

Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung



Gesund und aktiv älter werden

Heft 6



**Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.**
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

**Aktiv werden für Gesundheit –
Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung
Heft 6**

Herausgeber:

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel. 030 / 44 31 90 60
E-Mail: post@gesundheitsbb.de

Autorinnen und Autoren:

Carola Gold, Stefan Bräunling (V.i.S.d.P.), Kerstin Kammerer, Dr. Monika Köster,
Dr. Frank Lehmann, Dr. Birgit Wolter

Die Arbeitshilfen wurden entwickelt im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes
Gesundheitliche Chancengleichheit.
Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit wurde 2003 auf Initiative der
BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen.
Ihm gehören aktuell 61 Partnerorganisationen an.

Geschäftsführung des Kooperationsverbundes: Gesundheit Berlin-Brandenburg

Die Erstellung der 4. Auflage der Arbeitshilfen wurde von der Bundeszentrale für
gesundheitsliche Aufklärung (BZgA) gefördert.

Wir danken allen Personen und Organisationen, die für die Arbeitshilfen Material zur Verfügung
gestellt haben.

Umschlag- und Heftgestaltung:

Connye Wolff, Berlin · www.connye.com

4., aktualisierte Auflage 2014
Gesundheit Berlin-Brandenburg
Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Unerlaubte Vervielfältigung ist nicht gestattet.
ISBN 978-3-939012-18-4

Bildnachweise:

S. 2, istockphoto.com, absolut_100
S. 4, fotolia.com, manu
S. 6, fotolia.com, liaurinko
S. 8, Anja Weber
S. 14, istockphoto.com, absolut_100
S. 16, fotolia.com, mkrberlin
S. 17, fotolia.com, Piccolo
S. 18, fotolia.com, Juriah Mosin
S. 19, pixelio.de, Rainer Sturm
S. 21, Anja Weber
S. 23, fotolia.com, chris74
S. 24, fotolia.com, Daniel Eizold
S. 26, fotolia.com, Alta.C
S. 29, Anja Weber
S. 30, fotolia.com, nyul
S. 32, Anja Weber
S. 39, fotolia.com, somenski
S. 45, fotolia.com, Bernd Leitner

Kapitel 1 – Gesundheit im Alter



Selbstständigkeit und Wohlbefinden im Alter – das wünscht sich jeder. Und für viele Menschen wird dieser Wunsch auch Wirklichkeit werden. Was aus der Sicht von Prävention und Gesundheitsförderung für ein langes Leben in guter Gesundheit getan werden kann, wird in diesem Heft vorgestellt.

Besonderes Anliegen sind uns dabei jene Menschen, die auf Grund von Armut und mangelnder Teilhabe das hohe Risiko einer geringeren Lebenserwartung und einer schlechten Gesundheit im Alter haben. Sie können in besonders hohem Maß von Gesundheitsförderung profitieren.

Der Blick unserer Gesellschaft auf das Alter und die Potenziale älterer Menschen hat sich verändert. Für uns ist heute das Alter nicht mehr nur eine Phase zwangsläufigen gesundheitlichen Abbaus. Gesunde Lebensstile, schon im Kindesalter, haben Einfluss auf die Gesundheit im Alter. In jedem Lebensalter bestehen hohe präventive Potentiale zur Verbesserung der Gesundheit.

Neben körperlichen Aspekten haben in den vergangenen Jahren auch psychische und soziale Dimensionen des Alterns mehr Beachtung gewonnen. Hier haben günstige Rahmenbedingungen, z.B. soziale Kontakte, gute Beziehungen in der Familie und zu Freundinnen und Freunden, Engagement im Quartier, Hobbys etc. Einfluss auf die Gesundheit und Lebensqualität im Alter.

Unter günstigen Bedingungen können dadurch körperliche und mentale Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Die präventiven Potentiale werden bislang bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Dies betont der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2009. Durch erfolgreiche Prävention steigt, neben der Chance auf ein längeres Leben, vor allem auch die Aussicht auf möglichst viele Jahre in guter Gesundheit.

Chronische Erkrankungen im Alter können verhindert oder ihr Ausbruch verzögert werden¹. Die größten Präventionspotenziale haben dabei Menschen, die auf Grund von Armut und anderen Formen fehlender Teilhabe höhere gesundheitliche Risiken tragen. Der Sachverständigenrat empfiehlt daher ausdrücklich sie zu erreichen bzw. mit einzubeziehen und ergänzt: „Erfolgreiche Maßnahmen in transsektoralen Bereichen, wie Bildung, Umwelt, Verkehr, Wohnen, Arbeitsplatz sowie Einkommens und Vermögenspolitik können die Bemühungen der Gesundheitspolitik wirksam unterstützen“ (Sachverständigenrat, 2009).

Gesundheit ist in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich auf „Freisein von Krankheit“ zu beziehen, „sondern auch auf die Verwirklichung individueller Bedürfnisse und Werte, auf Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden sowie auf Kompetenzüberzeugungen und Bewältigungsstrategien“. Auch wenn im Alter körperliche Kräfte abnehmen, so kann „im seelisch-geistigen Bereich ... das höhere Lebensalter sogar mit einem Zuwachs an Wissen, Erfahrungen und Handlungskompetenz einhergehen“ (Kruse, 2007).

¹ So wird im Gutachten auf die Kompressionstheorie verwiesen, nach der erfolgreiche Prävention dazu führt, dass nicht nur dem Leben mehr Jahre, sondern den Jahren auch mehr Gesundheit gegeben wird.

„Was sich jeder Mensch wünscht: gesund bleiben und alt werden, dass man das Leben genießen und am Leben teilhaben kann ...“ (Sigrid, 65 Jahre)

Kapitel 1 – Gesundheit im Alter

Was heißt hier ‚Alter‘?

Alte Menschen lassen sich kaum in eine Kategorie pressen und bilden eine sehr heterogene Gruppe mit verschiedensten Bedürfnissen und Ansprüchen. Neben der Altersgruppe sind beispielsweise auch Aspekte wie Geschlecht, soziale Lage, ethnische Hintergründe und Bildung von besonderer Bedeutung, um die Lebenssituation älterer Menschen einschätzen zu können. Hinzu kommt, dass die Selbstwahrnehmungen und -einschätzungen in dieser Lebensphase sich sehr unterscheiden können. Möglichst lange zu leben ist für viele Menschen ein wichtiges Lebensziel, aber alt zu sein oder so von außen definiert zu werden, ist vielfach nicht leicht. Rein kalendarische und naturwissenschaftliche Sichtweisen des Alters sind zumeist defizitorientiert, indem sie die Abnahme von körperlicher Leistungsfähigkeit in den Vordergrund stellen. Gesellschaftlich

„Notwendig ist, mehr als bislang in jedem Verlaufsstadium eines Krankheitsgeschehens präventive Potentiale alter Frauen und Männer auszuschöpfen“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 609).



© absolut_100, istockphoto.com

und wissenschaftlich weniger durchgesetzt haben sich dagegen bislang psychologische oder soziologische Kompetenzmodelle des Alter(n)s, in denen Reifungs- und Kompetenzausbildungen sowie die Chancen einer lebenslangen Entwicklung, auch im Umgang mit Verlusten, stärker akzentuiert werden.

In diesem Heft geht es vorrangig um Zielgruppen, die sich in einer Lebensphase befinden, in der sich die Gesundheit häufiger und nachhaltiger krankheitsbedingt verschlechtern kann. Mit fortgeschrittenem Alter kommt es häufig auch vermehrt zu chronischen Erkrankungen, die ein beschwerdefreies Leben unmöglich machen. Wir orientieren uns an der Definition aus der Gesundheitsberichterstattung und unterscheiden die „jungen Alten“ (65 Jahre bis unter 80 Jahre) und die Gruppe der „alten Alten“ (80 Jahre und älter). Nicht zwangsläufig ist ihr Alltag von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit geprägt. Viele ältere Menschen sind gesund oder können ihren Alltag trotz gesundheitlicher Einschränkungen gut bewältigen.

Eine gesellschaftliche Herausforderung, die hohes Gesundheitsförderungspotenzial hat, ist die Entwicklung positiver Altersbilder. Dies sind Altersbilder, welche die positiven Aspekte betonen, wie z.B. im Lebenslauf entwickelte Kompetenzen. Negative Altersbilder, welche (gesundheitliche) Einschränkungen und Verluste in den Vordergrund stellen, können dazu führen, dass das Leben im Alter auf diese negativen Aspekte fokussiert wird und objektiv vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten nicht wahrgenommen werden und ungenutzt bleiben (Sachverständigenkommission, 2001).

Link zum Thema Altersbilder

Sechster Altenbericht (2010) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) – Altersbilder in der Gesellschaft

www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Demografische Entwicklungen: Weniger, älter und bunter – Herausforderungen für die Kommunen

Die Altersstruktur und Ausdifferenzierung unserer Gesellschaft verändern sich. Die Gesamtbevölkerung in Deutschland wird sich verringern, dafür steigen relativ gesehen, die Anteile älterer Menschen und von Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der Bevölkerung. Sind heute die Anteile der Jüngeren (unter 20 Jahre) und der Älteren (65 Jahre und älter) noch ungefähr gleich, so erwarten Fachleute, dass der Anteil der Älteren sich im Jahr 2050 verdoppelt haben wird (Hoffmann, Menning, Schelhase, 2009, S. 26). Die Veränderungen in der Altersstruktur unserer Gesellschaft werden für viele Kommunen die Erhöhung von Ausgaben zur Folge haben. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und des Alterns der geburtenstarken Jahrgänge wird sich insbesondere die erwartete relative Zunahme hochbetagter Menschen auswirken, die vielfach unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden und Unterstützung durch Pflegeleistungen benötigen.

Einen Überblick zum Wandel der Altersstruktur in Deutschland gibt die nachfolgende Grafik. Hier zeigt sich deutlich ein Anstieg der Altersgruppe der über 84-Jährigen. Dies hat wahrscheinlich auch einen Anstieg der professionell zu versorgenden Pflegefälle zur Folge.

Abbildung 2: Entwicklung des Anteils der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung (2006=100)

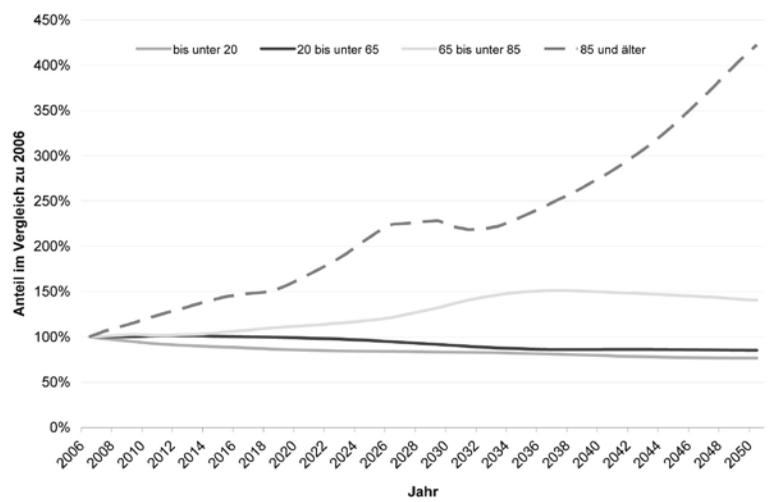


Abbildung 1: Entwicklung des Anteils der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung von 2006 bis 2050. (Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 65)

Im Land Berlin wird für das Jahr 2030 mit einer Zunahme der pflegebedürftigen Personen um 80 Prozent gerechnet. In Folge von Arbeitslosigkeit oder geringfügiger Beschäftigung wird erwartet, dass dann 40.000 Pflegebedürftige Unterstützung im Rahmen des SGB XII (Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege) benötigen. Dies entspricht einem Anstieg um ca. 70 Prozent (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2009).

Kapitel 1 – Gesundheit im Alter



Allein die wohlwollende Zustimmung und allgemeine Zusage „wir helfen, wo wir können“ ist nicht ausreichend! Städtische Behörden arbeiten nach klaren Aufgabenprofilen mit vorgegebenen Prioritäten.

Sie werden neue Aufgaben und Themen – wie auch neue Formen der Zusammenarbeit – nur unterstützen, wenn sie dazu aufgefordert oder gar verpflichtet werden.

Um diese Unterstützung zu gewinnen, muss die Projektidee von einer nachvollziehbaren „Kosten-Nutzen-Rechnung“ begleitet werden. Es muss verdeutlicht werden, welche negativen Folgen eine weitere Zunahme altersbedingter Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit für die Stadt hat. Außerdem muss erläutert werden, warum das zur Rede stehende Projekt nicht nur eine realistische, sondern aus Sicht der Stadt eine sinnvolle und effiziente Lösung eröffnet.

- Beschreiben und begründen Sie den Nutzen des Konzepts aus der Perspektive der Verwaltung/der Lokalpolitik.
- Formulieren und begründen Sie den zusätzlichen Bedarf an Ressourcen und Personal.
- Pflegen Sie im Vorfeld die informelle Kommunikation mit Politikerinnen, Politikern und Multiplikatoren, um so für Bekanntheit und Unterstützung zu sorgen.
- Sorgen Sie dafür, dass vor Projektbeginn im Stadtteil auf der Leitungsebene der Stadtverwaltung belastbare Beschlüsse und Vereinbarungen für einen reibungslosen Projektverlauf gefasst werden.

Aus: BKK 2009

Weniger junge Menschen werden künftig mit immer mehr älteren Menschen länger zusammen leben. Diese Veränderungen der Bevölkerungsstruktur lassen sich relativ gut prognostizieren. Das ermöglicht es, bereits heute Strategien zu entwickeln, um diesen Herausforderungen gerecht werden zu können. Voraussetzungen dafür sind jedoch, dass Gesundheit zu einem Thema in den Kommunen wird und die Verantwortlichen als Verbündete für dieses Thema gewonnen werden (Altgeld, 2009, S. 222). In den Arbeitshilfen wird das Beispiel einer kommunalen Planung für und mit älteren Menschen ausführlich dargestellt.

Gemeinsames Ziel der Akteure im Quartier sollte es dabei sein, die Rahmenbedingungen für Gesundheit im Alter und gesunde Lebensstile zu verbessern.

Dabei ist besonders die Situation armer und isolierter älterer Menschen zu beachten. Sie haben häufig eine schlechtere Gesundheit auf Grund früherer Belastungen. Teilt man die Bevölkerung nach ihrem Einkommen in fünf Gruppen ein: Die Lebenserwartung nimmt über alle Einkommensgruppen mit steigendem Einkommen zu (sozialer Schichtgradient). Bei Männern der höchsten Einkommensgruppe treten gesundheitliche Beeinträchtigungen im Schnitt 14,3 Jahre später ein (Lampert, 2009, S. 130 f.).

Unsere Gesellschaft erlebt heute schon eine deutlich längere Phase des Altwerdens und Altseins. Dies hat individuelle Auswirkungen auf die Arbeit, die Gesundheitsversorgung, die Familie, soziale Beziehungen und die finanzielle Situation. Wichtig sind daher gute soziale Netzwerke und Unterstützungssysteme, die helfen, eventuell entstehende

Vorzeitige Sterblichkeit von Frauen und Männern nach Einkommen

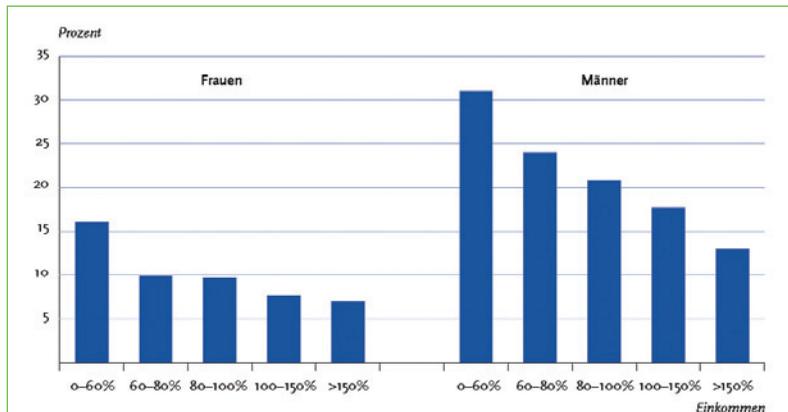


Abbildung 2: Sterblichkeit von Männern und Frauen vor dem Alter von 65 Jahren nach Einkommensgruppen (Quelle: Lampert, 2009, S. 130 f.)

Benachteiligungen auszugleichen. Erfolge, die hier im Bereich der Gesundheitsförderung erreicht werden, verschaffen den Einzelnen einen Gewinn an Lebensqualität und zahlen sich auch für die Kommunen und das Quartier aus.

Vieles, was mit Blick auf die ältere Generation auf den Weg gebracht wird, ist auch für andere Bevölkerungsgruppen, z.B. Kinder, Eltern und Menschen mit Behinderungen von Nutzen.

Soziale Benachteiligung und Gesundheit im Alter

Wer materiell gesichert ist, über Bildung verfügt und ein gutes familiäres und soziales Umfeld hat, kann den Herausforderungen, die das Alter mit sich bringt, zuversichtlich begegnen. Unsichere Lebenslagen und mangelnde Lebensperspektiven machen jedoch Angst. Sie beeinträchtigen die Perspektiven älterer Menschen ebenso wie einschneidende Lebenskrisen (z.B. der Verlust des Partners oder der Partnerin).

Bei sozial benachteiligten Menschen haben

sich die gesundheitlichen Belastungen in Folge von Armut, schwerer körperlicher Arbeit und fehlender Teilhabe im Lebensverlauf summiert. Kollektive Erlebnisse wie Kriegstraumata, Vertreibung oder Einwanderung können Lebenseinstellungen beeinträchtigen und ebenso prägen wie der kulturelle Hintergrund, religiöse Gewohnheiten und Arbeitsbiografien (vgl. Heft 1 Kapitel 3 zu Faktoren, die Gesundheit beeinflussen). Eine Untersuchung der Lebenszufriedenheit türkischer Migrantinnen und Migranten zeigte z.B., dass viele von ihnen auf Grund der Migration unter Einsamkeit und sozialer Isolation litten. Die Autorinnen und Autoren der Studie vermuten, dass die „soziale Integration ... bei Aufrechterhaltung ethnischer und kultureller Identität“ ein hohes Potenzial für Gesundheitsförderung bei Migrantinnen und Migranten darstellt (Robert Koch-Institut, 2008, S. 98).

Regionalverbund Ruhr

Im Rahmen des WHO-Projektes „Age-friendly Cities“ wurden ältere Menschen nach ihren Bedürfnissen befragt. Dabei wurde deutlich, dass vieles, was eine Kommune attraktiv und lebenswert macht, für alle Generationen von Gewinn ist: Barrierefreie öffentliche Gebäude, leicht zugängliche öffentliche Verkehrsmittel und unmittelbar erreichbare öffentliche und private Dienstleistungen.

Dr. Rainer Fretschner, 2008

Kapitel 1 – Gesundheit im Alter

„Die Leute müssen Selbstbewusstsein bekommen. Wir haben Menschen, die seit 10 – 15 Jahren in unsere Selbsthilfegruppen (türkische, griechische, spanische, ex-jugoslawische) für Senioren kommen. Die haben Infoveranstaltungen, Feste gesehen und mitgemacht. Deren Ansprüche und Ansichten haben sich verändert. Es entsteht ein Selbstbewusstsein, ein Bewusstsein entwickelt sich, weil man auch mal nachdenkt über Themen, wie Hilfe im Alltag, und durch die Gruppe gestützt wird. Das gibt auch Mut mit Konventionen zu brechen. Zum Beispiel wenn die Gruppe sagt, „na das ist doch gut, wenn du dir einen Pflegedienst holst, der dir im Alltag hilft“.

Susanne Koch, AWO-Begegnungszentrum Adalbertstraße in Berlin-Kreuzberg



„Niemand wird alt, weil er eine Anzahl von Jahren hinter sich gebracht hat. Man wird nur alt, wenn man seinen Idealen Ade sagt. Mit den Jahren runzelt die Haut, mit dem Verzicht auf Begeisterung runzelt die Seele. Du bist so jung wie deine Zuversicht, so alt wie deine Zweifel. So jung wie dein Selbstvertrauen, so alt wie deine Hoffnungen, so alt wie deine Verzagtheit.“

Albert Schweitzer
(Trommer, 2007, S. 17)

Sozial bedingt schlechtere Gesundheitschancen bedeuten für ältere Menschen, dass chronische Erkrankungen und Behinderungen früher eintreten können und sie möglicherweise früher Einschränkungen in ihrer Mobilität erfahren. Bereits im 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland wurde prognostiziert, dass sich die zukünftige Einkommenslage älterer Menschen auf Grund der ökonomischen und politischen Entwicklungen deutlich verändern wird.

„Sowohl das Risiko von Einkommensarmut als auch einer steigenden Einkommensungleichheit im Alter sind absehbare Folgen...“ (Sachverständigenkommission, 2005, S.186). Viele gesundheitliche Beeinträchtigungen können beeinflusst und durch gesundheits-

förderliche Maßnahmen gute Erfolge erzielt werden.

Gruppen mit besonders hohem Präventionspotenzial (Altgeld, 2009, S. 222) sind

- Beschäftigte in höherem Lebensalter mit geringem Verdienst
- Ältere Arbeitslose
- Menschen im Rentenalter mit geringen Rentenbezügen
- ältere Frauen und besonders auch ältere Männer mit Migrationshintergrund
- alleinstehende ältere Menschen mit geringer sozialer Einbindung
- Pflegebedürftige und ältere Menschen mit Behinderung

Dabei ist die Lage älterer armer alleinlebender Frauen häufig besonders prekär. Sie sind häufiger und schwerer krank als Männer (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Abschnitt 878) und bereits heute besonders stark von Altersarmut betroffen. Das wird sich verschärfen, da zukünftig die Hälfte aller heute erwerbstätigen Frauen Rentenansprüche unter 683 Euro erwarten (Richter-Kornweitz, 2009, S. 8).

Aber auch ältere Männer sind eine wichtige Zielgruppe mit oft zu gering ausgeschöpftem Präventionspotential. Angebote der Vorsorge, Früherkennung und Prävention werden von Männern oft nur unzureichend genutzt.

Im Folgenden werden Faktoren erläutert, die den Alterungsprozess positiv beeinflussen (nach World Health Organization, 2002, S. 19-32):

- objektive, d.h. medizinisch diagnostizierte Gesundheit
- subjektives Gesundheitsempfinden
- Zufriedenheit
- Gesundheitsverhalten
- soziale Teilhabe

Objektive und subjektive Gesundheit

Ältere Menschen beurteilen ihre Gesundheit selbst oft positiver als es ihnen z.B. ein Arzt bescheinigen würde (Tesch-Römer, Wurm, 2009). Diese Selbstwahrnehmung (= subjektive Gesundheit) ist unter Präventionsaspekten von hoher Bedeutung. Studien zeigen, dass eine gute subjektive Gesundheit einen starken Einfluss auf die Lebenserwartung hat (Wurm, Lampert, Menning, 2009).

Leider herrscht, gerade im medizinischen Alltag, die körperliche Beurteilung des Gesundheitszustandes vor. Hier werden noch viele emotionale und soziale Ressourcen verschenkt. So schildert eine ältere Frau, dass sie im Gespräch mit ihrem Hausarzt über Einschränkungen ihrer Befindlichkeit berichtete und als Antwort erhielt: „Na, in ihrem Alter ... Was wollen Sie da noch erwarten?“ (Trommer, 2007, S.13).

Statt eines auf die Defizite gerichteten Blicks sollten die subjektiven Wahrnehmungen respektiert, persönliche Leistungen anerkannt und Ressourcen und individuelle Stärken wahrgenommen werden.

„Wie geht es Ihnen?“ Die Gesundheit im Alter

Gesundheit im Alter und die Geschwindigkeit des Alterungsprozesses lassen sich beeinflussen. Vorhandene Gesundheitsrisiken werden durch schwierige Lebenslagen verschärft und eine gesunde Lebensweise wird auch im Alter z.B. durch den Mangel an Einkommen und Vermögen erschwert. Unterstützende soziale Beziehungen können diese und andere Defizite teilweise ausgleichen.

Vom Umgang mit ihrer Erkrankung berichtet eine ältere Frau, „Es fällt mir manchmal etwas schwer, aber ich weiß mir immer besser zu helfen. Wenn ich den Schraubverschluss mit meinen Rheumahänden nicht öffnen kann, geht das jetzt mit dem Nussknacker.“

(Trommer, 2007, S.13).

Lebensqualität und Zufriedenheit

Ein Ziel von präventiven Maßnahmen sollte darin bestehen, eine gute Lebensqualität und eine positive Einstellung zum Leben trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu erreichen. Eine wichtige Herausforderung ist dabei, Lebensmut und Optimismus auch angesichts abnehmender körperlicher Leistungsfähigkeit zu wecken und zu fördern.

Pläne werden für die nahe Zukunft gemacht. Wie sich diese Zukunftsperspektive gestaltet, hängt maßgeblich von einer aktiven Lebensführung und einer positiven Lebenseinstellung ab (Kruse, 1999). Dadurch werden Anregungen gegeben und neue Vorhaben in Angriff genommen.

Kapitel 1 – Gesundheit im Alter



Ein wichtiger Zeitpunkt, hier noch einmal Weichen zu stellen, ist der Wechsel in den Ruhestand. Hier bietet sich in Bezug auf Wahrung der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit älterer Menschen noch einmal eine ganz wichtige Chance. Dann gilt es Freundschaften im Wohnumfeld zu pflegen. Der Kontakt mit unterschiedlichen Altersgruppen und das Knüpfen von Beziehungen halten körperlich und geistig fit. Ein intaktes soziales Netzwerk bietet eine wichtige Grundlage zur aktiven Teilhabe und Unterstützung im Falle späterer Hilfsbedürftigkeit.

Gesundheitsverhalten

Das eigene Verhalten kann gesundheitsförderlich wirken und chronischen Erkrankungen vorbeugen oder deren Fortschreiten und Folgen abmildern.

Soziale Teilhabe

Auch im Alter ist Teilhabe ein wichtiger Faktor, der Gesundheit fördert. Es wird unterschieden zwischen kollektiven Aktivitäten (gemeinsamer Freizeitgestaltung), produktiven Aktivitäten (Tätigkeiten verbunden mit Leistungen für Andere) und politischen Aktivitäten (Einfluss auf soziale Sachverhalte). Chancen der Teilhabe werden häufig durch den sozialen und ökonomischen Status eines Menschen bestimmt. So wurde festgestellt, dass z.B. mit der Bildung auch die Komplexität der tatsächlichen Teilhabe älteren Menschen steigt (Bukov zitiert nach Kümpers, 2009, S. 10).

Alle Formen der Teilhabe werden maßgeblich von den Rahmenbedingungen beeinflusst, die in der Kommune herrschen. Sei es die Beteiligung am (öffentlichen) Leben oder die Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Angebote bis hin zur aktiven Einflussnahme auf die Gestaltung der Lebensbedingungen im Quartier. Diese Möglichkeiten können für Ältere erleichtert oder erschwert werden. Im Quartier können die Chancen zur Teilhabe,

„Zu einem Gruppentreffen türkischer Senioren kam eine ganz verschüchtert aussehende Frau. Schon an der Körperhaltung hat man gesehen: depressiv, ganz in sich gekapselt. Sie hat sehr leise gesprochen. Man musste sich richtig bemühen um mit ihr ins Gespräch zu kommen. Sie ist dann relativ schnell aufgetaut, nachdem sie die Filiz [Mitarbeiterin der AWO] und die Gruppe kennen gelernt hat. Jetzt ist sie nicht wieder zu erkennen. Diese Frau strahlt. Sie hat natürlich immer noch auch körperliche Beschwerden. Aber es geht ihr einfach gut. Sie weiß wo ihr Platz ist. Sie ist vielen Menschen wichtig. Sie wird gebraucht. Sie kann unheimlich viel, was sie vielleicht gar nicht gedacht hätte, dass sie es kann.“

Susanne Koch, AWO-Begegnungszentrum Adalbertstraße Berlin-Kreuzberg

Belegt sind z.B. folgende präventive Effekte

- Regelmäßige Aktivitäten wie Radio hören, Zeitung lesen, Museen besuchen etc. haben einen Einfluss auf die kognitive² Leistungsfähigkeit.
- Körperliche Aktivität kann zu einer spontanen Verbesserung der Gedächtnisleistung um 35 Prozent führen.
- Das Gehen von täglich 2 Meilen (ca. 3,2 km) oder mehr bewirkt eine Steigerung der Lebenserwartung von älteren gesunden Männern.
- In einer Studie bewirkte zügiges Gehen (Walking) für mindestens drei Stunden pro Woche eine Verringerung des Herzinfarkttrisikos bei 40- bis 65-jährigen Frauen um 30 Prozent im Vergleich zu inaktiven Frauen
- Bei Patientinnen und Patienten mit einer Koronarerkrankung wurde die Mortalität³ um 31 Prozent gesenkt.
- Eine fettarme Ernährung verringerte in einer Studie mit 50- bis 60-jährigen die Gesamt mortalität. Weitere Untersuchungen zeigten, dass eine fettarme Ernährung die Häufigkeit von koronaren Herzerkrankungen verringert.
- Bewegung und körperliche Aktivität zeigen auch im hohen Alter bei Depressionen positive Effekte und senken das Sturzrisiko selbst bei 80- Jährigen.

(Au, 2010, S. 9)

auch wenn diese auf Grund fehlenden Einkommens, geringer Bildung und mangelnder sozialer Unterstützung eher ungünstig sind, deutlich verbessert werden.

Beispiele für Partizipation

Teilhabe und die Aktivierung älterer Menschen stellen sich als ein Prozess dar, der eng mit der Befähigung der älteren Menschen verbunden sein kann, ihr Leben und das Altern aktiv zu gestalten. In diesem Prozess werden häufig erst einmal Vorstufen von Partizipation realisiert, die in eine direktere Beteiligung münden sollten. Allerdings bieten viele Maßnahmen, die sich als partizipativ bezeichnen, keine Möglichkeit für eine Beeinflussung der Entscheidungsprozesse durch die älteren Menschen.

Ein Modell zur Beurteilung der Partizipation wurde in diesen Arbeitshilfen bereits vorgestellt (Heft 2 Kapitel 5). Auf der nächsten Seite werden einige Stufen der Partizipation durch Beispiele veranschaulicht.

„Je komplexer und einflussreicher aber die Teilhabe, umso größer sind auch die zu erwartenden positiven Wirkungen auf Lebensqualität, auf Selbstbewusstsein, letztlich auch auf Gesundheit.“ (Kümpers, 2009, S. 10 – 11)

² Funktionen, die mit Wahrnehmung, Lernen, Erinnern und Denken zu tun haben, also der Informationsverarbeitung dienen

³ Sterblichkeitsrate

Kapitel 1 – Gesundheit im Alter

Stufe 9 geht über Partizipation hinaus	
Selbstorganisation (Stufe 9)	Senioren-genossenschaften, die als selbst organisierte Netzwerke arbeiten um Mitgliedern durch wechselseitige Unterstützung zu ermöglichen, möglichst lange in ihrer Wohnumgebung bleiben zu können. Für jede geleistete Arbeitsstunde wird die gleiche Zeit gutgeschrieben, welche bei Bedarf eingelöst werden können. Dienstleistungen der Genossenschaften sind z.B. Betreutes Wohnen, Pflege, Essens- und Fahrdienste. Die Genossenschaften finanzieren sich selbst.
Partizipation (Stufen 6 bis 8)	
Entscheidungsmacht (Stufe 8)	Das Haus Herbstzeitlos in Siegen entstand durch das Engagement älterer Menschen. Mit der Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen wurde aus einem ehemaligen Schulpavillon eine selbst verwaltete Seniorenfreizeitstätte. Die Weitergabe von Erfahrungswissen, Schaffung von sozialen Kontakten und Netzwerken steht im Vordergrund, aber auch zahlreiche kreativ oder literarisch interessierte Gruppen nutzen die Räume. Für die Verwaltung und Fortentwicklung des Hauses ist die öffentliche Regiestelle „Leben im Alter“ zuständig. Quelle: www.siegen.de/standard/page.sys/560.htm?print
Teilweise Entscheidungskompetenz (Stufe 7)	Ältere Menschen werden in Entscheidungen mit einbezogen, haben z.B. Stimmrecht in Gremien und einige Entscheidungen werden ausschließlich von ihnen getroffen.
Mitbestimmung (Stufe 6)	Ältere Menschen werden befragt und haben ein Mitspracherecht. Sie haben jedoch keine Entscheidungsbefugnis.
Vorstufen der Partizipation (Stufen 3 bis 5)	
Einbeziehung (Stufe 5)	Seniorenvertreterinnen und -vertreter, die die Interessen der Zielgruppe gegenüber Rat und Verwaltung zum Ausdruck bringen oder mit beratender Stimme an Ausschüssen teilnehmen.
Anhörung (Stufe 4)	Das Netzwerk Märkisches Viertel in Berlin arbeitet mit einem Beirat aus älteren Menschen zusammen. Das Netzwerk Märkisches Viertel besteht aus unterschiedlichen Akteuren (z.B. Dienstleistern wie Pflegediensten oder Handwerkern sowie öffentlichen Einrichtungen), die sich mit dem Ziel, das selbstständige Leben älterer Menschen im Quartier zu fördern, zusammengeschlossen haben. Um auf die Bedürfnisse älterer Menschen besser eingehen zu können, wurde ein Beirat aus Älteren eingerichtet, der sich in Gremien äußern kann und zusätzlich bei Bedarf befragt wird. Quelle: www.netzwerkmv.de
Information (Stufe 3)	In einer Veranstaltung wird älteren Menschen mitgeteilt, welche Schwierigkeiten z.B. in Bezug auf Alterserkrankungen auftreten können und welche Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention bestehen.
Keine Partizipation (Stufen 1 und 2)	
Anweisung (Stufe 2)	Durch bestimmte Maßnahmen sollen Ältere zu einem gesünderen Verhalten „erzogen“ werden. Über Hintergründe und Umsetzung werden sie nicht informiert.
Instrumentalisierung (Stufe 1)	Die Belange älterer Menschen werden in Maßnahmen und Entscheidungsfindungen nicht einbezogen.

Abbildung 3: Stufen der Partizipation

Tipps zum Weiterlesen:

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2006). Alter neu denken – Empfehlungen der Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik“ zu gesellschaftlichen Altersbildern. Gütersloh*

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2013). Alte Menschen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. Band 44. Köln. Verfügbar unter: www.bzga.de/infomaterialien/?sid=-1&idx=2247

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011). Die Jungen Alten. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. Band 38. Köln. Verfügbar unter: www.bzga.de/infomaterialien/?sid=-1&idx=2043

Hollbach-Grömig, Beate; Seidel-Schulze, Antje (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 33. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.*

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2011). Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. 16 evidenzbasierte Leitlinien. LIGA. Praxis 7. Düsseldorf.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.) (2009).

Armut, Alter und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Hannover.*

Richter, Antje; Bunzendahl, Iris; Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2012). Dünne Rente – Dicke Probleme.

2. Auflage Mabuse Verlag. Frankfurt/M.

Robert Koch-Institut (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter. Verfügbar unter: www.rki.de

-> Gesundheitsmonitoring -> Gesundheitsberichterstattung -> Beiträge zur GBE

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Baden-Baden. Verfügbar unter: www.svr-gesundheit.de -> Gutachten.

Walter, Ulla; Flick, Uwe; Neuber, Anke; Fischer, Claudia; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2006). Alt und gesund? – Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Aktuelle Darstellungen rund um das Thema dieses Heftes bietet auch eine Ausgabe der Zeitschrift zum Bund-Länder-Programm Soziale Stadt, die man als PDF-Datei herunterladen kann:

Soziale Stadt – info 24 (Juli 2010), Schwerpunkt:

Ältere Menschen in der Sozialen Stadt. Verfügbar unter:

www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/SharedDocs/Publikationen/StBauF/SozialeStadt/SozStadt-Info/SozInfo_24.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Links zum Thema „Gesundheit im Alter“

Projektbeispiele für Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank
Gesundheitsberichterstattung des Bundes, z.B. Gesundheit und Krankheit im Alter; Migration und Gesundheit, sowie Themenhefte zu Altersdemenz; gesundheitsbedingter Frühberentung; Pflege u.v.m.	www.rki.de
Aktivitäten der BZgA und Links zum Thema Gesundheit älterer Menschen	www.bzga.de -> Themen
BZgA-Portal zu Themen der Gesundheit von Frauen, mit einem Modul „Gesund älter werden“	www.frauengesundheitsportal.de
Das Internetangebot der BZgA bietet neutrale, seriöse, fachlich geprüfte und qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen	www.gesund-aktiv-aelter-werden.de
BZgA-Portal zu Themen der Gesundheit von Männern	www.maennergesundheitsportal.de
BZgA-Programm zur Unterstützung der Mobilität, Selbstbestimmung und Lebensqualität	www.aelter-werden-in-balance.de
Das Portal ist der Internetauftritt der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen mit zahlreichen Informationen, Kontakten und Materialien.	www.bagso.de
Daten und Zahlen zur demographischen Entwicklung aller Kommunen über 10.000 Einwohner in verschiedenen animierten Grafiken	www.wegweiser-kommune.de

Kapitel 2 – Probleme und Ressourcen für ältere Menschen im Quartier erkennen



Für ältere Menschen hat das Wohnumfeld eine große Bedeutung. Mit zunehmendem Alter und stärkeren gesundheitlichen Einschränkungen werden der individuelle Aktionsradius enger und die zu bewältigenden Wege kürzer. Eine wirkungsvolle Förderung der Gesundheit älterer Menschen und Unterstützung ihrer Alltagsbewältigung knüpft daher an ihre lebensweltlichen Bezüge im Quartier an.

Das Quartier als Ort für Gesundheitsförderung

Das Schaubild zeigt, wie vielfältig Kontakte noch im hohen Alter sein können.

Die Realität vieler armer und isoliert lebender älterer Menschen sieht leider anders aus. Wo Geld knapp ist oder die Mobilität eingeschränkt ist, entscheidet die Infrastruktur des Quartiers, wie vielfältig die Kontakte im Alltag sind.

„Ausreichende Ernährung war ... kein drängendes Problem für sie. Ihre Schwierigkeiten lagen woanders, sie fühlte sich isoliert und ausgegrenzt, da sie an den Aktivitäten der anderen aus Geldmangel nicht partizipieren konnte. In ihrer ländlichen Region existierte auch keine Infrastruktur, die das hätte ausgleichen können. Die Verkehrsverbindungen waren schlecht und sie war nicht motorisiert. Ihre Misere beschrieb sie so: „Der graue Alltag – das Problem ist der graue Alltag. Es gibt keine Höhen und Tiefen und alles verläuft immer gleich. Das ganze Jahr und darüber hinaus auch. Ich könnte mir vielleicht sogar einmal eine Karte für ein Konzert von meinen Kindern schenken lassen, aber ich käme gar nicht dort hin. Vielleicht hätte ich noch das Geld für die Hinfahrt, aber ich käme nicht mehr zurück. Also bin ich immer hier.“

zitiert nach Richter-Kornweitz, 2009, S. 11



Abbildung 4: Vielfalt der Kontakte im hohen Alter, (Quelle: Weeber, 2010, S. 3)

Ein wichtiger erster Schritt besteht in einer Bestandsaufnahme der Angebote im Quartier. Hierzu werden Anbieter und Möglichkeiten gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Menschen recherchiert und in einer Liste zusammengestellt.

Für Planungszwecke eignet es sich, die Verteilung der Angebote auch räumlich-visuell mit Hilfe einer Karte und markierten Pinnnadeln dazustellen (nach Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2009, Praxisbeispiel 9, S. 1).

Standortanalyse des Gesundheitsamtes Hamburg Eimsbüttel

Oft sind in einer Kommune bereits Adresslisten mit verschiedenen Angeboten vorhanden. Das Gesundheitsamt Eimsbüttel hat die Abbildung der Angebote auf einer Karte genutzt, sie sortiert und eine Analyse der Maßnahmenstruktur im Stadtteil vorgenommen.

Alle Adressen wurden in einer Liste zusammengefasst und nummeriert. Je nach Inhalt des Angebots erfolgte eine farbliche Zuordnung (z.B. rot für Bewegungsangebote, gelb für soziale und geistig anregende Aktivitäten, grün für Ernährungsangebote, blau für soziale Beratungsangebote). Die Angebote wurden mit farbigen Fähnchen in den Stadtplan eingetragen. Auf diesem wurde die laufende Nummer aus der Liste vermerkt, um so jeder farbigen Markierung das konkrete Angebot zuordnen zu können. Schließlich entstand ein Stadtplan, aus welchem sämtliche Angebote der Umgebung abgelesen werden konnten. Diese Erfassung bildete die Grundlage für weitere Analysen.



Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung finden auf kommunaler Ebene statt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat daher 2006 das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu)

beauftragt, eine repräsentative Befragung der Kommunen und Landkreise durchzuführen, um den „Ist-Zustand“ der Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe Seniorinnen und Senioren auf kommunaler Ebene zu erheben.

Der größte Anteil der Städte und Gemeinden misst der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen eine große Bedeutung zu. Erste Schlussfolgerungen für die Seniorenpolitik und die Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen sind in diesem Bericht zusammengefasst und auf den Seiten 60 bis 62 zu finden.

Online Verfügbar unter:

www.bzga.de/botmed_60633000.html

Ein gesundheitsförderliches Quartier macht es den Menschen leichter, einen gesunden Lebensstil zu verfolgen. Belastungen im Quartier (z.B. Verkehr, Barrieren, Konflikte) können gesenkt werden. Die Mitwirkung an der Gestaltung des Quartiers und die Einbindung in soziale Netzwerke steigern Selbstwertgefühl und Sinnhaftigkeit und haben damit gesundheitsfördernde Wirkungen. In Heft 2 der Arbeitshilfen „Probleme erkennen – Lösungen finden“ und Heft 3 „Ein Projekt entwickeln“ wurde bereits vorgestellt, in welchen Schritten die gesundheitsförderliche Entwicklung eines Quartiers angegangen werden kann und wer als Partner bei der Unterstützung dieser Prozesse in Betracht kommt.

Im Folgenden werden Erfahrungen aus der Bedarfsanalyse mit älteren Menschen in Quartieren der Sozialen Stadt vorgestellt. Neben Belastungen werden auch Ressourcen vorgestellt, die für diesen Prozess fruchtbar gemacht werden können.

Kapitel 2 – Probleme und Ressourcen für ältere Menschen im Quartier erkennen

„Bei Partizipation, die immer nur auf Probleme hinweist, aber nicht zu Lösungen führt – da verlieren die Alten genauso schnell die Lust wie alle anderen.“

Prof. Dr. Josefine Heusinger,
Institut für gerontologische
Forschung e.V.



© absolut_too, istockphoto.com

Das Quartier durch die Brille Älterer sehen

Um das Quartier gesundheitsförderlich für Ältere zu gestalten, ist es sinnvoll, den Stadtteil aus der Perspektive der Betroffenen zu betrachten. Die Identifizierung von Versorgungslücken und Barrieren wird erheblich erleichtert, wenn ältere Menschen direkt nach ihren Wünschen und Vorstellungen gefragt werden (siehe Partizipation, Heft 1, S. 15). Auch die dann folgende Gestaltung von hilfreichen und unterstützenden Alltagsbedingungen im Quartier wird durch die Beteiligung der Bewohner und Bewohnerinnen wirkungsvoller und nachhaltiger. Die Teilhabe älterer Menschen an der Entwicklung und Gestaltung von Angeboten ermöglicht „passgenaue“ Projekte und schafft so eine höhere Motivation und Identifikation. Die Teilnehmendenzahlen steigen und eine größere Wirksamkeit von gesundheitlichen Maßnahmen kann erreicht werden. Es gibt viele Möglichkeiten, eine Bestandsaufnahme zu machen, Sozialraumanalysen, Begehungen, Berollung. Ein guter Einstieg ist die Frage „Wie sieht mein Quartier eigentlich aus Sicht von älteren Menschen aus?“. Dazu ist es sinnvoll, eine Bestandsanalyse mit ihnen zu machen. Aber wie finden sich die Älteren, mit denen man sich das Quartier ansehen kann?



Gehen Sie in ein Altenheim oder zu einem Seniorentreff und fragen Sie die Betreuenden, welche zwei Älteren mit Ihnen einen Spaziergang machen würden, um Barrieren und Hindernisse zu identifizieren.

Gerade arme, vereinsamte oder ausgegrenzte Gruppen geraten leicht aus dem Blick. Da sie besondere gesundheitliche Risiken tragen, müssen ihre Belange ausdrücklich Beachtung finden.

Grundsätzlich sollte man an einer Quartiersbegehung möglichst alle im Quartier wohnenden Gruppen älterer (und auch jüngerer) Menschen beteiligen. Die Auswahl hängt daher von der Bewohnerschaft ab. Sind es ältere Menschen mit unterschiedlichen Migrationshintergründen, sollte man versuchen, möglichst viele Nationalitäten zu beteiligen. Gibt es große Einkommens- oder Bildungsunterschiede, sollte auch das bei der Auswahl der Teilnehmenden berücksichtigt werden. Dabei muss auch auf schwer erreichbare Zielgruppen zugegangen und ihnen die Wichtigkeit ihrer Meinung verdeutlicht werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass sich vor allem die ohnehin schon engagierten und mit guten Ressourcen ausgestatteten Bewohnerinnen und Bewohner beteiligen.

Beispiele für Belastungen im Quartier

Vor allem in sozial benachteiligten Stadtquartieren kann es auf Grund von mangelhafter Infrastruktur, physischen und psychischen Barrieren, Nachbarschaftskonflikten und Umweltbelastungen zu zusätzlichen Erschwernissen für die Bewältigung des Alltags kommen. Dies kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit älterer Menschen haben.

Mangelhafte Infrastruktur

Reine Wohnquartiere (z.B. Wohngebiete ohne Geschäfte, Gesundheitseinrichtungen, Beratungsstellen, Kultureinrichtungen) zwingen ihre Bewohner und Bewohnerinnen dazu, ihre täglichen Erledigungen in anderen Gegenden zu tätigen. Ältere Menschen, die selbst nicht mehr Auto fahren, sind abhängig von Bus, Bahn und Taxi oder von privaten Fahrdiensten durch Bekannte und Verwandte, bzw. von Bringdiensten. Damit steigen ökonomische und soziale Belastungen sowie die Gefahr, dass Ältere auf die Fahrten ganz verzichten und sich in die eigene Wohnung zurückziehen. Darüber hinaus sind die öffentlichen Räume in reinen Wohngebieten im Allgemeinen weniger belebt als die Straßen und Plätze in gemischten Quartieren. Öffentliches Leben nimmt ab, das Gefühl von Unsicherheit steigt und die Angst vor Übergriffen nimmt zu.

Barrieren im Wohnumfeld/ Verkehr

Öffentliche Einrichtungen, die nicht schwellenfrei zugänglich sind, Bordsteine, die nicht abgesenkt sind und Über- oder Unterführungen, die nur über Treppen zu nutzen sind, stellen für ältere Menschen mit Gehhilfe, Rollator oder Rollstuhl kaum zu bewältigende Hindernisse dar. Auch stark befahrene Straßen ohne sichere Fußgängerüberquerung, zu kurze Ampelphasen, geparkte Autos auf Gehwegen und Übergängen sowie die Ausweisung von Radwegen auf Bürgersteigen steigern die Unsicherheit älterer Menschen im öffentlichen Raum und bilden Barrieren bei täglichen Wegen. Eine schwellenarme Gestaltung und die Steuerung des ruhenden und fahrenden Verkehrs erleichtern nicht nur älteren Menschen, sondern auch Kindern oder Eltern die Nutzung des öffentlichen Raumes.

Umweltbelastungen

Nicht nur für ältere Menschen, sondern für Menschen aller Altersgruppen bilden Lärm, Luftverschmutzung oder Müll im öffentlichen Raum eine Belastung in ihrem Wohnalltag. Wie auch bei Nachbarschaftskonflikten sind ältere Menschen wegen ihrer teilweise engen Aktionsräume den Belastungen stärker ausgesetzt und verfügen im Allgemeinen über weniger Ausweichmöglichkeiten. Unangenehme Veränderungen in der Nachbarschaft werden von langjährigen älteren Bewohnern und Bewohnerinnen häufig als Zeichen des Niederganges eines Quartiers interpretiert. Solchen negativ wahrgenommenen Veränderungen hilflos ausgeliefert zu sein, verstärkt das Gefühl, dem Leben nicht mehr gewachsen zu sein und entmutigt bei der Alltagsbewältigung.

Nachbarschaftskonflikte

Konflikte im Wohnhaus und im Quartier stellen für ältere Menschen eine immense Belastung dar. Da sie im Allgemeinen einen großen Teil ihrer Zeit in der eigenen Wohnung und ihrem Wohnumfeld verbringen, sind sie den Konflikten unmittelbar und andauernd ausgesetzt. Die psychische Belastung durch nachbarschaftlichen Streit, das Bewusstsein, durch die Nachbarn und Nachbarinnen im Notfall keine Hilfe zu erhalten, bis hin zur Angst vor Bedrohung und Gewalt durch andere Bewohner und Bewohnerinnen im Quartier beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich. Unsicherheit durch häufigen Bewohnerwechsel und Angst vor den Veränderungen, die neue Nachbarn und Nachbarinnen mit sich bringen, können zu Rückzug führen oder Streit fördern.

Bürgerbeteiligung Lindau-Zech

Die Bürgerbeteiligung Lindau-Zech ist eine Stadtteilinitiative in Bayern. Sie arbeitet in einem sozial benachteiligten Viertel der Kleinstadt Lindau (24.000 Einwohner), welches ursprünglich auch baulich in einem desolaten Zustand war. Zech hat ca. 1.650 Einwohner, davon ca. 30 Prozent mit Migrationshintergrund (wenig Ältere in dieser Gruppe) und einem sehr hohen Anteil älterer deutschstämmiger Bewohner (31 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sind über 60-Jährige).

Eine Polarisierung zwischen Ausländerfamilien und den älteren Deutschen war u.a. Anlass für die Initiierung des Projektes. Die Auftaktveranstaltung des Bürgertreffs wurde von rund 150 Bewohnerinnen und Bewohnern besucht. Unter Beteiligung aller involvierten Akteure (Wohnungsunternehmen, Oberbürgermeisterin, Stadtverwaltung usw.) konnten die Anliegen und Projektideen der Bewohnerinnen und Bewohner mit diesen erörtert werden. So wurde zweimal wöchentlich von Migrantinnen ein Mittagstisch für 60-70 Personen organisiert, der stark von Kindern und Älteren genutzt wurde. Ein Sonntagskaffee für Alt und Jung wurde abwechselnd durch die älteren Deutschen und durch die Migranten organisiert.

Ältere übernahmen Hausaufgabenbetreuung für Kinder. Ein Bürgerrat zur Vernetzung der Institutionen und Bürgerbeteiligung wurde gegründet.

Für Ältere und ihre Gesundheit bedeutsam waren die Themen Versorgung und neue Wohnformen. Die Schule beteiligte sich mit Anti-Gewalt- und Konflikttraining und stellte die Turnhalle für andere Gruppen zur Verfügung. Eine selbst organisierte Gruppe Seniorengymnastik entstand.

Weitere Informationen hierzu unter

www.leben-in-zech.de/soziale-stadt

Kapitel 2 – Probleme und Ressourcen für ältere Menschen im Quartier erkennen

Ressourcen erschließen

Das Ziel quartiersbezogener Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sollte darin bestehen, vorhandene Fähigkeiten und Möglichkeiten zu nutzen und dabei auch den älteren Menschen bewusst zu machen, über welche Potenziale sie verfügen. Schließlich können gerade ältere Menschen, die schon lange in einem Quartier wohnen, Erinnerungen bewahren, Traditionen überliefern und so die lokale Identität stärken. Die Erfahrungen aus ihrem Berufsleben, ihrem Alltagsleben und durchlebten Krisen bilden ein Potenzial, das nicht nur ihnen, sondern auch ihren (jün-

geren) Nachbarn und Nachbarinnen bei der Alltagsbewältigung helfen kann. Lebenserfahrung ist, ebenso wie verfügbare Zeit, eine wichtige Ressource älterer Menschen. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die lokalen oder individuellen Defizite unterscheiden sich von Quartier zu Quartier, bzw. von Person zu Person erheblich. Aus diesem Grund ist eine enge Vernetzung der Akteure vor Ort, das Gespräch mit den alten Menschen im Quartier und die Offenheit für die Weiterentwicklung des Bestehenden grundlegend für eine nachhaltige Gesundheitsförderung. Im nächsten Kapitel wird im Abschnitt „Infrastruktur und Netzwerke“ auf diesen Aspekt eingegangen.

Schlüsselpersonen im Quartier

Besonders wichtig sind Schlüsselpersonen, d.h. Menschen aus der Nachbarschaft, die im Quartier gut vernetzt und anerkannt sind. Sie kennen die Probleme vor Ort und sind bereit, sich für die Weiterentwicklung des Quartiers einzusetzen. Im Allgemeinen verfügen sie über bessere oder andere Ressourcen als ihre Nachbarn und Nachbarinnen und nehmen deshalb eine einflussreiche Stellung im Wohnumfeld ein. Zu den Ressourcen zählen



© mkrbetlin, fotolia.com

Der türkische Inhaber eines kleinen Copy-Shops hat für die älteren Leute im Haus die Funktion einer kleinen Sozialberatungsstelle. Er hilft, wenn es mal mit Einkäufen schwierig ist oder vermittelt Kontakt zu Beratungsstellen. So vermittelte er den Hausbesuch einer Beraterin, als es darum ging, für einen älteren krebserkrankten Mann eine neue geeignete Wohnung zu finden.

*Susanne Koch, AWO-Begegnungszentrum
Adalbertstraße*

zum Beispiel Erfahrungen in der Beantragung von Leistungen, bessere Sprachkenntnisse oder schriftliche Ausdrucksmöglichkeiten, eine bessere Mobilität, handwerkliche Fähigkeiten oder eine hohe soziale Kompetenz. Diese Personen zu identifizieren und sie an der Planung und Durchführung von Angeboten zu beteiligen, sollte ein grundlegendes Anliegen von Anbietern gesundheitsförderlicher Maßnahmen sein.

„Als Gesellschaft verschätzt man sich schnell in den Potenzialen und Ressourcen eines Menschen. Eine ältere Migrantin ist Analphabetin und hat schlechte Deutschkenntnisse. Aber sie ist es eben gewohnt sich mit Leuten, egal welcher Nationalität, zu verständigen. In der Seniorenstätte ist sie immer zuständig für die Gästebegrüßung. Da muss man nicht fließend Deutsch sprechen. Das ist mehr eine Frage der Persönlichkeit.“

*Filiz Müller-Lenhartz,
AWO-Begegnungszentrum Adalbertstraße*



© Piccolo, fotolia.com

„Die Tätigkeit im Ehrenamt ist für mich wichtig. Aber ein solches muss man sich leisten können, z.B. die teuren Fahrtkosten.“

*(zitiert nach Kuratorium
Deutsche Altenhilfe,
4/2009, S. 28)*

Ehrenamt als lokale Ressource

Ehrenämter können helfen, Potenziale und Ressourcen älterer Menschen zur Gestaltung ihres Quartiers zu erschließen. Zugehörigkeit zu erleben, eine gesellschaftlich anerkannte Tätigkeit auszuführen, das Erleben von Kompetenz, Teilhabe und Anerkennung ist in jedem Lebensalter von großer Bedeutung für die psychische Gesundheit. Die Möglichkeit, lebenslang erworbenes Wissen einbringen zu können und Anerkennung zu erhalten, schafft zivilgesellschaftliches Engagement. In vielen Quartieren gibt es zahlreiche spannende Aufgaben und Möglichkeiten für Ältere, sich einzubringen. Ehrenamtliche Tätigkeiten werden häufig mit Menschen aus Mittel- oder Oberschicht in Verbindung gebracht.

Entscheidend für ehrenamtliche Tätigkeiten sind jedoch nicht formale Bildung und Kompetenzen, sondern das Zusammenpassen von Aufgabe und Person. Sozial benach-

Kapitel 2 – Probleme und Ressourcen für ältere Menschen im Quartier erkennen



© Juriyah Mosin, fotolia.com

teiligte Ältere bringen wie ältere Menschen aus gehobenen Milieus Kompetenzen und milieuspezifisches Expertenwissen in vielen Bereichen mit. In bestimmten Kontexten sind sie erfolgreicher als Ehrenamtliche anderer Schichten, z.B. weil sie auf Augenhöhe kommunizieren können, weniger Berührungsängste haben und/oder ein größeres Verständnis für die Lebenssituation anderer sozial Benachteiligter mitbringen.

Die verschiedensten Gründe können für ehrenamtliche Tätigkeiten motivieren, wie ein Bedürfnis nach sozialer Anbindung und Anerkennung, Sinnerfüllung durch das Gefühl „gebraucht zu werden“, soziales und politisches Selbstverständnis und eine Hilfemotivation. Auch der Kompetenzerwerb und/oder die Anwendung von vorhandenem Fachwissen können von Bedeutung sein.

Ehrenamt braucht gute Rahmenbedingungen

Bei der Ansprache von (älteren) Menschen, die man fürs Ehrenamt gewinnen möchte, sind folgende Aspekte wichtig: Die Aufgabe und die gewünschte Qualifikation müssen deutlich werden, dementsprechend ist eine genaue Aufgabenbeschreibung zu erstellen: Dort sollten die Tätigkeiten der Ehrenamtlichen ausführlich beschrieben werden und die Rahmenbedingungen innerhalb der Organisation oder Einrichtung berücksichtigt werden. Dies begünstigt eine eindeutige Festlegung des Zuständigkeitsbereichs der Ehrenamtlichen. Die Abgrenzung zu hauptamtlich Tätigen sollte deutlich definiert sein.

Motive fürs Ehrenamt

Frau Lange ist 82 Jahre alt und wohnt in einem ehemaligen Seniorenwohnhaus, in dem immer noch viele Ältere leben. Sie organisiert seit zwei Jahren in den dortigen Gemeinschaftsräumen einmal wöchentlich ehrenamtlich eine Bingo-Veranstaltung. Für Frau Lange ist es wichtig, durch ihr Ehrenamt soziale Kontakte zu pflegen und eine sinnvolle Beschäftigung zu haben.

Herr Ahmad, 66 Jahre alt, stammt aus einem arabischen Land. Er lebt seit vielen Jahren in Deutschland und ist aufgrund eines Nierenschadens auf besondere medizinische Versorgung angewiesen. Er ist dankbar für die medizinische Unterstützung, der er sein Leben verdankt. Durch sein ehrenamtliches Engagement hat er das Gefühl, anderen Menschen, die weniger gut versorgt sind, zu helfen: Er hat einen Verein mit Ehrenamtlichen gegründet, um medizinische Hilfe in Form von Hilfsmitteln wie Brillen, Rollstühlen etc. zu sammeln, die an bedürftige Menschen in außereuropäische Länder geschickt werden.

Zitiert nach Dr. Kerstin Kammerer, Institut für Gerontologische Forschung e.V.

Checkliste: Aufgabenbeschreibung Ehrenamt

- ✓ Beschreibung der Aufgabe und Bezeichnung, z.B. „Spaziergangspaten“, „Netzwerkkoordinatoren“.
- ✓ Die Arbeitszeit festlegen.
- ✓ Den Arbeitsort festlegen (Ressourcen, die zur Verfügung stehen, z.B. eigener Schreibtisch).
- ✓ Kooperation mit Beschäftigten und Koordination der Einarbeitung Ehrenamtlicher: Es sollte ein Einverständnis hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen geben und sie sollten als Bereicherung wertgeschätzt werden. Das Ehrenamt kostet Zeit und Geld und ist kein Selbstläufer. Es sollte eine kontinuierliche Ansprechperson geben und eine Kommunikation auf Augenhöhe stattfinden.
- ✓ Qualifizierung: Supervision, Feedback, Aus- und Weiterbildung: Die Möglichkeit zur Weiterbildung kann ein wichtiger Anreiz für Ehrenamtliche sein und eine Bereicherung für die Einrichtung.
- ✓ Spesenentschädigung: Auslagen (z.B. Fahrtkosten) sollten den Ehrenamtlichen erstattet werden.
- ✓ Den Versicherungsschutz klären. Hinweise dazu gibt z.B. www.freiwillig.info oder www.bagso.de
- ✓ Berücksichtigung individueller Interessen und Bedürfnisse der Ehrenamtlichen. Freiwillige sollten an der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen teilhaben können.



© Rainer Sturm, pixelio.de

Wichtig für die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen sind zudem offene Kommunikationsstrukturen, Orientierung am Dialog, Bürgernähe und Barrierefreiheit. Die Qualifizierung von Engagierten erhöht ihre Wirkungsmöglichkeit und ist Form gesellschaftlicher Anerkennung (vgl. www.bagso.de).

Wichtig ist auch, dass eine Anerkennungskultur für ehrenamtliches Engagement besteht. Es gibt viele Unterstützungsleistungen auch von Älteren, z.B. für den Nachbarn oder die Nachbarin einkaufen zu gehen oder der alten Frau morgens die Zeitung mitzubringen. Hier sollte man sich Gedanken machen, wie so etwas öffentlich gemacht und damit auch „beworben“ werden kann.

Checkliste: Ehrenamtliche werden gewonnen über

- ✓ Öffentlichkeitsarbeit, z.B. Artikel über das Projekt mit Aufruf in lokalen Medien
- ✓ Freiwilligenagenturen
- ✓ „Soziales Netzwerk“ einer Einrichtung
- ✓ Aufrufe auf Veranstaltungen, die sich mit dem Ehrenamt oder dem Arbeitsgebiet befassen
- ✓ Anzeigen und lokale Aushänge z.B. bei Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren



Im Rahmen des Modellprojekts „Erfahrungswissen für Initiativen“

EFI wurden in zehn Bundesländern ältere Menschen für ehrenamtliches Engagement qualifiziert. Lokale Einrichtungen für bürgerschaftliches Engagement, z.B. Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen und Selbsthilfekontaktstellen unterstützen diese senior Trainerinnen und -Trainer in ihrem Engagement.

Weitere Informationen und die Broschüre „seniorTrainerin engagiert im Gemeinwesen“ finden Sie unter www.stmas.bayern.de/senioren/aktive/efi.php.

Tipps zum Weiterlesen:

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2007). Das vielfältige Engagement älterer Menschen als gesellschaftliche Ressource erkennen – Empfehlungen der Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik. Gütersloh.*
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2009). Handlungshilfe. Gesund älter werden im Stadtteil. Verfügbar unter: www.bkk-nordwest.de/wp-content/uploads/2014/09/gesund_aelter_werden.pdf*
- Gesundheit Berlin (Hrsg.) (2007). Gesund alt werden in Berlin – Potentiale und Strategien. Berlin, Gesundheit Berlin.*
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2013). Schritt für Schritt zu mehr Partizipation im Alter. Ein Leitfaden zur Beteiligung älterer Menschen an der Gestaltung bewegungsfreundlicher Quartiere. Berlin. Verfügbar unter: www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/GesBB/Materialien/Projektmaterial/Berlin/Schritt_fuer_Schritt_zu_mehr_Partizipation_Leitfaden_ZfB_Mailversion.pdf
- Hollbach-Grömig, B.; Seidel-Schulze, A. (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 33. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.*
- Richter, Antje; Wächter, Marcus (2009). Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 36. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.*

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Links zum Thema „Probleme und Ressourcen für ältere Menschen im Quartier erkennen“

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
Das Gesunde Städte-Netzwerk Aktionsprogramm	www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/gesundheitsfoerderung-und-praevention/gesundestaedte-netzwerk/aktionsprogramm_2004.pdf
Die Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung stellt ihre Ziele in der Altenpolitik vor	www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-971E50B5-5CEE779D/bst/hs.xsl/prj_72920.htm
Schwerpunkte und Links zum Thema Seniorenpolitik	www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-19DEF5A5-642E093F/bst/hs.xsl/95073.htm
Das Deutsche Institut für Urbanistik stellt zahlreiche Publikationen zum Thema Alter zur Verfügung	www.difu.de/themenfelder/bevoelkerung-soziales/alte-menschen.html

Kapitel 3 – Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

 Der durchschnittliche Aktionsradius ist im Alter, wenn z.B. das Geld für den Bus nicht reicht oder öffentliche Verkehrsmittel schlecht erreichbar sind, häufig auf den Stadtteil begrenzt. Gesundheitsförderung im Quartier, die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Autonomie im Alter ist dann davon abhängig, ob im Quartier ausreichend viele und unterschiedliche Einrichtungen zur Deckung von Alltagsbedürfnissen vorhanden sind. Eine kleinräumige, vielfältige Nutzungsmischung sollte ein vorrangiges Ziel und Interesse bei der Quartiersplanung sein. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure erleichtert das Kompensieren von Bedarfslagen und Versorgungslücken. In gut funktionierenden Netzwerken können Angebote besser aufeinander abgestimmt und die Adressaten von gesundheitsförderlichen Maßnahmen leichter erreicht werden.

Infrastruktur und Netzwerke

Einschränkungen in Bezug auf finanzielle Mittel, Bildung, Kultur und soziale Netzwerke verstärken sich oft gegenseitig und führen dazu, dass sozial benachteiligte alte Menschen von den Angeboten in ihrer direkten Nachbarschaft abhängig sind. Ein schlechter Zugang zu Informationsquellen wie z.B. Internet oder Zeitung und eine geringe Mobilität schränken den Aktionsradius stark ein. Da sozial benachteiligte ältere Menschen geringe Wahlmöglichkeiten

haben, teurere oder entferntere Alternativangebote zu nutzen und so die Angebotspalette des Quartiers gemäß ihrer individuellen Bedürfnisse zu ergänzen, verstärkt ein schlecht ausgestattetes Quartier soziale Benachteiligung noch zusätzlich. Die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung der Angebote sollte unter Einbeziehung der Betroffenen erfolgen, da nur dies die passgerechte Gestaltung und spätere Annahme garantiert (vgl. Arbeitshilfen Heft 2 Kapitel 5 und Beispiele für Partizipation in diesem Heft am Ende von Kapitel 1).



Kapitel 3 – Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

Quartierszentrum Hirschberg

Nach vielen Monaten umfangreicher Planungen und zäher Verhandlungen mit Betreibern von Versorgungseinrichtungen war es der städtischen Wohnungsbaugesellschaft in Zusammenarbeit mit den Projektverantwortlichen der Sozialen Stadt gelungen, ein Projekt auf die Beine zu stellen, welches neben der Verbesserung der Versorgungssituation auch mehrere sozialstrukturelle und städtebauliche Mängel nachhaltig kompensiert.

Auf zwei bis dahin bebauten Grundstücken der Wohnungsbau Ludwigsburg GmbH wurde ein Quartierszentrum mit einer leistungsfähigen Nahversorgungseinrichtung (Vollsortimenter), Eigentumswohnungen (z.T. behindertengerecht, bzw. orientiert am Wohnbedarf von Senioren und Seniorinnen) und weiteren Dienstleistungen (z.B. Arztpraxen) neu gebaut.

Die mit der Ansiedlung des Vollsortimenters angestrebte Verbesserung und Stabilisierung der Nahversorgungsfunktion in der Hirschbergsiedlung spielte hierbei eine herausragende Rolle. Die weiteren Dienstleistungsangebote unterstrichen die Zentrumsfunktion und rundeten das Versorgungsangebot für die Bevölkerung ab.

Lichtenberger Spaziergangspaten

Spaziergehen in der Gruppe ist eine kostenlose Möglichkeit zur Gesundheitsförderung, Sturzprophylaxe und eine Gelegenheit soziale Kontakte zu pflegen. Das Bezirksamt Berlin-Lichtenberg hat gemeinsam mit örtlichen Krankenhäusern und der Wohnungsbaugesellschaft Hohenschönhausen ein Spaziergangspatenprogramm entwickelt.

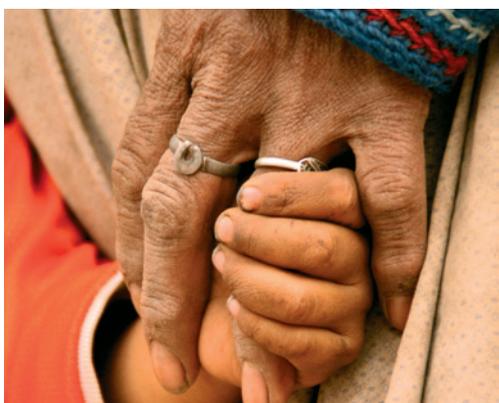
Ziel des Projekts ist die Bewegungsförderung durch ehrenamtlich begleitete Spaziergänge in kleinen Gruppen. Dazu wurden in verschiedenen Zeitungen über Anzeigen ältere Menschen als Paten gesucht, die regelmäßig mit Gruppen von maximal 10 älteren Personen spazieren gehen. Außerdem wurde ein vierstündiger kostenfreier Basiskurs angeboten, um die Freiwilligen zu unterstützen, Ältere zu aktivieren und in Kontakt miteinander zu bringen. Zahlreiche Ältere haben sich daraufhin gemeldet und Erwartungen und Anforderungen eingebracht. Nach den Qualifizierungsmaßnahmen sind mehrere Spaziergangsgruppen für unterschiedliche Zielgruppen entstanden.

Weitere Informationen über Zentrum für Bewegungsförderung Berlin www.in-form.de/profiportal/in-form-vor-ort-erleben/projekte/projekte/zentren-fuer-bewegungsfoerderung.html

Ausbau der lokalen Angebotsstruktur

Der Ausbau einer lokalen Angebotsstruktur, die Gestaltung eines komfortablen, sicheren und anregenden Wohnumfeldes, der Abbau von Barrieren und die Förderung des nachbarschaftlichen Zusammenlebens zählen zu den wichtigen Handlungsfeldern für Gesundheitsförderung im Quartier. Die Ausstattung im Bezug auf Einzelhandel, Ärzte, Beratungsstellen, Begegnungsstätten, Kultur- und Bildungsangeboten wirkt sich unmittelbar auf die Lebensqualität im Alltag aus.

Unterschiedliche Geschäfte mit Waren des täglichen Bedarfs, Freizeit- und Kulturangebote sowie Arztpraxen und medizinische Versorgungseinrichtungen in fußläufiger Nähe zur Wohnung sind grundlegende Anforderungen an ein gut ausgestattetes Quartier. Entsprechende Angebote sollten



© chris74, fotolia.com

in strukturschwachen Wohnsiedlungen durch eine gezielte Ansiedlungspolitik von Wohnungsbaugesellschaften oder Kommunen unterstützt werden. Es sollte im Stadtteil viele Angebote geben, die direkt und indirekt gesundheitsförderliche Wirkung haben, z.B. Seniorengymnastik, gemeinsames Wandern oder Radfahren, Kochgruppen für Männer, Witwen- oder Trauergruppen, Chöre, Ausflüge etc. Ein Schlüsselthema ist jedoch der Aufbau sozialer Netzwerke in der Nachbarschaft. Sie vermitteln Zugang zu unterstützenden Angeboten und (fast allen) anderen Themen und Informationen.

Netzwerk Märkisches Viertel

In diesem Netzwerk haben sich unterschiedliche Dienstleistungsanbieter zusammengefunden, um ältere Bewohnerinnen und Bewohner in der Bewältigung des Alltags, der Freizeitgestaltung, der (Weiter-)Bildung bis hin zur Pflege zu unterstützen.

Durch die Kooperation von Wohnungsbau-gesellschaft, Initiativen, Vereinen, Unter-nehmen und Gewerbetreibenden sollen die Lebenssituation der älteren Menschen und die Qualität der Angebote verbessert, Angebotslücken geschlossen und ein Zugang zu Angeboten erleichtert werden. Ein Beirat der älteren Bewohnerinnen und Bewohner wurde eingerichtet, um deren Erfahrungen und Erwartungen aufnehmen zu können.

Weitere Informationen hierzu unter www.netzwerkmv.de



Geht es um die Ermittlung der Pflegeinfrastruktur im Quartier, sind Pflegedienste eine gute Informationsquelle.

Das SeniorenNetzwerk in Köln

In Köln haben sich SeniorenNetzwerke etabliert. Dies sind offene Zusammenschlüsse, mehrheitlich bestehend aus Seniorinnen und Senioren aus einem Stadtteil, die aber auch für Institutionen (wie Wohnungsbaugesellschaften) und Akteure der Seniorenarbeit offen sind.

Ziel dieser Zusammenschlüsse ist, dass Menschen sich im Stadtteil begegnen und für sich und andere aktiv werden. Dies kann im Rahmen von Nachbarschaftscafés, Wandergruppen, Heimwerkerdiensten, Vortragsreihen etc. geschehen. Zum Teil arbeiten die Netzwerke mit hauptamtlichen Netzwerkkoordinatoren, die vom Amt für Soziales und Senioren finanziert werden, zum Teil sind sie auch selbstorganisiert oder entstanden aus einer Altentagesstätte oder einem Begegnungszentrum heraus.

Weitere Informationen hierzu unter: www.seniorennetzwerke-koeln.de

Kapitel 3 – Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen des nationalen Aktionsplans IN FORM am 26. Februar 2009 in Berlin gemeinsam mit dem Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund die Fachtagung „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“ veranstaltet. Dort wurden Erfahrungen aus Modellprojekten vorgestellt sowie Probleme und Lösungsansätze bei der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen im Setting Kommune aufgezeigt.

Die Dokumentation der Tagung ist im Internet unter: www.tagung-gesundheitsfoerderung.de verfügbar.

Darüber hinaus hat das Institut für Gerontologie eine Expertise „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“ erstellt. Im Rahmen dieser Expertise werden Präventionspotenziale älterer Menschen, der Settingansatz, die gegenwärtige Praxis gesundheitsfördernder Interventionen sowie die Gesundheitsförderung älterer Menschen auf kommunaler Ebene vorgestellt.

Die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Städten und Gemeinden 2007 bieten außerdem einen Überblick darüber, was aus Sicht der Städte und Gemeinden bereits getan und für wichtig erachtet wird. Die Expertise wird vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Sonstiges/Kurz-Expertise_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_fuer_aeltere_Menschen_im_Setting_Kommune.pdf

Ältere Menschen nehmen präventive Angebote am besten an, wenn sie in ihrem vertrauten Wohnumfeld direkt angesprochen werden. Die Maßnahmen sollten möglichst an bestehende Strukturen im Quartier anknüpfen, die örtliche Angebotspalette sinnvoll ergänzen und durch niedrigschwellige, barrierefreie Informationen bekannt gemacht werden.



Präventionsangebote, über die der Stadtteil verfügen sollte:

- Aktivierung zu Mobilität (Spaziergangsgruppen, Schwimmtreff, Gartenarbeit, Tanzgruppen)
- Geistige Aktivierung (Kultur, Musik, Weiterbildung, Sprache)
- zielgruppengenaue Präventionsangebote (z.B. für Männer, Migranten und Migrantinnen)
- Angebote für Selbstversorgung, Alltagshilfen, Beratung (Kochkurse, Haushaltshilfen, Lebenshilfe, Rechtsberatung)
- Angebote für Hochaltrige und Pflegebedürftige, stationäre und ambulante Versorgung, temporäre Unterstützung, Bringdienste im Quartier (Essens- und Medikamente- Bringdienste, Besuchsdienste), Mobilitäts- und Begleitedienste, Hospizdienste

Checkliste: Gesundheitsförderliche Maßnahmen initiieren

- ✓ Welche gesundheitsbezogenen oder – relevanten Angebote existieren bereits vor Ort?
- ✓ Welche Zielgruppen werden darüber erreicht? Welche nicht?
- ✓ Welche Präventionsbedarfe und -potenziale bestehen?

- ✓ Wer muss einbezogen werden innerhalb der Kommunalverwaltung?
- ✓ Wie wird die Beteiligung der Zielgruppen (Partizipation) sichergestellt?
- ✓ Was sind geeignete Maßnahmen für den Einstieg?
- ✓ Wie werden Erfolge und Misserfolge wann festgestellt und gemessen?

Quelle: Altgeld, 2009

Checkliste: Mögliche Projekt- oder Netzwerkpartner

- ✓ Öffentlicher Gesundheitsdienst
- ✓ Krankenkassen (z.B. Präventionsangebote), Pflegekassen und MDK (z.B. Pflegestützpunkte)
- ✓ Hausarztpraxen und sonstige für ältere Menschen bedeutsame fachärztliche Gruppen
- ✓ Apotheken, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen (ambulant, teil- und -stationär)
- ✓ Träger der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege (öffentlich, kirchlich, privat)
- ✓ Private Anbieter von gesundheitsbezogenen Maßnahmen (Gesundheitszentren, Fitness- und Sportstudios, Tanzschulen und andere Anbieter von Kursen zu bestimmten Themenfeldern)
- ✓ Ernährungsberatung für ältere Menschen, Veranstalter von Kochkursen
- ✓ Altenhilfe und sonstige Beratungsstellen für ältere Menschen
- ✓ Senioren- und Behindertenorganisationen
- ✓ Vereine, insbesondere Sport- und Bewegungsvereine
- ✓ Freizeit- und Kultureinrichtungen, Migrantenorganisationen
- ✓ Bildungseinrichtungen für ältere Menschen, Volkshochschulen
- ✓ Seniorentreffs, Bürgertreffs, Nachbarschaftszentren
- ✓ Zusammenschlüsse von Betroffenen und Angehörigen, Selbsthilfegruppen
- ✓ Seniorenbeiräte, Organisatoren von Aktionskreisen, Aktionswochen
- ✓ ehrenamtlich aktive Personen und Organisationen im Stadtteil
- ✓ Quartiersmanagement
- ✓ städtische bzw. stadtteilbezogene Behörden und öffentliche Einrichtungen
- ✓ Kirchengemeinden und andere Religionsgemeinschaften
- ✓ Polizei (z.B. Sicherheitstraining für ältere Menschen)
- ✓ Wohnungsbaugenossenschaften und -gesellschaften (z.B. Nachbarschaftstreffs)
- ✓ Verkehrsverbund (z.B. Mobilitätstraining für ältere Menschen)
- ✓ Einzelhändler und Dienstleister mit lokaler Verwurzelung, Gewerkschaften und Wirtschaft
- ✓ sonstige Organisationen, Arbeitsgruppen und Verbände

(nach Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, 2009, S. 39)

Kapitel 3 – Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

Öffentlicher Raum und lebendige Nachbarschaften

Nahe gelegene und barrierefreie Versorgungsstrukturen ermöglichen nicht nur den selbstständigen Einkauf, sondern sind auch eine Möglichkeit zur Teilnahme am öffentlichen Leben. Auch niedrigschwellige Treffpunkte im öffentlichen Raum, z.B. gut erreichbare Plätze oder Grünanlagen mit Bänken, sind eine Möglichkeit, soziale Kontakte herzustellen und aufrecht zu erhalten. Versorgungsangebote wie z.B. Mittagstische und öffentliche Kantinen bieten nicht nur preisgünstige Mahlzeiten für Ältere, sondern auch Gelegenheiten, andere Menschen zu treffen.

Solche vielfältigen Angebote, die sich an die unterschiedlichen Bedürfnisse nicht nur älterer Menschen richten und eine kleinteilige, an den Besonderheiten des Quartiers orientierte Mischnutzung bieten, erhöhen Generationen übergreifend die Attraktivität eines Wohngebietes für alle Bewohner und Bewohnerinnen.

Abbau von Barrieren

Viele Anforderungen an die Barrierefreiheit öffentlicher Räume sind generationenübergreifend. Andererseits erleichtert die barrierearme Gestaltung öffentlicher Räume oftmals die Nutzung bestimmter Bereiche für die eine Gruppe, erschwert aber gleichzeitig eine Nutzung durch andere Menschen (z.B. die Anforderungen an die Barrierearmut seitens Menschen mit Mobilitäts- und Menschen mit Sehbeeinträchtigungen). Insofern ist Barrierearmut immer auch ein Abwägen unterschiedlicher Interessen. Neben den üblichen Aspekten, die im barrierearmen Bauen berücksichtigt werden, sollten spezifi-



sche Einschränkungen älterer Menschen bei der Gestaltung öffentlicher Räume beachtet werden, z.B. langsamere Bewegungsabläufe, verzögerte Reaktionen, ein eingeschränktes Wahrnehmungsvermögen (Sehen, Hören), Orientierungsschwierigkeiten, eine geringere physische Belastbarkeit, Blasenschwäche oder Demenz.

Daraus ergeben sich über die üblichen Kriterien der Barrierearmut hinaus folgende Anforderungen an ein barrierearmes Wohnquartier:

- ausreichend lange Ampelphasen
- eindeutige optische und akustische Signale
- klare Beschilderungen mit großer Schrift und verständlichen Aussagen
- Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum
- öffentliche Toiletten
- Qualifizierung von öffentlichen Akteuren (Polizei, ÖPNV-Bedienstete, Einzelhandel) im Umgang mit Demenzkranken

Vielfältige und niedrigschwellige Angebote im Quartier unterstützen die geistige und körperliche Mobilität, indem z.B. zu außerhäuslicher Aktivität und sozialer Teilhabe ermuntert wird.

Rundgänge mit Tiefgang

Die Stadt Köln hat in verschiedenen Stadtteilen Rundgänge geplant, die zu Sehenswürdigkeiten und Besonderheiten in den jeweiligen Stadtteilen führen. Das Angebot ist auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt. So werden öffentliche Toiletten, Sitzgelegenheiten etc. in den kleinen Stadtplänen ausgewiesen. Die Rundgänge sollen Geist und Körper anregen und für Bewegung und neue Kontakte Anreize schaffen.

Weitere Informationen hierzu unter

www.stadt-koeln.de/3/gesundheit/gesund-im-alter/bewegung/00276/#ziel_o_21

So sollte ein komfortables, sicheres und anregendes Wohnumfeld gestaltet sein:

Vermeidung von Angsträumen:

- übersichtliche, einsehbare öffentliche Plätze und Straßen
- gute Beleuchtung
- regelmäßige Pflege und Instandhaltung öffentlicher Bereiche
- öffentliche Nutzung der Erdgeschosszonen der Häuser

Verständliche und leicht erkennbare Orientierungssysteme und Gestaltung:

- klare Wegführung
- eindeutige, gut lesbare Orientierungssysteme (Schilder, Farbleitsysteme)
- kleinteilige, unterschiedliche Gestaltung der Erdgeschosszonen (vor allem in Großwohnsiedlungen sind die Erdgeschosszonen der Wohnhäuser häufig einheitlich gestaltet. Dadurch ist die Orientierung für manche ältere Menschen erheblich erschwert.)
- deutlich voneinander getrennte Flächen im öffentlichen Raum, z.B. Bereiche der verschiedenen Verkehrsteilnehmer, Grünfläche vs. Stellplätze etc.

Anpassung des ÖPNV an die Bedürfnisse älterer Menschen:

- Niederflurbusse, Ein- und Ausstiegshilfen
- ausreichend lange Türöffnungszeiten
- genügend Haltegriffe
- deutliche Stationsansagen
- barrierefreie und überdachte Haltestellen mit Sitzgelegenheiten

Komfortable Ausstattung des öffentlichen Raumes:

- Ruhebänke
- witterungsgeschützte Verweilmöglichkeiten
- öffentliche Toiletten
- Stellplätze für Rollatoren

Attraktive Angebote im Wohnumfeld:

- Spazierwege
- Bewegungsangebote (z.B. Sportplätze, Schwimmbäder)
- Kulturelle Angebote
- Märkte
- Nachbarschaftstreffpunkte

Förderung des nachbarschaftlichen Zusammenlebens:

- Anlässe und Orte der Begegnung schaffen
- aktives Mietermanagement
 - Generationen übergreifende Belegungs politik bei Neuvermietung
 - Schlichtungsangebote bei Konflikten
- nachbarschaftliches Engagement unterstützen

Kapitel 3 – Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

Öffentlicher Raum – Ort für soziale Kontakte

Ein lebendiges Quartier braucht öffentlichen Raum, der als Treffpunkt dient, zur Beschäftigung und zur Bewegung einlädt.

Tenever Fonds

Ein Verfügungsfonds (vgl. Heft 3, Kapitel 4 – Finanzierung) im Quartier Bremen-Osterholz-Tenever ermöglicht gemeinschaftlich organisierte Aktivitäten und Aktionen in der Nachbarschaft und im Wohngebiet.

Die geförderten Aktivitäten sollen das öffentliche Erscheinungsbild des Quartiers, öffentliche Grün- und Freiflächen und öffentlich genutztes Wohnumfeld verbessern, die Aneignungs- und Nutzungsmöglichkeiten durch Bewohnerinnen und Bewohner erhöhen und durch gemeinschaftliche Aktivitäten das soziale Klima positiv beeinflussen.

Voraussetzungen sind eine selbstorganisierte und partnerschaftliche Vorgehensweise, die Generationen übergreifend beteiligt. Die Übernahme der gemeinsamen Verantwortung für die Durchführung der Aktionen ist unabdingbare Voraussetzung der Förderung.

Ziel ist

- die Bereitschaft zum selbstverantwortlichen Handeln von engagierten Gruppen im Gebiet zu unterstützen
- die Entscheidung zur Vergabe von aktionsbezogenen Zuschüssen auf die lokale Ebene (Delegationsprinzip) zu verlagern und
- die Arbeitsebenen der Verwaltung in der Umsetzung des Programms „Wohnen in Nachbarschaften (WiN) Stadtteile für die Zukunft entwickeln“ durch Verabschiedung einer „Bagatell-Regelung“ zu entlasten.

So konnten z.B. die „Aneignung“ und bessere Nutzung von öffentlichen Flächen, Plätzen und an „sozialen Orten“ durch Aufstellung einzelner Geräte, Bänke, „Möblierung“ usw. gefördert und Nachbarschaftsaktivitäten, Straßenfeste, „Stadtausflüge“ von Bewohnerinnen und Bewohnern unterstützt werden.

Weitere Informationen hierzu unter:

www.ludwigsburg.de/Lde/695293.html

Ludwigsburg, Eglosheim II

Mit integrierten Konzepten kann mehr aus öffentlichen Einrichtungen gemacht werden. So wurde im Quartier Eglosheim II im Rahmen der Modernisierung einer Sporthalle ein Anbau als zusätzlicher Mehrzweckraum realisiert. Damit wurde ein öffentlicher Raum als Ort der sozialen Begegnung verschiedener Alters- und Bewohnergruppen geschaffen. Es ist eine Anlaufstelle für die Eglosheimer Bürgerschaft und ein Kristallisationspunkt für bürgerschaftliches Engagement entstanden.

Zu den Angeboten gehören

- ein Mittagstisch, der dreimal in der Woche günstige warme Mahlzeiten bietet und einen Treffpunkt für ehrenamtlich Aktive darstellt
- Maßnahmen zur Qualifikation und Arbeitsförderung für Frauen im Bereich Service und Bewirtschaftung
- Kulturelles und soziales Programm – Beratung, genutzt durch soziale Organisationen und ehrenamtliche Aktivitäten
- ein Runder Tisch, als organisatorischer Rahmen zur Koordination und Verstetigung des Projektes

Gerade der Mittagstisch hat sich zu einem wichtigen Kommunikations- und Kontaktort entwickelt und ist für viele Menschen – insbesondere für ältere alleinlebende Menschen mit wenig Geld und ohne Familie – zu einer wichtigen Anlaufstelle geworden. Für die Besucherinnen und Besucher ist es eine Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen und nachbarschaftliche Beziehungen aufzubauen. Ein solcher generationen- und kulturübergreifender Treffpunkt und das darum bisher entstandene Netz an Kontakten und Beziehungen hatten im Stadtteil bisher gefehlt.

Weitere Informationen hierzu unter

www.sozialestadt.bremen.de

Wie entstehen lebendige Nachbarschaften?

Wenn die persönlichen Ressourcen eingeschränkt sind, gewinnt die Nachbarschaft eine besondere Bedeutung. Sie kann fehlende soziale Kontakte und Einbindung ausgleichen und Hilfe bei fehlender Infrastruktur im Lebensumfeld geben.



Der Senioren-Einkaufs-Service Rosenheim

Der Senioren-Einkaufs-Service (SES) wird von Bewohnern und Bewohnerinnen für die Nachbarschaft organisiert. Alle 14 Tage wird diese Fahrt von ihnen ehrenamtlich organisiert, um Senioren und Seniorinnen die notwendigen Einkäufe zu ermöglichen. Gerade im städtischen Planbezirk 251, dem Gebiet rund um die Lessingstraße, Sepp-Sebald-Siedlung, Herderstraße, Burgfriedstraße, Am Breitenfeld etc., aber auch in anderen Straßen des Stadtteils leben viele ältere Mitbürger und Mitbürgerinnen. Es gibt keine wohnortnahen Einkaufsmöglichkeiten. Aufgrund der schlechten Einkaufsmöglichkeiten im Stadtteil können ältere Bewohnerinnen und Bewohner ihren Lebensbedarf nicht decken. Der Mini-Laden bietet zwar eine Auswahlmöglichkeit an Lebensmitteln, jedoch ist das Angebot begrenzt. Da auch die Fahrt mit dem Linienbus oftmals zu teuer für die Senioren und Seniorinnen ist, bietet der SES eine Alternative für sie. Sie werden mit ihren Einkäufen bis vor die Haustüre gebracht, damit sie die schweren Taschen nicht tragen müssen.

Der SES ist für die Senioren und Seniorinnen eine willkommene Abwechslung, da die „Truppe“ immer wieder gerne auch einen Abstecher in ein nettes Café macht. Somit können sie sich austauschen und mal wieder etwas anderes sehen.

Eine Fahrt mit dem SES kostet für die Mitfahrenden 0,75 Euro pro Einkaufsfahrt (Hin- und Rückfahrt). Einen entsprechenden Gutschein-Ausweis mit 5 Einkaufsfahrten kann man im Bürgertreff oder im Bürgermobil direkt beim Fahrer kaufen. Der Beitrag wird für den Unterhalt des Kleinbusses verwendet.

Weitere Informationen hierzu unter www.sozialestadt-rosenheim.de

Im Fachheft „Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit“ der BZgA (Richter, Wächter, 2009) wird die Bedeutung nachbarschaftlicher Netzwerke für die Gesundheit sowie die Chancen aber auch Verfahren ihrer Initiierung von außen dargestellt.

Nachbarschaftliche Netzwerke fördern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und dienen der Integration. Sie können tragfähige soziale Bindungen vermitteln, die sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. Das eigene Engagement kann eine gesund-

heitsförderliche Wirkung entfalten. Für andere wichtig zu sein und Sinn und Erfüllung in der Tätigkeit zu finden, ist gerade für Ältere ein großer Gewinn.

Alte Menschen profitieren in besonderem Maße von der Unterstützung im Alltag. Besonders in (gesundheitlichen) Krisensituationen hat nachbarschaftliche Hilfe eine große Bedeutung.

Nachbarschaftliche Netzwerke entstehen über Gemeinsamkeiten wie räumliche Nähe, ein gemeinsames Interesse oder Problem. „Überforderte“ und heterogene Nachbar-

Kapitel 3 – Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

„Wir haben gerade festgestellt, dass es ganz wichtig ist, dass die Hilfe sehr schnell greift, weil die Leute in solchen Krisen ihre Bezüge oft verlieren und auch die Familien dazu neigen, wenn die denn in Restbeständen noch da sind, in Panik eine Schnelllösung zu finden. Das bedeutet bei sehr alten, kranken Menschen auch oft die unnötige, zu schnelle Einweisung in ein Pflegeheim, meistens auch gegen den Wunsch der Betroffenen. Sind sie aber in einem solchen sozialen Netz eben drin, gelingt es deutlich besser, auch bei schweren Krankheiten den Menschen in seinem Bezug zu lassen.“

(zitiert nach Richter, Wächter, 2009, S. 55)

schaften sind durch soziale Konflikte und Problemlagen gekennzeichnet. Die Bereitschaft, sich zusammen zu finden, kann auch bei einer heterogenen Zusammensetzung zu positiven Anlässen (z.B. Sommerfest, Flohmarkt) größer sein, als wenn es allein z.B. um einen Konflikt geht (Richter, Wächter, 2009, S. 23).

Gerade die heterogene Zusammensetzung kann in Netzwerken einen besonderen Gewinn darstellen. Es werden Erfahrungen und Lernprozesse ermöglicht, die neue Perspektiven und Zugänge eröffnen und sich als ein wichtiger Erfahrungsschatz, auch zur Überwindung herkömmlicher Vorstellungen, darstellen können.

- Nachbarschaftliche Netzwerke haben den stärksten Effekt für das Wohlbefinden der Einzelnen und für das Klima im Quartier, wenn sie von einer „Ebenbürtigkeit in der sozialen Beziehung“ geprägt sind. Das Engagement für die hilfebedürftigen Nachbarn kann für die Unterstützenden auch gleichzeitig die eigene soziale Integration in das Umfeld verbessern und ihnen einen Zuwachs an sozialen Beziehungen oder einen persönlichen Gewinn beispielsweise in Form eines „Bedeutungszuwachses“ bringen.
- Gut gemeinte Aktionen von engagierten Helfern und Helferinnen können bei denen, die auf die Hilfeleistungen angewiesen sind, jedoch auch „Schamgefühle über die eigene Hilfsbedürftigkeit“ erzeugen (Richter, Wächter, 2009, S. 23).

Manchmal besteht bei den Nachbarn auch Scheu, sich „einzumischen“ und Grenzen zu überschreiten. Hier können im Quartier Anlässe zu einer ersten Kontaktaufnahme geschaffen werden. So übernimmt kein Pflegedienst die Bepflanzung des Balkonkastens. Für viele Leute, die nicht mehr raus können, ist das jedoch wichtig. Wenn es durch die Nachbarschaftshilfe gelingt, hier eine Unterstützung zu geben, dann ist das ein großer Gewinn für die Betroffenen und öffnet Türen für einen ersten Kontakt.



© nyul, fotolia.com

Die sozialen Netzwerke von Menschen in schwierigen Lebenslagen sind oft lokal begrenzt und in der Regel klein. Um tragfähige Beziehungen und neue Informationen und Impulse zu unterstützen, braucht es neben Aktiven aus der Bewohnerschaft häufig auch professionelle Unterstützung oder externe Partner und Partnerinnen, die das Vertrauen der Bewohnerinnen und Bewohner erwerben. Ein Treffpunkt an einem öffentlichen Ort oder in einer etablierten Einrichtung dient dann der weiteren Umsetzung und schafft erste Identität.

Besonders wichtig ist es, die Ergebnisse des Nachbarschaftsnetzwerks nach innen und außen darzustellen. Der gemeinsame Erfolg stärkt die Gruppe und macht die Aktivitäten der Gruppe auch für andere attraktiv (Richter, Wächter, 2009, S. 42 ff.).

Dem gegenüber stellt es ein großes Hemmnis für erfolgreiche Netzwerkarbeit dar, wenn negative soziale Kontrolle, Anpassungsdruck an eine Gruppe und Ausgrenzung einzelner oder Minderheiten die Nachbarschaft prägen. Dies baut psychischen Druck auf, der eine gesundheitliche Belastung sein kann. Für den Aufbau von nachbarschaftlichen Netzwerken sind solche Einflüsse ebenso schädlich wie hierarchische Strukturen und selbsternannte Expertinnen und Experten, welche die partnerschaftliche Kommunikationsebene gefährden (Richter, Wächter, 2009, S. 51 f.).

Checkliste: Lebendige Nachbarschaft gestalten

- ✓ Bewohnerstruktur auswerten
- ✓ bestehende und fehlende Angebote ermitteln und Lücken schließen
- ✓ Barrieren erkennen und abbauen
- ✓ Bedürfnisse erfragen (z.B. mit aktivierender Befragung)
- ✓ Potenziale identifizieren und Schlüsselpersonen entdecken
- ✓ Anbieter vernetzen (möglichst verbindliche Formen der Zusammenarbeit)
- ✓ „gute Orte“ schaffen (schön, sauber, interessant, geschützt, öffentlich)
- ✓ Synergieeffekte (positive Wirkungen die aus der Zusammenarbeit entstanden sind) nutzen
- ✓ Anlässe für Teilhabe und nachbarschaftliche Begegnung schaffen

„Zugang“ heißt Abholen

Der Zugang zu sozial benachteiligten älteren Menschen ist häufig schwierig. Dies kann verschiedene Gründe haben. Negative Erfahrungen mit Institutionen und Angst vor der Dominanz oder Herablassung Anderer können Misstrauen aufbauen. Auch fehlende Informationen, die Angst vor unseriösen Angeboten oder die mangelnde Überzeugung der eigenen Wirkungskraft können eine Ansprache erschweren.

Der Zugang über Infobroschüren, Aushänge oder Anschreiben ist in diesen Fällen wenig erfolgversprechend. Sie werden in der alltäg-

lichen Informationsflut häufig nicht beachtet oder es ist schwierig, deren Seriosität einzuschätzen. Auch die Ansprache im öffentlichen Raum bringt diese Probleme mit sich. In der Befragung des Deutschen Instituts für Urbanistik (DiFu2007) im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gaben Kommunen auf die Frage, welche Gruppen von gesundheitsförderlichen Maßnahmen schlecht erreicht werden folgende Rückmeldung (Angaben in Prozent):

Nicht erreichte Gruppe	Gesundheitsförderung	Sport und Bewegungsförderung
Ältere Migrant*innen	75,6	73,5
Nicht mobile ältere Menschen	57,7	61,4
Sozial benachteiligte/ bildungsferne ältere Menschen	52,6	51,5
Ältere Männer	32,7	25,8
Ältere Menschen mit Seh- und/ oder Hörbehinderung	18,6	20,5
Sonstige	10,9	9,8
Ältere Frauen	4,5	4,5

Abbildung 5: Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung schwer erreichbare Gruppen (Quelle: Hollbach-Grömig, Seidel-Schulze, S. 38, 2007)

Kapitel 3 – Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

Die Rückmeldungen zeigen, dass ältere Frauen besser erreicht werden als ältere Männer. Gesundheitsförderungsangebote sind bislang auch mehr auf den Bedarf von Frauen abgestellt. Angebote für Männer sollten deren Interessen besser Rechnung tragen und z.B. an Fähigkeiten anknüpfen, die durch deren berufliche Biografie geprägt sind.



GOODPRACTICE
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Nachbarschaftsheim St. Pauli

Die Altentagesstätte des Nachbarschaftsheim St. Pauli bietet im sozialen Brennpunkt St. Pauli-Süd eine große Bandbreite von Kommunikations- und Unterstützungsangeboten (Mittagstisch, Sport und Musikangebote, Haus- und Krankenbesuche, Begleitung zu Ärzten und Behörden), aber auch Hilfe in existenziellen Situationen, z.B. Sozialberatungen.

Durch die niedrigschwellige und bedürfnisorientierte Arbeit werden verhältnismäßig viele Männer angesprochen (ca. 30 Prozent der Klientel).

Weitere Informationen hierzu unter

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/nachbarschaftsheim-st-pauli

Migrantinnen und Migranten müssen beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung oft sprachliche Hürden überwinden. Hinzu kommen „kulturelle Barrieren“ in der gesellschaftlichen Kommunikation (was ist höflich, aufdringlich, unverschämt). Auch kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Einstellung zu Gesundheit oder Geselligkeit sind Hindernisse. So sind z.B. viele ältere Frauen aus

Präventiver Hausbesuch

In einem Modellvorhaben der AOK wurden in Hannover präventive Hausbesuche erprobt und 1.300 ältere Menschen (68-79-jährig) aufgesucht. Präventive Hausbesuche sind besonders gut geeignet, Lücken in der präventiven und medizinischen Versorgung älterer Menschen zu ermitteln. Neben Risikofaktoren im Wohnumfeld (z.B. Unfall- und Sturzgefahr) werden auch körperliche und psychisch-mentale Fähigkeiten ermittelt. Ziel ist es, eine ausreichende medizinische Versorgung sicher zu stellen und soziale Isolation zu verhindern.

Weitere Informationen zum Projekt „Gesund älter werden“:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/gesund-aelter-werden

islamisch geprägten Kulturen weniger bereit, Gesundheitsförderungsangebote wahrzunehmen, wenn sie sich nicht ausschließlich an Frauen richten. Weiter kann die Teilnahmebereitschaft an solchen Angeboten erhöht werden, wenn der Großteil der Teilnehmenden aus der eigenen Gemeinschaft der Zielgruppe stammt.

Eine stärkere Partizipation von Migranten und Migrantinnen bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen kann dazu beitragen, gemeinsam bedarfsgerechtere Angebote zu entwickeln. Letztendlich sollten Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht zu einer Verstärkung „kultureller Ghettobildung“ beitragen, sondern Integration und Spracherwerb fördern bei gleichzeitiger Wahrung der kulturellen Identität.

Sportkurse für deutsche und türkischstämmige Frauen im Nachbarschaftsheim Wuppertal

Die Anlaufphase des geplanten Kurses erwies sich als schwierig: „Wir mussten viel lernen“. ... „Allein schon der Gruppenrhythmus der Türkinnen ist ganz anders als bei den Deutschen.“ Aufgrund der langen Sommerurlaube in der Türkei und des Ramadan sei für die Türkinnen nur eine Kursphase von Oktober bis April sinnvoll.

Hinzu kommen Sprachprobleme: „Im Ruhestand geht auch das wenige Deutsch der Frauen verloren“, berichtet die Sozialpädagogin. Deshalb wird der vor drei Jahren gegründete Gymnastikkurs, an dem inzwischen zehn Frauen teilnehmen, von der Türkin Rukiye Temel geleitet. Die Übungsleiterin kennt die Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Teilnehmerinnen: „Sie haben ein komplett anderes Zeitgefühl.“ Die deutschen Seniorinnen kämen regelmäßig, seien stets pünktlich und legten gleich mit den Übungen los. Die türkischen Frauen kämen hingegen meist eine halbe Stunde zu spät oder erschienen gar nicht.

„Wir mussten unsere ganze Planung umwerfen“, lacht sie. Statt straffer Zeitplanung bestimmt nun der Rhythmus der

Teilnehmerinnen den Ablauf. Der Kurs beginnt deshalb mit einem gemütlichen Zusammensitzen. Erst wenn alle eingetroffen sind, geht es richtig los. Das „langsame Anfangen“ steht dabei nicht für geringes Interesse, denn auch an einer kürzlich eingeführten Ergänzung des Kurses nehmen die Frauen aktiv teil: An die Gymnastik schließt Temel neuerdings ein Gedächtnistraining an.

Dankbar angenommen wurde auch die Möglichkeit zu Gesprächen mit einer Ärztin: Im letzten Jahr wurden zehn so genannte Gesundheitsgespräche organisiert, bei denen die Frauen sich mit einer türkischen Ärztin über ihre Sorgen und gesundheitlichen Fragen austauschen konnten. Ziel der Gespräche war es, den Frauen mehr Wissen über und Eigenverantwortlichkeit für ihre Gesundheit zu vermitteln: „Viele denken, durch eine Spritze und Medikamente lassen sich alle Gesundheitsprobleme lösen“. Begriffe wie Vorsorge oder Gesundheitsförderung und die damit verbundenen Möglichkeiten sind für die Türkinnen buchstäblich Fremdworte. Deshalb will Rukiye Temel den Frauen demnächst zeigen, wie man über das Internet an medizinische Informationen gelangt (zitiert nach BKK, 2009).

AWO-Begegnungszentrum Adalbertstraße

Das Begegnungszentrum in Berlin-Kreuzberg hat einen wichtigen Platz im Alltag vieler älterer Migrantinnen und Migranten. Es kommen Menschen türkischer, deutscher, polnischer, arabischer, griechischer, kroatischer, serbischer, bosnischer, iranischer, italienischer und spanischer Herkunft. Die Mitarbeiterinnen sagen, „im Vergleich zu der jungen Generation hatte die erste Einwanderergeneration wirklich multinationale Kontakte und hat die Arbeitsplätze mit Italienern und Spaniern geteilt.“

Über ihre Arbeit berichten sie: „Es ist ein bisschen schwierig, kontinuierlich Kurse anzubieten. ... wenn es um ein regelmäßiges Angebot geht, dann bröckelt es. ... Aber, dann muss man was anderes machen. Wenn es eine Infoveranstaltung gibt, dann wird da eingeschoben: Und jetzt machen wir mal zur

Entspannung eine Übung“. Und „wir bringen die am Sonnabend ganz schön in Bewegung. Wenn hier das Akkordeon gespielt wird, dann fangen sie sowieso an zu tanzen. ... gerade Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus der Türkei, Frauen, die Männer nicht, aber die Frauen bekommst du sofort zum Tanzen.“

Um z.B. türkische Männer für Angebote zu gewinnen, reicht es nicht, sich vorzustellen, was würden deutsche Ältere machen. Die Mitarbeiterinnen haben gelernt, „dass wir offen sein müssen, ... da hatten wir türkische Männer, die unheimlich künstlerisch tätig waren, von denen hätten wir nie angenommen, dass sie irgendetwas Künstlerisches tun oder mal Theater spielen oder malen oder kochen ... wir haben wunderbare Sachen erlebt.“

Weitere Informationen hierzu unter www.begegnungszentrum.org

Kapitel 3 – Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Der Zugang gelingt dort, wo eine Vertrauensbasis geschaffen werden kann und Absichten verständlich formuliert werden. Dies gelingt am besten bei der Ansprache durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, da diese Personen zur Zielgruppe gehören oder engen Kontakt zu dieser haben und ihr Vertrauen genießen.

Auch über die religiöse Identität und Institutionen wie Kirchen und Moscheen, über Wohlfahrtseinrichtungen, Arztpraxen

und Apotheken, die bereits das Vertrauen der Zielgruppe gewonnen haben, lässt sich ein Zugang zu sozial benachteiligten Älteren herstellen. Über diesen Weg kann dann auch schriftliches Informationsmaterial zielgerichtet verteilt werden. Für den Zugang zu Migrantinnen und Migranten ist die Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern und -mittlerinnen für die Überwindung von Verständigungsbarrieren von großer Bedeutung. Sehr hilfreich ist der Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die aus der Zielgruppe stammen.

Beispiele für eine gelungene Ansprache

- Kontakt zu Multiplikatoren und Multiplikatorinnen bzw. Vertrauenspersonen herstellen. Dies können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen sein oder Menschen, die schon lange im Stadtteil wohnen und einen großen Bekanntenkreis haben.

Beispiel:

In einem Stadtteil mit vielen albanisch-kosovarischen Familien ist der Friseurladen ein wichtiger Treffpunkt von älteren Männern. Hier werden auch Informationen und Nachrichten weitergegeben.

- Zusammenarbeit mit bereits vorhandenen, akzeptierten und niedragschweligen Angeboten: Eine Anknüpfung an andere, vertraute Angebote (z.B. Kinder- und Jugendarbeit, Stadteilläden). Die Zusammenarbeit kann sich auf den Zugang zu Älteren beziehen oder auf die Nutzung gemeinsamer Räume.

Beispiel:

Zugang zu älteren Migranten kann auch über Strukturen gelingen, die mit den Familien zu tun haben. Z.B. in einer Kita, die von vielen türkischen Kindern besucht wird, lohnt es sich, auf Angebote für ältere türkischstämmige Leute hinzuweisen.

- Umgang mit der Zielgruppe auf Augenhöhe: Ein respektvoller Umgang, die Anerkennung der Älteren als Experten und Expertinnen ihrer Lebenssituation sowie ein Interesse an deren Erfahrungen, Bedürfnissen und Wissen sind unumgänglich.

Beispiel:

Ältere Menschen mit Migrationserfahrung kennen die Probleme und das Potenzial anderer Migrantinnen und Migranten, verfügen über einen ähnlichen Hintergrund und sprechen – in mehrerer Hinsicht – die gleiche Sprache.

- Wiederholtes Ansprechen und Informieren über die laufende Entwicklung: Selbst wenn sich manche ältere Menschen erst einmal nicht an einem Projekt beteiligen wollen, kann kontinuierliche Ansprache Vertrauen schaffen und Neugier wecken.

Beispiel:

Im Verein Miteinander wohnen e.V. wird der Nachbar auch schon mal ein fünftes Mal gefragt, „Willst du nicht doch mal mitkommen?“. Und irgendwann ist es soweit und er kommt mit zur Hockergymnastik.

- Zusammenkünfte in der vertrauten nähräumlichen Umgebung sollten bekannt und barrierefrei oder -arm sein. Auch hinsichtlich der Termine sollten die besonderen Bedürfnisse berücksichtigt werden, so sind viele Ältere nur ungern im Dunkeln unterwegs (z.B. im Winter).

Beispiel:

Günstige Mittagssessensangebote in öffentlichen Kantinen, welche gern von älteren Menschen besucht werden, bieten Gelegenheiten, mit finanziell schwächeren und möglicherweise auch einsamen Älteren Kontakt aufzunehmen.

- Anlässe schaffen bei denen Kontakte geknüpft und Informationen verbreitet werden können.

Beispiel:

Veranstaltungen und Stadteilfeste

Checkliste: Zugang zu älteren Menschen finden

- ✓ Bezug zur Lebenswelt und zu den Interessen der Ansprechpartner herstellen, Menschen dort abholen, wo sie leben und sind, sowohl räumlich also auch thematisch, Präsenz zeigen
- ✓ Vertrauenspersonen aus der Lebenswelt mit einbeziehen, das Anliegen deutlich formulieren
- ✓ mit Akteuren und niedrigschwelligen Institutionen zusammenarbeiten, die bereits Kontakte haben, z.B. zu Stadtteilläden, Beratungsstellen, Mittagstischen oder runden Tischen
- ✓ auch mit Institutionen zusammen arbeiten, die nicht vorrangig Ältere ansprechen
- ✓ Anlässe der Begegnung schaffen, z.B. Feste, Flohmärkte oder Tauschbörsen
- ✓ ein respektvoller Umgang, Wertschätzung

Insbesondere für den Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund gilt:

- ✓ Zusammenarbeit mit Dolmetschern und Dolmetscherinnen, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Migrationserfahrung
- ✓ Kontakte über spezifische Orte und Angebote, z.B. Moscheen oder Vereine
- ✓ Einbeziehung der Familie

Checkliste: Merkmale eines zielgruppenorientierten Angebots

- ✓ Angebote (Zeiten, Orte) passen sich an die Bedürfnisse der Zielgruppe an und nicht umgekehrt (Beachtung von Angsträumen und Zeitfenstern)
- ✓ Es gibt verlässliche und namentlich benannte Ansprechpersonen
- ✓ Physische Barrieren sind soweit abgebaut, dass auch ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen die Angebote wahrnehmen können
- ✓ Psychische Barrieren sind soweit abgebaut, dass auch wenig integrierte ältere Menschen Angebote wahrnehmen können (z.B. ältere Männer ohne Sozialkontakte im Quartier)
- ✓ Es gibt die Möglichkeit der Einflussnahme und Partizipation

Tipps zum Weiterlesen:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (2013). Gesund & aktiv älter werden. „Alt sind immer die anderen“. Viele gute Gründe für Kommunen, demografischen Wandel. Alter und Gesundheit zusammen zu denken. Verfügbar unter: www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Argumentationsstrategie_Web.pdf

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2006). Demographie konkret – Seniorenpolitik in den Kommunen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung.

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2010). Initiieren – Planen – Umsetzen – Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (Hrsg.) (2007). Memorandum. Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in Kommunen. Bonn. Verfügbar unter: www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Publikationen/Memorandum.pdf *

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (2013). Gesund & aktiv älter werden.

Forum Seniorenarbeit NRW (Hrsg.) (2010). Nachbarschaftsprojekte in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit. Lebendige Nachbarschaften initiieren und moderieren. Themenschwerpunkt 4/2010. Verfügbar unter: http://forum-seniorenarbeit.de/media/custom/1759_742_1.PDF?1283959134

Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2007). Berliner Appell „Gesund älter werden in Städten und Regionen“. Berlin. *

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013). Expertise und Handlungsempfehlungen. Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter. Wirkungsvolle Zugangswege fördern. Stuttgart. Verfügbar unter: www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/20_Netzw_Sonstige/RK_13-12-17_Expertise%20Zugangswege.pdf

Loss, Julika (2008). „Gesundheitsförderung in der Kommune“ 1. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Präsentation. Verfügbar unter: www.oeph.at/images/stories/Downloads/vortraege2008/loss.pdf

Richter, Antje; Wächter, Marcus (2009). Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 36. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Verfügbar unter: www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/band-36-zum-zusammenhang-von-nachbarschaft-und-gesundheit *

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Kapitel 4 – Prävention lohnt sich in jedem Alter



Prävention und Gesundheitsförderung sind auch bei schon vorhandenen Einschränkungen enorm wichtig. Das Ringen um jeden zu erreichenden Fortschritt ist lohnend und von großem Wert. So können Mobilität erhalten, Selbständigkeit und Teilhabe im Alltag unterstützt und die Entstehung von Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden.

Alte Menschen leiden häufig an mehreren Krankheiten gleichzeitig und sind altersbedingten physischen und psychischen Einschränkungen ausgesetzt. Gesundheitliche Probleme verstärken sich gegenseitig, z.B. können Seheinschränkungen oder Kreislaufprobleme zu Stürzen führen und eine eingeschränkte Mobilität nach einem Sturz kann wiederum Depressivität oder Isolation erzeugen. Das Ziel von Prävention im Alter ist nicht die völlige Vermeidung von Erkrankungen, vielmehr besteht es darin, krankheitsbedingte Auswirkungen zu lindern, den Ausbruch neuer Erkrankungen zu

Präventionsmaßnahmen können an verschiedenen Aspekten der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit ansetzen. Die Gesundheit von Körper, Geist und Seele sind eng miteinander verbunden und stehen in Wechselwirkung zueinander. Das psychische Befinden wirkt sich auf die körperliche Gesundheit aus und erhöht die Bereitschaft zu Aktivitäten und Bewegung. Eine gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung haben wiederum einen positiven Einfluss auf das psychische Wohlbefinden. Mehr zu den Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Bewegung und Stress findet sich in Heft 4 der

Nahezu alle epidemiologisch wichtigen Erkrankungen im Alter weisen präventive Potenziale auf. ... Die Vielzahl von Ansätzen und Handlungsfeldern, die für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung bei älteren Menschen bestehen, werden bislang in der Öffentlichkeit, in den ärztlichen und pflegerischen Berufen wie auch in der Politik unterschätzt“ (Saß, Wurm, Ziese, 2009 a, S. 153).

Links zum Thema „Prävention bei älteren Menschen“

Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen	www.svr-gesundheit.de -> Gutachten
Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung: „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ (2008)	www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/praevzielegesamt_zweite_lebenshaelfte_bvpg.pdf und auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

vermeiden und ein Leben mit Krankheiten zu erlernen.

Die Ziele von Prävention bei älteren und alten Menschen sind daher:

- altersbedingte Einschränkungen und Erkrankungen vorbeugen bzw. ihren Eintritt verzögern
- krankheitsbedingte Belastungen verringern
- der Verschlechterung des Allgemeinzustandes, bzw. der gegenseitigen Verstärkung von Krankheiten vorbeugen

Arbeitshilfen Kapitel 4 „Gesundheitsrisiken durch Stress“.

Für Menschen ab 65 Jahren ist nachgewiesen, dass körperliche Aktivitäten, insbesondere Ausdauersport, den Abbau altersbedingter, kognitiver und sensomotorischer (= Körperkontrolle) Fähigkeiten abmildern (Huxhold, 2009).

Bei der Planung und für die Durchführung von präventiven Maßnahmen hat sich ein Vorgehen nach dem Public Health-Aktionszyklus bewährt, der gleichzeitig eine

Der Sachverständigenrat empfiehlt, „Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel der altersgewandelten Gesellschaft zu erklären“ (Sachverständigenrat, 2009, S. 649).

Kapitel 4 – Prävention lohnt sich in jedem Alter

Überprüfung der Maßnahmeneffekte beinhaltet und kontinuierliche Verbesserung der Maßnahmen erlaubt (vgl. Arbeitshilfen Heft 5 Kapitel 2).

Die Förderung der Gesundheit älterer Menschen umfasst eine ganze Reihe konkreter Themenbereiche, das reicht von der Suizidprävention, über gesunde Ernährung und Bewegungsförderung bis hin zu Suchtprävention. Nachfolgend sollen nur einige Bereiche beispielhaft vorgestellt werden. Wichtig ist jedoch für alle vorgestellten Bereiche, die Maßnahmenplanung mit einer konkreten Bedarfsabschätzung unter Beteiligung möglicher Zielgruppen zu beginnen, wie es der erste Schritt des Public Health Action Cycle vorsieht.

Psychische Gesundheit

Seelische Belastungen, wie Verlusterlebnisse (z.B. des Ehepartners oder der Ehepartnerin), Isolation und Angst vor der Zukunft und dem

Sterben können psychische Erkrankungen wie Depressionen erzeugen oder verstärken. Einsamkeit und Rollenverluste gefährden die psychische Gesundheit und stellen eine besondere Herausforderung für die Gesundheitsförderung im Alter dar. Es wird geschätzt, dass ein Viertel der über 65-Jährigen an psychischen Störungen leidet (Saß, Wurm, Ziese, 2009 b, S. 31).

„Neben psychischen Ressourcen haben auch die Einbindung in ein soziales Netzwerk, die Möglichkeit, in sozialen Rollen aktiv zu sein sowie die soziale Unterstützung durch andere Menschen in der Regel einen positiven Einfluss auf den Gesundheitsstatus älter werdender Menschen.“ (Tesch-Römer, Wurm, 2009, S. 16). Eine aktive Förderung der Nachbarschaft und ein hartnäckiges Zugehen auch auf zurückgezogen lebende ältere Menschen bilden zentrale Bestandteile einer Gesundheitsförderung im Quartier und ermöglichen zugleich die Aktivierung für weitere, präventive Angebote.

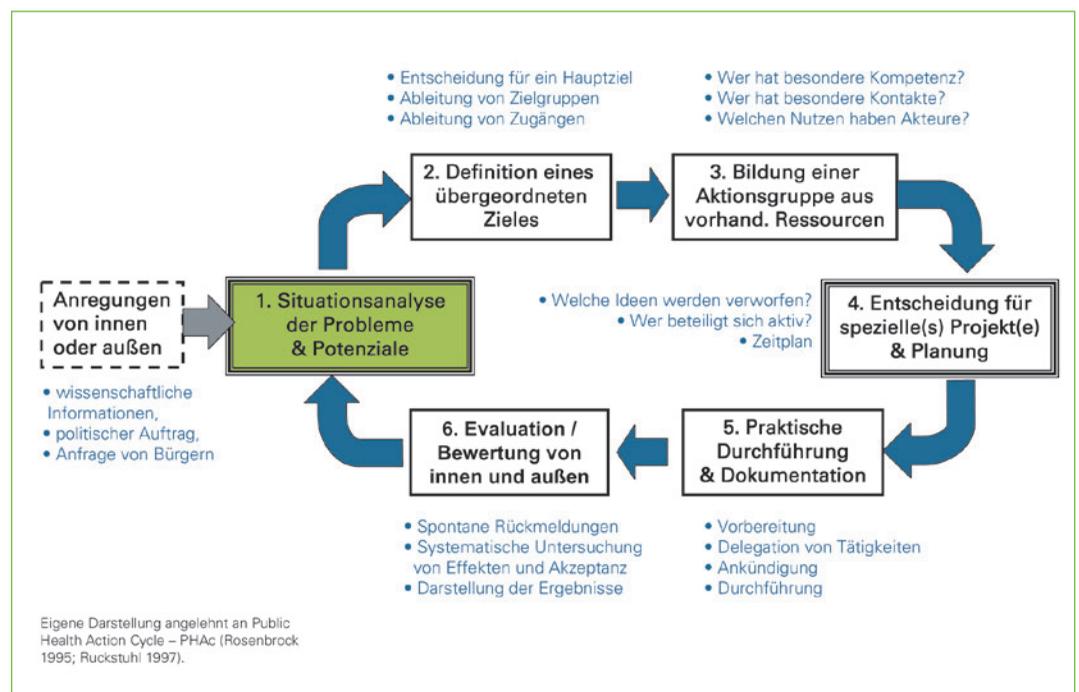


Abbildung 6: Aktionszyklus zur Initiative und Koordination von Projekten (Quelle: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, 2009)

Ein wichtiges Element der Gesundheitsförderung im Alter bildet das Gefühl der Selbstwirksamkeit. „Selbstwirksamkeitserwartungen stellen eine (...) bis ins hohe Alter bedeutsame psychische Ressource dar. Diese Erwartungen umfassen die Überzeugung, neue oder schwierige Anforderungen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können.“ (Tesch-Römer, Wurm, 2009, S.16). Die Überzeugung von der eigenen Selbstwirksamkeit muss trainiert werden. Die Erfahrung zeigt, dass Isolation und Untätigkeit dazu führen, die Welt und ihre Anforderungen als nicht bewältigbar wahrzunehmen. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten schwindet, wenn diese nicht genutzt werden. Deshalb ist es im Rahmen der Gesundheitsförderung unverzichtbar, die soziale Teilhabe von älteren Menschen zu stärken und zu fördern. Zahlreiche Beispiele der Teilhabe und Aktivierung älterer Menschen finden Sie in diesem Heft.

Demenz

Demenz stellt für die Erkrankten, ihr persönliches Umfeld und besonders ihre Angehörigen eine große Belastung dar. „Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. In Deutschland leiden derzeit – bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren – nahezu eine Million Menschen an einer Demenz. Die Anzahl der Neuerkrankungen beträgt im Laufe eines Jahres fast 200.000“ (Weyerer 2005). Die fortschreitende Erkrankung des Gehirns führt zu Funktionsbeeinträchtigungen von „Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.“ Damit gehen Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation einher (Weyerer 2005). Gerade die psychosozialen Beeinträchtigungen stellen für die Betreuenden eine große Belastung dar. Im späteren



Krankheitsverlauf werden zunehmend selbst alltägliche Aktivitäten wie Essen, Anziehen und Hygiene beeinträchtigt.

Zu den Risikofaktoren, welche die Entstehung einer demenziellen Erkrankung begünstigen, gehören Alter, Bluthochdruck, Rauchen, Alkoholmissbrauch und fettreiche Ernährung. Vorbeugend wirken körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, geistige Aktivität, soziale Kontakte und die Behandlung von Risikofaktoren.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der Initiative IN FORM einen Ratgeber zur Prävention der Demenz veröffentlicht, der sich an Männer und Frauen ab dem mittleren Erwachsenenalter richtet. Er informiert über Maßnahmen zur Prävention der Demenzerkrankungen und soll zu einer gesünderen Lebensweise motivieren. Erarbeitet wurde er von Herrn Prof. Dr. Maier und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Bonn. Online zu finden unter: www.bmg.bund.de/publikationen.

Insgesamt gibt es nur begrenzte Therapiemöglichkeiten. Das Wissen auf diesem Gebiet hat in den vergangenen Jahren aber stark zugenommen. Dazu zählen neben medikamentösen Behandlungen auch psychologische Therapiemethoden und soziale Maßnahmen (z.B. Raumgestaltungen, die den Erkrankten die Orientierung erleichtern).

Kapitel 4 – Prävention lohnt sich in jedem Alter

Demenzfreundliche Kommunen haben sich zum Ziel gesetzt, geeignete Strategien zu entwickeln und Maßnahmen durchzuführen, um den Betroffenen und ihren Angehörigen die größtmögliche Hilfe zugänglich zu machen.

Café für Demenzerkrankte und Angehörige

Unterstützung und Hilfe im Krankheits- und Pflegefall bietet das Café für Demenzerkrankte und Angehörige in Regensburg.

Um etwas Abwechslung in den Alltag pflegender Angehöriger zu bringen und ihnen die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch zu geben, betreibt der Treffpunkt Seniorenbüro ein regelmäßiges Café. Das Angebot richtet sich an Familienmitglieder Demenzkranker und soll dazu beitragen, dass die Betroffenen sich nicht alleine fühlen, sondern ein Gefühl von Gemeinschaftlichkeit entwickeln.

Weitere Informationen hierzu in BMFSFJ, 2007, S. 21.

Projekt Demenz Arnsberg

Arnsberg ist eine Kommune mit 76.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Nordrhein-Westfalen. Seit dem 1. Januar 2008 wird in einem von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten kommunalen Modellprojekt das Ziel verfolgt, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Professionelle Hilfs- und Unterstützungsangebote (Arztpraxen, Kliniken, Beratungsstellen u.a.) sollen mit bürgerschaftlichem Engagement auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

Dazu sollen

- Informationswege und die Vermittlung von Hilfen verbessert werden
- Vernetzung und Kooperation von Anbietern im Stadtgebiet unterstützt werden
- bürgerschaftliche Tätigkeiten und intensive Auseinandersetzung in der Öffentlichkeit gefördert werden

Weitere Informationen hierzu:

www.projekt-demenz-arnsberg.de

Informationen zu demenzfreundlichen Kommunen: www.aktion-demenz.de

Depression im Alter

Von besonderer Bedeutung sind Depressionen, also „Störungen der Gemütslage, die mit Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust sowie Energie- und Antriebslosigkeit einhergehen“ (Saß, Wurm, Ziese, 2009 b, S. 51). Die Häufigkeit schwerer Depressionen nimmt im Alter nicht zu. Es gibt allerdings Gruppen, z.B. Heimbewohnerinnen und -bewohner, die ein erhöhtes Risiko tragen, an Depression zu erkranken.

Problematisch ist zudem, dass leichte Formen depressiver Erkrankungen oft nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, sondern

als normale Erscheinungen des Alters angesehen werden.

Das Risiko einer depressiven Erkrankung kann sich durch Partnerverlust, subjektiv erlebte Einsamkeit, Mangel an sozialen Kontakten und sozialer Integration sowie (neu auftretende) körperliche Erkrankungen und Behinderungen erhöhen. Wichtige präventive Wirkung haben daher die Stärkung des Selbstkonzepts der Betroffenen, die Überzeugung, Kontrolle über die eigenen Geschicke zu haben, die frühzeitige Entwicklung von Bewältigungsstrategien, Erweiterung eigener Aktivitäten (z.B. Hobbys), soziale Kontakte und unterstützende Netzwerke (Saß, Wurm, Ziese, 2009 b, S. 53).

Bewegungsförderung, Sturzprävention und Mobilität

Körperliche und geistige Beweglichkeit sind wichtige Voraussetzungen für eine aktive Teilhabe am öffentlichen Leben. Körperliche Aktivität, vor allem an der frischen Luft, stärkt das Immunsystem und die seelische Gesundheit. Darüber hinaus wirkt ausreichende Bewegung präventiv z.B. bei Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie gegen biologische Alterungsprozesse, z.B. Verlust an Muskelkraft oder Lungenvolumen. Schließlich stärkt ausreichende Bewegung nicht nur die körperliche Verfassung sondern auch das Zutrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten. Die Förderung der Alltagsbewegung erweist sich gerade bei älteren Menschen, die wenig Sport in ihrem Leben betrieben haben als nahe liegender Ansatz. Um in diesem Bereich stärkere Aktivitäten zu entfalten, wurden aus Mitteln des nationalen Aktionsplans IN FORM des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung,



Es werden unterschiedliche Spaziergangsgruppen gebraucht. Einige mit eher sportlichem Charakter und andere, bei denen man z.B. mit dem Rollator gemeinsam noch bis zum nächsten Geschäft geht.

Landwirtschaft und Verbraucherschutz auf Landesebene Zentren für Bewegungsförderung eingerichtet, die verschiedene Ansätze zur Stärkung der Alltagsbewegung entwickeln und für Kommunen zur Verfügung stellen. Spazierengehen ist eine der wichtigsten Freizeitaktivitäten älterer Menschen. Attraktive öffentliche Räume und Grünanlagen im direkten Wohnumfeld verbessern daher Lebensqualität und regen ältere Menschen zum Spaziergang, d.h. zur Mobilität und zur Teilhabe am öffentlichen Leben, an. Fast 70% aller Städte und Gemeinden in Deutschland stufen Sport und Bewegungsförderung als wichtiges Handlungsfeld ein. Wichtigster Akteur für die Kommunen sind die Sportvereine (Hollbach-Grömig, Seidel-Schulze, 2007).

Link zum Thema Depression

Informationen zu Depressionen und Selbsttötungen (Suizide) im Alter mit Materialien und Kontaktadressen; auf den Seiten finden sich auch spezielle Materialien zur Ansprache von Migrantinnen und Migranten

www.buendnis-depression.de

Kapitel 4 – Prävention lohnt sich in jedem Alter

Sportaktivität	Frauen	Männer
Radfahren	30 %	36 %
Schwimmen	20 %	19 %
Gymnastik	28 %	4 %
Wandern/Spazieren	17 %	22 %
Joggen/Laufen	8 %	15 %
Fitness	9 %	10 %
Tennis	5 %	7 %
(Nordic) Walking	7 %	5 %

Abbildung 7: Die beliebtesten Sportaktivitäten älterer Menschen ab 55 Jahren (nach Prof. Dr. Hartmann-Tews, Deutsche Sporthochschule Köln, 2009, vgl. www.maennergesundheitsportal.de/veranstaltungen/bzga-fachforum)

Gesundheitsförderungsangebote des DRK-Landesverbandes

Der Landesverband des Deutschen Roten Kreuzes in Baden-Württemberg organisiert in Zusammenarbeit mit vielen Partnern ein breites Bewegungs- und Gesundheitsförderungsangebot für sozial benachteiligte ältere Menschen, welches wöchentlich ca. 30.000 Menschen erreicht. Es werden verschiedene Kurse (Tanzen, Gymnastik, Gedächtnistraining etc.) angeboten. Um Migrantinnen und Migranten besser ansprechen zu können, wurden 150 von ihnen zu Kursleitungen ausgebildet.

Weitere Informationen hierzu unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/gesundheitsfoerderung

Die Entwicklung zielgruppenspezifischer Sportangebote für ältere Menschen wird von Sportvereinen vorangetrieben. Denn rund die Hälfte der Älteren über 65 Jahre gibt an, sportlich nicht mehr aktiv zu sein (RKI, 2005, S. 9).

Zentrum für Bewegungsförderung

Das Berliner Zentrum hat mit sechzig älteren Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Menschen aus verschiedenen Einrichtungen des Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg ein World Café zur Initiierung von Spaziergangsgruppen durchgeführt. Bei dieser Methode werden zu den unterschiedlichen Themen Tische vorbereitet, an denen die Teilnehmenden im Verlauf der Veranstaltung reihum Platz nehmen und sich zu den einzelnen Themen austauschen. Beraten wurde z.B., was gute Treffpunkte sind, wer erreicht werden soll und wie die Schulung der Spaziergangspaten organisiert werden kann.

Weitere Informationen:

Überblick über alle Zentren für Bewegungsförderung in Deutschland:

<https://www.in-form.de/profiportal/in-form-vor-ort-erleben/projekte/projekte/zentren-fuer-bewegungsfoerderung.html>

Das IN FORM- Projekt „Bewegt leben – mehr vom Leben“

Im Rahmen des Modellprojektes „Gesund im Alter“ des nationalen Aktionsplans IN FORM geht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Rhein-Sieg-Kreis der Frage nach, wie im kommunalen Bereich nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen für ältere Menschen aufgebaut werden können. Die Erfahrungen sollen über die ebenfalls im Rahmen des nationalen Aktionsplans IN FORM eingerichteten Zentren für Bewegungsförderung auf weitere Regionen übertragen werden.

Zu Beginn des Modellprojektes wurden bereits bestehende Angebote für ältere Menschen zusammengetragen. In einer Umfrage, an der etwa 1000 Menschen über 60 Jahre teilnahmen, wurden sportliche Aktivitäten, das Ernährungsverhalten, Angebotswünsche und Hindernisse einer Teilnahme erfragt. Dadurch sollten fehlende Bekanntheit und mögliche Teilnahmehindernisse erarbeitet und reduziert werden. Angebote sollen so auf die Zielgruppe der älteren Menschen unter Einbezug dieser angepasst werden. Aus diesen Erfahrungen sollen Handlungshilfen und Arbeitsleitlinien erarbeitet werden, die auch in anderen Kommunen Anwendung finden können.

Weitere Informationen unter www.in-form.de/profiportal/in-form-vor-ort-erleben/projekte/projekte/bewegt-leben-mehr-vom-leben.html und www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

Schätzungen gehen davon aus, dass 30 Prozent der in Deutschland lebenden Personen über 65 Jahre mindestens einmal pro Jahr stürzen (Deutsche BKK, 2006, S. 76). Ein besonders hohes Risiko haben Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Hier wird geschätzt, dass der Anteil bei 50 Prozent liegt. In Folge der Stürze können sich Hüftfrakturen einstellen, in besonders schweren Fällen mit der Folge von Pflegebedürftigkeit. Die unmittelbaren medizinischen Behandlungskosten werden auf über eine Milliarde Euro geschätzt (Deutsche BKK, 2006). Nur ca. ein Drittel der alten Menschen, die sich nach einem Sturz eine Ober-

schenkelhalsfraktur zuzogen, erreicht die ursprüngliche Alltagskompetenz für grundlegende Tätigkeiten (Essen, Körperpflege) wieder, sogar nur ca. ein Fünftel der Betroffenen ist weiter in der Lage, die nötigen Verrichtungen für ein selbstständiges Leben durchzuführen, wie Einkaufen oder Hausarbeit. Ein wesentlicher Grund ist psychisch bedingt: die Angst vor einem erneuten Sturz. Regelmäßiges Bewegungstraining verhilft dem Körper zu mehr Beweglichkeit und Geschicklichkeit und beugt dadurch nicht nur Stürzen vor, sondern unterstützt auch den Genesungsprozess nach einem Sturz.

Kapitel 4 – Prävention lohnt sich in jedem Alter

Medienset zur Sturzprävention des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes des Gesunde Städte-Netzwerkes und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurde von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg ein Medienset zur Sturzprävention entwickelt, das Kommunen des gesunden Städte-Netzwerks zur Planung und Durchführung kommunaler Projekte verschickt und zur Nachahmung empfohlen wurde:

- Arbeitshilfen „Mehr Gesundheit im Alter“ zur Bewegungsförderung und Sturzprävention

Exemplarisch wird an den Aktivitäten des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention ein strukturiertes Vorgehen dargestellt, um ein lokales Konzept zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Die Vernetzung lokaler Organisationen und Akteure findet dabei besondere Berücksichtigung. Die Arbeitshilfen liegen als CD-Rom vor. Der modulare Aufbau ermöglicht es, von einem Basismodul aus über entsprechende Verweise (Hyperlinks) Vertiefungsmodule mit weiterführenden Informationen, Praxisbeispielen, Anhängen, einem Glossar und einer Linksammlung direkt anzusteuern.

- Der Ratgeber „Sicher gehen – weiter sehen: Bausteine für Ihre Mobilität“ wendet sich an die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren selbst, kann aber auch im Kontext individualisierter Beratung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingesetzt werden (z.B. Arztpraxen, Apotheken, Senioreneinrichtungen).

Download der Broschüre ist möglich unter:

www.hamburg.de/contentblob/895024/data/sicher-gehen-broschuere-2008.pdf

- Darüber hinaus wurden eine Plakatserie und ein Flyer „Bewegung lohnt sich“ mit Anleitungen für fünf einfach durchzuführende Bewegungsübungen für die Zielgruppe „Ältere Menschen“ entwickelt. Sie sind für einen Einsatz auf kommunaler Ebene zur Unterstützung von Aktionen und Veranstaltungen zur Thematik Mobilitäts- und Bewegungsförderung im Alter gedacht. Die Vorlagen können interessierten Kommunen – unter Berücksichtigung von Copyright-Aspekten – zur Verfügung gestellt werden.

Weitere Informationen und download unter: www.hamburg.de/gesundheit-im-alter



Abbildung 8: Medienset „Mehr Gesundheit im Alter!“
(Quelle: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2009)

Links zum Thema „Bewegungsförderung und Sturzprävention“

Aktivitäten der Zentren für Bewegungsförderung in allen Bundesländern sowie die Broschüre „Fit im Alltag – Aktiv gegen Stürze“ des Deutschen Turnverbundes mit praktischen Beispielen zum Ausprobieren und Nachmachen.	www.in-form.de/fileadmin/user_upload/profi_medien/Brosch%20C3%BCren/FitimAlltag.pdf
Informationen des Deutschen Olympischen Sportbunds für Menschen ab 50 Jahren (z.B. Freizeit- und Gesundheitssport), aber auch Fitnesstipps für das Alter und Informationen zu Generations- bzw. Seniorensportplätzen	www.in-form.de/profiportal/in-form-vor-ort-erleben/projekte/projekte/zentren-fuer-bewegungsforderung.html www.richtigfitab50.de
Übersicht über Angebote zur Sturzprophylaxe	www.bvpraevention.de
World Health Organization (2009) Physical Activity and Older Adults	www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/print.html

Ernährung und Mundgesundheit im Alter

Ernährung

Eine ausgewogene und dem Lebensstil angepasste Ernährung wirkt gerade im Alter vorbeugend und gesundheitsfördernd. Nach einer Umfrage von 2003 waren in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen 85 Prozent der befragten Männer und 79 Prozent der befragten Frauen übergewichtig oder adipös. In der Altersgruppe 70+ waren es noch 81 Prozent der Männer bzw. 78 Prozent der Frauen (Saß, Wurm, Ziese, 2009 b, S. 40).

Neben der Bewegungsförderung beeinflusst eine mäßige, kalorien- und fettarme Ernährung das Körpergewicht. Ab 50 Jahren sinkt der Energiebedarf eines Menschen, bei gleich bleibendem Nährstoffbedarf. Die Zusammensetzung der Mahlzeiten ist daher sehr wichtig, z.B. wirkt eine ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D präventiv gegen Osteoporose.



Eine wirkungsvolle Ernährungsberatung sollte über eine individuell angepasste, ausgewogene Ernährung informieren und darüber hinaus die richtigen Techniken des Einkaufens, der Vorratshaltung und der Zubereitung vermitteln. Dabei sollten bestimmte Zielgruppen besonders beachtet werden, zum Beispiel alleinstehende ältere Männer.

Kochkurs für ältere Männer

Das Angebot wurde in Siedlungen mit älteren Bewohnern erprobt, die eine industriell geprägte Erwerbsbiographie hatten. Aufgrund der zumindest früher üblichen innerfamiliären Arbeitsteilung fehlte es an notwendigem Wissen und Erfahrungen zu einer ausgewogenen Ernährung sowie an Kraft und Motivation, das eigene Ernährungsverhalten nachhaltig zu ändern.

Bestandteile des Kurses:

- Organisation eines regelmäßigen, gemeinsamen gesunden Frühstücks
- Kochkurs unter dem Motto: schnell, einfach, preiswert, lecker und gesund
- Einkaufen im Viertel: Gemeinsame Einkaufstour mit fachlicher Beratung

- „Von uns – für uns“ – „festliche“ Abendessen, bei denen die Teilnehmer für den Rest der Gruppe Gerichte aus ihrer Jugend bzw. aus ihrer Heimat kochen.

Akteure im Rahmen des Angebotes waren örtliche Gewerkschaftsbüros, Krankenkassen, Rentenberatungsstellen, Ärzte, Apotheken, Seniorentreffs und Ämter.

Das Angebot wurde mit Unterstützung von Ernährungsberatung, Köchen und Köchinnen, Verbraucherberatung, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Seniorentreffs und Altentagesstätten sowie dem Hausfrauenbund organisiert.

Orte: Räume in Krankenkassen, Tagesstätten, Stadtwerken (Kochkurs)

Materialien: Lebensmittel, Rezeptsammlung, Broschüren

Aus: BKK Bundesverband. 2009, S. 21 f.

Kapitel 4 – Prävention lohnt sich in jedem Alter

Rahmenbedingungen im Quartier für eine ausgewogene und gesunde Ernährung:

- frische und vielfältige Lebensmittel müssen im Wohnumfeld erhältlich sein
- die Zubereitung und Aufbewahrung von Speisen durch Mittagstische und Bringdienste sollten qualitativ hochwertig im Sinne einer gesunden Ernährung sein (z.B. kein stundenlanges Warmhalten der Speisen)

Mundgesundheit

Zahnverlust und schlecht sitzende Prothesen können bei älteren Menschen Gründe für Rückzug und Isolation sein. Sie können außerdem eine Ursache für Kaubeschwerden

werden. Etwa 20 Prozent der alten Menschen sind davon betroffen. Das Kauen ist für die Zerkleinerung und Aufnahme der Nahrung wichtig, hat aber auch appetitanregende Funktionen. Erst beim Kauen werden Geschmacks- und Geruchsstoffe der Nahrung freigesetzt. Mit dem Alter nimmt zudem die Speichelbildung ab. Dadurch kann es vermehrt zu Mundtrockenheit und entzündlichen Infektionen im Mundraum kommen.

Die Ursachen für Kaustörungen müssen erkannt und behoben werden, z.B. durch Sanierung des Zahnapparates, verstärkte Mundhygiene und Anregen des Speichelflusses (bei Mundtrockenheit) z.B. durch ausreichendes Trinken.

Bis(s) ins hohe Alter

Der Rhein-Kreis Neuss hat mit zahlreichen Partnern das Projekt „Bis(s) ins hohe Alter“ initiiert. Ziel ist die Verbesserung der Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen. Dazu kooperieren die Partner mit fünf Einrichtungen der Altenpflege.

Im Mittelpunkt des Projekts stehen Schulungen des Pflegepersonals in der Speziellen Mundpflege durch ehrenamtlich tätige Zahnärzte – so genannte Patenzahnärzte. Diese führen ferner halbjährlich eine zahnärztliche Untersuchung durch und bei Bedarf können sie mit einer mobilen Behandlungseinheit direkt vor Ort kleinere zahnmedizinische Behandlungen durchführen. Dies ist insbesondere für nicht mobile Bewohner eine erhebliche Erleichterung. In regelmäßigen Abständen werden darüber hinaus individuelle Vorsorgemaßnahmen wie professionelle Zahn- und Prothesenreinigung durchgeführt.

Das Pflegepersonal kann die gewonnenen Kenntnisse in den Pflegealltag einbringen, wodurch sich in vielen Fällen die defizitäre Mundhygiene der Heimbewohner verbessert. Hierdurch kann eine Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen erreicht werden.

Weitere Informationen hierzu:

www.rhein-kreis-neuss.de -> Themen -> Gesundheit -> Seniorengesundheit

Link zu Ernährung und Mundgesundheit

Für Fachkräfte stehen verschiedene Broschüren mit Ernährungstipps und anderen Informationen zum Herunterladen zur Verfügung, z.B.

- Essen und Trinken im Alter
- Kau- und Schluckbeschwerden
- Checklisten
- Rezepte
- Qualitätsstandards

www.fitimalter.de

Pflegende Angehörige

Die Zahl der zu pflegenden Personen wird, wie in Kapitel 1. bereits erläutert wurde, weiter zunehmen. Diese Entwicklung veranschaulicht die folgende Grafik. Der Hochrechnung des Status Quo, also den heutigen Zahlen Pflegebedürftiger, wird der günstige Fall, also dass Präventionsmaßnahmen wirken und zukünftig der Eintritt chronischer Erkrankungen und damit die Zahl der Pflegebedürftigen verringert werden kann (sog. Kompressionsthese), gegenüber gestellt. Selbst wenn chronischen Erkrankungen vorgebeugt und nachfolgende Generationen gesünder in die hohen Lebensjahre kommen, steigt die Zahl der hilfsbedürftigen Personen auf etwa 3,5 Millionen im Jahre 2050 an.

genden Angehörigen und kann zu eigenen schweren Erkrankungen führen.

Das Wissen um Unterstützungsmöglichkeiten und der Kontakt zu anderen Betroffenen können Belastungen verringern. Eine frühzeitige Suche nach externer Unterstützung kann Notlagen vorbeugen oder verbessern und stellt eine wichtige präventive Hilfe für pflegende Angehörige dar.

Für den Erfolg von Unterstützungsangeboten ist es allerdings notwendig, dass diese sehr niedrigschwellig im Quartier verankert sind und die Inanspruchnahme von Hilfe als Selbstverständlichkeit gilt. Oft bestehen Vorbehalte gegenüber der Suche nach Unterstützung, da Hilfebedürftigkeit häufig mit individuellem Versagen gleichgesetzt

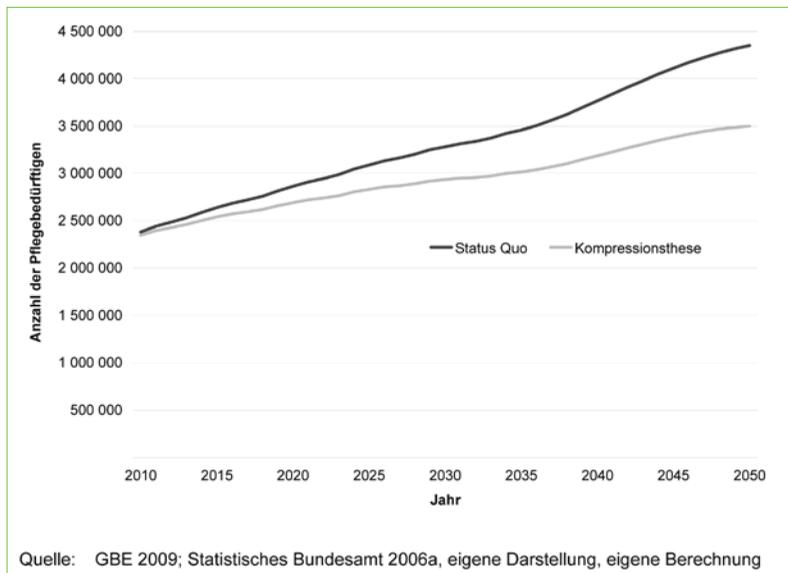


Abbildung 9: Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich, (Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, S. 511)

Soziale Netzwerke und die Unterstützung durch Angehörige, Freunde und Nachbarn, werden damit zu wichtigen Faktoren, um vorübergehend zu unterstützen und stationäre Pflege möglichst lange hinaus zu zögern. Dazu bedarf es jedoch auch tragfähiger Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Denn die Belastung der Pflegetätigkeit beeinträchtigt die Gesundheit der meist selbst bereits älteren pfle-



Broschüre „Pflegefall in der Familie – Was nun?“ des Kölner Bündnisses für Familie*

Das Kölner Bündnis für Familie hat 2008 eine Informationsbroschüre für pflegende Angehörige herausgebracht. Diese Broschüre „Pflegefall in der Familie – Was nun?“ gibt nützliche Informationen und Tipps zu Pflegestufen, Leistungen des Sozialamtes und rechtlichen Fragen der Betreuung sowie zur Vereinbarkeit von Familie und Pflege. Außerdem bietet sie Kontaktadressen zu Beratungs- und Fortbildungsangeboten und enthält eine Checkliste, welche die Auswahl eines geeigneten ambulanten Pflegedienstes erleichtern soll.

* Die Broschüre ist auf der CD dieser Arbeitshilfen enthalten.

Kapitel 4 – Prävention lohnt sich in jedem Alter

 Regelmäßige Augenuntersuchungen dienen auch der Sturzprävention; Hörtests sichern die Kommunikation und haben damit auch präventive Wirkung gegen Depressionen.

wird. Diesem Image gilt es ebenso sensibel wie hartnäckig entgegen zu wirken, wenn Unterstützung präventiv, d.h. frühzeitig wirken soll.

Inanspruchnahme von medizinischen Früh-erkennungsangeboten

Die Teilnahme älterer Menschen an Früh-erkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie an Therapien oder Rehabilitationsmaßnahmen sind wichtige Bausteine für den Erhalt der Gesundheit. Eine frühzeitige Teilnahme an diesen Angeboten hilft, Erkrankungen früh erkennen und im Anfangsstadium behandeln zu können, Gesundheitsrisiken rechtzeitig zu identifizieren und individuell abgestimmte Behandlungen zu entwickeln.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung ist die Bereitschaft, an Früherkennungsuntersuchungen auch ohne akute gesundheitliche Probleme teilzunehmen. Empfohlene oder notwendige Konsequenzen der Untersuchung wie Präventionskurse oder Therapien und Reha-Maßnahmen müssen konsequent befolgt werden. Hierfür müssen präventive und gesundheitsförderliche Angebote kostengünstig und niedrigschwellig im Quartier vorhanden und bekannt sein. Eine Vernetzung der einzelnen Anbieter zu lokalen Gesundheitsnetzen ist im Sinne der ganzheitlichen Prävention bei älteren Menschen eine wichtige Zielvorgabe. Das Wissen und Bewusstsein um die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter muss auch bei der Ärzteschaft erweitert und verstärkt werden.

Links zu Früherkennungsuntersuchungen

Informationen zu empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen im Alter. Das Material „Alles im Blick – Meine Gesundheit“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen BAGSO hilft auch dabei, sich einen Überblick über die eigenen Gesundheitsunterlagen zu verschaffen und diese strukturiert abzulegen. Darüber hinaus werden Vorlagen z.B. für Betreuungs- und Patientenverfügungen an die Hand gegeben.	www.bagso.de/allesimblick.html
Einen Überblick über verschiedene Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen bietet die Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit.	www.bmg.bund.de

Arzneimittel im Alter

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in seinem Sondergutachten 2009 ausführlich mit den Problemen der Arzneimittelverordnung bei alten Menschen mit mehrfachen Erkrankungen befasst. So wird an Hand einer imaginären 79-jährigen Patientin mit zahlreichen Erkrankungen wie Osteoporose (Knochenschwund),

Osteoarthritis (entzündliche Erkrankung von Knochen und Gelenken), Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit), Hypertonie (Bluthochdruck) und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (dauerhaft entzündete und verengte Atemwege) dargestellt, dass diese Patientin täglich zwölf Medikamente in 19 Einzeldosen, zu fünf verschiedenen Zeitpunkten, zwischen 7 Uhr und 23 Uhr einnehmen müsste (Sachverständigenrat, 2009, S. 458 f.). Ältere Menschen erhalten

auf Grund von mehrfachen Erkrankungen (Multimorbidität) meist viele unterschiedliche Arzneimittelverordnungen und haben dadurch auch eine erhöhte Gefahr, an unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen und -wechselwirkungen zu leiden (Sachverständigenrat, 2009, S. 471), wie die folgende Grafik zeigt.

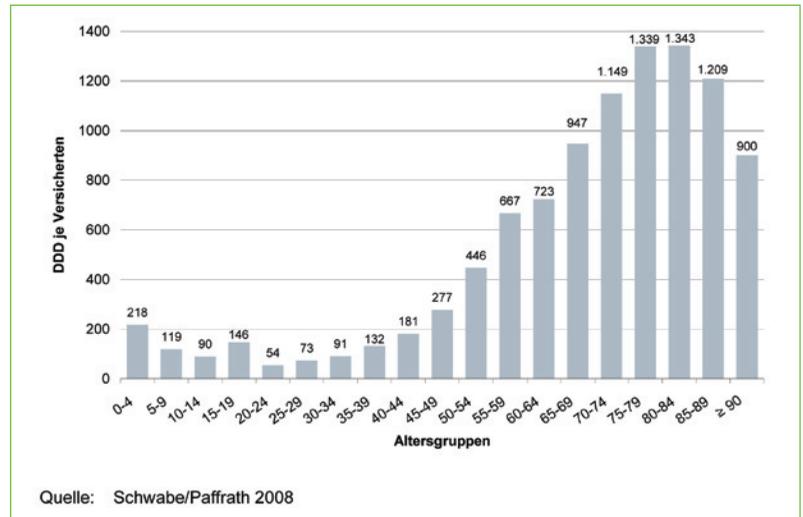


Abbildung 10: Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) je Versichertem in der GKV 2007. (Quelle: Sachverständigenrat, 2009, S. 466)

Neben Anforderungen an die pharmazeutische Forschung werden vor allem Verbesserungen in der Versorgung älterer Menschen gefordert.

„Reserven für die Gesunderhaltung und die Hinauszögerung einer Pflegeabhängigkeit sind aber nicht nur im Verhalten der alten Frauen und Männer zu suchen. Ebenso liegen diese in den Verhältnissen des Gesundheitssystems. So werden insbesondere weibliche biografische Stationen im Alter im Rahmen der medizinischen Versorgung als Krankheit umdefiniert: Zeiten von Lebensveränderungen, wie die Empty Nest-Phase [die Kinder sind „ausgeflogen“] nach dem Auszug der Kinder oder die Meno- und Postmenopause sind heute anfällig für medizinische Interventionen. Ein verändertes Ordnungsverhalten der Ärzte zum Beispiel könnte Frauen im Alter helfen, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Der hohe Medikamentenverbrauch vieler Frauen, insbesondere der Verbrauch von Beruhigungsmitteln und Psychopharmaka, hat letztendlich auch mit den geschlechtsspezifischen Zuschreibungen vieler Ärzte zu tun. Sie neigen bei Frauen eher dazu, Symptome wie „psychische Überforderung“ oder „(Klimakteriums-) Depressionen“ zu diagnostizieren. Studien konnten zeigen, dass die häufigeren



Älterwerden und Gesundheit – die Patientinnenschulung

Das Feministische Frauengesundheitszentrum Berlin hat eine Patientinnenschulung entwickelt, die ältere Frauen zu gesundheitlichen Themen informiert, um Erkrankungen vorzubeugen und ihr Selbsthilfepotenzial für den Umgang mit Beschwerden, gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen zu verbessern. Das Projekt richtet sich besonders an sozial benachteiligte Frauen. Durch die Sprach- und Kulturmittlung werden auch ältere Migrantinnen gut erreicht.

Weitere Informationen hierzu

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/aelterwerden-und-gesundheit

Medikamentenverordnungen für Frauen mit deren häufigeren Arztbesuchen zusammenhängen. An diesem Punkt schließt sich ein Kreislauf: Frauen äußern mehr Beeinträchtigungen des seelischen und körperlichen Befindens. Frauen gehen häufiger zum Arzt, Frauen bekommen häufiger Medikamente verschrieben, besonders solche, die im psycho-vegetativen Bereich wirken“ (Sachverständigenrat, 2009, S. 619).

Kapitel 4 – Prävention lohnt sich in jedem Alter

Tipps zum Weiterlesen

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010). Geistig fit im Alter durch Ernährung, Bewegung und geistige Aktivität. Verfügbar unter: www.bmg.bund.de siehe Publikationen.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011). Leben in Balance – Seelische Gesundheit von Frauen. Verfügbar unter: www.bmg.bund.de siehe Publikationen.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012). Aktiv sein – für mich. Auswirkungen von Bewegung auf die psychische Gesundheit von Frauen. Verfügbar unter: www.bmg.bund.de siehe Publikationen.

Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (2007) Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte – Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Verfügbar unter: www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/praevzielegesamt_zweite_lebenshaelfte_bvpg.pdf

Cruz-Jentof, AJ et al. (2008). European Silver Paper on the Future of Health Promotion and Preventive Actions, Basic Research and Clinical Aspects of Age-Related Disease. European Summit on Age-Related Disease. Wroclaw. *

Demenz Support Stuttgart (Hrsg.) (2010): „Ich spreche für mich selbst“. Menschen mit Demenz melden sich zu Wort. Frankfurt a.M., Mabuse.

Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2004). Botschaften für gesundes Älterwerden. Berlin *

European Network for Safety among Elderly (o.J.). Factsheet: Sturzprävention bei älteren Menschen. Verfügbar unter: www.gesunde-staedte-netzwerk.de/uploads/media/B_Fact_Sheet_Sturzpraevention.pdf

Kruse, Andreas (1999). Regeln für gesundes Älterwerden. Verfügbar unter: www.bvpraevention.de *

Kümpers, Susanne (2008). Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.*

Trommer, H. (2010). Gesundheitsförderung bei älteren Männern. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.) Dokumentation der Regionalkonferenz Gesundheit im Alter fördern – eine Zukunftsaufgabe der Kommunen. Berlin, Gesundheit Berlin. S. 28-30.

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Links zum Thema „Prävention im Alter“

Das Frauengesundheitsportal der BZgA bietet neben vielen anderen Themen auch wichtige und interessante Informationen rund um das Thema „Gesund älter werden“.	www.frauengesundheitsportal.de
Dokumentation der Fachtagung „Mobilität und Alter in Niedersachsen“ (Sept. 2007)	https://www.in-form.de/profiportal/in-form-vor-ort-erleben/projekte/projekte/bewegt-leben-mehr-vom-leben.html
Bundesministerium für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen	www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/g/gesundheitsfoerderung-und-praevention-fuer-aeltere-menschen.html
Deutscher Präventionspreis 2005 für die Maßnahme „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“	www.deutscher-praventionspreis.de/praventionspreis/2005/preistraeger.php
Dokumentation der Veranstaltung des Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. 2012 in Köln. Überblick über Strategien und Programme zur Gestaltung des demografischen Wandels und des gesunden Alterns.	www.bvpraevention.de/bvpg/images/kongress2012/bvpg_kongressbericht_2012.pdf
Ein „Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung“ (2008) des Bundesministeriums für Gesundheit zeigt verschiedene Möglichkeiten auf, wie man jeden Tag etwas für seine Gesundheit tun kann.	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/RG_Praevention_07-14.pdf
Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Ratgeber für die häusliche Betreuung demenziell erkrankter Menschen veröffentlicht, welche das aktuelle Wissen über Verlauf und Bewältigung demenzieller Erkrankungen zusammenfasst sowie Tipps für den Betreuungsalltag liefert.	www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/WdGn_140718.pdf

Quellennachweise

Altgeld, Th. (2009). Alt werden, gesund bleiben – Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) *Initiieren – Planen – Umsetzen*. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 220-234.

Au, C. (2010). Pflegebedürftigkeit im demografischen Wandel: Prävention und Gesundheitsförderung. In: informationsdienst altersfragen 01/2010. Hrsg. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin. S. 7-15. Verfügbar unter: www.dza.de -> *Informationsdienste*

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg. Hrsg. (2009). *Mehr Gesundheit im Alter – Arbeitshilfen für Bewegungsförderung und Sturzprävention im Alter am Beispiel des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention*. *

Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (2009). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, Robert Koch-Institut.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2007). *Selbstorganisation älterer Menschen: Beispiele guter Praxis*. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Selbstorganisation_C3_A4lterer-Menschen_3A_20Beispiele-guter-Praxis

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009). *Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune (Kurz-Expertise)*. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Sonstiges/Kurz-Expertise_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_fuer_aeltere_Menschen_im_Setting_Kommune.pdf

BKK Bundesverband (Hrsg.) (2009). *Handlungshilfe. Gesund älter werden im Stadtteil*. Verfügbar unter: www.bkk-nordwest.de/pressecenter/publikationen/download/gesund_aelter_werden.pdf *

Deutsche BKK (Hrsg.) (2006). *Das Magazin*, Ausgabe 02.

Fretschner, R. (2008). *Sektorübergreifende, zielgruppengerechte, kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen*. In: Impulse 59/2008 S. 9 f. Verfügbar unter: www.gesundheit-nds.de -> *Veröffentlichungen*

Hoffmann, E.; Menning, S.; Schelhase, T. (2009). *Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter*. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T., Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, Robert Koch-Institut, S. 21-30.

Die Beiträge des Robert Koch-Institutes zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind im Internet verfügbar unter: www.rki.de unter Gesundheitsmonitoring

Hollbach-Grömig, B.; Seidel-Schulze, A. (2007). *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 33. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/band-33-seniorenbezogene-gesundheitsfoerderung-und-praevention-auf-kommunaler-ebene-eine-bestandsaufnahme *

Huxhold, O. (2009). *Wechselwirkungen zwischen Körper und Geist im Alter*. In: Informationsdienst Altersfragen 3/2009. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin. S. 2-5. Verfügbar unter: www.dza.de -> *Informationsdienste*

Kruse, A. (1999). *Regeln für gesundes Älterwerden*. Verfügbar unter: www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Gesundheit/BAGSO_informiert_15_Regeln_Kruse_01.pdf *

Kruse, A. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung im Alter*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J.; Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage. Bern. Huber-Verlag S. 81-91.

Kümpers, S. (2009). *Gesundheitsförderung im Alter – Herausforderungen und Strategien der sozialraumbezogenen Prävention*. In: Dokumentation. Regionalkonferenz. *Gesundheit im Alter fördern – eine Zukunftsaufgabe der Kommunen*. Berlin, Gesundheit Berlin e.V., S. 10-12

Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.) (2009). *Pro Alter*. Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe. 4/2009. Köln.

Lampert, T. (2009). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter*. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T., Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin, Robert Koch-Institut, S. 121-133 (Internetverweis siehe oben).

Richter, A.; Wächter, M. (2009). *Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 36*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/band-36-zum-zusammenhang-von-nachbarschaft-und-gesundheit *

Richter-Kornweitz, A. (2009). *Armut, Alter und Gesundheit heute*. In: Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.) *Pro Alter*, Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe. 4/2009. Köln. S. 7-17.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005). *Themenheft 26: Körperliche Aktivität*. Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008). *Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit*. Berlin.

Die Schwerpunktberichte des Robert Koch-Institutes sind im Internet verfügbar unter: www.rki.de unter Gesundheitsmonitoring -> Gesundheitsberichterstattung.

Sachverständigenkommission (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft*. Berlin.

Sachverständigenkommission (2005). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten. Baden-Baden. Verfügbar unter: www.svr-gesundheit.de -> *Gutachten*

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten. Baden-Baden. Verfügbar unter: www.svr-gesundheit.de -> *Gutachten*

Saß, A.-C.; Wurm, S.; Ziese, T. (2009 a). *Inanspruchnahmeverhalten*. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.) *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin, Robert Koch-Institut, S. 135-159 (Internetverweis siehe oben).

Saß, A.-C.; Wurm, S.; Ziese, T. (2009 b). *Somatische und psychische Gesundheit*. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.) *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin, Robert Koch-Institut, S. 31-61 (Internetverweis siehe oben)

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2009). *Gesundheitsberichterstattung Berlin Diskussionspapier 34. Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung*. Verfügbar unter: www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/veroeffentlichungen/diskussionspapiere

Statistisches Bundesamt Deutschland (2009). 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – animierte Alterspyramide. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide>

Tesch-Römer, C.; Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, Robert Koch- Institut, S. 7-20 (Internetverweis siehe oben).

Trommer, H. (2007). Welche Ressourcen und Potentiale für Gesundheit brauchen wir im Alter? In: Gesundheit Berlin (Hrsg.) Gesund alt werden in Berlin – Potentiale und Strategien. Berlin, Gesundheit Berlin e.V., S. 11-17. *

Weeber, R. (2010). Möglichkeiten und Chancen gesundheitsorientierter Stadtentwicklung. Präsentation, Berlin. Verfügbar unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fachtagung-quartier

Weyerer, S. (2005). Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 28. Robert Koch-Institut, Berlin.

World Health Organization (2002). Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungspolitik.

Wurm, S.; Lampert, T.; Menning, S. (2009). Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, Robert Koch-Institut, S. 79-91 (Internetverweis siehe oben).

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Aktiv werden für Gesundheit

Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung Heft 6

Gesund und aktiv älter werden

Gesundheit im Alter

Ältere Menschen besitzen viele Ressourcen und präventive Potentiale, welche bislang nur in geringem Maße ausgeschöpft werden. Dieses Kapitel gibt einen Einblick in verschiedene Altersbilder, die demographische Entwicklung und ihre Bedeutung für die Kommunen, soziale Benachteiligung im Alter und die Gesundheit und Lebensqualität im Alter, die durch partizipative Projekte und soziale Teilhabe erheblich verbessert werden können.

Probleme und Ressourcen für ältere Menschen im Quartier erkennen

Das direkte Wohnumfeld ist für ältere Menschen von besonderer Bedeutung, da sie meist nicht mehr die Möglichkeit haben, Angebote wahrzunehmen, für die sie weite Wege zurücklegen müssen.

Wie eine Bestandsaufnahme bereits vorhandener Angebote für ältere Menschen im Quartier gemacht werden kann, welche Kriterien für ein gesundheitsförderliches Quartier für Ältere von Bedeutung sind und welche Belastungen und Ressourcen ein Quartier bieten kann, wird in diesem Kapitel aufgezeigt.

Das Quartier für Ältere gesundheitsförderlich gestalten

Der Ausbau einer lokalen Angebotsstruktur, die Gestaltung eines komfortablen, sicheren und anregenden Wohnumfeldes, der Abbau von Barrieren und die Förderung des nachbarschaftlichen Zusammenlebens zählen zu den wichtigen Handlungsfeldern für Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Quartier. Dieses Kapitel zeigt auf, wie diese Maßnahmen verwirklicht werden können, welche Projekt- und Netzwerkpartner angesprochen werden können und wie die Zielgruppe der benachteiligten älteren Menschen am effektivsten zu erreichen ist.

Prävention lohnt sich in jedem Alter

Prävention und Gesundheitsförderung sind für die Gruppe der älteren Menschen und gerade bei bereits bestehenden Einschränkungen besonders wichtig. Sie können dazu beitragen Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe im Alltag zu erhalten und das Entstehen einer Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Dieses Kapitel geht auf Lebensbereiche wie Bewegung, Ernährung und Pflege, aber auch auf Krankheitsbilder wie Demenz und Depression ein, die im Alter von Bedeutung sind und ein hohes präventives Potential aufweisen. Die mit ihnen verbundenen Möglichkeiten, gesundheitsförderlich Einfluss nehmen zu können werden erläutert ebenso wie Früherkennungsangebote und die Problematik der Arzneimittelversorgung im Alter.

Tipps zum Weiterlesen

Sie dienen zur Vertiefung eines interessierenden Themas.

Links

Hier finden sich nützliche Informationen, Adressen von Datenbanken, praktische Hinweise, Projektbeispiele und mögliche Partner.

Checklisten

Sie helfen bei der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier.