

## Seniorenbeirat

20.2.13

Beschlussvorschlag zum internen Entwurf

### **Seniorenpolitisches Konzept für die Landeshauptstadt Magdeburg Aktivität und Hilfe im Alter**

Bearbeitungsstand 16.1.2013

Der Seniorenbeirat der Landeshauptstadt Magdeburg möge beschließen:

Der Seniorenbeirat begrüßt sehr, dass in der Verwaltung der Landeshauptstadt Magdeburg an einem Konzept gearbeitet wird, wie in Zukunft ein Anteil von mehr als 30 % unserer weiter zunehmend alternden Bevölkerung durch ein Seniorenpolitisches Konzept besondere Beachtung finden soll.

Das Konzept wird die vom Stadtrat bereits beschlossenen Seniorenpolitischen Leitlinien, welche handlungsanleitend für die Damen und Herren der gesamten Stadtverwaltung sein sollen, unterlegen.

Dem vorliegenden internen Entwurf in seiner vorhandenen Fassung kann der Seniorenbeirat noch keine uneingeschränkte Zustimmung als Empfehlung für den Oberbürgermeister und den Stadtrat zur Beschlussfassung erteilen.

Der Seniorenbeirat empfiehlt dringend, Fachleute aus dem Bereich der Hochschule Magdeburg Stendal und gegebenenfalls der Universität Magdeburg in die Konzeptentwicklung einzubeziehen und entsprechend der gesammelten Erfahrungen im hinter uns liegenden Bearbeitungszeitraum der vergangenen 3 ½ Jahre um Stellungnahme und ggf. inhaltliche Anregungen zu ersuchen.

Der Seniorenbeirat wird im Rahmen seiner eigenen fachlichen Möglichkeiten auch in den kürzlich gegründeten Arbeitsgruppen des Beirates zur weiteren Konzeptgestaltung Hinweise und Anregungen geben, um möglichst zeitnah dem Herrn Oberbürgermeister und den Damen und Herren des Stadtrates mit der Stellungnahme des Beirates mitteilen zu können, dass das durch wissenschaftlich betrachtete Ergänzungen und Hinweise unterlegte Konzept ihrer Zustimmung empfohlen wird.



Westphal

## Votum

### Beschluss der AG Pflege zur Vorlage im Seniorenbeirat

Bei dem vorgelegten Seniorenpolitischen Konzept der Stadt Magdeburg ist der breit angelegte Prozess der Beteiligung vieler Magdeburger Seniorinnen und Senioren positiv zu würdigen. In den Partizipationsprozess jedoch nicht eingezogen - und im Text insgesamt zu wenig berücksichtigt - ist die Gruppe der weniger mobilen Senioren.

Den eigenen Anspruch auf ein zukunftsweisendes Handlungskonzept erfüllt die aktuelle Fassung derzeit nach Einschätzung des Seniorenbeirates noch nicht.

Eine Überarbeitung des Konzepts empfehlen wir insbesondere wegen folgender Kritikpunkte, für die wir um Nachbesserung bitten:

- Fehlende Zukunftsorientierung: Das Konzept protokolliert den Ist-Zustand und beschreibt sehr ausführlich das, was ist, benennt allerdings nicht konkret das, was sein soll.
- Nötig ist eine intensivere Beteiligung von Experten aus Verwaltung + Hochschule (Prof. Wolf + Prof. Heusinger/ FH, Dr. Albrecht/ SEFKOV, Dr. Hoppe/ Stat. Amt - Bürgerpanel, Demenz-Initiative, Alzheimer Gesellschaft, Gesundheitsamt, H.-P. Pischner/ Behindertenbeauftragter, Wohnen & Pflege, Stadtplanungsamt u.a.m.).
- Nötig ist eine klare Verknüpfung von Analyse und den entsprechenden strategischen Maßnahmen sowie ein Handlungskonzept mit konkretem Zeitrahmen.
- Nötig ist eine größere Differenzierung und Gewichtung der Unterstützungsbedarfe bzw. Hilfebedürftigkeit bei den unterschiedlichen Senioren(-gruppen).
- Wünschenswert wären handlungsorientierte Schlussfolgerungen aus dem demographischen Wandel - vor allem im Bereich der Pflege (u.a. zum Stichwort „ambulant vor stationär“) sowie zu den Themen Demenz, Angehörigenarbeit, Nachbarschaft, Beratung & Information.
- Wünschenswert wäre eine umfangreichere Einbeziehung der Ergebnisse des Magdeburger Seniorenforums.

Ferner fehlt ein Vorwort, in dem Methodik, Strategie, Zielsetzung und struktureller Aufbau des SPK erläutert werden sowie das zugrundeliegende Altenbild reflektiert wird.

**Hinweise - Stichworte für anstehende Überarbeitung:**

Straffung des Textes

Folgende zentrale Themen wurden unzureichend berücksichtigt:

Konzept für niedrigschwellige Beratung + Information

Nachbarschaft

Angehörigenarbeit

Demenz

Pflege

Koordinierung vorhandener Netzwerke

Auch die ungewöhnlich hohe Heimquote in MD (über 40 %) wird nicht reflektiert, der drohende Pflegenotstand nicht thematisiert, der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird schlagwortartig erwähnt, ohne Hinweise auf die praktische Umsetzung (Angehörigenarbeit, Pflegekonzept, Beratung) und konkrete Daten für MD.

Problem: Beteiligung - beteiligte Gruppen nicht repräsentativ

Dr. Ulrike Dietrich  
Klinkebachstr. 21  
39116 Magdeburg

29.01.2012

Fachärztin Innere Medizin/Geriatrie  
Chefärztin Klinik für Geriatrie Dominikus-KH Berlin i.R.  
Mitglied der Demenzinitiative Magdeburg

## **Statement zum Seniorenpolitischen Konzept der LH Magdeburg von 12/12**

### **Allgemeine Einschätzung**

Das Konzept krankt an der fehlenden Einbeziehung von Fachkompetenz: Es ist weder die Expertise der mir bekannten zwei Diplom-Gerontologen der Stadtverwaltung, noch die der Demenzinitiative oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes eingeflossen.

Es fehlt die wissenschaftliche Sichtweise der Fachhochschule auf das Thema-obwohl diese Einrichtung mit dem Projekt „Seniorenfreundliche Verwaltung“ mit dem Problematik befaßt ist und es fehlt die Einbeziehung weiterer Experten wie z.B. der Sozialarbeit und der Geriatrie.

Das Konzept basiert auf einem grundsätzlichen Mißverständnis, indem es davon ausgeht, daß der Veränderung des Alters- und Alternsbildes von einem reinen Defizitmodell hin zu einem aktiveren und vor allem aber ressourcenorientierten Konstrukt automatisch eine fittere und aktivere Seniorengeneration folgt. Das Gegenteil ist der Fall:

Mit der höheren Lebenserwartung ist eine exponentielle Zunahme von altersassoziierten Erkrankungen (dementielle Syndrome, Schlaganfälle, Frakturen, Maculadegeneration...), die mit Verlust von Alltagskompetenz einhergehen, verbunden.

Ein seniorenpolitisches Konzept sollte den Schwerpunkt darauf legen, diese Zielgruppe, die häufig nicht in der Lage ist, ihre Bedürfnisse zu artikulieren und keine Lobby hat, aufzuspüren, aufzusuchen und ein abgestuftes sinnvolles Hilfesystem für diese unterprivilegierte Gruppe zu etablieren, indem die Ressourcen dieser Menschen entdeckt und unterstützt werden. Damit könnte auch für diese Gruppe ein möglich selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im gewünschten Umfeld unter Berücksichtigung von Aspekten der Teilhabe und Würde ermöglicht werden. Diese Gruppe ist bisher anonym in unserer Stadt und kommt nur durch Meldungen über „hilflose Personen in inadäquater Umgebung“ ins Bewußtsein.

Die zahlenmäßig kleinen Gruppen von Homosexuellen und Migrantinnen unter den Senioren nimmt im Konzept dagegen breiten Raum ein, obwohl diese Gruppen eine gute Lobby haben und durchaus im Blickpunkt der Politik sind. Für die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner von APH sind die Träger in der Pflicht, hier ist die Stadtverwaltung im Sinne der Kontrolle auf die Möglichkeit von Teilhabe etc. gefragt.

Die Gruppe der aktiven Senioren wird sich ihre Teilhabe suchen und finden, wenn die Stadtverwaltung dafür günstige Rahmenbedingungen schafft, was zur Zeit geschieht und umfänglich im Konzept beschrieben wird, wobei mögliche Verbesserungspotentiale leider nicht konkret benannt werden (z.B. Etablierung von Rahmenempfehlungen für Senioren-WGs oder Demenz-WGs, kostenlose Abholdienste für immobile Senioren).

Im vorliegenden Konzept ist das Thema „Aktivitäten“ übergewichtet, das Thema „Hilfen (für die, die sich nicht selbst helfen können)“ dagegen nicht im Fokus. Neben dem Erkennen und

Akzeptieren dieser Problematik muß im Konzept eine strukturierte Vorgehensweise für diese Gruppe der Senioren vorgeschlagen und die Etablierung eines entsprechenden Hilfsangebotes aufgezeigt werden. Es sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen, diese wachsende Gruppe der meist allein und völlig vereinsamt Lebenden aus der Anonymität zu holen.

Welcher Struktur bzw. Systematik das Konzept folgt, hat sich mir leider nicht erschlossen. Es ist durch quälende Wiederholungen gekennzeichnet (die Gruppe der Heimbewohner, homosexuellen und migrierten Alten zieht sich durch das Konzept – während größere und problematischere Gruppen ohne Lobby weitgehend ausgeblendet werden).

### **Kommentare zu einzelnen Aspekten im vorliegenden Konzept**

S.4 - „die Zahl der hilfe- bzw. pflegeabhängigen alten Menschen wird sich erhöhen“  
Um Hilfebedarfe einschätzen und planen zu können, sind hier konkrete Zahlen zu nennen bzw. Hochrechnungen vorzunehmen. Gleichzeitig sollte benannt werden, was die Stadtverwaltung plant, um diese Gruppe effektiv zu unterstützen und die von den Betroffenen meist nicht gewünschte Heimeinweisungen zu vermeiden. Nur so ist es möglich, dem Pfl egenotstand und der Bindung öffentlicher Finanzen an die (noch) nicht erforderliche Heimversorgung zu begegnen. Hierher gehören auch konkrete Maßnahmen für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen.

S.5 - zur „eigenständigen Lebensführung“ gehört die konkrete Benennung der Bedingungen, die dafür Voraussetzung sind.

Zur Definition der Zielgruppe sollten Definitionen von wiss. Fachgesellschaften oder Bundesarbeitsgemeinschaften herangezogen werden, z.B. ab 75 Jahre mit dem Risiko des Verlustes von Alltagskompetenz und ab 65 mit eingeschränkter Alltagskompetenz. „Ältere Menschen mit Behinderung“ sagt nichts über Hilfebedarf aus, soweit die Behinderung kompensierbar ist, besteht keiner.

S.7 - wenn Probleme ab 80 vermutet werden (S.6), warum werden dann nur Zahlen der über die Gruppe der über 65Jährigen verwendet, gibt es keine differenziertere Statistik? Die wäre aber für weitere Planungen erforderlich.

S.8 - Ja, Altern bedeutet nicht automatisch Hilfebedarf, ...aber eben doch auch. Hier wäre es für Planungen erforderlich, den Hilfebedarf in 5-Jahresgruppen ab 65 zu kennen, notfalls auch über die Statistiken der Pflegekassen. Zu deren Zahlen muß man dann den Pflegebedarf, der noch keine Pflegestufe rechtfertigt, hinzurechnen.  
Und die Stadtverwaltung muß sich der besonderen Gruppe zuwenden, die ihren Hilfe- und Pflegebedarf nicht artikulieren und damit auch nicht anmelden und einfordern kann, bisher anonym ist und in keiner Statistik erscheint.

Nein, mit ASZs, offenen Treffs, AK für Seniorenfragen und Ehrenamtlichen-Engagement ist noch keine ausreichende Voraussetzung geschaffen, um den Herausforderungen des demografischen Wandels gerecht zu werden. Denn die größer werdende Gruppe der Vereinsamten, die sich nicht artikulieren kann und auf eine zugehende Altenarbeit angewiesen ist, wird damit nicht erfaßt. Diese Gruppe wird folgerichtig ausgeblendet, denn auch in den Seniorenpolitischen Leitlinien der LH Magdeburg wird das Alter als eine aktive Lebensphase ...gesehen, in der Mitgestaltung des gesellschaftlichen Lebens ermöglicht werden soll, aber die, die nicht das Glück haben, ihr Alter selbst als aktive Lebensphase zu

gestalten, werden hier auch ausgeblendet. Im Rahmen der Daseinsfürsorge der Kommune auch für die alten Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – Ihren Hilfebedarf nicht anmelden können, müssen zugehende Konzepte der Verwaltung etabliert werden. Erst dann wären diese Menschen zu aktiver Teilnahme befähigt.

S.13/14 – In den gen. 6 AG fehlte offens. eine Vertretung der Interessen/Bedürfnisse von Demenzerkrankten, obwohl diese in den seniorenpolitischen Leitlinien der LH MD Erwähnung finden. (z.B. Demenzinitiative, ALZHEIMER Gesellschaft, Sozialpsych. Dienst, Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Behinderten-Beauftragter...) Dieses ist ein erhebliches Defizit, weil die geschätzten 5000-7000 dementiell Erkrankten der Stadt damit als große hilfsbedürftige Gruppe ausgegrenzt wurde. Alle anderen Gruppen können Ihre Bedürfnisse selbst artikulieren und ihre Rechte einfordern.

(Hier würde sich mein Entwurf einer zugehenden Altenarbeit für die Senioren, die sich nicht selbst artikulieren können, gut einfügen.)

5.1.1. - umfaßt auch, daß die Kommune geeignete Maßnahmen ergreift, um die immobilen, demenzkranken und aus anderen Gründen extrem in ihrer Alltagskompetenz Eingeschränkten zu erreichen, die nicht in der Lage sind, um Teilhabe und ihre Rechte aktiv zu kämpfen. Hilfsangebote müssen nicht nur bekannt sein und bekannt gemacht werden, sondern auch in neuer Form zu der bisher nicht erkannten anonymen Zielgruppe durch zugehende Sozial- und Altenarbeit gebracht werden.

Zwei WGs für Demenzerkrankte – und welche Standards/Rahmenempfehlungen hat die Stadtverwaltung erarbeitet, damit „Wildwuchs“, der den Betroffenen nicht gerecht wird, vermieden werden kann?

5.1.2.2. - Für den „immobilen Teil der Bevölkerung“ müssen bezahlbarer Bringdienste für Waren des tgl. Bedarfs vorhanden sein. Was tut die Stadtverwaltung dafür?

5.1.2.4. - Sind in MD Niederflurbusse für Rollstuhlfahrer im Einsatz und im (beleuchteten und lesbaren) Fahrplanaushängen gekennzeichnet?

5.1.2.6. - Die ASZ beginnen erst jetzt, sich der Beratung/Betreuung von Demenzkranken und deren Angehörigen zu widmen. Eine aufsuchende Sozialarbeit im Kiez, die hilfsbedürftige, isoliert Lebende entdeckt und deren problematische Situation verbessern könnte, ist jedoch noch nicht angedacht/etabliert.

5.1.2.7. - Die Stadtverwaltung muß geeignete Wege finden, um die Zielgruppe derer, die nicht in der Lage sind, ihren Hilfebedarf zu artikulieren, zu signalisieren oder rechtzeitig Hilfen selbst zu organisieren aus der Anonymität zu holen. Jeder Fall einer hilflosen (noch lebenden oder schon verstorbenen) Person in einem inadäquaten Ambiente sollte aktiv seitens der Stadtverwaltung verhindert werden.

(Hierzu würde sich ein entsprechendes Nottelefon und die Aufklärung der Bevölkerung mit dem Ziel, Auffälligkeiten/vermutete Notsituationen an einer zu schaffenden geeigneter Stelle bekanntzugeben, anbieten)

5.1.3. - Auch hier ist nicht an „meine Zielgruppe“ gedacht; gibt es in jedem Stadtteil eine Anlaufstelle, bei der jeder Bürger niedrigschwellig unter Wahrung von Datenschutz den vermuteten Hilfebedarf eines alten Menschen anmelden kann? Wird dazu in Kampagnen Mut gemacht? Gibt es einen strukturierten Plan, nach dem in solchen Fällen seitens der Stadtverwaltung gehandelt wird?

Dies aber wäre ein essentielles Kriterium für die Wahrnehmung der Daseinsfürsorge der Stadtverwaltung für „meine Zielgruppe“.

Lemsdorf - ganz außerhalb meiner Zielgruppe: keine Einkaufsmöglichkeit im Dorfkern für den täglichen Bedarf, keine Post: Ältere kommunizieren nun mal nicht über Internet und brauchen simple Briefmarken und natürlich wurde die Sparkassenfiliale auch geschlossen. Nach Sudenburg kommt man aber nicht barrierefrei. Der Busknotenpunkt Braunlager Straße ist auch sehenswert (stadtausw. Halber rechts hinter dem Kiosk): kein Häuschen, keine Sitzgelegenheit, keine Barrierefreiheit.

5.1.4. - Aber es könnten Rahmenbedingungen für Senioren-WGs erarbeitet werden, damit möglichst Abzocke ohne adäquates Angebot vermieden wird, indem sich Betroffene/ Angehörige anhand dieser informieren könnten.

- MD ist eine der Städte in Deutschland mit der höchsten Rate an Pflegeheimbewohnern. Dies deutet auf eine nicht optimale Wohn- und Wohnumfeldsituation, auf unzureichende ambulante Hilfsangebote, auf unzureichende Unterstützung pflegender Familien und vor allem auf ein unzureichendes Hilfsangebot für Demenzkranke und deren Angehörige hin. „umfassende Beratung = Abhilfe“?

Aber was ist konkret in welchem Zeitfenster von welchem Akteur dafür zu leisten?

Was will konkret die Stadtverwaltung für Abhilfe tun?

Ob es die genannten „Anlauf- und Koordinierungsstellen“ schon gibt und wie diese wirksam sind, erschließt sich mir nicht.

Es wäre ein tolles Konzept zur Vermeidung von Heimeinweisungen, mit dem die Stadt in die Geschichte eingehen könnte, wenn versucht würde, durch gezielte Maßnahmen im Umfeld des Betroffenen (vom Pflegedienst bis zur Nachbarschaftshilfe, von der geriatrischen Rehabilitation in Klinik, Tagesklinik bis zur Tages- oder Nachtbetreuung) jede Heimeinweisung, die in der Regel eine Einbahnstraße ist und die öffentlichen Kassen (leider hier die des Landes und nicht die der Stadt) unnötig über Sozialhilfe belasten, hinauszuschieben oder gänzlich zu vermeiden. Die Heimeinweisung aus einem Krankenhausaufenthalt ohne den Versuch einer geriatrischen Rehabilitation dürfte es überhaupt nicht geben, würde der Sozialgesetzgebung „ambulant vor stationär“ gefolgt. Daran angeschlossen ein begleitetes „Probewohnen“ in der Häuslichkeit könnte die endgültige Entscheidung für oder gegen die Notwendigkeit einer Übersiedlung in ein Heim auf reale Grundlage stellen.

Dazu bedarf es nicht nur Hausärzte im allgemeinen, sondern vor allem geriatrisch geschulte und tätige Hausärzte. Dies sollte die Stadtverwaltung in einer so dramatisch vom demografischen Wandel betroffenen Stadt durchaus an geeigneter Stelle (KV) einfordern und mit der KV vielleicht sogar Programme zur Vermeidung von Heimeinweisungen auflegen. Das wäre eine wahrhaft seniorenfreundliche Tat, denn fast alle betroffenen Senioren wollen die Übersiedlung in ein Heim vermeiden und könnten bei geeigneten begleitenden Maßnahmen durchaus in Ihrem gewohnten Umfeld verbleiben.

5.2.3. - Sowohl die theoretischen wie auch die praktischen Ausführungen zu Netzwerken blenden leider „meine Zielgruppe“ aus. Netzwerke bedeuten aber, Strukturen zugehender Art zu schaffen, damit für o.g. Zielgruppe Teilhabe über Netzwerke ermöglicht wird.

5.2.4. C - In welcher Form sind APH mit der Demenzinitiative fachlich vernetzt? Hansa Park?

5.2.5. - Aufsuchende soziale Dienste können nur aufsuchen, was bekannt ist. Aber viele problematische Situationen alter Menschen sind leider nicht bekannt und somit von Hilfen ausgeschlossen. Welche Strategie verfolgt die Stadtverwaltung, um Abhilfe zu schaffen?

S. 28 - Wo ist RAGAH verortet?

5.2.6. - Vereinsamung als gewollt gewählte Lebensweise? Oder ist es eine behandelbare Soziophobie, oder...wenn kombiniert mit Verwahrlosung ist spätestens der Sozialpsychiatrische Dienst gefragt.

Hier würde prima mein Konzept einer zugehenden Sozialarbeit mit einem Nottelefon reinpassen.

„Telefonketten und Besuchsdienste kommen in Betracht“ – wer initiiert? wer begleitet?

Wo ist die niedrigschwellige Anmeldestelle für vermuteten Hilfebedarf von Senioren? Und wie wird einer Anmeldung strukturiert und zeitnah nachgegangen?

Der letzte Satz bleibt wie Vieles im unkonkreten: „Könnten“, tun es aber oft nicht?

Konkreter Vorschlag: Absprache mit der Stelle, die regelmäßig die Qualität der häusl. Pflege durch Angehörige überwacht (Pflegekasse/MDK), die Angehörigen verpflichtend auf Hilfsmöglichkeiten hinzuweisen (inkl. nicht ausreichender Angebote von Tagesstätten oder fehlender Nachtpflege für Demenzkranke/ beides muß aber gefordert werden).

5.3.4. - Potentielle Nutzer kennen das Angebot nicht oder können ihren Hilfebedarf weder artikulieren noch signalisieren – denn eine zentrale Anmeldestelle wird benötigt und ist seitens der Stadtverwaltung einzurichten als konkrete Maßnahme und nicht als „Könnte“. Aufgaben der Vermittlungsstellen als Rahmenempfehlungen der Stadtverwaltung festgeschrieben? Wie werden Besucher auf ihre Tätigkeit vorbereitet/ dabei begleitet?

5.3.6. - Wie hält es die Stadtverwaltung mit dem EA-Engagement? Fahrt-/Parkkosten? Nichts konkretes zum IST-Zustand, keine konkreten Empfehlungen.

5.3.4. - Das vorgestellte Modell schließt dementiell Erkrankte aus, obwohl diese im frühen und mittleren Stadium der Erkrankung über Jahre gut ihre Bedürfnisse kundtun könnten, wenn sie denn geeignete Gesprächspartner als Voraussetzung für Teilhabe hätten. Dieses Modell zielt auf die fitten Alten und läßt die anderen außen vor.

5.4.6. - Die Öffentlichkeitsarbeit der Stadtverwaltung hins. der pol. Teilhabe ist durchaus zu verbessern: Die interessierte Bürgerin Dr. Dietrich hat trotz Demenzinitiative, Seniorenbeirat und VST-Lektüre die öffentlichen Diskussionsforen zum seniorenpolitischen Konzept nicht wahrgenommen.

- „benachteiligte Personengruppen“ wären dies weniger, wenn die Stadtverwaltung ihnen für eine bestimmte Anzahl von Fahrten im Jahr einen behindertengerechten Fahrdienst anbieten würde. (In Berlin können 3 Fahrten/Jahr im s.g. Telebus genutzt werden.)

5.5.1. – Die zitierte Präambel schließt leider diejenigen Betagten, die aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen physischer, psychischer oder kognitiver Art beeinträchtigt sind, aus. Dies ist eine Diskriminierung dieser großen Personengruppe. Leider ist das Älterwerden aber mit der Zunahme von handicaps und Einschränkungen, Hilflosigkeit und Pflegeabhängigkeit verbunden. Das vorgelegte Konzept verschließt sich diese Tatsache und fordert folgerichtig auch keine wegweisenden Konzepte der Stadtverwaltung i.S. einer zugehenden Alten- und Sozialarbeit als Voraussetzung für Partizipation und Teilhabe dieser Personengruppe.



5.5.2.- leider kein einziges Angebot für die Gruppe der immobilen, nicht alltagskompetenten Betagten, die eben zugehende Angebote benötigen

S.52 - der integrative Spielplatz Rotehorn bietet eine Reihung von langweiligen Sportgeräten für Senioren in mausgrau, die nicht der Integration, sondern der Ausgrenzung dienen. Gemeinsame Freizeitaktionen von alt und jung werden so nicht gefördert – für den Preis hätte ich was ganz anderes erwartet.

5.5.3. Bedürfnisse unterschiedlicher Personengruppen wie im gesamten Konzept auf Heimbewohner, Homosexuelle und Migranten beschränkt. Hier könnten noch HIVpositive Alte aufgenommen werden – sie alle sollen und müssen zu ihrem Recht kommen, sind aber im Fokus der Politik und haben eine gute Lobby, „meine Zielgruppe“ wird aber leider ausgegrenzt. Hier stimmt die Wichtung im Konzept nicht.

6. Leider folgt der Nicht-Wahrnehmung meiner Zielgruppe im vorgelegten Konzept, daß keinerlei Maßnahmen für diese große unterprivilegierte Gruppe festgelegt werden