

DOKUMENTATION



Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Satellitenveranstaltung

„Das Älterwerden gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen“

16. März 2016

Technische Universität Berlin



Impressum

Herausgeber

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
Fon: 030-44 31 90 60
Fax: 030-44 31 90 63
Email: sekretariat@gesundheitbb.de
Web: www.gesundheitbb.de

Redaktion

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.)
Stefan Bräunling, Maria-Theresia Nicolai, Lea Winnig

Fachliche Auskunft

Lea Winnig
winnig@gesundheitbb.de

Layout

Connye Wolf, www.connye.com

Druck

Laserline Berlin

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit
Postfach 910152
51071 Köln
www.bzga.de

Gedruckte Exemplare können Sie unter order@bzga.de bestellen.

Bildnachweise

Fotos: André Wagenzik

DOKUMENTATION

Satellitenveranstaltung

***„Das Älterwerden
gestalten:
Kommunale Gesundheits-
förderung mit älteren
Menschen“***

16. März 2016

Technische Universität Berlin

Inhaltsverzeichnis

Editorial	4
Grußwort	5
Eröffnung	6
Soziale Lage und Gesundheit älterer Menschen – die Datenlage	6
Alt werden in der Kommune – selbstbestimmt leben und wohnen	9
Phase I: Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit im Alter	11
Forum 1 Soziale Teilhabe und Bürgerschaftliches Engagement	12
Forum 2 Wohnformen im Alter	15
Forum 3 Gesundheitsförderung in der Pflege	20
Forum 4 Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen	23
Phase II: Die Lebenswelt Kommune gesundheitsförderlich gestalten	26
Forum 5 Kommune als (Mit-)Gestalter der Lebenswelten älterer Menschen	27
Forum 6 Good Practice – Gesundheitsförderung bei Älteren	30
Forum 7 Zugangswege aufzeigen: Ältere Menschen für Gesundheitsförderung gewinnen	35
Forum 8 Gemeinsam für einen gesunden Stadtteil: Quartiersentwicklung mit älteren Menschen	39
Verzeichnis der Referierenden	43

Editorial



Die Veränderung der Altersstruktur und die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung fordert Städte und Gemeinden, neue Strategien zu entwickeln, um einen generationenfreundlichen Lebensraum zu schaffen. Dabei ist der Einbezug von unterschiedlichen Trägern, Verbänden und nicht zuletzt den Bürgerinnen und Bürgern wesentlich.

In den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen findet die Kommune als Setting der Prävention und Gesundheitsförderung besondere Betonung. Hier kommen eine Vielfalt an Angeboten und Akteurinnen und Akteuren zusammen, die gemeinsam an der positiven Gestaltung dieser Lebenswelt mitwirken können. Ziel muss es dabei sein, die Gesundheit und die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern.

Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten

Gerade für ältere Menschen besitzt die unmittelbare Wohnumgebung bzw. der Stadtteil, in dem sie leben, eine zentrale Bedeutung. Mit zunehmendem Alter geht aufgrund diverser Faktoren (z. B. altersbedingte Erkrankungen, Veränderung der Familienstruktur und damit zusammenhängende Unterstützungspotenziale, sozialer Status etc.) ein abnehmender Aktionsradius einher. Wohn- und Nahversorgungsangebote des alltäglichen Lebens, ambulante und stationäre Versorgungs-, Pflege- und Unterstützungseinrichtungen, sowie Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe (z. B. Nachbarschaftshäuser, Stadtteilzentren) in der näheren Umgebung sind deshalb wesentliche Bestandteile für die gesundheitsförderliche Gestaltung der eigenen Lebenswelt.

Partizipation älterer Menschen

Die Gestaltung der Lebenswelten kann nur gelingen, wenn ihre Bewohnerinnen und Bewohner daran mitwirken. Die Befähigung und Einbindung älterer Menschen ermöglicht einen Pers-

pektivwechsel und somit eine bedarfsgerechte Ausrichtung der vorhandenen Angebote sowie die Identifikation von Angebotslücken. Die Zielgruppe der älteren Menschen ist durch ihre Heterogenität und ihre zunehmend differenzierten Lebensformen gekennzeichnet. Dieser Faktor muss sich auch in der Wahl unterschiedlicher Zugangswege zur Zielgruppe widerspiegeln, von einer persönlichen Ansprache über Anzeigen in lokalen Medien bis hin zu Informationsveranstaltungen.

Die Regionalkonferenz

In diesem Jahr wurde die Regionalkonferenz „Das Älterwerden gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen“ im Rahmen des Programmes „Gesund & aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Satellitentagung zum Kongress Armut und Gesundheit verknüpft.

Traditionell findet die Satellitentagung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit am Vortag des Kongresses statt, so auch in diesem Jahr am 16. März 2016 in der Technischen Universität Berlin. Veranstalter ist Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Unter dem Motto „Das Älterwerden gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen“ widmete sich die Fachtagung insbesondere Fragen der kommunalen Gesundheitsförderung bei älteren Menschen.

In zwei vertiefenden Arbeitsphasen diskutierten die rund 200 Teilnehmenden aus den Bereichen Gesundheit und Soziales, Politik, Wissenschaft und Verwaltung gemeinsam zu Aspekten der Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit im Alter sowie zu Strategien zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt Kommune.

In der vorliegenden Dokumentation sind die Inhalte der Foren, Beiträge und relevanten Aspekte sowie Verweise zu weiteren Informationen der einzelnen Initiativen zusammengefasst dargestellt.



Grußwort

Claudia Jansen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie heute zur Regionalkonferenz in unserem BZgA-Themenbereich „Gesundes Alter“ begrüßen zu dürfen, die ja auch gleichzeitig eine Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit ist.

Meine Damen und Herren, die demografische Entwicklung wird ganz Deutschland in den kommenden Jahren entscheidend prägen. Kaum eine Herausforderung wird derart gravierende Veränderungen nach sich ziehen. Daher ist es wichtig, die Weichen für diese Herausforderung zu stellen und die Potenziale einer Gesellschaft des langen Lebens zu erkennen und zu nutzen. Unsere heutige Konferenz steht unter dem Titel „Älter werden gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung mit älteren Menschen“.

Gleich zu Beginn möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich sehr herzlich bei allen bedanken, die bei der Vorbereitung und Organisation der heutigen Veranstaltung aktiv waren:

- Ganz besonders möchte ich mich an dieser Stelle auch für die hervorragende Arbeit von Gesundheit Berlin-Brandenburg bedanken. Herr Pospiech, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich kann mir gut vorstellen, dass Sie in den vergangenen Tagen kaum zum Verschnaufen gekommen sind!
- Ein herzlicher Dank geht auch an die Mitwirkenden des heutigen Tages und an Sie alle für Ihr Interesse.

Meine Damen und Herren, für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) genießt das Thema der Gesundheitsförderung im Alter besondere Priorität. Exemplarisch sind dabei die Programme „Gesund & aktiv älter werden“ und seit 2014 das Programm „Älter werden in Balance“ zu nennen. Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und des zunehmend höheren Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung gewinnt die Gesundheitsförderung für ältere Frauen und Männer auch in der öffentlichen Wahrnehmung zunehmend an Bedeutung. Es geht vor allem um gesellschaftliche Teilhabe und Lebensqualität, die in hohem Maße vom Gesundheitszustand und der Mobilität älter werdender und alter Menschen abhängt.

Dabei rücken auch zunehmend regionale und kommunale Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in den öffentlichen Fokus. Neben individuellen Programmen, welche die Gesundheitsförderung eines jeden einzelnen Menschen im Blick haben, wächst die Bedeutung der Verhältnisprävention in Städten und Gemeinden, in Stadtteilen

und Quartieren stetig an. Gleichzeitig eröffnen Gesundheitsförderung und Prävention den Kommunen ein breites Spektrum an Handlungsfeldern und strategischen Ausrichtungen. Hierbei nimmt die Bewegungsförderung eine herausgehobene Stellung ein. Um beispielsweise kommunale Strategien und Maßnahmen zu dokumentieren und einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen, haben wir im Rahmen des Programms „Älter werden in Balance“ erstmalig einen Bundeswettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ ins Leben gerufen. Schwerpunktthema ist hierbei die Bewegungsförderung. Die Prämierung der Preisträger wird am 25. April 2016 in Berlin erfolgen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich freue mich sehr, dass wir im Rahmen unserer heutigen Tagung auch den offiziellen Beitritt der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) in den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit begehen werden. Ich begrüße an dieser Stelle herzlich Herrn Herweck als Mitglied des BAGSO-Vorstands und Herrn Dr. Lehmann, meinen stellvertretenden Abteilungsleiter in der BZgA, der den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit an dieser Stelle vertritt.

Ich darf Ihnen außerdem die Beitritte der Landkreise Märkisch-Oderland und Ostprignitz-Ruppin zum bundesweiten Partnerprozess „Gesundheit für alle“ ankündigen.

Abschließend möchte ich auch die Gelegenheit nutzen, Herrn Dr. Scherf zu begrüßen, der sicher allen bekannt ist, u. a. durch seine Arbeit als Schirmherr der Deutschen Stiftung für Demenzerkrankte. Herr Scherf, wir freuen uns sehr, Sie wieder auf einer unserer Regionaltagungen begrüßen zu dürfen. Ihr Vortrag „Alt werden in der Kommune – selbstbestimmt leben und wohnen“ wird mit Spannung erwartet.

Ich freue mich ebenfalls, Herrn Dr. Lampert vom Robert Koch-Institut begrüßen zu dürfen. Er wird uns gleich einen hervorragenden Überblick über die Datenlage zur sozialen Lage und zur Gesundheit älterer Menschen geben. Wir sind gespannt auf Ihren Vortrag!

In den Foren werden wir dann später vielfältige Gelegenheit haben, uns intensiv mit der Praxis auseinanderzusetzen. Wir werden sehen, dass es schon jetzt viele gute Ansätze gibt.

Nunmehr bleibt mir zu sagen: Ich freue mich auf spannende Vorträge und Diskussionen und wünsche uns allen eine spannende Tagung!

Eröffnung

Moderation: Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.



Anliegen der Fachveranstaltung war es, neben dem kommunalen Schwerpunkt, die Zielgruppe der älteren Menschen in schwieriger sozialer Lage im Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit zu beleuchten. Eingangs wurden daher die neuesten Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) zur gesundheitlichen Ungleichheit im höheren Lebensalter von PD Dr. Thomas Lampert vorgestellt.

Anschließend wurde diskutiert, welche Strategien und Maßnahmen einer de facto bestehenden gesundheitlichen

Ungleichheit im Alter entgegenwirken und zu einer gerechteren und gesundheitsförderlicheren Gestaltung der Lebensumstände Älterer beitragen können.

Ein gelingender Faktor zur bedarfsgerechten Umsetzung gesundheitlicher Aktivitäten ist die Beteiligung der Zielgruppe. Dementsprechend nahm Henning Scherf, Bürgermeister a. D., im Anschluss die Perspektiven und Wünsche der älteren Menschen unter der Überschrift „Alt werden in der Kommune – selbstbestimmt leben und wohnen“ in den Blick.

Soziale Lage und Gesundheit älterer Menschen – die Datenlage

PD Dr. Thomas Lampert, Robert Koch-Institut



Entsprechend aktueller wissenschaftlicher Studien ist das Erkrankungs- sowie Sterberisiko bei Personen im mittleren Alter mit niedrigem sozialen Status deutlich erhöht. Die Einflussfaktoren, die zur gesundheitlichen Ungleichheit führen, sind vielfältig. Sie umfassen den sozialen Status in Form von Bildung, Beruf und Einkommen der Personen sowie Wohnsituationen, Umweltbelastungen und Arbeitsbedingungen, als auch verhaltensbezogene Risikofaktoren. Der Hauptteil der bestehenden wissenschaftlichen Studien widmet sich Personen im Kindes-, Jugend- oder Erwerbsalter. Dahinter steht der Wunsch, möglichst früh wissenschaftlich fundierte Interventionen in Settings wie Kita oder Schule einzuleiten sowie die Arbeitswelt als Entstehungsort gesundheitlicher Ungleichheit zu untersuchen. Nur wenige Studien untersuchen gesundheitliche Ungleichheit

im höheren Lebensalter. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels geht das Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin der Frage nach, ob die im mittleren Lebensalter stark ausgeprägte gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter fortbesteht.

Forschungsstand zur gesundheitlichen Ungleichheit im höheren Lebensalter

Die internationalen Forschungsbefunde sprechen dafür, dass zumindest in den ersten Jahren nach dem Übergang in den Ruhestand beträchtliche soziale Unterschiede in der Gesundheit und der weiteren Lebenserwartung bestehen. Studien, die insbesondere die Gruppe der Hochaltrigen untersucht haben, kommen zu konträren Ergebnissen: So stellen einige auch im hohen Alter einen Zusammenhang zwischen niedriger Bildung oder geringem Wohlstand und Sterblichkeitsrisiko her, andere wiederum belegen diesen nicht. Auch in Deutschland weisen die vorhandenen Studien darauf hin, dass die gesundheitliche Ungleichheit, die im mittleren Lebensalter auftritt, ebenso im höheren Lebensalter festzustellen ist.

Daten aus dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP, Untersuchungszeitraum von 1984 bis 2010) zeigen beispielsweise klare Unterschiede in der Lebenserwartung älterer Menschen in Abhängigkeit vom Einkommen. Des Weiteren belegen unterschiedliche Studien, dass ältere Menschen in schwieriger sozialer Lage ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter einschätzen als jene aus sozial besser gestellten Gruppen. Darüber hinaus ist bei vorhandenen spezifischen Krankheiten oder gesundheitlichen Einschränkungen älterer Menschen in schwieriger sozialer Lage ein erhöhtes Erkrankungs- bis hin zu einem erhöhten Pflegebedürftigkeitsrisiko festzustellen. Im weiteren Altersverlauf kommt es dann mitunter zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, wobei allerdings in den wenigen Studien aus Deutschland je nach betrachtetem Gesundheitsaspekt sehr unterschiedliche Verlaufsmuster zu beobachten sind. In Bezug auf körperliche Erkrankungen/Funktionseinschränkungen zeigen Ergebnisse eine Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit im hohen Alter. Andere Studien wiederum weisen eine Abnahme einkommensbezogener Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Gesundheit auf.

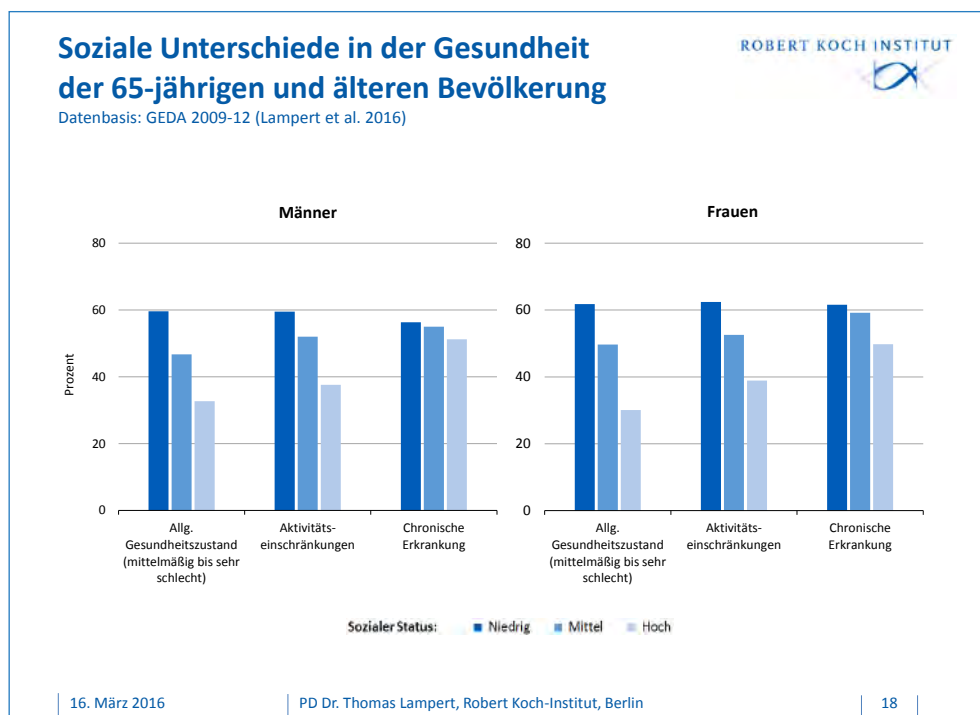
Neues aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“

Zur aktuellen Untersuchung der gesundheitlichen Ungleichheit im höheren Alter fasste das RKI die Daten der Erhebungswellen aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 zusammen. Die Erhebung des Gesundheitsstatus umfasst den subjektiven Gesundheitsstatus, das Vorhandensein einer oder mehrerer chronischer Krankheiten sowie gesundheitlich bedingte Einschränkungen bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten.

Die Daten zeigen beispielsweise, je niedriger der soziale Status, umso mehr Personen im Alter ab 65 Jahren schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand mittelmäßig bis schlecht ein. Ein ähnlich starker Zusammenhang wird in Bezug auf gesundheitlich bedingte Aktivitätseinschränkungen im Alltag gezeigt. So ist das Risiko einer gesundheitlich bedingten Aktivitätseinschränkung bei älteren Frauen und Männern in schwieriger sozialer Lage erhöht. Bei der Verbreitung chronischer Krankheiten zeigen die Ergebnisse, dass Frauen in schwieriger sozialer Lage ein erhöhtes Risiko aufweisen, an mindestens einer chronischen Krankheit im Alter von 65 Jahren betroffen zu sein. Unterschiede zwischen den Männern in Abhängigkeit vom sozialen Status können hingegen nicht signifikant benannt werden.

Ergebnisse der Entwicklung sozialer Unterschiede in der Gesundheit im Altersverlauf

Um eventuelle Veränderungen im Altersverlauf bzw. vom mittleren Alter bis ins hohe Alter zu untersuchen, erfolgte die weitere Untersuchung mit Hilfe von vier Altersgruppen (45 bis 54 Jahre, 55 bis 64 Jahre, 65 bis 74 Jahre, 75 Jahre und älter). Die zusammengefassten Daten zeigen, dass die Unterschiede in der Selbsteinschätzung des Gesundheitsstatus im mittleren Lebensalter in Abhängigkeit vom sozialen Status bei den Frauen bis ins hohe Alter fortbestehen. Männer im höheren Lebensalter (65 bis 74 Jahre, 75 Jahre und älter) weisen hingegen geringere Unterschiede bei der subjektiven Gesundheit auf. Ähnliche Entwicklungen sind bei der Betrachtung gesundheitlich bedingter Aktivitätseinschränkungen zu beobachten. So weisen im mittleren Lebensalter Frauen sowie Männer einen deutlichen sozialen Gradienten auf, der bei Frauen bis ins hohe Alter weiterhin besteht und bei den 75-jährigen und älteren Männern abnimmt. Bei der Verbreitung chronischer Krankheiten zeigen die Ergebnisse im Altersverlauf für beide Geschlechter eine deutliche Verringerung der statusspezifischen Unterschiede. Unter



Soziale Unterschiede in der Gesundheit der 65-jährigen und älteren Bevölkerung
Quelle: Vortrag PD Dr. Thomas Lampert

Hypothesen zu Veränderungen der gesundheitlichen Ungleichheit im Altersgang

„**Kontinuitätsthese**“: Gesundheitliche Ungleichheit besteht bis ins hohe Alter fort

- Stabilität des sozialen Status, der Lebensbedingungen, Teilhabechancen, Persönlichkeit
- Gesetzliche Ruhestandsregelungen

„**Divergenzthese**“: Gesundheitliche Ungleichheit nimmt im hohen Alter zu

- „Brüchigere Erwerbsbiografien“, geringere soziale Absicherung
- Kumulation von Risiken und Belastung über den Lebenslauf
- Geringere soziale und personale Bewältigungsressourcen

„**Konvergenzthese**“: Gesundheitliche Ungleichheit nimmt im hohen Alter ab

- Prozesse des biologischen Alterns, Überlagerung sozialer Einflüsse
- Soziale Ungleichheit spiegelt sich deutlich in der vorzeitigen Sterblichkeit wider, möglicherweise weniger in der Gesundheit im höheren Lebensalter

genauerer Betrachtung chronischer Krankheiten ist festzustellen, dass bei Männern ab 75 Jahren keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit ihres sozialen Status mehr bestehen.

Thesen zur Veränderung der gesundheitlichen Ungleichheit

Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung, inklusive sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, kann es insgesamt künftig zu einer zeitlichen Verschiebung der Verringerung der gesundheitlichen Unterschiede kommen. Die aktuellen wissenschaftlichen Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit im höheren Lebensalter und dessen Verlauf werden im Rahmen der Literatur unter folgenden Hypothesen diskutiert: „**Kontinuität**“ (unverändertes Fortbestehen), „**Divergenz**“ (Ausweitung) und „**Konvergenz**“ (Angleichung).

Die Kontinuitätsthese nimmt an, dass der soziale Status sowie weitere Prozesse und Mechanismen im Altersverlauf stabil bleiben und somit eine gesundheitliche Ungleichheit bis ins höhere Lebensalter fortbesteht. Die Divergenzthese schließt an die Kontinuitätsthese an, hier wird jedoch

davon ausgegangen, dass die stabilen Einflussfaktoren der Gesundheit im Alter zu einer Ausweitung der gesundheitlichen Ungleichheit führen. Von einer Abnahme der gesundheitlichen Ungleichheit und der Angleichung zwischen den sozialen Statusgruppen im hohen Alter wird in der Konvergenzthese ausgegangen. Sie stützt sich hierbei auf biologische Altersprozesse, die sich in ihrer Variationsbreite im hohen Alter verringern. Des Weiteren werden beispielsweise genetische Dispositionen der Prozesse des selektiven Überlebens als Argumente aufgeführt.

Zukünftige Prognosen

Die Studie „Gesundheit aktuell in Deutschland“ stützt mit ihren Ergebnissen die Kontinuitäts- sowie die Konvergenzthese. Insgesamt ist im Geschlechtervergleich aber zu beachten, dass die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit eher bei Männern als bei Frauen vorzufinden ist.

Dies kann damit zusammenhängen, dass die grundsätzliche Lebenserwartung von Männern im Durchschnitt geringer ist und gerade Männer mit niedrigem sozialen Status von einer frühzeitigen Sterblichkeit betroffen sind. Künftig ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung der Männer entsprechend der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung steigt, so dass es wahrscheinlicher wird, gesundheitliche Ungleichheit auch bei Männern im höheren Lebensalter häufiger vorzufinden.

Auswirkungen für die Public Health-Forschung und Gesundheitspolitik

Die Wahrscheinlichkeit der Verschiebung gesundheitlicher Ungleichheit bis ins hohe Lebensalter sowie die Implikationen, die diese für die Public Health-Forschung und die Gesundheitspolitik haben könnten, wurden diskutiert. So ist weiterhin zu empfehlen, dass Public Health-Maßnahmen insbesondere auf

Fernere Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr nach Einkommen

ROBERT KOCH INSTITUT



Datenbasis: SOEP 1984-2010 (Kroh, Neiß, Kroll, Lampert 2012)



- Männer mit niedrigem Einkommen haben im Vergleich zu Männern mit hohem Einkommen eine um **5,3 Jahre** geringere fernere Lebenserwartung, bei Frauen beträgt der Unterschied **3,5 Jahre**
- Zurückzuführen sind diese Unterschiede u.a. auf eine **geringere Bildung, geringere soziale Integration** und **höhere Arbeitsbelastungen** in der niedrigen Einkommensgruppe

Fernere Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr nach Einkommen
Quelle: Vortrag PD Dr. Thomas Lampert

Menschen in schwieriger sozialer Lage ausgerichtet sein sollten, um eine gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen. In Bezug auf ältere Menschen bedeuten insbesondere der Erhalt der Selbstständigkeit sowie die Funktionsfähigkeit und die soziale Teilhabe bis ins hohe Lebensalter wichtige Handlungsfelder. Ergänzend sind es nicht nur die „typischen“ Aufgaben der Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Versorgung, die Einfluss auf die Gesundheit im Alter nehmen. Auch die politische Steuerung und Gestaltung altersgerechter Lebenswelten nehmen ebenso eine wichtige Rolle ein, wie die Stärkung von Gesundheitskompetenzen (Health Literacy) und die Förderung der Selbstwirksamkeit (Empowerment).

Ausführliche Informationen erhalten Sie in der GBE Kompakt 1/2016 „Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter“ unter: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2016_1_soziale_ungleichheit_alter.html?nn=2532006

Alt werden in der Kommune – selbstbestimmt leben und wohnen

Dr. Henning Scherf, Deutsche Stiftung für Demenzerkrankte – Wilhelm von Lauff-Stiftung



„Der demografische Wandel ist keine Katastrophe, sondern eine Herausforderung und Chance für die Zivilgesellschaft.“

Trotz bekannter Problemlagen, die im höheren Lebensalter auftreten, verfügen auch ältere Menschen noch über vielfältige Ressourcen. Sie sind reich an Lebenserfahrung, kennen sich in ihrem Quartier gut aus, verfügen über Kontakte in der Nachbarschaft und über zeitliche Ressourcen. Aufgrund von verbesserter gesundheitlicher Versorgung und Ernährung liegt die durchschnittliche Lebenserwartung von neugeborenen Jungen heutzutage bei ca. 77 Jahren und bei Mädchen bei ca. 82 Jahren. Ein erheblicher Teil der älteren Menschen, die in den Ruhestand gehen, verstehen diesen Lebensabschnitt als Zeit, die sie aktiv gestalten möchten. Dafür spricht die Vielzahl an ehrenamtlich Tätigen, die sich im höheren Lebensalter aktiv engagieren und zudem einen wichtigen Beitrag zur gesellschaftlichen Fürsorge leisten. Ältere Menschen müssen aktiv in die Angebotsgestaltung mit einbezogen werden. Auch ältere Menschen, die nicht frei von Alterserkrankungen sind, müssen bei der Gestaltung einer alters- bzw. generationenfreundlichen Lebenswelt beteiligt werden.

„Wir müssen miteinander leben, beieinander bleiben und uns nicht trennen.“

Viele ältere Menschen wünschen sich, dort alt zu werden, wo sie zu Hause sind. Sie möchten mit denen alt werden, die bisher Teil ihres Lebens waren. Im Idealfall erhält man im Alter Unterstützung durch Familienangehörige. Doch heutzutage leben diese häufig nicht in der gleichen Stadt oder sind beruflich so eingespannt, dass sie keine Möglichkeiten haben, sich um die älteren Menschen zu kümmern. Die Anzahl der Singlehaushalte nimmt zu, so dass Vereinsamung oder soziale Isolation im Alter ein Problem sind und sich negativ auf die Gesundheit sowie Lebensqualität auswirken. Häufig sind es Frauen, die alleine zurück bleiben. Es müssen Strukturen geschaffen werden, die verhindern, dass ältere Menschen alleine zurückbleiben. Das heißt auch, dass ältere Menschen nicht nur in einer Seniorenresidenz untergebracht sein sollten. Deutschlandweit besteht mittlerweile eine Vielzahl an dezentralen Wohnprojekten, die nicht der Form der herkömmlichen Pflegeeinrichtung entsprechen und die individuellen Bedarfe berücksichtigen. Neben generationsübergreifenden Wohnmöglichkeiten sollten Anlässe, Gelegenheiten und Orte geschaffen werden, um gemeinsame Erfahrungen sammeln zu können.

Nicht nur das Wohnen ist ein Thema im Alter, das die Gesundheit beeinflusst. Wichtig sind auch Dienstleistungen des alltäglichen Bedarfes. Die altersgerechte Ausrichtung von alltäglichen Dienstleistungen soll Möglichkeiten des Austausches für ältere Menschen schaffen. Auch Barrierearmut und eine entsprechende Beschriftung können den Alltag im Alter erleichtern. Von der Gestaltung einer generationenfreundlichen Kommune profitieren auch Familien und Menschen mit Behinderung.

„Der Mensch ist nicht nur hilfebedürftig, er ist vor allem auch helfebefähigt!“

Ältere Menschen sollten nicht zu Objekten der Fürsorge werden, sondern die ältere Bevölkerung sollte konstruktiv beteiligt werden.

den. Eine ausschließlich defizitäre Sicht auf die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen mindert Chancen, Ältere als Teil der Gesamtgesellschaft einzubinden. Ehrenamtliche Arbeit oder Freizeitaktivitäten können dem Vereinsamen im Alter vorbeugen.

Angebote zur sozialen Teilhabe in Form von Gruppenangeboten, kulturellen Angeboten sowie beispielsweise Spaziergangsgruppen in Stadtteilen fördern nicht nur soziale Netzwerke, sondern wirken auch positiv auf die Gesundheit.

„Ein lebenslanges Netzwerk ist das Wichtigste.“

Persönliche Netzwerke jüngerer und älterer Menschen haben große Potentiale der gegenseitigen Entlastung. Bestehen aus unterschiedlichen Entwicklungen und Gegebenheiten heraus keine „natürlich“ gewachsenen Netzwerke, so können über Nachbarschaftsinitiativen soziale Netzwerke aufgebaut oder gestärkt werden. Auch unter dem Thema Mobilität gerade im ländlichen Raum, der häufig mit einer schwachen Infrastruktur ausgestattet ist, können Netzwerke bzw. Verbünde Lösungen bieten. Es ist eine wachsende Bereitschaft bei Kommunen und auch bei den öffentlichen Nahverkehrsunternehmen zu beobachten, entsprechende Maßnahmen für bewegungseingeschränkte Menschen umzusetzen. Eine innovative Chance könnten intelligente Verkehrsverbünde sein, die beispielsweise auch Taxiunternehmen mit einbeziehen, so dass die Mobilität im ländlichen Raum nicht endet.

„Wir müssen verhindern, dass die alternde Gesellschaft an die Ränder der Kommune ausgelagert wird.“

Finden sich ältere Menschen präventiv zusammen, um sich um die Gestaltung ihres höheren Lebensalters zu kümmern, so sind sie Mitgestalter der Kommune als Lebensort. Solche Eigen-

initiativen sollten von Kommunalpolitikerinnen und -politikern als ein wichtiger Beitrag für die Stadt oder Gemeinde anerkannt werden. Obwohl die Haushalte vieler Kommunen finanziell nicht gut ausgestattet sind, können sie doch als Mittler zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren und Netzwerkförderer fungieren. Alter und Gesundheit als ressortübergreifendes Thema muss in die kommunalen Strukturen fest verankert werden.



Mögliche Handlungsfelder, die Kommunen als zentrale Akteurinnen und Akteure planen, mitgestalten sowie steuern können, sind z. B. „Wohnformen im Alter“ (unter Einbezug örtlicher Wohnungsunternehmen), „Bewegungsangebote im Alter“ (z. B. in Kooperation mit Turn- und Sportvereinen), „Angebote zur sozialen Teilhabe“ (z. B. in Nachbarschaftshäusern) sowie „Pflege- und Betreuungsangebote“. Hier bietet sich die Chance, Angebote in der Kommune als gemischter und multifunktionaler Lebensraum und Identifikationsort zu bündeln.

Phase I: Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit im Alter



Der erste Veranstaltungsblock widmete sich dem übergeordneten Thema „Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit im Alter“. Hier wurden relevante Themenfelder im Alter aufgegriffen, die wichtige Handlungsfelder bzw. Anknüpfungspunkte für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen darstellen. Der Grad an Selbstbestimmung ist hierbei zentral für den Erhalt der Selbstständigkeit sowie die Förderung der Lebensqualität.



Forum 1 Soziale Teilhabe und Bürgerschaftliches Engagement

Moderation: Silke Meyer, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Sachsen

Inhalte des Forums:

- Herausstellen von Bürgerschaftlichem Engagement und sozialer Teilhabe als gesundheitsförderliche Dimensionen im Alter
- Beispielhafte Darstellung von Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe von Menschen mit Demenz
- Darstellung einer Vernetzungs- und Koordinationsstruktur von ehrenamtlichen, nachbarschaftlichen und professionellen Angeboten für ältere Menschen anhand der niedersächsischen Senioren- und Pflegestützpunkte

BasisQ Demenz – Ein Schulungsangebot für Unternehmen und Organisationen im Dienstleistungsbereich

Kristina Woock, Competence Center Gesundheit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Im Rahmen des Modellvorhabens (nach § 45 c SGB XI) „Leben mit Demenz in Hamburg“ werden praxisorientierte Basisschulungen zum Thema Demenz angeboten und evaluiert. Innerhalb von drei Stunden werden in der BasisQ-Schulung folgende Themen behandelt:

- Grundlegende Kenntnisse zum Thema Demenz, insbesondere Alzheimer
- Wie erleben Menschen mit Demenz ihre Umwelt und was ist demenzlogisches Verhalten?
- Wie können wir mit Menschen mit Demenz in Kontakt treten und sie unterstützen? Beispiele aus dem jeweiligen beruflichen Kontext

Die Finanzierung erfolgt über die Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) sowie die Pflegekassen.

Interaktive Schulungen

Die interaktive Schulung beinhaltet die Vermittlung von Kenntnissen zum Thema Demenz. Vor allem geht es darum geht es darum nachzuvollziehen, wie Menschen mit Demenz ihren Alltag erleben und um die Frage, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Dienstleistungsunternehmen mit diesen Menschen umgehen sollten. Die Schulung findet im interdisziplinären Tandem statt, um Theorie- und Praxiserkenntnisse einfließen zu lassen.

- Die Schulungen werden von gerontopsychiatrischen Fachkräften und Angehörigen von Menschen mit Demenz als Tandems durchgeführt.
- Sie richten sich an Mitarbeitende, die im personenzentrierten Kundenkontakt aktiv sind (bspw. in Bäckereien, Apotheken, Bezirksamtern usw.) und ehrenamtlich Engagierte.

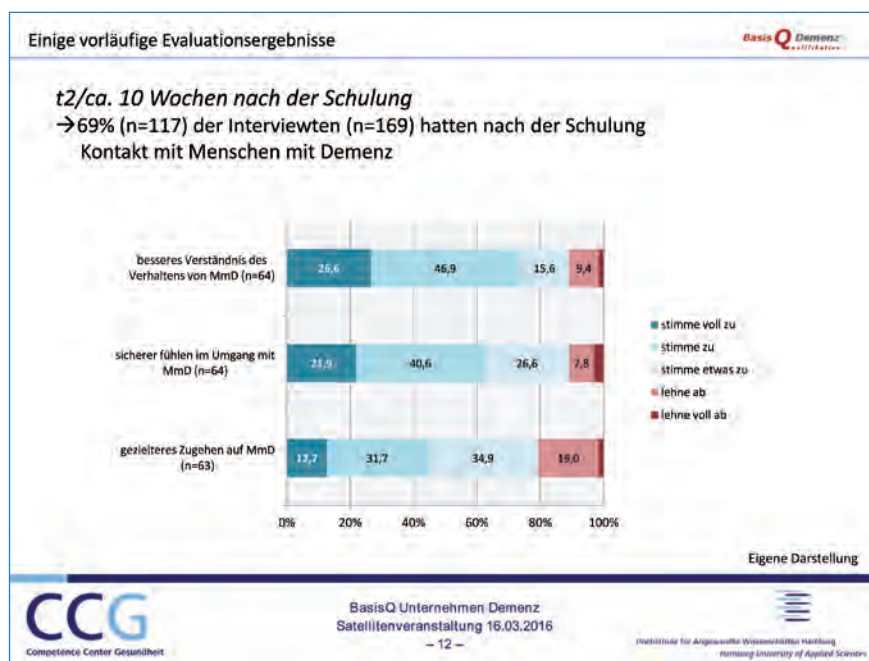
Enttabuisierung des Themas Demenz

Grundlegendes Ziel sind gesamtgesellschaftliche Veränderungen im (Dienstleistungs-) Alltag, damit Menschen mit Demenz so lange wie möglich ein würdevolles und autonomes Leben führen

können. Es besteht der Wunsch, einen öffentlichen Raum zu schaffen, in dem Menschen mit Demenz willkommen sind und verständnisvoll mit ihnen umgegangen wird.

Vorläufige Evaluationsergebnisse

Das Projekt wird quantitativ und qualitativ evaluiert. Die Evaluation erfolgte im Rahmen von drei Messzeitpunkten: vor Beginn der Schulung, direkt nach der Schulung und mehrere Wochen nach der Schulung. Vor Beginn der Schulung wurde Vorwissen zum Umgang mit dem Thema Demenz abgefragt. Die Befragung direkt nach der Schulung diente der Erhebung des



Evaluationsergebnisse 10 Wochen nach der Schulung; Quelle: Vortrag Kristina Woock

allgemeinen Erkenntniszugewinns. Ob das Verhalten von demenziell veränderten Menschen nachvollziehbarer geworden ist, die oder der Teilnehmende sich im Umgang mit ihnen sicherer fühlt und gezielter auf Menschen mit Demenz zugeht, war Thema der Befragung mehrere Wochen nach der Schulung.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Teilnehmenden durch die Schulung ein besseres Verständnis für Menschen mit

Demenz gewinnen konnte (73,8%) und das Verständnis für sowie die Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Demenz gesteigert werden konnten.

Wer lässt sich schulen?

Grundsätzlich konnten bereits viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus diversen Branchen erreicht werden. Dazu zählen: Ehrenamtliche in Kirchenkreisen und Seniorentreffs, Mitarbeitende von Behörden, Kundenzentren und Krankenkassen, Servicepersonal in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen, Apothekenteams, Mitarbeitende der Restaurantkette „BlockHouse“, freiwillig engagierte Mitglieder einer Rettungshundestaffel, Pflegepersonal in Krankenhäusern, Taxifahrende, Mitarbeitende von Arztpraxen, Berufsbetreuerinnen und -betreuer, Bäckereifachverkäuferinnen und -verkäufer, Auszubildende im Friseurhandwerk, Gedächtnistrainerinnen und -trainer und Entwicklerinnen bzw. Entwickler von demenzgerechten Computerspielen.

Am wenigsten wurde das Angebot bislang von der ursprünglichen Zielgruppe in Anspruch genommen. Mehr Beteiligung würden wir uns wünschen von z. B.: Angestellten im öffentlichen Nahverkehr, Polizistinnen und Polizisten, Feuerwehrleuten,

Mitarbeitenden im Einzelhandel, Rettungssanitätern, Auszubildenden in Dienstleistungsberufen, Oberstufenschülerinnen und -schülern, Mitarbeitenden von Banken und Sparkassen sowie Postangestellten.

Ein Grund hierfür könnte sein, dass die beschäftigten Personen in der Dienstleistungsbranche häufig nur mit einer geringen Anzahl an Weiterbildungsstunden ausgestattet sind.

Weiterführende Informationen

BasisQ ist ein Teilprojekt des Modellvorhabens „Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg“. Es wird von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg durchgeführt und von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg gefördert. Es ist ein Projekt im Rahmen der Landesinitiative „Leben mit Demenz.“

www.hamburg.de/contentblob/4264982/data/flyer-projekt-basisq.pdf

„Zusammenführung kommunaler Senioren- und Pflegeberatung“

Björn Kemeter, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Mit der Zusammenlegung von Seniorenservicebüros und Pflegestützpunkten in fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens wurde ein maßgeblicher Beitrag zur Weiterentwicklung der regionalen Beratungsstrukturen geliefert. Mit dem Ziel der „Beratung unter einem Dach“ wurden die ehemals 37 Pflegestützpunkte und die 43 Seniorenservicebüros zu Senioren- und Pflegestützpunkten Niedersachsen (SPN) zusammengeführt. Man möchte auf diese Weise den Zugang zu Beratungsstrukturen für ältere Menschen vereinfachen und so deren Selbstständigkeit und Lebensqualität erhalten und verbessern.

Senioren- und Pflegestützpunkte als Initiatoren und Begleiter ehrenamtlicher Strukturen

Die Senioren- und Pflegestützpunkte bauen ein lokales Netzwerk von ehrenamtlichen, nachbarschaftlichen und professionellen Anbietern auf. Über das Qualifizierungsprogramm „DUO“ wurden bislang etwa 1000 Seniorenbegleiterinnen und -begleiter ausge-

bildet und vermittelt. Der Tätigkeitsbereich eines „DUOs“ ist klar von pflegerischen Aufgaben und dem von „Haushaltshilfen“ abgegrenzt. Themen können z. B. sein: Gesprächsführung und Kommunikation, Alt werden – Alt sein, Tagesstrukturierung und -aktivierung.

Koordiniert wurde der theoretische Teil der Qualifizierung durch die Freiwilligenakademie Niedersachsen.

Merkmale der Ausbildung:

- Durchführung durch Einrichtungen der Erwachsenenbildung, der VHS oder der Familienbildungsstätten
- Dezentrales, wohnortnahes Angebot
- Gemeinsame landkreisübergreifende Schulungen
- Gemeinsame Veranstaltungen

Pro teilnehmenden Landkreis/teilnehmender kreisfreier Stadt stehen für das Projekt bis zu 6.000 Euro jährlich zur Verfügung.

Curriculum für die Qualifizierung (50 Stunden Theorie und 20 Stunden Praxis)

■ Organisatorisches und Rechtliches zum Ehrenamt „DUO-Seniorenbegleitung“ (10 Stunden)

- Vorstellung SPN, regionaler Netzwerke, lokaler Angebotsstrukturen für ältere Menschen
- Datenschutz, Schweigepflicht, Führungszeugnis, Versicherungsschutz
- Rolle und Selbstverständnis als Ehrenamtliche, persönliche Nähe und Distanz, Selbsterfahrung
- Rolle als DUO-Seniorenbegleiterin bzw. -begleiter, Abgrenzung zu NBEA und Pflege, Umgang mit Veränderungen im Einsatzfeld
- Vorbereitung und Reflexion der Hospitation
- Abschluss, Ausblick: Begleitung der DUO-Seniorenbegleiterinnen und -begleiter (regelmäßiges Angebot kollegialer Beratung, weiterführende Workshops), Zertifikatsübergabe

■ Soziale Kompetenzen, u. a. Gesprächsführung und Kommunikation (10 Stunden)

- Grundlagen der Gesprächsführung und Kommunikation
- Aktives Zuhören
- Konfliktgespräche führen
- Soziale Wahrnehmung: Selbstbild, Fremdbild bzw. Fremdeinschätzung
- Sinnfragen, religiöse und / oder ethische Fragestellungen im Alter

■ Tagesstrukturierung und -aktivierung (10 Stunden)

- Tagesstrukturierung und Aktivierung (Alltagsmanagement und Unterstützungsangebote, z.B. gemeinsame Einkäufe, Begleitung zu Ärzten, Behördengänge)
- Möglichkeiten zur Motivation zur Aktivierung / Teilhabe (z.B. Unterstützungsangebote von öffentl. Verkehrsbetrieben nutzen)
- Begleitung bei der Teilnahme am aktiven gesellschaftlichen Leben und aktivierende Beschäftigungsmöglichkeiten (z.B. Theaterbesuche, Kino, Café, Ausstellungen, Vorlesen, Biografiearbeit, Malen, Spiele, Sport, Entspannung, Gedächtnistraining, ggf. Migration und Teilhabe)

■ Psychische und physische Veränderungen im Alter (20 Stunden)

- „Der älter werdende Mensch“ / „Menschen in der zweiten Lebenshälfte“ (ressourcenorientiert, psychische und physische Faktoren)
- Mögliche alterstypische Beeinträchtigungen (Depressionen, Demenz, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes) und Umgang damit in der Alltagsbegleitung
- Grundkenntnisse Erste Hilfe, Notfälle erkennen, Hilfsmitteltraining, Sturzprophylaxe, Bewegungsverhalten und Umgang damit in der Alltagsbegleitung
- Pflegerische Grundkenntnisse, Pflegestufen, Pflegeleistungen; Herausforderung: Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Laufe der Begleitung
- Ernährung im Alter
- Wohnen im Alter: Wohnformen, barrierefreies Wohnen, Wohnberatung
- Patientenverfügung und Generalvollmacht
- Wesentliche gesetzliche Ansprüche kennen (z.B. Grundsicherung)
- Sterben und Trauer

■ Praxis: Hospitation (20 Stunden)

Die Erfahrungen zeigen, dass unter anderem die frühzeitige Vorbereitung und Einbindung der betroffenen Organisationen sowie der offene Dialog mit allen Beteiligten wichtig ist, auch um Ängste vor Veränderungen zu nehmen und Chancen aufzuzeigen.

Aus dem Plenum

Wie lassen sich zugewanderte Menschen im Projekt BasisQ Demenz erreichen?

Es besteht kein spezieller Anspruch, bestimmte ethnische Gruppen zu erreichen, sondern die Ansprache richtet sich generell an sehr heterogene Gruppen.

Wie gewinnt das DUO-Programm ehrenamtliche Mitarbeitende?

Viele Ehrenamtliche bringen eigene Erfahrungen zum Thema Demenz mit und interessieren sich deshalb dafür, ihr Wissen einzubringen. Darüber hinaus informiert die Freiwilligenakademie Niedersachsen als Ausbildungsstätte zu ihren Angeboten. Die sogenannte „Mund zu Mund-Propaganda“ spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Als ein weiterer fördernder Faktor besteht die Möglichkeit der Erstattung von z. B. Fahrtkosten über den Titel „Auslagenersatz“.

Weiterführende Informationen

„Seit dem 1.1.2014 gibt es in Niedersachsen eine neue seniorenpolitische Beratungsstruktur. Wie in der Koalitionsvereinbarung der die Landesregierung tragenden Parteien festgelegt, werden die Seniorenservicebüros und die Pflegestützpunkte zusammengeführt. Die neuen Beratungsstellen ersetzen dabei nicht nur die bisherige Form der Seniorenservicebüros, sondern sie führen zudem das Aufgabenfeld der Pflegestützpunkte (PSP) in die Beratungsstellen ein.“

www.ms.niedersachsen.de/themen/senioren_generationen/seniorenservicebueros/beratungsstrukturen-fuer-aeltere-menschen-14162.html

Sind zugewanderte Menschen im DUO-Programm vertreten?

Ja. Es fällt auf, dass unter den „DUOs“ mehr zugewanderte Menschen vertreten sind als in der Gruppe der betreuten Seniorinnen und Senioren.

Forum 2 Wohnformen im Alter

Moderation: Dr. Johanna Krawietz, FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e. V., Bundesvereinigung

Inhalte des Forums:

- Überblick über mögliche Wohnformen bzw. innovative Projekte zum Thema Wohnen im Alter, Vorstellung guter Beispiele
- Diskussion von „Wohnformen im Alter“ als ressortübergreifendes Thema in der Kommune unter Einbezug unterschiedlicher Akteursperspektiven
- Wohnformen als gesundheitsförderliche Dimension insbesondere zu Unterstützung der Selbstständigkeit im Alter, besondere Berücksichtigung von Menschen in schwieriger sozialer Lage

Neue Wohnformen und gemeinschaftliche Wohnprojekte für das Leben im Alter

Dr. Johanna Krawietz, FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e. V., Bundesvereinigung

Das FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e. V., Bundesvereinigung, als bundesweites Netzwerk hat seine zentrale Geschäftsstelle in Hannover und 22 Regionalstellen in 14 Bundesländern. Der Fokus liegt dabei auf der Zukunft des Wohnens im Alter. Zentral ist vor allem der Wunsch, nicht anonym und allein, sondern in lebendiger Nachbarschaft zu leben und einen Einfluss auf die Gestaltung des Wohnens zu haben. Die Aufgaben des FORUM sind die Beratung, Information, Vernetzung und Information von Projekten.

Im Modellprogramm „Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben“ (2015-2019) des Bundesfamilienministeriums übernimmt das FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e. V., Bundesvereinigung, die Begleitung von 29 Modellprojekten, die innovative gemeinschaftliche Wohnformen umsetzen.

Die Ziele sind die Entwicklung innovativer, gemeinschaftlicher Wohnformen und die Behandlung der Frage, wie sich diese Konzepte auf andere Wohnformen übertragen lassen. Gefördert werden Projekte für ältere und hochaltrige Menschen, bezahlbares Wohnen für Menschen mit niedrigem Einkommen und inklusives, generationen- und gendergerechtes Wohnen.

Beispielprojekte aus dem Modellprogramm, die soziale und pflegerische Angebote integrieren, sind „Neues Wohnen Thyrsusstraße – Wohnen im Quartier – Wohnen mit Versorgungssicherheit“ aus Rheinland-Pfalz und „ALLENgerechtes Wohnen Burgrieden“ aus Baden-Württemberg.

Modellprogramm
Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

FORUM
Gemeinschaftliches Wohnen e.V.
Bundesvereinigung

- Förderung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Laufzeit von 2015 bis 2019
- 29 Modellprojekte in 16 Bundesländern
- Baulich-investive und nicht-investive Förderung

www.wohnprogramm.fgw-ev.de



Überblick Modellprojekte in Deutschland

Modellprogramm
Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben

FORUM
Gemeinschaftliches Wohnen e.V.
Bundesvereinigung

Neues Wohnen Thyrsusstraße – Wohnen im Quartier – Wohnen mit Versorgungssicherheit
Wohnungsbaugenossenschaft Am Beutelweg eG, Trier, Rheinland-Pfalz

- Barrierefreies gemeinschaftliches Wohnprojekt mit ca. 35 Wohneinheiten
- Mischung aus frei finanzierten und geförderten Wohnungen
- Vergabe von max. 1/3 der Wohnungen an Menschen mit Hilfedarf
- Kooperation mit einem ambulanten Pflegedienst mit Vorschlagsrecht für 6 Wohnungen, der Nachbarschaft garantiert und
- eine Tagespflege betreibt, die in das Gesamtvorhaben integriert ist.
- Geplanter Baubeginn Mitte 2017

www.wohnprogramm.fgw-ev.de

Fotos: Wohnungsgenossenschaft Am Beutelweg eG Trier



Projektbeispiel: Neues Wohnen Thyrsusstraße

Allengerechtes Wohnen Burgrieden
Bürgerstiftung Burgrieden, Landkreis Biberach, Baden-Württemberg

- Aufbau des Projekts durch Gemeinde und Bürgerstiftung
- Gemeinschaftliches barrierefreies Häuserquartett mit 44 Wohneinheiten mit Atrium, Gemeinschaftsräumen und Wohncafé
- Integration einer selbstverantworteten Pflege-Wohngemeinschaft für 8 Personen
- Einbindung einer Anlaufstelle für ehrenamtliche Service- und Dienstleistungen über einen Verein
- Unterhalt der Servicestelle durch Beiträge der Gemeinde, Bürgerstiftung und des Vereins Lebensqualität Burgrieden e.V.

www.wohnprogramm.fgw-ev.de

Fotos: Allengerechtes Wohnen Burgrieden, Bürgerstiftung Burgrieden



Projektbeispiel: Allengerechtes Wohnen Burgrieden
Quelle: Vortrag Dr. Johanna Krawietz

Weiterführende Informationen

Weitere Modellprojekte im Rahmen des Programms „Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben“ finden Sie unter <http://wohnprogramm.fgw-ev.de>.

Ehrenamtliche Wohnungslotsen und -lotsinnen in Tempelhof-Schöneberg begleiten Ältere und Pflegebedürftige

Ariane Rausch, Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e. V., Sabrina Grunwald, Nachbarschaftsheim Schöneberg e. V.

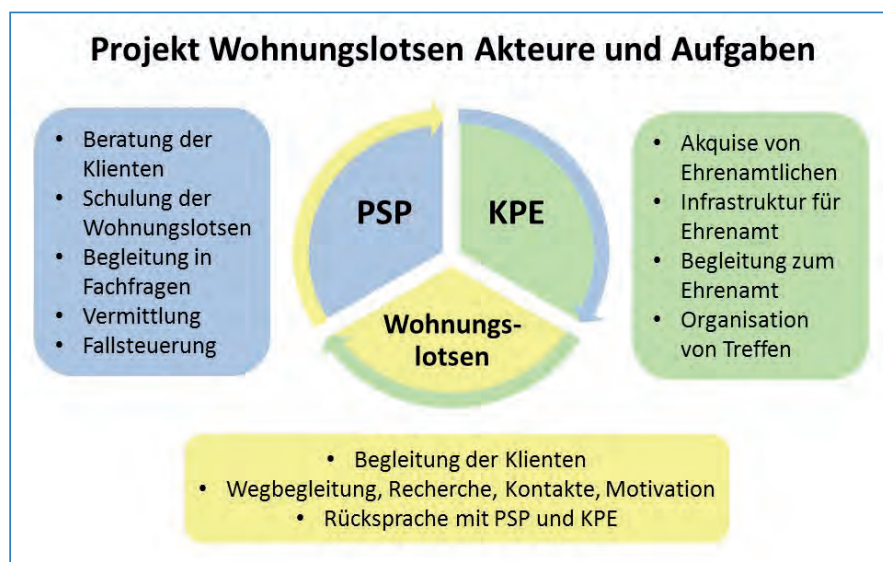
Bedarfsgerechter Wohnraum für ältere Menschen

Im Sinne eines selbstbestimmten Lebens kommt dem privaten Wohnraum im Alter große Bedeutung zu. Er sollte möglichst barrierefrei und auch im Falle eintretender Pflegebedürftigkeit umfassend nutzbar sein. Im Zuge des demographischen Wandels steigt der Bedarf an barrierefreiem Wohnraum kontinuierlich an. Demgegenüber steht ein vergleichsweise sehr geringes Angebot an DIN-normgerechten Wohnungen auf dem Berliner Markt. Um dem Klientel dennoch bei Bedarf einen Umzug in barrierefreien Wohnraum und damit ein selbstbestimmtes Leben auch im höheren Alter zu ermöglichen, muss auch das „latente Angebot“ gemeinsam erschlossen werden – also die Wohnungen, die zwar nicht DIN-normgerecht gebaut wurden, aber durch geringe Umbauten barrierefrei gestaltet werden könnten.

Betroffene selbstständig auf die Suche nach geeigneten Wohnobjekten begeben können, unterstützen ehrenamtliche Wohnungslotsinnen und -lotsen bei der Wohnungssuche, beim Umzug oder auch bei der Umsetzung von Umbaumaßnahmen in der bisherigen Wohnung.

Die Aufgaben der Kooperationspartner Pflegestützpunkt Tempelhof-Schöneberg und der Kontaktstelle PflegeEngagement Tempelhof-Schöneberg werden wie folgt übernommen:

Das Angebot der Wohnungslotsen wird vorwiegend von Beratungssuchenden aus dem Pflegestützpunkt in Anspruch genommen. Es wurden mittlerweile 21 Ehrenamtliche geschult, 7 Ehrenamtliche sind aktiv mit hoher Kontinuität im Einsatz. Der Bedarf kann damit gedeckt werden.



Aufgabenverteilung Pflegestützpunkte/Kontaktstelle PflegeEngagement, Quelle: Vortrag Ariane Rausch, Sabrina Grunwald

Ehrenamtliche Begleitung beim Thema „Wohnen“

An dieser Stelle setzt das Projekt „Wohnungslotsen“ des Pflegestützpunkts Tempelhof-Schöneberg und der Kontaktstelle PflegeEngagement Tempelhof-Schöneberg an. Idee ist, dass ehrenamtlich Engagierte einen älteren Menschen über eine gewisse Zeit bei Veränderungsprozessen rund um das Thema „Wohnen“ begleiten und unterstützen. Ziele der gemeinsamen Arbeit sind, das lebenslange Leben im Quartier zu fördern und ältere Menschen in schwieriger sozialer Lage bei der Suche nach barrierearmem Wohnraum zu unterstützen. Neben klientenfreundlichem Informationsmaterial, mit Hilfe dessen sich

Probleme und Lösungsansätze

Aufgrund von zu wenig bezahlbarem, barrierearmem Wohnraum muss vielfach auf Angebote wie Betreutes Wohnen oder Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen werden. Eine weitere Strategie ist es, Kontakte zur Nachbarschaft aufzubauen, insbesondere bei Personen, die selbst kaum noch die Wohnung verlassen können. Bei Themen, wie z. B. bestehende Schulden oder drohende Obdachlosigkeit, sind zusätzliche Kompetenzen notwendig, die durch andere Fachkräfte übernommen werden sollten und über die die Ehrenamtlichen nicht unbedingt verfügen. So müssen Personen, deren Problemlagen schwerwiegend sind und sich nicht primär auf die Wohnungssuche beziehen, aus der Zielgruppe ausgeschlossen werden. Die betreuten Personen sind vielfach sehr unentschlossen und benötigen eine lange Zeit der Entscheidungsfindung. Die ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleiter brauchen hier viel Geduld und unterstützen die Entscheidungsfindung durch viele Besuche unterschiedlicher Wohnformen.

Weiterführende Informationen

Als Grundlage für das Projekt wurde eine Broschüre mit dem Titel „Wegweiser Wohnungssuche ohne Barrieren“ entwickelt, die beim Pflegestützpunkt angefordert werden kann. Den Wegweiser finden Sie auch unter folgendem Link: www.pflegestuetzpunkteberlin.de/images/stories/pdfs/Broschuere_Wegweiser_Wohnungssuche.pdf

„Lebensort Vielfalt – Ein schwules Mehrgenerationenhaus“

Dieter Schmidt, Netzwerk Anders Altern (NAA), Schwulenberatung Berlin gGmbH

Diskriminierungsfreies Wohnen für schwule Männer

Die bedarfsgerechte Ausstattung von Wohnungen, das soziale Umfeld, Angebote zur Teilhabe und der Einbezug besonderer Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sind eine wesentliche Voraussetzung für Wohlbefinden und Gesundheit. Aufgrund der hohen Nachfrage nach diskriminierungsfreiem Wohnen für schwule Männer wurde das Projekt „Lebensort Vielfalt“ ins Leben gerufen. Das 2012 eröffnete, europaweit erste schwule Mehrgenerationenhaus bietet den Mietern in Berlin-Charlottenburg mit facettenreichen Angeboten ein bedarfsgerechtes Zuhause und macht gelebte Vielfalt wahr. Für die Einrichtung des Mehrgenerationenhauses stellte der Bezirk ein leerstehendes Haus zur Verfügung, dessen Umbau mit Geldern von der Lottostiftung weitestgehend finanziert werden konnte.

Generationen unter einem Dach

Das Mehrgenerationen-Nachbarschaftshaus beherbergt in 25 Wohnungen Männer und Frauen zwischen 23 und über 80 Jahren. Die meisten Wohnungen in diesem Haus bewohnen schwule Männer im Alter von 55 bis 85 Jahren. Diese Männer haben einen Großteil ihres Lebens in Angst vor Diskriminierung und strafrechtlicher Verfolgung aufgrund ihrer Homosexualität leben müssen. Sie genießen die Tatsache, dass Schwulsein im Lebensort Vielfalt selbstverständlich ist. Genauso wichtig ist den schwulen Bewohnern aber auch, dass einige Wohnungen für Frauen und jüngere Männer reserviert sind und daher nicht das Gefühl entsteht, in einem „Altenheim“ oder „Schwulen-Reservat“ zu leben.

Zugang auch für Menschen in schwieriger sozialer Lage

Nach einer Komplettanierung des Hauses (barrierearm bzw. rollstuhlgerecht) liegen die Mieten derzeit bei durchschnittlich 11,00 Euro warm pro Quadratmeter. Um auch Menschen mit geringem Einkommen das Wohnen im Haus zu ermöglichen, gibt es eine Umlage: Wohlhabendere Mieter im obersten Stockwerk zahlen einen Euro pro Quadratmeter zusätzlich und unterstützen damit sozialschwache Nachbarn, deren Wohnungen auf diese Weise nur ca. 400 Euro Warmmiete kosten.

Gelebte Nachbarschaft und Partizipation als gelingende Faktoren

Die Mieterinnen und Mieter legen Wert auf eine gelebte Nachbarschaft und gemeinschaftliche Aktivitäten. Auf diese Weise hat man sich inzwischen gut kennengelernt und es ist eine starke Hausgemeinschaft entstanden. Darüber hinaus sind gute Kontakte zur Nachbarschaft vorhanden, unter anderem durch

feste und Tage der offenen Tür. Die Beteiligung vieler Mieter an der Konzeptentwicklung des Lebensortes Vielfalt ist ein wesentlicher Grund dafür, dass sich die Menschen hier wohlfühlen. Neben den erwähnten Wohnungen beherbergt das Gebäude auch ein Restaurant mit Veranstaltungsbetrieb (der „Wilde Oscar“). Außerdem gibt es hier eine betreute Wohngemeinschaft für schwule Männer mit Pflegebedarf und Demenz, in der der Aspekt kultursensibler Pflege besondere Berücksichtigung findet. Auch befinden sich eine schwul-lesbische Ausleihbibliothek sowie Büros und Beratungsräumen der Schwulenberatung Berlin im Haus.

Kultursensible Pflege. Nach wie vor eine Besonderheit!

Kultursensible Pflege umfasst grundsätzlich die Berücksichtigung individueller Faktoren, besonderer Lebensumstände, biographischer Daten etc. und damit z. B. auch die Frage nach vorhandenem Migrationshintergrund oder dem Umgang mit dem Thema Homosexualität. Diesbezüglich gibt es in den meisten Pflegeeinrichtungen noch Verbesserungspotential. So berichteten im Vorfeld der Entstehung des Lebensortes Vielfalt befragte Pflegeeinrichtungen überwiegend, dass es bei ihnen keine Schwulen oder Lesben gäbe und sie dieses „Problem“ nicht hätten. Allein schon statistisch gesehen ist dies jedoch unwahrscheinlich und lässt den Schluss zu, dass sich die meisten Pflegeeinrichtungen mit dem Thema Homosexualität nicht oder nur wenig beschäftigen. Um diesem Umstand entgegenzuwirken, führt die Schwulenberatung Berlin gGmbH im Auftrag und in Zusammenarbeit mit der Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS) u.a. Fortbildungen für den Pflegebereich in Berlin durch. Darüber hinaus ist ein Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“ angedacht, um Pflegeeinrichtungen, die kultursensible Pflege auch im Hinblick auf „Homosexualität“ umsetzen, als Anlaufpunkte für Interessenten benennen zu können. Außerdem ist und bleibt die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema sehr wichtig.

Weiterführende Informationen

Artikel auf der Website des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit unter:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/lebensort-vielfalt

Projekteintrag in der Praxisdatenbank auf der Website
www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

„Selbstbestimmt Altern im Quartier – Beispiele aus der Stadt Burgdorf“

Jan-Hinrich Brinkmann, Stadt Burgdorf – Stadtplanungsabteilung

Der demografische Wandel und die älter werdende Gesellschaft rücken auch in Burgdorf verstärkt die Frage nach einem selbstbestimmten Leben im Alter in den Vordergrund. Gleichzeitig sorgen gesellschaftliche Veränderungsprozesse (Individualisierung, wachsende Zahl kinderloser Haushalte) dafür, dass nach ganz neuen Konzepten für das selbstbestimmte Leben im Alter gesucht werden muss. Denn eine vermehrte Einrichtung allein von neuen stationären Pflegeplätzen kann keine nachhaltige Antwort auf die Bedürfnisse und Herausforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft sein.

Das Altwerden in der Mitte der Gesellschaft, das Miteinander der Generationen im Quartier anstelle einer demografischen Segregation und ein Angebot vieler möglichst niederschwelliger Hilfen in erreichbarer Nähe müssen wichtige Ziele bei der Suche nach neuen Konzepten sein. Es spricht dabei vieles dafür, dass der Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu verbleiben, aus gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Hinsicht erstrebenswert ist.

Diesen Herausforderungen hat sich die Stadt Burgdorf in den vergangenen Jahren gestellt:

- In Kooperation mit der örtlichen Wohnungswirtschaft und lokalen Anbietenden von Pflegedienstleistungen wurden im Siedlungsbestand innovative Wohnprojekte mit integriertem Quartiersstützpunkt projektiert und umgesetzt.
- Durch Teilnahme am Bundesmodellprogramm „Aktiv im Alter“ konnte der ehrenamtlich aktive Seniorenrat der Stadt Burgdorf weitere Unterstützungsstrukturen wie z. B. einen Einkaufsfahrdienst organisieren.

Ausgangslage und Vorgehen der Stadt Burgdorf

In der Stadt Burgdorf bei Hannover konnten vier Ballungszentren älterer Menschen identifiziert werden. Hier beträgt der Anteil der über 65-Jährigen über 40 Prozent. Der Projektansatz orientiert sich am „Bielefelder Modell“. Dort gibt es im Wohngebiet einen „Pflegestützpunkt“ als Service und Anlaufstelle mit Mittagstisch und anderen benötigten Angeboten, organisiert von einem Pflegedienst. So entsteht quasi ein „Betreutes Wohnen zu Hause“.

Die Stadtplanung Burgdorf schrieb die vier Wohnungsbaugenossenschaften der Stadt an, um Kooperationen mit einem Pflegedienst anzuregen.

Als erste sagte die Wohnungsbaugenossenschaft Ostland eG zu und ging eine Kooperation mit der Diakoniestation ein. Statt Betreuungspauschalen setzt man auf nachbarschaftliches und ehrenamtliches Engagement. Auch der Mittagstisch, der in einem Haus angeboten wird, wird so organisiert. Die Ehrenamtlichen werden von Sozialarbeiterinnen bzw. -arbeitern angeleitet. Weitere Kooperationen folgten.

B **SELBSTBESTIMMT ALTERN IM QUARTIER**
Beispiele aus der Stadt Burgdorf

Ziel: ein selbstbestimmtes Alt werden im Quartier

Angebote z.B.:

- 24-Stunden-Notruf
- Mittagstisch
- Hilfe im Haushalt
- Hilfe beim Einkaufen
- ...?

Akteure z.B.:

- Wohnungsgesellschaft
- Pflegedienst
- Seniorenrat
- Kirche
- Frauen-/ Mütterzentrum
- Pflegeheime
- Siedlergemeinschaft
- andere

Projektziele in den vier Ballungszentren älterer Menschen in Burgdorf

B **SELBSTBESTIMMT ALTERN IM QUARTIER**
Beispiele aus der Stadt Burgdorf

Das erste realisierte Projekt: Heiligenbeller Straße

- Kooperationspartner: Ostland eG und Diakoniestation
- Wohncafé als lebendiger Treffpunkt im Wohnviertel
- Mittagstisch
- Keine Betreuungspauschale
- Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliches Engagement

Betreutes Wohnen in Burgdorf
Leben in der eigenen Wohnung ohne Betreuungspauschale...

Wir helfen!
© Stadt Burgdorf

Projektbeispiel: Heiligenbeller Straße

Quelle: Vortrag Jan-Hinrich Brinkmann

Neben der Schaffung von neuem, barrierefreien oder -armen Wohnraum sowie der Weiterentwicklung der ambulanten Pflege sind somit der Ausbau weiterer Unterstützungsstrukturen zur Bewältigung des Alltags sowie der Erhalt bestehender bzw. die Schaffung neuer Treffpunkte im Quartier als Ort der „beiläufigen“ Begegnung und des Austausches von besonderer Bedeutung.

Diese Punkte sind zudem die Voraussetzung dafür, dass auch denjenigen Menschen, für die ein Umzug in eine neue Wohnung nicht in Frage kommt (sei es aus finanziellen Gründen oder weil eine Trennung vom Zuhause schwer fällt), ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben im angestammten Wohnumfeld leichter ermöglicht werden kann.

Probleme und Lösungsansätze

1. Barrierefreiheit ist sehr teuer, sinnvoller ist barrierearmer Umbau jenseits der DIN-Normen.
2. Barrierefreier Umbau ganzer Wohnblöcke ist oft nicht möglich, da dazu ein Auszug der Mieterinnen und Mieter nötig wäre, der gerade bei älteren Menschen vermieden werden soll. Praktikabler ist es, nach und nach zu sanieren oder z. B. nur das Erdgeschoss.
3. Es braucht „Kümmerer“, also Menschen, die sich für solche Konzepte einsetzen, sowohl in der Verwaltung als auch auf Seiten der Wohnungswirtschaft und Pflegedienste. Ehrenamtliches Engagement braucht professionelle Unterstützung. Wichtig ist es, das Thema in der Gesellschaft noch stärker zu verankern.

Weiterführende Informationen

Das Projekt wurde im Rahmen des Niedersächsischen Wettbewerbs „Pflege im Quartier“ im Jahr 2012 vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung prämiert und gefördert. Zu dem Projektbericht sowie weiteren Informationen zum niedersächsischen Wettbewerb „Pflege im Quartier“ gelangen Sie unter: www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=31232&article_id=107603&psmand=17

Nachfragen und Diskussionen

Qualitätssicherung und die Rolle von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern als Wohnungslotsinnen und Wohnungslotsen

- Anleitung erhalten die Ehrenamtlichen durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Zudem müssen sie ein Führungszeugnis vorlegen.
- Die Aufgabe der Wohnungslotsen kann durch Hauptamtliche nicht geleistet werden. Das Angebot richtet sich vorwiegend an Personen, die wenig oder keine Unterstützung durch die Familie erhalten, so dass sie häufig den Part übernehmen, den sonst Familienangehörige erfüllen.

Kultursensible Pflege sollte für alle Menschen gelten!

In Deutschland gibt es bereits ähnliche Projekte, wie den Lebensort Vielfalt in Berlin. Da die Nachfrage so hoch ist, wird in Berlin gerade über eine Erweiterung (Neubau) nachgedacht. Auch hier soll es eine Durchmischung von Alt und Jung sowie Männern und Frauen geben, und es sollen keine reinen Pflegewohngemeinschaften geschaffen werden.

Niedrigschwellige Orte der Begegnung

Um alters- bzw. generationengerechte Wohnumgebungen zu schaffen bedarf es auch eines guten sozialen Netzwerkes. Hierfür müssen niedrigschwellige Orte der Begegnung geschaffen werden! Aus Burgdorf wird von einem Kieztreffpunkt berichtet, der ohne stadtplanerische Aktivität entstanden ist und gut angenommen wird. In einer alten Drogeriefiliale hat die ehemalige Filialeleiterin sich mit einem Kiosk/Café selbstständig gemacht. Es ist der einzige Punkt der Nahversorgung im Wohngebiet und wird dadurch von den umliegenden Bürgerinnen und Bürgern (v.a. Seniorinnen und Senioren, Mütter mit kleinen Kindern) sehr gut angenommen. Hier finden auch Spielenachmittage und ein Mittagstisch statt.

Forum 3 Gesundheitsförderung in der Pflege

Moderation: Heike Pallmeier, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Inhalte des Forums:

- Sensibilisierung für die Zielgruppen gesundheitsförderlicher Maßnahmen innerhalb der Pflege (Betroffene, Angehörige, professionell Pflegende, Kooperationspartnerinnen und -partner) und daraus abzuleitende bedarfsgerechte Maßnahmen
- Einblick in das Programm „Lübecker Modell Bewegungswelten“, Aufzeigen von Kooperationsmöglichkeiten mit Pflegeeinrichtungen zur Bewegungsförderung
- Identifizieren kultursensibler Versorgungsbedürfnisse und Herausstellen von Strategien zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation für Betroffene und pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund

Lübecker Modell Bewegungswelten – ein Programm zur Bewegungsförderung für Personen mit regelmäßigem Unterstützungsbedarf

Anja Krahnert, Dr. Christina Ralf, DRK-Therapiezentrum Marli GmbH Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum



Hinsichtlich der Gestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen speziell für pflegebedürftige ältere Menschen wird bewegungsfördernden Programmen national und international eine große Relevanz beigemessen (vgl. Horn, Brause & Schaeffer 2012, S. 307). Die positiven Effekte körperlichen Trainings auch in Bezug auf diese Gruppe sind mittlerweile durch Studien belegt (vgl. z. B. Baum et al. 2003; Carvalho et al. 2014; Chou et al. 2012). Die Bewegungsprogramme zielen darauf ab, den Gesundheitszustand sowie die Mobilität der Nutzerinnen und Nutzer zu verbessern oder länger zu erhalten bzw. eine Erhöhung der Abhängigkeit von Hilfe zu verzögern (vgl. Horn et al. 2012, S. 311). Es fehlt jedoch an systematisch erarbeiteten, erprobten und evaluierten „konzeptionell gesicherte(n) Programme(n)“ (Horn et al. 2012, S. 314), die zu einer langfristigen Teilnahme motivieren und so nachhaltige Effekte ermöglichen. Außerdem müssen differenzierte Programme für unterschiedlich schwer betroffene Nutzergruppen im Bereich der Langzeitversorgung hervorgebracht werden.

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ adressiert in einem ersten Schritt pflegebedürftige, jedoch noch selbstständig geh-

fähige ältere Menschen. Es handelt sich um ein Bewegungsprogramm, das im Setting Pflegeeinrichtung durchgeführt wird und als Teil des Bundesprogramms „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführt wird.

Das Lübecker Modell wird seit Anfang 2016 (geplant bis 2018) als Pilotprojekt in zehn Pflegeheimen durchgeführt. Eine Ausweitung des Modells in ganz Schleswig-Holstein sowie auf weitere Bundesländer ist in weiteren Projektphasen geplant, wenn sich die erwarteten Erfolge bei den Teilnehmenden einstellen.



Mottos der Bewegungswelten

Quelle: Vortrag Anja Krahnert, Dr. Christina Ralf

„Die Teilnahme soll Spaß machen“

Mit dem kombinierten Trainingsprogramm werden verschiedene Ziele verfolgt, z. B. Erhalt / Verbesserung der Mobilität, Kraft, Feinmotorik, Beweglichkeit und Kognition. Das standardisierte Gruppentraining findet in den Pflegeeinrichtungen zwei Mal pro

Woche für 60 Minuten statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wählen das Pflegepersonal in den Einrichtungen aus. Die Übungsstunden greifen jeweils ein alltagsnahes Motto wie „Garten“ oder „am Strand“ etc. auf. Diese sogenannten „Bewegungsgeschichten“ verbinden körperliche mit kognitiver Aktivierung, indem sie Bezüge zum Alltag herstellen und auf Erinnerungen eingehen. Im Anschluss an jedes Gruppentraining wird den Teilnehmenden ein individuelles Programm aus der jeweiligen Bewegungswelt zum täglichen Training ausgehändigt. Die darin enthaltenen Übungen sind speziell auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zugeschnitten und können selbstständig durchgeführt werden.

„Nur wenn wir uns vernetzen, sind wir stark“

Das Bewegungsprogramm soll nachhaltig in das Angebot der Pflegeheime eingebunden werden. Vom Landessportverband Schleswig-Holstein geschulte Übungsleiterinnen und Übungsleiter führen das Bewegungsprogramm in den Pflegeeinrichtungen durch. Zurzeit steht ein Pool von 20 Übungseinheiten zur Verfügung. Neben dem Landessportverband als wichtigem Partner finden Kooperationen mit Hausärztinnen und Hausärzten, der Hansestadt Lübeck und den Pflegeeinrichtungen selbst statt.

„Brücken schlagen“

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ wendet sich zudem gezielt an Mitbürgerinnen und Mitbürger mit Pflegebedarf, die außerhalb der anbietenden Pflegeeinrichtungen wohnen. So können Pflegeeinrichtungen beispielsweise recht niedrigschwellig kennen gelernt werden. Es ist geplant, Ehrenamtliche miteinzubeziehen, die „Brücken zu schlagen“ und die älteren Menschen zum Angebot zu begleiten. Die DRK-Tagesklinik vermittelt potentielle externe Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Effektevaluation	Formative Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Transfere und Gehfähigkeit • Kraftentwicklung • Feinmotorik • Selbsthilfe • Lebensqualität • Schmerzreduktion • Kognition 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche hemmenden und welche fördernden Bedingungen beeinflussen die Umsetzung des Angebots? • Wie wirkt sich die Teilnahme an der Intervention auf den Pflegebedarf bei den Teilnehmern aus? • Wie beurteilen die Mitarbeitenden in den Organisationen das Angebot und seine Umsetzung?

Effektevaluation versus Formative Evaluation

Quelle: Vortrag Anja Krahnert, Dr. Christina Ralf

Evaluation

Die wissenschaftliche Überprüfung des Programms wird durch drei Institute begleitet: das Krebszentrum Nord am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, das Institut für Sportwissenschaft der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel sowie das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

Literaturangaben zu diesem Vortrag erhalten Sie bei den Referentinnen.

Weiterführende Informationen

Weitere Informationen zum Lübecker Modell Bewegungswelten erhalten Sie unter:
www.aelter-werden-in-balance.de/luebecker-modell

Kultursensible Versorgungsbedürfnisse identifizieren und Chancen nutzen (KURVE)

Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.

Dr. phil. Johanna Buchcik, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)

Das Projekt KURVE ist ein für drei Jahre (Laufzeit 09/2013 – 08/2016) vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Projekt. Das Projektvorhaben konzentriert sich auf pflegende Angehörige und ältere Pflegebedürftige mit einem türkischen bzw. polnischen Migrationshintergrund in Hamburg. Das Gesamtziel ist die Verbesserung der häuslichen Pflegesituation sowohl für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige als auch für professionell Pflegende.

Ausgangslage

Demografische Entwicklung

- In Deutschland: 1,5 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund ab 65 Jahren in 2010 (Statistisches Bundesamt 2011)
- In Hamburg: vor allem aus der Türkei (18%) und Polen (13%) (Stat. Amt f. Hamburg/Schleswig-Holstein 2010)

- Zwischen 2005 und 2025: Verdoppelung der Menschen mit Migrationshintergrund über 55 Jahren in HH (Freie u. Hansestadt Hamburg 2012)

Gesundheitliche Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten

- Defizitäre Pflegeversorgung (Brzoska/Razum 2011; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Schopf/Naegele 2005)
- Häufig wird ausschließlich Pflegegeld bezogen
- 75% der Betroffenen möchten nicht von Fremden gepflegt werden (Bundesgesundheitsministerium 2011)
- Wachsender Pflegebedarf durch zunehmendes Alter und arbeitsbezogene Belastungen (Robert Koch-Institut 2008)

Bedarfe erheben

Auf Grundlage einer Literaturrecherche, einem Expertenworkshop und elf qualitativen Interviews mit Betroffenen (in der jeweiligen Muttersprache) wurden Bedarfe identifiziert und eine Schulung für pflegende Angehörige sowie eine Schulung für professionell Pflegende entwickelt. An dem Expertenworkshop nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus Behörden, Krankenkassen, Pflegestützpunkten, Migrationsforschung, ambulanten Pflegediensten und weitere Kooperationspartnerinnen und -partner teil.

Es wurden u. a. folgende Bedarfe identifiziert:

- Kommunikation/Sprache;
- Informationen (über Angebote);
- Entlastung der Pflegenden;
- Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie;
- kulturelle Anforderungen;
- Wissen über Krankheiten.

Neben der Bedarfsermittlung konnten in den Interviews auch Ressourcen der Pflegesituation erkannt werden, so zum Beispiel: Familie als Ressource, Identifikation, kulturelle Identität.

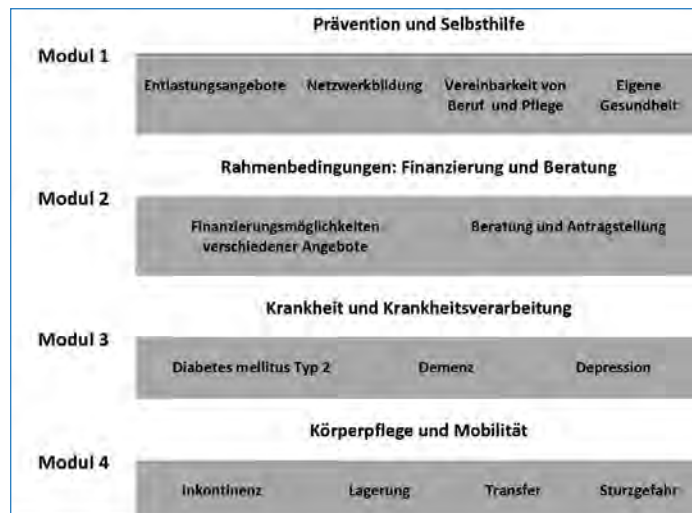
Bisher durchgeführte Schulungen

In zwei interkulturellen Einrichtungen wurden bereits zwei Schulungen mit pflegenden Angehörigen durchgeführt (ausschließlich türkische Frauen).

Für professionell Pflegende fand eine Schulung – bestehend aus drei Terminen – an der HAW Hamburg statt.

In der Abbildung sind die Schulungsinhalte dargestellt.

Nachdem die Schulungen durchgeführt und überprüft sind, sollen Transfermöglichkeiten identifiziert werden.



Schulungsinhalte für professionell pflegende und Angehörige
Quelle: Vortrag Corinna Petersen-Ewert, Johanna Buchcik

„Da sind viele Fragezeichen, es ist wirklich schwierig einen Zugang zu bekommen!“

Der Zugang zu pflegenden Angehörigen mit einem Migrationshintergrund stellt sich für die Projektdurchführenden als große Herausforderung dar. Frauen und Männer können nicht gleichermaßen erreicht werden. Mit der Schulung für pflegende Angehörige wurden nur türkische Frauen erreicht; zum Teil auch Frauen, die nicht in der Pflege involviert sind. Dies erschwert auch die Evaluation.

Weiterführende Informationen

Weitere Informationen zum Projekt KURVE erhalten Sie unter www.pflegeundmigration.de.

Nachfragen und Diskussionen

Zugang für ältere Menschen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung

Auch Personen, die nicht im Pflegeheim wohnen, können von den dortigen Angeboten profitieren. Im Rahmen des Lübecker Programms sind pro Einrichtung drei Plätze geplant, die „extern“ besetzt werden. Um den Zugang zu erleichtern, ist ein Begleitservice durch Ehrenamtliche geplant.

Zielgruppengerechte Schulungen von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund

Grundvoraussetzung ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Angehörigen und Vermittelnden. Manche Themen bedürfen mehrerer Anläufe, um angesprochen zu werden. Ursprünglich war geplant, neben der Schulung auch eine direkte Anwendung im häuslichen Umfeld durchzuführen. Dies ist nicht möglich, da es hier mehr Vertrauen braucht.

Der informelle Charakter der Schulung (bspw. beim Kuchen essen) hat sich als ein guter Ansatz erwiesen. Auch die Begleitung durch Kulturmittlende ist hilfreich.

Zugangswege zu pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund

Der Zugang zu den pflegenden Angehörigen stellt sich als Herausforderung dar. Als erfolgreich hat sich der Zugang über eine Schlüsselperson gezeigt. Die Eingangsgespräche der Pflegedienste bieten sich als möglicher Zugangsweg an, um Angehörigen Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen und sie parallel auch auf weitere Angebote aufmerksam zu machen.

Transfer von dem Angebot „Schulungen für pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund“

Zum „Kurve“-Projekt ist ein Transfer angedacht. Da die Schulung in den Aufgabenbereich der Gesetzlichen Pflegekassen fällt, ist eine langfristige Finanzierung möglich, sofern sich das Konzept etabliert.

Forum 4 Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen

Moderation: Wiebke Sannemann, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Nordrhein-Westfalen

Inhalte des Forums:

- Beispielhafte Darstellung der Einbindung von Qualitätsfragen in kommunale Vorgehensweisen zur Gesundheitsförderung und Prävention anhand des Berliner Dialogprozesses 80plus
- Einblick in die Qualitätsinitiative „Q-Gesena“ und gesetzte Qualitätsziele
- Diskussion von Chancen und Herausforderungen in der Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung

Qualitätskriterien im Rahmen des Berliner Dialogprozesses 80^{plus}

Juliane Nachtmann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Berlin sieht rasanten demografischen Entwicklungen entgegen. Besonders bemerkbar macht sich das am absoluten und prozentualen Anstieg von hochaltrigen Menschen. Frauen und Männer ab dem 80. Lebensjahr werden bis 2030 von derzeit 170.000 auf zukünftig 263.000 wachsen.

Hochaltrige Menschen im Blick gesundheitlicher und pflegerischer Versorgungsstrukturen

Berlin hat auf diese Entwicklung reagiert. In einem ersten Schritt haben Expertinnen und Experten der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ein Diskussionspapier zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von hochaltrigen Menschen (80^{plus}) erstellt. Darin werden sieben Handlungsfelder priorisiert: (1) Prävention und Gesundheitsförderung, (2) ambulante geriatrische Versorgung, (3) stationäre Versorgung sowie (4) deren Vernetzung, (5) Versorgung am Lebensende, (6) Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie (7) Selbstbestimmung und Teilhabe.

Im Anschluss startete ein mehrstufiger Dialogprozess, der das Ziel verfolgt, neue Lösungsansätze für die Versorgung hochaltriger Menschen, neue Wege der verbindlichen Zusammenarbeit zwischen Akteurinnen und Akteuren der verschiedenen Versorgungsbereiche sowie Anstöße zu landes- und bundesrechtlichen Gesetzesreformen zu erarbeiten. Dazu gehört beispielsweise, die Situation in den Berliner Krankenhäusern, die Schnittstellen bei der Entlassung in die Häuslichkeit und die Ansätze der Gesundheitsförderung für hochaltrige Menschen genauer in den Blick zu nehmen.

Die Entwicklung der Dialoge unter Einbindung von Zielgruppen sowie Expertinnen und Experten

Zum Auftakt des Dialogprozesses wurde ein Beirat gebildet. Für jedes Handlungsfeld wurden „interne“ Expertinnen und Experten aus der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und „externe“ Expertinnen und Experten, bspw. der Kassenärztlichen Vereinigung und des Landesseniorenbeirates, gewonnen. Sie alle haben den Prozess wesentlich mitgestaltet.

Im Zeitraum von Mai 2015 bis Juni 2016 fanden drei Fachdialoge zu den Themen der Handlungsfelder statt. Im Vorfeld der Fachdialoge wurde eine Fragebogenaktion durchgeführt. Ziel



war es, für jedes Handlungsfeld, aktuelle Herausforderungen und Vorschläge für entsprechende Lösungsansätze zu identifizieren. Die Befragungsergebnisse wurden den Teilnehmenden der Fachdialoge zugänglich gemacht. Sie fanden außerdem Eingang in die Strukturierung der Fachdialoge, bspw. in die Bildung thematischer Arbeitsgruppen. Insgesamt haben sich über 250 verschiedene Personen beteiligt. Sie vertraten den ambulanten sowie (teil-)stationären medizinischen und pflegerischen Leistungsbereich, die Krankenkassen, Beratungsstellen, Forschungseinrichtungen, Interessenverbände, Netzwerke und Verbände, die Bezirks- und Landesebene. Die Einbindung der Zielgruppe erfolgte auch über eine „Konferenz der Älteren“.

Auf der Abschlussveranstaltung im Juli 2016 sollen konkrete Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin vorgestellt werden. Gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren werden diese auf der Abschlussveranstaltung diskutiert und priorisiert. Die Ergebnisse des berlinweiten Dialogprozesses 80^{plus} werden in einer Rahmenstrategie festgehalten.

Weiterführende Informationen

Weitere Informationen zum berlinweiten Dialogprozess finden Sie unter: <https://www.berlin.de/sen/gessoz/80plus>

„Seniorennetzwerke als Qualitätsinitiative für Kommunen“

Kornelia Jordan, Stadt Moers Leitstelle Älterwerden

Qualitätsinitiative in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit

Die Verantwortung von Kommunen hinsichtlich einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung älterer Menschen bezieht sich nicht nur auf die Sicherstellung von Pflege und Versorgung. Blickwinkel müssen verändert und erweitert werden. Ein vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) in Nordrhein-Westfalen, gefördertes 3-jähriges Projekt, „Q-Gesena“ (Qualitätsinitiative in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit) hat dazu beigetragen, diesen Blickwinkel zu erweitern. Ziele waren insbesondere die Weiterentwicklung der Seniorenarbeit, die Qualitätsentwicklung in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit und die Entwicklung eines neuen Arbeitsmodells „TRIAS“. TRIAS ist eine „verbindliche“ Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Hauptamt-Kommune, Hauptamt-Träger und ehrenamtlichen Mitarbeitenden. Im Projekt wurde dieser Kontrakt schriftlich vereinbart und regelmäßig überprüft. Die Stadt Moers hat gleich mit zwei Standorten an diesem Projekt teilgenommen.



Herausforderungen für die Kommune sind:

- Veränderung des herkömmlichen Altersbildes in der Öffentlichkeit durch Orientierung an Stärken und Ressourcen älterer Menschen
- Initiierung und Verstetigung sozialer Netzwerke und Angebote in der Stadt auf der Basis von Eigenverantwortung, Selbstorganisation und Engagement
- Fach- und ämterübergreifende Zusammenarbeit, gezielte Vernetzung aller Akteure und Nutzung von Synergieeffekten im Bereich der Seniorenarbeit
- Förderung des generationenverbindenden Miteinander
- Offene Altenhilfe muss ersetzt werden durch gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit deren Schlüsselbegriffe, Vernetzung, Partizipation, Selbsthilfe und Integration älterer Menschen sind

Entwicklung einer gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit

Die Stadt Moers rechnet von 2010 bis 2020 mit einem stetigen, starken demografischen Wandel. Vor diesem Hintergrund muss

Partizipation – ein wesentliches Qualitätskriterium

- Meint die Teilhabe am gesellschaftlichen, ökonomischen und kulturellen Leben
- Fördert die Integration älterer Menschen
- Wirkt gegen Altersdiskriminierung
- Umfasst sowohl die Mitwirkung an politischen Vorgängen als auch die Beteiligung an selbstorganisierten Projekten
- Mitwirkung im Rahmen von parlamentarischen Prozessen als Ratsmitglied, sachkundige Bürger in Fachausschüssen etc.
- Erfordert den teilhabebereiten BürgerIn (subjektive Bedingung)
- Teilhabe ermöglichende Strukturen (objektive Bedingung)

die Offene Altenhilfe durch eine „gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit“ ersetzt werden, die sich durch die Schlüsselbegriffe Vernetzung, Partizipation, Selbsthilfe und Integration älterer Menschen auszeichnet. In diesem Zusammenhang ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ eine zentrale Zielstellung der Kreispolitik, auch aus fiskalischen Gründen. Zudem soll das Potential der 55- bis 85-Jährigen als kommunale Ressource genutzt werden.

Partizipation als Qualitätskriterium

Partizipation zählt zu einem zentralen Qualitätskriterium, welches über das wesentliche Instrument „Netzwerke“ realisiert werden sollte. Die Einbindung älterer Bürgerinnen und Bürger gelang über verschiedene Kanäle und Formate. Hierzu zählten: Einladungen zu thematischen Stadtteilgesprächen, Marktstand zum Projekt sowie Streuung von Informationen über Pfarrer von Kirchengemeinden als Multiplikatoren. Zudem wurden Paten in den Seniorenbeiräten gewonnen, die im politischen Prozess unabdingbar sind.

Als konkrete Maßnahmen wurden die Seniorenangebote der Stadt hinsichtlich des Zugangs und der Durchführung für bisher vernachlässigte Zielgruppen weiterentwickelt. Dabei stellte Partizipation ein zentrales Gestaltungsprinzip dar und sollte zu mehr Transparenz der Seniorenangebote für die Zielgruppe führen.

Zwölf Qualitätskriterien zur Weiterentwicklung von Seniorenangeboten

Grundlage des Qualitätsentwicklungsprozesses waren die im Rahmen des Projekts „Q-Gesena“ formulierten 12 Qualitätsziele, die als Orientierungshilfe bei der Weiterentwicklung der Seniorenangebote genutzt wurden. Das Projekt wurde dabei durch die TRIAS-Partner Kommune, Träger und Ehrenamt umgesetzt. Im Rahmen des Projektes konnten verschiedene selbstorganisierte Netzwerkaktivitäten in den Bereichen Gesundheit/Prävention, Begegnung und Kultur/Bildung initiiert werden. Erfolgskriterien waren dabei insbesondere die Ausgestaltung als TRIAS-Projekt und die Fokussierung auf Netzwerke als zentrales Instrument und die damit verbundene Offenheit gegenüber den verschiedensten Akteurinnen und Akteuren auf kommunaler Ebene.

Weiterführende Informationen

Weitere Informationen zum Projekte Qualitätsinitiative in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit finden Sie unter <https://www.moers.de/de/aktuelles/projekt-qualitaetsinitiative-seniorenarbeit-endet-hoffnung-auf-fortsetzung/>



Zwölf Qualitätsziele einer gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit
Quelle: Vortrag Kornelia Jordan

Nachfragen und Diskussionen

Gelingende Zusammenarbeit zwischen Kommune, Träger und Ehrenamt

Jeder der drei Akteure hat seine eigene Sicht und seine eigenen Ressourcen, die er in die gemeinsame Arbeit einbringt. Beispielsweise bedürfen ehrenamtlich Engagierte Unterstützung damit sie sich gleichberechtigt in komplizierte Steuerungsprozesse einbringen können oder Mitarbeitende bei Trägern stehen oftmals vor der Herausforderung nicht die notwendigen Ressourcen seitens ihrer Organisationen bereitgestellt zu bekommen. Förderlich für das Gelingen waren hier in Moers die TRIAS-Methode und eine 1,5-jährige, projektbegleitende Fortbildung.

Akzeptanz der Projektbeteiligten von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Grundsätzlich sind Qualitätssicherungsprozesse oft wenig attraktiv. In Moers wurden gegenüber Fördereinrichtungen im Rahmen des jährlichen Wirksamkeitsdialogs Qualitätskontrollmaßnahmen durchgeführt. Hilfreich war hier die Orientierung am Public-Health-Action-Cycle.

Phase II: Die Lebenswelt Kommune gesundheitsförderlich gestalten



Wie und welche Strategien und Strukturen können bzw. müssen geschaffen werden, um im Sinne einer generationenfreundlichen Kommune, älteren Menschen ein möglichst langes und selbstständiges Leben in der Kommune zu ermöglichen? Dieser Frage widmete sich die zweite Arbeitsphase. In vier Foren wurden kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung mit Älteren und bewährte Praxisbeispiele erörtert.



Forum 5 Kommune als (Mit-)Gestalter der Lebenswelten älterer Menschen

Moderation: Bettina Kupczyk, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg

Inhalte des Forums:

- Betrachtung von Kommunen als Akteure in der Gestaltung der Lebenswelten anhand von Praxisbeispielen
- Vernetzungspotenziale des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Bezug auf interdisziplinäre kommunale Projekte
- Beispielhafte Kurzvorstellung von Projekten zur Förderung seelischer Gesundheit älterer Menschen
- Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung im Alter in der Kommune: Ergebnisvorstellung des BAGSO Pilotprojektes

Förderung seelischer Gesundheit im Alter – die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Kommune

Dr. Thomas Götz, Gesundheitsamt Frankfurt am Main

„Was einer an sich selbst hat, ist zu seinem Lebensglücke das Wesentliche.“ (A. Schopenhauer)

Der demografische Wandel birgt sowohl Chancen, als auch Herausforderungen, denen sich die Gesellschaft stellen muss. Ein wesentliches Element ist dabei die Förderung seelischer Gesundheit im höheren Lebensalter, nicht nur um psychische Erkrankungen zu reduzieren, sondern auch, um zu einer subjektiv hohen Lebensqualität beizutragen und einen intergenerationalen Austausch zu fördern. Es geht darum, sich selbst als Ressource im höheren Alter wiederzuentdecken, es geht um erfolgreiches, gesundes Altern. Trotz Heterogenität der Zielgruppe kann subjektiv erfolgreiches Altern zunehmen. Wesentlich ist daher die Förderung der seelischen Gesundheit im Alter. Zu deren wesentlichen Einflussfaktoren gehören Resilienz, Depression, Stress.

Das Potenzial des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Aktivitäten auf kommunaler Ebene scheinen besonders erfolgversprechend, da hier direkt an und mit der Lebensrealität der Menschen vor Ort gearbeitet werden kann. Eine besondere Rolle kommt hierbei dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu, der auch unter diesem Aspekt zur Daseinsvorsorge der Bevölkerung beitragen kann und der darüber hinaus auch großes horizontales und vertikales Vernetzungspotenzial aufweist. In den Landesgesetzen zum ÖGD ist das Thema „Ältere“ oder „Altern“ bislang unterschiedlich verankert, inhaltlich wird es erst in 8 von 16 Landesgesetzgebungen aufgegriffen.

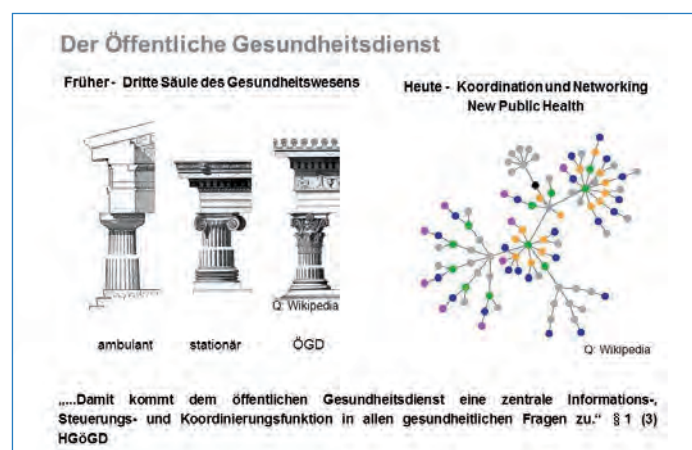
„Entstigmatisierung und Entsäulung des öffentlichen Gesundheitsdienstes“

Unter dem Stichwort „New Public Health“ geht es um die Frage, wie der ÖGD seine Rolle in Koordination und Mitwirkung an den Rahmenbedingungen für die Förderung seelischer Gesundheit in die Realität umsetzen kann.

Das Gesundheitsamt Frankfurt übersetzt dieses Ansinnen mit einer entsprechenden Ausstattung: Innerhalb der Psychiatriekoordination gibt es einen Bereich für „Gesundheit im Alter“, in dem zwei Ärztinnen und Ärzte und eine Bürokräftin tätig sind.

Die seit 2009 im Frankfurter Gesundheitsamt angesiedelte Arbeitsgruppe „Gesundheit im Alter/Prävention“ beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Entwicklung und Umsetzung von Projekten, die auf der Grundlage eines umfassenden, über rein medizinische Aspekte hinausgehenden Gesundheitsbegriffes, die Förderung seelischer Gesundheit älterer Menschen zum Ziel haben. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Förderung sozialer Interaktion, des lebenslangen Lernens und des aktiven Alterns.

Neben den theoretischen Grundlagen wurden drei interdisziplinäre Projekte vorgestellt, die mit diesem Leitgedanken entwickelt wurden.



Der Öffentliche Gesundheitsdienst, Quelle: Vortrag Dr. Thomas Götz



Potentiale des ÖGD, Quelle: Vortrag Dr. Thomas Götz

Bei der Veranstaltungsreihe „Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben“ handelt es sich um eine monatliche (Vortrags-) Veranstaltung des Gesundheitsamtes. Mit Beiträgen zu aktivem, positiven Altern und Gesundheitskompetenzen im Alter werden um die 100 Personen pro Veranstaltung erreicht. Als weiteren Anreiz für dieses Format des lebenslangen Lernens wird das „Frankfurter Gesundheitsdiplom“ angeboten, das Menschen nach dem Besuch von 10 Veranstaltungen erhalten können. Um weitere Teilnehmende zu erreichen, ist eine Dezentralisierung der Veranstaltung sowie Mobilitätsdienste geplant.

Für den Themenkreis der Bewegungs- und Gesundheitsförderung und zur Förderung sozialer Interaktion im Alter werden Gesundheitsspaziergänge angeboten.

Ein besonderes Angebot gibt es in Frankfurt mit dem jährlichen „Filmfest der Generationen“. Im Erfahrungsort Kino treffen sich Menschen jeden Alters, um gemeinsam Filme über das Altern zu sehen und darüber zu diskutieren.

Zusammenfassend ist der ÖGD bei der Förderung der seelischen Gesundheit im Alter ein zentraler und wichtiger Partner, der wie kein anderer über Kernkompetenzen in Fachlichkeit, Multiprofessionalität, Sozialraumorientierung und Netzwerkmanagement verfügt.

Weiterführende Informationen

Das Gesundheitsamt Frankfurt/M. beteiligt sich zudem am innereuropäischen Austausch im Altern: Das im Rahmen von Erasmus plus geförderte Projekt UPHINE (Urban Public Health in Europe → urban aging) unterstützt das voneinander Lernen zwischen Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes in europäischen Großstädten durch Möglichkeiten der Hospitation.

Länger gesund selbstständig im Alter – aber wie? Potenziale in Kommunen aktivieren

Gabriele Mertens-Zündorf, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)

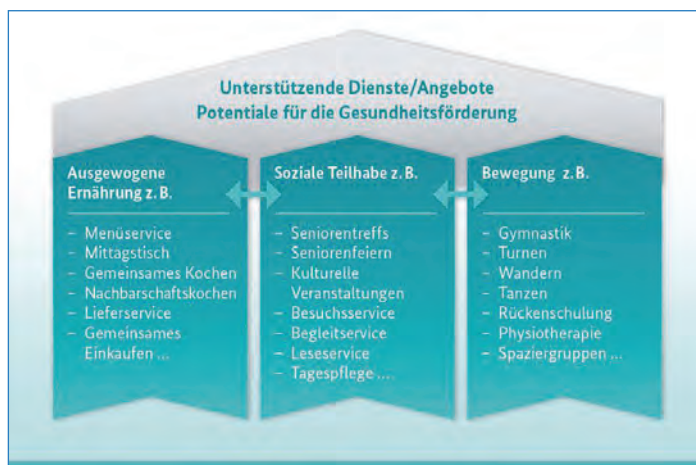
In einer Kommune bestehen für ältere Menschen oftmals vielfältige Angebote im sozialen und kulturellen Bereich. Sie werden von unterschiedlichen Trägern, Akteurinnen und Akteuren in der Seniorenarbeit organisiert und durchgeführt. Hier bieten sich zahlreiche Möglichkeiten, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu integrieren. Zentrale Voraussetzungen dafür sind die Information und ggf. Vernetzung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure, ihre fachliche Weiterbildung im Bereich Gesundheitsförderung älterer Menschen sowie die stetige Verbesserung der gesundheitsfördernden Angebote für ältere Menschen sowohl qualitativ als auch bezüglich der Vielfalt.

Im Rahmen des Projektes „Länger gesund und selbstständig im Alter – aber wie? Potenziale in Kommunen aktivieren“ ist ein Konzept zur Verbesserung der gesundheitsfördernden Angebote in den Kommunen entwickelt und umgesetzt worden. Dadurch soll es gelingen, gesundheitsfördernde Impulse in der Arbeit mit älteren Menschen so zu setzen, dass ältere Menschen angeregt werden sich ausgewogen zu ernähren, mehr zu bewegen und sich aktiv am sozialen Leben in der Kommune zu beteiligen, um länger gesund und selbstständig zu bleiben, d. h. in der eigenen Häuslichkeit leben zu können.

Erarbeitung eines Beteiligungskonzeptes

Die BAGSO führte zu Beginn des Projektes eine Online-Befragung bei Kommunen durch. Ziel war es die angebotenen Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung in der Arbeit mit Älteren und das Bewusstsein für die Bedeutung der Gesundheitsförderung älterer Menschen zu erfassen. Alle Kommunen in Deutschland wurden angeschrieben, die Rückmeldung belief sich auf rund 400. Daraus entstand eine verwertbare Stichprobe von 270 Antworten.

Die Ergebnisse zeigten eine sehr heterogene Träger- und Tätigkeitsstruktur: Viele Aktivitäten werden mit Hilfe von Ehrenamtlichen umgesetzt, deutliche Unterschiede zeigen sich in der Finanzierung und Dauer der Angebote. Es werden oftmals viele kulturelle und soziale Angebote für ältere Menschen organisiert, die den Seniorinnen und Senioren nur zum Teil bekannt sind. Auch die Anbieter kennen oftmals die parallel laufenden Aktivitäten von anderen Akteurinnen und Akteuren in der Seniorenarbeit nicht. Auch das Bewusstsein/Selbstverständnis für die gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsförderung im Alter ist tendenziell erst in der Hälfte der Kommunen vorhanden.



Unterstützende Dienste/Angebote

Quelle: Vortrag Gabriele Mertens-Zündorf

So ergeben sich, positiv gesehen, einerseits ein sehr hohes Potential und andererseits ein Bedarf für die Förderung der (oft unzureichenden) Kooperation zur Gesundheitsförderung im Bereich Ältere. Hier setzt das von der BAGSO entwickelte siebenstufige, partizipative Konzept zur Verbesserung der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene an und wurde in vier Pilotkommunen (Bad Windsheim, Sondershausen, Verbandsgemeinde Diez, Landkreis Peine) im ländlichen Raum erprobt. Das Konzept zielt darauf ab, möglichst unter Leitung der Kommune alle Beteiligten in der Seniorenarbeit zusammenzubringen, die vorhandenen Angebote transparent zu machen und gemeinsame Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitsfördernder Aktivitäten vor Ort zu entwickeln und umzusetzen. Durch den partizipativen Ansatz können Synergieeffekte und Kooperationen erzielt werden.

Das BAGSO-Konzept

Das BAGSO-Konzept zeigt folgenden Verlauf: Zu Beginn erfolgt eine Datenanalyse zur Bevölkerungsstruktur und -entwicklung, zu Strukturen vorhandener Träger und Vernetzungen in der Seniorenarbeit. Erhoben wurde auch der Bedarf an Angeboten zur Gesundheitsförderung. Als Voraussetzung für eine langfristige Kooperation (Vernetzung) aller Akteurinnen und Akteure zur Sicherstellung einer stetigen Verbesserung der Gesundheitsförderung älterer Menschen wird als nächster Schritt eine Steuerungsgruppe aus verschiedenen Verantwortungsträgern gebildet. Um in der Kommune bei den vielen haupt- und ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteuren ein Bewusstsein für die Bedeutung der Gesundheitsförderung zu wecken, sollte im dritten Schritt eine gute Informations- und Öffentlichkeitsarbeit erfolgen. Dabei kann auf bereits vorhandene Aktivitäten sowie Beispiele guter Praxis verwiesen werden. Als nächster Schritt erarbeiten die relevanten Akteurinnen und Akteure im Rahmen einer so genannten „Werkstattveranstaltung“ mit der Zielsetzung einer detaillierten Angebotsanalyse die vorhandenen Ressourcen und Bedarfe sowie Stärken und Schwächen der aktuellen Aktivitäten auf kommunaler Ebene. Erste Ideen zur Verbesserung der vorhandenen Angebote zur Gesundheitsförderung werden gemeinsam entwickelt. Um ehren- und hauptamtlich Tätige zu befähigen, die Zusammenhänge von Gesundheit, ausgewogener Ernährung und Bewegung im Alter sowie sachgerechter Mund- und Zahngesundheit zu verstehen und entsprechende Empfehlungen in der Arbeit mit älteren Menschen umzusetzen, wurde in

das BAGSO-Konzept eine Schulung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren integriert. Aufbauend auf die erste „Werkstattveranstaltung“ findet eine zweite statt. Hier werden die bereits entwickelten Ideen nochmal erörtert ggf. erweitert und dann priorisiert. Für die bedeutsamsten Ideen werden detaillierte Umsetzungspläne einschließlich möglicher Hemmschwellen und erforderlicher Ressourcen entwickelt. Um aus der Zusammenarbeit und den umgesetzten Aktivitäten zu lernen und diese gegebenenfalls zu modifizieren, werden zum Abschluss die Ergebnisse evaluiert.

Einheitliches Konzept vs. heterogene kommunale Akteurinnen und Akteure

Insgesamt sind die Projekterfahrungen hinsichtlich der Strukturen der lokalen Akteurinnen und Akteure sowie der gemeinsam gesetzten Schwerpunkte sehr unterschiedlich. So stand z. B. in Bad Windsheim der Aufbau eines Senioren-Netzwerkes und die Vernetzung mit der gerontologischen Reha-Klinik im Mittelpunkt, um Gesundheitsangebote für ältere Menschen auch nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten zu schaffen. In der Verbandsgemeinde Diez dagegen war der Aufbau von Bewegungsgruppen für hochaltrige Menschen vordergründig, die dadurch soziale Teilhabe und altersgerechte Übungen wieder bzw. neu erfuhren.

In der nächsten Phase des Projektes liegt ein Schwerpunkt in der Weiterbildung von Verantwortlichen in der Seniorenarbeit von Kommunen. Sie werden befähigt, partizipative Prozesse zu gestalten, um über geeignete Strukturen in der Seniorenarbeit auch gesundheitsfördernde Angebote für ältere Menschen in ihren Kommunen zu verbessern.



Prozess zur Gesundheitsförderung

Quelle: Vortrag Gabriele Mertens-Zündorf

Weiterführende Informationen

Informationen zur BAGSO sowie weiteren Projekten finden Sie unter: www.bagso.de

Nachfragen und Diskussionen

Ansatzpunkte zur Erreichung der Zielgruppe sowie für gesundheitsförderliche Impulse

Mit Hilfe von soziodemografischen Daten können Stadtteile identifiziert werden, in denen ein hoher Anteil älterer Menschen lebt. In der Zusammenarbeit mit lokalen Partnerinnen und Partnern können dann quartiersorientierte Angebote (wie z. B. Demenzberatung) über Förderprojekte koordiniert werden.

Bei der Erreichbarkeit älterer Menschen zu Hause kann an verschiedenen unterstützenden Diensten angeknüpft werden: Personenbezogene Dienstleistungen (z. B. Pflege, Hauswirtschaft), sachbezogene Dienstleistungen (z. B. Lieferdienste), gesundheitsbezogene Dienstleistungen (z. B. Ärzte, Apotheken etc.).

Ebenso ergeben sich hieraus Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Impulse: Von Menü-Bringdienst, Förderung der Mobilität, die Förderung der Gemeinschaft oder auch das Empowerment in der häuslichen Pflege, z. B. durch leichte Bewegungsangebote für die Klientinnen und Klienten.

Ressourcen für den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen im ländlichen Raum

Gerade im strukturschwachen ländlichen Raum ist es häufig schwierig, eine Gesamtkoordination zum Thema Gesundheitsförderung mit älteren Menschen zu implementieren, da es oft keine hauptamtliche Struktur gibt. Es ist jedoch unerlässlich, dass die (Steuerungs-) Aktivitäten in der Kommune, im Quartier stattfinden, um wirklich bedarfsorientierte Angebote zu definieren.

Die Rolle des ÖGD und die Stärkung des Themas Gesundheitsförderung in Kommunen

- Das Gesundheitsamt nimmt als Akteur eine Alleinstellung ein, das heißt es ist „außer Konkurrenz“ im Unterschied zu anderen Trägern. Die Gesundheitsberichterstattung und daraus resultierende Gesundheitsdaten, die zur Entwicklung von kommunalen Strategien dienen können, obliegen dem Gesundheitsamt. Erforderlich ist das vernetzte, intersektorale Arbeiten. Gute Beispiele für mehr Gesundheitsförderung können Gesundheitsregionen plus gemeindenaher Gesundheitskonferenzen sein.
- Es braucht einen guten Impuls für Kommunen, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Die Kita- und Schulverpflegung ist ein gutes Beispiel, wie vernetztes Denken innerhalb sonst oft beratungsresistenter Kommunen gelingen konnte.

Forum 6 Good Practice – Gesundheitsförderung bei Älteren

Moderation: Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)

Inhalte des Forums:

- Überblick zu inhaltlichen Schwerpunkten des Themas Gesundheitsförderung bei älteren Menschen
- Einblick in ausgewählte Projekte guter Praxis zur generationsübergreifenden gesundheitsförderlichen Gestaltung von Kommunen
- Diskussion von Möglichkeiten zur langfristigen Integration gesundheitsförderlicher Projekte in die kommunalen Strukturen

Bundewettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“: Konzeption, Beteiligung und inhaltliche Schwerpunkte

Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik e. V. (Difu)

Im Mai 2015 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den Bundeswettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ ausgelobt. Unterstützt wurde der Wettbewerb vom Verband der Privaten Krankversicherung und den kommunalen Spitzenverbänden. Für die Betreuung des Wettbewerbs war das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) zuständig.

Ziele

Ziel des Wettbewerbs war es, herausragende kommunale Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen im Bereich Bewegungs- und Mobilitätsförderung zu identifizieren, zu prämiieren sowie in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, um damit zur Nachahmung guter Praxis anzuregen.

Bewertungskriterien (Auswahl)

- ✓ konzeptionelle Einbindung
- ✓ Vorliegen einer Ausgangs- und Bedarfsanalyse
- ✓ Festlegung detaillierter Ziele
- ✓ Qualitätsmanagement und Evaluation
- ✓ Förderung von Empowerment, Eigeninitiative und Partizipation
- ✓ geschlechtssensible/soziallagensensible Ausrichtung
- ✓ Vernetzung und Kooperation von Akteuren
- ✓ Einbindung von Multiplikatoren
- ✓ langfristige und nachhaltige Implementation
- ✓ kommunalpolitische Verankerung/Unterstützung

Auszeichnungskriterien

Die eingereichten Projekte wurden angelehnt an die Kriterien guter Praxis soziallagenbezogener Gesundheitsförderung bewertet und getrennt nach kreisfreien Städten, kreisangehörigen Gemeinden und Städten und Landkreisen prämiert. Insgesamt

stand ein Preisgeld von 60.000 Euro zur Verfügung. Die Preisverleihung fand am 25.04.2016 in Berlin statt.

Beteiligung

Insgesamt beteiligten sich 94 Kommunen am Wettbewerb. Dabei stellten die kreisangehörigen Gemeinden und Städte mit 48 Bewerbungen die stärkste Teilnehmergruppe. Die kreisfreien Städte waren mit 32 Beiträgen, die Landkreise – vergleichsweise gering – mit 14 Bewerbungen vertreten. Hinsichtlich der Verteilung nach alten und neuen Bundesländern entsprach das Verhältnis von 78 zu 16 etwa dem Verhältnis des jeweiligen Anteils an der Gesamtbevölkerung.

Zielgruppen und Settings

Fast alle Beiträge zielten auf die Gruppe der über 65- bis 80-Jährigen; die Gruppen der „jungen Alten“ und der „Hochbetagten“ waren demgegenüber etwas nachgeordnet, aber gleichwohl von hoher Relevanz. Vergleichsweise gering war der Anteil der Beiträge, die pflegebedürftige ältere Menschen in den Blick nehmen. Die Settings der Beiträge sind vor allem Senioreneinrichtungen/-freizeitstätten, Sportvereine, Quartiere, Alten- und Pflegeheime sowie Nachbarschaftshäuser und Stadtteilzentren.

Welche Maßnahmen zur Bewegungs- und Mobilitätsförderung von älteren Menschen stehen in Ihrem Beitrag im Mittelpunkt? (n=94, Mehrfachnennungen)	Kommunen	
	abs.	%
kommunale Konzepte zur Bewegungs- und Mobilitätsförderung bei älteren Menschen	51	54,3
Maßnahmen und Angebote zur Erreichung alltagsbezogener Bewegungs- und Mobilitätsförderung bei älteren Menschen	78	83,0
Bewegungsräume/Bewegungsparcours im Quartier, in Parks und Grünanlagen	48	51,1
barrierefreie und bewegungsförderliche Gestaltung des öffentlichen Raums	42	44,7
wohnnahnahe Infrastrukturen	40	42,6
(Weiter-)Entwicklung und Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs	18	19,1
(Weiter-)Entwicklung und Ausbau von Mobilitätshilfediensten	20	21,3
Stärkung der Gesundheits- und Bewegungskompetenz sowie des Wissens um die gesundheitliche Bedeutung körperlicher Aktivität	51	54,3
Unterstützung von Akteuren in der Kommune bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Bewegungs- und Mobilitätsförderung älterer Menschen	61	64,9
Weitere	20	21,3



Weiterführende Informationen

Informationen zu den mittlerweile neun ausgelobten Preisträgern sowie zu den eingereichten Wettbewerbsbeiträgen finden Sie unter: www.wettbewerb-aelter-werden-in-balance.de

Weitere Informationen zum Programm „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finden Sie unter: „Älter werden in Balance“

„Altersfreundliche Kommune – Stadtteilanalyse Weinheim-West“

Bettina Brandeis, Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis – Gesundheitsamt

„Wie muss ein Stadtteil gestaltet sein, um seinen Bürgern möglichst lange ein selbstständiges Leben im Alter ermöglichen zu können?“

Dieser Frage ging die Stadtteilanalyse Weinheim-West nach. Ausgangspunkt war eine kommunale Gesundheitskonferenz im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg.

Das umfangreiche Projekt beinhaltete kartographische Darstellungen der Alters- und Infrastruktur im Stadtteil, eine intensive Netzwerkarbeit vor Ort, Stadtteilbegehungen sowie qualitative Interviews mit zurückgezogen lebenden älteren Menschen.

„Bürgerinnen und Bürger erforschen ihren Stadtteil“

Als direkte Form der Bürgerbeteiligung legte die Arbeitsgruppe fest, Stadtteilbegehungen mit interessierten Bürgerinnen und Bürgern durchzuführen. Ein wichtiges Ziel der Begehungen war, Barrieren im unmittelbaren Wohnumfeld festzustellen. Insgesamt fanden sechs Stadtteilbegehungen in unterschiedlichen Begehungsgebieten statt, an denen durchschnittlich 15 bis 20 Personen teilnahmen. Die jeweiligen Routen berücksichtigten wichtige Angebote für ältere Menschen (Einzelhandel, Begegnungs- und Kulturangebote, Gesundheitsdienstleistungen, öffentlicher Nahverkehr) und wurden von engagierten Bewohnerinnen und Bewohnern mitgeplant. Die Begehungen wurden mit älteren Menschen, die teilweise mobilitätseingeschränkt waren, durchgeführt. So konnten direkt Barrieren für Personen, die auf ein Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl) angewiesen sind, identifiziert werden.



Themen im unmittelbaren Wohnumfeld

Quelle: Vortrag Bettina Brandeis

„Aktivierung schwer erreichbarer älterer Menschen“

Neben der Beteiligung engagierter älterer Bürgerinnen und Bürger sollten ebenso schwer erreichbare ältere Menschen in die Stadtteilanalyse eingebunden werden. Vor diesem Hintergrund fand im Stadtteil Weinheim-West einer der fünf Pilotgesundheitsdialoge statt. Der Pilotgesundheitsdialog in Weinheim




Gespräche mit zurückgezogen lebenden älteren Menschen – Kontakt über Multiplikatoren

Kontakt zu den interviewten Personen über:

Sozialamt Rhein-Neckar-Kreis, Pflegestützpunkt Weinheim, COMPASS Private Pflegeberatung, Caritasverband, Diakonie, Schäfer Apotheke, Deutsches Rotes Kreuz, evangelischer Besuchsdienst

Durchgeführte Interviews:

- 14** Ausführliche Interviews
- 3** Kurzinterviews
- + 6** schriftlich festgehaltene Interviews

Gespräche mit zurückgezogen lebenden älteren Menschen

Quelle: Vortrag Bettina Brandeis

war dem Thema „Teilnehmeransprache“ mit dem Fokus auf „schwer erreichbare ältere Menschen“ gewidmet. Es fanden dazu zwei Akteurswerkstätten statt, um aus der Perspektive der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die bereits in die Stadtteilanalyse mit eingebunden waren, die Gründe der Nicht-Erreichung bzw. Nicht-Teilnahme älterer Menschen zu diskutieren und zu erörtern. Des Weiteren wurde ein qualitativer Interviewleitfaden entwickelt, um direkt mit „schwer erreichbaren“ älteren Menschen Interviews durchführen zu können. Ein mehrstufiges Verfahren sah vor, über die vorhandenen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als Schlüsselpersonen schrittweise an die oft alleinstehenden, zurückgezogen lebenden älteren Menschen heranzutreten.

Wichtige Gründe der Nichtteilnahme waren:

- **Gesundheitliche Einschränkungen (körperlich/psychisch)**
 - Das Gehen langer Strecken fällt schwer
 - Rollatornutzung, Rollstuhlnutzung
 - Der Partner ist körperlich eingeschränkt
 - Energielosigkeit/Depressive Verstimmungen
- **Fehlende soziale Kontakte**
 - Der Freundeskreis wird kleiner
 - Verwandtschaft wohnt zu weit weg
 - Mit den neuen Nachbarn kommt man nicht in Kontakt

- **Barrieren im Wohnumfeld und Wohnung**
- **Ängste, Enttäuschung, Resignation**
 - Man hat an Angeboten teilgenommen, wurde aber enttäuscht
 - Man kennt niemanden, der auch hingehet, man hat Sorge, sich dort unwohl zu fühlen
- **Fehlende passende Angebote, fehlende Information**
 - Man würde gerne teilnehmen, findet aber kein passendes Angebot
 - Fehlendes Wissen zu Angeboten im Stadtteil
- **Finanzielle Gründe**
 - Teilnahme an Veranstaltung nicht möglich, da Eintritt zu teuer

Die gewählte Vorgehensweise war erfolgreich: Die Weinheimer Stadtverwaltung konnte von den Gesprächen mit den Bürgerinnen und Bürgern als „Experten vor Ort“ profitieren, und im Stadtteil selbst entstanden neue Dynamiken zu ehrenamtlichen Enga-

gement, z. B. Sitzbankspenden oder Bustraining für Rollator-Nutzerinnen und -nutzer. Aus der exemplarisch durchgeführten Stadtteilanalyse sind Ideen für die gesamte Stadt Weinheim entstanden: Das Amt für Soziales, Jugend, Familie und Senioren wird vermehrt als Ansprechpartner für Problemlagen in Stadtteilen wahrgenommen und der ursprünglich nur in der Weststadt aktive Runde Tisch Demographie erweiterte sich um Akteure aus ganz Weinheim und initiierte z. B. Begehungen in anderen Stadt- und Ortsteilen Weinheims.

Weiterführende Informationen

Der Abschlussbericht befindet sich auf der Homepage www.gesundheitskonferenz-rnk-hd.de
 Die komplette Darstellung des ausgezeichneten Good Practice-Projektes finden Sie in der Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/alternsfreundliche-kommune-stadtteilanalyse-weinheim-west

„Generationennetz Gelsenkirchen – Gemeinsam mit allen Akteuren der Stadtgesellschaft“

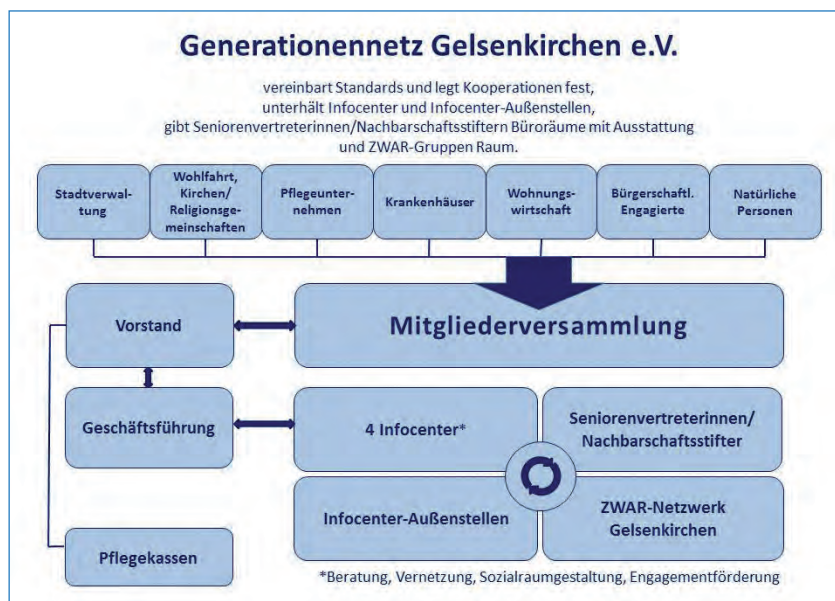
Elisabeth Heite, Generationennetz Gelsenkirchen e. V.

Das Generationennetz Gelsenkirchen hat sich zum Ziel gesetzt, mit seinen Mitgliedern und weiteren Akteurinnen und Akteuren der Stadtgesellschaft die Lebensbedingungen und Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern. Sie sollen dabei unterstützt werden, möglichst lange selbstständig und nach ihren eigenen Vorstellungen zu leben. Partizipation und Generationensolidarität gehören dabei zu den Leitgedanken. Dies bedeutet, dass Ältere in ihrer Heterogenität adressiert werden und nicht für sie, sondern mit ihnen an Verbesserungen gearbeitet wird. Hier sind insbesondere auch solche Bevölkerungsgruppen zu beteiligen, deren Chancen und Möglichkeiten geringer sind. Die Förderung von Empowerment und Engagement, sowie Angebote der Qualifizierung bürgerschaftlichen Engagements sind dafür notwendige Bausteine.

Die Vereinsstruktur

Das Generationennetz Gelsenkirchen e. V. wurde 2009 als loser Verbund von Trägern, Vereinen und Dienstleistern im Bereich der Seniorenarbeit unter dem Namen Seniorennetz auf Initiative der Stadt Gelsenkirchen ins Leben gerufen. Im Jahr 2012 erfolgte die Vereinsgründung durch die beteiligten Partner im Verbund. Die Rechtsform als eingetragener Verein erleichtert den Umgang mit personellen Ressourcen. Sie schafft Verbindlichkeiten und ist von Vorteil, wenn es um Anträge für Fördermittel geht. Zudem fördert die Vereinsform eine Nachhaltigkeit der gefestigten Kooperationsstrukturen. Im August 2014 erfolgte die Umbenennung in „Generationennetz

Gelsenkirchen e. V.“. Im Generationennetz arbeiten viele private, gemeinnützige und städtische Einrichtungen in der Seniorenarbeit zusammen. Das Generationennetz betreibt vier Infocenter mit 36



Aufbau Generationennetz Gelsenkirchen e. V.
 Quelle: Vortrag Elisabeth Heite

Außenstellen, die sich in fast allen Stadtteilen Gelskirkchens befinden. Zudem übernehmen die Mitglieder des Generationennetzes Patenschaften für ehrenamtlich Engagierte und Selbstorganisationen.

„Schaffung von Ermöglichungsstrukturen“

Das Netz gibt 97 aktiven Seniorenvertreterinnen/Nachbarschaftsstiftern (SeNas) an 37 Standorten in Gelsenkirchen sowie der Projektgruppe 50+, 16 ZWAR-Gruppen (Zwischen Arbeit und Ruhestand) und über 100 Interessengruppen Raum sich zu treffen und zu engagieren. Die ZWAR-Gruppen treffen sich selbstorganisiert und entwickeln (Projekt-) Ideen für den (Un-)Ruhestand. Unterstützung erhalten sie bspw. von den Mitarbeitenden der Infocenter oder den Vereinsmitgliedern.



Beteiligung Generationennetz Gelsenkirchen e. V.

Quelle: Vortrag Elisabeth Heite

Das Generationennetz Gelsenkirchen setzt somit nicht nur auf einzelne Maßnahmen und Projekte („Projektitis“), sondern schafft mit Infocentern, SeNas, ZWAR-Gruppen sowie Bürgerversammlungen Ermöglichungsstrukturen in Form von Begegnungs- und Beteiligungsmöglichkeiten, insbesondere in Form von Selbstorganisation mit älteren Bürgerinnen und Bürgern sowie in Form von Strukturen für Hilfe und Unterstützung.

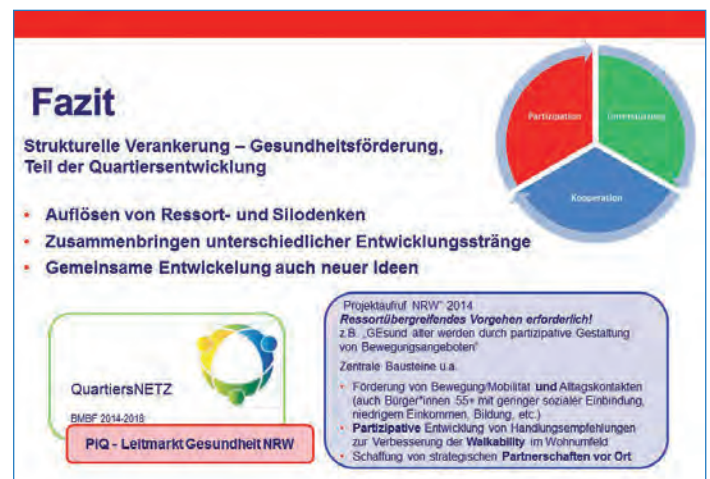
Altersgerechte Quartiersentwicklung

Neben der Vernetzung und Kooperation auf stadtweiter Ebene steht seit geraumer Zeit verstärkt die Entwicklung auf der Ebene des Quartiers im Fokus. Quartiersentwicklung schließt Gesundheitsförderung ein, denn Gesundheitsförderung ist ein wichtiger Teil der altersintegrierten Quartiersentwicklung. Auf der Ebene des Quartiers, dort wo Menschen leben und wirken,

gehen Stadtteilgestaltung und z. B. Bewegungsförderung Hand in Hand und schaffen so Begegnung, unterstützen das Miteinander und die Bildung sozialen Kapitals.

Fazit

- Einzelprojekte brauchen eine strukturelle Einbindung und entsprechende Rahmenbedingungen.
- Erst durch entsprechende Rahmenbedingungen wie geeignete (Kooperations-)Strukturen konnte das Ziel einer integrierten Vorgehensweise systematisch angegangen werden.
- Kooperationen machen eine nachhaltige Entwicklung möglich (Verbesserung der Rahmenbedingungen, Win-Win-Situation als Grundvoraussetzung).
- Möglichst breite Beteiligung benötigt (Rüßler et al. 2015; Aner 2016):
 - Personalressourcen
 - Zeit
 - Kompetenzen und eine entsprechende Haltung
- Entwicklung einer gemeinsamen Vision für das Quartier (integrierte Quartiersentwicklung)
 - mit allen für den Stadtteil wichtigen Akteuren inklusive der Bürgerinnen und Bürger
 - frühzeitig
 - partizipativ
 - auf Augenhöhe
 - unter Einbeziehung der Ressourcen vor Ort
 - arbeitsteilig bei der Umsetzung (Verantwortung)



Gesundheitsförderung als Teil der Quartiersentwicklung

Quelle: Vortrag Elisabeth Heite

Weiterführende Informationen

Die komplette Darstellung des ausgezeichneten Good Practice-Projektes finden Sie in der Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit unter:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/generationennetz-gelsenkirchen-e.-v

Weitere Informationen zu Aktivitäten des Generationennetzes Gelsenkirchen e. V. finden Sie unter:

www.generationennetz-ge.de; www.quartiersnetz.de; www.liw.fh-dortmund.de

Nachfragen und Diskussionen

Quartiersmanagement im benachteiligten Stadtteil

Grundsätzlich bestand in Weinheim die Idee bestehende Strukturen, wie den runden Tisch Demografie zu stärken. Das Quartiersmanagement ist oft an das Programm „Soziale Stadt“ gebunden. Es besteht jedoch die Möglichkeit, der Kommune ein Quartiersmanagement zu finanzieren.

Erfolgsfaktor Partizipation

- Partizipation braucht Zeit. Ein fördernder Faktor zum Gelingen ist die Transparenz der Prozesse.
- Gemeinsames Arbeiten auf Augenhöhe, die Anregung der Bürgerinnen und Bürger, selbst aktiv zu werden, und die gegenseitige Unterstützung, in Gespräche zu kommen, waren Erfolgsfaktoren in Gelsenkirchen.
- Die Bürgerinnen und Bürger haben Geduld und oft auch eine realistische Einschätzung der Situation. Zudem wurden Entscheidungen in Weinheim-West auch durch den Prozess und die mediale Präsenz angeregt.

Forum 7 Zugangswege aufzeigen: Ältere Menschen für Gesundheitsförderung gewinnen

Moderation: Carolin Becklas, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE)

Inhalte des Forums:

- Aufzeigen von erfolgreichen Zugangswegen zu älteren Menschen
- Gestaltung niedrigschwelliger Zugänge zu z. B. Bewegungsangeboten für ältere Menschen
- Kooperationen, um insbesondere Zugang zu schwer erreichbaren Älteren zu schaffen
- Bedarfserhebung als Instrument zur Gestaltung der kommunalen Angebotsstruktur

Das AlltagsTrainingsProgramm (ATP)

Claudia Jansen, Susanne Möthe-Gundlack, BZgA

Aktuelle wissenschaftliche Studien belegen, dass bereits eine moderate Steigerung der Bewegung im Alltag und in der Freizeit positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Das trifft selbst auf Menschen zu, bei denen bereits eine chronische Erkrankung vorliegt. Dieses Wissen möchte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch das Präventionsprogramm „Älter werden in Balance“ vermitteln. Gefördert wird es durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV).

Im Rahmen dieses Programms wird derzeit das AlltagsTrainingsProgramm entwickelt, um möglichst viele ältere Menschen in Bewegung zu bringen. Als Kooperationspartner konnte die BZgA neben der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS), den Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), den Deutschen Turnerbund (DTB) und den Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) gewinnen. Ziel des ATP ist es, den Alltag drinnen und draußen als Trainingsmöglichkeit zu verstehen und dadurch ein effektives Mehr an Bewegung in das tägliche Leben einzubauen. Zielgruppe des ATP sind Menschen ab 60 Jahren. Während der Pilotphase (ab April 2016) innerhalb der Strukturen des Landessportbunds NRW war das Programm für alle Teilneh-

menden kostenfrei und wurde programmbegleitend wissenschaftlich evaluiert.

Ziele des Programms „Älter werden in Balance“

- Vermittlung und Verbesserung des individuellen Gesundheitswissens
- Förderung, Aufrechterhaltung und Steigerung der Mobilitätsbereitschaft im Lebensalltag und den Lebenswelten älterer Menschen
- Wiedererlangung von alltäglichen Bewegungsabläufen und Alltagskompetenzen
- Unterstützung und Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen

Den Alltag als perfekte Trainingsmöglichkeit nutzen

Das ATP soll insbesondere Menschen ansprechen, die bisher weniger oder gar nicht an sportlichen Vereinsaktivitäten teilnehmen. Da in vielen Studien gezeigt wurde, dass ältere Menschen sich gerne bewegen ohne im eigentlichen Sinne Sport zu betreiben, ist eine Steigerung oder zumindest Beibehaltung der Alltagsbewegung der Schlüssel zu mehr Mobilität und Teilhabe

im Alter. Ziel des Trainingsprogramms ist nicht, den Alltag zu erleichtern oder gar alle Hürden abzubauen, sondern vielmehr, die Menschen zu befähigen, vorhandene und bisweilen nicht abbaubare Hürden (z. B. Hürden in der Umwelt wie Bordsteine) noch bewältigen zu können.

Interventionsansatz: Lebensweltorientiert

- Nachhaltige Veränderung des Netzwerkes durch die Einbindung starker Partner
- Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen im Setting lebender Personen (individuelle Ebene)
- Unterstützung und Entwickeln gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen (Ebene der Strukturbildung)
- Systematische Einbindung möglichst vieler Personen (-gruppen) in deren Lebenswelten (Partizipation)

Treppensteigen als Erlebnis

Neben Mobilisationsübungen (beispielsweise Übungen zum Muskelaufbau) stellen die Trainingseinheiten immer wieder die Verknüpfung zu Alltagssituationen her. Beispielsweise kann es darum gehen, eine Tasche aufzuheben oder sich die automatisierten Schritte des Treppensteigens bewusst zu machen und einzuüben.

Umsetzung des ATP

- Standardisiertes Kursprogramm mit 12 Kurseinheiten
- Einmal pro Woche jeweils 60 Minuten
- Kursgröße: 8-15 Teilnehmende
- Individuelle Lebenswelten (Indoor- und Outdoor Kurseinheiten)
- Ohne große Vorbereitung auch in Alltagsbekleidung durchführbar
- Wenige Materialien zur Durchführung notwendig

Wichtig für eine erfolgreiche Umsetzung des AlltagsTrainingsProgramms sind unter anderem folgende Punkte:

■ Lebensweltbezogener Ansatz

Neben der Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der teilnehmenden Personen (individuelle Ebene) ist es wichtig, dass das Programm in den Lebensalltag der Teilnehmenden integriert wird. Vermieden werden bei der Durchführung künstliche Situationen, wie sie beispielsweise bei Trainingsprogrammen im Sportstudio vorzufinden sind. Um auch solche Menschen zu erreichen, die die klassischen Angebote nicht wahrnehmen können, wird in alltagsähnlichen Situationen trainiert, beispielsweise draußen vor Ort oder in einem Gemeindezentrum. Für die Bekanntmachung des Programms wird auf eine breite Kooperation mit Programmpartnerinnen und -partner Wert gelegt, für die ebenfalls ein niedrigschwelliger Zugang der Teilnehmenden zu den Angeboten wichtig ist (z. B. Kooperationen mit Ärzten, Apothekern, lokalen Vereinen, Volkshochschulen).



■ Nachhaltigkeit

Da das Ziel des AlltagsTrainingsProgramms auf das Meistern von Alltagssituationen ausgerichtet ist, wird vermieden, dass die erworbene Gesundheitskompetenz im Alltag ungenutzt bleibt und die Trainingseffekte verpuffen. Die Beachtung der Nachhaltigkeit ist somit in der Maßnahme geradezu immanent verankert. Die Menschen sollen animiert werden, sich auch über das Trainingsprogramm hinaus zu bewegen.

■ Bewegung mit Spaß

Im höheren Alter sind nicht nur die baulichen Hürden schwer zu überwinden. Viele Menschen haben stärkere Probleme, ihr soziales Netzwerk aufrecht zu erhalten oder gar auszubauen. Spaß, Freude und soziales Miteinander sind daher nicht nur Teil sondern geradezu Grundpfeiler des Programms. Wenn Beziehungszusammenhänge im Alter zu bröckeln drohen, können niedrigschwellige Bewegungsangebote dazu beitragen, andere Menschen kennen zu lernen. Gelingt dies, findet die Wissensvermittlung im Rahmen des Kurses weniger theoretisch, sondern eher automatisch statt.

Qualitätssicherung (Evaluation)

- Übungsleitendenbefragungen
- Teilnehmendenbefragungen
- Expertenbefragungen

Weiterführende Informationen

Eine ausführliche Darstellung des Programms finden Sie auf der Website Älter werden in Balance unter: www.aelter-werden-in-balance.de/atp

„50 und älter in Marzahn-Hellersdorf“

Dagmar Pohle, Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf

Der Berliner Bezirk führt alle fünf Jahre eine Befragung von Einwohnerinnen und Einwohnern in Marzahn-Hellersdorf von „50 Jahre und älter“ durch. Die letzte Befragung fand in der Zeit von Juni bis Mitte September 2015 statt. Die Sozialstudie umfasst Fragen zur sozialen Lage, gesundheitlicher Situation und Versorgung sowie individuellen Einstellungen, Lebensmaßstäben und sozialen Erwartungen und Sorgen der ab 50 Jahre alten Menschen in Marzahn-Hellersdorf empirisch. Die Auswertung des Datenmaterials wurde genutzt, um Handlungsschwerpunkte und -empfehlungen zu formulieren, die in die bezirkliche Altenplanung 2016-2021 eingehen werden. Diese wiederum bildet die Ausgangsbasis für die Arbeit des lokalen Netzwerkes im Alter und des SeniorenServiceBüros. Erste Ergebnisse der aktuellen Untersuchung „50 und älter in Marzahn-Hellersdorf“ stellt die Stadträtin für Gesundheit und Soziales Frau Dagmar Pohle vor.

An der Studie nahmen 1.656 Personen teil, von den Teilnehmenden waren 53,8 Prozent Frauen. Die prozentuale Verteilung der Probandinnen und Probanden spiegelt die tatsächliche Verteilung der Zielgruppe (50 und älter) im Bezirk weitestgehend wieder. Die Befragten wurden per Zufallsstichprobe ermittelt und per Fragebogen erreicht.

Die Ergebnisse der Befragung wurden zur Analyse der aktuellen Situation der über 50-Jährigen in Marzahn-Hellersdorf in Bezug auf folgende Themen genutzt:

- Erwerbssituation
- Einkommenssituation,
- Wohnverhältnisse
- Gesundheitliche Situation und Versorgung
- Freizeit und Ehrenamt
- Soziale Kontakte in familialen und außerfamilialen Netzen
- Nachbarschaftsbeziehungen und soziale Unterstützung
- Bürgerschaftliches Engagement

Betrachtet wird, wie sich die Situation in den einzelnen Bereichen für die Zielgruppe seit dem Jahr 2000 verändert hat. Deutlich wird, dass Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Lebenswirklichkeit der Zielgruppe gemeinsam durch Politik, alle Ressorts der Verwaltung und entsprechende externe Kooperationspartnerinnen und -partner angegangen werden müssen. Das schließt bspw. Wohnungsbauunternehmen und Dienstleister mit ein.

Demographischer Wandel: „In Marzahn-Hellersdorf altern wir rasant“

Der Bezirk Marzahn-Hellersdorf, der bis 2004 der jüngste der Berliner Bezirke war, altert deutlich schneller als der Berliner Durchschnitt. Die Gründe liegen unter anderem darin, dass die Familien langfristig im Bezirk verankert bleiben und dadurch der Zuzug an jüngeren Menschen im Vergleich zu anderen Bezirken niedriger ist. 1995 lag der Anteil von über 50-Jährigen bei 20 Prozent, im Jahre 2010 bei 40 Prozent und in 2014 bereits bei 44 Prozent. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Anstieg ins-

besondere bei den Hochbetagten fortsetzen wird. Eine zielgerichtete Altenpolitik auf Grundlage der Bedürfnisse der Zielgruppe ist deshalb für den Bezirk ein wichtiges Thema.

Die Lebenswirklichkeit von über 50-Jährigen: Das brauchen wir!

Die Sozialstudie verdeutlicht unter anderem den Anstieg der Bedürfnisse an gesellschaftlicher Teilhabe von über 50-Jährigen, ebenso wie einen Anstieg der Kompetenzen älterer Menschen hinsichtlich der Selbstorganisation und der Gestaltung ihres Lebensverlaufs.

Aktivitäten des Netzwerkes im Alter und weiterer Akteurinnen und Akteure im Bezirk, wie der Freiwilligenagentur, sollten daher darauf abzielen, ältere Menschen zur aktiven Teilhabe in sozialen Netzwerken und den (neu entstehenden) Beteiligungsstrukturen zu motivieren.



Die zuständige Stadträtin aus Marzahn-Hellersdorf macht deutlich, dass mit diesem Wandel auch ein Wandel der klassischen Altenhilfeplanung einhergehen muss. „Es ist nicht mehr so, dass man mit 65 in den Seniorenclub geht, da gibt’s Kaffee und Kuchen und anschließend geht man wieder nach Hause.“ Mit solchen Angeboten könne man heute niemanden mehr hinterm Ofen hervorlocken. Um die Potenziale der Älteren für die soziale Gestaltung des Bezirkslebens zu mobilisieren, tritt für sie die Frage des Settings in den Vordergrund: Da aufgrund des Alters der Handlungsradius der Menschen kleiner wird, sind wohnortnahe Angebote zur Sicherung der Teilhabe (Beratungsangebote, Wohn- und Pflegeangebote etc.) von hoher Wichtigkeit. Dafür ist es auch wichtig, weitere Akteurinnen und Akteure wie Wohnungsunternehmen oder Baugenossenschaften für verstärktes Engagement zu gewinnen.

Bedürfnisse außerhalb der faktischen Lebenssituation

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass der Gesundheitszustand bei jeder und jedem Zweiten der über 50-Jährigen mit „gut bis sehr gut“ bewertet wird. Mit steigender Qualifikation und der Höhe des Haushaltsnettoeinkommens steigt das eigene

Wohlbefinden. Verstärkte Aufmerksamkeit muss daher der gesundheitlichen Chancengleichheit gewidmet werden. Während bei den „jüngeren Alten“ ein Anstieg des Haushaltseinkommens zu verzeichnen ist, gibt es auch in Marzahn-Hellersdorf die Gefahr einer immer stärkeren Schere: Viele Menschen schätzen ein, dass ihre Einkommen nicht ausreichen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, sie liegen quasi „außerhalb der faktischen Lebenssituation“.

Das soziale Unterstützungspotential ist bei einem Fünftel der ab 50-Jährigen in Marzahn-Hellersdorf gering. Besonders trifft dies folgende Personengruppen: Personen mit Migrationshintergrund, Personen ohne Berufsabschluss, mehr Männer als Frauen, Alleinerziehende, Schwerbehinderte und pflegebedürftige Personen. Die Einkommen dieser Menschen reichen nicht, um kostenpflichtige Hilfebedarfe annehmen zu können.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, den Fokus auf hilfebedürftige Menschen zu richten, beispielsweise Menschen mit geringerem Bildungshintergrund und geringerem Gesundheitsbewusstsein. Unterstützungsangebote sollten stärker auf die Bedürfnisse dieser Gruppen angepasst werden.

Weiterführende Informationen

Den Entwurf der Altenhilfeplanung in Marzahn-Hellersdorf für die Jahre 2012 bis 2016 sowie die Sozialstudie „50 und älter in Marzahn-Hellersdorf“ aus dem Jahr 2015 finden Sie unter:

www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/downloads/#altenplanung

Zusammenfassend werden folgende Herausforderungen für die Seniorenpolitik identifiziert:

- Anhaltendes differenziertes Anwachsen der älteren Bevölkerung,
- Sinkendes Rentenniveau als wesentliche Grundlage der materiellen Alterssicherung,
- Erwerbsbedingte Veränderungen des intergenerativen Zusammenhalts der Familien,
- Bedürfniswandel von Seniorinnen und Senioren bezüglich des selbstbestimmten Wohnens bis ins hohe Alter sowie hinsichtlich generationenübergreifender und wohnortnaher Angebote für gesellschaftliche Teilhabe.

Forum 8 Gemeinsam für einen gesunden Stadtteil: Quartiersentwicklung mit älteren Menschen

Moderation: Cornelia Wagner, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Inhalte des Forums:

- Einblick in die Bedarfe und Möglichkeiten, ältere Menschen in die gesundheitsförderliche Quartiersentwicklung einzubeziehen
- Erfolgreiche Kooperationsmöglichkeiten zwischen Kommune und Wohnungsbaugesellschaft anhand des Netzwerk Märkisches Viertel
- Möglichkeiten der niedrigschwelligen Angebotsgestaltung zur Unterstützung älterer Menschen im Quartier

Selbstbestimmt Wohnen und soziale Teilhabe im Alter – partizipative Quartiersentwicklung mit älteren Menschen in benachteiligten Lebenslagen

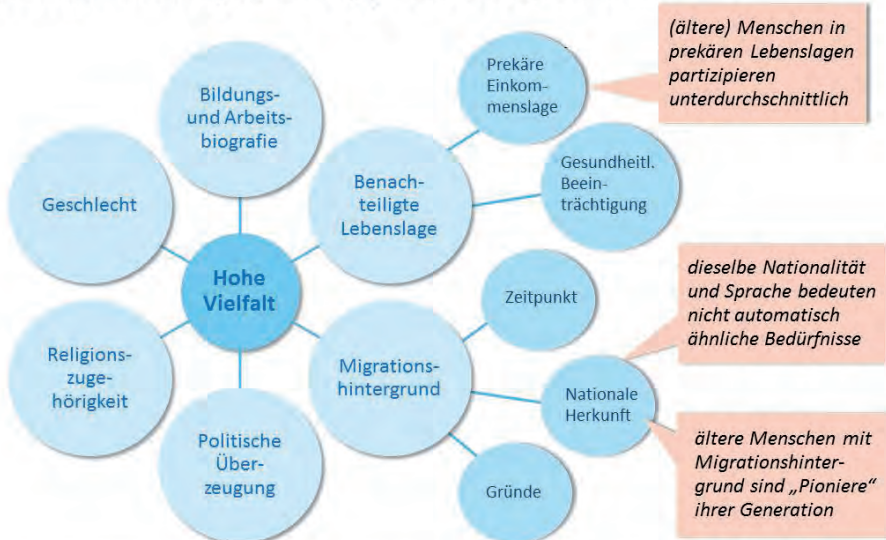
Sabine Dummert, Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF)

Sozial benachteiligte ältere Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf sind besonders von Einschränkungen bei der selbstbestimmten Gestaltung ihres Alltags bedroht (Falk et al. 2011; Heusinger et al. 2013). Oft wohnen sie in Quartieren, die von Infrastrukturmängeln und baulichen Barrieren gekennzeichnet sind. Trotzdem besteht überwiegend der Wunsch, in der vertrauten Wohnumgebung alt werden zu können. Dafür bedarf es häufig Anpassungs- und Unterstützungsmaßnahmen, die finanzielle und personelle Ressourcen erfordern.

Entscheidend sind die tatsächlichen Bedingungen vor Ort, wo häufig die Komplexität und Heterogenität der Zielgruppenbedarfe unberücksichtigt bleiben (Wolter 2013). Umso wichtiger ist es, insbesondere sozial benachteiligte ältere Menschen in prekären Situationen in den Entwicklungsprozess im Quartier mit einzubeziehen (Kümpers & Heusinger 2012).

Vor diesem Hintergrund untersucht das Institut für Gerontologische Forschung e. V. in der Studie „Selbstbestimmt Wohnen und Teilhaben im Quartier (SWuTiQ)“ welche Unterstützungsstrukturen, Wohn- und Teilhabeangebote aus Sicht türkischer, arabischer und deutscher über 60-jähriger Menschen bedeutsam sind. Das Projekt wird vom GKV-Spitzenverband im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI gefördert.

Fokus: Heterogene Gruppe ältere Menschen



Zugangswege und ihre relevanten Stakeholder

Es wurde ein breit gestreutes Vorgehen unter Mitwirkung von Sprachmittlerinnen und unter Berücksichtigung sozialräumlicher Voraussetzungen/Besonderheiten angewandt. Ältere Menschen wurden direkt im Quartier angesprochen (z B. in Cafés). Auch wurden informelle Türöffner und Schlüsselpersonen von institutionellen Angeboten und aus dem nachbarschaftlichen Zusammenleben einbezogen.

„Selbstbestimmt Wohnen und Teilhaben im Quartier (SWuTiQ)“, 16.03.2016
Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit | Forum 8: Quartiersentwicklung mit älteren Menschen

JGF e.V.

Heterogene Gruppe ältere Menschen, Quelle: Vortrag Sabine Dummert

Voraussetzungen und Chancen gelingender Zugänge

Im Zeitraum von April 2015 bis März 2016 wurden anhand von Fokusgruppen, Experten- und Walking-By-Interviews unterschiedliche Perspektiven erhoben und in Workshops sowie einer Zukunftswerkstatt diskutiert.

Ziel der Studie ist ein partizipativ entwickeltes Wohn- und Teilhabekonzept für das Beispielquartier Moabit Ost in Berlin.

Weiterführende Informationen

Weitere Informationen zu dem Projekt „Selbstbestimmt Wohnen und Teilhaben im Quartier (SWuTiQ)“ finden Sie unter: www.igfberlin.de

Zugang: Notwendigkeiten und Möglichkeiten

Notwendigkeiten	Möglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> Vertrauen aufbauen: Mit empathischer, herzlicher und humorvoller Kommunikation Misstrauen entgegenwirken unterschiedliche, personenbezogene Kommunikationsregeln/-strategien anwenden informelle Schlüsselpersonen und Treffpunkte ausfindig machen Kontinuität / „Dranbleiben“ – „alles braucht seine Zeit“ 	<ul style="list-style-type: none"> „Eintauchen“ in das Feld mit spezifischer Kultur und bestehenden Strukturen bereits beim ersten Kennenlernen kann ggf. informierend begegnet werden Umgang mit gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit / „Abwertung von Anderen“ von Beginn an argumentativ begegnen zu können

„Selbstbestimmt Wohnen und Teilhaben im Quartier (SWuTiQ)“, 16.03.2016
Sattelveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit | Forum 8: Quartiersentwicklung mit älteren Menschen JGF e.V.

Zugang: Notwendigkeiten und Möglichkeiten

Quelle: Vortrag Sabine Dummert

FOKUSGRUPPEN

Faktoren

- Aufwändiges Rekrutierungsverfahren
- Überrekrutierung, Verbindlichkeit mit gleichzeitiger Offenheit
- Mehrfache Einladungen (lang- und kurzfristig, verschiedene Kanäle, mehrsprachig)
- Barrierefreiheit in den Räumen gewährleisten
- Zeitliche Festlegung (Tageszeit und Dauer der FG)
- Förderung gleichberechtigter Beteiligung (Aufgreifen individueller Kompetenzen und Lebensweltbezüge, Gespräche auf Augenhöhe, Anwendung der Herkunftssprache)

Methoden

Nadelkarten (Ortmann 1999)

Identifizieren von Orten im Quartier, die aus der Perspektive älterer Menschen bewertet werden anhand spezifischer Leitfragen, wie z.B.: Wo gehen Sie zum Arzt? oder: Wo halten Sie sich gerne auf?

Ballon-Steine-Wolken (Kumar 2006)

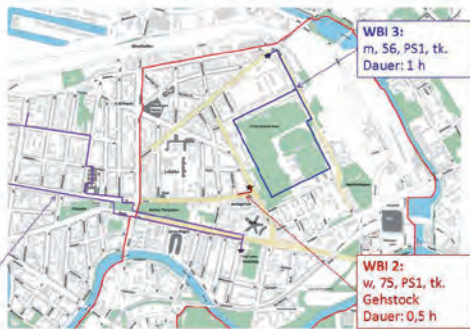
Ballons (Positives), Steine (Negatives), Wolken (Wünsche/Träume)

Teilnehmende setzten sich aktiv mit ihrem Wohnumfeld und ihrer Lebenssituation auseinander. Die Methode ermöglicht eine Visualisierung der für die Zielgruppe besonderen Orte.

WALKING-INTERVIEWS

Walking-Interviews mit älteren Menschen

- Selbst gewählte Routen
- Pausen möglich
- Nutzung ÖPNV möglich
- Audio-Mitschnitt + Kartendoku.
- 2 Interviewer_innen



Walking-Interviews mit älteren Menschen

Notwendigkeiten	Möglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> erfordert hohes Maß an Offenheit mit gleichzeitig guter Vorbereitung: <ul style="list-style-type: none"> Tagesform der IVP Handhabung Länge/Distanz Berücksichtigung von Wetter, Jahreszeit, SR-Faktoren Anpassung der Fragestruktur: open-ended, semi-structured, ad hoc (Carpiano 2009: 265) ideal in Anwendung im Methodenmix – ganzheitliches Verständnis 	<ul style="list-style-type: none"> alltagsähnliche Situation erleichtert Vertrauensaufbau eröffnet aus der Situation heraus zu erzählen, durch visuelle Eindrücke und sozialen Gegebenheiten im ÖR wahlweise enge oder weite Themenvielfalt/-dichte subjektive Aktions- und Bewegungsräume

ZUKUNFTSWERKSTATT

Ziele

- **Ergebnisse rückgekoppelt** zugleich für Diskussion genutzt, vorrangig, um Konzeptideen zu konkretisieren
- **sehr hohe Heterogenität der Teilnehmenden** Menschen mit unterschiedlichsten Erfahrungs-/Lebensbereichen aus Moabit Ost miteinander in Kontakt und ins Gespräch bringen
- **„Staffelstabübergabe“** „Kümmerer“ aus Moabit Ost für Themengruppen gewonnen, die sich der Weiterentwicklung/Durchführung angenommen haben

Methodische Faktoren

„Klassischer Phasenablauf“ einer Zukunftswerkstatt (u.a. Nanz/Fritsche 2012) angepasst an sozialräumliche und zielgruppen-bezogene Gegebenheiten:

- Dauer: 2,5 h
- Frontaler Input reduziert: zugunsten von Diskussionen und Austausch
- Mehrsprachigkeit: flexibles Agieren
- stärkere Förderung der Kleingruppenarbeit bei der Entwicklung konkreter Projektideen
- Leichte Sprache
- Begegnung auf Augenhöhe, besonders herausfordernd bei hoher Gruppenheterogenität

Miteinander gesund alt werden. Quartiersentwicklung durch Einbeziehung und Beteiligung am Praxisbeispiel Netzwerk Märkisches Viertel in Berlin

Helene Böhm, GESOBAU AG/Netzwerk Märkisches Viertel e. V.



Das Setting: Märkisches Viertel, Quelle: Vortrag Helene Böhm

Das „Märkische Viertel“ in Berlin

Die Großwohnsiedlung „Märkisches Viertel“ ist ein Ortsteil des Berliner Bezirkes Reinickendorf und wurde zwischen 1963 und 1975 als erste große Neubausiedlung Westberlins errichtet. Auf ca. 345 ha entstanden 17.000 Mietwohnungen für 40.000 Bewohnerinnen und Bewohner. Der größte Teil der Mietwohnungen ist seit der Errichtung des Stadtviertels im Besitz des kommunalen Wohnungsunternehmens GESOBAU AG. Heute leben in der Großsiedlung 37.000 Bewohnerinnen und Bewohner. Seit seiner Entstehung muss das Märkische Viertel trotz des von den Bewohnerinnen und Bewohnern geschätzten Wohnkomforts mit Kritik an den Wohnverhältnissen umgehen. Trotzdem gehören heute noch viele der älteren Mieterinnen und Mieter zur ersten

Generation der Bewohnerschaft und fühlen sich eng mit dem Märkischen Viertel verbunden. Statistiken zufolge sind mehr als 22 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner älter als 65 Jahre, 10 Prozent älter als 70 Jahre – Tendenz steigend.

„Hier will ich bleiben“

Vor dem Hintergrund der Prämissen „Lebenslanges Wohnen“ und der Erhöhung bzw. Erhaltung der Wohn- und Lebensqualität wurde das Netzwerk Märkisches Viertel 2003 auf Initiative der Reinickendorfer Koordinierungsstelle „Rund ums Alter“, der GESOBAU AG und des Bezirksamtes Reinickendorf gegründet. Mit dem Motto „Hier will ich bleiben“ besteht das erklärte Ziel des Netzwerkes darin, den Bewohnerinnen und Bewohnern im Märkischen Viertel so lange wie möglich ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen.

Netzwerkaktivitäten

Durch niedrigschwellige Beratungs-, Bildungs- und Präventionsangebote, soziale Dienste und kulturelle Aktivitäten unterstützen die Netzwerkpartner Seniorinnen und Senioren in ihrer Alltagsbewältigung. Darüber hinaus soll die engmaschige Vernetzung der Netzwerkpartner dazu dienen, Schnittstellen zu überwinden und soziale Problemlagen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, frühzeitig erkennen und verbessern zu können. Im Netzwerk arbeiten verschiedenste Dienstleistungsanbieter, Kommune, Senioren- und Behindertenbeirat, Wohnungsunternehmen, Schulen, soziale Einrichtungen, Kirchengemeinden sowie Anwohnerinnen und Anwohner zusammen. Sie sind aus dem Verständnis in das Netzwerk eingetreten, die sozialen Strukturen des Stadtteils gemeinsam zu stärken und zu entwickeln, fehlende Bedarfe aufzuspüren und Defizite abzubauen.

Aktivitäten intern

- Themenbezogene Arbeits- und Projektgruppen, z. B. Fallkonferenz
- Qualifizierungsveranstaltungen, z. B. zu Wohnraumanpassung, Pflege, Gesundheit
- Gemeinsamer Auftritt bei Veranstaltungen
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (Internet, Lokalzeitungen etc.)
- Gegenseitige Weiterleitung von Klientinnen und Klienten

Gewünschte Effekte:

- Schnittstellenmanagement
- Akquise
- Bedarfsermittlung, Entwicklung neuer Angebote
- Vernetzung von Akteuren im Quartier

Aktivitäten extern

- Barrierefreie Musterwohnung
- Fortbildungsangebote, z.B. Computerkurse, Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen
- Weiterleitung von Hilfebedürftigen durch Servicestelle
- Ehrenamtlicher Besuchsdienst
- Herausgabe Senioren-Stadtplan MV
- Wettbewerb „Seniorenfreundlichstes Dienstleistungsunternehmen“
- Einrichtung Senioren-Infothek

Gewünschte Effekte:

- Stärkung der Kompetenz
- Unterstützung bei der Alltagsbewältigung
- Nachbarschaftshilfe

Niedrigschwellige alltagsnahe Hilfen: Peer-to-Peer

Für Mieterinnen und Mieter/Ratsuchende

- Information und Vermittlung bei der Wohnungssuche
- Unterstützung bei Behördengängen
- Informationen zu Pflege und Betreuung
- Persönliche Besuche bei Problemen
- Weitervermittlung an Netzwerkpartner
- Betreuung und Organisation von Themenwochen
- Antworten auf Fragen des Alltags im Wohnen und Wohnumfeld

Für Mitarbeitende

- Qualifizierung
- Ehrenamtszuschale
- Beisitzende im Netzwerkvorstand

Weiterführende Informationen

Weitere Informationen zu den Aktivitäten des Netzwerkes Märkisches Viertel finden Sie unter: www.netzwerkmv.de
Eine Projektbeschreibung zum Netzwerk Märkisches Viertel finden Sie auch in der Praxisdatenbank Gesund & aktiv älter werden unter: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/praxisdatenbank/netzwerk-maerkisches-viertel/?uid=59137641dc451f5e0736427f4814920b&showtest=0704

Eine Projektbeschreibung zur Senioren-Infothek finden Sie auch in der Praxisdatenbank Gesund & aktiv älter werden unter: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/praxisdatenbank/senioren-infothek/?uid=59137641dc451f5e0736427f4814920b&showtest=0704

Nachfragen und Diskussionen

Ergebnisse der Beteiligung älterer Menschen in Berlin Moabit Ost

Ergebnisse der Beteiligung der Quartiers-Bewohnerinnen und Bewohner in Moabit Ost war u. a., dass Orte benannt wurden, die nicht alter(n)sgerecht gestaltet sind. Problematisch waren z. B. Barrieren im öffentlichen Raum und in den Altbauten (Treppen/fehlende Fahrstühle), aber auch fehlende Stellplätze im Treppenhaus für Rollatoren.

Erfolgsfaktoren für Kontinuität/Nachhaltigkeit

Kontinuität und Nachhaltigkeit sind für eine wirkungsvolle Netzwerkarbeit besonders wichtig, damit Informations- und Kooperationsstrukturen sich vertrauensvoll und dauerhaft (weiter-)entwickeln können. Im Forschungsprojekt des IGF e. V. war es deshalb besonders wichtig, nach Ablauf den „Staffelstab“ übergeben zu können: die Kontaktstelle PflegeEngagement und das Quartiersmanagement führen den Ansatz weiter.

Stolpersteine bei der Umsetzung von Maßnahmen in Berlin Moabit Ost

Die Umsetzung konkreter Änderungsansätze wird durch die Tatsache erschwert, dass der Wohnungsbestand in Moabit Ost sich in der Hand vieler Privatpersonen befindet und nicht z. B. von einer Wohnungsbau-Gesellschaft betreut wird. Diese günstigere „zentrale“ Struktur ist im Märkischen Viertel gegeben.

Bedarf eines Netzwerkes wie im Märkischen Viertel

Die Nachfrage nach Angeboten des Netzwerkes im Märkischen Viertel steigt mit zunehmendem Alter der Bewohnerinnen und Bewohner. Die lange „Vorlaufzeit“ für den Aufbau des Netzwerkes macht sich nun bezahlt, da die Angebote bereits vorhanden, bekannt und lokal verankert sind.

VERZEICHNIS DER REFERIERENDEN

Helene Böhm

GESOBAU AG/Netzwerk Märkisches Viertel
Wilhelmsruher Damm 142
13439 Berlin
Email: helene.boehm@gesobau.de
senioreninfothek@netzwerkmv.de
www.netzwerkmv.de

Christa Böhme

Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)
Bereich Stadtentwicklung, Recht und Soziales
Zimmerstraße 13-15
10969 Berlin
Email: boehme@difu.de
www.wettbewerb-aelter-werden-in-balance.de
www.difu.de

Bettina Brandeis

Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis
Gesundheitsamt
Kurfürsten-Anlage 38-40
69115 Heidelberg
Email: bettina.brandeis@rhein-neckar-kreis.de
www.rhein-neckar-kreis.de

Jan-Hinrich Brinkmann

Stadtplanungsabteilung
Vor dem Hannoverschen Tor 27
31303 Burgdorf
Email: stadtplanung@burgdorf.de
www.burgdorf.de

Dr. phil. Johanna Buchcik

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)
Fakultät Life Sciences Department Gesundheitswissenschaften
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg
Email: johanna.buchcik@haw-hamburg.de
www.pflegeundmigration.de

Sabine Dummert

Institut für Gerontologische Forschung e.V. (IGF)
Torstraße 178
10115 Berlin
Email: dummert@igfberlin.de
www.igfberlin.de

Dr. Thomas Götz

Landesbeauftragter für Psychiatrie
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Abteilung Gesundheit
Referatsleitung Psychiatrie, Sucht und Gesundheitsvorsorge – I B
Oranienstraße 106
10969 Berlin
E-Mail: Thomas.Goetz@sengs.berlin.de

Sabrina Grunwald

Nachbarschaftsheim Schöneberg e. V.
Holsteinische Straße 30
12161 Berlin
Email: mail@nbhs.de
www.nbhs.de

Elisabeth Heite

Generationennetz Gelsenkirchen e.V.
Vattmannstraße 2-8
45879 Gelsenkirchen
Email: lisa.heite@gelsenkirchen.de
www.gelsenkirchen.de/de/familie/aelter_werden/generationennetz

Claudia Jansen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Referat 2 – 22, Zusammenarbeit mit Ländern, Krankenkassen und
Verbänden, Gremien, Frauengesundheit, Männergesundheit, Gesundes
Alter
Maarweg 149 – 161
50825 Köln
Email: claudia.jansen@bzga.de
www.aelter-werden-in-balance.de

Kornelia Jordan

Stadt Moers
Fachbereich 10 Jugend und Soziales
Fachdienst 10.5 Leitstelle Älterwerden
47439 Moers
Email: kornelia.jordan@moers.de
www.moers.de

Björn Kemeter

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und
Gleichstellung (MS)
Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover
Postfach 141
30001 Hannover
Email: Bjoern.Kemeter@ms.niedersachsen.de
www.ms.niedersachsen.de

Anja Krahnert

DRK-Therapiezentrum Marli GmbH Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –
Geriatrizentrum
Marlstraße 10
23566 Lübeck
Email: Krahnert@geriatrie-luebeck.de
www.geriatrie-luebeck.de
www.aelter-werden-in-balance.de/luebecker-modell

Dr. Johanna Krawietz

FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V. Bundesvereinigung
Hildesheimer Straße 15
30169 Hannover
Email: programm@fgw-ev.de
www.wohnprogramm.fgw-ev.de

PD Dr. Thomas Lampert

Robert Koch-Institut
FG28 Soziale Determinanten der Gesundheit
General-Pape-Straße 62-66
12101 Berlin
Email: t.lampert@rki.de
www.rki.de

Gabriele Mertens-Zündorf

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO)
Projekt: Im Alter IN FORM
Bonngasse 10
53111 Bonn
Email: inform@bagso.de
www.bagso.de

Susanne Möthe-Gundlack

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat 2-22, Zusammenarbeit mit Ländern, Krankenkassen und
Verbänden, Gremien, Gesundes Alter, Frauengesundheit,
Männergesundheit
Maarweg 149 – 161
50825 Köln
Email: susanne.moethe-gundlack@bzga.de
www.bzga.de

Juliane Nachtmann

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
Abteilung Gesundheit, Projekt 8oplus
Oranienstraße 106
10969 Berlin
Email: Juliane.Nachtmann@sengs.berlin.de
www.berlin.de/sen/gessoz/8oplus

Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Studiengangsbeauftragte „Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung
und Management“
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg
Email: corinna.petersen-ewert@haw-hamburg.de
www.pflegeundmigration.de

Dagmar Pohle

Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
Riesaer Straße 94
12627 Berlin
Email: dagmar.pohle@ba-mh.berlin.de
www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf

Dr. Christina Ralf

DRK-Therapiezentrum Marli GmbH Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –
Geriatrizentrum
Marlstraße 10
23566 Lübeck
www.geriatrie-luebeck.de
www.aelter-werden-in-balance.de/luebecker-modell

Ariane Rausch

Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e. V.
Pflegestützpunkt Tempelhof-Schöneberg
Reinhardtstraße 7
12103 Berlin
Email: pflegestuetzpunkt.berlin@vdk.de
www.pflegestuetzpunkteberlin.de

Dr. Henning Scherf, Bürgermeister a. D.

Freie Hansestadt Bremen
Senatskanzlei
Rathaus
Am Markt 21
28195 Bremen
E-Mail: corinna.hoppe-tegtmeyer@sk.bremen.de
www.rathaus.bremen.de

Dieter Schmidt

Netzwerk Anders Altern (NAA), Schwulenberatung Berlin gGmbH
Niebuhrstrasse 59/60
10629 Berlin
Email: d.schmidt@schwulenberatungberlin.de
www.schwulenberatungberlin.de

Kristina Woock

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Competence Center Gesundheit – CCG
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg
Email: Kristina.Woock@haw-hamburg.de
www.haw-hamburg.de/ccg.html

