

Furtwanger Seniorenplan 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Bevölkerungsentwicklung in Deutschland	2
1.1 Demografische Entwicklung Furtwangers	4
2. Altenhilfepolitik in Furtwangen	11
2.1 Altenheim	11
2.2 Ambulante Pflege	13
2.3 Offene Arbeit	15
2.4 Pflegestützpunkt.....	16
2.5 Betreutes Wohnen	16
3. Gesundheitspolitik	22
3.1 Ärztliche Einrichtungen in Furtwangen:	23
3.2 Prävention	24
3.3 Bedeutung der Sportvereine, Seniorensport.....	25
3.4 Demenz	26
3.5 Hospiz und palliative Medizin.....	30
4. Soziokulturelle Verhältnisse	32
4.1 Integration von Migranten	32
4.2 Bildung und Kultur.....	35
4.3 Ehrenamt.....	37
5. Mobilität	38
6. Schluss	40

Den Anfang dieses Seniorenplanes soll die Vorstellung grundlegender Thesen bilden, an denen sich die Seniorenpolitik orientieren soll¹.

Altenpolitik stellt Anforderungen an alle Bereiche der Politik. Zunehmende Lebenserwartung und abnehmende Geburtenzahlen führen zu einem demografischen Wandel, der diese Aufgabe verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung rückt und politische Aktivität einfordert.

Altenpolitik ist präventive Sozial- und Gesundheitspolitik. Sie fördert Mitwirkung und Beteiligung. Die konkreten Interessen, Lebenslagen und Lebensrisiken der Älteren sollen bei allen politischen Entscheidungen berücksichtigt werden.

Alter soll nicht den Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben einschränken. Altenpolitik hilft mit, die freie und eigenverantwortliche Entfaltung zu sichern. Sie wendet sich gegen Hilfsangebote, die Unselbständigkeit und Abhängigkeit begünstigen.

Erfahrungen und Tatkraft älterer Menschen sind eine wertvolle Unterstützung der Familien und des Gemeinwesens. Altenpolitik fördert die generationenübergreifende wechselseitige Hilfe, Selbsthilfe und ehrenamtliche Tätigkeit, auch in Verknüpfung mit professionellen Dienstleistungen.

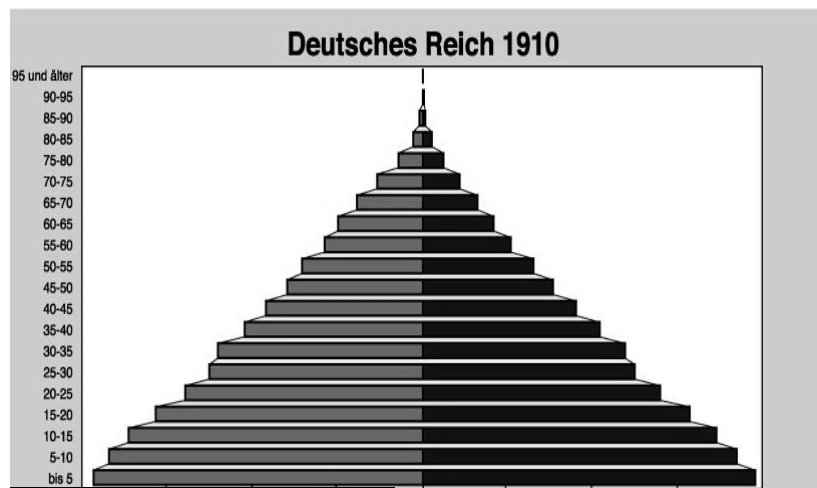
Ältere Menschen sollen nicht durch Umstände, die außerhalb ihrer Einflussmöglichkeiten liegen, in Not und Isolation geraten. Altenpolitik will gesellschaftliche Benachteiligungen, die sich im Alter verstärken, ausgleichen und überwinden helfen.

Altenpolitik unterstützt die interkulturelle Öffnung der Angebote für ältere Menschen und fördert soziale Integration.

Altenpolitik schafft Räume, auch tabuisierte Themen des Alterns anzusprechen. Sie unterstützt die würdige Gestaltung der letzten Lebensphase.

1. Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

Derzeit hat Deutschland 81,8 Millionen Einwohner². Bis 2030 wird die Einwohnerzahl in der Bundesrepublik Deutschland auf rund 77 Millionen zurückgehen. Gegenüber dem Jahre 2008 wären dies fast fünf Millionen oder 5,7 % weniger. In der Gruppe der unter 20jährigen ist der Rückgang am spürbarsten. Statt 15,6 Millionen sind es 2030 nur noch 12,9 Millionen, ein Rückgang um 17%. Im erwerbsfähigen Alter (bis 65 Jahre) werden es dann voraussichtlich 7,5 Millionen oder etwa 15 % weniger sein. Demgegenüber steigt die Zahl der Senioren von 16,7 Millionen auf 22,3 Millionen, fast ein Drittel mehr.



Eine ideale Pyramide!

Quelle: Technische Universität Dresden, Institut für Verfahrenstechnik und Umwelttechnik nach Daten des Statistischen Bundesamtes.

¹ Altenplan Stadtgemeinde Bremen. Bremen 2007, S. 12.

² Die nachstehenden Aussagen basieren auf der Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes Nr.435 vom 18.11.2009 zur 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 2009.

Für die einzelnen Bundesländer sieht diese Entwicklung teilweise anders aus, was vor allem an der Binnenwanderung liegt.

30 Jahre später, um das 2060 wird es noch knapp 65 Millionen bis 70 Millionen Einwohner in Deutschland geben. Während heute jeder Fünfte 65 Jahre und älter ist, wird es dann jeder Dritte sein. Dies zeigen diejenigen Varianten der neuen 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2009, die eine Fortsetzung der aktuellen demografischen Entwicklung annehmen.

Die Gründe für den Bevölkerungsrückgang sind in einer stetigen Abnahme der Geburtenzahlen und eine Zunahme der Sterbefälle zu finden.

Auch eine etwas höhere Kinderzahl je Frau oder eine noch schneller steigende Lebenserwartung wird den Rückgang der Bevölkerung nicht verhindern. Das Geburtendefizit kann durch die Zuwanderungsüberschüsse aus dem Ausland nicht mehr kompensiert werden.

Die Bevölkerungszahl nimmt nicht nur weiter ab, sondern es wird auch weniger Kinder und noch mehr ältere Menschen geben, die zudem noch länger leben. Aufgrund der abnehmenden Zahl potenzieller Mütter sinkt die jährliche Geburtenzahl von derzeit etwa 685 000 auf rund 500 000 im Jahr 2050.

Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung der 5-Jährigen bis 2050 um circa 4,5 Jahre. Die stark besetzten Jahrgänge, die derzeit im mittleren Alter sind, rücken in höhere Altersklassen auf, und die künftigen jüngeren Jahrgänge werden immer schwächer besetzt sein. Die Zahl der 60-Jährigen wird mit gut einer Million im Jahr 2050 doppelt so hoch sein wie die Zahl der Neugeborenen; 2005 gab es fast genauso viele Neugeborene wie 60-Jährige. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen im Betreuungs- und Schulalter sinkt ebenso wie die der jungen Menschen im Ausbildungsalter. Dagegen wird sich die Zahl der 80-Jährigen und Älteren von heute nicht ganz 4 Millionen auf 10 Millionen im Jahr 2050 nahezu verdreifachen.

Zur Bevölkerung im Erwerbsalter von 20 bis 64 Jahren gehören heute etwa 50 Millionen Menschen. Im Jahr 2050 werden es – je nach dem Ausmaß der Zuwanderung – 22% oder 29% weniger sein. Die Altersstruktur innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe verschiebt sich schnell. Zurzeit gehören 50% der Menschen im erwerbsfähigen Alter zur mittleren Altersgruppe von 30 bis 49 Jahren, 30% zur älteren von 50 bis 64 Jahren und knapp 20% zur jungen von 20 bis 29 Jahren. 2020 wird die mittlere Altersgruppe nur noch 42% ausmachen, die ältere mit etwa 40% aber nahezu gleich stark sein. Für den Arbeitsmarkt wird es auf die Älteren in gleichem Maße ankommen wie auf die Menschen mittleren Alters.

Die Anzahl der unter 20-Jährigen bezogen auf 100 Personen im Erwerbsalter – der so genannte Jugendquotient – beträgt heute 33. Er wird sich in den nächsten Jahrzehnten nicht mehr stark verändern und 2050 schließlich 29 erreichen. Der Altenquotient für das Renteneintrittsalter von 65 Jahren – die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren je 100 Personen von 20 bis unter 65 Jahren – liegt aktuell bei 34. Er wird schon in den nächsten Jahren deutlich ansteigen und nach 2020 mit dem Eintritt der starken Jahrgänge in das Rentenalter nach oben schnellen. 2030 wird er bereits über 50 betragen. Anschließend wird er weiter zunehmen und im Jahr 2050 je nach Variante der Bevölkerungsvorausberechnung 60 oder 64 erreichen (2060 63 oder 67). Damit wird er 2050 doppelt so hoch ausfallen wie heute. Bei einer Altersgrenze von 67 Jahren, wird der Altenquotient 2030 je nach Variante 43 oder 44 erreichen. Im Jahre 2060 variiert er zwischen 56 oder 59, im Vergleich zu heute mit 29 einer Verdoppelung.

Die genannten Ergebnisse beziehen sich auf zwei Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung. Diese markieren die Grenzen eines Korridors, in

dem sich – bei Fortsetzung der aktuellen demografischen Entwicklung – die Veränderungen vollziehen werden. Die beiden Varianten unterscheiden sich lediglich in der Annahme zum sogenannten Wanderungssaldo, das ist der Unterschied zwischen den Zuzügen nach und den Fortzügen aus Deutschland: Für die eine Variante beträgt er 100 000 und für die andere Variante 200 000 Personen pro Jahr.



Die Annahmen zur Geburtenhäufigkeit und zur Lebenserwartung sind für beide Varianten gleich: eine annähernd konstante zusammengefasste Geburtenziffer von durchschnittlich 1,4 Kindern je Frau sowie die Zunahme der Lebenserwartung bei Geburt um etwa sieben Jahre auf 83,5 Jahre für die Jungen und auf 88,0 Jahre für Mädchen im Jahr 2050.

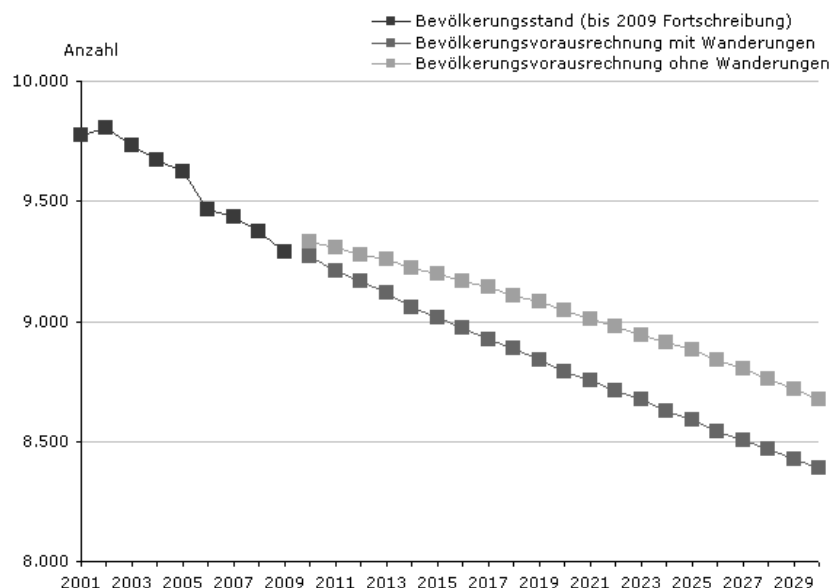
Die langfristigen Bevölkerungsvorausrechnungen haben Modellcharakter. Sie sind keine

Prognosen, sondern gehen vom gegenwärtigen Altersaufbau aus und setzen die oben beschriebenen Annahmen um.

1.1 Demografische Entwicklung Furtwangers

Die Entwicklung auf Bundesebene steht auch unter dem Einfluss des Klimawandels und des damit verbundenen Wanderungsdruckes. Wie sich dieser Wanderungsdruck auf das reiche Europa und damit auch im kleinen auf Furtwangen auswirkt, lässt sich sicherlich zur Zeit nicht annähernd abschätzen. Deswegen kann dieser Faktor nicht in der folgenden Darstellung berücksichtigt werden, was sich ändert, sobald dieser

Bevölkerungsstand 2001 bis 2009 und voraussichtlicher Bevölkerungsstand bis 2030 (mit und ohne Wanderungen)
Furtwangen im Schwarzwald, Stadt



Die Bevölkerungsvorausrechnungen unter Berücksichtigung von Wanderungen werden nur für Gemeinden ab 5.000 Einwohnern zur Verfügung gestellt, da die Ergebnisse für kleinere Gemeinden zu unsicher sind.

konkretisiert werden kann.

Die Furtwanger Bevölkerung wird bis zum Jahre 2030 nach Berechnungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg von 9375 Einwohnern im Jahre 2008 ohne Einberechnung von Wanderungen langsam über 8880 im Jahre 2025 auf 8672 im Jahre 2030 zurückgehen. Zieht man die Wanderungsbewegungen mit ins Kalkül, wird sich die Einwohnerzahl noch

stärker auf 8388 verringern. Setzt man das Jahr 2001 mit der Zahl 100 gleich, wird Furtwangen unter Berücksichtigung der Wanderungsverluste im Jahre 2025 nur noch die Zahl von rund 86 erreichen, also 86%. Im Jahre 2007 lag dieser Wert knapp unter 95. Das Statistische Landesamt geht von einer linearen Verminderung von jährlich 0,3 bis 0,4 aus.

Die Höhe der Einwohnerzahl einer Gemeinde wird maßgeblich von drei Faktoren, dem Ausgangsbestand, dem Geburtensaldo, also dem Verhältnis von Lebendgeborenen zu den Sterbefällen, und schließlich dem Wanderungssaldo, der Differenz zwischen Zu- und Fortzügen, beeinflusst.

1.1.1 Geburtensaldo

Sieht man auf das Verhältnis zwischen Lebendgeborenen und Gestorbenen kommt man zum Ergebnis, dass die Zahl der Geburten in Furtwangen stark rückläufig ist. Bis zum Jahre 2000 wurden in Furtwangen im Durchschnitt über 100 Kinder geboren, 1998 sogar über 120. Seit dem Jahr 2001 wurde die Zahl 100 nicht mehr erreicht, bis 2004 schwankte man um die Zahl 80, 2006 wurde sogar die Zahl 60 unterschritten. Im Vergleich hierzu blieb die Zahl der Sterbefälle im Bereich zwischen 80 und 110. 2006 war die Zahl der Sterbefälle fast doppelt so hoch, wie die Zahl der Lebendgeburten. Im folgenden Jahr 2007 lagen Geburten- und Sterbefälle wieder gleichauf (knapp 80). Erstaunlicherweise gilt dies in beiden Fällen auch für die Jahre 2008 und 2009.

**Lebendgeborene und Gestorbene 1999 bis 2009
Furtwangen im Schwarzwald, Stadt**

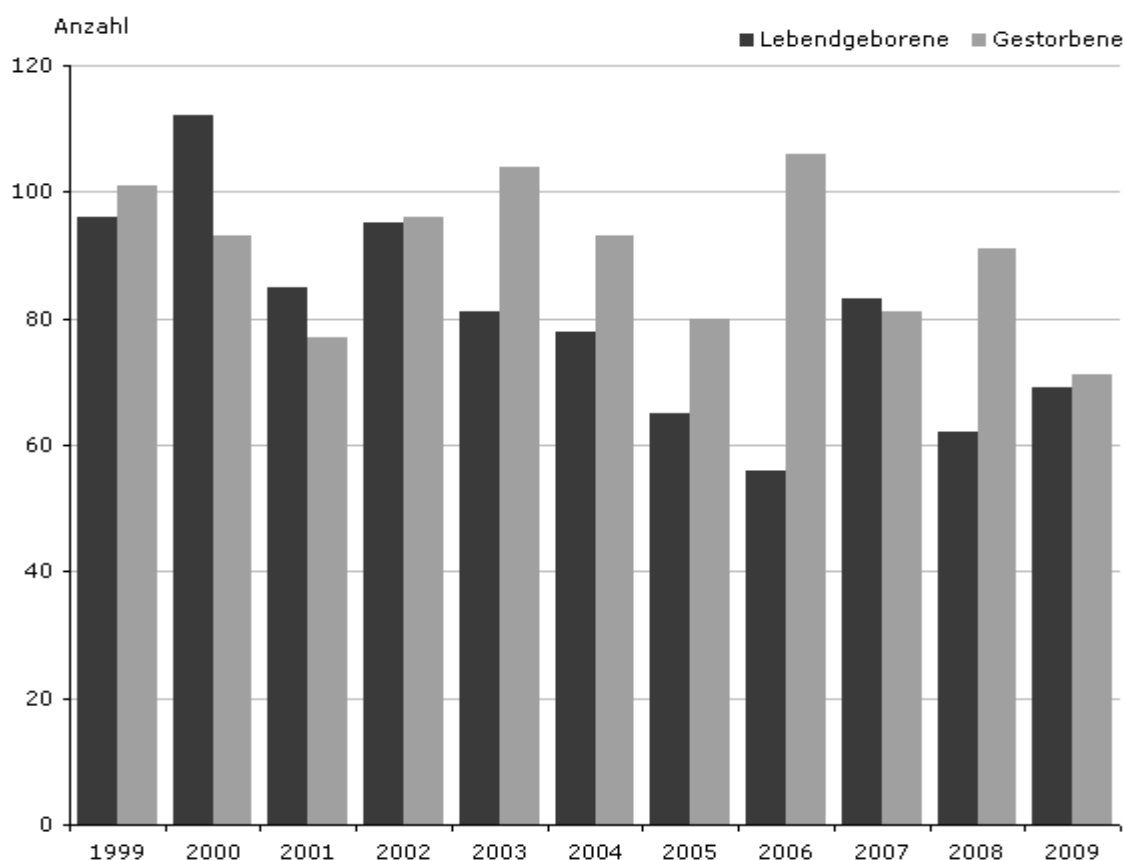


Diagramm 2.2

© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2010

1.1.2 Wanderungssaldo

Beim Wanderungssaldo sieht es noch eindeutiger aus. In den Jahren 1998-2000 verließen 4 Personen je 1000 Einwohner mehr Furtwangen als hierhin zogen, 2001-2003 erhöhte sich die Zahl nur um einen Bruchteil. 2004-2006 waren es aber schon 6,5 Personen je 1000 Einwohner. Auch in den letzten Jahren verstetigte sich der Trend. Im Vergleich hierzu hat das Land stets einen positiven Wanderungssaldo. Erst in den letzten Jahren hat der Landkreis einen minimal negativen Saldo.

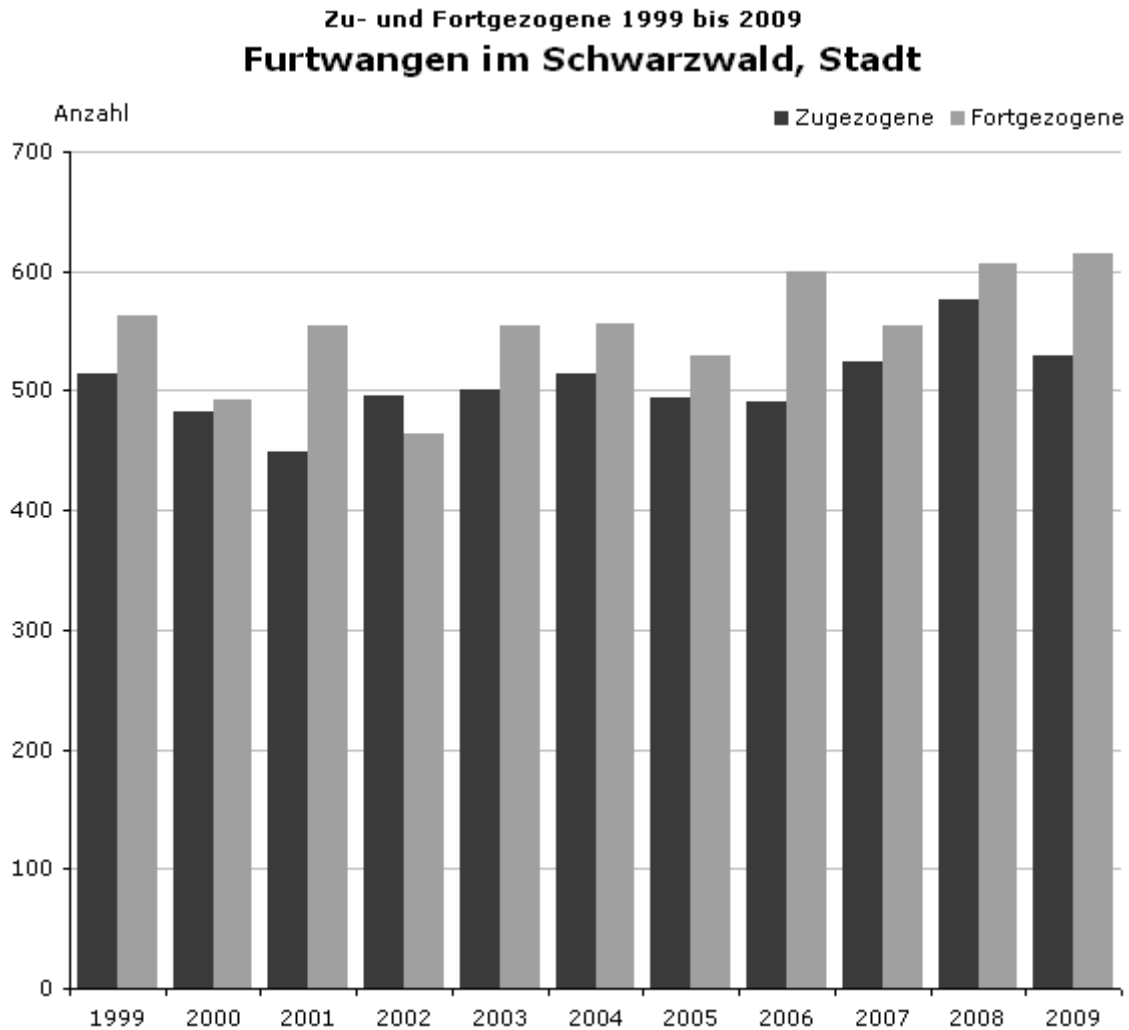


Diagramm 3.2

© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2010

Schaut man auf die Altersgruppen, so stellt man für Furtwangen fest, dass der Negativsaldo überwiegend auf den Fortzügen der 25-35jährigen beruht, während andere Altersgruppen nur wenige Fortzüge aufweisen.

**Durchschnittlicher jährlicher Wanderungssaldo je 1.000 Einwohner
der entsprechenden Altersgruppe (2005 bis 2009)
Furtwangen im Schwarzwald, Stadt**

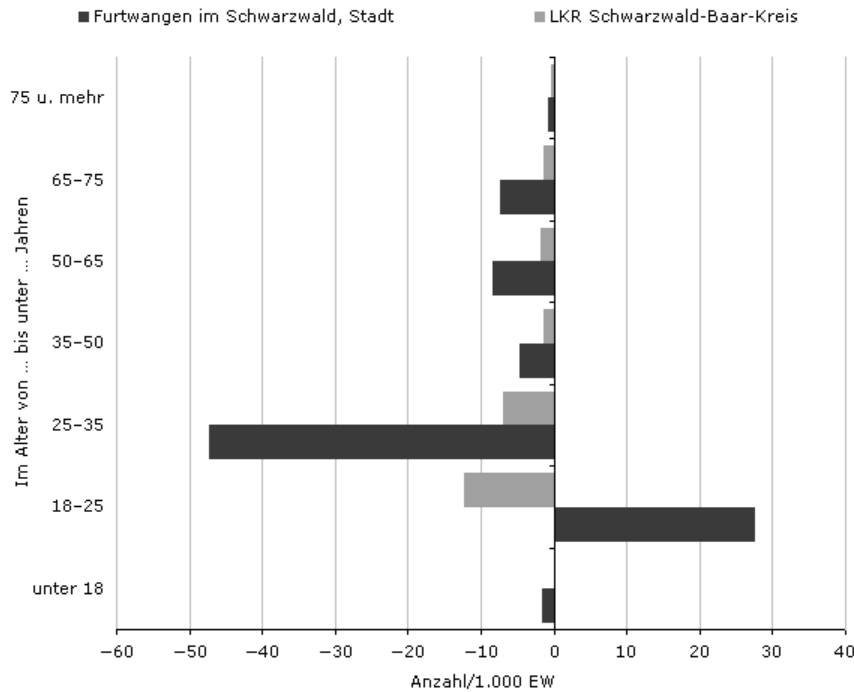


Diagramm 3.3 © Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2010

Einen Positivsaldo hat nur noch eine Altersgruppe: Es ist die Gruppe der 18-25jährigen, die anders als noch 2008 die Verluste der etwas älteren nicht mehr ausgleichen kann. Noch 2008 zählte die Altersgruppe der über 75jährigen zu den Zuwanderern, nun ist auch diese Gruppe leicht negativ.

Und in Prozent ...

**Altersgliederung der Zu- und Fortgezogenen
(Durchschnitt 2005 bis 2009)
Furtwangen im Schwarzwald, Stadt**

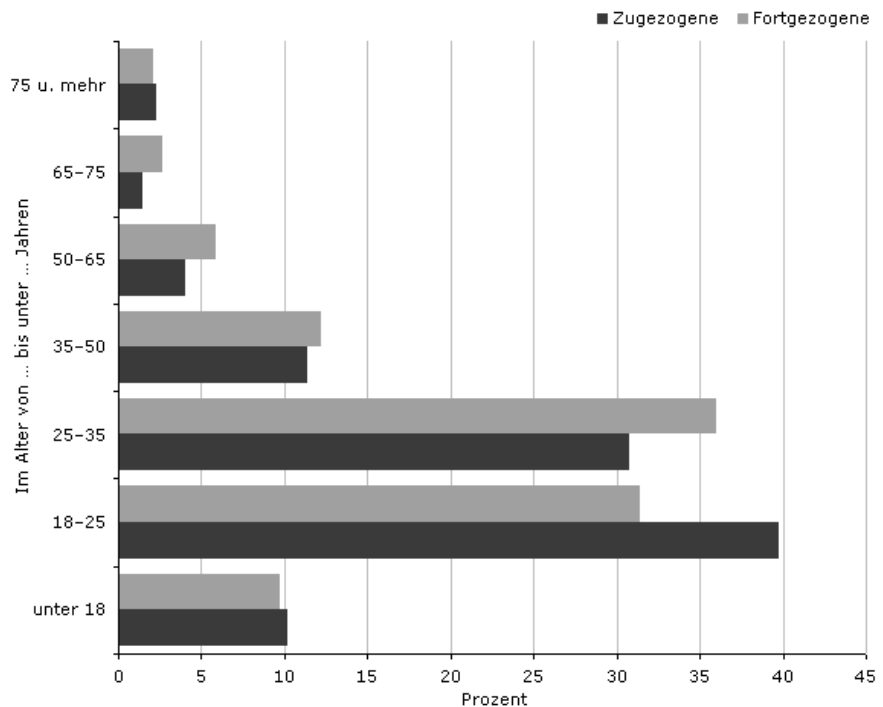


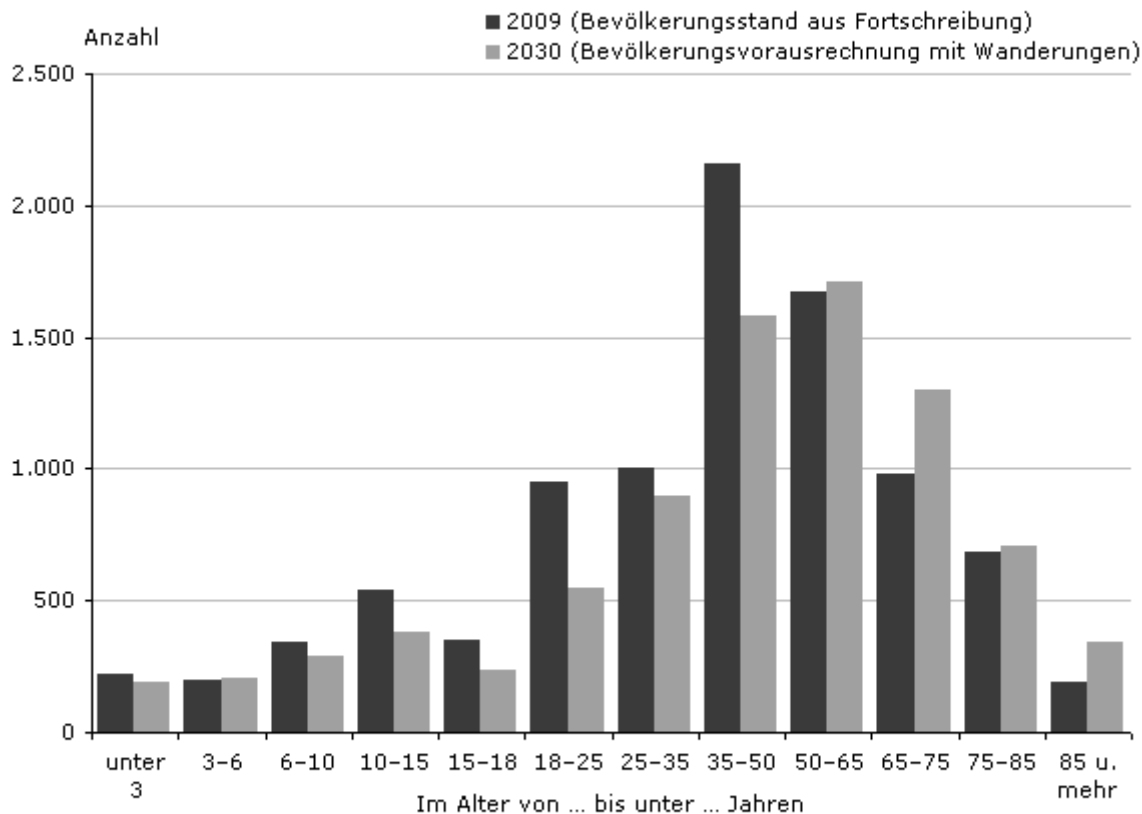
Diagramm 3.4 © Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2010

1.1.3 Gliederung in Altersgruppen

Das Statistische Landesamt weist für Furtwangen insgesamt 12 Altersgruppen aus:

**Bevölkerungsstand 2009 und voraussichtlicher Bevölkerungsstand 2030
(mit Wanderungen) nach 12 Altersgruppen**

Furtwangen im Schwarzwald, Stadt



Die Bevölkerungsvorausrechnungen unter Berücksichtigung von Wanderungen werden nur für Gemeinden ab 5 000 Einwohner zur Verfügung gestellt, da die Ergebnisse für kleinere Gemeinden zu unsicher sind.

Diagramm 4.2

© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2010

Es sind dies:

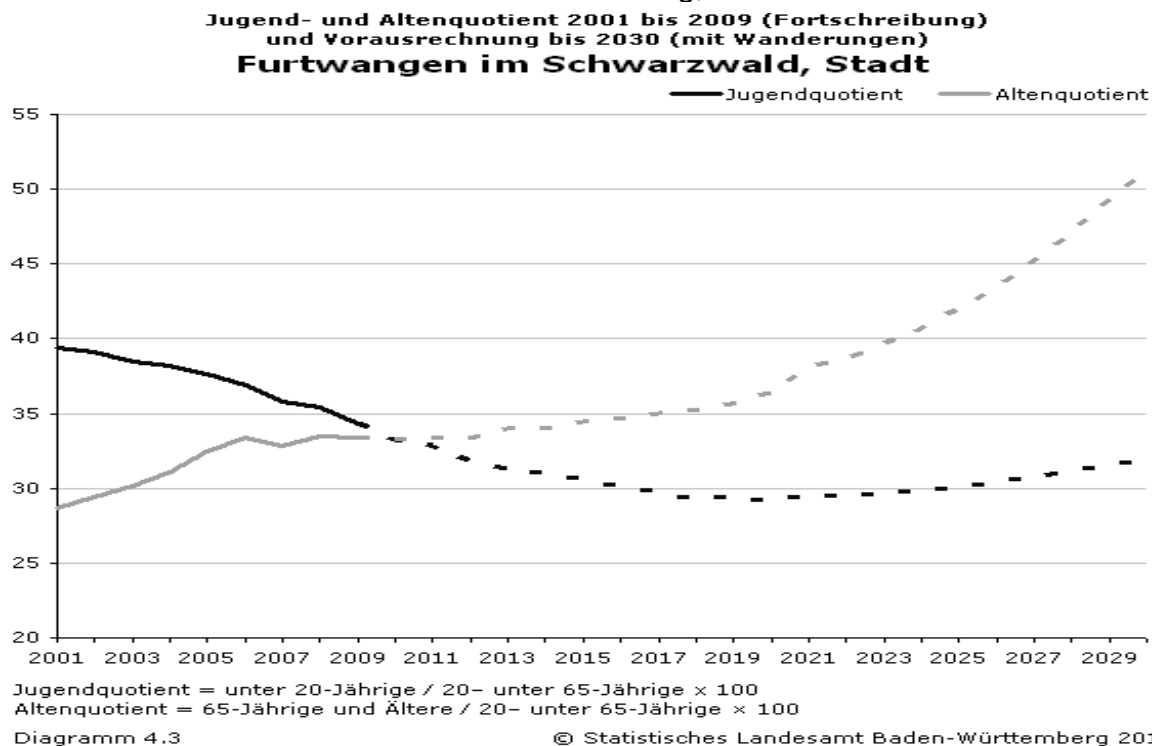
1. Kleinkinder unter 3 Jahren. Sie machten im Jahre 2009 an der Gesamtbevölkerung unserer Stadt rund 250 Personen aus (2010 203 Kleinkinder). Nach der Vorausberechnung für das Jahr 2030 wird diese absolute Zahl nur im geringen Umfang sinken.
2. Kindergartenkinder von 3 bis 6 Jahren. Ihre Zahl von heute etwa 250 (2010 209 Kinder) wird sich bis zum Jahre 2030 nicht verändern.
3. Grundschul Kinder von 6 bis 10 Jahren. Ihre Zahl geht deutlicher zurück. 2009 waren es etwa 350 (2010 322), 2030 werden es nur noch 320 sein.
4. Die älteren Schulkinder von 10 bis 15 Jahren. Von etwa 550 (2010 524) wird sich ihre Zahl bis 2030 auf etwa 380 reduzieren.
5. Die Jugendlichen von 15 bis 18 Jahren. Ihre Zahl lag 2009 bei etwa 350 (2010 339), bis 2030 sinkt auf ca. 250.
6. Die Heranwachsenden von 18 bis 25 Jahren. 2009 waren es noch 950, 2010 sogar 999, 2030 wird ihre Anzahl nur noch bei 550 Personen liegen. Hier ist sicherlich der stärkste Einbruch überhaupt zu finden.
7. Die jungen Erwachsenen von 25 bis 35 Jahren. Deren Zahl nimmt leicht von 1030 (2010 1015) auf 900 ab.

8. Die mittleren erwachsenen Jahrgänge von 35 bis 50 Jahren. Ihr Einbruch von 2200 (2010 2073) auf 1580 im Jahre 2030 ist vergleichbar mit dem der Heranwachsenden.
9. Die älteren Arbeitnehmer von 50 bis 65 Jahren. Ihre Zahl steigt von 1650 (2010 1724) nur geringfügig auf 1700 im Jahre 2030.
10. Die jüngeren Senioren von 65 bis 75 Jahren. Hier ist für Furtwangen ein deutlicher Anstieg von rund 1000 (2010 sogar nur 939) auf rund 1300 im Jahre 2030 festzustellen.
11. Die mittleren Seniorenjahrgänge von 75 bis 85 Jahren. In diesen 10 Jahrgängen ist nur ein geringer Anstieg zu konstatieren, aus 650 (2010 700) werden 700 Personen.
12. Die Hochbetagten ab 85 Jahre. Ihre Anzahl wird deutlich steigen, von rund 180 (2010 202) auf 350 Personen.

Aus diesen statistischen Zahlen, die die Wanderungsveränderungen mit einbeziehen, kann man entnehmen, dass in den 21 Jahren von 2009 bis 2030 die jüngeren Jahrgänge an der Anzahl der Personen leicht abnehmen, während sich die älteren Jahrgänge mindestens behaupten. Der Schwerpunkt verlagert sich von den mittleren Jahrgängen auf die älteren Arbeitnehmerjahrgänge. Die Zahl der Hochbetagten nimmt erheblich zu.

1.1.4 Jugend- und Altenquotient

Die dramatische Veränderung kann man auch am **Jugendquotient**, also dem Verhältnis zwischen jungen Menschen unter 20 Jahren und der arbeitenden Bevölkerung, bzw. am **Altenquotient**, also dem Verhältnis zwischen den Senioren über 65 Jahren und der arbeitenden Bevölkerung, ablesen.



Im Jahre 2000 lag der Jugendquotient in Furtwangen bei knapp 40 zu 100, der Altenquotient bei rund 28 zu 100. Schon im Jahre 2006 kamen sich beide Zahlen recht nahe: Jugendquotient 36,9, Altenquotient 33,4. Die beiden Quotienten lagen 2009 fast auf gleicher Höhe. Interessanterweise wird bis 2015 der Altenquotient bei 34 verharren, während der Jugendquotient deutlich absinkt auf 30. 2018 ist beim

Jugendquotienten der Tiefstand mit 29 erreicht, während der Altenquotient nach langsamen Anstieg in den Jahren nach 2015 in 2019 den Wert von knapp 36 überschreitet. Bis 2025 hält sich der Jugendquotient bei knapp 30 und steigt dann wieder leicht an (31,8 im Jahre 2030), während der Altenquotient ab 2020 rasant bis auf 42,8 im Jahre 2025 ansteigt und sogar 2030 bei 51,4 liegen wird.

Dies bedeutet, dass die Stadt Furtwangen bis zum Jahr 2018 vornehmlich mit einem **Mangel an Kindern und Jugendlichen** zu tun hat. Dieser Mangel erreicht im Jahr 2018 die Talsohle und verharrt dort für Jahre. Umgekehrt verharrt die Zahl der älteren Menschen in den nächsten 5 Jahren auf einem durchaus hohen Niveau. In diesen Jahren werden die geburtenschwachen Kriegs- und ersten Nachkriegsjahrgänge verrentet. Wenn die starken Jahrgänge der 1950/60er Jahre in Rente gehen, wird es dramatisch.

Die **Lebenserwartung** lag 2003/05 in Baden-Württemberg bei 82,7 Jahren bei Frauen bzw. bei 77,6 Jahren bei Männern, im Jahre 2050 wird sie bei 88,4 Jahren bei Frauen und 84,2 Jahren bei Männern liegen.

Das Durchschnittsalter steigt von 42 im Jahre 2009 auf 46 im Jahre 2030.

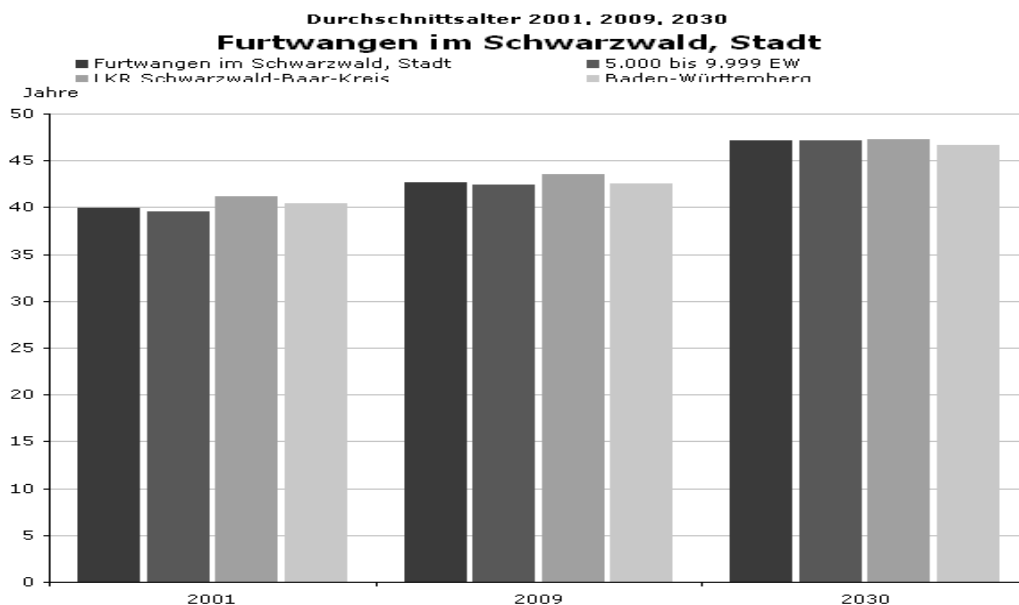


Diagramm 4.4

© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2010

2. Altenhilfepolitik in Furtwangen

Unter Altenhilfe versteht man in Deutschland gesetzliche bestimmte Maßnahmen und Initiativen zur Förderung und Unterstützung alter Menschen, was in Institutionen oder in offener (niederschwelliger) Weise geschehen kann. Als offen wird der Grad der Unverbindlichkeit für den Betroffenen bezeichnet.

Das Altenheim ist eine Einrichtung der Altenhilfe, unabhängig davon, wer es betreibt (Träger der Altenhilfe). Eine andere Einrichtung sind Sozialstationen oder ambulante Pflegedienste, die Alten- und Krankenpflege vor Ort leisten. Eine Mischform ist die ambulante Betreuung in eigens eingerichteten Wohngemeinschaften.

Mit Altenhilfe werden auch Leistungen des Sozialamtes im Rahmen des SGB XII bzw. die soziale Betreuung durch Caritas oder Diakonie bezeichnet.

Welche Einrichtungen gibt es in Furtwangen?

2.1 Altenheim

Das **Alten- und Altenpflegeheim St. Cyriak** wurde am 15. Februar 1977 eröffnet³. 1995 wurde der Pflegebereich erheblich ausgeweitet.



Am 08. Mai 2007 konnte zugleich mit dem 40-jährigen Jubiläum des Trägervereines und dem 30-jährigen Jubiläum des Altenheimes der Spatenstich für den Erweiterungsbau gefeiert werden. Um den Bewohnern des Hauses eine über dreieinhalb Jahre andauernde Bausanierung im bewohnten Haus zu ersparen, entschloss sich der Trägerverein, das ehemalige Krankenhaus von Furtwangen zu mieten und als Übergangsdomicil für die Bewohner während der durch den

Auszug reduzierten Bauzeit von 18 Monaten herzurichten. Zwischen Mitte Februar und Anfang März 2008 konnte der Umzug der Bewohner dorthin erfolgen. Anfangs unter einem Dach mit den alten Menschen befanden sich im früheren Krankenhaus eine Chirurgische Praxisgemeinschaft, ein Dialyse-Zentrum und das internistische Röntgen von Dr. Mentel⁴.

Im April 2008 konnte die Sanierung des Altgebäudes und der Ausbau des Erweiterungsbaus gestartet werden, der im Sommer 2009 mit der Rückkehr der Bewohner ins neue Haus beendet wurde.

Bisher hatte das Haus 80 Pflegeplätze, davon 62 in Doppelzimmern und 18 in Einzelzimmern. Es gibt nun zwei Wohnebenen für 66 Bewohner, 52 in Einzelzimmern und 14 in Doppelzimmern mit eigener Toilette und Dusche. Für 32 Demenzkranke

³ Alterszeit 2. Aufl. S. 16, 51, 60

⁴ Cyriak Nachrichten 11, S. 25

stehen 24 Einzel- und 4 Zweibettzimmer in einem beschützten Bereich zur Verfügung, ebenfalls mit eigener Toilette und Dusche. Die Gesamtzahl von 98 Plätzen entspricht der Zahl der Pflegeplätze im Kreispflegeverzeichnis. Zudem gibt es die Möglichkeit des Wohnens in einer Dreier-WG.

Es bestehen familiäre Wohngruppenbereiche mit altersgerechter Küche, bereitet von einer täglichen Präsenzkraft, und viele Möglichkeiten zur gemeinschaftlichen, hauswirtschaftlichen Betätigung. Es gibt auch drei moderne Pflegebäder mit der Möglichkeit zum Wellness-Bad, sowie einen Saunabereich des Vereins für Gesundheitsfreunde.



(Bildquelle Homepage Altenheim St. Cyriak 2012)

Das **Leistungsspektrum des Altenheims** bietet Beratung für ältere Mitbürger in allen Fragen, Wohnen im Altenheim mit kompletter hauswirtschaftlicher Versorgung, Pflege, gerontopsychiatrische Betreuung, sowie Behandlungspflege und Rehabilitation. Ein tagesstrukturierendes und aktivierendes Wochenangebot wird durch den Sozialdienst organisiert. Religiöse Betreuung kann in Anspruch genommen und seelsorgerische Gespräche geführt oder in der neuen Hauskapelle gebetet werden. Das große kulturelle Programm mit Vorträgen, Konzerten, Ausflügen, Ferienwoche, aber auch Seniorengymnastik etc. erfreut die Bewohner. Verschiedene Vereine, wie die Jugendmusikschule tragen zum Programm bei. Eingestreute Tages- und Kurzzeitpflege, der besondere Nachmittag für Zuhauselebende an Demenz erkrankte Mitmenschen sowie der Mittagstisch für ältere Mitbürger aus der Stadt und ihrer Umgebung runden das Leistungsspektrum ab. Nicht zu vergessen sind die Kirnerstube als Ort der Begegnung und des Gespräches, der Snoezelenraum und der neu gestaltete Sinnesgarten. Im

Sitzwachenkreis begleiten ehrenamtliche Helfer Bewohner auf ihrem letzten Stückes des Lebensweges. Neben den Bewohnern, die im Durchschnitt 84 Jahre alt sind, wird vor allem den Angehörigen geholfen, die schwere Zeit durchzustehen. Ein Altenhilfeverbund ist im Oberen Bregtal bislang nicht vorhanden.

2.2 Ambulante Pflege

Ambulante Pflege wird bereits seit dem 19. Jahrhundert durch die Furtwanger Frauenvereine geleistet. Meist stellten sie auch Gemeindeschwestern ein. In Furtwangen waren es vor allem die römisch-katholischen Ordensfrauen vom Orden der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz, aber auch die altkatholischen weltlichen Frauen, die segensreich wirkten. Mit ihren häuslichen Krankenbesuchen bauten sie die ambulante Krankenpflege in Furtwangen aus. Unterstützt wurden sie durch die konfessionell ausgerichteten Krankenpflegevereine. In den 1970er Jahren wurden diese Gruppen zu Sozialstationen zusammengefasst. Dies geschah im Oberen Bregtal zum Jahre 1979. Kirchliche Sozialstationen des Caritas-Verbandes gibt es im Kreis noch in Blumberg, Donaueschingen, Triberg und Villingen-Schwenningen.

Von privater Seite gibt es im Kreis noch weitere ambulante Pflegedienste, in Furtwangen ist aber keines beheimatet.

Kernstück der Pflege vor Ort ist die **Furtwanger Sozialstation**, die für Furtwangen, Gütenbach und Vöhrenbach zuständig ist: die Sozialstation Oberes Bregtal⁵.

Sie bietet in der Alten- und Krankenpflege eine *Alten- und Krankenpflege*, d.h. Hilfe beim Aufstehen, Waschen, Anziehen, Duschen oder Baden, sowie die Ausführung ärztlicher Verordnungen, z. B. Spritzen oder Verbände anlegen. Zu den weiteren Aufgaben gehören Seelsorge, Lebenshilfe und Gesundheitsberatung, schließlich die Begleitung Schwerkranker und Sterbender, sowie der Angehörigen.



Des weiteren wird im Rahmen der *Hauswirtschaftlichen Versorgung* die Reinigung der Wohnung, das Einkaufen, die Wäschepflege, die Zubereitung von Mahlzeiten, die Blumen- und Gartenpflege und die Begleitung zum Arzt, zu Einkäufen, Behörden oder zum Frisör besorgt. Zu den Bereichen der Grundpflege, aber

auch der Hauswirtschaftlichen Versorgung wird Beratungshilfe geleistet.

Als weitere Maßnahmen stehen *Essen auf Rädern*, der *Hausnotrufdienst*, die Urlaubsvertretung für pflegende Angehörige sowie die Unterstützung der Pflegenden von Demenzkranken auf dem Programm der Sozialstation. Nachbarschaftshilfe wird von ehrenamtlichen Mitarbeitern geleistet. Angeboten wird weiterhin eine kostenlose

⁵ Homepage Sozialstation Oberes Bregtal e. V. 2009 und 2012

und umfassende Beratung in allen Fragen zur häuslichen Pflege mit einer speziellen Pflegeschulung der Angehörigen.

Einsame alte oder behinderte Menschen werden regelmäßig in ihrer Wohnung besucht. Bei solchen Besuchen steht das gemeinsame Spielen, die angeregte Unterhaltung, das Spazieren gehen oder auch das Vorlesen im Mittelpunkt. Dieser Besuchsdienst hilft auch in den Dingen des täglichen Lebens. Die Sozialstation bietet im *Gesprächskreis für pflegende Angehörige und Freunde* den pflegenden Angehörigen Rat und Hilfe an. In Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst und dem kirchlichen Palliativ-Netzwerk wird Sterbebegleitung angeboten.

Der **Sozialdienst Katholischer Männer (SKM)** Schwarzwald-Baar mit ihrer Geschäftsstelle in Donaueschingen unterstützt altersverwirrte, psychisch erkrankte oder geistig behinderte Personen im Rahmen der rechtlichen Betreuung durch über 100 ehrenamtliche Mitarbeiter. Dies bedeutet Lebensbegleitung bei wichtigen Entscheidungen, z. B. in Vermögens- und Wohnungsangelegenheiten, in Fragen der Gesundheit (also auch Pflege), die Geltendmachung von Versorgungsansprüchen und allgemeine Behördenangelegenheiten. In Furtwangen gibt es eine örtliche Gruppe⁶.

Der Kreisverband der **Arbeiterwohlfahrt** im Schwarzwald-Baar-Kreis⁷ hält nach eigenen Angaben ein breites Angebot an Beratungs- und Servicedienstleistung für Senioren (insbesondere Pflege) bereit, um den betroffenen Menschen den Alltag in größtmöglicher Sicherheit und Selbständigkeit zu erhalten. Pflegende Angehörige werden unterstützt und ausgebildet sowie durch Tag- oder Nachtwachen entlastet.

Neben examinierten Fachkräften sind ausgebildete Nachbarschaftshelferinnen und –helfer im Mobilen Dienst tätig. Sie führen den Haushalt (Hauswirtschaftliche Hilfen, Wäschedienst), begleiten die Person bei Besorgungen (auch Fahrdienste), beim Arztbesuch, bei Spaziergängen oder bei geselligen Unternehmungen. Veranstaltet und vermittelt werden auch Seniorenfahrten und –freizeiten.

Im Pflegebereich wird auch Beratung zu Pflegehilfsmitteln und zum Wohnraum geleistet. Mit den Fachkräften werden sämtliche Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung, wie Körperpflege, Lagern, Spritzen, Verbände richten und Medikamenten verabreichen erbracht. Pflegepersonen von an Demenz erkrankten Personen sollen unterstützt und entlastet werden. Als Besonderheit im Schwarzwald-Baar-Kreis wird neben den üblichen Pflegeleistungen auch ein spezieller Nachtpflegedienst angeboten.

Essen auf Rädern wird täglich frisch gekocht und warm zugefahren.

Die **örtliche AWO** organisierte Hilfe bei schwieriger Hausarbeit, Einkäufen und bei der Begleitung zu Arztbesuchen u.a. Weiterhin werden Seniorenmittage und Seniorengymnastik angeboten.

Die **Johanniter-Unfallhilfe** bietet im Schwarzwald-Baar-Kreis einen Hausnotruf.

Im Bereich Furtwangen und dem Bregtal werden vom **Malteser Hilfsdienst** Dienste wie Hausnotrufdienst, Fahrdienste für Senioren und Behinderte (Rollstuhl), Krankentransporte und Essen auf Räder in der „Kalt und Warm – Versorgung“ über den Caritas Verband Donaueschingen angeboten⁸. Weitere Leistungsangebote gibt es für den Raum Furtwangen nicht.

⁶ Homepage SKM Schwarzwald-Baar.

⁷ S. Homepage der Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Schwarzwald-Baar

⁸ Auskunft Malteser Hilfsdienst gGmbH, Geschäftsstelle Villingen-Schwenningen, Bernd Amstädter, Email v. 07.03.2009.

Der Arbeiter-Samariter-Bund erbringt innerhalb des Schwarzwald-Baar-Kreises keine Leistungen.

2.3 Offene Arbeit

Nach der Rahmenkonzeption für die offene soziale Altenarbeit im Deutschen Caritasverband sind hierunter Einrichtungen, Maßnahmen, Angebote, Projekte, Initiativen und Veranstaltungen, die sich an ältere Menschen in der nachberuflichen und nachfamiliären Lebensphase richten, zu verstehen⁹. Das Wirkungsspektrum ist demnach vielfältig und findet im kulturellen, sozialen und auch pastoralen Kontext statt. Offene soziale Altenarbeit orientiert sich an der Lebenswelt der Menschen im Rahmen der übergeordneten Ziele: Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und soziale Teilhabe. Das Partnerschaftliche Miteinander zwischen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gestaltet sie maßgeblich. Gerade das Engagement Ehrenamtlicher macht offene soziale Altenarbeit erst möglich.

In der Altenhilfe steht der Unterstützungsaspekt im Vordergrund, demgegenüber liegt „der Akzent in der Altenarbeit stärker auf der Auseinandersetzung mit der Rolle und Gestaltung des Alterns, der Bildungs- und Kulturarbeit oder auch der Förderung von Solidarität zwischen Alt und Jung“.

Diese Angebote und Dienste decken ein weites Spektrum ab. Es gibt Angebote der Beratung, Information und Vermittlung (Seniorenberatung, ggf. Fachberatung, Wohnberatung, gerontopsychiatrische Beratung etc.), die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im lokalen Raum unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen (Netzwerkarbeit, Seniorenbüros, Freiwilligenzentren etc.), Angebote der Freizeitgestaltung, Bildung, Kultur, Begegnung und Kommunikation (Seniorentagesbegegnungsstätten, Seniorenzeitungen etc.), Angebote der Begleitung, Unterstützung und Betreuung (Essen auf Rädern, Mahlzeitendienste, Hausnotruf, Besuchsdienste, Hospiz etc.), sowie Interessenvertretung und Lobbyarbeit (Öffentlichkeitsarbeit).

Der Deutsche Verein für öffentliche und soziale Fürsorge e. V. empfiehlt nicht nur den Mitgliedskommunen¹⁰, sich im Bereich der offenen sozialen Altenarbeit zu engagieren, um durch soziale Prävention ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger aktiv in das Gemeinwesen einzubinden, ihre Ressourcen zu nutzen und durch Aktivierung zu fördern und Vereinsamungsprozessen vorzubeugen.

Kommunen könnten Angebote zur Selbsthilfe bereit stellen und Foren für die Vernetzung von Akteuren anbieten. Beratung und Information über individuelle Lebenshilfen könnten zur Verfügung gestellt, intergenerationelle Begegnungs-, Kommunikations- und Erfahrungsräume könnten geschaffen werden. Kontaktmöglichkeiten könnten durch soziale und kulturelle Angebote eröffnet werden. Tätigkeitsfelder für ehrenamtliches Engagement sollten erschlossen und Mitwirkungsmöglichkeiten an der Weiterentwicklung engagementfördernder Strukturen geschaffen werden. Qualifizierungs- und Bildungsmaßnahmen wären anzuregen und zu begleiten. Ältere Menschen könnten in Prozessen der Sinn- und Identitätsfindung begleitet werden. Hierbei sollten ältere Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen, aber auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund einbezogen werden (Empfehlungen S. 20f).

⁹ Zum Folgenden s. Rahmenkonzeption Caritas S. 6-16.

¹⁰ Deutscher Verein für öffentliche und soziale Fürsorge e. V., Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung (27.09.2006), S. (20)

Als ein Forum für die offene Altenarbeit ist insbesondere die **Kirnerstube** im Altenheim St. Cyriak zu sehen. Hier können sich alte, aber auch jüngere Menschen begegnen und gemeinsam schöne Stunden verbringen¹¹.

2.4 Pflegestützpunkt

Zum 01.04.2010 erfolgte nach längerer Diskussion im Schwarzwald-Baar-Kreis die **Errichtung eines ersten Pflegestützpunktes in Baden-Württemberg**. Diese Einrichtung soll hilfsbedürftigen Menschen Auskünfte und Informationen über Leistungsangebote, Hilfsmittel, Selbsthilfegruppen, Wohnraumanpassung, als auch über Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch XI geben. Sie berät in Fragen der Alltagsorganisation, Erstellung eines Hilfeplanes, des Krankheitsbildes und pflegerischer, medizinischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote an. Am Stützpunkt selbst im Abt-Gaiser-Haus in Villingen sollen aber keine Entscheidungen über Leistungen erbracht werden. In Furtwangen und den anderen Orten des Landkreises finden Sprechstunden statt.

Grundlage ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz des Bundes, das am 01.07.2008 in Kraft trat. Bereits ein Jahr zuvor wurden 20 Pilot-Stützpunkte eingerichtet, die vom Kuratorium Deutsche Altershilfe koordiniert und betreut werden. Für je 20.000 Einwohner soll in der Regel ein Pflegestützpunkt eingerichtet werden (insgesamt bundesweit rund 4.400). Die Entscheidung hierüber trifft jedes Bundesland für sich.

In Baden-Württemberg sind zunächst 50 Stützpunkte (Vereinbarung zwischen dem Land, den kommunalen Spitzenverbänden und den Pflege- und Krankenkassen v. 15.12.2008) vorgesehen. Anders als vom Bundesgesetzgeber vorgesehen, haben in Baden-Württemberg die Kommunen den Pflegekassen gegenüber ein Vorgriffrecht. Ob es sich hierbei um eine kommunale Pflichtaufgabe handelt, ist strittig. Ein flächendeckendes Netz dieser Einrichtung könne in Baden-Württemberg sukzessive erfolgen.

Interesse an einer solchen Einrichtung speziell für das Obere Bregtal haben in den Gesprächen sowohl das Altenheim, als auch die Sozialstation schon 2008 geäußert.

2.5 Betreutes Wohnen

Unter verschiedenen Namen wie Seniorenwohnen oder Wohnen mit Service etc. wird Betreutes Wohnen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen angeboten.

Dieses Angebot soll den Menschen ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen, ohne auf qualifizierte Hilfsleistungen, wie Pflege- und Hauswirtschaftsleistungen verzichten zu müssen. „Die kommunale Verantwortung für eine altersgerechte Wohn- und Infrastruktur gründet sich nicht alleine auf humanitäre Verpflichtungen und gesetzliche Zuständigkeiten. Kommunen sollten auch aus eigenem ökonomischem Interesse das Wohnen im Alter als Handlungsfeld begreifen“, so das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in ihrem Leitfaden „Wohnen im Alter. Bewährte Wege – Neue Herausforderungen“ aus

¹¹ Alterszeit 2. Aufl. S. 60. Das ganze Jahr hindurch wird auch gespielt. Viele Ehrenamtliche vertreiben den Bewohnern mit Kartenspielen, Brettspiele o.a. die Zeit (Cyriak Nachrichten 11 S. 13).

dem Jahre 2008¹². „Wenn an den bestehenden Strukturen keine grundlegenden Veränderungen vorgenommen werden, würde die demografische Entwicklung zu einem wachsenden Bedarf an stationären Pflegeplätzen führen. Die investiven und laufenden Kosten hierfür müssten zum großen Teil trotz Pflegeversicherung von den kommunalen Haushalten (zum Beispiel in Form von Wohngeld oder Hilfe zur Pflege) mitfinanziert werden. Durch die Entwicklung altersgerechter Wohn- und Infrastrukturen lassen sich dagegen auch für kommunale Haushalte Einsparpotenziale erschließen. Je mehr es gelingt, der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und den Zeitraum der häuslichen Versorgung zu verlängern, desto weniger wird der Zuwachs der über 80-Jährigen für die Kommune zu finanziellen Mehrbelastungen führen. Der Ausgleich alterstypischer Risikofaktoren und der möglichst lange Verbleib in der vertrauten Wohnung sind daher auch für Kommunen ein wesentlicher seniorenpolitischer Ansatzpunkt“ (dort S. 4).

Die Kaufkraft der älteren Generation jenseits der 65 wird häufig unterschätzt. Sie lagen sogar beim Ausgabenbudget vor der Generation der 40jährigen. Daneben gibt es eine Reihe von älteren Menschen, die finanziell in angespannten Verhältnissen leben. Für sie ist die Bereitstellung qualitätsorientierter und bezahlbarer Wohnangebote lebenswichtig.

Die Kommunen sind dem Menschen am nächsten. Ihnen kommt eine Schlüsselstellung zu. Sie sollten deutlich machen, dass „die Bereitstellung altengerechter Wohnformen ein Handlungsfeld der Zukunft ist“. Die Wohnung sollte barrierefrei und altengerecht sein. In den Grundleistungen sollte Beratung, Vermittlung von Hilfe und Diensten, der Hausmeister und auch Freizeitangebote gegen eine Betreuungspauschale enthalten sein. Weitere Zusatzleistungen wie Wohnungsreinigung, Wäschedienst oder ambulante Pflege können gegen Aufpreis in Anspruch genommen werden.

Das in 2007 in Niedereschach eröffnete Pflegehaus am Eschachpark setzt darüber hinaus auf ein Wohngruppenkonzept. Die Bewohnerinnen und Bewohner bringen möglichst viele eigene erhaltene Fähigkeiten mit in den Tagesablauf ein (Mithilfe beim Kochen z. B.). Die Betreuer tragen Alltags- statt Arbeitskleidung, die Möbel kennen die Bewohner von früher her.

Die Formen des Betreuten Wohnens können vielfältig sein. In einer Angebotsform gibt es einen Hausmeister und eine Betreuungskraft, die neben der Organisation von Veranstaltungen auch eventuell notwendige Dienstleistungen (Pflegedienst, Hauswirtschaftliche Hilfen, Einkaufsdienst) vermittelt. Diese Dienstleistungen werden von Privaten erbracht.

Eine intensivere Form besitzt zudem einen eigenen Pflegedienst, sowie einen Ansprechpartner rund um die Uhr.

In Furtwangen wird Betreutes Wohnen im **Altenheim St. Cyriak** angeboten (23 Plätze). 20 betreute Wohnungen stehen auch im vom **DRK Donaueschingen** betriebenen Wohnkomplex in der Friedrichstraße 2 zur Auswahl (3 Hausnotrufe).

Betreutes Wohnen

Altenheim St. Cyriak	23 Plätze
Wohnkomplex Friedrichstraße 2, DRK Donaueschingen	20 Plätze

¹² Wohnen im Alter. Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen, hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Regiestelle Modellprogramm Neues Wohnen, Ursula Kremer-Preiß und Holger Stolarz. Baden-Baden 2008, S. 4.

Niedrigschwellige Dienstleistungen für das Wohnen zu Hause

Bei entsprechendem Hilfe- und Pflegebedarf müssen Dienstleistungsangebote verfügbar gemacht werden, um die vertraute Umgebung nicht verlassen zu müssen. Dies wird dann besonders aktuell, wenn Verwandte hier nicht mehr einspringen können. An ambulanten Pflegediensten mangelt es weniger, schon eher an Haushaltshilfen oder Begleitdiensten¹³.

Die Kommunen und die Bürgerinnen und Bürger können mithelfen, Angebote zu schaffen. Dies können Netzwerke zur Sicherstellung einer niederschweligen Betreuung, wie Telefonketten, Hol- und Bringdienste, Hausnotruf, stationärer Mittagstisch, Besuchsdienste, Betreuungsgruppen oder Helferkreise (Demenz) sein. Besondere Angebote sind für Behinderte oder für Migranten zu schaffen. Auch bei Wohnen für Hilfe können Kommunen und Bürger vermittelnd tätig werden.

Kommunale Handlungsfelder im Wohnbereich

Schaffung barrierefreier öffentlicher Räume

Die Mobilität des einzelnen Menschen wird von der Qualität der öffentlichen Räume, die auch Möglichkeiten der Aufnahme sozialer Kontakte bietet, beeinflusst. „Sichere Fußwegverbindungen und ihre barrierearme bzw. barrierefreie Gestaltung, ein Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV) für alle Generationen sowie die Schaffung von Kommunikationsräumen und Treffpunkten sind wesentliche Anforderungen an altersgerechte öffentliche Räume. Kommunen können die Gestaltung solcher öffentlichen Räume bewusst beeinflussen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung eines selbstbestimmten und selbstständigen Lebens im Alter leisten“¹⁴.

Grundvoraussetzung für die Bewegungsfreiheit ist eine sichere Wegeführung (Bodenbeläge, Steigungen, Querungshilfen, Beleuchtung, Wegbreite, Ruhebänke, Toiletten). Die gilt auch für den ÖPNV durch gute fußläufige Erreichbarkeit, barrierefreie Haltestellen und einer guten Orientierung.

Diese Maßnahmen kommen nicht nur den alten Menschen zugute.

Sicherung von Nahversorgungs- und Freizeitangeboten

Unbestritten ist die Bedeutung eines ausreichenden Angebotes von Versorgungseinrichtungen und Freizeitmöglichkeiten für eine selbstständige Lebensführung und die Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben entscheidend¹⁵. Angebote mit Gütern und Dienstleistungen sollten kleinräumig verfügbar und fußläufig erreichbar sein. Dies gelingt bei Geschäften nicht immer. Beim Erhalt einer wohnortnahen Infrastruktur sind die Kommunen gefordert. Wenn Kommunen ihre Anliegen entsprechend klar definieren, ist es möglich, dass so manches Unternehmen mit sich reden lässt.

Zum Erhalt der Nahversorgung haben sich auch alternative Konzepte entwickelt. Mobile Versorgungsstrategien, wie rollende Supermärkte, oder Kleinflächenkonzepte, genossenschaftliche Ansätze und Ladengemeinschaften bei standortgebundenen

¹³ Wohnen im Alter S. 12

¹⁴ Wohnen im Alter S. 6.

¹⁵ Wohnen im Alter S. 7

Angeboten, in allen diesen Fällen können Kommunen unterstützend mitwirken. Dies gilt insbesondere für ländliche Gemeinden oder Eigenheimsiedlungen. Auch in umgekehrter Richtung kann die Kommune wirken. Auf der Basis eines Einzelhandelskonzeptes kann die bauleitplanerische Steuerung des Einzelhandels erleichtert werden. Ein Discounter auf der Wiese muss nicht immer zur Bedrohung werden.

Verbesserung des Wohnens

Das Wohnen in der vertrauten Umgebung, in normalen Wohnungen, wird und soll auch in Zukunft die häufigste Wohnform für ältere Menschen sein. Um den Anteil zu Hause lebender Menschen auch in Zukunft halten zu können, müssen in Anbetracht der demografischen Entwicklung vermehrte Anstrengungen unternommen werden. Die Wohnungen und das Wohnumfeld sind so zu gestalten, dass man auch bei Bewegungsbeschwerden und Hilfebedarf dort wohnen bleiben kann. Es sollten auch Hilfeangebote verfügbar sein, um bei Hilfe und Pflegebedürftigkeit nicht in andere Wohnformen wechseln zu müssen¹⁶.

Bei der individuellen Wohnungsanpassung soll die vertraute Wohnung so umgebaut werden, dass möglichst wenige Barrieren die Nutzung einschränken. Dies gilt für Beseitigung von räumlichen Hindernissen, kleinere Alltagserleichterungen und technische Hilfen (Bad, Treppen).

Eine qualifizierte Wohnberatung ist für eine derartige individuelle Anpassung der Wohnung unerlässlich. Der einzelne ältere Mensch wird die Notwendigkeit von Anpassungen häufig nicht erkennen, geschweige selbst umsetzen können. Weiterhin wird die Wohnberatung auf andere Altenhilfeangebote verweisen. Falls die Wohnung nicht mehr anzupassen ist, wird die Wohnberatung bei einem Umzug hilfreich zur Seite stehen.

Dies wird zukünftig eine stetig wachsende Aufgabe der Kommunen sein und gilt nicht nur für den eigenen Wohnungsbestand. Auch die Wohnungsunternehmen und die lokale Wirtschaft sowie die einzelnen Eigentümer sind bei der bedarfsgerechten Gestaltung ihrer Bestände zu unterstützen (im Wege der strukturellen Anpassung).

Auch wenn die Ergebnisse der Volkszählung 1987 nach über 20 Jahren selbst in Bezug auf das Alter der Wohnungen kaum noch aussagekräftig sind, sollte man doch mit einem hohen Anteil sehr alter Wohnungen in Furtwangen rechnen. Bei den jüngeren Wohnungen sind fast 2000 (knapp die Hälfte aller damals vorhandenen Wohnungen) in den 20 Jahren zwischen 1958 und 1978 erstellt worden. Sie sind insbesondere energetisch zu überprüfen.

Förderung des Ausbaus selbstständiger und selbst organisierter Wohnformen

Das Interesse an Wohnformen, in die ältere Menschen noch einmal umziehen, da sie eine andere, selbständige Wohnform suchen, ist in den letzten Jahren ständig gewachsen. Man möchte Vorsorge für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit treffen, gelegentlich aber auch bewusst und aktiv eine neue Lebensform mit sozialen Kontakten gestalten und ausprobieren¹⁷.

Im Unterschied zum Betreuten Wohnen gibt es hier keine schlüsselfertigen Angebote, sondern der Anteil der Selbstorganisation ist hier bewusst hoch. Aus dem

¹⁶ Wohnen im Alter S. 9.

¹⁷ Wohnen im Alter S. 14.

gemeinschaftlichen Zusammenleben soll eine Basis für Nachbarschaftshilfe erwachsen.

Eine andere Form des gemeinschaftlichen Zusammenlebens bilden die Projekte des Mehrgenerationenwohnens oder „Integrierten Wohnens“. Bewohnergruppen mit besonderem Bedarf (Ältere, Behinderte, Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Migranten) wird ein professionelles begleitetes Angebot unterbreitet, die Isolation zu vermeiden und Partner zur gegenseitigen Hilfe zu finden¹⁸.

Beim Betreuten Wohnen werden altersgerechte Wohnangebote und Betreuungsleistungen miteinander gekoppelt.

Der Unterstützungsbedarf ist bei den aufgezeigten Wohnformen recht unterschiedlich. Die Kommune ist bei der Beschaffung eines möglichst zentral gelegenen Grundstücks gefragt. Sie sollte auch Bauträger vermitteln, über Fördermöglichkeiten aufklären und auch bei der Lockerung von Belegungsbindungen helfen¹⁹.

Alternative Wohnformen für Pflegebedürftige und Demente

Für Hilfe- und Pflegebedürftige gibt es auch Wohnformen, die ein höheres Maß an Selbstbestimmung ermöglichen. Man kann in kleinen Gruppen mit einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben. 6-12 Hilfe- und Pflegebedürftige werden von Betreuungskräften in ambulant betreuten Wohngemeinschaften unterstützt. Jede Person hat seinen eigenen Schlaf- und Wohnbereich und kann das gemeinsame Wohnzimmer, den Speiseraum, Küche und Bad nutzen. Eine Präsenzkraft schaut nach dem Rechten. Den Hilfe- und Pflegebedarf decken Pflegekräfte ab.

Eine Variante dieser Wohnform besteht darin, dass man statt eigenen Zimmern eigene Wohnungen im Haus belegt²⁰. Die ambulante Versorgung erfolgt über einen Pflegestützpunkt im Haus. Für ländliche Gebiete mit großem Einzugsbereich der einzelnen Standorte ist dies ideal.

Auch hier können die Kommunen unterstützend tätig werden (Finanzierungsfragen Neu- und Umbau, Betriebskostenzuschüsse).

Sicherung der Angebotsqualität durch kommunale Steuerung

Bei der kommunalen Steuerung bedarfsgerechter Wohnangebote geht es nicht nur um den Ausbau einer entsprechenden Wohn- und Infrastruktur, sondern auch um die Sicherung der Angebotsqualität. Für fast alle neuen Wohnformen gibt es keine gesetzlich definierten Standards. Dies kann zu Fehlplanungen führen. Initiativen zur Qualitätssicherung sind gefordert²¹.

Ermöglichungsverwaltung

Innerhalb der Kommune ist ein Klima zu schaffen, das die Stärkung des selbständigen Wohnens, der Selbst- und Nachbarschaftshilfe und die Entwicklung und Verbreitung neuer Wohnformen für das Alter ermöglicht. Die kommunalen Entscheidungsträger müssen Stellung für den Ausbau von zukunftsorientierten

¹⁸ Wohnen im Alter S. 14f.

¹⁹ Wohnen im Alter S. 15.

²⁰ Wohnen im Alter S. 18.

²¹ Wohnen im Alter S. 34.

Wohnformen beziehen und auch steuernd eingreifen, damit sich die Angebote bedarfsgerecht entwickeln²².

Hilfe-, Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit hängen teilweise mehr mit der Lage und Ausstattung der Wohnung zusammen als mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen. Ein Wohnumfeld, das den Bedürfnissen älterer Menschen entspricht und aktive eigenständige Lebensgestaltung ermöglicht, reduziert das Risiko der Pflegebedürftigkeit erheblich²³.

Die kommunale Wohnungspolitik bleibt auch künftig, nach Meinung des Deutschen Vereins, in der Verantwortung, preiswerten Wohnraum auch für ältere Menschen vorzuhalten, da sich die Einkommenssituation im Alter wieder stärker differenzieren werde. Ein wichtiger Baustein für das Wohnen im Alter sei der Auf- und Ausbau von **Wohnberatungsstellen**. Durch geeignete Maßnahmen könnten viele Wohnungen kostengünstig so angepasst werden, dass sie von den Bewohnern auch bei Beeinträchtigungen im Alter selbständig genutzt werden könnten.

Solche Beratungsstellen könnten bei Kommunen, bei Freien Trägern oder auch bei Wohnungsunternehmen angesiedelt werden. Ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Wohnung, verbunden mit Aktivität und sozialen Kontakten sowie der Einsatz ambulanter Pflege und hauswirtschaftlicher Betreuung werde auch künftig ein ökonomisch sinnvoller und zugleich menschenwürdiger Weg für das Alter bleiben²⁴.

Zukünftige kommunale Aktivitäten:

- Sicherung der Existenz der beiden seniorenpolitisch grundlegenden Einrichtungen, des Altenheims und der Sozialstation (ggf. Pflegestützpunkt).
- Unterstützung der offenen sozialen Altenarbeit, insbesondere der Seniorenberatung (in Abstimmung mit den sozialen Trägern).
- Kommunale Wohnberatung zwecks Erhalt der Bevölkerungsstruktur in den älteren, sanierungsbedürftigen Siedlungen Kussenhof, Ilben, Sommerberg.

²² Wohnen im Alter S. 47.

²³ Deutscher Verein, Empfehlungen v. 27.09.2006 S. (17)

²⁴ Deutscher Verein, Empfehlungen S. (16f)

3. Gesundheitspolitik

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Lebensbedingungen und die gesundheitliche Lage der Älteren kontinuierlich verbessert²⁵. Sie sind insgesamt gesünder, als dies ihre Altersgenossen in früheren Jahren waren. Typische so genannte „Alterserkrankungen“ sind vermeidbar. Diesen Erkrankungen kann man durch gezielte Prävention entgegenwirken.

Der Gesundheitszustand im Alter ist neben den biologischen und psychischen Bedingungen wesentlich abhängig von materiellen und sozialen Umwelt- und Lebensbedingungen im Lebensverlauf, einschließlich der Qualität der medizinischen und insbesondere der rehabilitativen Versorgung.

Die stärkere Gewichtung und Förderung von Prävention und Rehabilitation lässt für die Zukunft erwarten, dass die Lebenserwartung im gesunden Zustand weiter zunehmen und sich der positive Trend in der Gesundheitslage der alten Menschen fortsetzen wird.

Dennoch häufen sich v.a. im fortgeschrittenen Alter gesundheitliche Einschränkungen. Vor allem nach dem 80. Lebensjahr kommt es zu einem entscheidenden Anstieg von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und dem bekannten Phänomen der Multimorbidität. Die Demenz ist dabei besonders hervorzuheben, da sie neben den außergewöhnlichen Belastungen für die Betroffenen und die Pflegenden mit hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden ist.

Nahezu allen im Alter häufig auftretenden Erkrankungen oder Unfallfolgen wie Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Atemwegserkrankungen, Osteoporose, Folgen von Stürzen, Infektionskrankheiten, aber auch demenziellen Erkrankungen, kann mit geeigneten Maßnahmen vorgebeugt werden²⁶.

Der Deutsche Verein für öffentliche und soziale Fürsorge e. V. sieht im systematischen Ausbau von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation eine Schlüsselrolle, damit der Alterungsprozess für den Einzelnen zu einem Gewinn werden kann und nicht scheinbar selbstverständlich zu einem Anstieg von Krankheits- und Pflegekosten führt.

Prävention im Alter schließt neben dem Verhindern von Erkrankungen (Primärprävention), das Vermeiden von Verschlechterungen durch Früherkennung, Therapie und Rehabilitation (Sekundärprävention), aber auch die Rehabilitation, um weitere negative Folgen zu verhindern (Tertiärprävention), ein.

²⁵ Caritas Rahmenkonzept S. 11. Zitate s. dort.

²⁶ Deutscher Verein, Punkt 5

3.1 Ärztliche Einrichtungen in Furtwangen:

- Bis 22.12.2009: Praxisklinik, ehem. Krankenhaus.



- Niedergelassene Ärzte:

Allgemeinmedizin	5 Ärzte
Innere Medizin	2 Ärzte
Kinder u. Jugendmedizin	2 Ärzte
Arbeitsmedizin	1 Arzt
Gynäkologie	1 Arzt
Psychotherapie	1 Arzt
Praktische Ärzte	1 Arzt
Zahnmedizin	5 Ärzte
Nervenmedizin	1 Arzt

In der Lindenstr. 3 besteht eine Chirurgische Praxisgemeinschaft, wo täglich ein Arzt Patienten behandelt.

Im gleichen Gebäude praktizieren Augenärzte der Schramberger Klinik in einer Furtwanger Filiale.

Eine überörtliche Betriebsgemeinschaft von drei Urologen ist in der Praxis von Dr. Capetian, Wilhelmstr. 22, seit Jahresbeginn eingerichtet.

Früher in der Diskussion **Ärztehaus**

In dem früheren Post-Gebäude an der Wilhelmstraße, das nun der Stadt Furtwangen gehört, sollte nach früheren Planungen in zwei Schritten ein medizinisches Versorgungszentrum eingerichtet werden, in dem neben einem Facharztzentrum für Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Zahnmedizin, eine Röntgendiagnostik



in digitaler Anbindung zum Klinikum untergebracht werden sollte. Weiterhin sollte dort auch der Standort des Notarztes und des Rettungsdienstes sein. Diese Angebote sollten um eine Physiotherapie, Krankengymnastik, Bäder und evtl. eine Apotheke ergänzt werden. Neben der Sanierung des Altgebäudes (mit Apotheke im Erdgeschoss) sah eine erste Planung einen nahezu identischen Neubau zur Gartenstraße hin vor. Beide Gebäude sollten durch einen Glaskorridor und ein Treppenhaus verbunden werden. Die gesamten Flächen würden annähernd 1400 qm betragen. Möglich wäre eine bauliche Erweiterung.

Eine grobe Kostenschätzung der baulichen Maßnahmen aus dem Februar 2009 sah Sanierungskosten am Altbau in Höhe von 1,36 Millionen Euro vor. Der Neubau (inkl. 3. OG) würde 1,93 Millionen Euro kosten. Bei einer möglichen Erweiterung um 430 qm würde eine knappe Million Euro einzusetzen sein.

Das Projekt scheiterte am mangelnden Interesse der Ärzteschaft und finanziellen Fragen.

Als Alternative zum alten Postgebäude war seit dem Sommer 2009 auch die frühere **Praxis** von Dr. Mentz in der **Lindenstraße** im Gespräch. Nach seiner Zuruhesetzung im Juni 2009 wurde die Praxis im Herbst 2009 umgebaut. Seit Mitte März 2010 stehen die Räumlichkeiten der **Chirurgischen Praxisgemeinschaft**, die das ehemalige Krankenhaus verlassen mussten, zur Verfügung. Aus Spendenmitteln konnte auch ein modernes Röntgengerät beschafft werden. Zusammen mit anderen Praxen im gleichen Haus kann sich ein alternatives Ärztezentrum bilden. Im Herbst 2010 zog auch eine **Filiale der Schramberger Augenarztambulanz** hier ein. Weiterhin besteht seit Jahresbeginn 2012 in der Praxis Dr. Capetian, Wilhemstr. 22, eine Überörtliche Betriebsgemeinschaft von drei auswärtigen **Urologen**. Praktiziert wird einmal je Woche.

Apotheken vor Ort:

Apotheke am Markt
Bregapotheker
Lindenapotheker

3.2 Prävention

So wie erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention generell in den Lebenswelten der Menschen ansetzen muss, also dort wo sie leben (Kindergarten, Schule, Arbeitsstätte, Wohnviertel usw.), so gilt das auch für das Alter und im Alter. Dabei kann an den Bedürfnissen der Menschen nach Bewegung, Fitness und Gesunderhaltung angeknüpft werden.

Viele Studien belegen, dass regelmäßige Bewegung und eine gesunde Ernährung die beste Vorbeugung vor kleineren Beschwerden, aber auch ernsthaften Erkrankungen sind (insb. sog. Zivilisationskrankheiten wie Rückenbeschwerden, Übergewicht, Diabetes)²⁷.

Regelmäßige Bewegung hält jung, stärkt Herz, Muskeln und Abwehrkräfte und erhält die Selbstständigkeit. Sogar bestehende Krankheiten können durch Bewegung und Ernährungsumstellung positiv beeinflusst werden.

Eine gestärkte Muskulatur entlastet Stütz- und Bewegungssystem (Rücken, Gelenke), stärkt das Immunsystem, stimuliert den Hormonhaushalt, regt den

²⁷ Präs. VDAK/AEV Hamburg, Blatt 4ff

Stoffwechsel an, erhöht die Fettverbrennung, hebt die Stimmung und Zufriedenheit und löst körperliche und seelische Spannungen.

Prävention hat außerdem eine nicht zu vernachlässigende soziale Dimension, sie ermöglicht soziale Kontakte und beugt Isolation vor. Ziel muss es auch hier sein, den älter werdenden, den alten wie auch den hochaltrigen Menschen ein aktives Leben zu ermöglichen und eventuelle Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinauszuschieben. Dazu sollten die Kommunen z.B. gemeinsam mit Sportvereinen und anderen geeigneten Trägern Projekte entwickeln und öffentlich machen. Die Kommunen sind in diesem Bereich eher der Initiator, indem sie die Interessen ihrer Bürger bündeln und Partner zur Umsetzung suchen. Dabei ist es wichtig, Angebote auch für die sich verändernden Bedürfnisse der neuen Seniorengruppen zu machen (z.B. Nordic Walking statt Stuhlgymnastik), ohne die klassischen Formen für die Älteren zu vernachlässigen.

In diesem Zusammenhang kann man auch die **städtische Gesundheitswoche**, die im September 2011 veranstaltet wurde, einreihen. Es wurde den verschiedenen Furtwanger Einrichtungen, wie z. B. Optiker, Hörgeräteakustiker und anderen die Möglichkeit geboten, sich der Bevölkerung darzustellen.

3.3 Bedeutung der Sportvereine, Seniorensport

Gerade Sportvereine sollten für ihre älter werdenden Mitglieder Angebote anpassen und den fachlichen Austausch mit Partnern, z.B. dem Deutschen Sportbund oder dem Behindertensportverband, suchen. Wichtig ist, zunächst Schnupperkurse und andere unverbindliche Formen ohne Leistungsdruck anzubieten. Ein geeigneter Weg, in der Kommune Anbieter und Interessenten zusammenzubringen, können auch so genannte Gesundheitstage oder -messen sein, die unter verschiedenen Namen vielfältige Angebote der Träger in der Kommune an die Bewohner herantragen. Viele Kommunen konnten damit sehr gute Erfahrungen sammeln. In diesem Zusammenhang ist auch der im vergangenen November 2010 an der Hochschule Furtwangen University durchgeführte zweite Gesundheitskongress des Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar zu sehen, der in Zusammenarbeit mit dem Landratsamt und der Stadt Furtwangen stattfand.

Sportliche Aktivitäten sind unter dem Aspekt der Erhaltung der Mobilität, der geistigen Kompetenz und zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte eine wichtige Form der Freizeitgestaltung. Darüber hinaus kommt dem Sport eine große Bedeutung hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge zu. Sport für Ältere und Sport mit älteren Menschen hat auch zum Ziel, selbstbestimmtes Handeln und Verhalten zu fördern und zu erhalten. Es muss jedoch auf die Möglichkeiten Älterer abgestimmt sein, ihrer Konstitution gerecht werden und darf sie nicht überfordern. Andererseits trägt er dazu bei, bereits aufgetretene Defizite zu mildern. Es muss darum gehen, die Älteren an Sport- und Bewegungsarten heranzuführen bzw. Wege anzubieten, durch die sie sich auf unterhaltsame Art und ohne Stress fit und gesund halten können.

Da bundesweit ca. 20 % aller Sportvereinsmitglieder derzeit bereits über 50 Jahre alt sind, gibt es Aktivitäten im Breitensport und bei den Fachverbänden, Sportarten bis ins hohe Alter anzubieten, teilweise einschließlich kompletter Meisterschaftsprogramme von der Kreisebene bis zu internationalen Wettkämpfen.

Der Seniorensport leistet einen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsvorsorge. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass regelmäßige körperliche Aktivität eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit bewirkt. So konnte u.a. gezeigt werden, dass Personen, die sich regelmäßig sportlich betätigen, ein statistisch

bedeutsam vermindertes Risiko für Krebserkrankungen haben, das relative Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung bei körperlich Aktiven halb so hoch ist wie bei körperlich Nicht-Aktiven, - die Sterblichkeit bei Herzkrankheiten durch Bewegung und Sport um 50 Prozent gesenkt werden kann und- körperliche Aktivität vor allem der Vorbeugung gegen Arteriosklerose, Diabetes, Knochenschwund und Muskelatrophie dient.

Als ein örtliches Beispiel sei hier der Turnverein Furtwangen 1872 genannt. Der **TV Furtwangen** führt am Dienstag in der Jahnhalle Gymnastik für herzkranken Seniorinnen und Senioren durch. Am Jedermann-Turnen und am Reha-Sport können sich alle Altersgruppen beteiligen. Zur Wassergymnastik wurde jeden Dienstag ins Schönwälder Hallenbad gefahren.

Die **Volkshochschule Oberes Bregtal** führt im Sommersemester 2012 eine Vortragsreihe gemeinsam mit dem Altenheim und dem Furtwanger Altenwerk durch. Es wird Gehirntraining für die ältere Generation, Nordic Walking, Pilates-Training, die funktionelle Rückengymnastik, das Nordic Walking, Entspannungstraining wie Autogenes Training und Yoga- und Qi Gong-Kurse angeboten.

3.4 Demenz

Die Häufigkeit der Demenz erhöht sich mit zunehmendem Alter²⁸. Sind bei den über 65jährigen Menschen zunächst nur 5-10% von Demenz betroffen, wächst der Anteil bis auf 40% bei den hochbetagten über 90jährigen. Im Schwarzwald-Baar-Kreis dürften etwa 1800 Menschen hierunter leiden. Genaue Zahlen gibt es nicht, da Demenz nicht meldepflichtig ist. Frühformen werden nicht selten gar nicht erkannt, die Angehörigen betrachten dies manchmal gar als Familienmakel oder werden als Altersveränderung abgetan.

Demenz ist häufig verbunden mit zunehmender Störung der Gedächtnisleistung, der Orientierung, der Fähigkeiten bei höheren geistigen Funktionen wie Lesen oder Rechnen. Weiterhin sind Verhaltensauffälligkeiten wie Unkonzentriertheit, Ablenkbarkeit, Unruhe, Aggressivität, Neigung zu depressivem Rückzug oder gar Halluzinationen feststellbar.

Zwei Drittel der an Demenz Erkrankten werden von pflegenden Angehörigen zuhause versorgt. Hierbei werden sie auch von den ambulanten Pflegediensten unterstützt. Nur etwa ein Drittel wird stationär gepflegt. Dort ist dann ein hoher Anteil an Demenzkranken festzustellen (bis zu 80 %). In Zukunft wird die Anzahl der Demenzkranken durch die große Zunahme der über 80jährigen stark steigen.

Der **Anfang** der Erkrankung, z. B. der am häufigsten diagnostizierten Alzheimer-Demenz, ist insbesondere für die Angehörigen kaum erkennbar. Schwindel, Unwohlsein werden beklagt, man ist weniger motiviert und engagiert. Größere Herausforderungen werden vermieden. Gewohnheiten und Hobbys werden nachlässiger behandelt. Gegenstände werden häufiger verlegt und man macht die Angehörigen hierfür verantwortlich. Man sucht nach Ausreden und versucht, das Problem zu umgehen, auch dadurch, dass man die Verantwortung abschiebt.

Werden diese Probleme von den Angehörigen als echte Defizite erkannt, hat die krankhafte Veränderung auf der feingeweblichen Ebene des Gehirnes schon 15-30 Jahre gewirkt.

Der Patient spürt, dass mit ihm etwas nicht stimmt, kann dies aber nicht genau bezeichnen. Neue Informationen können nur noch schwer verarbeitet werden, die

²⁸ Alterszeit 2. Aufl. S. 20-25

sprachliche Gewandtheit lässt nach. Das Verhalten wird auffällig durch falsch angezogene Kleidung oder bei Gesprächen lässt die Konzentration nach und der Faden reißt. Das Telefonieren wird zu einer echten Herausforderung, da man die Telefonnummern zunehmend verwechselt. Dies gilt auch für die Bedienung technischer Geräte. Die Einschätzung von Geschwindigkeiten im Verkehr oder von Entfernungen bereitet Schwierigkeiten. Unfälle sind so nicht selten die Folge. Man wird in allem langsamer. Eine selbständige Lebensführung ist demgegenüber aber möglich.

Drei Jahre nach der Diagnose, im **mittleren Stadium**, hat das Gedächtnis, die Orientierungs-, Planungs- und Urteilsfähigkeit weiter nachgelassen. Der Arbeitsplatz ging durch die immer deutlicher werdenden Defizite und den damit verbundenen Gefahren mittlerweile verloren. Grenzen zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verschwimmen. Die Merkfähigkeit wird beeinträchtigt, Lesen und das Verstehen fallen schwerer. Benennungen und Umschreibungen gelingen kaum noch. Die Sprache fußt auf einfacheren Satzkonstruktionen. Missverständnisse und Fragewiederholungen nehmen zu. Die Reaktion des Gesprächspartners wird nicht mehr nachvollziehbar und reizt zu aggressivem Verhalten. Das eigene Störungsbewusstsein geht verloren. Die Unruhe (Konzentrationschwächen und Umherlaufen) wächst.

Im früheren, mittleren Stadium ist die gewohnte Umgebung, also die eigene Wohnung die beste Umgebung²⁹. Dort kennt sich der Patient aus, Orientierungsprobleme machen sich nicht sofort bemerkbar. Ein Sicherheitsgefühl für den Patienten entsteht. Ob die Wohnungsausstattung zum Schutz des Patienten (Herdsicherung) oder um eine anregende, aber beruhigende Gestaltung des Wohnumfeldes zu erreichen, verändert werden muß, wäre zu prüfen. Dies kann sogar in eine frühere Zeit zurückführen. Selbständiges Wohnen endet bei Verwahrlosung des Patienten oder bei Gefährdung von sich und anderen; aber auch dann, wenn die Betreuenden an ihre Grenzen stoßen.

Der Patient knüpft seine Orientierung und sein Verhalten an das Erinnern bereits erlebter Situationen. Die Zeit läuft quasi rückwärts. Innere und äußere Realität lassen sich nicht mehr in Einklang bringen. Man erkennt seine auch älter gewordenen Verwandten nicht mehr, die in Jahren gestaltete Umgebung wird einem fremd. Dies führt auch dazu, dass die Toilette nicht mehr gefunden wird.

In diesem auch für die Bezugspersonen schwierigen Stadium der Erkrankung verliert der Mensch seine Selbstständigkeit.

Nach etwa sechs Jahren, im **Spätstadium**, ist die Kontaktaufnahme stark erschwert. Die Unterhaltung ist durch die manchmal an Kleinkindsprache erinnernde Äußerung kaum mehr möglich. Einfache Wörter dominieren. Rastlosigkeit und Aggressivität beruhen auf Schmerzen, die der Patient nicht mehr beschreiben und lokalisieren kann. Tag und Nacht kommen durcheinander. Vor der Dunkelheit bekommt der Mensch Angst, da er mit dem Sehen einen Rest an Orientierung verliert. Auf umfangreiche Hilfen beim Bekleiden, der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme und selbst der Ausscheidung ist er nun angewiesen. Bettlägerigkeit mit all ihren Komplikationen wie Versteifungen von Muskeln und Gelenken oder Druckgeschwüren, Thrombosen, Lungenembolien oder –entzündungen sind die Folge. Nach etwa insgesamt 5-8 Jahren sterben die Patienten an solchen Erkrankungen.

²⁹ Altenhilfeplanung, Teilplanung: Bericht zur Situation an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen im Schwarzwald-Baar-Kreis. Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis im Zusammenarbeit mit dem AK Demenz im Schwarzwald-Baar-Kreis. Mai 2003, S. 15

Was kann man tun? Bei Auffälligkeiten in Bezug auf die Merkfähigkeit, die Orientierung oder das Verhalten sollte man den Hausarzt konsultieren. Dieser kann bei Verdacht auf Demenz diagnostische Maßnahmen ergreifen. Dies sind die Basis-Labordiagnostik, neuropsychologische Tests und die Suche nach Hinweisen auf Depression, Parkinson-Krankheit oder Begleiterkrankungen. Eine bildgebende Untersuchung des Gehirns (Tumore, Durchblutungsstörungen, wie Schlaganfälle, Hirnschrumpfungen etc.) ist eine weitere wichtige Untersuchung. Fachärzte werden zu Rate gezogen und auch Gedächtnissprechstunden (bei unklaren Situationen oder jüngeren Patienten) in Anspruch genommen.

Die Behandlung ist eine gemeinsame medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie in Absprache mit dem Patienten (so weit noch möglich) und den Bezugspersonen. Die Demenz ist zwar nicht heilbar, Symptome können aber zurückgebildet werden. Es ist auch ein zeitweiliger Stillstand der Verschlechterungstendenz möglich, was für die Beteiligten eine Erleichterung sein kann. Auch die Angehörigen können mit mehr Verständnis positives bewirken. Soziale Hilfen und Klärung rechtlicher Fragen sind Teil einer nicht-medikamentösen Therapie.

Pflegende sind überwiegend der Ehepartner/die Ehepartnerin bzw. die Kinder, insbesondere die Töchter oder Schwiegertöchter. 82% der Pflegenden sind Frauen, ob Ehefrauen oder Töchter. Aber auch zwei von drei Ehemännern pflegen, wenn auch mit Unterstützung. Leider ist nur jeder dritte Sohn an der Pflege beteiligt. Ambulante Dienste nehmen mehr pflegende Männer als pflegende Frauen in Anspruch. Das Durchschnittsalter der Pflegenden beträgt 58-61 Jahre.

In Zukunft wird die Pflege von Pflegemixstrukturen geprägt sein. Eingebunden in ein Gesamtkonzept werden Angehörige, informelle Helferinnen (bürgerschaftlich Engagierte, Nachbarschaftshilfe etc.), professionell Pflegende, aber auch teilstationäre oder sogar stationäre Einrichtungen eng zusammenarbeiten müssen. Die gesamte Familie ist einzubinden, Hilfen im bürgerschaftlichen Engagement müssen mobilisiert werden. Besuchsdienste, Helferinnenkreise und sogenannte Betreuungsgruppen sind auszubauen³⁰.

Die Tagespflege hat sich stark zur Betreuung demenzkranker Menschen entwickelt. Die Inanspruchnahme nimmt zu. Die Familie kann entlastet werden, aber auch der Kranke an ein Leben außerhalb langsam gewöhnt werden³¹.

Die überwiegende Mehrheit in Pflegeheimen wird von Fachleuten und Pflegekräften als dement eingeschätzt³². Sie benötigen spezielle Rahmenbedingungen, wie ein ganzheitliches Versorgungsangebot mit Pflege, Versorgung, Bewegung, Beschäftigung, Zuwendung und Förderung. Dies bedarf des Einsatzes einer sachgerechten Methodik und speziell fortgebildeter Fachkräfte. Die Bezugspersonen sollten konstant sein. Die Gruppe oder Wohngruppe sollte überschaubar und bedarfsgerecht gestaltet sein. Eine alltagsnahe Versorgung und Beschäftigung, wie z. B. Küchenarbeit, Staubwischen oder Wäschezusammenlegen, auch wenn es sich nicht mehr um Mithilfe handelt, ist unerlässlich. Ebenso wichtig ist es, die Angehörigen in die Pflegeplanung und z. T. auch in den Pflegealltag einzubinden und zu begleiten, was auch eine wohnortnahe Betreuung erfordert. Der Demente bleibt in seinem gewohnten Umfeld. Er lebt auch mit anderen Demenzen zusammen, mit denen er auch nonverbal kommunizieren kann. Gerade der Kontakt zu anderen Kranken bewahrt den Dementen davor, sich ständig als Versager zu fühlen.

³⁰ Altenhilfeplanung, Teilbericht Demenz S. 24 und S. 63.

³¹ Zur Tagespflege s. auch Alterszeit, 4. Ausgabe 2010, S. 18.

³² Altenhilfeplanung, Teilbericht Demenz S. 25.

In den nächsten Jahren werden verstärkt auch **ausländische Mitbürger** ins Rentenalter kommen³³. So mancher wird nicht in seine Heimat zurückkehren, sondern in Deutschland bleiben. Dies liegt auch an den bestehenden Familienbünden. Einige dieser ausländischen Mitbürger werden auch an Demenz erkranken. Bei ihnen kann man in einigen Fällen auf diese Familien als Pflegehilfe bauen. Aber auch hier lässt der Zusammenhalt nach. Es ist davon auszugehen, dass die Demenz trotz des noch stärkeren Familienzusammenhalts die gleiche professionelle Pflege erfordert, wie bei Deutschen. Das niedrigere Bildungsniveau, die meist schlechten Wohn- und Lebensverhältnisse im Herkunftsland, aber auch hier, gleichen den größeren Zusammenhalt mehr als aus. Hauptproblem bei der Pflege wird das Sprachproblem sein. Dies lässt sich durch muttersprachliche Pflegekräfte beheben.

Durch die Landesregierung wurde bereits 1998 der Aufbau geriatrischer Zentren, Schwerpunkte und Rehabilitationseinrichtungen beschlossen und auch umgesetzt. 2001 wurde im neuen **Geriatriekonzept** die Weiterentwicklung der Versorgung Demenzerkrankter als Schwerpunkt benannt. Neben der Behandlung sollen auch Prävention, Hilfeplanung, Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung im Bereich der gesamten Geriatrie, einschließlich Gerontopsychiatrie, dort geleistet werden. Ärzte sollen die Versorgung in den Krankenhäusern sicherstellen und die Verknüpfung zur geriatrischen Rehabilitation herstellen. Das Konzept baut in der Versorgung dieser Kranken sehr stark auf die Unterstützung der häuslichen Pflege durch ambulante Dienste und Betreuungsgruppen. Die Hilfen sind abzustimmen und zu koordinieren. Fortbildung und Weiterbildung des Personals ist zu gewährleisten, sowie das bürgerschaftliche Engagement mit Blick auf die wachsende Zahl der zu Versorgenden zu stärken.

Die **Zahl der Dementen** dürfte im Jahr 2010 im Kreis bei knapp über 5000 Personen im Alter über 65 Jahren gelegen haben, davon rund 3450 Alzheimererkrankte. An mittelschweren bis schweren Demenzen werden etwa 2100 Personen leiden, davon 1436 an Alzheimer³⁴. Nach dem Deutschen Zentralinstitut für Altersfragen geht man von einer allgemeinen Betroffenheit von psychischen Störungen von rund 25% der über 65jährigen – ob stationär oder nur ambulant. 10-14% leiden an Demenz, 4-8% an mittelschwerer Demenz, 10-25% an Depressionen (Heimbewohner bis 40%), an schweren Depressionen 1-1,5% und sind 1-2,5% paranoid.

Ambulante und **klinische Versorgung** ist Aufgabe des Landes und wird im Landeskrankenhausplan erfaßt.

Die gerontopsychiatrische Versorgung übernimmt das Vinzenz-von-Paul-Hospital im ehemaligen Kloster Rottenmünster in Rottweil. Unter den 431 Betten (ohne 50 Tagesklinikplätze) stehen 104 Betten für die **Gerontopsychiatrie** in der Region zur Verfügung. Die Aufnahmestatistik ist für diesen Bereich steigend³⁵.

Die Zahl der ambulanten psychiatrischen Behandlungen ist nicht bekannt. Es ist davon auszugehen, daß niedergelassene Psychiater auch aufgrund der notwendigen speziellen Ausbildung nur wenige Demenzkranke behandeln.

Erste Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige ist der Hausarzt. Da die Kassen Demenz nur als Begleiterscheinung somatischer Erkrankungen erfassen, ist die genaue Zahl der Behandlungen nicht bekannt.

³³ Altenhilfeplanung, Teilbericht Demenz S. 27.

³⁴ Altenhilfeplanung, Teilbericht Demenz S. 44f.

³⁵ Zum Hospital s. Alterszeit, 4. Ausgabe 2010, S. 24-26.

Zur ambulanten Behandlung psychisch kranker Menschen besteht seit 2002 in Rottweil eine Institutsambulanz mit Außenstelle in Villingen-Schwenningen. Im Klinikum Villingen-Schwenningen besteht ein **geriatischer Schwerpunkt**³⁶, der über die Konzeption des Landes zur Versorgung geriatrischer Patienten eingerichtet wurde. Alte Patienten im Klinikum werden hierüber erreicht. Außerhalb des Klinikums findet eine Beratung der Mediziner zu spezifischen geriatrischen Diagnosen und Behandlungsmöglichkeit noch wenig statt. 3-5% der hier untersuchten Patienten werden als dement eingestuft. Oft wird eine Demenz erst hier im Krankenhaus und nicht durch die Angehörigen oder den Hausarzt erkannt.

Der **Arbeitskreis Demenz** im Schwarzwald-Baar-Kreis ist ein seit 1998 bestehender, loser Zusammenschluss von Menschen, die sich in ihrer Arbeit oder ehrenamtlich für die Belange von Demenzkranken und betroffenen Angehörigen engagieren³⁷. Mit seinen Aktivitäten will der Arbeitskreis dazu beitragen, die Situation demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern. Im Arbeitskreis sind Mitarbeiterinnen aus stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Sozialdienste, Verbänden sowie ehrenamtlich Interessierte eingebunden. Neben dem 2-3mal jährlich tagenden großen Kreis gibt es spezielle Arbeitsgruppen und ein Leitungsteam.

Der Arbeitskreis befasst sich mit der Information, der Fortbildung und der Öffentlichkeitsarbeit, sowie der Vernetzung und dem Informationsaustausch. Er initiiert und begleitet Gesprächsgruppen für Angehörigen bzw. Betreuungsgruppen und nimmt Einfluss auf die Entwicklung einer besseren Versorgungsstruktur für Demente und der deren Angehörige im Kreis.

Für an Demenz erkrankte Personen bietet die Sozialstation in Furtwangen in Zusammenarbeit mit dem Altenheim in der **Betreuungsgruppe Demenz** Betreuung und Hilfe an. Ehrenamtliche Helferinnen umsorgen die Patienten.

3.5 Hospiz und palliative Medizin

Hospiz (lat. *hospitium* „Herberge“) ist eine Einrichtung der Sterbebegleitung. Es ist ähnlich wie ein kleines Pflegeheim oder winziges Krankenhaus organisiert. In Deutschland gab es im Jahr 2011 179 stationäre Hospize, 231 Palliativstationen in Krankenhäusern und rund 1.500 ambulante Hospizdienste³⁸.

Unter Hospiz versteht man heute aber nicht nur eine konkrete Institution, sondern es kann auch ein Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung damit beschrieben werden. Der Kranke und seine Angehörigen stehen im Zentrum des Dienstes. Die Unterstützung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team unter Einbeziehung freiwilliger Begleiterinnen und Begleiter (Lebensqualität statt Lebensquantität), auch als Trauerbegleitung.

1995 wurde die **Deutsche Hospiz Stiftung** gegründet. Sie ist dem weltweiten Hospiz-Gedanken – „Hospiz ist weniger ein Ort, vielmehr eine Lebenshaltung“ – zutiefst verpflichtet und hat sich zu einer umfassenden Patientenschutzorganisation für Schwerstkranke und Sterbende entwickelt. Sie konzentriert sich auf die Vertretung der Interessen dieser Patientengruppe und verschafft damit denen Gehör, die selbst keine Stimme im Gesundheitswesen haben. Hospiz als Lebenshaltung soll für die jährlich rund 800.000 Betroffenen in Deutschland Realität werden, sei es in Pflegeheimen, in Krankenhäusern oder zu Hause. Um ihre Unabhängigkeit als

³⁶ Altenhilfeplanung, Teilbericht Demenz S. 52f.

³⁷ Altenhilfeplanung, Teilbericht Demenz S. 76.

³⁸ S. Homepage des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V. Berlin

Patientenschutzorganisation zu wahren, betreibt die Deutsche Hospiz Stiftung selbst keine Hospizeinrichtungen. Denn diese sind in der Regel Leistungserbringer des Gesundheitswesens und werden, auch aufgrund der stetigen politischen Arbeit der Deutschen Hospiz Stiftung, über die Krankenkassen finanziert.

Die **palliative** (palliare, lat. bedecken, einhüllen) Versorgung behandelt die ganzheitliche (medizinisch, pflegerische, soziale, seelische und spirituelle) Fürsorge für Menschen mit einer unheilbaren Krankheit, deren Lebensweg dem Ende zugeht. Heilung steht hierbei nicht im Vordergrund, sondern die Linderung von Schmerzen und Beschwerden, die Begleitung des Menschen und seiner Angehörigen³⁹.

Die Lebensqualität und die Selbstbestimmung des Betroffenen soll erhalten, gefördert und verbessert werden. Ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der vertrauten häuslichen Umgebung oder im Pflegeheim soll ermöglicht werden. Auch diese Zeit kann für den Kranken und seine Angehörigen eine lebenswerte Zeit sein.

Die medizinische und pflegerische Versorgung ist im § 37b SGB V geregelt. Das Kirchliche Palliativnetzwerk im Schwarzwald-Baar-Kreis erbringt Leistungen der ambulanten Palliativversorgung. Hierzu zählen Beratung, Anleitung und Begleitung, die Zusammenarbeit mit Ärzten in der palliativmedizinischen Versorgung, die Pflegeüberleitung bei Krankenhausaufenthalten, die Erbringung von individuellen pflegerischen Leistungen, eine Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft und die Unterstützung im Umgang mit schwerer Erkrankung und Sterben in enger Zusammenarbeit mit Seelsorgern, Therapeuten und der Hospizbewegung.

Auf Initiative mehrerer Ärzte haben sich Anfang Juni 2008 rund 60 Menschen zusammengefunden, um das **Palliativnetz Schwarzwald-Baar** zu gründen⁴⁰. Dabei geht es darum, Menschen im Endstadium einer tödlichen Krankheit intensiver zu betreuen. Ein ähnliches Netzwerk existiert bereits erfolgreich im Hegau, so dass die Verträge mit den Krankenkassen und die Strukturen übernommen werden können.

Für die Errichtung eines Palliativzentrums am neu zu errichtenden Klinikum in Villingen-Schwenningen wurde im November 2009 ein Verein „Palliativzentrum VS e.V.“ gegründet. Im eigenständigen Palliativzentrum werden Patienten mit einer unheilbaren, lebensbegrenzenden Erkrankung zur Linderung der Beschwerden aufgenommen. Nach einer Stabilisierung der Gesamtsituation aus körperlichem Leiden und seelischer, aber auch sozialer Not werden die Patienten nach etwa zwei Wochen nach Hause mit Einbindung an den Hausarzt, einen ambulanten Palliativnetz und Pflegediensten entlassen, ggf. werden sie in einem stationären Hospiz weiterversorgt.

In diesem Bereich ist die Kommune auf die Aktivitäten von dritter Seite (Ärzeschaft, Krankenkassen, soziale Träger etc.) angewiesen. Der Handlungsspielraum ist hier recht klein. Dennoch kann sich die Stadt in bestimmten Fällen engagieren.

Zukünftige kommunale Aktivitäten:

- Eine ausreichende, schnell erreichbare medizinische Versorgung. Dies wird in den kommenden Jahren umso wichtiger, wenn altersbedingt viele Praxen schließen bzw. schließen müssen.
- Ein medizinisches Zentrum zum Erhalt der Grundversorgung für die Menschen im Oberen Bregtal
- Ein ehrenamtliches Engagement im Bereich von Demenz, Hospiz und palliative Medizin.

³⁹ Alterszeit, 2. Aufl. S. 48

⁴⁰ S. Südkurier 07.06.2008

4. Soziokulturelle Verhältnisse

4.1 Integration von Migrantinnen

Bis zum Jahr 2030 soll es in der Bundesrepublik Deutschland ca. 2,8 Millionen ältere Migrantinnen und Migranten geben, überwiegend Arbeitsmigranten. Diese ehemaligen, so genannten Gastarbeiter stellen keine homogene Gruppe dar, weil sie unterschiedliche kulturelle Identitäten besitzen und unterschiedlichen Religionen anhängen. Aus ihnen wurden Mitbürgerinnen und Mitbürger, die nach wie vor ihrem Herkunftsland verbunden bleiben, sich aber in Deutschland heimisch fühlen und hier Kinder und Enkel haben. Ihre Probleme gleichen denen der Deutschen ihres Alters, können sich aber auch davon unterscheiden⁴¹.

Eigentlich wollten sie ihren Ruhestand in der Heimat verbringen. Nun wohnen aber auch die Kinder mit ihren Familien hier. Eine Rückkehr in die Heimat wird zur Illusion. So sind die älteren Ausländer eher weniger auf das Alter in Deutschland vorbereitet als Deutsche und kennen sich kaum mit dem Sozialsystem oder gar den Angeboten der Altenhilfe aus. Mangelnde Sprachkenntnisse – insbesondere bei Frauen –, schlechter Gesundheitszustand und geringes Einkommen kommen als Belastungen hinzu.

Sehr schwer haben es vor allem verwitwete Migrantinnen, die zunächst ihrem Ehemann wieder in die Heimat gefolgt sind, um dann nach seinem Tod vereinsamt nach Deutschland zurückzukehren. Jetzt müssen sie auch noch ohne ausreichende Sprachkenntnisse mit schwierigen Lebensverhältnissen zurechtkommen.

Aktiver Aufbau von Interessen- und Selbsthilfegruppen, gesellschaftliches Engagement und politisches Selbstbewusstsein stellen für ältere Migrantinnen und Migranten – ebenso wie für viele deutsche Seniorinnen und Senioren - eine neue Aufgabe dar, der sie sich stellen müssen. Daraus ergibt sich die Verpflichtung, soziale Angebote insbesondere zur Integration pflegebedürftiger Ausländer in das deutsche Altenhilfesystem zu schaffen.

Seniorenverbände können bei der Integration eine große Hilfe sein, wenn sie durch Integration und gemeinsame Aktivitäten das gegenseitige Verständnis und einen sensiblen Umgang mit der kulturellen Andersartigkeit fördern.

Durch Kontaktaufnahme und Kooperation mit kommunalen Einrichtungen können Informationen über die Situation der älteren ausländischen Mitbürger vor Ort und Hilfestellung zum Aufbau persönlicher und verbindlicher Kontakte zu älteren Ausländern erhalten werden. Diese sind häufig auf eine auf sie zugehende Haltung angewiesen.

Generell gilt es nach Meinung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, alle Möglichkeiten zu nutzen und gesellschaftspolitisch für eine Verbesserung der Lebenslage älterer ausländischer Mitbürgerinnen und Mitbürger einzutreten. Vor allem auf kommunaler Ebene seien folgende Maßnahmen dringend erforderlich:

- Die Rahmenbedingungen für eine interkulturelle Seniorenarbeit zu verbessern durch Bereitstellung von wohnortnahen Räumlichkeiten sowie professionelle Beratung und Unterstützung bei interkulturellen Begegnungen und der Bildung ethnischer und ethnisch-übergreifender Gruppen.
- Die Partizipation älterer Ausländer am politischen, rechtlichen und sozialen Leben der Bürgerschaft zu erleichtern durch Unterstützung von Maßnahmen

⁴¹ BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen) Positionspapier zur Solidarität mit älteren Ausländern, Bonn 14.08.2003

zu ihrer Einbindung in ehrenamtliche Engagementformen vor Ort, Verbesserung ihrer Mitgestaltungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten (z.B. durch den Aufbau von Beteiligungsstrukturen wie runde Tische zur Situation älterer Migranten) sowie Hilfestellung für von ihnen selbst organisierte Gruppen, Kulturzentren, Begegnungsstätten etc.

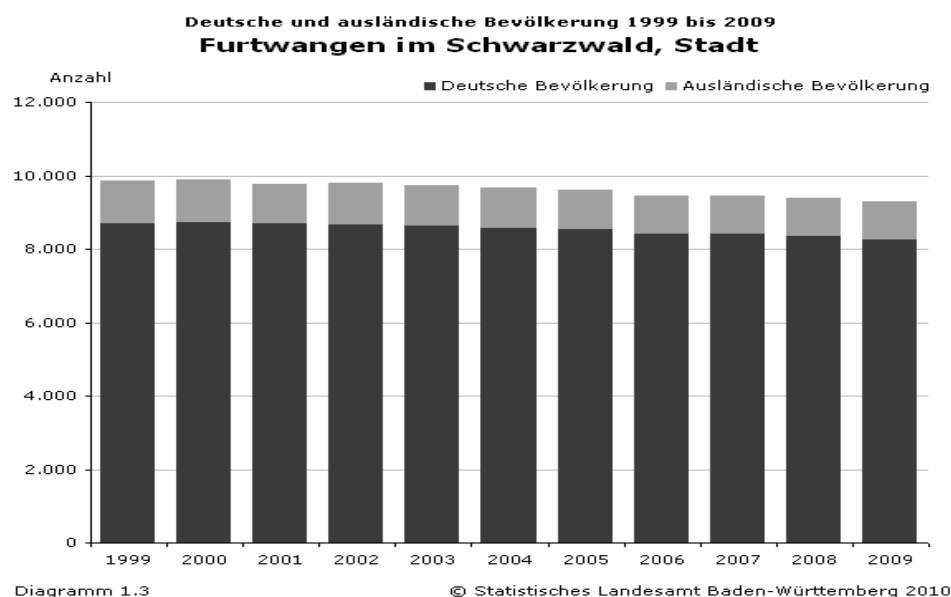
- Beseitigung von Benachteiligungen älterer Migrantinnen und Migranten durch eine spezielle Altenpolitik und Maßnahmenplanung. Diese sollte sich darauf richten, den Zugang zu Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe zu ebnen, Fortbildungsprogramme zur Förderung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter vorzuhalten sowie muttersprachliche Pflege- und Fachkräfte zu beschäftigen.

Ältere Aussiedler haben nach vorliegenden Erfahrungen teilweise ähnliche Merkmale und Probleme wie Arbeitsmigranten (auch hier ist Rückkehr und Pendeln ein Thema).

Spätaussiedler haben erhebliche Schwierigkeiten, in Deutschland heimisch zu werden⁴². Die wenigen, die noch kommen, halten sich eine Rückkehr offen. Die vielen, die da sind, kämpfen mit Problemen. Die Sprachtests machen ihnen zu schaffen.

Die älteren Spätaussiedler in Deutschland leben oft zurückgezogen. Sie sind innerlich nicht mehr hier angekommen. Ihren Familien haben die Älteren als im gewissen Sinne als Lokomotive für die Ausreise gedient. Doch ihr Bild von Deutschland stimmt nicht mehr. Sie erlebten, dass Ältere nicht den Respekt wie im Herkunftsland erhalten, sie leben isoliert und haben wenig oder gar keine Informationen über das Hilfesystem. Die gesundheitliche Versorgung von professioneller Altenhilfe ist ihnen völlig unbekannt, die deutsche Sprache wird nicht mehr gelernt, Integrationskurse stehen ab 65 Jahren nur noch gegen Bezahlung offen, das Sprachtempo ist ihnen zu schnell, der Arbeitsmarkt kommt nicht mehr in Frage.

Situation in Furtwangen



⁴² Pressebericht, Kappe, Petra, Aussiedler halten sich Rückkehr offen; in: Der Westen. Das Portal der WAZ-Mediengruppe, 13.08.2008

Im Jahre 2010 betrug der prozentuale Anteil der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger an der Gesamtbevölkerung in Furtwangen immerhin 11,1%.

Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ausländer am Wohnort 2010

Furtwangen im Schwarzwald, insgesamt	Ohne abgeschlossene Ausbildung	Mit abgeschlossener Lehre oder Anlernausbildung	Mit Abschluss einer FH, wiss. Hochschule oder Universität
409	213 oder 52,1 %	101 oder 24,7%	20 oder 4,9 %

Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ausländer am Arbeitsort seit 1999 nach Berufsausbildung bzw. Schulabschluss

Jahr insgesamt¹⁾ (30.6)	ohne abgeschlossene Ausbildung			mit abgeschlossener Lehre oder Anlernausbildung²⁾		mit Abschluss einer Fachhochschule oder wissenschaftl. Hochschule/Universität³⁾	
	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1999	466	258	55,4	123	26,4	14	3,0
2000	486	265	54,5	128	26,3	19	3,9
2001	501	273	54,5	131	26,1	19	3,8
2002	483	255	52,8	139	28,8	18	3,7
2003	418	219	52,4	113	27,0	18	4,3
2004	407	217	53,3	112	27,5	14	3,4
2005	409	209	51,1	122	29,8	15	3,7
2006	397	207	52,1	118	29,7	14	3,5
2007	409	207	50,6	121	29,6	22	5,4
2008	413	208	50,4	118	28,6	22	5,3
2009	401	194	48,4	116	28,9	28	7,0
2010	411	197	47,9	113	37,5	32	7,8

© für alle Grafiken: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2010/11

Mit einer zeitlichen Verzögerung macht sich auch bei den ausländischen Mitbürgern in Furtwangen die Alterung der Gesellschaft bemerkbar. Waren noch im Jahre 1985 von 891 ausländischen Mitbürgern nur elf älter als 65 Jahre (1,2%), 1993 mit 19 von 1200 nur 1,6% in dieser Altersgruppe, so waren es im Jahr 2008 von den 1080 ausländischen Mitbürgern (572 männlich, 508 weiblich) schon 66 Personen älter als 65 Jahre (6,1 % aller ausländischen Mitbürger). Über 50 Jahre alt sind insgesamt 265 Personen (24,5%). Im Vergleich hierzu sind bei der deutschen Bevölkerung allein 19,5 % über 65 Jahre alt und weitere 17 % zwischen 50 und 65 Jahren alt. Gerade ein Drittel (35,1 %) ist aktuell im mittleren Bereich von 25 bis 50 Jahre anzufinden, bei den ausländischen Mitbürgern ist es mit rund 48% etwa jeder Zweite. Auch wenn hier die Altersverhältnisse auf den ersten Blick günstiger erscheinen mag als bei den Deutschen, so darf man nicht außer Acht lassen, dass viele Ältere in ihre Heimat zurückkehren, um dort ihren Lebensabend zu verbringen. Hier beginnt, wie

man an den Zahlen erkennen kann, nun aber ein Umdenkungsprozess. Nicht alle kehren in die Heimat zurück, die sie vor 40-50 Jahren verlassen haben. Bei den hier geborenen ausländischen Mitbürgern wird dieser Prozess noch deutlicher werden. Sie bleiben zukünftig hier.

4.2 Bildung und Kultur

Außerberufliche Arbeit meist nicht als Arbeit, sondern als Freizeit angesehen. In der Freizeit habe man Spaß. Oder man engagiere sich in der Freizeit im „Ehrenamt“. Also habe man im Alter unendlich viel Freizeit für Ferien und Reisen und Spaß, eine auch heute noch zu hörende Sichtweise. Senioren bestimmen unabhängig über ihre Zeit selbst und haben tatsächlich (gegenüber Erwerbstätigen) viel disponible Zeit. Sinnsuche, Identität und Wahrnehmung von Aufgaben werden zur Privatsache⁴³.

Für Menschen ist **Bildung** ein wichtiger Teil ihrer Selbstverwirklichung. Ihre Bedürfnisse nach Bildung sind unter anderem abhängig von der Kultur, in der ein Mensch lebt und dem Wertesystem, dem der Mensch angehört⁴⁴.

Menschen in der dritten Lebensphase erleben eine Zeit des Umbruchs und der Neuorientierung nach dem Ausstieg aus dem Berufsleben, dem Auflösen der Kernfamilie, dem Verlust eines Partners oder dem Eintreten von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. In diesem Zusammenhang hat Bildungsarbeit die Aufgabe, zum einen kognitives Wissen zu vermitteln und zum anderen Fähigkeiten zu fördern, damit ältere Menschen den Anforderungen und Veränderungen im persönlichen Lebensbereich gewachsen sind und möglichst lange von Hilfesystemen unabhängig leben können.

Ansatzpunkt der Bildungsarbeit mit Senioren ist der Alltag und die Lebensgeschichte älterer Menschen. Die individuelle Lebensweltorientierung ermöglicht ein lebenslanges Lernen unabhängig vom Bildungsstatus, da die Angebote einen Bezug herstellen zur eigenen Person mit ihren Erfahrungen, Fähigkeiten, ihrem Wissen und ihren Fragen.

Bildung im Alter trägt zu einer vernünftigen Lebensweise im Alter und damit zu einem gelingenden Alter bei, wirkt lebensbereichernd, gesundheitsfördernd und somit lebensverlängernd. Themen der Altersbildung lassen sich in drei Blöcke aufteilen: **Kompetenzerwerb zur besseren Alltagsbewältigung.** Dazu zählen z. B. Kurse zum Gedächtnistraining, zur Sinnstiftung im Alter, zur Einsamkeit im Alter. **Kognitives Lernen und Wissensvermittlung.** Die Themen orientieren sich am klassischen Programm der Erwachsenenbildung. Dazu zählen die Bereiche Gesellschaft, Wirtschaft und Kultur, aber auch Sprachunterricht. **Qualifizierung für nachberufliche Tätigkeiten.** Ein Teil der Angebote der Altersbildung zielt direkt auf die Qualifizierung zum bürgerschaftlichen Engagement.

Nach einer Aufstellung des „Deutschen Netzwerkes der Interessenvertretungen von Senioren-Studierenden“ gab es im Jahre 2007 an zahlreichen Universitäten und Hochschulen für ältere Menschen die Möglichkeit des Gasthörer-Studiums (46 der 63 aufgeführten Hochschulen). Daneben bieten 22 Hochschulen ein spezifisches **Seniorenstudium** an, was sich aber bei genauerem Hinsehen als kaum verbessertes Gaststudium darstellt. Dies gilt im Wesentlichen auch für die vier sog.

⁴³ Altengerechte Stadt. Partizipation älterer Menschen als Chance für die Städte. Das Handbuch, hg. V. Gruyner, Herbert, ua. (Landeseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen). Wuppertal 2005, S. 61

⁴⁴ Seniorenplan 2003 Hannover S. 41f

Seniorenuniversitäten oder –hochschulen. Die Pädagogische Hochschule Schwäbisch-Gmünd bietet z. B. eine Vortragsreihe jeweils am Dienstagnachmittag, Gruppenveranstaltungen und Exkursionen an.

Einen Gasthörer-Status kann man auch bei der **Hochschule Furtwangen** University gegen Gebühr erwerben. Dadurch erhält man die Möglichkeit, bei entsprechender Vorbildung an ausgewählten regulären Lehrveranstaltungen zu den Themenbereichen Technik, Informatik, Medien, Gesundheit, Wirtschaft, Wirtschaftsingenieurwesen und Fremdsprachen teilzunehmen. Es ist am Aufbau einer Seniorenhochschule gedacht, die sich vornehmlich der Weiterbildung widmen soll.

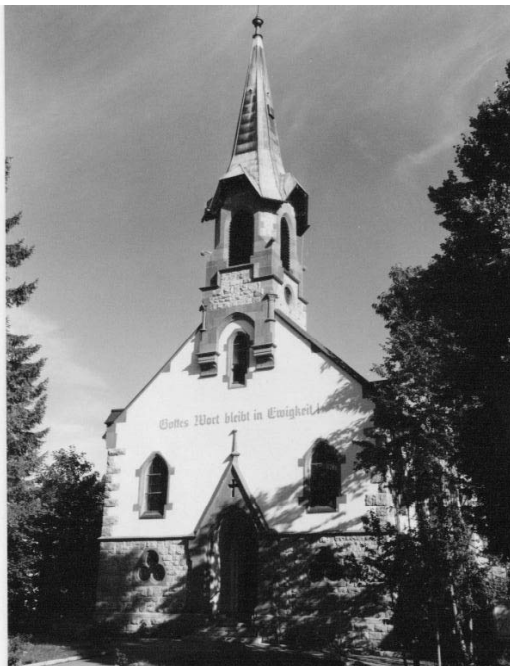
Senioren-Kulturkreise als Institution wenden sich an „jung gebliebene“, aktive Seniorinnen und Senioren am Heimatort. Solche Kreise in verschiedenen Städten haben gezeigt, dass ein großer Bedarf besteht, sich geistig und körperlich fit zu halten und kulturelle, künstlerische und sportliche Angebote wahrzunehmen. Es kann auch Hilfestellung beim Umgang mit modernen Medien und Techniken angeboten werden. Ein aktuelles Angebot könnte so aussehen:

Computer, Englisch, Foto, Gedächtnistraining, Geschichte, Gesellschaftstanz, Handarbeiten, Kegeln, Kulturfahrten und –reisen, Kunstgeschichte, Literatur, Musik, Philosophische Gespräche, Radfahren, Tanzen, Theater, Wandern, Wein, Wirtschaft und Finanzen, aber auch Vorträge zu aktuellen Themen.

Ein örtliches Beispiel für eine Qualifizierungsmaßnahme sei hier angeführt: Bei der **Volkshochschule Oberes Bregtal** wurden 2009 ältere Furtwanger Bürger zum ehrenamtlichen Museumsführer des Uhrenmuseums ausgebildet. Diese Besonderheit steht im Kontrast zu anderen Programmpunkten, die weniger auf eine Ausbildung ausgerichtet sind. Spezielle Seniorenprogramme gibt es bei der Volkshochschule nicht. Sämtliche Programmpunkte sind für alle Bevölkerungsgruppen vorgesehen.

Auf Kleinkunst- und Kabarett-Abende hat sich die **Kulturfabrik Furtwangen** spezialisiert. Das Programmangebot richtet sich an alle Bevölkerungsgruppen. Spezielle Seniorenprogramme gibt es nicht.

Anders sieht es mit dem **Altenwerk St. Cyriak Furtwangen** der Katholischen Pfarrgemeinde St. Cyriak Furtwangen aus. Deren Programme wenden sich an die ältere Generation. Es werden Tanznachmittage, Gottesdienste und Wallfahrten, Tagesfahrten in die weitere Umgebung, Konzerte der Jugendmusikschule und Vorträge der Volkshochschule im 14tägigen Rhythmus angeboten.



Im Seniorenkreis „Fröhliche Senioren“ der **Evangelischen Kirchengemeinde** werden alle zwei Wochen Geistliches und Geselliges angeboten. Der Spielekreis (ebenfalls zweiwöchentlich) wird bevorzugt von Senioren besucht. Der Seniorenkreis Jungsenioren führt einmal im Monat eine Veranstaltung im Rahmen seines Erwachsenenbildungsprogrammes durch.

Schließlich findet monatlich eine Andacht im Altenheim St. Cyriak statt.

Die **Altkatholische Kirchengemeinde** bietet den Senioren einmal im Monat einen Gottesdienst mit Seniorennach-mittag und ebenfalls einmal monatlich einen Seniorengottesdienst (bei Lothar Ketterer) in Neukirch an.

4.3 Ehrenamt

In seinen Empfehlungen zum **bürgerschaftlichen Engagement** in der Altenhilfe lobt die wissenschaftliche Begleitforschung zu 20 bundesweiten Einzelprojekten, dass es überraschend gut gelungen sei, freiwillige Helferinnen und Helfer in der Altenhilfe zu aktivieren. Ihr Einsatz trage zur Entlastung der Angehörigen, zur Verbesserung des Lebensgefühls der Betreuten und zur Qualifizierung und Absicherung der Pflegeverhältnisse äußerst wirksam bei. Die Evaluationsergebnisse zeigten aber auch, dass bürgerschaftliches Engagement kein Ersatz für die Pflegearbeit von Professionellen und Angehörigen sei, sondern eine wichtige und bereichernde Ergänzung der Pflegeverhältnisse darstelle⁴⁵.

Ohne die Mobilisierung bürgerschaftlichen Engagements würde die notwendige Stärkung der Altenhilfe nicht möglich und nicht bezahlbar sein. Ehrenamtliche Arbeit müsse als fester Bestandteil in die Altenhilfe eingebunden sein und von den Hauptamtlichen auch als notwendiger Bestandteil anerkannt werden. Erforderlich seien klare Absprachen zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich Tätigen, um Konkurrenzdenken abzubauen und das Selbstwertgefühl beider Seiten zu stärken.

Mit ihrem bürgerschaftlichen Engagement – nicht nur in der Altenhilfe – übernehmen ältere Menschen Verantwortung für die Mitgestaltung ihres Lebensortes und des Zusammenlebens. Das ist jedoch nur möglich, wenn Menschen erleben, dass sie wirklich Einfluss auf die Gestaltung haben. Bürgerschaftliches Engagement ist eines der Zukunftsfelder der älter werdenden Gesellschaft. Für die Würdigung entsprechender Leistungen braucht es außerdem eine gezielte Anerkennungskultur und Öffentlichkeitsarbeit. Hier sind längst nicht alle Potenziale erschlossen.

Angeregt durch das Bedürfnis, sich zu engagieren und möglichst im direkten Lebensumfeld mitgestalten zu wollen, machen sich viele ältere Menschen auf die Suche nach einem Betätigungsfeld und Möglichkeiten für Engagement. Wer sich zu freiwilligem Engagement informieren und beraten lassen möchte, braucht eine Anlaufstelle und kann sich vor allem an die mittlerweile 300 **Seniorenbüros** in Deutschland richten⁴⁶.

Seniorenbüros sind Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen für Engagement älterer Menschen in der nachberuflichen und nachfamiliären Lebensphase. Sie bieten individuelle Orientierung, Beratung und Qualifizierung für ein Engagement, betreuen die ersten Schritte im Engagement und begleiten auch gerne langfristig.

Seit dem Jahre 2009 fungiert Walter Kimmig als Behindertenbeauftragter der Stadt Furtwangen und hält im Rathaus Sprechstunden ab, die auch von den betroffenen Senioren genutzt werden können.

⁴⁵ Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm, hg. V. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Red. Gerhard Schüler. Lage 2004, S. 209

⁴⁶ Themenschwerpunkt: Bürgerschaftliches Engagement im Fokus. Beweggründe, Motive und Erwartungen älterer Ehrenamtlicher. Forum Seniorenarbeit NRW 11/2007, S. 36. Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros, Homepage.

Zukünftige kommunale Aktivitäten:

- Verstärkte kommunale Aktivitäten zur Integration von Ausländern, insbesondere für ältere Menschen.
- Einrichtung einer kommunal getragenen oder einem sozialen Träger übertragenen Anlaufstelle für ausländische Mitbürger, gleich welchen Alters.
- Bildung eines Seniorengesprächskreises (bürgerschaftliches Engagement) zur Förderung seniorenpolitischer Entscheidungen in den Bereichen Altenhilfe, Kultur, Mobilität etc.
- Einrichtung eines kommunal mit-/getragenen Seniorenbüros als Anlaufstelle für die Wohnberatung, Pflegestützpunkt etc.
- Bildung eines Unterstützerkreises im Rahmen dieser Anlaufstelle.

5. Mobilität

Der Öffentliche Personennahverkehrs auf dem Lande konnte sich für viele Jahre auf die Senioren als zweiten Standbein neben den Schülern verlassen. Seit einigen Jahren wandelt sich das Mobilitätsverhalten der Senioren grundlegend. Auf die im Lauf des Lebens erworbenen Verkehrsgewohnheiten will man auch im Alter nicht verzichten. Ein Wechsel vom Individual- auf den öffentlichen oder nichtmotorisierten Verkehr wird immer weiter nach hinten verschoben. Ein Großteil der Senioren verfügt heute sowohl über einen Führerschein als auch über ein Auto, so dass man für diese Bevölkerungsgruppe attraktive Angebote erarbeiten muss, um sie zum Umsteigen bewegen zu können. Wie schwierig dies ist, sieht man daran, dass die Gruppe der über 65-Jährigen das stärkste Wachstum bei der Pkw-Nutzung als Hauptverkehrsmittel aufzuweisen hat⁴⁷.

Eine besondere Rolle spielt dabei die erhöhte Führerscheinverfügbarkeit insbesondere bei älteren Frauen. Während nur knapp 38 % der über 75-Jährigen Frauen in den alten Bundesländern Auto fahren können, sind es bei den unter 65-Jährigen über 80 %. Die Verkehrsunternehmen müssen sich in den kommenden Jahren auf eine deutlich erhöhte Wahlfreiheit bei den Senioren einstellen. Wer alt ist, ist nicht mehr automatisch ÖPNV-Nutzer.

Die Zahl der Hochbetagten (also über 85 Jahre alt) ist stetig im Steigen. Ihre Mobilität nimmt kontinuierlich ab, die Zunahme der Zahl der Hochbetagten hat für den öffentlichen Nahverkehr aber noch keine größeren Auswirkungen. Dies wird sich in den kommenden Jahren drastisch ändern.

Die öffentliche Finanznot hat – mitbedingt durch eine schrumpfende und alternde Bevölkerung – in vielen Gemeinden Nordostdeutschlands bereits dazu geführt, dass Lücken in der **wohnnahen Grundversorgung** (Lebensmittel, Post, Banken) entstanden sind. Darüber hinaus erschwert ein eingeschränkter ÖPNV für Bürger ohne PKW den Zugang zu überregionalen Verkehrsanbindungen, qualitativ hochwertigen Dienstleistungen, Fachärzten oder Amts- und Kreisverwaltung. Bisher wird versucht, diese Engpässe über familiäre Unterstützungsleistungen oder Nachbarschaftshilfe abzufedern.

⁴⁷ Auswirkungen des demographischen Wandels auf den öffentlichen Personennahverkehr in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg. Abschlussbericht. Universität Mannheim, Lehrstuhl für Wirtschaftsgeographie. Bearb. Tim Leibert und Ansgar Schmitt-Veltin. Mannheim 2006

Für eine schnell alternde ländliche Bevölkerung mit einem steigenden Anteil (immobiler) Hochbetagter, die nicht mehr ohne weiteres auf ihre (abgewanderten) Kinder und Enkel rechnen dürfen, lässt sich die zukünftige Versorgung unter gegebenen Umständen als prekär beschreiben. Die Studie zur „Daseinsvorsorge im peripheren ländlichen Raum“ (2007) hat am Beispiel der Gemeinde Galenbeck in Mecklenburg-Vorpommern aufzeigen können, dass die befragten Bürger bereits heute neben der Aufrechterhaltung des ÖPNV eine verbesserte wohnortnahe Versorgung mit Lebensmitteln und Gütern des täglichen Bedarfs für notwendig halten.

Auffällig war in der Gemeinde nicht nur eine Grundversorgung auf niedrigstem Niveau, sondern im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt auch ein schwach ausgeprägtes bürgerschaftliches Engagement. Die geringe öffentliche Beteiligung der Bürger lässt sich nicht zuletzt auf die Reduzierung von sozialer und kultureller Infrastruktur („soziale Orte“) zurückführen. Gibt es keine öffentlichen Räume mehr wie Dorfläden oder Postfilialen, sind Schulen und Kirchen geschlossen, dann erlischt öffentliche Kommunikation und Teilhabe zusehends.

Für jeden Bevölkerungsteil ist das Erreichen ausgewählter kommunaler Infrastruktureinrichtungen in zumutbarer Zeit per Individualverkehr bedeutsam⁴⁸. Im Alter nimmt neben der Wohnung das unmittelbare Wohnumfeld an Bedeutung zu. Unter Infrastruktur wird hier das Angebot an Nahrungsmitteln und anderen Waren und Dienstleistungen für den täglichen Bedarf verstanden. Die gute Erreichbarkeit dieser Angebote trägt zum Erhalt von Selbstständigkeit und Wohlbefinden von alten Menschen und Menschen mit Behinderung bei und ermöglicht zugleich die gesellschaftliche Teilhabe in ihrem Wohnumfeld. Hierfür ist die Zugänglichkeit zu den Angeboten, d. h. ob Einrichtungen für die Grundversorgung fußläufig erreichbar sind („Stadt der kurzen Wege“) oder ob sie mithilfe gut ausgebauter öffentlicher Verkehrsmittel leicht erreicht werden können (Zentralität) von großer Wichtigkeit.

Bei allen Wohnformen spielt der Wunsch der (meisten) Bewohner nach sozialem Austausch und gegenseitiger Unterstützung eine Rolle.

Im Rahmen der Grundversorgung sollte die fußläufige Erreichbarkeit von Lebensmittelgeschäften, Bäcker, Post, Geldinstitut, Frisör usw. 500 m Entfernung von der Wohnung nicht übertreffen.

Bei der ÖPNV-Anbindung sollte das Netz im allgemeinen alle 500 Meter eine Haltestelle aufweisen.

Seit 1994 wird das Thema **Stadtbuslinie** immer wieder behandelt. Im Jahre 2002 fasste der Gemeinderat hierzu auch einen Beschluss, der vorsah, versuchsweise einen öffentlichen Personennahverkehr in der Kernstadt für die Bereiche Ilben, Kussenhof und Altenheim für sechs Monate ab dem Schuljahr 2002/2003 im Zusammenhang mit der Schülerbeförderungslinie Katzensteig – Martinskapelle mit einem Kleinbus der SBG einzuführen. Im Sommer 2002 wurde mit der VSB und der SBG als Betreiberin intensiv verhandelt. Die SBG bot an, für eine Betriebszeit von mindestens vier Jahren einen VW-Kleinbus anzuschaffen. Der Stadt würden die Fahrleistungen von 24500 km pro Jahr in Höhe von 64960 € (bei acht Jahren wären dies 60320 €) in Rechnung gestellt.

Die Einnahmeseite sah aus Sicht der SBG dahingehend aus, dass beim Stadtverkehr pro Tag rund 50 Kunden befördert werden könnten. Man solle hierbei Zehnerkarten ausgeben, da sämtliche Einnahmen normalerweise in einen großen Topf wandern

⁴⁸ Sozialplanung für Senioren. Website der Bertelsmann-Stiftung. 2011. Indikator Infrastruktur 3.3.b

würden, aus dem auch die SBG einen bestimmten Anteil erhalte. Dieser Anteil wäre geringer als die echten Fahrgeldeinnahmen, was nicht im Interesse der Stadt Furtwangen sein könne. Um die Einnahmen aus den Binnenfahrscheinen der Zone 6 dem Stadtbus Furtwangen allein zugute kommen zu lassen, könnte man eine für die VSB neue Zehnerkarte einführen.

Diese 50 Kunden würden ca. fünf Zehnerkarten pro Tag entsprechen. Bei 250 Tagen im Jahr würden somit 1250 Zehnerkarten ausgegeben zum damaligen Preis von ggf. 12 €. Es entstünden damit Einnahmen in Höhe von 15000 € im Jahr.

Der Zuschuss durch die Stadt Furtwangen hätte demnach damals 49960 € betragen. Ein Teil des Ganzen hätte man durch eine Abmangelbeteiligung des Landratsamtes decken können.

Aufgrund der Haushaltslage konnte die Einführung des Stadtbuslinienverkehrs im März 2003 nicht umgesetzt werden.

Zukünftige kommunale Aktivitäten

- Ausbau des ÖPNV-Angebots (Stadtbuslinie).
- Verbesserung der Aufenthaltsqualität (WC-Anlage, Ruhebänke, öffentliche Telefone etc.) flächendeckend, insbesondere im Einkaufsquartier Moos.
- Verbesserte Fußläufigkeit in der Kernstadt und im Verflechtungsgebiet, im Winter sicher und barrierefrei (unter Einsatz auch von Querungshilfen, Rollatorfähigkeit, Schneeräumung).
- Telefonhäuschen.
- Im Bereich der Verwaltungsaktivitäten: Barrierefreier Internetauftritt, Beachtung der Lesbarkeit von Schriftstücken, vor allem für sehgeschwächte ältere Menschen.

6. Schluss

Die voranstehenden Äußerungen sind Grundlage einer Bestandsaufnahme, die von der Stadtverwaltung allein nicht erstellt werden kann. Die gesamte Bevölkerung ist aufgerufen, sich an diesem Prozess zu beteiligen. Denn es geht um ihre Zukunft. Die Stadtverwaltung kann diesen Prozess moderieren und die Resultate im Rahmen der Daseinsvorsorge für alle Generationen umsetzen.

Dieser Seniorenplan sollte in einem bürgerschaftlichen Konsens erarbeitet werden. Ohne eine ausreichende Akzeptanz in der Bevölkerung ist er leblos.

Der bürgerschaftliche Konsens bedeutet, dass neben den beruflich betroffenen Gruppen, wie Ärzte, Altenheim, Sozialstation, gemeinnützige Hilfsorganisationen, private Pflegegruppen, auch Vereine (Sport, kulturell orientierte Vereine, Kirchengemeinden etc.) und der einzelne Bürger seine Meinung einbringen können. Die Bürgerschaft in allen Altersstufen ist von den Ergebnissen betroffen. Sie wirken sich auf alle Bevölkerungsgruppen aus. Da die Mittel stets knapp waren, bedurften Ausgaben schon immer einer Begründung. Sie waren manchmal durch Einsparungen an anderer Stelle zu finanzieren. Es ist auch heute nicht anders. So können auch heute Ausgaben für eine Bevölkerungsgruppe nur im gesellschaftlichen Konsens vorgenommen werden.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass viele Einzelmaßnahmen grundsätzlich allen Gruppen zugute kommen sollen und auch werden. Sieht man vom Altenheim ab, sind alle Einrichtungen für alle Generationen da.