



Dokumentation der Tagung „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“ am 26. Februar 2009 in Berlin



Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit

Inhaltliche Bearbeitung:

Dr. Marina Schmitt, Institut für Gerontologie

Dipl.-Päd. Martina Kischel, Institut für Gerontologie

Gestaltung:

Fortmann.Rohleder Grafik.Design, Dortmund

Druck:

Dortmund, Juli 2009

1 Vorwort	4
2 Grußworte	
Frau Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit	6
Frau Karin Knufmann-Happe, Ministerialdirektorin im Bundesministerium für Gesundheit	7
3 Vorträge	
Gesundheit für ein langes Leben Prof. Dr. Gerhard Naegele und Dr. Marina Schmitt	10
Gesundheit und Alter im Stadtteil Dr. Susanne Kümpers	15
Beteiligung und Vernetzung vor Ort Thomas Altgeld	24
Internationale Handlungskonzepte Prof. Dr. Monika Reichert	32
4 Praxisbeispiele	
aktiv55plus, Radevormwald Dr. med. Reinhold Hinkl	39
Gesundes und aktives Altern in Dresden Claudia Kasimir-Glaeser	41
Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung Petra Bentz	45
Projekt NAIS (Neues Altern in der Stadt) Bruchsal Volker Falkenstein	47
Gesund leben und älter werden in Eving Katharina Lis	51
Aufsuchende Aktivierung als Instrument der Gesundheitsförderung: Das Wiener WHO-Demonstrationsprojekt „Aktiv ins Alter“ (2002–2005) Prof. Dr. Christoph Reinprecht	54
5 Podiumsdiskussion	56

Am 26. Februar 2009 wurde in Berlin die Fachtagung „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“ vom Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund und dem Bundesministerium für Gesundheit veranstaltet. Die Tagung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und fand im Rahmen von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz statt. Rund 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Ministerien auf Bundes- und Landesebene, Städten und Gemeinden, von Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit und Prävention, von Gesundheitsämtern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben teilgenommen und mitdiskutiert.

Die Begrüßung erfolgte durch die Leiterin der Abteilung „Prävention, Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung, Biomedizin“ im Bundesministerium für Gesundheit Frau Ministerialdirektorin Karin Knufmann-Happe in Vertretung des Staatssekretärs Dr. Klaus Theo Schröder.

Ziel der Tagung war es, die Kommunen zu unterstützen, sich auf den demografischen Wandel einzustellen, indem sie die Gesundheit älterer Menschen aktiv fördern. Hierzu wurden in themenspezifischen Vorträgen von Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Praxis Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet, vorbildhafte Praxisbeispiele präsentiert und daraus Möglichkeiten der Übertragbarkeit und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung abgeleitet.

Prävention und Gesundheitsförderung sind bis ins hohe Alter wirksam, um die Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu vermeiden. Mit entsprechenden Angeboten, die an den Lebensbedingungen ansetzen, können ältere Menschen am besten dort erreicht werden, wo sie sich in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld aufhalten. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, erfolgversprechende Zugangswege zu älteren Menschen und Möglichkeiten, wie sie in ihren Lebenswelten – in der Kommune – erreicht werden können, herauszuarbeiten und zu nutzen.

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im kommunalen Setting weisen eine große Bandbreite hinsichtlich vorliegender Konzepte, Methoden und Kooperationsstrukturen auf, die auf die Gegebenheiten vor Ort und die Anforderungen der jeweiligen Zielgruppe älterer Menschen zugeschnitten sind.

Der Settingansatz hat sich als zentrales Konzept in der Gesundheitsförderung und Primärprävention bewährt, insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Menschen. Zudem wurde dargestellt, dass insbesondere die kommunale Handlungsebene für die Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für alle Altersgruppen zentral ist.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung war die Vorstellung von Beispielen guter Praxis durch sechs Vertreterinnen und Vertreter dieser vorbildhaften Projekte. Diese setzen bereits sehr erfolgreich Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in kommunalen Settings um und gaben Anregungen zu Voraussetzungen sowie zur Initiierung und Durchführung von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune.

Die abschließende Podiumsdiskussion war mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Praxis und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) besetzt. Bei der Podiumsdiskussion wurden Erfahrungen bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention ausgetauscht sowie zukünftige Handlungsmöglichkeiten vorgestellt und diskutiert.

Als Ergebnis dieser Tagung kann festgehalten werden, dass aus wissenschaftlicher Sicht Präventionsstrategien, die am Individuum und im Setting ansetzen und durch Information, Beratung und Aufklärung auf die Bevölkerung gerichtet sind, sehr gut entwickelt sind. Ebenso konnte die Umsetzung des Settingsansatzes aus wissenschaftlicher Sicht hinreichend dargestellt werden. Beispiele guter Praxis machten die Bandbreite einer auf Seniorinnen und Senioren bezogenen Gesundheitsförderung und Prävention deutlich.

Bislang fehlen allerdings konzeptionelle Überlegungen dazu, wie die Aspekte der Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit dem Settingsansatz in der Gesundheitsförderung in das Setting Kommune bundesweit übertragen werden können.

Die hier vorliegende Tagungsdokumentation will einen Beitrag zur nachhaltigen Wirkung der Konferenz leisten. Die Veranstalter wollen dazu anregen, den begonnenen Austausch auf wissenschaftlicher und praktischer Ebene voranzutreiben und Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zu initiieren.

Grußwort von Frau Ulla Schmidt

Bundesministerin für Gesundheit

Für Prävention und Gesundheitsförderung ist es nie zu spät. Auch im Alter sind körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, Stressbewältigung und soziale Teilhabe wirksam, um die Gesundheit zu fördern und Krankheiten zu vermeiden. Im Jahr 2030 wird fast ein Drittel der Deutschen 65 Jahre und älter sein. Für Gesellschaft und Politik ist dies eine große Herausforderung. Gemeinsame Anstrengungen sind notwendig, um ältere Menschen stärker als bisher mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die nicht von sich aus auf ihre Gesundheit achten. Oftmals sind dies sozial Benachteiligte und Menschen aus Zuwandererfamilien.

Besonders gefordert sind dabei die Kommunen. Nach der Phase des Erwerbslebens sind die Kommune oder der Stadtteil die Lebenswelten, in denen die älteren Menschen am besten erreicht werden können. Mit dem Nationalen Aktionsplan „INFORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ will die Bundesregierung erreichen, dass die Strukturen vor Ort nachhaltig verändert werden. Die Menschen sollen dabei unterstützt werden, mehr für ihre Gesundheit und einen gesunden Lebensstil zu tun. Ziel ist es, mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung im Alltag zu verankern. Ohne das Engagement der Kommunen wird dies nicht gelingen.

Um Gesundheitsförderung in den Kommunen wirkungsvoll durchzuführen, müssen die vorhandenen Angebote sinnvoll vernetzt und – wenn nötig – ergänzt werden. Gleichzeitig müssen Hindernisse abgebaut werden, die die älteren Menschen daran hindern, diese Angebote auch wahrzunehmen. Einzelne Kommunen sind bereits innovative und vielversprechende Wege gegangen. Wie diese aussehen und welche Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung mit Erfolgsaussicht eingesetzt werden können, soll die Fachtagung „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“ zeigen. Anhand von vorbildhaften Projekten sollen Kriterien für die Nachhaltig-

keit und Übertragbarkeit der Maßnahmen entwickelt werden. Dabei werden auch Erfahrungen aus internationalen Projekten einbezogen. Mit der Tagung wollen wir die Kommunen unterstützen und die kommunalen Akteure und Entscheidungsträger zur Umsetzung motivieren.

Ihnen allen wünsche ich lebhaftes Diskussions- und viel Erfolg dabei, die gewonnenen Erkenntnisse im Lebensalltag der älteren Menschen umzusetzen.

Grußwort von Frau Ministerialdirektorin Karin Knufmann-Happe

Leiterin der Abteilung 3 „Prävention, Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung, Biomedizin“
im Bundesministerium für Gesundheit

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich darf Sie – im Namen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt – herzlich zum Kongress „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“ begrüßen.

Es sind vor allem drei Aspekte, die uns veranlassen haben, gemeinsam mit dem Institut für Gerontologie an der TU Dortmund eine Fachtagung zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention im fortgeschrittenen Lebensalter durchzuführen.

Erstens die Tatsache, dass Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention auch in höherem Lebensalter positive Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden, den Gesundheitszustand, die Leistungsfähigkeit älterer Menschen haben und damit auf die Selbstständigkeit und die Teilhabemöglichkeiten.

Zweitens die Einschätzung, dass trotz dieser mittlerweile doch weithin bekannten Tatsache und ungeachtet des Umstands, dass es eine große Vielfalt von Maßnahmen, Projekten und Aktivitäten im Feld der Gesundheitsförderung gibt, ältere Menschen mit ihren Präventionspotenzialen nicht ausreichend im Fokus stehen. Wir sind der Meinung, dass hier mehr getan werden kann und sollte.

Und dafür, dass wir hier erfolgreich sind – und das ist der dritte Aspekt zu dem ich mir von dieser Fachtagung neue Erkenntnisse erhoffe – müssten wir mehr über erfolgversprechende Zugangswege zu älteren Menschen wissen. Mehr darüber, wie wir sie in ihren Lebenswelten – in der Kommune – erreichen.

Die Fachtagung findet im Rahmen von IN FORM statt, Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Ziel dieser Initiative ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen in

Deutschland nachhaltig zu verbessern. Hierbei arbeiten das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz eng zusammen.

Gesundes Aufwachsen und gesundes Leben steigern die Lebensqualität der Menschen und ihre Leistungsfähigkeit in Bildung, Beruf und in der Freizeit. Erfolgreiche Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention tragen zur Stabilität unseres Gesundheits- und Sozialsystems bei und zur Wettbewerbsfähigkeit und Zukunftsfähigkeit unseres Landes.

Die Initiative IN FORM richtet sich an alle Altersgruppen – Kinder und Jugendliche, Männer und Frauen im Erwerbsalter und auch ältere Menschen. Gerade der Zielgruppe der älteren Menschen kommt eine wachsende Bedeutung zu.

Das wird eindrücklich deutlich, wenn wir uns vor Augen führen, dass sich die Zahl der 100-Jährigen in den letzten 10 Jahren nahe zu verdoppelt hat. Im Jahr 2025 könnte es Schätzungen zufolge bereits über 44.000 Menschen geben, die 100 Jahre oder älter sind.

Wir alle wissen, dass sich der Altersaufbau unserer Gesellschaft entscheidend verändern wird. Zukünftig werden einer großen Zahl von älteren Menschen relativ wenige jüngere gegenüberstehen. Wir müssen uns selbstkritisch fragen, ob wir alle notwendigen Konsequenzen aus diesem Wissen ziehen.

Wir fragen uns, wie wir die präventiven Potenziale besser nutzen, damit die Menschen länger gesund bleiben und aktiv am Leben teilnehmen können. Und ich freue mich sehr, dass Sie durch Ihre Teilnahme zeigen, dass dies richtige und wichtige Fragen sind, auf die wir gemeinsam Antworten finden wollen.

Gesundheitliche Prävention sollte möglichst früh beginnen und lebenslang fortgeführt werden. Auch im Alter ist es nicht zu spät. Körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung und Stressbewältigung sind in jedem Lebensalter von großer Wichtigkeit.

Wir wissen, dass z. B. körperliche Bewegung geeignet ist, einer Vielzahl von Erkrankungen von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen über Stoffwechselerkrankungen bis hin zu Erkrankungen des Bewegungsapparates vorzubeugen. Auch einer Verschlimmerung solcher Krankheiten kann so entgegengewirkt werden.

Selbst bis ins hohe Alter kann körperliche Bewegung gesundheitsförderlich wirken und die Mobilität stärken. So wird die Muskelkraft gestärkt, die Koordinationsfähigkeit erhöht und die Beweglichkeit gefördert. Dies schützt ältere Menschen vor Stürzen und Unfällen. Auch Eigenständigkeit und Selbstbestimmung werden durch den erweiterten Bewegungsradius unterstützt.

Letztlich ist körperliche Bewegung, in einer Gruppe Gleichgesinnter ausgeübt, ein Mittel, soziale Kontakte zu knüpfen und die Kommunikationsfähigkeit zu stärken. Wer sich im Alter körperlich bewegt, tut damit auch etwas für seine geistige Fitness.

Wenn wir die Menschen dabei unterstützen wollen, mehr für ihre Gesundheit zu tun, müssen wir sie in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreichen. Nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist die Kommune bzw. der Stadtteil der Ort, wo ältere Menschen am besten erreicht werden können.

Wie gelingt das praktisch? Wie erreichen wir Menschen nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben? Wie erreichen wir die, die nicht z. B. im Verein oder anderswo organisiert sind? Ein erster Schritt ist es, die vorhandenen Angebote sinnvoll zu vernetzen und – wenn nötig – zu ergänzen. Dies fordert die unterschiedlichen Akteure vor Ort, wie Sportvereine, Seniorenorganisationen, Wohlfahrtsverbände und insbesondere auch kommunale Einrichtungen. Sie erreichen mehr, wenn

sie eng zusammenarbeiten und ihre Maßnahmen besser aufeinander abstimmen. Hierfür gibt es bereits gute Beispiele. Einige von ihnen werden heute bei dieser Tagung vorgestellt.

Im Rahmen der Initiative IN FORM geht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit dem Modellprojekt „Bewegt leben – Mehr vom Leben“ im Rhein-Sieg-Kreis der Frage nach, wie nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen im kommunalen Bereich aufgebaut werden können.

Oftmals sind es die ganz einfachen Dinge, wie fehlende Erreichbarkeit mit dem Bus oder damit verbundene Kosten, die verhindern, dass ältere Menschen Präventionsangebote wahrnehmen. Solche Hindernisse sollen gefunden und neue Zugangswege zu Präventionsmaßnahmen eröffnet werden.

Mit Informationsveranstaltungen, Aktionstagen, über die Medien oder auch durch das Internet werden ältere Menschen angesprochen und einbezogen. So soll die Angebotsstruktur den Bedürfnissen der älteren Menschen angepasst werden.

Dieses Modell soll auf weitere Regionen übertragen werden. Dazu werden Arbeitshilfen und Handlungsleitlinien entwickelt, die bundesweit einsetzbar sind.

Die Übertragung des Modells auf weitere Regionen soll durch die Zentren für Bewegungsförderung erfolgen, die im Rahmen von IN FORM in Absprache mit den Ländern aufgebaut werden. Diese Zentren haben die Aufgabe, Alltagsbewegung als Teilbereich von Gesundheitsförderung möglichst breit zu verankern. Sie sollen als Anlaufstelle zur Koordination und Kooperation der Aktivitäten und Akteure im Bereich der Prävention dienen.

Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ setzen lokale und regionale Initiativen durch Vernetzung zu Aktionsbündnissen neue Akzente vor Ort.

Zu diesen Initiativen gehört auch ein Projekt, das vom Institut für Gerontologie der TU Dortmund durchgeführt wird. Das Aktionsbündnis „Gesund leben und älter werden in Eving“ richtet sich an ältere sozial benachteiligte Personen, ältere Menschen mit Migrationsgeschichte und ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen im Dortmunder Stadtteil Eving. Dort arbeiten unterschiedliche Partner, wie städtische Begegnungszentren oder das Seniorenbüro, die AWO-Behindertenwerkstätten und Pflegedienste zusammen. Sie entwickeln Angebote, die auf die älteren Menschen zugeschnitten sind. Auch Ärztinnen und Ärzte beteiligen sich und weisen ihre Patientinnen und Patienten auf diese Angebote hin. Ehrenamtliche Helfer wirken zudem als Multiplikatoren.

Damit gute Beispiele, wie wir sie heute vorstellen, nicht Insellösungen bleiben, sondern in der Fläche realisiert werden können, genügt es nicht, Akteure zu motivieren und zu vernetzen. Auch die finanziellen Rahmenbedingungen müssen verbessert werden. Die Krankenkassen haben ihre Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den vergangenen Jahren zwar deutlich ausgeweitet. Allerdings liegt der weitaus höchste Finanzaufwand noch immer bei den individuellen Leistungen zur Prävention. So wurden von den Gesamtausgaben im Jahr 2007 fast 84 % für Maßnahmen der individuellen Prävention ausgegeben, dagegen nur knapp 6 % für Maßnahmen in Lebenswelten wie Kindertagesstätten, Schulen, Senioreneinrichtungen oder auch in der Kommune bzw. im Stadtteil.

Wir müssen aber mehr Menschen und gerade die erreichen, die individuelle Präventionsangebote der Krankenkassen wenig oder gar nicht nutzen. Diese Menschen können in ihrem direkten Lebensumfeld am besten angesprochen werden. Zugleich ist die Reichweite der einzelnen Maßnahmen sehr viel größer.

Deshalb bleiben wir dabei: Wir brauchen dringend das Präventionsgesetz, das den Settinansatz nachhaltig stärkt und auch andere Sozialleistungsträger und die staatliche Ebene einbezieht.

Diejenigen, die vor Ort konkrete Angebote zur Gesundheitsförderung machen, brauchen zudem schnelle und unkomplizierte Antragsverfahren. Wir wollen, dass gute Initiativen auf der Suche nach Finanziers künftig nicht mehr von einer Krankenkasse zur anderen laufen müssen.

Deshalb wollen wir die Mittel für Angebote der Gesundheitsförderung im Setting von Krankenkassen, Pflegekassen, Rentenversicherung, Unfallversicherung und der privaten Krankenversicherung in einem Fonds bündeln. In jedem Bundesland soll eine einzige Anlaufstelle geschaffen werden, bei der Anträge eingereicht und bewilligt werden.

Das Bundesgesundheitsministerium ist jederzeit bereit, die Gespräche über ein Präventionsgesetz fortzusetzen. Wir wissen, dass wir hier viele Verbündete haben.

Meine Damen und Herren, Gesundheitsförderung und Prävention müssen vor Ort erfolgen. Deshalb brauchen wir die Ideen und die Unterstützung der Entscheidungsträger in den Kommunen und der Menschen, die sich vor Ort in Präventionsprojekten engagieren.

Wie dies aussehen kann, werden wir heute erfahren. Dafür richten wir auch den Blick ins europäische Ausland.

Ich wünsche Ihnen interessante Diskussionen und hoffe, dass Sie und wir neue Erkenntnisse und Anregungen für unsere Arbeit gewinnen.

Prof. Dr. Gerhard Naegele und Dr. Marina Schmitt

Gesundheit für ein langes Leben

Sehr geehrte Frau Knufmann-Happe,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie zunächst sehr herzlich, auch im Namen von Herrn Prof. Naegele, begrüßen. Ihm und, Herr Stopp sagte es bereits schon, uns als Institut für Gerontologie ist das Thema Gesundheit für ein langes Leben und damit eben auch die Gesundheitsförderung und die Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune ein sehr großes Anliegen.

Zukünftige Entwicklungen der Gesundheit im Alter

Wie wird sich Gesundheit zukünftig entwickeln? Frau Knufmann-Happe hatte schon einige Eckpunkte genannt. Auch wenn Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist, steigt mit zunehmendem Alter die Prävalenz chronisch-degenerativer Erkrankungen. Weiterhin zeigt sich eine Zunahme von Multimorbidität. So weisen über 65-Jährige heute im Schnitt mehr als vier Diagnosen auf. Im sehr hohen Alter kommt es dann häufig zum Auftreten gerontopsychiatrischer Erkrankungen (besonders von Demenzen, deren Prävalenz mittlerweile die 1-Million-Grenze weit überschritten hat) und zu einer exponentiell steigenden Wahrscheinlichkeit, hilfs- oder pflegebedürftig zu werden. Neuere gerontologische Befunde verweisen jedoch auch auf eine bessere Gesundheit nachrückender Geburtskohorten. Viele, vor allem US-amerikanische Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass die „gewonnenen Jahre“ nicht zwangsläufig Krankheit und Behinderung bedeuten.

Auch wenn sich dies derzeit so darstellt, ist keineswegs sicher, dass dies dauerhaft so bleiben wird: Zum einen scheint die optimistische Kompressionsthese eher für Angehörige der oberen sozialen Schichten Gültigkeit zu haben. Die (pessimistische) Medikalisierungsthese scheint hingegen überwiegend auf Ältere der unteren sozialen Schichten zuzutreffen. Gesundheit im Alter ist demnach auch die Folge einer Akkumulation von günstigen Entwicklungsbedingungen sowie von Risiken und Benachteiligungen in der individuellen „Gesundheitsbiografie“. Gesundheitliche Ungleichheit im Alter und

der oft jahrzehntelange Einfluss negativer Lebensbedingungen stellen somit die gesundheitlichen Versorgungssysteme vor wachsende Herausforderungen. Da mit einer Zunahme der ferneren Lebenserwartung sowie mit der absoluten und relativen Zunahme sehr alter Menschen in den nächsten Jahren zu rechnen ist, wird ein weiterer Anstieg von (schwerwiegenden) geriatrischen Krankheitsmustern und von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter wahrscheinlich.

Konsequenzen für Gesundheits- und Pflegepolitik

Meine Damen und Herren. Wie sehen nun vor diesem Hintergrund die Konsequenzen für die Gesundheits- und Pflegepolitik aus? Die positiven Kohorteneffekte und Belege für die Kompressionsthese dürfen keineswegs als „Entwarnung“ für die Gesundheits- und Pflegepolitik angesehen werden. Vielmehr muss es in einer rasch alternden Gesellschaft prioritäres Ziel sein, die bestehenden gesundheitlichen Versorgungssysteme bedarfs- und bedürfnisgerecht auf die sich ändernden Anforderungen auszurichten.

Dies gilt für Gesundheitsförderung und Prävention in ganz besonderer Weise! Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere für ältere Menschen – müssen aus ihrem bisherigen Schattendasein herausgeholt werden. Ein Grund dafür ist die immer noch bestehende Dominanz der kurativen Medizin. Mit weniger als 5% der Gesamtausgaben im Gesundheits- und Pflegewesen ist dieser Bereich entsprechend deutlich unterfinanziert. Auch bilden Gesundheitsförderung und Prävention bisher keine integrierten Bestandteile der medizinischen Versorgung, sondern stellen immer noch isolierte Handlungsfelder dar. Das wird wohl auch auf absehbare Zeit so bleiben, wie es die „unendliche Geschichte“ der Gesundheitspräventionsgesetzgebung befürchten lässt. Der nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, in dessen Rahmen auch die heutige Tagung stattfindet, ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Förderung von Gesundheit älterer Menschen vor Ort.

Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention – auch im Alter

Sozialstrukturelle und/oder lebenslaufbedingte gesundheitliche Einschränkungen können nicht rückgängig gemacht werden. Es ist jedoch unstrittig, dass durch ein Mehr an Prävention und Gesundheitsförderung auch im Alter ein Mehr an Gesundheit erreichbar ist. Chronische Erkrankungen und ihre Komplikationen können durch Gesundheitsförderung und Prävention verhindert bzw. ihr Eintritt verzögert werden – selbst bei Hochaltrigen. Dabei zeigen bisherige Forschungsergebnisse bei älteren Menschen besondere Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenziale im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der kardiovaskulären und zerebrovaskulären Krankheiten, der Erkrankungen des Bewegungsapparates, bei Diabetes mellitus, bei Osteoporose und Stürzen sowie insbesondere bei den gesundheitsschädigenden Folgewirkungen von Fehl-, Mehrfach- und Beruhigungsmedikation.

Aus gerontologischer Perspektive liegt der besondere Wert von Gesundheitsförderung und Prävention in der Förderung eines selbstständigen Lebens, der Ermöglichung von gesellschaftlicher Teilhabe, der Vermeidung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie in der Erhaltung und Erhöhung der Lebensqualität im Alter, auch wenn körperliche Einschränkungen bereits bestehen. GesundheitsökonomInnen verweisen zudem auf das Potenzial zur Reduzierung der alterstypischen Kosten im Gesundheits- und Pflegewesen. Viele gesundheitliche Einschränkungen im Alter sind keineswegs altersbedingt, sondern verhaltens- und verhältnisbedingt!

Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention

Wenn man auf Verhaltens- und Verhältnisprävention setzt, dann haben sich vor allen Dingen solche Angebote als erfolgversprechend erwiesen, die in der konkreten Lebenswelt der älteren Menschen ansetzen. Dies gilt umso mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Einschränkungen oder geringe finanzielle Ressourcen beeinträchtigt ist. Dabei

sollen sowohl durch verhaltens- als auch durch verhältnispräventive Maßnahmen Gesundheitsgewinne erzielt werden. Auf die Bedeutung des Settingansatzes in Gesundheitsförderung und Prävention speziell auch für Ältere sowie die damit für die Kommunen verbundenen Aufgaben verweisen die im Verlauf der heutigen Tagung vorgestellten Forschungsergebnisse und modellhaften Projekte. Auf die grundlegende Bedeutung des Settingansatzes besonders bei sozial benachteiligten älteren Menschen wird Frau Dr. Kümpers in ihrem Vortrag vertiefend eingehen, Herr Altgeld wird integrierte Handlungskonzepte und Strategien auf kommunaler Ebene vorstellen.

Konzept des „active ageing“

Den genannten Ansatzpunkten zugrunde liegt das von der Weltgesundheitsorganisation (2002) eingeführte Konzept des „active ageing“. Es kann dabei auch als ein Konzept verstanden werden, das durch Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen auf der Ebene der persönlichen und sozialen Umwelt der Optimierung von Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit, der sozialen Teilhabe und der Sicherheit mit dem Ziel dient, selbstständige Lebensführung selbst bei eingeschränkter Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen zu fördern. Auf allen Ebenen berücksichtigt dieses Modell dabei objektive Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) ebenso wie das individuelle Gesundheitsverhalten (Verhaltensprävention). Notwendig ist ihre gleichberechtigte Beachtung in möglichst integrierten Strategien und Settings.

Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen – Befragungsergebnisse

Fragt man zunächst nach dem Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen, zeigt sich nach Ergebnissen einer Befragung von Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze im Jahr 2007 Folgendes: Für Kommunen sind Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen bisher von mittlerer Relevanz, jedoch mit aufsteigender Tendenz. Als Akteure vor Ort werden vor allen Dingen Sportvereine, Verbände der freien

Wohlfahrtspflege und die Volkshochschulen genannt. Das Sozial- und vor allen Dingen das Gesundheitsamt werden hingegen nur von wenigen Kommunen zu den wichtigsten fünf Akteuren gezählt. Welche Akteure in der Kommune noch von Bedeutung sein können, dazu gleich mehr. Weiterhin scheint es bisher noch an der Vernetzung und gegenseitigen Information der Akteure innerhalb der Kommunen zu mangeln. Zwei Drittel der von Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007) befragten Kommunen beklagen denn auch die mangelnde oder gänzlich fehlende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren.

Zielgruppenorientierung

Zielgruppenorientierung gilt als ein wichtiges Kriterium für Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen. Diese sind zunächst festzulegen und ggf. nach bestimmten Faktoren zu differenzieren. Die Bandbreite reicht dabei von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bis hin zu Pflegebedürftigen, die bereits in Heimen leben.

Bisher werden immer noch überwiegend „aktive“ und „gesunde“, in Privathaushalten lebende Ältere angesprochen und erreicht. Um zu verhindern, dass es hier zu doppelten Formen der Privilegierung kommt, besteht besonderer Handlungsbedarf bei Menschen in sozial problematischen Lebenslagen (so z. B. bei sozial isolierten, älteren Behinderten, suchtkranken älteren Menschen, Älteren mit Migrationsgeschichte, älteren Menschen in Pflegeheimen). An ältere Menschen mit Migrationshintergrund richtet sich z. B. das Projekt „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“, das in Duisburg und Mönchengladbach durchgeführt wird und von unserem Institut wissenschaftlich begleitet wird. Sozial benachteiligte ältere Menschen sind z. B. explizit Zielgruppe im Kölner Seniorennetzwerk oder in dem von Frau Knufmann-Happe erwähnten Projekt „Gesund leben und älter werden in Eving“. Als sehr interessant erweist sich auch der Zugang zu Personengruppen, die gegenwärtig von kritischen Lebensveränderungen betroffen sind oder absehbar davon betroffen sein werden, d. h. verwitwete oder frühverrentete Personen oder Personen, die demnächst in den Ruhestand gehen. Herr Dr. Hikl wird deshalb heute Nach-

mittag ausführlich von dem Projekt „aktiv55plus – Gesundes und aktives Altern in Radevormwald“ berichten. Für diese spezifischen Zielgruppen älterer Menschen müssen besondere methodische Konzepte entwickelt und eingesetzt werden: Dazu gehören z. B. aufsuchende Aktivierungsstrategien am besten über Multiplikatoren oder Personen, zu denen bereits ein anfängliches Vertrauensverhältnis besteht, oder die Beratung in der eigenen Sprache. Wichtig sind hier zugehende Angebote und das Aufsuchen der von Älteren frequentierten Subsettings im Stadtteil, z. B. Begegnungsstätten, Sportvereine, Kirchengemeinden, Arztpraxen. Aber auch überall dort, wo eher auf Komm-Strukturen gesetzt wird, in Seniorenberatungsstätten, Stadtteilbüros, Gesundheitshäusern und Stadtteilkonferenzen, können Gesundheitsförderung und Prävention initiiert werden.

Da im höheren Alter vor allem Art, Umfang und Qualität „sozialer Netzwerkressourcen“, d. h. der sozialen Einbindung in den Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis, eine zentrale Funktion als gesundheitliche Bewältigungsressource zukommen, sind diese gleichsam als „zweite Zielgruppe“ von auf das Alter bezogenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu betrachten und entsprechend einzubeziehen.

Bei allen Zielgruppen darf es nicht nur um Primärprävention gehen, mindestens ebenso bedeutsam sind Strategien und Maßnahmen in den Bereichen Sekundär- und Tertiärprävention.

Thematische Schwerpunkte

Wichtige „altersensible“ Themen für Gesundheitsförderung und Prävention sind für die körperliche Gesundheit: gesunde Ernährung, Abbau von Übergewicht einschließlich Risiken des Genussmittelkonsums, körperliche Aktivität, Sport und Wellness, Bekämpfung von Bluthochdruck, Senkung des Gesamtcholesterinwertes, Patientenschulung für chronisch Kranke, Sturzprophylaxe, Vorsorge für chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, „Missbrauch“ von Medikamenten etc. Zur Gesundheitsförderung und Prävention gehören aber auch die geistige Gesundheit (Inhalte wie „Geistig fit bleiben“, Bildungsangebote im Alter), Angebote für die soziale Gesundheit (Förderung intergenerationaler

Kontakte, soziale Integration z. B. in Vereinen, Verbänden etc., Aufbau von und Mitwirkung in Selbsthilfegruppen), aber auch der Zugang zu Informationen und Beratung, Abbau von Barrieren in der räumlich-sozialen Umwelt, Empowerment als „Kunde“ von Gesundheitsdiensten und dergleichen.

Als besonders erfolgversprechend erweist sich dabei die Kombination von unterschiedlichen Strategien (z. B. Gesundheitsbildung in Kombination mit der Förderung sozialer Netzwerke), d. h. möglichst multidimensionale Ansätze und ganzheitliche Konzeptualisierung. Vorausgesetzt wird dabei zumeist eine interdisziplinäre Beteiligung verschiedener Professionen und anderer Akteure.

Partizipation und Empowerment

Ergebnisse verschiedener Untersuchungen und die Erfahrungen aus modellhaften Projekten verweisen auf die Bedeutung von Partizipation und Empowerment älterer Menschen – zweier wichtiger Elemente des Settingansatzes. Partizipation muss auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt werden, und ihre Ansatzpunkte müssen in Abhängigkeit von den örtlichen Gegebenheiten jeweils spezifisch ausgelotet werden. Eine bedeutsame Voraussetzung ist auch hierbei das Vertrauen und die Kontinuität von Personen und Strukturen vor Ort, ggf. ein Anlaufpunkt in einem Stadtteil- oder Seniorenbüro. Dabei ist zu beachten, dass Beteiligung und das aktive Engagement älterer Menschen bei den Prozessen vor Ort auf der individuellen Ebene an Voraussetzungen und dementsprechende Kompetenzen geknüpft sind. Diese müssen den älteren Zielgruppen unter Umständen erst noch vermittelt werden, d. h. im Sinne des Empowerments müssen älteren Menschen entsprechende Lebenskompetenzen vermittelt werden. Diese sollen sie dazu befähigen, ihre Lebensbedingungen zu verstehen und Herausforderungen aktiv und positiv anzunehmen und zu bewältigen.

Vernetzung und Strukturbildung

Es zeigt sich, dass die Verantwortlichkeit für Gesundheitsförderung und Prävention auf lokaler Ebene weit gestreut ist. Neben den örtlichen Betrieben und den örtlich vertretenen Kranken- und Pflegekassen sind dies insbesondere die unterschiedlichen Akteure und Anbieter aus dem Gesundheits- (z. B. Gesundheits-

ämter, Gesundheits- und Pflegekonferenzen, Runde Tische und dergleichen), Bildungs- (z. B. Volkshochschulen) und Freizeitbereich (z. B. Sportvereine) sowie aus dem Altenhilfe- und Pflegebereich (z. B. Heime, Sozialstationen, Seniorenzentren und dergleichen) einschließlich der verschiedenen Selbsthilfegruppen Älterer. Wie bereits erwähnt, fehlt es häufig an ihrer systematischen Bündelung. Die nationalen und internationalen Projekte, die heute hier vorgestellt werden, haben auf diesen wichtigen Aspekt gesetzt und sich neben der individuellen Gesundheitsförderung die Vernetzung der unterschiedlichen, für die Gesundheitsförderung älterer Menschen entscheidenden Akteure und Angebote auf die Fahnen geschrieben. Dies scheint sich als wesentlicher Aspekt der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune herauszukristallisieren.

Qualitätssicherung und Evaluation

Wichtige Bausteine zur langfristigen und nachhaltigen Sicherung von Gesundheitsförderung und Prävention sind die Formulierung von Qualitätskriterien für die Förderung gesundheitsbezogener kommunaler Projekte. Diese umfassen die Aufnahme des Ziels „Gesundheit“ in den Zielkatalog der Kommune, eine systematische Gesundheitsberichterstattung, die längerfristig mit der Sozialberichterstattung zu integrieren ist, daraus abgeleitete, mit Zielen anderer kommunaler Ressorts (Stadtentwicklung, Bildung) abgeglichen und unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger entwickelte Gesundheitsziele, die Schaffung geeigneter Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen (Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren, Vernetzungs- und Beteiligungsbüros) und die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit als Entscheidungskriterium für öffentliche Planung. Darüber hinaus muss auch eine Evaluation, also eine Bewertung der Wirksamkeit, einzelner Maßnahmen stattfinden. Elkeles (2006) und Trojan (2004) stellen fest, dass der „evaluative Kenntnisstand“ als mindestens lückenhaft bezeichnet werden kann. Die Fokusausswertung der Datenbank gesundheitliche Chancengleichheit verweist zudem darauf hin, dass mangelnde Formalisierung und Berichterstattung sowie knappe finanzielle und personelle Ressourcen bei der Bewertung einzelner Maßnahmen als hinderlich erlebt werden.

Zusammenfassung

Sehr geehrte Damen und Herren, lassen Sie mich kurz zusammenfassen: Gesundheitsförderung und Prävention tragen zur Erhaltung von Gesundheit und Selbstständigkeit, zur gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen, zur Steigerung ihrer Lebensqualität sowie zur Vermeidung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei. Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen sind wichtige Bausteine zur Bewältigung der zukünftigen demografischen und gesellschaftlichen Herausforderungen, vor die sich vor allen Dingen Kommunen als Ort der Daseinsvorsorge gestellt sehen. Als wichtige und notwendige Aspekte haben sich Zielgruppenorientierung, Partizipation und Empowerment, Vernetzung und Strukturbildung sowie Qualitätssicherung und Evaluation erwiesen. Wenn wir denn „Gesundheit für ein langes Leben“ erreichen wollen, gilt auch für die auf das Alter bezogene Gesundheitsförderung und Prävention: Koordination und Vernetzung erfolgen nicht im Selbstlauf, sondern müssen angestoßen, organisiert und nachhaltig gesichert werden. Dies ist ein wesentliches Ergebnis unserer Expertise und der laufenden modellhaften nationalen und internationalen Projekte. Daraus resultierende Einsichten und Erkenntnisse setzen sich nicht einfach so durch. Vielmehr bedürfen sie einer systematischen Strategie der Wissensverbreiterung, um Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit von Projekten und Projekterfahrungen zu erreichen. Die heutige Tagung gibt Gelegenheit dazu. Wir, die wir für die Organisation und wissenschaftliche Fundierung verantwortlich waren, hoffen jedenfalls auf nachhaltige Wirkungen, die hoffentlich auch bald die gesetzgeberische Ebene erreichen, und wünschen der Veranstaltung in diesem Sinne vielen und nachhaltigen Erfolg.

Literatur

Weltgesundheitsorganisation (2002). Active Ageing. A Policy Framework. Online verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Hollbach-Grömig, B. & Seidel-Schulze, A. (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Eine Bestandsaufnahme (1. Auflage). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung).

Elkeles, T. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung – Fünf Thesen zur Anwendbarkeit auf Gesundheit. Zeitschrift für Evaluation, 5 (1), 39–70.

Trojan, A. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. In K. Hurrelmann, u. a. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 305–315). Bern: Huber.

Kontakt:

Prof. Dr. Gerhard Naegele
Dr. Marina Schmitt
Institut für Gerontologie an der
Technischen Universität Dortmund
Evinger Platz 13
44339 Dortmund
Telefon: 0231.728488-0
schmitt@post.uni-dortmund.de
www.ffg.uni-dortmund.de

Dr. Susanne Kümpers

Gesundheit und Alter im Stadtteil

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich möchte heute über die Bedeutung des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung sprechen und mein besonderes Augenmerk auf ältere Menschen als Zielgruppen und auf die Kommune bzw. den Stadtteil als Setting richten.

Der Settingansatz in der Primärprävention

„Setting“ ist das Synonym für Lebenswelt und bezeichnet einen dauerhaften Sozialzusammenhang für mindestens einen wesentlichen Lebensbereich. Nach dem Konzept der Ottawa-Charta der WHO ist das Setting da, wo Menschen leben, lieben und arbeiten, weil dort die Grundlagen für Gesundheit geschaffen werden. Beispiele für Settings sind Schulen für Kinder, Stadtteile für Familien, Betriebe für erwerbstätige Erwachsene und Stadtteile für ältere Menschen.

Der Settingansatz beinhaltet, Menschen dort anzusprechen, wo sie leben – eben in den Lebenswelten, die für sie wichtig sind, wo sie ihre sozialen Netzwerke haben, in denen sie sich kulturell aufgehoben fühlen. Er bietet sich gerade für benachteiligte Gruppen an, weil diese Zielgruppen von den „Mainstream-Gesundheitsförderungs-Angeboten“ kaum erreicht werden. Dies gilt beispielsweise für Kurse mit einem Fokus auf Verhaltensprävention (Raucherentwöhnungskurse, Rückenschule etc.), die von den Krankenkassen bezuschusst werden. Jedoch werden die Kosten von den Krankenkassen nicht gänzlich übernommen. Solche Kurse, auf einer Komm-Struktur basierend, werden von Menschen mit geringerem Status seltener wahrgenommen. Gründe dafür können sein, dass sie über die Kurse nicht informiert sind, dass ihnen der institutionelle Kontext nicht vertraut ist oder dass ihnen die finanziellen Mittel nicht zur Verfügung stehen. Gestaltungsmöglichkeiten und Teilhabechancen hinsichtlich des eigenen Lebens und der Lebenswelten sind eben bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen weniger entwickelt; dies ist vor allem auf vergleichsweise geringere ökonomische, soziale und kulturelle Ressourcen zurückzuführen. Diese Situation stellt ein Gesundheitsrisiko sui generis

dar. Gleichzeitig ist bei sozioökonomisch Benachteiligten die Krankheitsbelastung besonders hoch und damit auch der Bedarf für Prävention.

Der Settingsansatz versucht nun, die Beteiligten, also die Bewohnerinnen und Bewohner des Settings, in die Gestaltungsprozesse einzubeziehen. Er regt Lernprozesse zur Entwicklung der Ressourcen Einzelner an und bildet somit ein Potenzial für nachhaltige Gesundheitseffekte bei benachteiligten Gruppen.

Nach dem Stand der Forschung sind folgende Aspekte bei der Primärprävention mit benachteiligten Gruppen relevant: Belastungssenkung und Ressourcenförderung. Beides sind oft, aber nicht immer, zwei Seiten einer Medaille – ein Mangel an sozialen Netzwerken kann als Belastung gelten, ihr Aufbau als Ressourcenentwicklung. Weiterhin sind erfolgreiche Ansätze eher unspezifisch, das heißt auf ‚distale‘ Faktoren gerichtet – Primärprävention kann besonders wirksam sein, wenn sie Lebensbedingungen und Lebensformen im weitesten Sinne verändert. Primärprävention orientiert sich dabei nicht eng an Risikofaktoren und beschränkt sich nicht auf oder beginnt mit Versuchen, Veränderungen in den klassischen Verhaltensbereichen zu erreichen (Bewegung, Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum) – gerade weil wir wissen, dass diese wiederum viel mit dem gesamten Lebensumfeld zu tun haben. Es sind immer Verhaltens- und Verhältnisprävention, die in und an den Lebenswelten ansetzen. Primärprävention sollte partizipatorisch sein und diese Veränderungen mit den Betroffenen und nicht für sie unternehmen.

Kommune und Stadtteil als Präventions-Setting für ältere Menschen

Der Stadtteil ist die wesentliche Lebenswelt älterer Menschen. Nach Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit wird der Stadtteil bzw. die Wohnumgebung für ältere benachteiligte Menschen wichtiger, und umso mehr, weil ihre Mobilität durch Erkrankungen wie durch fehlende finanzielle Mittel früher und stärker eingeschränkt wird.

Gleichzeitig gibt es wissenschaftliche Ergebnisse, die uns sagen, dass verschiedene Stadtteile bei vergleichbarer sozioökonomischer und demografischer Struktur doch unterschiedliche Effekte für Gesundheit und Lebensqualität haben können – weil sie beispielsweise unterschiedliche Qualitäten des Miteinanders oder unterschiedliches Erleben von Sicherheit usw. hervorbringen.

Im internationalen Vergleich gibt es schon eine längere Tradition der Community Projects, beispielsweise in England und den USA: In den angelsächsischen Ländern sind Ansätze des Community Organizing schon länger bekannt und weiter entwickelt – beruhend auch auf einer Tradition, in der die Gestaltung von Gemeinschaften durch privates Engagement quer durch fast alle Schichten als bürgerschaftliche Aufgabe gesehen wird. Die Tradition der ‚Charities‘ bzw. des zivilen Engagements ist dort zum Teil selbstverständlicher, stärker verwurzelt und weniger exklusiv. Und auch wenn das vielleicht mit anderen Vorstellungen über die Aufgaben des Staates und die wünschenswerte Verfasstheit des Wohlfahrtsstaates verbunden ist, ist es doch auch eine wesentliche Ressource, die ein Gemeinwesen bereichern kann.

In Deutschland ist der Settingansatz in der Gesundheitsförderung insbesondere in und für Betriebe in den letzten 20 Jahren entwickelt und, wenn auch nicht flächendeckend, umgesetzt worden; derzeit u. a. mit dem wichtigen Thema einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitsplätzen für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Aber auch der Stadtteil hat mittlerweile Konjunktur als Ansatzpunkt für soziale und gesundheitliche Interventionen: Seit 1999 hat das Bund-Länder-Programm ‚Soziale Stadt‘ in vielen Stadtteilen mit sogenannten besonderem Entwicklungsbedarf Programme der sozialen Stadterneuerung gefördert, zunächst mit einem starken Fokus auf bauliche Maßnahmen. Dann aber wurde zunehmend die Entwicklung der sozialen Vernetzung vor Ort in den Blick genommen und in den letzten Jahren auch Gesundheit als Thema entdeckt. Sicherlich haben auch die sogenannten ‚Healthy Cities‘ der WHO eine inspirierende Rolle gespielt. Es ist jedoch noch viel zu lernen und zu entwickeln, wie insbesondere auf den jeweils

besonderen Bedingungen, den Stärken und den Schwächen eines Stadtteils aufgebaut werden kann, welche Ansätze bei welchen Zielgruppen erfolgreich sind und wie Qualität dauerhaft vor Ort gesichert werden kann. Solche Lern- und Entwicklungsprozesse wurden in den letzten Jahren intensiviert – wir haben z. B. in allen Bundesländern sogenannte Regionale Knoten, die die gute Praxis des Settingansatzes fördern und sichern helfen. Allerdings haben bisher die besonderen Bedarfe verschiedener Zielgruppen älterer Menschen noch eine zu geringe Rolle gespielt – diese gilt es zu entwickeln.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass es einen Entwicklungsbedarf hinsichtlich der Konzeption, Methode und Qualitätsentwicklung gibt, aber auch hinsichtlich der Zielgruppe der (benachteiligten) Älteren.

Heutige und zukünftige Bedarfe für den Settingansatz: Gesundheit und Ungleichheit

Nationale und internationale Befunde belegen bis ins hohe Alter andauernde, erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status (SES = als Kombination von Indikatoren für Einkommen, Bildung und beruflichen Status). Signifikante Zusammenhänge zwischen ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und schlechterer Gesundheit bis ins hohe Alter sind sowohl im Zusammenhang mit aktuellen Lebensbedingungen im Alter, als auch mit den akkumulierten, sozioökonomisch bedingten Belastungen im Verlauf eines Lebens (life course approach) belegt. In den USA, Großbritannien, Skandinavien und Deutschland wurden etwa Zusammenhänge von Morbiditätsaspekten (wie Häufigkeit von Hüftfrakturen, subjektive Gesundheit, Anzahl chronischer Krankheiten, Funktionsverlust und Mortalität) mit sozioökonomischen Indikatoren (wie durchschnittlichem Einkommen im Wohnbezirk, Einkommen, Bildungsstatus, besonders aber auch Vermögen und Hausbesitz als Indikatoren für die sozioökonomische Lage im Lebenslauf) gezeigt.

Die Abbildung 1 verdeutlicht einen Zusammenhang zwischen Sozialindex (Anteile an Sozialhilfeempfängern, Personen mit geringem Einkommen, eine hohe Arbeitslosenquote) und Lebenserwartung in den Berliner Altbezirken. Ein niedriger Sozialindex (beson-

ders hohe Anteile an Sozialhilfeempfängern, Personen mit geringem Einkommen, eine hohe Arbeitslosenquote) ist mit einer kürzeren Lebenserwartung verknüpft.

Die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen relativen gesundheitlichen Unterschiede werden im Alter etwas geringer, verschwinden aber erst in sehr hohem Alter (s. Abb. 2). Im Alter scheinen etwas andere Indikatoren der je aktuellen sozioökonomischen Situation (etwa Vermögen und Hausbesitz statt Bildung und Einkommen) die gesundheitlichen Unterschiede besser zu erklären bzw. abzubilden. Aus Daten des Sozio-ökonomischen Panels haben Kollegen des Robert-Koch-Instituts in den letzten Jahren nochmal für Deutschland die Zusammenhänge zwischen Einkommensverhältnissen und Gesundheitsergebnissen eindrucksvoll belegt. Eine Kombination von über den Lebenslauf akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen scheint für die gesundheitlichen Unterschiede im Alter verantwortlich zu sein.

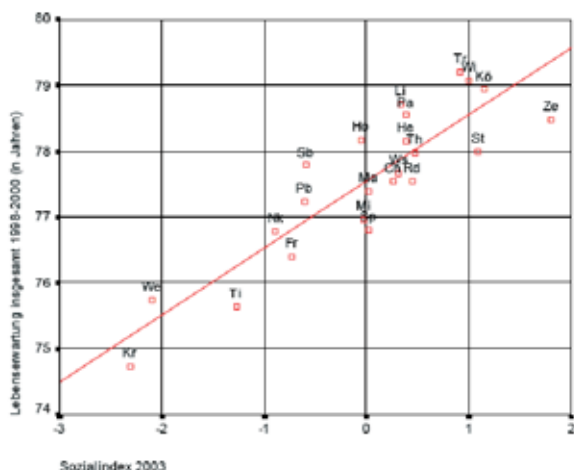
In der finnischen Evergreen-Studie wurden bei nach Einkommen und Ausbildung schwächeren 75-Jährigen selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevantem Verhalten (Rauchen,

Bewegung) stärkere Einschränkungen ihrer funktionellen Kapazität gefunden als bei den sozioökonomisch Bessergestellten.

Sozioökonomische Ungleichheit der Gesundheitschancen – Hintergründe und Entwicklungen

Wir wissen, dass die heutigen Älteren im Durchschnitt gesünder sind als die Älteren früherer Kohorten. Tatsächlich sprechen etliche Befunde dafür, dass sich – bei gleichbleibender oder verlängerter allgemeiner Lebenserwartung – die in Krankheit oder Behinderung verbrachte Lebenszeit verkürzt. Von diesen Gesundheitsgewinnen (der sogenannten ‚compression of morbidity‘) profitieren untere Schichten aber kontinuierlich deutlich weniger. Neue internationale Befunde (Mackenbach 2006) belegen das insbesondere im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankheiten. Insgesamt vergrößert sich die Ungleichheit in etlichen europäischen Ländern.

Abb. 1:
Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und dem Sozialindex in den Berliner Alt-Bezirken
Quelle: Sozialstrukturatlas Berlin 2003, S. 7.



Mi - Mitte, Ti - Tiergarten, We - Wedding, Fr - Friedrichshain, Kr - Kreuzberg, Pb - Prenzlauer Berg, Wt - Weißensee, Pa - Prenzlauer Berg, Ch - Charlottenburg, Wi - Wilmersdorf, Sp - Spandau, Ze - Zehlendorf, St - Steglitz, Sb - Schöneberg, Th - Tempelhof, Nk - Neukölln, Tr - Treptow, Kp - Köpenick, Ma - Marzahn, He - Hellersdorf, Li - Lichtenberg, Ho - Hohenschönhausen, Ed - Reinickendorf

Abb. 2:
Unterschiede in Morbidität und Mortalität
Quelle: Lampert et al. 2007

	Lebenserwartung (ab Geburt)	Gesunde Lebenserwartung (ab Geburt)
Männer		
0 - 60 %	70,1 (- 10,8)	56,8 (- 14,3)
> 150 %	80,9	71,1
Frauen		
0 - 60 %	76,9 (- 8,4)	60,8 (- 9,2)
> 150 %	85,3	71,0

Die Vorstellung, gesundheitliche Ungleichheit lasse sich im Wesentlichen auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten zurückführen, ist häufig diskutiert und zurückgewiesen worden (z. B. Berkman & Gurland 1998). Eher lässt sich Gesundheitsverhalten unter anderem als ein Ausdruck der sozioökonomischen Lage interpretieren. Auch unabhängig vom Gesundheitsverhalten besteht ein hoher statistischer Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und gesundheitlichen Ergebnissen (Richter & Mielck 2000); das Gesundheitsverhalten erklärt weniger als die Hälfte. Ebenso hat sich erwiesen, dass die These der umgekehrten Kausalität („Krankheit macht manchmal arm, viel mehr aber macht Armut krank“) nur einen geringen Teil gesundheitlicher Ungleichheit erklärt (z. B. Mackenbach 2006). Mit erhöhter Eigenbeteiligung an Krankheitskosten steigt allerdings das krankheitsbedingte Armutsrisiko (Bartmann 2008).

Gesundheitliche Ungleichheit im Alter bedeutet einen im Durchschnitt 10 bis 15 Jahre früheren Eintritt chronischer Erkrankungen und Behinderungen sowie frühere Einschränkungen der Mobilität durch gesundheitliche und finanzielle Einschränkungen. Die Problematik des ‚vierten Alters‘ tritt früher und stärker auf. Je nach Zielgruppe gibt es erschwerte Zugänge zum Versorgungssystem (z. B. bei vielen Älteren mit Migrationshintergrund) und eingeschränkte Partizipations- und Gestaltungschancen. Diese Ergebnisse erhalten vor dem Hintergrund zunehmender Altersarmut ein noch größeres Gewicht.

Soziales Kapital, definiert als Integration in familiäre und/oder soziale Kontakte, Partizipation in zivilgesellschaftlichen Netzwerken, generalisiertes soziales Vertrauen und Glaube an Reziprozitätsnormen, hat einen eigenständigen Effekt auf Gesundheit. Es ist eine „wichtige vermittelnde Ressource zwischen dem sozioökonomischen Status und Gesundheit“.

Nationale und internationale Befunde belegen, dass Partizipationschancen älterer Menschen insbesondere durch ihren Bildungsstatus beeinflusst werden. Bukov (2000) hat im Zusammenhang mit der Berliner Altersstudie (BASE) eine Hierarchie sozialer Beteiligungsformen Älterer entwickelt, die zwischen ‚kollektiven

Aktivitäten‘ (Freizeitbeschäftigungen), ‚produktiven Aktivitäten‘ (Tätigkeiten, durch die Leistungen für andere, in der Familie oder in der Öffentlichkeit erbracht werden) und ‚politischen Aktivitäten‘ (mit denen Einfluss auf soziale Sachverhalte genommen werden) unterscheidet. Dabei sind für zunehmend komplexere Aktivitäten größere Kompetenzen erforderlich – gleichzeitig tragen komplexere Aktivitäten auch stärker zu Lebensqualität, Selbstbewusstsein und plausibel auch zur besseren Gesundheit bei (Bukov et al. 2002). Bildung ist demnach nicht nur die Voraussetzung für Teilhabe an sich, sondern auch für die ‚Qualität‘ der Teilhabe.

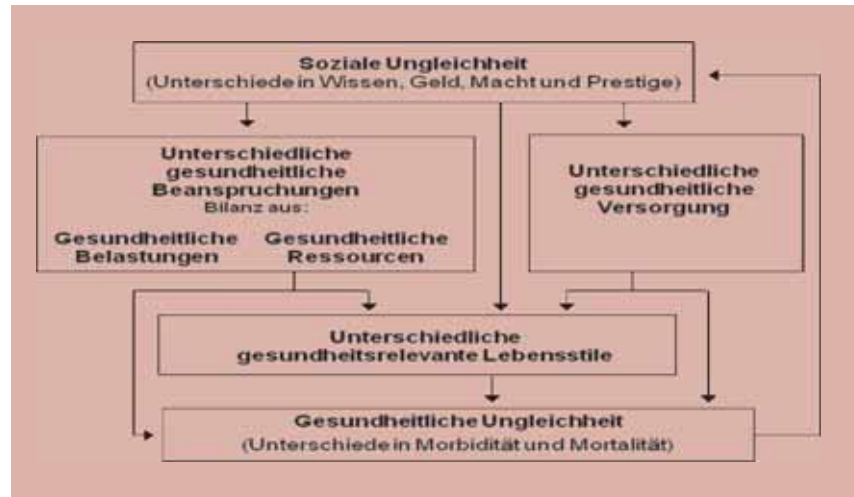
Die Befunde zeigen einen deutlichen Gradienten zwischen der Bildung und dem beruflichen Status einerseits und der gesellschaftlichen Partizipation im (jungen) Alter andererseits. Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsindikatoren wichtiger, die aber ihrerseits einen sozioökonomischen Gradienten aufweisen. In jüngerem Alter bestimmt der Bildungsstand deutlich stärker den Grad der Teilhabe, mit höherem Alter nimmt der bestimmende und dann eher hemmende Einfluss der Gesundheit zu. Teilhabe als solche ist aber, wie bereits gesagt, gesundheitsfördernd bzw. -erhaltend.

Die folgende Abbildung (s. Abb. 3) gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Soziale Ungleichheit im Sinne von Unterschieden in Wissen, Geld, Macht oder Prestige führt erstens zu unterschiedlichen gesundheitlichen Beanspruchungen, die aus der Bilanzierung von gesundheitlichen Belastungen einerseits und gesundheitlichen Ressourcen andererseits entstehen. Zweitens führt soziale Ungleichheit zu einer unterschiedlichen Versorgung. Beide – gesundheitliche Beanspruchungen und gesundheitliche Versorgung – führen direkt oder indirekt (über die gesundheitsrelevanten Lebensstile) zu gesundheitlicher Ungleichheit.

Warum spezifische Partizipations- und Gesundheitsförderungsansätze für benachteiligte Ältere?

Spezifische Partizipations- und Gesundheitsförderungsansätze für benachteiligte Ältere sind deshalb wichtig, weil diese von der herkömmlichen Gesundheitsförderung wenig erreicht werden, gleichzeitig aber früher

Abb. 3:
Zusammenhänge zwischen
sozialer und gesundheitlicher
Ungleichheit



und stärker von Krankheit und Funktionseinbußen betroffen sind; sie haben also einen höheren und spezifischen Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung. Wie gezeigt werden konnte, ist Zivilengagement (Beteiligung) im hohen Maße bildungsabhängig. Auch sind beispielsweise die deutschen Strukturen des Ehrenamts für ältere Migrantinnen und Migranten oft nicht anschlussfähig. Zudem wurde deutlich, dass die Altersarmut steigen wird und damit auch der Bedarf für Unterstützung benachteiligter Gruppen.

Stadtteilbasierte Primärprävention für benachteiligte Ältere: Stand der Praxis

Im Jahre 2005 wurde von der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung eine explorative Recherche zum Entwicklungsstand der Praxis und des Forschungsbedarfs in Deutschland durchgeführt (Kümpers 2008). Eine Suche in einschlägigen Datenbanken (Gesundheit Berlin e. V. im Auftrag der BZgA¹; Bund-Länderprogramm „Soziale Stadt“²) ergab, dass nur wenige der dort aufgeführten stadtteilorientierten Projekte benachteiligte ältere Menschen als Zielgruppe miteinbezogen und gesundheitsförderlichen Charakter im weitesten Sinne aufwiesen. Dennoch sind diese Datenbanken wesentliche Quellen, die über Vielfalt und Reichweite, Strategien und Erfolge sowie Weiterentwicklungen von Settingprojekten informieren.

Unsere Recherche von 2005 hat hinsichtlich der Erreichbarkeit der Zielgruppen, der Breite der Ansatzpunkte und Inhalte stadtteilbasierter Primärprävention, der Wirksamkeit und der Erfolgs- und Misserfolgskonzepte Ansatzpunkte für weitere Entwicklungsarbeit aufgezeigt.

Eine telefonische Befragung von Projektleiterinnen und Projektleitern von Stadtteilinitiativen zu Gesundheitsförderung mit benachteiligten Älteren machte die Bedeutung der Zielgruppenspezifität der Projekte für das tatsächliche Erreichen der Zielgruppen deutlich. Zielgruppen, die von Projektseite her ‚in den Blick genommen‘ wurden, deren Bedarfe und deren Zugänge reflektiert wurden, wurden häufiger auch erreicht.

Themen und Aktivitäten

Innerhalb von Projekten und über alle Projekte hinweg wurde eine Vielfalt von direkt und indirekt gesundheitsrelevanten Themen oder Aktivitäten genannt, die von Initiativen und Gruppen realisiert wurden, z. B. Seniorengymnastik, gemeinsames Wandern oder Radfahren, Kochgruppe für Männer, Witwen- oder Trauergruppe, Chöre, Ausflüge etc. Manche Aktivitäten waren unmittelbar gesundheits- oder auch versorgungsbezogen, andere zielten in ihrer primären Zielsetzung auf Verbesserung von Partizipation und/oder Lebenszufriedenheit.

¹ Die BZgA hat seit dem letzten Jahr einen eigenen Schwerpunkt zu Gesundheit im Alter gebildet.

² www.gesundheitliche-chancengleichheit.de; <http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank/suche/index.php>

Ein Schlüsselthema an sich und Zugang zu (fast allen) anderen Themen, aber auch Folge der Bearbeitung anderer Themen, war der Aufbau sozialer Netzwerke in der Nachbarschaft. Dieser findet aber nicht ‚an sich‘ statt, sondern in Verbindung mit anderen Themen; er geht aber in seiner Bedeutung weit darüber hinaus: Abwendung von Einsamkeit, Förderung von Heimatgefühl, Sinnstiftung, Unterstützung in Krisen, verbesserter Zugang zu Informationen und Hilfe, auch bezogen auf Gesundheitsversorgung.

Kennzeichnend für fast alle Projekte war die Überschneidung von Selbsthilfe, Ehrenamt und bürgerschaftlichem Engagement. Dabei wurde betont, dass zunächst an den direkten Interessen und Problemen derjenigen anzusetzen sei, die erreichbar seien; d. h. derer, die noch über wesentliche Ressourcen verfügen – daraus könnten sich dann Initiativen ergeben, die auch stärker hilfsbedürftige Ältere mit einbeziehen könnten. Allerdings wurde auf die Grenzen der Tragfähigkeit der ‚aktiven‘ Gruppen verwiesen: ‚Problemfälle‘ würden in neu entstehenden Netzen nur eingeschränkt mitgetragen; anders sei das möglicherweise bei lange existierenden und gemeinsam sehr alt werdenden Kreisen. Es entstünden aber auch explizit auf die Unterstützung anderer gerichtete Aktivgruppen, wie z. B. Hausaufgabenhilfe für Kinder (s. u.) oder Beratung älterer Migrantinnen und Migranten durch ältere Migrantinnen und Migranten. In einem Projekt, das die Aktivierung zum Ehrenamt älterer (vorwiegend türkischer) Migrantinnen und Migranten zum Ziel hatte, wurde konstatiert, dass sich die Strukturen deutscher Ehrenamtlichkeit nicht auf türkische Lebenszusammenhänge übertragen ließen.

Hinsichtlich des Wohnens, des Wohnumfelds und der Stadtteilentwicklung wurden die schon bekannten Probleme genannt: unzureichender und unerreichbarer Nahverkehr, mangelnde Einkaufsmöglichkeiten, mangelnde Erholungsmöglichkeiten. Für Ältere spezifisch wurde z. B. der Bedarf an sinnvoll verteilten Sitzgelegenheiten als mögliche Ruheplätze beim Einkaufen und genügend lange Ampelphasen genannt. In mehreren Projekten ging es auch um Wohnen im Alter.

Neben direkt und indirekt gesundheitsrelevanten Aktivitäten wurden auch versorgungsbezogene Themen bearbeitet, z. B. Informationsveranstaltungen zu spezifischen Gesundheitsproblemen wie etwa Diabetes.

Generationsübergreifende Themen beinhalteten Großelterndienste, Hausaufgabenbetreuung, Computerkurse von Jugendlichen für Ältere etc. Auch wurde darauf hingewiesen, dass Seniorenarbeit in sich generationsübergreifend ist: In der Altersspanne zwischen 60 und 100 Jahren finden sich viele ‚junge Alte‘, die ihre hochaltrigen Verwandten pflegen.

Als spezifisches Thema von älteren Migrantinnen und Migranten wurde der Umgang mit Alter und Alterskrankheiten genannt, da den Familien oft die Modelle dafür fehlten (die ersten Migrantengenerationen in Deutschland werden alt). In Familien mit Migrationshintergrund seien oft kulturelle Festlegungen über den Umgang zwischen den Generationen strikt und wenig thematisierbar, sodass z. B. die Inanspruchnahme von externer Pflege ein hochheikles Thema sein könne. Das Versorgungssystem sei ein schwieriges Thema, da häufig noch nicht ‚interkulturell sensibilisiert‘. Es wurde versucht, kulturelle Barrieren im und zum Versorgungssystem auf beiden Seiten anzugehen. Angebote müssten spezifische Situationen verschiedener Migrantengruppen berücksichtigen.

Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der Projekte wurde hinsichtlich des Erreichens, der Aktivierung, des Wohlbefindens, der sozialen Integration, der Gesundheit und Inanspruchnahme von Versorgung erfragt. Das Erreichen der Zielgruppen wurde sehr unterschiedlich beschrieben (siehe oben) und von der Tendenz her als weniger erfolgreich in den Projekten, die nicht spezifisch auf Seniorinnen und Senioren (oder aber entsprechend auf Migrantinnen und Migranten) zugeschnitten waren. Hier bestätigt sich dem ersten Anschein nach die Forderung nach spezifischen Zugangswegen für einzelne Zielgruppen. Über das Erreichen und Aktivieren (Teilnahme an Initiativen) wurden in einigen Projekten

auch quantitative Daten erhoben. Aus eher erfolgreichen Projekten wurde über eine vielfältige und nachhaltige Aktivierung der erreichten Zielgruppen berichtet.

Über Veränderungen des Wohlbefindens wurde wenig Konkretes berichtet. Das mag durchaus an fehlenden Strukturen für Evaluationen liegen. Aus einem Projekt wurde über die deutliche Entschärfung eines vorher den Stadtteil belastenden Konflikts berichtet. Aussagen von Beteiligten in den Projekten wie „das Klima im Stadtteil hat sich verändert“ und „mir macht es mehr Spaß zu leben“ gaben Hinweise; dem müsste aber weiter nachgegangen werden.

Die deutlichsten Veränderungen wurden aus den – den Interviews nach – erfolgreicheren Projekten im Hinblick auf soziale Integration geschildert. So hätten sich anhand der beschriebenen Aktivitäten viele gruppenspezifische wie gruppenübergreifende Netzwerke gebildet. Dies wurde illustriert mit Aussagen wie „ich werde jetzt begrüßt, wenn ich einkaufen gehe“, „wenn ich jetzt in den Supermarkt gehe, treffe ich drei Leute, mit denen ich ein Schwätzchen halte“, „wenn ich krank bin, weiß ich, ich muss nur jemanden anrufen und jemand besorgt mir etwas aus der Apotheke“ und „ich habe meinen Mann aus den Füßen, der hat jetzt eine sinnvolle Aufgabe“. Auf der Ebene der lokalen Akteure wurde ebenfalls von einer gewachsenen sozialen Integration berichtet, indem diese für die Situation älterer Menschen sensibilisiert und über vorhandene Möglichkeiten im Stadtteil besser informiert waren (Friseurin: „Endlich kann ich den alten Leuten sagen, wo sie hin können“).

Hinsichtlich der Gesundheit der Zielgruppen konnten keine Angaben zu möglichen Verbesserungen gemacht werden. Damit war auch nicht zu rechnen, da sich gesundheitliche Auswirkungen kaum als Effekte der Projekte identifizieren lassen.

Zum Versorgungsverhalten konnten ebenso keine genauen Angaben gemacht werden. In zwei migrationsbezogenen Projekten gab es den Versuch, Barrieren zwischen älteren Migrantinnen und Migranten und dem deutschen Altenhilfesystem abzubauen. Von

einem von ihnen wurde dieser als erfolgreich, von dem anderen (wegen mangelnder Offenheit im deutschen Hilfesystem) als eher misslungen beschrieben. In etlichen Projekten gab es – z.T. von Bewohnerinnen und Bewohnern initiierte – gut besuchte Informationsveranstaltungen zu spezifischen Gesundheits- und Versorgungsfragen, sodass sich ein verbesserter Informationsstand vermuten ließ. Darüber hinaus wurde beschrieben, dass sich der Versorgungszugang auch dadurch verbessert hätte, dass bei wachsender sozialer Vernetzung die Informationen über das Leistungsangebot und die Zugänge auch informell besser fließen, die Einzelnen dadurch ihre Versorgung besser organisieren könnten und mehr Wissen und Kontrolle darüber hätten.

Es ist deutlich, dass es sich hier weitgehend um individuell beobachtete und nicht um wissenschaftlich validierte Wirksamkeit handelt. Über eine zahlenmäßige Erfassung der Teilnahme an bestimmten Initiativen hinaus gab es bisher wenig Konzepte und Ansätze in der Praxis (der hier befragten Projekte), Qualitätsindikatoren zu entwickeln und ihre Arbeit zu evaluieren.

Erfolgs- und Misserfolgskriterien

Als Erfolgsfaktoren wurden ‚ausreichende‘ und nachhaltige (d.h. nicht an kurze Projektzeiträume gebundene) Finanzierung genannt; damit in Zusammenhang stehen auch für die Projekte zur Verfügung stehende Räumlichkeiten: Diese sollten durch Lage, Anbindung und Funktionalität einen Anlaufpunkt für die Zielgruppen bieten und als Treffpunkt dienen sowie unterschiedliche Initiativen beherbergen können.

Als Erfolgsfaktoren im Rahmen der Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden deren kommunikative Fähigkeiten sowohl auf der Ebene der Zielgruppen wie auf der Ebene der lokalen Akteure als wesentliche Erfolgsfaktoren genannt, aber auch deren Fähigkeit zur Zurückhaltung. Zusätzlich wurde Kontinuität als Basis für Vertrauen – dies besonders im Zusammenhang mit älteren Migrantinnen und Migranten – erwähnt.

Eher erfolgreiche Projekte schienen der Partizipation der Zielgruppen konzeptionell eine große Bedeutung zu geben. Um eine Partizipation der Zielgruppen in der Breite und die Steigerung ihrer Selbsthilfepotenziale überhaupt erreichen zu können, wurde als wichtigster Faktor die Einbindung informeller Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gesehen.

In manchen Projekten wurden Runde Tische, Stadtteilkonferenzen o. ä. als wesentlich für das Funktionieren von Projekten eingeschätzt: Insbesondere in überschaubaren Einzugsbereichen wurde solchen Versammlungsformen zentrale Bedeutung für die Initiierung kollektiver Prozesse zugeschrieben. Zur Verbreitung des ‚Stadtteilwissens‘ gab es auch sogenannte Stadtteilmessen, auf denen sich Akteure aller Art darstellen konnten.

Neben der erfolgreichen Vernetzung zwischen den Mitgliedern der Zielgruppen wurde von einigen Projektverantwortlichen eine zweite Ebene der Vernetzung, die der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen, als essenziell beschrieben, um die vorhandenen Ressourcen des Stadtteils für die Älteren zu erschließen. Dabei sollten über die Altenhilfe hinaus die lokalen Akteure einbezogen werden.

Die Anerkennung auf lokaler politischer Ebene galt als wesentliche Unterstützung. In einem Fall wurde die Einigkeit im ‚Dreieck Verwaltung, Politik und Bürger‘ als entscheidendes Erfolgselement für eine aktivierende Politik mit Älteren und anderen Bürgerinnen und Bürgern angesehen – in der der Beschreibung nach auch benachteiligte Gruppen Älterer mitgedacht und mitgenommen wurden.

Schlussfolgerungen

Primärprävention für (benachteiligte) Ältere bedarf noch erheblicher Entwicklungsanstrengungen, geeignet ist dafür insbesondere der Stadtteil als Setting. Zentral dafür ist vor allem der Aufbau sozialer Netzwerke als Kernelemente multifaktorieller, sektorübergreifender und zielgruppenspezifischer Präventionsstrategien. Wichtig dafür sind insbesondere konzeptionell angepasste Evaluations- und Qualitätsentwicklungsstrategien.

Notwendig dazu ist die Kooperation von Praxis, Politik und Wissenschaft. Die Praxis muss dazu bestehende Ansätze reflektieren und weiterentwickeln und Aufschluss über erreichte und noch zu erreichende Zielgruppen geben. Die Aufgabe der Wissenschaft ist dabei, die Praxis bei der Erhebung und Synthese von vorhandenem Wissen über Zielgruppen und deren Lebenslagen zu unterstützen und Interventionsstrategien und deren Erfolgsbedingungen herauszuarbeiten sowie Übertragungs- und Generalisierungsmöglichkeiten zu untersuchen. Die Politik, sowohl auf nationaler, auf Länderebene und kommunaler Ebene, sollte dabei entsprechende Themen aufwerten und ermöglichen, denn ohne geeignete Strukturen und finanzielle Mittel werden sich Stadtteilansätze nicht nachhaltig entwickeln können.

Literatur

Bartmann, P. (2008). Krankheit als finanzielle Belastung. Private Gesundheitsausgaben als Indikator für unerwünschte Wechselwirkungen zwischen Armut und Krankheit. Krankheit als finanzielle Belastung. Herausforderungen für Privathaushalte und die soziale Sicherung. 18.06.2008, Berlin. Tagungsbericht. Berlin: WZB und Diakonie-Bundesverband Berlin.

Bukov, A. (2000). Individuelle Ressourcen als Determinanten sozialer Beteiligung im Alter. In G. M. Backes & W. Clemens (Hrsg.), Lebenslagen im Alter: Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen (Reihe Altern und Gesellschaft No. 1) (S. 187–214). Opladen: Leske + Budrich.

Bukov, A., Maas, I. & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, P510–P517.

Kümpers, S. (2008). Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozioökonomisch benachteiligten Menschen? Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In A. Richter, I. Bunzendahl & T. Altgeld (Hrsg.), Dünne Rente? Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit? Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung (S. 133–148). Frankfurt am Main: Mabuse.

Lampert, T., Kroll, L. E. & Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 42, 11–18.

Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Kunst, A. E. & Diderichsen, F. (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe. An overview. In J. P. Mackenbach & M. J. Bakker (Hrsg.), *Reducing inequalities in health: a European perspective* (S. 3–24). London; New York: Routledge.

Mackenbach, J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU*, London 2006.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2004). *Sozialstrukturatlas Berlin 2003 – Kurzfassung*. Berlin: Pressestelle.

Berkman, C. S. & Gurland, B. J. (1998). The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health*, 10, 81–98.

Richter, M. & Mielck, A. (2000). Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8, 198–215.

Kontakt:

Dr. Susanne Kümpers
WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung
Forschungsgruppe Public Health
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
Telefon: 030.25491-567 (577)
kuempers@wzb.eu
www.wzb.eu

Thomas Altgeld

Beteiligung und Vernetzung vor Ort

Ich habe den Titel meines Beitrages noch einmal etwas umformuliert: „Gesundheit von älteren Menschen vor Ort fördern statt fordern! Beteiligung und Vernetzung“. Es ist nämlich sehr leicht, Gesundheit für ältere Menschen zu fordern, aber sehr schwierig, die Bedingungen dafür tatsächlich zu fördern. Ich möchte, bevor ich mit meinem Vortrag beginne, auch noch einmal darauf hinweisen, dass es wichtig ist, auch andere Altersbilder als immer nur die gängigen negativen Stereotypen in der Gesellschaft zu etablieren. Und dazu zeige ich am liebsten dieses Bild (s. Abb. 1).

„100-Jährige verlässt Seniorenheim – ich war noch nicht reif für den Laden hier.“ Ich denke, es ist eine wichtige Frage, welche Altersbilder wir im Kopf haben. Haben wir immer die zunehmende Anzahl von an Demenz erkrankten Menschen, mittlerweile fast eine Million Menschen in Deutschland, im Kopf oder sind auch ganze andere Altersbilder von surfenden Senioren, studierenden Hochbetagten oder pflegenden Angehörigen, d.h. differenzierte Altersbilder, möglich? Der Anteil der älteren Menschen mit Einschränkungen ist relativ klein im Vergleich zu jenen, die in der Altersphase nicht eingeschränkt sind und die ihre Potenziale auch nutzen. Gesundheitsförderung kann einen Beitrag

dazu leisten, dass ältere Menschen diese Potenziale ausschöpfen und sich aktiv in unsere Gesellschaft einbringen. Das möchte ich Ihnen in meinem Beitrag kurz vorstellen.

Gliederung des Vortrages

Ich will anfangen mit der Beantwortung der Frage „Was hält den Menschen gesund?“ In diesem Zusammenhang möchte ich auch die Arbeit unseres Vereins „Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.“ vorstellen. Dann werde ich am Beispiel des Bertelsmann-Projekts „Neues Altern in der Stadt“, das auch in der Kommune Bruchsal stattgefunden hat, beschreiben, wie wir konkret auf kommunaler Ebene vorgegangen sind und welche Faktoren sich als erfolgreich erwiesen haben. Wir haben in der Region Hannover jetzt ein Konzept von „Aktivierenden Befragungen“ entwickelt, das ich Ihnen ebenfalls vorstellen möchte. Zuletzt möchte ich darauf eingehen, wie man die vielen Angebote vor Ort bündeln und unter einem Dach zumindest Informationen zusammenführen kann, die in einer Kommune vorhanden sind. Das möchte ich Ihnen anhand eines Modellprojekts aus Niedersachsen mit dem Titel „Senioren-servicebüros“ vorstellen.

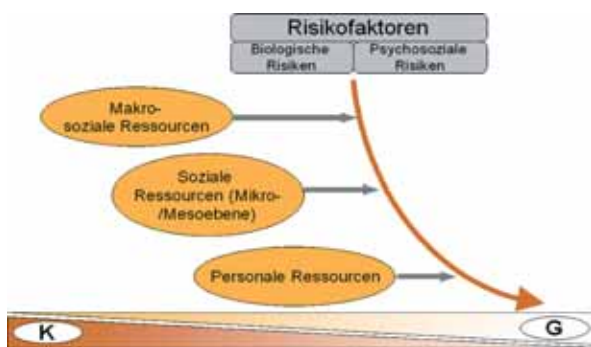


Abb. 1

Eines neues Modell von Gesundheit: Salutogenese

Aaron Antonovsky, ein israelischer Medizinsoziologe, hat in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts das Konzept der Salutogenese entwickelt, d.h. er hat versucht, die Frage zu beantworten, was erhält den Menschen gesund. Sein Modell beschreibt, welche Aspekte zur Gesunderhaltung des Menschen beitragen (s. Abb. 2).

Abb. 2:
Kolip 2003



Es sind vor allem drei Dinge: Die erste Ebene sind die personalen Ressourcen: Wie sehe ich die Welt? Welches Temperament und körperliche Konstitution bringe ich mit? Und dann gibt es noch zwei andere Ebenen, die einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung leisten: Das sind einerseits die sozialen Ressourcen im engeren Umfeld, der Mikro- und Mesoebene. Das sind Freundeskreise, Arbeitsplätze, aber eben auch Nachbarschaften. Die sozialen Ressourcen auf der Makroebene beinhalten das, was in der Stadt tatsächlich stattfindet. All diese Ressourcenebenen hängen natürlich eng miteinander zusammen und können durch verschiedene Maßnahmen gestärkt werden. Dieses Zusammenspiel führt dazu, dass Menschen über die ganze Lebensspanne oder über eine längere Lebensspanne gesund bleiben.

Wir haben bereits etwas zum Konzept des „Active Ageing“ gehört und dazu, dass man den Gesundheitsbegriff nicht zu eng fassen darf. Ich möchte deshalb

noch einmal kurz auf dieses WHO-Ziel hinweisen: Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen. Die WHO denkt hier also beide Ziele zusammen, das Gesundheitspotenzial älterer Menschen voll auszuschöpfen und ihnen eine aktive Rolle in dieser Gesellschaft zuzuweisen. Beide Aspekte muss man zusammendenken, wenn man in diesem Bereich vorankommen will.

Diese Ziele lassen nur sich erreichen, wenn:

- die Politik u. a. in Bezug auf die Wohnverhältnisse, das Einkommen und sonstige Maßnahmen, die die Selbstständigkeit der Menschen verstärken, die Bedürfnisse und Ansichten älterer Menschen voll berücksichtigt,
- Gesundheits- und Sozialdienste auf kommunaler Ebene die älteren Menschen bei alltäglichen Handlungen entsprechend ihren Bedürfnissen und Vorstellungen unterstützen,
- jede Gemeinde Programme aufstellt, um die für Seniorinnen und Senioren vorhandenen Dienste zu koordinieren, zu überprüfen und zu evaluieren,
- die Politik es alten Menschen ermöglicht, die ihnen verbleibenden Fähigkeiten zu nutzen und ihnen Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung, aufsuchenden Diensten, Hilfsmitteln und sozialer Unterstützung bietet.

100 Jahre Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen – Hundertjährige im Gespräch

Jetzt folgt ein kleiner Exkurs zur Vereinsgeschichte meiner Einrichtung: Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. ist 2005 hundert Jahre alt geworden, und wir haben zu unserem hundertjährigen Geburtstag Hundertjährige in der Region Hannover befragt. Die Ergebnisse dieser Befragung machen deutlich, mit welchen Gesundheitsbegriffen wir arbeiten und warum Gesundheit manchmal auch ein verkürzender Begriff für das ist, was wir tun.

Wir haben diese Hundertjährigen in sehr unterschiedlichen Lebensphasen aufgesucht und qualitative Interviews durchgeführt. Es waren insgesamt fünfzehn

Personen, vierzehn Frauen und ein Mann, die befragt wurden. Der Großteil lebte noch selbstständig in der eigenen Wohnung, andere im Heim oder bei den Kindern mit unterschiedlichen Pflegebedürftigkeitsstadien. Die Befragungsergebnisse über all diese sehr unterschiedlichen Lebensläufe hinweg zeigen vor allem zwei Dinge:

Erstens, die zentrale psychologische Stärke der Hundertjährigen war ihre Fähigkeit, positive Lebensperspektiven aufrechtzuerhalten und positive Deutungen vorzunehmen. Und das eben in jeder Phase ihres Lebens. Und das zweite Ergebnis hängt eng damit zusammen: „Glücklich ist, wer vergisst, was nicht zu ändern ist“, heißt es in der Operette. Die Hundertjährigen verstehen es in hohem Maße, eigene Einschränkungen zu kompensieren und entwickeln eine große Akzeptanz gegenüber Dingen, die sie nicht verändern können. Das heißt, sie überlegten, was sie in ihrer aktuellen Situation noch erreichen können, wie ihre Lebensziele konkret aussehen in Bezug auf die nächste Woche aber auch auf das nächste Lebensjahr. Sie sind damit nicht in der Verlustperspektive verhaftet, obwohl sie die Verluste in ihrem Leben sicher auch betrauert haben, sondern sie blicken eher nach vorne. Sie haben eine Akzeptanz dem gegenüber entwickelt, was nicht veränderbar ist.

An zwei Beispielen möchte ich zeigen, wie unterschiedlich diese Lebensläufe sind:

Die erste Person war nicht verheiratet, hat im Kinderbereich gearbeitet, stammt aus einer relativ hohen sozialen Schicht – der Vater war Beamter und Bürgermeister. „Ich wurde früher Fräulein Alleine genannt, weil ich immer selbstständig sein wollte.“ Wir haben auch gefragt, was die Personen mit Gesundheit verbinden. Relativ häufig war die Antwort, dass Gesundheit für sie nichts Besonderes bedeutet. Die Befragten hatten also keinen konkreten Gesundheitsbegriff. „Haben einfach gelebt“ oder „einigermaßen sittsam gelebt“ waren entsprechend Antworten der Befragten. Diese Frau sagte, dass die beiden Kriege dazu beigetragen haben, dass sie nicht verwöhnt wurde. Das hätte sie relativ lange gesund gehalten. Und auf die Frage, was

für sie Gesundheit ausmacht, antwortete sie: „Ganz normal essen, auch Freude am Essen zu haben und vor allen Dingen Bewegung und frische Luft.“

Wie subjektiv das ist, zeigt der einzige Mann aus der Stichprobe. Er hatte das, was wir an gesundheitsbezogenen Aktivitäten fördern möchten, körperliche Aktivität, in sein Leben integriert. Bis zu seinem 98. Lebensjahr ist er täglich eine halbe Stunde stramm marschiert, er hat bis vor drei Jahren, also bis zu seinem 97. Lebensjahr, regelmäßig gekegelt, bis vor anderthalb Jahren eine Stunde Gymnastik pro Woche gemacht und „einigermaßen sittsam gelebt“. Besonders berührt hat uns an diesem Mann seine Antwort auf die Frage, was die schönste Zeit im Leben für ihn war. Er sagte, dass das für ihn die 20er Jahre waren. Das heißt, er hatte Zeiten, wo er auch Reserven aufbauen konnte, die für ihn persönlich wichtig waren, Zeiten, von denen er zehren kann. Das kann in jedem Lebensverlauf etwas anders sein. Diese Beispiele verdeutlichen die persönlichen Bedeutungsebenen von Gesundheit.

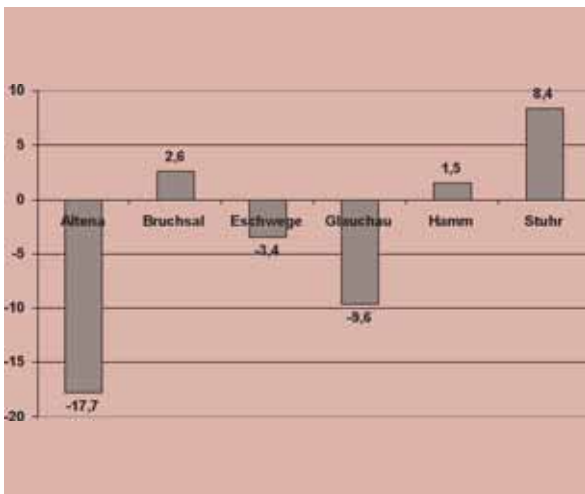
Wie gelingt Beteiligung? Beispiel „Neues Altern in der Stadt (NAIS)“ – Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

„Neues Altern in der Stadt“ war der Titel eines Modellprojekts der Bertelsmann Stiftung, das 2006 bis 2007 gelaufen ist. Die Bertelsmann Stiftung hatte im Rahmen ihres Demografie-Wegweisers festgestellt, dass es unterschiedliche demografische Ausgangslagen in den Kommunen gibt. Es wurde eine Bürgermeisterbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse zeigten, dass sich die Kommunen diesen Herausforderungen unterschiedlich gestellt haben. Darauf hin hat die Bertelsmann-Stiftung das Projekt „Neues Altern in der Stadt“ offen ausgeschrieben, ohne die Inhalte im Vorfeld thematisch festzulegen. Sechs Kommunen wurden für die Umsetzung des Projektes ausgewählt.

Die spezifischen Themen wurden in der ersten Phase des Projekts mit den Akteuren vor Ort entwickelt. Bruchsal hat sich für den Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ entschieden. Die Ausgangslagen in den sechs Kommunen sind relativ unterschiedlich.

Sie sehen in der folgenden Abbildung, dass einige von diesen Kommunen massive Bevölkerungsverluste haben:

Abb. 3: Ungleiche Herausforderungen: Bevölkerungsentwicklung bis 2020 in den Pilotkommunen (Angaben in %)

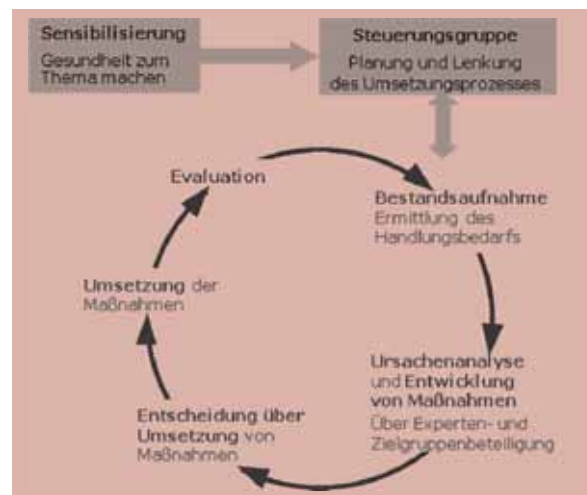


In Altena, einer Stadt in Nordrhein-Westfalen, und in Glauchau, einer Stadt in Sachsen, schrumpfen die Bevölkerungen: Bruchsal war neben Stuhr in Niedersachsen eine der beiden Städte mit wachsenden Bevölkerungszahlen. Gerade deshalb wurde sie für dieses Projekt ausgewählt, da es um die Beobachtung des Umgangs mit unterschiedlichen demografischen Bedingungen ging.

In Bruchsal haben wir über den Ansatz des gesundheitsfördernden Settings die Rahmenbedingungen vor Ort und die gesundheitlichen Herausforderungen und Potenziale analysiert. Dafür mussten eine umfassende Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern, aber auch von Einrichtungen in diesem Feld gewährleistet werden und Strukturen geschaffen werden, in denen man gesundheitliche Fragestellungen thematisieren kann. Zunächst wurde gestartet mit einer Bestandsaufnahme der kommunalen Aktivitäten einer Kommune im Bereich Gesundheit und Prävention und der Beantwortung der Fragen, wen diese Angebote erreichen, welche Lücken bestehen, welche Zielgruppen außen

vor bleiben. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Bestandsaufnahme wurden dann die Handlungsbedarfe festgestellt und genauer betrachtet. Es wurden Ursachen analysiert, Lösungsmöglichkeiten diskutiert und danach wurde über Maßnahmen entschieden. Diese wurden dann implementiert und anschließend evaluiert. Danach beginnt das Verfahren von vorn, weil es sich hier um einen Kreislauf handelt, der zu immer optimaleren Ergebnissen führen soll, aber eigentlich nie beendet ist.

Abb. 4: Gesundheitsförderung als Prozess



Die Leitfragen in Bruchsal waren Folgende: Welche gesundheitsrelevanten Angebote gibt es bereits? Welche Zielgruppen werden erreicht und welche nicht? Welche Präventionspotenziale und -bedarfe bestehen? Wer muss innerhalb und außerhalb der Kommunalverwaltung einbezogen werden? Wie ist der Einbezug der Zielgruppen sichergestellt? Was sind geeignete Startmaßnahmen? Aus dem Gesundheitszielprozess auf Bundes- und Länderebene wissen wir, dass man zwar durchaus Ziele formulieren kann, aber auch einen konkreten Anfang schaffen muss. Das funktioniert nur mit sehr konkreten und einfachen Projekten. Herr Falkenstein wird später vorstellen, wie konkret das an einigen Stellen war. Eine weitere Frage ist dann auch noch, wo Erfolge und Misserfolge der Maßnahmen sichtbar werden.

In Bruchsal entstanden fünf thematisch orientierte Arbeitsgruppen. Diese haben sich bei der Auftakt-sitzung gebildet, an der Bürgerinnen und Bürger, Insti-tutionsvertreterinnen und Institutionsvertreter sowie Vertreterinnen und Vertreter von Einrichtungen vor Ort und Teile der Kommunalverwaltung teilnahmen. Die fünf AGs und ihre Ziele waren:

- AG 1: Bewegung und Ernährung:
Verbesserung der Lebensbedingungen älterer Men-schen in den Bereichen Bewegung und Ernährung bis 2020.
- AG 2: Pflege ist mehr:
Pflege gesellschaftsfähig machen und negatives Image verbessern.
- AG 3: Geistig fit und aktiv:
Nutzung der Aktivierungspotenziale und Erhalt der Selbstständigkeit.
- AG 4: Präventive Hausbesuche:
Verbesserung der Lebensqualität durch aufsuchende Aktivierung.
- AG-Übergreifend: Wegweiser:
Verbesserung der Transparenz über die Angebote für ältere Menschen.

Beim Thema Pflege ging es um die Bestandsaufnahme aktueller Angebote. In dieser Arbeitsgruppe saßen in erster Linie professionelle Pflegeeinrichtungen, die vorher stark miteinander konkurrierten und nun zum ersten Mal zusammenarbeiteten und gemeinsame Probleme diskutierten. Das Ergebnis bestand in einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit, um auf ein posi-tives Image der Pflege hinzuarbeiten und das Thema Pflege gesellschaftsfähig zu machen.

„Geistig fit und aktiv“ war eine Arbeitsgruppe, mit der sowohl wir als Prozessbegleiter als auch der kommuna-le Partner zunächst etwas Probleme hatten, weil die Befürchtung da war, es könnte sich auf den ersten Blick hier um ein zu weites Feld möglicher Aktivitäten handeln und Konkretisierungen erschweren. Diese Arbeitsgruppe hat jedoch mit großem Engagement dann sehr konkrete Maßnahmen entwickelt – von einem Seniorenkino bis hin zu Veränderung der Öff-nungszeiten der Stadtbibliothek. In Bruchsal war die Stadtbibliothek an dem Markttag vormittags geschlossen.

Die vielen Seniorinnen und Senioren, die auf den Markt gehen, konnten daher nicht in die Stadt-bibliothek, die sich um die Ecke befindet. Dies ist ein gutes Beispiel für die Bedeutung der Beteiligung der Leute vor Ort und der Artikulation von Bedürfnissen. Diese Bedürfnisse in ihrem Konkretisierungsgrad, wie er anhand eines so einfachen Beispiels von ungünsti-gen Öffnungszeiten deutlich wird, können von außen nicht genau abgeschätzt werden, sondern nur mit den Beteiligten erhoben werden.

Aktionsbündnis „Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmer“

Vom Projektträger vorgegeben war die Zusammenarbeit mit den Unternehmen vor Ort als ein wichtiges Ziel. Deshalb haben wir ein Aktionsbündnis „Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmer“ gegrün-det, um Erwerbsphase und Nacherwerbsphase enger miteinander zu verzahnen. Ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen auch von den Angeboten der Gesund-heitsförderung profitieren. Dazu wurde die Zusammen-arbeit mit Sportvereinen vor Ort vorangetrieben.

Wirkungen des Projekts in Bruchsal

In Bruchsal wurde mit dem Thema „Gesundheitsförde-rung und Prävention“ eine intensive Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern und von Professionellen aus allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialbereiches erreicht. Mit diesen positiv besetzten Begriffen konnten zudem viele Akteure mobilisiert und miteinander ver-netzt werden. Wichtig war die beteiligungsorientierte Bedarfserhebung vor Ort. Es wurden für alle Hand-lungsfelder konkrete Maßnahmen erarbeitet. Weiterhin entstand tatsächlich ein neues Bild vom Altern. Wichtig war auch, dass es am Ende der Aktionsphase einen einstimmigen Gemeinderatsbeschluss gab, der die Mittel für die Umsetzung dieser gemeinsam entwickelten Maßnahmen zur Verfügung stellte. Es gibt zudem eine Homepage, die von Ehrenamtlichen betrieben wird, auf der Sie nachlesen können, wie konkret einzelne Aktionen sind: www.neues-altern.de.

Begleitend wurde das Projekt von der Bertelsmann Stiftung evaluiert. Bruchsal wurde überdurchschnittlich gut bewertet. Dies geschah nicht zuletzt auch deshalb, weil Bruchsal besonders aktiv war, weil Maßnahmen

konkret umgesetzt wurden und die Kommune die weitere Verantwortung für diesen Prozess nach Abschluss der Begleitung durch die Bertelsmann Stiftung übernahm.

Aktivierende Befragungen

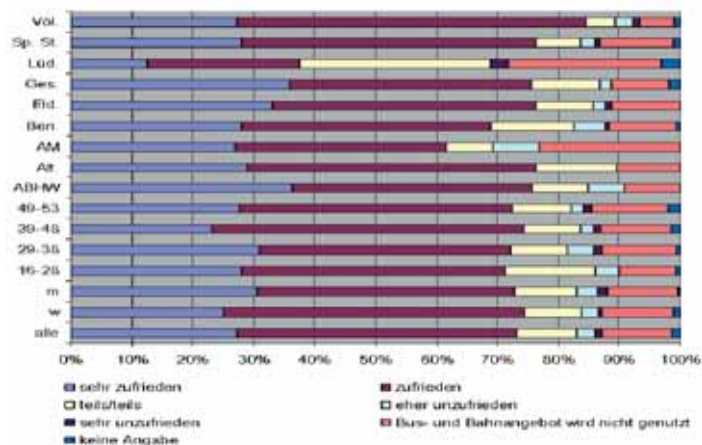
Nun möchte ich auf ein Konzept eingehen, das wir für die Region Hannover für den Bereich demografischer Wandel mitentwickelt haben: die „aktivierende Befragung“. Es werden gemeinsam mit Akteuren vor Ort Fragebögen entwickelt, in denen Fragen zu den Bedürfnissen von älteren Menschen zusammengestellt werden. An der Erstellung der letzten Version für die jeweilige Gemeinde waren die Seniorenvertretungen und Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalpolitik beteiligt. Die Kommunen zogen dann eine repräsentative Stichprobe, begleiteten den Prozess durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und versendeten die Fragebögen. Die Auswertungen wurden durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. durchgeführt. Das Besondere an diesem Vorgehen ist, dass nicht nur die Fragebögen mit den Akteuren und Beteiligten vor Ort entwickelt werden, sondern auch die Ergebnisse dieser Fragebogenaktion in Open-Space-Konferenzen stadtteilbezogen vorgestellt werden. Diese Konferenzen dienen der Diskussion von Strategien des weiteren Vorgehens in diesem Bereich: Nach einem kurzen Input zu den Befragungsergebnissen werden Lösungsvorschläge mit den Betroffenen erarbeitet und weitere Aspekte aufgenommen, die im Rahmen der Fragebogenaktion nicht aufgetaucht sind.

Ergebnisse der Seniorenbefragung in der Stadt Springe

Die Stadt Springe ist eine Stadt mit 35.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in der Region Hannover. Wir haben eine repräsentative Stichprobe gezogen, der Rücklauf war mit 63 % (N = 1003 Befragte) sehr hoch. Die Abkürzungen auf der folgenden Abbildung stehen für die einzelnen Stadtteile in dieser Gemeinde mit 35 Stadtteilen. Abgefragt wurden beispielsweise Sicherheit, Zufriedenheit mit dem Bus- und Bahnangebot, soziale Kontakte, Gesundheitsversorgung (s. Abb. 5).

Die Ergebnisse zeigen die Unterschiede bei der Zufriedenheit mit den öffentlichen Angeboten in den einzelnen Stadtteilen. Die Zahlen 49–53, 39–48, 29–38 und 16–28 sind die Geburtsjahrgänge. Die Geburtsjahrgänge 49 bis 53, also die jüngeren Jahrgänge, sind zufriedener mit dem Angebot. Die Zufriedenheit nimmt über die Lebensphasen ab, nimmt jedoch bei den über 80-Jährigen wieder zu. Das ist ein interessanter Befund, für den wir auch noch keine Erklärung haben. Auch die Beurteilung von sozialen Kontakten variiert nach Stadtteil. Im Wesentlichen sind die meisten Menschen in Springe zufrieden gewesen mit den Angeboten vor Ort – auch mit ihrem sozialen Umfeld.

Abb. 5:
Zufriedenheit mit Bus- und Bahnangebot
(Seniorenbefragung Springe 2008, N = 1003)



Ein anderer wichtiger Punkt ist die Frage nach der Förderung von Engagement. Da sich viele der befragten Seniorinnen und Senioren nicht engagierten, wurden auch Barrieren erfragt. Die meisten (660 von 1003 Befragten) fühlten sich nicht geeignet, viele kannten keine Angebote oder hatten keine Zeit. Darauf hin wurde mit dem Sozialdezernenten der Stadt diskutiert, wie kann man das breite Möglichkeitsfeld von ehrenamtlichem Engagement in dieser Stadt auch für Ältere transparenter und attraktiver machen kann.

Transparenz und Vernetzung herstellen:

Beispiel Seniorenservicebüros in Niedersachsen

Niedersachsen hat als flächendeckendes Angebot in allen Kommunen Seniorenservicebüros etabliert, in denen unter einem Dach über relevante Angebote für ältere Menschen informiert wird. Etwas Vergleichbares hatte bislang nur Rheinland-Pfalz gemacht mit den Koordinations- und Kontaktstellen (s. Abb. 6).

Ziel der Seniorenservicebüros ist die Stärkung von Alltagskompetenzen, Sozialkompetenzen und Fachkompetenzen von älteren Menschen. Die Stärkung der Sozialkompetenz umfasst u. a. auch die Förderung von sozialem Engagement. Bestandteil des Projektes ist zudem ein Qualifizierungsprogramm für Seniorinnen und Senioren als Teil der Angebotsstruktur von den Seniorenservicebüros, das nennt sich „DUO-Seniorenbegleitung“. Seniorinnen und Senioren werden für die Begleitung anderer Seniorinnen und Senioren und damit auch für das Knüpfen sozialer Netzwerke qualifiziert. Quer zur Kompetenzförderung werden darüber auch die Gesundheitsförderungspotenziale vor Ort besser erschlossen. Bei Alltagskompetenzen geht es

beispielsweise um Haushaltshilfen, Einkaufshilfen oder wie man geeignete Handwerker für einen Umbau von Badezimmern bekommt.

Bei diesen Seniorenservicebüros kann man viele Informationen abrufen, die vor Ort gebündelt sind. Dazu gehören:

- Information über präventive Hilfen, geriatrische Rehabilitation und Pflege für alte Menschen,
- Wohnberatung (Wohnraumanpassung, neue Wohnformen),
- allgemeine Informationen zur Lebens- und Alltagsbewältigung im Alter,
- Information über und Vermittlung von kulturellen, sportlichen und gesundheitlichen Angeboten (Veranstaltungsservice),
- Vermittlung, Organisation und Koordination von Patenschaften zwischen den Generationen,
- Einkaufsservice (Vermittlung).

Hinsichtlich der Organisation und Anbindung der Seniorenservicebüros haben wir mit der Landesregierung eine Richtlinie erarbeitet. Diese besagt, dass die Seniorenservicebüros an die vorhandenen und funktionierenden Strukturen vor Ort angebunden werden sollen. Das können Mehrgenerationenhäuser, aber auch Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros, Familienservicebüros und die Kommunalverwaltung sein. Träger können freie Träger oder die öffentliche Hand sein. Wir hatten, kaum war das ausgeschrieben, eine ausführliche Diskussion über Subsidiarität in Niedersachsen. Man kann jedoch keine Grundsatzentscheidung über die Trägerschaft treffen. In Hannover besteht

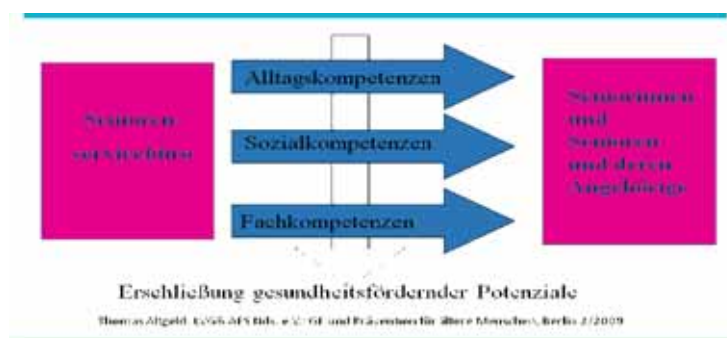


Abb. 6:
Erschließung gesundheitsfördernder
Potenziale
Thomas Altgeld, LVG & AFS Nds. e.V.:
GF und Prävention für ältere Menschen,
Berlin 2/2009

beispielsweise bereits ein ausgezeichneter kommunaler Seniorenservice. Da wäre es unsinnig gewesen, das Büro nicht dort auch anzusiedeln.

Haupt- und ehrenamtliche Kräfte arbeiten in den Servicebüros zusammen. Die Neutralität bei der Vermittlung von Dienstleistungen muss dabei auf jeden Fall erhalten bleiben. Der Einsatzbereich sollte möglichst die ganze Kommune, also Stadt- oder Landkreis, umfassen. Das ist etwas schwierig, da in Niedersachsen einige Landkreise sehr groß sind. Diese Strukturen sollen Synergieeffekte ermöglichen und eine intensive Öffentlichkeitsarbeit sollte auf die Angebote der Seniorenservicebüros aufmerksam machen. Das Projekt ist 2008 in 16 Kommunen angelaufen, 2009 werden weitere 10 Kommunen ausgewählt. Bis 2012 soll eine flächendeckende Angebotsstruktur entstehen.

Empfehlungen

Ich komme zum Schluss und möchte vier Empfehlungen aussprechen, auf die wir in der Podiumsdiskussion noch vertiefend eingehen können.

1. Es fehlen integrierte kommunale Handlungskonzepte zur Umsetzung von Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Da die Ausgangslagen vor Ort sehr heterogen sind, müssen diese Handlungskonzepte durch die Kommunen entwickelt werden. Die Landesebene kann den Rahmen dafür vorgeben und Anreizsysteme schaffen.
2. Insbesondere für bislang kaum erreichte Zielgruppen sollten niedrigschwellige Angebote entwickelt werden. Der „Mainstream“ der Prävention erreicht die Gruppen, die ohnehin bessere Gesundheitschancen haben.
3. Vor allem „Standardangebote“ der gesetzlichen Krankenversicherungen, der Sportvereine, der kommunalen Altenhilfe müssen zielgruppengerechter für ältere Menschen gestaltet werden.
4. Die Gesundheitskosten können nur nachhaltig beeinflusst werden, wenn mehr Flächendeckung für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote erreicht wird, eine Fülle unverbundener Einzelaktivitäten dominiert bislang aber das Feld. Hier ist mehr Abstimmung auf allen Ebenen notwendig.

Es fehlt nicht an Angeboten, sondern es mangelt an deren Integration und Anschlussfähigkeit. Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung müssen zusammengedacht werden. Wir haben am Beispiel Bruchsal sehen können, dass Angebote auch für die Zielgruppen geschaffen werden können, die bisher nicht erreicht wurden. Dazu müssen diese frühzeitig miteinbezogen werden – bereits bei der Problemdefinition.

Die Standardangebote der gesetzlichen Krankenversicherungen erreichen die älteren Menschen bislang kaum. Gefördert werden zumeist Kindertagesstätten, Schulen und Sportvereine und diese auch nur unterdurchschnittlich im Vergleich zu den Investitionen in wenig zielführende Individualpräventionsaktivitäten. Ältere Menschen stehen als über das Setting Kommune erreichbare Zielgruppe selten im Zentrum der Aktivitäten der Krankenkassen. Auch kommunale Angebote sind in diesem Bereich häufig zu wenig zielgruppenspezifisch ausgelegt. Wenn man tatsächlich die Gesundheitskosten nachhaltig beeinflussen will, muss man nicht nur Modelle fördern, sondern ein flächendeckendes Angebot etablieren. Eine gesetzliche Regelung ist notwendig – über ein Präventionsgesetz oder über kommunale Verfügungsfonds, über deren Verwendung und Ausgestaltung vor Ort eben entschieden wird.

Literatur

Kolip, P. (2003). Ressourcen für Gesundheit. Potenziale und ihre Ausschöpfung. *Das Gesundheitswesen*, 65, 155–162.

Kontakt:

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Telefon: 0511.38811890

thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

www.gesundheit-nds.de

Prof. Dr. Monika Reichert

Internationale Handlungskonzepte

In den folgenden Ausführungen sollen Leitlinien zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung dieser Leitlinien vorgestellt werden, die im Rahmen eines europäischen Projektes ermittelt worden sind. Es handelt sich dabei um das kürzlich abgeschlossene EU-Projekt „HealthPROelderly“, das durch das 1. Public Health Programme sowie durch den Fonds „Gesundes Österreich“ finanziell gefördert wurde. An HealthPROelderly waren Universitäten und Forschungsinstitute aus insgesamt elf EU-Ländern beteiligt, hinzu kamen unterstützende Partner auf nationaler und auf EU-Ebene (vgl. Abb. 1). Das Projekt wurde vom Österreichischen Roten Kreuz koordiniert, die wissenschaftliche Begleitung oblag dem römischen Institut EMMERE.

Um das übergreifende Ziel von HealthPROelderly – nämlich „... die Unterstützung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen durch die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien mit Empfehlungen für potenzielle Akteure auf EU-, nationaler und lokaler Ebene ...“ zu erreichen, wurden folgende Untersuchungsschritte durchgeführt (vgl. auch Abb. 2).

- Auswertung der themenspezifischen Literatur zur Gesundheitsförderung im Alter in allen beteiligten Ländern,
- Entwicklung eines Glossars mit wichtigen Begriffen der Gesundheitsförderung zur europaweiten Verständigung,
- Entwicklung eines Kriterienkataloges für die Sammlung und Auswahl von „models of best practice“ in Bezug auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen,
- Identifikation von „models of best practice“ in allen beteiligten Ländern und ihre Dokumentation dieser „models“ in einer Datenbank,
- Evaluierung von drei Projekten der Gesundheitsförderung in allen beteiligten Ländern auf der Basis der entwickelten Kriterien (insgesamt 33 Projekte),
- Diskussion der Evaluierungsergebnisse mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis im Rahmen einer internationalen Konferenz in Warschau,
- Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung im Alter.

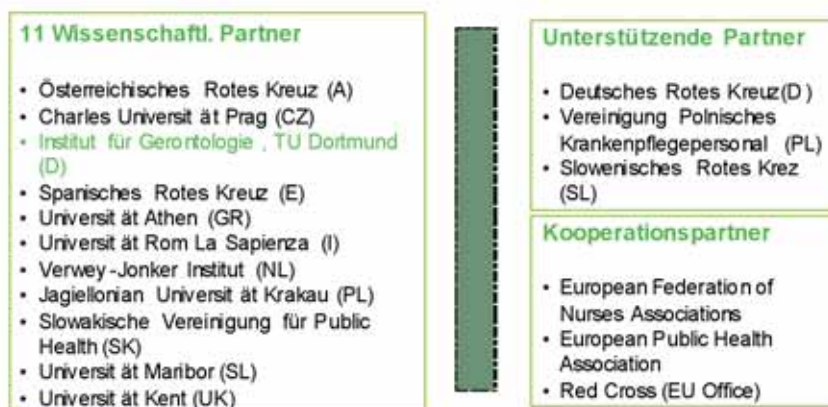


Abb. 1:
Partner im Projekt
„HealthPROelderly“





Abb. 2:
Untersuchungsschritte
zur Entwicklung der
Leitlinien im Projekt
„HealthPROelderly“

Die Ergebnisse der Literaturanalyse sind ebenso wie die Ergebnisse der Evaluation der „models of best practice“ in jeweils einem nationalen Bericht niedergelegt worden. Auf der Grundlage dieser Berichte sind wiederum zwei europäische Veröffentlichungen entstanden, die einen guten Überblick über die Situation der Gesundheitsförderung in den Ländern der Projektbeteiligten geben (Strümpel & Billings 2008; Lang & Resch 2008). „Endprodukt“ von HealthPROelderly ist eine Broschüre, die bislang auf Englisch mit dem Titel „Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People“ erschienen ist (Lis, Reichert, Cosack, Billings & Brown 2008) und auf deren Inhalt in den weiteren Ausführungen Bezug genommen wird (s. Abb. 3). Die Broschüre enthält insgesamt 16 evidenz-basierte Leitlinien zur Gesundheitsförderung mit älteren Menschen. Von diesen Leitlinien sollen in diesem Beitrag sieben vorgestellt werden und zwar jene, die für die Kommunen bei der Planung und Durchführung von Projekten zur Gesundheitsförderung von besonderer Relevanz sind (s. u.).

Bei der genaueren Vorstellung der sieben Leitlinien wird – ebenso wie in der Broschüre – in einem ersten Schritt eine Begründung für ihre Bedeutung gegeben, daran schließen sich in einem zweiten Schritt einige ausgewählte, auf die Leitlinie bezogene Handlungsempfehlungen an. In der Broschüre „Evidence-Based

Guidelines on Health Promotion for Older People“ sind diese Handlungsempfehlungen darüber hinaus jeweils durch Projektbeispiele aus den beteiligten elf Ländern illustriert. Generell ist zu beachten, dass die in der Broschüre genannten Leitlinien nicht alle erfüllt werden müssen, um erfolgreiche und nachhaltige Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu betreiben. Stattdessen können – je nach Bedarf – unterschiedliche Leitlinien als notwendig erachtet bzw. realisiert werden. Mit anderen Worten: Bei der Entwicklung der Leitlinien war nicht beabsichtigt, ein „Rezeptbuch“ für Gesundheitsförderung im Alter zu erstellen, an das man sich sklavisch halten muss.



Abb. 3:
Die Broschüre mit
Leitlinien und Hand-
lungsempfehlungen
zur Gesundheits-
förderung

Leitlinie: Settingorientierung und Erreichbarkeit ermöglichen!

Als für alle Gruppen Älterer gleichermaßen erfolgversprechend haben sich gesundheitsfördernde Angebote erwiesen, die in ihrer konkreten Lebenswelt – in sogenannten Settings – ansetzen. Ziel ist es, die Menschen in ihren direkten Lebensbezügen zu erreichen und durch verhaltens- wie verhältnispräventive Maßnahmen Gesundheitsgewinne zu erzielen. Gesundheitsförderung in Lebenswelten bietet zudem die Möglichkeit, sozial- und geschlechterbedingter gesundheitlicher Ungleichheit vorzubeugen. Das Setting einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung ist somit entscheidend für ihren Erfolg. Dies gilt sowohl für die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als auch für die Möglichkeit, diese in die Maßnahme aktiv und effektiv einzubinden. Ebenfalls bedeutsam ist zum einen die 'Sichtbarkeit' des Settings – sie kann die Attraktivität für die avisierte Zielgruppe vergrößern – sowie zum anderen die Nähe des Settings zu weiteren, von der Zielgruppe regelmäßig frequentierten Orten oder Aktivitäten.

Die Kommune kann insgesamt als das wichtigste Setting angesehen werden, denn sie stellt eine Steuerungsinstanz mit den besten Vorerfahrungen dar, die bei Bemühungen von interdisziplinärer Vernetzung und Koordination – z. B. von unterschiedlichen Akteuren und von Professionellen – zum Tragen kommt. Hier gibt es häufig bereits Gremien, die genutzt werden können, um Gesundheitsförderung voranzutreiben; zu nennen sind hier beispielsweise Pflegekonferenzen oder Arbeitsgemeinschaften in unterschiedlicher Trägerschaft. Des Weiteren kann man ältere Menschen in der Kommune unmittelbar und direkt ansprechen. Sie ist der Ort, in dem Älterwerden konkret erlebt und gelebt wird, d. h. in der Kommune werden Krankheit und Gesundheit als Teil der Altersrealität für alle in besonderer Weise erfahrbar.

Zudem ist Gesundheitsförderung eine Aufgabe, die in Deutschland in die kommunale Daseinsvorsorge gehört. Was durch Gesundheitsförderung vermieden werden kann, muss später in der Kommune nicht (kostspieliger) „versorgt“ werden. Die Bedeutung der

Kommune als Setting zeigt sich auch bei einem Vergleich der Ergebnisse aus den beteiligten Ländern. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass auch im Ausland viele gesundheitsfördernde Projekte für ältere Menschen in Kommunen, Stadtteilen und Nachbarschaften angesiedelt sind – wenngleich quantitativ in unterschiedlichem Maße (Lang & Resch 2008).

Erreichbarkeit und Nähe sind weitere wichtige Kriterien, um die Teilnahme älterer Menschen an einer gesundheitsfördernden Maßnahme zu erhöhen. Dazu kann auch für bestimmte, in ihrer Mobilität eingeschränkte oder behinderte Zielgruppen Barrierefreiheit gehören. Zur Umsetzung der Leitlinie „Settingorientierung und Erreichbarkeit“ haben wir aus unserem Forschungsprojekt z. B. die folgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet:

- Bestimmen Sie möglichst ein Setting danach, wo Ihre Zielgruppe lebt bzw. wo sie zu finden ist. Diese Settings können Unternehmen, Vereine, Begegnungsstätten und Altenheime sein – oder aber eben die Kommune. Bewährt haben sich auch Versuche, die Zielgruppen bereits in der akuten gesundheitlichen Versorgungssituation anzusprechen (z. B. bei niedergelassenen Ärzten, bei Krankenhausentlassung, in stationären und in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen).
- Nutzen Sie das Setting „eigenes Zuhause“ als ersten „Kontakt-Punkt“ mit älteren Menschen und, wenn nötig, auch als „Haupt-Setting“ für die gesundheitsfördernde Maßnahme. Es geht also um zugehende Formen der Gesundheitsförderung.
- Hoher Fahraufwand sollte für ältere Menschen auf ein Minimum reduziert werden. Wenn sich ein Transport nicht vermeiden lässt, sollte ein Netz von Fahrdiensten organisiert werden (durch Wohlfahrtsverbände, informelle Netzwerke usw.).

Leitlinie: Alle wichtigen Akteure bzw. Interessensgruppen beteiligen!

Entsprechend dem Settingkonzept ist die Verantwortlichkeit für Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene weit gestreut. Neben den örtlichen Betrieben sind dies

insbesondere die unterschiedlichen Akteure sowie Anbieterinnen und Anbieter aus dem Gesundheits-, Bildungs-, Freizeit-, Altenhilfe- und Pflegebereich einschließlich der verschiedenen Selbsthilfegruppen Älterer.

Die Einbindung des Fachwissens, der Expertise und der Erfahrungen dieser Akteure und Interessengruppen kann genutzt werden, um entsprechend einer ganzheitlichen Orientierung (siehe unten) strategische Ansätze zu entwickeln, die die Effektivität der gesundheitsfördernden Intervention maximieren. Mit dem Einbezug unterschiedlicher Akteure steht dann auch eine Vielfalt an Kompetenzen, Ressourcen und Perspektiven ebenso zur Verfügung wie nützliche Kontakte innerhalb der Kommune, z. B. in Bezug auf Finanzierungsquellen, Wissen über neue Formen evidenzbasierter Praxis oder über Erfahrungen mit der Zielgruppe selbst. Um eine Einbindung von Akteuren zu ermöglichen, haben wir die folgenden Handlungsempfehlungen formuliert:

- Identifizieren Sie zunächst jene potenziellen Akteure, die im Zusammenhang mit Ihrer Maßnahme zur Gesundheitsförderung stehen, und versuchen Sie diese in die Planung und Implementierung eines Projektes zu integrieren.
- Zeigen Sie die Vorteile und den Nutzen auf, den eine Beteiligung für die Akteure mit sich bringen kann.
- Geben Sie verschiedenen Akteuren unterschiedliche Verantwortlichkeiten und Rollen und nutzen Sie dabei deren unterschiedliche Ressourcen.
- Bestimmen Sie eine Hauptverantwortliche oder einen Hauptverantwortlichen mit Moderationskenntnissen, denn notwendig sind neben einem guten Teamgeist auch davon getragene kooperative und effektive Arbeitsbeziehungen.
- Bilden Sie Arbeitskreise oder Gesundheitsförderungskonferenzen im Setting selbst und zwar unter Beteiligung derjenigen, die ausgehend von einem ganzheitlichen Konzept etwas dazu beitragen können bzw. Zugang zum Feld und zur Zielgruppe haben bzw. deren Gesundheitsrisiken kennen.
- Implementieren Sie einen Lenkungsausschuss und/oder Beirat, um die Kontinuität der Strukturen zu erhalten.

Partizipation und Empowerment der Zielgruppe ermöglichen!

Erfolgreiche Gesundheitsförderung wird durch die aktive Beteiligung bzw. Partizipation älterer Menschen unterstützt. Ältere Menschen können am effektivsten durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, eine möglichst breite Bekanntmachung der Maßnahme und am besten durch direkte Einbindung in bereits bestehende – informelle oder formelle – Gruppen aktiviert und zur Partizipation angeregt werden. Erst durch die Förderung von Partizipation ist es möglich, ältere Menschen als „Ko-Produzenten“ ihrer Gesundheitsförderung und damit ihrer Gesundheit, gleichsam als „Expertinnen und Experten in eigener Sache“, zu gewinnen. Nur so lässt sich Nachhaltigkeit gesunder Lebensprinzipien unter Berücksichtigung von Selbstständigkeit bzw. Autonomie erzielen.

Durch Empowerment wiederum wird eine spezifische Zielgruppe „älterer Menschen“ in die Lage versetzt, Kompetenzen, Wissen und Erfahrungen zu erwerben bzw. zu nutzen, die sie zu (selbst gewählten) Handlungen in enger Verbindung mit den Zielen der Gesundheitsförderung befähigen. Dabei muss Empowerment allerdings auf eine Weise erfolgen bzw. gefördert werden, die als ermutigend und im Rahmen der Möglichkeiten als machbar und nicht als Überforderung erlebt wird. Wie aber kann nun Partizipation und Empowerment der Zielgruppe realisiert werden? Hierzu einige wichtige Empfehlungen:

- Geben Sie älteren Menschen mit unterschiedlichen ethnischen, kulturellen und sozialen Hintergründen von Anfang an eine Stimme und involvieren Sie diese in alle Phasen einer gesundheitsfördernden Maßnahme.
- Nutzen Sie Strategien für die Aktivierung der Zielgruppe, die auf deren Bedürfnisse abgestimmt ist.
- Identifizieren und nutzen Sie die Ressourcen der Zielgruppe, auch um deren Selbstwertgefühl zu steigern. Um die Ressourcen der Zielgruppe systematisch nutzen zu können, müssen deren gesundheitsbezogenes Wissen, aber auch ihre risikobezogenen Verhaltensweisen ermittelt werden. Notwendig ist es, die „biografischen Vorläufer“, d.h. die Entwicklung von Risiken im Lebenslauf zu kennen und

strategisch mit einzubeziehen. Mit anderen Worten: Machen Sie sich mit den früheren und aktuellen, auf die Gesundheit einwirkenden Lebensverhältnissen Ihrer Zielgruppen vertraut.

- Fördern Sie Empowerment älterer Menschen durch Wissensvermittlung und die Beteiligung wichtiger sozialer Netzwerke bzw. nutzen Sie vorhandene Netzwerkressourcen.
- Fördern Sie ein positives Altersbild, hin zu einem aktiven und mit Krankheitsrisiken bewusst und kompetent umgehenden Menschen.

Leitlinie: Einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen!

Das HealthPROelderly-Projektteam war sich bewusst, dass Gesundheit als ein mehrdimensionales und ganzheitliches Konzept zu betrachten ist und entsprechend der WHO-Konzeptionalisierung mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit ist. Gesundheit ganzheitlich zu betrachten – so unsere Erfahrung – steigert den Erfolg gesundheitsfördernder Aktivitäten. Vor allem kommt es darauf an, die subjektiv wahrgenommene Gesundheit zu stärken und zu fördern. Gegenüber einem klassisch-medizinischen Verständnis von Gesundheit beinhaltet diese Sicht, dass das Ausmaß persönlich sinnerfüllter Aktivität, die aktive bzw. behinderungsfreie Lebenserwartung sowie die Fähigkeit, eine tragfähige Lebensperspektive aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen, als zentrale Indikatoren von Gesundheit gewertet werden müssen. Die in HealthProElderly ermittelten Handlungsempfehlungen zur Förderung eines ganzheitlichen Ansatzes sind unter anderem:

- Etablieren Sie ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheitsförderung. Analysieren Sie die Faktoren, die den Gesundheitszustand Ihrer Zielgruppe maßgeblich beeinflussen. Konzentrieren Sie sich auf die wichtigsten, denn es wird in der Praxis nicht immer möglich sein, sie in einer Intervention alle anzusprechen. Lokale Gesundheitsberichterstattung ist diesbezüglich eine wichtige Voraussetzung nicht nur zur Erfassung von Gesundheitsrisiken in ihrer regionalen Konkretisierung, sondern sie hilft auch, Gruppen älterer Menschen mit besonderen Bedarfen zu identifizieren.
- Als besonders erfolgversprechend erweist sich die Kombination von unterschiedlichen Strategien der Gesundheitsförderung (z. B. Gesundheitsbildung in Kombination mit der Förderung sozialer Netzwerke), d.h. es muss um möglichst multidimensionale Ansätze und eine ganzheitliche Konzeptualisierung gehen.
- Beziehen Sie dabei nach Möglichkeit das gesamte soziale und räumliche Umfeld Ihrer Zielgruppe mit ein. Da Gesundheit ebenso wie Krankheit multidimensionale Konzepte sind, müssen gesundheitsfördernde Maßnahmen den Lebensstil (Mikroebene) ebenso einbeziehen wie die sozialen und gemeinschaftlichen Netzwerke, die Gesundheits- und Sozial Einrichtungen (Mesoebene) sowie die allgemeinen sozioökonomischen und kulturellen Umweltbedingungen (Makroebene). Objektive Lebensbedingungen (im Hinblick auf Verhältnisprävention) sind also ebenso zu berücksichtigen wie das individuelle Gesundheitsverhalten (im Hinblick auf Verhaltensprävention). Notwendig ist ihre gleichberechtigte Beachtung.

Leitlinie: Ältere Ehrenamtliche einbeziehen!

Ältere Ehrenamtliche können eine unschätzbare Hilfe sein, um isolierte oder sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen älterer Menschen zu erreichen. Die Einbindung von Ehrenamtlichen kann außerdem die Kosteneffektivität eines Projekts unterstützen. Schließlich kann die ehrenamtliche Arbeit selbst eine positive Wirkung auf die Gesundheit der Ehrenamtlichen haben. Folgende Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Umsetzung dieser Leitlinie:

- Rekrutieren Sie Ehrenamtliche, bilden Sie Ehrenamtliche aus und betreuen Sie diese. Dabei darf es keine Hierarchisierung geben, Ehrenamtliche spielen eine wichtige ergänzende Funktion, die Hauptamtliche nicht übernehmen können.
- Beziehen Sie Ehrenamtliche gemäß ihrer individuellen Fähigkeiten mit ein.
- Integrieren Sie Ehrenamtliche in das interdisziplinäre Team und fördern Sie eine Partnerschaft zwischen Professionellen und Ehrenamtlichen, beruhend auf gegenseitiger Akzeptanz und Anerkennung.

- Sorgen Sie für eine klare Rollenverteilung zwischen Ehrenamtlichen und Professionellen. Überfordern Sie Ehrenamtliche nicht.
- Anerkennen und wertschätzen Sie die Arbeit von Ehrenamtlichen durch materielle und immaterielle Unterstützung.

Leitlinie: Nachhaltigkeit der Maßnahme in den Blick nehmen!

Nachhaltigkeit ist für Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung ein wichtiger Erfolgsindikator, den es zu erreichen gilt. Nachhaltigkeit bezieht sich dabei auf unterschiedliche Dimensionen wie Bekanntheitsgrad, das Erreichen einer größeren Anzahl von Menschen und natürlich die Laufzeit einer Maßnahme. Nachhaltigkeit ist zudem notwendig, um einen kontinuierlichen Einfluss auf die Gesundheit der Zielgruppe „ältere Menschen“ nehmen zu können. Auch ist Nachhaltigkeit ein wichtiger Faktor für den Transfer von gesundheitsfördernden Aktivitäten – z. B. in andere Kommunen. Unsere Handlungsempfehlungen zur Gewährleistung von Nachhaltigkeit lauten z. B.:

- Wählen Sie die Organisationen, durch die die gesundheitsfördernde Maßnahme durchgeführt werden soll, sorgfältig aus. Je besser das Profil der Organisation (z. B. Kirchen, Seniorenorganisationen) und je höher ihr Bekanntheitsgrad, desto größer ist die Chance für Nachhaltigkeit.
- Sorgen Sie dafür, dass personelle Ressourcen stabil bleiben, und optimieren Sie diese.
- Verwenden Sie einen Multi-Akteur-Ansatz, d. h. verteilen Sie die Verantwortung für das Projekt auf mehrere Schultern.
- Evaluieren Sie die Intervention mit wissenschaftlichen Methoden in regelmäßigen Abständen und nutzen Sie die gewonnenen Ergebnisse ggf. zur Verbesserung der Maßnahme.
- Machen Sie die Maßnahme auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene bekannt.

- Stellen Sie die finanzielle Stabilität sicher, denn Nachhaltigkeit wird hierdurch am ehesten erreicht. Angesichts knapper kommunaler Haushaltsmittel sind strategische Allianzen mit anderen potenziellen Förderern anzustreben.

Leitlinie: Öffentlichkeitsarbeit der gesundheitsfördernden Maßnahme forcieren!

Eine Berichterstattung über die Aktivitäten und Erfolge der Maßnahme kann in unterschiedlichster Art und Weise hilfreich sein. Durch die Verwendung von Medien, die regelmäßig von älteren Menschen genutzt werden, ist es möglich, ihre Partizipation bzw. Beteiligung zu erhöhen – insbesondere dann, wenn spezielle Zielgruppen älterer Menschen erreicht werden sollen. Von dem Wissen über die Erfolge einer gesundheitsfördernden Maßnahme kann generell eine breite Öffentlichkeit profitieren, indem z. B. negative Stereotypen über das Alter revidiert werden. Potenzielle Geldgeber können ebenfalls durch gut platziertes, ansprechendes Informationsmaterial angesprochen oder überzeugt werden. Ähnliches gilt für potenzielle Ehrenamtliche oder mögliche weitere Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner. Schließlich können Publikationen über die Struktur, Implementierung und Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen anderen Organisationen die Replizierbarkeit an anderen Orten oder mit anderen Zielgruppen erleichtern.

- Planen Sie die Kosten für die Öffentlichkeitsarbeit explizit im Budget ein.
- Nutzen Sie unterschiedlichste Medien für die Öffentlichkeitsarbeit und Informationskampagnen, um möglichst viele ältere Menschen zu erreichen.
- Informieren Sie auch jene wichtigen Akteure, die nicht in das Projekt eingebunden sind.
- Richten Sie Ihre Öffentlichkeitsarbeit auch explizit an jüngere Zielgruppen, um sie für intergenerationelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu interessieren und um negative Altersbilder abzubauen.

Insgesamt – so hoffen wir – wird die Umsetzung dieser und der anderen von uns benannten evidenzbasierten Leitlinien und Handlungsempfehlungen dazu beitragen, dass Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der Kommune erfolgreich und nachhaltig betrieben werden kann. Darüber hinaus wünschen wir uns selbstverständlich auch eine noch größere Akzeptanz gesundheitsfördernder Maßnahmen und die Schaffung von hierfür notwendigen Rahmenbedingungen in den Kommunen – und dies nach Möglichkeit europaweit.

Literatur

Lang, G. & Resch, K. (2008). 33 European Best-Practice Projects: A Case-Study Evaluation of Health Promotion for Older People. Research Institute of the Austrian Red Cross. Vienna.

Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J. & Brown, P. (Hrsg.) (2008). Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People. Austrian Red Cross Vienna.

Strümpel, C. & Billings, J. (Hrsg.) (2008). Overview on health promotion for older people. Austrian Red Cross Vienna.

Kontakt:

Prof. Dr. Monika Reichert
Technische Universität Dortmund
Fachbereich 12
Soziale Gerontologie mit dem Schwerpunkt
Lebenslaufforschung
Emil-Figge-Straße 50
44227 Dortmund
Telefon: 0231.7552824
mreichert@fb12.uni-dortmund.de

Dr. med. Reinhold Hikl

aktiv55plus, Radevormwald

Ausgangslage

In Radevormwald ist ein Drittel der Bevölkerung älter als 55 Jahre. Dieser Anteil liegt über dem Bundesdurchschnitt und wird in den kommenden Jahren weiter wachsen. Im europäischen Verbund „Active Ageing“ der WHO entwickelten die Johanniter-Einrichtungen Radevormwald 2002 das Projekt „aktiv55plus“. Dieses Projekt wurde initial von der Stadt Radevormwald, den Johanniter Einrichtungen Radevormwald und der WHO getragen und durch eine Vielzahl kommunaler und regionaler Organisationen (z. B. Kreisgesundheitsamt, Volkshochschule, Ärztekammer, Stadtkulturverband, örtliche Pflegedienste, Krankenkassen, Unternehmen etc.) unterstützt.

Das Projekt hatte die Zielsetzung, die aktive und selbstständige Lebensführung älterer Menschen zu fördern und damit deren Lebensqualität zu verbessern. Gemeinsam mit den 350 Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieses WHO-Projekts sind in der Kommune Eckpunkte eines ressourcenorientierten Lebensprinzips des Aktiven Alterns entstanden. Ende 2004 wurde vor dem Hintergrund der Ergebnisse der aktivierenden Hausbesuche, der individuellen Beratungen und Vernetzungen der Trägerverein „aktiv55plus“ gegründet. Dieser baut nun auf der durch das Projekt entstandenen Infrastruktur auf. Bürgerschaftliches Engagement in der dritten Lebensphase wird dabei als zentral angesehen und in den unterschiedlichsten Bereichen vernetzt. Weiterhin wurde die trägerunabhängige aktivierende Pflegeberatung ab 01.07.2005 von der Stadt an den Verein übertragen. Gleichfalls hat der Verein die Altenhilfeplanung für die Stadt übernommen.

Ziele

Aktives Altern als Ziel des Projekts initiiert einen Prozess, der sich darauf richtet, die Möglichkeiten der Partizipation, des Einsatzes von Erfahrungswissen und Kompetenz, der Förderung und Erhaltung der Gesund-

heit und der Sicherheit für und durch die älteren Bürgerinnen und Bürger zu erschließen. Er umfasst die dauerhafte Beteiligung des älteren Menschen an sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, intellektuellen und öffentlichen Prozessen. Die körperlichen Aktivitäten stellen dabei einen Teilbereich des Aktiven Alterns dar.

Methoden/Konzepte

Zentrale Methoden sind dabei das sogenannte aktivierende Aufsuchen bzw. die aktivierenden Hausbesuche, individuelle Beratungen sowie die Vernetzungen auf bürgerschaftlicher und kommunaler Ebene und auf der Seite der Anbieter. Diese niederschweligen Methoden setzen bei den Ressourcen der älteren Menschen an. Dabei kann es darum gehen, soziale Isolation aufzuheben durch Vermitteln von Freizeitpartnerinnen und Freizeitpartnern für kulturelle, sportliche oder soziale Aktivitäten, oder um den Wunsch, das eigene Können und Wissen durch ehrenamtliches Engagement anderen zugänglich zu machen. Die Vernetzung orientiert sich dabei an den Wünschen und Ideen der Bürgerinnen und Bürger. Um mittelfristig Lebensqualität und Mobilität zu sichern, besteht bei der großen Gruppe der älteren Frauen ein besonderer Handlungs- bzw. Präventionsbedarf. Schwerpunkte sind hier Kraft/Gangsicherheit und Beckenbodentraining. In den beiden Bereichen gibt es auf der Projektebene jeweils ein Angebot.

Weiterhin wurden im Rahmen der aktivierenden Pflegeberatung Schnittstellen ermittelt und besetzt, die kurzfristig akute Einweisungen ins Altenheim vermeiden helfen. Kooperationen mit dem Krankenhaussozialdienst, mit den Krankenkassen und den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten verbunden mit einer Wohnraumberatung und Informationen zu ambulanten und komplementären Diensten bringen hier häufig ein erfolgreiches Verbleiben in der Selbstständigkeit.

Ergebnisse

Seit Bestehen des Vereins wurde der Aktivierungsprozess in der Bürgerschaft stetig weiterentwickelt. Inzwischen wird die hauptamtliche Mitarbeiterin für aktivierende Hausbesuche durch sechs ehrenamtliche Hausbesucherinnen verstärkt, die eine maßgeschneiderte Weiterbildung durchlaufen haben und an begleitender Fallsupervision teilnehmen. Im Januar 2006 hat sich eine Seniorenvertretung gebildet, die zum Beispiel das Thema Verkehrssicherheit in der Stadt vorantreibt. In den ersten Monaten sind das Sponsoring und Aufstellen von Bänken an wichtigen Fußgängerknotenpunkten gelungen.

Seit Bestehen des Vereins sind ca. 50 Menschen in ehrenamtliche Aufgaben vermittelt worden. In vielen Fällen wurde soziale Isolation aufgehoben. Dies wird vor allem durch ein Ergebnis der Rader WHO-Studie deutlich. Diese zeigt, dass die Verwitweten den größten Zuwachs an Lebensqualität für sich verbuchen durften. Ein Handwerkernetzwerk für ein barrierefreies Wohnen hat sich 2006 gebildet. Die Perspektiven eines ressourcenorientierten Aktiven Alterns haben das Alters- und Alternsbild der in den Projekten involvierten Bürgerinnen und Bürger erweitert. Durch Erfahrungen und Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Film) breitet sich diese Dynamik zunehmend auch in der gesamten Gemeinde aus.

Perspektiven

Ausgehend von der demografischen Entwicklung will der Trägerverein die begonnenen Prozesse in der Kommune verstetigen. Er will

- die Aktivierungsprozesse zur Förderung von Lebensqualität für weitere Bürgerinnen und Bürger und Zielgruppen erschließen (z. B. durch aktivierende Hausbesuche),
- die Bürgerbeteiligung weiter erhöhen (z. B. durch Stadtteilforen, intergenerationelle Zusammenarbeit),

- die Qualität des vorhandenen Netzwerks weiter verbessern (z. B. Kooperation mit Bürgerinnen und Bürgern, Anbietern, Institutionen, Krankenkassen, Hausärztinnen und Hausärzten),
- Kennzahlen zur Erfolgsmessung weiterentwickeln (z. B. Ermitteln von Eintrittsalter und Gründen für ambulante/stationäre Versorgungseinrichtungen),
- die Altenhilfeplanung zur Lebensraumplanung aktiv55plus erweitern, unter Berücksichtigung der in der Kommune benötigten Serviceangebote (z. B. komplementäre, mobile Dienste, maßgeschneiderte Bildungs- und Freizeitangebote, umfassende Pflegeberatung) und insgesamt zu einem neuen Bild des Alters und Alterns beitragen, das die Ressourcen, Kompetenzen und das Erfahrungswissen der Bürgerinnen und Bürger über 55 Jahre in den Fokus rückt. Damit ist mehr Lebensqualität nicht nur für die Älteren, sondern für das gesamte Gemeinwesen gewonnen. Daneben birgt eine durch diese Prozesse konstruktive Auseinandersetzung mit dem demografischen Wandel zeitgleich ein beträchtliches Potenzial an ökonomischen Vorteilen für die Gemeinde.

Kontakt:

Trägerverein aktiv55plus
Grabenstr. 28

42477 Radevormwald

Telefon: 02195.9277353

www.aktiv55plus.de

Vorsitzender: Dr. med. Reinhold Hikl, MPH

Telefon: 02195.600202

Reinhold.Hikl@johanniter-einrichtungen.de

Gesundes und aktives Altern in Dresden

Herausforderungen und Kontext

Im Zuge demografischer Veränderungen werden neue Herausforderungen an Kommunen im Umgang mit ihrer älter werdenden Bevölkerung gestellt. Sie sind gefordert, ihre Möglichkeiten auszuschöpfen, wenn es um die Förderung von Lebensqualität, Mobilität und Selbstständigkeit im Alter geht. Vorrangiges Ziel ist die Schaffung von Rahmenbedingungen zur verstärkten Aktivität ihrer älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger, zur gesellschaftlichen Teilhabe und sozialen Integration. Dafür ist es notwendig, dass die gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Menschen in allen Bereichen der Stadtpolitik beachtet und mitgedacht werden. Darüber hinaus sind Ältere künftig stärker in kommunale Planungs- und Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Die Aktivierung älterer Menschen und die Vernetzung aller Handlungspartner sind wichtige Bausteine in einem kommunalen Konzept für „Gesundes und aktives Altern“.

Bereits im Jahre 2002 wurde auf der internationalen Altenhilfekonferenz in Madrid das Ziel formuliert, möglichst vielen Menschen ein langes Leben zu ermöglichen und gleichzeitig für die verlängerte Lebenszeit eine hohe Lebensqualität zu erreichen, die gekennzeichnet ist von einem hohen Niveau körperlicher und geistiger Gesundheit und dem Erhalt der Selbstständigkeit.

Seit Ende 2005 arbeitet die Landeshauptstadt Dresden im Rahmen ihrer Mitgliedschaft im internationalen Städtenetzwerk „Gesunde Städte“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie im deutschen Gesunde-Städte-Netzwerk zum Thema „Gesundes und aktives Altern“.

Bereits seit 1991 ist Dresden einziges deutsches Mitglied im europäischen WHO-Netzwerk der „Gesunden Städte“. Der Fokus der Netzwerkarbeit liegt auf Gesundheitsförderung in europäischen Städten, in denen das

Gesundheitsniveau der Bürgerinnen und Bürger nachhaltig verbessert werden soll. Übergreifendes Ziel im europäischen Städteverbund ist seit 2009 „Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit in allen Politikbereichen“. „Gesundes und aktives Altern“ ist im europäischen Kontext der „Gesunden Städte“ seit 2003 ein Schwerpunktthema, das der demografischen Entwicklung in ganz Europa Rechnung trägt.

Altern ist kein plötzliches Ereignis. Der Prozess des Alterns vollzieht sich allmählich und ist unwiderruflich. Es kommt aber letztendlich nicht darauf an, dass wir immer älter werden, sondern wie wir alt werden.

Dresden ist eine alternde Stadt. Bereits heute sind etwa 39 % aller Dresdner 50 Jahre und älter, Tendenz steigend. Die anhaltende Erhöhung der Lebenserwartung schafft eine breite Altersspanne und erhöht den Anteil hochbetagter Menschen jenseits der 90 Jahre. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität treten verstärkt auf. Aufgrund der hohen Mobilität der Kinder- und Enkelgeneration lösen sich traditionelle Familienstrukturen zunehmend auf. Einpersonenhaushalte nehmen im Alter deutlich zu. Dies ist mit Gesundheitsrisiken verbunden. Dennoch ist die Gruppe der über 50-Jährigen eine der aktivsten im Altersgruppenvergleich.

Projektverlauf

Im September 2006 verabschiedete der WHO-Beirat „Gesunde Städte“ mit dem Erhalt körperlicher und geistiger Gesundheit sowie der Selbstständigkeit, dem Erhalt der Lebensqualität und der Ermöglichung von Teilhabe in altersgerechter Chancengleichheit die Ziele für „Gesundes und aktives Altern in Dresden“. Zielgruppe ist die Generation 50 plus.

Die Planung und Umsetzung des Projektes vollzieht sich in insgesamt sechs Arbeitsschritten (s. Abb.1):

Abb. 1: Projektablauf

1	Zielentwicklung und Verabschiedung der Ziele im WHO-Beirat „Gesunde Städte“	September 2006
2	Publikation des Stadtgesundheitsprofils für ältere Menschen in Dresden	Januar 2007
3	Gesundheitskonferenz „Gesundes und aktives Altern in Dresden“	03. Juli 2007
4	Aktionsprogramm „Gesundes und aktives Altern in Dresden“ – Stadtratsbeschluss	24. Januar 2008
5	Umsetzung des Ziel- und Maßnahmeplans aus dem Aktionsprogramm	seit Januar 2008
6	Evaluation	ab 2009

Die vom Beirat beschlossenen Ziele für „Gesundes Altern in Dresden“ bildeten die Grundlage für die Erstellung des Stadtgesundheitsprofils für ältere Menschen. Dieses stellt eine Bestandsaufnahme zur Gesundheits- und Sozialsituation der über 50-jährigen Dresdner Bürgerinnen und Bürger dar.

Die Ergebnisse des Stadtgesundheitsprofils dienen zur Vorbereitung der Gesundheitskonferenz „Gesundes und aktives Altern in Dresden“. Dieses kommunale Diskussionsforum für gesundheits- und sozialpolitische Fragen 50 plus sprach sowohl ein breites Fachpublikum als auch ältere Bürgerinnen und Bürger an. Diskutiert wurden mit allen Handlungspartnern zu folgenden sechs Arbeitsgruppenthemen:

- Gesundheitsversorgung,
- körperliche Aktivität,
- soziale Integration/Chancengleichheit,
- gesellschaftliche Teilhabe/Ehrenamt,
- Gesundheitsförderung/Prävention,
- Seniorenbildung.

Sowohl die Ergebnisse des Stadtgesundheitsprofils als auch der Gesundheitskonferenz dienen als Grundlage für die Formulierung des Aktionsprogramms „Gesundes und aktives Altern in Dresden“, das in enger Abstimmung mit allen Handlungspartnern entstand und am 24.01.2008 im Stadtrat einstimmig beschlossen wurde.

Anliegen des politisch beschlossenen Aktionsprogramms ist einerseits das politische Bekenntnis zu einer modernen, ressourcenorientierten, ressortübergreifenden und gesundheitsfördernden Seniorenpolitik in Dresden und andererseits der Beschluss von Handlungsfeldern, Zielen und Maßnahmen zur Umsetzung.

Der strategische Beschluss enthält die fünf wichtigen Eckpunkte einer künftigen Seniorenpolitik in Dresden:

- Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe, die nur durch entsprechende Vernetzung und Kooperation wahrgenommen werden kann.
- In einem ressourcenorientierten Ansatz von Seniorenarbeit und Altenhilfe sind insbesondere Ehrenamt und gesellschaftliches Engagement zu fördern.
- Ältere Menschen sind systematisch an Planungs- und Entscheidungsprozessen zu beteiligen.
- Die Integration Älterer und die Herstellung von altersgerechter Chancengleichheit sind wichtige Herausforderungen einer Seniorenpolitik.
- Eine positive Öffentlichkeitsarbeit für „Gesundes Altern“ ist weiter zu fördern.

Der Ziel- und Maßnahmeplan umfasst insgesamt 31 Maßnahmen, die im Laufe der nächsten zwei Jahre umzusetzen sind.

Beispiele für Umsetzungsprojekte sind die Folgenden:

- Workshop und AG „Bewegung und Sport 50 plus“ zur bewegungsfördernden Stadtentwicklung,
- Seniorensportförderung im Rahmen der kooperativen Sportentwicklungsplanung,
- altersgerechte Stadtplanung,
- Öffentlichkeitsarbeit für „Gesundes Altern“,
- Früherkennung von Diabetes mellitus Typ 2 bei sozial Benachteiligten,
- Mitarbeit am Sächsischen Gesundheitsziel „Aktives Altern“,
- Gesundheitsförderung in Seniorenbegegnungsstätten,
- Mehrgenerationenprojekte,
- Innovationspreis „Gesundes Altern“,
- Konzept Seniorenbildung und Europäische Fachkonferenz für lebenslanges Lernen, Seniorenbildung und Gesundes Altern,
- „Gesunde Arbeit“ Region Dresden.

Der Ziel- und Maßnahmenplan ist als Implementierungs- und Steuerungsinstrument die Grundlage für alle anstehenden Evaluationsprozesse. Evaluiert werden sollen die einzelnen 31 Maßnahmen ebenso wie die Umsetzung des strategischen Beschlusses der Leitlinien für eine positive Gestaltung der Lebensbedingungen aller über 50-Jährigen in Dresden. Zur Evaluation gehören weiterhin die Fortschreibung der Gesundheitsberichterstattung für ältere Menschen und die Wiederholung der Gesundheitskonferenz von 2007.

Fazit

Das Thema „Gesundes und aktives Altern“ findet in der Stadt Dresden großes Interesse bei allen beteiligten Partnerinnen und Partnern in Bürgerschaft, Politik, Verwaltung sowie bei den Leistungsanbietern, den wissenschaftlichen Institutionen und Wirtschaftsunternehmen. Vor allem die älteren Menschen selbst arbeiten sehr engagiert am Projekt mit, besonders im Rahmen der Gesundheitskonferenz und bei der Umsetzung der Maßnahmen. Bürgerbeteiligung hat erfolgreich stattgefunden.

Politikvertreterinnen und Politikvertreter waren von Anfang an über die Arbeit im WHO-Beirat „Gesunde Städte“ und in der zuständigen Projektgruppe eingebunden. Über regelmäßige Berichterstattung in den zuständigen Beiräten, Ausschüssen und im Stadtrat wurde immer aktuell zum Projektverlauf informiert. Ihren Höhepunkt fand die politische Unterstützung des Projektes jedoch im Beschluss des Aktionsprogramms „Gesundes und aktives Altern in Dresden“, mit dem der Stadtrat sich selbst und die Verwaltung zur Umsetzung einer seniorenfreundlichen und gesundheitsfördernden Politik verpflichteten.

Die Zusammenarbeit mit allen Partnerinnen und Partnern erwies sich als äußerst gewinnbringend. Die Bereiche Gesundheit, Soziales, Sport, Stadtplanung und Umwelt rückten enger zusammen, um gemeinsam das Ziel „Gesundes Altern“ zu verfolgen. Die vernetzenden Strukturen, die im Projektverlauf aufgebaut wurden, müssen in Zukunft weiter gepflegt und gestärkt werden.

Das Thema Gesundheitsförderung stärker in das öffentliche Bewusstsein zu rücken, es als gesellschaftliche und individuelle Aufgabe darzustellen und die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit zu stärken, war ein Ziel des Projektes. Eine Ressourcenorientierung im Umgang mit älteren Menschen zu fokussieren und sowohl Verwaltungs- als auch politisches Handeln danach auszurichten, ist die Grundphilosophie des Projektes. Es ist gelungen, diesen positiven Grundgedanken in städtische Planungen einfließen zu lassen und sich von einer Seniorenpolitik zu entfernen, die einzig auf Hilfebedürftigkeit Älterer und den Empfang von Sozialleistungen ausgerichtet ist.

Innovative Lösungen und Aktivitäten werden von städtischer Seite aus unterstützt. Insbesondere mehrgenerationale Projekte sollen in Zukunft gestärkt und vermehrt werden.

„Gesundes und aktives Altern in Dresden“ ist ein strategisch angelegtes Projekt, das von einer Bestandsaufnahme in Form des Stadtgesundheitsprofils und die

Zielformulierung über die Diskussion der Ergebnisse in der Gesundheitskonferenz bis zur Formulierung des Aktionsprogramms Schritt für Schritt vorgegangen ist.

Der politische Beschluss des Aktionsprogramms legte den Grundstein für den Beginn der Umsetzungsprojekte und ist gleichzeitig das Maß und der Anknüpfungspunkt für die Evaluation.

Die Gesundheitsberichterstattung hat sich ebenso als Fundament zielgerichteter Arbeit bewährt, wie die Gesundheitskonferenz ein gutes Diskussionsforum und Ort der Bürgerbeteiligung war.

Der Aktionsplan ist das eigentliche Arbeitsinstrument des Projektes. Es wurde viel Zeit, Arbeit und Abstimmung mit allen Partnerinnen und Partnern darauf verwendet, ihn zu erstellen. Er wird von allen beteiligten Handlungspartnerinnen und Handlungspartnern getragen. In Zukunft wird er zur Fortschreibung und Evaluation des Projektes dienen.

Es sind fast zwei Jahre vergangen von der Planung zur Umsetzung. Eine Zeit, die viel Motivation und Argumentation gekostet hat. Der späte Beginn der Umsetzungsmaßnahmen war oft Diskussionsthema. Dennoch war diese Zeit notwendig, um abgestimmte Aktionen auf den Weg zu bringen, Beteiligung zu sichern und Politikvertreterinnen und Politikvertreter ernsthaft einzubeziehen.

Kontakt:

Claudia Kasimir-Glaeser
(Beauftragte für das WHO-Projekt
„Gesunde Städte“ in der
Landeshauptstadt Dresden)
Landeshauptstadt Dresden
Geschäftsbereich Soziales
WHO-Projekt „Gesunde Städte“
PF 12 00 20
01001 Dresden
Telefon: 0351.488 2174
CKasimir@Dresden.de
Weitere Informationen und Dokumente unter
www.dresden.de/who

Petra Bentz

Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung

Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. Berlin (FFGZ) setzt sich seit 1974 für eine bessere Gesundheitsversorgung von Frauen ein, informiert und berät sie, unterstützt sie bei der Wahrnehmung ihrer Patientinnenrechte und vertritt ihre Interessen in der Gesundheitspolitik.

Seit Januar 2004 wird vom FFGZ das Projekt „Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“ durchgeführt – es fanden bisher ca. 40 Kurse statt. Finanziell gefördert wurde es anfangs von der ARD-Fernsehlotterie und in der Folge von der AOK und im Rahmen von Volkshochschul- und Integrationsprogrammen des Landes Berlin.

Das Projekt

Das Projekt zielt darauf ab, sozial benachteiligte ältere Frauen, mit Schwerpunkt auf Migrantinnen, zu befähigen, sich im Gesundheitssystem besser zu orientieren und ihre Rechte wahrzunehmen. Ansetzend am kulturellen, sozialen und individuellen Hintergrund und ihren damit verbundenen Kompetenzen sollen die Frauen dabei unterstützt werden, als informierte und eigenverantwortliche Partnerinnen mit ärztlichen und anderen Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitswesens zu kommunizieren. Besonders wichtig ist außerdem, dass die Frauen ihre eigenen Selbsthilfepotenziale kennen, schätzen und nutzen lernen.

Es wurde ein Programm erarbeitet, das den Teilnehmerinnen mehr Gesundheitswissen vermitteln, ihre Eigenkompetenz erhöhen und ihre konkrete Handlungsfähigkeit im Umgang mit Ärztinnen und Ärzten verbessern soll.

Grundlage der Entwicklung des Kursprogramms war unser Erfahrungswissen aus der Gesundheitsarbeit mit älteren Frauen bzw. Migrantinnen sowie die langjährige Zusammenarbeit und Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen von Beratungsstellen und Treffpunkten für diese Zielgruppe.

Unsere Patientinnenschulung orientiert sich an den grundlegenden gesundheitlichen Belangen und häufigen Beschwerden älterer Frauen, wobei jeweils auch gruppen- und altersspezifische Schwerpunkte gesetzt werden können. Themen sind: Körperliche Veränderungen in der zweiten Lebenshälfte, gesundheitliche Risiken und die Rolle von Ernährung und Bewegung, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Depressionen, Möglichkeiten der Selbsthilfe in Bezug auf Stressabbau und Entspannung sowie auf die Förderung von Heilungsprozessen, die ärztliche Sprechstunde, der Umgang mit Medikamenten sowie der Aufenthalt im Krankenhaus, Nachsorge und Rehabilitation.

Mit unserem Angebot eines mehrwöchigen kostenlosen Kurses wenden wir uns an die Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner der Migrations-, Frauen- und Seniorinnen- und Seniorenarbeit. Deren Besucherinnen wird die Patientinnenschulung vorab vorgestellt. Die Fragen und wichtigen Anliegen der Interessentinnen werden aufgegriffen und fließen in die konkrete Gestaltung vor Ort mit ein.

Schriftliche Materialien

Begleitend zu allen Modulen sind gut verständliche Merkblätter in deutscher Sprache und in türkischer, russischer, serbo-bosnisch-kroatischer und arabischer Übersetzung entwickelt worden, die an die Frauen verteilt werden.

Sprach- und Kulturmittlerinnen

Die meisten Kurse finden zweisprachig statt. Die Mitarbeit der Dolmetscherinnen ist für uns eine wichtige Unterstützung für die Interpretation des Kursgeschehens und für das Gelingen der Kommunikation weit über die sprachliche und auch interkulturelle Kompetenz hinaus. Sie tragen darüber hinaus sehr zur Vertrauensbildung in der Gruppe bei.

Evaluation und Nachhaltigkeit

Der Kurs wird durch Fragebögen mit den Teilnehmerinnen ausgewertet. Mit der beteiligten Einrichtung findet ebenfalls eine Auswertung statt. Einige Wochen nach Abschluss wird um eine abschließende Rückmeldung gebeten.

Die Patientinnenschulung ist ein erprobtes und flexibles Modell, das von den Adressatinnen begrüßt und positiv bewertet worden ist. Es eignet sich bestens für die Erfüllung des Präventionsauftrages im Setting-Ansatz. Die Verbindung von erworbenem Wissen mit dessen Erprobung und Überprüfung in der Alltagspraxis kann durch den kontinuierlichen sozialen Kontext des Kurses geübt werden.

Die Patientinnenschulung erreicht die sozial benachteiligten Adressatinnen in ihrer Lebenswelt und bringt die Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention tatsächlich in ihren Alltag.

Kontakt:

Petra Bentz

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V.

Berlin

Bamberger Str. 51

10777 Berlin

Telefon: 030.213 95 97

ffgz@snafu.de

www.ffgz.de

Volker Falkenstein

Projekt NAIS (Neues Altern in der Stadt) Bruchsal

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, dass ich Ihnen den Bruchsaler Ansatz des Projektes „NAIS“ (Neues Altern in der Stadt) vorstellen kann. Das Pilotprojekt Neues Altern in der Stadt („NAIS“) soll Kommunen bei der Entwicklung einer demografisch verantwortungsvollen Politik unterstützen. Hierdurch sollen Kommunen zukunftsfähiger und die Lebensqualität für die Einwohnerinnen und Einwohner nachhaltig verbessert werden (vgl. dazu die Homepage der Bertelsmann Stiftung: http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xml/prj_73032_87997.htm). Das Projekt Neues Altern in der Stadt wurde von der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit wissenschaftlichen Expertinnen und Experten entwickelt. Bei unserem Projekt in Bruchsal ist es Herr Thomas Altgeld von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. der Experte, der das Projekt wissenschaftlich begleitet hat.

Bruchsal ist eine von sechs Pilotkommunen, die von der Bertelsmann Stiftung ausgewählt wurde. Weitere Kommunen sind Altena, Eschwege, Glauchau, Hamm und Stuhr.

Die Ziele von NAIS sind:

- die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema,
- die Erhöhung der Planungskompetenz der Kommune,
- die Förderung der Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Kommunen und auch der Kommunen im Landkreis,
- die Entwicklung und Vermittlung eines Leitbildes,
- die Beteiligung Älterer an Planungsprozessen,
- die Verbesserung des bürgerschaftlichen Engagements, das in unserer Kommune schon sehr breit gefächert vorhanden ist,
- die Aufwertung der kommunalen Seniorenpolitik, vor allem im Gemeinderat,
- die Verbesserung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation und

- die Fortsetzung der Prozesse über das Projektende hinaus, um Nachhaltigkeit zu schaffen und Ziele und Maßnahmen nachhaltig in die Fläche transferieren, also die Betroffenen, die Bürgerinnen und Bürger, zu erreichen, die es wirklich brauchen, die sich selber nicht melden und die förmlich eigentlich darauf warten, auch mitarbeiten zu können.

Bruchsal im Landkreis Karlsruhe hat zurzeit eine Bevölkerungszahl von 43.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Davon sind 8.500 Menschen über 65 Jahre. Der Anteil der Bevölkerung über 80 Jahre wird bis zum Jahr 2015 um 18 % zunehmen. Vor diesem demografischen Hintergrund steht Bruchsal vor wichtigen Herausforderungen – nicht nur im Pflegebereich:

- Die starke Zunahme der Menschen über 80 Jahre bis 2020 geht mit einem höheren Risiko von Krankheit oder Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigkeit einher.
- Die Zunahme der Singles ist ein potenzielles Problem, wenn diese Singles pflegebedürftig werden.
- Die klassischen Familienstrukturen lösen sich auf und das familiäre Hilfs- und Pflegepotenzial sinkt.
- Die Heterogenität der Einkommen wird größer und es besteht die Gefahr der sozialen Segregation.

Nach dem Gemeinderatsbeschluss (2005) gab es drei Projektphasen: Die Analysephase (2006), die Aktionsphase (2007/2008) und die Transferphase (2008). In der Analysephase wurde zu Projektbeginn in jeder Kommune ein Initiativkreis NAIS (in Bruchsal mit 35 Personen) gegründet. Die in der kommunalen Seniorenpolitik und -arbeit relevanten Akteure sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger waren eingeladen, daran aktiv mitzuarbeiten und Maßnahmen umzusetzen. Auf einer breiten kommunalen Datengrundlage erarbeitete der Initiativkreis Handlungsempfehlungen, um Chancen und Möglichkeiten, aber auch die Felder mit hohem Handlungsbedarf zu ermitteln. In der Aktionsphase wurden die Themen, die in der Analysephase als lokal ermittelte Problem- und Hand-

lungsfelder herausgearbeitet wurden, in Kooperation mit externen Institutionen in konkrete Projekte umgesetzt. In Bruchsal kristallisierte sich das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ heraus. In der Abschluss- und Transferphase wurden die Projektergebnisse zusammengefasst, ausgewertet und veröffentlicht. Jetzt haben wir eine eigenständige kommunale Projektsteuerung, auch getragen durch kommunale Mittel.

In der Analysephase (2006) wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Bildung eines Initiativkreises im Dezember 2005,
- Durchführung der Szenariotechnik,
- Datenerhebung und Fragebogenaktion,
- Expertenhearing,
- Bürgerveranstaltung am 30.11.2006 mit Vorstellung eines Seniorenleitbildes und ausgearbeiteter Projektschwerpunkte.

Grundlage für das Projekt war der im Dezember 2005 gebildete Initiativkreis mit rund 35 Akteuren aus Kommunalpolitik, Verwaltung, Altenhilfe, Wohlfahrtsverbänden, Kirchen und Religionsgemeinschaften, Vereinen und Initiativen, der örtlichen Wirtschaft, Vertreterinnen und Vertretern aus Gesundheits- und Pflegeberufen und interessierten Bürgerinnen und Bürgern. Im Januar 2007 wurden weiterhin vier Steuerungskreise initiiert mit rund 50 Akteuren. Zusätzlich zu den oben genannten kamen Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, der Apotheken, des Krankenhauses und gemeinnütziger und gewerblicher Träger hinzu. Diese Akteure bringen ihre Kompetenzen in alle Projektphasen ein, sodass individuelle und kommunale Bedürfnisse berücksichtigt werden und die Tragfähigkeit und Nachhaltigkeit gesichert sind.

Für uns waren zunächst wichtige Schlüsselfragen: Wie beteiligt man die Bürgerinnen und Bürger? Wie gewinnt man sie, sich für ihre Zukunft zu interessieren? Methodisch starteten wir deshalb mit der Durchführung einer Zukunftswerkstatt. Diese war zunächst völlig ergebnisoffen, es waren auch Mandatsträger dabei, es war wirklich eine kunterbunte Mischung. Wir haben im Anschluss daran sieben Szenariowerkstätten

gehabt. Diese waren zwar sehr zeitaufwendig, aber an denen waren auch die Bürgerinnen und Bürger tatsächlich beteiligt. Entscheidend für das Gelingen eines solchen Prozesses war, dass sich jeder frei äußern konnte, sodass die ganze Bandbreite der Interessen zum Ausdruck kam und dass die Äußerungen trotzdem zielführend waren und auch die Ergebnisse entsprechend gestaltet worden sind.

Wir haben auch eine Fragebogenaktion ergänzend durchgeführt, 2.000 Fragebögen, bei einem Rücklauf von 42 %. Auch daran konnte man das Interesse der Menschen in der Stadt an dem Thema ablesen. Wir haben dann die ausgewählten Themen einer wissenschaftlichen Untersuchung unterzogen, ob wir denn auch auf dem richtigen Weg sind. Zudem gab es Bürgerveranstaltungen, wo die Ergebnisse dargestellt worden sind.

Noch etwas ausführlicher zur Zukunftswerkstatt, da dies ein entscheidender Schritt war: Hier haben die Bürgerinnen und Bürger mit der Szenariotechnik an ihrer eigenen Zukunft („Das Mögliche“) gearbeitet. Wir haben im Prinzip den „worst case“ und den „best case“ dargestellt und in verschiedenen Gruppen ausformuliert. Unter Moderationsanleitung sind die Beteiligten visionär an die Fragen herangegangen: Wie stellen wir uns Bruchsal 2020 vor? Wo wollen wir hin? Daraus ist das Seniorenleitbild entstanden. Dieses ist inzwischen im Stadtleitbild von Bruchsal verankert und stellt einen verbindlichen Maßstab für den Gemeinderat dar: „Bruchsal – eine innovative Stadt mit Wirtschaftskraft, in der sich Alt und Jung wohlfühlen und füreinander da sind.“ Das zeigt – und das war den Seniorinnen und Senioren sehr wichtig und der Jugendgemeinderat war auch beteiligt –, dass das Miteinander der Generationen klar dokumentiert wird, das Aufeinanderschauen, das vertraute Miteinander.

Bei der Projektrealisierung („Das Machbare“) entwickelte sich dann „Gesundheitsförderung und Prävention“ zu einem Schwerpunktthema. Dieses Thema hat sich allein aufgrund der Entscheidung der beteiligten Bürgerinnen und Bürger herauskristallisiert. Es war

weder von der Bertelsmann Stiftung, noch vom Gemeinderat, noch vom Bürgermeister, noch von der Verwaltung vorgegeben.

Für die Umsetzung des Projekts „Gesundheitsförderung und Prävention“ gab es am 26.01.2007 eine Auftaktveranstaltung mit dem Projektleiter Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit, Niedersachsen e. V. Ganz wichtig war, dass die Vielzahl der bereits vorhandenen Angebote in Bruchsal erfasst, aufbereitet und dargestellt wurden. Viele Bürgerinnen und Bürger, aber auch die Verwaltung, kennen nicht die ganze Bandbreite an Angeboten und das Leistungsspektrum der Vereine oder Organisationen. Das führt dann z. B. zu einer Dopplung der Angebote und zu Unverständnis bei den Bürgerinnen und Bürgern. Hier bestand also großer Nachholbedarf, die vorhandenen Ressourcen aufzubereiten, darzustellen und für Transparenz zu sorgen, z. B. auch die Angebote der Kassen zu berücksichtigen.

Beim Vergleich mit den anderen Pilotkommunen zeigt sich, dass die Bruchsaler Seniorinnen und Senioren sich deutlich mehr körperlich fit halten und ihre Gesundheit subjektiv als besonders gut einschätzen. Man könnte jetzt zu dem Schluss kommen, dass keine weiteren Aktivitäten notwendig seien, da in Bruchsal alles sehr gut läuft. Das wäre jedoch genau der Denkfehler, der zu vermeiden ist. Ziel ist es, das Erreichte zu stabilisieren, auch Jüngere sollen schon für das Thema sensibilisiert werden. Wir möchten vor allem die erreichen, die zurückgezogen sind, die sich nicht beteiligen aus den verschiedensten Gründen.

Da noch einmal ein ganz wichtiger Satz: Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Das merken wir jedoch in der Regel erst, wenn man in der Beweglichkeit eingeschränkt ist oder Schmerzen hat. Solange man sich wohlfühlt, „schlappert“ man, wie man bei uns so sagt. Das WHO-Ziel, an dem sich die Stadt Bruchsal orientiert, lautet: Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft spielen.

Die fünf Arbeitsgemeinschaften (Bewegung und Ernährung, Pflege, Geistig fit und aktiv, Präventive Hausbesuche/Quartiersmanagement und Wegweiser) spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Dazu nun einige Beispiele: Ich habe das große Glück, mit 55 Ehrenamtlichen aus verschiedenen Funktionen zusammenarbeiten zu dürfen. Das Netzwerk erstreckt sich von Kassen, Ärzteschaft über kirchliche Träger, Sportvereine und politische Vereinigungen. Beteiligt sind auch eine ganze Bandbreite an Firmen aus der Kooperation mit der Wirtschaftsförderung, Wohlfahrtsverbände und Pflegedienste. Vor dem Projekt war es nicht möglich, alle gemeinsam zu einem Thema an einen Tisch zu bekommen. Speziell mit der Einführung der Pflegeversicherung sind Konkurrenzen entstanden, die dazu geführt haben, dass sich die Akteure zurückzogen und den runden Tisch verlassen haben. Der Dialog ist nun wieder möglich geworden unter Einbeziehung der Betroffenen speziell auch in der AG „Pflege“.

In der Arbeitsgemeinschaft „Bewegung und Ernährung“ sind die klassischen Sportvereine, die Krankenkassenversicherung integriert. Vorrangiges Ziel ist, dass man das Bestehende nicht neu erfinden muss, sondern eigentlich nur vermittelt.

Es gibt auch Überschneidungen zwischen den Arbeitsgemeinschaften, beispielsweise mit der AG 5 „Wegweiser“. Wir haben einen Wegweiser erstellt – jedoch nicht nur für Seniorinnen und Senioren. Daran haben zwei Ehrenamtliche zwei Jahre gearbeitet – das wäre von der Kommune aus gar nicht leistbar gewesen. Das ist eine sehr aufwendige Arbeit, die wir zukünftig weiterentwickeln und ausbauen wollen. Nicht zu vergessen die ehrenamtlich entwickelte Homepage www.neues-altern.de. Die Dinge sollen in der lokalen Presse unter dem Synonym NAIS zu finden sein, damit die Aufmerksamkeit der Bürgerinnen und Bürger darauf gelenkt wird und neue Angebote kriert werden. Ganz aktuell haben wir ein Bewegungsangebot für hochbetagte Menschen organisiert und einen Kochkurs in der AOK initiiert für drei Generationen, das sind so Beispiele. Die Arbeitsgemeinschaft „Geistig fit und aktiv“ verfolgt das Ziel, die geistige, die psychische Gesundheit zu stärken. Dazu das Beispiel Stadtbibliothek: Bei der Überlegung, wie ich Menschen erreiche,

wenn sie schon in der Nähe der Stadtbibliothek auf dem Markt sind. Hier war es ein Ziel, die Öffnung der Bibliothek an den Markttagen zu erreichen. Obwohl es sich relativ einfach anhört, war einiges an Überzeugungsarbeit zu leisten, da eine Personalaufstockung notwendig war. Der Rat hat zugestimmt, es wurde eine halbe Personalstelle aufgestockt, bei Volkshochschule und Stadtbibliothek, um das Angebot noch mehr an die Menschen zu bringen.

Und ein Paradebeispiel dafür, zurückgezogen lebende Menschen zusammenzubringen, ist das Projekt mit dem örtlichen Kino, dem Cineplex. Man hat einen Eintrittspreis von drei Euro vereinbart und zeigt einmal im Monat aktuelle Filme. Wenn man Kaffee und Kuchen dabei haben will, ist man bei sechs Euro fünfzig. Vor einem Jahr mit 80 Personen gestartet, füllen wir jetzt schon zwei Säle.

Zum Abschluss noch zusammenfassend einige wichtige Erfahrungen aus dem NAIS-Projekt: Wichtig ist, Politik, Akteure und Bevölkerung zu sensibilisieren und einen Handlungsdruck zu erzeugen. Gemeinsam mit meinem „ehrenamtlichen Tandem“ Rolf Freitag, dem Leiter des Kreissenorenrats, arbeite ich sehr vertraut Hand in Hand. Wir sind ständig im Austausch und haben auch die kommunalpolitische Unterstützung. Wichtig ist das Zusammenspiel vom Sozialdezernenten über den Rat, die Glaubwürdigkeit und die sehr enge Verbindung mit Ehrenamtlichen. Dann kann man die Menschen gewinnen für ihre Zukunft und das strategisch angehen. Der partizipative Prozess muss nachhaltig fortgesetzt und umgesetzt werden.

Vielen Dank!

Kontakt (Projektleitung):**Volker Falkenstein****Amt für Familie, Schulen und Sport****Kaiserstr. 66****76646 Bruchsal****Telefon: 07251.79-357****volker.falkenstein@bruchsal.de****www.neues-altern.de**

Katharina Lis

Aktionsbündnis „Gesund leben und älter werden in Eving“

Das Aktionsbündnis „Gesund leben und älter werden in Eving“ wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Mit der Förderinitiative „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ werden die Ziele des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten aufgegriffen und stellen einen wichtigen Beitrag zu dessen Umsetzung dar. Ziel der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ ist es, flächendeckende Strukturen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Ländern und Kommunen nachhaltig zu etablieren. Dazu sollen lokale und regionale Initiativen unter den Aspekten Bewegung, gesunde Ernährung und Stressregulation aus- und aufgebaut werden. Angelehnt an den WHO-Settingansatz sollen verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen in der Lebenswelt der Zielgruppen verortet werden. Es sollen erfolgversprechende Konzepte entwickelt werden, die eine dauerhafte Zunahme körperlicher Aktivitäten im Alltag erzielen, und auf andere Regionen übertragen werden können.

Das umfassende Ziel des Aktionsbündnisses „Gesund leben und älter werden in Eving“ war in der siebenmonatigen Aufbauphase die Entwicklung eines integrierten Konzeptes der Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit höheren sozialen, personalen und gesundheitlichen Risikofaktoren, die bis dahin von bestehenden gesundheitsfördernden Angeboten kaum bis gar nicht erreicht wurden. Zu den Zielgruppen im Aktionsbündnis gehören ältere sozial benachteiligte Menschen, ältere Menschen mit Migrationshintergrund sowie ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen. Obwohl die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen und von Präventions- und Veränderungspotenzialen älterer Menschen bekannt ist, wird diese oftmals unterschätzt und nur selten ausreichend genutzt (Naegele 2004). Ziel war es, die Zielgruppen in ihren Lebensbezügen zu erreichen, um deren Lebensverhältnisse gesundheitsförderlich zu gestalten und ihre durch die soziale Lage bedingten schlechteren

Gesundheitschancen zu verbessern. Die theoretische Grundlage dafür bietet der Setting-Ansatz (Hurrelmann 2003, Rosenbrock 2004).

Als Setting wurde im Aktionsbündnis Eving, ein nördlicher Stadtbezirk in Dortmund, gewählt. Der Stadtbezirk Eving setzt sich aus den drei Stadtteilen Brechten, Eving und Lindenhorst zusammen. Aufgrund seiner industriellen Vergangenheit unterliegt Eving einem Strukturwandel. Trotz seiner vielfältigen Infrastruktur weist Eving insbesondere im Hinblick auf Gesundheitsförderung und gesundes Altern Lücken und Handlungsbedarf auf. Der Anteil der über 65-Jährigen liegt bei 20,1 %. 26,4 % der Evinger Bevölkerung weisen einen Zuwanderungshintergrund auf. Die Arbeitslosenquote beträgt 13,5 % und 19,3 % der Evinger Bürgerinnen und Bürger sind Empfänger von SGB II-Leistungen. Im Dortmunder Vergleich liegen diese Zahlen über dem Durchschnitt.

Ein erster wichtiger Schritt war die Gründung eines Initiativkreises mit dem Ziel, wichtige Akteure auf Stadtteilebene zu vernetzen, um die Kooperation bereits bestehender gesundheitsfördernder Initiativen zu intensivieren und Maßnahmen und Präventionsangebote aufeinander abzustimmen. Zum Initiativkreis gehören neben dem Institut für Gerontologie u. a. das Seniorenbüro Dortmund-Eving, das Städtische Begegnungszentrum sowie zahlreiche weitere Akteure. Der Initiativkreis fungiert als Steuerungsgruppe, die in zweiwöchigen Arbeitstreffen gemeinsam an dem integrierten Konzept der Gesundheitsförderung arbeitet. Sie übernimmt die Verantwortung für Abläufe und Fortschritte im Projekt, trägt Informationen zusammen und entscheidet alle weiteren Schritte. Zusätzlich stützt sich die Arbeit des Initiativkreises auf die bereits vorhandenen Strukturen und Aktivitäten von zahlreichen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern aus den Bereichen Begegnung und Freizeit, Kirche, Medizin, Sport und Kultur sowie Seniorenarbeit.

So wurde beispielsweise der „1. Evinger Senioren- und Gesundheitstag“ dazu genutzt, erste Kontakte zu den Zielgruppen zu knüpfen und eine Bedarfsermittlung vorzunehmen. Die direkte Anspracheform erwies sich als besonders hilfreich, um die Zielgruppen nach ihren Wünschen und Bedürfnissen in Bezug auf Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zu befragen. Diese Zugangsweise wurde zusätzlich durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit ergänzt: Vorträge in allen drei Stadtteilen, zahlreiche Presseartikel sowie die Teilnahme beim „Runden Tisch für die Seniorenarbeit im Stadtbezirk Eving“.

Basierend auf den Ergebnissen der Bestandsanalyse und Bedarfsermittlung wurden entsprechend den Bedürfnissen der Zielgruppen als eine erste Maßnahme acht Angebote zum Thema „Bewegung“, „Gesunde Ernährung“ und „Stressbewältigung“ realisiert. Wichtig war dabei, dass diese quartiersnah stattfanden und nach Bedarf in Muttersprache angeboten wurden. Die Angebote beinhalteten einen Informations- und einen praktischen Teil. Der Informationsteil bestand aus themenspezifischen Vorträgen und Empfehlungen, die zur Stärkung (Empowerment) des eigenen Präventionsverhaltens beitragen sollten. Im praktischen Teil erlernten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Übungen, die sie in ihren Alltag integrieren können. Die Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen in den Alltag trägt wesentlich zur Sicherung von Nachhaltigkeit bei.

Das Aktionsbündnis orientierte sich bei der Qualitätssicherung an dem Public Health and Action Cycle (Rosenbrock 2004), der die Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in die Teilabschnitte Problemdefinition, Strategieformulierung, Implementierung und Evaluation unterteilt. Idealerweise wiederholen sich diese Phasen, indem die Ergebnisse der Evaluation als Grundlage für eine neue Problemdefinition dienen und sich der Prozess spiralförmig fortsetzt, um zu einer fortwährenden Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention beizutragen. Ganz wichtig war ebenfalls die Evaluation der Maßnahmen. Dabei sind die Ergebnisse der Evaluation in den Verbesserungsprozess des Angebotes eingeflossen.

Nach Abschluss der Aufbauphase folgt eine zweijährige Durchführungsphase, in der das integrierte Konzept der Gesundheitsförderung weiterentwickelt werden soll. Das Hauptziel des Aktionsbündnisses ist es, zu einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens älterer Menschen beizutragen. Das Aktionsbündnis fühlt sich dabei dem Konzept des „Active Ageing“ (WHO 2002) verbunden, das über das eher enge Verständnis gesunden Alterns hinausgeht und den Prozess zur Optimierung der Chancen für mehr Gesundheit, Partizipation und Sicherheit zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen bezeichnet. Darüber hinaus sollen Ergebnisse und Erfahrungen im Projekt zielgerichtet verbreitet und nutzbar gemacht werden. Um die Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen zu sichern, ist es wichtig, selbsttragende Strukturen zu schaffen. So arbeitet das Aktionsbündnis u. a. an einem effizienten Finanzierungskonzept, das auch nach Beendigung der Projektlaufzeit ein Fortbestehen der Maßnahmen sichert.

Literatur

Hurrelmann, K. (2003). Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa.

Rosenbrock, R. (2004). Qualitätssicherung und Evidenzbasiung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. In E. Luber & R. Geene (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasiung in der Gesundheitsförderung (S. 59–73). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.

WHO (2002). Active aging. A Policy Framework. Online verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Naegele, G. (2004). Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter – ein neues Handlungsfeld für die Sozialpolitik. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 4, 20–28.

Kontakt:

Katharina Lis
Institut für Gerontologie
Evinger Platz 13
44339 Dortmund
Telefon: 0231.72848814
lis@post.uni-dortmund.de
www.ffg.uni-dortmund.de

Prof. Dr. Christoph Reinprecht

Aufsuchende Aktivierung als Instrument der Gesundheitsförderung: Das Wiener WHO-Demonstrationsprojekt „Aktiv ins Alter“ (2002–2005)

Das zwischen 2002 und 2005 durchgeführte Projekt „Aktiv ins Alter“ verfolgte das Ziel, Strategien der Gesundheitsförderung für sozial isolierte Gruppen der älteren Bevölkerung in strukturschwächeren Stadtvierteln zu entwickeln. Als ältere Bevölkerung wurden Personen zwischen 55 und 80 Jahren definiert, umgesetzt wurde das Projekt in drei durch ökonomische und soziale Probleme geprägten Wohngebieten in Wien, als Interventionsstrategien kamen Hausbesuche und intersektorale Vernetzung zur Anwendung. Als Kooperationspartner der Stadt Wien (als Auftraggeber) firmierten der Fonds Soziales Wien, der Verein Wiener Sozialdienste und die Universität Wien, auf internationaler Ebene war das Projekt in eine WHO-Partnerschaft mit Radevormwald (aktiv55plus) und Hannover (Gesund Älter Werden) eingebettet.

Ausgangspunkt von Aktiv ins Alter bildete der Grundgedanke, dass eine nachhaltige Hebung der Lebensqualität (als Kern jeder Gesundheitsförderung) nur gelingt, wenn individuelle Aktivitätspotenziale freigelegt und lokale Ressourcen zugänglich gemacht werden können. Die Vulnerabilität der im Projekt definierten Zielgruppen – alleinstehende und armutsgefährdete ältere Personen, ältere Personen in benachteiligten Nachbarschaften, ältere Migrantinnen und Migranten – resultiert nicht nur aus der Restriktion der Lebens- und Umweltbedingungen, sondern manifestiert sich auch in eingeschränkt verfügbaren individuellen Ressourcen (insbesondere in Hinblick auf Brücken- und Vernetzungskontakte) und wird durch institutionelle Praktiken (z. B. fehlende Sichtbarkeit, Erreichbarkeit und Kooperation von lokalen Einrichtungen) mit erzeugt.

Das Projekt verknüpfte also zwei Interventionsebenen: Die Ebene der individuellen Bedürfnisse (Handlungsfähigkeit und Aktivitätspotenziale stärken) und die systemische Ebene (innovative Strategien der Kooperation und Problemlösung). Für die Wirksamkeit der

Interventionen war entscheidend, dass Maßnahmen auf die heterogene Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren zugeschnitten waren. Hierbei spielte die Niederschwelligkeit sowohl der Aktivierungsinstrumente als auch der Beteiligungsmöglichkeiten eine wesentliche Rolle. Das Kernstück der Aktivierung stellten die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführten, vorab schriftlich angekündigten Hausbesuche dar. Durch den aufsuchenden Zugang konnten vor allem auch Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund erreicht werden. Für ältere Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei standen eigensprachliche Mitarbeiterinnen zur Verfügung, auch die Projektmaterialien (Projektfolder, Gesundheitswegweiser, Quartiersfibel) lagen in drei Sprachen vor.

Ziel des Projekts war es nicht, neue Angebote zu schaffen, sondern Barrieren und Hindernisse beim Aufsuchen von existierenden Aktivitäten im Stadtteil aufzudecken. Barrieren entstehen aufgrund von Unübersichtlichkeiten im Sozialsystem. Die Verwirklichung persönlicher Lebensziele im Alter wird häufig auch durch eine fehlende Vernetzung der Institutionen, die bei Bedarf professionelle soziale Dienste leisten, mit außerinstitutionellen Akteuren und Netzwerken, wie Vereinen oder nachbarschaftlichen Gruppierungen, die im Alltagsleben der älteren Menschen eine große Rolle spielen, erschwert. Eine zentrale Aufgabe des Projekts bestand darin, Vernetzungen im Stadtteil zu initiieren. So konnten beispielsweise zwischen den älteren Zuwanderinnen und Zuwanderern und den regionalen Einrichtungen Beziehungen geknüpft und Kooperationen hergestellt werden.

„Aktiv ins Alter“ wurde während der gesamten Projektlaufzeit vom Institut für Soziologie der Universität Wien wissenschaftlich begleitet. Zur Bestandsaufnahme der aktuellen Lebenssituation und Lebensqualität wurde zu Projektbeginn ein umfangreicher Fragebogen ent-

wickelt, der Aspekte von Älterwerden, Gesundheit und Lebensqualität abdeckte und im Erstkontakt eingesetzt wurde. Die Erfassung der momentanen Situation der Klientinnen und Klienten diente als Ausgangspunkt, um gemeinsam sowohl (objektive) Möglichkeiten und Barrieren für Aktivitäten als auch subjektive Bedürfnisse und Wünsche nach mehr Aktivitäten zu ermitteln. Die Beantwortung von Fragen zu verschiedensten Lebensbereichen ermunterte zu einer Auseinandersetzung mit Fragen der Lebensgestaltung im Alter. Dieser Nachdenkprozess konnte aufgegriffen werden und dient als Basis für Lebensveränderungen.

Im Laufe des Projektes wurden insgesamt 335 Personen zwischen 55 und 80 Jahren erreicht. Unter den Befragten sind etwa zwei Drittel Frauen, das Durchschnittsalter beträgt 66,5 Jahre. Jeweils rund 45 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer fallen in die Kategorie der 66- bis 75-Jährigen sowie in die schwierig zu erreichende Gruppe der „jüngeren Alten“, der 55- bis 65-Jährigen; 12 % waren zum Zeitpunkt des Erstinterviews 76 Jahre oder älter. 42 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren außerhalb Österreichs geboren und stammten überwiegend aus Ex-Jugoslawien und der Türkei.

Die Begleitforschung brachte wichtige Ergebnisse, etwa in Hinblick auf die innere Struktur der Lebensqualität (Zentralität der umweltbezogenen Lebensqualität, Verhältnis von subjektiven Faktoren gegenüber objektiven Lebensumständen), die differenzierte Form von Aktivitätsprofilen (etwa nach Migrationshintergrund) oder die Hilfspotenziale in der Nachbarschaft. Die Begleitforschung diente auch der Evaluation des Projekterfolgs. Dabei konnte festgestellt werden, dass sich im Zeitverlauf der Intervention in den einzelnen Bereichen der Lebensqualität die subjektive Befindlichkeit verbessert hat. Die Erweiterung des sozialen Kontaktkreises und der Zugewinn an Information über Gesundheits-

fragen, soziale Leistungen und Freizeitmöglichkeiten bilden den wichtigsten Ertrag, den die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach eigenen Angaben aus dem Projekt mitnehmen konnten. Mit diesem Ergebnis unterstreicht die Evaluation die bereits in der Anfangserhebung gewonnene Einsicht, dass die Informiertheit über das Geschehen im Wohnumfeld sowie die Qualität der sozialen Netzwerke entscheidend zur Erzeugung von Lebensqualität beitragen. Die Bedeutung von Aktivierungsprozessen besteht so gesehen in einem Öffnen und Offenhalten von Möglichkeitsräumen – in welcher Form auch immer diese dann von den Einzelnen gelebt bzw. ausgestaltet werden.

Kontakt:

Prof. Dr. Christoph Reinprecht

Institut für Soziologie

Universität Wien

Rooseveltplatz 2

1090 Wien

christoph.reinprecht@univie.ac.at

www.univie.ac.at/soziologie

Podiumsdiskussion

Die Podiumsdiskussion hatte zum Ziel,

- Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der Kommune herauszuarbeiten und
- Lösungen für möglicherweise auftretende Probleme in der kommunalen Praxis aufzuzeigen.

Als Expertinnen und Experten nahmen Frau Prof. Dr. Elisabeth Pott (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Frau Dr. Susanne Kümpers (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung), Herr Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.), Herr Holger Kilian (Gesundheit Berlin e.V.) und Herr Volker Falkenstein (Projekt NAIS) an der Podiumsdiskussion teil. Die Moderation hatte Herr Andreas Stopp vom Deutschlandfunk.

Voraussetzungen für die Durchführung von Projekten zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Setting Kommune

Frau Prof. Dr. Elisabeth Pott ist Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln. Die Bundeszentrale übernimmt für den Bund Aufgaben der Prävention und der Gesundheitsförderung und führt eine Vielzahl von Programmen, Projekten und Kampagnen durch. Frau Prof. Pott sieht eine wichtige Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung darin, die ‚Eigenverantwortungsfähigkeit‘ zu verbessern. Voraussetzung dafür sind ausführliche Informationen über Rahmenbedingungen und Angebote sowie die Fähigkeit, auf dieser Basis Entscheidungen für sich und die eigene Gesundheit zu treffen. Um die Zielgruppen angemessen anzusprechen, können zwei Wege beschritten werden: Erstens müssen Informationen über das Internet, das Fernsehen oder Tageszeitung zugänglich gemacht werden. Zweitens sollte auf Strukturen zurückgegriffen werden, die vor Ort vorhanden sind, wie z. B. Beratungsstellen. Wichtig ist dabei herauszufinden, welches Wissen bereits vorliegt, welches

Gesundheitsverhalten gezeigt wird und welche Angebote in der Kommune oder im Stadtteil bereits vorliegen bzw. fehlen.

Um Gesundheit und Prävention zu stärken, können, so Frau Prof. Pott, Kommunen bereits bewährte positive Angebote nutzen. Diese können dann – in Anpassung an die Situation in der jeweiligen Kommune – optimiert werden. Lücken in den bisherigen Angeboten können so identifiziert und mit neuen fruchtbaren Angeboten gefüllt werden. Entscheidend sei jedoch, dass die Kommunen ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention tatsächlich wahrnehmen. Sie müssen hier politische Unterstützung leisten und bei Haushaltsentscheidungen in Infrastrukturmaßnahmen (z. B. Sportplätze, Turnhallen, Schwimmbäder) investieren, die der Gesundheit aller Generationen zugutekommen.

Ein Beispiel für die Verantwortungsübernahme durch Kommunen und den Kreis ist das Modellprojekt zur Gesundheitsförderung im Alter „Bewegt leben – Mehr vom Leben“, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen der Initiative „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ im Rhein-Sieg-Kreis durchgeführt wird. Politische Verantwortungsträger auf Kreis- und kommunaler Ebene und weitere Institutionen arbeiten hier gemeinsam mit Akteuren und älteren Menschen vor Ort an der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei soll eine Bestandsaufnahme die Fragen nach der Bevölkerungsstruktur im Kreis bzw. der Kommune, dem vorhandenen Wissen zu Gesundheit bei den Bürgerinnen und Bürgern, dem individuellen Gesundheitsverhalten, der Angebotsstruktur und der vorliegenden Bedarfe beantworten.

Danach werden gemeinsam Ansatzpunkte für das weitere Vorgehen festgelegt. Dazu werden gemeinsam Optimierungs- und Ergänzungsstrategien entwickelt. Ziel ist es, auf die Bedarfe der älteren Menschen mit

einem passenden Angebot zu reagieren. Die Erfahrungen im Rhein-Sieg-Kreis sollen in einem Transferkonzept so aufgearbeitet werden, dass sie durch die Zentren für Bewegungsförderung, die ebenfalls im Rahmen der Initiative „IN FORM“ in den Ländern eingerichtet werden, auf andere Regionen übertragen werden können.

Handlungsanleitungen und Arbeitshilfen für die Gesundheitsförderung

Herr Kilian von Gesundheit Berlin e.V. informiert über die Arbeit des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Ziel dieses Verbundes war die Entwicklung einer Arbeitshilfe. Damit soll für alle Akteure, die im Rahmen der Gesundheitsförderung zusammenwirken, eine gemeinsame Ausgangs- und Arbeitsbasis geschaffen werden. Die Arbeitshilfe „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der Initiative „IN FORM“ entwickelt. Sie umfasst fünf Fachhefte und dient als Orientierung bei der Umsetzung des Settingansatzes – von der Konzeption bis zur Bewertung der Projekte. Die Arbeitshilfe enthält darüber hinaus zahlreiche Beispiele, Ideen und Konzepte zur Öffentlichkeitsarbeit (download unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Innerhalb des Verbundes wurden bundesweit „Regionale Knoten“ eingerichtet, die als wichtige Anlaufstellen für die Unterstützung von Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ dienen. Weiterhin wurde eine Praxisdatenbank aufgebaut, die wichtige Informationen zu Beispielen guter Praxis bietet und von den Kommunen als Ideenbörse genutzt werden können.

Erfolgsfaktoren für die Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Setting Kommune

Die Stärke des Settingansatzes liegt vor allem darin, dass die in der Kommune etablierten Prozesse nicht nur dem zunächst festgelegten Ziel der Gesundheitsförderung dienen. Vielmehr fließen diese auch in

andere Bereiche ein und verändern sie in positiver Weise. Als wichtige Erfolgsfaktoren für die Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Setting ermittelten die Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft und Praxis folgende Aspekte:

- die ideelle und gegebenenfalls auch materielle Unterstützung des Vorhabens durch die Bürgermeisterin bzw. den Bürgermeister oder andere Engagierte vor Ort (z. B. in Form eines Gemeinderatsbeschlusses),
- die Motivation aller Beteiligten, sich für eine verbesserte Lebenswelt zu engagieren,
- die Fähigkeit, Begeisterung für die Sache vermitteln zu können,
- die Glaubwürdigkeit in und das Vertrauen zu den Akteuren,
- die Kontinuität der Akteure sowie der Strukturen im Sinne von Nachhaltigkeit,
- die Erarbeitung eines integrierten Konzeptes für eine gesunde Lebenswelt und nicht nur für eine spezifische Zielgruppe,
- die Bedeutung der Teilhabe der betroffenen älteren Menschen in allen Bereichen der Planung, Entwicklung, Analyse und Durchführung anzuerkennen,
- eine klare Definition der Schnittstellen zwischen Verwaltung, Politik, Mandatsträgern und Ehrenamt,
- die Festlegung der Kompetenzen der Beteiligten,
- eine Erweiterung der Handlungsspielräume aller Beteiligten, um flexibel auf die Bedürfnisse der älteren Menschen eingehen zu können,
- eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit,
- die Wahrnehmung auch „kleinerer“ Erfolge, wie die Beteiligung von Personen, die sich bisher nicht beteiligt haben oder kleinere Veränderungen in den Lebensstilen der Betroffenen.

Positive Wege des Zugangs zu älteren Menschen als Zielgruppe für Gesundheitsförderung

Eine sehr sinnvolle und erfolgversprechende Möglichkeit, Zugang zu den Zielgruppen zu finden, ist die Durchführung von Hausbesuchen. Diese müssen jedoch gut vorbereitet sein und angekündigt werden.

Ein gutes Beispiel bietet hier das Projekt aktiv55plus in Radevormwald. Hausbesuche werden dort durch sogenannte „Anwältinnen“ durchgeführt. Von der Qualifikation her handelt es sich um Sozialarbeiterinnen und Krankenschwestern. In diesem Fall waren sie jedoch nicht in dieser Funktion unterwegs. Vielmehr war ihre Aufgabe, als „Anwältinnen“ die Wünsche und Interessen ihrer Klientinnen und Klienten gemeinsam mit diesen herauszuarbeiten und zu vertreten. Die Besuche der „Anwältinnen“ waren durch die Presse und vorherige telefonische Kontakte angekündigt und durch einen Ausweis legitimiert. Darüber hinaus sind mehrere, auch längere Besuche notwendig. Diese dienen dazu, ein Vertrauensverhältnis herzustellen, um Veränderungen von Lebensstilen und eine Erhöhung der individuellen Lebensqualität thematisieren zu können. Gerade in großstädtischen Settings, so Herr Prof. Reinprecht, ist eine hohe Investition in die Qualifikation der Personen, die die Hausbesuche vornehmen, von besonderer Bedeutung für das Gelingen des Vorhabens.

Einbeziehung von Freiwilligen und Multiplikatoren

Eine Teilnehmerin aus Mecklenburg-Vorpommern, Seniortrainerin im Projekt „Fit ins Alter“, unterstreicht die Wichtigkeit von bürgerschaftlichem Engagement und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die im Bereich der Gesundheitsförderung aktiv sind. Deren Bereitschaft und Engagement an der Schnittstelle „Bürger für Bürger“ ist häufig für die Vermittlung von Fachwissen und die Durchführung von Angeboten entscheidend. Erforderlich ist daher eine Intensivierung der Ausbildung und Förderung von bürgerschaftlich Engagierten und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Dies gelingt z. B. in Bruchsal sehr gut, da die Multiplikatoren Ausbildung von der Landesverwaltung und den Landkreisen verantwortlich übernommen wird. Ziel ist die Stärkung des Selbstvertrauens und die behutsame Entwicklung der Kompetenzen zur Übernahme von Verantwortung in verschiedenen sozialen Gruppen. Erreicht wird dies durch eine intensive Begleitung und Unterstützung des Lernprozesses durch Hauptamtliche in den Kommunen. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die häufig ungeklärte Situation bezüglich der Vergütung bzw. der finanziellen Entschädigung der bürgerschaftlich Engagierten. Ein positiver Aspekt des bürgerschaftlichen Engagements bildet zudem die Tat-

sache, dass bürgerschaftliches Engagement selbst gesundheitsfördernd wirkt und zu Wohlbefinden und Gesundheit im Alter beiträgt.

Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Setting Kommune – ein Blick in die Zukunft

Während Herr Altgeld schätzt, dass 10 Jahre für Veränderungen zu wenig seien, sieht Frau Dr. Kümpers in diesem Zeitraum zwei gesellschaftliche Entwicklungen. Einerseits erwartet sie eine Zunahme der Ungleichheit und eine Verschärfung der sozialen Probleme. Andererseits geht sie davon aus, dass die Geburtsjahrgänge, die jetzt in die Lebensphase Alter eintreten, Kompetenzen einbringen, die sich positiv auf deren Gesundheit und Gesundheitsverhalten auswirken.

Herr Falkenstein geht – trotz einer zunehmenden finanziellen Belastung der Kommunen – von einer positiven Entwicklung aus: „Ich bin sehr optimistisch aus der Erfahrung, was zu dem Thema alles leistbar ist, wenn sich alle Verantwortlichen finden, zusammensetzen und auch dann wirklich die Bürger erreichen, die es notwendig haben.“

Frau Prof. Pott erwartet, dass Gesundheitsförderung zukünftig vor Ort praktisch umgesetzt wird. Notwendig dafür ist die Bereitschaft jedes Einzelnen, seine eigenen Kompetenzen, seine Erfahrungen und seine Zeit in diesen Umsetzungsprozess mit einzubringen.

Herr Kilian geht davon aus, dass sich Gesundheitsförderung in den Kommunen in den nächsten zehn Jahren selbstverständlich etabliert haben wird und flächendeckende Strukturen aufgebaut wurden. Innerhalb dieser Strukturen sind Alter und demografischer Wandel Themen, die systematisch angegangen werden.

