten Formen der Bürgerbeteiligung, klare Absprachen über Aufgabenverteilungen und den Austausch mit Politik und Verwaltung. Ein finanzielles Engagement der Kommune ist wünschenswert, die ideale und praktische Unterstützung des Bürgervereins durch die Kommune sollte selbstverständlich sein.

Bürgervereine im Landkreis Cuxhaven:

- Gemeinde Loxstedt – „Bürger helfen Bürgern“
- Samtgemeinde Beverstedt – Netzwerk „Bürger für Bürger“

8.4 Bildung

8.4.1 Einleitung

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich ausschließlich auf das **nachberufliche Lernen**.

Das Thema Alter und Lernen mag in Vergangenheit eher ein Randthema gewesen sein. Die Bildungsoffensive in den 60er Jahren führt dazu, dass der Anteil der höheren Bildungs- und Berufsabschlüsse stark zugenommen hat. Hinzu kommt, dass die ersten geburtenstarken Jahrgänge mit eben diesen genannten veränderten Bildungshintergrund in den nächsten Jahren das Rentenalter erreicht haben werden. Es ist somit von einem anderen Bildungsverhalten und auch anhaltendem Bildungs- und Fortbildungsinteresse der Seniorinnen und Senioren auszugehen. Ganz konkret bedeutet dieses, dass die Altersgruppen ab 55 und älter einen zunehmenden Anteil der Kunden der Bildungsträger darstellen werden. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl von älteren Menschen, die aufgrund ihrer zunehmenden Lebenserwartung eine längere (aktive) Altersphase nach dem Beruf erleben führen. Dabei ist allgemein anerkannt, dass Senioren nicht schlechter sondern anders als Jüngere lernen.

Lernen ist für Senioren als auch für die Gesellschaft ein wichtiges Gut. Geistige Aktivität steigert das Wohlbefinden, fördert den Erhalt der Selbstständigkeit und die gesellschaftliche Teilhabe, belebt das Gemeinwesen und stärkt den Generationendialog. Es ist unbedingt notwendig um den Alltag zu gestalten und Kompetenzen zu erhalten und auszubauen. Für die Kommunen ist ein gutes Bildungsangebot Inhalt der Daseinsvorsorge und Faktor der Attraktivität der Kommunen.

Die Teilnahme an Weiterbildung kann Motivation und Auslöser für eine gewünschte und notwendige ehrenamtliche Arbeit vor Ort sein.

8.4.2 Statistik

Die Altersstruktur der (z.B.) VHS-Teilnehmenden hat sich in den letzten 30 Jahren verändert. Bis etwa 1978 waren die 25–30 Jährigen die stärkste Altersgruppe der VHS und stellen rund $\frac{1}{4}$ der Teilnehmenden dar. Danach hatten die 35–50 Jährigen den höchsten Anteil, der mehr

als ein 1/3 der Teilnehmenden entsprach. Die 50–65 Jährigen sind seit 2003 die zweitstärkste Teilnehmergruppe an der VHS; die über 65-jährigen Menschen sind inzwischen stark vertreten. Die Volkshochschulen sind der größte Anbieter von Bildungsveranstaltungen für Ältere.

Auswertungen der Kursbelegungen zeigen:

- bei höheren Altersgruppen (ab 65 Jahren) haben die Themenbereiche Politik / Gesellschaft/Kultur/Gestalten und Sprachen einen hohen Anteil der VHS Kursbelegungen
- Kurse zum Thema PC/Internet und Naturwissenschaft/Umwelt werden von allen Altersgruppen gleichmäßig häufig belegt
- höher gebildete, lange erwerbstätige und auch im Alter (ehrenamtlich) aktive Menschen haben eine große Wahrscheinlichkeit sich auch im Alter weiter zu bilden.

Viele alte Menschen besuchen weniger zielgruppenspezifische Veranstaltungen, sondern nutzen das reguläre Programm. Erwachsenenbildungsangebot der Wohlfahrtsverbände, Vereine, Parteien und Gewerkschaften zeigen grundsätzlich die gleichen Trends. Einige Erwachsenenbildungseinrichtungen haben, um den Bildungsbedarf ältere Menschen zu entsprechen, spezielle Alten- oder Seniorenangebote entwickelt. Sie organisieren dann sogenannte Senioren- oder Altenakademien. (aus Deutsches Institut für Erwachsenenbildung - Weiterbildung in der alternden Deutschen Gesellschaft, Juni 2008).

8.4.3 Bildungsträger im Landkreis Cuxhaven

Die nachfolgende Übersicht zeigt die im Landkreis Cuxhaven tätigen Bildungsträger auch im weiteren Bezug auf. Die Reihenfolge der Auflistung stellt keine Priorisierung der Einrichtungen dar. Die bei einigen Bildungsträgern gemachten Angaben über deren Bildungsangebote wurde der Drucksache 16/1855 des Niedersächsischen Landtages – 16. Wahlperiode entnommen.

- Volkshochschule im Landkreis Cuxhaven e.V., Geschäftsstelle, Debstedter Straße 5 A, 27607 Langen, Tel.: 04743/9221 – 0
- Volkshochschule der Stadt Cuxhaven, Abendrothstraße 16, 27474 Cuxhaven, Tel.: 04721/73520
- Volkshochschule Hadeln, Himmelreich 15, 21762 Otterndorf, Tel.: 04751/900211

Die Stärke der Volkshochschulen in Niedersachsen liegt in den wohnortnahen Angeboten mit ihrem breitgefächerten Angebot und ihrer Flexibilität. Sie berücksichtigen alle Themenbereiche der Erwachsenenbildung und reagieren durch schnell Handeln auf die gesellschaftlichen Anforderungen. Durch diese Nähe liegt hier im Vergleich mit den anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung naturgemäß ein Schwerpunkt bei den Angeboten bei Senioren.

- Evangelisches Bildungszentrum Bad Bederkesa – Heimvolkshochschule, Alter Postweg 2, 27624 Bad Bederkesa, Tel.: 04745/9495-0

Hinweis: Das evangelische Bildungszentrum Bad Bederkesa wurde bezüglich der nachfolgenden Informationen mit der evangelischen Erwachsenenbildung Niedersachsen (EEB) gleichstellt.

Die EEB entwickelt und fördert Bildungsangebote in Kooperation mit Kirchengemeinden, kirchlichen Gruppen, Initiativen und Verbänden, mit Selbsthilfegruppen und anderen kommunalen und kirchlichen Einrichtungen. Sie ist in allen Kirchenkreisen und Landkreisen Niedersachsens vertreten. Die EEB hat ein breites Spektrum an Angeboten auch für ältere Bildungsinteressierte. Das Angebot reicht von Gesundheitsbildungsseminaren bis hin zu aktiven gesellschaftlichen Gestaltung des letzten Lebensabschnittes (Arbeitskreise, Fortbildung für das ehrenamtliche Engagement etc.).

- Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen e.V., LEB – Bildungswerk im Landkreis Cuxhaven, Heuss-Straße 19, 27624 Bad Bederkesa, Tel.: 04745/6182

Die LEB leistet die Bildungsarbeit im ländlichen Raum und an sozialen Brennpunkten. Schwerpunkte ihrer Bildungsarbeit ist die Förderung des kulturellen Lebens in den Gemeinden der Integration benachteiligter Gruppen und der beruflichen Fort- und Weiterbildung. Insbesondere bei Fragen der Bewältigung des Strukturwandels in Wirtschaft und Gesellschaft ist im besonderen Maße die ältere Bevölkerung angesprochen.

Als weitere Institutionen, die auch im weiteren Sinne Weiterbildung anbietet sind zu nennen

- freigemeinnützige Träger
- Seniorenbeiräte
- Mehrgenerationenhäuser
- Musikschulen
- viele weitere Institutionen

8.4.4 Entwicklung und Ausrichtung von Bildung im Alter

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die Bildungsnachfrage ältere Menschen in den kommenden Jahren stark anwachsen wird. Erheblichen Einfluss auf das Weiterbildungsinteresse haben, wie schon eingangs dieses Kapitels angemerkt, die erreichten höheren schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse. Hier zeigt sich in den Altersgruppen, die künftig in den Ruhestand eintreten, ein starker Anstieg. Besonders ausgeprägt ist dies bei den älteren Frauen: hatten 1994 fast 60% der Frauen im Alter von 60 – 65 Jahren keinen beruflichen Abschluss so werden es im Jahre 2014 nur noch 25% der Frauen sein. Im gleichen Zeitraum wird sich die Zahl der Frauen mit Hochschulabschluss vervierfacht haben (aus „Bildung im Alter“ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004).

Darüber hinaus wächst im Zuge der demographischen Entwicklung der Anteil der älteren Bevölkerungsgruppen im Verhältnis zu den Jüngeren deutlich.

Ausdrücklich sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass mit einer Verbesserung des Bildungsangebotes für die höheren Lebensaltersstufen keine Reduzierung von Angeboten für die jüngeren Generationen angedeutet werden soll.

Aufgrund der zuvor beschriebenen Sinnhaftigkeit von (Fort-)Bildung im Alter aus Gründen des Erhalts der Selbstständigkeit und der Teilhabe sowie aus Gründen des Aufbaues und Erhalts von ehrenamtlichen Engagement und der Erhalt der Attraktivität der Kommunen und der Region muss die vorhandene Erwachsenenbildungsstruktur erhalten und ggf. angepasst werden. Dieses stellt insbesondere für ländlich geprägte Regionen, auch vor dem Hintergrund einer angespannten finanziellen Lage der öffentlichen Kassen, eine große Herausforderung dar. Diese wird zusätzlich nicht unwesentlich durch eine Erreichbarkeit der Bildungsangebote geprägt.

In Gesprächen z.B. mit der Volkshochschule des Landkreises Cuxhaven e.V. konnte festgestellt werden, dass diese flexibel in der Wahl ihrer Schulungsräume agiert und somit eine ausreichende Nähe zu den Kunden herstellen kann. Auch andere Bildungsträger werden voraussichtlich eine ähnliche Bandbreite bezüglich der Erreichbarkeit haben. Andere sollten diesen Aspekt ggf. noch überdenken. Hier sind insbesondere auch die Kommunen angesprochen, die sich kooperativ für die gute Erreichbarkeit und Ausgestaltung der Bildungsangebote einsetzen sollten. Auch darf in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, dass das Alter von geringen Einkommensverhältnissen geprägt sein kann und auch für diese Bevölkerungsgruppe bezahlbare Bildungsangebote vorhanden sind bzw. Ermäßigungen möglich sein sollten.

Hinsichtlich der Inhalte von Bildungsveranstaltungen für Seniorinnen und Senioren führt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Zuge des Forschungsprojektes „Bildung im Alter“ zu den thematischen Interessensschwerpunkten folgendes aus:

- „An der Spitze liegt das Interesse an Kunst-, Musik- und Konzertveranstaltungen sowie Museumsbesuchen.
- Vergleichbar hoch ist der Anteil an Kursen, Seminaren und Veranstaltungen zu Gesundheit und Ernährung.
- Sportangebote sowie Veranstaltungen zur Länder- und Heimatkunde, zu Literatur und Theater folgen an dritter Stelle.
- Auch Umwelt, Ökologie, Rechts- und Rentenfragen sowie Gesellschaft, Geschichte und Politik bilden die nächste Hauptgruppe des Interesses.
- Weitere Interessensschwerpunkte sind Angebote zu Technik, Computer und Fremdsprachen.“

In der Studie „Weiterbildung in der alternden Deutschen Gesellschaft – Bestandsaufnahme der demographischen Entwicklung, des Lernens im höheren Lebensalter und der Perspektiven für die Weiterbildung des „Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung“ von Juni 2008 wird die Frage nach dem Weiterbildungsbedarf im Alter wie folgt beschrieben:

„Die Abschätzung des Bildungsbedarfs im höheren Lebensalter wird erleichtert, wenn man drei Altersphasen und damit Adressatengruppen für die Weiterbildung differenziert: junge Alte (55 – 64 Jahre), mittlere Altersgruppe (65 – 74 Jahre) und betagte Menschen (75 und älter). Die Abgrenzung der Phasen sind fließend und eine Zuordnung allein nach dem Alter nicht zulässig...

Welcher Bildungsbedarf zeigt sich für die verschiedenen Altersgruppen?

- - für junge Alte bedeutet Bildung im höheren Lebensalter häufig noch die Erlangung und Integration neuer beruflicher Kompetenz. Neue Medien, Innovationen und Kulturtechniken markieren die Notwendigkeit entsprechender Weiterbildungsangebote.
- - für die mittlere Gruppe ältere Menschen wird sich die Relevanz beruflicher Qualifikationen zwar verringern, doch auch ihr Alltag wird durch neue Techniken immer mehr geprägt. Bildungsangebote für diese Altersgruppe sind häufig nachholendes Lernen und können die gesellschaftliche Partizipation erleichtern.

- - für betagte Menschen wird die Erhaltung der Selbstständigkeit und damit die Auswahl sowie Nutzung alterngerechter Unterstützungsangebote immer schwieriger. Die Information und Verarbeitung alterstypischer Probleme ist so wichtiger Weiterbildungsinhalt.“

Weitere Ansätze für die Bildungsarbeit mit Senioren, die sowohl in Fachbeiträgen Erwähnung finden als auch aus der Arbeitsgruppe zur Erstellung des Seniorenplanes heraus erarbeitet wurden, sind zu entwickeln:

- altersspezifische Angebote (z.B. Gesundheit, Rentenfragen) sowie generationsübergreifende Kurse anzubieten um vorhandenes Erfahrungswissen einbringen und ergänzen zu können sowie den Generationendialog.
- Angebote für ältere Migranten als auch gemeinsame Angebote für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zum besseren Verständnis untereinander.
- Angebote, die ehrenamtliche Arbeit fördern.
- Erstellen eines Angebotsverzeichnisses zur besseren Übersicht und Vermittlung des vorhandenen Angebotes.
- Prüfung der Kooperationsmöglichkeiten von Bildungsträgern mit anderen Beteiligten (z.B. Krankenversicherungen).

8.5 Sport

Wer sich gerne bewegt, ist zufriedener, gesünder und bleibt länger jung. Wenn sich (ältere) Menschen regelmäßige im Alltag bewegen, verzögern sie ihren genetischen Alterungsprozess, verringern ihr Sturzrisiko und verbessern ihren Fett- und Zuckerstoffwechsel. Mobile Menschen haben im Vergleich zu „Bewegungsmuffeln“ ein geringeres Risiko einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder bestimmte Krebserkrankungen zu bekommen.

Obwohl dieses Wissen auch in der Bevölkerung stark verbreitet ist, treiben gerade ältere Menschen verhältnismäßig wenig Sport (vgl. auch Punkt 7.2). Das liegt unter anderem daran, dass viele sich zu alt oder zu krank fühlen und glauben ihre Fitness nicht mehr verbessern zu können. Diese Einstellung ist - aus medizinischer Sicht nicht richtig, denn Bewegung tut in jedem Alter und in jedem körperlichen Zustand gut und es ist nie zu spät damit anzufangen. Man muss nur das richtige finden. Ein weiteres Hindernis für viele ältere Personen, denn sie fühlen sich häufig überfordert aus dem breiten Angebot, das richtige für sich herauszusuchen. Diese Einstiegshürden sollten abgebaut werden. Dazu werden in Fachkreisen unterschiedliche Möglichkeiten diskutiert, z.B.:

- Die Aktivitäten sollten in das Lebensumfeld der Senioren gebracht werden – also in die direkte Nachbarschaft.
- Bessere Beratungsstruktur: Welcher Sport passt zu mir und meinem Krankheitsbild?
- „Sport auf Rezept“ . Der Arzt stellt Verordnungen über eine bestimmte Anzahl Bewegungseinheiten in einer Sportart aus, die der Patient beim nächsten Sportverein einlösen kann.
- „Schnupperkurse“, um neue Sportarten ausprobieren und kennenlernen zu können.

Um diese Anregungen umsetzen zu können, ist eine verstärkte Zusammenarbeit von Ärzten und regionalen Anbietern (Sportvereinen, Fitnessstudios, Volkshochschulen, Krankengymnastikpraxen etc.) gefordert.

Bewegung in der Gemeinschaft – also z.B. in einem Verein - erfüllt neben den gesundheitlichen Aspekten noch wichtige andere Komponenten: sie bietet den Raum für gesellschaftliche Teilhabe, fördert soziale Kontakte und Kommunikation. Die Gemeinschaft stellt aber auch eine positive Form von sozialer Kontrolle dar, der „innere Schweinehund“ wird so leichter überwunden als alleine.

Im Jahr 2010 waren im Landkreis Cuxhaven 14024⁹ Personen über 60 Jahre als Mitglied in Sportvereinen gemeldet. Diese Altersgruppe war nur eine von zweien bei denen sich die Mitgliederzahl im Vergleich zum Vorjahr positiv entwickelt hat. Nach Auskunft des Kreissportbundes haben die meisten der 240 Mitgliedsvereine spezielle Angebote für Senioren, Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten. Eine detailliertere Darstellung der Angebote wurde bislang aus den Vereinen nicht aufgezeigt. Wie bereits beschrieben, ist es für die weitere Aktivierung und Motivierung von Älteren sehr wichtig ein breites Angebot vor Ort zu haben. Eine Analyse der spezifischen Angebote wäre daher sehr interessant, um die örtliche Sportlandschaft gegebenenfalls der Nutzergruppe anpassen zu können.

Die dazu erforderliche Erhebung könnte in einer Fortschreibung dieses Planes beispielsweise in Zusammenarbeit mit dem Kreissportbund realisiert werden.

Für ältere Menschen ist Sport im eigentlichen Sinne, aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen, häufig schon eine zu große Herausforderung. Für das gesunde, fitte Altern ist Bewegung aber essentiell. Um ältere Menschen im „Bewegung“ zu versetzen werden neue Ansätze diskutiert, die sich nicht am Sport sondern am Alltag orientieren. **Das Zentrum für Bewegungsförderung Nord** – eine Kooperation der Länder Bremen,

⁹ Bestandserhebung des Kreissportbundes abgeschlossen und für verbindlich erklärt im April 2010

Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein – ist vernetzter Ansprechpartner, der versucht neue Modelle guter Praxis zu identifizieren und zu verbreiten.

Ansprechpartner in Niedersachsen:

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Tania-Aletta Schmidt, Tel: 0511/38811897

Sabine Hillmann; Tel: 0511/38811898

Eine umfassende Beschreibung der Thematik „Alltagsbewegung im Alter“ sollte in einer Fortschreibung des Planes unter dem übergeordneten Thema „Gesundheitsprävention“ realisiert werden.

8.6 Örtliche Angebote

In den Gemeinden und Ortschaften des Landkreises Cuxhaven gibt es eine Vielzahl kleinerer Angebote für Senioren, die in der Regel von freien, gemeinnützigen und/oder kirchlichen Träger ermöglicht werden. Gemeint sind „Seniorenachmittage“, „Seniorenfrühstücke“, Spielenachmittage, Ausflüge usw. All diese Angebote, egal, ob die Möglichkeit zum „Klönchnack“, zum Singen oder Kartenspielen oder das Vorlesen von Geschichten, erfüllen eine wertvolle gesellschaftliche Aufgaben: es hilft den Vereinsamungstendenzen älterer Menschen vorzubeugen. Es bringt Menschen zusammen, lässt Freundschaften entstehen und ist der Höhepunkt der Woche, auf den sich gefreut und für den sich „schick gemacht“ wird.

Es ist wünschenswert, dass den Kommunen und den Trägern die Wichtigkeit dieser Angebote bewußt ist und weiterhin an Möglichkeiten gearbeitet wird, der wachsenden Zahl der Senioren die Teilnahme zu ermöglichen.

8.7 Handlungsempfehlungen

Bei der regionalen Diskussion zur gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen muss der Vielfältigkeit der Personengruppe Rechnung getragen werden. Während die jungen, zumeist fitten und mobilen Senioren oft keine gezielte Ansprache benötigen und wünschen, da sie sich aus den altersunabhängigen „normalen“ Angeboten, dass für sie passende herausuchen, bestehen für Hochaltrige oder gesundheitlich eingeschränkte Personen häufig Zugangshemmnisse. Die aktive Ansprache und Einbeziehung dieser Personengruppen bedarf eine umsichtige Planung der örtlichen Veranstalter. Bei der Gestaltung der Angebote ist besonders auf die Erreichbarkeit und Fi-

nanzierbarkeit zu achten, d.h. es sollte über die Ermöglichung von Fahrdiensten oder Ermäßigungen für Senioren mit niedriger Rente nachgedacht werden. Bei der Spezialisierung von Angeboten ist im Vorfeld möglichst genau die Zielgruppe/das Ziel zu definieren. Auf der Basis lässt sich leichter entscheiden, ob ein Angebot nur für Senioren, generationsübergreifend oder interkulturell angeboten werden soll. Um die Angebotslandschaft im Landkreis Cuxhaven auf dem „Freizeitsektor“ weiter zu optimieren, sollten sich die kommunalen Träger sowie die Kommunen untereinander noch besser vernetzen.

Die Förderung von bürgerschaftlichen Engagement wird gesellschaftlich und politisch angestrebt. Um Menschen, speziell ältere, für die Übernahme eines Ehrenamtes zu begeistern, sind unterstützende, i.d.R hauptamtliche Strukturen (Ehrenamtsbeauftragter) die Voraussetzungen. Darüber hinaus wäre eine größere Wertschätzung für freiwilliges Engagement wünschenswert.

Im Zuge einer besseren Teilhabe an kommunalen Entscheidungen, sollten die Senioren in den Kommunalparlamenten über eine zumindest beratende Stimme verfügen.

9 Migration und Alter

9.1 Migration und Alter

Dieses Kapitel behandelt speziell die Besonderheiten von älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Die bisher behandelten Themen werden hier unter diesem speziellen Gesichtspunkt beleuchtet. Die Ausführungen zu diesem Thema können in diesem Rahmen nicht erschöpfend und allumfassend sein. Sie sollen einen grundsätzlichen Überblick geben, in welcher Situation sich diese Gruppe von Menschen befindet.

Auch hier besteht das Problem der unzureichenden Datengrundlage, denn die amtlichen Statistiken erfassen ausschließlich Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (Ausländer). Bei den Menschen mit Migrationshintergrund handelt es sich aber um eine viel größere Gruppe: es sind alle in Deutschland lebenden Menschen, die unabhängig von ihrer Nationalität und unabhängig davon, ob sie selbst immigriert sind, andere ethnische und kulturelle Wurzeln haben. Dieser Begriff umfasst also alle Gruppen: zugewanderte Ausländer, in Deutschland geborenen Ausländer, eingebürgerte Ausländer, (Spät-)Aussiedler) und Kinder mit mindestens einem Elternteil, das eines der genannten Aspekte erfüllt.

Nur die Berücksichtigung aller Personengruppen ermöglicht fundierte Aussagen und bedarfsorientierte Planungen.

Die nachstehenden Aussagen gehen auf unterschiedlichen Quellen zurück: dem Migrationsbericht 2005 sowie dem Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung zur Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Diese beiden Berichte unterlegen ihre Ausführungen statistisch mit Daten des Statistisches Bundesamt (Mikrozensus und Sozioökonomisches Panel (SOEP)). Die Aussagen für die Landkreisebene basieren auf Daten des NLS.

Im Jahr 2010 liegt der Anteil Ausländer an der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung bei ca. 1,3 Mio. Menschen im Alter 60+. Für das Jahr 2030 werden ca. 3 Mio. Menschen prognostiziert. Bei Menschen mit Migrationshintergrund geht man von ca. 15,4 Mio. Menschen aus, wovon etwa 9% über 65 Jahre sind.

Die Gruppe der älteren Ausländer/Menschen mit Migrationshintergrund ist damit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland.

Bei den Migranten, die jetzt ins Seniorenalter kommen bzw. die in diesem Alter sind, handelt es sich vornehmlich um zwei große Gruppen, zum einen um die (Spät-)Aussiedler und zum anderen um die ehemaligen Arbeitsmigranten, auch „Gastarbeiter“ genannt (ca. 26% Türken, 8% Italiener, 7% aus den ehem. Jugoslawien, je 5% Griechen und Polen). Die folgenden Aussagen beziehen sich auch weitestgehend speziell auf diese beiden Gruppen. Aus

heutiger Sicht problematisch ist, dass politisch und sozialplanerisch nicht mit diesen Gruppen „gerechnet“ wurde. Speziell bei den Arbeitsmigranten ging man lange Zeit davon aus, dass sie nicht mit der Absicht kamen, hier alt zu werden (auch in der Selbsteinschätzung der Migranten). Der heutige Erkenntnisstand zeigt allerdings, dass die Remigration zumeist ausbleibt.

Die Gruppe der Migranten ist **nicht homogen!** Unter dem Begriff „Migranten“ bzw. „Menschen mit Migrationshintergrund“ werden Personen mit den verschiedensten ethnischen, kulturellen und religiösen Hintergründen zusammengefasst. Es gibt – zum Teil starke – Unterschiede in Bezug auf den Integrationsgrad oder die Sprachkenntnisse.

Allen gemeinsam ist allerdings die biographische Erfahrung der Migration. Damit verbunden ist zum einen, dass das ursprüngliche Ziel des Zurückkehrens immer weiter aufgeschoben bzw. ganz aufgegeben wird. Zunächst der eigenen Kinder zuliebe, dann wegen der Enkel oder weil es die eigene Gesundheit nicht mehr zulässt. Zum anderen leben die Menschen in einem fortwährenden Zwiespalt. Auf der einen Seite leben sie mit dem Gefühl „nie wirklich in Deutschland integriert“ worden zu sein und auf der anderen Seite entfremden sie sich mit jedem Jahr mehr vom eigentlichen Heimatland. Zu diesen psychisch belastenden Faktoren kommen eine schlechtere ökonomische und gesundheitliche Situation im Vergleich zur deutschen Bevölkerung, die speziell im Alter zu Buche schlagen. So nehmen Migranten überdurchschnittliche häufig ergänzende Sozialhilfeleistungen in Anspruch, da ihre Renten oft sehr klein sind. Hier lassen sich Unterschiede zwischen den Herkunftsländern ausmachen: während sich die ökonomischen Verhältnisse der Italiener weitgehend an die der Deutschen angeglichen hat, sind die türkischen Mitbürger am stärksten von Altersarmut betroffen. Ältere Migranten müssen sich deutlich häufiger etwas dazuverdienen als Deutsche in der gleichen Altersgruppe (6,5% Erwerbsarbeit im Alter 65+ im Gegensatz zu 2,6%). Die ungünstigen materiellen Verhältnisse älterer Migranten begründen sich zumeist in einem vergleichsweise niedrigeren Bildungsstand. In allen Altersstufen liegt das Bildungsniveau der ausländischen Bevölkerung deutlich unter dem der Deutschen. Der gravierendste Unterschied ist bei den älteren Türken zu erkennen. Knapp 57 % in der Altersgruppe 65+ haben von ihnen gar keinen Abschluss. Dies trifft dagegen nur auf 1,8% der gleichaltrigen Deutschen und auf durchschnittlich 24,5% aller Ausländer zu.

Sehr auffallend ist auch der schlechte Gesundheitszustand der ehemaligen Gastarbeiter, der auch subjektiv wahrgenommen wird. So finden 50,7% der Migranten, dass sie in einer gesundheitlich schlechten Verfassung sind, im Gegensatz dazu machen nur 38,6% der gleichaltrigen Deutschen eine entsprechende Aussage.

Objektiv betrachtet lässt sich das überdurchschnittliche Erkrankungsrisiko der älteren Mig-

ranten dadurch erklären, dass sie in körperlich stark belastenden Arbeitsfeldern tätig waren. Stress und Akkordarbeit führten zu einem hohen Krankenstand und einem frühen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Verstärkt wurde diese Situation durch die seelischen Belastungen, die durch Heimweh, die Trennung von der Familie oder mangelnde Einbindung in soziale Netze entstehen.

Der schlechtere gesundheitliche Allgemeinzustand und die grundsätzlich steigende Zahl älterer Migranten lassen darauf schließen, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund in den kommenden Jahren steigen wird.

Für das Jahr 2010 geht das Land Niedersachsen von 12.250 pflegebedürftigen Migranten aus. Diese Anzahl wird bis 2030 auf ca. 26.850 Personen steigen.

Aufgrund der stärkeren familiären Netzwerke wird die Pflege heute vornehmlich häuslich durch Familienangehörige geleistet, d.h. auch, dass professionelle Pflegedienstleistungen von dieser Personengruppe bislang kaum nachgefragt werden. Diese Situation wird sich in den nächsten Jahren verändern, denn die 2. und 3. Generation lebt zumeist gut integriert in der Gesellschaft. Daher sind sie auch von den gleichen sozialgesellschaftlichen Veränderungstendenzen betroffen. Die Individualisierungsprozesse sowie die von Erwerbspersonen geforderte räumliche Mobilität und berufliche Flexibilität werden dazu führen, dass die Pflege seltener im familiären Rahmen gewährleistet werden kann. Das wird dazu führen, dass künftig Menschen mit Migrationshintergrund häufiger ambulante wie stationäre Pflegedienstleistungen nachfragen werden. Um der steigenden Nachfrage gerecht zu werden, müssen sich die Dienstleister auf das spezielle Klientel einstellen und noch bestehende Zugangshemmnisse (z.B. Sprachbarrieren, Unkenntnis über Leistungsansprüche und Angebote) abbauen. Die Wohnsituation älterer Migranten ist aufgrund der ungünstigeren materiellen Lebensbedingungen schlechter als die gleichaltriger Deutscher. So stehen den ausländischen Mitbürgern nur 34 qm pro Kopf zur Verfügung während deutsche Rentner im Schnitt 63 qm bewohnen. Auch die Eigentumsquote liegt deutlich niedriger (30,8% im Gegensatz zu 48,3%) und der Wohnraum ist seltener altersgerecht gestaltet. Ältere Migranten leben heute immer noch häufiger in engen Familienverbänden in Mehrgenerationenhaushalten (30% im Gegensatz zu 14% der deutschen Senioren) und seltener in 1-Personenhaushalten (23% Migranten im Gegensatz zu 32% der Deutschen).

Die ausländischen Senioren leben viele Jahre in Deutschland und haben den Wunsch wieder in ihr Herkunftsland zurückzukehren auf unbestimmte Zeit aufgeschoben oder mittlerweile ganz aufgegeben (56%). Trotzdem fühlen knapp 75% immer noch eine starke Verbundenheit zum Herkunftsland und nehmen sich zu 62% kaum oder gar nicht als Deutsche wahr. Viele Migranten zeigen gerade im Rentenalter ein verstärktes „Pendlerverhalten“. 82,4 % ha-

ben in einem Zeitraum von zwei Jahren mehrere Monate in ihrem Herkunftsland verbracht. Bei knapp 30% lag die Gesamtbesuchsdauer über einem halben Jahr. Durch dieses Pendeln können soziale und materielle Ressourcen in Deutschland und im Herkunftsland genutzt werden, z.B. die medizinische Versorgung in Deutschland, das Wohneigentum im Herkunftsland und die familiären und sozialen Netzwerke in beiden Ländern. Die einschlägigen Fachleute fassen dieses Phänomen unter der Bezeichnung „Transmigration statt Remigration“ zusammen.

Auch Freundschaften werden in der Altersgruppe 65+ zu Großteil im gleichen Kulturkreis gepflegt (65,8% haben keine interethnischen Freundschaften).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Lebenslage älterer Migranten durch Gleichzeitigkeit von migrationsspezifischen und alterstypischen Belastungsfaktoren gekennzeichnet ist.

Im Landkreis Cuxhaven stellt sich die Situation wie folgt dar: Mit 8184 Menschen beträgt der Ausländeranteil im Landkreis ca. 4%. Mit Abstand der größte Teil kommt ursprünglich aus Portugal (1432 Personen). Die zweitstärkste Gruppe stammt mit 1032 Personen aus der Türkei.

Die überwiegend europäischen Herkunftsländer und die lange Aufenthaltsdauer lassen darauf schließen, dass der Löwenanteil der ausländischen Bevölkerung als sogenannte „Gastarbeiter“ in den Landkreis Cuxhaven kam. Die speziellen Merkmale und Problematiken dieser Gruppe wurden oben im Text schon ausführlich beschrieben.

Abbildung 9.1 Ausländische Bevölkerung im Landkreis Cuxhaven zum 31.12.2009

	Personen
Gesamtbevölkerung	201188
Ausländische Bevölkerung	8184
Davon 65+	559
Herkunft Europa	6600
Davon 65+	480
Davon Aufenthaltsdauer von 10 Jahren und mehr	4901

Quelle: LSKN und eigene Berechnungen

Nach Auskunft der Ausländerbehörde der Stadt Cuxhaven lebten allein dort, zum 31.12.2009, 4354 ausländische Mitbürger, also mehr als die Hälfte aller im Kreis Lebender. Damit liegt der Ausländeranteil in der Stadt bei 8,5 % der Gesamtbevölkerung. Die allergrößte Gruppe hat, mit 29,54%, Portugal als Herkunftsland. 14,22% stammen ursprünglich aus der Türkei und 10,84% aus Spanien.

Die Altersstruktur zeigt deutlich, dass in den nächsten 10-15 Jahren eine große Gruppe an älterer und damit potentiell unterstützungs- und pflegebedürftiger Ausländer auf uns zukommt.

Abbildung 9.2 Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung in der Stadt Cuxhaven

Altersstufen	Anzahl Personen
Bis 16 Jahre	577
16-18 Jahre	124
18-25 Jahre	488
25-35 Jahre	850
35-45 Jahre	825
45-55 Jahre	682
55-65 Jahre	499
Über 65 Jahre	309

Quelle: Ausländerbehörde Stadt Cuxhaven

Im übrigen Kreisgebiet sind zum 10.11.2010 insgesamt 3854 ausländische Bürger gemeldet. Davon sind 413 Personen zwischen 50 und 59 Jahre alt und 396 Menschen befinden sich in der Altersgruppe 60+. Die meisten über 60jährigen leben in der Stadt Langen (62) und in der Gemeinde Loxstedt (50). In den Samtgemeinden Börde Lamstedt und Sietland dagegen sind nur 4 bzw. 6 Personen gemeldet.

Im Landkreis Cuxhaven können die ausländischen Bürger unterschiedliche Beratungsmöglichkeiten wahrnehmen:

Caritasverband

Grodener Chaussee 21, 27472 Cuxhaven

- Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer
Ansprechpartnerin: Anne Redeker, Tel: 04721/ 62982
- Integrationsberatung für ausländische Flüchtling
Ansprechpartnerin: Ute Feldt; Tel: 04721/7075568
- Ausländersozialberatung
Ansprechpartnerin: Mathilde Nowotka; Tel: 04721/ 26874

Frau Nowotka berät auch speziell spanische und portugiesische Rentner.

AWO

Auf der Bult 5, 27574 Bremerhaven

➤ Migrationserstberatung

Tel: 0471 / 3081854 oder - 52

Der Schwerpunkt der Integrationsarbeit im Landkreis liegt derzeit bei Kindern und Frauen, die mit speziellen Programmen erreicht werden sollen (z.B. Hippy, Jugendmigrationsdienst, Beratung für türkische Frauen, Fahrrad-Kurse für Migrantinnen).

Angebote, die sich explizit an ausländische Senioren richten gibt es bislang nur vereinzelt, auf Stadtteil-/ oder Gemeindeebene mit speziellen Zielgruppen (z.B. „Spanischer Verein“ oder Islamisch-Türkische Gemeinde). Die Angebote werden von so genannten „Migranten-Selbstorganisationen“ geschaffen. Diese Selbstorganisationen werden gut von den ausländischen Mitbürgern akzeptiert und haben innerhalb der Integrationsarbeit die wichtige Funktion des „Brückenbauens“. Um diese Initiativen weiter zu stärken, zu fördern und zu vernetzen gibt es beim Paritätischen Cuxhaven seit kurzem das GIZ, das gemeinwesenorientierte Projekt zur Gesellschaftlichen Integration von Zuwanderern.

Paritätischer Cuxhaven – GIZ

Kirchenpauerstr. 1, 27472 Cuxhaven

➤ Ansprechpartnerin: Dagmar Mathies, Tel: 04721 / 579318.

Seniorentreffs, wie der „Seniorenbrunch“ oder „Kaffeemittage“ stehen selbstverständliche auch den Migranten offen, werden aber nur zögerlich angenommen. Das lässt darauf schließen, dass diese Zielgruppe eine direkte Ansprache braucht/wünscht.

9.2 Handlungsempfehlungen

Auch wenn im Landkreis Cuxhaven die Integration von ausländischen Senioren nicht dieselbe Bedeutung hat, wie in Großstädten, so werden jedoch Tendenzen und Handlungsbedarfe deutlich. Durch die große Welle der Arbeitsmigration in den 50er und 60er Jahren, die ausbleibende Rückkehr der „Gastarbeiter“ ins Herkunftsland und die Anzahl der Spätaussiedler muss sich Deutschland nun erstmals mit einer großen Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund auseinandersetzen. Je nach kulturellem und religiösem Ursprung unterscheiden sich die Bedarfe von ausländischen Senioren von denen gleichaltriger Deutscher. Die diversen relevanten Akteure und Professionen müssen für diese Tatsache sensibilisiert werden - speziell in den Bereichen Pflege, Beratung und Tod/Bestattung. Die Bedürfnisse von muslimischen Mitbürgern bei

der Bestattung unterscheiden sich beispielsweise sehr deutlich von den allgemeingültigen deutschen Richtlinien. Nach den islamischen Regeln muss die Bestattung am Todestag stattfinden. Der Friedhof muss über eine Möglichkeit verfügen, die rituelle Waschung vorzunehmen, der Leichnam darf nur in einem Leinentuch bestattet werden und der Kopf soll nach Mekka gerichtet sein. In der Erde darf vorher noch keine andere Bestattung vorgenommen worden sein und den Verstorbenen soll das „ewige Ruherecht“ gewährt werden. Bisher gibt es nur sehr wenige islamische Friedhöfe in Deutschland, die diese Richtlinien erfüllen können, deswegen werden etwa 90% der Toten in die Türkei bzw. das Herkunftsland überführt und dort beerdigt. Dieses Beispiel soll kein Plädoyer dafür sein, dass jeder Friedhof/ jedes Bestattungsunternehmen diese Art der Bestattungen ermöglichen soll. Es soll verdeutlichen, dass die Fachleute an den unterschiedlichen Stellen interkulturell sensibilisiert sein sollen, um im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund angemessen reagieren zu können.

Weitere, konkretere Ansätze:

- Integrations- und Sprachkurse für ältere Migranten anbieten (speziell für Aussiedler wichtig, da sie häufig erst in einer späteren Lebensphase migriert sind).
- Aufbau/Ausbau kultureller Programme mit und für (ältere) Migranten. Interkulturelle (und intergenerative) Kultur- und Bildungsarbeit findet bislang gerade im ländlichen Raum kaum bis gar nicht statt. Mögliche Ressourcen, Vernetzungspunkte und Synergieeffekte bleiben ungenutzt (vgl. auch Bildung/Lebenslanges Lernen als Gesundheitsvorsorge).

Die Mitarbeiter der Integrationsarbeit im Landkreis Cuxhaven haben wahrgenommen, dass in kommenden Jahren Strukturen auf ältere Migranten aufgebaut werden müssen. Aktuell bereiten sie sich selber in Fortbildungen darauf vor mit den kommenden Herausforderungen umgehen zu lernen.

10 Information und Beratung

10.1 Einleitung

Anlaufstellen für unabhängige Informations- und Beratungsmöglichkeiten sind ein wichtiges vorgeschaltetes Instrument in der Kette der Unterstützungs- und Hilfsangebote. Die im Landkreis Cuxhaven eingerichteten Stellen, der Pflegestützpunkt und das Seniorenservicebüro, werden gut angenommen. Sie sind zu erhalten und weiterzuentwickeln.

10.2 Seniorenservicebüro

Im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren und Jahrzehnten ein erhöhter Beratungs- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen vorhanden sein wird. Das Land Niedersachsen ist diesbezüglich mit der Absicht landesweite sogenannte Seniorenservicebüros aufzubauen und zu fördern, initiativ geworden.

Im Februar 2010 hat auch das Seniorenservicebüro des Landkreises Cuxhaven seine Arbeit aufgenommen. Es ist eines von z.Zt. 38 Seniorenservicebüros im Land Niedersachsen. Es ist bei der Kreisverwaltung angesiedelt und zuständig für das gesamte Kreisgebiet.

Das Seniorenservicebüro des Landkreises Cuxhaven ist wie folgt zu erreichen:

- Landkreis Cuxhaven, Seniorenservicebüro,
Kreishaus Cuxhaven, Vincent-Lübeck-Str. 2, 27474 Cuxhaven,
Tel. 04721-66 22 59, E-Mail ssb@landkreis-cuxhaven.de

Aufgabe des Seniorenservicebüros ist es, eine zentrale Anlaufstelle für Senioren, deren Angehörige, Institutionen und Dienstleister zu sein, die Fragen zur Lebens- und Alltagsbewältigung im Alter haben. Das Seniorenservicebüro soll sich zu einem Koordinierungs- und Knotenpunkt eines lokalen Netzwerkes der Seniorenarbeit entwickeln.

Zentrale Aufgabe des Seniorenservicebüros ist also die **Netzwerkarbeit**. Informationen über Angebote von und für Senioren werden gesammelt und sortiert, so dass nach und nach ein Angebotsprofil für den gesamten Landkreis entstehen wird. Die vorhandenen Informationen reichen dabei von Freizeitangeboten über ehrenamtliche und professionelle Unterstützungsangebote bis hin zu Informationen über Betreuung und Pflege.

Die Senioren/Angehörigen/Institutionen werden auf Nachfrage persönlich oder telefonisch beraten und – je nach Anliegen – an die entsprechende Stelle weitervermittelt.

Ein weiterer Schwerpunkt des Seniorenservicebüros ist die Stützung und Stärkung der ehrenamtlichen Arbeit für Senioren und durch Senioren. Ausgangspunkt auch dieser Arbeit ist

der Auf- und Ausbau eines kreisweiten Netzwerkes.

Eigenständiges Projekt innerhalb des Seniorenservicebüros zur Ergänzung der Ehrenamtslandschaft ist die **Qualifizierung und Vermittlung von freiwilligen Seniorenbegleitern** (im Rahmen des Landesprogramms „DUO“). Die Seniorenbegleiter werden in einer kostenlos angebotenen Schulung umfassend auf ihre freiwillige ehrenamtliche Tätigkeit mit älteren Menschen vorbereitet. Die ausgebildeten Begleiter werden an Senioren vermittelt, die sich Unterstützung im Alltag, speziell zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wünschen.

Das freiwillige Engagement der qualifizierten Begleiter verbessert die Lebensqualität der alten Menschen erheblich und beugt Einsamkeit vor. Durch ihren Einsatz wird häufig der Hilfe- und Pflegebedarf gemindert und die Lebensqualität alter Menschen durch die Unterstützung, Beratung und Anregung verbessert.

Entsprechende Qualifizierungskurse werden durch das Seniorenservicebüro in Zusammenarbeit mit einem Bildungsträger (Volkshochschule im Landkreis Cuxhaven e.V.) organisiert. Die ausgebildeten Begleiter werden dann durch das Seniorenservicebüro vermittelt.

Eine weitere Möglichkeit der Stärkung des Ehrenamtes sieht das Land Niedersachsen im Programm **„Freiwilliges Jahr für Senioren“**, welches durch das Seniorenservicebüro vermittelt werden kann. Das Seniorenservicebüro hat hier die Aufgabe Menschen ab 60 Jahren den Einstieg in ein ehrenamtliches Engagement zu erleichtern, indem es den ehrenamtlich Engagierten und eine Institutionen oder Organisationen zueinander bringt. Die Breite der denkbaren Einsatzgebiete ist weit gefächert. Sie reicht von sozial- und pflegerischen Einrichtungen über Kirchen, Gemeinden und Verbände bis hin zu Bildungseinrichtungen oder Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Behindertenhilfe und vielen anderen. Ziel des Programms ist es Ehrenamtlichkeit für beide Seiten ein Stück „verlässlicher“ zu machen. Das freiwillige Jahr für Senioren basiert daher auf einem Vertrag, indem sich der Ehrenamtliche verpflichtet mindestens 8 Stunden in der Woche für den Zeitraum von mindestens einem Jahr für eine Institution/Organisation tätig zu sein. Im Gegenzug gewährleistet die Institution ein verlässliches Ehrenamtsmanagement mit einem festen Ansprechpartner und der Möglichkeit zur Weiterqualifizierung.

Eine weitere Aufgabe des Seniorenservicebüros ist es, den älteren Menschen in ihrem Wunsch nach dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit aktiv durch das Angebot einer **Wohnberatung** zu unterstützen. Hier sollen möglichst niedrighschwellige aber auch kompetente Angebote zur Beratung, zur Verbesserung der Wohnverhältnisse entwickelt und angeboten werden. Nach dem Aufbau eines entsprechenden Angebotes wird die Vermittlung dieser Möglichkeit durch das Seniorenservicebüro geschehen (siehe Wohnberatung).

Das Seniorenservicebüro soll keine Doppelstrukturen und Konkurrenzsituationen schaffen sondern vielmehr vorhandene Aktivitäten soweit dieses gewünscht ist begleiten und unterstützen. Darüber hinaus ist die Kenntnis vorhandener Angebote als auch vorhandener Nachfragen seitens der Seniorinnen und Senioren sinnvoll, um so kreisweit die Bedürfnisse und Potenziale erkennen zu können. Seitens des Seniorenservicebüros besteht der Wunsch mit allen Akteuren vorbehaltlos und konstruktiv zusammenzuarbeiten und so einen wichtigen Beitrag zur Gestaltung des demographischen Wandels zu leisten.

10.3 Pflegestützpunkt/ Pflegeberatung

Am 1. Juli 2008 ist durch das Pflege- Weiterentwicklungsgesetz die Reform der Pflegeversicherung (SGB XI) in Kraft getreten. Wesentliche Punkte im Reformpaket sind die mögliche Einführung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) und ab dem 1. Januar 2009 der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin (§ 7a SGB XI) für Menschen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

- umfassende unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
- Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen.

Aufgaben der Pflegeberatung sind insbesondere

- den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen systematisch zu erfassen und zu analysieren,

- einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
- auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
- die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
- bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Der Pflegestützpunkt für den Bereich des Landkreises Cuxhaven wird in Trägerschaft des Landkreises Cuxhaven geführt und ist dem Amt Soziale Leistungen angegliedert. Sprechzeiten und Beratungen werden im Kreishaus Cuxhaven und in der Außenstelle Bremerhaven angeboten. Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten in der häuslichen Umgebung oder der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt.

Die Pflegeberaterin/ der Pflegeberater verfügt über die erforderliche Zusatzqualifikation nach § 7a SGB XI.

Mit dem Pflegestützpunkt des Landkreises Cuxhaven sind weitere bestehende Zuständigkeiten für die Pflegeberatung nach SGB XI, hier auch insbesondere der Kranken- und Pflegekassen, nicht berührt, die diese für ihre Mitglieder durchführen. Die Beratung im Pflegestützpunkt des Landkreises Cuxhaven wird unabhängig von der jeweiligen Krankenversicherung der Ratsuchenden durchgeführt.

Der Pflegestützpunkt des Landkreises Cuxhaven ist wie folgt zu erreichen:

Landkreis Cuxhaven, Pflegestützpunkt,
Kreishaus Cuxhaven, Vincent-Lübeck-Str. 2, 27474 Cuxhaven,
Tel. 04721-66 22 61, E-Mail g.knabe@landkreis-cuxhaven.de

Es werden Sprechzeiten sowohl im Kreishaus Cuxhaven als auch in der Nebenstelle des Landkreises Cuxhaven in 27570 Bremerhaven, angeboten. Nach telefonischer Vereinbarung sind persönliche Beratungsgespräche und Hausbesuche auch außerhalb der Sprechzeiten möglich.

10.4 Handlungsempfehlungen

Anlaufstellen für unabhängige Informations- und Beratungsmöglichkeiten sind ein wichtiges vorgeschaltetes Instrument in der Kette der Unterstützungs- und Hilfsangebote. Die im Landkreis Cuxhaven eingerichteten Stellen, der Pflegestützpunkt und das Seniorenservicebüro, werden gut angenommen. Sie sind zu erhalten und weiterzuentwickeln, um flexibel auf mögliche veränderte Bedarfe in der Bevölkerung reagieren zu können.

11 Übergreifende Handlungsempfehlungen

Neben den, den jeweiligen Themen zugeordneten, Handlungsempfehlungen im vorhergehenden Text sollten nachfolgende übergreifende Handlungsempfehlungen Berücksichtigung finden.

Der demographische Wandel, wie er auch eingangs des Planes skizziert wurde, umfasst nahezu alle Bereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens, des kommunalen Handelns und vor allen Dingen alle Alters- und Bevölkerungsgruppen. Die sich daraus ergebenden veränderten Bedürfnisse müssen ermittelt werden und entsprechende Berücksichtigung finden.

Der vorliegende Plan stellt insofern nur einen „Teilplan“ zur Gestaltung des demographischen Wandels dar. Seine Aussagen beruhen auf dem Grundsatz, dass jedem älteren Menschen eine möglichst lange gesellschaftliche Teilhabe und ein selbst bestimmtes Leben in seinem gewohnten Umfeld unter Achtung der Menschenwürde ermöglicht werden muss. Zur Umsetzung dieses Ziels ist die Einbeziehung aller gesellschaftlicher Gruppen und Aufgabenträger zwecks gemeinsamer Gestaltung und einer gleichberechtigte Diskussion und Beteiligung der betroffenen Gruppe notwendig. Ein ganz wichtiger Punkt in diesem Prozess stellt dabei die Beibehaltung und Förderung des Miteinanders der Generationen dar.

Die Kommunen tragen bei der Gestaltung des demographischen Wandels eine wichtige Aufgabe und müssen sich daher noch mehr als Handelnde begreifen, sich einbringen und koordinieren, da sie eine unmittelbare und allgemeine Zuständigkeiten für die Gestaltung guter Lebensverhältnisse in ihrem Bereich haben und ihre Funktion und Attraktivität erhalten und steigern wollen. In Bezug auf die oftmals zitierten „freiwilligen Leistungen“ müssen dabei entsprechende finanzielle Spielräume zugebilligt und vorhanden sein.

Eine zentrale Grundlage ist, die Situation der Senioren hinsichtlich der Zahl und Entwicklung der Senioren, deren finanzielle Situation und Wohnverhältnisse zu kennen und sich einen Überblick über notwendige und vorhandene Angebote zu machen und den entsprechenden örtlichen Planungen zugrunde legen. Insofern empfiehlt sich, eine Seniorenplanung auch für den örtlichen Bereich aufzustellen.

Alle Handelnden müssen ihr Augenmerk auch auf finanziell oder gesundheitlich „schwächere Senioren“ legen.

In den Bereichen Wirtschaft, Gesundheit und Tourismus muss der Wirtschaftsfaktor „Senioren“ zum Nutzen aller erkannt, herausgestellt und berücksichtigt werden.

Da der demographische Wandel zukünftig noch deutlicher zum Vorschein kommen und eine zunehmende Dynamik entwickeln werden wird, sind die Umsetzung der Handlungsempfehlungen aus diesem Plan zu evaluieren und fortzuschreiben.

Anlagen

12 Anlagen

Anlage 1 Verzeichnis der Mitwirkenden der Arbeitsgruppen und der Steuerungsgruppe zur Erstellung des Planes für Senioren im Landkreis Cuxhaven

Arbeitsgruppen: Name	Institution
Ute Andoehr-Keller	Bürger helfen Bürgern e.V.
Heike Bach	Stadt Cuxhaven
Christa Behrendt	Stadt Cuxhaven
Julia Binkowski	Landkreis Cuxhaven
Rolf Dienst	Seniorenbeirat
Wilfried Dieckmann	Seniorenbeirat
Annette Faße	Vorsitzende des Sozialausschusses
Wilhelm Flaswinkel	Gemeinde Nordholz
Rüdiger Freiknecht	Stadt Langen
Frau Martina Gielow	Paritätischer
Andreas Janzik	AWO
Albert Maaß	Landkreis Cuxhaven
Inge Meinke	Bürger helfen Bürger e.V.
Doris Methner	Paritätischer
Gerhard Ortgies	Bürger helfen Bürger e.V.
Rainer Otreмба	Landkreis Cuxhaven
Annegret Panitz	Gemeinde Nordholz
Liselotte Philipp	Seniorenbeirat
Ernst Reinecke	DRK Kreisverband
Gunde Ropers	Samtgemeinde Bederkesa
Horst Scholz	Seniorenbeirat
Günter Strohauer	Seniorenbeirat
Margret Schwittek-Ostermann	Kreistag
Sabine Skuza-Dirksen	Diakonisches Werk
Hans Verlaan	Seniorenbeirat
Gert Weinreich	Samtgemeinde Bederkesa

Anlagen

Steuerungsgruppe:

Name

Wilfried Dieckmann

Rolf Dienst

Annette Faße

Claus Götjen

Meike Jahns

Albert Maaß

Rainer Otremba

Herbert Peters

Heike Rüter

Margret Schwittek-Ostermann

Institution

Seniorenbeirat

Seniorenbeirat

Vorsitzende des Sozialausschusses

Kreistagsabgeordneter

Landkreis Cuxhaven

Landkreis Cuxhaven

Landkreis Cuxhaven

Kreistagsabgeordneter

Stadt Cuxhaven

Kreistag

Anlagen

Anlage 2: Einwohner nach Altersstufen, Stand 31.12.2008, Quelle: LSKN

Stadt Cuxhaven

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	51249	24630	26619	100,00	48,06	51,94
unter 60	33926	16991	16935	66,20	33,15	33,04
60 und älter	17323	7639	9684	33,80	14,91	18,90
55-60	3623	1724	1899	7,07	3,36	3,71
60-63	2110	979	1131	4,12	1,91	2,21
63-65	1370	660	710	2,67	1,29	1,39
65-70	4334	2142	2192	8,46	4,18	4,28
70-75	3687	1754	1933	7,19	3,42	3,77
75 und älter	5822	2104	3718	11,36	4,11	7,25

Stadt Langen

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	18449	9012	9437	100,00	48,85	51,15
unter 60	13044	6542	6502	70,70	35,46	35,24
60 und älter	5405	2470	2935	29,30	13,39	15,91
55-60	1351	672	679	7,32	3,64	3,68
60-63	751	386	365	4,07	2,09	1,98
63-65	371	179	192	2,01	0,97	1,04
65-70	1302	635	667	7,06	3,44	3,62
70-75	1159	546	613	6,28	2,96	3,32
75 und älter	1822	724	1098	9,88	3,92	5,95

Samtgemeinde Bederkesa

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	12251	5974	6277	100,00	48,76	51,24
unter 60	8940	4514	4426	72,97	36,85	36,13
60 und älter	3311	1460	1851	27,03	11,92	15,11
55-60	836	418	418	6,82	3,41	3,41
60-63	434	222	212	3,54	1,81	1,73
63-65	206	109	97	1,68	0,89	0,79
65-70	731	337	394	5,97	2,75	3,22
70-75	749	385	364	6,11	3,14	2,97
75 und älter	1191	407	784	9,72	3,32	6,40

Samtgemeinde Beverstedt

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	13783	6844	6939	100,00	49,66	50,34
unter 60	10266	5225	5041	74,48	37,91	36,57
60 und älter	3517	1619	1898	25,52	11,75	13,77
55-60	1004	510	494	7,28	3,70	3,58
60-63	502	261	241	3,64	1,89	1,75
63-65	233	118	115	1,69	0,86	0,83
65-70	822	412	410	5,96	2,99	2,97
70-75	778	386	392	5,64	2,80	2,84
75 und älter	1182	442	740	8,58	3,21	5,37

Anlagen

Gemeinde Loxstedt

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	16110	7967	8143	100,00	49,45	50,55
unter 60	11909	5970	5939	73,92	37,06	36,87
60 und älter	4201	1997	2204	26,08	12,40	13,68
55-60	1294	646	648	8,03	4,01	4,02
60-63	627	327	300	3,89	2,03	1,86
63-65	350	197	153	2,17	1,22	0,95
65-70	1030	548	482	6,39	3,40	2,99
70-75	901	438	463	5,59	2,72	2,87
75 und älter	1293	487	806	8,03	3,02	5,00

Gemeinde Nordholz

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	7560	3895	3665	100,00	51,52	48,48
unter 60	5699	3014	2685	75,38	39,87	35,52
60 und älter	1861	881	980	24,62	11,65	12,96
55-60	536	292	244	7,09	3,86	3,23
60-63	269	135	134	3,56	1,79	1,77
63-65	167	74	93	2,21	0,98	1,23
65-70	505	279	226	6,68	3,69	2,99
70-75	389	187	202	5,15	2,47	2,67
75 und älter	531	206	325	7,02	2,72	4,30

Samtgemeinde Börde Lamstedt

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	6084	3070	3014	100,00	50,46	49,54
unter 60	4459	2316	2143	73,29	38,07	35,22
60 und älter	1625	754	871	26,71	12,39	14,32
55-60	461	245	216	7,58	4,03	3,55
60-63	226	112	114	3,71	1,84	1,87
63-65	121	69	52	1,99	1,13	0,85
65-70	335	167	168	5,51	2,74	2,76
70-75	348	169	179	5,72	2,78	2,94
75 und älter	595	237	358	9,78	3,90	5,88

Samtgemeinde Hadeln

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	10143	5003	5140	100,00	49,32	50,68
unter 60	7401	3780	3621	72,97	37,27	35,70
60 und älter	2742	1223	1519	27,03	12,06	14,98
55-60	702	352	350	6,92	3,47	3,45
60-63	347	178	169	3,42	1,75	1,67
63-65	217	106	111	2,14	1,05	1,09
65-70	639	305	334	6,30	3,01	3,29
70-75	567	285	282	5,59	2,81	2,78
75 und älter	972	349	623	9,58	3,44	6,14

Anlagen

Gemeinde Schiffdorf

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	14029	6914	7115	100,00	49,28	50,72
unter 60	10179	5102	5077	72,56	36,37	36,19
60 und älter	3850	1812	2038	27,44	12,92	14,53
55-60	1000	505	495	7,13	3,60	3,53
60-63	563	297	266	4,01	2,12	1,90
63-65	316	164	152	2,25	1,17	1,08
65-70	940	462	478	6,70	3,29	3,41
70-75	824	422	402	5,87	3,01	2,87
75 und älter	1207	467	740	8,60	3,33	5,27

Samtgemeinde Am Dobrock

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	12074	5881	6193	100,00	48,71	51,29
unter 60	8517	4283	4234	70,54	35,47	35,07
60 und älter	3557	1598	1959	29,46	13,24	16,22
55-60	908	461	447	7,52	3,82	3,70
60-63	440	231	209	3,64	1,91	1,73
63-65	259	122	137	2,15	1,01	1,13
65-70	914	434	480	7,57	3,59	3,98
70-75	787	393	394	6,52	3,25	3,26
75 und älter	1157	418	739	9,58	3,46	6,12

Samtgemeinde Hagen

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	11136	5574	5562	100,00	50,05	49,95
unter 60	8417	4301	4116	75,58	38,62	36,96
60 und älter	2719	1273	1446	24,42	11,43	12,98
55-60	813	414	399	7,30	3,72	3,58
60-63	412	219	193	3,70	1,97	1,73
63-65	218	119	99	1,96	1,07	0,89
65-70	676	365	311	6,07	3,28	2,79
70-75	566	260	306	5,08	2,33	2,75
75 und älter	847	310	537	7,61	2,78	4,82

Samtgemeinde Hemmoor

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	14201	6926	7275	100,00	48,77	51,23
unter 60	10396	5223	5173	73,21	36,78	36,43
60 und älter	3805	1703	2102	26,79	11,99	14,80
55-60	937	494	443	6,60	3,48	3,12
60-63	528	255	273	3,72	1,80	1,92
63-65	256	132	124	1,80	0,93	0,87
65-70	912	459	453	6,42	3,23	3,19
70-75	834	396	438	5,87	2,79	3,08
75 und älter	1275	461	814	8,98	3,25	5,73

Anlagen

Samtgemeinde Land Wursten

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	8929	4747	4182	100,00	53,16	46,84
unter 60	7098	3608	3490	79,49	40,41	39,09
60 und älter	2561	1239	1322	28,68	13,88	14,81
55-60	682	356	326	7,64	3,99	3,65
60-63	371	202	169	4,16	2,26	1,89
63-65	182	100	82	2,04	1,12	0,92
65-70	572	285	287	6,41	3,19	3,21
70-75	502	241	261	5,62	2,70	2,92
75 und älter	834	311	523	9,34	3,48	5,86

Samtgemeinde Sietland

Altersstufen	gesamt	männlich	weiblich	Anteil an Gesamt-EW in %	Anteil männlich an gesamt in %	Anteil weiblich an gesamt in %
alle	5496	2779	2717	100,00	50,56	49,44
unter 60	4030	2080	1950	73,33	37,85	35,48
60 und älter	1466	699	767	26,67	12,72	13,96
55-60	374	201	173	6,80	3,66	3,15
60-63	210	110	100	3,82	2,00	1,82
63-65	84	51	33	1,53	0,93	0,60
65-70	314	159	155	5,71	2,89	2,82
70-75	332	178	154	6,04	3,24	2,80
75 und älter	526	201	325	9,57	3,66	5,91

Anlage 3: Auszug aus der Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Planes 2009 „2. Gerontopsychiatrie, seelisch Behinderte in hohem Lebensalter

Wie auch in der letzten Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans, bestehen weiterhin erhebliche Mängel in der Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen sowie von Menschen, die mit ihrer chronischen seelischen Erkrankung alt geworden sind.

Bisher waren die Demenzerkrankungen im Katalog der Pflegeversicherung nicht ausreichend berücksichtigt worden. Es bleibt abzuwarten, wie nach der Neuregelung mit stärkerer Berücksichtigung des demenzbedingten Hilfebedarfs speziell die Situation dieser Menschen in der ambulanten Pflege verbessert werden kann.

Vom Arbeitskreis „Gerontopsychiatrie“ wurde in den letzten Jahren immer wieder auch gegenüber der Politik dringend dazu geraten, eine Beratungsstelle für pflegende Angehörige einzurichten. Hier könnten Angehörige in umfassender Weise beraten werden, welche unterstützende Hilfen sie bekommen können in der Pflege ihrer z. B. demenzerkrankten Angehörigen. Sie würden Informationen bekommen über die bestehenden Tagespflegeeinrichtungen oder wie sie ihre Angehörigen in Notsituationen in Kurzzeitpflegeplätze bringen können.

Besondere Bedeutung kommt hierbei natürlich den Tagespflegeeinrichtungen zu. Bei Patienten, die in der Nacht und am Wochenende gut versorgt sind, bieten diese Einrichtungen dann die Möglichkeit, die pflegenden Angehörigen unter der Woche wesentlich zu entlasten. Dies reduziert die Zahl der Fälle, die wegen Erschöpfung der pflegenden Angehörigen vorzeitig in stationäre Einrichtungen verbracht werden müssen.

Der Landkreis Cuxhaven verfügt zurzeit über zwei Tagespflegeeinrichtungen für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen, das Tagespflegehaus des Vereins „Freie soziale Dienste zwischen Elbe und Weser e. V.“ sowie die Tagespflege des „Birkenhof“, AWO – Soziale Arbeit GmbH.

Das „Seniorenzentrum Osterfeld GmbH“ hat es sich konzeptionell zur Aufgabe gemacht, spezielle Angebote für demenzkranke Bewohner anzubieten. Neben der besonderen Tagesbetreuung werden dort an Demenz erkrankte Bewohner auch separat vollstationär in Kleingruppen mit einem erhöhten Personalschlüssel betreut, um so den Krankheitsbildern gerecht zu werden.

Heime, die gerontopsychiatrische Patienten betreuen, sollten nachvollziehbar über Pflegepersonal verfügen, die zumindest teilweise über eine gerontopsychiatrische Zusatzausbil-

dung verfügen. Parallel dazu sollte die ärztliche Betreuung durch gerontopsychiatrisch ausgebildete Fachärzte sichergestellt sein.“

Anlage 4: Auszug aus dem Bericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel- Herausforderung an ein zukunftsfähiges Niedersachsen“; Niedersächsischer Landtag, 15. Wahlperiode, 2007 „V Bürgerschaftliches Engagement“ Zu „Strukturen“ (vgl. D.V.2.1) empfiehlt die Kommission

- Möglichkeiten und Ansatzpunkte für bürgerschaftliches Engagement auf allen Ebenen zu fördern und zu unterstützen. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass bürgerschaftliches Engagement als Chance auf Teilhabe und als individueller Beitrag im Rahmen gesellschaftlicher Aufgaben verstanden wird.
- dass das Land und die Kommunen für die Aufrechterhaltung und den Ausbau einer fördernden Infrastruktur des bürgerschaftlichen Engagements weiterhin ausreichend öffentliche Haushaltsmittel zur Verfügung stellen.
- die Beibehaltung und den bedarfsgerechten Ausbau verlässlicher Strukturen wie Räume, Sachmittel und Weiterbildung zur Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements.
- den weiteren Ausbau kommunaler Freiwilligenagenturen sowie des „Freiwilligenservers Niedersachsen“, um das Potenzial an Engagierten in allen Zielgruppen auszuschöpfen.
- die Unterstützung eines gesellschaftlichen Klimas der Wertschätzung und der Anerkennung
- bürgerschaftlichen Engagements z. B. durch öffentliche Ehrungen und den landesweiten Kompetenznachweis.
- Bonussysteme auf kommunaler Ebene z. B. durch Einführung von „Ehrenamtcards“ zu entwickeln.
- die Entwicklung von Ansatzpunkten zur Unterstützung neuerer Formen bürgerschaftlicher Aktivitäten, die dem Wandel der Lebensstile und der Art von Bereitschaft sich zu engagieren aufgreifen.
- weiterhin Modellprojekte zu finanzieren, um damit neue Formen des Engagements zu fördern und durch die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellprojekte das bürgerschaftliche Engagement in Niedersachsen weiter zu entwickeln.
- die Aufrechterhaltung und die stärkere Vernetzung von Anlauf- und Informationsstellen für das bürgerschaftliche Engagement, da so die Gewinnung von interessierten Bürgerinnen und Bürgern für ein aktives Engagement wesentlich unterstützt werden könnte.
- den Kommunen, frühzeitig mit bürgerschaftlichen Initiativen über neue Formen der Zusammenarbeit zu sprechen, um das gestalterische Vermögen und die Mitwirkungsbereitschaft der interessierten Bürgerinnen und Bürger bei der Daseinvorsorge vor dem Hintergrund des demografischen Wandels aufgreifen zu können.

- die Weiterentwicklung rechtlicher Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement wie rechtliche Absicherungen und auch Festlegung von Grenzen zwischen bürgerschaftlichen Engagements.
- Lebenswelten der Menschen und vor allem die Wohnquartiere von Menschen durch Stadtbau so zu gestalten, dass Ansatzpunkte für Kontakte entstehen und insbesondere das nachbarschaftliche Engagement gefördert und unterstützt wird.

Zu „Bürgerschaftliches Engagement im Zeichen des demografischen Wandels“

(vgl. D.V.2.2)

empfiehlt die Kommission

- Bürgerschaftliches Engagement in informellen Strukturen (Nachbarschaftshilfe) auch als temporäres Engagement zu unterstützen.
- Anreize für junge Menschen zum bürgerschaftlichen Engagement zu schaffen, wie z. B. durch die Berücksichtigung einer ehrenamtlichen Tätigkeit bei der Studienplatz- oder Ausbildungsplatzvergabe.
- Engagementstrukturen entwickeln, die Jugendliche entsprechend ihren altersgemäßen Interessen motivieren, ehrenamtlich tätig zu werden.
- eine enge Kooperation von Schulen und Trägern des bürgerschaftlichen Engagements, um Jugendliche zu gewinnen. Durch eine Anpassung von Lerninhalten sowie integrative Betreuung und Beschulung von Kindern können im frühen Lebensalter soziale Kompetenz und gegenseitiges Verständnis gefördert werden, um so Kinder frühzeitig zum Engagement für andere zu interessieren und dies auch im weiteren Verlauf der Bildung zu fördern.
- das Freiwillige Soziale bzw. Ökologische Jahr zu nutzen, um mehr junge Menschen an ehrenamtliche Tätigkeiten heranzuführen.
- Hürden abzubauen, die einer gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund am gesellschaftlichen Leben entgegenstehen, und Ideen zu entwickeln, wie die Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund zu den Engagementfeldern und Organisationen verbessert werden könnte.
- geeignete Maßnahmen zur gezielten Ansprache gesellschaftlicher Gruppen zu entwickeln.“

Anlage 5: Auszug aus dem Nahverkehrsplan 2008 – 2012 des Landkreises Cuxhaven**„2.1.2 Demografische Entwicklung****(1) Ursachen und Folgen des demografischen Wandels**

Für Niedersachsen liegen aktuelle Untersuchungen zum Thema „demografischer Wandel“ vor:

- Niedersächsischer Landtag: Bericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel – Herausforderung an ein zukunftsfähiges Niedersachsen“, 2007
- Bertelsmann-Stiftung: Demographiebericht. Ein Baustein des Wegweisers Demographischer Wandel
- Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung (NIW): LTS-Bevölkerungsprognose, 2006

Die folgende, zusammenfassende Darstellung stützt sich im Wesentlichen auf den Bericht der Enquete-Kommission. Die demografische Entwicklung wird nach Auffassung der Enquete-Kommission in den nächsten Jahrzehnten von drei Dingen maßgeblich bestimmt:

- (1) Die niedrige Geburtenhäufigkeit;
- (2) die hohe und weiter steigende Lebenserwartung und
- (3) die Zu- und Abwanderung.

Der Bericht der Enquete-Kommission umschreibt die Folgen dieser zukünftigen Entwicklung mit den Schlagworten „weniger, grauer, vereinzelter und bunter“

- Weniger für den Bevölkerungsrückgang, der sich vor allem aus der zu niedrigen Geburtenhäufigkeit ergibt, so dass in Zukunft die negative Bilanz von Geburten und Sterbefällen in immer weniger Kommunen durch Wanderungsgewinne ausgeglichen werden kann.
- Grauer für die Bevölkerungsalterung wegen des steigenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung bei gleichzeitig geringer werdender Besetzung der nachwachsenden Jahrgänge. Dies geht einher mit einer tief greifenden Veränderung familiärer Strukturen.
- Vereinzelter für die fortschreitende Singularisierung zum einen wegen des zukünftig höheren Anteils älterer Menschen bei längerer Lebenserwartung von Frauen, zum anderen wegen des Bedeutungsverlustes der Normbiographie mit Partnerschaft und Familiengründung.
- Bunter für die Internationalisierung bzw. Heterogenisierung der Bevölkerung wegen der in Zukunft verstärkten Verlagerung des Zuzugspotentials auf außereuropäische Räume und

wegen der relativ jungen Altersstruktur der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund.

(2) Auswirkungen auf den öffentlichen Personenverkehr

Das ÖPNV-Angebot ist unmittelbar von den Fahrgastzahlen abhängig. Diese sind in ländlichen Räumen naturgemäß niedriger als in Städten. Entsprechend stehen in diesen Gebieten nur eingeschränkte Angebote zur Verfügung. Das Nutzerverhalten hat sich im ländlichen Raum dem geringen ÖPNV-Angebot angepasst, woraus eine Zunahme des MIV (Motorisierter Individualverkehr) resultierte.

Der ÖPNV in ländlichen Gebieten ist dabei mit einem sich selbst verstärkenden Problem konfrontiert: Sinkende Fahrgastzahlen führen zu einer Reduzierung des Angebotes – ein reduziertes Angebot führt zu einer weiteren Abnahme der Fahrgastzahlen. Sinkende Bevölkerungszahlen beschleunigen diesen Prozess, da sie die Wirtschaftlichkeit der Systeme weiter schwächen. Von dieser Entwicklung sind insbesondere Bevölkerungsgruppen betroffen, die nicht über einen eigenen PKW verfügen.

Der ÖPNV im ländlichen Raum wird überwiegend durch die Schülerbeförderung finanziert. Ein Rückgang der Schülerzahlen, wie er zukünftig in weiten Teilen des Landes zu erwarten ist, wirkt sich daher unmittelbar auf die wirtschaftliche Tragfähigkeit des ÖPNV-Angebotes aus. Dabei lässt sich vermuten, dass eine mit dem Rückgang der Schülerzahlen verbundene Reduzierung von Schulstandorten zum einen dazu führt, dass prozentual mehr Schüler/innen auf Beförderung angewiesen sein werden und zum anderen weitere Wege für die Beförderung zurückgelegt werden müssen, was den beschriebenen Effekt teilweise kompensieren könnte.

Die weitere Entwicklung des ÖPNV hängt eng mit der zukünftigen Finanzierung der Schülerbeförderung zusammen (beispielsweise Zahlungen nach § 45a PBefG an die Verkehrsunternehmen).

Durch die beschriebenen Konzentrationsprozesse im ländlichen Raum werden die Wegeketten der Bevölkerung komplexer. Entsprechend komplexe Wegeketten lassen sich jedoch in einem zeitlich vertretbaren Maß immer weniger mit öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigen, wodurch der private PKW seine Bedeutung im ländlichen Raum weiter ausbauen und die Nachfrage nach ÖPNV-Angeboten voraussichtlich weiter sinken wird. Ob die steigende Zahl älterer Menschen den Rückgang anderer Nutzergruppen kompensieren wird, ist fraglich, da einerseits der Führerscheinbesitz und die PKW-Verfügbarkeit unter den älteren Menschen ansteigen, andererseits aber die Zunahme der Hochaltrigen einen Anstieg nicht (mehr) automobilier Bevölkerung bewirken dürfte. Dennoch kann von einem Anwachsen der ÖPNV-

Nutzer im Rentenalter ausgegangen werden mit der Folge, dass eine Verbesserung der Barrierefreiheit des Angebotes notwendig ist.

Der SPNV erfüllt in ländlichen Räumen eine wichtige Versorgungsaufgabe, beschränkt sich dabei aber eher auf regionale Verbindungen. Auf der Ebene kleinräumiger Verbindungen, wie sie zur Sicherung der Mobilität innerhalb ländlicher Regionen notwendig ist, ist der SPNV gegenüber dem straßengebundenen ÖPNV im Nachteil, da eine Anpassung an reduzierte Fahrgastzahlen aufgrund der höheren Fixkosten oder eine Flexibilisierung der Wegeführung wesentlich schwieriger zu leisten ist.

(3) Handlungsansätze zur Sicherung der Mobilität aller Bevölkerungsgruppen

Da kompakte und durchmischte Siedlungsstrukturen die Effizienz insbesondere des ÖPNV erhöhen und die Anzahl von Wegen sowie deren Länge reduzieren, wäre es sinnvoll, Siedlungsentwicklung, Versorgungs- und Infrastrukturen sowie Verkehrsentwicklung verstärkt aneinander auszurichten und entsprechende Konzepte in der Praxis konsequenter umzusetzen.

Besondere Herausforderungen zur Sicherung der Mobilität aller Bevölkerungsgruppen stellen sich in den ländlichen Räumen mit überproportionalen Entleerungs- und Alterungstendenzen. Hier sind konventionelle ÖPNV-Systeme aufgrund der geringen und sinkenden Bevölkerungsdichte immer schwieriger zu finanzieren.

Die zukünftige Entwicklung der Mobilitätsbedürfnisse und –anforderungen ist schwer abschätzbar, da sie nicht allein von demografischen Prozessen abhängt. Hinzu kommen insbesondere die Entwicklung der Mobilitätskosten, die Veränderung gesellschaftlicher Präferenzen bei der Wahl der Verkehrsmittel, die Einkommensentwicklung oder auch der Wandel von Wegbeziehungen zwischen den Wohn-, Arbeits-, Freizeit- und Versorgungsstätten.

Zukünftige Mobilitätskonzepte müssen daher sowohl zeitlich als auch räumlich flexibel und anpassungsfähig sein. Zeitlich, weil zunächst noch mit einer Zunahme des Mobilitätsaufwandes aufgrund sich verlängernder Wegebeziehungen gerechnet werden kann, während mittelfristig der Bevölkerungsrückgang und die steigenden Energiepreise zu einem Absinken des Gesamtverkehrsaufkommens führen werden. Räumlich flexible Konzepte sind gefragt, weil die Herausforderungen und Bedürfnisse lokal unterschiedlich sind und nur durch angepasste integrierte Konzepte bewältigt werden können.

Die Schülerbeförderung trägt maßgeblich zur Finanzierung des ÖPNV-Angebotes im ländlichen Raum bei. Der zu erwartende Rückgang der Schülerzahlen und die damit in einigen Regionen notwendigerweise verbundene Konzentration von Schulstandorten machen daher

Anpassungsleistungen notwendig. Unter diesem Gesichtspunkt wäre zu überprüfen, ob die Landkreise jeweils die optimale Grenze für die Beschulung und Organisation der Schülerbeförderung bilden.

In diesem Zusammenhang kann auch die Frage der Schulstruktur in Niedersachsen Bedeutung für die Länge der Schulwege und damit für die Kosten der Schülerbeförderung erlangen. Dabei sichert eine wohnortnahe Schulversorgung kurze Schulwege.

Eine Möglichkeit der effizienteren Abwicklung der Schülerbeförderung bestünde auch darin, gestaffelte Anfangs- und Endzeiten zwischen den Schulstandorten einzuführen. Das Beförderungsaufkommen könnte dadurch zeitlich entzerrt werden, wodurch sich der notwendige Einsatz von Fahrzeugen und Personal deutlich reduzieren ließe.

Die derzeit laufenden Diskussionen zur Änderung des § 45a des PBefG sollten genutzt werden, um die Transparenz der Mittelvergabe an die Unternehmen zu erhöhen und effizientere Strukturen zu schaffen. Dabei ist vor allem die Frage zu klären, ob direkte Vereinbarungen zwischen Land und Verkehrsunternehmen oder zwischen Land und den öffentlichen Auftraggebern (Landkreise) getroffen werden sollten.

Der klassische liniengebundene ÖPNV ist unter den Bedingungen sinkender Nutzerzahlen nur noch mit einem hohen Einsatz von Zuschüssen flächendeckend aufrecht zu erhalten. Lösungs- und Anpassungsmöglichkeiten bestehen in alternativen Bedienkonzepten, die mit kleinen Fahrzeugen ohne feste Linien- und Fahrplanbindung eine flexible Versorgung gewährleisten können, wie etwa

- Rufbusse und Sammeltaxis,
- Bürgerbusse und Dorfmobile,
- Einrichtung von Event- und Mitnahmeverkehren (Theaterbusse, Event-Shuttle, Tourismusverkehre), Mitfahrzentralen bzw. Anlaufstellen.

Entsprechende Systeme können im ländlichen Raum eine sinnvolle Ergänzung zum verbliebenen liniengebundenen ÖPNV darstellen und dabei vor allem eine Anbindungsfunktion zu den bestehenden Linien übernehmen. Eine parallele Streckenbedienung zu bestehenden Angeboten ist dagegen wenig sinnvoll.

Die Mobilitätsanforderungen reichen längst über die Grenzen einzelner Landkreise hinaus. Der Zusammenarbeit zwischen den Landkreisen im Bereich der Verkehrs- und Mobilitätsplanung kommt deshalb eine hohe Bedeutung zu. Optimierungsmöglichkeiten bieten sich etwa

- in der Abstimmung der Netzpläne und in der Koordination der unterschiedlichen Verkehrsmittel auf Schiene und Straße;
- in der Zusammenlegung von Verkehrsunternehmen ;
- im Ausbau von geeigneten (internetbasierten) Informationssystemen, die den Vertrieb von Mobilitätsangeboten aus einer Hand bieten.

Inwieweit es dem ÖPNV gelingen wird, von der zunehmenden Mobilität und der steigenden Anzahl älterer Menschen zu profitieren, wird maßgeblich von der jeweiligen Ausgestaltung der Angebote bestimmt sein. Handlungsmöglichkeiten für die ÖPNV-Anbieter bestehen

- in der barrierefreien Gestaltung der Angebote,
- in der Schaffung leicht wahrnehmbarer und verständlicher Informationsangebote,
- in der sicheren und qualitativ hochwertigen Gestaltung der Fahrzeuge und Haltepunkte.

(4) Handlungsempfehlungen

Zu den „Handlungsansätzen zur Sicherung der Mobilität für alle Bevölkerungsgruppen“ empfiehlt die Kommission:

- Sich für eine effizientere Schülerbeförderung, insbesondere für eine verbesserte Koordination der landkreisübergreifenden Schülerbeförderung und eine Entzerrung des Beförderungsaufkommens durch gestaffelte Anfangs- und Endzeiten an den Schulen einzusetzen.
- Versorgungsdefizite in Teilen der ländlichen Räume durch alternative Bedienkonzepte abzumildern, z.B. durch Rufbusse, Sammeltaxis, Bürgerbusse, Einrichtung von Mitfahrzentralen.
- Die Regionalisierungsmittel des Bundes auch künftig für den bedarfsgerechten Ausbau des ÖPNV zu nutzen.
- Bei der Gestaltung des Verkehrsangebotes den Besuch von Betreuungseinrichtungen auch während der Ferientage zu berücksichtigen.
- Barrierefreie Informationssysteme auszubauen, die nachfragegerecht Informationen und Vertrieb von Mobilitätsangeboten aus einer Hand bieten.
- Sich dafür einzusetzen, dass die Belange von in ihrer Mobilität eingeschränkten Personengruppe im ÖPNV und bei der Bewertung von Nahverkehrsprojekten hinreichend berücksichtigt werden (barrierefreie Gestaltung der Angebote, leicht verständliche Informationsangebote).
- Verkehrsplanung und Verkehrswegebau stärker an den Interessen Älterer zu orientieren.“

**Anlage 6: Versorgungssituation im Landkreis Cuxhaven; Stand Juli 2010.
Auswertung eines Erhebungsbogens über vorhandene seniorenrelevante Angebote in den Kommunen**

Hinweis zu einzelnen Aussagen:

Die nachfolgenden Aussagen basieren auf folgenden Fragestellungen an die Kommunen:

- „Barrierefreie Wohnungen“- Gefragt wurde nach Einheiten ab 4 Wohnungen
- „Sicherstellung Grundversorgung Geschäfte“- Gefragt wurde nach dem Vorhandensein eines oder mehrere Geschäfte (auch ergänzend), dass/die die Versorgung mit den „Dingen des täglichen Bedarfes“ sicherstellen Kann/können
- „Alternative Versorgung“- Gefragt wurde nach Plänen oder Umsetzungen alternativer Versorgungsmöglichkeiten (z.B. als Bürgerladen, Genossenschaft oder freigem. Trägerschaft)

Kommune	Barrierefreie Wohnungen	Anzahl	Flächen für barrierefreies Bauen	Betreutes Wohnen	Sicherstellung Grundvers. Geschäfte	Wochenmarkt	Alt. Versorgung
Cuxhaven	+	unbek.	-	+	s. nachf.	+	+
gesamt	+	unbek.	-	+			Bring-service PARI, CAP-Markt Lebensh.
Altenbruch			-		+	-	+
Altenwalde			-		+	+	-
Arensch/Berensch			-		-	-	-
Döse			-		+	-	-
Duhnen			-		+	-	-
Franzenburg			-		-	-	-
Groden			-		+	-	+
Gudendorf			-		-	-	-
Holte-Spangen			-		-	-	-
Innenstadt			-		+	+	-
Lüdingworth			-		+	-	-
Oxstedt			-		-	-	-
Ritzebüttel			-		+	-	-
Sahlenburg			-		+	-	-
Stickenbüttel			-		-	-	-
Süderwisch			-		+	-	-

Kommune	Barrierefreie Wohnungen	Anzahl	Flächen für barrierefreies Bauen	Betreutes Wohnen	Sicherstellung Grundvers. Geschäfte	Wochenmarkt	Alt. Versorgung
Langen	+	41	-	+	s. nachf.	+	-
Langen	+	41	-	+	+	+	-
Debstedt	-	-	-	-	+	-	-
Imsum	-	-	-	-	-	-	-
Sievern	-	-	-	-	+	-	-
Holßel	-	-	-	-	+	-	-
Neuenwalde	-	-	-	-	+	-	-
Krempel	-	-	-	-	+	-	-
Hymendorf	-	-	-	-	-	-	-
Loxstedt	+	32	-	+	s. nachf.	+	-
Bexhövede	-	-	-	-	-	-	-
Büttel	-	-	-	-	-	-	-
Dedesdorf	-	-	-	-	-	-	-
Donnern	-	-	-	-	-	-	-
Düring	-	-	-	-	-	-	-
Eidewarden	-	-	-	-	+	-	-
Fleeste	-	-	-	-	-	-	-
Hahnenknoop	-	-	-	-	-	-	-
Hetthorn	-	-	-	-	-	-	-
Holte	-	-	-	-	-	-	-
Lanhausen	-	-	-	-	-	-	-
Loxstedt	+	32	+	+	+	+	-
Maihausen	-	-	-	-	-	-	-
Nesse	-	-	-	-	-	-	-
Neuenlande	-	-	-	-	-	-	-
Schwegen	-	-	-	-	-	-	-
Stinstedt	-	-	-	-	-	-	-
Stotel	-	-	-	-	+	-	-
Ueterlande	-	-	-	-	-	-	-
Wiemsdorf	-	-	-	-	-	-	-

Kommune	Barrierefreie Wohnungen	Anzahl	Flächen für barrierefreies Bauen	Betreutes Wohnen	Sicherstellung Grundvers. Geschäfte	Wochenmarkt	Alt. Versorgung
Nordholz	+	47	-	+	+	+	-
Nordholz gesamt	+	47	-	+	+(Nordh.)	+(Nordh.)	-
Schiffdorf	+	12	+	-	s. nachf.	+	-
Bramel	-	-	-	-	-	-	-
Geestenseth	-	-	-	-	-	+	-
Laven	-	-	-	-	-	-	-
Schiffdorf	+	12	-	-	+	+	-
Sellstedt	-	-	-	-	-	-	-
Spaden	-	-	+	-	+	+	-
Wehdel	-	-	-	-	+	-	-
Wehden	-	-	-	-	-	-	-
Am Dobrock	+	30	-	-	s. nachf.	+	-
Cadenberge	+	30	-	-	+	+	-
Belum	-	-	-	-	+	-	-
Bülkau	-	-	-	-	-	-	-
Wingst	-	-	-	-	+	-	-
Neuhaus	-	-	-	-	+	+	-
Oberndorf	-	-	-	-	+	-	-
Geversdorf	-	-	-	-	-	-	-
Bederkesa	+	4	-	+	s. nachf.	+	-
Bad Bederkesa	+	4	-	-	+	+	-
Elmlohe	-	-	-	-	+	-	-
Drangstedt	-	-	-	-	+	-	-
Flögeln	-	-	-	-	+	-	-
Köhlen	-	-	-	-	+	-	-
Kührstedt	-	-	-	-	-	-	-
Lintig	-	-	-	-	-	-	-
Ringstedt	-	-	-	-	-	-	-
Beverstedt	+	12	-	-	s. nachf.	+	-
Appeln	-	-	-	-	-	-	-
Beverstedt	-	-	-	-	+	+	-
Bokel	-	-	-	-	-	-	-
Frelsdorf	-	-	-	-	+	-	-

Kommune	Barrierefreie Wohnungen	Anzahl	Flächen für barrierefreies Bauen	Betreutes Wohnen	Sicherstellung Grundvers. Geschäfte	Wochenmarkt	Alt. Versorgung
Heerstedt	-	-	-	-	-	-	-
Hollen	-	-	-	-	-	-	-
Kirchwistedt	-	-	-	-	-	-	-
Lunestedt	+	12	-	-	+	-	-
Stubben	-	-	-	-	+	-	-
Börde Lamstedt	-	-	-	-	s. nachf.	-	-
Armstorf	-	-	-	-	-	-	-
Hollenseth	-	-	-	-	+	-	-
Lamstedt	-	-	-	-	+	-	-
Mittelstenahe	-	-	-	-	+	-	-
Stinstedt	-	-	-	-	+	-	-
Hadeln	+	40	-	+	s. nachf.	+	-
Neuenkirche	-	-	-	-	+	-	-
Nordleda	-	-	-	-	-	-	-
Osterbruch	-	-	-	-	+	-	-
Otterndorf	+	40	-	+	+	+	-
Hagen	+	unbek.	-	-	s. nachf.	+	+
Bramstedt	-	-	-	-	+	-	-
Driftsethe	-	-	-	-	-	-	-
Hagen	+	unbek.	-	-	+	+	-
Sandstedt	-	-	-	-	-	-	+
Uthlede	-	-	-	-	+	-	-
Wulsbüttel	-	-	-	-	-	-	-
Hemmoor	unbek.	unbek.	-	+	+	+	-
Hemmoor	-	-	-	+	+	+	-
Hechthausen	-	-	-	-	+	+	-
Osten	-	-	-	-	+	-	-
Land Wursten	+	48	-	+	s. nachf.	+	-
Cappel	-	48	-	-	- (Verk.-wagen)	-	-
Dorum	+	-	-	-	+	+	-
Midlum	-	-	-	-	+	-	-
Misselwarden	-	-	-	-	- (Verk.-wagen)	-	-

Kommune	Barrierefreie Wohnungen	Anzahl	Flächen für barrierefreies Bauen	Betreutes Wohnen	Sicherstellung Grundvers. Geschäfte	Wochenmarkt	Alt. Versorgung
Mulsum	-	-	-	-	- (Verk.-wagen)	-	-
Padingbüttel	-	-	-	-	- (Verk.-wagen)	-	-
Wremen	-	-	-	8	+	+	-
Sietland	unbek.	unbek.	-	-	s. nachf.	+	-
Ihlienworth	-	-	-	-	+	+	-
Odisheim	-	-	-	-	-	-	-
Steinau	-	-	-	-	-	-	-
Wanna	-	-	-	-	+	-	-

Kommune	Bank	Post	Verwaltung	Hausarzt	Apotheke	Seniorenbeauftragter	Seniorenbeirat
Cuxhaven						+	-
Altenbruch	+	+	+	+	+		
Altenwalde	+	+	+	+	+		
Arensch/Berensch	+	-	-	-	-		
Döse	+	+	-	+	+		
Duhnen	+	+	-	+	+		
Franzenburg	+	-	-	-	-		
Groden	+	+	-	+	+		
Gudendorf	-	-	-	-	-		
Holte-Spangen	-	-	-	-	-		
Innenstadt	+	+	+	+	+		
Lüdingworth	+	+	+	+	-		
Oxstedt	+	-	-	-	-		
Ritzebüttel	+	-	-	-	-		
Sahlenburg	+	+	+	+	+		
Stickenbüttel	-	-	-	-	-		
Süderwisch	+	-	-	-	-		

Kommune	Bank	Post	Verwaltung	Hausarzt	Apotheke	Seniorenbeauftragter	Seniorenbeirat
Langen						-	+
Langen	+	+	+	+	+		
Debstedt	+	+	-	+	-		
Imsum	-	-	-	-	-		
Sievern	-	+	-	-	-		
Holßel	+	+	-	-	-		
Neuenwalde	+	+	-	+	-		
Krempel	+	-	-	-	-		
Hymendorf	-	-	-	-	-		
Loxstedt						+	-
Bexhövede	+	-	-	+	+		
Büttel	-	-	-	-	-		
Dedesdorf	+	-	-	+	-		
Donnern	-	-	-	-	-		
Düring	-	-	-	-	-		
Eidewarden	-	+	-	-	-		
Fleeste	-	-	-	-	-		
Hahnenknoop	-	-	-	-	-		
Hetthorn	-	-	-	-	-		
Holte	-	-	-	-	-		
Lanhausen	-	-	-	-	-		
Loxstedt	+	+	+	+	+		
Maihausen	-	-	-	-	-		
Nesse	-	-	-	-	-		
Neuenlande	-	-	-	-	-		
Schwegen	-	-	-	-	-		
Stinstedt	-	-	-	-	-		
Stotel	+	+	-	+	+		
Ueterlande	-	-	-	-	-		
Wiemsdorf	-	-	-	-	-		

Kommune	Bank	Post	Verwaltung	Hausarzt	Apotheke	Seniorenbeauftragter	Seniorenbeirat
Nordholz						+	-
Nordholz gesamt	+	+	+	+	+	+	-
Schiffdorf						+	-
Bramel	-	-	-	-	-		
Geestenseth	+	-	-	+	+		
Laven	-	-	-	-	-		
Schiffdorf	+	+	+	+	+		
Sellstedt	+	-	-	+	-		
Spaden	+	+	+	+	+		
Wehdel	+	+	+	+	-		
Wehden	+ Automat	-	-	-	-		
Am Dobrock						+	+
Cadenberge	+	+	+	+	+		
Belum	-	+	+1x Woche	-	-		
Bülkau	+	-	+1x Woche	+	-		
Wingst	+	+	+	+	+		
Neuhaus	+	+	+1x Woche	+	+		
Oberndorf	+	+	+1x Woche	+	-		
Geversdorf	-	-	+1x Woche	+	-		
Bederkesa						+	-
Bad Bederkesa	+	+	+	+	+	+	
Elmlohe	+	-	+	-	-	+	
Drangstedt	+	-	+	-	-	+	
Flögeln	+	-	+	-	-	+	
Köhlen	+	-	+	-	-	+	
Kührstedt	+	-	+	-	-	-	
Lintig	+	-	+	-	-	+	
Ringstedt	+	-	+	+	-	+	

Kommune	Bank	Post	Verwaltung	Hausarzt	Apotheke	Seniorenbeauftragter	Seniorenbeirat
Beverstedt						+	+
Appeln	+	-	-	-	-	+	
Beverstedt	+	+	+	+	+	+	
Bokel	+	+	+	+	-	+	
Frelsdorf	-	-	-	-	-	+	
Heerstedt	-	-	-	-	-	+	
Hollen	-	-	-	-	-	+	
Kirchwistedt	+	-	-	-	-	+	
Lunestedt	+	+	+	+	+	+	
Stubben	-	-	+	+	+	+	
Börde Lamstedt						+	-
Armstorf	-	-	-	-	-		
Hollenseth	-	-	-	-	-		
Lamstedt	+	+	+	+	+		
Mittelstenahe	-	-	-	-	-		
Stinstedt	-	-	-	-	-		
Hadeln						-	+
Neuenkirchen	+	-	+	+	-		
Nordleda	-	-	+	-	-		
Osterbruch	-	-	+	-	-		
Otterndorf	+	+	+	+	+		
Hagen						-	+
Bramstedt	+	-	-	-	-		
Driftsethe							
Hagen	+	+	+	+	+		
Sandstedt	+	-	+	+	-		
Uthlede	+	-	-	-	-		
Wulsbüttel	+	-	-	-	-		

Kommune	Bank	Post	Verwaltung	Hausarzt	Apotheke	Seniorenbeauf- tragter	Seniorenbeirat
Hemmoor						+	+
Hemmoor	+	+	+	+	+		
Hechthausen	+	+	+	+	+		
Osten	+	+	+	+	+		
Land Wursten						+	+
Cappel	-	-	-	-	-	+	
Dorum	+	+	+	+	+	+	
Midlum	+	-	+	+	-	+	
Misselwarden	-	-	-	-	-	+	
Mulsum	-	-	-	-	-	+	
Padingbüttel	-	-	-	-	-	+	
Wremen	+	+	+	+	+	+	
Sietland						-	-
Ihlienworth	+	+	+	+	+		
Odisheim	+	-	-	-	-		
Steinau	+	-	-	-	-		
Wanna	+	+	+	-	+		

Kommune	Bürger-verein o.ä.	Ehren-amtlich-keitsbe-auf-fragter	Ge-sprächs-gruppen	Sonstiges
Cuxhaven	teilw.	+	+	
Altenbruch	-			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungskonzept seniorengeeignete Stadt ▪ Mehrgenerationenhaus ▪ Freiwilligenzentrum ▪ Koordinierungsstelle Senioren ▪ etc.
Altenwalde	-			
Arensch/Berensch	-			
Döse	-			
Duhnen	-			
Franzenburg	-			
Groden	-			
Gudendorf	-			
Holte-Spangen	-			
Innenstadt	-			
Lüdingworth	-			
Oxstedt	-			
Ritzebüttel	-			
Sahlenburg	+			
Stickenbüttel	-			
Süderwisch	-			
Langen	-	+	-	
Langen				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regelmäßig geöffneter Seniorentreff für „soziale Kontakte“
Debstedt				
Imsum				
Sievern				
Holßel				
Neuenwalde				
Krempel				
Hymendorf				

Kommune	Bürger- verein o.ä.	Ehren- amtlich- keitsbe- auf- tragter	Ge- sprächs- gruppen	Sonstiges
Loxstedt	+	+*	+*	
Bexhövede				<ul style="list-style-type: none"> ▪ * Verein „Bürger helfen Bürgern“ nimmt auch die Gestaltung der ehrenamtliche Arbeit und Angebote der Gesprächsgruppen wahr.
Büttel				
Dedesdorf				
Donnern				
Düring				
Eidewarden				
Fleeste				
Hahnenknoop				
Hetthorn				
Holte				
Lanhausen				
Loxstedt				
Maihausen				
Nesse				
Neuenlande				
Schwegen				
Stinstedt				<ul style="list-style-type: none"> ▪ * Der Verein „Bürger helfen Bürgern“ nimmt die Gestaltung der ehrenamtlichen Arbeit als auch die Gestaltung von Gesprächsgruppen war.
Stotel				
Ueterlande				
Wiemsdorf				
Nordholz	+	+	+	
Nordholz gesamt				Frau Panitz zeichnet im Wesentlichen für die vorange- stellten Angebote („Bürgerverein“ und „Ehrenamtlich- keitsbeauftragte“

Kommune	Bürger- verein o.ä.	Ehren- amtlich- keitsbe- auf- tragter	Ge- sprächs- gruppen	Sonstiges
Schiffdorf	-	-	-	
Bramel				
Geestenseth				
Laven				
Schiffdorf				
Sellstedt				
Spaden				
Wehdel				
Wehden				
Am Dobrock	-	+ SenBeir	-	
Belum				
Bülkau				
Wingst				
Neuhaus				
Oberndorf				
Geversdorf				
Bederkesa	-	teilw.	-	
Bad Bederkesa		+		
Elmlohe		-		
Drangstedt		-		
Flögel		-		
Köhlen		-		
Kührstedt		-		
Lintig		-		
Ringstedt		-		

Kommune	Bürger- verein o.ä.	Ehren- amtlich- keitsbe- auf- tragter Ge- sprächs- gruppen	Sonstiges				
Beverstedt	+	+ in Pla- nung	-				
Appeln				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Netzwerk „Bürger für Bürger“ 			
Beverstedt							
Bokel							
Frelsdorf							
Heerstedt							
Hollen							
Kirchwistedt							
Lunestedt							
Stubben							
Börde Lamstedt	-	-	-				
Armstorf							
Hollenseth							
Lamstedt							
Mittelstenahe							
Stinstedt							
Hadeln	-	-	+*				
Neuenkirchen				<ul style="list-style-type: none"> ▪ * Gesprächsgruppen <ul style="list-style-type: none"> ○ Alzheimer ○ Parkinson 			
Nordleda							
Osterbruch							
Otterndorf							
Hagen	+	-	-				
Bramstedt				<ul style="list-style-type: none"> ▪ * Seniorenbeirat ▪ ** kirchlicher Gesprächskreis für ältere Frauen 			
Driftsethe							
Hagen			+*				
Sandstedt			+**				
Uthlede							
Wulsbüttel							
Hemmoor	+*	+	-				
Hemmoor		+		<ul style="list-style-type: none"> ▪ * Mehrgenerationenhaus ▪ * Freiwilligenagentur 			
Hechthausen		+					
Osten		+					

Kommune	Bürger- verein o.ä.	Ehren- amtlich- keitsbe- auf- tragter	Ge- sprächs- gruppen	Sonstiges
Land Wursten	-	+*	-	
Cappel				<ul style="list-style-type: none"> ▪ * Unterstützung und Koordinierung durch SG
Dorum				
Midlum				
Misselwarden				
Mulsum				
Padingbüttel				
Wremen				
Sietland	-	-	-	
Ihlienworth				
Odisheim				
Steinau				
Wanna				

Zusammenfassung ausgewählter Aussagen:

	Barrierefreie Wohnungen/ Anz.*	Ausgewiesene Flächen f. barriere-freies Bauen	Betreutes Wohnen	Seniorenbeauftragte	Seniorenbeirat	Bürgerverein o.Ä.	Ehrenamtlichkeits- beauftragter
Cuxhaven	ja/ Anz. unbek.	nein	ja	ja	nein	untersch. Institutionen die ähnliche Aufg. wahr- nehmen	ja
Langen	ja/ 41	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Loxstedt	ja/ 32	nein	ja	ja	nein	ja	ja
Nordholz	ja/ 47	nein	ja	ja	nein	ja	ja
Schiffdorf	ja/ 12	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Am Dobrock	ja/ 30	nein	nein	ja	ja	nein	ja
Bederkesa	ja/ 4	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Beverstedt	ja/12	nein	nein	ja	ja	ja	ja
Börde Lamstedt	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Hadeln	ja/ 40	nein	ja	nein	ja	nein	nein
Hagen	ja/ Anz. unbek.	nein	nein	nein	ja	ja	nein
Hemmoor	unbek.	nein	ja	ja	ja	ja	ja
Land Wursten	ja/ 48	nein	ja	ja	ja	nein	ja
Sietland	unbek.	nein	nein	nein	nein	nein	nein

* in Einheiten ab 4 Wohnungen

Anlage 7: Aktivitätsraten und Zeitverwendung für ausgewählte Aktivitäten der höheren Altersgruppen

Heribert Engstler/Sonja Menning/Elke Hoffmann/Clemens Tesch-Römer

Tabelle 1: Aktivitätsraten und Zeitverwendung für ausgewählte Aktivitäten der Altersgruppe 55 – 64 Jahre

Aktivität	Bezugsgruppe	Aktivitätsrate ¹⁾	Durchschnittlicher Zeitaufwand bei Aus- übenden in Std.:Min. je Tag
		in %	
Haushaltsführung insgesamt ²⁾	erwerbstätige Männer	81,8	02:14
	nicht erwerbstätige Männer	97,7	04:29
	erwerbstätige Frauen	97,9	03:38
	nicht erwerbstätige Frauen	98,2	05:21
davon			
Haus- und Gartenarbeit ³⁾	erwerbstätige Männer	73,4	01:22
	nicht erwerbstätige Männer	92,0	02:37
	erwerbstätige Frauen	96,0	02:40
	nicht erwerbstätige Frauen	96,0	04:03
Bauen und handwerkliche Aktivitäten	erwerbstätige Männer	15,0	01:33
	nicht erwerbstätige Männer	32,5	01:30
Einkaufen und Haushalts- organisation	erwerbstätige Männer	46,9	01:15
	nicht erwerbstätige Männer	76,7	01:55
	erwerbstätige Frauen	72,1	01:21
	nicht erwerbstätige Frauen	74,7	01:43
Informelle Hilfeleistung für andere Haushalte	Erwerbstätige	8,1	01:30
	Nicht erwerbstätige	15,4	01:54
Ausübung eines Ehrenamtes	Erwerbstätige	6,0	02:26
	Nicht erwerbstätige	8,4	02:32
Sportliche Aktivitäten und Aktivitäten in der Natur	erwerbstätige Männer	23,3	01:45
	nicht erwerbstätige Männer	39,0	01:44
	erwerbstätige Frauen	32,4	01:18
	nicht erwerbstätige Frauen	39,0	01:36
Hobbys und Spiele	erwerbstätige Männer	18,7	01:16
	nicht erwerbstätige Männer	37,4	01:24
	erwerbstätige Frauen	25,6	00:57
	nicht erwerbstätige Frauen	34,8	01:06
Nutzung von Massenmedien	Erwerbstätige	90,2	02:31
	Nicht erwerbstätige	96,8	03:27
Fernsehen	Erwerbstätige	77,3	02:01
	Nicht erwerbstätige	84,7	02:33
Pflege sozialer Kontakte	Erwerbstätige	58,1	01:10
	Nicht erwerbstätige	66,2	01:21
Ausruhen/Auszeit	Erwerbstätige	28,7	00:58
	Nicht erwerbstätige	37,7	01:00
¹⁾ Anteil der Personen, die eine solche Aktivität ausgeübt haben. ²⁾ Sie umfasst die darunter aufgeführten drei Unterbereiche. Dieser zusammengefasste Zeitwert entsteht nicht aus der Aufsummierung der Unteraktivitäten. Er beinhaltet auch Fälle, die nur ausgewählte Unteraktivitäten protokollierten. ³⁾ Dazu zählen: Zubereitung von Mahlzeiten, Instandhaltung von Haus und Wohnung, Herstellen, Ausbessern und Pflege von Textilien, Gartenarbeit, Pflanzen- und Tierpflege, einschließlich Wegezeiten.			

Datenbasis: Zeitbudgeterhebung 2001/0

Statistisches Bundesamt, Forum der Bundesstatistik, Bd. 43/2004

Tabelle 2
Bereiche der informellen Hilfeleistung Älterer (60+) für andere Haushalte

Erbrachte Hilfeleistung	Anteil der Ausübenden	Zeitlicher Umfang bei Ausübenden	Anteil der Frauen an Ausübenden
	%	Stunden: Minuten je Tag	%
Kinderbetreuung	4,1	1:27	66,4
Zubereiten von Mahlzeiten	1,6	1:06	79,6
Putzen, Aufräumen	1,4	1:11	79,3
Bauen, Handwerken, Fahrzeugwartung und -reparatur, Transport und Umzüge	1,1	2:47	12,7
Bei Anderen nach dem Rechten sehen	1,0	0:30	63,2
Haustierpflege	1,0	0:54	55,3
Einkaufen, Besorgungen	0,9	0:57	75,5
Gartenarbeit	0,8	1:26	47,3
Alten- und Krankenpflege	0,8	0:51	64,2
Versicherungs-, Behördenangelegenheiten	0,3	(1:06)	(48,2)
Gespräche, Ratschläge bei Problemen	0,2	(1:17)	(72,1)
Sonstige Hilfeleistung	1,8	1:03	54,1

Datenbasis: Zeitbudgeterhebung 2001/02

13 Verzeichnis Abbildungen

Abbildung 3.1	Entwicklung der Einwohner von 1999 bis 2008	3-4
Abbildung 3.2	Entwicklung der Einwohner des Landkreises Cuxhaven von 1999 bis 2008	3-5
Abbildung 3.3	Durchschnittsalter, Jugendquotient und Altenquotient	3-7
Abbildung 3.4	Altersstufen Landkreis 31.12.2008 in %	3-8
Abbildung 3.5	Altersstrukturentwicklung im Landkreis Cuxhaven 2006 – 2025 in %	3-9
Abbildung 3.6	Entwicklung des Durchschnittsalters 2008 – 2025 Landkreisvergleich	3-10
Abbildung 3.7	Entwicklung des Jugendquotienten 2008 – 2025 Landkreisvergleich	3-10
Abbildung 3.8	Entwicklung des Altenquotienten 2008 – 2025 Landkreisvergleich.....	3-11
Abbildung 3.9	Entwicklung der Altersstufe 65-79 Jahre 2008 – 2025 Landkreisvergleich	3-12
Abbildung 3.10	Entwicklung der Altersstufe 80 Jahre und älter 2008 – 2025 Landkreisvergleich .	3-12
Abbildung 3.11	Anteile ausgewählter Altersstufen in %; Stand: 31.12.2008	3-15
Abbildung 3.12	Anteile ausgewählter Altersstufen in %; Stand: 31.12.2008	3-16
Abbildung 3.13	Relative Altersstrukturentwicklung ausgesuchter Altersstufen 2006 – 2025 (%) ..	3-18
Abbildung 3.14	Relative Altersstrukturentwicklung ausgesuchter Altersstufen 2006 – 2025 (%) ..	3-19
Abbildung 3.15	Entwicklung des Durchschnittsalters 2008 - 2025	3-21
Abbildung 3.16	Entwicklung des Altersquotienten 2008 - 2025.....	3-21
Abbildung 4.1	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen gesamt	4-6
Abbildung 4.2	Anteil Pflegebedürftige an Einwohnern 2007 in %.....	4-7
Abbildung 4.3	Anteil Einwohner 75 Jahre und älter an Gesamteinwohnern 2007	4-8
Abbildung 4.4	Entwicklung von Pflegebedürftigkeit	4-9
Abbildung 4.5	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegeleistung in %	4-10
Abbildung 4.6	Nach Geschlechterverteilung in %.....	4-11
Abbildung 4.7	Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht 2007	4-12
Abbildung 4.8	Ambulante Pflege: Altersverteilung in %.....	4-13
Abbildung 4.9	Stationäre Pflege: Altersverteilung in %	4-13
Abbildung 4.10	Pflegegeld; Altersverteilung in %	4-13
Abbildung 4.11	Entwicklung der Altersstufenverteilung 1999 - 2007.....	4-15
Abbildung 4.12	Grafische Darstellung Pflegebedürftige (ambulant) nach Alters- und Pflegestufen 2007	4-16
Abbildung 4.13	Grafik Pflegebedürftige (stationär) nach Alters- und Pflegestufen 2007	4-17
Abbildung 4.14	Grafik Pflegebedürftige (Pflegegeld) Altersstufen 2007	4-18
Abbildung 4.15	Verteilung der Heimplätze auf die Kommunen in %	4-25
Abbildung 4.16	Verhältnis Einwohner ab 75 Jahren zu Heimplätzen	4-26
Abbildung 6.1	Personen ab 18 Jahren in %.....	6-3
Abbildung 6.2	Entwicklung der Internetnutzung in Deutschland 1997 bis 2008 unter Personen ab 60 Jahren.....	6-6
Abbildung 8.1	Zeitverwendung der Männer und Frauen unterschiedlichen Alters nach Aktivitätsbereichen (Stunden:Minuten je Tag) - Montag-Freitag	8-3
Abbildung 8.2	Zeitverwendung der 55-64-jährigen Männer und Frauen nach Aktivitätsbereichen und Erwerbsstatus (Stunden:Minuten je Tag) Montag - Freitag	8-4
Abbildung 9.1	Ausländische Bevölkerung im Landkreis Cuxhaven zum 31.12.2009.....	9-4
Abbildung 9.2	Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung in der Stadt Cuxhaven.....	9-5

14 Verzeichnis Tabellen

Tabelle 3.1	Die Bevölkerung des Landkreises Cuxhaven am 31.12.2008	3-3
Tabelle 3.2	Entwicklung der Einwohner des Landkreises Cuxhaven von 1999 bis 2008	3-4
Tabelle 3.3	Entwicklung der Einwohner des Landkreises Cuxhaven von 1999 bis 2008	3-5
Tabelle 3.4	Daten zur Altersstruktur, Landkreisvergleich Stand 2008	3-6
Tabelle 3.5	Altersstufenvergleich Landkreise in %, Stand 31.12.2008	3-8
Tabelle 3.6	Daten zur Altersstruktur und deren Entwicklung 2008-2025 Landkreisvergleich ..	3-10
Tabelle 3.7	Anteile der Altersstufen an Gesamteinwohnern in %, Stand 31.12.2008	3-14
Tabelle 3.8	Relative Altersstrukturentwicklung 2006-2025 (%)	3-17
Tabelle 3.9	Altersstrukturdaten 2008-2025 -alle Kommunen	3-20
Tabelle 4.1	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen gesamt	4-6
Tabelle 4.2	Pflegebedürftige in ambulanter und vollstationärer Pflege	4-7
Tabelle 4.3	Anteil Pflegebedürftige an Einwohnern 2007 in %	4-7
Tabelle 4.4	Pflegebedürftige gesamt 1999-2007; Vergleich verschiedener Bereiche	4-8
Tabelle 4.5	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegeleistung	4-10
Tabelle 4.6	Pflegebedürftige nach Geschlecht 2007	4-11
Tabelle 4.7	Pflegebedürftige (gesamt) nach Altersstufen und Geschlecht 2007	4-11
Tabelle 4.8	Pflegebedürftige nach Alter	4-12
Tabelle 4.9	Pflegebedürftige (gesamt) nach Alters- und Pflegestufen	4-14
Tabelle 4.10	Entwicklung der Altersstufenverteilung	4-14
Tabelle 4.11	Pflegebedürftige (ambulant) nach Alters- und Pflegestufen 2007	4-16
Tabelle 4.12	Pflegebedürftige (stationär) nach Alters- und Pflegestufen 2007	4-17
Tabelle 4.13	Pflegebedürftige (Pflegegeld) Altersstufen 2007	4-18
Tabelle 4.14	Anzahl Pflegeeinrichtungen im Landkreis Cuxhaven	4-19
Tabelle 4.15	Heime im Landkreis Cuxhaven, Stand: 01.02.2010	4-19
Tabelle 4.16	Entwicklung der Anzahl der Altenpflegeheime und der Pflegeplätze 1999 - 2009	4-24
Tabelle 4.17	Anzahl Pflegeheime und Plätze nach Städten, Gemeinden und Samtgemeinden; Stand 01.02.2010	4-24
Tabelle 4.18	Verhältnis Einwohner ab 75 Jahren zu Heimplätzen	4-26
Tabelle 4.19	Pflegepersonal der Pflegedienste und Pflegeheime im Landkreis Cuxhaven; Stand: 2007	4-27
Tabelle 4.20	Ambulante Pflegedienste im Landkreis Cuxhaven, Stand: Dezember 2010	4-28
Tabelle 4.21	Entwicklung des Pflegebedarfes im Landkreis Cuxhaven in Zahlen	4-30
Tabelle 4.22	Die Häufigkeit der Demenz nach Altersstufen	4-33
Tabelle 4.23	Hauptpflegeperson nach Altersgruppe in Privathaushalten (%)	4-37
Tabelle 4.24	Unterstützungsbedarf in Privathaushalten mit einer Hauptpflegeperson nach Art und Umfang der erhaltenden Unterstützung (%)	4-38
Tabelle 5.1	Barrierefreie Wohnungen im Landkreis Cuxhaven	5-5
Tabelle 5.2	Anlagen des Betreuten Wohnens im Landkreis Cuxhaven	5-9
Tabelle 5.3	Vorhalten von Flächen für barrierefreies Bauen	5-16
Tabelle 8.1	Ehrenamtsbeauftragte in den Kommunen	8-19