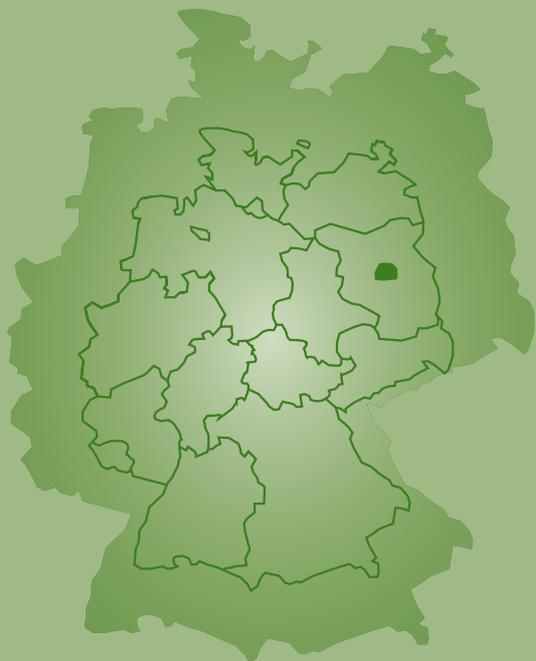


Gesund und aktiv älter werden



GESUND & AKTIV
ÄLTER WERDEN

DOKUMENTATION

Satellitenveranstaltung

**16. Kongress
Armut und Gesundheit**

2. Dezember 2010



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Impressum

Redaktion:

Stefan Pospiech
Anja Blankenburg
Merle Wiegand
Carola Gold (V.d.i.S.P.)

Satz und Layout:

Connye Wolf, www.connye.com

Herausgeber:

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
Tel.: (030) 44 31 90 60

Gefördert:

von der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Postfach 91 01 52
51071 Köln
www.bzga.de

Fachliche Auskunft:

Stefan Pospiech
pospiech@gesundheitbb.de

Fotos:

Umschlagseite: www.Fotolia.com

Innenteil: Jan Röhl Fotografie
S. 48 und S. 49: ETC e.V. Mehrgenerationenhaus
„Unter den Arkaden“

Thematische Einleitung

„Gesund und aktiv älter werden“ –
Satellitenveranstaltung des 16. Kongress
Armut und Gesundheit am 2. Dezember 2010

Grußworte

Sybill Klotz, Bezirksamt
Tempelhof-Schöneberg, Berlin

Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Fachvorträge

„Älter werden, aktiv bleiben – eine Herausforderung in Zeiten zunehmender Langlebigkeit“

Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr

„Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter“

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Fachforen

Fachforum I:
Selbständigkeit und Bewegungsförderung bei älteren Menschen

Workshop 1:
Unterstützung zum Erhalt der Selbständigkeit älterer Menschen

Barbara Eifert, Universität Dortmund

„Gesundheitsförderung älterer und alter Menschen auf kommunaler Ebene“

Martin Schumacher, Landesvereinigung für
Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.

„Seniorenservicebüros in Niedersachsen als Koordinierungs- und Anlaufstellen“

Dagmar Schüler, Seniorenservicebüro
Niedersachsen für den Landkreis Verden
„Erfahrungen mit ehrenamtlichen
Unterstützungsangeboten“

Workshop 2:
Bewegungsförderung für ältere Menschen

Dr. Jens Bucksch, Universität Bielefeld

„Wirkung körperlicher Aktivitäten im Alltag auf die Gesundheit bei älteren Menschen“

Gunmar Geuter, Landesinstitut für Gesundheit
und Arbeit des Landes NRW

„Bewegungslos – Gesundheit los! Wie kommt Bewegung in den Alltag?“

Gabriele Wessel-Neb, Behörde für Soziales,
Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
Hamburg

„Arbeitshilfen zu Bewegungsförderung und Sturzprävention“

Nicole Tempel, Landesvereinigung für
Gesundheit Bremen e.V.

„Stadtteilbegehung als Angebot der Bewegungsförderung“

Fachforum II:
Zugänge zu und Partizipation von älteren Menschen

Workshop 1:
Erreichbarkeit und Beteiligung von älteren Menschen

Katharina Gallois, Universität Bremen

„Zugänge zu schwer erreichbaren Gruppen – Erfahrungen aus der Interventionsstudie ‚Optimahl 6oplus‘“

Jessica Dreas, Katholische Hochschule NRW
„Partizipation als Risikomanagement zur selektiven Prävention bei alleinstehenden Senioren in der Studie ‚Miteinander gesund bleiben‘“

Workshop 2:
Gesundheitsförderung für Ältere – Unterschiedliche Zugänge zur Zielgruppe

Sabine Eggert, Sozialdienst katholischer
Frauen Dortmund Hörde e.V.

„Aktiv bleiben im häuslichen Umfeld – präventive Gesundheitsberatung mit der BKK und dem SKF“

Julia Ruhnau, Team Gesundheit – Gesellschaft
für Gesundheitsmanagement mbH, Essen
„Aktiv bleiben im Wohnumfeld – Gesundheitsförderung in Kooperation mit Wohnungsträgern“

Andreas Wimmer, Zone35, Berlin
„Die Aktivbleiber“

Fachforum III:
Versorgung und Beratung älterer Patient/innen

Workshop 1:
Versorgung sozial benachteiligter älterer Menschen

Alfred Spieler, Volkssolidarität Bundesverband

„Probleme und Lösungsansätze bei der gesundheitlichen Versorgung sozial benachteiligter Älterer“

Dr. Sandra Born, Bezirksamt Berlin-Lichtenberg; Robert Stephan-Pflegestützpunkt Berlin-Lichtenberg

„Modellprojekt Multiplikatoren-schulung für die Demenzfreundliche Kommune“

Workshop 2:
Konzepte, Umsetzung und Erfahrungen zur Gestaltung von zielgruppenspezifischen Angeboten der Patientenberatung für sozial benachteiligte ältere Menschen

Ursula Büsch, UPD Beratungsstelle
Ludwigshafen

„Sozialraumorientierte Ansätze der Patientenberatung am Beispiel Ludwigshafen Oggersheim und Bremen Huchting“

Zusammenfassung der Beiträge von:

Heike Kretschmann, Elke Gravert,
Unabhängige Patientenberatung Deutschland
(UPD) Beratungsstelle Hannover

„Patientenberatung für sozial benachteiligte Ältere“

Havva Arik, Unabhängige Patientenberatung
Deutschland (UPD) Beratungsstelle Berlin und
Oxana Strobel, Unabhängige Patienten-
beratung Deutschland (UPD) Beratungsstelle
Nürnberg

„Angebote und besondere Formen der
Patientenberatung für nicht Deutsch
sprechende ältere Menschen mit
Migrationshintergrund“

Abschlussveranstaltung

Podiumsdiskussion mit:

Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband

Dieter Hackler, Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend

Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Sts. Daniel Rühmkorf, Ministerium für Umwelt,
Gesundheit und Verbraucherschutz
Brandenburg

Moderation: Thomas Altgeld, Landes-
vereinigung für Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

**Preisverleihung des BKK Bundesverbandes
und des Kooperationsverbundes „Gesund-
heitsförderung bei sozial Benachteiligten“**

Kurzdarstellung

Selbstdarstellung der Preisträger

Thematische Einleitung

„Gesund und aktiv älter werden“ – Satellitenveranstaltung des 16. Kongress Armut und Gesundheit am 2. Dezember 2010

Die Lebenserwartung in Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Damit einher geht auch der Wunsch, die zusätzlichen Lebensjahre in möglichst hoher Lebensqualität und guter Gesundheit zu verbringen. In einer Gesellschaft, in der auch chronische Erkrankungen zunehmen, kann dies nur durch eine zielgerichtete Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gelingen.

Wir wissen heute, dass Prävention in jedem Alter wirkt – je früher, desto besser. Aber es ist auch nie zu spät, etwas für die Gesundheit zu tun. Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder so lange wie möglich zu vermeiden ist eine Frage der Lebensqualität und auch der Verringerung von Kosten für die Kommunen und Sozialversicherungen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt deshalb, Prävention und Gesundheitsförderung im Alter höchste Priorität beizumessen.

Die Fachtagung „Gesund und aktiv älter werden“ thematisierte die Herausforderungen un-



serer älter werdenden Gesellschaft und gab Impulse, wie Gesundheitsförderung im Alter gestaltet werden kann. In themenbezogenen Workshops diskutierten Teilnehmer/innen aus Wissenschaft, Politik, Verbänden und Praxis, wie Selbständigkeit erhalten und gesunde Lebensstile und Bewegung bei älteren Menschen gefördert werden können. Themen waren neben kommunalen Strategien, erfolgreichen Zugängen und Partizipation von älteren Menschen auch die Versorgung und Beratung von älteren Patientinnen und Patienten.

Die Grußworte, Einführungs- und Fachvorträge der Referentinnen und Referenten, sowie die Abschlusspodiumsdiskussion können in dieser Dokumentation nachgelesen werden. Im Rahmen der Fachtagung wurden auch die Gewinnerinnen und Gewinner des Preises des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen BKK „Vorbildliche Praxis 2010: Gesund im Alter: Selbstbestimmt wohnen und aktiv bleiben“ prämiert. Die „Good Practice-Projekte“ der Preisträger werden in der Dokumentation ebenfalls aufgeführt.



Eröffnung

Grüßworte



**Dr. Sybill Klotz, Bezirksamt
Tempelhof-Schöneberg Berlin**

Einen herzlichen und freundlichen guten Morgen all denjenigen, die heute den Weg hier her gefunden haben. Ich finde, dass das Wetter heute sehr gut zum Thema passt. Es macht uns deutlich, dass es wechselnde Bedingungen gibt, denen man sich stellen muss und unter denen man nicht immer weitermachen kann

wie bisher. Man muss sich auf Veränderungen einstellen und flexibel darauf reagieren.

Jedes zweite Mädchen, welches heute geboren wird hat gute Chancen, 103 Jahre alt zu werden. Diese Information dürfte uns allen nicht neu sein. Alle Menschen unserer Gesellschaft haben heutzutage die Chance, älter, alt oder gar hochbetagt zu werden. Wir können beispielsweise in Berlin eine sehr starke Zunahme der über 80-Jährigen Menschen verzeichnen. Ein Blick in das Jahr 2030 zeigt, dass die Altersgruppe der Hochbetagten einen Anteil von etwa 7,4 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland ausmachen wird. In Zahlen bedeutet das: Wir haben eine Gruppe von 256.000 Menschen dieses Alters über die wir sprechen. Wir haben bereits heute eine hohe Zahl sehr alter Menschen. Als Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg haben wir uns in der Abteilung Gesundheit und Soziales für das Jahr 2011 ein Projekt überlegt, welches wir mit und für über 100-Jährige Menschen durchführen wollen. Warum haben wir das getan?

Der Bezirk Tempelhof-Schöneberg weist die dritthöchste Zahl der 12 Berliner Bezirke mit Menschen über 100 Jahre auf. Im Bezirk Tempelhof-Schöneberg leben 328.000 Einwohner, davon haben wir derzeit 182 Menschen über 100 Jahre. Wenn wir den Blick auf Gesamtberlin richten, dann sind es aktuell

1.135 Menschen die über 100 Jahre alt sind. Diese Menschen leben nicht alle in Heimen und Pflegeeinrichtungen. Sie sind auskunftsfähig und auch zu Gesundheitsthemen auskunftswillig. Das wollen wir nutzen und sie gerne fragen: Was hat eigentlich dazu geführt, dass sie so alt geworden sind?

Wir wissen, dass genetische Anlagen zum Erreichen eines hohen Alters determinierend sind, aber sie sind es nicht alleine. Im Rahmen des Projektes soll eine Ausstellung eröffnet und eine Broschüre entwickelt werden. Wir wollen direkt mit den über 100-Jährigen in Kontakt kommen und uns ihre Biografien betrachten.

Auf der heutigen Tagung werden wir noch viel zu Ernährung, Bewegung und Prävention bis ins hohe Alter sprechen. Natürlich ist eine lebenslang gesunde Lebensweise die allerbeste Voraussetzung für ein sehr langes und gesundes Leben. Aber das größte Gesundheitsrisiko, und dieser Aspekt ist mir sehr wichtig zu erwähnen, ist nicht das Übergewicht, sondern es ist die Einsamkeit und die fehlenden sozialen Kontakte! Deshalb setzt die nachhaltige kommunale gesundheitsbezogene Prävention für Ältere genau dort an und unterstützt deren Netzwerke. Nur wenn es gelingt, nachbarschaftliche Unterstützung und Selbsthilfe zu mobilisieren und freiwillige und ehrenamtliche Arbeit auszubauen, können wir es mehr Menschen in den Quartieren und Kiezen ermöglichen, aktiv und sozial integriert und möglichst auch gesund alt zu werden. Lange selbstständig zu Hause wohnen ist die allerbeste Prävention und verkürzt sehr deutlich die Pflegezeit des Lebens. Daran besteht überhaupt kein Zweifel. Die gute Nachricht und davon bin ich fest überzeugt: Es ist nie zu spät gesund oder gesünder zu leben. Es lohnt sich auch noch im Alter, mit

dem Rauchen aufzuhören. Und selbst mit dem Aufbau von Muskeln muss es mit 70 Jahren noch lange nicht vorbei sein. Es darf nicht vergessen werden, dass die Armut, und damit meine ich nicht nur die materielle Armut, sondern auch die damit im Zusammenhang stehende Bildungsarmut, das größte Gesundheitsrisiko darstellt. Wir haben ein Problem der wachsenden Altersarmut. Wir haben eine immer größer werdende Zahl von Menschen, die von ihrer Rente nicht leben können und auf ergänzende Grundsicherungen angewiesen sind. Für sie sind Ressourcen für gesundheitsbezogene Prävention nicht in dem Maße vorhanden, wie wir uns das wünschen.

Nicht zuletzt möchte ich eine Frage in den Raum stellen, die mich ebenfalls bewegt.

Wie können wir eigentlich mehr Männer für Gesundheitsthemen interessieren? Nach wie vor ist das Interesse der Frauen an Gesundheitsthemen deutlich höher als bei Männern. Dies zeigt sich in der häufigen Überzahl der Frauen an Kultur – oder Gesundheitsveranstaltungen. Der Zugang zu Männern gestaltet sich nach wie vor schwierig. Ich denke, insbesondere hierfür müssen Strategien entwickelt werden.

Der letzte Punkt, der mir wichtig ist und angesprochen werden soll, ist die Situation der kommunalen Verwaltung. Die Diskrepanz steigt zwischen dem, was für Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen notwendig wäre und den Handlungsmöglichkeiten der Kommunen. Diese Diskrepanz wird mir immer sehr deutlich, wenn ich auf Kongresse wie dem heutigen gehe, wo Konzepte und Anforderungen formuliert werden, die ich voll unterstützen kann. Doch wenn ich dann wieder in die Realität zurückkehre finde ich die Situation vor, dass im sozialpsychiatrischen Dienst eine Sozialarbeiterin mittlerweile für 426 Klienten zuständig ist oder es große Differenzen zwischen dem Soll- und Ist-Zustand der personellen Besetzung in den Gesundheitsämtern gibt. Hier liegt mittlerweile für Gesamtberlin eine reale Differenz zwischen den besetzten und im Plan vorgesehenen Stellen (40 Kolleginnen und Kollegen) vor. Das heißt, wir benötigen nach Plan 140 Mitarbeiter/innen für eine Bevölkerungsgruppe von 235.000 Menschen. Wir haben aber nur 100. Angesichts dieser Situation bedeutet das für die Verwaltung, dass sie ihre Rolle neu definieren muss. Sie muss stärker moderieren, sie muss stärker vernetzen, sie muss stärker verknüpfen, sie muss stärker auf die Anbieter zugehen die außerhalb der Verwaltung als freie Träger aktiv sind. Sonst, davon bin ich fest überzeugt, werden wir die Anforderungen des demografischen Wandels nicht bewältigen können.

Ich wünsche uns eine interessante Tagung und interessante Debatten. Ich wünsche mir vor allem, dass viel von den Erkenntnissen, die heute hier vermittelt und vorgetragen werden, auch den Weg in die Praxis finden. Vielen Dank!



Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Sehr geehrte Frau Klotz,
sehr geehrte Frau Prof. Lehr,
sehr geehrte Frau Gold,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie heute hier in Berlin im Vorfeld des 16. Kongresses „Armut und Gesundheit“ begrüßen zu können. Ich darf an dieser Stelle Frau Klotz für die Gastfreundschaft danken und Frau Gold und ihrem Team für die gute Vorbereitung dieser Konferenz.

„Gesund und aktiv älter werden“ ist der Titel unserer heutigen Veranstaltung, ein vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zentrales Thema, das für alle Akteure in diesem Bereich große Herausforderungen, aber auch Gestaltungschancen mit sich bringt.

„Gesund und aktiv älter werden“: Hierzu gehört, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten. Dies ist von hoher individueller wie auch gesellschaftspolitischer und ökonomischer Bedeutung. Betrachten wir z.B. die Bereiche Arbeit und Wirtschaft, die finanzielle Lage und Absicherung im Alter, den Bereich der Gesundheitsversorgung und Pflege oder auch die Familie und die soziale Einbindung und Teilhabe, die gesellschaftliche und politische Partizipation.

In engem Zusammenhang hiermit steht die Frage der Umsetzungs- und Verwirklichungschancen von Gesundheit. Wir wissen, dass bestimmte Problemlagen und schwierige und belastende Lebensbedingungen erhebliche negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Gesundheit von Menschen haben. Mit diesen Fragen werden wir uns ganz intensiv im Rahmen des morgen beginnenden Kongresses

„Armut und Gesundheit“ auseinander setzen. Lassen Sie mich an dieser Stelle zu Beginn unserer heutigen Tagung kurz einige grundlegende Aspekte und Herausforderungen der Zielsetzung „gesund und aktiv älter werden“ nennen:

Die Menschen werden älter, die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich. Bereits im Jahr 2005 überstieg bundesweit die Zahl der über 60-Jährigen (mit ca. 20 Millionen) deutlich die der unter 20-Jährigen (ca. 16 Millionen). Bis zum Jahr 2050 wird die Anzahl der über 60-Jährigen weiter zunehmen auf ca. 28 Millionen. Das heißt, dass viele Menschen eine lange Lebensphase des Alterns und Altseins erleben.

Das Ziel ist aber nicht allein, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Es geht vielmehr darum, die **zusätzlichen Lebensjahre mit einer möglichst hohen Lebensqualität** zu erleben. Eine Grundlage hierfür ist die Erhaltung von Gesundheit und Selbstständigkeit.

Nun haben wir es mit einer großen und **äußerst heterogenen Zielgruppe** zu tun. Wir wissen, dass es **DIE** älteren Menschen nicht gibt. Wir finden sehr unterschiedliche Voraussetzungen, Lebenslagen und Gesundheitschancen vor. Zu den relevanten Zielgruppenmerkmalen gehören neben Alter und Geschlecht vor allem die soziale Lage, der Bildungs – und der berufliche Hintergrund, auch die Familiensituation, der Gesundheitszustand, ggf. ein Migrationshintergrund und weitere Aspekte.

Nehmen wir die **Gesundheit** älterer Menschen in den Blick: Bei älteren Menschen sind die Prävalenz- und Inzidenzraten bei den meisten behandlungsbedürftigen Krankheitsgruppen höher, als bei jüngeren. Im Vordergrund stehen Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates (Arthrose, Osteoporose, Rückenschmerzen, hierdurch funktionale Einschränkungen), Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Mobilität, Sturzunfälle,

Krebserkrankungen, Psychische Erkrankungen. Das Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) nimmt ab dem mittleren Lebensalter stark zu, damit auch die entsprechende Einnahme zahlreicher Medikamente.

Hinzu kommt bei vielen älteren Menschen, vor allem bei älteren Frauen, die spezielle Belastung durch die Pflege von Angehörigen.

Allerdings sollten wir uns m.E. keineswegs nur mit negativen Aspekten, Belastungen und Einschränkungen im Zusammenhang mit der Altersthematik beschäftigen. Wir sollten uns gerade auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung/Prävention parallel auch eine andere, eine positivere Sicht auf das Alter zu eigen machen. Die Gesellschaft verändert sich; es gibt neue Lebensformen, Ideen, Interessen und individuelle Wünsche, Freude und Lebenslust. Ältere Menschen bringen Erfahrungen und Kompetenzen mit. Diese können eingebracht werden, auch wenn wir an generationenübergreifende Konzepte und Umsetzungen denken. Welche Aufgaben stellen sich vor diesem kurz skizzierten Hintergrund für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention? Was können wir als Gesundheitsförderer, als Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis, gemeinsam dazu beitragen, dass die derzeit noch nicht ausreichend genutzten Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte besser ausgeschöpft werden?

Aus meiner Sicht müssen unsere Strategien sowohl die Aspekte des individuellen Älterwerdens als auch regionale Rahmenbedingungen und Besonderheiten berücksichtigen. Die folgenden Prinzipien spielen hierbei eine besondere Rolle:

- Wichtig sind Ansätze, die die Lebenswelten berücksichtigen und im Alltag der Zielgruppen (Wohnung, Wohnumfeld, Stadtteil, Kommune, Betriebe) einen Zugang finden.
- Weiter wichtig ist eine zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure – interdisziplinär und sektorübergreifend. Hierzu werden kommunale Konzepte benötigt, die ein gemeinsames Gesundheitshandeln verschiedener Akteure sicher stellen. Es gibt viele Zuständige in den Bereichen Gesundheit/Soziales/Stadtentwicklung. Zu den wichtigsten Partnern gehören z.B. Ärzteschaft, Apotheken, Pflegedienste, Sportvereine, Krankenkassen, Beratungsstellen, Weiterbildungsstätten, Betriebe, Kirchen/Gemeinden, Seniorenbüros. Erforderlich sind funktionierende lokale Netzwerke.

- Notwendig sind klare Kooperationsziele und -vereinbarungen. Zu den Erfolgsvoraussetzungen von Kooperationen gehört es, das gemeinsame Vorgehen inhaltlich und organisatorisch sehr genau festzulegen. Hierzu gehören verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit klarer Aufgaben – und Kostenteilung. Und: Eine interdisziplinäre Professionen übergreifende Zusammenarbeit funktioniert nur, wenn sie auf Augenhöhe stattfindet, verbunden mit gegenseitiger Wertschätzung und Vertrauen.

- Von großer Bedeutung ist die Entwicklung und Nutzung geeigneter Zugangswege. Hier sind ganz besonders kreative Ideen gefragt, denn es gibt keine einfachen Zugangswege über Institutionen zu diesen Zielgruppen.

- Geeignete Zugangswege und Angebotsformen sind von besonderer Bedeutung, wenn wir z.B. auch ältere Migrantinnen und Migranten erreichen wollen, sozial benachteiligte ältere Menschen, bildungsferne Zielgruppen. Hier gilt es, besonders sensibel vorzugehen und die Menschen dort „abzuholen“, wo sie sind. Es gibt bereits einige gelungene Praxisbeispiele, die zur Nachahmung anregen und deren Erfahrungen wir nutzen können.

- Wichtig bei allen Aktivitäten und Maßnahmen ist eine Prozess begleitende Qualitätssicherung: Konzept, klare Zielsetzungen, Überprüfung, inwieweit die Ziele erreicht werden, ggf. Nachsteuern/Optimieren.

Die o. g. Aufgaben sind große Herausforderungen, die Umsetzung ist anspruchsvoll. Um hier unterstützend zu wirken, hat die BZgA einige Aktivitäten auf den Weg gebracht.

Wir führen, gemeinsam mit den Akteuren vor Ort, Fachtagungen wie z.B. die heutige Satellitenveranstaltung durch. Anschließend organisieren wir in 2010 und 2011 Regionaltagungen in allen Bundesländern. Es geht uns darum die Akteure, Sie alle, zusammen zu bringen, Impulse zu setzen, neue Informationen und Erkenntnisse bekannt zu machen. Es geht auch darum, mit Blick auf die regionalen Besonderheiten (Stadt-Land-Unterschiede, strukturschwache Gebiete) Umsetzungsstrategien und stabile Strukturen zu entwickeln. Die Ergebnisse aller Regionalveranstaltungen werden dokumentiert und zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus bauen wir, vor dem Hintergrund, dass das Internet zunehmend an Bedeutung

gewinnt, ein Gesundheitsinformationsportal „gesund und aktiv älter werden“ auf. Dieses Onlineangebot wird qualitätsgesicherte Informationen zu zentralen Gesundheitsthemen bereitstellen. Das Portal wird im Sinne einer Wegweiserfunktion fachlich geprüfte Informationen, relevante Adressen, Tipps und Anregungen, Materialien und Arbeitshilfen enthalten.

Dann haben wir – gerade druckfrisch – eine Neuausgabe der Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier „Aktiv werden für Gesundheit“ herausgegeben. Hier gibt es ein Extra-Heft zum Thema Alter, das ab sofort bestellt werden kann.

Dieses neu entwickelte Heft „Gesund und aktiv älter werden“ gibt anhand konkreter Praxisbeispiele Hinweise, wie die anspruchsvolle Aufgabe der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen gelingen kann.

Für viele unterschiedliche Handlungsfelder in diesem sehr differenzierten Lebensabschnitt – von den letzten Jahren im Arbeitsleben oder auch in Arbeitslosigkeit bis hin zur Hochaltrigkeit – werden Anregungen für die Praxis gegeben: z.B. zu den Aspekten Bewegungsförderung und Sturzprävention, gesunde Ernährung, Förderung psychischer Gesundheit (Themen Demenz, Depression), Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Unterstützung pflegender Angehöriger.

Meine Damen und Herren, eine gezielte Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen vor Ort ist eine wichtige Zukunftsaufgabe für uns alle. Die gute Nachricht ist, dass hierzu schon sehr viel an Vorarbeit geleistet wurde. Zu einigen Bereichen gibt es gute, eindrucksvolle und bewährte Praxisbeispiele. Mit ausgewählten Ansätzen und Beispielen werden wir uns in den heutigen Workshops intensiver beschäftigen. Weitere Beispiele finden Sie in unserer Praxisdatenbank unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Und heute Nachmittag werden im Rahmen der Verleihung des BKK-Preises einige herausragende Projekte prämiert.

Ich freue mich auf Ihre Beiträge, wünsche uns eine interessante und ergebnisreiche Veranstaltung, gute Diskussionen, viele Impulse, die uns in der Umsetzung weiter bringen. Vielen Dank!

Fachvorträge

Älter werden – Aktiv bleiben – Eine Herausforderung in Zeiten zunehmender Langlebigkeit

Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr, Institut für Gerontologie,
Universität Heidelberg



Wir alle werden älter: Von Tag zu Tag, von Woche zu Woche, von Monat zu Monat, von Jahr zu Jahr. Dass wir älter werden – daran können wir nichts ändern. Aber wie wir älter werden, das haben wir zum Teil selbst in der Hand. Es kommt nämlich nicht nur darauf an, wie alt wir werden, sondern wie wir alt werden. Es gilt, nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben.

Wir leben heute in einer alternden Welt. Immer mehr ältere Menschen stehen immer weniger jungen gegenüber. Immer mehr Menschen erreichen ein immer höheres Lebensalter – eine Tatsache, die zu begrüßen ist – wenngleich die zunehmende Langlebigkeit eine Herausforderung für jeden einzelnen, aber auch für die Gesellschaft, bedeutet.

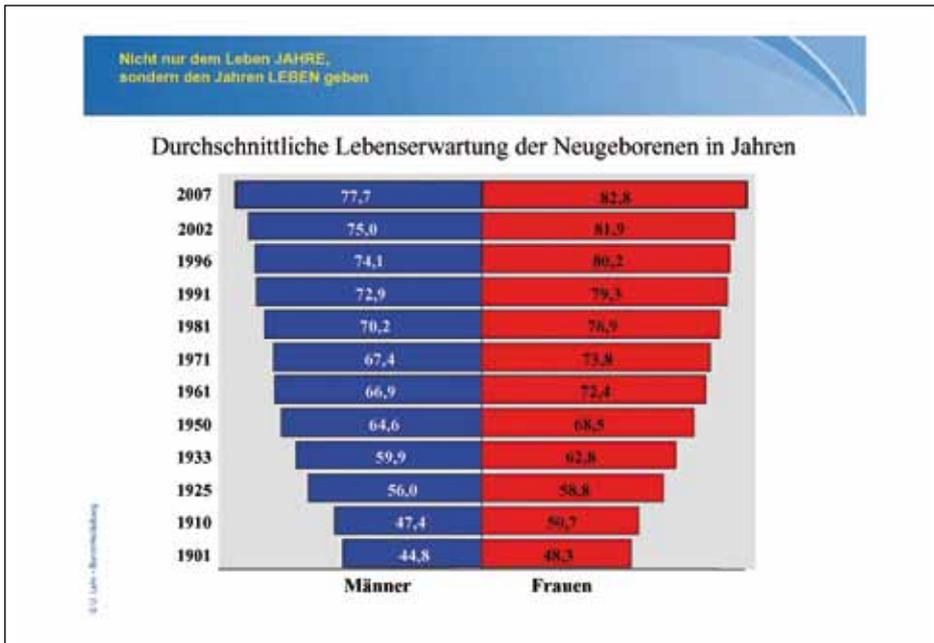
Wir haben eine zunehmende Langlebigkeit, die den demographischen Wandel bedingt – oder genauer: stark mit beeinflusst. Doch dies ist nur ein Aspekt eines Veränderungsprozesses unserer Gesellschaft, der neben diesen quantitativen Veränderungen (mehr Alte, weniger Junge) eine Reihe qualitativer Umstrukturierungen mit sich bringt. Der demographische Wandel – international verglichen mit der Umweltproblematik, auf die erstmals in den 1970er Jahren der Club of Rome aufmerksam machte – wird Ausstrahlungen in viele Bereiche menschlichen Lebens haben, deren Konsequenzen heute noch nicht ganz absehbar sind. Dabei ist festzustellen, dass der demografische Wandel in einer Zeit des wirtschaftlichen Wandels, in einer Zeit des rapiden technischen und sozialen Wandels stattfindet (das Verfallsdatum des heutigen Berufswissens wird immer kürzer), in einer Zeit enormen medizinischen Fortschritts, in der die Langlebigkeit weiterhin zunehmen wird.

Ich möchte unter fünf Aspekten das Älterwerden unserer Gesellschaft ansprechen und einige Konsequenzen aufzeigen und dabei die Frage stellen, wie sich ein Altwerden bei weitgehendem psychophysischem Wohlbefinden erreichen lässt. Was kann man zur Erhöhung der Lebensqualität im Alter tun? Hier ist jeder einzelne gefordert, aber auch die Gesellschaft kann das Ihre dazu beitragen.

I. Der demografische Wandel

1. Die Zunahme der Lebenserwartung des Einzelnen

Ein neugeborener Junge hat heute eine Lebenserwartung von 77,2 Jahren, ein neugeborenes Mädchen bei uns von 82 Jahren. Man kann davon ausgehen, dass sich pro Jahr die Lebenserwartung des Neugeborenen um 3 Monate verlängert. Das heißt, dass unsere Gesellschaft weiter altern wird. Der 60-Jährige hat schon heute noch eine durchschnittliche weitere Lebenserwartung von etwa 25 Jahren. Das heißt: wenn man heute in Rente geht, dann hat man noch mehr als ein Viertel seines Lebens vor sich – bei besserer Gesundheit und höherer Kompetenz, als dies vor Jahrzehnten der Fall war. Aber wir müssen selbst etwas dazu tun, um diese Kompetenz zu erhalten, zu stärken! Was? – Der Titel sagt es: „Älter werden, aktiv bleiben!“



Doch wir haben nicht nur eine Verlängerung der Lebenszeit im Alter, wir haben auch eine Verlängerung der Jugendzeit! Unsere Großväter und Großmütter sind viel früher ins Berufsleben eingetreten, haben viel früher eine Familie gegründet und „ihren Mann“ bzw. „ihre Frau“ gestanden, Verantwortung übernommen. Heute sind nur 37 Prozent der 40-Jährigen verheiratet; von 25 Jahren waren es noch über 50 Prozent! Heute zählt die Jugendzeit bis 35 (so die Altersgrenze in allen Parteien, bei der Jungen Union, den Jungen Liberalen und den Jungsozialisten), ab 45 aber zählt man schon zu den „älteren Arbeitnehmern“, ab 50 ist man zu alt für jeden neuen Job und ab 55 gehört man bereits zu den Senioren; Seniorenwirtschaft, Seniorenmessen sprechen die 55pluser an. 35 Jahre jung, 10-15 Jahre erwachsen und dann 35/40 Jahre und mehr „alt“? Vom Bafög in die Rente? Das kann doch nicht der Sinn des Lebens sein! Früherer Berufseintritt – späteres Berufende: darüber sollten wir einmal nachdenken!

Hilfe, kann aber noch außer Haus gehen. Und das 3. Drittel ist pflegebedürftig und wünscht den Tod herbei.

Eines ist allen Hundertjährigen gemeinsam: Sie blicken zurück auf ein Leben voller Aktivität. Sie waren körperlich aktiver als viele ihrer Geburtsjahrgänge und gingen bis ins hohe Alter hinein täglich spazieren. Und sie waren geistig aufgeschlossen, lasen noch bis zuletzt ihre Tageszeitung und verfolgten die Weltpolitik.

Die Gruppe der Hochbetagten oder Langlebigen, die der über 80-Jährigen, ist weltweit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren. Doch die übliche Einteilung, von den sogenannten „jungen Alten“ und ab 80 oder 85 von den „alten Alten“ zu sprechen, ist problematisch. Manch einer ist schon mit 55 oder 60 ein „alter Alter“, andere sind noch mit 90 „junge Alte“. Das „functional

age“ ist ausschlaggebend, die Funktionsfähigkeit verschiedener körperlicher und seelisch-geistiger Fähigkeiten. Und diese Funktionsfähigkeiten sind keinesfalls an ein chronologisches Alter gebunden, sondern werden von biologischen und sozialen Faktoren, die während eines ganzen Lebens einwirken, mitbestimmt. Hier werden Schulbildung, berufliche Herausforderung, berufliches Training, Lebensstil und Reaktionen auf Belastungen ausschlaggebend. Vor allem aber fand man bei Langlebigen einen aktiven Lebensstil, der auf körperliches Training, auf vielseitige geistige Anregung achtet und das Zusammensein mit anderen Menschen schätzt. Weiterhin hat man ganz enge Zusammenhänge gefunden zwischen einer Lebensqualität im Alter und „dem Gefühl, gebraucht zu werden“. Der Mensch braucht eine Aufgabe, die ihn zwar nicht überfordern sollte, aber auch nicht unterfordern sollte.

Ein generelles Defizit-Modell des Alterns ist in Frage zu stellen. Dies wurde durch viele Studien widerlegt (zusammenfassend bei Lehr 1972, 2007, Lehr & Thomae, 2000; Mayer & Baltes 1996). Altern muss nicht Abbau und Verlust bedeuten, sondern kann in vielen Bereichen geradezu ein Gewinn sein – Zunahme von Kompetenzen und Potenzialen und damit eine Chance für den Einzelnen und die Gesellschaft! Fest steht: Gleichaltrige zeigen oft größere Unterschiede als Menschen, deren Altersunterschied 20 Jahre und mehr beträgt.

Die Forschung hat sehr viel zur neuen Sicht des Alters beigetragen, hat Altersgrenzen infrage gestellt. Die Anzahl der Lebensjahre kann kein Maßstab sein! Sie hat nachgewiesen: Je älter wir werden, umso weniger sagt die Anzahl der Jahre etwas aus über Fähigkeiten und Fertigkeiten, über Erlebens – und Verhaltensweisen. Alterszustand und Alternsprozesse sind stets das Ergebnis des eigenen Lebenslaufes, urei-

2. Deutschland wird älter: Wir leben in einer graying world

Der Anteil der über 60-Jährigen in Deutschland betrug um die Jahrhundertwende fünf Prozent, heute sind es 25 Prozent und für das Jahr 2030 rechnet man mit ca. 35-38 Prozent der Bevölkerung, die das 60. Lebensjahr erreicht bzw. überschritten hat.

Aber wir haben auch eine Zunahme des Anteils der über 70-, 80-, 90- und Hundertjährigen. Vor 35 Jahren lebten in Deutschland 265 Hundertjährige; für das Jahr 2025 rechnet man in Deutschland mit 44.000, für 2050 mit mehr als 114.000 Über-Hundertjährigen – bei einer Bevölkerung von dann nur 68-70 Millionen. Selbst der Anteil der über 105-Jährigen ist gestiegen und lag 2009 bei 447. Etwa ein Drittel der Centenarians ist noch recht rüstig und kann allein den Alltag meistern, ein Drittel bedarf der

Nicht nur dem Leben JAHRE, sondern den Jahren LEBEN geben

100-Jährige verlässt Seniorenheim "Für den Laden war ich noch nicht reif"

Man muss sich nicht alles bieten lassen, findet Maria Milz. Weil sie sich schlecht behandelt fühlte, zog die 100-Jährige nach knapp zwei Monaten wieder aus dem Altenheim aus. Nun wohnt sie wieder im eigenen Haus.

Frau Milz war noch nicht reif für das Altenheim: "Da hab ich meine Tochter angerufen und gesagt: 'Komm sofort, sag ich, hier bleib ich keine Stunde mehr!'."

Quelle: Süddeutsche Zeitung • 12. 01. 2007

Foto: Latif

genster individueller Erlebnisse und Erfahrungen und der ganz persönlichen spezifischen Art der Auseinandersetzung mit diesen. Sie sind beeinflusst durch viele Facetten der gegenwärtigen Situation, zu denen neben Gesundheit, finanzieller Situation, familiärer Situation auch das Altersbild der Gesellschaft gehört. Tatsache ist: Anstelle von Altersnormen sollte man lieber nach Alternsformen suchen.

Wir leben in einer alternden Gesellschaft, doch von Überalterung nur aufgrund der zunehmenden Langlebigkeit zu sprechen, wäre einseitig. Wir haben vor allem eine Unterjüngung, einen Rückgang der Geburtenzahlen.

3. Das Verhältnis zwischen den Generationen hat sich verändert

Zunächst einmal unter quantitativen Aspekten: Kamen vor 100 Jahren auf einen über 75-Jährigen noch 79 jüngere Personen, so sind es heute nur noch 13. Und man hat berechnet, dass im Jahre 2040 ein über 75-Jähriger nur noch 6,2 Personen gegenübersteht, wird, die jünger als 75 Jahre sind.

Wenn wir diese Entwicklung vor Augen haben, dann ist auch die Kommune, die Gesellschaft gefordert; dann haben wir einmal z.B. Konzepte der Stadtentwicklung zu überdenken – von der Verkehrsführung bis hin zu Sportstätten und Sportmöglichkeiten für Ältere. Neben Kinderspielflächen brauchen wir Sport- und Freizeitmöglichkeiten für Ältere. Warmbadetage in Schwimmbädern werden immer notwendiger. Wir müssen uns Gedanken über die Erreichbarkeit von Schwimmbädern machen. Hier spielt sowohl der Öffentliche Nahverkehr als auch die Parkplatzfrage eine ganz große Rolle. Manch einer geht nicht in die Innenstädte einkaufen, weil dieses Problem nicht gelöst ist. Doch körperliche Aktivität, Bewegung ist im Alter nötig, Bewegung hält gesund!

Wir haben über den entsprechenden Ausbau von Beschäftigungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten (und hier Ältere in die Programmgestaltung mit einzubeziehen) nachzudenken. Wir sollten zur geistigen Aktivität (Vorträge, Theaterbesuche, Besuche von Ausstellungen etc.) motivieren, ein Umdenken im Freizeitbereich, aber auch im Gesundheitsbereich (Hausarztbesuche) wird erforderlich. Wohnungsplanung (Wohnungsausstattung) und Wohnumfeld sollte auf die veränderte Bevölkerungsstruktur und deren Bedürfnisse Rücksicht nehmen. Welche Hilfen können geschaffen werden, dass man auch beim Älterwerden aktiv bleiben kann, seine Selbständigkeit erhalten kann?

Das quantitative Verhältnis der Altersgruppen in unserem Land hat sich verändert, aber auch unter qualitativen Aspekten ist der demographische Wandel und das Verhältnis zwischen den Generationen zu diskutieren.

Hier sei zunächst der Rückgang der 3- und 2-Generationenhaushalte und der Anstieg der

Ein-Generationen bzw. Ein-Personen-Haushalte erwähnt. Nur 1,1 Prozent von allen 34 Millionen Haushalten in der Bundesrepublik sind 3-Generationenhaushalte. Rund 37 Prozent aller Haushalte in Deutschland sind heute 1-Personenhaushalte (im Jahr 1900 waren es nicht einmal 5 Prozent!). Diese zunehmende Singularisierung und Individualisierung sollte aber keineswegs mit Einsamkeit gleichgesetzt werden. Sie hat aber Konsequenzen sowohl in Bezug auf die Kinderbetreuung als auch auf etwaige notwendig werdende Hilfs- und Pflegeleistungen im Alter. (Es fängt bereits an mit der täglichen Zeitungszustellung, wenn leicht Gehbehinderte die Tageszeitung abbestellen müssen, weil sie sich das Treppensteigen höchstens einmal am Tag zumuten können. Oder: Was macht der ältere Alleinstehende, wenn nur die Glühbirne an der Deckenbeleuchtung durchbrennt?)

Neben dem Rückgang der Mehrgenerationenhaushalte haben wir jedoch gleichzeitig einen Trend zur 4- bzw. 5-Generationenfamilie, die allerdings nicht unter dem gleichen Dach leben. Rund 20 Prozent der über 60-Jährigen haben Urenkel, aber ebenso viele haben noch einen lebenden Elternteil. Die Großeltern-Generationen sind die „sandwich-generation“, die oft sowohl für Kinder- und Kindeskinde aufkommen als auch noch für die alten Eltern sorgen. Die viel gepriesene Familienpflege sieht heute oft so aus, dass die Großmutter die Urgroßmutter pflegt. Wir haben die „multilokale Mehrgenerationenfamilie“ (über die ganze Welt verstreut) oder auch die „Bohnenstangenfamilie“: Fünf Generationen leben zur gleichen Zeit, aber es fehlen Brüder und Schwestern, Cousins und Cousinen, Tanten und Onkel, Nichten und Neffen, Schwägerinnen und Schwäger etc., mit denen man reden kann, mit denen man etwas zusammen unternehmen kann. Der Mensch braucht auch Kontakt sowohl zu anderen, jüngeren und älteren Generationen, aber auch zur gleichen Generation. Den hat er nur zur Schulzeit und zur Zeit der Berufstätigkeit. Vor Schulbeginn muss für Kontakt gesorgt werden: Kinder brauchen Kinder für ihre eigene Entwicklung (nur so lernen sie Geben und Nehmen, soziale Kompetenzen). Und nach dem Ende der Berufstätigkeit müssen andere Kontaktmöglichkeiten geschaffen oder intensiviert werden (Kirche, Gemeinde, Vereine, Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement). In diesem Zusammenhang ein Wort zum „Generationenkonflikt“. Im familiären Bereich kommt er so gut wie gar nicht vor. Alle Untersuchungen und Surveys zeigen, dass gerade der heutigen Rentnergeneration das Wohl ihrer Kinder und Kindeskinde am Herzen liegt, für die sie im privaten Rahmen schon heute sehr viel tun. Sei es durch finanzielle Unterstützung, durch Sachleistungen, durch Betreuungsleistungen und oft auch noch durch Pflege ihrer eigenen alten Eltern. Eine umfassende Studie von Martin Kohli hat festgestellt, dass Senio-

rinnen und Senioren „...in den Bereichen Ehrenamt, Pflege und Kinderbetreuung im Jahr ungefähr 3,5 Milliarden Stunden überwiegend unentgeltlich tätig sind. Nimmt man einen durchschnittlichen, in diesen Branchen üblichen Nettostundenlohn von 11,80 Euro an, lässt sich der Wert der geleisteten Arbeit auf etwa 41,3 Milliarden Euro beziffern, was 21 Prozent der 1996 geleisteten Zahlungen der gesetzlichen Altersvorsorge entspricht“. Im familiären Bereich sind die Alten eher die Gebenden als die Nehmenden. 23 Prozent der Seniorinnen und Senioren unterstützen ihre Kinder materiell, während nur 2 Prozent etwas von ihren Kindern erhalten. Der Alterssurvey lässt deutlich werden: „1996 belief sich der durchschnittliche Transferbetrag für die über 60-Jährigen Geber auf etwa 3650 Euro, was hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung der über 60-Jährigen 17,2 Milliarden Euro oder rund 9 Prozent der in diesem Jahr geleisteten Zahlungen der gesetzlichen Altersversorgungssysteme ausmacht.“ (Erbschaften sind hierbei nicht berücksichtigt). Im familiären Bereich ist die Solidarität zwischen den Generationen, die gegenseitige Hilfe, beachtlich! Großeltern sind heutzutage weit öfter die „Gebenden“ als die „Nehmenden“.

4. Vom 3-Generationen-Vertrag zum 5-Generationen-Vertrag: Generationenkonflikt oder Generationensolidarität?

Der 3-Generationen-Vertrag ist schon heute zu einem 5-Generationen-Vertrag geworden. Er wurde bekanntlich Ende letzten Jahrhunderts ins Leben gerufen und besagt, dass diejenigen, die im Erwerbsleben stehen, durch ihre Steuern und Beiträge für jene aufzukommen haben, die noch nicht ins Erwerbsleben eingetreten sind und für jene, die bereits aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sind.

Damals lag das durchschnittliche Eintrittsalter in das Berufsleben zwischen 15 und 16 Jahren: Berufsschule gab es (leider) noch nicht, eine weiterführende Bildung oder gar ein Studium konnten sich nur wenige leisten, Frauen schon gar nicht. Das Schuleintrittsalter lag bei fünf Jahren und die Volksschulzeit betrug acht Jahre. So hatte man mit 15 Jahren bereits (wenn auch wenig) verdient und seine Beiträge abgeführt, hatte von 15, 16 Jahren an in die Rentenkassen einbezahlt. Die Altersgrenze wurde unter Bismarck auf 70 Jahre festgelegt, ein Alter, das damals die meisten Menschen gar nicht erreichten (die durchschnittliche Lebenserwartung betrug um die Jahrhundertwende bei uns ganze 45 Jahre!). Erst 1916 wurde die Altersgrenze reduziert, auf 65 Jahre festgelegt. Das heißt also, dass die 15- bis 70-Jährigen für jene aufzukommen hatten, die noch nicht 15 waren und für die über 70-Jährigen und das waren um 1900 zwei Prozent der Gesamtbevölkerung. Dieser Generationenvertrag funktionierte lange Zeit.

Doch wie sieht es heute aus? Wir haben ein durchschnittliches Berufs-Eingangsalter, allerdings nach Abschluss der Berufsschule, bei 25 Jahren. Immer mehr junge Menschen kommen in den Genuss einer weiterführenden Bildung, was sehr zu begrüßen ist. Dass das durchschnittliche Alter, in dem man seinen ersten Universitätsabschluss macht, Magister oder Diplom, allerdings erst bei 28 Jahren liegt, ist weniger erfreulich. Und das Berufsende liegt in der Realität heute bei 58 bis 59 Jahren. Tatsache ist, dass die Gruppe der im Erwerbsleben Stehenden, das heißt, die 25- bis 58- oder 59-Jährigen, für die aufzukommen haben, die noch nicht im Berufsleben stehen (und das sind manchmal 2 Generationen, denn mancher 30-Jährige Student hat sein Kind im Kindergarten) und vor allem für die große Gruppe jener Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind. Und das sind nicht wie vor 100 Jahren zwei Prozent der Bevölkerung, sondern über 25 Prozent, ebenso zwei Generationen. Mutter und Tochter, Vater und Sohn im Rentenalter, das ist heute keine Seltenheit. Dass dann die Generation der im Erwerbsleben Stehenden über zu hohe Abgaben stöhnt, ist verständlich. Doch die Entwicklung vom 3- zum 5-Generationen-Vertrag ist nicht nur demografisch bedingt, sondern durch die wirtschaftliche und gesellschaftliche Situation mitbestimmt. Manch ein Endfünfziger würde gerne noch weiterarbeiten, wird aber – trotz vorhandener Leistungsfähigkeit – aus dem Betrieb „hinauskomplimentiert“.

5. Altern muss nicht Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit bedeuten

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit alter Menschen wird oft überschätzt. Eigentlich schlägt es erst in der Gruppe der über 85-Jährigen zu Buche, von denen aber immerhin noch über 70 Prozent so kompetent sind, dass sie alleine ohne fremde Hilfe den Alltag meistern können. Wir werden heute älter, sind aber dabei gesünder als es unsere Eltern waren.

Eine kürzlich veröffentlichte Studie der Duke-Universität stellte fest: „Senioren bleiben länger gesund“. Die Krankheitsanfälligkeit von Menschen über 65 nimmt deutlich ab. Gerade die typischen Alterserkrankungen gingen in ihrer Häufigkeit rapide zurück. Der Trend könne bedeuten, dass die zunehmende Überalterung der Bevölkerung besonders der Industrienationen keine so gravierenden finanziellen Lasten für die öffentlichen Kassen mit sich bringe, wie sie heute bereits befürchtet werden. In den USA schlägt sich das Phänomen bereits in messbaren Werten nieder: Dort lag 1994 die Zahl der über 65-Jährigen Hilfs- und Pflegebedürftigen bereits um eine Million unter der, die man 1982 prognostiziert hatte (Manton et al. 1997). Hierzu haben Fortschritte der Medizin in Diagnose und Therapie, der Medizintechnik, der Pharmakologie und auch der gesundheitsbewusstere Lebensstil beigetragen.

Doch auch wenn wir den Anteil der Pflegebedürftigen von morgen und übermorgen nicht überschätzen sollten, müssen wir feststellen: Die Thematik der Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft wird weiterhin eine Herausforderung bleiben. Werden heute noch 70 bis 80 Prozent der Pflegebedürftigen in der Familie gepflegt (nicht immer in einer optimalen Form), so müssen wir dennoch deutlich sagen: Familienpflege hat ihre Grenzen

- angesichts des immer höheren Alters der Pflegebedürftigen (Multimorbidität)
- und damit auch der pflegenden Angehörigen. Hier bedeutet Pflege oft Überforderung, die im Extremfall zur Altenmisshandlung führen kann.
- angesichts der geringeren Kinderzahl, so dass sich kaum mehrere Geschwister die Pflege teilen können.
- angesichts der heutzutage geforderten Mobilität, der unterschiedlichen Wohnorte von Eltern und erwachsenen Kindern.
- angesichts des fehlenden Töchterpotenzials, der zunehmenden Berufstätigkeit der Frau
- und schließlich angesichts der steigenden Scheidungsrate. Ob man auch den nicht angetrauten Partner entsprechend pflegen wird, wissen wir nicht; aber die Ex-Schwiegermutter wird man wohl kaum pflegen.

Das heißt: Auch wenn wir das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in naher Zukunft nicht überschätzen sollten, brauchen wir einen Ausbau der ambulanten Pflege und werden auch in Zukunft auf institutionelle Einrichtungen nicht verzichten können. Wir brauchen auch eine Qualität der Pflege! So kann es nicht heißen – wie es kürzlich von einigen Politikern gefordert wurde – „Sozialhilfeempfänger ab in die Altenpflege“! Die Pflege alter Menschen ist eine so voraussetzungsvolle Tätigkeit, zu der man nicht Ungelernte oder in einem Schnellkurs Angelernte einfach verpflichten kann. Doch es gilt zunächst einmal, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden – und das ist eine Herausforderung für jeden einzelnen und die Gesellschaft (Ingeborg Albrecht: Weit spannt sich der Lebensbogen; Puchheim; Idea Verlag, 2001).

II. Ein „gesundes Altwerden“ ist die Herausforderung unserer Zeit!

Doch gesundes Altwerden – was ist das eigentlich?

1. Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit (bei dem Fortschritt der Medizin und der Medizintechnik, bei den immer neuen und gründlicheren Diagnosemöglichkeiten, gilt heute die Feststellung: gesund ist schlecht diagnostiziert, denn nahezu jeder

hat irgendwo irgendwelche kleinere oder größere Probleme.

2. Gesundheit ist vielmehr, der WHO-Definition entsprechend, „körperliches, seelisch-geistiges und sozialen Wohlbefinden“. Es kommt also nicht nur darauf an, ob man laut Arzturteil und Laborbefund gesund ist, sondern auch, ob man sich gesund fühlt. Der sogenannte „subjektive Gesundheitszustand“ ist, wie unsere, aber auch internationale Untersuchungen zeigen, ganz entscheidend für eine Lebensqualität im Alter.
3. Nach Huber schließt Gesundheit aber auch die Fähigkeit mit ein, sich mit etwaigen Belastungen, mit Einschränkungen, mit Behinderungen (in körperlichen, aber auch im geistig-seelischen und sozialen Bereich) auseinanderzusetzen und adäquat damit umzugehen.

Diskutiert man heutzutage Gesundheit unter dem Aspekt der Prävention, der Vermeidung von Risikofaktoren, dann erwähnt man zuerst mit Recht gesunde Ernährung, Verzicht auf Drogen, Nikotin, Alkohol. Man erwähnt sodann die Notwendigkeit körperlicher Bewegung, körperlicher Aktivität, Hygiene und Vorsorgeuntersuchungen. Darüber hinaus hat Wohlbefinden im Alter etwas mit „Gebrauchtwerden“, mit dem „feeling of being needed“ zu tun. Wesentlich für ein gesundes Altwerden ist die Bedeutung der Aktivität. Doch so neu ist diese Erkenntnis gar nicht. Ein hohes Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden zu erreichen war von jeher der Wunsch der Menschheit. Schon vor mehr als 2000 Jahren empfahl bereits Hippokrates (460-377 v.Chr.) als Regeln für eine gesunde Lebensführung, die ein hohes Lebensalter garantiere:

„Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie mit Maß gebraucht werden und in den Arbeiten, an die jeder Teil gewöhnt ist, geübt werden. Wenn man sie aber nicht braucht, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig“ (Hippokrates, de articulis reponendis 56; vgl. Müri 1962, S.361). In diesem Sinne wird Aktivität seit der Antike zu den wesentlichsten Voraussetzungen für ein erfolgreiches Altern genannt. Methodisch abgesichert waren diese Aussagen damals freilich nicht. Sie beruhten auf Einzelerfahrungen und Einzelbeispielen. Heute haben wir durch neuere Forschungen hinreichend Belege für das Zutreffen dieser alten Einsichten.

Auf den Wert körperlichen Trainings, den Wert der Aktivierung körperlicher Kräfte und der Abforderung körperlicher Leistungen sowohl als Prävention bzw. Geroprophylaxe und als Therapeutikum haben Wissenschaftler immer wieder hingewiesen. Steinbach hat schon 1970 gesagt: „Soll sich der Organismus im Sinne ei-

ner Förderung der Funktionsfähigkeit verändern, dann muss er zunehmenden Belastungen ausgesetzt werden. Es führt kein Weg am Fleiß vorbei“ (S. 98). Steinbach hat damals schon auf die Gefahren aufmerksam gemacht, die durch den Austritt aus dem Berufsleben gegeben sind, da hiermit oft eine Reduzierung der körperlichen Leistungen und Aktivitäten einhergeht, welche dann zu der Reduzierung sozialer und intellektueller Aktivitäten durch das Ausbleiben beruflicher Anforderungen noch hinzukommt: „Die Folge ist eine Inaktivitätsatrophie auf allen diesen Gebieten, die eigentlich über das hinausgeht, was altersmäßig und biologisch notwendig wäre“ (Steinbach 1971, S. 32).

Ebenso wurde gezeigt, dass körperliche Aktivität, Bewegung und Sport auch auf kognitive Fähigkeiten von Einfluss sind, die Gehirndurchblutung steigern. Schnellere Reaktionszeiten, bessere Gedächtnisleistungen, besseres Abschneiden bei Problemlösungsaufgaben konnten u.a. Birren 1995, Oswald et al. 1996, Baumann 1997, 1999) nachweisen. In Langzeitstudien haben jene Senioren und Seniorinnen ihre intellektuellen Fähigkeiten, vor allem Gedächtnisleistungen, am stärksten verbessert und über Jahre hinweg gehalten, die neben dem Gedächtnis-Trainingsprogramm gleichzeitig ein körperliches Aktivierungsprogramm durchgeführt haben (vgl. Baumann).

Natürlich sind bezüglich der körperlichen Aktivitäten im Alter Grenzen gesetzt: Wir können nicht mehr so schnell laufen wie viele der 30- und 40-Jährigen. Aber sehen wir doch auch die Möglichkeiten, dass wir uns das Laufen oder besser das sogenannte „Walking“ antrainieren können, dass wir durch Übung und regelmäßiges Training immer größere Strecken bewältigen können und uns so zur Erhaltung unserer körperlichen Leistungsfähigkeit beitragen können.

Aber wir brauchen auch geistige Aktivität. Auch unsere Forschungen belegen: Geistig aktivere Menschen, Personen mit einem höheren IQ, einem breiteren Interessenradius, einem weitreichenderen Zukunftsbezug erreichen, wie auch die bekannten internationalen Längsschnittstudien übereinstimmend feststellen, ein höheres Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden als jene, die weniger Interessen haben, geistig weniger aktiv sind. Eine größere Aktivität und Aufgeschlossenheit sorgt für geistige Anregungen und Stimulation und trainieren dadurch ihre geistigen Fähigkeiten zusehends und steigern sie somit, während bei geistig mehr passiven Menschen eine geringere Suche nach Anregungen und neuen Interessen feststellbar wurde, so dass die noch vorhandenen geistigen Kräfte im Laufe der Zeit mehr und mehr verkümmerten. Damit bestätigte sich die Inaktivitätstheorie in der Medizin oder die „dis-use-Hypothese“ in der

Psychologie, die besagen: Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern. Der Volksmund sagt schlicht: „Was rastet, das rostet“.

Aber wir brauchen auch soziale Aktivität, den Kontakt zu anderen Menschen, über die Familie hinaus. Freilich, mit zunehmendem Alter schrumpft der Freundeskreis mehr und mehr, viele nahestehende Menschen sterben weg, es können leicht Einsamkeitsgefühle auftreten. Man muss versuchen, neue Kontakte zu knüpfen, was nicht jedem älteren Menschen leicht fällt. Ich erinnere mich hier an eine Begegnung mit Wilhelmine Lübke, die selbst als 90-Jährige, nachdem ihr Mann schon lange verstorben war, immer noch körbewise Post bekam. Sie öffnete einen Brief, in dem eine 85-Jährige schrieb: „mir ist es so einsam, ich weiß nicht mehr weiter, was soll ich tun?“ Wilhelmine Lübke diktierete die Antwort, kurz und knapp: „Suchen Sie sich eine andere ältere Frau, die sich noch einsamer fühlt als sie, und kümmern sie sich um diese!“ Hiermit tun Sie etwas für andere und gleichzeitig sehr viel für sich selbst.

Der Beitrag älterer Menschen für unsere Gesellschaft – einige Beispiele

Mittlerweile gibt es eine Reihe von vorbildlichen und zukunftsorientierten Projekten, die eine Vielzahl von übernommenen Aufgaben, Funktionen, Rollen älterer Menschen deutlich machen. Durch bürgerschaftliches Engagement gelingt einmal eine Gestaltung des Alters für den Einzelnen selbst. Es geht aber vor allem auch um einen Beitrag Älterer für die Gesellschaft. Unsere Gesellschaft braucht heute das Engagement und den Einsatz der Seniorinnen und Senioren in vielen Bereichen unseres täglichen Lebens. Hier tun sich eine Menge von möglichen Handlungsfeldern auf! Dabei gilt es, die jeweiligen Handlungsfelder vor Ort zu erfassen. Wir müssen die kommunale Bedarfslage erschließen.

Manche Erfahrung aus anderen Gemeinden lässt sich übertragen, manches jedoch nicht. Wir müssen ganz konkret fragen: Wo werden Einsätze in unserer Region, in unserer Stadt, in unserem Stadtteil, in unserer Nachbarschaft gebraucht?

- Ist es die Pfarrbibliothek, die länger geöffnet sein sollte?
- Ist es das Schwimmbad, das wegen fehlender Badeaufsicht erst nach 13 Uhr geöffnet wird, während viele Berufstätige und vor allem auch Senioren gerne morgens früh ihre Bahnen schwimmen, was als Prävention, als Gesundheitsvorsorge unbedingt zu empfehlen ist! Kann hier ein freiwilliger Seniorenaufsichtsdienst eingerichtet werden, findet sich eine vertrauenswürdige Person, die sich an die Kasse setzt?

- Ist in manchen Gegenden ein Begleitedienst für Schulanfänger zur Schule sinnvoll, um die berufstätigen Eltern zu entlasten?
- Sind Besuchsdienste im Krankenhaus (wie wir sie von den „grünen Damen“ kennen) sinnvoll, auch um für die dort liegenden Kranken Besorgungen zu machen, ihnen die Post zu bringen etc.
- Ähnliche Hilfen, Besorgungen und Begleitedienste, werden auch in manchen Altenheimen sehr gebraucht (Begleitung zum Besuch eines Facharztes!)
- Oder, je nach Wohngegend: hat unsere Sparkasse/Postbank/Bank viele hochaltrige Kunden oder Kunden mit Migrationshintergrund, denen z. B. das Ausfüllen der Überweisungen etc. schwer fällt (Sehfähigkeit, zittrige Schrift): wie wäre es hier oder auch bei anderen Behörden, bei denen Formulare auszufüllen sind, mit Hilfsdiensten z.B. jeden Dienstag und Freitag von 12 bis 14 Uhr?
- Aber auch ein „Großelterndienst“ wäre einzurichten, in dem Männer und Frauen die Betreuung von Kindern übernehmen, wenn die Eltern z.B. am 10. Hochzeitstag mal essen gehen wollen und die 4- und 6-Jährigen nicht alleine lassen wollen oder einmal im Monat zusammen ins Theater gehen wollen (Beispiel Hamburg). Meist springt dabei noch ein Taschengeld heraus, vor allem aber oft dauerhafte Freundschaften.
- Bewährt haben sich Seniorinnen und Senioren, die Schulabgängern bei der Berufswahl und der Ausbildungsplatzsuche helfen und sie in den ersten Jahren ihres Berufslebens begleiten. In Köln sind z.B. „Die Paten“ gegründet worden: einzelne Senioren oder Seniorinnen haben jeweils ein Patenkind übernommen: 45 Paten begleiten Hauptschüler durch ihr letztes Schuljahr und durch das erste Ausbildungsjahr sehr intensiv (nach vorheriger 50-stündiger Vorbereitung und Schulung, denn Paten müssen sich auf die Jugendlichen einstellen, die aus einem ganz anderen sozialen Milieu kommen, müssen helfen wollen, nicht erziehen. Sie brauchen Toleranz manchem ungewohnten Verhalten gegenüber).
- Seniorpartner in den Schulen helfen, Konfliktsituationen zu entschärfen.
- Seniorpartner helfen vor allem auch ausländischen Jugendlichen, sich hier besser zu recht zu finden, sie fördern deren Lese-, Sprach- und Schreibkompetenz.
- Zu diskutieren wäre auch ein offizieller Einsatz von entsprechend qualifizierten Senioren im Schuldienst, wie er jetzt in NRW in Zusammenarbeit mit dem SES (Senioren-

Experten-Service) geplant ist (als Ergänzung, nicht als Ersatz).

- Wie viele Akademien für Ältere, Seniorenakademien, aber auch Volkshochschulen gibt es, in denen ältere Menschen ihr Wissen weitergeben, ihre spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, ihr spezifisches Können sowohl den Älteren, Gleichaltrigen, als auch den Jüngeren zur Verfügung stellen und sie begeistern, selbst zu handeln.
- Senioren leisten „Hilfe den Helfenden“; stundenweise Ablösung der Angehörigen, der Pflegepersonen; für sie erledigen sie Besorgungen in der Apotheke, im Sanitätshaus etc.
- Senioren und Seniorinnen sind, mit besonderer Ausbildung, im Einsatz in der Hospizarbeit. Hier wäre eine Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und den Kirchen wünschenswert.
- Schließlich wären Einsatzmöglichkeiten im Rahmen einer Vernetzung mit Betrieben denkbar. Die vom Bundesministerium für Familie angeregte Kampagne „Familienfreundliche Unternehmen“ beginnt zu greifen und umfasst mehr als nur familienfreundliche Arbeitszeiten. Senioren könnten mit den „familienfreundlichen Betrieben“ zusammenarbeiten (Kinderbetreuung bei deren Krankheit; Übernahme familiennaher Dienstleistungen wie beispielsweise Wäschedienste, Abgeben und Holen vom Reinigungsservice oder Einkaufsservice).
- Zu erwähnen sind die vielen Senioren als Experten (SES), die höchst erfolgreich in den Entwicklungsländern beraten und unterstützen.
- Die Senioren, die in unserem Land jungen Existenzgründern zur Seite stehen („Alt hilft Jung“).
- Senioren, die die sich als Umwelttrainer für die Erhaltung der Schöpfung einsetzen
- oder auch Senioren, die anderen, auch Gleichaltrigen, den Zugang zu PC und Internet ermöglichen, seien hier erwähnt.
- Es gilt, das Erfahrungswissen Älterer zu nutzen – in vielen Bereichen! So gibt es auch Beispiele (Berlin): „Ältere Menschen bieten Stadtführungen zu Spezialgebieten an“ (z.B. „Architektur aus der Barockzeit“; „Eiermann – oder auch Schinkel – auf der Spur“; oder auch in Tourismus-Gegenden, Urlaubsorten: „Seltene Pflanzen/Vögel“ – oder auch „Plätze der Literatur“); damit sollen keineswegs die Reiseleiter überflüssig gemacht werden, sondern wirklich Spezialangebote für kleine Gruppen gemacht werden. Zusammenarbeit mit Reiseveranstaltern, mit Hotels, die ihren



Urlaubsgästen etwas Besonderes bieten wollen.

- Und schließlich unterstützen Seniorinnen und Senioren als „mobile Einsatztruppe“ – eventuell im Rahmen eines „Zentrums aktiver Bürger“ (Nürnberg/Fürth) – durch ihr bürgerschaftliches Engagement die Arbeit in der Kommune, fördern Nachbarschaftshilfe, greifen ein und zu, wo immer sie gefragt werden.
- Senioren erkunden Problemsituationen, die die Betroffenen lieber verschweigen und sich zurückziehen, weil sie niemandem zur Last fallen wollen: das beginnt mit dem täglichen Hochbringen der Zeitung in den 3. Stock, mit der Übernahme des Gangs zum Briefkasten bis zu Hilfen wie „Senioren bringen gehbehinderte Senioren – oder auch Mütter mit kleinen Kindern – zum Bahnhof und helfen, sie in den Zug zu setzen“. Dies wäre eine Ausweitung der bereits bekannten Dienste der Bahnmissionsmission.
- Sie glauben gar nicht, wie kommunikativ ein Angebot sein kann, wenn im Cafe XY jeden 2. Mittwoch (vielleicht dann auch öfter) die Rentnerband zum Tanztee aufspielt – für Alt und Jung! Es muss nicht gleich „Seniorentanz“ heißen. Laden Sie ein zum „Nachmittag mit Bewegung!“ Für manch einen sind solche Nachmittage wirkungsvoller als jede andere Therapie; da werden Knieschmerzen vergessen und die Migräne verfliegt: Niedrigschwellige Angebote, die bezahlbar sind, die manchen aus der Isolation herausholen, die außerdem eine gute Geroprophylaxe sind!

Ältere Menschen – ein Gewinn für alle Generationen

Durch diese und viele andere Aktivitäten ändert sich auch das Altersbild in der Gesellschaft. Anstatt Ältere als Risikofaktoren für die zukünftige

tige Lebensqualität in den Kommunen zu betrachten, werden sie als wertvolle Ressource geschätzt, die das Zusammenleben aller bereichert. Die Lebenserfahrung, die Kompetenz, das Wissen und die Zeit, die Älteren (meistens) zur Verfügung steht, sind als Chance und Motor für gesellschaftliche Veränderungen zu begreifen.

Deutlich wird: Unsere Gesellschaft des langen Lebens braucht heute das bürgerschaftliche Engagement – nicht als Ersatzleistung für verschiedene Dienste, sondern als Ergänzungsleistung! Aber auch der Mensch, und nicht nur der ältere! braucht eine Aufgabe und das Gefühl, gebraucht zu werden für Lebensqualität in jeder Altersstufe!

Aber auch das Ehrenamt braucht eine „berufsbegleitende“ Weiterbildung, braucht vor allem gegenseitige Aussprache, begleitendes „counseling“, Erfahrungsaustausch, gegenseitige Ermutigung. (Es sollte nicht heißen: Frau X, Herr Y ist zu allem bereit, aber zu nichts brauchbar!) Aber dies wird von den meisten Seniorinnen und Senioren keineswegs als Belastung erlebt, sondern als Bereicherung, als Gewinn und auch als Möglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen.

Das freiwillige Engagement älterer Menschen reicht von Unterstützungsleistungen in der Familie und der Nachbarschaft über freiwillige Aktivitäten in Sportvereinen, Kirchengemeinden und Politik und sonstige Formen bürgerschaftlichen Engagements bis hin zum traditionellen Ehrenamt. Aufgrund der großen Streubreite der Betätigungsfelder sind Prozentangaben äußerst schwierig. Der 5. Altenbericht weist auf einen Anstieg der Engagementquoten in den letzten Jahren hin und geht bei den 55- bis 64-Jährigen von 40 Prozent aus, bei den 65- bis 74-Jährigen von 32 Prozent und bei über 75-Jährigen von 19 Prozent. Beachtlich groß ist

jedoch die Gruppe der noch nicht aktiven, aber „Engagement-Bereiten“ (S.211), die bei den 55- bis 64-Jährigen bei 30 Prozent, bei 65- bis 74-Jährigen bei 20 Prozent und bei über 75-Jährigen noch bei 10 Prozent lag. Hier ist zu überlegen, warum die Bereitwilligen noch nicht den Weg zu eigenem Engagement gefunden haben. Woran mag das liegen? Was sind die Barrieren? Wir wollen das freiwillige Engagement fördern, aber es darf nicht zu einer Verpflichtung im Alter werden. Doch es hat meines Erachtens wenig Zweck, hier noch weitere Prozentzahlen gegenüberzustellen, zumal viele Formen des bürgerschaftlichen Engagements im Alltag, der alltäglichen Nachbarschaftshilfe gar nicht erfasst sind.

Motivationen und Barrieren

Motivationen zu der Übernahme einer Tätigkeit sind u.a.:

- Das Gefühl, gebraucht zu werden, noch etwas Sinnvolles zu tun, korreliert sehr hoch mit einer Lebenszufriedenheit im Alter. Man hat eine Aufgabe, kann anderen Menschen helfen, eine Freude machen.
- Man ist selbst herausgefordert, trainiert seine eigenen Fähigkeiten und erhält sich selbst damit fit, vorausgesetzt, das Ehrenamt überfordert einen nicht und bringt einen nicht in Stress. Lernanforderungen (Weiterbildung) können von dem einen als motivierend, von dem anderen als hemmend erlebt werden.
- Man hat Kontakt mit anderen Menschen, arbeitet gemeinsam an einer Aufgabe, kann sich aussprechen.
- Ein Angebot, das den eigenen Interessen entgegenkommt, wird eher angenommen. Erfahrungen ehrenamtlicher Tätigkeit in früheren Lebensabschnitten motivieren stärker (also: schon Jüngere mit einbinden; Vereinbarkeit von Beruf und Engagement erleichtern).
- zeitliche Flexibilität des Einsatzes erleichtert die Zusage
- Anerkennung der Tätigkeit, Sichtbarwerden des Erfolges, Zertifikate

Zeigen wir die positiven Seiten eines bürgerschaftlichen Engagements auf, das das eigene Leben bereichern kann, in mancher Hinsicht Erfüllung bringen kann, Kompetenzen erhalten und steigern kann.

Barrieren zur Übernahme einer Tätigkeit sind:

- Einmal mögen es Zeitprobleme sein („Ich hab so viel anderes zu tun.“). Darunter zählen, durchaus berechnete, Freizeitaktivitäten, aber auch ein Gebrauchtwerden im familiären Bereich bei Kindern, Enkeln und vielleicht auch noch den eigenen alten Eltern.

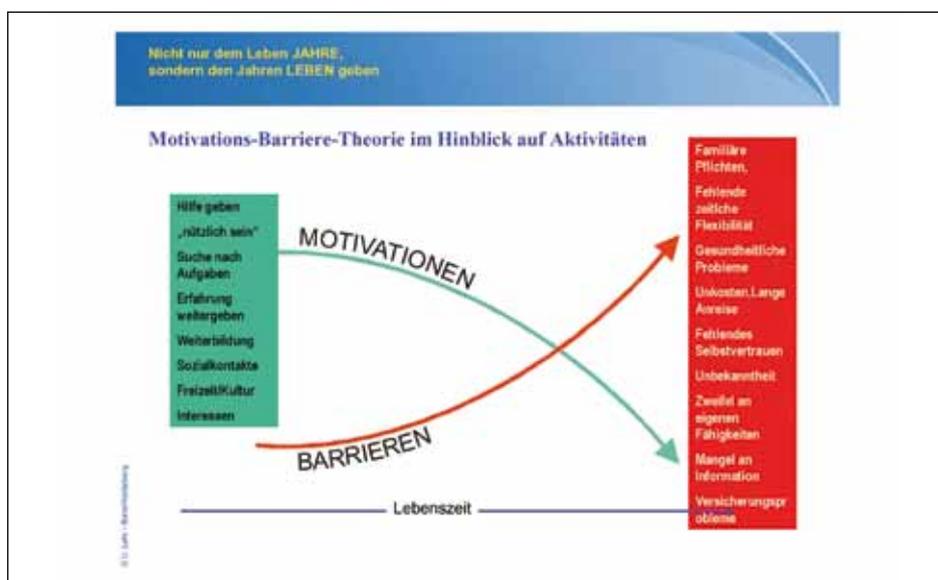
- Weiterhin fanden wir „eine Scheu, sich zeitlich festzulegen“, jeden Donnerstag oder Freitag von 15 bis 17 Uhr zur Verfügung zu stehen. Nach dem Ende der Berufstätigkeit fühlt man sich endlich frei, zeitlich ungebunden und möchte das ausnutzen. Bietet man bei der ehrenamtlichen Tätigkeit mehr Flexibilität, dann ist man eher dazu bereit (Beispiel Hamburg).
- Ein weiteres Problem mag der eigene schwankende Gesundheitszustand sein bzw. bestimmte gesundheitliche Probleme, mit denen man selbst mehr oder minder zu kämpfen hat. Wenngleich Einzelbeobachtungen zeigen, dass mit der Übernahme einer als sinnvoll erlebten Tätigkeit manche Probleme verschwinden (bzw. nicht mehr so stark erlebt werden).
- Ein weiterer Grund mag in einem negativen Selbstbild liegen. Man traut sich die Tätigkeit nicht zu, glaubt nicht, dass man eine bestimmte Aufgabe übernehmen kann und möchte sich nicht blamieren.
- Wir fanden aber auch in früheren Untersuchungen bei Männern und Frauen, die kurz vor dem Berufsende standen, eine Scheu speziell „irgendwas mit Alten“ zu tun haben (es sei denn, sie waren schon als 40-, 50-Jährige in der Altenarbeit tätig). „Ich suche mir etwas, vielleicht bei der Lebenshilfe für das behinderte Kind, bei der Bahnhofsmision oder irgendwo – aber nicht bei Alten: alt werde ich selbst früh genug“. Hieraus spricht eine Angst vor dem eigenen Altwerden.
- Es gibt aber auch Barrieren, die nicht beim Einzelnen liegen: Hier können es gewisse Verwaltungsvorschriften sein (Versicherungsschutz z.B. bei dem Angebot von Senioren, Pflegeheimbewohner im Rollstuhl spazieren zu fahren). Teilweise sind hier jetzt Möglich-

keiten geschaffen worden, aber nicht, wenn man als Privatperson diese Tätigkeit übernimmt.

- Die Angst, eine ehrenamtliche Tätigkeit würde zum Stellenabbau beitragen (Beispiel: Bibliotheksarbeit in Stadtbibliothek in einem Außenbezirk von Köln).
- Die Rivalität zwischen „Professionellen“ und Ehrenamtlichen: Beispiel Stuttgart-Fellbach. Bereitschaft, als Fahrdienst sich und sein Auto einmal die Woche zur Verfügung zu stellen, wurde nicht angenommen.
- Dann wirkt auch immer noch, direkt oder indirekt, das negative Altersbild (einen 65-Jährigen wählt man ab im Kirchenvorstand; Telefondienste kann man jenseits der 60 nicht mehr aufnehmen; Schöffentätigkeit nicht mehr nach 68 aufnehmen und nach 70 nicht mehr weiter machen usw.).
- Sicher spielt auch die Erreichbarkeit des Einsatzortes eine Rolle, die dabei entstehenden Kosten („Ich muss sparen.“ „Ich kann mir ein Ehrenamt nicht leisten.“), der fehlende Versicherungsschutz, wenn einem bei der Ausübung des Ehrenamtes etwas passieren sollte.

Es gilt, Barrieren zu ergründen und abzubauen und Motivationen zu stärken – unter anderem durch:

- Schaffung und Verbesserung geeigneter Rahmenbedingungen; Ausbau einer Engagement fördernden Infrastruktur
- eindeutige Information, klares Aufgabenprofil
- Organisatorische Hilfen
- Klärung der Versicherungsleistung



- Unkostenerstattung, Auslagenersatz (es darf nicht heißen: „Ich kann mir ein Ehrenamt nicht leisten.“)
- Fortbildungsmöglichkeiten anbieten
- Das Verhältnis hauptamtlicher Kräfte und Freiwilliger gestalten; klare Absprachen zur Konfliktlösung
- Aufhebung der klassischen Trennung zwischen „dem niedriger bewerteten sozialen Ehrenamt von Frauen und dem angeseheneren (politischen oder auch Verbands- und vereinspolitischen) Ehrenamt von Männern

Vor allem aber: (5. Altenbericht, S.225):

„Es ist darauf zu achten, dass Ehrenamtliche nicht als billiger Ersatz für abgebautes Personal einspringen und damit indirekt zur Festigung der Massenarbeitslosigkeit beitragen. Bürgergesellschaftliches Engagement kann nur dann geleistet werden, wenn die eigene soziale Lage gesichert ist und eigene Ressourcen in den Dienst der Gemeinschaft bzw. Gesellschaft gestellt werden können. Für das Engagement und die Teilhabe älterer Menschen erfordert das, dass ihr Alterseinkommen, ihre Wohn- und Lebenssituation sowie ihr gesundheitlicher Zustand ein zufriedenes und abgesichertes Leben ermöglichen; Die Hinwendung zum anderen setzt voraus, dass die individuelle Sorge nicht nur um das eigene Leben kreisen muss“.

Abschließende Bemerkung

Freuen wir uns über die zunehmende Langlebigkeit – doch versuchen wir alles, damit aus den gewonnenen Jahren erfüllte Jahre werden!

Setzen wir uns für ein PRO- AGING ein, ein für ein Älterwerden bei möglichst großem körperlichen und seelisch-geistigen Wohlbefinden. Wir wollen ja gar nicht „ewig jung“ bleiben, wie es der Werbe-Slogan „forever young“ verspricht. Wir wollen gesund und kompetent alt werden! Wir Senioren wenden uns auch gegen ein heutzutage übliche „Anti-Aging-Kampagne“, denn „anti-aging“ setzt voraus, dass Altern etwas Schlimmes ist, gegen das man angehen muss, das man fürchten muss. Wir sind nicht gegen das Altern, das wir ohnehin nicht verhindern können und wollen, wir sind aber für ein möglichst gesundes und kompetentes Älterwerden!

„Leben ist Lernen“, ist Verhaltensänderung aufgrund von Erfahrungen! Und ein langes Leben bringt viele Erfahrungen mit sich, trägt zur Reife bei, zur Gelassenheit, vielleicht auch zu einer gewissen Abgeklärtheit und Weisheit bei, bei manch einem allerdings auch zur Verbitterung, vor allem dann, wenn sie sich „unnützlich“ vorkommen. Dagegen kann man angehen.

Unsere Gesellschaft und wir müssen unser Augenmerk weit stärker auf die Ressourcen des Alters lenken, müssen – bei aller Akzeptanz der mit zunehmendem Lebensalter bzw. mit veränderter Lebenssituation gegebenen Grenzen – auch nach den verbliebenen Möglichkeiten fragen. Auch im hohen Alter ist das Glas nicht halb leer, sondern halb voll! In diesem Sinne möchte ich schließen mit einem Zitat von Hans Thoma, das er vor nunmehr 48 Jahren aufgrund der ersten Altersuntersuchungen getan hat: „Altern in dem positiven Sinne des Reifens gelingt dort, wo die mannigfachen Enttäuschungen und

Versagungen, welche das Leben dem Menschen im Alter in seinem Alltag bringt, weder zu einer Häufung von Ressentiments, von Aversionen oder von Resignation führen, sondern wo aus dem Innwerden der vielen Begrenzungen eigenen Vermögens die Kunst zum Auskosten der gegebenen Möglichkeiten erwächst“.

Sehen wir nicht nur die Grenzen (unserer individuellen Alterns und die unserer alternden Gesellschaft), sondern sehen wir auch die noch verbliebenen Möglichkeiten und nutzen wir diese: Carpe diem!

Versuchen wir, Optimisten zu sein: Bleiben wir Optimisten:

Der Optimist macht aus jedem Problem eine Aufgabe, die es zu lösen gilt!

Der Pessimist macht aus jeder Aufgabe ein Problem, dem er sich hilflos ausgeliefert sieht!

Ein altes angloamerikanisches Sprichwort sagt: „Today is the first day of the rest of your life!“, – das gilt für uns alle, leben wir danach! Und denken wir daran: Es kommt nicht nur darauf an, wie alt wir werden, sondern wie wir alt werden. Es gilt nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben.

Literatur:

siehe: Lehr, U. (2007) Psychologie des Alterns; 11. überarbeitete Auflage (1.A.1972), Heidelberg/Wiesbaden: Quelle & Meyer

Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, heute hier zu sein. Ich bin sehr froh meinen Vortrag in Anwesenheit von Frau Professor Lehr zu halten. Wir sind uns nie begegnet, aber sie hat mich bereits vor 15 Jahren zur Forschung im Bereich der Gerontologie stimuliert. Ich habe in diesem Bereich meine Doktorarbeit geschrieben und sehr viel von ihr gelesen. Insofern freue ich mich besonders, sie auf dieser Veranstaltung persönlich zu treffen. Herzlichen Dank für Ihre Inspiration Frau Prof. Lehr, die mich letztendlich heute hierher gebracht hat.

Zu meinem Thema „Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter“ möchte ich auf zwei Schwerpunkte eingehen. Erstens möchte ich Potenziale im höheren Lebensalter aufzeigen – wie steht es um die Gesundheit im höheren Alter? Zweitens möchte ich über einige Erfahrungen aus verschiedenen Gesundheitsförderungsprojekten mit spezifischem Bezug auf das höhere Lebensalter berichten.

Teil 1: Gesundheit im Alter – Potenziale

Neueste Berechnungen zeigen auf, dass mindestens die Hälfte der im Jahr 2000 geborenen Deutschen 99 Jahre alt wird. Ab dem Jahr 2007 ist davon auszugehen, dass mindestens 50 Prozent der in diesem Jahr Geborenen 102 Jahre alt werden. Hier wird also ein steigender Trend deutlich. Folglich haben wir es, wie Frau Prof. Lehr bereits gesagt hat, nicht nur mit einer Zunahme des höheren Lebensalters, sondern auch mit einer Zunahme der sogenannten Hochaltrigen zu tun. Sieht man sich Zahlen der



Lebenserwartung von Frauen in unterschiedlichen Altersgruppen der letzten 100 Jahre an, wird deutlich, dass innerhalb dieses Zeitraums die Lebenserwartung der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen und über 80-Jährigen insgesamt eine Zunahme der Lebenserwartung von etwa 80 Prozent zu verzeichnen hat. Interessant ist zu vergleichen, in welchen Lebensphasen eines Menschen die Lebenserwartungszunahme stattfindet. Vor etwa 100 Jahren fand diese Zunahme zu 90 Prozent im Alter zwischen null und 49 Jahren statt. Dagegen findet zwischen 1990 und 2007 die Zunahme der Lebenserwartung zu einem sehr großen Anteil in den höheren Altersgruppen statt. Rechnet man dies zusammen, kommt man auf etwa 80 Prozent. Das bedeutet, dass 80 Prozent der Zunahme der Lebenserwartung in den letzten 17 Jahren letztendlich auf eine Zunahme der Lebenserwartung in den höheren Lebensaltern zurückzuführen ist.

Das verdeutlicht, dass nicht nur die Vorerblichkeit in den mittleren Lebensaltern verhindert wird, sondern eben auch die Vorerblichkeit im höheren Lebensalter. Selbst bei den über 80-Jährigen gibt es einen Zuwachs an Lebenserwartung. Man darf dabei nicht vergessen, dass heutzutage pro Jahr die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt um etwa drei Monate steigt.

Wenn man sich ansieht, welches Potenzial die Menschen im höheren Lebensalter haben, so kann man sich sehr gut die Verläufe in den subjektiven Gesundheitszuständen anhand der offiziellen Gesundheitsberichterstattung ansehen. In der Wissenschaft wird darüber diskutiert, ob mit der Zunahme der Lebenserwartung vornehmlich gesunde oder vornehmlich kranke Jahre gewonnen werden. Dies wird vor allem unter dem Stichwort der Medikalisierung bzw. der Kompressionsthese diskutiert. Aus einer aktuellen Untersuchung geht hervor, dass im Zeitraum von 1996 bis 2006 der Gesundheitszustand sowohl von Männern, als auch von Frauen im Alter von 60 bis 69 Jahren häufiger als sehr gut oder gut bezeichnet wurde. Bei Männern betrug die Steigerung von 1996 bis 2006 elf Prozent, bei Frauen zwölf Prozent. Die Zahlen belegen, dass nicht nur kranke, sondern auch gesunde Lebensjahre hinzugewonnen werden. Zahlen des Robert Koch-Instituts zeigen auf: bei einer tendenziellen Steigerung der Lebenserwartung handelt es sich nicht um vornehmlich kranke Jahre, sondern es werden auch gesunde Jahre dazu gewonnen. Dennoch bleibt unumstritten, dass es bei allen Interventionsspielräumen und Gestaltungspotenzialen immer auch soziale Faktoren zu beachten gilt. Diese wirken sich auch auf den Gesundheitszustand im höheren Lebensalter aus. Demnach gibt es auch im höheren Lebensalter sehr stark ausgeprägte gesundheitliche Ungleichheiten.

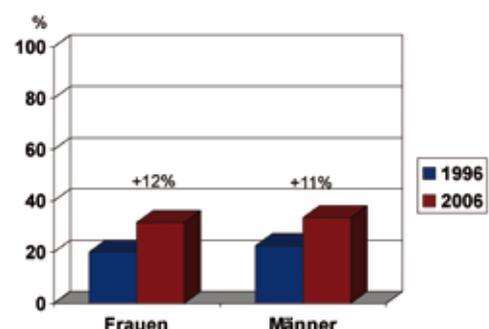
Bei diesen Beispielen wurden ganz bewusst drei der klassischen Indikatoren Einkommen, Bildung und Beruf gewählt, um zu verdeutlichen, dass alle drei Indikatoren gesundheitsrelevante Einflüsse im höheren Lebensalter aus-

Beitrag zur Zunahme an Lebenserwartung in unterschiedlichen Altersgruppen (Frauen, 7 westliche Länder)

	1850-1900	1900-25	1925-50	1950-75	1975-90	1990-2007
0-14 years	62.13%	54.75%	30.99%	29.72%	11.20%	5.93%
15-49 years	29.09%	31.55%	37.64%	17.70%	6.47%	4.67%
50-64 years	5.34%	9.32%	18.67%	16.27%	24.29%	18.67%
65-79 years	3.17%	4.44%	12.72%	28.24%	40.57%	37.22%
>80 years	0.27%	-0.06%	-0.03%	8.07%	17.47%	41.51%

Christensen et al. 2009

Anteil der Personen mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand im Alter von 60 bis 69 Jahren (SOEP)



RKI 2009

Auch im höheren Lebensalter gibt es gesundheitliche Ungleichheiten!

Beispiele:

- Der Unterschied in der LE von 65jährigen Männern zwischen hohen und niedrigen Einkommensgruppen beträgt etwa 7 Jahre, bei Frauen sind es etwa 6 Jahre (RKI 2009).
- Ältere Menschen (60 Jahre und älter) mit niedrigem Bildungsstand weisen gegenüber besser Gebildeten deutlich höhere Risiken auf, ihre Gesundheit als schlecht einzuschätzen (Knesebeck und Schäfer 2009).
- Der subjektiv eingeschätzte körperliche Gesundheitszustand einer 70-jährigen Frau bzw. eines 70-jährigen Mannes mit hoher beruflicher Stellung ist vergleichbar mit dem Gesundheitszustand einer 62-jährigen Person mit niedriger beruflicher Position (Chandola et al. 2007).



IMSG Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie

üben. Sie beeinflussen in besonderer Weise einerseits die Zunahme an gesunden Lebenserwartungen, andererseits die individuellen Unterschiede zwischen Menschen im höheren Lebensalter.

Individuelle Lebensführung, soziostrukturelle Lebensbedingungen und Bewältigungspotenziale haben auch hier erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das Wohlbefinden.

Prävention und Gesundheitsförderung hat im höheren Lebensalter einen hohen Stellenwert. Prävention und Gesundheitsförderung kommt die Aufgabe zu, die Entwicklung von chronischen Erkrankungen zu verhindern oder zu verzögern sowie Alltagskompetenzen, Selbstständigkeit und Autonomie älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten.

Eppendorf beteiligt war, stelle ich Ihnen im Folgenden vor.

BMBF-Projekt „Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal“

Die Intervention wurde vom Zentrum für Gerontologie und Geriatrie in Hamburg entwickelt, in Hamburg erfolgreich erprobt und 2005 mit dem deutschen Präventionspreis ausgezeichnet. Zielgruppe dieser Intervention waren Personen über 60 Jahre, die nicht pflegebedürftig sind und unabhängig und ohne kognitive Beeinträchtigungen zuhause leben. Der Schwerpunkt lag vor allem darin, eigenverantwortliche Selbstbestimmung zu erhalten (Empowerment) und Eigenverantwortung zu stärken.

In den Regionen, in denen das Projekt etabliert wurde, wurde ein interdisziplinäres Gesundheitsberater-Team gebildet.

Die Gesundheitsberater-Teams bestanden je aus einem/einer Experten/in für Ernährung, für körperliche Aktivität, für Bildung und den Erhalt sozialer Netze und einem Mediziner. Die Intervention bestand primär darin, gesunde Ernährung und körperliche Aktivität zu fördern, aber auch die sozialen Netze zu stärken.

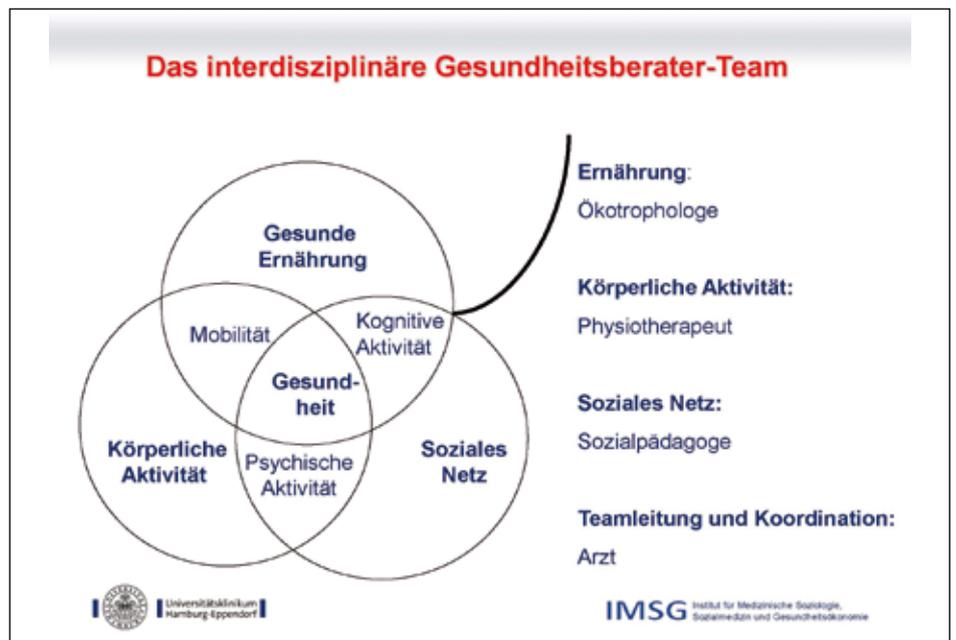
Die Evaluation

Die Zielgruppe wurde zu einer Informationsveranstaltung zu medizinischen Grundlagen des Alterns, sozialer Vorsorge, geistiger und körperlicher Aktivität sowie gesunder Ernährung eingeladen. Die weitere Arbeit erfolgte in Kleingruppen, in denen auf die individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen eingegangen werden konnte. Es wurde zudem zu individuellen Fragestellungen zu Defiziten bei der körperlichen Aktivität oder zu gesunder Ernährung beraten. Die Teilnehmenden erhielten Empfehlungsbriefe zu den einzelnen Themen. Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurde diese Intervention wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Bei der Prozessevaluation standen folgende Fragestellungen im Mittelpunkt: Wird die Zielgruppe vollständig erreicht? Ist das Programm, das ursprünglich in Hamburg entwickelt und erprobt worden ist, auch in einer ländlichen Region (Kinzigtal) anwendbar? Wie ist die Akzeptanz? Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren gibt es? Bei der Ergebnisevaluation standen die Fragen im Vordergrund: Lassen sich bei einer solchen Intervention Veränderungen messen? Zeigen sich Veränderungen in den Zielbereichen der Intervention wie Ernährung, Bewegung, soziale Partizipation und dem Gesundheitszustand? Verändern sich die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und die damit verbundenen Kosten? Diese Ergebnisevaluation wurde möglich durch eine Befragung der Teilnehmenden zu vier Zeitpunkten (vor der Veranstaltung, nach sechs Monaten, zwölf

Teil 2: Gesundheitsförderung im Alter – Erfahrungen

Vor drei Jahren legte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein Programm mit dem Schwerpunkt Präventionsforschung im höheren Lebensalter auf.

In der Laufzeit zwischen 2007 bis 2010 wurden insgesamt 14 Projekte mit einem Fördervolumen von 4 Millionen Euro gefördert. Das Themenspektrum war vielfältig: Sturzprävention, präventive Hausbesuche, Bewegungsförderung oder gesundheitsförderliche Ernährung. In der Ausschreibung wurde festgelegt, dass es sich dabei um praxisorientierte Projekte mit einem Tandem aus wissenschaftlicher Institution und Praxispartner handeln muss. Das Projekt, an dem das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) am Universitätsklinikum Hamburg-



Monaten und 18 Monate nach der Veranstaltung). Neben Interviewdaten und Primärdaten wurden auch Sekundärdaten der AOK ausgewertet.

Das Kinzigtal befindet sich im Südwesten Deutschlands und ist eine ländliche Region, direkt an der französischen Grenze. Das Kinzigtal unterscheidet sich stark von Hamburg, was ausschlaggebend und Anreiz für die Erprobung des Projektes in einer solchen Region war. Kann etwas, das in Hamburg erprobt wurde und erfolgreich war, sich ohne Weiteres in einen anderen Kontext übertragen lassen? Mit den gleichen Effekten? Mit den gleichen Erfolgsaussichten?

Exemplarische Ergebnisse der Prozessevaluation

315 Teilnehmer wurden zunächst befragt, wie ihnen die Interventionen, sowohl die Vorträge als auch die Kleingruppenarbeit gefallen haben, ob sie etwas Neues hinzugelernt haben und ob sie die Intervention weiterempfehlen würden. Die Abbildung macht den hohen Zufriedenheitsgrad und die Akzeptanz der Intervention deutlich.

98 Prozent der Teilnehmer gaben an, dass Ihnen die Intervention weitgehend oder vollkommen gut gefallen hat und sie die Intervention weiterempfehlen würden.

Weiterhin wollten wir sehen, welche hinderlichen und förderlichen Faktoren es beim Zugang zu den Zielgruppen gab. Wir wollten sehen, was ist besonders gut gelaufen? Was hat möglicherweise zum Erfolg beigetragen? Und was hat möglicherweise dazu beigetragen, dass es an einigen Punkten nicht so gut gelaufen ist? Ein förderlicher Faktor war hier eindeutig, dass unterschiedliche Zugangswege zu den Ziel-

gruppen genutzt wurden: Direkte Zugangswege wie Patientenansreiben über die Ärzte, indirekte Zugangswege wie Zeitungsberichte und Flyer, um nur einige Beispiele zu nennen.

Im Unterschied zu Hamburg konnte festgestellt werden, dass die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Intervention an sich und die dörfliche bis kleinstädtische Struktur eine Nachbarschaftswerbung (neighborhood canvassing) hervorrief. Hierdurch konnte ein größerer Teil an Menschen zusätzlich erreicht werden. Dennoch gab es hinderliche Faktoren. Nicht in jedem Ort oder Dorf standen angemessene viele Räumlichkeiten für die Interventionen zur Verfügung. Dadurch waren einige Teilnehmer auf den Personennahverkehr angewiesen. Der unzureichende Personennahverkehr erforderte einen hohen organisatorischen Aufwand vom Praxispartner, die Teilnehmenden zum Veranstaltungsort zu bringen. Trotz aller Bemühungen stellte dies vor allem für hochaltrige Frauen ohne Führerschein eine Barriere für die Teilnahme dar. Hierzu ein beispielhaftes Zitat eines Hausarztes, durch das noch einmal deutlich wird, dass bestimmte Personengruppen nicht erreicht werden konnten:

„Wissen Sie, Sie haben hier halt nicht Hamburg (...), wo sie sich in die nächste S-Bahn oder U-Bahn setzen können und kommen da auch hin. Haben wir hier zwar auch, aber sehr zeitlich eingeschränkt und dann auch nicht bis zum Punkt. Unsere Projekte hier fanden ja für meine Patientin in X statt, wo normalerweise gar nicht hinzukommen ist und wir konnten das eigentlich nur lösen, indem das Haus bereit war einen Bus zur Verfügung zu stellen und die Patienten quasi an einem Sammelplatz abzuholen (...) und umgekehrt wieder dort hin zu bringen, sonst wär es gar nicht gegangen“ (Hausarzt S). Weitere Faktoren, die zum Erfolg oder auch

eingeschränkten Erfolg beigetragen haben, waren körperliche und kognitive Einschränkungen der Teilnehmer:

- Körperliche Beeinträchtigungen der Teilnehmer beschränkten den Empfehlungsspielraum der Teammitglieder.
- Mangelndes Wissen über die eigene (chronische) Erkrankung, z.B. Diabetes sowie kognitive Einschränkungen führten zu Zeitverzögerungen.

Der ländlich-traditionell geprägte Lebensstil im Hinblick auf Ernährung und Bewegung zeigte auf, dass

- sich viele der Teilnehmenden traditionell aus eigenem Gartenbau/ eigener Nutztierhaltung ernähren. Sie bewirtschaften eigene Äcker oder Reben und wohnen in Großfamilien auf einem Hof und werden versorgt.
- es sich schwierig gestaltet, den Teilnehmenden nach ihrer körperlichen Arbeit Sportaktivitäten attraktiv zu machen und Einfluss auf ihre Ernährung zu nehmen.

Um das noch etwas anschaulicher zu machen, ein beispielhaftes Zitat aus den Interviews zum Thema Ernährung:

„Frau X hat ihre Schweine im Stall, die hat das Schweinefleisch in der Gefriertruhe, die wird jetzt nicht auf einmal weniger Fleisch essen, denn das hat sie doch noch in der Gefriertruhe. Oder hier isst man doch den Speck und den Käse am Stück. Das schneidet man runter. Wenn ich mit Scheiben komme, dann gucken die mich an. Das geht halt nicht. Es wird geschnitten und es muss fett sein, damit es schmeckt. Und es ist seit 80 Jahren so. Das ist hier Tradition.“ (Teammitglied S.)

Dieses Zitat macht deutlich, dass bestimmte Ernährungsinterventionen und Ernährungsempfehlungen im Widerspruch zu den traditionellen Lebensweisen stehen, die wir in diesen ländlichen Regionen antreffen.

Exemplarische Ergebnisse der Ergebnisevaluation

Umsetzung der erhaltenen Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen nach 12 Monaten (Selbsteinschätzung der Teilnehmenden): Nach den positiven Rückmeldungen der Teilnehmenden wurden diese nach 12 Monaten befragt, ob sie von den Bewegungs- oder den Ernährungsempfehlungen einige haben umsetzen können. Etwa 80 Prozent der Befragten gaben an, mindestens eine Bewegungsempfehlung umgesetzt zu haben. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den Ernährungsempfehlungen ab. Diese Effekte finden sich in der Tat auch bei der Vorher- Nachher- Messung. Vergleicht man

Prozessevaluation: Akzeptanz der Intervention bei den Teilnehmern
Befragung zum Ende der Intervention (n=315)

	Gesamt %	Frauen %	Männer %
1. Durch Intervention Neues dazu gelernt (n=305)			
Trifft voll bzw. weitgehend zu	92,5	92,7	92,1
Trifft weitgehend nicht bzw. überhaupt nicht zu	7,5	7,3	7,9
2. Waren Sie insgesamt zufrieden mit... (n=305)			
... den Vorträgen			
Trifft voll bzw. weitgehend zu	98,1	97,6	98,4
Trifft weitgehend nicht bzw. überhaupt nicht zu	1,9	2,2	1,6
... der Kleingruppenarbeit			
Trifft voll bzw. weitgehend zu	95,7	94,9	96,9
Trifft weitgehend nicht bzw. überhaupt nicht zu	4,3	5,1	3,2
3. Stellen die Empfehlungsschreiben eine gute Ergänzung dar? (n=301)			
Ja	95,7	96,0	95,3
Nein	4,3	4,0	4,7
4. Würden Sie die Intervention weiterempfehlen? (n=306)			
Ja	97,7	98,9	96,1
Nein	2,3	1,2	3,9

Hofreuter et al. 2010 (eingereicht)




den Bereich Ernährung am Beispiel des Verzehrs von Obst und Gemüse pro Tag vor der Intervention mit der Befragung 12 Monate nach der Intervention wird deutlich, dass fast 50 Prozent der Befragten mehr Obst und Gemüse pro Tag zu sich nehmen. Folglich kann hier eine Verbesserung verzeichnet werden. Anders bei den sportlichen Aktivitäten: Hier musste festgestellt werden, dass es zwar keine Verschlechterung gab, aber auch keine wesentlichen Veränderungen stattgefunden haben.

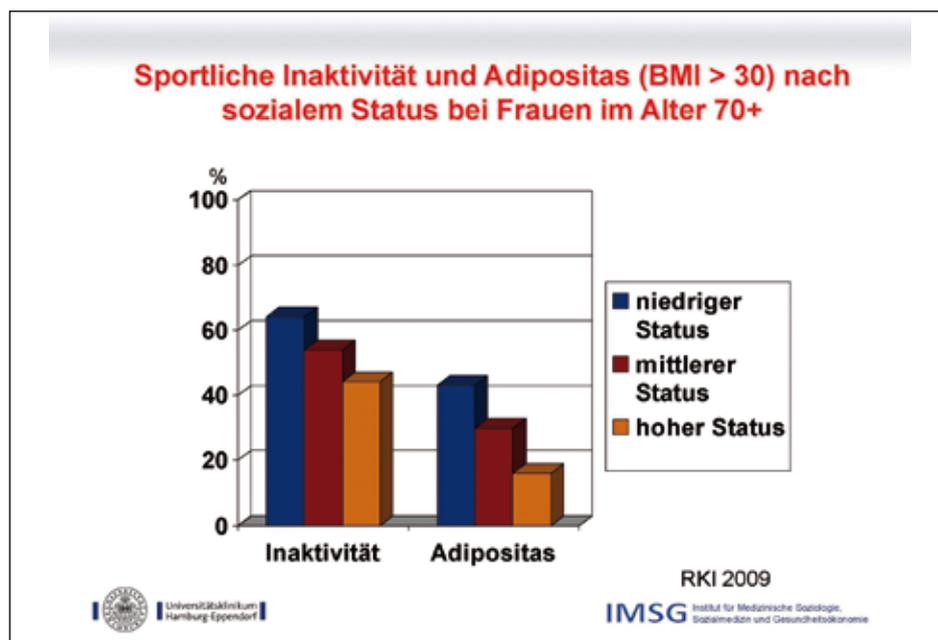
Zusammenfassung des Projektes „Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal“

1. Die Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisevaluation sind insgesamt positiv.
2. Aus den Befunden geht deutlich hervor, dass Gesundheitsförderungsprogramme für ältere Menschen an regionale Gegebenheiten und die Zielgruppen angepasst werden müssen. Das bedeutet: Eine Intervention, die in einem städtischen Kontext entwickelt und erprobt worden ist, kann nicht ohne Weiteres in andere Kontexte übertragen werden. Auch hier kann ein Rückschluss auf den Beitrag von Frau Prof. Lehr gezogen werden. Das höhere Lebensalter ist von unterschiedlichen Bedingungen geprägt, von unterschiedlichen Lebensstilen und unterschiedlichen individuellen Verläufen. Und so gilt es, Gesundheitsförderungsprogramme entsprechend dieser Faktoren auszurichten.
3. Aufgrund der homogenen Teilnehmerstruktur (AOK-Versicherte aus einem ländlichen Raum) war eine Analyse von sozioökonomischen Unterschieden nicht möglich.

Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass auch im höheren Lebensalter Faktoren wie Ernährung, Bewegung oder auch daraus entstehende biomedizinische Risiken in Abhängigkeit von sozialen Faktoren variieren. Am Beispiel Sportliche Inaktivität und Adipositas bei Frauen im Alter 70plus wird dies noch einmal deutlich:

So sind nur 40 Prozent der Frauen im Alter 70plus mit einem hohen Sozialstatus sportlich inaktiv, dagegen über 60 Prozent der Frauen mit einem niedrigen Sozialstatus. Etwa 40 Prozent der deutschen Frauen im Alter von 70 Jahren und älter, mit einem niedrigen sozialen Status sind adipös, bei Frauen mit einem hohen sozialen Status sind es lediglich etwa 15 Prozent. Diese Zahlen sind aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes hervorgegangen.

heitsförderung im höheren Lebensalter an, wird deutlich, dass es trotz einzelner, viel versprechender Beispiele nach wie vor einen großen Bedarf an systematisiertem Wissen zu Qualität und Wirksamkeit von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen für das höhere Lebensalter gibt. Das betrifft nicht nur die Intervention an sich, sondern auch die Frage, die im vorgestellten Projekt nicht berücksichtigt werden konnte – wie kann es gelingen, benachteiligte soziale Gruppen in die ent-



Fazit

Für ältere Menschen gibt es eine Vielzahl von Ansätzen und Handlungsfeldern für Prävention und Gesundheitsförderung. Die vorgestellte Evaluation macht deutlich: Entsprechende Programme sollten die Individualität des Alters und des Altwerdens berücksichtigen. Dazu zählen auch die Lebensbedingungen und die strukturellen Gegebenheiten, in denen ältere Menschen leben. Dazu zählen auch individuelle Einschränkungen, vorhandene Alltagskompetenzen, Bedürfnisse, Überzeugungen und Strategien („differenziertes Altern“). Sieht man sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Evidenzbasierung von Gesund-

sprechenden Programme einzubeziehen? Die Zahlen zu körperlicher Inaktivität, Adipositas und Fehlernährung machen deutlich, dass in Zukunft vermieden werden muss, dass weiterhin nur diejenigen erreicht werden, deren Belastungen relativ gering sind und die einen relativ hohen oder mittleren sozialen Status haben. Ich hoffe, dass mittels solcher Veranstaltungen wie der Satellitentagung „Gesund und aktiv älter werden“ dazu beigetragen wird, dass soziale Faktoren bei der Gestaltung von Gesundheitsförderungsprogrammen für das höhere Lebensalter zunehmend berücksichtigt werden.

Fachforen

Themenblock I:

Selbständigkeit und Bewegungsförderung bei älteren Menschen

Workshop 1: Unterstützung zum Erhalt der Selbständigkeit älterer Menschen

Gesundheitsförderung älterer und alter Menschen auf kommunaler Ebene

Barbara Eifert, Institut für Gerontologie/Forschungsgesellschaft für Gerontologie an der TU Dortmund

Möglichkeiten und Praxis in einer Gesellschaft des langen Lebens

Im Folgenden wird ein Überblick der Angebote und Versorgungsstrukturen zur Unterstützung des Erhalts der Selbstständigkeit älterer Menschen gegeben. Dazu werden Gesundheitsförderungsprogramme für ältere und mit älteren Menschen auf kommunaler Ebene vorgestellt.

Der Beitrag ist in drei Bereiche gegliedert:

1. Zur demografischen Entwicklung: Fokus Altern und Gesundheit
2. Pflicht oder Kür? Gesundheitsförderung im Alter: Was muss/kann in Kommunen getan werden?
3. Was wird in Kommunen praktiziert?

1. Zur demografischen Entwicklung: Fokus Altern und Gesundheit

Zur demografischen Entwicklung mit dem Fokus Altern und Gesundheit gibt es vier gute und zugleich alte Nachrichten:

Die Menschen werden älter

Kurz zusammenfassend lässt sich in diesem Rahmen zur demografischen Entwicklung festhalten: In den Gesellschaften der OECD-Staaten steigt der Anteil älterer und alter Menschen absolut und anteilig. Parallel dazu erhöht sich in vielen Gesellschaften der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, die älter werden. Zudem spiegelt sich eine fortschreitende Pluralisierung von Lebensstilen auch in der Gruppe der Älteren und Alten wider. Dabei hat das Thema Demografische Entwicklung den Weg in die öffentliche Wahrnehmung gefunden. Unter der Begrifflichkeit Demografischer Wandel wird diese Bevölkerungsentwicklung in der Gegenwart vielfach öffentlich diskutiert, oftmals reduziert und als negative Zukunftsvision dargestellt (mit Ausnahmen, so z.B. Spiegel Special Nr. 8/2006). Neben der Präsenz der Thematik im TV, Hörfunk und in Internetforen etc. zeigt sich das öffentliche Interesse auch in den Printmedien, so existiert mittlerweile eine Reihe von Zeitschriften zum Thema Alter etc. Neben den Zeitschriften, die sich allgemein mit der Thematik Demografie befassen, weisen gerade auch jene Printmedien, die sich

mit individuellen Bewältigungs- und Gestaltungsstrategien im Alter beschäftigen, auf ein vorhandenes Interesse dieser Altersgruppen.

Die demografische Entwicklung ist ein langwährender Prozess

Zu diesem Tatbestand ist darauf hinzuweisen, dass die Kenntnisnahme langwährender Entwicklungen der Demografie eher selten Gegenstand von Diskussionen ist. So erscheint die demografische Entwicklung immer wieder als scheinbar neues Phänomen, das plötzlich aufgetreten ist. Fakt ist hingegen, dass sich demografische Entwicklungen über lange Zeiträume vollziehen und dass sie aufgrund langer statistischer Erfassungen bekannt sind. Insgesamt ist festzuhalten, dass die demografische Entwicklung mit ihren möglichen Folgen und Gestaltungspotenzialen erst seit vergleichsweise kurzer Zeit (gemessen an der Zeitdauer ihres Ablaufes) öffentlich wahrgenommen und meist wenig differenziert diskutiert wird. Damit verbunden ist die Gefahr, dass mögliche Potenziale unerkannt bleiben oder negiert werden. Für gesundheitsfördernde Maßnahmen, die der Prävention zuzurechnen sind, ist dies kein förderliches Klima.

Die demografische Entwicklung lässt sich gestalten

Wird die demografische Entwicklung in ihren Auswirkungen als gestaltbar begriffen, offenbaren sich auch Potenziale all jener, die Bestandteil dieser Entwicklung sind. Zur Gestaltung von gesellschaftlichen Prozessen – insbesondere solcher mit umfassender, komplexer Tragweite – bedarf es der Menschen, die damit einhergehende Veränderungen tragen. Maßgeblich hilft dabei die Erkenntnis, dass Partizipation auch älterer Menschen dazu beiträgt, Veränderungsprozesse in der Gesellschaft positiv, im Sinne der in ihr lebenden Menschen zu gestalten. Diese Erkenntnis kann

gut für Aktivitäten und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung genutzt werden. Paul B. Baltes (2004), ein bekannter Altersforscher, hat dazu gesagt: „Immer mehr ältere Menschen ziehen in Gemeinden, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind.“ Dies deutet auf einen offensichtlichen Bedarf. Damit ist gleichwohl nicht gemeint, dass man nur dort hingehet, wo etwas angeboten wird. Ältere Menschen gehen auch dorthin, wo sie mitgestalten können, wo sie partizipieren können – auch dies entspricht den Bedürfnissen vieler Älterer (Landesseniorenvertretung NRW 2008). Partizipation ist dabei das Werkzeug für Mitwirkung.

Gesundheit ist möglich, und zwar in allen Lebensaltern

Es kann zwar spät sein, aber es ist nie zu spät, Lebensqualitätsgewinne durch Gesundheitsförderung zu erzielen (Landesseniorenvertretung NRW 2009). Auch im Alter bestehen Möglichkeiten, die Lebensqualität mit Hilfe von Gesundheitsförderungsprogrammen zu steigern und somit Krankheiten zu vermeiden. Gesundheitsförderung schafft altersunabhängige Lebensqualität, was langfristig Mittel in den Kommunen spart. Bisher spielen Gesundheitsförderungsprogramme für Ältere aber eher eine untergeordnete Rolle. 2007 wurden 2.800 Projekte zur Gesundheitsförderung untersucht, und davon waren nur 48 für und mit älteren Menschen (Douma et al. 2007). Dieser Anteil steht in keinem Verhältnis zum Bedarf und zur Sinnhaftigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen im Alter. Wie kommt es zu einem solchen Missverhältnis? Mangelnde Ressourcen der öffentlichen Haushalte bieten eine Antwort auf diese Frage. Hinzu kommen hartnäckig wirkende, unrealistische Altersbilder, die unter anderem gesundheitliche Zugewinne im Alter negieren. Die Wirkungsmacht solcher unrealistischen Altersbilder sollte weder gesellschaftlich noch individuell unterschätzt werden. Für eine möglichst umfassende und breit angelegte Konzeption und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für und mit Älteren ist diese Wirkungsmacht in jedem Fall nicht förderlich. Hinzu kommen kann auf individueller Ebene, dass die Nichtvorstellbarkeit des Alters (für jüngere Menschen) die Öffnung für frühzeitige Präventionen mit Hilfe gesundheitsfördernder Maßnahmen erschweren kann. Ungeachtet dessen ist Gesundheitsförderung ein probates Mittel, um den Herausforderungen der demografischen Entwicklungen zu begegnen. Sinnvoll und wünschenswert ist es zudem, Gesundheitsförderung, umfänglich definiert, entsprechend einem Setting-Ansatz als Bestandteile von Demografiekonzepten in Kommunen aufzunehmen. Dies wäre sozusagen die Kür.

Die Schlussfolgerungen aus dem ersten Teil sind: Gesundheitsförderungsprogramme sind notwendig. Der Bedarf an Gesundheitsförderungsprogrammen und die Potenziale dazu

sind vorhanden ungeachtet vorhandener Hemmnisse.

Gesundheitsförderung ist auch deshalb eine gute Möglichkeit, Ressourcen im Alter zu aktivieren, da sie auf vorhandene Potenziale und Fähigkeiten des Alters schaut und weniger auf die Defizite. Gesundheitliche Zugewinne sind altersunabhängig möglich. Gesundheitsförderungsprogramme schaffen Selbstbestimmung und Teilhabe, Lebensqualität und sparen Ressourcen. Ältere Menschen werden leider häufig noch nicht ausreichend eingebunden.

Dabei wäre es aus den Erkenntnissen der Partizipationsforschung mehr als ratsam, Ältere einzubeziehen. Gesundheitsförderungs-Ansätze, die die Potenziale älterer Menschen einbeziehen und sie mitentscheiden lassen an dem, was entwickelt werden soll, sind erfolgversprechend.

2. Pflicht oder Kür? Was muss/kann in den Kommunen getan werden?

Zunächst sind die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung zu betrachten:

- Gesundheitsförderung ist eine **freiwillige** kommunale Aufgabe.
- Gesundheitsförderung „**kann**“ im Rahmen der sogenannten **Daseinsvorsorge** (Art. 28 II GG) als Handlungsfeld verstanden werden. Bislang, so ist festzuhalten, sind dieses Verständnis und entsprechende Umsetzungen nicht verbreitet. Gleichwohl hat die Enquete-Kommission Demografischer Wandel des deutschen Bundestages bereits 2002 eine soziale Vorsorge für ältere, chronisch kranke Menschen gefordert.
- Gesundheitsförderung (= Prävention, Primärprävention, Sekundärprävention, Tertiärprävention) umschließt alle Maßnahmen zur Stärkung der individuellen und sozialen Gesundheitskompetenz sowie, entsprechend der Sozialraumorientierung und sogenannten Setting-Ansätzen, auch die Veränderungen von Verhältnissen. Es geht nicht nur um Verhaltensprävention bei der Gesundheitsförderung im umfassenden Sinn, sondern immer auch um die Veränderung von Verhältnissen.
- Zudem umfasst Gesundheitsförderung die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in der Politik.

Gesundheitsförderung ist, so lässt es sich zusammenfassen, ein umfängliches Konzept, das auf freiwillige Umsetzungen angewiesen ist.

Warum wird gesellschaftlich und politisch noch nicht genug in Bezug auf Gesundheitsförderung im Alter getan?

- Gesundheitsförderung hat in Deutschland noch **keine Tradition**. Sie widerspricht einem primär kurativen Gesundheitssystem. Im Jahr

2000 wurde festgestellt, dass nur vier Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für Prävention ausgegeben wurden (Bäcker et al. 2000). Hier sind bis heute keine großen Änderungen erfolgt. Laut einer Studie ist die Gesundheitsförderung älterer Menschen noch keine allgemein anerkannte Zielsetzung in den Kommunen, sondern hat für die Kommunen eher eine mittlere Relevanz (Hollbach-Grömig et al. 2007).

- Gesundheitsförderung ist noch **keine allgemein anerkannte Zielsetzung** in Kommunen.
- Gesundheitsförderung steht unter anderem im **Spannungsfeld** von: Kommune als Dienstleister versus leistungsrechtsbezogener Hoheitsverwalter.
- Gesundheitsförderung bewegt sich im **Dschungel von Zuständigkeiten und Akteuren**, trifft auf **mangelnde finanzielle Möglichkeiten** und **personelle Ressourcen in den Kommunen**. Haushaltssicherungskonzepte (oftmals in Kombination mit primär ökonomisch orientierten Organisationsberatungen) führen dazu, dass freiwillige Leistungen immer weniger umgesetzt werden können.
- Gesundheitsförderung ringt mit der **Wirksamkeit unrealistischer Altersbilder**, sowohl individuell als auch gesellschaftlich.

Unbestreitbar bringt ein praktizierter gesunder Lebensstil subjektives Wohlbefinden und eine positive Stimmungslage, die enorm bei der Bewältigung von Stress und kritischen Lebenssituationen hilft. Körperliche Aktivität im höheren Alter wirkt psychisch und physisch aktivierend und hilft, Kontakte zu knüpfen. Obwohl dies alles bekannt ist, bleibt mindestens ein Aber ... Dies bezieht sich darauf, dass Verhaltensprävention allein nicht ausreicht. Individuelle Verhaltensregeln, -vorschriften und -möglichkeiten gibt es genügend (z. B. 15 Regeln für gesundes Älterwerden des BMG von 2006).

Sozialraumbezogene und Setting-Ansätze, die auf die Ottawa-Charta von 1986 sowie Gesundheitsstädte-Projekte der WHO zurückgehen, umfassen die Mikro-, Makro- und Meso-Ebene (individuell, räumlich, sozial, institutionell, rechtlich, prozessorientiert). Kennzeichnend für die Ansätze ist:

- sie sind niedrigschwellig angelegt und erreichbar
- sie sind aufsuchend organisiert
- sie setzen frühzeitig an
- sie nehmen Potenziale in den Blick und
- sie erfassen alle Lebensbereiche

Solche Ansätze sind notwendig, um

- spezifische Zielgruppen (z. B. ältere Männer) sowie sozial benachteiligte (nicht nur) alte

Menschen zu erreichen ... deren Anzahl wächst!

- als Kommune eine koordinierende und auch soziale Stützfunktion auszufüllen
- der Heterogenität des Alters zu begegnen

Wünschenswert wäre, die Gesundheitsförderung während des gesamten Erwachsenenlebens zu etablieren. Damit wäre allen geholfen, und letztendlich würden daraus positive gesamtgesellschaftliche Auswirkungen folgen.

3. Was wird in Kommunen praktiziert?

Zunächst sind dazu mögliche Akteure in den Kommunen zu nennen: Gesundheitsämter, Sozialämter, Seniorenvertretungen, Seniorenbüros, Initiativen, Sportvereine und -initiativen, Zusammenschlüsse von Menschen für projektbezogene Aktivitäten, Freie Wohlfahrtsverbände, Ärzte, Volkshochschulen, freie Bildungsträger, Sportbetriebe, Betriebe, Verbraucherberatungsstellen, Religionsgemeinschaften, der Einzelhandel und weitere. Seniorenvertretungen sind dabei hervorzuheben, da dies Organisationen sind, die eine starke Basisbindung haben. In ihnen engagieren sich Menschen, die häufig sehr interessiert sind an den Erfahrungen und Kenntnissen aus gesundheitsbezogenen Projekten und sich daher gerne einbringen würden mit ihren Erfahrungen und ihrem Know-how. Diese Aktivitäten zu koordinieren, ist eine zentrale Aufgabe der Kommunen.

Was gibt es an strategischen Konzepten?

Umfassende strategische Konzepte gibt es bislang nur vereinzelt. Um **Beispiele** zu nennen:

- „aktiv55plus – Gesundes Altern in Radevormwald („Aufsuchende Aktivierung“, Ziel: Steigerung der Lebensqualität, WHO 2005)
- „Gesundes und aktives Altern“ in Dresden (partizipative Gesundheitskonferenz, regelmäßige Gesundheitsberichterstattung, Ziel: Erhalt und Entwicklung von Lebensqualität, seit 2005)
- „Lebenswerte Lebenswelten“ Schweiz/u.a. Graz (partizipative Angebots- und Strukturentwicklung 2003-2006)
- „Plan 60“ Stadt Wien (Aktivierung und Befähigung älterer Menschen zum Aufbau ehrenamtlicher Strukturen, 2006)

Diese Projekte zeichnen sich dadurch aus, dass sie umfassende Setting-Ansätze haben. Es sind Projekte, die Verhaltens- und Verhältnisprävention vereinen und auch mit guten Ergebnissen umsetzen (Kuhlmann 2010).

Was gibt es an Netzwerken?

- z.B. Gesunde Städte-Netzwerk (GSN)
 - z.B. Programm „Soziale Stadt“
- Kommunen haben dabei eine zentrale Funktion: Sie knüpfen und halten die Netze!

Das Gesunde Städte-Netzwerk ist eines der wichtigsten. Allerdings haben sich diesem attraktiven Netzwerk bislang vergleichsweise wenige Kommunen angeschlossen. Zum jetzigen Zeitpunkt sind es etwa 80 Kommunen. Gemessen an der Anzahl der Kommunen in Deutschland, ist dies bislang eine bescheidene Bilanz. Die Mitglieder dieses Gesunde Städte-Netzwerkes haben dabei einen – noch nicht von vielen erkannten – großen Vorteil: Sie haben bessere Ausgangsbedingungen, Projekte zu initiieren, weil es ihnen schon gelungen ist, innerhalb ihrer Kommunen Koordinations- und Vernetzungsstrukturen aufzubauen.

Auch das Programm „Soziale Stadt“ ist ein bestehendes Netzwerk, das hilfreich ist, Kooperation vor Ort zu initiieren.

Maßnahmen und Informationsquellen

Beispiele für einzelne Maßnahmen, Aktivitäten und Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung sind:

- Gesundheitsnetzwerke
- Gesundheitshäuser
- Nachbarschaftstreffs
- Niedrigschwellige, zielgruppenspezifische Präventionsprojekte (z. B. Sturzprophylaxe)
- Gesundheitsbildung, präventiver Hausbesuch, Handlungsfelder in den Bereichen Ernährung und Bewegung

Zu betonen ist abschließend: Es gibt viele sinnvolle und positiv zu bewertende Projekte, dennoch bleibt es erforderlich oder zumindest wünschenswert, wenn diese Ansätze umfassendere Qualitäten aufwiesen, wenn sie konzeptioneller angegangen würden, um damit größere Effekte zu erzielen.

Folgende **Internetportale und -quellen** informieren über vorhandene Projekte und geben Hilfestellung, wie funktionierende Netzwerke aufgebaut werden können.

- Projektdatenbank des Landes NRW (LIGA NRW), www.infoportal-praevention.de
- Datenbank des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“, www.sozialestadt.de
- Datenbank des Programms „HealthProElderly“ (RK Österreich), www.healthproelderly.com
- Internetplattform des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- Internetseite des Gesunde Städte-Netzwerkes (Gesunde Städte Sekretariat, GA Münster), www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Fazit

Im Bereich der Gesundheitsförderung existieren viele Möglichkeiten und gute Umsetzungsmethoden, die Orientierung bieten. Sich als Kommune dem Thema Gesundheitsförderung zu nähern, lohnt sich letztlich im wohlverstandenen Eigeninteresse.

Literatur:

- Apitz, R. & Winkler, S.F. (2003). Potenziale und Ansätze der Prävention: Aktuelle Entwicklungen in Deutschland. *Der Internist*, 45 (2), 139-147.
- AG Gesundheitsfördernde Städte und Gemeindeentwicklung (2004). Fünf Thesen zum Einstieg und eine Aufforderung zur Mitwirkung. In: Göpel, E. & Schubert-Lehnhardt, V. (Hrsg.). *Gesundheit gemeinsam gestalten*. Bd. 2 (S. 19-24). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- Altgeld, T. (2004). Gesundheitsfördernde Setting-Ansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise für die Regiestelle des E & C-Programmes. Herausgegeben von BMFSFJ. (02/2009) <http://www.eundc.de/pdf/09600.pdf>
- Altgeld, T. (2008). Neues Altern in der Stadt – Neue Ansätze der zielgruppengerechten, kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen. In: Richter, A., Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.). *Dünne Rente – dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung*. (S. 207-218) Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K. & Naegele, G. (2000). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland*. Bd. 2. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Baltes, Paul B.; Meyer, K.U. (Hrsg.) (1996): *Die Berliner Altersstudie*, Berlin
- Bauer, U. (2008). Erfordernisse zielgruppenspezifischer Prävention im Alter. In: Kuhlmeier, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. 1. Aufl. (S. 276-296). Bern: Huber.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005). *Lebenslagen in Deutschland*. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin. (02/2009) http://www.bmas.de/portal/892/property=pdf/lebenslagen_in_deutschland_de_821.pdf
- Deutscher Bundestag (2002). *Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“*. Drucksache 14/8800.
- Döhner, H. (2001). *Information und Beratung – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung und -versorgung*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 24, S. 48-55.
- Douma, Y. & Kilian, H. (2007). *Fokus-Auswertung: „Angebote der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil“*. Endbericht. *Gesundheit Berlin*. e. V., Berlin. (02/2009) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1d73a586a20b30ad1bo2e045ocf836e7>
- Douma, Y., Kilian, H., Meyer-Nürnberg, M. & Krane, E. (2007). *Die Praxis der Gesundheitsförderung mit Seniorinnen und Senioren: Eine Fokusaufwertung der bundesweiten Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“*. Vortrag im Rahmen der Tagung Health Inequalities II, 09.06.2007, Bielefeld. (02/2009)

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/health-inequalities/downloads/douma.pdf>

Hollbach-Grömig, B. & Seidel-Schulze, A. (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Eine Bestandsaufnahme. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Kuhlmann, A. (2010). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise (unter Mitarbeit von Katrin Koch). Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit.

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/clin_160/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/F-10002-gesundheitsfoerderung-aeltere-menschen-setting-kommune,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/F-10002-gesundheitsfoerderung-aeltere-menschen-setting-kommune.pdf

Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 2. Auflage 2008. Altengerechte Stadt – Das Handbuch – Partizipation älterer Menschen als Chance für die Städte. Grymer, Herbert; Köster, Dietmar; Krauss, Melanie; Ranga, Myrto-Maria; Zimmermann, Jan Christoph. Münster, Eigenverlag.

Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 2009. Aktives Alter – Themen und Gestaltungsmöglichkeiten für die Arbeit der kommunalen Seniorenvertretungen. Hirsch, Rolf D. Gesundheit und Prävention, S. 39-50. Münster, Eigenverlag.

Naegele, G. (2008): Sozial- und Gesundheitspolitik für ältere Menschen. In: Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. 1. Aufl. (S. 46-63). Bern: Huber.

Spiegel Special Nr. 8/2006: Jung im Kopf – Die Chancen der alternden Gesellschaft.

WHO (2002). Active Ageing. A Policy Framework. (02/2009) http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

WHO (2005). Gesundes Altern – Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen. (02/2009) http://www.euro.who.int/Document/HEA/Gesundes_Altern_G.pdf

WHO (2007): Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities. (10/2007) http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf

WHO (2008). Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles of older people. (02/2009) <http://www.euro.who.int/document/Eg1887.pdf>

Seniorenservicebüros in Niedersachsen als Koordinierungs- und Anlaufstellen

Martin Schumacher, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

In Niedersachsen leben rund 1,6 Millionen Menschen, die über 60 Jahre alt sind. Damit gehört etwa jede fünfte Einwohnerin und jeder fünfte Einwohner zur Gruppe der Seniorinnen und Senioren. Im Flächenland Niedersachsen findet sich sowohl der bundesweit sehr „junge“ Landkreis Cloppenburg als auch einer der „ältesten“ Landkreise im ganzen Bundesgebiet: Osterode am Harz. Vor diesem demografischen Hintergrund sind vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration **Leitlinien für eine moderne Seniorenpolitik in Niedersachsen** entwickelt worden. An diesen seniorenpolitischen Leitlinien orientieren sich der Aufbau neuer und der Ausbau bereits bestehender seniorenpolitischer Infrastrukturen. Mit dem Wechsel von dem lange Zeit vorherrschenden Defizitmodell hin zum Ressourcenmodell haben die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe der Älteren in allen Bereichen des Lebens hohe Priorität. Um diesen Herausforderungen Rechnung zu tragen, ist es umso mehr von Bedeutung, dass den Älteren und ihren Angehörigen vor Ort kompetente Beratung und wichtige Informationen für die verschiedenen Lebenssituationen aus einer Hand angeboten werden.

Wie im gesamten Bundesgebiet, sind in den letzten Jahren auch in Niedersachsen vielfältige Beratungs- und Unterstützungsangebote für Seniorinnen und Senioren ausgebaut worden. Die vielerorts zunehmende Sensibilisierung für



die Herausforderungen des demografischen Wandels führte zum Aufbau zahlreicher neuer Projekte und Programme. Diese befassen sich insbesondere mit selbstständigem Leben und Wohnen im Alter, mit der Partizipation Älterer, mit Strukturen und Rahmenbedingungen, die bürgerschaftliches Engagement sowie Generationendialog fördern und mit dem Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Im Folgenden wird eine Auswahl von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Seniorinnen und Senioren in Niedersachsen aufgezeigt, die

deutlich macht, an welchen Stellen und mit welchen Schwerpunkten an diesem Themenspektrum gearbeitet wird und welche Rolle dabei die Seniorenservicebüros in Niedersachsen spielen.

Im Mai 2006 hat das Land die **Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag (LINGA)** ins Leben gerufen. Deren Ziel ist es, die Entwicklung innovativer generationengerechter Produkte und Dienstleistungen zu fördern. Dies soll zu einer verbesserten Lebensqualität in Niedersachsen, zu einer langfristigen Beschäftigungssicherung, sowie zum Erhalt von Kaufkraft im eigenen Land beitragen. Die LINGA unterstützt die Förderung seniorenrechtlicher Produkte und Dienstleistungen und ist insofern Bestandteil der Landkarte über Beratungs- und Unterstützungsangebote für Seniorinnen und Senioren in Niedersachsen.

Bürgerschaftliches Engagement gilt heute als wichtiger Schlüssel zur Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und gesellschaftlichen Teilhabe und Mitwirkung der älteren und jüngeren Generationen. Die Auflösung traditioneller Familienstrukturen bedeutet eine beachtliche Herausforderung, Unterstützung auf zwischenmenschlicher Ebene neu zu organisieren. Seniorinnen und Senioren sind einerseits in wachsendem Maße darauf angewiesen, dass ehrenamtliche Kräfte Aufgaben abdecken, die früher von Familienangehörigen erledigt wurden. Andererseits sind viele ältere Menschen, insbesondere die „jungen Alten“, in wachsendem Maße dafür aufgeschlossen, sich in vielerlei Hinsicht bürgerschaftlich für die Gemeinschaft zu engagieren.

Um ehrenamtlich und bürgerschaftlich Interessierten und Aktiven in Niedersachsen eine Möglichkeit zu schaffen, sich über entsprechende Angebote zu informieren, wurde im Jahr 2003 der **Freiwilligenserver** des Landes Nie-

dersachsen (www.freiwilligenserver.de) implementiert. Er fungiert als virtueller Anlaufpunkt zum Thema Ehrenamt und Bürgerschaftliches Engagement. Über 30.000 Institutionen, die freiwilliges Engagement vermitteln, sind dort aufgeführt und geben Auskunft über Mitwirkungsmöglichkeiten.

Freiwilliges Engagement wird von zwei weiteren Landesprogrammen unterstützt: **Freiwilligenakademie Niedersachsen (FAN)** und **Engagementlotsen für Ehrenamtliche in Niedersachsen (ELFEN)**. Beide Programme haben zum Ziel, landesweite Unterstützungsstrukturen durch den Einsatz und die Qualifizierung von Ehrenamtlichen aufzubauen. Dabei sind zahlreiche Projekte entstanden, in denen einerseits ältere Engagierte für gesellschaftlich notwendige Aufgaben gewonnen und qualifiziert werden konnten und in denen andererseits Seniorinnen und Senioren Unterstützung und Hilfe durch das freiwillige Engagement anderer erfahren haben.

In diesem Zusammenhang sind auch die Qualifizierungen zu Senioren- und Alltagsbegleiterinnen und -begleitern zu erwähnen. Ein solches Qualifizierungsprogramm wird zum Beispiel vom Verband der Niedersächsischen Landfrauen in Kooperation mit der Ländlichen Erwachsenenbildung (LEB) durchgeführt.

Neben Programmen, die sich direkt an Bürgerinnen und Bürger richten, existieren auch Projekte, die vorrangig Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ansprechen und diese bei der Umsetzung von Angeboten für ältere Menschen unterstützen.

Mit einem **Freiwilligen Jahr für Seniorinnen und Senioren (FJS)** sollen ehrenamtliche Tätigkeiten für ältere Menschen attraktiver werden. Nach erfolgreicher Durchführung zweier Modellprojekte in der Landeshauptstadt Hannover und im Landkreis Osnabrück wurde das Programm in den Seniorenservicebüros verankert.

Als ein weiteres Projekt, das vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration gefördert wird, ist die **Landesagentur Generationendialog Niedersachsen (Landesagentur)** zu nennen. Die Landesagentur, die sich in der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. befindet, versteht sich als Plattform zur Koordinierung, Vermittlung, Information und Beratung von Vereinen, Verbänden und anderen Institutionen sowie von Kommunen, Landkreisen, Wohlfahrtsverbänden, Unternehmen u.a., die Generationen verbindende Ansätze fördern. Ihre Aufgabe nimmt die Landesagentur wahr, indem sie Landesprogramme zu seniorenpolitischen und Generationen verbindenden Themen koordiniert, umsetzt und begleitet. Dazu gehört so-

wohl die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen als auch die Vernetzung, Beratung und Information der Akteure vor Ort und die Erstellung von Broschüren, Flyern und Veröffentlichungen zu diesen Themen.

Im Rahmen des Landesprogramms „Leben und Wohnen im Alter – Förderung von Seniorenservicebüros (SSB), Freiwilliges Jahr für Seniorinnen und Senioren, Seniorenbegleitung und Wohnberatung im Alter“ stellt die Landesagentur die landesweite Koordinierung und Vernetzung beim Aufbau und bei der Begleitung sowie der Evaluation der **Seniorenservicebüros** in Niedersachsen sicher und berät deren Träger bei der Konzeptumsetzung.



Die Seniorenservicebüros dienen als örtliche Anlauf-, Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen. Ältere Menschen und ihre Angehörigen sowie Dienstleister, die entsprechende Hilfs- oder Unterstützungsleistungen anbieten, können sich an diese Büros wenden. Die Seniorenservicebüros sind zentrale Anlaufstellen, die Informationen und Dienstleistungen aus einer Hand anbieten, um älteren Menschen den unnötigen Aufwand zu ersparen, herauszufinden, von wem oder wo sie welche Informationen erhalten. Neben diesen Aufgaben sind Pflichtbausteine der Büros die Vermittlung Ehrenamtlicher im Rahmen des Freiwilligen Jahres für Senioren (FJS) und die Qualifizierung zusammen mit einer Erwachsenenbildungseinrichtung und Vermittlung von Alltagsbegleiterinnen und -begleitern sowie Haushaltsassistenten. Schließlich ist eine dritte, vom Träger frei wählbare Aufgabe in den Seniorenservicebüros einzurichten. Meistens handelt es sich dabei um eine qualifizierte Wohnberatung. Weitere Aufgaben sind entsprechend der im Folgenden aufgeführten Ziele der Seniorenservicebüros, den Bedürfnissen der Bevölkerung und Bedarfen vor Ort anzupassen und zu implementieren.

Um die Potenziale älterer Menschen zu stärken und zu nutzen, ihre Selbstständigkeit und Lebensqualität zu bewahren und zu fördern, ist es Ziel der Seniorenservicebüros, folgende Strukturen aufzubauen:

- Erschließung, Koordinierung und Vermittlung wohnungs- und haushaltsnaher Hilfen für alle alten Menschen und ihre Angehörigen.
- Kooperation und Vernetzung der örtlichen und regionalen Dienstleister unter Einschluss von Selbst- und Nachbarschaftshilfe.
- Auf- und Ausbau eines lebensraumbezogenen Unterstützungssystems für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen.

- Vermittlung und Einsatzstelle von Angeboten von Seniorinnen und Senioren.
- Informationsstelle für alle Fragen der Lebens- und Alltagsbewältigung älterer Menschen.

Organisatorisch sind die SSB an bestehenden, örtlich verwurzelten und bei älteren Menschen anerkannten Organisationen wie z. B. Mehrgenerationenhäuser, Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros, Familienservicebüros, Kommunalverwaltungen u. a. angesiedelt. Es bestehen sowohl freie Trägerschaften als auch öffentliche Trägerschaften (z. B. bei Kommune, Landkreis). Mit den Seniorenservicebüros wurden keine neuen Strukturen geschaffen. Die Neutralität bei der Aufgabenwahrnehmung ist durch die Vielzahl der jeweiligen Kooperationspartner gewahrt. Die Seniorenservicebüros haben eine auf den gesamten Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt insgesamt ausstrahlende Wirkung. Seit 2008 wurden 37 Seniorenservicebüros eingerichtet, für 2011 wird ein flächendeckendes Angebot angestrebt. Der Arbeitsstil ist durch eine Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlich Tätigen und die Einbeziehung von ehrenamtlichen Seniorinnen und Senioren geprägt.

Im Rahmen des Programms „Leben und Wohnen im Alter“ wird parallel vom Land Niedersachsen das **Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter** gefördert, um ein bedarfsgerechtes Wohnangebot und ein qualifiziertes, breit gefächertes Beratungsangebot zu allen Fragen rund um das Wohnen im Alter zur Verfügung zu stellen. Das Land strebt hier eine Vereinheitlichung an, um allen Bürgerinnen und Bürgern gleichermaßen einen optimalen Zugang zu Informations- und Beratungsangeboten zu verschaffen, unabhängig davon, ob sie in einer großen Stadt wie Hannover oder Braunschweig oder einer strukturschwachen Region an der Nordsee oder im Harz wohnen. Zur Verbesserung des Informations- und Beratungsangebotes für Seniorinnen und Senioren und zur Vermeidung von Doppelstrukturen wird eine Anbindung bestehender und noch einzurichtender Unterstützungsangebote an die Seniorenservicebüros angestrebt. Vorhandene Netzwerke sollen für die Seniorenservicebüros genutzt und mit neuen verbunden werden. Die Einrichtung der Seniorenservicebüros an bestehende Einrichtungen, wie z.B. die Mehrgenerationenhäuser, führt bereits zu Synergieeffekten, die von weiteren Anbietern, wie z.B. Pflegestützpunkten, genutzt werden können.

Neben den aufgezeigten Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Seniorinnen, Senioren und deren Angehörige in Niedersachsen existieren vielerorts weitere. Hinzu kommen in der Beratungs- und Unterstützungslandschaft Einrichtungen der Landkreise und Kommunen, der Wohlfahrtsverbände, der Wohnungswirtschaft sowie der Senioren- bzw. Patienten-

organisationen. Die freien, gemeinnützigen Träger sind beispielsweise in der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen zusammengeschlossen. Ihre Mitgliedsverbände betreiben ca. 6000 Einrichtungen, Dienste und Beratungsstellen mit etwa 200.000 Beschäftigten. Zusätzlich engagieren sich über 100.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ehrenamtlich.

Für kommunale Beratungsangebote sei hier beispielhaft der Kommunale Seniorenservice der Landeshauptstadt Hannover (www.seniorenberatung-hannover.de) genannt. Er fungiert als zentraler Anlaufpunkt und Clearingstelle für

alle Fragen u.a. zu psychosozialer Beratung, Freizeitgestaltung, Mobilität und ähnlichem, bis hin zu gesundheitsbezogenen Angeboten wie Pflege und Palliativversorgung. Beratungsangebote von Trägern der Sozialversicherung, freiberuflichen Beraterinnen und Beratern oder auch Unternehmen des „Dritten Sektors“ runden die Palette ab. Die Angebote weisen in einem Flächenland mit 38 Landkreisen und acht kreisfreien Städten jedoch naturgemäß Schwankungen hinsichtlich Umfang und Qualität auf.

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (www.nlga.niedersachsen.de) hat zur Situation älterer Menschen unter dem Titel „Alt werden,

aktiv bleiben, selbstbestimmt leben – Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen“ einen Bericht erstellt, dem zu allen aufgezeigten und benachbarten Themenfeldern weiterführende Informationen zu entnehmen sind.

Der Landkreis Verden befindet sich im niedersächsischen Tiefland zwischen Lüneburger Heide und Weser in unmittelbarer Nachbarschaft zur Großstadt Bremen. Auf einer Fläche von ca. 788 Quadratkilometern leben 133.328 Einwohner, von denen 26.031 Personen zwischen 65 und 80 Jahre alt und 5.923 Personen über 80 Jahre alt sind.

Erfahrungen mit ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten

Dagmar Schüler, Seniorenservicebüro Niedersachsen für den Landkreis Verden

Der Landkreis verfügt über acht Gemeinden, mit der Kreisstadt Verden (Aller), die mit 26.846 Einwohnern etwas kleiner ist als die Stadt Achim mit 30.040 Einwohnern. Weit über die Kreisgrenzen hinaus ist die Kreisstadt Verden (Aller) als Mittelpunkt der niedersächsischen Pferdezucht bekannt. Die Stadt ist Sitz des Absatzzentrums für hannoversche Warmblutpferde und überregionaler Vermarktungsort der Zuchtrinder-Erzeugergemeinschaft Hannover.

Der Landkreis Verden gehörte 2008 zu den ersten 11 Landkreisen in Niedersachsen, die die Förderung für ein Seniorenservicebüro erhielten. Der Standort des Seniorenservicebüros, dessen Träger der Landkreis ist, befindet sich im Kreishaus. Die personelle Ausstattung besteht in einer Gerontologin mit dem Arbeitsschwerpunkt Aufbau-, Struktur- und Netzwerkarbeit und einer Verwaltungsangestellten für die Betreuung des Telefons, Internets und der Verwaltung. Beide Mitarbeiterinnen arbeiten jeweils halbtags.

Die enge Zusammenarbeit mit den Seniorenberatungen/Pflegestützpunkten ermöglicht die vernetzte Beratung und Hilfe aus einer Hand für die gesamte Fläche des Landkreises Verden. Da die Einzelfallberatung durch die Seniorenberatung/Pflegestützpunkt vorgenommen wird, kann das Seniorenservicebüro sich auf die Netzwerkarbeit als strukturelle Aufgabe und die Förderung des ehrenamtlichen Engagements in Form des Freiwilligen Jahres für Senioren, der ehrenamtlichen Wohnberatung und der ehrenamtlichen Seniorenbegleitung fokussieren.

Die Netzwerkpartner des Seniorenservicebüros sind vielfältig und reichen von den Seniorenvertretungen über Sozialverbände, Vereine, ambulante Dienste, über Bildungsträger wie die Ländliche Erwachsenenbildung oder die Kreisvolkshochschule, Mehrgenerationen- und Nachbarhäuser, bis hin zu den verschiedenen Kirchengemeinden, um hier nur einige zu nennen.

1. Ehrenamtliche Wohnberatung

Im Jahr 2009 wurden vom Seniorenservicebüro dreizehn ehrenamtliche Wohnberater/innen in einer kostenlosen Schulung qualifiziert. Die Qualifizierung fand in Kooperation mit dem „Niedersachsenbüro Neues Wohnen im Alter“ statt. Themen der Qualifizierung waren u.a. die Wohnungsanpassung, Finanzierung von Wohn-

umfeld verbessernden Maßnahmen, Wohnberatung bei Menschen mit Demenz oder die verschiedensten Wohnformen. Die ehrenamtlichen Wohnberater/innen kommen aus den unterschiedlichen Gemeinden des Landkreises und sind dort bekannt, so dass eine lokale Verbreitung der Wohnberatung erfolgt. Koordiniert wird die ehrenamtliche Wohnberatung durch das Seniorenservicebüro, das als zentraler Ansprechpartner die Anfragen nach Wohnberatung entgegennimmt und die Einsätze der ehrenamtlichen Wohnberater/innen sowohl koordiniert als auch fachlich unterstützt.

Der Landkreis Verden kann durch den Aufbau der ehrenamtlichen Wohnberatung eine kostenlose und unverbindliche Beratung über Umbaumaßnahmen, Ausstattungsveränderungen, technische Hilfsmittel, Finanzierungsmöglichkeiten und Wohnalternativen vor Ort anbieten.

Die Inanspruchnahme der ehrenamtlichen Wohnberatung ist bislang trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit zurückhaltend. Feststellen lässt sich hingegen, dass die Wohnberater/innen häufig im privaten Kontext um ihre Meinung und Mithilfe bei Problemen oder Fragen zum Wohnen gebeten werden. Durch die gezielte Auswahl der Personen für die ehrenamtliche Wohnberatung ist somit flächendeckend ein



niedrigschwelliges Angebot der Beratung zu barrierefreiem Wohnen entstanden.

2. Freiwilliges Jahr für Senioren

Das Freiwillige Jahr für Senioren soll ein verbindliches ehrenamtliches Engagement in vielfältigen Einsatzfeldern bieten. Dies können z. B. Sport/Bewegung, Bildung, Kultur, Tierschutz oder auch Umweltschutz sein. Die Dauer des Freiwilligen Jahr für Senioren beträgt mindestens ein halbes Jahr und die reguläre Wochenarbeitszeit acht Stunden. Teilnehmende erhalten eine Aufwandsentschädigung sowie ein Zertifikat. Vorgesehen ist dabei, dass die Seniorenservicebüros die Kontakte zu den geeigneten Einsatzstellen herstellen sowie die Vermittlung und die laufende Betreuung übernehmen.

In der Praxis gestaltet sich das Freiwillige Jahr für Senioren sehr problematisch. Im Gegensatz zu den vielfältigen Einsatzmöglichkeiten besteht ein sehr geringer Zulauf. Die Verpflichtung zu Dauer und Umfang des Freiwilligen Jahr für Senioren wird von den Seniorinnen und Senioren sehr negativ wahrgenommen.

3. Ehrenamtliche Seniorenbegleitung DUO

Die ehrenamtliche Seniorenbegleitung wurde durch das Seniorenservicebüro im Landkreis Verden mit großem Erfolg etabliert. Mit über 80 ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/innen verfügt das Seniorenservicebüro im Landkreis Verden über mehr als 10 Prozent aller in Niedersachsen nach dem DUO-Programm gefundenen ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/innen. Durch die Landesförderung des DUO-Programms ist es möglich, den ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/innen eine kostenlose Qualifizierung zur Verfügung zu stellen. Die Qualifizierung umfasst 50 Stunden Theorie und ein 20-stündiges Praktikum, das in der Hospitation in einer Einrichtung der Altenarbeit z. B. Altenheim, Tagespflegeeinrichtung, Pflegedienst oder Sozialstation besteht.

Die theoretischen Inhalte der Qualifizierung beinhalten Themen wie: Die Lebenswelt älterer Menschen, Seniorenbegleitung mit Nähe und Distanz, Unterstützung bei den „Aktivitäten des täglichen Lebens“, rechtliche Grundlagen, körperliche und geistige Mobilität im Alter, Erste-Hilfe-Kurs (Fachrichtung alte Menschen) und Ehrenamtliche im Einsatz. Die Qualifizierungen werden in Kooperation mit zwei Bildungsträgern, der Kreisvolkshochschule und der Ländlichen Erwachsenenbildung durchgeführt. Diese haben das Curriculum untereinander und mit dem Seniorenservicebüro abgestimmt und führen jeweils einen Kurs jährlich durch, so dass bereits fünf Qualifizierungen mit insgesamt 84 Teilnehmern durchgeführt werden konnten. Zwei Personen haben sich für die ehrenamtliche Seniorenbegleitung gemeldet, die

keine Qualifizierung nach dem DUO-Programm benötigen, da sie aus dem Altenpflegebereich kamen.

Das Seniorenservicebüro kann somit auf insgesamt 86 ehrenamtliche Seniorenbegleiter/innen zurückgreifen. Von diesen 86 Personen sind zurzeit 40 Personen tätig, einige sogar bei mehreren Seniorinnen oder Senioren. Alles in allem werden 50 Seniorinnen oder Senioren ehrenamtlich begleitet, einige davon sogar von mehreren Seniorenbegleiter/innen. Etwa 30 ehrenamtliche Seniorenbegleiter/innen sind zurzeit nicht aktiv im Einsatz, weil keine passgenaue Begleitung in der Nähe benötigt wurde oder sich die persönliche Situation der Ehrenamtlichen verändert hat. Einige Male sind Angehörige pflegebedürftig geworden oder Großelternschaft hat sich eingestellt.

19 Personen stehen der ehrenamtlichen Seniorenbegleitung nicht mehr zur Verfügung, weil sie umgezogen sind, sich beruflich verändert haben oder weil sie sich als ungeeignet für die ehrenamtliche Tätigkeit erwiesen haben. Das Aufgabenfeld in der ehrenamtlichen Seniorenbegleitung ist individuell und umfasst nahezu alle Tätigkeiten in der Begleitung, außer hauswirtschaftlichen und pflegerischen Einrichtungen. Häufig findet die ehrenamtliche Seniorenbegleitung durch die Gesellschaft zu Hause oder in der Begleitung von Spaziergängen, Einkäufen, Besuchen oder dergleichen statt.

Die Gewinnung der ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/innen geschieht in erste Linie durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere über die örtliche Presse. Auch die unterschiedlichen Bildungsträger, die verschiedene Personengruppen ansprechen, besonders die Ländliche Erwachsenenbildung mit ihrer Nähe zu den Landfrauen, spielen bei der Gewinnung neuer Ehrenamtlicher eine große Rolle. Nicht zuletzt durch persönliche Ansprache durch das Seniorenservicebüro, besonders bei der Gewinnung bestimmter Gruppen wie beispielsweise Männern oder Personen mit Migrationshintergrund, kommt diesen eine erhebliche Bedeutung zu.

Die Personengruppe der ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/innen ist sehr heterogen. Die „junge Tagesmutter“ ist ebenso zu finden wie die Seniorin, die ihre Zeit sinnvoll nutzen möchte. Männliche Seniorenbegleiter sind mit knapp 5 Prozent deutlich unterrepräsentiert, allerdings wird die Seniorenbegleitung auch fast nur von Seniorinnen in Anspruch genommen.

Es hat sich gezeigt, dass „die typische ehrenamtliche Seniorenbegleiterin“ weiblich, zwischen 40 und 50 Jahre alt ist, sich in der Nachfamilienphase befindet und über große zeitliche Ressourcen und gute organisatorischen Erfahrungen verfügt. Sie ist beruflich

eher gering qualifiziert, so dass der Wiedereinstieg ins Berufsleben, wenn erwünscht, problematisch ist.

Die Motive für ein ehrenamtliches Engagement in der Seniorenbegleitung sind häufig instrumentell. Die sinnvolle Nutzung der Freizeit, Kontakt zu anderen Menschen zu knüpfen oder Erfahrungen und Fähigkeiten zu erlangen um eine sinnvolle Beschäftigung zu finden und somit persönliche Zufriedenheit zu erlangen, stehen im Vordergrund.

Altruistische Motive, wie Mitleid oder Mitgefühl für andere Menschen, sind selten vordergründig um sich in der ehrenamtlichen Seniorenbegleitung zu engagieren. Moralisch-obligatorische Motive, wie das Leisten von humanitären Beiträgen zur Gesellschaft sind sehr selten. Indes schwingen bei fast allen Ehrenamtlichen gestaltungsorientierte Motive, wie das Bestreben einer Veränderung gesellschaftlicher Missstände und aktive Partizipation und Mitbestimmung mit.

Den ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/innen bieten sich durch ihr Engagement vielfältige Partizipationsmöglichkeiten, in dem sie beispielsweise an Bildungsangeboten teilnehmen können, sich Möglichkeiten zur Vernetzung ergeben und sie Zugang zu Angeboten des Gesundheitswesens erhalten. Bei einigen ehrenamtlichen Seniorenbegleiterinnen hat das Engagement zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit geführt, wobei zu erwähnen ist, dass es sich dabei fast ausschließlich um geringfügige Tätigkeiten handelt. Nur in einem Fall ist eine versicherungspflichtige Beschäftigung entstanden.

Die Kontaktaufnahme für eine ehrenamtliche Begleitung geschieht in erster Linie durch die Angehörigen der Seniorinnen und Senioren. Bei den Nutzer/innen überwiegen die Seniorinnen deutlich. Die Ausgestaltung der Begleitungen, die sich nach den Wünschen der Seniorinnen und Senioren richtet, ist sehr individuell, manchmal sind den Wünschen allerdings Grenzen gesetzt. Wenngleich keine pflegerischen Tätigkeiten ausgeführt werden, können viele pflegerische Arrangements im ambulanten Bereich durch die ehrenamtliche Seniorenbegleitung gestützt oder erst ermöglicht werden. Nicht selten wird die ehrenamtliche Seniorenbegleitung leider mit einer Dienstleistung verwechselt, was zur Folge hat, dass falsche Erwartungen gestellt werden und Unmut entsteht.

Ehrenamtliches Engagement in der Seniorenbegleitung braucht eine professionelle Begleitung: Es werden regelmäßige Reflektions-treffen durchgeführt und die Mitarbeiterinnen des Seniorenservicebüros stehen immer für Fragen und Probleme zur Verfügung. Eine ausgeprägte Anerkennungskultur, die sich bei-

spielsweise in einer persönlichen Geburtskarte, dem wertschätzenden Umgang mit den Anliegen der Ehrenamtlichen oder einer Einladung zum gemeinschaftlichen Weihnachtessen ausdrückt, tragen zum Erfolg des ehrenamtlichen Engagements bei.

Die positiven Effekte der ehrenamtlichen Seniorenbegleitung für die begleiteten Seniorinnen und Senioren sind vielfältig und bestehen nicht nur aus der Unterstützung der Aktivitäten des täglichen Lebens, sondern finden sich vielmehr in den zwischenmenschlichen Beziehungen wieder, die häufig über ei-

nen langen Zeitraum bestehen sowie in der Ansprache und der Motivation der Seniorinnen und Senioren. Gerade der zwischenmenschliche Kontakt ist es, der zur Bewegung im Alltag und zu Aktivität motiviert und somit einen unschätzbaren Beitrag zum gesunden und aktiven Alter(n) leistet.

Workshop 2: Bewegungsförderung für ältere Menschen

Wirkung körperlicher Aktivitäten im Alltag auf die Gesundheit bei älteren Menschen

Dr. Jens Bucksch, Universität Bielefeld

Wie kann man körperliche Aktivität fassen?

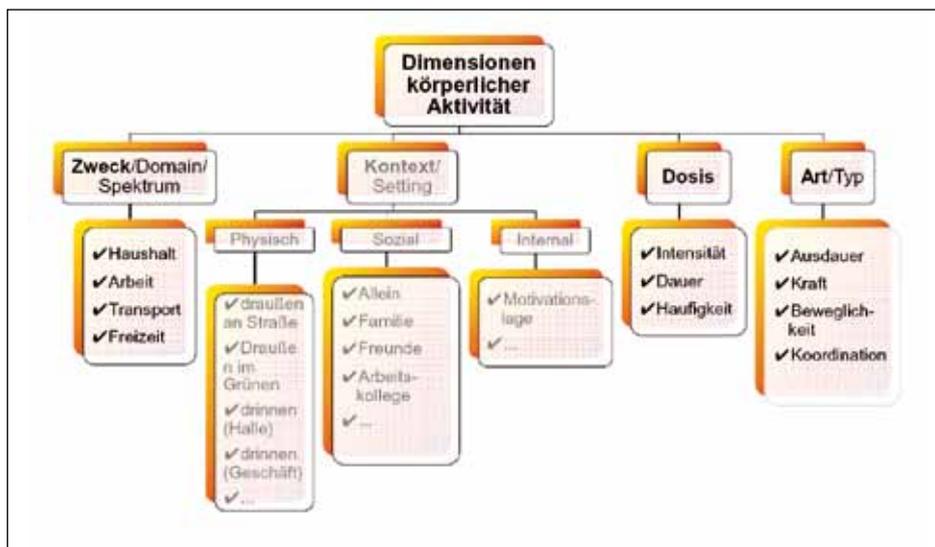
Der Begriff körperliche Aktivität ist im deutschsprachigen Raum wenig verbreitet und wird oft synonym mit sportlicher Aktivität verwendet. Es gibt aber deutliche Unterschiede zwischen diesen beiden Begriffen. Insbesondere wenn die Bedeutung von alltäglicher körperlicher Aktivität jenseits des Sports wie das Fahrradfahren zur Arbeit oder zum Einkaufen für die Gesundheit untersucht werden soll, müssen die Implikationen der Begriffswahl deutlich werden. Unter körperlicher Aktivität lässt sich „jegliche Form von Bewegung, die durch die Muskelkontraktion ausgelöst wird und in einen substanzialen Energieverbrauch mündet“ fassen (Hardman and Stensel 2009). Diese sehr umfassende und breite Definition lässt sich nun durch verschiedene Dimensionen der körperlichen Aktivität weiter charakterisieren. Wesentlich sind die Domänen (Arbeit, Freizeit, Haushalt und Transport), die Dosis (Intensität, Dauer, Häufigkeit) und die Art (Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination). Die sportliche Aktivität ist z.B. eine Teilmenge der Domäne Freizeit. Alltägliche körperliche Aktivität kann in den verschiedenen Domänen vorkommen. Mit Blick auf die Dimension Dosis als Ausdruck des Gesamtenergieverbrauchs – als wichtige Größe für die Gesundheit – lässt sich feststellen, dass es unbedeutend scheint, ob die Dosis über die Intensität, die Dauer oder die Häufigkeit reguliert wird. Die alltägliche körperliche Aktivität kann insofern für sich beanspruchen, dass sie

über die Dauer und die Häufigkeit in relevantem Ausmaß beitragen kann. Je mehr Gelegenheiten eine Person zur körperlichen Aktivität (z.B. Fahrradfahren oder Gehen um von A nach B zu kommen) also wahrnimmt, desto stärker steigt die tägliche Dosis körperlicher Aktivität.

Empirische Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Dosis körperlicher Aktivität und gesundheitlichen Ereignissen

Grundsätzlich besteht eine breite Wirkung der körperlichen Aktivität auf physische und psychische Facetten der Gesundheit (im Überblick U.S. Department of Health and Human Services

2008) und auch für die subjektive Einschätzung der Gesundheit scheinen leicht intensive Aktivitäten (z.B. Spaziergehen) bei älteren Menschen förderlich (Buman, Hekler et al. 2010). Im Folgenden werden stellvertretend Ergebnisse herausgegriffen, die sich auf ein breites empirisches Fundament stützen, aber nur einen kleinen Ausschnitt gesundheitlicher Ereignisse darstellen. Bezogen auf die Mortalität zeigt sich z.B., dass bereits ab einer Dosis von etwa 1,5 Stunden pro Woche moderat-intensiver körperlicher Aktivität (=zügiges Gehen) das Sterblichkeitsrisiko um 20 Prozent senkt. Der Zusatznutzen von einem höheren Ausmaß an körperlicher Aktivität ist gegeben, steigt jedoch nicht linear an. Es wird ein kurvilinear-nearer Dosis-Wirkungszusammenhang gesehen. Diese Aussagen gelten für alle Altersstufen (U.S. Department of Health and Human Services 2008). In einer amerikanischen Studie bei Frauen über 45 Jahren zeigte sich, dass das Risiko einer koronaren Herzerkrankung um 50 Prozent sinkt bei denjenigen Frauen, die eine bis eineinhalb Stunden pro Woche der körperlichen Aktivität Gehen, aber in ihrer Freizeit keinem Sport nachgingen (Lee, Rexrode et al. 2001). Daneben schlussfolgert eine aktuelle Übersichtsarbeit, dass die körperliche Aktivität bei Personen im Alter von 65plus positiv auf Einschränkungen der ADLs (Activities of Daily Living) und auf das Wohlbefinden wirkt. Auch



hier wirkt bereits eine leichte Steigerung der Aktivitätsdosis protektiv (Paterson & Warburton 2010).

Empfehlungen zur gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität

Aufgrund der vielen empirischen Befunde haben sich Gesundheitsorganisationen wie z.B. die Weltgesundheitsorganisation dazu entschlossen, bestehende Empfehlungen zur gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität zu überprüfen und anhand der neusten wissenschaftlichen Literatur weiterzuentwickeln. Im Ergebnis wurde die folgende Kernaussage als Empfehlung zusammengefasst:

- moderat-intensive (=zügiges Gehen) aerobe (=Aktivitäten mit einer gleichmäßigen ausdauernden Form) körperliche Aktivität für mindestens 30 Minuten an 5 Tagen/Woche oder hochintensive Ausdaueraktivitäten für mindestens 20 Minuten an 3 Tagen/Woche
- die empfohlene Dosis ist ergänzend zu leicht-intensiven oder kurz andauernden Aktivitäten des Alltags (z.B. persönliche Hygiene, Abwaschen, Müll rausbringen, zum Parkplatz gehen) zu sehen
- Moderat-intensive Aktivitäten von 30 Minuten kann angesammelt werden über Einheiten von jeweils 10 Minuten
- Zusätzlicher „Benefit“ wird durch kräftigen der Aktivitäten an 2 Tagen/Woche gesehen
- Durch die bestehende Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit kann ein zusätzlicher „Benefit“ für die Gesundheit erwartet werden, wenn die Dosis körperlicher Aktivität substanziiell über der obigen Minimalempfehlung liegt (Haskell, Lee et al. 2007)

Zu dieser Grundsatzempfehlung wurden für Personen des höheren Lebensalters folgende Ergänzungen parallel veröffentlicht:

- Die Vorgabe einer moderat-intensiven körperlichen Aktivität wurde präzisiert. Da im Alter die Spannweite körperlicher Fitness groß ist, sollte das Belastungsempfinden einer Person herangezogen werden, um die Intensität einzuschätzen. Wenn das Belastungsempfinden auf einer Skala von 0 bis 10 liegt, beginnt moderat-intensive körperliche Aktivität etwa bei 5
- Zusätzlich sind 8-10 Kräftigungsübungen an 2 oder mehr Tagen/Woche (große Muskelgruppen 10-15 Wiederholungen pro Übung) zu empfehlen
- Zudem sind Flexibilitätsübungen für 10 Minuten an mindestens 2 Tagen/Woche zu empfehlen

■ Weitergehend sind Gleichgewichtsübungen in den Alltag einzubauen

■ Personen mit Einschränkungen oder Erkrankungen sollten sich an der Dosis körperlicher Aktivität halten, die ihnen aufgrund der Erkrankung therapeutisch verordnet wurde; zur Prävention anderen Endpunkte gelten die obigen Ausführungen bzw. das was den Personen noch möglich ist (Nelson, Rejeski et al. 2007)

Reichen wirklich Alltagsaktivitäten aus?

Die Empfehlungen basieren auf der Annahme, dass die Dosis bzw. das Gesamtausmaß körperlicher Aktivität verantwortlich ist für den gesundheitlichen Effekt; damit ist nur ein indirekter Hinweis auf die gesundheitliche Wirkung von Alltagsaktivitäten gegeben, da jegliche körperliche (Alltags-) Aktivität zum Energieverbrauch beitragen kann. Einige differenzierte Studien existieren mittlerweile hierzu:

Eine deutsche Studie zeigte, dass insbesondere für Frauen unabhängig vom Ausmaß sportlicher Aktivität, körperliche Aktivität mit moderat-intensiver Ausprägung und mit einer Dauer von 5 x 30 Minuten pro Woche das Sterblichkeitsrisiko deutlich senkt (Bucksch 2005). Eine schottische Studie schaute detaillierter und verglich das Ausmaß von Aktivitäten im Haushalt, dem Gehen und dem Sporttreiben. Alle Formen reduzierten das Sterblichkeitsrisiko. Eine Kombination aller Aktivitäten zu einem Gesamtausmaß fand nur in der höchsten Aktivitätskategorie eine Sterblichkeitssenkung (Stamatakis, Hamer et al. 2009). Bemerkenswerte Ergebnisse im höheren Alter bringen zusätzliche Erkenntnisse für den Nutzen von Alltagsaktivitäten. Stessman et al. (2009) fanden z.B., dass alltägliche Aktivitäten über vier Stunden pro Woche vergleichbare Effekte auf die Sterblichkeit haben, wie das Sporttreiben oder das Gehen in der Altersgruppe 70 bis 90 Jahre. Die Studie von Chipperfield (2008) zeigte ebenfalls eine deutliche Sterblichkeitsreduktion bei den über 80-jährigen Frauen und Männern von Alltagsaktivitäten. Das besondere an dieser Studie war die Messung der Alltagsaktivität. Die Frauen und Männer trugen am Handgelenk sogenannte Beschleunigungssensoren. Lediglich Bewegungen mit den Armen wurden registriert. Durch diese Methodik wurden neben den Gehen vor allem diejenigen Aktivitäten gemessen, die ausschließlich über die Arme ausgeführt wurden. In diesem Alter sind dieses u.a. Kochen, Pflege von Angehörigen, Putzen, Gartenarbeit usw.

Abschließend sei auf neue Erkenntnisse zu den sitzenden Verhaltensweisen verwiesen. Die Australian Diabetes Study untersuchte, inwieweit das Unterbrechen von sitzender Aktivität sich auf verschiedene gesundheitliche Parameter auswirkt. Healy et al. (2008) verwen-

den Beschleunigungssensoren und konnten so registrieren, wann Personen z.B. aufstehen und ihre sitzende oder liegende Position verließen. Je höher die Anzahl an Unterbrechungen war, desto günstiger stellten sich z.B. die Blutzuckerwerte dar. Dieser Effekt wurde sowohl für Personen mit einem hohen als auch einem niedrigen Ausmaß körperlicher Gesamtkörperaktivität bestätigt. Ergebnisse dieser Forschungsrichtung deuten zum einen an, dass sitzende Verhaltensweisen ein eigenständiges Gesundheitsrisiko bedeuten und zum anderen, dass im Sinne einer Wirkung von Alltagsaktivitäten bereits Unterbrechung wie das Aufstehen beim Telefonieren gesundheitlich bedeutsam sein könnten.

Zusammenfassung

Aktuelle Empfehlungen basieren auf der Annahme, dass die Dosis/Gesamtausmaß körperlicher Aktivität viele chronisch-degenerativen Erkrankungen präveniert und die Lebenszeit verlängert. Hier ist die Evidenzbasis ausgeprägt. Direkte Evidenz für die Wirkung körperlicher Alltagsaktivität (möglicherweise von geringer Dauer und leichter Intensität) ist dünn aber auch vorhanden. Hier ist allerdings zu bedenken, dass die Forschung aufgrund von messmethodischen Defiziten zukünftig weitere Klärung bringen wird. Da ein Großteil der Bevölkerung inaktiv ist, scheint auch schon eine geringe Steigerung der Gesamtkörperaktivität (über die verschiedenen Elemente der Dosis) sinnvoll und mit gesundheitlichen Effekten verbunden. Insbesondere ältere Personen aufgrund ihres geringen Fitness-Niveaus profitieren von weniger intensiven Aktivitäten (z.B. Alltagsaktivitäten). Alltagsaktivitäten sind möglicherweise ein Schlüssel, um den Gesamtenergieverbrauch die „richtige“ Richtung zu geben.

Literatur:

- Bucksch, J. (2005). „Physical activity of moderate intensity in leisure time and the risk of all cause mortality.“ *Br J Sports Med* 39(9): 632-638.
- Buman, M. P., E. B. Hekler, et al. (2010). „Objective light-intensity physical activity associations with rated health in older adults.“ *Am J Epidemiol* 172(10): 1155-1165.
- Chipperfield, J. G. (2008). „Everyday physical activity as a predictor of late-life mortality.“ *Gerontologist* 48(3): 349-357.
- Hardman, A. and D. Stensel (2009). *Physical activity and health: the evidence explained*. London, Routledge.
- Haskell, W. L., I. M. Lee, et al. (2007). „Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.“ *Med Sci Sports Exerc* 39(8): 1423-1434.

Healy, G. N., D. W. Dunstan, et al. (2008). „Breaks in sedentary time: beneficial associations with metabolic risk.“ *Diabetes Care* 31(4): 661-666.

Lee, I. M., K. M. Rexrode, et al. (2001). „Physical activity and coronary heart disease in women: is „no pain, no gain“ passe?“ *JAMA* 285(11): 1447-1454.

Nelson, M. E., W. J. Rejeski, et al. (2007). „Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.“ *Med Sci Sports Exerc* 39(8): 1435-1445.

Stamatakis, E., M. Hamer, et al. (2009). „Physical activity, mortality, and cardiovascular disease: is domestic physical activity beneficial? The Scottish Health Survey -- 1995, 1998, and 2003.“ *Am J Epidemiol* 169(10): 1191-1200.

Stessman, J., R. Hammerman-Rozenberg, et al. (2009). „Physical activity, function, and longevity among the very old.“ *Arch Intern Med* 169(16): 1476-1483.

U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services

Bewegungslos – Gesundheit los! Wie kommt Bewegung in den Alltag?

Gunnar Geuter, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW



Bewegungsförderung ist Gesundheitsförderung!

Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheit ist bereits sehr gut erforscht. Insbesondere in den vergangenen 30 Jahren sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Frage nach der gesundheitlichen Wirkung von körperlicher Aktivität systematisch und in einer Vielzahl von Studien nachgegangen (Fuchs 2003; King 2001; Leitzmann et al. 2007; Löllgen et al. 2009; Völker 2008; Werle et al. 2006). Der hohe Stellenwert körperlich aktiver Lebensstile für die Aufrechterhaltung der Gesundheit und die Vermeidung von chronischen Erkrankungen gilt heute als unumstritten. Die positiven gesundheitlichen Effekte von körperlicher Aktivität in Bezug auf zahlreiche psychische und physische Erkrankungen sind auch auf der Ebene von Metaanalysen hinreichend belegt (Knoll 1997, Rütten/Abu-Omar 2003, Schlicht 1994, Woodcock et al. 2010). Eine körperlich aktive Lebensweise hat dabei sowohl einen positiven Einfluss auf die Lebenserwartung als auch auf die Lebensqualität. Außerdem erhöht sie die Anzahl der gesunden Lebensjahre, also derjenigen Jahre eines Lebens, die frei von gravierenden funktionellen Einschränkungen sind und damit eine weitestgehend unabhängige und aktive Lebensführung ermöglichen (Böhm et al. 2009;

Fuchs 2003; Löllgen et al. 2009; Warburton et al. 2007).

Doch obwohl körperliche Aktivität als gesundheitliche Ressource klar identifiziert ist, nutzen viele Menschen das gesundheitsförderliche Potenzial von Bewegung im Alltag noch zu selten – besonders ältere Menschen (ex. Mensink 2003; Rütten et al. 2005). Monotone Bewegungsabläufe und Bewegungsmangel kennzeichnen häufig ihre Lebensgewohnheiten. Insofern hat sich Bewegungsmangel (nicht nur) im höheren Alter zu einem ernstem gesellschaftlichen Gesundheitsproblem entwickelt und bildet heute in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ein zentrales Tätigkeitsfeld. Um Gesundheit zu fördern und Krankheiten vorzubeugen, ist es entscheidend, regelmäßige Bewegung als Teil eines gesunden Lebensstils in den Alltag zu integrieren.

Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten

Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung stehen jedoch vor großen Herausforderungen. Denn das Bewegungsverhalten eines Menschen hängt von vielen Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen ab. Entsprechende Einflussfaktoren lassen sich dabei verschiedenen „Person- und Umweltebenen“ zuordnen, die in ein sogenanntes sozial-ökologisches Rahmenmodell zur Erklärung des Bewegungsverhaltens eingeordnet werden können (siehe Abbildung 1).

Der sozial-ökologische Ansatz geht davon aus, dass das Bewegungsverhalten von Menschen sowohl durch personenbezogene Faktoren als auch durch soziokulturelle und physische Umweltfaktoren sowie gesellschaftlich-politische Rahmenbedingungen bestimmt ist (GAPA ISPAH 2010; King et al. 2002; Sallis/Owen 2002; Stokols 1996). Umwelt und Individuum beeinflussen sich dabei wechselseitig.

Im Rahmen des vorgegebenen Umfangs für dieses Manuskript ist es nicht möglich, alle Einflussfaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen des sozial-ökologischen Modells auszuführen. Deshalb soll nachfolgend anhand



Abbildung 1: Einflüssebenen des sozial-ökologischen Ansatzes auf körperliche Aktivität (modifiziert nach Cavill et al. 2006 und Sallis et al. 2006).

von Beispielen verdeutlicht werden, welche Zusammenhänge hier bestehen und wie diese das Bewegungsverhalten von Menschen beeinflussen können. Für weitere Ausführungen sei verwiesen auf: LIGA.NRW (2010 und 2010a).

- Auf der **personenbezogenen Ebene** sind beispielsweise Spaß und Freude an körperlicher Bewegung ganz zentral für das Gesamtausmaß an Bewegung einer Person. Auch die Selbstwirksamkeit, also das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, ist wichtig, um langfristig regelmäßig körperlich aktiv zu bleiben. Barrieren für ältere Menschen sind beispielsweise ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand, Schmerzen, Kosten oder fehlende Zeit und die Angst vor Stürzen.

- Auf der **soziokulturellen Ebene** scheint für ältere Menschen insbesondere die soziale Unterstützung wichtig zu sein. Also die Bewegung zu zweit oder in der Gruppe. Zudem helfen „Bewegungsvorbilder“ gleichen Alters dabei aktiv zu bleiben. Gerade bei zunehmenden Bewegungseinschränkungen oder Pflegebedürftigkeit gestaltet sich jedoch die Suche nach entsprechenden Angeboten sehr schwierig. Hier fehlen noch flächendeckende zielgruppenspezifische, niederschwellige und zugehende Angebotsstrukturen.

- Einflussfaktoren auf der **physischen Umwelt** haben gerade bei älteren Menschen einen hohen Einfluss auf das Bewegungsverhalten: denn vor allem für Ältere entscheidet sich häufig im direkten Wohnumfeld oder Quartier, ob sie sich gesundheitsförderlich verhalten (können) oder nicht. So fehlen oft Parks, gut beleuchtete Gehwege oder ausreichend Sitzmöglichkeiten um Pausen zu machen. Gerade in benachteiligten Quartieren sind hier häufig sehr ungünstige Bedingungen vorzufinden.

- Aber auch die **wahrgenommene Umwelt** spielt eine Rolle. Denn je kürzer zum Beispiel die Entfernung zu einem Park wahrgenommen wird, desto wahrscheinlicher bewegen sich Menschen regelmäßig. Dies gilt auch für die wahrgenommene Entfernung zu Einkaufsmöglichkeiten oder für die Attraktivität und Sicherheit der Wohnumgebung.

- Zuletzt spielen natürlich auch Entscheidungen auf der **gesellschaftlich-politischen Ebene** eine Rolle hinsichtlich der Bewegungsmöglichkeiten und Bewegungswahrscheinlichkeiten. Man denke in diesem Zusammenhang beispielsweise an Verkehrsberuhigte Bereiche, Ampelphasen oder die Bebauung des Stadtteils.

Zentrale Bewegungshindernisse für ältere Menschen

Als zentrale Bewegungshindernisse für ältere Menschen können identifiziert werden:

- Fehlende Zugänge oder Barrierefreiheit wie zum Beispiel Treppenstufen, zu hohe Bordsteinkanten, zu weite Wege, fehlende Sitzmöglichkeiten für Pausen.
- Sicherheitsbedenken bei bestimmten Wetterlagen wie schlecht geräumte Gehwege im Winter, vereiste Bürgersteige oder schlecht beleuchtete Wege in der dunklen Jahreszeit.
- Sicherheitsbedenken im Straßenverkehr wie gefährliche Straßenüberquerungen, zu kurze Grünphasen an Ampeln, fehlende Zebrastreifen, hohe Verkehrsdichte, schmale Bürgersteige.
- Vorurteile in Bezug auf Alter und Bewegung, wie die Überzeugung, dass körperliche Aktivität und Sport nur etwas für junge Menschen sind.
- Soziale Isolation, beispielsweise durch fehlende Unterstützung von anderen, einschließlich der professionellen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.

Zentrale bewegungsfördernde Rahmenbedingungen für ältere Menschen

Als zentrale bewegungsfördernde Rahmenbedingungen für ältere Menschen können identifiziert werden:

- Altersgerechter Städtebau und altersgerechte Landschaftsplanung
- Verschiedene Ziele des alltäglichen Lebens wie Einkaufsmöglichkeiten, Parkanlagen und Spazierwege sind zu Fuß bequem von zu Hause aus zu erreichen
- Das Wohnquartier ist sicher und ansprechend und lädt zum Gehen ein
- Es besteht ein unmittelbarer Zugang zu Grün- und Bewegungsflächen
- Es existieren quartiersnahe, zugehende und kostengünstige oder kostenfreie Angebotsstrukturen im Wohnquartier
- Der soziale Austausch wird unterstützt
- Es werden Bewegungsprogramme für zu Hause vorgehalten
- Wissen und Informationen werden vermittelt

Bewegte Praxis – was hat sich bewährt?

Auch wenn die Forschung zur Bewegungsförderung auf Bevölkerungsebene noch zahlreiche offene Fragen aufweist, zeigen die vorhandenen Ergebnisse, dass sich durch Maßnahmen der Bewegungsförderung die körperliche Aktivität grundsätzlich steigern lässt. Je mehr Ebenen entsprechende Maßnahmen dabei ansprechen, desto erfolgversprechender sind sie. Erfolgreiche Maßnahmen der Bewegungsförderung älterer Menschen:

- beschränken sich nicht auf die Informationsvermittlung,

- nutzen psychologische Veränderungsprinzipien,
- setzen Gruppenangebote um,
- bieten umfassende fortlaufende Beratung und Betreuung,
- schaffen sichere, attraktive und zweckmäßige Bewegungsmöglichkeiten/-räume und machen sie bekannt und
- erinnern an Gelegenheiten zu Alltagsaktivitäten.

Fazit

Regelmäßige körperliche Aktivität ist gesundheitsfördernd. Dennoch bewegen sich (gerade ältere) Menschen viel zu selten regelmäßig. Maßnahmen der Bewegungsförderung sind grundsätzlich geeignet, das körperliche Aktivitätsverhalten zu steigern. Neben noch offenen Fragen der Forschung mangelt es momentan jedoch häufig an flächendeckenden, niedrigschwelligen, bedarfs- und bedürfnisorientierten Angeboten und Strukturen der Bewegungsförderung; insbesondere für ältere Menschen. Die Entwicklung entsprechender Maßnahmen in relevanten Settings ist dementsprechend eine zentrale Aufgabe in der Gesundheitsförderung.

Literatur:

- Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch-Institut (RKI)
- Fuchs, R. (2003): Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe
- Fuchs, R. – Techniker Krankenkasse (2009): Motivation zu mehr Gesundheit. Hamburg: Techniker Krankenkasse
- GAPA ISPAH (2010) (Global Advocacy Council for Physical Activity of International Society for Physical Activity and Health): Die Toronto Charta für Bewegung: Ein weltweiter Aufruf zum Handeln. Toronto. Abzurufen unter: www.globalpa.org.uk (Stand: 10.08.2010)
- King, A.C. (2001): Interventions to Promote Physical Activity by Older Adults. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 56, Suppl 2, 36-46
- King, A.C./Stokols, D./Talen, E./Brassington, G.S./Killingsworth, R. (2002): Theoretical approaches to the promotion of physical activity: forging a transdisciplinary paradigm. American journal of preventive medicine 23, Nr. 2 Suppl 1, 15-25
- Knoll, M. (1997): Sporttreiben und Gesundheit. Eine kritische Analyse vorliegender Befunde. Schorndorf: Hofmann
- Leitzmann M.F./Park Y./ Blair A./Ballard-Barbash R./Mouw T./Hollenbeck A.R./Schatzkin A. (2007): Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. Archives of Internal Medicine 167, Nr. 22, 2453-2460

LIGA.NRW (2010): Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. Düsseldorf: LIGA.Praxis 6

LIGA.NRW (2010a): Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung. Düsseldorf: LIGA.Fokus 10

Löllgen, H./Bockenhoff, A./Knapp, G. (2009): Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. *International Journal of Sports Medicine* 30, Nr. 3, 213-224

Mensink, G.B. (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI)

Rütten, A./Abu-Omar, K. (2003): Prävention durch Bewegung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 11, Nr. 3, 229-246

Rütten, A./Abu-Omar, K./Lampert, T./Ziese, T. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI)

Sallis, J.F./Owen, N. (2002): Ecological models of health behavior. In: Glanz, K./Rimer, B.K./Lewis, F.M. (Hg.): *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 462-484

Schlicht, W. (1994): *Sport und Primärprävention*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Stokols, D. (1996): Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion* 10, Nr. 4, 282-298

Völker, K. (2008): Wie Bewegung und Sport zur Gesundheit beitragen. In: Zimmer, R./Völker, K./Schmidt, W. (Hg.) *Zweiter Deutscher Kinder- und*

Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit. 2., überarbeitete Auflage 2009. Schorndorf: Hofmann-Verlag, S. 89-106

Warburton, D.E./Katzmarzyk, P.T./Rhodes, R.E./Shephard, R.J. (2007): Evidence-based guidelines for physical activity of adult Canadians. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 32 Suppl 2F, 17-574

Werle, J./Woll, A./Tittlbach, S. (2006): *Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer

Woodcock, J./Franco, O.H./Orsini, N., Roberts, I. (2010): Nonvigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, 1-18

Mehr Gesundheit im Alter – Arbeitshilfen für Bewegungsförderung und Sturzprävention im Alter am Beispiel des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention

Gabriele Wessel-Neb, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg

Im „Berliner Appell“ haben der Deutsche Städtetag und das Gesunde Städte-Netzwerk die Kommunen im Jahr 2007 aufgefordert, Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere zu stärken und auszubauen. In der Folge entstand eine Kooperation zwischen der BZgA, dem Gesunde Städte-Netzwerk und dem Hamburger Arbeitskreis Sturzprävention mit dem Ziel, ein kommunales Programm zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu entwickeln. Zielgruppe sollten Menschen ab ca. 60 Jahre (+/-) sein, die nicht mehr erwerbstätig sind, aber (noch) selbstständig, d.h. mit eigener Haushaltsführung leben und nicht pflegebedürftig sind.



Für die Auswahl von Hamburg als Projektpartner gab es mehrere Gründe. Zum einen kooperiert die Forschungsabteilung des Albertinen-Hauses Hamburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie mit dem Gesunde Städte-Netzwerk zur Implementierung erfolgreicher Maß-

nahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in den Kommunen (u.a. Mitarbeit an Jahrestagungen, Arbeitsgruppe zur Gesundheit im Alter, Gesunde Städte-Preis, Berliner Appell). Zum anderen arbeitete in Hamburg seit 2005 ein Arbeitskreis Sturzprävention, der von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz koordiniert wird.

Dieser Arbeitskreis hat sich im Folgenden an den „Präventionszielen für die zweite Lebenshälfte“ orientiert, die zu diesem Zeitpunkt von der AG „Gesund altern“ der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung erarbeitet und im Februar 2008 verabschiedet wurden. Aus den dort aufgeführten (insgesamt) sechs Zielbereichen wurden für das Kooperationsvorhaben zwei Bereiche zur exemplarischen Bearbeitung auf kommunaler Ebene ausgewählt:

Zielbereich 1: „Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern“

Zielbereich 2: „Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen“

Unter dem Stichwort „Bewegungs- und Mobilitätsförderung“ sollten die beiden zusammengefassten Zielbereiche im Rahmen eines Modellprojektes **ein – auch auf andere Kommunen sowie auf andere Handlungsfelder übertragbares – Konzept zur Förderung der**

Bewegung und Mobilität im Alter erarbeitet werden. Nun liegen die **Arbeitshilfen** auf einer CD-Rom vor.

Sie beinhalten die Erfahrungen des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention und dokumentieren dessen Vorgehen und seine Aktivitäten, wobei sich Organisation und Arbeitsweise auf andere Kommunen und auch auf andere Handlungsschwerpunkte übertragen lassen.



Die Arbeitshilfen sind eine Art „Werkstattbericht mit Werkzeugtasche“, die viele unterschiedliche Beteiligte mit gepackt haben und aus der sich jede/r die Werkzeuge herausnehmen kann, die sie/er als Unterstützung ihrer/seiner Arbeit gut brauchen kann. So gibt es auch keinen durchgängigen Text, sondern viele mehr oder weniger frei kombinierbare „Werkzeuge“, hier Module genannt. So stellen die Arbeitshilfen

- Hintergrundwissen
- Planungsinstrumente
- Praxisbeispiele
- Arbeitsmaterialien
- Originaldokumente
- ein Glossar und
- Literatur

zur Verfügung und enthalten zudem ergänzende Materialien, die von interessierten Kommunen nachgedruckt werden können:

- Broschüre **Sicher gehen – weiter sehen** mit einem Selbsttest zur Einschätzung des Sturzrisikos
- **Plakatserie Bewegung lohnt sich** mit Bewegungsübungen für den Alltag
- Bewegung lohnt sich (s.o.) als **Leporello**

Im Basismodul der Arbeitshilfen wird das Vorgehen des Arbeitskreises nach einem Planungszyklus vorgestellt, dem Public Health Action Cycle. Diese klare Struktur in Form von aufeinander folgenden Arbeitsphasen ist als analytischer Rahmen sehr hilfreich, wird aber den praktischen Alltag nicht immer umfassend abbilden.

Im **Basismodul** finden Sie die

- Analyse der Ausgangssituation, dann folgen
- Zielbestimmung und
- Planung,
- Durchführung und
- Auswertung

In der praktischen Umsetzung werden die oben genannten Schritte nicht immer voneinander zu trennen sein. Vielmehr kann/ wird es Überschneidungen geben, weil z.B. mehrere Teilprojekte gleichzeitig bearbeitet werden, sich aber in verschiedenen Planungsphasen befinden, weil sich Rahmenbedingungen ändern, weil Akteure und Akteurinnen wechseln oder weil ein Zeitplan durcheinander gerät. Trotzdem glauben wir, dass die Struktur nützlich ist. Gerade wenn Störungen auftauchen, kann es hilfreich sein, innezuhalten und zu fragen: Wo

stehen wir? Sind wir uns wirklich einig in den Zielen, die wir verfolgen? Haben wir bei der Analyse der Ausgangsbedingungen einen Fehler gemacht? Haben sich in die Projektplanung Fehler eingeschlichen?

Neben dem Basismodul enthält die CD-Rom mehrere Vertiefungsmodule, viele Praxisbeispiele, ein Glossar sowie jeweils zugeordnete Literaturangaben. All diese Elemente sind intern auf der CD miteinander verlinkt.

Die hilfreiche CD kann ebenso wie ein einführender kleiner Workshop zur Arbeit mit den Arbeitshilfen bei der unten genannten Adresse angefordert werden. Wir hoffen damit einen wichtigen Impuls zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in der Kommune zu leisten.

Stadtteilbegehung als Angebot der Bewegungsförderung

Nicole Tempel, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

Gemeinsame Spaziergänge durch den Stadtteil fördern nicht nur die Bewegung und leisten einen Beitrag zur physischen Gesundheit, sie können ebenfalls das soziale Miteinander sowie die Identifikation mit dem eigenen Stadtteil und somit auch das psychische Wohlbefinden fördern. Im Rahmen des Konzepts „Stadtteilbegehungen“ stehen neben dem Spaziergang selbst die gezielte Auseinandersetzung mit „Stolpersteinen“ im Stadtteil sowie die Einflussnahme auf bewegungsfördernde Strukturen im Fokus. Während der Begehungen bzw. Spaziergänge geht es u.a. um die Fragen: Wo gehen Ältere gerne hin? Wie müssen Plätze oder Orte gestaltet sein, damit sie auch von älteren Menschen genutzt werden? Welche Strukturen im Stadtteil wirken bewegungsförderlich bzw. -hinderlich? Welche Bewegungsangebote gibt es im Stadtteil?

„Stadtteilbegehungen“ wurden im Rahmen des „Regionalen Knotens Bremen“ entwickelt und werden innerhalb der LVG Bremen vom „Zentrum für Bewegungsförderung Bremen“ weiterentwickelt und -geführt. Das Konzept der Begehungen setzt sich aus den folgenden fünf Bausteinen zusammen:

- Analyse der vorhandenen bewegungsförderlichen und -hinderlichen Strukturen im Stadtteil

- Gruppeninterviews mit Seniorinnen und Senioren
- Gemeinsame Stadtteilbegehungen sowie Spaziergänge mit jeweils unterschiedlichen Zielorten
- Öffentliche Präsentation der Ergebnisse bzw. Öffentlichkeitsarbeit
- Durchführung einer „Nachbegehung“ und/ oder erneute Kontaktaufnahme zu Entscheidungsträgerinnen und -trägern

Die Stadtteilbegehungen lehnen sich zum einen an bereits bestehende Angebote zu Spaziergängen an. So wurden z. B. in Berlin Spaziergangsgruppen zur Sturzprävention aufgebaut und in Köln wurden vom Gesundheitsamt bereits vier Broschüren zu Spaziergangsrouten erstellt. In diesen werden Sehenswürdigkeiten der jeweiligen Route beschrieben, aber auch Hinweise zu Pausen- und Sitzmöglichkeiten sowie zu Standorten von Toiletten gegeben.

Zum anderen zeigen sich Parallelen zum Good Practice-Projekt „Kiezdetektive“, welches in Berlin entwickelt wurde. In diesem Projekt setzen sich Kinder mit ihrem Kiez auseinander und erstellen eine Liste mit positiven und negativen Aspekten des Bezirks. Im Rahmen einer Kinderversammlung stellen die Kinder ihre Ergebnisse politischen Entscheidungsträgerinnen



und -trägern aus dem Bezirk vor, mit dem Ziel Veränderungen hervorzurufen. Nach ungefähr einem halben Jahr findet ein erneutes Treffen statt, um zu überprüfen, inwieweit die negativen Aspekte behoben werden konnten.

Mit den Stadtteilbegehungen werden die folgenden Ziele verfolgt:

- Förderung von Bewegung im Alltag und im Freien
- Förderung sozialer Kontakte und nachbarschaftlicher Netzwerke
- Auseinandersetzung und Identifikation mit dem Stadtteil
- Kennenlernen bisher unbekannter Orte und Institutionen (Bewegungsmöglichkeiten im Stadtteil)
- Reduzierung von Schwellenängsten durch gemeinsames Aufsuchen und Kennenlernen der Angebote
- Förderung der aktiven Mitgestaltung im Stadtteil

Bisherige Erfahrungen und praktische Umsetzung

„Stadtteilbegehungen“ wurden bereits in verschiedenen Bremer Stadtteilen durchgeführt und konnten bisher – nicht zuletzt auch über die Öffentlichkeitsarbeit – zu einer Sensibilisierung für seniorenfreundliche und -unfreundliche Strukturen im Stadtteil beitragen. Für die Seniorinnen und Senioren war es von großer Bedeutung ihre Anliegen direkt an politische Entscheidungsträgerinnen und -träger weiterzutragen und auch das Spaziergehen selbst bereitete den Gruppen viel Freude. So wurde die Idee des Spazierengehens zum Teil von den Trägerinstitutionen aufgegriffen und in das bestehende Angebot integriert. Ebenfalls konnten die Begehungen einen Beitrag zur Vernetzung von Trägerinnen und Trägern im Stadtteil leisten.

Im Rahmen des Zentrums für Bewegungsförderung Bremen wurden für die Umsetzung verschiedene Seniorengruppen nach ihrem Interesse an einer Mitgestaltung gefragt. In ei-

nigen Stadtteilen ist es gelungen, verschiedene Seniorengruppen zusammenzuführen, so dass sowohl der interkulturelle Austausch gefördert als auch ein multikultureller Blick auf den Stadtteil gerichtet werden konnte. Es zeigte sich, dass für die Konzeption und Umsetzung der Stadtteilbegehungen insbesondere die rechtzeitige Einbindung und gemeinsame Gestaltung mit der Zielgruppe von zentraler Bedeutung ist. Von Beginn an konnten Senioren und Seniorinnen auf diese Weise in die Planung eingebunden werden und somit aktiv auf die Routenplanung Einfluss zu nehmen.

Die Planung und Durchführung der Begehungen umfasst die folgenden Schritte:

- Seniorengruppen bzw. Partnerinnen und Partner identifizieren, die ein Interesse daran haben, das Angebot im Stadtteil umsetzen.
- Eine Person ausfindig machen, die die Begehungen hauptverantwortlich organisiert und koordiniert (Im Rahmen des Projekts Zentrum für Bewegungsförderung Bremen waren dies z. B. Übungsleiterinnen, die Leiterin eines Gesprächskreises und das Quartiersmanagement).
- Identifikation von Bewegungsangeboten im Stadtteil – sowohl öffentliche Plätze als auch institutionelle Angebote.
- Im Rahmen von Gruppeninterviews werden die identifizierten Angebote den Seniorinnen und Senioren vorgestellt. Gemeinsam wird überlegt, welche weiteren Orte bekannt sind bzw. genutzt werden und welche Strukturen im Stadtteil zusätzlich von Bedeutung sind.
- Die Spaziergangsrouten werden partizipativ entwickelt, verschiedene Orte sowie ein gemeinsames Ziel werden in die Route integriert.
- Während der Begehung wird der Stadtteil hinsichtlich bewegungsfördernder und hemmender Strukturen erkundet, Ergebnisse und Eindrücke werden hierbei zusammengetragen.

■ Ziel ist es, Ergebnisse an politische Entscheidungsträgerinnen und -träger weiterzutragen und die Einflussnahme sowie Mitgestaltung älterer Menschen wohnortnah zu fördern. Nach Möglichkeit nehmen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger bereits am Spaziergang teil und erfahren vor Ort von den Seniorinnen und Senioren über bewegungsfreundliche und -hinderliche Strukturen. Denkbar ist aber auch die Präsentation der Ergebnisse im Rahmen einer Veranstaltung.

■ In einem letzten Schritt geht es darum, zu überprüfen, inwieweit die aufgedeckten „Stolpersteine“ beseitigt werden konnten.

In Bezug auf die Umsetzung des Konzepts ist es notwendig, die Möglichkeiten vor Ort abzuwägen. Es zeigte sich bisher, dass das Konzept jeweils eine flexible Anpassung an die Bedürfnisse vor Ort erfordert. So kann es z.B. zunächst allein darum gehen, überhaupt für das Thema Bewegung und für die Auseinandersetzung mit dem Stadtteil zu motivieren. Im Zuge des partizipativen Gestaltungsprozesses sollte insofern eine Offenheit gegenüber neuen, zuvor nicht erahnten Wegen bestehen.

Ausblick

Die jetzige Aufgabe ist es, den letzten Baustein der Nacherfassung – auch im Sinne der Nachhaltigkeit – vermehrt in den Blick zu nehmen. So wurden beispielsweise auf einer Route stark beschädigte Gehwege und zu enge Gehwege identifiziert und die beteiligten Seniorinnen und Senioren wünschten sich Outdoor-Fitnessgeräte für Erwachsene für ihren Stadtteil. Im Rahmen einer aus den Stadtteilbegehungen entstandenen Arbeitsgruppe wird jetzt unter Einbindung der Politik geplant, wie die identifizierten Stolperstellen beseitigt bzw. die Wünsche der Seniorinnen und Senioren berücksichtigt werden können.

Fachforen

Themenblock II: Zugänge zu und Partizipation von älteren Menschen

Workshop 1: Erreichbarkeit und Beteiligung von älteren Menschen

Senioren erreichen – Zugänge zu schwer erreichbaren Gruppen wie Migranten und Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status – Erfahrungen aus der Interventionsstudie OPTIMAHL 60plus

Katharina Gallois, Universität Bremen, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

OPTIMAHL 60plus ist die Entwicklung und Erprobung eines niederschweligen, interdisziplinären Beratungsinstruments und hat zum Ziel, das Ernährungs- und Bewegungsprofil älterer Menschen ab 60 Jahren zu optimieren (siehe Abbildung).



Durch die gezielte Einbeziehung schwer zugänglicher Personengruppen (mit niedrigem sozio-ökonomischen Status oder mit Migra-

tionshintergrund) soll ein Beitrag zur Reduktion von ungleichen Gesundheitschancen geleistet werden.

Die Interventionsstudie bezieht Bremer Stadtteile mit einem Benachteiligungsindex (Plätze 1 bis 29) ein. Über verschiedene Kooperationspartner wie Bremer Heimstiftung, AWO und DRK, deren Sozialeinrichtungen oder Begegnungsstätten werden die Senior/innen direkt rekrutiert. Menschen mit Migrationshintergrund werden über das Zentrum für Migranten und Interkulturelle Studien (ZIS) in Bremen erreicht. Die Rekrutierung über die verschiedenen Kooperationspartner gewährleistet eine breitere Ansprache der schwer zugänglichen Personengruppen.

Es empfiehlt sich für die Durchführung von Interventionsprogrammen, Kooperationspartner bereits in der Planung und späteren Projektdurchführung vorzusehen. Über Ver-

trauenspersonen in den Einrichtungen lassen sich alternative Zugangswege bzw. Barrieren zur Zielgruppe frühzeitig identifizieren. Dies verspricht eine höhere Beteiligung der Senior/innen aus den niedrigen sozialen Schichten und der Personen mit Migrationshintergrund und erleichtert die Arbeit mit der Zielgruppe während der eigentlichen Interventionsphase.

Partizipation als Risikomanagement zur selektiven Prävention bei alleinstehenden Senioren in der Studie „Miteinander gesund bleiben“

Jessica Dreas, Katholische Hochschule NRW

Jessica Dreas von der Katholischen Hochschule NRW stellte in ihrem Vortrag das Mitte 2011 anlaufende Projekt „MACY – Miteinander gesund bleiben – Health literacy“ vor. Das Projekt zielt auf die partizipative Entwicklung und Erprobung von Gesundheitsprogrammen zum Thema „Gesund älter werden“ ab. Wie auch im vorgestellten Projekt „OPTIMAHL 6oplus“ steht hier die partizipative Entwicklung – die Einbeziehung der Zielgruppe mit deren Wünschen und Vorstellungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen im Mittelpunkt des Projektes.

Leitidee ist es, ein Mehrgenerationenprojekt umzusetzen, in welchem Gruppen von Jung und Alt sich zu Gesundheitsthemen austauschen können. Sie sollen gemeinsam überlegen, wie zukünftige Treffen zu welchen Themen gestaltet werden können, so dass beide Parteien Nutzen und Spaß am Austausch haben. In ersten Gesprächen mit der Zielgruppe konnte festgestellt werden, dass Seniorinnen und Senioren besondere Freude am gemeinsamen Kochen mit jungen Menschen haben. Junge Menschen wiederum möchten ihre Erfahrungen mit dem Internet an Seniorinnen und Senioren weitergeben. Die Umsetzung des Projektes erfolgt in Kooperation mit den Mehrgenerationenhäusern und Bürgerzentren der Städte Coburg und Köln. Der Vorteil für die Erprobung des Projektes in diesen Einrichtungen ergibt sich aus dem leichten Zugang zu den Zielgruppen. Das Projekt stützt sich auf Herausforderungen, die mit einer alternden Gesellschaft einhergehen. Es geht dabei um die Frage, wie es möglich sein kann, nicht nur länger zu leben sondern vor allem länger gesund zu leben.

Um ein gesundes Älterwerden der Zielgruppe zu erreichen, orientiert sich das Projekt an Richtlinien der WHO (2002) zum Active Ageing. Das bedeutet: Prozesse der Optimierung von Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit,

sozialen Teilhabe und der Sicherheit sowie die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern. Active Ageing verfolgt zwei Ziele: die individuelle Lebensqualität durch den Erhalt der Autonomie zu steigern und die finanziellen Belastungen der Gesundheits- und Sozialsysteme zu reduzieren.



Im Projekt werden unterschiedliche Präventionsmaßnahmen umgesetzt. Dabei wird, gemäß der Definition der WHO, zwischen der universellen und selektiven Präventionsebene unterschieden:

- Universelle Präventionsebene: Berücksichtigung der gesamten Population, entsprechend alle Senior/innen einer Gemeinde.
- Selektive Präventionsebene: Berücksichtigung potentieller Risikogruppen, wie bspw. alleinstehende Senior/innen.

Alleinstehende Seniorinnen und Senioren stellen eine potenzielle Risikogruppe dar. Sie weisen Defizite in der Ernährung (hier insbesondere Männer) auf, sind bewegungseingeschränkt und soziale Kontakte nehmen ab. Demzufolge ist eine Integration in feste Beziehungen, die Einbindung in soziale Netzwerke und bürgerschaftliches Engagement sowie regelmäßige Kontaktaufnahme zu anderen Menschen von hoher Bedeutung für die Gesunderhaltung dieser Kohorte.

Das Projekt zielt darauf ab, dass zwischen Alt (ab 60 Jahre) und Jung eine intergenerative Zusammenarbeit erfolgt. Es soll ein Austausch von Erfahrungen und Wissen zwischen beiden Generationen erfolgen. Hier wird von der Hypothese ausgegangen, dass mittels des Projekts und der Förderung von sozialem Engagement Isolation und Einsamkeit über-

wunden beziehungsweise verbessert werden kann. Die Prüfung der Akzeptanz und Zufriedenheit der Maßnahmen soll mittels Fragebögen (in Anlehnung an das Projekt Optimahl 6oplus) erfolgen. Um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten, sollen Schulungen angeboten und fortgesetzt werden, die Seniorinnen und Senioren als „Gesundheitscoaches“ durchführen. Diese werden im Vorfeld durch die Hochschule Coburg und Köln geschult.

(Zusammenfassung Audiodatei und Präsentation Jessica Dreas)

Workshop 2: Gesundheitsförderung für Ältere – Unterschiedliche Zugänge zur Zielgruppe

Aktiv bleiben – Gesundheitsberatung im häuslichen Umfeld FÜR SIE DA – GANZ NAH! SKF und BKK Kombination freier Wohlfahrtspflege und einer Krankenkasse

Sabine Eggert, Sozialdienst katholischer Frauen Dortmund Hörde e.V.

Aus einem gemeinsamen Bewegungsangebot der Ortskrankenkasse BKK Hoesch und dem Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Ortsverein Hörde in Dortmund entstand die Idee, gemeinsam ein aufsuchendes Beratungsangebot für ältere Menschen zu konzipieren.

Mit dem gemeinsamen Bewegungsangebot (Kurse für Senior/innen ab 65 Jahre mit den Schwerpunkten Schmerz- und Stressbewältigung, altersangemessene Ernährung, Bewegungstraining und Sturzprophylaxe) konnten bereits zahlreiche Senior/innen erreicht werden, sich wieder aktiv mit Gesundheitsthemen auseinander zu setzen und aktiv am sozialen Leben teilzunehmen.

Häusliche Gesundheitsberatung sollte nunmehr auch diejenigen erreichen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, sozialer Ängste und Unsicherheiten bislang nicht an entsprechenden Angeboten teilnahmen. Dabei wird erstmalig das Leistungsspektrum einer Krankenkasse und eines Wohlfahrtsverbandes gebündelt an ältere Menschen herangetragen.

Daher wurden als konkrete Zielgruppe Versicherte der Ortskrankenkasse BKK Hoesch im erweiterten Stadtbezirk Dortmund-Hörde ausgewählt, die zwischen 70 und 85 Jahre alt sind und noch keine Pflegestufe beantragt haben.



Dabei spielt die Nähe zum Standort des Sozialdienstes katholischer Frauen Hörde eine wesentliche Rolle, um dortige Angebote wahrnehmen zu können bzw. als Ansprechpartner im nahen Lebensumfeld der Versicherten zur Verfügung stehen zu können. Als weitere Kooperationspartner konnten darüber hinaus auch der Bundes- und Landesverband Nordwest der Betriebskrankenkassen gewonnen werden. Mit dieser Kooperation sollen folgende übergeordnete Ziele erreicht werden:

- Stabilisierung der Lebenssituation der Versicherten, sowohl im gesundheitlichen als auch im sozialen Bereich
- Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit
- Verbleib in der häuslichen Umgebung so lange wie möglich durch ambulante Unterstützungsmöglichkeiten
- Verbesserung bzw. Erhaltung der Mobilität, des Ernährungsverhaltens (insbesondere des Trinkverhaltens)
- Sturzprophylaxe
- Reduzierung/Optimierung von Medikamenten
- Reduzierung von Krankenhauskosten und Verringerung von Pflegebedürftigkeit
- Aktive Nutzung von Angeboten im Sozialraum
- Übertragbarkeit der Modellkooperation auf andere Städte und Regionen

Im Rahmen der Finanzierung des Projektes trägt die ARGE Dortmund 65 Prozent der Personalkosten für drei Gesundheitsberaterinnen, da diese schwerbehindert mit besonderen Vermittlungshemmnissen und bereits über 55

Jahre alt sind. Die restlichen 35 Prozent der Personalkosten und 100 Prozent der Sachkosten tragen die Kooperationspartner selbst. Als Gesundheitsberaterinnen konnten drei Frauen mit Erfahrungen in der Altenpflege, der Arbeit in Selbsthilfegruppen und persönlichen Pflegeerfahrungen gewonnen werden, die mit 25 bzw. 19,5 Wochenstunden eingestellt wurden. Eine Diplom-Sozialarbeiterin mit einer Stundenfreistellung von 10 Wochenstunden übernimmt die Anleitung, ggf. Einzelfallhilfe und sonstige Koordination der Kooperation.

Ablauf der aufsuchenden Gesundheits- und Sozialberatung

In einem Anschreiben der BKK Hoesch werden die Versicherten über das Angebot informiert und gebeten, per Telefon oder mit beiliegender Postkarte einen Termin zum Hausbesuch direkt mit einer der drei Gesundheitsberaterinnen zu vereinbaren. Eine Rücklaufliste gibt Aufschluss, wer sich auf das Schreiben der Krankenkasse gemeldet hat bzw. nochmals mit einem Erinnerungsschreiben auf das Angebot aufmerksam gemacht werden muss.

Im ersten Telefonat wird bereits der Beratungsbedarf erfragt, um bereits vorbereitet den ersten Hausbesuch wahrnehmen zu können. Im ersten Hausbesuch wird weiterhin ein Fragebogen gemeinsam mit dem Versicherten ausgefüllt, der die Grundlage für weitere Beratungen und Unterstützungsangebote (ggf. unter Hinzuziehung einer Sozialarbeiterin des SKF) bildet.

Schwerpunkt des ersten Hausbesuches bildet die Erfassung der Lebenssituation des Versicherten und eingehende Beratung zur altersangemessenen Ernährung, Medikamentenoptimierung mit dem Angebot, über einen Apotheker ggf. Wechselwirkungen insbesondere zwischen verordneten und selbst beschafften Medikamenten überprüfen zu lassen und eine eingehende Beratung zur Sturzprophylaxe in der häuslichen Umgebung.

Mit einem zweiten und ggf. auch weiteren Hausbesuchen wird die Nachhaltigkeit und Stabilisierung der Beratung gewährleistet bzw. ein Prozess der Veränderung unterstützt. In einem abschließenden Hausbesuch nach ca. einem Jahr wird mittels eines erneuten Fragebogens überprüft, ob die Ziele der Kooperation erreicht wurden.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgt dann über den Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Zu Beginn der Kooperation zum 15. April 2010 erfolgte eine vierwöchige Einarbeitungszeit für die Gesundheitsberaterinnen. Die ersten Hausbesuche fanden ab Mitte Mai 2010 statt.

Ergebnisse zum Stichtag 1. Dezember 2010

Seit Beginn der Kooperation erfolgten (von den bislang 2000 angeschriebenen Versicherten) 278 Beratungen, 86 Versicherte wünschten keinen Hausbesuch.

Schwerpunkte der Beratungen :

- Beratung bezüglich Ernährung/Trinken, Sturzprophylaxe
- Vermittlung zur Teilnahme an internen Veranstaltungen, Angeboten
- Vermittlung von Kursangeboten im Gesundheitsbereich
- Vermittlung/Beratung von Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen

- Vermittlung in gemeinsames Kursangebot der BKK und des SkF
- Vermittlung/Kontaktaufnahme zu Gruppen, Gemeinden, Vereinen, Seniorentreffs
- Vermittlung eines Medikamentenabgleichs
- Beantragung eines Schwerbehindertenausweises

13,9 Prozent nahmen somit bislang das Angebot einer aufsuchenden Beratung an.

Wie die oben genannten Beratungsschwerpunkte zeigen, liegt das Interesse der Versicherten neben einer Auseinandersetzung mit altersgerechter Ernährung und Sturzprophylaxe vor allem (mit unterschiedlichen Schwerpunkten Bewegung oder Kommunikation) im

Bereich der Information über Angebote der Kontaktaufnahme zu anderen.

Der weibliche Anteil der zu Beratenden ist deutlich höher als der männliche Anteil. Ein großer Teil der Befragten hat bei den Hausbesuchen ein starkes Bedürfnis gezeigt, sich anderen mitzuteilen.

Insgesamt erfährt die Befragung/der Hausbesuch eine große Akzeptanz. Der SkF und die BKK Hoesch erleben eine hohe Wertschätzung ihrer Leistungen.

Die jeweilige Anzahl der Hausbesuche ist sehr flexibel zu halten, einige Versicherte wünschen oder benötigen lediglich ein bis zwei Besuche, andere Versicherte wünschen oder benötigen mehrere Hausbesuche zur Klärung und Installation von Hilfsangeboten.

Aktiv bleiben im Wohnumfeld – Gesundheitsförderung in Kooperation mit Wohnungsträgern

**Julia Ruhnau, Team Gesundheit –
Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Essen**

Akteure der Gesundheitsförderung erreichen Menschen am besten vor Ort, wo sie ihren Alltag gestalten und die Schwellen niedrig sind: im Lebensraum „Wohnumfeld“. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in diesem Setting sind bisher kaum erprobt. Dabei ist das Wohnumfeld der ideale Zugangsweg zu älteren Menschen, die noch im eigenen Haushalt leben, sich selbst versorgen, aber sonst für Präventionsangebote üblicherweise nur schwer zu erreichen sind.

Der BKK Bundesverband möchte junge Rentner der Altersgruppe 60plus mit Hilfe vorhandener Strukturen im Wohnumfeld zu altersgerechter Bewegung aktivieren. Vor allem niedrigschwellige, altersgerechte und nachhaltige (kontinuierliche) Bewegungsangebote im Wohnumfeld

sollen dazu dienen, die jungen Rentner in Bewegung zu halten, ihre Sozialteilhabe zu fördern sowie ihre Gesundheitskompetenzen zu erweitern.

Die Umsetzung erfolgt über eine Betriebskrankenkasse, die einen Standortbezug zu einer Siedlung hat, sowie Kontakt zu dem entsprechenden Wohnungsträger pflegt. Mit dem Projekt „Aktiv bleiben im Wohnumfeld“ setzt die BKK auf die Vernetzung engagierter, lokaler Akteure wie Wohnungsgesellschaften und ggf. Sportvereine und bezieht diese mit ihren Ideen, Erfahrungen und Zugangswegen als Partner ein.

Eigenverantwortung und Engagement der Zielgruppe sollen dabei mit im Blick bleiben.

Von besonderer Bedeutung sind die Akteure vor Ort, diese tragen dazu bei Autonomie zu sichern, Isolation zu verhindern und nachhaltige Angebote speziell für die Bedarfe und Bedürfnisse Älterer zu entwickeln und anzubieten.

Regelmäßige körperliche Bewegung und soziale Unterstützung sind wichtige Gesundheitsressourcen und Motivationsfaktoren für die Verhaltensänderung – insbesondere für ältere Menschen.

Das Konzept setzt auf Partizipation, indem die Älteren im Wohnumfeld bei der Weiterentwicklung einbezogen werden sollen. Ein differenziertes Altersbild, eine zielgruppengerechte Ansprache und Angebote stellen die Basis dar. Ein wesentliches Ziel ist die Einbindung der vorhandenen Strukturen vor Ort, um die Nachhaltigkeit zu sichern. Die Bewegungsangebote sind insbesondere darauf ausgerichtet, mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren.

Dieses Settingprojekt findet in Wolfsburg als gemeinsames Pilotprojekt der Deutschen BKK, der Neuland Wohnungsgesellschaft mbH und des Seniorenbüros der Stadt Wolfsburg auf Initiative des BKK Bundesverbandes, statt. Die Kick-off-Veranstaltung ist für Mai 2011 geplant.

„Die Aktivbleiber“: online gehen, aktiv dabei sein

Andreas Wimmer – Zone35 Berlin

Die Generation 50plus sieht sich nicht als Senioren. Über zwei Drittel fühlen sich wesentlich jünger, sie sind lebensfroh und offen für Neues und verstehen ihre Gesundheit als ihr größtes Kapital und sind bestrebt, möglichst lange fit und aktiv zu bleiben.

Auf www.AktivBleiber.de findet die Generation 50plus eine Community rund um das Thema „Aktivbleiben und sich wohlfühlen“. Das Angebot richtet sich an Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Ziel der Initiative ist es, das Streben nach einem gesunden Lebensstil zu unterstützen, um altersbedingte Einschränkungen mit Folgen wie Frühberentung, sozialer Isolation oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verringern.

Zentraler Baustein des neuen Internetportals ist die AktivBleiber-Community. Wer sich hier registriert, kann aktiv mitwirken: Jedes angemeldete Mitglied kann sich ein Profil anlegen, virtuelle Freundschaften knüpfen und die Pro-



file anderer AktivBleiber ansehen. Das Portal bedient sich bekannter und bewährter Mechaniken anderer Sozialer Netzwerke. Melden auch Sie sich gleich an und lassen sich von den Möglichkeiten des neuen Moduls überzeugen. In den Zeiten von Social Media erlangen Soziale Netze eine immer stärkere Bedeutung. Die

Einbindung der Versicherten in Kommunikationsprozesse ermöglicht eine noch stärkere Bindung an die einzelne Betriebskrankenkasse.

Vergleichbar wie bei den Marktführern Facebook, Studi VZ, etc. ist es auch der einzelnen BKK möglich hierzu ein passgenaues Angebot zu unterbreiten. Über Gruppen können die einzelnen Mitglieder sich austauschen und in den Dialog treten. Inhalte werden durch die Mitglieder selbst eingestellt – Zielsetzung ist: aktiv bleiben und dies wird auch online unterstützt: www.AktivBleiber.de.

Fachforen

Themenblock III:

Versorgung und Beratung älterer Patient/innen

Workshop 1:

Versorgung sozial benachteiligter älterer Menschen

Probleme und Lösungsansätze in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen aus der Sicht der Volkssolidarität (Kurzfassung)

**Dr. Alfred Spieler, Referent für Sozialpolitik,
Volkssolidarität Bundesverband e. V.**

Aus Sicht der Betroffenen weist der Beitrag auf Probleme und eventuelle Lösungsansätze bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen hin.

Erstens stellt die Alterung der Gesellschaft grundsätzlich höhere Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung.

In den neuen Bundesländern wächst der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung noch schneller als in den alten. Es gibt aber nicht „die kranken Alten“, sondern gesunde und kranke ältere Menschen. Wie in anderen Altersgruppen ist bei den über 65-Jährigen eine höhere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen insbesondere durch chronisch kranke oder behinderte Menschen zu verzeichnen. Besonders schwierig ist die Versorgungslage in Gegenden Ostdeutschlands, wo die Jüngeren weggezogen sind und fast nur noch Ältere wohnen. Dort bedarf es spezifischer Lösungen, z.B. mobiler Arztpraxen.

Zweitens bleibt die Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen

Versorgung eine vordringliche Aufgabe, auch und besonders in den neuen Bundesländern. Die Anforderungen an die ambulante medizinische Versorgung sind dort höher als in den alten Ländern, hingegen ist die ärztliche Versorgungsdichte geringer und das Vergütungsniveau deutlich niedriger. Viele Ältere beklagen lange Wartezeiten bei Facharztterminen. Auch im Bereich der geronto-psychiatrischen Versorgung werden deutliche Lücken benannt. Die durch Bund, Länder, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen in den letzten Jahren eingeleiteten Maßnahmen reichen bisher noch nicht aus, um künftig eine verlässliche ärztliche Versorgung flächendeckend zu gewährleisten.

Drittens erfordert eine gute gesundheitliche Versorgung für Ältere ihren gleichberechtigten Zugang zu allen Gesundheitsleistungen.

In der gesundheitlichen Versorgung verstärken sich soziale Ungleichheiten zu Lasten älterer Menschen. Sie müssen vor allem dann hohe Belastungen verkraften, wenn sie nicht gesund sind und umfangreiche Leistungen der gesund-

heitlichen Versorgung benötigen. Seit der „Gesundheitsreform“ 2004 ist eine spürbare Verschlechterung zu verzeichnen. Grundvoraussetzung für eine gute gesundheitliche Versorgung (nicht nur) älterer Menschen bleibt ein solidarisch und paritätisch finanziertes Gesundheitssystem – die Forderung der Volkssolidarität heißt Bürgerversicherung. Es darf keine Zusatzbeiträge geben, die nichts anderes sind als Kopfpauschalen. Der Anspruch auf eine gute gesundheitliche Versorgung muss für jeden Bürger einlösbar sein – unabhängig von Einkommen, Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand oder einer Behinderung.

Viertens brauchen wir dringend strukturelle Verbesserungen.

Eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung erfordert, altersorientierte Prävention, altersgerechte Rehabilitation, Geriatrie und geronto-psychiatrische Versorgung deutlich auszubauen, eine stärkere geriatrische Ausrichtung der hausärztlichen Tätigkeit und die fachärztliche Versorgung mehr als bisher auf die Bedarfe der sich wandelnden Altersstruktur der Bevölkerung auszurichten. Erhebliche Potenziale bestehen in einer patientenorientierten gesundheitlichen Versorgung, in der Prävention, Kuration (Diagnostik/Therapie), Rehabilitation und Pflege wirksam und effektiv vernetzt sind.

Modellprojekt Multiplikatoren-schulung für die Demenzfreundliche Kommune

Dr. Sandra Born, Bezirksamt Berlin-Lichtenberg; Robert Stephan, Pflegestützpunkt Berlin- Lichtenberg

Konzeptentwurf Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg – Multiplikatoren-schulung

Ausgangslage

Der Demografische Wandel stellt die Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur zeigt eine deutliche Alterung. Insgesamt wird bis zum Jahr 2030 die Bevölkerungszahl der über 65-Jährigen perspektivisch um 15.500 Personen in Berlin-Lichtenberg ansteigen. Im Vergleich dazu wird sich die Anzahl der unter 20-Jährigen voraussichtlich nur um 1.700 vermehren. Besonders stark wird der Anteil der über 80-Jährigen steigen.

In diesem Zusammenhang muss auch die Demenzerkrankung stärker fokussiert werden. Demenz ist eine Erkrankung, deren Hauptrisikofaktor ein hohes Lebensalter ist. In der Altersklasse der 65- bis 69-Jährigen liegt der Anteil der Erkrankten bei 1,2 Prozent (Bundesdurchschnitt). Bei den über 90-Jährigen steigt das Erkrankungsrisiko auf 34,6 Prozent. Aufgrund der beschriebenen Bevölkerungsstruktur und des demografischen Wandels wird es notwendig sein, der Erkrankung in Zukunft im öffentlichen Leben eine größere Bedeutung beizumessen.

Die Erkrankung

Die dargestellte Prävalenz zeigt, dass eine Demenzerkrankung ab einem gewissen Alter leider keine Ausnahmeerscheinung mehr ist. Für die Mehrzahl der Betroffenen ist mit dem derzeitigen Stand der Forschung noch keine Heilung möglich. Der Verlauf der Erkrankung lässt sich aber deutlich verlangsamen. Dafür ist es notwendig, medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieformen zu bündeln. In Betreuungseinrichtungen und Tageskliniken wird daher versucht, den Betroffenen einen festen Tagesrhythmus zu geben, der Orientierung bietet und versucht, den Patienten so

lange es geht ein selbstständiges Leben zu ermöglichen. Die Erkrankung ist kein Thema dem sich nur Experten aus Medizin und Pflege annehmen sollten. Das Thema Demenz geht uns alle an.

Zielsetzung

Im Rahmen der Demenzfreundlichen Kommune Lichtenberg soll durch die Schulung einzelner Multiplikatoren letztlich eine breite Sensibilisierung der Bevölkerung erreicht werden. Hierfür ist es notwendig, Akteure, zumeist ehrenamtlich, zu gewinnen und andererseits Adressaten im Bezirk zu rekrutieren. Die Betroffenen, denen es schwer fällt sich im täglichen Leben zu orientieren, erfahren so eine weitere Hilfestellung und vor allem ein größeres Verständnis für ihre gegenwärtige Situation. Ziele der Schulung sind der Abbau von Vorurteilen und möglichen Ängsten sowie ein Verständnis für die Krankheit und deren meist schwer wiegenden Folgen zu wecken. Die Multiplikatoren sind nur für die Initiierung zuständig. Die Multiplikatoren geben ihr Wissen, welches sie im Rahmen der Kurzausbildung erworben haben, an die Adressaten weiter.

Diese können nun ihrerseits das erlernte Wissen in ihre Organisation, in den Verein oder die Nachbarschaft einbringen. Ein aufgeklärter und kompetenter Umgang mit den Betroffenen soll das Resultat einer Schulung durch Multiplikatoren sein. Dies kann dabei helfen, ein gesellschaftliches Miteinander zu fördern, in dem Demenzkranke Akzeptanz und Wertschätzung erfahren.

Zielgruppe für die Multiplikatoren-schulung

Die Multiplikatoren erhalten eine Kurzausbildung durch Herrn Prof. Torsten Kratz (KEH) und Frau Gabriele Siegel (BILOBA). Schulungsinhalte sind ein erweitertes Grundwissen zur Demenz. Anhand von Rollenspielen wird die Kommunikation und Gesprächsführung geübt. Zudem werden die Multiplikatoren im Umgang

mit dem Handbuch der Deutschen Alzheimer-gesellschaft „Allein leben mit Demenz“ geschult. Dieses Material eignet sich hervorragend zur Durchführung von Adressatenschulungen, da es sehr übersichtlich und schlüssig aufgebaut ist. Die Multiplikatoren sollten kontaktfreudig und vor allem am Thema interessiert sein. Wichtig ist dabei das freiwillige Engagement der geschulten Multiplikatoren. Es kommen hierfür z.B. Mitarbeiter/innen aus dem bezirklichen Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbund (GGV) in Frage. Die ausgebildeten Multiplikatoren sollen anschließend in der Lage sein ihr Wissen weiterzugeben. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, genügend geeignete Multiplikatoren für die Maßnahme gewinnen zu können. Die Schulung und die Wissensweitergabe erfolgt grundsätzlich unentgeltlich. Eine bezahlte Freistellung seitens des Arbeitgebers wäre allerdings ein lo-benswerter Anreiz, genügend Freiwillige für eine solche Schulung interessieren zu können.

Adressatenschulung

Es geht nicht darum, neues Fachpersonal auszubilden, sondern darum, den Menschen, die im öffentlichen Leben sozialen Kontakt zu anderen haben, ein Grundwissen im Umgang mit Demenzerkrankten zu vermitteln. Das kann einen Supermarkt- oder Bankmitarbeiter genauso betreffen wie die örtliche Wohnungswirtschaft (Hausmeister) oder die Mitarbeiter der bezirklichen Ordnungsämter und der Polizei. Die Lichtenberger Wohnungsgenossenschaft HOWOGE hat einen Teil ihrer Mitarbeiter bereits in ähnlicher Weise schulen lassen. Dabei wurden zwölf Kundenbetreuer/innen sowie fünf Hausmeister und ein Kiez Helfer in die Thematik eingeführt. Die Auswertung dieser Schulung ergab ein positives Bild seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Angeregt wurde, dass die Kommunikation mit den Betroffenen noch weiter und ausführlicher geübt werden müsse. Dies könnte in einer nachfolgenden Schulungsveranstaltung der Fall sein. Das Erreichen unterschiedlicher Adressatengruppen ist elementar wichtig für eine flächendeckende Sensibilisierung gegenüber der Thematik. Die dafür ausgebildeten Multiplikatoren sollten allerdings bei der Akquise dieser Adressaten bestmöglich unterstützt werden. Für die Steuerung des Gesamtprozesses ist dafür ein Koordinator vorgesehen.

Workshop 2: Konzepte, Umsetzung und Erfahrungen zur Gestaltung von zielgruppenspezifischen Angeboten der Patientenberatung für sozial benachteiligte ältere Menschen

Zusammenfassung der Beiträge

Im Workshop 2 referierten Beraterinnen und Berater der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) und stellten drei der insgesamt acht durch die UPD entwickelten und umgesetzten Teilprojekte der besonderen Formen der Beratung sozial benachteiligter Gruppen vor:

- **„Sozialraumorientierte Ansätze der Patientenberatung“**
durch Ursula Büsch und Martina Münzer
- **„Patientenberatung sozial benachteiligter Älterer“**
durch Heike Kretschmann und Elke Gravert
- **„Angebote und besondere Formen der Patientenberatung für nicht Deutsch
sprechende ältere Menschen mit Migrationshintergrund“**
durch Havva Arik und Oxana Strobel

Sozialraumorientierte Ansätze der Patientenberatung am Beispiel Oggersheim- West – Wohnortnahe Beratung und Information im Stadtteil für ältere Menschen

Ursula Büsch, UPD Beratungsstelle Ludwigshafen

An den Standorten Ludwigshafen und Bremen wurden Beratungs- und Informationsangebote für sozial Benachteiligte erprobt mit dem Ziel, die spezifischen Zugangsbarrieren dieser Zielgruppe zu Gesundheitsinformationen abzubauen und ihre Orientierungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem zu verbessern.

Hierzu wurden zugehende, an der Lebenswelten der Zielgruppe orientierte Veranstaltungsangebote entwickelt. Der räumliche Schwerpunkt im Stadtteil lag im Setting Büro soziale Stadt, in dessen Räumen regelmäßig telefonische und persönliche Beratung angeboten wurde. Das Büro soziale Stadt liegt innerhalb des kleinstädtischen Zentrums, daher wurde das Beratungsangebot besonders von Senior/innen nachgefragt. Als Werbeträger diente ein UPD-Aufsteller vor den Quartiersräumen.

Eine breite Öffentlichkeitswirkung erreichte die Teilnahme am jährlichen Stadtteilstern mit einem Informationsstand. Vor allem ältere Menschen interessierten sich für ausgelegte

Informationen und suchten das Gespräch mit den UPD-Mitarbeitern.

Speziell für Frauen wurde ein Kombinationskurs Gesundheit bestehend aus Gesundheitsbildung und Wassergymnastik angeboten. Von den 45 Teilnehmerinnen waren 15 über 55 Jahre. Die Partizipation der Frauen in die Planungsgespräche über die Inhalte und Struktur dieses Angebotes gewährleistete eine kontinuierlich hohe Teilnehmerinnenquote.

Ergänzt wurden diese Veranstaltungen durch offene Gruppenberatungsangebote. Ein sehr nachgefragtes Thema war „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“. Weitere Themen fanden speziell bei Senior/innen eine hohe Resonanz: Zahnersatz, Zuzahlungsbefreiung, Geriatrische Rehabilitation, individuelle Gesundheitsleistungen und Pflege.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass ein niedrighschwelliges Beratungs- und Unterstützungsangebot für Senioren gut durch die zuge-



hende Beratungsarbeit eingerichtet werden kann. Sehr förderlich wirkte in Oggersheim-West die quartiersbezogene Ausrichtung mit vorgegebenen Strukturen. Einzelberatungen fanden überwiegend nach Beziehungsarbeit, Eigenwerbung und nach Verweis durch Multiplikatoren statt. Für die Gruppenberatungen waren die Partizipation bei der Planung und ein regelmäßiges Angebot von großer Bedeutung. Vertiefende schriftliche Informationen, z.B. in einfacher und verständlicher Sprache, konnten bei allen Veranstaltungsformen gut weitergegeben werden.

Patientenberatung für sozial benachteiligte Ältere – Zusammenfassung

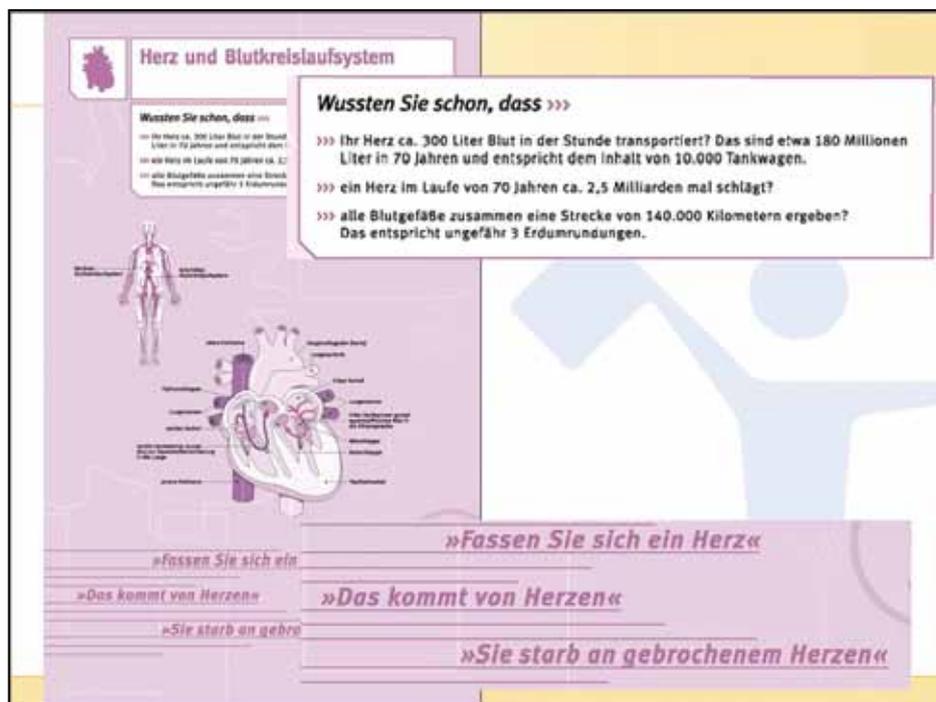
Heike Kretschmann und Elke Gravert von der UPD Hannover stellten im Rahmen des Beitrages „Patientenberatung sozial benachteiligte Ältere“ das Beratungs- und Informationsangebot „Körperwissen/Alltagswissen“ für Seniorinnen und Senioren vor. Das Projekt sei deshalb auf die Zielgruppe sozial benachteiligte ältere Menschen ausgerichtet worden, da diese häufiger von Krankheit und Behinderung betroffen sind als im Vergleich dazu die Gruppe der unter 65-Jährigen Menschen. Demnach ste-

Die Umsetzung des Projektes erfolgte durch eine stadtteilbezogene Vortragstätigkeit zu zielgruppenrelevanten Themen wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Mit Informationen zu Körperfunktionen, Erkrankungen, Prävention und Behandlungsmöglichkeiten sei der Zielgruppe Wissen in Form der Seminarreihe „Körperwissen/Alltagswissen“ vermittelt worden. Parallel dazu erfolgte die Ausstellung zum gleichen Thema. Informationsveranstaltungen und Vorträge seien in Kooperation mit verschie-

denen Institutionen durchgeführt und im Rahmen von Seniorennachmittagen veranstaltet worden. An Gesundheitsthemen wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Ernährung im Alter und Zahngesundheit waren die Teilnehmer/innen besonders interessiert gewesen, so die Referentinnen. Die Seminarreihe „Körperwissen/Alltagswissen“ wurde in der Regionalen Beratungsstelle Hannover mit zwei Veranstaltungszyklen im Herbst und im Frühjahr durchgeführt. Es wurden Themen zum Herz-Kreislaufsystem, Hormon- und Immunsystem, Rheumatische Erkrankungen, Verdauungssystem, Diabetes und Prävention durch Ernährung und Bewegung angeboten, die die Teilnehmenden selbst auswählen konnten.

Die Ausstellung „Körperwissen/Alltagswissen“ fand als Dauerausstellung in der Beratungsstelle Hannover statt. Die Referentinnen wiesen darauf hin, dass die entwickelten und dort ausgestellten Plakate (siehe Abbildung) auch anderen Institutionen zur Nutzung zur Verfügung gestellt werden können.

Zusammenfassend blickten die Referentinnen auf ein erfolgreich durchgeführtes Projekt zurück, bei dem die Zielgruppe durch alle eingesetzten Methoden erreicht werden konnte. So seien die Vorträge bei Seniorennachmittagen besonders gut geeignet gewesen und erprobte Konzepte wurden bereits von anderen Akteuren angefragt und umgesetzt. Rückblickend konnten 1400 Menschen im Alter 65plus, darunter 30 Prozent Hochaltrige, erreicht werden.



hen ihnen die Möglichkeiten zur Informationsbeschaffung nicht im gleichen Maße zur Verfügung wie jüngeren Zielgruppen. Lediglich 21 Prozent der über 65-Jährigen nutzen nach Angaben der Referentinnen das Internet als Informationsquelle. Im Unterschied dazu benutzen 87 Prozent der unter 65-Jährigen regelmäßig dieses Medium.

Mittels einer Seminarreihe und der Ausstellung „Körperwissen/Alltagswissen“ sei Wissen zu Gesundheit vermittelt und zu verschiedenen Gesundheitsthemen beraten und informiert worden. Ein weiteres Ziel stellte die individuelle Stärkung der Zielgruppe (Empowerment) dar. Die Zielgruppe sollte mittels des Projektes zu mehr Eigenverantwortung befähigt werden und erweitertes Wissen und Verständnis für Zusammenhänge von Gesundheit, Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten vermittelt bekommen. Zudem sollte die Zielgruppe zur Nutzung von Informationsmedien befähigt werden.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland | UPD

Körperwissen

Seminare für Seniorinnen und Senioren

BAUSTEIN 1 Fr. 14.11.2008
DAS VERDAUUNGSYSTEM
• Aufbau, Funktion
• Ernährungsfragen und Lebensstil, speziell bei älteren Menschen
• Rheumatische Erkrankungen
• Ursachen und Krankheitsverlauf
• Ernährungssysteme
• Schmerzmittel und andere Medikamente

BAUSTEIN 2 Fr. 21.11.2008
DAS HERZ - ADRESSEN-SYSTEM
• Aufbau, Funktion
• Die häufigsten Erkrankungen
• Was kann ich vorbeugen?

BAUSTEIN 3 Fr. 28.11.2008
DAS HORMONSYSTEM
• Aufbau, Funktion
• Über- und Unterfunktion der Schilddrüse
• Welche endokrinen Erkrankungen?

BAUSTEIN 4 Fr. 05.12.2008
VORBEUGUNG DURCH ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG
• Übergewicht und Diabetes
• Wie halte ichs gesund?

ANMELDUNG
Zu folgenden Veranstaltungen der Themenreihe „Körperwissen/Alltagswissen“ können Sie sich anmelden:

BAUSTEIN 1 Fr. 14.11.2008
Das Verdauungssystem

BAUSTEIN 2 Fr. 21.11.2008
Das Herz-Kreislaufsystem

BAUSTEIN 3 Fr. 28.11.2008
Das Hormonsystem

BAUSTEIN 4 Fr. 05.12.2008
Vorbeugung durch Ernährung und Bewegung

Sie können sich auch einzelne Bausteine zusammenschließen.

Die Veranstaltungen finden jeweils freitags von 9.30 Uhr - 12.30 Uhr statt.

Ältere und sozial benachteiligte Menschen | 10

Angebote und besondere Formen der Patientenberatung für nicht deutsch sprechende ältere Menschen mit Migrationshintergrund – Zusammenfassung

Türkische Muttersprache

Havva Arik referierte zum Thema „Angebote und besondere Formen der Patientenberatung für nicht Deutsch sprechende ältere Menschen mit Migrationshintergrund“ und stellte die Teilprojekte „Patienteninformations- und Beratungsstelle“ und „Aufsuchender Patientenberatung“ vor.

Sie berichtete von drei wesentliche Faktoren, die bei der Entwicklung und Umsetzung der Teilprojekte berücksichtigt werden mussten: Migrant/innen aus unterschiedlichen Kulturkreisen haben jeweils ein eigenes Verständnis von Gesundheit, sie haben spezifische Bedürfnisse, die sie an das Gesundheitssystem herantragen, und sie stoßen auf besondere Zugangsbarrieren. Zur Entwicklung und Erprobung der spezialisierten Beratungsangebote seien die



Standorte Berlin und Nürnberg ausgewählt worden, da diese Städte einen überdurchschnittlich hohen Ausländeranteil mit einem relativ hohen Anteil von türkischsprachigen Migrant/innen haben.

Zur Situation (älterer) Migrant/innen schilderte Frau Arik, dass für diese Zielgruppe häufig Sprachprobleme eine Zugangsbarriere in die Gesundheitsversorgung darstellen. Hinzu kämen mangelnde Kenntnisse über die Institutionen im Gesundheitswesen und einem kulturell-religiöse beeinflussten Krankheits- und Gesundheitsverständnis. Es fehle an Kenntnissen über das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem. Mangelnde Sprachkenntnisse würden die Orientierung und Nutzung der Angebote oft zusätzlich erschweren. Auch die hier übliche „Komm-Struktur“ stelle für Menschen mit Migrationshintergrund ein weiteres Zugangsproblem dar. So seien Migrant/innen in der Regel eine zugehende Form der Informationsgewinnung und Nutzung des Gesundheitssystems gewohnt. Sie berichtete weiter, dass die Zahl älterer Migrant/innen zunehmend steige. Außerdem würde es aufgrund der Einflussfaktoren der Arbeitswelt zu früheren Altersprozessen der ersten Migrantengenera-

tion kommen. Zudem sei die Zielgruppe häufig sozial schwach.

Mittels des Projektes solle die Verbesserung der Zugangschancen im Gesundheitssystem, die Verringerung der gesundheitlich bedingten Benachteiligung, Sensibilisierung für die Gesundheitsvorsorge und Vorbeugung, Hilfe zur Selbsthilfe und gesundheitsfördernde Verhaltensänderung verbessert und gewährleistet werden. Um die Zielgruppe zu erreichen, seien Zugänge über aufsuchende Gruppenberatungen, Informationsveranstaltungen, Vernetzung und Kooperationen, Bekanntmachung unter den Multiplikatoren und der Zusammenarbeit mit türkischen Institutionen und Medien geschaffen worden. Die Beratungen und Informationsmaterialien erfolgten in der Muttersprache.

Die Beratungsschwerpunkte älterer Migrant/innen waren Pflege und Betreuung, Pflegeversicherung, Schwerbehinderung, gesetzliche Neuregelungen und Zuzahlung, wirtschaftliche Absicherung bei Erkrankung, Rehabilitation, allgemeine Gesundheitsfragen wie Vorsorge und Impfungen aber auch Beschwerden, Patientenrechte und Behandlungsfehler.

Frau Arik betonte, dass die Umsetzung der Beratung von besonderen Herausforderungen gekennzeichnet war. Es bestand ein hoher Aufwand in der persönlichen Beratung der Migrant/innen, da diese sich in der Regel mit sehr komplexen Problemen an die Beratungsstelle wenden würden. Zusätzlich würde hier ein höherer Unterstützungsbedarf bestehen, weshalb ein hoher Zeitaufwand bei jeder Beratung bestand. Außerdem gestaltete sich die Terminvereinbarung für unter Umständen erforderliche und möglichst zeitnahe Folgeberatungen ebenfalls schwierig. Termine wurden häufig nicht eingehalten oder es gab Schwierigkeiten überhaupt Termine zu finden, so Frau Arik. Außerdem seien insgesamt die Erwartungen an die muttersprachliche Berater/in sehr hoch gewesen.

Rückblickend konnte festgestellt werden, dass aufsuchende Gruppenangebote in speziellen Beratungsstellen für Migrant/innen wie Moscheen, Kulturtreffs und anderen Heimatvereinen gut frequentiert waren. So zeige sich im Ergebnis, dass Angebote sich an der Sprache, den Erfahrungen, den Problemen, der Kultur und am Wohnort älterer Migrant/innen orientieren müssen. Bedarf und Bedürfnisse seien angemessen zu berücksichtigen. Der Einsatz bedürfe eines breiten Repertoires an Methoden,

Techniken und Materialien. Die Ansprache müsse mehrdimensional erfolgen und müsse die Zielgruppe auf kognitiver und emotionaler Ebene erreichen und praktisch sein. Am besten eigne sich hierfür die Beratung in Form einer Mischung aus aufsuchender und persönlicher Beratung (am Telefon oder Face to Face).

Russische Muttersprache

Auch in der Beratung russischsprachiger Migrant/innen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Hierzu machte Oxana Strobel, Russisch-Dolmetscherin der UPD Nürnberg, in ihrem Vortrag auf die Besonderheiten und Herausforderungen der Beratung russischer Migrant/innen aufmerksam und verdeutlichte, welche Konsequenzen sich daraus für die Berater/innen ableiten lassen.

Frau Strobel schilderte, dass die Besonderheiten der Beratung mit russischsprachigen Migrant/innen in den geringen Kenntnissen zu Hilfsmöglichkeiten, der Angst vor Stigmatisierung, der Angst, das Gesicht zu verlieren und den Sprachproblemen bestehen würden. Aus eigener Erfahrung konnte Frau Strobel berichten, dass die Herausforderung für den Berater oder die Beraterin insbesondere durch den hohen Aufwand der Informationssammlung zur Sozialanamnese der Klienten, dem hohen Zeitaufwand für die Aufklärungsarbeit und der kulturelle Prägung der Klienten bestehen. Außerdem stellten sich Sprachproblem als weitere Herausforderung dar, wenn diese dazu führten, dass Klient/innen nur mit Schwierigkeiten in andere Einrichtungen zu vermitteln seien.

Die Klient/innen suchten eine Nähe und Beziehung zur Dolmetscherin und stellten durchaus auch private Fragen, was sich für Frau Strobel als weitere Besonderheit und auch als Herausforderung in der Arbeit mit dieser Zielgruppe darstellte. Kulturbedingt hätten Migrant/innen ein anderes Verständnis und andere Erwartungen an die gesundheitliche Behandlung. Auch hier mache das Vereinbaren von Terminen Schwierigkeiten, so Frau Strobel. Sie berichtete weiter, dass die Unkenntnis über das deutsche Gesundheitssystem dazu führe, dass ein hoher Zeitaufwand für Aufklärungs- und Informationsgespräche bestehe. Russischsprachige Migrant/innen hätten eine hohe Skepsis gegenüber der ärztlichen Versorgung und treten auch gegenüber Behörden und Einrichtungen, häufig aufgrund der Sprachprobleme, skeptisch auf.

Rückblickend konnte Oxana Strobel feststellen, dass es in der Rolle des Dolmetschers wichtig ist, mit beiden Ländern und Kulturen vertraut zu sein. Im Heimatland vieler Migrant/innen herrsche eine andere Versorgungskultur als in Deutschland. Die sprachlichen, kulturbedingten und rechtlichen Barrieren erschweren eine adäquate Beratung ohne Dolmetscher. Um die komplexen Inhalte übersetzen zu können, seien Kenntnisse des Gesundheitssystems und der entsprechenden Sprache beider Länder unerlässlich.

Abschlussveranstaltung

Thomas Altgeld

Herzlich Willkommen zur Abschlusspodiumsdiskussion. Ich möchte Ihnen das Podium vorstellen: In Vertretung von Frau Prof. Dr. Pott begrüße ich Dr. Monika Köster als die zuständige Fachreferentin für den Bereich „Gesund älter werden“ bei der BZgA. Dieter Hackler ist der Leiter der Abteilung „Ältere Menschen“ im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Michael Bellwinkel, Referatsleiter für Gesundheitsförderung und Selbsthilfe im BKK Bundesverband. Und Herr Dr. Daniel Rühmkorf, Staatssekretär im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg. Herr Rühmkorf, Sie haben in den Vorgesprächen gesagt, das Thema „Gesund und aktiv älter werden“ hat viele Aspekte, unter anderem, dass man sich davon verspricht, die Kosten im Gesundheitswesen und dem Gesundheitssystem zu senken. Welche Hintergründe und Motive haben die Länder, sich im Bereich „Gesund und aktiv älter werden“ zu engagieren?

Dr. Daniel Rühmkorf

Sehr gern möchte ich Ihnen aufzeigen, wo ich als Vertreter des Landes Brandenburg im Bereich gesundheitliche Versorgung älterer Menschen Möglichkeiten sehe uns zu engagieren und im Gesundheitswesen Kosten zu sparen. Es ist ein großer Unterschied, ob ein älterer Mensch in einem Dorf in Brandenburg wohnt oder ober zum Beispiel in Berlin-Charlottenburg lebt. Das heißt, wenn wir uns über wohnortnahe Versorgungsstrukturen unterhalten, kann wohnortnah in Berlin nicht gleichgesetzt werden zu wohnortnah in Brandenburg. Wir haben zum Beispiel in den Randbereichen Brandenburgs das Problem, dass wir medizinische Versorgungslücken aufgrund dessen haben, dass die dort niedergelassenen Hausärzte nur schwer einen Nachfolger für Ihre Praxis finden. Manche Kommunen in Brandenburg arbeiten bereits mit Gemeindeschwestern. Diese können gerade in Gebieten, in denen mehr ältere



Bürgerinnen und Bürger leben, eingesetzt werden, Ansprechpartner/innen für gesundheitliche Fragen sein oder Arzttermine vereinbaren. Ein ähnliches Konzept gibt es in der Primärvorsorgung der Versicherten in Skandinavien, die mit ähnlich regionalen Gegebenheiten, also wenig Menschen auf großer Fläche, zu tun haben.

Die hohe Anzahl an Arztkontakten in Deutschland ist aus meiner Sicht nicht vorrangig medizinisch indiziert. Ein hoher Anteil älterer Menschen kommt nicht ausschließlich aufgrund einer chronischen Erkrankung zu einem Arzt, sondern auch, um das Bedürfnis nach Kommunikation und menschlichem Austausch zu befriedigen. Hier kommen sie mit anderen Menschen in Kontakt und gehen so einer möglichen Vereinsamung aus dem Weg. Das bedeutet, dass diese Menschen nicht richtig in der ärztlichen Praxis aufgehoben sind.

Wir brauchen eine gute primäre Akutversorgung, wir brauchen eine Gemeindeschwester und wir brauchen die Etablierung eines Case Managements. Wir arbeiten zusammen mit einer Krankenkasse an der Frage, ob wir Case Management umsetzen können, um Kosten zu

sparen, wenn beispielsweise eine Person 50 Arztkontakte im Jahr oder mehr als drei Krankenhausaufenthalte hat. Hier sollte geprüft werden, ob diese Person wirklich angemessen betreut und versorgt wird. Hier gilt es in der gesundheitlichen Versorgung in Brandenburg anzusetzen.

Thomas Altgeld

Herr Hackler, ihr Ministerium schaut nicht primär unter dem gesundheitlichen Blickwinkel auf die Gruppe der älteren Menschen, sondern auf den Bereich der Engagementförderung und Beteiligung von Zielgruppen. Welche Erfahrungen haben Sie hierzu gemacht?

Dieter Hackler

Wir haben zahlreiche Modellprojekte durchgeführt und dabei festgestellt, dass ältere Menschen über 50 Jahre grundsätzlich bereit sind, soziale Verantwortung zu übernehmen, sich zu beteiligen und sich einzubringen. Das ist eine große Chance, die wir als Gesellschaft neu entdecken, wahrnehmen und entsprechende Angebote schaffen müssen. Das Modellprojekt der Mehrgenerationenhäuser, welches ich mit betreue, ist ein Ansatz um die verschiedenen Generationen in einer Region zusammen

zu führen. Hier werden u.a. Überlegungen getätigt, wie man sich vernetzen kann und welche Institutionen sich miteinander verbinden können. Wir machen hier vor allem sehr gute Erfahrungen im Umgang mit dem Thema „Demenz“. Inzwischen sind über 130 der Mehrgenerationenhäuser Anlaufstellen für Angehörige von Menschen mit Demenz.

Einen weiteren Baustein haben wir in der letzten Legislaturperiode etabliert – die Pflegestützpunkte im Rahmen der Pflegeversicherungsreform 2009. Die Pflegestützpunkte sollen ebenfalls ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement fördern. Nicht alles muss über hauptamtlich Tätige durchgeführt werden. In der Tat brauchen wir Hauptamtliche für die Steuerungsprozesse. Das kann die Gemeindegeschwester sein, das kann aber auch ein Krankenhaus oder die Kommune sein.

Noch positivere Erfahrungen haben wir mit einem ganz kleinen Projekt, dem Programm „Aktiv im Alter“, gemacht. 150 Kommunen von Buchholz bis Köln haben sich daran beteiligt und unendlich viele Ideen entwickelt. Was wurde konkret gemacht? Bürgermeister und Bürgermeisterinnen haben die über 60-Jährigen eingeladen und mit ihnen über Fragen wie „Wie wollen sie morgen leben?“, „Wie müssen Kommunen organisiert werden, damit sie lebenswert sind, damit sich Ältere mit ihren Zielvorstellungen vor Ort auch angenommen und verwirklicht fühlen können?“ diskutiert. Das hat zu vielfältigen Initiativen und Ideen geführt. Daher werden wir im nächsten Jahr bei einer Neuauflage der Mehrgenerationenhäuser

immer noch in alten Schablonen, als wäre das Generationengefüge genauso wie vor 100 Jahren. Wir müssen einfach lernen, dass sich unser Lebensalter anders entwickelt. Wenn wir die großen Potenziale älterer Menschen für die Gesellschaft nutzbar machen, indem wir sie unterstützen, gesund und leistungsfähig zu bleiben, ist es das Beste, was uns allen passieren kann.

Thomas Altgeld

Herzlichen Dank für die Schilderung Ihrer umfangreichen Erfahrungen. In Kürze wird durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend der sechste Altenbericht unter dem Thema „Altersbilder in der Gesellschaft“ herausgegeben. Gibt es daraus zentrale Erkenntnisse, die für unser Thema heute bedeutsam sind?

Dieter Hackler

Dieser Bericht ist bereits fertig gestellt und hoch spannend. Er kann als PDF-Datei auf der Internetseite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend heruntergeladen werden. Ein spannendes Feld ist der Bereich „Altersbilder in der gesundheitlichen Versorgung“. Sie kennen den Zusammenhang: Alter wird gleichgesetzt mit Krankheit. Das wird in diesem Bericht nicht bestätigt!

Ein weiteres Beispiel: Eine Professorin hat an der Universität Saarland die Innovationsbereitschaft der Generationen untersucht. Dabei ist herausgekommen, dass 80-Jährige beinahe genauso innovationsfreudig sind wie 20-Jährige. Um das einfach zu erklären: Diese Alters-

Thomas Altgeld

Das war ein sehr eindrucksvolles Plädoyer. Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Bellwinkel. Wir haben in einem der Workshops gehört, welche innovativen Angebote die Krankenkassen im Bereich „Gesund und aktiv älter werden“ machen. Ältere Menschen stellen für Sie als Kostenträger eine Zielgruppe dar, die eine sehr wichtige Rolle spielt. Können Sie uns aus Ihren Erfahrungen und Modellprojekten berichten? Was gibt es Neues in diesem Bereich? Und stimmt es, dass wir es mit einer innovativen Zielgruppe zu tun haben?

Michael Bellwinkel

Ich kann mich den Aussagen meines Vorredners weitestgehend anschließen. Ich denke auch, dass ältere Menschen eine Zielgruppe sind, der wir uns auf jeden Fall zuwenden müssen. Die Gründe hierfür wurden bereits mehrfach genannt. Die Gruppe älterer Menschen wird immer größer. Irgendwann stellen die 60-Jährigen die größte Altersgruppe dar. Das heißt, wir müssen uns schon heute überlegen, wie wir, vor allem im Hinblick auf die Gesundheit und Prävention, zukünftig mit dieser Altersgruppe umgehen werden. Unser Eindruck ist, dass bisher andere Zielgruppen stärker im Vordergrund standen. Wir haben viel über Kinder und Jugendliche geredet, weniger über ältere Menschen. Wenn ältere Menschen im Vordergrund standen, hatte ich das Gefühl, dass die Diskussionen immer sehr akademisch, aber wenig praktisch gewählt waren. Das muss und wird sich ändern. Die Frage ist: Wo findet man ältere Menschen, wenn sie nicht mehr im Berufsleben stehen? Kinder und Jugendliche findet man in den Kindergärten und Schulen. Erwachsene Erwerbstätige findet man in den Betrieben. Aber wo findet man Ältere? Sie kommen nicht automatisch zu den Angeboten einer Krankenkasse. Daher haben wir in den letzten Jahren verschiedene Ansätze erprobt, wie wir auf diese Zielgruppe zugehen können. Das heißt, wir gehen dahin, wo wir sie antreffen. Ein Beispiel ist die Sturzprävention in Alten- und Pflegeheimen, auch wenn diese Gruppe natürlich nur einen Teil der älteren Menschen darstellt. Am Beispiel der Sturzprävention kann gezeigt werden, dass sich Prävention „rechnet“. Ein vermiedener Oberschenkelhalsbruch spart, neben dem ersparten Leid für die Betroffenen, auch der Versicherungsgemeinschaft viele tausend Euro.



versuchen, genau diese Forumsmodelle stärker zu nutzen. Wir haben die fittesten, die gesündesten und die klügsten Alten, die es je gegeben hat. Dieser Trend wird sich in den nächsten 20 bis 30 Jahren fortsetzen. Es wäre schade, wenn wir die Potenziale nicht nutzen und uns nicht stärker vernetzen. Hierzu sollten staatliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit dies auch möglich ist. Denn nichts bringt uns mehr als die sozialen Kontakte. Wir denken

gruppe hat den Kopf wieder frei und kann sich wieder an innovativen Dingen erfreuen und sie hat Zeit. Daraus können wir Erkenntnisse für das Bildungsverständnis und für Bildungsangebote im Alter ziehen. Ich kann Sie ermuntern: Schauen Sie sich den 6. Altenbericht an und Sie werden sich animiert fühlen, ältere Menschen als Glück für sich und die Gesellschaft zu begreifen.

Der zweite Ansatz, den wir in den vergangenen Jahren beschritten haben, stand im Kontext des Programms „Soziale Stadt“. Dieser Ansatz stellt sich für eine Krankenkasse nicht einfach dar, da sehr viele Akteure an einem Tisch sitzen und die Prozesse sehr langwierig und kompliziert sind. Daher erproben wir im Moment weitere Zugangswege und arbeiten mit Wohnungsträgern zusammen. Wir denken, dass hier ein guter Settingpartner im Stadtteil gefunden werden konnte. Ein anderer Ansatz ist, mit einem

Wohlfahrtsverband zusammen zu arbeiten. Als Drittes und weiteren Zugangsweg versuchen wir, ältere Menschen über das Internet zu erreichen. Hier werden soziale Netzwerke mit dem Fokus auf die Gesundheit erprobt. Wir haben den klassischen Präventionskurs für diese Zielgruppe neu konzipiert, um auch den Zugang zu klassischen Anbietern wie Volkshochschulen oder Familienbildungsstätten zu gewinnen. Es ist ein Unterschied, ob man mit Anfang 20 in einen solchen Kurs geht oder mit Anfang 50. Hier müssen unterschiedlich angelegte zielgruppenspezifische Angebote erfolgen.

Thomas Altgeld

Herzlichen Dank für die Vorstellung Ihrer zahlreichen Projekte. Herr Bellwinkel hat es schon angesprochen, dass Prävention sehr lange im Bereich Kinder und Jugendliche Akzente gesetzt hat. Auch die BZgA hat hier ihren Schwerpunkt, berücksichtigt inzwischen aber mehr und mehr den Bereich Ältere Menschen und entwickelt Angebote. Frau Dr. Köster, Sie sind diejenige, die für diesen Bereich zuständig ist. Meine Frage an Sie: Was macht die BZgA? Und mit welchen Strategien gehen Sie vor, um diese Zielgruppen zu erreichen?

Dr. Monika Köster

Ich möchte zunächst einmal an dem anknüpfen, worüber wir heute schon diskutiert und in den Workshops sehr intensiv beleuchtet haben: An den Themen „Zeitgemäße Altersbilder“ und „Neue Lebensformen“. Frau Professor Lehr hat sehr eindrucksvoll geschildert, dass keine Normen, sondern neue Lebensformen berücksichtigt werden müssen. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, den wir als BZgA im Zusammenhang unseres Schwerpunktes „Gesund und aktiv älter werden“ berücksichtigen. Es gibt natürlich die Belastungen und Gesundheitsprobleme, die wir heute sehr ausführlich diskutiert haben. Es gibt aber eben auch die Perspektive, die Ressourcen und Möglichkeiten im fortgeschrittenen Alter mit einzubeziehen. Unsere Bemühungen in diesem Themen- und Arbeitsschwerpunkt gehen dahin, die Anstrengungen und wichtige Arbeit in den Kommunen zu unterstützen, zum Beispiel durch Veranstaltungen wie die heutige, im Rahmen derer Akteure zusammenkommen, um sich über gute Ideen und bewährte Praxisbeispiele auszutauschen. Es wird darüber hinaus Regionalveranstaltungen in allen Bundesländern geben. Hier werden wir mit Akteuren vor Ort sehr intensiv die regionalen Bedarfe diskutieren und uns gemeinsam um Lösungsmöglichkeiten bemühen. Regionalveranstaltungen sind auch dazu da, über die individuellen Aspekte hinaus Besonderheiten der Regionen zu berücksichtigen. Hierbei geht es z.B. auch um Stadt-Land-Gefälle oder strukturschwache Gebiete.

Diese Veranstaltungen bringen die relevanten Akteure in den Ländern und Regionen zusammen. Dann haben wir die „Arbeitshilfen für



Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ neu herausgegeben. Ein Extraheft mit vielen praktischen Tipps zum Thema „Alter“ steht ab sofort zur Verfügung und kann bestellt werden. Zum Austausch beizutragen, die Vernetzung zu fördern und Arbeitshilfen zu zentralen Themen zu erstellen und herauszugeben sind wichtige Aufgabenbereiche der BZgA.

Ein weiteres Standbein ist das Internet. Die Online-Plattform, die wir derzeit aufbauen, wird eine Kommunikationsplattform für die Zielgruppe selbst, aber auch für die Akteure, die in den entsprechenden Bereichen arbeiten, darstellen. Von besonderer Bedeutung ist die Kooperation: Gemeinsam mit Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, Volkshochschulen, Weiterbildungseinrichtungen, Kirchengemeinden, der Ärzteschaft und vielen weiteren Akteuren streben wir an, auf bestehenden Strukturen aufzubauen und die Zugänge zu den Zielgruppen zu verbessern. Dabei ist es wichtig, dass Kooperationen verbindlichen Charakter haben, dass Ziele, Inhalte und Vorgehensweisen gemeinsam festgelegt werden, dass die Frage der Finanzierung geklärt ist.

Thomas Altgeld

Herzlichen Dank. Bevor wir die Podiumsdiskussion für Fragen aus dem Publikum öffnen, möchte ich gern noch eine Frage an Herrn Rühmkorf richten. Wir sind uns einig, dass ältere Menschen eine wichtige Zielgruppe darstellen und dass sich Altersbilder verändern müssen. Im Podium haben wir bisher gehört, dass es eine ganze Reihe von neuen Aktivitäten für und mit dieser Zielgruppe gibt. Nichts ist langweiliger für ein Publikum, als dass sich ein Podium in allen Punkten einig ist. Deshalb frage ich Sie jetzt einmal nach Zuständigkeiten. Sie sind der Landesvertreter hier in der Runde: Welche Ebene ist die richtige? Stimmt die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ebenen und Akteuren schon? Was ist Ihre

Einschätzung als Staatssekretär dazu? Wo und an welcher Stelle brauchen wir mehr und an welcher Stelle vielleicht weniger Aktivitäten?

Dr. Daniel Rühmkorf

In diesem Bereich über zu wenig oder zu viele Aktivitäten zu sprechen, halte ich für verkehrt. Wir versuchen in Brandenburg zum Thema „Gesund älter werden“ einen Gesundheitszieleprozess anzustoßen und dazu ein Bündnis zu bilden. Warum ein solches Bündnis? Weil wir der Meinung sind, dass alle Akteure eingebunden werden müssen, die bereits in diesem Feld aktiv sind. Wir haben beispielsweise den Landesseniorenrat, den Landessportbund und wir haben zwei Ministerien. Wir können als Land Prozesse anstoßen und moderieren. Wir können auch finanziell unterstützen. Aber wir brauchen Partner, mit denen wir gemeinsame Ziele bestimmen. Jetzt komme ich zu einem wichtigen Punkt. Ob wir als Länder immer wieder nach den Bundesprogrammen schauen sollten, ist fraglich. Über den Bund werden Projektprogramme initiiert, die zwei bis fünf Jahre bestehen. Und stellt sich ein Projekt als erfolgreich heraus, besteht weiter die Frage, wer es finanziert? Angesichts der Debatten über Schuldenbremsen und Haushaltskonsolidierung stellen sich die Bundesländer darauf ein, ab 2014 keine neuen Schulden mehr machen zu dürfen. Und dann stellt sich die Frage: Was sind wichtige Aufgaben und was sind freiwillige Aufgaben? Als Land müssen wir stark auf unsere Bündnisse setzen und auf die Akteure und Gruppen, mit denen wir Gesundheitsziele vereinbaren. Wir müssen dafür sorgen, dass Gesundheitsziele auch in den jeweiligen Koalitionsverträgen benannt werden. Der Rotstift ist im Moment das schärfste Instrument und kommt in allen Ländern zur Anwendung. Deshalb verwundert es nicht, wenn die Bundesländer sagen, dass sie die Unterstützung der Krankenkassen brauchen. Hier muss ein Umdenken stattfinden. Wir sind nicht nur als

Gesundheitsressort, sondern als Landesregierung verpflichtet, uns zu überlegen, wie wir Perspektiven für jedes Lebensjahrzehnt anbieten können. Ältere Menschen müssen das Gefühl haben, dass sich die Landesregierung nicht nur um Arbeitnehmer, Kinder und Jugendliche kümmert, sondern auch ein Augenmerk auf ihre Bedürfnisse hat. Wir müssen ermitteln, welche speziellen Bedürfnisse es gibt und wie diese befriedigt werden können. Wir müssen versuchen, dass die Ressorts, aber auch die verschiedenen Institutionen besser zueinander finden. Wir müssen gemeinsame Problemdefinitionen vornehmen und uns in Bündnissen zusammensetzen, um Lösungen zu finden, die auch finanzierbar sind. Denn es stellt sich leider auch oft die Frage, was wir mit wenig Geld tatsächlich umsetzen können?

Thomas Altgeld

Herr Rühmkorf, herzlichen Dank. Ich habe Wortmeldungen im Publikum gesehen und würde diese Teilnehmer und Teilnehmerinnen gern an das Mikrofon bitten.

Wortmeldung

Wir haben sehr optimistische Darstellungen über die Gesundheit älterer Menschen gehört. Schauen wir aber auf die junge Generation, wo immer häufiger von Krankheitserscheinungen wie Diabetes oder von motorischen Schwierigkeiten zu hören ist. Wenn wir bedenken, dass das einmal die Alten von morgen sind, stellt sich die Frage, ob die rein statistischen Vorhersagen über den Gesundheitszustand der kommenden Altersgeneration nicht ein bisschen zu optimistisch sind?

Thomas Altgeld

Frau Professor Pott, Sie können bestimmt auf diese Frage eingehen. Als Direktorin der BZgA sind sie schon lange mit dem Verstärken von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen im Jugendalter befasst. Vielleicht können Sie einen kurzen Ausflug in diesen Bereich machen und eine Antwort auf die Frage aus dem Publikum geben.

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Es gibt durchaus eine kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen, bei denen sich gesundheitliche Probleme häufen. Wenn wir für diese Gruppe entsprechende Angebote schaffen, können wir auch deren Gesundheit verbessern. Deshalb finde ich auch den Ansatz richtig, Ältere nicht als isolierte Gruppe zu betrachten, sondern sich mit der Frage auseinander zu setzen: Was können wir für Ältere und für die Jüngeren tun? Denn Ältere leiden oft an den gleichen Dingen wie jüngere Menschen: Mangel an Zuwendung und Anerkennung, Mangel an Anleitung oder Einsamkeit, was die gesundheitlichen Probleme verschärft. Wir müssen klären, mittels welcher Strategien wir hier entgegen wirken können.

Des Weiteren halte ich den Blick auf die Kommunen für notwendig. Es gibt Kommunen, in denen es keine soziale Unterversorgung gibt. Daher ist es interessant zu analysieren, wie diese Kommunen ihre Gelder investieren. Wird dort verstärkt in soziale Einrichtungen für Prävention und Gesundheitsförderung investiert, um Menschen die Chance zu geben, gesund und aktiv zu bleiben und somit Hilfebedürftigkeit zu vermeiden und den Kommunaletat zu entlasten?

Thomas Altgeld

Herzlichen Dank, Frau Professor Pott. Herr Hackler, das ist eine ideale Frage an Sie. Sie haben 150 Kommunen ermöglicht, einen Interessenaustausch zu gestalten. Waren die beteiligten Senioren und Seniorinnen immer fordernd? Welche intergenerativen Ausgleichsmöglichkeiten gibt es überhaupt?

Dieter Hackler

Wie man sich vorstellen kann, gab es eine ganze Bandbreite an Ideen. Ein Beispiel ist: Wie kann ein Schwimmbad erhalten werden? Eine Möglichkeit ist es, das Schwimmbad in Trägerschaft eines Vereines zu überführen und Ehrenamtliche einzubinden, die sich darum kümmern. Das entlastet nicht nur den kommunalen Haushalt, sondern führt dazu, dass ein Angebot erhalten bleibt und die Gesundheit fördert. Aber die eigentliche Frage war, wie wir Einkäufe organisieren oder wie wir Arztbesuche koordinieren können. Ein Beispiel aus dem Oberbergischem Kreis soll dieses verdeutlichen: Hier gibt es 13 Kommunen mit ehrenamtlichen Dienstleistungen und sogenannten Standortlotsen. Ehrenamtlich Tätige arbeiten in Sparkassen oder Volksbanken, oder sie sind Ansprechpartner für Informationen und neue Ideen. Zahlreiche Initiativen sind so in Gang gesetzt worden.

Die Frage der Finanzierung ist natürlich ein schwieriger Punkt. Was macht eine Kommune? Wie groß ist die Schuldenlast und aufgrund welcher Ursachen? Wo setzt sie ihre Prioritäten, wo wird investiert, wo werden Investitionen verhindert oder verschoben? Und wenn investiert werden muss, ist die spannende Frage: Wer bezahlt es? Deshalb brauchen wir die Älteren vor allem auch deshalb, damit wir mit ihnen gemeinsam kommunale Strukturen gestalten können.

Thomas Altgeld

Herzlichen Dank, Herr Hackler. Wir haben bisher einen sehr breiten Begriff von „Gesund und aktiv älter werden“ gehört. Herr Bellwinkel, Sie haben den BKK Gesundheitsreport 2010 mit dem Schwerpunkt „Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft“ vor sich liegen. Was sagt dieser Bericht dazu? Welche Bedürfnislagen sind vorhanden? Wo sehen sie aus Sicht des Vertreters der Krankenkasse Optimierungsbedarfe im Bereich der gesundheitlichen Versorgung?

Michael Bellwinkel

Im neuen Gesundheitsreport gibt es deutliche Tendenzen. Die Erkrankungen infolge psychischer Belastungen nehmen zu. Das sehen wir in der Arbeitswelt, teilweise schon bei Kindern und eben auch bei Älteren. Die Frage ist natürlich, was kann man daraus ableiten und was kann man vor allem präventiv tun? Zunächst muss man sagen, dass die Krankenkassen aufgrund finanzieller Rahmenbedingungen häufig eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten haben. Deswegen suchen wir nach Ansätzen mit einem vertretbaren Aufwand. In Essen haben wir zehn Wohnungsträger angesprochen und gefragt, ob sie Interesse haben mit uns gemeinsam Gesundheitsförderung zu machen? Alle haben ja gesagt, was wir so nicht erwartet haben. Hier können wir also mit begrenztem Aufwand auf ältere Menschen zugehen und gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Wohnungsträger entsprechende Angebote an die älteren Menschen herantragen. Aus Sicht der Krankenkassen ist es wichtig, nicht zu warten bis die Leute zu uns kommen, sondern Angebote zu entwickeln, die wir zu den Leuten bringen. Diesen Ansatz halte ich für sehr geeignet.

Thomas Altgeld

Es gibt zwei Wortmeldungen im Publikum. Ich bitte um Ihre Fragen.

Wortmeldung

Herr Hackler, Sie haben gesagt, dass das entscheidende Handlungsfeld für Gesundheitsförderung und Aktivitätsförderung im Alter die Kommune oder der Stadtteil, das Wohnquartier oder der Kiez sind. Dem kann man ausdrücklich zustimmen. Nun ist aber der demografische Wandel ein recht abstraktes Phänomen. Die Vertreterinnen und Vertreter aus den Kommunen haben demografischen Wandel sicherlich in ihrem Wortschatz aufgenommen, aber was dahintersteckt, nämlich Überalterung, Unterjüngung und vor allem auch Schrumpfung, das scheint noch nicht überall angekommen zu sein. Zum einen steht das ein Stück weit in Widerspruch zur Wachstumsphilosophie, die wir in den letzten Jahrzehnten in Deutschland vermittelt bekommen haben. Da ist Schrumpfung ja etwas völlig Neues. Außerdem ist der demografische Wandel ein schleicher Prozess. Man sieht nicht sofort, was daraus erwächst. Deswegen ist meine Frage, die ich auch an Herrn Rühmkorf stellen möchte: Was tun Sie oder was halten Sie für notwendig, die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalpolitik/Kommunalverwaltung noch stärker für das Thema zu sensibilisieren und vielleicht auch zu qualifizieren, so dass entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden können?

Dieter Hackler

Sie haben natürlich Recht. Der demografische Wandel vollzieht sich schleicher, aber er vollzieht sich in ganz bestimmten Regionen sehr

deutlich. Wir haben Regionen, in denen mit großer Wahrscheinlichkeit überwiegend über 60-jährige Menschen leben werden. Auf der anderen Seite wissen wir natürlich nicht, was alles passieren kann. Je attraktiver eine Wohnregion ist, umso eher ist man bereit, auch in eine solche Region zu ziehen. Dabei stellt sich häufig die Frage, welche Angebote es vor Ort gibt. Für ältere Menschen ist dies insbesondere auch die Frage nach der medizinischen Versorgung, die gewährleistet und gesichert sein muss. Hier gibt es große Unterschiede in den Regionen. Deswegen sage ich ganz bewusst: Es darf nicht allein von oben nach unten entschieden werden, sondern es muss auch von unten nach oben entschieden und entwickelt werden, welche Programme für eine Region gut geeignet sind. Wir müssen sehr genau überlegen: Was tun wir? Was wollen wir? Welche Zielvorstellungen haben wir? Genau diesen Diskurs brauchen wir auf kommunaler Ebene.

Dr. Daniel Rühmkorf

Wir sind darauf angewiesen, dass eine Zusammenarbeit der Menschen vor Ort stattfindet. Brandenburg ist ein großes Land. Besonders in der Uckermark haben wir eine hohe Fluktuation der Menschen in größere Städte zu verzeichnen. Wir nehmen an, dass etwa 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung aus berlinfernen Regionen in größere Städte abgewandert sind. Diese Entwicklung führt zu der Frage, für wen setzen wir uns ein? Setzen wir uns für die (älteren) Menschen ein, die noch dort wohnen? Oder setzen wir uns dafür ein, Menschen zu finden, die in diese Orte ziehen? In den Regionen, in denen es bereits heute eine große Abwanderung gibt, muss dafür gesorgt werden, dass eine soziale Infrastruktur erhalten bleibt oder neu geschaffen wird. Wenn es in der Region kein Krankenhaus mehr gibt, stehen auch weniger Ärzte zur Verfügung. Wenn es keine Schulen oder Kindergärten gibt, dann findet man auch keine junge Arztfamilie, die sich in diesen Regionen niederlässt. Fehlen Schwimmbäder, Bibliotheken, Kinos oder Theater, ist das wiederum ein Standortnachteil, der schwer auszugleichen ist. Hier können wir als Landesregierung fördern und unterstützen. Aber auch die Kommunen sind gefordert und es gibt in Brandenburg viele gute Praxisbeispiele kommunaler Arbeit. Seien es die Gemeindefrauen oder die Betreuung von Familien durch ältere Menschen und vieles andere.

Als Botschafter des Landes Brandenburg kann ich ihnen bestätigen, dass es durchaus Regionen gibt, in denen Menschen die Dinge in die Hand nehmen und aktiv werden.

Thomas Altgeld

Vielen Dank Herr Rühmkorf. Ich sehe zwei Wortmeldungen aus dem Publikum. Danach müssen wir direkt in die Abschlussrunde der Podiumsdiskussion einsteigen.



Wortmeldung

Ich möchte darauf hinweisen, dass wir uns auf der Satellitenveranstaltung des 16. Kongresses „Armut und Gesundheit“ befinden. Hier wird aber hauptsächlich davon gesprochen, dass es in den Kommunen der Entwicklung neuer Strukturen und Foren bedarf. Dabei müssen wir leider feststellen, dass es Kommunen gibt, die in ihren Stadtteilen sehr große soziale Problemlagen haben. Ich frage mich daher, wie es sein kann, dass ein Programm wie „Soziale Stadt“ im nächsten Jahr eine massive Kürzung der nichtinvestiven Mittel erfahren muss, zu denen auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehören. Hinzu kommt: Wenn wir im föderalen System ein Denken von oben nach unten haben, laste ich die Probleme den Kommunen auf. Selbstverständlich sind die Kommunen auch selber gefordert. Aber wir wissen auch, dass Kommunen, die unter solchen Bedingungen leiden und einen großen Entwicklungsbedarf haben, Programme wie die „Soziale Stadt“ benötigen. Wenn diese Programme heruntergefahren oder eingestellt werden, kann ich mir kaum vorstellen, wie zukünftig Gesundheitsförderung auch für die Zielgruppe der sozial benachteiligten älteren Menschen gestaltet werden soll.

Thomas Altgeld

Vielen Dank. Bitte die nächste Wortmeldung.

Wortmeldung

Herr Hackler, Sie haben darauf aufmerksam gemacht, dass die 60- bis 80-jährigen und womöglich noch Älteren innovationsfreudiger sind als zum Beispiel 40-jährige. Wir wissen aus allen bisherigen Kongressen Armut und Gesundheit, dass die Teilhabe am sozialen Leben zum Beispiel durch ehrenamtliche Tätigkeiten für ältere Menschen ein Jungbrunnen sein kann. Gleichzeitig sind wir auch immer mehr auf die ehrenamtliche Arbeit angewiesen. Auf der anderen Seite sind immer mehr ältere Menschen von der Grundsicherung abhängig. Wir haben immer mehr Menschen mit unterbrochenen Erwerbsbiografien. In den nächsten Jahren haben wir folglich eine Rentnergeneration zu erwarten, die in weitaus größerem Maße als heu-

te von der Grundsicherung leben wird. Ich behaupte und sehe es auch in der Praxis, dass die Grundsicherung nicht auskömmlich ist. So werden 60-jährige Menschen zukünftig nicht den Kopf frei haben, sondern müssen sehen, wo sie einen Zuverdienst bekommen, damit sie überhaupt leben können. Damit ist erstens der Kopf nicht frei und zweitens ist die Möglichkeit, in ehrenamtliche Tätigkeit Kraft und Innovationsfähigkeit zu investieren, erheblich eingeschränkt. Das macht mir große Sorgen und ich möchte von Ihnen gern wissen, was sie zu dieser Entwicklung sagen.

Thomas Altgeld

Herzlichen Dank für Ihre Anmerkung. Ich hatte vor, die Abschlussrunde anders zu gestalten. Doch aufgrund der politisch gestellten Fragen aus dem Zuhörerkreis möchte ich das Podium bitten, auf diese Fragen einzugehen. Wir haben in der bisherigen Diskussion festgestellt, dass beachtet werden muss, welche Zielgruppen angesprochen werden sollen, welche Altersbilder es gibt und welche Bedarfe die Zielgruppen haben. Wir haben auch gehört, dass wir neue Partner, ob auf kommunaler Ebene oder in Form der Wohnungsbaugesellschaften, brauchen. Wir haben auch diskutiert, dass es eine Frage der persönlichen Haltung ist, wie wir dem Gegenüber begegnen. Sind wir Zuschauer oder aktiver Gestalter des Prozesses? Und wie kann man Prozesse von unten nach oben organisieren? Das sind viele Fragestellungen, die in dieser Diskussion aufgeworfen wurden. Ich möchte das Podium bitten, auf Fragestellungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kurz zu antworten.

Dieter Hackler

Auf der einen Seite müssen wir bei älteren Menschen in den Jahren 2003 bis 2009 eine deutliche Steigerung des Grundsicherungsbedarfes verzeichnen. Auf der anderen Seite ist der Grundsicherungsbedarf heute auf etwa 2,4 Prozent gesunken. Aus meiner Sicht müssen wir in diesem Zusammenhang darüber diskutieren, wie wir sicherstellen können, dass ältere Menschen auch zukünftig eine auskömmliche Lebensphase des Alters haben.

Dr. Monika Köster

Wir haben heute sehr viel über Herausforderungen und Probleme gesprochen. Wir konnten aber auch feststellen, dass es Gestaltungsspielräume gibt. Diese gilt es zu nutzen. Hierbei sind zielgerichtete Kooperationen und Netzwerkarbeit von besonderer Bedeutung. Zu beleuchten sind die Lebenssituationen, Interessen und Bedarfe der Zielgruppe, wir müssen weg von vorherrschenden negativen Altersbildern, ein realistischer Blick ist gefordert, vor allem auch auf regionale Unterschiede.

Michael Bellwinkel

In unserem Gesundheitsbericht 2010 wird deutlich, dass psychische Erkrankungen insbesondere infolge der Entwicklung der Niedriglöhne zunehmen. Ebensolche Tendenzen zeigt die Gruppe der Arbeitslosen auf. Hier lie-

gen die psychischen Erkrankungen um ein Vielfaches über dem Durchschnitt. Darüber hinaus bedeuten Niedriglöhne auch niedrige Beiträge für die sozialen Versicherungssysteme. Hieraus stellt sich wiederum die Frage nach Zusatzbeiträgen oder die Erhöhung der Beiträge durch die Krankenkassen.

Dr. Daniel Rühmkorf

Eine unterbrochene Erwerbsbiografie wirkt sich natürlich auch im Alter aus und das wirkt sich wiederum auch auf die Kommunen aus. Das hat dann zur Folge, dass kein Geld für zusätzliche Programme und Projekte vorhanden ist. Deshalb müssen Bemühungen angestrebt werden, Personen wieder in das Erwerbsleben einzugliedern. Dazu gehört auch die entsprechende Entlohnung. In den Ausführungen von Herrn Bellwinkel wird deutlich, dass insbesondere

sozial benachteiligte Menschen häufiger erkranken, egal ob jung oder alt. Daher brauchen wir insbesondere Ansätze, um Personen wieder aus der Arbeitslosigkeit heraus zu führen. Erst dann können wir sagen, dass es ihnen auch im Alter besser gehen kann.

Thomas Altgeld

Herzlichen Dank an das Podium und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Ich möchte hiermit die Abschlusspodiumsdiskussion schließen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich freue mich, Sie gleich im Anschluss bei der Preisverleihung des BKK Bundesverbandes und des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ für vorbildliche Gesundheitsförderung begrüßen zu dürfen.

Preisverleihung

des BKK Bundesverbandes und des Kooperationsverbundes
„Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung
BZgA

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de



Preisträger:

ETC e.V. Mehrgenerationenhaus
„Unter den Arkaden“, München



Projektbeschreibung

Gründe zur Entwicklung des Angebotes:

Das soziale Umfeld des Mehrgenerationenhauses (MGH) besteht aus sehr unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen: 34,5 Prozent der Bewohner haben einen Migrationshintergrund, die Interventionsdichte durch die BSA (Bezirkssozialarbeit) ist mit 69 Prozent überdurchschnittlich hoch (Gesamtstadt 37 Prozent), der Wohngeldbezug liegt bei 12 Prozent (Gesamtstadt 7 Prozent). Die zeigt überdeutlich den Bedarf auf langfristige Betreuung. Diese Bevölkerungsgruppen, die besonders von Armut betroffen sind (seit Jahren zählt der Stadtteil zu den ärmsten in ganz München – siehe Armutsbericht der LHS München), zeigen ein signifikant erhöhtes Erkrankungsrisiko. Konkrete Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und Krankheit konnten zum Beispiel für das Auftreten von koronaren Herzkrankheiten,



Hintergrund:

Im Jahr 2050 wird jeder dritte Deutsche 60 Jahre oder älter sein, wie aus Berechnungen des statistischen Bundesamtes hervorgeht. Eine steigende Lebenserwartung wirft die Frage auf, wie die Lebensjahre im Alter gesund gestaltet werden können. Denn für viele ältere Menschen gehören zunehmende körperliche Einschränkungen oder auch Pflegebedürftigkeit zu dieser Lebensphase dazu.

Zukunftstaugliche Wohn- und Lebensformen für ältere Menschen sind hier gefragt. Denn ein seniorengerechtes Wohnumfeld ermöglicht es, trotz körperlicher oder psychischer Einschränkungen so selbstbestimmt und aktiv wie möglich das Leben zu gestalten. Hierzu tragen neben der Wohnraumgestaltung gut vernetzte Versorgungsangebote sowie ein attraktives und barrierefreies Wohnumfeld bei.

Der BKK Bundesverband präsentierte erfolgreiche Angebote, die sich für bedarfsgerechtes Wohnen im Alter engagieren. So ist der BKK

Preis Vorbildliche Praxis 2010 deshalb im Jahr 2010 zum Thema „Gesund alt werden: Selbstbestimmt wohnen und aktiv bleiben“ ausgeschrieben und wurde im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten durchgeführt.

Grundlage für die Auswahl waren die Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Mehr über die Good Practice-Kriterien erfahren Sie unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:good-practice

Die Prämierung der Projekte fand auf der Abschlussveranstaltung der Satellitentagung „Gesund und aktiv älter werden“ am 2. Dezember 2010 am Vortag des 16. Kongress Armut und Gesundheit statt. Drei Gewinner erhielten jeweils ein Preisgeld in Höhe von 1.000 Euro.

Im Folgenden stellen die Preisträger Ihre prämierten Projekte vor.



Schlaganfall, Krebs- und Lebererkrankungen festgestellt werden. Das oftmals anzutreffende niedrige Einkommensniveau verhindert häufig die Teilnahme an Bildungs-, Kultur- und Qualifizierungsangeboten. Die finanzielle Lage führt zur sozialen Abgrenzung. Die Sanierung der Siedlung (Abriss der alten Häuser und Neubau) ist aufgrund der befürchteten noch größeren wirtschaftlichen Not durch Mietsteigerung sehr belastend. Zahlen und Daten belegen der Armutsbericht der Stadt München und die Regionalen Sozialberichte der Stadt München (2009).

Das MGH fördert soziale Kontakte und ermöglicht den Besucher/innen aller Altersstufen, ein

soziales Netz aufzubauen. Vielfältige Begegnungsmöglichkeiten und die aktive Teilhabe an der Angebotsgestaltung wirken der Isolation in der Großstadt entgegen. Die dadurch erzielte Stärkung der psychosozialen Faktoren und die gesellschaftliche Einbindung wirken sich positiv auf das gesundheitliche Wohlbefinden aus, Probleme werden besser bewältigt. Das Projekt bietet gesundheitsfördernde Angebote wie einen „gesunden“ Mittagstisch, Ernährungsvorträge, zertifizierte Kochkurse (Kooperation mit dem Ernährungsinstitut Kinderleicht), logopädische Betreuung, Bewegungsangebote wie Yoga, Tai Chi, sozialpädagogische Beratung sowie die Unterstützung beim Aufsuchen von Ärzten.

Charakterisierung des Stadtteils/

Sozialraums:

- Sozialer Brennpunkt
- Armutsgebiet

Beschreibung der Zielgruppe:

Das MGH richtet sich mit seinen Angeboten an alle Bewohner/innen des Stadtbezirks: Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Frauen und Senior/innen unterschiedlichster Herkunft. Es ist ein Haus, in dem sich die vorhandene Vielfalt des Quartiers widerspiegelt. Das interkulturell ausgerichtete MGH gibt jedem die Chance, Kontakte zu knüpfen, ein Nachbarschaftsnetz aufzubauen und sich selbst einzubringen.

Zielsetzung des Angebotes:

Hauptziele des Projektes sind u.a.:

- wohnortnahe Angebote (z.B. der gesunde Mittagstisch, zertifizierte Kochkurse, Kino für Senioren, Medienclub, Waschcafé, ehrenamtliches Engagement, Lebensmittelverteilung/Münchner Tafel, etc.)
- die Hinführung zu Selbsthilfe und Selbstorganisation (z.B. Gründung von Selbsthilfegruppen, Organisationen von Kursen und Angeboten)
- die Aktivierung eines selbst tragenden Nachbarschaftsnetzes mit bürgerlichem Engagement durch vorhandene und neue Strukturen im Stadtteil (Einkaufshilfen ebenso wie die Einbindung der Senioren mit ihren Ressourcen z.B. bei der Unterstützung von Schülerinnen und Schülern)
- die Beratung und Unterstützung bei Alltagsproblemen (auch Formular- und Antragshilfe)
- die Stärkung der gegenseitigen Akzeptanz (Alt und Jung)
- die Nutzung der Ressourcen und Kompetenzen von Senior/innen
- die Bildung und Qualifizierung (z.B. Englisch- und PC-Kurse für Senioren)
- die Einbindung beeinträchtigter Menschen
- die Schaffung von Beschäftigungsangeboten
- die Vernetzung bereits bestehender Angebote
- Umsetzung des Angebotes:

Dank der Unterstützung der Siemens Betriebskrankenkasse SBK konnten wir einen Waschkeller zu unserem „Waschcafé“ umbauen (Industriewaschmaschine, Trockner, Bügelmaschine...) Da in unserem Stadtteil viele Seniorinnen und Senioren keine eigene Waschmaschine besitzen (in den alten Häusern gibt es Waschkeller, das Trocknen der Wäsche ist im Speicher möglich, es gibt keine Fahrstühle!), nehmen besonders ältere Menschen das Angebot gerne an, zum Selbstkostenpreis Wäsche waschen zu lassen. Es gibt auch keine Wäscherei in der Nähe. Das Waschcafé ist einer der Bausteine, möglichst lange im Alter selbstständig wohnen zu können. Während der Waschzeit trifft man sich, kann Kaffee trinken, lesen oder im Internet surfen. Mittlerweile haben wir durch den Umbau einer Garage in ein öffentliches Wohnzimmer einen weiteren erdgeschossigen Raum dazugewinnen können. Angebote wie die Märchenstunde (Senioren/Hochbetagte lesen Märchen für Kleinkinder), das wöchentliche Seniorenfrühstück, der Spielenachmittag, Tai Chi (ältester Teilnehmer 74 Jahre alt) und Yoga können dort stattfinden. Regelmäßig finden zweisprachige Vorträge zu Gesundheitsthemen statt (Gesunde Ernährung, Wann man einen Arzt aufsuchen sollte, Hausmittel, Ernährung und Bewegung etc.) Wir haben eine logopädische Praxis im Haus, mit der wir sehr eng zusammenarbeiten (Beratung, Weitervermittlung – z.B. Schlaganfallpatienten besuchen den Mittagstisch und unseren Spielenachmittag).

Beteiligung der Zielgruppe an Planung und Umsetzung des Angebotes:

Monatliche Planungstreffen, Einbeziehung von ehrenamtlichen Männern und Frauen (besonders bei den Lernpatenschaften haben wir viele Seniorinnen und Senioren, die bereits verrentet sind).

Förderung der Stärken und Fähigkeiten bei der Zielgruppe:

Durch haushaltsnahe Dienstleistungen versuchen wir den Alltag älterer Menschen zu erleichtern und zu unterstützen. Sehr niedrig-



schwelliger Zugang durch offene Angebote. Durch persönliches Engagement erfahren Seniorinnen und Senioren, dass sie gebraucht werden, z.B. bei den Lernpatenschaften. Häuslicher Isolation wird entgegengewirkt, Nachbarschaftshilfe gestärkt und weitere Hilfen werden den Besucher/innen zugänglicher gemacht.

Persönliche Kompetenzen werden aufgenommen und genutzt.

Einbindung von Kooperationspartnern/innen:

Logopädische Praxis, Krankenkassen z.B. SBK, die benachbarte Arztpraxis, alle relevanten Beratungsstellen (Sozialbürgerhaus, IN VIA, H-Team, Gerontopsychiatrischer Dienst Mün-



chen-Nord u.a.), ASZ Schleißheimer Str., die örtliche Kirchengemeinden und die städtischen Freiwilligendienste.

In den meisten Fällen besteht die Zusammenarbeit im Abrufen von Fachkräften für Veranstaltungen oder auch in Einzelfällen (Beratung). Die SBK hat uns mit 15.000 Euro auch finanziell unterstützt und damit den Ausbau des Waschcafés ermöglicht. Die GWG Gemeinnützige Wohnstätten- und Siedlungsgesellschaft mbH unterstützte unsere Arbeit mit der Schaffung eines barrierefreien Zugangs im Rahmen von Sanierungsarbeiten. Die Kooperation mit den Freiwilligendiensten (Tatendrang, FöBE, Freiwilligenzentrum München-Nord) dient der schnellen Vermittlung von ehrenamtlich Engagierten und auch der wohnortnahen Einsatzmöglichkeit.

Abschlussbemerkungen der

Projektkoordination:

Mehrgenerationenhäuser unterstützen Menschen bei der Gestaltung neuer Lebensabschnitte, beispielsweise im Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand. Sie sind Zentren, die sehr niedrigschwellig arbeiten und mit ihren Angeboten auch Menschen erreichen, die sonst eher schwer oder gar nicht erreicht werden könnten. Das MGH „Unter den Arkaden“ zeichnet sich besonders dadurch aus, dass sowohl Bildungsangebote als auch offene Kontaktmöglichkeiten bestehen und dass das Haus eine große Projektvielfalt mit vielen Beteiligungsmöglichkeiten für Menschen aller Generationen und Kulturen aufweist.

Miteinander Wohnen e.V. „Aktiv Altern im Kiez Friedrichsfelde-Süd“, Berlin

Projektbeschreibung

Am 16. September 1991 gründete sich der Verein Miteinander Wohnen. Die Vereinsgründerinnen hatten erkannt, dass die im Friedrichsfelder Kiez lebenden älteren Menschen vielfältige Unterstützung benötigten. Gerade in diesem Kiez war der Anteil der 60- bis 65-Jährigen deutlich höher als in der gesamten

Bundeshauptstadt. Zugleich suchten die Mitglieder des Vereins nach Möglichkeiten, etwas gegen die drohende Vereinsamung der Bewohnerinnen und Bewohner des Kiezes im Nordosten Berlins zu tun und dazu beizutragen, dass sie möglichst bis an ihr Lebensende im vertrauten Kiez bleiben können. Grundgedanke des Vereins war von Beginn an, die gesamte „geriatrische Versorgungskette“ anzubieten. Nicht zu warten, bis Senioren hilfsbe-



dürftig sind, sondern präventiv durch Bewegung für Kopf, Körper und Kontakte dafür zu sorgen, dass sie lange „fit“ bleiben. Diesem Grundgedanken ist der Verein in den fast 20 Jahren seines Bestehens stets treu geblieben und versucht auch unter veränderten Bedingungen weiterhin „Den Jahren Leben zu geben“.

Im April 1992 begann der Verein mit einer Bedarfsermittlung seine Arbeit. Erste Veranstaltungen und soziale Beratung für aktive und zu aktivierende ältere Menschen wurden angeboten. Hilfebedürftige wurden in ihren Wohnungen aufgesucht, ihr Bedarf ermittelt und begleitet. Seitdem hat sich die Angebotspalette des Vereins vervielfältigt. Aber ausgerichtet ist sie nach wie vor darauf, dass sich die älteren und hochbetagten Kiezbewohner ihrer Ressourcen bewusst werden und diese nutzen, um die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten, selbstbestimmt zu leben bzw. eintretende Gesundheitsstörungen zu vermeiden oder zu bewältigen.

1994 begann der Aufbau des ehrenamtlichen Besuchsdienstes, der bis heute eine wichtige Säule der offenen Altenarbeit des Vereins ist. Immer mehr prägten die einsetzende demografische Entwicklung und ein beginnender Bedeutungswandel der Lebensphase Alter die offene Altenarbeit des Vereins. Das schloss die Suche nach Alternativen zu herkömmlichen Wohnformen für das Alter wie das Betreute Wohnen und das Pflegeheim ein. Viele Beispiele für neue Wohn- und Betreuungsmodelle waren im Deutschland der 1990er Jahre nicht zu finden. Im Jahr 2003 entwickelte der Verein erstmalig ein Konzept zum „Begleiteten Wohnen im Kiez“. Dieses Konzept wird seitdem praktisch umgesetzt im Vereinsprojekt „Begleitetes Wohnen in eingestreuten Seniorenwohnungen“ und ist neben den vielen Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention ein inhaltlicher Schwerpunkt der Vereinsarbeit. Die vielfältigen Betreuungs-, Beratungs-, Kommunikations- und

Dienstleistungsangebote der offenen Altenarbeit des Vereins erweisen sich als geeignete Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Hilfe zur Selbsthilfe bis ins hohe Alter, um Pflegebedarf zu vermindern. Mehr als 90 Prozent der von uns Betreuten konnten bis zum letzten Tag ihres Lebens in ihrer Wohnung bleiben.

Das Vereinsprojekt „Aktiv altern im Kiez Friedrichsfelde-Süd“ ist eine Bündelung und Vernetzung von aktivierenden, kommunikationsfördernden und generationsübergreifenden Angeboten. Das sind:

- insgesamt elf Seniorensportgruppen mit ca. 160 Teilnehmer/innen, die einmal wöchentlich unter Leitung lizenzierter Sportlehrer/innen üben
- ein wöchentlich stattfindender Senioren-Tanzzirkel „Fröhlicher Kreis“ unter Anleitung einer Tanzpädagogin
- ein 14-tägiges Seniorenbowling
- Fachvorträge z.B. über gesunde Ernährung oder Krankheitsbilder im Alter
- monatliche Veranstaltungen wie Venengymnastik, Beckenbodengymnastik Sitztänze, Finger- und Handgymnastik oder Sturzprophylaxe
- monatliches Gedächtnistraining, Quizspiele und Entspannungsübungen
- wöchentliche Spielenachmittage für Brett-, Gedulds- und Kartenspiele
- Tanztees, Jahreszeitenfeste, Singe- und Musiknachmittage, tägliche Kaffeestunden
- ein monatliches Seniorenfrühstück und literarisch-kulinarische Begegnungen im Salon
- Seniorensparziergänge in Kombination mit Minibusfahrten, Spaziergänge in die nahegelegene Umgebung des Kiezes
- Minibusfahrten in die umliegenden Thermen nach Bad Saarow, Belzig, Templin oder Ludwigsfelde
- eine jährliche Gesundheits- und Wohlfühlwoche in Templin
- monatliche Spiele-, Film- und Märchenzählstunden für Kita- und Schulkinder
- je einmal im Jahr treffen sich Seniorinnen und Senioren mit Kita-Kindern zum Tierparkspaziergang bzw. Herbstspaziergang durch die Kleingartenanlage „Märkische Aue“
- der Verein als Initiator und Mitorganisator stadtteilweiter „Friedrichsfelder Gesund-

heitstage“ (in diesem Jahr bereits zum 9. Mal) mit vielen Partnern und Veranstaltungen zu Themen wie Gesundheit, Bewegung, Ernährung und Umwelt. Ziel des Projektes ist es auch die Mobilität, das individuelle Wohlbefinden sowie die sozialen Kontakte der Seniorinnen und Senioren zu stärken.

Zurzeit hat der Verein mehr als 300 Mitglieder, wovon die Mehrheit über 70 Jahre ist. Nahezu 80 von ihnen engagieren sich im Ehrenamt und helfen mit, das nachbarschaftliche Hilfenetz im Wohnumfeld enger zu knüpfen. Die Angebote stehen nicht nur Vereinsmitgliedern zur Verfügung, sondern allen Bewohnern von Friedrichsfelde. Zudem findet eine enge Vernetzung mit regionalen Kooperationspartnern statt.

Förderwerk Bremerhaven „Denk-Sport-Spiel-Parcours“ Bremen

Informationen zum Angebot:

Generationenübergreifende Planung mit Bewohner/innen soll konsequent mit generationengerechter Stadtteilentwicklung verknüpft werden, um eine bewegungs- und gesundheitsfördernde (Um-) Gestaltung von Freiräumen zu schaffen: Oma plant mit Enkel in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld. Mit älteren Langzeitarbeitslosen wird die Planung umgesetzt zur Schaffung eines Denk-Sport-Spiel-Parcours.

Charakterisierung des Stadtteils/ Sozialraums:

Der Denk-Sport-Spiel-Parcours befindet sich im Soziale Stadt-Gebiet Bremerhaven Wulsdorf-Ringstraße. Das Quartier – seit 1999 in der Programmförderung – ist das Einzige in der Seestadt Bremerhaven.

Beschreibung der Zielgruppe:

Alt und Jung, Paula und Güven, Menschen ohne Arbeit und Menschen mit viel Freizeit in einem sozial benachteiligten Stadtquartier

Handlungsfelder:

- Bewegungs- und gesundheitsfördernde, generationsübergreifende Freiraumgestaltung im Wohnumfeld
- qualifizierende Beschäftigung für Menschen ohne Arbeit
- Bewohnerbeteiligung
- Begegnung der Generationen und Kulturen

Zielsetzung des Angebotes:

Wir wollen: Generationen zusammen bringen, unterschiedliche kulturelle Kompetenzen nutzen, Bürgerbeteiligung in Politik und Verwaltung besser verankern, Bewegungs- und Begegnungsräume im Stadtteil für und mit älter werdenden Bewohner/innen verbessern.

Umsetzung des Angebotes:

Aufbau einer Steuerungsgruppe (Multiplikator/innen) – Ansprache der Quartiersöffentlichkeit (Presse, Flyer, Plakate, Logo-Entwicklung) – Durchführung von Exkursionen mit Bewohner/innen, Workshops, „Test-Feste“ zur Erprobung der Gestaltungskonzepte, Einweihung der Stationen und Planung weiterer Aktionen.

- Beteiligung der Zielgruppe an Planung und Umsetzung des Angebotes:
- Nutzung der Netzwerke der beteiligten Kooperationspartner/innen
- Ansprache der Älteren für Planungstreffen in deren Wohnungsnähe und vor Ort
- Nutzung der sozialen Kompetenzen und Lebenserfahrung von Älteren
- Mutmachen zum Mitplanen, Mitgestalten, Mitmachen
- Förderung der Stärken und Fähigkeiten bei der Zielgruppe:

Entscheidend ist die Orientierung an den individuellen Ressourcen der Älteren. Genauso wie kinderfreundliche Konzepte in der Stadtentwicklung Indikator für menschenfreundliche Stadtgestaltung beinhalten, nutzen wir angesichts des demographischen Wandels in unserer Gesellschaft die Ausrichtung von Entwicklungskonzepten an den Anforderungen von Älteren an das Lebensumfeld quasi als zweiten Maßstab für eine menschenfreundlichere Stadt.

Einbindung von KooperationspartnerInnen:

Stadtteilkonferenz – Kulturladen – AWO – ARGE Job-Center-Bremerhaven – Sozialamt – Stadtteiltreff – Wohnungsgesellschaft – Stadtplanungsamt – Gartenbauamt – Kirche – Paritätischer Wohlfahrtsverband – VHS
Regelmäßige Treffen in der Steuerungsgruppe, gemeinsame Vorbereitung der Workshops, Exkursionen und Aktionen im Stadtteil, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.

Abschlussbemerkungen der Projektkoordination:

Generationenübergreifende Projekte machen Spaß. Sie sind interessant und bringen Alt und Jung zusammen. Senioren brauchen ihren Raum und nutzen diesen gerne mit den jüngeren Mitbewohner/innen. Denk-Sport-Spiel-Plätze an vielen Orten in der Stadt, verknüpft durch attraktive Wege, sind unser Ziel.

Kurzbeschreibung:

Förderwerk Bremerhaven initiiert seit 1989 sozialräumlich geprägte Projekte in Bremerhaven zur Qualifizierung und Beschäftigung von langzeitarbeitslosen Menschen. Mit dem Beschäftigungsfeld „Bewegung in der Stadt – gegen

Arbeitslosigkeit“ setzt Förderwerk nachhaltige Akzente: mit dem Projekt „Denk-Sport-Spiel-Parcours“ und den Projekten „Minigolf der Anderen Art“, „Bespielbare Skulpturen“, „Bewegungsbaustellen“ oder „FahrRat“ und das Projekt „Laufend Gesund“ für Betriebsangehörige (Projektinformationen unter: www.foerderwerk-bremerhaven.de).

Im Jahr 2008 beantragte Förderwerk Bremerhaven erfolgreich das Modellvorhaben „Denk-Sport-Spiel-Parcours“ im Rahmen des Bundesländer-Programms „Soziale Stadt“. Das Projektgebiet liegt im Ortsteil Drebergen im Stadtteil Wulsdorf und grenzt im Süden an Niedersachsen. Entstanden Mitte der 1950er Jahre zur Linderung der Wohnungsnot nach dem Zweiten Weltkrieg, stellt das Wohnquartier Ringstraße einen erheblichen Kontrast zu seiner Umgebung dar, die aus Einfamilien- und Reihenhäusern besteht: Städtebaulich gliedert es sich in dreigeschossige Zeilenbauten in einfacher Bauweise sowie einen ursprünglich bis zu achtgeschossigen Klinkerbaukomplex bestehend aus fünf Gebäudeteilen aus dem Jahr 1967. Kennzeichnend für das Quartier sind die großzügig bemessenen, teilweise aber wenig attraktiv gestalteten Freiflächen. Das Quartier befindet sich weitgehend im Eigentum der städtischen Wohnungsgesellschaft Stäwog.

Im Laufe der Jahre und mit zunehmendem Wohlstand veränderte sich die Zusammensetzung der Bewohner/innen des Quartiers, es fanden Erosionsprozesse statt, das Gebiet wurde zum sozialen Brennpunkt mit einem erheblichen Anteil von Migrant/innen (insbesondere Sinti und Roma). Ende der 1990er Jahre leitete die Wohnungsbaugesellschaft mit Unterstützung von Bundes- und Landesmitteln einen umfangreichen Erneuerungsprozess ein, in dessen Verlauf u.a. die Anzahl der Wohneinheiten deutlich reduziert, die verbleibenden Gebäude saniert, ein Gebäudekomplex für eine soziale Einrichtung hergerichtet und die Freiflächen aufgewertet

Das Projekt „Denk-Sport-Spiel-Parcours – Wulsdorf“ zielt darauf ab, über eine intensive Beteiligung der Bewohner/innen eine bewegungs- und gesundheitsfördernde (Um-) Gestaltung von Freiräumen im „Soziale Stadt“-Gebiet Wulsdorf zu schaffen, die durch Qualifizierung und Beschäftigung von schwer vermittelbaren Arbeitslosen – die vielfach selbst in dem Gebiet leben – umgesetzt werden kann. Getragen wird das Vorhaben von einem Akteurs-Netzwerk aus dem Quartier.

Was ist unter einem Denk-Sport-Spiel-Parcours zu verstehen?

Ein Denk-Sport-Spiel-Parcours besteht aus einer Reihe von bewegungs- und gesundheitsfördernden Stationen, die miteinander über Wegeverbindungen verbunden sind, die in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Bewohner/in-

nen zum Entspannen, Verweilen, Bewegen einladen und deren Nutzung Spaß macht und anregend wirkt. Das können ebenso Gesprächsecken mit Sitzbänken und Naschhecken als auch Plätze mit Spiel- und Fitnessgeräten sein. Das „Denken“ zielt darauf, dass hier nicht nur konsumiert, sondern auch „bildende Aspekte“ Berücksichtigung finden sollen, z.B. durch Denk-, Rätsel- und Geschicklichkeitsspiele und optische Täuschungen.

Hintergrund:

Im Zusammenwirken von arbeitsmarktpolitischen Dienstleistungen und gemeinwesenorientierter Stadtteilarbeit sollen die Benachteiligungen von arbeitslosen Bewohner/innen beseitigt werden und gleichzeitig die Wohnumfeldsituation über ein generationenübergreifendes Gestaltungskonzept sich verbessern. In Zusammenarbeit mit dem Förderwerk Bremerhaven können Quartiersbewohner/innen Qualifizierungsmodule und berufspraktische Erprobungen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Entwicklungskonzept „Denk-Sport-Spiel-Parcours“ angeboten werden. Angestrebt wird die direkte Beteiligung von langzeitarbeitslosen Bewohner/innen in der Planungs- und natürlich auch in der Umsetzungsphase.

Spezifisch und innovativ ist es, eigeninitiierte Projekte so in Stadtteilen mit der Entwicklung und Ausgestaltung von Beschäftigungsfeldern für Arbeitslose zu verbinden. Aufbauend auf den Erfahrungen und Kenntnissen über strukturelle Mängel in dem Quartier werden Projekte initiiert, die nachhaltig behutsame Stadterneuerungsprozesse unterstützen können.

Förderwerk Bremerhaven verfolgt seit längerem den Ansatz, die Beschäftigung und Qualifizierung von Langzeitarbeitslosen mit der Bekämpfung von Defiziten in der sozialen Stadtteilentwicklung zu verknüpfen.

In 2008/2009 hat Förderwerk Bremerhaven aktiv und erfolgreich an dem überregionalen Aktionsbündnis „Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration im Dialog“, gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium im Rahmen der Kampagne „InForm“, mitgewirkt. Daraus hat sich querschnittsorientiert bei Förderwerk einerseits ein an die betriebliche Gesundheitsförderung angelehnte Abteilung entwickelt, welche über besondere Kompetenzen verfügt, um Langzeitarbeitslosen Unterstützung bei der Berücksichtigung von gesundheitsförderlichen alltäglichen Prozessen zu geben. Auf der anderen Seite ist die Schwerpunktsetzung für sozialräumliche Projekte für sozial benachteiligte Zielgruppen erfolgt. Dies bildete auch den konzeptionellen Rahmen für das Projekt „Denk-Sport-Spiel-Parcours“ und prägte generell die Hinwendung zu gesundheitsförderlichen Stadtteilinitiativen in sozialen Brennpunkten unter Einbeziehung von langzeitarbeitslosen Menschen.

Im Rahmen von „Soziale Stadt“ in Wulsdorf konnte über intensive Beteiligung der Bewohner/innen und verknüpft mit Qualifizierung und Beschäftigung von schwerstvermittelbaren Arbeitslosen im Quartier eine bewegungs- und gesundheitsfördernde Freiraumgestaltung umgesetzt werden. Hierzu war vorgesehen, ausgehend von der Wohnsiedlung der Stäwog im Bereich „Am Ringstraße/Thunstraße einen attraktiven neuen Freiraum-Parcours zu entwickeln, welcher sich über die Einbeziehung der Freiflächen von Anderland (Wohnheim für Demenzkranke) bis hin zum Areal des Kulturladen Wulsdorf (Garten ohne Grenzen) ausdehnt. Thematisch sollten mindestens drei bis vier bewegungs- und gesundheitsfördernde Räume gestaltet werden, die miteinander über Wegeverbindungen vernetzt sind. Wichtig ist dabei insbesondere die Einbeziehung von Jung und Alt (generationenübergreifend) im gesamten Projektverlauf. Idealtypisch plant in der Bewohner/innen-Planungsgruppe die Oma mit dem Enkelkind.

Vorgehen:

Mit dem „Denk-Sport-Spiel-Parcours – Über Bewohnerbeteiligung zu einer generationsübergreifenden Freiraumgestaltung“ findet auf spielerische und interaktive Art und Weise eine Annäherung und Begegnung, ein Miteinander der Generationen statt und Gesundheit und deren Förderung wird gemeinsam erfahren. Die Stationen bieten einerseits Anregungen zur Bewegung, andererseits auch Möglichkeiten sich auszutauschen, in Ruhe zu beobachten oder Kommunikation genießen zu können.

Wichtig ist, dass die Stationen attraktive Angebote für Jung und Alt bieten und ihnen generationenübergreifende und verbindende Funktion zukommt. Darüber hinaus kommt in Wulsdorf, einem Quartier mit hohem Migrantenanteil, als besondere Herausforderung bei der Gestaltung des Sozialraumes hinzu, dass über den Denk-Sport-Spiel-Parcours die interkulturelle Vielfalt abgebildet und eingebunden werden soll, z.B. über Plätze mit internationalen Brettspielen wie Tavla o.ä..

Die Stationen lassen Veränderungen auch nach Fertigstellung zu. Zur Belebung des Parcours finden mehrere jährliche Veranstaltungen auf den Stationen statt, zu denen die Bewohner/innen eingeladen werden.

Träger des Projektes ist Förderwerk GmbH, ein arbeitsmarktpolitischer Dienstleister, der über Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen einen Beitrag zur Verbesserung der sozialen Infrastrukturen auf Stadtebene leistet. Langzeitarbeitslose in selbst entwickelten Projekten qualifiziert und für ein hohes Maß an Personalentwicklung und Integrationsarbeit steht (vgl. www.foerderwerk-bremerhaven.de). Entsprechend war das Projekt unmittelbar eingebunden in verschiedene Arbeitsmarktpro-

gramme der Stadt Bremerhaven, der ARGE Job-Center-Bremerhaven sowie angelehnt an das dreijährige ESF-Projekt „Bewegung in der Stadt – gegen Arbeitslosigkeit in Bremerhaven“.

Gemeinsam mit einem breiten Bündnis unterschiedlicher Akteure des Quartiers (Stadtteilkonferenz, Stadtplanungsamt, Wohnungsunternehmen, vor Ort verankerten Sozial- und Kultureinrichtungen usw.) sowie einem externen Büro für Stadtplanung (plan-werkStadt, büro für stadtplanung & beratung) wurden neue Ansätze für eine bewegungs- und gesundheitsfördernde Freiraumgestaltung entwickelt und erfolgreich umgesetzt. Dabei wurden die intensive Beteiligung von Bewohner/innen aller Altersgruppen und Ethnien in allen Projektphasen sowie die Qualifizierung und Beschäftigung von schwer vermittelbaren (Langzeit-) Arbeitslosen eng miteinander verknüpft. Zu Beginn des gemeinsamen Arbeitsprozesses wurde eine Steuerungsgruppe mit den Vertreter/innen der beteiligten Einrichtungen initiiert, die den weiteren Prozess maßgeblich konzipierte und organisierte: Hier wurden alle wichtigen Entscheidungen und Weichenstellungen des Projektes diskutiert, Aktivitäten geplant und Vereinbarungen zum Vorgehen getroffen und durchgeführt.

Zentraler Kern des Projekts war die intensive Bürgerbeteiligung: Angefangen von Befragungen der Bewohner/innen zu ihrem Freizeitverhalten, der Bewertung ihres Wohnumfeldes sowie ihren Wünschen und Anregungen an die Freiraumqualitäten, über Planungswerkstätten, Workshops mit Jugendlichen und gemeinsame Exkursionen zur anregenden und lustvollen Weiterbildung und Kennenlernen guter Beispiele für die Gestaltung der Stationen des Denk-Sport-Spiel-Parcours. Mit diesem Methodenmix war versucht worden, alle Bevölkerungsgruppen des Quartiers anzusprechen und die Angebote wurden auch tatsächlich alters- und nationalitätenübergreifend intensiv wahrgenommen.

Zeitlich parallel zu den Beteiligungsbausteinen entstanden Planungsvorschläge, die im diskursiven Verfahren, z.B. während eines Modelltags mit den Beteiligten und Interessierten vorgestellt wurden. Für den Modelltag bauten die Beschäftigten von Förderwerk die Gestaltungselemente – die einen provisorischen Charakter hatten, um den Werkstatteindruck zu verdeutlichen – nahezu im Maßstab 1:1 nach und platzierten diese Testkulisse entsprechend der Planung. Alle Elemente waren beweglich, so dass sie während des Festes erprobt, verändert und die Nutzung erfahren und beobachtet werden konnte. Anschließend erfolgte die weitere Konkretisierung der Planung, die dann zeitnah durch den Beschäftigungsträger in dessen Werkstätten umgesetzt werden konnte. Im Ergebnis ist eine sozialraumorientierte Freiraumgestaltung entstanden, die die Quartiers-

bevölkerung anregt, Plätze mit internationalen Brettspielen, Gesprächsecken und Sitzbänken, Spiel- und Fitnessgeräten, Denk- und Rätselspielen zu nutzen, sich zu bewegen, ihr Wohnumfeld intensiver zu erleben und dadurch die Identifikation mit ihrem Wohnumfeld zu erhöhen.

Im Rahmen des Projekts entstanden zwei Stationen eines Denk-Sport-Spiel-Parcours: Der zentral gelegene und viel Aufmerksamkeit genießende Marktplatz mit dem Fokus auf Kommunikation und Denk-Sport-Spiele, sowie die Station bei „Anderland“, einer Tagespflege- und Wohngemeinschaft für an Demenz erkrankten Mieter/innen. Der Schwerpunkt liegt auf generationengerechter Gestaltung von Bewegungsangeboten. Beide Stationen zeichnen sich durch eine nutzerorientierte Freiraumgestaltung aus, die auch von der im Gebiet vorhandenen interkulturellen Vielfalt lebt. Zugleich gelang es mit dem Projekt, Langzeitarbeitslose durch die Schaffung neuer, kreativer Gestaltungselemente zu qualifizieren, denn es wurden Kompetenzen und Prototypen geschaffen, die auch in künftigen Projekten eingesetzt werden können.

Partizipation:

Im Rahmen der bisherigen Prozesse ist mit dem Thema „Denk-Sport-Spiel-Parcours“ über die intensive Beteiligung der Bewohner/innen und die Einbeziehung aller aktiven gemeinwesenorientierten Einrichtungen vor Ort eine nachhaltige Quartiersentwicklung weiter gestärkt worden.

In der Zusammenarbeit von 4 partizipationserfahrenen Einrichtungen (Kulturladen, Stadtteilkonferenz, Die Wohnung (Bewohnertreff), Förderwerk Bremerhaven) wurden über Planungswerkstätten, Mitmach-Aktionen in den Einrichtungen und vor Ort, Bewohner/innen-Treffen und Quartiersversammlungen gemeinsam Konzepte für ein Wohnumfeldverbesserungsprojekt entwickelt. Ziel war die Steigerung der Identifikation mit dem Quartier und die Nutzung der interkulturellen Vielfalt für authentische und nutzerorientierte Freiraumgestaltung. Konkret wurde eine Bewohner/innen-Planungsgruppe gegründet, die über einen Zeitraum von sechs Monaten unterstützt von einer Moderatorin/einem Moderator an dem Konzept „Denk-Sport-Spiel-Parcours“ arbeitete.

Unterschiedliche Beteiligungsformen wurden eingesetzt:

- Befragungen durch Interviewer/innen aus dem Stadtteil
- Durchführung von verschiedenen Exkursionen zur lustvollen Weiterbildung, um Neues kennen zu lernen, sich anregen und inspirieren zu lassen, zu staunen und miteinander ins Gespräch zu kommen (Besuch von Ex-

perimentierausstellungen, Entdecker- und Sinnes-Parks).

■ Workshops mit Modellbau

- „Test-Feste“, auf denen die geplante Installationen mit beweglichen Modellen und Elementen real erprobt, verschoben und Verückt werden konnten.

Die Zwischenergebnisse wurden in den regelmäßigen Veranstaltungen der Stadtteilkonferenz Wulsdorf breit diskutiert und reflektiert. Über Mitmach-Aktionen und öffentlichen Präsentationen wurden Zwischenstände des Konzepts im Quartier konkret bekannt gemacht und die Bewohner/innen immer wieder für Beteiligung ermutigt.

Im Zusammenwirken von Bewohner/innen-Planungsgruppe und den öffentlichen Einrichtungen entwickelte sich ein Akteursbündnis, welches geeignet ist auch zukünftig bewohnergetragene Prozesse im Quartier zu unterstützen.

Integriertes Handlungskonzept:

Intersektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit als grundlegende Strategie der Gesundheitsförderung ist in ihrer Bedeutung für das Handlungsfeld festgeschrieben.

Allianzen und Initiativen von Partnerschaften zur Förderung von Gesundheit reichen über Sektoren hinweg, über Grenzen von Ehrenamtlichkeit und Profession und zwischen staatlichen Einrichtungen und nichtstaatlichen Organisationen sowie dem öffentlichen und dem privaten Sektor; und sie sind dabei erfolgreich.

Auch für die Arbeit des Denk-Sport-Spiel-Parcours haben sie sich als grundlegend für den Erfolg der Arbeit herausgestellt. Der Aufbau und Ausbau gleichberechtigter Partnerschaften, sowie eine notwendige Infrastruktur wurde sichergestellt, um die vorhandenen gesundheitsfördernden Potentiale freizusetzen.

Als Schlüsselfaktoren erfolgreicher Allianzen für Gesundheitsförderung haben sich dauerhafte Strukturen herausgestellt, welche gemeinsam geteilte Entscheidungsfindungen ermöglichen und fördern. Für die Zusammenarbeit der Politik mit den Ortsansässigen wird ein gegenseitiger Austausch über informelle und formale Netzwerke und über gesellschaftliche Ebenen hinweg als wichtig für dauerhafte Bemühungen identifiziert. Der Austausch in dem Parcours-Projekt hat sich für das Beteiligungsprojekt als hervorragend geeignet herausgestellt.

Die Entwicklung und Umsetzung der Planung als Kooperationsprojekt zwischen einem Beschäftigungs- und Qualifizierungsträger, lokalen Akteuren der gemeinwesen- und sozialraumorientierten Stadtteilarbeit, der Kommu-

ne, der Eigentümerin der Fläche mit ihrem kontinuierlichen Bestreben einer weiteren Stabilisierung des Quartiers sowie einem externen Planungsbüro war hervorragend geeignet für ein Beteiligungsprojekt, bei dem viel Neues zur bewegungs- und gesundheitsfördernden Freiraumgestaltung erprobt wurde. Beispielhaft erwähnt sei an dieser Stelle vor allem die zweite Planungswerkstatt, die als Modelltag umgesetzt wurde, bei dem die in einfacher Art und Weise gebauten Elemente zur Neugestaltung des Platzes erprobt und verändert werden konnten.

Zugleich konnten durch die Bündelung von unterschiedlichen Kompetenzen neue, kreative Elemente entwickelt und umgesetzt werden. Für deren Erstellung wurden die Langzeitarbeitslosen qualifiziert – in der Erwartung, Prototypen geschaffen zu haben, die auch in weiteren Projekten eingesetzt werden können.

Der Projektablauf und die Steuerung haben gut funktioniert, besonders bedingt durch die engagierten und motivierten Akteure. Sie haben durch ihre langjährige Tätigkeit und Auseinandersetzung mit dem Quartier u.a. in der Vernetzungsgruppe „Soziale Stadt“ schon entsprechende Netzwerke aufgebaut und Erfahrungen gesammelt, die dem Denk-Sport-Spiel-Projekt nachhaltig zu Gute kamen und ein wesentlicher Baustein des Gelingens waren. Förderlich für das Projekt wirken auch die unterschiedlichen Sichtweisen der Akteure, die aber dennoch eine ähnliche Sprache sprechen und vor allem ein gemeinsames Ziel verfolgen. Dabei gab es wenige Eitelkeiten, denn das Ziel stand klar vor Augen.

Besonders hervorzuheben ist das ehrenamtliche Engagement, was die Akteure mitbrachten – sowohl jene, die arbeitsbedingt in den Prozess eingebunden waren und so manche freie Stunde in das Projekt investierten, als auch die ehrenamtlich arbeitenden Vertreterinnen der Stadtteilkonferenz.

Ihnen allen war das Gelingen des Denk-Sport-Spiel-Parcours eine „Herzensangelegenheit“.

Exkursionen als Bestandteil des Beteiligungsprozesses haben allen Entdecker/innen Spaß bereitet und waren zudem eine sehr entspannte Art, Neues zu erkunden, Konzentration zu üben, Anregungen aufzunehmen und als Wissen in den Prozess vor Ort einzuspeisen. Außerdem war die Erfahrung des gemeinsamen Miteinanders aller Akteure ein anregender und wichtiger Beitrag, Vorbehalte abzubauen.

Flexible Gestaltungselemente, um den sich ändernden Anforderungen gerecht zu werden und diese Flexibilität auch nach der vorläufigen Fertigstellung der Stationen erhalten zu können.

Leitlinien – Denk-Sport-Spiel-Parcours

1. Beteiligung der Bewohner/innen und der Akteure:

Im Prozessverlauf soll es gelingen, Bewohner/innen zu motivieren, sich aktiv in die Gestaltung ihres Wohnumfeldes einzubringen, an Expeditionen teilzunehmen, auf Veranstaltungen ihre Meinung zu äußern. Zudem wird angestrebt, dass sich alle relevanten Akteure im Gebiet engagiert, kontinuierlich und aktiv in den Prozess einbinden. Im Zusammenwirken von Bewohner/innen und den Akteuren der Steuerungsgruppe entwickelt sich ein Bündnis, das geeignet ist, auch zukünftig bewohnergetragene Prozesse zu initiieren und zu unterstützen.

2. Integration im Quartier:

Durch das Zusammenwirken arbeitsmarktpolitischer Dienstleistungen und nachhaltiger, bewohnerorientierter Quartiersentwicklung gelingt es, die Wohnumfeldsituation über ein anregendes, nutzungsorientiertes und generationsübergreifendes Konzept weiter aufzuwerten und in Form eines sozialraumorientierten und gesundheitsfördernden Ansatzes umzusetzen. Zugleich können neue Beschäftigungsperspektiven für Langzeitarbeitslose – teilweise auch aus dem Quartier – entwickelt werden durch bedarfsgerechte Qualifizierungsmodule und berufspraktische Erprobungen für die Umsetzung des „Denk-Sport-Spiel-Parcours“. Dabei werden u.a. Prototypen wie z.B. die Mosaikbrett- und die Geschicklichkeitsspiele entwickelt, mit denen sich Förderwerk weitere Aufgabenfelder erschließen kann. Zudem werden die Langzeitarbeitslosen in die Planungs- und Umsetzungsphase des Prozesses eingebunden und erhalten darüber eine Perspektive.

Damit kann das Ziel erreicht werden, eigeninitiierte Projekte mit der Entwicklung und Ausgestaltung von Beschäftigungsfeldern für Arbeitslose zu verbinden.

3. Öffentlichkeitsarbeit:

Durch Flyer, Presseberichte, Aktivitäten auf den Stationen, Berichte über den aktuellen Planungsstand auf den Stadtteilkonferenzen u.a. kann das Projekt breit bekannt gemacht werden. Zudem ermutigt die Öffentlichkeitsarbeit auch immer wieder zur Beteiligung und Nachahmung.

4. Zentrale Ziele:

Das Projekt „Denk-Sport-Spiel-Parcours“ zielt darauf ab, über eine intensive Beteiligung der Bewohner/innen eine bewegungs- und gesundheitsfördernde (Um)Gestaltung von Freiräumen zu schaffen, die durch Qualifizierung und Beschäftigung von schwer vermittelbaren Arbeitslosen – die vielfach selbst in dem Gebiet leben – umge-

setzt werden kann. Getragen wird das Vorhaben von einem Akteurs-Netzwerk aus dem Quartier. Ziel ist die nachhaltige Installation einer Beteiligungsstruktur, welche dauerhaft über das konkrete Projekt hinaus sich aktiv an der Quartiersentwicklung beteiligt.

5. Handlungsfelder:

- Bewegungs- und gesundheitsfördernde, generationsübergreifende Freiraumgestaltung im Wohnumfeld
- qualifizierende Beschäftigung für Menschen ohne Arbeit
- Bewohnerbeteiligung
- Begegnung der Generationen und Kulturen

6. Rahmensetzung des Angebotes:

Wir wollen: Generationen zusammen bringen, unterschiedliche kulturelle Kompetenzen nutzen, Bürgerbeteiligung in Politik und Verwaltung verankern, Bewegungs- und Begegnungs-

räume im Stadtteil mit und für Jung und Alt verbessern.

7. Förderung der Stärken und Fähigkeiten bei der Zielgruppe:

Entscheidend ist die Orientierung an den individuellen Ressourcen der Älteren. Genauso wie kinderfreundliche Konzepte in der Stadtentwicklung Indikator für menschenfreundliche Stadtgestaltung beinhalten, nutzen wir angesichts des demographischen Wandels in unserer Gesellschaft die Ausrichtung von Entwicklungskonzepten an den Anforderungen von Älteren an das Lebensumfeld quasi als zweiten Maßstab für eine menschenfreundlichere Stadt.

8. Einbindung von Kooperationspartnern/innen:

Stadtteilkonferenzen – Kulturläden – Wohlfahrtsverbände und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens – Jobcenter Bremerhaven – Sozialamt – Stadtteiltreffs – Wohnungsgesellschaften – Stadtplanungsamt – Gartenbauamt – Kirche – Sportvereine – VHS u.a.

Kontakt:

Ansprechpartner: Günther Kerchner
 Förderwerk Bremerhaven
 Dieselstraße 5
 27574 Bremerhaven
 Telefon: 0471-932 21 23
 Telefax: 0471-932 21 30
 E-Mail:
 kerchner@foerderwerk-bremerhaven.de
 www.foerderwerk-bremerhaven.de