

Expertise und Handlungsempfehlungen

Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter Wirkungsvolle Zugangswege fördern

Impressum:

Redaktion:

Dr. Elke Ahlsdorf, Heidelberg, ehem. Netzwerk Altersforschung, Universität Heidelberg;
Neurologische Klinik, Universität Mannheim
Martin Becker, BKK Landesverband Baden-Württemberg
Bettina Huesmann, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Alexander Kölle, AOK Baden Württemberg
Matthias Krause, AOK Baden Württemberg
Barbara Leykamm, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Uta Paproth-Jesinger, IKK classic
Andreas Rieker, IKK classic
Carolyn Schork, Weeber & Partner, Institut für Stadtplanung und Sozialforschung, Stuttgart
Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg

Unter Mitwirkung von:

Expertengruppe Ärzteschaft:

PD. Dr. Christian Benninger, Präsident der Bezirksärztekammer Nordbaden
Dr. Regina Dipper, Allgemeinmedizinerin Stuttgart
Dr. Alexander Friedl, Klinikum Stuttgart
Dr. Barbara Holzbauer, medmobil Stuttgart
Dr. Suso Lederle, Internist, Hausarzt Stuttgart
Dr. Hans-Michael Oertel, Leiter der Notfallpraxis Stuttgart
Eva-Christiane Pantke-Ehlers, Gesundheitsamt Rastatt
Dr. Johannes Probst, Sprecher des Bezirksbeirats der Bezirksdirektion Freiburg der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
PD Dr. Kilian Rapp, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
Dr. Angelika Schuller, Innere Medizin, Klinische Geriatrie Stuttgart
Dr. Dr. Andrej Zeyfang, Bethesda Krankenhaus Stuttgart

Expertengruppe Soziale Dienste Heidelberg:

Elke Ehlert
Anke Lauer
Ralf Reuner
Birgit Rittinghaus, Sachgebietsleiterin

Expertengruppe Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Baden-Württemberg:

Angelika Farnung, DRK Landesverband
Ursel Müller-Eckstein, Kreisverband Stuttgart
Claudia Stöckl, Kreisverband Tübingen

Kontakt:

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart
Nordbahnhofstr. 135 · 70191 Stuttgart
Telefon 0711 904-35000 · Fax 0711 904-35010 · abteilung9@rps.bwl.de
www.rp-stuttgart.de · www.gesundheitsamt-bw.de

Ansprechpartnerin:

Bettina Huesmann

Telefon 0711 904 39403

bettina.huesmann@rps.bwl.de

Stand: 17.12.2013

Inhaltsverzeichnis

Einführung	3
1 Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter fördern - eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.....	4
2 Fachliche Grundlagen	5
2.1 Ältere Menschen in belastenden Lebenslagen: Beschreibung der Zielgruppe.....	5
2.2 Gesundheitsförderung in der Kommune: Der Settingansatz	7
2.3 Menschen in schwierigen Lebenslagen motivieren: Möglichkeiten und Grenzen ...	10
3 Handlungsempfehlungen: Impulse aus Theorie und Praxis für die Praxis.....	15
3.1 Die Sicht der Älteren einbeziehen	16
3.2 Motivation fördern und Grenzen beachten	18
3.3 Haupt- und ehrenamtlichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einbinden	20
3.4 Kommunale Angebote an die Bedürfnisse der Menschen in schwierigen Lebenslagen anpassen.....	23
3.5 Überblick über kommunale Angebote gewährleisten	25
Zusammenfassung.....	27
Literatur	27

Einführung

Gesund älter werden für alle in Baden-Württemberg ist das aktuelle Handlungsfeld der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit / früher Regionaler Knoten am LGA, gefördert von den gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg. Die Koordinierungsstelle hat die vorliegende Expertise zum aktuellen Kenntnisstand zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Alter in Auftrag gegeben. Auf Grundlage der Zusammenstellung des theoretischen Hintergrunds wurden im Dialog mit ausgewählten Expertinnen und Experten der Ärzteschaft, der sozialen Diensten in Baden-Württemberg sowie mit den Teilnehmenden und Referierenden der im Mai 2013 durchgeführten Fachtagung „Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter - wirkungsvolle Zugangswege fördern“ Handlungsempfehlungen erarbeitet. Sie sollen Entscheidungsträgern vor Ort, insbesondere den Kommunalen Gesundheitskonferenzen auf Stadt-/Landkreisebene und den Städten und Gemeinden fachliche Orientierung geben und die Arbeit vor Ort unterstützen. Die vorliegende Expertise befasst sich vorrangig mit Zugangswegen im Hinblick auf motivationale Aspekte bei den älteren Menschen, Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie strukturelle Rahmenbedingungen. Sie stellt eine ergänzende Empfehlung zu den bereits vorhandenen Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung mit benachteiligten älteren Menschen (vgl. Literatur) dar.

Zudem sind die vorliegenden Empfehlungen ein zusätzlicher Praxisbaustein für die „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg - Gesundheit in allen Lebensbereichen“ des Sozialministeriums Baden-Württemberg, die verstärkt auf Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen und Lebenswelten setzt.

Wir planen, die in dieser Expertise vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen fortlaufend zu aktualisieren. Im Rahmen von strukturierten Fachgesprächen mit Praxispartnern aus Städten, Gemeinden und Landkreisen sollen die Empfehlungen ergänzt und praxisnah weiterentwickelt werden. Ziel ist, einen landesweiten Fachdialog anzustoßen, der kontinuierlich Empfehlungen aus der Praxis, mit Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten weitergibt.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen!

1 Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter fördern - eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Gesundheitsförderung mit älteren Menschen ist ein erfolgversprechender Ansatz, Gesundheit und Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten und im vertrauten sozialen Umfeld zu leben. Gesundheitsförderung kann chronische Krankheiten wie z.B. Diabetes mellitus Typ II oder auch Herz-/Kreislaufkrankungen verhindern oder ihr Auftreten in eine spätere Lebensphase hinauszögern. Sie trägt dazu bei, im Alltag der älteren Menschen die erforderlichen Bedingungen zu schaffen, die Gesundheitsressourcen zu stärken, seelische und körperliche Gesundheit zu fördern und gesund älter zu werden.

Die Chancen, gesund alt zu werden sind ungleich verteilt. Sozial benachteiligte Frauen und Männer sind einem höheren Risiko ausgesetzt, zu erkranken oder früher als andere zu sterben. Insbesondere im höheren Alter treten meist mehrere Benachteiligungsfaktoren gleichzeitig auf.

Die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit im Alter muss vor diesem Hintergrund an den Lebenswelten der Menschen, den politischen Rahmenbedingungen und der Verantwortung des Einzelnen ansetzen. Es bedarf somit der Zusammenarbeit verschiedenster Professionen und Politikfelder wie Bildungs-, Sozial-, Arbeits- und Familienpolitik sowie eine gezielte Förderung von Gesundheit. Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Alter sind daher zentrale gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Dies fordert eine enge Zusammenarbeit von allen beteiligten Akteuren und Institutionen wie Kommunalvertretung, Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte, Beratungsstellen, Soziale Dienste, Seniorenbeauftragte sowie bspw. bürgerschaftlich engagierte Personen.

In Baden-Württemberg wurden mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen in 34 Stadt- und Landkreisen, welche von der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) engagiert unterstützt werden, geeignete Plattformen für Zusammenarbeit und Vernetzung eingerichtet. In Städten und Gemeinden wird kommunale Netzwerkbildung unterstützt durch die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“.

Zukünftig wird die Bürgerbeteiligung sowohl auf Ebene der Stadt- und Landkreise sowie in Städten und Gemeinden im Rahmen der „Gesundheitsdialoge Baden-Württemberg“ an Bedeutung zunehmen. Diese systematischen Verfahren zur Beteiligung der Zielgruppen unterstützen das Anliegen, auch mit Bürgerdialogen zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit beizutragen.

2 Fachliche Grundlagen

2.1 Ältere Menschen in belastenden Lebenslagen: Beschreibung der Zielgruppe

Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen zur Unterstützung sozial benachteiligter älterer Menschen ist eine genaue Kenntnis der Zielgruppe. Dabei muss der großen Heterogenität des Alters, aber auch der Art der Benachteiligung Rechnung getragen werden. Im Folgenden soll zunächst der Begriff „Alter“ näher definiert werden. In der Literatur bzw. in der Öffentlichkeit finden sich viele unterschiedliche Begrifflichkeiten. Zu den allgemein anerkannteren Definitionen gehört die Unterscheidung eines dritten (65 bis unter 85 Jahre) und vierten Lebensalters (85 Jahre und älter) (Tesch-Römer & Wurm, 2009) oder die Unterscheidung in junge Alte, Alte und Hochaltrige. Zu den Hochaltrigen werden die Menschen ab etwa dem 80. bzw. 85. Lebensjahr gezählt (BMFSFJ, 2002)

Zu beachten ist, dass jede Einteilung mit der Zunahme der Lebenserwartung und der allgemeinen Verbesserung der Lebensverhältnisse einem Wandel unterliegt, so dass unser Verständnis von Altersgrenzen oder Altersgruppen immer wieder neu definiert werden muss. Merkmale des derzeitigen Strukturwandels sind im Handbuch zur Sozialen Planung für Senioren der Bertelsmann Stiftung (2011) aufgeführt. Demnach kommt es zu einer **zeitlichen Ausdehnung der so genannten Altersphase**, da die Menschen nach dem Ausstieg aus dem Berufsleben in der Regel eine deutlich verlängerte Lebenszeit erwarten können. Diese große Spanne erfordert eine weitere **Differenzierung**, z.B. in die oben genannten Gruppen junger Alter, mittlerer Alter und Hochaltriger mit ihren jeweiligen Besonderheiten und Bedürfnissen. Dadurch, dass die Zahl der älteren Menschen nicht-deutscher Herkunft in unserer Gesellschaft ansteigt, steigt auch die **kulturelle Vielfalt** des

Alters. Alten- und Sozialpolitik, aber auch die Gesundheitsförderung, sind aufgefordert, den speziellen Bedürfnissen dieser Menschen Rechnung zu tragen.

Weitere Veränderungen des Alters-Bildes betreffen die zunehmende **Singularisierung**, d.h. die Tatsache, dass immer mehr ältere Menschen allein leben sowie die **Veränderung klassischer Familienstrukturen**. Diese Veränderungen können sich auf die Erreichbarkeit und die Versorgung der älteren Menschen auswirken. Der Zugang zu einem älteren Menschen, der allein, eventuell beeinträchtigt in seiner Wohnung lebt, gestaltet sich oftmals schwierig und eine weiterführende Betreuung bzw. Versorgung und Unterstützung wird durch das Fehlen naher Angehöriger erschwert. Schließlich wird das Alter „**weiblicher**“, d.h. mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an Frauen (Bertelsmann Stiftung, 2011).

Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich sowohl in ihren Krankheitsbildern als auch in ihrem Krankheitsverhalten. Deswegen ist es sinnvoll, in der Gesundheitsförderung zwischen „Männergesundheit“ und „Frauengesundheit“ zu unterscheiden. Berücksichtigt man all diese Merkmale „des Alters“ und beachtet man zudem die verschiedenen Gesichter sozialer Benachteiligung, wird deutlich, dass eine zielführende Gesundheitsförderung zielgruppenspezifisch zugeschnitten werden muss.

Alter, Gesundheit und soziale Lage

Verschiedene Studien (z.B. Mielck, 2000 & 2003) zeigen einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Morbidität bzw. Mortalität. Belastende und schwierige Lebenssituationen im Alter – in dieser Expertise auch als soziale Benachteiligung bezeichnet – können sein: geringe Renten, fehlende Bewältigungsressourcen und soziale Kontakte, wenig Zugang zu Bildung, schlechte Sprachkenntnisse, niedriger beruflicher Status (falls noch im Berufsleben), schlechte Wohnsituation, Suchtprobleme, körperliche und psychische Beeinträchtigungen sowie Behinderungen. Vieles steht in wechselseitiger Beziehung. Fehlende soziale Kontakte und das Gefühl geringer gesellschaftlicher Wertschätzung fördern die Einsamkeit und die Neigung zu psychischen Erkrankungen, z.B. Depression. Einschränkungen bei den Zugängen zur Bildung reduzieren die Informationsmöglichkeiten über Angebote zur Gesundheitsförderung. Stattdessen wird die Überzeugung gefördert, dass Gesundheit durch eigenes Handeln nicht beeinflusst werden kann oder der Aufwand sich nicht lohnt. Das *Selbstwirksamkeitserleben*, das heißt, die Überzeugung durch eigenes Handeln Dinge bewirken zu können ist gering. Psychische Erkrankungen wie Depressio-

nen, Angststörungen oder Sucht können daraus resultieren oder dadurch verstärkt werden.

Menschen in sozial benachteiligter Lage haben ein höheres Risiko, an physischen und psychischen Erkrankungen zu leiden und ihre Lebenserwartung ist gegenüber Menschen mit höherem sozioökonomischen Status um einige Jahre reduziert. Es besteht also ein enger Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage. Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Alter ist die Befundlage nicht eindeutig. Böhm, Tesch-Römer und Ziese (2009) führen in ihrem Bericht widersprüchliche Annahmen auf. Einerseits könnten sich die Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit im Alter noch vergrößern, da Menschen in belastenden Lebenssituationen mit geringeren Ressourcen bei der Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen auskommen müssen und sie einer besonderen Kumulation von Risiken im Lebenslauf ausgesetzt sind. Andererseits ist es denkbar, dass soziale Unterschiede durch den Einfluss universeller biologischer Prozesse abschwächen. Das heißt, dass mit zunehmendem Alter biologische Prozesse, z.B. degenerative Veränderungen, ein größeres Gewicht gegenüber den Einflüssen sozialer Unterschiede entwickeln. Aufgrund von Selektivitätseffekten durch die erhöhte Mortalität sozial benachteiligter Menschen sind insbesondere Studien mit hochaltrigen Menschen schwer zu interpretieren.

Wie sieht nun aber die soziale Lage älterer und alter Menschen in Baden-Württemberg aus? 14,7 % der über 65-Jährigen sind bundesweit armutsgefährdet. Die Armutsgefährdungsquote¹ in Baden-Württemberg liegt bei 16,6% und somit leicht über dem Bundesdurchschnitt. Ältere Frauen in Baden-Württemberg sind weitaus häufiger armutsgefährdet als Männer (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2012).

2.2 Gesundheitsförderung in der Kommune: Der Settingansatz

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden in den aktuellen Debatten und Forschungsarbeiten häufig nebeneinander und nicht systematisch verwendet. Nachfolgend sollen deswegen beide Begriffe kurz erläutert und differenziert werden.

¹ Die Armutsgefährdungsquote ist gemäß der EU-Definition „der Anteil der Personen, die mit weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens der Bevölkerung auskommen müssen“.

Prävention, verstanden als Gesamtheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, setzt vor allem auf die Reduktion von Risikofaktoren. Unter Primärprävention werden gezielte Maßnahmen bei (noch) Gesunden verstanden, die den Eintritt einer Erkrankung verhindern bzw. verzögern sollen. Zu Sekundärprävention zählen Früherkennung und Frührehabilitation eines noch symptomlosen Vorstadiums einer Erkrankung und Tertiärprävention bezeichnet Maßnahmen zur Verhütung von Folge- bzw. Begleiterkrankungen oder eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung (WHO, 1998).

Gesundheitsförderung ist ein partizipativer ressourcenorientierter Prozess mit dem Ziel, sowohl Lebenswelten gesünder zu gestalten als auch Menschen zu befähigen, gesündere Lebensweisen zu wählen (BMG, 2009) Prävention und Gesundheitsförderung greifen in der Praxis ineinander. Die Expertise konzentriert sich auf den umfassenderen Ansatz der Gesundheitsförderung.

Zahlreiche Einschränkungen sind nicht nur alters-, sondern verhaltensbedingt und dementsprechend auch durch Gesundheitsförderung beeinflussbar (BZgA, 2011a). Darüber hinaus gewinnt die Erkenntnis, dass Lebensbedingungen einen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen haben, zunehmend an Bedeutung.

Der Setting-Ansatz (Setting=überschaubares, sozialräumliches System) hat die Lebenswelt der Menschen im Blick und damit die Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren (BZgA, 2011b). Im WHO-Programm Gesundheit 21 wurde dieser Ansatz als zentrale Strategie bestätigt. Ältere Menschen sind vor allem über ihr Wohngebiet, d.h. mit ihrem Stadtteil oder ihrer Gemeinde verbunden. Daher ist der Setting-Ansatz für diese Zielgruppe besonders erfolgversprechend.

Merkmale der Arbeit im Setting sind:

- verhaltens- und verhältnisorientierter Ansatz
- Gesundheit und Gesundheitsförderung werden in die Lebenswelt der Menschen integriert und nachhaltig verankert
- eine gute Erreichbarkeit der Zielgruppen

- niedrigschwellige Interventionen in der Lebenswelt/Kommune vermeiden

Stigmatisierung der benachteiligten Zielgruppen

- Beteiligung der Zielgruppe an Planung und Durchführung (Partizipation)

Je differenzierter dabei das Setting und die Zielgruppe ausgewählt werden, desto besser wird die Zielgruppe erreicht, z.B. durch Maßnahmen für ältere Menschen mit Mobilitäts-einschränkungen, ältere Migrantinnen und Migranten sowie bspw. alleinlebende ältere Männer.

Nach den Kriterien des GKV-Spitzenverbands zur Umsetzung der Paragraphen 20 und 20a des SGB V wird der dargestellte Settingansatz als vorrangiger Zugangsweg zur Gruppe der sozial Benachteiligten empfohlen (GKV-Spitzenverband, 2010). Demnach werden unter Settings *„soziale Systeme verstanden, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden können“* (BZgA, 2011b, S.12). Weiter heißt es: *„Die alltäglichen Arbeits-, Lern-, und Lebensbedingungen haben einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung des Einzelnen und prägen gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen“*. Ziel von Gesundheitsförderung ist nach dem Leitfaden des Spitzenverband der GKV, *„unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotenziale und -risiken im Lebensbereich zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen“* (BZgA, 2011b, S.12).

Um auf diese Weise gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen und die gesundheitliche Situation der betroffenen Personen zu verbessern, ist es wichtig, das Thema Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung in Kooperation mit den verschiedenen Institutionen und Akteuren in den jeweiligen Settings zu integrieren. Gleichzeitig soll der Einzelne im Sinne des Empowerment befähigt und motiviert werden, die Verantwortung für das eigene Gesundheitsverhalten zu erkennen und zu übernehmen.

2.3 Menschen in schwierigen Lebenslagen motivieren: Möglichkeiten und Grenzen

Als problematisch ist es zu bewerten, dass, wie in anderen Bereichen auch, gerade die schwer belasteten Menschen, die Hilfe am nötigsten hätten, am schwersten zu erreichen sind. Denn selbst wenn es möglich ist, diese Menschen auf Angebote zur Gesundheitsförderung aufmerksam zu machen, ist es oftmals schwierig, sie zur Teilnahme zu motivieren.

Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten

Für die Abschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme können aktuelle Modelle zur Vorhersage von Gesundheitsverhalten wie der „Health Action Process Approach“ (Schwarzer, 1992) herangezogen werden. Zentrales Element dieses Modells stellen kognitive Prozesse dar. Demnach wirken Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung und Risikowahrnehmung auf die Zielsetzung ein. Ein zentrales Element dieses Modells sind die genannten Selbstwirksamkeitserwartungen, d.h. der Grad der Überzeugung, dass es im Bereich der eigenen Möglichkeiten liegt, bestimmte Handlungen erfolgreich auszuführen. Ist das Selbstwirksamkeitserleben hoch, wird das erwartete Ergebnis als positiv wahrgenommen und werden mögliche Risiken als eher gering eingeschätzt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine entsprechende Handlung, in diesem Fall die Ausführung von gesundheitsförderlichem Verhalten (z.B. die Teilnahme an einer Bewegungsgruppe) durchgeführt wird. Die oben genannten persönlichen Voraussetzungen der einzelnen Personen entscheiden über die Auswahl von Verhaltensweisen, das Ausmaß von Anstrengung, Ausdauer und Stresserleben sowie den Umgang mit Rückschlägen. Darüber hinaus wirken bei diesem Prozess Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung) und Barrieren (z.B. Mobilitätseinschränkungen) fördernd oder hemmend auf den Prozess der Handlungsbildung ein.

Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit stärken

Neben der bloßen Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist ein bereits weiter oben postuliertes Ziel die Übernahme von Eigenverantwortung. Nach Wulfhorst setzen die „Erhaltung und Pflege der Gesundheit Einsicht in salutogenetische individuelle und soziale Bedingungen sowie die Motivation zu deren Realisation“ voraus. Weiter heißt es „zudem muss gesundheitsadäquates Verhalten durch aktives Handeln erworben, ein-

geübt, gesichert und gepflegt werden“ (Hikl & Bill, 2005, S. 209 f). Auch hier ist eine wichtige Voraussetzung die Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit. Sozial benachteiligte Menschen befinden sich jedoch oftmals Zeit ihres Lebens in Kontexten, in denen sie wenig Freiraum für eigene Entscheidungen haben. Dementsprechend gering ist ihre Fähigkeit bzw. Möglichkeit zur Übernahme von Eigenverantwortung. Sie haben beispielsweise zu meist über Jahre in wenig qualifizierten Berufen ohne Einflussmöglichkeiten und Handlungsspielräume gearbeitet. Dies wirkt sich negativ auf ihre Selbstwirksamkeitserwartungen aus. Hinzu kommen ungünstige Kontrollüberzeugungen, d.h. die Einschätzung, inwiefern Ereignisse des täglichen Lebens durch eigene Initiative, z.B. aufgrund von Anstrengung oder durch äußere Umstände, z.B. Zufall oder Glück beeinflusst werden.

Selbstverantwortung in Gesundheitsangelegenheiten erfordert weiterhin das Wissen über die Veränderungsmöglichkeiten und Zusammenhänge zwischen Lebensführung und Gesundheit, was eine entsprechende Bildung voraussetzt. So gibt es viele limitierende Faktoren, die Menschen in belastenden Lebenslagen in ihrer Fähigkeit zur Übernahme von Eigenverantwortung beeinträchtigen können. Interventionen zu planen und umzusetzen, die das schrittweise Erleben von Selbstwirksamkeit und den Erwerb eines Gefühls von Selbstverantwortung fördern, erscheint aufwändig. Aber schon der Lernerfolg bei kleinschrittigen Interventionen, z.B. durch mehr Bewegung im Alltag den Blutdruck günstig zu beeinflussen, kann Selbstwirksamkeit fördern. Wichtig ist es, diese Zusammenhänge zwischen eigenem Handeln und Ergebnis den entsprechenden Menschen aufzuzeigen.

Und nicht zuletzt müssen sich die angesprochenen Menschen auch von der Gesellschaft einbezogen und akzeptiert fühlen. Gerade ältere Menschen und noch mehr sozial benachteiligte Menschen erleben in der heutigen von Leistungsdenken und Ausrichtung auf jugendliche Werte geprägten Gesellschaft mit oft negativen Altersbildern häufiger Ausgrenzung anstelle von Integration.

Die Kontaktaufnahme erleichtern und den Erfolg der Angebote fördern

Eine Besonderheit der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen ist der Tatsache geschuldet, dass gerade die gesundheitlich stärker eingeschränkten Menschen oft nicht mehr in der Lage sind, entsprechende Angebote in ihrer Umgebung aufzusuchen. Bei Menschen in schwierigen Lebenslagen können Schamgefühle oder Vorbehalte gegenüber

Institutionen weitere Hemmfaktoren darstellen. Hier muss die bestehende Kom-Struktur der Angebote durch eine Bring-Struktur ergänzt werden. Durch einen aufsu-chenden und begleitenden Ansatz kann die Niedrigschwelligkeit erhöht werden (WHO, 2005). Beispiele für zugehende Angebote sind die aufsuchende Aktivierung bzw. die prä-ventiven Hausbesuche, wie sie bereits in zahlreichen Projekten umgesetzt wurden. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO hat die aufsuchende Aktivierung zum Ziel, Möglichkeiten und Chancen für neue Betätigungen und Lebensperspektiven aufzu-zeigen. Gegenstand einer individuellen Beratung können zudem die Förderung des per-sönlichen Selbsthilfepotenzials, die Sicherstellung der Nachhaltigkeit sowie die Motivation auch nach Beendigung der Begleitung sein (Richter-Kornweit & Altgeld, 2013).

Neben *Angebotsmerkmalen* spielen auch *Personenmerkmale* eine wichtige Rolle für den Erfolg von Interventionen. Um gerade Menschen in belastenden Lebenslagen zur Teil-nahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu motivieren, bedarf es einer profes-sionellen, wertschätzenden Haltung. Interventionen müssen am tatsächlichen Bedarf und den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgerichtet wer-den. Professionelle und speziell für diese Zielgruppe geschulte Mitarbeiterinnen und Mit-arbeiter, z.B. von sozialen Diensten, aus der Sozialarbeit oder mit psychologischem Fach-hintergrund sind nötig, um Barrieren auf Seiten der Zielgruppe zu erkennen und zu ent-käften. Auch hierzu ist der Setting-Ansatz nach Einschätzung des Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ besonders empfehlenswert (Dapp, 2008).

Vorbilder für erfolgreiches Gesundheitsverhalten und vermittelnde Instanzen nutzen

Der Kontakt zu den Menschen, denen Gesundheitsförderung zugänglich gemacht werden soll, kann durch Personen, die aufgrund ihrer Ähnlichkeit zur Zielgruppe (z.B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, Herkunft) eine wichtige Modellfunktion einnehmen, erleichtert wer-den. „Türöffner“ können Menschen sein, die sich in (räumlicher) Nähe zu den Zielperso-nen befinden, z.B. Nachbarn, Anbieter des örtlichen Einzelhandels oder Mitarbeiter kirch-licher Einrichtungen. Nach der Sozialkognitiven Theorie des Lernens (Bandura, 1976) be-deutet Lernen am Modell das Nachahmen von Verhalten, das bei einem Vorbild beobach-tet wurde. Personen, die sich unter Umständen in einer ähnlichen Lage wie die Betroffe-

nen befinden oder befunden haben, können dementsprechend Vorbild für eine erfolgreiche Bewältigung von Schwierigkeiten darstellen oder Möglichkeiten für einen konstruktiven Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen zeigen, ohne dass dies den unter Umständen belehrend empfundenen Charakter eines Kursangebotes hat. Kontakte finden zudem eher auf Einzelkontaktebene statt, was die Hemmungen einer Gruppenteilnahme gegenüber angeht.

Barrieren für die Teilnahme beachten

Neben förderlichen Faktoren lassen sich in Bezug auf die mögliche Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auch limitierende Faktoren und Barrieren identifizieren. In einem Hamburger Projekt (Bundesministerium für Gesundheit, 2009) zur Gesundheitsförderung waren höheres Alter, weibliches Geschlecht und geringere Bildung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zur Nicht-Teilnahme assoziiert. Weitere Einflussfaktoren waren entweder eine besonders gute oder besonders eingeschränkte gesundheitliche Situation, geringere Motivation und geringere Einsicht in die Notwendigkeit und den Nutzen von gesundheitsförderndem Verhalten sowie die Überzeugung, dass Gesundheit durch eigenes Handeln nicht beeinflussbar ist.

Auch in einer weiteren Untersuchung (Hikl & Bill, 2005) nahmen Personen, die gesundheitlich stärker eingeschränkt waren und bzw. oder sich weniger gesundheitliche Eigenkompetenz zuschrieben, seltener an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teil. Ein weiterer häufiger Grund für die mangelnde Teilnahme an Gruppenangeboten zur Gesundheitsförderung ist die Angst vor Ausgrenzung. Dies betrifft nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund, sondern richtet sich generell auf eine befürchtete Ablehnung durch andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Nach einer 2005 vom Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführten Befragung von Selbsthilfekontaktstellen und Unterstützungseinrichtungen in Hamburg (Kofahl et al., 2006) wurden als Barrieren bezüglich der Beteiligung sozial Benachteiligter an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unter anderem Schamempfinden, Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, geringes Problembewusstsein oder finanzielle Einschränkungen genannt. Zudem erwiesen sich unter anderem mangelhafte Bildung und fehlende Vorerfahrungen, Angst vor komplexen und bürokrati-

schen Abläufen, fehlende soziale Kompetenz oder die gesundheitlichen Probleme überdeckende Existenzsorgen als negative Einflussfaktoren.

Den Einfluss der psychischen Situation berücksichtigen

Zu wenig berücksichtigt wird neben dem oben dargestellten Aspekt der Selbstwirksamkeit auch die innerpsychische Situation der entsprechenden Zielpersonen. Während negative Emotionen wie Feindseligkeit, Angst oder Stress z.B. über erhöhtes Risikoverhalten oder Auswirkungen auf das Immunsystem einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben können, stellen Optimismus, Selbstwirksamkeit sowie eine positive Sicht auf das Älterwerden mögliche protektive Faktoren dar (Tesch-Römer & Wurm, 2009).

Darüber hinaus ist die zeitgeschichtliche Dimension mit unbewussten kollektiven Mustern und Bildern zu berücksichtigen. So sind psychische Probleme aufgrund von Traumatisierungen in der Kriegsgeneration nicht selten anzutreffen. Die Menschen, die mit diesem Personenkreis Kontakt haben, müssen im Umgang dementsprechend geschult sein, um Zusammenhänge und einen Hilfsbedarf erkennen zu können. Gerade die Kriegsgeneration verfügt aufgrund der Besonderheiten ihrer früheren Lebensbedingungen über ganz bestimmte Verhaltensweisen. In dieser Generation wurde beispielsweise „Abhärtung“ und fehlende Rücksichtnahme auf den eigenen Körper anerzogen, es wird oftmals alles aufgehoben, aufgegessen etc.. Verhaltensweisen, die in Kriegszeiten überlebenswichtig waren, die heute aber unter Umständen der Gesundheit entgegen stehen (Radebold, 2012). Posttraumatisch und traumakompensatorisch können sich Verhaltensweisen entwickeln, wie z.B. die biographisch durch unzureichend verarbeitete Traumata (Krieg etc) zu erklärende fehlende Selbstfürsorge bis hin zu körperfeindlichem und destruktiven Verhalten oder wie eine Abspaltung von Gefühlen, die sich interpsychisch nicht mit gesundheitsförderlichem Verhalten vereinbaren lassen. Die intellektuelle Einsicht kann so nicht vordringen.

Als weiterer Aspekt sind psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depression oder Suchterkrankungen im Alter zu nennen, die nicht selten vorkommen. Aufgrund ihrer oftmals sehr schwierigen Lebensumstände sind sozial benachteiligte Menschen noch mehr gefährdet. Dies ist aus verschiedenen Gründen von Bedeutung. Zum einen können psychische Erkrankungen die Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung behindern. Menschen mit Depressionen und Angsterkrankungen sind beispielsweise nicht gut in der

Lage, ihre Wohnung zu verlassen, weil ihnen beispielsweise der Antrieb fehlt oder sie unter Ängsten leiden, während Menschen mit Suchterkrankungen möglicherweise aus Scham soziale Kontakte meiden. Zum anderen stellen psychische Erkrankungen ein Risiko für zusätzliche körperliche Erkrankungen dar, so ist z.B. das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und für Diabetes bei Menschen mit Depression deutlich erhöht (z.B. Tesch-Römer & Wurm, 2009; Elderon & Whooley, 2013; Knol et al., 2006). Dementsprechend interagieren psychische Erkrankungen mit der Fähigkeit und Bereitschaft, an Interventionen zu Gesundheitsförderung bzw. Präventionsmaßnahmen teilzunehmen. Werden beispielsweise depressive Erkrankungen oder Angststörungen nicht erkannt, laufen gut geplante Maßnahmen dennoch ins Leere. Auch demenzielle Erkrankungen, deren Risiko mit zunehmendem Alter ansteigt, können die Aufnahme und Umsetzung von Informationen stark beeinträchtigen. Eine gute Diagnostik der Ausgangslage der Zielpersonen ist daher unerlässlich, was jedoch wiederum mit einem hohen Aufwand verbunden ist. Derartige Untersuchungen sind zeit- und kostenintensiv und sollten in jedem Fall von professionellen Fachkräften (z.B. Psychologen oder Psychiatern) durchgeführt werden.

3 Handlungsempfehlungen: Impulse aus Theorie und Praxis für die Praxis

Vorbemerkung

Städte und Gemeinden generationenfreundlich und gesundheitsförderlich gestalten

Die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit bei Älteren ist dann besonders wirkungsvoll, wenn Gesundheitsförderung in der Lebenswelt der älteren Menschen ansetzt und unbewusste individuelle und kollektive Muster einbezieht. Es geht um die Entwicklung von bedarfsorientierten Strategien im Wohnumfeld bzw. in der Gemeinde oder Stadt der älteren Menschen. Kommunale Gesundheitsförderung beinhaltet, dass die Themenauswahl nicht vorgegeben, sondern gemeinsam mit den Älteren ausgewählt wird. Ziel ist, gemeinsam alltagsnahe Lösungen für ältere Frauen und Männern zu entwickeln, die selbstbestimmtes Leben im Alter bei guter Gesundheit ermöglichen. Kommunale Gesundheitsförderung hat die Rahmenbedingungen unter denen die Menschen leben sowie die Gesundheitspotentiale und gesundheitlichen Risiken der Älteren im Blick.

Praxisbeispiel:

Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ unterstützt Städte und Gemeinden konkret beim Aufbau einer kommunalen Initiative zur Förderung der Gesundheit im Rahmen langfristiger Prozesse. Sie bündelt Erfahrungswissen aus Kommunen, wie selbstbestimmtes Leben im Alter auch für Menschen in schwierigen Lebenslagen gelingen kann. Der konzeptionelle Rahmen der Landesinitiative beschreibt zugleich zentrale Bausteine effektiver kommunaler Gesundheitsförderung. Die Initiative unterstützt Städte und Gemeinden beim Auf- und Ausbau kommunaler Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg mit Qualifizierung, passgenauer fachlicher Beratung und Erfahrungsaustausch der beteiligten Städte und Gemeinden.

Informationen unter <http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx>

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen stellen eine Ergänzung des Handbuchs zur Gesundheitsförderung (LGA 2012) dar mit Schwerpunktsetzung auf Verbesserung der Zugangswege zu sozial benachteiligten älteren Menschen. In die Empfehlungen fließen die Ergebnisse zahlreicher Studien und praxisbezogener Projekte ein. Darauf aufbauend wurden die bisherigen Erkenntnisse gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Praxisbereichen diskutiert und auf ihre Praxistauglichkeit überprüft. Resultierend werden die im Austausch entstandenen Empfehlungen nachfolgend vorgestellt.

3.1 Die Sicht der Älteren einbeziehen

Gesundheitsförderung, die alle Menschen unabhängig von ihrer sozialen Lage, Herkunft und Geschlecht erreichen soll, erfordert genaue Kenntnisse über die Heterogenität der Zielgruppe älterer Menschen, ihre Bedürfnisse, unbewusste individuelle und kollektive Muster, ihre aktuelle Lebenslage sowie die Ausgangslage in der Kommune.

- ⇒ Damit Gesundheitsförderung passgenau die Bedürfnisse und die soziale Lage der Älteren berücksichtigt, ist eine **Analyse der Bedürfnisse und der Lebenslage der älteren Menschen im Vorfeld von Maßnahmenplanung erforderlich.**
- ⇒ Stadtteilspaziergänge sind ein bewährtes **Analyseverfahren**, den Stadtteil bzw. das Wohnquartier aus der Perspektive der Älteren zu betrachten (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2010).

- ⇒ Um Kontakt zu schwer erreichbare älteren Menschen herzustellen, ist oftmals die systematische **Befragung von Schlüsselpersonen** im Wohnumfeld, z.B. Ärzteschaft, soziale Dienste oder bspw. Wohlfahrtsverbände ein notwendiger erster Schritt.
- ⇒ Die Analyse der Bedürfnisse von Menschen in schwierigen Lebenslagen muss möglichst ergebnisoffen angegangen werden. Häufig stehen **existentielle Probleme und basale Bedürfnisse (vgl. 2.3) im Vordergrund**, die es zu berücksichtigen gilt. Die Stärkung der sozialen Beziehungen sowie eine existenzielle Unterstützung sind notwendig, um die psychischen Belastungen so gering wie möglich zu halten.

Praxisbeispiel:

Im Oktober 2012 fand die erste Kommunale Gesundheitskonferenz des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg zum Thema „Alter(n) und Gesundheit“ statt. Im Rahmen dieser Konferenz wurde unter anderem die Stadtteilanalyse der Weinheimer Weststadt beschlossen.

Die zentrale Fragestellung der Analyse ist: „Wie muss ein Stadtteil gestaltet sein, um seinen Bürgern möglichst lange ein selbständiges Leben im Alter ermöglichen zu können?“ Um sich dieser Fragestellung nähern zu können, wurden vier Vorgehensweisen gewählt:

- Betrachtung demographischer und sozial-struktureller Daten mit Erstellung kartographischer Darstellungen zur Weinheimer Weststadt.
- Stadtteilbegehungen als Partizipationsinstrument. Die Bürgerinnen und Bürger erforschen ihren eigenen Stadtteil und untersuchen die altersgerechte Gestaltung ihres Wohnumfelds sowie die vorliegende Infrastruktur.
- Netzwerkarbeit: Wer sind die wichtigen Akteure und Ansprechpartner zum Thema „ältere Menschen“ vor Ort? Hierzu wurden und werden themenbezogene Gespräche und Interviews geführt.
- Durchführung eines Gesundheitsdialoges „Aktivierung schwer erreichbarer älterer Menschen“ durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und die Universität Stuttgart(ZIRIUS) im Rahmen der Pilotgesundheitsdialoge des Landes Baden-Württemberg.

Im Rahmen der Stadtteilanalyse Weinheim-West will man auch mit denjenigen älteren Menschen ins Gespräch kommen, die sich zurückziehen und mit den sonst üblichen Angeboten nicht angesprochen werden können. Im Pilotgesundheitsdialog werden gemeinsam mit Akteuren des sozialen Netzwerks Weinheim Strategien und Ansprechpartner gesucht, um schrittweise die Zielgruppe erreichen und schließlich in Fokusgruppen und qualitativen Interviews zu Wort kommen lassen zu können.

Kontakt:

Bettina Brandeis (bettina.brandeis@rhein-neckar-kreis.de), Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis

3.2 Motivation fördern und Grenzen beachten

Ältere Menschen in belastenden Lebenslagen, die sich unter Umständen noch nie oder kaum mit gesundheitsförderlichem Verhalten beschäftigt haben, tun sich in der Regel schwer damit, selbstständig und eigenverantwortlich Angebote zur Gesundheitsförderung auszuwählen und umzusetzen. Um sie an eigenverantwortliches gesundheitsbewusstes Verhalten heranzuführen, müssen neben Angebotsmerkmalen motivationale Aspekte (z.B. Selbstwirksamkeitserleben, eigene Erfolgseinschätzung) aber auch die innerpsychische Situation und unbewusste individuelle und kollektive Muster berücksichtigt werden.

- ⇒ Sinnvoll sind Angebote zur Gesundheitsförderung, die **Freiraum für Mitgestaltung bieten**, sowie einfach und schnell Erfolgserlebnisse fördern. Dazu ist es wichtig, kleinschrittig vorzugehen, d.h. die Angebote sollen die Menschen Schritt für Schritt an gesundheitsbewusstes Verhalten heranzuführen. Vor einer Teilnahme an einer Sportgruppe, die unter Umständen angst- oder schambesetzt ist, können beispielsweise regelmäßige begleitete Spaziergänge mit Gleichgesinnten erste positive Erfahrungen mit Bewegung fördern. Zudem dürfen psychische Erkrankungen wie z.B. Depression, Angst- oder Suchterkrankungen nicht übersehen werden, damit sinnvolle und gut geplante Maßnahmen nicht ins Leere laufen.

- ⇒ Grundsätzlich ist es sinnvoll, die **Menschen bereits in die Planung und später in die Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit einzubeziehen und zu beteiligen**, um das Erleben von Selbstwirksamkeit zu fördern. Durch die aktive Beteiligung älterer Menschen und die Erfahrung, dass der eigene Einsatz etwas bewirkt, wird das Erleben der Selbstwirksamkeit gefördert, ohne dass diese direkt angesprochen werden muss. Der Dialog mit den Älteren ermöglicht Mitgestalten der Lebensbedingungen und motiviert. Belohnung und Bestrafung dagegen bringen keine dauerhaften inneren Einstellungsveränderungen. Daher sind paternalistische Ermahnung und Appelle an die Einsicht zum Scheitern verurteilt

- ⇒ Der **Respekt**, die **Anerkennung und Wertschätzung**, die ältere Menschen in der Gesellschaft und innerhalb einer Gruppe erhalten, haben ebenfalls einen großen Einfluss auf die Motivationsförderung.

- ⇒ Weiterhin kann es hilfreich sein, den Zeitpunkt zu dem Angebote gemacht werden, näher zu überdenken. **Übergangs- und Umbruchsituationen**, eignen sich besonders dazu, Menschen anzusprechen, z.B. vor oder nach dem Austritt aus dem Berufsleben oder auch - zu einem Zeitpunkt, wenn noch etwa ein Viertel der Lebenszeit vor einem liegt. Auch der Verlust eines Partners kann das bisherige Leben grundlegend verändern und Menschen offen für Unterstützung und neue Perspektiven machen.

- ⇒ Zu berücksichtigen ist weiter der **Einfluss der Person, die für die Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens zuständig ist**. Oftmals handelt es sich um Frauen, meist ein Vielfaches jünger als die angesprochene Zielgruppe. Allgemein mag es den heute älteren Menschen schwerfallen, „Ratschläge“ von Personen, die ihre Kinder, wenn nicht Enkel sein könnten, anzunehmen. Noch schwerer wird es vermutlich älteren Männern fallen, sich gegenüber wesentlich jüngeren Frauen in Bezug auf Gesundheitsprobleme, Sorgen und Nöte zu öffnen. Eine entsprechende Sensibilisierung und Schulung der Anbieter von Interventionen zur Gesundheitsförderung kann diese Problematik entschärfen helfen.

- ⇒ **Gesundheitsbewusstes Verhalten sollte idealerweise aus der Person selbst kommen**. Eine selbst-verantwortlich handelnde Person kann etwas in ihren eigenen sozialen Räumen bewirken und Modell für andere Personen ihres Netzwerkes sein. Realistischerweise ist dies insbesondere in der Gruppe der sozial benachteiligten älteren Menschen nur schwer erreichbar. Hier steht oftmals die Versorgung mit dem Nötigsten im Vordergrund. Menschen, die über Jahrzehnte überwiegend kein gesundheitsbezogenes Leben geführt haben, sind im Alter nur schwer davon zu überzeugen. Psychische, kognitive und gesundheitliche Einschränkungen begrenzen die Entwicklungsmöglichkeiten zusätzlich. Zusätzlich kritisch ist zu betrachten, dass Einsicht und Verhalten nicht notwendigerweise miteinander verbunden sind, was bedeutet, dass eine umfassende Beratung allein noch keine Verhaltensänderung bewirkt. Zudem ist der Nutzen von Maßnahmen oft nicht direkt erlebbar. Kontaktpersonen können unter Umständen Einfluss nehmen, d.h. Personen, die der Zielgruppe ähnlich und nah sind.

- ⇒ Bei allen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung darf ein Aspekt nicht unbedacht bleiben. Es wird immer wieder Menschen geben, die sich trotz aller Informationen und Unterstützung, die ihnen geboten werden, gegen eine Teilnahme an Gesundheitsförderung entscheiden. Dies sollte und muss akzeptiert werden. Es besteht in jedem Fall für alle Menschen im Sinne des Empowerments und der Partizipation das Recht auf Teilhabe an Gesundheitsförderung. Im Sinne der Selbstbestimmung bedeutet dies jedoch **nicht die Pflicht zur Teilnahme**. Wird dies nicht berücksichtigt, kann es zu großer Enttäuschung und Frustration auf Seiten der motivierten Anbieter kommen und sich negativ auf deren Motivation auswirken.

3.3 Haupt- und ehrenamtlichen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einbinden

Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sind wichtige Türöffner für Gesundheitsförderung. Damit die Vielfalt der Lebenslagen von sozial benachteiligten älteren Menschen und ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden, sollten die **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eine möglichst große Ähnlichkeit zur Zielgruppe** besitzen. Nach Möglichkeit stimmen sie zumindest in Hinblick auf Altersbereich, Geschlecht und Ethnie mit der Zielgruppe überein und können eine Modellfunktion übernehmen.

Aufgrund der oftmals in vielen Bereichen sehr schwierigen Lebenssituation der sozial benachteiligten Menschen, sowie der eventuell vorhandenen psychischen Beeinträchtigungen ist es wünschenswert, dass die Kontaktpersonen im Idealfall über **Grundkenntnisse** aus den Bereichen Gerontologie, Geriatrie und Psychologie verfügen. Professionelle und speziell für die Zielgruppe geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, z.B. von sozialen Diensten, aus der Sozialarbeit oder mit psychologischem Fachhintergrund sind erforderlich, um Barrieren auf Seiten der Zielgruppe zu erkennen. So können Kontakte erleichtert und Misserfolge reduziert werden. Gerade die **eigenen Altersbilder** und die ggf. **eigenen Altersängste** können, wenn sie bewusst reflektiert werden, einen guten Umgang mit den älteren Menschen unterstützen.

- ⇒ Bezüglich des Zugangs sozial benachteiligter Menschen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung nehmen **Ärztinnen und Ärzte** schon von Berufs wegen eine besonde-

re Rolle ein. Sie sind in der Regel gerade für ältere Menschen **wichtige Vertrauenspersonen** und oft diejenigen, die den genauesten Blick auf die Gesundheit der betroffenen Menschen haben. In der heutigen Praxisstruktur besteht jedoch oft wenig Spielraum für medizinische Hausbesuche bzw. erweiterte „soziale Hausbesuche“ oder längere Gespräche im Praxisalltag.

- ⇒ die Ärzteschaft kann dazu beitragen, das **Gesundheitsbewusstsein** der älteren Menschen zu fördern. Wichtig dabei ist, Informationen zu vermitteln, dass auch mit funktionellen Einschränkungen ein aktives Leben möglich ist und Gesundheitsförderung und Prävention auch im Alter wirken.
- ⇒ Die passgenaue Beratung der Älteren setzt voraus, dass die Ärzteschaft, auch in Kliniken, einen **Überblick über vorhandene Angebote im Stadtteil/Gemeinde** hat. Broschüren sind besser geeignet als Veröffentlichungen im Internet. Solche „Wegweiser“ über Angebote sollten auch nach funktionellen körperlichen und psychischen Einschränkungen differenziert sein.
- ⇒ Aus Sicht der Ärzteschaft muss es verstärkt **zugehende Angebote** geben. Erste Erfahrungen mit neuen Maßnahmen, wie z.B. Einbeziehung medizinischer Fachangestellter und Gemeindeschwestern sind derzeit in Erprobung.
- ⇒ **Kommunale oder quartiersbezogene Netzwerke**, die für Akteurinnen und Akteure der Seniorenarbeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Gesundheit und Soziales und für ältere Menschen offen ist, können wichtige Plattformen im Sinne eines **Frühwarnsystem** sein. Der interdisziplinäre Fachaustausch kann hilfreich sein, um auf „Brennpunkte“ im Stadtteil hinzuweisen. Netzwerkarbeit erfordert eine hauptamtliche Koordinationsstelle. Im Vorfeld der Gründung neuer Netzwerke ist zu ermitteln, welche Netzwerkstrukturen vorhanden sind, beispielsweise kann an die bestehenden Qualitätszirkel der Hausärzte angedockt werden.
- ⇒ Die Erfahrungen des „MedMobil“ in Stuttgart zeigen, dass bei der Beratung sozial benachteiligter älterer Menschen eine **Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Sozialarbeiterinnen sowie Sozialarbeiter** wichtig ist, um nicht medizinische Fra-

gen abzudecken.

- ⇒ Die Beratung älterer Migrantinnen und Migranten macht **interkulturelle Kompetenz** notwendig. Die Kontaktaufnahme mit ehrenamtlichen Dolmetschern ist hilfreich, vorausgesetzt, es gibt Informationen hierüber.

- ⇒ Neben der Ärzteschaft stellen **viele weitere Anbieter des Gesundheitswesens**, z.B. Apotheker, Pflegedienste, Therapeuten oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Familiengesundheitspflege Schlüsselpersonen in der Beratung und Unterstützung im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung dar.

Praxisbeispiel:

Auf struktureller Ebene zeigen innovative Initiativen wie „VerAH“, bei denen Gemeindegewestern bzw. Versorgungsassistentinnen in ländlichen Gebieten zum Einsatz kommen, vielversprechende Ansätze. Ärztliche Praxen werden so in der Gesundheitsversorgung unterstützt. Derartige Initiativen können v.a. den sozial benachteiligten Menschen zugutekommen, denen der Zugang zur Gesundheitsversorgung normalerweise erschwert ist.

Weitere Informationen unter: <http://www.verah.de/c942a6dc-d073-40f2-8a8e-e0894e2d894b.html?t=1386771722967>

Einbindung bürgerschaftlich engagierter Personen

Ohne die Einbindung ehrenamtlich Tätiger sind viele Formen der Unterstützung gemeinschaftlicher Aufgaben gar nicht zu leisten. Im Bereich von Besuchsdiensten, Nachbarschaftshilfe, Bewegungsförderung, Behördenpaten o.ä. leisten bürgerschaftlich Engagierte eine höchst wertvolle Aufgabe. Ehrenamtliche können auf Augenhöhe kommunizieren und sich oftmals in die Lebenssituation der älteren Menschen hineinversetzen.

- ⇒ Über **Kontaktstellen** des Bürgerschaftlichen Engagements und weiteren Einrichtungen wie z.B. Seniorenbüros, Seniorenräte oder Kirchengemeinden können Ehrenamtliche gewonnen werden. Mit **Öffentlichkeitsarbeit**, z.B. im Rahmen von öffentlichen Veranstaltungen, kann auf Maßnahmen für ehrenamtliche Tätigkeiten aufmerksam gemacht werden.

- ⇒ **Vernetzung und Kooperation** zwischen hauptamtlichen Fachstellen und bürgerschaftlichem Engagement bedarf einer neutralen Koordinations- und Anlaufstelle.
- ⇒ Bürgerschaftlich engagierte Personen sollten an der **Gestaltung ihres Aufgabengebiets** teilhaben können und die Tätigkeiten den Interessen und Fähigkeiten entsprechen.
- ⇒ Eine Vermittlung des Wertes ihrer Tätigkeit sowie die **Wertschätzung** in Form von Öffentlichkeitsarbeit, Aufwandsentschädigungen sowie die regelmäßige Kontaktpflege, fachlicher Austausch und Unterstützung in Form von Supervision können die Zufriedenheit der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern und eine langfristige Bindung bewirken.

Praxisbeispiel: Bewegungs-Starthelfer

Das Projekt „Bewegungs-Starthelfer“ wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren beim Landesportbund Hessen umgesetzt und evaluiert. Die Idee hinter dem Konzept ist, „Nicht-Beweger“ an einen körperlich aktiven Lebensstil heranzuführen. Inaktive Menschen werden von ehrenamtlich aktiven „Bewegungs-Starthelfer“ angesprochen, an die Bewegung herangeführt und beim Bewegungseinstieg begleitet.

Weitere Informationen unter: <http://www.kreis-offenbach.de/index.phtml?NavID=1856.288>

3.4 Kommunale Angebote an die Bedürfnisse der Menschen in schwierigen Lebenslagen anpassen

Angebote zur Gesundheitsförderung, im Idealfall in Kombination mit Sozialberatung, basieren auf kommunalen Bestands- und Bedarfsanalysen. Damit sie für Menschen in schwierigen Lebenslagen attraktiv sind, haben sich in der Praxis folgende Angebotsmerkmale bewährt:

- ⇒ **Maßnahmen sollten so eng wie möglich auf die entsprechende Zielgruppe zugeschnitten sein.** Je nach kulturellem Hintergrund können z.B. die Vorstellungen und Modelle von Gesundheit bzw. Krankheit, Werte und Normvorstellungen weit auseinanderliegen.

Auch wenn eine grundsätzliche Veränderung der Lebensweise in der Gruppe der älteren Menschen vielleicht nur in Einzelfällen verwirklicht werden kann, so hat die Verringerung von weiteren Schädigungen bei einer großen Personengruppe weiterhin einen hohen Stellenwert.

- ⇒ **kostengünstig**, möglichst kostenfrei.
- ⇒ niedrigschwellig: **wohntnah**, nach Möglichkeit in bestehende Strukturen wie Seniorenzentren o.ä. eingebunden.
- ⇒ Angebot findet **tagsüber** statt und ist möglichst spezifisch auf die Zielgruppe zugeschnitten.
- ⇒ wird in der **Muttersprache** durchgeführt, um sprachliche Barrieren zu verhindern.
- ⇒ Angebote beachten die unterschiedlichen Interessen von **Frauen und Männern**.
- ⇒ **neutrale oder positive Themen** als Türöffner stehen im Vordergrund, da die Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unter Umständen schambesetzt ist.
- ⇒ Ein Angebot zum **geselligen Beisammensein** wird eher angenommen werden als ein Themennachmittag zu Ernährung bei Diabetes.
- ⇒ **Vertrauenspersonen** oder Gleichgesinnte in bestehenden Gruppen können Personen zur Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen motivieren, die wenig Problembewusstsein oder die generell kein Interesse an Gesundheitsförderung haben. Werden solche Gruppen von Personen begleitet, die eine Vorbildfunktion übernehmen, können behutsam Kontakte zum Thema Gesundheitsförderung hergestellt und verfestigt werden.
- ⇒ **Hol- und Bringdienste** können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer abholen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.
- ⇒ Regelmäßige **Begleitungsangebote** zu Hause anbieten.

Praxisbeispiel: Mittagstisch im Haus der Begegnung in Stuttgart Giebel

Im Stuttgarter Stadtteil Giebel bietet das Haus der Begegnung in Zusammenarbeit mit einer nahe gelegenen Gaststätte unter der Woche jeden Tag einen Mittagstisch an. Das Essen wird durch zwei Bürgerarbeitsplätze und einige ehrenamtliche Helferinnen und Helfer ausgegeben. Für 4,50 Euro gibt es ein gesundes Gericht inklusive Nachtisch und Getränk. Das Angebot wird – von überwiegend alleinstehenden älteren Menschen und Menschen mit Behinderung – sehr gut angenommen und kommt gerade auch denjenigen zugute, die nur über geringe Renten verfügen. Es erfüllt vor allem auch soziale Ziele: wenn jemand der "Stammgäste" nicht erscheint, rufen die Ehrenamtlichen an und fragen nach, ob etwas passiert ist und Hilfe benötigt wird. Für die älteren Menschen, die keine Angehörigen und wenige nachbarschaftliche Kontakte in der Nähe haben, ist das eine große Hilfe - ebenso für die Angehörigen, die informiert werden, wenn die Älteren nicht erscheinen, krank sind oder sonstige Auffälligkeiten da sind.

Kontakt:

Haus der Begegnung Giebel e.V.

Giebelstrasse 14, 70499 Stuttgart – Giebel

Ansprechperson: Marion Goß

Telefon: 0711 / 86 20 377

Fax: 0711 / 81 47 43 22

Email: hdb-giebel@t-online.de

Internet: <http://www.haus-der-begegnung-giebel.de/>

Praxisbeispiel: Nachbarschaftsheim St. Pauli

Das Nachbarschaftsheim St. Pauli ist ein integrativ arbeitender Seniorentreff im sozialen Brennpunkt Hamburgs und orientiert sich an den Bedürfnissen der Menschen. Das Nachbarschaftsheim bietet eine Menge an Kommunikations- und Unterstützungsangeboten an. Neben einem Mittagstisch hält das Nachbarschaftsheim viele Sportangebote vor und bietet Sozialberatungen an.

Weitere Informationen unter: info@nbhstpauliat.de

3.5 Überblick über kommunale Angebote gewährleisten

Mit Sicherheit kann nicht von einem Mangel an Informationen über eine gesundheitsbewusste Lebensweise oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gesprochen werden. Im Gegenteil ist es insbesondere für Laien und Fachkräfte sehr schwer, einen Überblick über die Flut an Informationen zu behalten oder individuell geeignete Angebote zu bewerten und auszuwählen.

- ⇒ Durch Information das **Bewusstsein für Gesundheit in der Bevölkerung schärfen**. Prävention, egal ob primär, sekundär oder tertiär, ist auch im höheren Alter noch möglich.

- ⇒ Eine Übersicht über die Angebote für ältere Menschen geben **Angebotswegweiser**, die im Rahmen der Bestandsanalyse ermittelt wurden. Denkbar ist dies sowohl in Form eines Online-Portals als auch die Bereitstellung von gedruckten Wegweisern, die dann bei Ärztinnen und Ärzten, in Apotheken in Kirchen und weiteren Einrichtungen ausgelegt werden können.
- ⇒ Durch eine **Vernetzung vor Ort**, z.B. ein regelmäßig stattfindender „Runder Tisch“, können Kontakte geknüpft, eine Zusammenarbeit angeregt und über aktuelle Angebote informiert werden.
- ⇒ Für das Angebot in der **Presse** oder im **Gemeindeblatt** werben. Auch Schaukästen oder das schwarze Brett in einem Wohnhaus dienen dem Informationsgewinn.
- ⇒ Aktionstage bieten sich an, um Angebote kennenzulernen und regen die Vernetzung zwischen den Akteuren vor Ort an.

Praxisbeispiel: Angebotswegweiser

Im Rahmen einer Projektförderung durch das Sozialministerium Baden-Württemberg haben das Stadtteilmanagement der Sozialen Stadt und das Haus der Begegnung in Stuttgart-Giebel gemeinsam mit anderen vor Ort überlegt und in die Tat umgesetzt, wie sich die Gesundheit älterer Stadtteilbewohner fördern und Einsamkeit verringern lässt. Zu Beginn der 1 ½-jährigen Förderphase wurde ein Runder Tisch einberufen. Dieser stellte bald fest, dass es viele Angebote vor Ort gibt, der Bekanntheitsgrad jedoch verbessert werden könnte. Aus dem Netzwerk heraus ist der Wegweiser "Gesund im Giebel - auch im Alter" entwickelt worden, der Angebote für Ältere und für Menschen mit Unterstützungsbedarf in Stuttgart-Giebel beinhaltet und bei Bedarf aktualisiert wird. Seit Ablauf der Förderung werden die Aktivitäten im Rahmen der Sozialen Stadt Giebel weitergeführt.

Download der Broschüre: http://www.stuttgart-giebel.de/files/20130422_AngeboteFuerAeltere_GESAMT-2013.pdf

Praxisbeispiel

Ab 2014 werden Präventionskurse und Anbieter von Präventionskursen bundesweit zentral und kassenübergreifend auf Qualität überprüft.

Alle qualitätsgeprüften und zertifizierten Kurse in Deutschland aus verschiedenen Bereichen wie z.B. Bewegung oder Ernährung werden in einer online Datenbank aufgelistet, die über die jeweilige Internetseite der teilnehmenden Kassen aufgerufen werden kann.

Zusammenfassung

Gesund älter werden für alle in Baden-Württemberg ist das aktuelle Handlungsfeld der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit am LGA, gefördert von den gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg. Die von der Koordinierungsstelle in Auftrag gegebene Expertise fasst den aktuellen Kenntnisstand zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Alter zusammen. Auf Grundlage des theoretischen Hintergrunds wurden im Dialog mit ausgewählten Expertinnen und Experten Handlungsempfehlungen, die künftig fortlaufend aktualisiert werden, erarbeitet. Sie sollen Entscheidungsträgern vor Ort, insbesondere den Kommunalen Gesundheitskonferenzen auf Stadt-/Landkreisebene und den Städten und Gemeinden fachliche Orientierung geben und die Arbeit vor Ort unterstützen. Ziel ist, einen landesweiten Fachdialog anzustoßen, der kontinuierlich Empfehlungen aus der Praxis zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit im Alter weitergibt. Die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit im Alter ist eine zentrale gesamt-gesellschaftliche Aufgabe, die an den Lebenswelten der Menschen, den politischen Rahmenbedingungen und der Verantwortung des Einzelnen ansetzen.

Die Handlungsempfehlungen beschreiben Erwartungen an Politik sowie Fachstellen und Verbände aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu folgenden übergeordneten Aspekten:

- Städte und Gemeinden generationenfreundlich und gesundheitsförderlich gestalten
- Die Sicht der Älteren einbeziehen, damit Gesundheitsförderung passgenau die (basalen) Bedürfnisse, unbewusste individuelle und kollektive Muster und die Lebenslage der älteren Menschen berücksichtigt
- Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten fördern durch Freiräume für Mitgestaltung und Erfolgserlebnisse, damit das Selbstwirksamkeitserleben gefördert wird sowie durch spezifische Angebotsmerkmale
- Haupt- und ehrenamtliche Multiplikatoren und Multiplikatorinnen einbinden, die möglichst im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Ethnie mit der Zielgruppe übereinstimmen, um Modellfunktion übernehmen zu können
- Informelle Multiplikatoren können den Zugang erleichtern, insbesondere der Ärzteschaft kommt eine Schlüsselrolle in der Kontaktherstellung und als Vertrauenspersonen zu den sozial benachteiligten Menschen und ihrer Information zu
- Überblick über die Vielfalt der kommunalen Angebote für Ältere gewährleisten.

Literatur

Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell*. Stuttgart: Klett.

Bertelsmann Stiftung (2011). *Sozialplanung für Senioren*. Das Handbuch.

URL: <http://www.sozialplanung-senioren.de/service/download-cen-ter/index.html?L=0%2F%2F%5C%2F%5C%2F%27tyle.display%3D%2F%2F%5C%2F%5C%2F%27bmit%28%29%3B>, eingesehen am 5.09.2013.

Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, Th. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=d&p_uid=&p_aid=&p_lfd_nr=1, eingesehen am 5.09.2013.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2002. *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*.

Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune*. Kurz-Expertise.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011a). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011b). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln.

Dapp, U. (2008). *Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Elderon, L. & Whooley M.A. (2013). *Depression and cardiovascular disease*. *Progress in Cardiovascular Disease*, 55(6), 511-23.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010*.

Hikl, R. & Bill, P. (2005). *„aktiv55+“ Abschlussbericht: Anregungen für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Kleinstadt (12/2006)*.

URL: <http://www.aktiv-55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf>, eingesehen am 18.07.2013.

Knol, M.J., Twisk, J.W., Beekman A.T., Heine, R.J., Snoek; F.J. & Pouwer, F. (2006). *Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis*. *Diabetologia*, 49(5), 837-45.

Kofahl, C. , Nickel, S., Werner, S. & Trojan, A. (2006). *Schwer erreichbare Betroffene aktivieren. Ergebnisse aus einer Befragung von 95 Selbsthilfekontaktstellen und – Unterstützungseinrichtungen*

URL: http://www.uke.de/extern/asp/betroffene_aktivieren.pdf, eingesehen am 17.07.2013.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) (2012). *Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg - Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung* (2. aktualisierte Auflage). Stuttgart.

Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Huber, Bern.

Mielck, A. (2003). *Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen*. Zeitschrift für Sozialreform 49 (3): 370 – 375.

Radebold, Hartmut. (2012). Keine Rücksicht auf den eigenen Körper. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 33-34, 17. Aug. 2012

Richter-Kornweit, A. & Altgeld, T. (2013). *Teilhabe von älteren Menschen und gemeinde-nahe Gesundheitsförderung für ältere Menschen*

URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/teilhabe-von-aelteren-menschen-und-gemeindenae-gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/>, eingesehen am 17.07.2013.

Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model*. In: Schwarzer, R. (Ed.) *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.

Statistisches Landesamt (2011). *Lebenssituation von älteren Menschen in Baden-Württemberg*. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg. 10/2011.

Tesch-Römer, C., & Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg). *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7-20). Berlin: Robert-Bosch-Institut.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*.

URL: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, eingesehen am 18.09.2013.

WHO (2005). *Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen*.

http://www.soz.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_sozologie/Personen/Institutsmitglieder/Reinprecht/Reinprecht_Aktiv_ins_Alter_WHO.pdf, eingesehen am 18.07.2013

Weiterführende Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008). Aktiv werden für Gesundheit- Arbeits- hilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. *Heft 1: Gesunde Lebenswel- ten schaffen. Gesund und aktiv älter werden*. 2. Auflage

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit der Landesver- einigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) (2013). *Gesund & aktiv älter werden. „Alt sind immer die anderen“. Viele gute Gründe für Kommunen, demografischen Wandel. Alter und Gesundheit zusammen zu denken*.

URL: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Argumentationsstrategie_Web.pdf, eingesehen am 17.09.2013

Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung & Wissen- schaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2013): *Partizipative Qualitätsentwicklung* .

URL: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/>, eingesehen am 22.10.2013.

Landeszentrum NRW (2013). *Leitfaden zur Selbstevaluation*.

URL:

http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiativ_e/evaluation/, eingesehen am 22.10.2013.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2013). AG Standortfaktor Gesundheit. *Bericht der Projektgruppe - Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg*.

Radebold, H. (2005). *Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen*. Gießen: Psychosozial-Verlag

Soom Ammann, E. & Sali Gross, C. (2011). *Alt und schwer erreichbar. „Best Practice Ge- sundheitsförderung im Alter“ bei sozial benachteiligten Gruppen*. München: AVM.