

Gesundheit im Alter fördern – eine Zukunftsaufgabe der Kommunen



GESUND & AKTIV
ÄLTER WERDEN

DOKUMENTATION

**Regionalkonferenz
Berlin**

15. Oktober 2009



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Impressum

Redaktion

Katharina Zeiher
Carina Kuhr

Satz und Layout

Connye Wolf, www.connye.com

Herausgeber

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
www.gesundheitberlin.de
Telefon 030 / 44 31 90 60
Vereinsregisternr. VR 14604 B

Gefördert

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

Fachliche Auskunft

Stefan Pospiech
pospiech@gesundheitberlin.de

Druck

A & W Digitaldruck
Uwe Ahrensfeld & Kilian Wolf GbR
Kameruner Str. 57
13351 Berlin
Telefon 030 / 451 58 13
www.aw-digital.de

Fotos:

Umschlagseite: Creativ collection
Fotolia.com: Kamil Krawczyk, Konstantin Sutyagin,
Monkey Business, Yuri Arcurs, Forster Forest

Innenteil: Jan Röhl, Fotografie

S. 8 BZgA

S. 27 Ingrid Witzsche

S. 46 Isabel Merchan



Die Fachstelle wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz finanziert.
Träger ist Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Thematische Einleitung

- »Gesundheit im Alter fördern – Eine Zukunftsaufgabe der Kommunen«
Stefan Pospiech, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin 2

Eröffnung

Grußworte

- Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin 3
Monika Gordes, Städte- und Gemeindebund Brandenburg, Potsdam 6

»Einführung in das Thema Gesundheit älterer Menschen«

- Prof. Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 8

Fachvorträge

- »Gesundheitsförderung im Alter – Herausforderungen und Strategien der sozialraumbezogenen Prävention«
Dr. Susanne Kümpers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 10

- »Einschätzungen, Erwartungen und Bedarf – Erste Ergebnisse der Evaluation „bewegt leben – Mehr vom Leben“«
Reinhard Mann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 13

Fachforen

Fachforum 1:

Gesundheitsförderung – Die neue Herausforderung der kommunalen Altenplanung

- »Alt werden, gesund bleiben: Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«
Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover 15

»Vermitteln und vernetzen – Kommunale Netzwerke für ein gesundes Altern«

- Carsten Rumpeltin, Gesunde Städte-Netzwerk/Rhein-Kreis Neuss 20

Fachforum 2:

Erfolgreiche Praxis – Gesundheitsförderung in den Kommunen

- »Gesundheitsförderung für alte Menschen im Stadtteil durch Kooperation und Ressourcenstärkung«
Dr. Josefine Heusinger, Institut für gerontologische Forschung e.V., Berlin 22

- »Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten im AWO Begegnungszentrum«
Susanne Koch, AWO Zentrum Berlin-Kreuzberg 25

»Gesundheit und Prävention im Alter in der Stadt Ludwigfelde«

- Dr. Ingrid Witzsche, Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V., Teltow 27

Fachforum 3:

Vielfalt in der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen

- »Gesundheitsförderung bei älteren Männern«
Dr. Heinz Trommer, Gesundheit Berlin-Brandenburg 28

- »Gesundheitsförderung bei älteren Arbeitslosen«
Uwe Fischer, Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg, Projekt Bewegung und Prävention, Schwedt 31

»Vielfalt als Herausforderung – Bedarf, Ansatzpunkte und Perspektiven für eine „differenzorientierte“ Gesundheitsförderung bei älteren Menschen«

- Prof. Christiane Deneke/Dr. Regina Brunnett, Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg 36

Fachforum 4:

Bewegungsförderung in der Region Berlin-Brandenburg

- »Strategien und Erfahrungen zur Aktivierung und Motivation älterer Menschen«
Bernd Schubert, Miteinander Wohnen e.V., Berlin 40

- »Coaching 50+; Ortsnahe und niedrigschwellige Angebote der Bewegungsförderung«
Katja Sotzmann, Landessportbund Berlin 42

- »Wir werden älter – na und: Aktiv bleiben wir fit!«
Dieter Schäfer, Kreissportbund Märkisch Oderland e.V., Wriezen 44

Abschlussdiskussion

- »Gesundheitsförderung für ältere Menschen – Herausforderung und Chance für Kommunen« 45

- Biographische Informationen zu den Referent/innen und Moderator/innen 53

- Literaturhinweis 60

Thematische Einleitung

Gesundheit im Alter fördern – Eine Zukunftsaufgabe der Kommunen

**Stefan Pospiech, Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung
im Land Berlin**

Bei der Initiierung, Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Prozesse für ältere Menschen kommt den Kommunen eine große Verantwortung zu. Denn die kommunalen Akteure kennen die Lebenswirklichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, haben die Gestaltungskompetenz vor Ort, und können einen direkten Dialog über Bedarfe und Unterstützungsangebote initiieren.

Die vorliegende Dokumentation der Regionalkonferenz »Gesundheit im Alter fördern – Eine Zukunftsaufgabe der Kommunen« am 15. Oktober 2009 in der URANIA Berlin zeigt auf, wie vielfältig die Gestaltungsmöglichkeiten der Städte und Kommunen im Feld der Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind. Die in diesem Band versammelten Beiträge und Diskussionen bringen gleichzeitig zum Ausdruck, dass die Kommunen und Bezirke Unterstützung und Partner brauchen – denn die Schaffung gesunder Lebenswelten in der Nachbarschaft, im Kiez oder Stadtteil ist keine leichte Aufgabe.

Die Herausforderungen können dabei sehr unterschiedlich ausfallen. So wie der demografische Wandel regionale Besonderheiten aufweist, so sind auch die Anforderungen an eine

wirksame Gesundheitsförderung für ältere Menschen höchst verschieden. Die Bedingungen, die die Akteure vorfinden, sind in städtischen Gebieten anders als in ländlichen, in besser gestellten Regionen anders als in benachteiligten. Hinzu kommt, dass auch die Zielgruppe der älteren Menschen in sich sehr vielfältig ist. So bringen z.B. gut situierte und gebildete Ältere andere Voraussetzungen mit als diejenigen, die einen geringeren Bildungsgrad haben oder über weniger Einkommen verfügen. Wichtig ist daher, dass Gesundheitsförderungskonzepte mit den Zielgruppen, die angesprochen werden sollen, gemeinsam entwickelt werden.

Durch die Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) war es möglich, die Gesundheitsförderung für ältere Menschen aus den unterschiedlichsten Perspektiven zu beleuchten. Planungs- und Kommunikationsprozesse in der Kommunalverwaltung, Steuerungsmöglichkeiten und Netzwerkarbeit, aber auch eingeschränkte Handlungsspielräume der Städte und Kommunen wurden ebenso behandelt wie Fragen nach der Erreichbarkeit und Teilhabe älterer Menschen. Gute Ideen sollten bekannt gemacht werden, Anregungen zur Umsetzung gegeben werden: Wie

erreiche ich Ältere, die durch bestehende Angebote nicht angesprochen wurden? Wie gestalte ich mein Angebot gemeinsam mit meiner Zielgruppe? Wie kann Bewegungsförderung und soziale Gemeinschaft zusammen gedacht werden? Und wie stelle ich mich auf die Unterschiedlichkeit der Lebensstile und Lebenslagen älterer Menschen ein?

Die professionellen oder ehrenamtlichen Hintergründe der Referentinnen und Referenten der Regionalkonferenz, die die Beiträge für diese Tagungsdokumentation erstellt haben, verdeutlichen die Vielschichtigkeit dieser »Zukunftsaufgabe für die Kommunen«. Die Beiträge fragen sowohl aus politischer als auch aus wissenschaftlicher Perspektive danach, was notwendige Rahmenbedingungen für wirksame Gesundheitsförderung im Alter sind. Der Tagungsband enthält zugleich zahlreiche praktische Beispiele erfolgreicher Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, die Ihnen hoffentlich interessante Anregungen für die eigene Arbeit geben.

Eröffnung

Grüßworte

Katrin Lompscher,
Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich freue mich, dass diese Veranstaltung in der Urania stattfindet, die als traditioneller Ort für die Vermittlung guter Ideen und breiten Wissens gut gewählt ist. Das gilt gerade für dieses Thema, welches meiner Meinung nach mehr öffentliche Aufmerksamkeit verdient, als es bisher der Fall war. Im Rahmen der Diskussion um die Gesundheitsförderung im Alter und die Verantwortung der Kommunen ist Berlin, wie sonst auch immer, eine ganz besondere Kommune. Berlin ist eine Einheitsgemeinde, die jedoch durch zwölf kommuneähnliche Bezirke geprägt ist. Diese Dualität führt in ganz konkreten politischen und praktischen Aufgabenstellungen auch zu Problemen – auch im Hinblick auf dieses Thema.

Es ist unbestritten eine Zukunftsaufgabe für die Kommunen, Gesundheit im Alter zu fördern. Es ist ein sehr erfreulicher Vorgang, dass wir immer älter – und dabei immer gesünder und aktiver älter – werden. So wird man in einer »Gesellschaft des längeren Lebens«, was mir als Bezeichnung sehr viel besser gefällt als »die alternde Gesellschaft«, allerorten mit der Frage konfrontiert: Was heißt denn das eigentlich konkret in den verschiedenen Lebensberei-





chen? Der Wunsch, das Alter möglichst gesund, selbständig und aktiv zu erleben, ist nicht neu. Den haben wir alle, aber er ist wahrscheinlich noch nie so wichtig gewesen wie heute. Gut ist auch, dass die Zeiten, in denen das Alter fast ausschließlich defizitär wahrgenommen wurde, überwunden sind.

An dieser Stelle erlaube ich mir einen Einschub: Es gab viel frühere Zeiten, die ich nicht erlebt habe, in denen dem Alter großer Respekt entgegengebracht worden ist, in denen es selbstverständlich war, dass die Generationen sich helfen. Es hat also eine Veränderung in der Gesellschaft stattgefunden, die sicherlich etwas mit der Industrialisierung, Modernisierung und Individualisierung zu tun hat. Die Wahrnehmung, das Alter sei defizitär und die alten Menschen überwiegend unselbständig und hilfebedürftig, scheint mir, zum Glück, überwunden zu sein.

Stattdessen erleben wir heute gesellschaftliche Debatten über eine neue Kultur des Alters und des Alterns. Diese knüpfen an die ganz alte Kultur, an die Debatten über Selbstbestimmung und Teilhabe, über eine neue Gestaltung des Lebensabschnitts nach der Erwerbsarbeit und nach der Familienarbeit an.

Das Thema Gesundheit spielt bei dieser positiveren Wahrnehmung des Alters eine Schlüsselrolle. In diesem Sinne hat die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2002 ihr Programm »Aktiv altern« vorgelegt, in dem dieses neue Paradigma vom Altern schon seinen Niederschlag fand. Die WHO betont darin das Recht älterer und alter Menschen auf die Gleichheit an Chancen und Teilhabe in allen Lebensbereichen. Aktives Altern, so definiert es die WHO, ermöglicht es den Menschen, ihr Potential für

körperliches, soziales und geistiges Wohlbefinden im Verlaufe ihres gesamten Lebens auszuschöpfen und am sozialen Leben in Übereinstimmung mit ihren Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten teilzunehmen. Gleichzeitig soll für Hilfsbedürftige ausreichender Schutz, Sicherheit und Pflege gewährleistet sein.

Das ist natürlich auch für die Gesundheitsförderung eine zentrale Herausforderung. Nimmt man das ernst, dann kann es eben nicht darum gehen, über die Köpfe älterer Menschen hinweg Programme zu ihrem vermeintlich Besten zu entwickeln. Auch hier müssen Teilhabe und Partizipation großgeschrieben werden. Es geht darum, Kompetenzen, Bedürfnisse und Wünsche der Älteren von Anfang an einfließen zu lassen. Man muss sie kennen, stärken und ihnen Raum geben.

Aktives Altern meint in erster Linie die Teilhabe am sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben. Dabei haben ältere Menschen – genau wie alle anderen Menschen auch – ganz unterschiedliche Bedürfnisse und Zugänge, unterschiedliche Fähigkeiten, sich zu orientieren, selbst aktiv zu sein, sich um sich selbst und um andere zu kümmern. Ältere Menschen sind eben keine homogene Gruppe. Sie gehören verschiedenen Kulturen und Geschlechtern an, sie pflegen unterschiedliche Lebensstile, haben unterschiedliche wirtschaftliche, soziale und persönliche Hintergründe. Und auch unter den Älteren gibt es sozial Benachteiligte, die immer mehr werden und eine besondere Unterstützung brauchen.

Aktives Altern setzt eine gewisse körperliche Belastbarkeit voraus. Deshalb hat das Thema Bewegungsförderung – auch in der heutigen Konferenz – einen besonderen Stellenwert.

Aber nicht nur körperliche Mobilität, auch geistige Beweglichkeit, Bildung, lebenslanges Lernen sind unabdingbare Voraussetzung für soziale Teilhabe und gesunde Entwicklung im Alter. Nicht zuletzt spielt die finanzielle Situation eine wichtige Rolle für die Gesundheit im Alter. Alle unsere Statistiken zeigen, dass sozial benachteiligte ältere Menschen deutlich früher von Multimorbidität betroffen und dabei stärker eingeschränkt sind als besser gestellte Senioren. Oft kommen bei sozial benachteiligten älteren Menschen mehrere Faktoren zusammen. Sie haben einerseits zu wenig Geld, um gesundheitliche – oder besser gesagt: zusätzliche gesundheitliche Angebote – wahrzunehmen; zu wenige soziale Kontakte, um gemeinsam mit Anderen Aktivitäten zu entwickeln, fehlendes Orientierungswissen über bestehende Angebote. In der Summe entsteht dann oft eine gewisse Demotivation, dieses alles noch einmal in Angriff zu nehmen. Es herrscht weitgehend Konsens darüber, dass das Präventionspotential bis ins hohe Alter in weiten Bereichen nicht ausgeschöpft ist.

Insgesamt – und das ist ja ein Ziel dieser Tagung – muss der Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter eine deutlich höhere Priorität eingeräumt werden als bisher. Zu diesem Schluss kommt auch das kürzlich vorgestellte Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Titel »Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens«. Der Sachverständigenrat empfiehlt hier, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel zu erklären.

Wie sieht die Situation in Berlin aus? Wir haben einen Basisbericht zur Gesundheitsberichterstattung mit dem Schwerpunkt »Gesund altern« vorgelegt, um, angefangen bei den Altersgruppen 50 plus, die Gesundheitssituation genauer zu analysieren. Aus der vorangegangenen Bevölkerungsprognose wissen wir, dass in Berlin in 20 Jahren ungefähr 43 Prozent aller Berlinerinnen und Berliner älter als 50 Jahre sein werden, sechs Prozent mehr als im Jahr 2007. Interessanter ist aber noch die Zahl der über Achtzigjährigen, der Hochbetagten. Die wird sich nahezu verdoppeln, und zwar auf ca. 256.000 Personen. Wir reden hier also über eine große, relevante, die Gesellschaft prägende Altersgruppe. Vor diesem Hintergrund haben wir nicht nur den Basisbericht zur Gesundheitsberichterstattung mit dem Schwerpunkt »Alter« belegt, auch die Landesgesundheitskonferenz wird sich in diesem Jahr auf das Thema Gesundheit im Alter konzentrieren.

Unter dem Leitmotiv »Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter« haben sich die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz auf vier Handlungsfelder verständigt. Auch hier steht an erster Stelle das Thema Bewegung, weil die positiven gesundheitlichen Effekte einen deutlichen Einfluss auf Selbständigkeit und Lebensqualität älterer Menschen haben. Außerdem ist die Bedeutung von Bewegungsförderung für die Förderung sozialer Kontakte unschätzbar hoch. Das wird sicherlich heute auch in einigen Beiträgen deutlich werden.

Das Thema »psychische Erkrankungen im Alter« ist ein zweiter Schwerpunkt der Landesgesundheitskonferenz. Hier geht es vor allem um zunehmende Depressionen auf der einen Seite und um Demenz und Alzheimer-Erkrankungen auf der anderen Seite. Hier ist die Gesellschaft – und das kann ich als Vorsitzende des Landespsychiatriebeirats auch selber ganz gut einschätzen – überhaupt noch nicht darauf eingestellt, sich mit diesem Thema als massenhaftem Phänomen auseinanderzusetzen.

Dritter wichtiger Schwerpunkt ist »Wohnen und Teilhabe«: die Themen reichen von einer seniorengerechten Gestaltung der eigenen Wohnung über Generationenwohnformen, begleitende Serviceangebote zum Wohnen bis hin zu Seniorenpflegeeinrichtungen und der Sicherung von Individualität und Selbständigkeit auch in dieser letzten Phase des Wohnens. Vor kurzem erst hat der Senat einen Entwurf für ein neues Wohnteilhabegesetz beschlossen, was das frühere Heimgesetz ablösen wird. Ich glaube, die lange Diskussion darüber hat zu einem wirklich guten Ergebnis geführt.

Der vierte Schwerpunkt ist »seniorengerechte Umwelt und Produkte«. Hier geht es zum einen um die Entwicklung der Stadtteile, was ja auch ein Schwerpunkt der heutigen Tagung ist, zum anderen um eine »seniorengerechtere« Gestaltung von Produkten. Wir haben hier in Berlin diverse Forschungseinrichtungen, die sich mit diesen Themen beschäftigen, und es ist ein erstaunlicher Vorgang, dass man angesichts des Umfangs und der Kaufkraft dieser Bevölkerungsgruppe sie bei der Gestaltung von Dienstleistungen und Waren im Prinzip komplett missachtet. Das ist ein Punkt, über den man neu reden muss.

Ein wichtiger Teil der Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung wird nicht nur darin bestehen, dass man die Aktivitäten in verschiedenen Politikbereichen zu ganzheitlichen Konzepten zusammenführt, sondern auch auf lokaler Ebene verankert. Das ist ja unser täglich Brot. Es ist wichtig, die Verknüpfung zwischen Gesundheitsversorgung und Gesundheitspräven-

tion noch einmal neu zu diskutieren – denn gerade für ältere Menschen ist das gesundheitliche Versorgungsangebot ein Dreh- und Angelpunkt. Wir wissen es vermutlich alle aus unseren familiären Zusammenhängen, wie wichtig solche Themen werden und wie stark darüber diskutiert wird, wenn es Defizite im Versorgungssystem gibt. Und ich glaube, auch im Versorgungssystem muss der Anstoß für mehr Gesundheitsprävention gelegt werden, damit man dann mit den lokalen Angeboten im Stadtteil und in der Umgebung mit den verschiedenen Akteuren bessere Erfolgchancen hat. Die Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren schrumpft im zunehmenden Alter erfahrungsgemäß auf das zu Fuß erreichbare Wohnviertel zusammen. Wenn es dort keine Bewegungsgruppe in der Nähe gibt und keinen Arzt, dann ist es für alte Leute richtig schwierig.

Kommunen haben in all diesen Fragen eine Schlüsselrolle, und die Berliner Bezirke, die ja

unsere Kommunen hier sind, haben sich diesem Thema schon beispielhaft angenommen. Ich will nur zwei Beispiele nennen: Das eine sind die Lichtenberger Spaziergangsgruppen, in denen Ältere, Hochbetagte und Gehbehinderte auf gesellige Art gemeinsam in Bewegung kommen. Der Bezirk Treptow-Köpenick hat sich ein kommunales Gesundheitsziel »Gesund alt werden« gesetzt und will damit den Anstoß geben für die systematische Entwicklung von Präventionsstrategien als kommunale Querschnittsaufgabe. Einige Berliner Bezirke beteiligen sich am Programm »Aktiv im Alter« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. In der Summe lässt sich also sicherlich sagen: Das Thema Gesundheitsförderung für Ältere gehört auf die Tagesordnung in allen Kommunen – und das an höherer Stelle als bisher. Damit das so wird, dafür machen Sie heute Ihre Tagung, zu der ich viel Erfolg wünsche, neue Erkenntnisse und gute Bekanntschaften. Vielen Dank.



Monika Gordes, Städte- und Gemeindebund Brandenburg, Potsdam

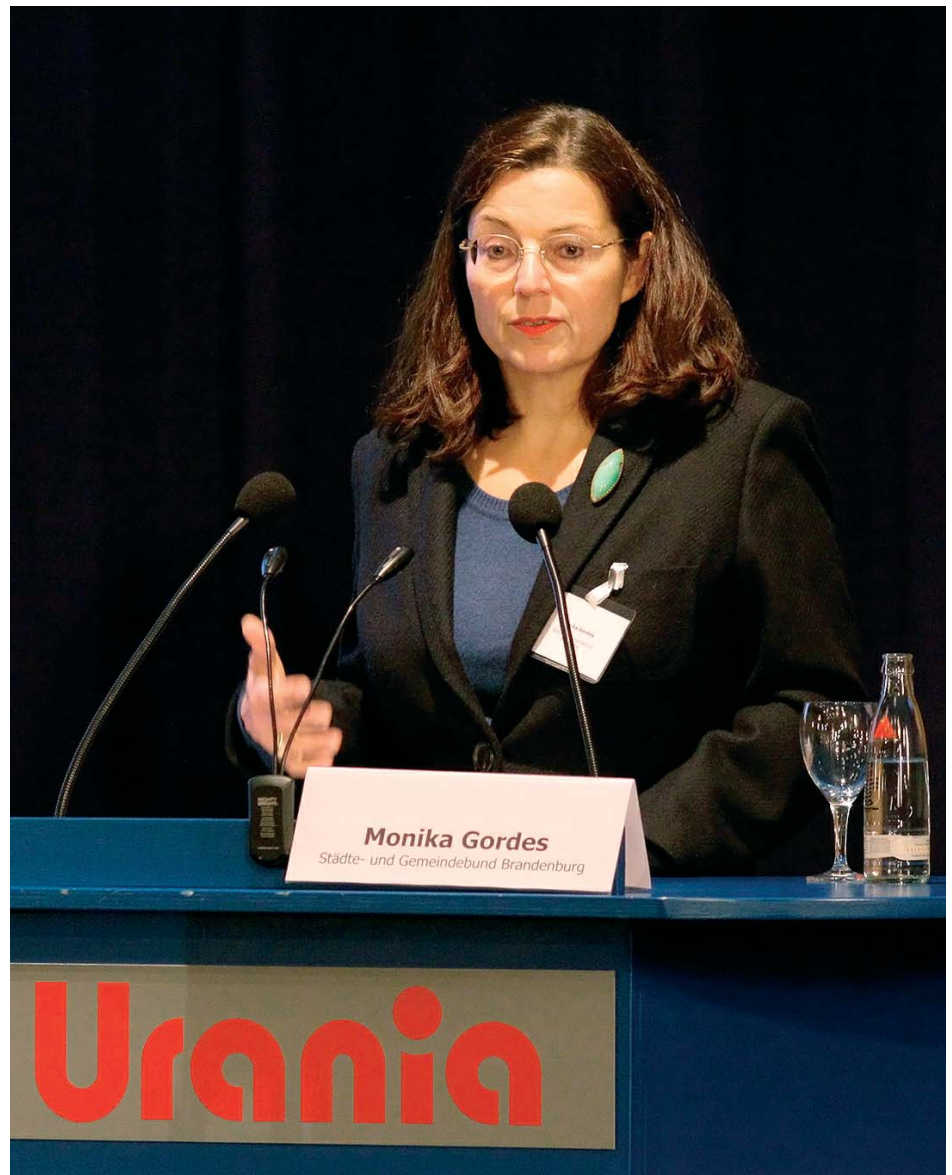
Senatorin, sehr geehrte Damen und Herren,

als ich den Titel der heutigen Veranstaltung »Gesundheit im Alter fördern – eine Zukunftsaufgabe der Kommunen« las, war ich erst einmal ein wenig erschüttert, sollten mit dem Titel doch wieder die Kommunen in die Pflicht genommen werden. Wir alle wissen, dass für weitere Aufgaben weder die finanziellen, noch die personellen Gegebenheiten in den Kommunen vorhanden sind. Auch handelt es sich bei der Gesundheitsförderung im Alter nicht vordergründig um eine Aufgabe der Kommunen. Vielmehr ist dies eine Aufgabe für die Gesellschaft insgesamt und die Gesundheitsberufe im Besonderen. Auch ist jeder Einzelne für den Erhalt und die Herstellung seiner Gesundheit verantwortlich.

Andererseits lässt sich der Titel der Veranstaltung auch positiv verstehen, als Empfehlung oder Anregung an Kommunen, als These oder als Frage.

Sinn macht es durchaus, wenn Kommunen sich um Gesundheitsförderung für ältere Menschen kümmern: Die absehbare demografische Entwicklung führt zur spürbaren Alterung der Gesellschaft. Wegen der Verschiebung der Alterskohorten wird es eine größere Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen geben. Aufgrund dessen ist auch ein Mangel an Fachkräften, Arbeitskräften und Ärzten absehbar. Wenn es weniger Erwerbstätige gibt, werden darüber hinaus weniger Steuern gezahlt; die Einnahmen der öffentlichen Haushalte einschließlich derer der Sozialversicherungssysteme werden also zurückgehen.

Dies alles bedeutet, dass die Gesellschaft dafür Sorge tragen sollte, dass die Menschen gesund altern. Gesund altern – von Bemühungen, die sich hierauf richten, profitiert zum einen die jetzige Generation älterer Menschen; von ihnen sollen vor allen Dingen aber die jetzt jungen oder mittelalten Generationen spürbare Vorteile im Alter haben. Ziel der heutigen Veranstaltung ist es daher, Anstoß zu geben, damit Kommunen das Thema Gesundheitsförderung als eigene Gestaltungsaufgabe erkennen.



Im Land Brandenburg gibt es 436 Städte und Gemeinden. Die Sozialämter, die offene Altenarbeit anbieten oder die Altenhilfeplanung vornehmen, sind jedoch ebenso wie die Gesundheitsämter, die für die Gesundheitsförderung oder Gesundheitsberichterstattung zuständig sind, bei den kreisfreien Städten und den Landkreisen angesiedelt.

Dennoch empfiehlt der Städte- und Gemeindebund den kreisangehörigen Städten und Gemeinden, das Thema Gesundheitsförderung nicht den Landkreisen zu überlassen, sondern in die eigene kommunale Arbeit mit einzubinden: Es gibt zahlreiche Fachplanungen, bei denen die Gesundheitsförderung mit berücksichtigt werden sollte, so bei der Entwicklung des kommunalen Leitbildes, bei der Aufstellung von Bebauungsplänen, im Sportentwicklungskonzept, in der Kulturentwicklungsplanung und anderen. Im Rahmen des Themas Soziale Stadt dürfte nur eine integrierte Planung, die auch

die Gesundheit mit berücksichtigt, wirklich zum Erfolg führen. In der kommunalen Verwaltung bedeutet dies, dass die einzelnen Fachämter und Fachbehörden übergreifend denken und planen müssen, einander hinzuziehen und ämterübergreifend kooperieren müssen.

Ein weiterer Grund für die Städte und Gemeinden, sich in die Gesundheitsförderung für Ältere einzubringen, ist, dass sie den Menschen, die in den Städten und Gemeinden leben, am nächsten stehen. Sie verfügen unmittelbar über Kenntnisse, welche Bedarfe und Wünsche ältere Menschen haben, welche Einrichtungen und Dienste, die für eine aktive Gesundheitsförderung nützlich sind, im Ort vorhanden sind und welche weiteren Akteure das Ziel mitverfolgen und unterstützen würden. Altenplanung beispielsweise sollte stadtteilbezogen, wohnortnah und quartiersbezogen erfolgen. Sinnvoll für ein gutes Gelingen ist ferner, die Partizipation älterer Menschen zu stärken, sie also ein-

zubeziehen in Maßnahmen und Entscheidungen. Beide Instrumente haben regelmäßig positive Effekte:

- die älteren Menschen nehmen regelmäßiger teil an den Veranstaltungen oder Angeboten, was sich wiederum positiv auf ihre körperliche und geistige Gesundheit auswirkt und sie vor Vereinsamung schützt,
- die Partizipation hat eine unterstützende Wirkung für soziale Beziehungen,
- nachbarschaftliche Netzwerke entstehen eher beziehungsweise bleiben eher erhalten und
- die Bedarfsbestimmung wird treffsicherer.

Diese Effekte sprechen also dafür, Gesundheitsförderung auf gemeindlicher Ebene zu verfolgen.

Aufgabe der Kommune könnte sein, die Moderation und Kommunikation im Bereich der Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu übernehmen. Eine Infrastruktur, die der Gesundheitsförderung dienen könnte, ist regelmäßig vorhanden. So gibt es Sportplätze, Schwimmbäder, Turnhallen, Gemeindesäle, Gesundheitskurse, durch die Krankenkassen ge-

förderte Angebote, örtliche Wandervereine oder Wandergruppen und vieles mehr. Die Gemeinde könnte die Aufgabe übernehmen, alle Akteure in einen fachlichen Austausch zu bringen: den Seniorenbeirat, Altenselbsthilfegruppen, Vereine, Sportvereine, die Pressestelle, das Amtsblatt, die Anbieter von Freizeitangeboten, die in Gesundheitsberufen Tätigen, am Ort ansässige Krankenkassen, Dienste, Einrichtungen, die Kirche und viele mehr. Die Gemeinde könnte der zentrale Informations- und Kontaktpunkt für die Akteure sein. Sie muss nicht selbst Angebote der Gesundheitsförderung entwickeln; vielmehr sollte ihre Aufgabe darin liegen, moderierend und koordinierend die vorhandenen Angebote zu vernetzen. Das Amtsblatt könnte beispielsweise dazu genutzt werden, diese Angebote für ein gesundes Altern bekannt zu machen.

Gemeinsam mit den anderen Akteuren könnte die Gemeinde ein Konzept für gesundes Altern entwickeln. Zunächst wäre zu formulieren, was in der Gemeinde unter Gesundheitsförderung verstanden wird, dann wäre eine Bestandsaufnahme dessen, was vorhanden ist, durchzuführen. Ältere Menschen sollten einbezogen werden, um zu ermitteln, wo die Bedarfe und

Bedürfnisse liegen. Das Konzept sollte generationenübergreifend aufgestellt werden; es sollte sich an alle Generationen richten, damit möglichst viele gesund altern. Denn je mehr Menschen ihre eigene Gesundheit bis ins hohe Alter erhalten, umso weniger werden die Sozialversicherungssysteme belastet. Schließlich sollte das Konzept, damit es wirken kann, gegenüber den verschiedenen Bevölkerungsgruppen kommuniziert werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nur ein Teil der Einwohner sich von sich aus informieren und dass andere Teile der Einwohner eine direkte Ansprache vorziehen. Ferner kann das Konzept sich auf bestimmte Bevölkerungsgruppen konzentrieren oder diese besonders hervorheben. Zu denken wäre beispielsweise an besondere Maßnahmen oder Angebote für sozial Benachteiligte oder an Programme, die sich insbesondere an Männer oder an Frauen richten.

Fazit für den Städte- und Gemeindebund Brandenburg ist: Nehmen Sie die heutige Veranstaltung als Ansporn, tragen Sie die heutigen Anregungen weiter und verstärken Sie in den Städten und Gemeinden die Anstrengungen, eine seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in den Fokus zu rücken.



Einführung in das Thema Gesundheit älterer Menschen

Prof. Dr. Elisabeth Pott,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Der demografische Wandel stellt vor allem die Kommunen vor neue Herausforderungen und rückt das Thema »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen« im Sinne eines gesunden und aktiven Älterwerdens in den Vordergrund.

Demografischer Wandel

Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung zeigen deutlich, dass der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung weiter steigen wird. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt bei 77,2 Jahren für Männer und sogar 82,4 Jahren für Frauen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2008). Auch die fernere Lebenserwartung nimmt zu: So hatte 2005 ein 60-jähriger Mann eine weitere Lebenserwartung von 20,6 Jahren, eine Frau von 24,5 Jahren. 2050 wird die weitere Lebenserwartung eines 60-jährigen Mannes schon bei 23,7 Jahren liegen, bei Frauen bei 28,2 Jahren. Die Menschen erleben eine deutlich längere Phase des Älterwerdens und Altseins. Dies hat individuelle und gesamtgesellschaftliche Auswirkungen, z.B. in den Bereichen Arbeit und Wirtschaft, in der Gesundheitsversorgung und Pflege, in den Familien und sozialen Beziehungen.

Auf beachtliche und derzeit noch nicht ausreichend genutzte Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte haben u.a. der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Gutachten 2000/2001) sowie der Dritte Altenbericht der Bundesregierung hingewiesen. In seinem Gutachten von 2007 hat der Sachverständigenrat festgestellt, dass Potentiale für die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch in der stärkeren Berücksichtigung älterer Menschen liegen, die in schwierigen sozialen Verhältnissen leben.

Epidemiologische Grundlagen und Präventionspotentiale

Mit zunehmendem Alter treten häufiger und mehr Gesundheitsprobleme auf. Der Anteil an Personen mit funktionalen Einschränkungen steigt ab dem 60. Lebensjahr von ca. 50 Prozent auf über 80 Prozent bei den über 80-jährigen.



Zu den zentralen Gesundheitsproblemen im Alter gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates, bösartige Neubildungen sowie psychische Erkrankungen (Statistisches Bundesamt, 2009). Ein Teil der dominierenden Gesundheitsprobleme bei Älteren kann durch präventive Maßnahmen günstig beeinflusst werden. Zu den konkreten Interventionsbereichen gehören das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, die psychische Gesundheit und das Wohnumfeld.

Die beliebtesten Sport- und Bewegungsaktivitäten älterer Menschen sind Radfahren, Schwimmen, Wandern und Gymnastik (Prof. Dr. Hartmann-Tews, DSHS, 2009). Allerdings gehen 48,7 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen ab 65 Jahren keiner sportlichen Aktivität nach. 28 Prozent (Männer) bzw. 40,6 Prozent (Frauen) bewegen sich auch im Alltag nicht (Deutsche Nichtbeweger-Studie, 2008).

Mit zunehmendem Alter wird der Anteil noch geringer (RKI, 2006).

In Verbindung mit ausreichender Bewegung ist auch eine ausgewogene Ernährung Grundlage für Gesundheit im Alter. Daten der nationalen Verzehrsstudie II (2008) zeigen, dass im Alter von 60-69 Jahren ein Großteil der Menschen übergewichtig (>40 Prozent) oder adipös (>20 Prozent) ist. Nur 30 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer sind normalgewichtig.

Prinzipien und Standards einer modernen Gesundheitsförderung

Das Konzept moderner Gesundheitsförderung berücksichtigt die individuelle Ebene (Verhaltensprävention) und die strukturellen Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention). Die individuelle Gesundheitsförderung muss frühzeitig beginnen und lebensbegleitend, alters-

und zielgruppengerecht fortgesetzt werden. Zu den strukturellen Voraussetzungen moderner Gesundheitsförderung gehört die sektorübergreifende Zusammenarbeit und Orientierung von Gesundheitsdiensten und Bildungseinrichtungen an den Standards der Gesundheitsförderung, wie lebenslanges Lernen und Befähigen zu eigenverantwortlichem Handeln. Hierzu kann eine sektorenübergreifende Arbeit in der Kommune erheblich beitragen. Bewährte Ansätze müssen identifiziert, bekannt gemacht und verstetigt werden. Unabdingbar sind begleitende zielorientierte qualitätssichernde Maßnahmen.

Gesundheitsförderung für Ältere in der Kommune

Der kommunale Ansatz der Gesundheitsförderung ist lebensweltbezogen und setzt an einem ressourcenorientierten Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzept an. Zwei wichtige Prinzipien sind die Stärkung der Lebenskompetenz und die Beteiligung der Zielgruppen an der Entwicklung und Umsetzung der Konzepte.

Notwendig sind eine Angebotsoptimierung, bessere Vernetzung, der Abbau von Strukturdefiziten, der Informations- und Know-How-Transfer.

Gestartet werden sollte mit einer lokalen Gesundheitsberichterstattung, die Transparenz über die Angebote vor Ort schafft. So können Lücken identifiziert werden, in denen besonderer Handlungsbedarf besteht. Oft fehlen z.B. systematische institutionelle Zugänge zu älteren Menschen. Daher ist die Verbesserung und Sicherstellung der Zugangswege zu schwer erreichbaren Zielgruppen, z.B. zu älteren Migrantinnen und Migranten, sozial benachteiligten älteren Menschen, älteren Männern und nicht mobilen älteren Menschen von besonderer Bedeutung.

Fachvorträge

Gesundheitsförderung im Alter – Herausforderungen und Strategien der sozialraumbezogenen Prävention

Dr. Susanne Kümpers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Im Zusammenhang mit demografischen und epidemiologischen Entwicklungen und in Zukunft zu erwartender Zunahme von Altersarmut sind Fragen nach wirksamen präventiven Ansätzen für Zielgruppen sozioökonomisch benachteiligter älterer Männer und Frauen von hoher Relevanz. Im Vortrag wurde versucht, Hintergründe zu erklären und Entwicklungslinien aufzuzeigen.

Vorbemerkung: Ungleiche Gesundheitschancen im Alter

Soziale Benachteiligungen Älterer ergeben sich aus Lebenslagen, in denen mehrere belastende Faktoren wie geringes Einkommen, geringe Bildung, allein leben, soziale Isolation, spezifische Gender-Aspekte und unterschiedliche Migrationshintergründe zusammen treffen.

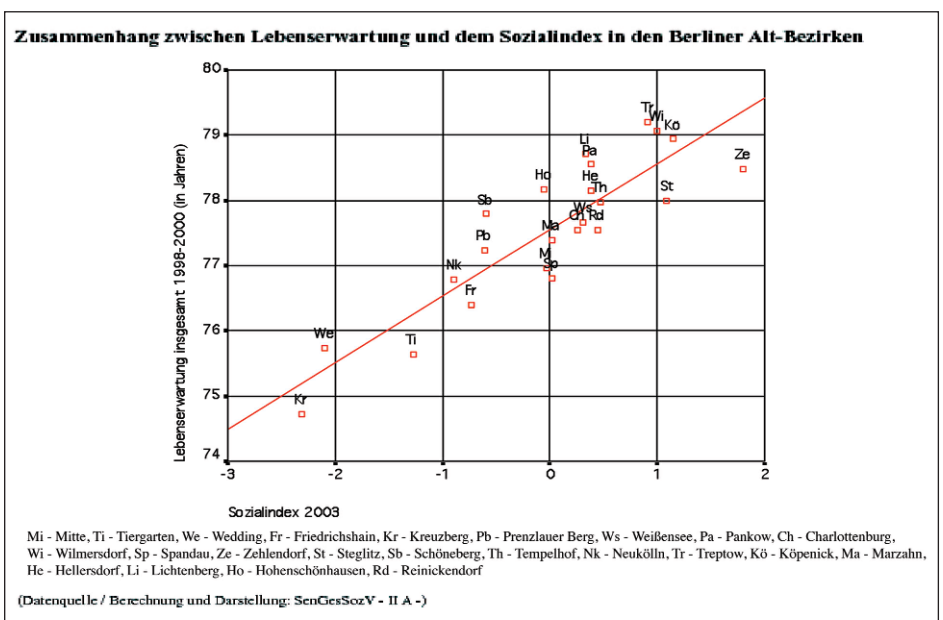
Signifikante Zusammenhänge zwischen ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und schlechterer Gesundheit bis ins hohe Alter sind sowohl im Zusammenhang mit aktuellen Lebensbedingungen im Alter, als auch mit den akkumulierten, sozioökonomisch bedingten Belastungen im Verlauf eines Lebens (life course

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 Grafik verdeutlicht beispielsweise einen Zusammenhang zwischen Sozialindex (Anteile an Sozialhilfeempfängern, Personen mit geringem Einkommen, eine hohe Arbeitslosenquote) und Lebenserwartung in den Berliner Altbezirken.

In der Konsequenz bedeuten schlechte Gesundheitschancen für sozioökonomisch schlechter gestellte ältere Menschen

- einen signifikant früheren Eintritt chronischer Erkrankungen und Behinderungen,
- die Problematik des »vierten Alters« früher und stärker,
- frühere Einschränkungen der Mobilität durch gesundheitliche und finanzielle Einschränkungen,
- je nach Zielgruppe erschwerte Zugänge zum Versorgungssystem,
- eingeschränkte Partizipations- und Gestaltungschancen.

Dies wiegt umso schwerer angesichts der für die nächsten Jahre und Jahrzehnte prognostizierten zunehmenden Altersarmut.



Quelle: Sozialstrukturatlas Berlin 2003, S.24

approach) belegt. In den USA, Großbritannien, Skandinavien und Deutschland wurden etwa Zusammenhänge von Morbiditätsaspekten (wie Häufigkeit von Hüftfrakturen, subjektive Gesundheit, Anzahl chronischer Krankheiten,

Partizipation, Ungleichheit und Gesundheit im Alter

Partizipation/soziale Teilhabe haben viel mit dem sozioökonomischen Status zu tun, auch im Alter: Bekannt ist der Zusammenhang zwi-

schen Bildung und Gesundheit (z.T. noch stärker als Einkommen und Gesundheit). Bildung ist aber auch Voraussetzung für viele Formen der Teilhabe, auch für die »Qualität« der Teilhabe. Bukov unterschied im Zusammenhang mit der Berliner Altersstudie – hierarchisch ansteigend – zwischen kollektiven Aktivitäten (gemeinsamer Freizeitgestaltung), produktiven Aktivitäten (Tätigkeiten verbunden mit Leistungen für Andere) und politischen Aktivitäten (Einfluss auf soziale Sachverhalte) älterer Menschen. Mit der Bildung stieg auch die Komplexität der realisierten Teilhabe bei den befragten älteren Menschen. Je komplexer und einflussreicher aber die Teilhabe, umso größer sind auch die zu erwartenden positiven Wirkungen auf Lebensqualität, auf Selbstbewusstsein, letztlich auch auf Gesundheit. Dabei bestimmt in jüngerem Alter der Bildungsstand deutlich stärker den Grad der Teilhabe, mit höherem Alter nimmt der bestimmende und dann eher hemmende Einfluss der Gesundheit zu – die aber, wie ausgeführt, wiederum stark mit dem sozioökonomischen Status assoziiert ist.

Sozialraum und Lebenswelten – Stadtteil als Ort für Teilhabe und Gesundheitsförderung

Das Konzept des Sozialraums verbindet räumliche Bezüge (Orte) mit sozialen Beziehungen, bedeutet also »ver-ort-ete soziale Beziehungen« und verbindet geografische mit gesellschaftlichen Perspektiven. »Lebenswelten« werden von den Individuen oder Gruppen und ihrer Lebensgestaltung aus gedacht.

Die Lebenswelt der älteren Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, aber noch selbständig leben, ist im Wesentlichen ihre Wohnumgebung. Das gilt besonders für schlechter gestellte ältere Menschen, deren Mobilität (Reisen, überregionale Kontakte) auch finanziell bedingt tendenziell geringer ist als die besser gestellter älterer Menschen. Zudem wird die Mobilität und damit das erreichbare Umfeld durch entstehende Behinderungen weiter eingeschränkt – und auch das gilt für benachteiligte Ältere in großem Maße – das zu Fuß erreichbare Wohnviertel wird dadurch zunehmend zentral. Das bedeutet, dass die »Lebenswelt« – die Gesamtheit der räumlichen und sozialen Bezüge eines Einzelnen oder einer Gruppe – und der »Sozialraum« – ein geografisch, administrativ und sozial als Einheit definierbares Gebiet – für solche Ältere stärker übereinstimmen (Institut für soziale Arbeit 2001) als für besser gestellte Bevölkerungsgruppen. Für präventive Strategien sollten Stadtteile zunächst als solche Einheiten definiert werden, die von den Bewohnern als »ihr« Quartier wahrgenommen werden, und inner-

halb derer sich soziale Teilhabe und kollektive Aktivitäten entwickeln lassen.

Als primärpräventive Strategien für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen eignen sich gerade kontextbezogene Ansätze, die verhaltens- und verhältnispräventive Elemente verbinden können (sogenannte Setting-Ansätze), weil die Lebenswelten dieser Gruppen häufig starke Gesundheitsbelastungen aufweisen und gesundheitsförderliches Verhalten eher erschweren. Durch ermöglichende, initiiierende und begleitende Interventionen von außen sollen Prozesse angestoßen werden, mit denen die Beteiligten bzw. Bewohner des Settings dieses nach ihren Bedürfnissen mit gestalten (Rosenbrock & Michel 2007). Aktivierende und partizipative Lern- und Innovationsprozesse sollen sowohl die Ressourcen der Einzelnen wie des sozialen Kontexts weiter entwickeln (Empowerment). Die Präventionsansätze im Setting sollen also Belastungssenkung und Ressourcenförderung verbinden, unspezifisch, auf »distale« Faktoren gerichtet sein, Verhaltens- und Verhältnisprävention verknüpfen, in und an den Lebenswelten ansetzen und partizipatorisch vorgehen.

Potentiale stadtteilbasierter Prävention für ältere Menschen – Erreichbarkeit, Themen, Handlungsfelder, Wirksamkeit und Erfolgsfaktoren

Hinsichtlich der Erreichbarkeit ist ein Trend in der Praxis klar erkennbar: die Bedeutung der Zielgruppenspezifität der Ansätze für das tatsächliche Erreichen der Zielgruppen. Zielgruppen, die von Projektseite her »in den Blick genommen« werden, deren Bedarfe und deren Zugänge reflektiert werden, werden häufig auch erreicht. Dabei scheint es entscheidend, informelle Multiplikator/innen zu finden und als Verbündete zu gewinnen – oft steht und fällt mit ihnen das Erreichen einer ganzen Gruppe im Stadtteil.

Von vielen Projekten wird eine Vielfalt von direkt und indirekt gesundheitsrelevanten Themen oder Aktivitäten berichtet, die von Initiativen und Gruppen realisiert werden, z.B. Seniorengymnastik, gemeinsames Wandern oder Radfahren, Kochgruppe für Männer, Witwen- oder Trauergruppe, Chöre, Ausflüge etc. Manche Aktivitäten sind unmittelbar gesundheits- oder auch versorgungsbezogen, andere zielen in ihrer primären Zielsetzung auf Verbesserung



von Partizipation und/oder Lebenszufriedenheit. Ein Schlüsselthema an sich, und Zugang zu (fast allen) anderen Themen, aber auch Folge der Bearbeitung anderer Themen, ist 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 ist außerdem die Überschneidung von Selbsthilfe, Ehrenamt und bürgerschaftlichem Engagement. Oft wird 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.

Die Wirksamkeit bestehender Projekte wird oft noch wenig evaluiert. Die Aktivierung – noch am leichtesten messbar anhand von Teilnehmerzahlen – in eher erfolgreichen Projekten scheint vielfältig und nachhaltig. Über verbessertes Wohlbefinden gibt es indirekte Informa-

tionen durch qualitative Auskünfte (»Leben macht mir mehr Spaß«, »Klima im Stadtteil hat sich verändert«). Hinsichtlich der sozialen Integration werden die deutlichsten Veränderungen in Projekten beschrieben (»ich treffe beim Einkaufen Andere für ein Schwätzchen«, »wenn ich krank bin, geht jemand für mich zur Apotheke«), und zwar sowohl auf der Ebene der Zielgruppen wie auf der Ebene der Akteure (Friseur: »Endlich kann ich den Leuten sagen, wo sie hinkönnen«). Zur verbesserten Gesundheit können aus methodischen Gründen meist keine Angaben gemacht werden. Allerdings gibt es hinsichtlich der Inanspruchnahme von Versorgung Hinweise auf einen verbesserten Stand von Gesundheits- und Versorgungswissen. In diesen Befunden spiegelt sich auch ein Mangel an durchführbaren und aussagekräftigen Evaluationsverfahren.

Zu den Erfolgs- und Misserfolgskriterien für sozialraumorientierte Präventionsarbeit zählen

- eine »ausreichende« und nachhaltige Finanzierung,
- nach Lage, Anbindung und Funktionalität geeignete Räumlichkeiten (Anlaufpunkt und Treffpunkt für Zielgruppen),

- Projektmitarbeiter/innen mit kommunikativen Fähigkeiten hinsichtlich der Zielgruppen wie der lokalen Akteure; sowie deren Kontinuität als Basis für Vertrauen,
- eine angemessene Relation der Betreuungsintensität zum Ausmaß der Belastungen bzw. der Abwesenheit von Ressourcen der Zielgruppen,
- die (Entwicklung der) Partizipation der Zielgruppen, die Steigerung der Selbsthilfepotentiale,
- die Einbindung informeller Multiplikatoren,
- die Entwicklung organisationeller Vernetzung, das Schmieden lokaler Bündnisse und
- die Verankerung auf der kommunalpolitischen Agenda.

Schlussfolgerung

Die Weiterentwicklung sozialraumorientierter Prävention mit älteren Menschen bedarf der Kooperation von Praxis, Politik und Wissenschaft.

Einschätzungen, Erwartungen und Bedarf – Erste Ergebnisse der Evaluation »bewegt leben – Mehr vom Leben«

Reinhard Mann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln



Das Projekt »bewegt leben – Mehr vom Leben« ist Teil der Initiative IN FORM und möchte dazu beitragen, Menschen ab 60 Jahren beim Aufbau eines gesunden Lebensstils zu unterstützen. Der Fokus der Bemühungen liegt dabei auf den Bereichen Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit im Sinne sozialer Teilhabe. Ausgangspunkt ist das vorhandene kommunale Angebot und dessen Nutzung. Die bedarfsgerechte Veränderung bzw. Optimierung kann und soll vor allem in enger Kooperation mit Institutionen wie Sportvereinen, kommunalen und gemeinnützigen Einrichtungen, aber auch kommerziellen Anbietern geschehen.

Seit 2008 wird dieses Vorgehen systematisch in der Modellregion Rhein-Sieg-Kreis (NRW) durchgeführt und die Ergebnisse für den Transfer in andere Regionen vorbereitet. Grundlage des Vorgehens ist die Annahme, dass die Verbesserung des kommunalen Angebots auf zwei Säulen beruht. Zum einen auf der differenzierten Beschreibung der Zielgruppe oder spezifi-

scher Subgruppen anhand aussagekräftiger Daten. Zum anderen auf der Qualifizierung von Anbietern, um die Öffnung des Angebots für bisher nicht erreichte Zielgruppen zu ermöglichen.

Im ersten Projektjahr wurden in diesem Zusammenhang folgende Aktivitäten durchgeführt:

Befragung der Zielgruppe

Es wurden 1001 »selbständige« Personen ab 55 Jahren im (Übergang zum) Ruhestand telefonisch zu soziodemografischen Angaben, zum Wissen (Selbsteinschätzung zum Infostand in verschiedenen Bereichen), zum Verhalten und zu Einstellung, Barrieren und Motivation in Bezug auf Bewegung und Ernährung befragt.

Befragung der Anbieter/Analyse des Angebots

Über öffentlich zugängliche Quellen wurden 638 relevante Anbieter und Akteure im Rhein-Sieg-Kreis identifiziert und per Datenblatt aus-

führliche Informationen über insgesamt 332 Angebote eingeholt. Die meisten Angebote werden von Vereinen (ca. 37 Prozent) durchgeführt. Es folgen mit 19 Prozent private bzw. kommerzielle Unternehmen. Erst nach Kirchen und Wohlfahrtsverbänden erschienen kommunale Angebote mit etwa sechs Prozent. Die meisten Angebote gibt es im Bereich Bewegung (55 Prozent), gefolgt von Begegnung (31 Prozent) und Ernährung (12 Prozent). Die Teilnahme ist bei immerhin 37 Prozent kostenlos. Ausländische Mitbürger sind nur bei drei Prozent der Angeboten ausdrücklich mit einbezogen.

Infoabende und Workshops

Die Infoabende richteten sich an alle Interessierten und verfolgten das Ziel, sowohl das Projekt bekannt zu machen als auch grundlegende Informationen zum Thema Gesundheit/Gesundheitsförderung im Alter zu vermitteln. Die Workshops hingegen waren ausschließlich für Anbieter und Akteure im Bereich Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen. Hier wurden spezifische Themen wie Öffentlichkeitsarbeit, Niedrigschwelligkeit oder Zugangswege besprochen. Vorrangig erreicht wurden auf diesem Wege Vereine und Privatunternehmen, die sich hauptsächlich mit dem Thema Bewegung beschäftigen.

Auftaktveranstaltung und Aktionstage

Mit der Auftaktveranstaltung wurden die einwöchigen Aktionstage eingeläutet. Ziel beider Veranstaltungen war es, Zielgruppe und Anbieter zusammenzubringen und über konkrete Angebote zu informieren bzw. zum Mitmachen einzuladen.

Es hat sich gezeigt, dass die Auftaktveranstaltung ein angemessenes Mittel war, um die Zielgruppe zu erreichen. Die Aktionstage wurden von den Anbietern gut genutzt, um sowohl neue bzw. veränderte Angebote als auch das reguläre Programm vorzustellen. Eine detailliertere Auswertung ist noch in Vorbereitung.

Ausgewählte Ergebnisse der Zielgruppenbefragung

Im Rahmen der Befragung wurde das Bewegungs- und Ernährungsverhalten erhoben. Daraus wurden verschiedene Typen gebildet (siehe Abbildung), die zur Klassifizierung der Zielgruppe dienen. Bei der Beschreibung der einzelnen Typen werden im Folgenden nur die charakteristischen bzw. signifikanten Unterschiede zu anderen Gruppen hervorgehoben.

| | | Ernährungsindex | |
|----------------|--------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| | | (Sehr) gutes Ernährungsverhalten | (Sehr) schlechtes Ernährungsverhalten |
| Bewegungsindex | (Sehr) Aktiv | Aktive Gesundernährer 35% | Aktive Ungesundernährer 22% |
| | Nicht aktiv | Nicht-Aktive Gesundernährer 21% | Nicht-Aktive Ungesundernährer 21% |

Klassifizierung der Zielgruppe anhand des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens

Aktive Gesundernährer

35 Prozent der Befragten gehören zu den aktiven Gesundernährern. Überdurchschnittlich viele Frauen und Personen mit hohem Haushalts-Netto-Einkommen (über 3.250 Euro im Monat) lassen sich den aktiven Gesundernährern zuordnen. Wie erwartet, lassen sich überdurchschnittlich viele aktiv Sporttreibende und in Vereinen Aktive zu dieser Gruppe zählen. Der Anteil an Adipösen, die dieser Gruppe zugerechnet werden, ist stark unterdurchschnittlich. Befragte, die sich gut mit Angeboten für ältere Menschen auskennen und sie häufig nutzen, gehören überdurchschnittlich oft zu den Aktiven Gesundernährern. Überdurchschnittlich vertreten ist er auch bei den Nutzern von Infoquellen wie Ernährungsberatern, Rückenschulen und Yogazentren, Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, Vereinen, Kirchengemeinden und »schwarzen Brettern«. Ebenfalls überdurchschnittlich findet man ihn bei Nutzern von Internetseiten lokaler Anbieter und kostenlosen Zeitschriften der Gemeinde oder von Apotheken.

Aktive Ungesundernährer

Zu den aktiven Ungesundernährern gehören 22 Prozent der Befragten.

Im Gegensatz zu den aktiven Gesundernährern lassen sich überdurchschnittlich viele Männer

und Personen mit einem mittleren Haushalts-Netto-Einkommen (1.751-2.250 Euro im Monat) den aktiven Ungesundernährern zuordnen. Jüngere Alte (55-65 Jahre), Erwerbstätige und Personen mit einem formal höheren Bildungsabschluss (Abitur oder Studium) gehören überdurchschnittlich oft zu den Aktiven, die sich aber ungesund ernähren. Befragte, die angeben aktuell Sport zu treiben, gehören leicht überdurchschnittlich zu dieser Gruppe. Bei den aktiven Ungesundernährern sind alle BMI-Gruppen vertreten, mit einem leicht höheren Anteil bei den Übergewichtigen. Überdurchschnittlich viele Ältere, die den Wunsch haben, ihre Ernährung zu ändern, gehören zu dieser Gruppe.

Nicht-Aktive Gesundernährer

21 Prozent der Befragten gehören zu den Nicht-Aktiven Gesundernährern, die überdurchschnittlich oft bei Frauen und tendenziell eher bei allein Lebenden zu finden sind. Nicht-Motorisierte, formal geringer gebildete Menschen, die man eher selten in Sportvereinen findet, gehören überdurchschnittlich oft zu den Nicht-Aktiven-Gesundernährern. Überdurchschnittlich oft sind es normalgewichtige Menschen, die den Wunsch haben sich mehr zu bewegen und oft früher aktiv waren, die dieser Gruppe zugeordnet werden. Personen, deren Info- und Kenntnisstand insgesamt durchschnittlich ist und die gut über Ärzte/Apotheken und Kirchengemeinden, weniger gut allerdings über Internet und lokale Webangebote zu erreichen sind, gehören zu dieser Gruppe. Die Nutzer von Angeboten sind unterdurchschnittlich vertreten.

Nicht-Aktive Ungesundernährer

Die letzte Gruppe ist mit 21 Prozent die der Nicht-Aktiven Ungesundernährer. Männer, über 75-Jährige, Personen aus dem Arbeitermilieu und mit einem niedrigen Haushalts-Netto-Einkommen (unter 1.750 Euro pro Monat) zählen überdurchschnittlich oft dazu. Tendenziell zählen eher Alleinlebende zu dieser Gruppe. Zu

den Nicht-Aktiven Ungesundernährern zählen überdurchschnittlich viele, die früher Sport betrieben haben, die man jetzt aber eher selten im Sportverein findet. Diese Gruppe stellt den höchsten Anteil an Adipösen und den geringsten an Normalgewichtigen. Man findet die Nicht-Aktiven Ungesundernährer verstärkt bei denen, denen Angebote wenig bekannt sind, diese wenig nutzen und sich die Nutzung auch nicht vorstellen können. Über alle Infoquellen (und besonders über Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Vereine oder Kirchen) werden sie unterdurchschnittlich erreicht. Auch bei den Internetnutzern sind sie unterdurchschnittlich oft vertreten.

Änderungsmotivation

Über alle Gruppen hinweg zeigt sich, dass 25 Prozent der Befragten den Wunsch nach mehr Bewegung äußern, ein knappes Drittel einen Sport- oder Bewegungskurs (z.B. der Krankenkasse) besuchen möchte und ca. 20 Prozent einem Verein beitreten bzw. sich dort mehr bewegen wollen. Den Wunsch, die Ernährung zu ändern, äußern ebenfalls etwa 25 Prozent. Insgesamt zeigt sich ein relativ schlechter Kenntnisstand von Angeboten: fast zwei Drittel kennen keine Angebote.

Fazit

Es gibt keine einheitliche Zielgruppe, sondern verschiedene »Typen«, in denen die »jungen Alten« die größte Änderungsmotivation haben. Besonders motiviert sind die Gruppen, die sich bereits in einem der Bereiche Ernährung und Bewegung gesundheitsförderlich verhalten (Nicht-Aktive Gesundernährer und Aktive Ungesundernährer). Für die Praxis heißt das, nicht ausschließlich über die klassischen Angebotsstrukturen zu gehen, sondern offene Angebote und Schnupperangebote zu etablieren, da diese niedrigschwelliger sind.

Fachforum 1: Gesundheitsförderung – Die neue Herausforderung der kommunalen Altenplanung

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover

Carsten Rumpel, Gesunde Städte-Netzwerk / Rhein-Kreis Neuss

Moderation:

Christa Böhme, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin

Alt werden, gesund bleiben: Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover

»Alt werden – gesund bleiben« hat sehr viel mit kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen zu tun. Das fängt schon mit den Bildern vom Alter an, die in der Gesellschaft als ganzes und bei den Professionellen im Besonderen gepflegt werden: »Welches Bild haben wir vom Alter?« und »Welches Bild haben Professionelle vom Alter?«

Eine Schlagzeile aus der »Süddeutschen Zeitung« von 2004 lautete: »Hundertjährige verlässt das Seniorenheim: „Für den Laden war ich einfach noch nicht reif.“« Dies zeigt, dass wir uns tatsächlich fragen sollten, ob wir nicht von unserem defizitären Altersbild, welches bei vielen Professionen, aber auch in den Medien leider noch vorherrschend ist, wegkommen müssen und zu neuen Altersbildern gelangen sollten. Bevor wir uns mit dem beschäftigen, was wir in Bruchsal in einer beispielhaften Kommune gemacht haben, nämlich mit »Neuem Altern in der Stadt«, möchte ich, um die Rahmenbedingungen etwas ausführlicher darzu-

stellen, erst einmal kurz ausführen, was Menschen überhaupt gesund hält. Dann werde ich Ihnen an dem Beispiel der Kommune Bruchsal in Baden-Württemberg, die ich begleitet habe,

verdeutlichen wie man solche kommunalen Prozesse organisieren kann. Zum Schluss werde ich noch einmal darauf eingehen, welche anderen Ansätze es in diesem Bereich außerhalb der Settingarbeit gibt, um tatsächlich aktiv zu werden.

Was erhält denn Menschen gesund? Ich glaube, dass vieles von dem, was uns gesund hält oder im Umkehrschluss auch krank machen kann, mit der eigenen Einstellung zu Gesundheit sowie der Einstellung zu sich selbst und zu anderen zusammenhängt. Die Theorie von Aaron Antonovsky, einem israelischen Medizinsoziologen, besagt: Gesundheit und Krankheit sind nicht sich wechselseitig ausschließende Zustände, sondern ein Kontinuum. An welcher Stelle ein jeder sich auf diesem Kontinuum be-

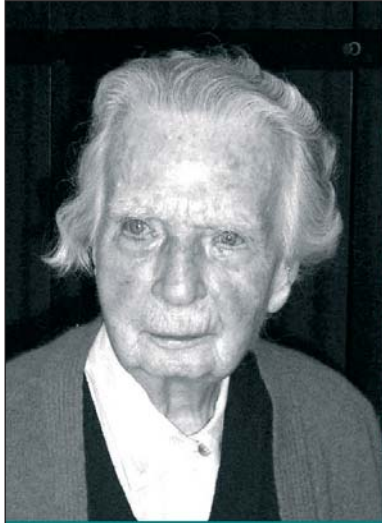


wegt, hängt immer mit den eigenen Ressourcen zusammen. Ganz wichtig hierbei sind die personalen Ressourcen. Diese beinhalten die persönliche Lebenseinstellung und das Engagement, mit dem jeder sein Leben realisiert. Darüber hinaus ist genauso entscheidend: Was für soziale Ressourcen hat die Person auf der kleinräumigen Ebene (Freunde, Arbeit oder Stadtteil) und was für makrosoziale Ressourcen hat sie? Wie sehen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen aus? Wir haben heute Morgen von der BZgA ein finanziell sehr aufwendiges Präventionsbeispiel aus dem Speckgürtel von Bonn vorgestellt bekommen. Dort sind natürlich andere makrosoziale Ressourcen vorhanden, als dies in vielen anderen Kommunen der Fall ist, etwa in den neuen Bundesländern oder im Ruhrgebiet. Solche Beispiele funktionieren auch kaum in Gebieten der sozialen Stadt, auch wenn Deutschland dabei vergleichsweise besser gestellt ist als andere europäische Länder, insbesondere die osteuropäischen. Es kommt immer auch auf das gesellschaftliche Niveau an, auf dem diese Probleme diskutiert werden.

Die WHO hat als Ziel festgelegt, dass bis zum Jahr 2020 Menschen im Alter über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden sollte, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft einzunehmen. Genau diese Verknüpfung von Gesundheitspotentialen und aktiver Rolle in der Gesellschaft

halte ich, egal welche Strategie man betreibt, eigentlich für die entscheidende. Diese Ziele lassen sich nur erreichen, wenn man zu einer anderen Form der Politik kommt, einer Politik, die nicht nur an Gesundheit denkt, sondern die auch weitere Stellschrauben dreht, die sogenannten Determinanten von Gesundheit. Die wichtigsten Stellschrauben sind Einkommen, Bildung und Wohnverhältnisse. Erst, wenn diese Faktoren Berücksichtigung gefunden haben, kann man über Gesundheit, gesundheitliche Versorgung und eine Verbesserung von Diensten in diesem Bereich sprechen und damit dann auch zusätzliche gesundheitliche Potenziale erschließen. Wenn es gelingt, die Determinanten von Gesundheit zu verbessern, kann man deutlich größere Gesundheitseffekte zeitigen, als das tatsächlich nur beim eingeschränkten Blick auf Gesundheit der Fall ist.

Ich habe mit Antje Richter ein Buch herausgegeben mit dem Titel: »Dünne Rente, dicke Probleme«. Diese Problematik ist noch kein Massenphänomen, aber wenn die ganzen Hartz-IV-Generationen und Wendeverlierer durchaltern, dann haben wir wirklich große Probleme bei vielen Leuten – und das Dicksein ist dabei das geringste Problem. Wir haben in der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, die vergleichbar ist mit dem, was Gesundheit Berlin-Brandenburg für Berlin ist, zu unserem Hundertjährigen 2005 eine Befragung von Hundertjährigen gemacht. Im Rahmen dieser Befragung haben wir 15 Hundertjährige befragt, einen Mann und 14 Frauen. Ich stelle dies vor, auch um zu zeigen, was ich mit Ressourcenstärkung meine. Von den Hundertjährigen haben wir viel gelernt. Sie befanden sich alle in unterschiedlichen Lebenssituationen, lebten teilweise alleine zu Hause, teilweise in einer Pflegesituation im Heim oder in einer Familie. Die Rahmenbedingungen waren sehr unterschiedlich, aber zwei Hauptmerkmale haben wir bei allen Interviewten feststellen können: Das eine war eine zentrale psychologische Stärke, die Fähigkeit, positive Lebensperspektiven aufrechtzuerhalten und positive Deutungen vorzunehmen. Das hat eigentlich alle in dieser Stichprobe miteinander verbunden. Das zweite, was nicht ganz trennscharf von dem ersten abzugrenzen ist, war, dass sie es in hohem Maße ver-



**Ilse Poppelbaum
Hannover**

1905 geboren
ledig, keine Kinder
Leiterin von
Kinderheimen,
später Fürsorgerin
im Diakonischen
Werk - organisierte
dort die Kinder-
verschickung

Vater: Beamter und
Bürgermeister

„...Fräulein Alleine...“

„Ich wurde früher Fräulein Alleine genannt, weil ich immer selbständig sein wollte.“

Was ich mit Gesundheit verbinde: ...nichts Besonderes
...als Kind war ich ziemlich zart und oft krank
...die beiden Kriege haben uns so bescheiden aufwachsen lassen, dass wir in keiner Weise üppig gelebt haben und verwöhnt wurden

Was für mich Gesundheit ausmacht: ...ganz normal essen, auch Freude am Essen haben
...vor allen Dingen Bewegung und frische Luft

Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen



**Richard Meyenburg
Hannover**

1904 geboren
Seit 1980 verwitwet
1 Tochter
Tischlerausbildung,
kaufmännischer
Angestellter in
leitender Funktion

Vater: Handwerks-
meister im eigenen
Betrieb

„Wir waren immer 100%ig auf den Beinen.“

Was ich getan habe, um gesund zu bleiben: ...in der Jugend Sport getrieben - Hockey, Tennis, Fußball
...später mit meiner Frau viel gewandert
...bis vor 1 Jahr jeden Tag eine ½ Stunde stramm masschiert
...bis vor 3 Jahren regelmäßig geteigt
...bis vor 1 ½ Jahren 1 Stunde Gymnastik pro Woche
...einigermaßen sitzsaam gelebt

Was meine schönste Zeit im Leben war: ...die wilden 20er - da haben wir lustig gelebt, wie das eben so ist
...Schulfreunde und Sportkameraden waren mir immer wichtig

Im Rahmen einer Studie wurden Über-100-Jährige zu ihrer Lebenssituation befragt
Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen

standen haben, eigene Einschränkungen zu kompensieren und eine große Akzeptanz gegenüber Dingen zu entwickeln, die sie nicht verändern können. Sie sahen also nicht immer das halbleere Glas, sondern das halbvolle. Die Operette weiß: »Glücklich ist, wer vergisst, was nicht zu ändern ist«. Das war bei diesen Menschen eine gelebte Lebenseinstellung. Wie man dazu kommt, oder auf welcher Basis man so etwas entwickeln oder fördern kann, müsste man noch einmal diskutieren. Man sollte also nicht immer auf die Verluste schauen, die mit dem Altern einhergehen, sondern auf das, was noch geht und welche Möglichkeiten einem jeden auch im hoch betagten Alter tatsächlich noch zur Verfügung stehen. Bette Davis hat dazu einmal sarkastisch gesagt: »Alt werden ist kein Job für Feiglinge.«

Wir stellten in den Interviews auch die Fragen: »Was verbinden Sie mit Gesundheit?« und »Was haben Sie für Ihre Gesundheit gemacht?« Eine Frau, die ihr ganzes Leben ledig war und keine Kinder hat, verband nichts Besonderes mit Gesundheit. Sie war als Kind ziemlich zart und oft krank. Sie sagte: »Die beiden Kriege haben uns so bescheiden aufwachsen lassen, dass wir in keiner Weise üppig gelebt haben und verwöhnt wurden.« Sie verbindet mit Gesundheit vor allem Bewegung und frische Luft. Das sind relativ subjektive Gesundheitsvorstellungen, die man dort antreffen kann. Der einzige Mann in der Stichprobe hat sein Leben lang Sport getrieben. Wir haben ihn mit 100 be-

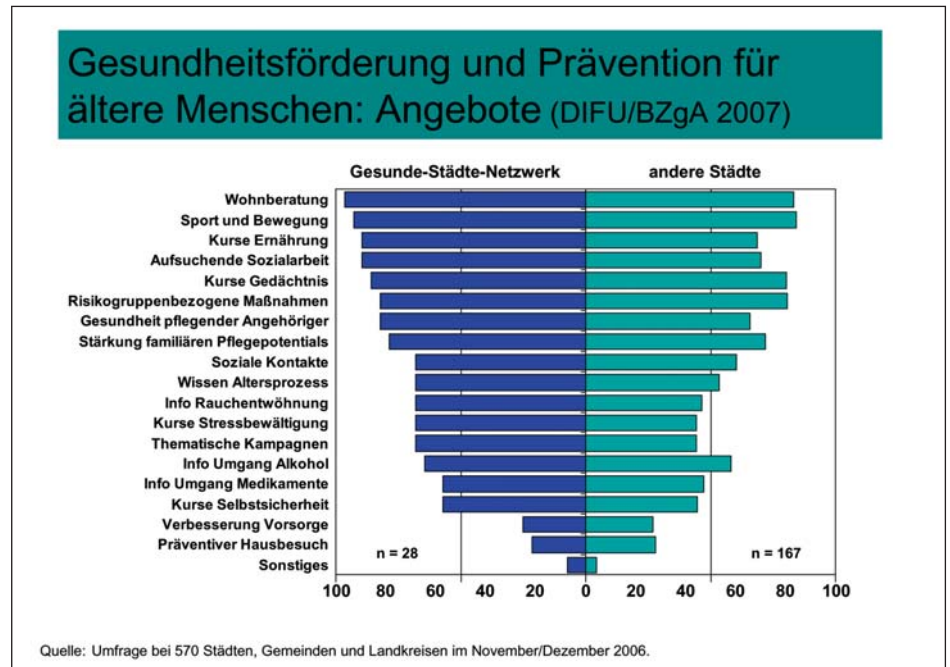
fragt und noch bis vor einem Jahr ist er jeden Tag eine Stunde oder eine halbe Stunde lang stramm marschiert. Er hat bis ins 97. Lebensjahr regelmäßig gekegelt und eben auch bis vor anderthalb Jahren eine Stunde Gymnastik pro Woche gemacht. Was er auch für seine Gesundheit getan hat, war einigermäßen »sittsam« zu leben, was auch immer er darunter verstanden hat. Man sollte für sich feststellen, was einen selbst gesund erhält, einen Weg für sich selbst finden und diesen Weg auch gehen. Dies ist auf jeden Fall eine der sehr wichtigen Variablen, zu sich und zu seinen Lebensvorstellungen zu stehen. Wir haben auch immer nach der schönsten Zeit im Leben gefragt und seine Antwort: »Die wilden Zwanziger« beeindruckte uns. Das war eine Zeit, die fast 80 Jahre her ist, aber eine Zeit, aus der er gezehrt hat. Und auch das wäre für Gesundheitsförderung wichtig: Wie schafft man solche Zeiten, von denen man zehren kann? Das sind alles Maßnahmen auf der individuellen Ebene.

Ich komme jetzt auf Maßnahmen oder Rahmenbedingungen auf der eher gesellschaftlichen Ebene zu sprechen. Sich mit dem Alter und Fragestellungen zu diesem Thema auseinanderzusetzen, ist ein riesiger Trend, aber das ist eben kein einheitlicher Trend. Wenn Sie allein die Bevölkerungsentwicklung betrachten, was sich wo wie entwickelt, welche Kommunen welche demografische Entwicklung vor sich haben, dann sehen Sie abnehmende und teilweise auch noch zuwachsende Bevölkerungszahlen. Ich komme aus Niedersachsen. Wir haben den Landkreis mit den bundesweit höchsten Zuwachsraten und der jüngsten Bevölkerung tief im katholischen Cloppenburg. Wir haben im Gegensatz dazu aber auch den Landkreis mit den bundesweit höchsten Bevölkerungswundraten und den geringsten Anteilen an jungen Menschen im Harz. Hieran sieht man schon, dass man nicht einmal für ein Bundesland einheitliche Voraussagen machen kann. Man muss sehr, sehr kleinräumig vorgehen und eigentlich ist die kleinste Ebene tatsächlich die Gemeinde oder der Stadtteil und es macht eigentlich nur Sinn, auf dieser Ebene konkrete Maßnahmen zu diskutieren und zu überlegen, wie man die entsprechende Zielgruppe erreicht.

Die Frage, wer wie lebt, haben wir auch schon gehört. Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der Menschen, die in Singlehaushalten leben, zu. Bei den über 80-Jährigen sind es 57 Prozent, die alleine leben, 48 Prozent Frauen und 8 Prozent Männer. Das heißt, das sind natürlich im Zweifelsfall Menschen, die tatsächlich schwer zu erreichen sind, wenn man über andere Strukturen versucht, dort Angebote zu machen.

Walter und Flick haben untersucht, welche Altersbilder Professionelle im Gesundheitswesen haben. Ihre Umfragen haben sie bei Allgemeinmedizinern durchgeführt. Dabei haben sie festgestellt, dass die Ärzte, die sie befragt haben, in ihren Altersbildern schwanken zwischen »Gesundheit im Alter als erstrebenswertes Ziel« und »Gesundheit im Alter als Illusion«.

voll ist, zu prävenieren und zu machen. Und da gibt es auch eine Hitliste, ähnlich wie im Jugendbereich. Hier ist ein Hauptthema die Problematik Adipositas. Im Alter ist dies der Sturzbereich. Sturzprophylaxe ist das Lieblingspräventionsthema überhaupt. Es gab eine Ausschreibung zu Prävention im Alter vom Bundesministerium für Forschung. Es wurden



Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere

Zwischen diesen Polen tut sich natürlich ein ganz anderer Umgang mit Patientinnen und Patienten auf. Wenn ich davon ausgehe, dass Gesundheit im Alter sowieso eine Illusion ist, werde ich vielleicht andere Sachen mit meinen Patienten machen, als wenn ich denke, Gesundheit im Alter ist ein erstrebenswertes Ziel, und ich kann als Arzt in meiner Rolle dazu auch etwas beitragen, dass das möglichst lange erhalten bleibt.

Aus dem Pflegebereich gibt es schon ältere, vergleichbare Untersuchungen. Diese zeigen, dass das Altersbild am meisten mit dem Fortbildungs- und Ausbildungsgrad in der Pflege variiert. Je mehr eine Pflegekraft fortgebildet wurde, desto positiver ist auch ihr Altersbild. Und ich glaube, dass eine »Vermittlung von positiven Altersbildern« in der Medizin-, in Pflegeberufen, aber auch in anderen Sozialberufen wirklich eine wesentliche Akzentsetzung ist, die an den Rahmenbedingungen eine ganze Menge ändern kann und an der noch zu wenig gearbeitet wird.

Dann passiert im Handlungsfeld »Gesundheit im Alter« das gleiche, was wir im Bereich der Kinder und Jugendlichen erleben: Wir haben eine Flut von Präventionsthemen, was alles sinn-

um die 100 Projekte eingereicht. 40 Prozent von diesen wollten in irgendeiner Weise etwas zum Thema Sturzprophylaxe machen. Es gab die unterschiedlichsten Programmansätze, die unterschiedlich weit gingen. Die Frage ist aber, auch wenn ein Sturz natürlich ein zentrales Lebensereignis und auch gesundheitlich ein hoher Kostenfaktor sein kann, ob das wirklich das zentrale Präventionsthema im Alter ist und ob diese ganze Liste möglicher Präventionsmaßnahmen, von Zahngesundheit bis Ernährung im Alter, wirklich so additiv wirkt oder ob man nicht andere Konzepte machen muss, in denen es eher um Selbstbestimmung und eher um Mitwirkung und Teilhabe gehen kann. Diese Konzepte können dann alles andere vielleicht auch mit einschließen. Im Kindesalter funktioniert das ähnlich: Wenn man Lebenskompetenz fördert, ist man generalpräventiv gegen Suchtverführung oder auch andere riskante Verhaltensweisen. Ein vergleichbares Modell müsste man für das Alter erst noch entwickeln. Die Präventionsbereiche sind so organisiert, dass sie meistens nicht zusammen arbeiten, sondern in sehr unterschiedliche Richtungen ziehen. Die Frage ist, ob man nicht wirklich zu integrierten Konzepten in der Prävention kommen sollte. Letztendlich profitiert keiner, wenn jeder nur sein Spezialthema vorantreiben will.

Eine Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigt die kommunalen Aktivitäten im Präventionsbereich (siehe Abbildung). Ich glaube, dass die Kommunen nach wie vor der größte Träger in diesem Bereich sind und natürlich auch in der Förderung von Sportvereinen und anderen Maßnahmen. Die Kommunen sind gerade im Sportbereich und im Bereich Ernährung zu mehr als 90 Prozent aktiv, sofern sie im Gesunde Städte-Netzwerk sind. Aber auch die Kommunen, die nicht in einem solchen Netzwerk mitwirken, sind immer noch um die 80 Prozent in diesem Bereich tätig. Es werden sehr viele Angebote durch die Kommunen gemacht. Die Frage ist nur: Passt das alles zusammen und trifft es auf die richtigen Bedarfe? Das wäre eine Frage, die mit dieser Befragung noch nicht abschließend geklärt werden konnte. Wir haben aber die Zielgruppen, die nicht erreicht wurden, deutlich benannt. Hierbei handelt es sich insbesondere um ältere Männer mit einem niedrigen Einkommen und niedrigem Bildungsniveau. Die Prävention, die wir erleben, ist in den meisten Fällen für den Kinderbereich gestrickt und nur 3 Prozent der Angebote richten sich überhaupt an Menschen mit Migrationshintergrund. Die Mehrzahl der Angebote tut so, als könnte jeder seines Glückes Schmied sein und auch jeder gleichermaßen etwas für seine Gesundheit tun. Das ist eben, leider Gottes, nicht der Fall und die Frage ist, wie man mehr Schmiede produzieren kann, die tatsächlich ihr Schicksal formen können, statt so zu tun, als wäre mit der vorhandenen Angebotsstruktur jeder erreichbar.

Um den Beitrag der Kassen zu verdeutlichen dient eine Schlagzeile der Bildzeitung: »Immer mehr Kassen zahlen für Sport«. Das ist natürlich, insbesondere für ältere Menschen, nicht das adäquate Angebot. Man müsste daher überlegen, wie die vorhandenen Angebotsstrukturen von den hauptsächlichen Trägern in diesem Bereich tatsächlich altersgerechter gestaltet werden können. Wir wissen wenig über die Aktivitäten der Kassen in diesem Bereich. Wenn Sie sich die Dokumentation der GKV-Aktivitäten genauer ansehen, dann finden Sie dort noch eine relativ altmodische Klassifizierung. Die Einteilung der Lebensalter erfolgt durch die Kassen in Personen unter 15 Jahren, Personen von 15-19 Jahren und dann in 10er-Schritten bis hin zu der letzten großen Kategorie, den Personen über 60. Wenn wir uns überlegen, wie viele verschiedene Personen in diese Kategorie fallen, dann werden dort Menschen, die noch berufstätig sind, zwischen 60 und 70 ebenso erfasst, wie Menschen zwischen 90 und 100 und Menschen über 100. Die Frage ist, ob man auch in der Kategorisierung der

Aktivitäten der Kassen nicht durch eine differenziertere Betrachtung der Lebenslagen im Alter zu einer genaueren Charakterisierung der Präventionsaktivitäten in diesem Bereich kommen kann und genauer betrachtet, welche Zielgruppen erreicht werden und welche nicht. Im Zweifelsfall werden nämlich über die Kassenaktivitäten die jüngeren fitten Alten erreicht, die auch im Rhein-Sieg-Kreis ohnehin über die vorhandene Angebotsstruktur erreicht werden. Dafür werden aber andere Zielgruppen, die schwer zu erreichen sind, nicht einbezogen.

Auch haben wir über Stigmatisierungen gesprochen. Diese Form von gut gemeinter und schlecht organisierter Prävention arbeitet mittlerweile auch mit Stigmatisierungen. Die Frage ist, ob die gesundheitlichen Problematiken, die den Zielgruppen zugeschrieben werden, tatsächlich eine wirkliche Problematik für diese Zielgruppe darstellen – oder ob nicht ganz andere Lebensproblematiken ausschlaggebend sind, die nicht einfach gelöst werden können, indem man eine Ernährungsumstellung macht oder in den Sportverein geht. Für manche Zielgruppen wirken diese einfachen besserweisenden Gesundheitstipps wie der blanke Hohn angesichts der wirklichen Problemlagen, die sie drücken.

In Niedersachsen haben wir es mit neuen Partnern zu tun. Die Bundesregierung fördert im Rahmen des nationalen Aktionsplans »INFORM« nicht nur diese Studie der BZgA, sondern auch Bewegungszentren zur Bewegungsförderung in den Ländern. In Niedersachsen wurde jetzt ein Schwerpunkt gewählt, um zu überprüfen, ob wir mit der Wohnungswirtschaft enger zusammenarbeiten sollten. Diese war bislang kein Partner. Aber auch die Wohnungswirtschaft entdeckt das Alter als Zielgruppe, da es für sie natürlich auch nicht von Vorteil ist, wenn ältere Menschen in ihrer Wohnung nicht mehr zurechtkommen und in altengerechte Wohnungen ziehen, die einer anderen Wohnungsbaugesellschaft gehören. Der Vorsitzende des Verbandes der Wohnungswirtschaft hat uns mitgeteilt, welche Herausforderungen die Wohnungswirtschaft hat, Angebote für normale Wohnungen zu entwickeln, Pflege im vertrauten Wohnquartier anzubieten, ehrenamtliche und nachbarschaftliche Hilfe zu mobilisieren, Modelle gemeinschaftlichen Wohnens zu fördern und bezahlbare Wohnungen zu bieten. Gesundheitlichen Fragestellungen gegenüber sind sie relativ aufgeschlossen. Wir haben jetzt verschiedene Gespräche mit verschiedenen Wohnungsbaugesellschaften geführt. Man kann in diese ohnehin vorhandenen wirtschaftlichen Aktivitäten Akzente einbringen und er-

reicht damit eine andere Breitenwirkung, als wenn man immer nur in Programmebenen denkt. Wenn man wieder mehr Leben und mehr gemeinschaftliches Leben in die Quartiere bringt, entstehen tatsächlich auch neue Formen von sozialem Zusammenhalt und vielleicht auch neue Formen von Gesundheit.

Wir haben in Bruchsal im Rahmen des Projektes »Neues Altern in der Stadt« (NAIS) mit der Bertelsmann-Stiftung einen Schwerpunkt bearbeitet, der sich genau um Gesundheitsförderung und Prävention im engeren Sinne drehte. Wir haben dort weitergehende Erfahrungen gemacht. »Neues Altern in der Stadt« hat in sechs Modellkommunen stattgefunden, die nicht repräsentativ verteilt waren. Bertelsmann erstellte einen Demographie-Wegweiser, in dem jede Kommune über 5.000 Einwohner verzeichnet ist und aus dem hervorgeht, wo diese Kommune in 2025 steht und wie sich die Bevölkerung entwickelt. Auf Basis dieses Wegweisers, der im Netz unter

<http://www.wegweiser-kommune.de> verfügbar ist, wurden alle Bürgermeister angeschrieben. Diese haben daraufhin Modellkommunen gesucht. Die Kommunen, die ausgewählt wurden, haben im ersten Jahr ihr Thema und die Ziele für ihre Arbeit im Rahmen von NAIS festgelegt. Die Themenauswahl erstreckte sich von Engagementförderung über intergenerative Angebote, komplementäre Dienste und die Wohnsituation bis hin zu Gesundheitsförderung.

Die Herausforderungen für diese Modellkommunen waren relativ unterschiedlich. Es gab Städte, die tatsächlich mit hohen prognostizierten Bevölkerungsverlusten rechnen müssen. Es gab aber auch Städte, die mit Zuwachs rechnen können. Bruchsal ist eine der Städte, neben Hamm und Stuhr, die mit Zuwachs prognostiziert worden ist. Wir gehen dort vor, wie wir es aus der Settingarbeit bereits kennen. Wir haben kein vorgefertigtes Programm oder eine vorgefertigte Idee zu Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, sondern überprüfen den Bedarf vor Ort und überlegen, wie man die entscheidenden Zielgruppen und Akteure vor Ort mit einbeziehen kann. Zunächst haben wir mit der ganz wichtigen Phase der Sensibilisierung begonnen, in der man Akteure vor Ort gewinnt, an diesem Prozess mitzuarbeiten. Sehr schwierig war es, tatsächlich Vertreter von sozial benachteiligten Gruppen zu finden. Es stellten sich schon zu Beginn die Fragen: Wie spricht man diese Zielgruppe an? In welcher Form von türkischer Gemeinde kommt man wie rein?

Wir haben zum Teil versucht, über bereits bestehende Versorgungsstrukturen wie zum Beispiel Gesundheitsanbietern mit nicht deutschsprachigem Hintergrund oder auch Moscheen die Zielgruppe anzusprechen. Dies war nicht einfach, da es den Akteuren vor Ort leichter fiel, gängige Strukturen aus der Altenhilfe oder aus dem Gesundheitsbereich anzusprechen. Wir haben versucht, die anvisierten Zielgruppen selbst zu sensibilisieren, in diesen Prozess einzubeziehen und dann eine Bestandsaufnahme zu machen. Hierdurch konnten wir feststellen, wo die Bedarfe sind, wo die Ursachen für bestimmte Defizite liegen und wie man vor Ort Lösungen für die erkannten Ursachen und Defizite finden kann.

Die Leitfragen dieser Bestandsaufnahme waren: Was gibt es schon? Wer wird darüber erreicht? Und in erster Linie: Werden über die vorhandenen Angebote Menschen mit einem hohen Sozialniveau besser erreicht als andere Menschen? Welche Präventionsbedarfe und Potentiale bestehen? Wer muss einbezogen werden, innerhalb und außerhalb der Kommunalverwaltung? Wie kann man die Zielgruppen besser mit einbeziehen? Was sind geeignete Startermaßnahmen? Wie kann man Erfolge messen und feststellen?

Daraufhin haben wir zu einer Gesundheitskonferenz eingeladen, in deren Rahmen fünf konkrete Themen ausgewählt wurden. Auf der einen Seite klassische Themen wie Bewegung und Ernährung, aber auch Themen wie »Pflege ist mehr« wurden aufgegriffen. Die größte Arbeitsgruppe entstand zu dem Thema »Geistig fit und aktiv«, die wir aus Sicht der Prozessbegleitung erst einmal als ganz schwierig eingeschätzt haben. Darüber hinaus gab es eine Arbeitsgruppe zu »präventiven Hausbesuchen« und eine übergreifende Aktivität mit dem Ziel, einen Wegweiser über alle vorhandenen Aktivitäten zu erstellen.

Es ist uns gelungen, in diese verschiedenen Arbeitsebenen tatsächlich Bürger und Anbieter vor Ort mit einzubeziehen. Ebenso ist es uns gelungen, diese Problematik zu einem Thema in der Kommunalpolitik und bei den Unternehmen vor Ort zu machen. Wir haben über diesen Prozess eine verbesserte Vernetzung der Akteure und eine Verknüpfung von unterschiedlichen Handlungssträngen erreicht.

Die AG »Präventiver Hausbesuch« hat kein Konzept für ganz Bruchsal erarbeitet, sondern hat nur für das »Soziale Stadt«-Quartier in Bruchsal ein Konzept zu präventiven Hausbesuchen ausgearbeitet. Dieses basiert nicht auf der Idee »wir schicken Ärzte oder Schwestern in die Wohnungen«, sondern auf der Aktivierung

von Nachbarschaftshilfen und ehrenamtlichem Engagement in Zusammenarbeit mit dem Quartiersmanagement, welches insbesondere für die Menschen mit Migrationshintergrund in diesem Stadtteil aufgebaut wurde.

Wenn Sie mehr über die Arbeit in Bruchsal erfahren möchten, finden Sie im Internet eine ehrenamtlich betriebene Homepage von einem der mitwirkenden Akteure unter www.neues-altern.de. Dort können Sie viele Einzelheiten über diesen Prozess nachlesen.

Schon allein die Aktivität des Arbeitskreises »Geistig fit und aktiv im Alter« zeigt, dass die Lösungen eigentlich nie von außen kommen können. Das erarbeitete Projekt, was jetzt mit dem größten Erfolg läuft, ist eine Art Seniorenkino namens »CappuKino«. Es unterscheidet sich von anderen Kinos und Aktivitäten vor allem durch die Spielzeit, da es bereits um 16.00 Uhr stattfindet. Der Filmbeginn ist um 16.30 Uhr ohne Vorwerbung. Außerdem kann man zur Filmvorführung Kaffee und Kuchen buchen. Die Zeit zwischen 16.00 Uhr und 16.30 Uhr und die Zeit nach dem Kino ist eine sehr belebte Zeit. Das Kino ist wirklich zu einem Treffpunkt geworden. Diese Idee wurde erst durch nur einen Kinoanbieter vor Ort umgesetzt. Mittlerweile gibt es sogar schon Konkurrenz in diesem Bereich, weil es tatsächlich auch ein lukrativer Markt ist.

Ein weiteres Projekt von »Geistig fit und aktiv im Alter« war, die Angebote der Volkshochschule vor Ort zu bündeln. Die Teilnehmer des Arbeitskreises sind diese durchgegangen und haben sie nach speziellen Bedarfen der Älteren durchsucht. Des Weiteren haben sie die Öffnungszeiten und die Bestückung der Bibliothek überprüft und sie den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechend verändert. Wenn so etwas vor Ort als Bedarf gesehen wird und Akteure gewonnen werden, die in diesem Bereich etwas anders machen wollen, dann kann man hier tatsächlich neue Akzente setzen und auch neue Zielgruppen erreichen. Und ich glaube, Gesundheitsförderung hat die Aufgabe, genau diese Rahmenbedingungen zu schaffen und diese Prozesse zu begleiten.

Wir haben mit einigen Unternehmen ein Aktionsbündnis »Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmer« gemacht. In diesem Rahmen haben sich die Bruchsaler Unternehmen zunächst über ihre eigenen Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung für Arbeitnehmer ausgetauscht. Anschließend wurde darüber nachgedacht, wie man Angebote aus der Stadt in die Unternehmen bringen kann. Dies ist der zweite Schwerpunkt, den wir jetzt gerade mit den Unternehmen angehen. Diese

Zusammenarbeit läuft relativ gut, besonders in Bereichen der Bewegungs- und Ernährungsangebote in Betrieben, in denen insbesondere für ältere Arbeitnehmer ein guter Übergang geschaffen werden soll.

Insgesamt waren die Bruchsaler, die sich im NAIS-Projekt engagieren, sehr zufrieden mit ihrer Arbeit, wie eine Befragung der Steuerungsgruppenmitglieder im Vergleich mit anderen NAIS-Kommunen ergeben hat. Die Bruchsaler waren deutlich zufriedener mit ihrer Arbeit, da sie relativ schnell tatsächlich umsetzbare Projekte entwickelt haben und in diesem Bereich auch zu konkreten Lösungen gekommen sind.

Als Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. sind wir noch in einigen weiteren Bereichen aktiv. In der Settingarbeit entwickeln wir gemeinsam mit den Akteuren vor Ort Programme. Wir haben auch anhand von aktivierenden Befragungen zusammen mit den kommunalen Altenhilfen ein Set entwickelt, durch das man die Bedürfnislage der älteren Menschen vor Ort ermitteln kann, um daraus in Stadtteilkonferenzen gemeinsam mit den Akteuren vor Ort und den Bürgerinnen und Bürgern zu erarbeiten, was man aus diesen Befragungen lernen kann. Bei diesem Befragungsinstrument ist es wichtig, dass man neben einem standardisierten Set von Fragen auch Spielräume hat, die kommunalen Bedürfnisse auch schon in der Fragestellung zu berücksichtigen, da in jeder Kommune und jedem Stadtteil andere Fragen im Vordergrund stehen. Schließlich engagieren wir uns noch im Bereich der professionellen Vernetzung.

Wir haben in Niedersachsen als Infrastruktur eine Förderung durch das Land für kommunale Seniorenservicebüros. Dies wird ein flächendeckendes Angebot in jeder Kommune, durch das unterschiedliche Hilfen, die im Alter vorhanden sind, informativ abrufbar werden. Meist herrscht in diesem Bereich eine große Intransparenz über die vorhandenen Angebote. Daher ist es eine wichtige Aufgabe, diese Informationen an einer Stelle zentral zu sammeln. Genau dies leisten Seniorenservicebüros. Sie sind ein Kristallisationspunkt, um mehr Transparenz in diesem Feld herzustellen.

Beteiligung, Transparenz und Vernetzung sehe ich als die drei Schlüsselstrategien in diesem Bereich an, die tatsächlich zu mehr Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene und zu mehr Gesundheit in diesen Bereichen führen können.

Vermitteln und vernetzen – Kommunale Netzwerke für ein gesundes Altern

Carsten Rumpeltin, Gesunde Städte-Netzwerk / Rhein-Kreis Neuss

Das Thema Vernetzung wird in dem Beitrag zum einen aus Perspektive des Gesunde Städte-Netzwerks beleuchtet, zum anderen aus der Sicht des Rhein-Kreises Neuss, eines Landkreises in NRW.

Gesunde Städte-Netzwerk

Das Gesunde Städte-Netzwerk ist ein Zusammenschluss von derzeit 70 Mitgliedsstädten, -kreisen und -bezirken. Es wurde 1989 auf der Grundlage der Ottawa-Charta von seinerzeit zehn Mitgliedern in Frankfurt am Main gegründet. Das Netzwerk ist bestrebt, gegenseitige Lernprozesse zu befördern und Lobbyarbeit für den Themenkomplex Gesundheitsförderung zu leisten. Programmatische Grundlage ist das 9-Punkte-Programm des Netzwerkes und ein besonderes Charakteristikum ist die paritätische Teilnahme von Kommunal- und Initiativenvertretern bei allen Netzwerkveranstaltungen sowie bei der Besetzung von Positionen.

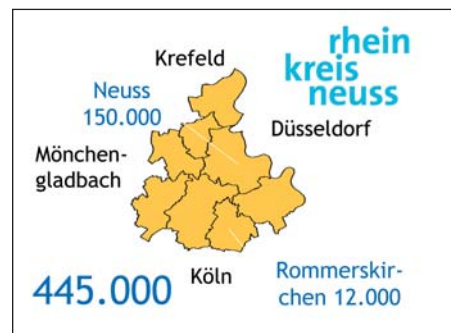
Das Thema Gesundheitsförderung im Alter stellt für alle Kommunen in Deutschland eine große Herausforderung dar, insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung. Um diese bewältigen zu können, bedarf es zwingend der Erschließung präventiver Potenziale im Sinne der so genannten »Compression of Morbidity« – also der Verkürzung des Anteils »kranker Jahre« gemessen an der Lebenszeit.

Das Gesunde Städte-Netzwerk hat dies erkannt und im Jahr 2007 gemeinsam mit dem Deutschen Städtetag den »Berliner Appell« verabschiedet, in dem sehr differenzierte Vorgehensweisen beschrieben und von den Akteuren auf allen Handlungsebenen eingefordert werden. Es existiert ferner eine enge Zusammenarbeit mit der BZgA, innerhalb derer eine Arbeitshilfe zur kommunalen Gesundheitsförderung am Beispiel von Bewegungsförderung und Sturzprävention entstehen wird. Auf Seiten der Mitglieder wird die Thematik mit unterschiedlicher Intensität – abhängig von der regionalen Prioritätensetzung – bearbeitet. Eine 2006 vom Deutschen Institut für Urbanistik im Auftrag der BZgA durchgeführte Befragung konnte jedoch aufzeigen, dass die Mitglieds-

kommunen des Gesunde Städte-Netzwerks zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Alter bzw. beim Aufbau dafür erforderlicher Strukturen bereits deutlich weiter sind als andere Kommunen.

Rhein-Kreis Neuss

Der Rhein-Kreis Neuss ist 1990 dem Gesunde Städte-Netzwerk beigetreten.



Rhein-Kreis Neuss (Quelle: Präsentation Carsten Rumpeltin)

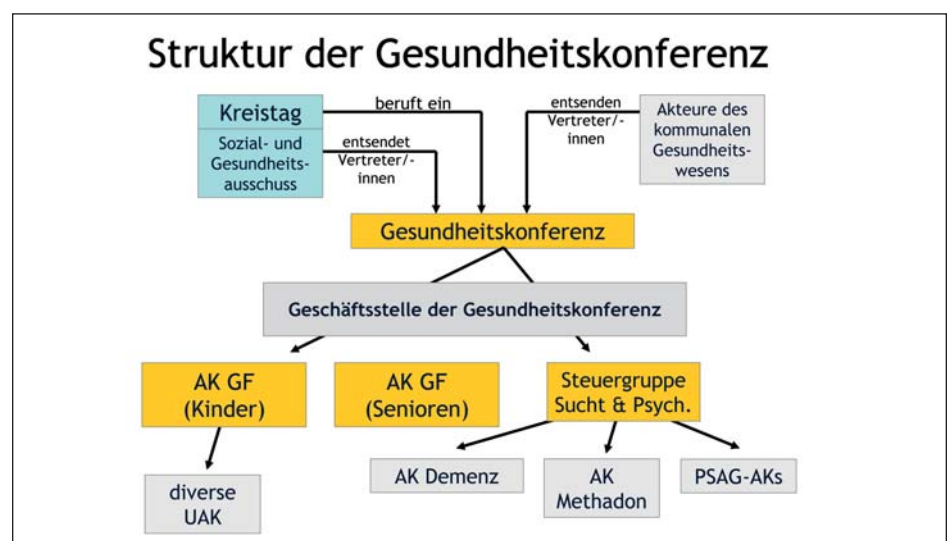
Er hat seitdem kontinuierlich seine Koordinierungsstrukturen für kommunale Gesundheitsförderung weiterentwickelt. Kernelement ist die kommunale Gesundheitskonferenz, die zweimal jährlich zusammentritt und auf der die zentralen Weichenstellungen – gemeinsam mit den örtlichen Partnern im Gesundheitswesen – vorgenommen werden. In Arbeitsgruppen der Ge-

sundheitskonferenz werden diese vertieft bearbeitet. In ihnen sitzen vorwiegend Experten, in der Konferenz ist die Entscheidungsebene stärker vertreten (wobei sich dies gegenseitig nicht ausschließen muss). Auch die Politik ist mit sämtlichen Kreistagsfraktionen vertreten. Aktuell hat die Gesundheitskonferenz drei Schwerpunktarbeitsgruppen:

- Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter
- Gesundheitsförderung im Alter
- und Steuergruppe Sucht, Psychiatrie und Behinderung.

Die Konferenz und ihre Arbeitsgruppen werden von der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz gemanagt, die wiederum in der Abteilung für Gesundheitsplanung und -förderung des Gesundheitsamtes angesiedelt ist. In mittlerweile 19 Jahren haben sich zahlreiche Erkenntnisse über Erfolg und Misserfolg im Umgang mit kommunaler Koordinierung durch Gesundheitskonferenzen sammeln lassen:

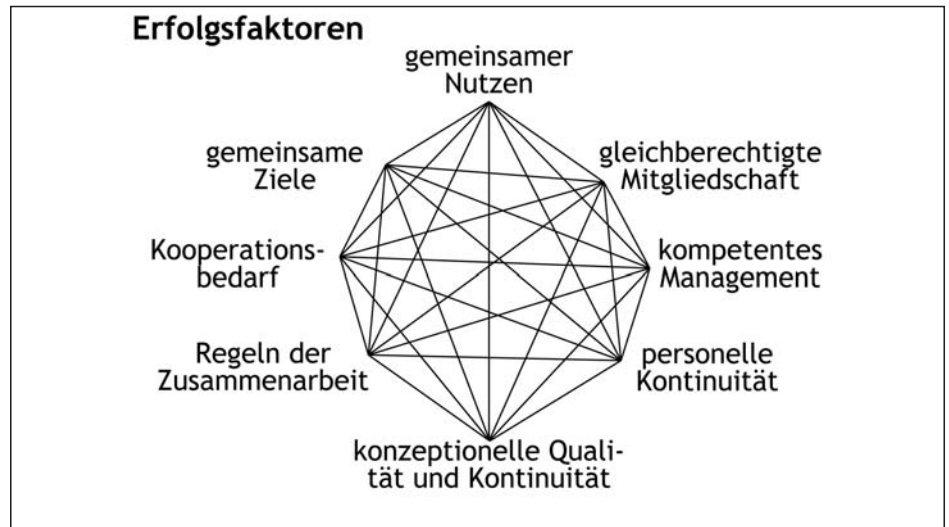
- Geeignetes Thema: Nur solche Themen sind für eine kommunale Gesundheitskonferenz geeignet, bei denen ein hoher Komplexitätsgrad besteht, der wiederum Kooperationsbedarf erkennen lässt. Außerdem muss das Thema auf der kommunalen Handlungsebene beeinflussbar sein.
- Regeln der Zusammenarbeit: Für die Gesundheitskonferenz und ihre Arbeitsgruppen bestehen klare Spielregeln, die zudem für alle Teilnehmer/innen verbindlich und transparent sein sollten. Grundlegende Entscheidungen sollten im Konsens getroffen werden.
- Verständigung auf gemeinsame Ziele: Nur wenn es gelingt, sich auf gemeinsame Ziele im Kontext von Themen der Gesundheitskonferenz zu verständigen, wird die weitere Themenbearbeitung inkl. Umsetzung von



Die Struktur der Gesundheitskonferenz (Quelle: Präsentation Carsten Rumpeltin)

Maßnahmen voraussichtlich weitgehend reibungslos verlaufen.

- **Gemeinsamer Nutzen:** Wenn es nicht gelingt, Win-Win-Situationen herzustellen, werden einzelne Mitglieder über kurz oder lang das Interesse an der Konferenz verlieren. Gerade bei »Neugründungen« ist es wichtig, zunächst einmal kleine Schritte zu gehen, mit denen Erfolge dafür aber schnell sichtbar werden.
- **Evidenzbasierung:** Nur solche Maßnahmen sollten umgesetzt werden, bei denen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt oder deren Wirksamkeit zumindest plausibel angenommen werden kann. Es ist systematisch zu dokumentieren und zu evaluieren, immer im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten.
- **Personelle Kontinuität** ist ein wichtiges Erfolgskriterium. Schicken Institutionen ständig neue Mitarbeiter/innen, ist es extrem schwierig, eine Arbeitskultur zu entwickeln, die neuen Mitgliedern nicht ständig grundlegend neu erklärt werden muss. In die Gesundheitskonferenz sollten zudem Personen mit Entscheidungskompetenz entsandt werden, dies gilt jedoch nicht für die Arbeitsebene (Arbeitskreise/Workshops/...).
- **Noch wichtiger** ist die personelle Kontinuität auf Seite der Träger. Die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz sollte möglichst langfristig arbeiten, denn die Erschließung der kommunalen Strukturen stellt einen lange dauernden Prozess dar.
- **Kompetentes Management:** Die für die Gesundheitskonferenz verantwortlichen Akteure müssen unbedingt geeignete Kompetenzen mitbringen, dazu gehört gesundheitswissenschaftliches Know-how, inkl. der Bereiche Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie usw., ferner umfassende Managementkompetenzen (Projektmanagement, Konfliktmanagement, Personalmanagement u.v.m.).
- **Politischer Rückhalt:** Sollten die politischen Verantwortlichen nicht hinter der Gesundheitskonferenz stehen, wird sie einen sehr schweren Stand haben. Diesen Rückhalt muss man sich durch eine gute Kommunikation mit den politischen Akteuren aber auch erarbeiten. Insbesondere ist eine gute Verzahnung mit dem für Gesundheit zuständigen Ausschuss des Kreistags bzw. des Stadtrates anzustreben. Wichtig ist zudem der Rückhalt innerhalb der Verwaltung. Misst man der Gesundheitskonferenz keinen größeren Stellenwert bei – auch im Organigramm – ist erfolgreiches Arbeiten von vorne herein sehr erschwert.
- **Ausreichende Koordinierungsressourcen:** eine Gesundheitskonferenz mit Arbeitsgruppen managt man nicht mal eben nebenbei, es



Erfolgsfaktoren der Gesundheitskonferenzen (Quelle: Präsentation Carsten Rumpeltin)

sind daher ausreichende Koordinierungsressourcen bereit zu stellen. Dazu gehört mindestens eine halbe (besser eine ganze) Stelle für eine mit umfassenden Kompetenzen ausgestattete Fachkraft sowie eine halbe Stelle. Dafür müssen nicht immer neue Stellen geschaffen werden – oftmals bedarf es aber der Bereitschaft, alte Zöpfe abzuschneiden und dadurch Ressourcen anders einsetzen zu können. Die technische Ausstattung sollte umfassend sein.

Erschließung des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung im Alter

Mit dem beschriebenen Konzept hat der Rhein-Kreis Neuss im Jahr 2006 das Handlungsfeld »Gesundheitsförderung im Alter« in Angriff genommen. Damals motivierte die ehemalige Bundesfamilienministerin und Gerontologin Ursula Lehr die Mitglieder der Gesundheitskonferenz zur Gründung eines Arbeitskreises Gesundheitsförderung im Alter. Dieser lud anschließend die Preisträger des Deutschen Präventionspreises des Jahres 2005 ein. Aus den vorgestellten Konzepten einigten sich die Fachleute auf die Handlungsfelder Zahngesundheit/Mundhygiene und Sturzprävention. Bewährte Konzepte konnten nach Modifikation auf den Rhein-Kreis Neuss übertragen werden. Beim Thema Zahngesundheit in Altenheimen stand das Konzept der Münchener Teamwerk GbR Pate, bei der Sturzprävention wurden die von der Ärztekammer Nordrhein entwickelten Projekte »Sicher und Mobil im Alter« für das Setting Seniorenbegegnungsstätte sowie »Aktiv und Mobil im Alter« für das Setting Altenheim übernommen. In der Vorbereitung waren die meisten relevanten Akteure auf dem Gebiet der Altersplanung und -betreuung beteiligt (Seniorenbeauftragte der Städte und Gemeinden,

Beratungsstellen »Rat und Hilfe im Alter«, Pflegedienste, Sozialverwaltungen, AG der Heimleitungen, Geriater, Allgemeinmediziner u.v.m.).

Aktionsplan Gesundheitsförderung im Alter mit Gesundheitszielen in Vorbereitung

Die kommende Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss wird sich erneut mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung im Alter auseinandersetzen. Es gilt, zunächst Bilanz zu ziehen und die künftigen Herausforderungen zu beleuchten. Im Anschluss daran könnte gemeinsam mit den örtlichen Kooperationspartnern im AK Gesundheitsförderung im Alter bis zur übernächsten Konferenz ein kommunaler Aktionsplan erarbeitet werden, in dem die zentralen Herausforderungen formuliert und Wege zu ihrer Begegnung vorgezeichnet sind. Darin sollten kommunale Gesundheitsziele zu finden sein.

Die sektorübergreifende Umsetzung dieses Aktionsplanes könnte sich zur größten Herausforderung des Rhein-Kreises Neuss seit ihrer Gründung entwickeln. In keinem anderen Handlungsfeld ist solch ein rapide steigender Handlungsdruck erkennbar wie in diesem. Es gilt, in Zeiten immer stärkerer Überschuldung der öffentlichen Haushalte, die richtigen Signale zu setzen und geeignete Maßnahmen umzusetzen. Ziel muss es sein, ältere Menschen so zu fördern, dass sie möglichst lange selbstbestimmt leben können und sich ein hohes Maß an Autonomie bewahren. Wenn dies gelingt, entstehen Synergien: Hohe Lebensqualität im Alter und Entlastung der sozialen Sicherungssysteme. Kommunale Gesundheitskonferenzen sind bei kompetenter Umsetzung die dafür geeigneten Koordinierungsinstanzen.

Fachforum 2: Erfolgreiche Praxis – Gesundheitsförderung in den Kommunen

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

Susanne Koch, AWO-Zentrum Berlin-Kreuzberg

Dr. Ingrid Witzsche, Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V., Teltow

Moderation:

Martin Matz, Gesundheitsstadtrat Bezirksamt Spandau, Berlin

Gesundheitsförderung für alte Menschen im Stadtteil durch Kooperation und Ressourcenstärkung

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

Ausgangslage oder: Warum dieser Titel?

Mit der Gesundheit ist es wie mit der Bildung: Der gute Wille und die guten Vorsätze allein reichen nicht. Vielmehr wissen wir aus zahlreichen Untersuchungen, dass Bildungs- und Gesundheitschancen sehr stark mit den Rahmenbedingungen und Voraussetzungen zusammenhängen, unter denen ein Mensch geboren wird und bis ins Alter lebt. Kinder von Eltern mit geringem Einkommen, einfachen Bildungsabschlüssen, die – wie heutzutage verbreitet – unsichere, schlecht bezahlte Jobs haben, haben sehr viel schlechtere Chancen Abitur zu machen, zu studieren und bis ins Alter gesund zu sein. Das gleiche gilt für Menschen, die in Stadtteilen oder Regionen wohnen, in denen sich soziale Benachteiligung ballt, wie in einigen Stadtteilen Berlins, in denen Armut und mangelnde Kaufkraft sich mit schlechten Wohn- und Umweltbedingungen gegenseitig verstärken. Wenn wir die Gesundheit stärken wollen, reicht es deshalb nicht, den Menschen zu sagen, dass sie Vitamine essen und Sport treiben sollen.

Vielmehr sind vielfältige Fragen zu stellen und viele Menschen, Verwaltungen, Bereiche einzubeziehen. Deshalb Gesundheitsförderung durch Kooperation.

Gesundheit heißt nicht nur Abwesenheit von Krankheit, sondern basiert auf körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden. Warum ich das wiederhole?

Weil es banal klingt, aber weitreichende Implikationen für die Gesundheitsförderung hat! Einsamkeit und mangelnde soziale Teilhabe sind Gesundheitsrisiken. Zu wenige Gelegen-



heiten, sich als erwünschtes Mitglied der Gesellschaft zu fühlen. Zu wenig Gelegenheit zum Austausch mit anderen. Zu wenig Gelegenheit, sich als wirksam zu erleben. Aktuelle Untersuchungen belegen, dass Selbstwirksamkeit und soziale Beziehungen besonders wichtige Schlüssel für Gesundheit sind.¹ Es geht also nicht nur um finanzielle Ressourcen, also Geld, sondern genauso um hilfreiche soziale Beziehungen und Wissen. Deshalb Gesundheitsförderung durch Ressourcenstärkung.

Wie kann eine solche Art von Gesundheitsförderung aussehen?

Alte Menschen gehen nicht mehr zur Schule oder zur Arbeit, ihr Aktionsradius – besonders, wenn sie nicht viel Geld haben oder sich erste Mobilitätseinschränkungen bemerkbar machen – konzentriert sich auf die Wohnumgebung. Deshalb sind der Stadtteil oder das Wohnquartier sinnvolle Settings für Gesundheitsförderung im Alter.²

Wie sieht ein gesundheitsförderlicher Stadtteil aus? Was kann dafür getan werden?

Dazu einige Eckpunkte:

- Es braucht Anreize, das Haus zu verlassen, sich mit anderen zu treffen und etwas zu tun.
- Dafür muss die Mobilität unterstützt werden, d.h. Barrieren müssen beseitigt, Hilfen bekannt und bezahlbar sein.
- Dafür braucht es Orte, an denen sich die – ja auch sehr verschiedenen – alten Menschen treffen können. Dann können sie auch für sich selbst sprechen, ihre Interessen artikulieren und für die Umsetzung sorgen.

Um im Stadtteil sinnvolle Aktivitäten anzustoßen, müssen einerseits die Alten selbst ermuntert werden, in Bewegung zu kommen und sich zu organisieren. Andererseits gilt es, die vielen verschiedenen Akteure zusammen zu bringen, gemeinsam um und für Ressourcen zu streiten und Lösungen zu finden.

Wie Barack Obama in einem Aufsatz aus seiner Zeit als Community Organizer – ins Deutsche annähernd übersetzt mit Gemeinwesenarbeitern oder auch Sozialarbeitern im Stadtteil – in den 80er Jahren schreibt, gilt es die Arbeit auf Basis der Annahmen zu organisieren,

- »(1) dass die Probleme, mit denen die innerstädtischen Gemeinden konfrontiert sind, nicht von einem Mangel an wirksamen Lösungen herühren, sondern von einem Mangel an Macht, diese Lösungen umzusetzen,
(2) dass der einzige Weg für Nachbarschaften,



längerfristig stark zu werden, ist, Menschen und Geldmittel um eine gemeinsame Vision herum zu organisieren; und

(3) dass brauchbares Organizing nur erreicht werden kann, wenn sich eine breit verankerte Führungsgruppe aus Stadtteilbewohnern bildet – und nicht nur ein oder zwei charismatische Führungspersonlichkeiten –, die die unterschiedlichen Interessenlagen ihrer örtlichen Institutionen verknüpfen kann.«³

Mit umfassender Gesundheitsförderung gehen also Fragen nach Gerechtigkeit und Empowerment einher, und zwar nicht nur, weil sich die Menschen für eine gesündere Lebenswelt einsetzen müssen, damit sie gesünder wird, sondern auch, weil sie gesünder sind, wenn sie sich engagieren. Was können nun Selbsthilfvertreter/innen und professionelle Akteur/innen, zu denen sicher viele hier auf der Veranstaltung zählen, konkret tun?

Beispielhafte Aktionen und Maßnahmen aus der Stadt Manchester in England

Manchester ist eine ehemalige Industriemetropole mit rund 500.000 Einwohner/innen, von denen viele nicht nur alt sind, sondern durch den Niedergang der industriellen Arbeitsplätze Ende des 20. Jahrhunderts auch viele von Armut betroffen sind. Die Lebenserwartung ist deutlich niedriger als im übrigen Großbritannien. Die Altenplanung in Manchester sieht sich daher genau mit den genannten Herausforderungen der Gesundheitsförderung im Alter konfrontiert. Da dort seit einigen

Jahren ein umfassendes Programm läuft, möchte ich Ihnen nun Beispiele vorstellen.

Valuing older people/VOP – Wertschätzung älterer Menschen⁴

Die Zuständigkeit für das Programm »Valuing older people«, auf deutsch »Wertschätzung älterer Menschen«, liegt bei den Gesundheitsbehörden. Es wurde 2003 gestartet, um die Gesundheit und Lebensqualität der älteren Bürger/innen Manchesters zu verbessern. Dieses Ziel soll erreicht werden, indem Kooperation und Zusammenarbeit verbessert werden, aber vor allem dadurch, dass die Arbeit durch die alten Menschen selbst gelenkt wird. Sie entscheiden, was für sie wichtig ist und getan werden soll. Deshalb wurden mehrere Wege beschritten, die Alten selbst einzubeziehen.

Ein Schwerpunkt liegt auf Informationen für Ältere zu allen möglichen Themen wie Sturzprophylaxe, Wohnungsanpassung, pflegende Angehörige, Selbsthilfegruppen aller Art usw. Außerdem gibt es verschiedene Arbeitsgruppen, die allen Interessierten offen stehen. Vor allem die AG »Positives Image für das Älterwerden« und die AG »Kleinfinanzierungen« werden von Alten selbst gemacht. Andere AGs werden zeitlich befristet für einzelne Projekte eingesetzt und beziehen ältere Menschen zur Information oder bei Forschungsprojekten ein. Dabei geht es um Bereiche wie ältere Migrant/innen, Transport, Homosexualität im Alter, Intergenerationelle Beziehungen usw.



Hier einige aktuelle Themen und Projekte, an denen gearbeitet wird:

■ Full of Life Festival 2009

Dieses Fest wird 2009 zum dritten Mal veranstaltet. Es dient dazu, die alten Einwohner/innen Manchesters zu feiern und steht dieses Jahr unter dem Motto »Einbezogen sein und bleiben!«. Das ganze Jahr über gibt es viele Angebote für Senior/innen, und das Fest bietet die Gelegenheit, sie kennen zu lernen, auszuprobieren und danach vielleicht weiter zu machen. Bei über hundert Angeboten überall in der Stadt sollte für jeden etwas dabei sein!

■ Free Swimming for 60+

Als Teil der kommunalen Strategie für gesundes Altern haben seit dem 1. Juni 2008 alle Bürger/innen aus Manchester ab ihrem 60. Geburtstag freien Eintritt in allen Schwimmbädern, wenn sie sich einen entsprechenden Pass besorgen. VOP-Mitglied Tommy Walsh, sagt: »Ich bin glücklich über diese Entscheidung. Schwimmen ist eine tolle Möglichkeit, den Tag zu beginnen. Wenn du älter wirst, sind deine Beine das erste, was schlapp macht, aber schwimmen hält dich mobil. Auch sozial profitierst du davon, denn du gehst regelmäßig irgendwo hin und triffst Gleichgesinnte.«

■ Free Travel Pass

Seit April 2008 können alle Bürger/innen über 60 einen Travel Pass beantragen, mit dem sie kostenlos den ÖPNV nutzen können.

■ Lokale Netzwerke/Local Networks

Da viele Ältere nicht gerne im Rampenlicht stehen und sich auch nicht unbedingt für stadtwei-

te Fragen interessieren, ist es wichtig, quartiersbezogene, kleinere Netzwerke zu haben, in denen sich die Alten selbst für lokale Belange engagieren können. Zurzeit arbeiten vier lokale Netzwerke in verschiedenen Stadtteilen.

■ Das Small Grants Programme

In dieser AG entscheiden ältere und alte Menschen jährlich über ein Budget von rund 30.000 Euro. Bisher wurden über hundert Projekte von Stadtteilgruppen gefördert. Die AG-Mitglieder besuchen oft die Projekte und Gruppen, um über die Anträge zu entscheiden.

■ Intergenerational Practice

Zur Förderung der Generationenbeziehungen wurde, u.a. finanziell unterstützt von Stiftungen, eine Vielzahl von Aktivitäten entfaltet. Beispielhafte Projekte im Bereich Ehrenamt, Kunstprojekte, geteilte Geschichte, Umwelt- und Naturschutz, Radioprogramme usw. wurden ins Leben gerufen, bei denen sich jeweils alte und junge Bürger/innen gemeinsam engagieren. 2008 wurden stadtweit Projekte vorgestellt und ausgewertet, zurzeit wird an einer neuen Vision für die nächsten drei Jahre gearbeitet.

■ New Dynamics of Ageing Research

Gemeinsam mit verschiedenen Universitäten und Forschungseinrichtungen entwickeln Stadtverantwortliche und alte Menschen Forschungsfragen und -projekte, für die dann Finanzierungen gesucht werden. Im vergangenen Jahr ist es gelungen, ein größeres, partizipatives Forschungsvorhaben auf den Weg zu bringen, bei dem die alten Menschen selbst von Anfang an beteiligt sind, selbst als Forscher/innen aktiv werden.

■ Die Positive Images Campaign

Diese AG bringt jährlich einen Kalender und mehrere Newsletter, die zumindest teils auch gedruckt werden, heraus.

■ Road safety for older people

Das Projekt Straßensicherheit für Ältere hat in einer Bestandsaufnahme gemeinsam mit Älteren zunächst Unfallschwerpunkte identifiziert und analysiert. Leider ist es bisher nicht gelungen, genügend Geld zu bekommen, um an allen Stellen geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Zumindest an einigen Stellen, an denen Ältere getötet oder schwer verletzt wurden, konnten jedoch erste Verbesserungen umgesetzt werden.

All diese Projekte – und es gibt noch etliche mehr – haben sicher auch ihre Hürden und Probleme, manches war sicher schwer zu erreichen und ich kann mir vorstellen, dass es immer wieder Probleme gibt. Was mich beeindruckt, ist das Gesamtkonzept und die Vielzahl an Aufgaben, die hier angegangen werden. Zusammengenommen sind dies gute Beispiele, wie durch Kooperation und Ressourcenstärkung Gesundheit im Alter gefördert werden kann – gerade weil der zentrale Grundsatz, dessen Bedeutung schon Obama vor bald 30 Jahren beschrieben hat, ist:

»Alte Menschen einbeziehen heißt sie wertschätzen«.

1 Belege zu diesen Themen finden sich zahlreich in: Siegrist, J. /Marmot, M. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008 und in: Robert-Koch-Institut (Hg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Berlin 2005.

2 Flade, A./Limbourg, M./Schlag, B. (Hg.): Mobilität älterer Menschen, Opladen 2001

3 B. Obama, zit. n. »Nach Alinsky. Community Organizing in Illinois.« Kapitel 4 – Illinois Issues, University of Illinois at Springfield, 1990

4 unter: www.manchester.gov.uk/info/500099/valuing_older_people/3428/valuing_older_people_vop/1 finden sich viele weitere interessante Informationen über das Projekt und die Maßnahmen.

Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten im AWO Begegnungszentrum

Susanne Koch, AWO Zentrum Berlin-Kreuzberg

Anfang der 70er Jahre eingerichtet als Beratungsstelle für türkische Arbeitnehmer und ihre Familien, ist das AWO Begegnungszentrum heute ein interkulturelles Begegnungszentrum mit Sozialberatung für Migrant/innen, generationenübergreifenden Bildungsangeboten, Gemeinwesenarbeit und Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Nutzer der Einrichtung sind heute Migrant/innen aus verschiedenen Ländern wie der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, Polen, Griechenland, Spanien, aber auch Herkunftsdeutsche. Die gesundheitsfördernden Angebote im Begegnungszentrum bestehen aus verschiedenen Bausteinen, die ineinander greifen und entsprechend der Heterogenität der Klient/innen bei den unterschiedlichen Bedürfnissen unserer Besucher/innen ansetzen.

Das niedrigschwelligste Angebot in diesem Zusammenhang ist die Sozialberatung mit dem Schwerpunkt materielle Hilfen, Aufenthaltsfragen, Rente und Gesundheit, die neben deutsch in den Sprachen türkisch, kroatisch-serbisch-bosnisch, italienisch und englisch angeboten wird. Unsere Erfahrung ist: Erst wenn die existenziell wichtigen Fragen geklärt sind, können sich Menschen auch auf andere, weiterführende Angebote einlassen.

In den Beratungsgesprächen entsteht oft ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen dem Klienten und dem Berater, das genutzt werden kann, um den Klienten z.B. zum Besuch einer der Seniorengruppen im Haus zu motivieren. Zurzeit existieren im AWO Begegnungszentrum muttersprachliche Gesprächskreise für Senior/innen aus der Türkei, Griechenland, Spanien und aus dem ehemaligen Jugoslawien. Diese von Ehrenamtlichen aus der community betreuten Selbsthilfegruppen bieten auch isoliert lebenden Migrant/innen die Möglichkeit, dem Grundbedürfnis nach zwischenmenschlicher Kommunikation nachzukommen und Teil eines sozialen Netzwerkes zu werden.

Sozialberatung und Seniorengruppen sind oft ein »Sprungbrett« für die Teilnahme an anderen Angeboten, wie z.B. Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit.

Diese regelmäßigen Veranstaltungen im AWO Begegnungszentrum werden in Kooperation mit Ärzten, Physiotherapeuten und Gesundheitseinrichtungen wie dem Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum (FFGZ), dem Heilehaus und der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (um nur einige zu nennen) durchgeführt. Themen, zu denen in letzter Zeit Vorträge stattfanden, waren z.B. Patientenrechte und Arztpflichten, gesunde Ernährung, Vermittlung von Entspannungstechniken und von einfachen gymnastischen Übungen für die Herz- und Kreislaufgesundheit, Informationen

Beispiele hierfür sind:

- Ein Qi Gong Kurs in Kooperation mit dem Heilehaus (einer unabhängigen alternativen Gesundheitseinrichtung im Kiez),
- internetgestützte Computer-Kurse nach dem Konzept von Gesundheit Berlin-Brandenburg, die zeigen, wie man seriöse Informationen zum Thema Gesundheit im Internet recherchieren kann,
- Schulungen für ältere Migrant/innen zum Thema Altenhilfe in Deutschland,
- Patient/innenschulungen in Kooperation mit dem FFGZ.

Auch Aktivitäten in Gruppen, wie die Filzarbeitsgruppe oder der Generationengarten sind gesundheitsfördernd: Zum einen wird bei solchen manuellen Tätigkeiten die Koordinationsfähigkeit gefördert, zum anderen fühlen sich die Kursteilnehmer in der Gesellschaft anderer netter Leute und bei angenehmen kreativen Tätigkeiten wohl. Gerade das Zusammensein mit Menschen anderer Herkunft bei Tätigkeiten, die keine ausgefeilten Deutschkenntnisse



zur Stärkung der Immunabwehr und Informationen über bestimmte Krankheiten, immer verbunden mit Tipps zur Prävention. Diese Themen werden von Klient/innen der Sozialberatung oder von Gruppenteilnehmer/innen angeregt.

Die Vorträge der Expertinnen und Experten vermitteln auf anschauliche Art Basiswissen und werden oft auch in der Muttersprache der älteren Migrant/innen oder aber zweisprachig gehalten.

Kurse mit gesundheitsfördernden Angeboten bieten die Möglichkeit, sich über längere Zeiträume neues Wissen anzueignen und Erlerntes zu vertiefen.

erfordern, wird unseren Beobachtungen nach als bereichernd empfunden.

Alle hier angeführten Angebote haben die Aktivierung und die Selbstbestimmung unserer Klienten zum Ziel. Im Idealfall gelingt es uns, die Besucher unserer Einrichtung zur Beteiligung an Gemeinwesenaktionen oder zur Übernahme von ehrenamtlichen Tätigkeiten zu motivieren.

Die ehrenamtliche Arbeit (z.B. in Form von Betreuung der Gruppentreffen im Begegnungszentrum, in Form von Krankenbesuchen oder der Einsatz in kommunalen Seniorenfreizeitstätten) und das bürgerschaftliche Engagement im Rahmen der Stadtteilaktion Bunt

Kreuzberg haben für die Beteiligten gesundheitsstabilisierende und identitätsstiftende Wirkung: Die Übernahme von Verantwortung, die erhaltene Wertschätzung, das Gefühl der Zugehörigkeit und der Möglichkeit von Einflussnahme sind wichtige positive Erfahrungen.

Bedingungen für eine erfolgreiche Arbeit:

- Die Angebote sind niedrigschwellig und setzen bei den unmittelbaren Bedürfnissen und der Lebenswirklichkeit der Zielgruppe an. Gebühren werden nicht erhoben, da schon die Fahrtkosten eine finanzielle Belastung für die Zielgruppe darstellen. Die Angebote sind so zugeschnitten, dass sie auch Klienten mit niedrigem Bildungsstand erreichen. Die einzelnen Bausteine greifen ineinander, so dass es bei Bedarf weiterführende Angebote gibt. Da das Begegnungszentrum seit mehr als 35 Jahren eine Anlaufstelle für Migrant/innen ist, besteht ein Vertrauensvorschuss und Kontinuität.
- Interkulturelle Kompetenz: Die Angebote müssen spezifische Bedürfnisse berücksichtigen. Bestimmte Angebote sollten mutter- oder zweisprachig sein; Infos über gesunde Ernährung müssen bei den Ernährungsge-

wohnheiten der Menschen ansetzen; das Pendeln von älteren Migrant/innen, Feiertage der verschiedenen Herkunftskulturen oder der Fastenmonat Ramazan müssen bei der Planung von Veranstaltungen im Auge behalten werden.

- Intensive Beziehungsarbeit: Klient/innen werden immer wieder persönlich eingeladen und ermutigt, an Gruppen oder Veranstaltungen teilzunehmen – auch wenn es viel Zeit kostet.
- Durch gute Vernetzung mit sozialen Einrichtungen und anderen Anlaufstellen der Migrantencommunities (Vereine, Ärzte, religiöse Gemeinden) im Bezirk und berlinweit können neue Zielgruppen erreicht werden und zusätzliche Ressourcen ausgeschöpft werden. Die breit gefächerten Aktivitäten im AWO Begegnungszentrum können nur durchgeführt werden und nur deshalb eine große Zahl von Nutzern erreichen, weil das Begegnungszentrum Teil eines gut funktionierenden Netzwerkes im Stadtteil ist.
- Wohlfühlfaktor: Lernen ohne Druck, nette, gastfreundliche Atmosphäre mit einer Kultur des Willkommens und anschauliche, alltags-

nahe Infoveranstaltungen (Kräutertees, Entspannungsübungen, Einsatz von Torso und Skelett bei medizinischen Vorträgen) mit Basisinformationen, die kein Vorwissen erfordern, ziehen Menschen an und sprechen sich herum.

- Empowerment durch Übernahme von Verantwortung, Ehrenamt und Engagement bei Buntes Kreuzberg stärkt das Zusammenhörigkeitsgefühl. Wer das Gefühl hat, zugehörig zu sein, seine Situation aktiv bewältigen zu können und etwas Sinnvolles mitzugestalten, bleibt gesünder. Die Anerkennung, die älteren Migrant/innen in der Gesellschaft für ihre Lebensleistung oft versagt wird, erhalten sie bei ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit.

Gesundheit und Prävention im Alter in der Stadt Ludwigsfelde

Dr. Ingrid Witzsche, Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V., Teltow



Die Akademie 2. Lebenshälfte ist ein landesweiter gemeinnütziger Verein im Land Brandenburg, der sich der Bildung und Integration älterer Menschen sowie der stärkeren Nutzung ihrer Kompetenzen im demografischen Wandel verschrieben hat. In zehn Orten des Landes gibt es Kontaktstellen, in denen Ältere für Ältere gemeinsam Angebote zum Lernen, zum Engagement, zur Selbsthilfe organisieren. In der Stadt Ludwigsfelde ist die Kontaktstelle seit 1993 sehr aktiv und hat sich zu einer anerkannten Anlaufstelle für die älteren Bürger der Stadt entwickelt.

Auf der Basis der Interessen der Teilnehmer/innen und durch das Engagement der Mitarbeiterinnen vor Ort unter Leitung von Ulrike Müldner haben sich hier seit 1998 schrittweise vielfältige Formen der Gesundheitsbildung und Aktivität entwickelt – ein erster Kurs zur Wirbelsäulengymnastik war erfolgreich, eine Wandergruppe entstand, gemeinsam mit dem Evangelischen Krankenhaus wurde eine Vortragsreihe zum Thema »Alter und Gesundheit« gestartet. Im Jahr 2007 wurden diese erfolgreichen Initiativen in dem Projekt »Gesundheit und Prävention im Alter« zusammengefasst und verstärkt entwickelt. Die Einheit zwischen Gesundheitsbildung, praktischen Kursen und

selbstorganisierter regelmäßiger Aktivität wurde zum Markenzeichen der Angebote. Das hohe Gesundheitsbewusstsein der älteren und hochaltrigen Menschen, die die Akademie besuchen, ihr Anspruch an eine gesundheitsbewusste Lebensführung (Krankheiten vermeiden, erkennen, behandeln) und ihr Drang nach Bewegung und Kräftigung des Körpers haben dazu beigetragen, dass dieser Bereich immer umfassender wurde.

Heute gibt es regelmäßige Vorträge von Ärzten und anderen Fachleuten, vielfältige Kurse, auch



speziell für Ältere neu entwickelt – wie die Tanzgymnastik und die »Gesunderhaltende Selbstmassage«, und darüber hinaus ehrenamtlich arbeitende Interessengruppen wie Wandern, »Mit dem Rad unterwegs«, Bowlingtreff. Über 120 Angebote für Bewegung und Prävention im Alter gab es in der Akademie im Jahr 2008, mehr als 1.800 ältere Ludwigsfelder/innen haben diese Möglichkeiten genutzt, um ihre körperliche und geistige Fitness zu erhalten und zu verbessern.

Aus einer kleinen Initiative wurde in zehn Jahren eine große Bewegung!

Als kürzlich von engagierten Älteren die Ergebnisse des Projektes »Ludwigsfelde – ein Leben lang – Senioren beteiligen sich an der Stadtentwicklung« vorgestellt wurden, wurden ihre Visionen und Ansprüche für die Zukunft deutlich – mehr und sichere Radwege, einen Stadtpark mit viel Wasser und mit viel Bewegungsmöglichkeiten, möglichst auch einen Seniorenbewegungsplatz.

Fachforum 3: Vielfalt in der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen

Dr. Heinz Trommer, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Sprecher des Arbeitskreises Altern und Gesundheit

Uwe Fischer, Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg, Projekt Bewegung und Prävention, Schwedt

Prof. Christiane Deneke / Dr. Regina Brunnett, Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg

Moderation:

Dr. Andreas Böhm, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Potsdam

Gesundheitsförderung bei älteren Männern

Dr. Heinz Trommer, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Sprecher des Arbeitskreises Altern und Gesundheit

Altern ist ein Prozess steter Veränderungen und erfordert eine aktive Anpassung an diese steten physischen, psychischen und sozialen Veränderungen. Für die Bewältigung dieser Herausforderung sind Alltagskompetenz und eine gute körperliche und geistige Verfassung wichtig. Optimale Gesundheit ist somit ein Schlüssel für die Beteiligung am gesellschaftlichen Leben sowie für die individuelle Lebensqualität.

Männer altern anders, sie sind anders gesund, sie sind anders krank, sie leben anders. Das Alter gibt es nicht. Alter ist unglaublich vielfältig. Es ist heterogener als jeder Lebensabschnitt zuvor. Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsbefinden, Gesundheitsverhalten, Krankheitsspektrum und Krankheitsbewältigung erfordern altersbezogene, geschlechtsdifferenzierte und angemessene Strategien und Konzepte der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung bezieht sich vor allem auf die gezielte Beeinflussung von Einstellungen und Verhaltensweisen sowie auf die

Veränderung von sowohl individuellen Lebensbedingungen als auch von natürlichen und sozialen Umweltbedingungen, um gesundheitliche Ressourcen und Entwicklungspotentiale nutzen zu können. Im Alltag geht es insbesondere um die Änderung von Gewohnheiten und Verhaltensmustern. Gesundheitsförderung für ältere Männer ist sehr komplex, sie betrifft Einstellungen zum Altern, Einstellungen zur Gesundheit und Gesundheitsprophylaxe, Einstellungen zur Lebensführung, Einstellungen zur Kommunikation.

Eine zielorientierte, wirksame Gesundheitsförderung für ältere Männer setzt die Kenntnis und Beachtung der spezifischen Risiken der Männergesundheit im Alter voraus: Erkrankungen werden mit dem Alter häufiger und oftmals schwerer, sie sind oft chronisch und irreversibel. Die häufigsten Erkrankungen bei über 70-jährigen Männern sind Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheiten, Krebs und Bluthochdruck. Mit zunehmendem Alter nehmen auch Funktionseinbußen deutlich zu. Die körperliche Beweglichkeit verschlechtert sich, oftmals nimmt auch die Seh- und Hörfähigkeit ab.

Teilweise sind Funktionseinbußen eine Folge von altersphysiologischen Veränderungen, eine Folge von Krankheiten oder Unfällen sowie von langfristigen Gesundheitsbelastungen. Häufige Berufskrankheiten von Männern sind Lärmschwerhörigkeit, Hautkrankheiten und Asbestosen.

Der Anteil von älteren Männern, die von mehreren Erkrankungen betroffen sind, nimmt zu. Bei den 70- bis 85-Jährigen hat jede vierte Person fünf oder mehr Erkrankungen. Viele Erkrankungen im Alter – u. a. Knochen-, Rücken- und Bandscheibenleiden – sind bereits in früheren Lebensjahren entstanden. Ihre Zunahme ist nicht allein Folge des biologischen Alters, sondern auch auf die gewachsene Langlebigkeit zurückzuführen. Da die Mehrzahl der Krankheiten mit dem Betroffenen altern, ist die Kenntnis der individuellen Gesundheitsbiografie unerlässlich.

Chronische ischämische Herzkrankheit, akuter Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz sind die drei häufigsten Todesursachen der Männer. Zwischen 30 und 65 Jahren ist die Sterblichkeit der Männer doppelt so hoch wie die der Frauen. Die männliche Bevölkerung ist von der vorzeitigen Mortalität und Morbidität besonders betroffen, deshalb müssen Präventionsstrategien entwickelt werden, die diese Risikofaktoren reduzieren.

Insgesamt ist der Gesundheitszustand der älteren Männer heute besser als in früheren Zeiten.

Der Gesundheitszustand eines heute 70-Jährigen entspricht im Durchschnitt dem eines 65-Jährigen vor 30 Jahren. Gesundheitsförderung in einer Gesellschaft des langen Lebens ist eine neue Herausforderung. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden Frauen 48 Jahre alt, heute 82. Männer lebten 45 Jahre lang, heute 77. Das biologische Alter ist derzeit fünf Jahre jünger als das im Pass, das gefühlte noch mehr. 70-Jährige beschreiben ihr gefühltes Alter im Durchschnitt ungefähr 12 Jahre jünger, sie fühlen sich noch nicht einmal sechzigjährig. Gesundheitsförderung muss daher detaillierte Angebote für die drei Alterskohorten entwickeln. Besonders dringend benötigt werden geeignete Angebote für die Gruppe der Hochbetagten. Für eine Gesellschaft des langen Lebens ergibt sich die Forderung, die Gesundheit auch im Alter nachhaltig zu fördern.

Im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung wurden verstärkt Untersuchungen über das Ausmaß von altersbedingten Beschwerden und Erkrankungen durchgeführt. Von PADAM (Partielles androgenes Defizit des alternden Mannes) ist nach vorliegenden Berichten ca. ein Drittel der Männer betroffen. Die abgeleiteten Gesundheitspotenziale sollen vor allem Informationen für verstärktes Gesundheits- und Präventionsbewusstsein vermitteln.

Sozioökonomische Faktoren spielen in der Gesundheit der männlichen Bevölkerung eine große Rolle. Gesundheitsbewusstere ältere Männer haben in der Regel einen höheren Bildungsgrad und ein höheres Einkommen, sie sind als Zielgruppe in der Gesundheitsförderung leichter anzusprechen. Sie haben auch ein geringeres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Nach vorliegenden Untersuchungen treten bei älteren Männern mit geringem Bildungsniveau chronische Erkrankungen früher und mit höherem Schweregrad auf. Bildung gilt als zentrale Komponente der Gesundheitsförderung. Ältere Männer mit Migrationshintergrund leiden häufiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sozialer Desintegration.

Männer sind »Vorsorgemuffel«, sie beugen Krankheiten weniger bewusst vor. Angebote zur Prävention und Früherkennung werden unzureichend genutzt. Männer nehmen die eigene Gesundheit weniger wahr, sie haben ein anderes Verhältnis zu ihrem Körper. Sie erleben diesen als Maschine, die gefälligst zu »funktionieren« hat. Ihr Ziel: »Alles im Griff haben.« Ältere Männer sträuben sich hartnäckig zum Arzt zu gehen. Sie kommen lieber in die Apotheke, um sich dort unverbindlich Rat zu holen. Diffuses Unwohlsein bei eingeschränkter Leis-



tungsfähigkeit wird eher mal geschwind durch Spritzen oder Pillen wieder hergestellt. Gesundheitliche Störungen werden oft so lange negiert, bis Vorsorgemaßnahmen zu spät kommen.

Jeder Körper ist einem Alterungsprozess unterworfen. Doch dieser wird nur zu einem Drittel durch die Gene bestimmt. Den größten Einfluss hat die aktive gesundheitsbewusste Lebensführung. Sie bestimmt die Lebensqualität. Neben genetischen Voraussetzungen sind es vor allem bekannte Risikofaktoren wie Fehlernährung, Stress, Alkohol- und Nikotinmissbrauch, die die Gesundheit negativ beeinflussen. Ein Drittel der Männer trinkt mehr Alkohol als gesundheitlich tolerabel ist. 70 Prozent der 60-Jährigen und älteren Männer sind übergewichtig bzw. stark übergewichtig. Nur jeder dritte ältere Mann hat ein normales Körpergewicht. Mit zunehmendem Alter nimmt die Anzahl der Raucher ab. Unter den Personen über 60 Jahre finden sich deutlich weniger regelmäßige Raucher als im Durchschnitt der Bevölkerung. Durch gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten, Sport und Bewegung kann die körperliche Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Für viele ältere Männer ist das Fahrrad das wichtigste Sportgerät.

Für Männer, die sehr aktiv und vital gelebt haben, ist Altwerden die größte Kränkung überhaupt. Defizite werden verdrängt, altersbedingte körperliche Grenzen werden ignoriert. Alternende Männer bemühen sich häufig, in ihrer Selbstdarstellung möglichst jung und attraktiv zu erscheinen. Altern wird als unerwünscht angesehen, da alt zu sein häufig mit Inkompetenz, Lethargie, Unattraktivität, Asexualität und einer geringeren Leistungsfähigkeit assoziiert wird.

Das traditionelle männliche Rollenbild ist gesundheitsgefährdend und erschwert die Annahme von Angeboten der Gesundheitsförderung.

Die Zielgruppe der älteren Männer muss entsprechend ihrem unterschiedlichen Gesundheitsbewusstsein unterschiedlich angesprochen werden. Das beginnt bereits bei der Wortwahl – z. B. »Gesundheitsmanagement« oder »Training« statt »Kurse«. Wichtig ist die Motivation zur aktiven Gestaltung des eigenen Alters, insbesondere die Überzeugung, die bestehende Situation durch eigenes Handeln wirksam beeinflussen zu können. Die Strategien müssen den älteren Menschen helfen, so lange wie möglich ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Es gilt die Einsicht zu vermitteln, dass Eigeninitiative für eine bessere Gesundheit absolut erforderlich ist.

Ein besonderer Akzent in der Gesundheitsförderung für ältere Männer ist die Stabilisierung der psychischen Gesundheit. Männer reden nicht gern über ihre persönlichen Schwierigkeiten, Ängste und Sorgen. Sie besitzen keine ausreichenden Bewältigungsstrategien für psychische Belastungen. Männer haben nicht gelernt, sich über ihre Gefühle zu äußern. Es fällt ihnen schwer, stressreiche Situationen als solche richtig zuzugeben. Die Selbsttötungsrate der Männer zwischen 75 und 80 Jahren ist dreimal höher, die der über 85-Jährigen viermal höher als die gleichaltriger Frauen. Die Relationen zwischen Versuch und »gelingenem« Suizid liegt bei den Älteren bei zwei zu eins. Zu einer kritischen Phase kann der Übergang in den »Ruhestand« führen. Für den älteren Mann sind damit schwerwiegende Einschnitte verbunden. Das gilt insbesondere für den Verlust

sozialer Kontakte. Nach vorliegenden Berichten haben ältere Männer, die vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden mussten, eine erhöhte Krankheits- und Sterberate. Sie erleben ihr Scheitern oft als eigenes Versagen. Hilfe bei der psychischen Verarbeitung der neuen Lebenssituation und Verbesserung der emotionalen Gesundheit werden deshalb zu einem vorrangigen Anliegen.

Ein wesentlicher Faktor für Gesundheit ist die Qualität sozialer Beziehungen. Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung werden stark durch soziale Integration in einer Partnerschaft bestimmt, die Ehe wirkt auf Männer lebensverlängernd. Die Anzahl der allein lebenden Männer nimmt zu. Männer haben mit einer Verwitwung größere Probleme als Frauen, das zeigt sich in einer reduzierten Lebenserwartung verwitweter Männer. Maßnahmen der Gesundheitsförderung erwiesen sich als vorteilhaft, wenn soziale Partner einbezogen wurden.

Bei der Gesundheitsförderung für ältere Männer kommt den Kommunen, Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden eine besondere Verantwortung zu. Bei der Planung und Organisation von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist davon auszugehen, dass die Zielgruppe Männer nicht homogen ist. Unterschiede ergeben sich vor allem aus Gesund-



heitszustand, Bildung, Ausbildung, Einkommen und sozialem Status. Für viele Senioren ist in der kommunalen Gesundheitsförderung das soziale Engagement eine Chance für soziale Kommunikation. Die Erhaltung der Gesundheitspotenziale und der kognitiven Leistungsfähigkeit der männlichen Bevölkerung im Alter wird künftig eine Schwerpunktaufgabe in der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung werden.

Literatur:

- Isolde Dalg: Impression Management und Gesundheitsrisiken bei älteren Männern (2003)
 Eckart Hammer: Männer altern anders (2007)
 Francois Höpflinger: Männer im Alter (2002)
 Statisches Bundesamt: Gesundheit im Alter (2006) – Der Alterssurvey: Gesundheit und Gesundheitsversorgung (2005).

Gesundheitsförderung bei älteren Arbeitslosen

Uwe Fischer, Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg, Projekt Bewegung und Prävention, Schwedt

Beschäftigungspakte für ältere Arbeitslose und Regionalentwicklung

Der demografische Wandel und die seit Jahren hohe Arbeitslosigkeit in Brandenburg betreffen vor allem ältere Arbeit Suchende (ab etwa 50 Jahre) und Berufsanfänger/innen (bis 27 Jahre). Insbesondere diejenigen, die bereits länger arbeitslos sind, lassen sich nicht durch kurzfristige Maßnahmen (wieder) in Arbeit bringen. Vielmehr stellt sich hier die Frage, ob eine Integration im erlernten oder ausgeübten Beruf überhaupt noch möglich ist oder ob nicht eine grundsätzliche Neuorientierung erfolgen muss. Für einen erfolversprechenden (Wieder-) Einstieg in das Arbeitsleben ist es von daher gleichermaßen erforderlich, die Kompetenzen und Neigungen der Arbeitslosen zu erkennen und zu fördern und ihnen neue Berufsfelder in der Region zu erschließen.

Unter der Maßgabe neue Beschäftigungspotentiale in der Region auszuloten, wurden Aktionsfelder ausgewählt, die im Rahmen der Regionalentwicklung des Landkreises Uckermark gegenwärtig und zukünftig eine wichtige arbeitsmarktpolitische Rolle spielen. Der Bereich »Gesundheit und Freizeit – Sport, Spiel und Fitness« kann als ein solchermaßen bedeutsames Handlungsfeld angesehen werden, da Tätigkeiten im Bereich von Tourismus und Freizeit gerade auch älteren Arbeitslosen vielfältige Beschäftigungsperspektiven eröffnen können. Mit dem Modellprojekt »Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen« des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Verbesserung der Beschäftigungschancen älterer Langzeitarbeitsloser konnte die Akademie 2. Lebenshälfte entsprechende Projekte im Landkreis Uckermark erfolgreich anstoßen. Mit dem hier dokumentierten Teilprojekt »Arbeit und Aktion«, das zur »Allianz für die Integration Älterer in der Uckermark – Brücke der Erfahrung und Kompetenz« gehört, sowie durch die Weiterführung des Projekts »Bewegung und Prävention« wurden Möglichkeiten erprobt die Kompetenzen älterer Langzeitarbeitsloser in den regionalen Entwicklungsprozess einzubeziehen. Während der zweijährigen Umsetzungsphase wurden die Modellprojekte intensiv fachlich begleitet und evaluiert. Gefördert wurden im Landkreis

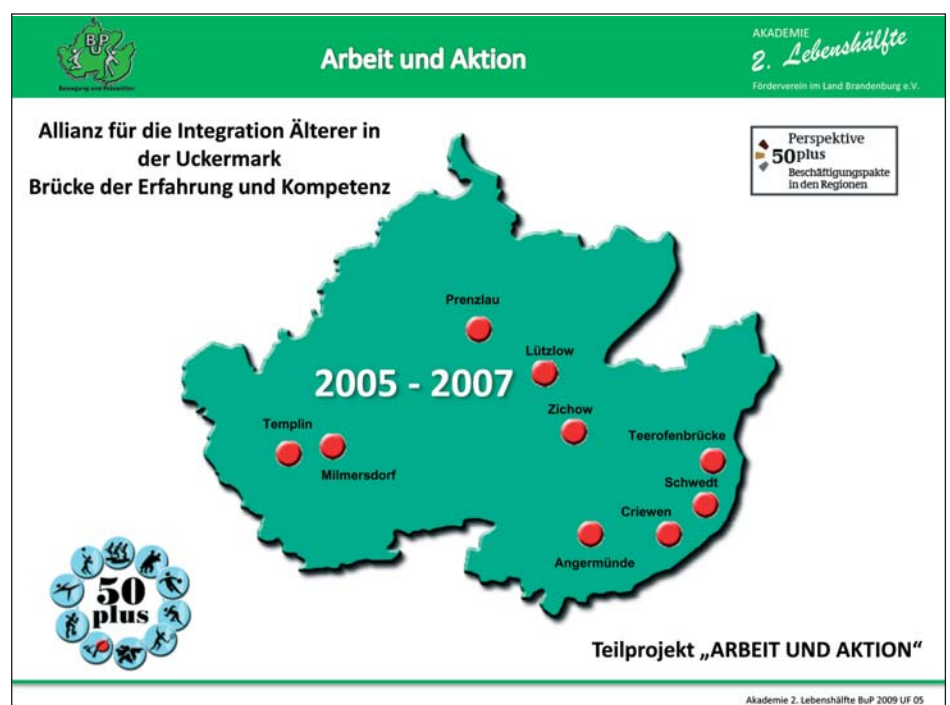
Uckermark sieben Modellprojekte mit insgesamt 335 Teilnehmer/innen.

Das Projekt »Arbeit und Aktion« – Bewegung hält fit

Unsere Aufgabenstellung war die Schaffung von zusätzlichen und flankierenden Angeboten im Freizeit- und Gesundheitsbereich sowie die Planung und der Bau von Spiel- und Sportgeräten für den Breiten- und Behindertensport. Kooperationspartner waren 15 Vereine und Kommunen in der Uckermark. Gemeinsam konnten 45 Arbeitsgelegenheiten geschaffen werden. Die insgesamt 65 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (MAE) im Alter über 50 Jahre waren in Sportvereinen, gemeinnützigen Einrichtungen und Kommunen mit zwei unterschiedlichen Projektaufträgen betraut. Etwa die Hälfte von ihnen, u. a. Menschen aus kaufmännischen, verwaltenden und sozialen Berufen übten Tätigkeiten aus, die dem klassischen Vereinsbereich zuzuordnen sind. Dazu zählten die Schaffung neuer Sportangebote in Vereinen, die Leitung neuer und zusätzlicher Übungsgruppen, die Übernahme von Verwaltungstätigkeiten und die Unterstützung von Vereinen im Spiel- und Wettkampfbetrieb. Der

zweite Projektauftrag richtete sich an Teilnehmer/innen mit vorwiegend handwerklichen Neigungen und Fähigkeiten. Hier galt es freizügliche Spiel- und Sportelemente zu planen und zu bauen, die mit einfachen Mitteln realisiert werden konnten und Grundlage für andere bzw. neue kreative Bewegungsformen bieten sollten.

Um die Re-Integrationschancen unserer älteren Maßnahmeteilnehmer/innen nachhaltig zu verbessern, galt es zunächst entsprechend der unterschiedlichen individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse verschiedene alternative Wege zur Integration in Arbeit und das gesellschaftliche Leben aufzuzeigen, wie in den nachfolgend beschriebenen Projekten ausführlich dokumentiert. Integraler Bestandteil bildete eine ebenfalls individuell auf Vorqualifikation, Neigung und berufliche Verwertbarkeit abgestimmte begleitende berufliche Qualifizierung, die vom Erwerb eines Maschinenscheins über Bewerbungstraining, Umgang mit der EDV und dem Erwerb von Übungsleiterqualifikationen im Breiten- und Leistungssportbereich sowie im Behinderten- und Rehabilitationsbereich reichte. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer/innen angehalten sich nicht nur geistig fit zu halten, sondern waren im Rahmen der Qualifizierung auch verpflichtet, jede Woche zwei Stunden aktiv Sport zu betreiben. Die verschiedenen Sportvereine, Freizeiteinrichtungen und Kommunen, bei denen die Beschäftigungsmaßnahmen durchgeführt wurden, konnten von den unterschiedlichen Berufserfahrungen und dem reichen Erfahrungsschatz der zumeist älteren Teilnehmer/innen uneingeschränkt pro-



Projekt Arbeit und Aktion in der Uckermark (Quelle: Präsentation Uwe Fischer)

fitieren. Umgekehrt hat die Bildung von kleinen Teams in den Projekten nicht nur das Gruppengefühl gestärkt, sondern auch dem Gefühl der Vereinsamung im Alter entgegen gewirkt. Durch Einblicke in die Beschäftigungs- und Qualifikationsbiographien der jeweils anderen Teilnehmer/innen, gekoppelt mit bildungsplan-gestützten Qualifizierungseinheiten, konnten den Einzelnen nachhaltige Perspektiven für die zukünftige Berufswegplanung geboten werden.

Projektkonzeption und Durchführung

In den hier vorgestellten Projekten gab es 45 MAE-Plätze, die insgesamt von 65 Personen besetzt waren. Alle Teilnehmer/innen waren über fünfzig Jahre. Je nach den persönlichen Voraussetzungen war es gleichberechtigtes Ziel, sie für reguläre Vollzeitstellen, Teilzeitarbeit, nebenamtliche oder ehrenamtliche Tätigkeiten zu qualifizieren. Die wöchentliche Arbeitszeit betrug 30 Stunden, die mit 1,10 Euro zusätzlich zu ALG II entlohnt wurden. Die Projektstandorte waren Schwedt, Milmersdorf, Teerofenbrücke, Criewen, Zichow, Lützwitz und Templin.

Die Beschäftigungsfelder für die Teilnehmer/innen reichten vom Neubau von Waldspielgeräten, einem Sport- und Spielfeld, Entwicklung von Bewegungsbaustellen für Kindergärten, Schulen und Vereine bis hin zur aktiven Mitarbeit in Sportvereinen als Übungsleiter oder in der Verwaltung. Der Qualifizierungsanteil aller Projekte betrug 40 Prozent. Das Angebot von »Arbeit und Aktion« umfasste die Bereiche »Projektplanung und Projektsteuerung«, die »Entwicklung persönlicher Kompetenzen«, »Grundlagen der Bewegungsförderung« sowie »Umsetzung von Kleinprojekten« und »Spiel- und Sportgerätebau«. Die teamorientierten Bildungspläne und gezielte Einzelmaßnahmen dienten dazu, die Mitarbeiter/innen gezielt an typische Arbeitsabläufe in einem Verein heranzuführen und sie so auf eine haupt- oder ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich Sport, Spiel und Freizeit vorzubereiten.

Profiling und Coaching ermöglichten es uns, die einzelnen Teilnehmer/innen über berufliche Entwicklungsmöglichkeiten zu beraten und sie bei den Kleinprojekten, die sie in den Vereinen umsetzen, zu unterstützen. Dabei wurden auch Kompetenzen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit erworben, indem z.B. Materialien für Werbezwecke oder für Sponsoren oder Förderanträge überarbeitet und in Form gebracht wurden. Ziel der individuellen Kompetenzgespräche war es, mehr über die Stärken und Schwächen, Erfahrungen und Interessen jedes Teilnehmers und jeder Teilnehmerin zu erfah-



ren, um gemeinsam Handlungsstrategien zu erarbeiten, wie sie sich bspw. zukünftig in einem Unternehmen oder Verein einbringen können und in welchen Bereichen sie ihre Kompetenzen festigen oder erweitern müssten. Die positiv aktivierende Wirkung entfaltete sich durch die Kombination der drei Bereiche Beschäftigung, Qualifizierung und Profiling/Coaching. So lieferte die praktische Arbeit die Grundlage für Fragen zu Organisation und Planung, die im Unterricht aufgegriffen und theoretisch behandelt werden konnten. In den Einzel- bzw. Kleingruppencoachings erstellten die Teilnehmer/innen dann unter Anleitung konkrete Produkte wie z. B. eine Annonce oder einen Info-Flyer, um bspw. Sporttreibende für ein neues Kursangebot gewinnen zu können. Diese Art von eigenständiger Arbeit war für die meisten Teilnehmer/innen neu und musste zunächst erlernt und eingeübt werden. Da die Vereine es sehr begrüßen, wenn neue Angebote entstehen bzw. sich jemand neu engagieren will, erfuhren die Teilnehmer/innen Wertschätzung und das Gefühl wieder gebraucht zu werden. Nicht wenige waren erstaunt, dass sie plötzlich gefragt sind und sogar in verschiedenen Vereinen als Übungsleiterinnen und Übungsleiter tätig werden konnten und können.

Sport in Schwedt – Bewegung für alle Altersgruppen

Die Sportlergruppe mit 16 Mitarbeiter/innen in Schwedt war verteilt auf die verschiedensten Vereine und Standorte, aber auch Aufgabenbereiche. Zentraler Treffpunkt waren die wöchentlichen Unterrichtseinheiten unter fachlicher Leitung, bei denen die verschiedenen

Entwicklungsstände der einzelnen Projekte diskutiert und neue Perspektiven aufgezeigt wurden. Die einzelnen Projekte sind zu verschiedenen Zeiten gestartet. Dank der intensiven Begleitung, der Vielfalt der Projekte und individuellen Aktivitäten konnten viele Perspektiven entwickelt und umgesetzt werden.

Nach dem Erwerb des Übungsleiterscheins für den Breitensport sowie den Fachübungsleiter Fußball (Trainer C) belebten drei Mitarbeiter den Preussen Sportverein (PSV) neu, indem sie eine Seniorenfußballmannschaft aus der Taufe hoben, in der »823 Jahre Fußballbegeisterung« versammelt sind, wie eine Lokalzeitung titelte. Inzwischen besteht in der Ost-Uckermark eine Ü50-Liga an der sechs Mannschaften an einem regelmäßigen Spielbetrieb teilnehmen. Aber die Aktivitäten waren nicht nur auf eine Ü50-Fußballmannschaft begrenzt. Um auch die Jugend an den Sport heranzuführen, wurde eine breit angelegte Aktion »Teste 10 Sportarten« mit einem eigenen Flyer und selbst gestalteten Plakaten gestartet, an der über 200 Kinder und Jugendliche teilnahmen. Die Angebote reichten von Boxen und Cheerleading über Fußball und Football bis hin zu Bowling, Schwimmen, Rudern, Bogenschießen, Skaten und Tischtennis. Für diese Aktion konnten erfolgreich Fördermittel aus dem Programm »Die Gesellschafter« der bundesweit tätigen Aktion Mensch akquiriert werden.

Weitere Mitarbeiter/innen erwarben nicht nur den Übungsleiterschein für den Breitensport, sondern qualifizierten sich zudem im Bereich Rehabilitationssport. Sie leiten inzwischen wöchentliche Übungseinheiten für Seniorinnen und Senioren und arbeiten dabei mit mehreren

Vereinen und einem regionalen Pflegedienst zusammen. Sie betreuen die älteren Bürger/innen in verschiedenen Gemeinden der Uckermark individuell, indem sie mit ihnen vor Ort motorische Übungen machen und natürlich auch das persönliche Gespräch nicht vernachlässigen.

Ein Mitarbeiter (59) arbeitet inzwischen nicht nur im Kindergarten als Übungsleiter für unseren jüngsten Nachwuchs und bekommt diese Tätigkeit vom Landesportbund geringfügig entlohnt, sondern er ist ehrenamtlich auch als Natur- und Landschaftsführer aktiv. Darüber hinaus sind mehrere Mitarbeiter/innen in der Kindervereinigung Schwedt e.V. (Träger der freien Jugendhilfe) aktiv, wo sie Spiel- und Sportaktionen mit Kindergruppen organisieren und u. a. auch die Bewegungsbaustellen betreuen. Sie lieferten wertvolle Hinweise für die Modifikation der verschiedenen Elemente der Bewegungsbaustellen durch praktische Beobachtung und Dokumentation.

Eine Reihe von Mitarbeiter/innen ist im Bereich der Vereinsorganisation tätig. Ihre Aufgaben reichen von der Information und Betreuung von Mitgliedern über verwaltende Tätigkeiten bis hin zur Unterstützung des Spiel- und Wettkampfbetriebes und der Pflege und Wartung von Spiel- und Sportgeräten. Hier unterstützen sie unter anderem kleine Vereine, die rein ehrenamtlich arbeiten und keinen eigenen Apparat aufrechterhalten können und sichern so die Qualität eines reibungslosen Vereinsbetriebes ab.

Insgesamt haben die Mitarbeiter/innen der Schwedter Sportlergruppe Aktivitäten in den verschiedensten Bereichen entwickelt. Diese reichten von Projektplanungen, über individuelle Perspektivszenarien bis hin zu öffentlichkeitswirksamen Aktionen. Dazu gehören der Entwurf von Faltschirmen, Plakaten und Presseartikeln bis hin zu Verhandlungen mit Krankenkassen, Krankenhäusern, Behinderteneinrichtungen und dem Landessportbund. Die Bereitschaft zu weiteren Qualifikationsmaßnahmen über die Angebote der Akademie 2. Lebenshälfte hinaus wurde durch die Erfolge bestärkt, die z. B. beim Erwerb der Übungsleiter-/Trainerqualifizierung errungen wurden. Wichtig war hier jedoch, dass die Qualifizierung auch als »verwertbar« erlebt wurde, da doch leider viele Mitarbeiter/innen die Erfahrung mitbrachten, dass Weiterbildungen – bis hin zu Umschulungen – in der Vergangenheit nicht zu einer Arbeitsaufnahme führten. Auch wenn zunächst häufig nur ein Zuverdienst erreicht werden kann, ist dieses aus eigener Kraft erzielte Einkommen ein wichtiger Schritt in Richtung 1. Arbeitsmarkt.

Pferde und Bewegungsbaustellen – Hits für Kids

Das Milnersdorfer Projekt mit fünf Mitarbeitern plante in einem ersten Schritt Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten rund um das Thema Pferd auf dem Gelände des Reit- und Fahrvereins (RFV). Die Mitarbeiter nahmen in dieser Phase an verschiedenen Qualifizierungsmodulen teil. So hatten die Beteiligten zunächst die Möglichkeit eine Bedienungsberechtigung für Motorkettensägen abzulegen und sich dann in Theorie und Praxis mit der Entwicklung eines eigenen Produktes auseinanderzusetzen. Fähigkeiten wie die Erfassung von Kundenwünschen und Standortbedingungen oder Materialbeschaffung und Mengenplanung wurden am konkreten Beispiel trainiert. Zudem besuchten die Mitarbeiter ein Sägewerk. Als Erstes entstanden neue Hindernisse aus selbst geschlagenem und bearbeitetem Holz. Hierzu musste eine Tischlerwerkstatt in Milnersdorf

Wippen, Balancieren, Schaukeln, Springen... machen. Den krönenden Abschluss des Projektes stellte die Konstruktion eines massiven Holzpferdes dar, etwa in der Größe eines richtigen Ponys, an dem Kinder und Jugendliche das Aufzäumen und Aufsitzen erlernen können. Sie müssen sich allerdings anstrengen, denn das Pferd hat lange Beine und ist nicht ganz einfach zu erobern. Das aus gewachsenen Hölzern konstruierte Tier, das mit ein paar Bürsten als Mähne, einem Schweif aus echten Haaren und einem richtigen Ledersattel prunkt, hat das Zeug dazu, der Liebling aller pferdeverrückten Mädchen zu werden. Die sorgfältige Ausföhrung und der Blick auf die Sicherheit sind bei den langjährig berufserfahrenen Männern natürlich »Ehrensache«. Das Ergebnis kann sich sehen lassen, so dass am Ende alle Beteiligten stolz auf das fertige Produkt waren. Die Mitarbeiter können sich gut vorstellen, ihre neu erworbenen Kenntnisse zur Entwicklung ei-



angemietet werden. Die einzelnen Sprünge wurden gemeinsam mit den Mitgliedern des Reitvereins entworfen. Die Übergabe der neuen Hindernisse erfolgte auf dem Reiterhof mit einem Spiel- und Sportfest und einer gut besuchten Reitvorführung auf dem neuen Spring-Parcours. Als zweite Aufgabe wandte sich die Gruppe dem Bau von »Bewegungsbaustellen« für Kindergärten, gemeinnützigen Vereinen und Schulen zu. Bewegungsbaustellen bieten Kindern großräumige Bewegungsanreize und Erfahrungsmöglichkeiten für alle Sinne. Anders als fertige Spielgeräte können die einzelnen Elemente als Basis für die verschiedensten Geräte dienen. Die Kinder können alle Teile frei zusammenstellen und immer wieder variieren und so Erfahrungen in den Bereichen Klettern,

gener Ideen einzusetzen und sich so Zuverdienst-Möglichkeiten zu schaffen.

Schwedt: Sportliche Infrastruktur für einen Brennpunkt-Stadtteil

Die »Oberen Talsandterrassen« in Schwedt sind ein stark schrumpfender Stadtteil, wo vielfältige Maßnahmen notwendig sind, um den sozialen Zusammenhang zu stärken. Der dort ansässige Boxverein spielt dabei schon seit Jahren eine wichtige Rolle. Hier waren fünf Spätaussiedler tätig und gestalteten ein von der Stadt bereitgestelltes Gelände zu einem Freizeitsportplatz um, der mit einem großen Fest eingeweiht wurde. Um den Austausch unter den Sportlern und den Zusammenhalt zwischen

den Vereinsmitgliedern zu stärken, schufen sie mit Sachverstand und Liebe für das Detail einen Bolzplatz und eine Laufstrecke. Sie beteiligten sich an der Organisation und Durchführung von Sportveranstaltungen im Stadtgebiet. Die Mitarbeiter, deren Deutschkenntnisse z. T. begrenzt sind, haben keine große Hoffnung einen Arbeitsplatz zu bekommen, da ihre schon erwachsenen Kinder mit Berufsausbildung sich ebenfalls schon seit längerem ergebnislos um Anstellungen bemühen. Sie haben nach eigenen Angaben ihre Betätigung im Rahmen dieses Projektes als reguläre und sinnvolle Arbeit

nehmen konnten die Angebote verbreitert und die Qualität der Veranstaltungen gesichert werden. Vorteilhaft war auch, dass die Teams durch ihre tatkräftige Unterstützung Kontakte zu weiteren Vereinen und Initiativen knüpfen konnten. Dabei übernahmen sie z. T. auch Aufgaben, die in ihrer Praxisstelle nicht anfielen und erweiterten so ihre eigenen Kompetenzen in der Organisation und Durchführung von Veranstaltungen.

Der Ansatz Praxis + Qualifizierung + Coaching hat sich aus unserer Sicht bisher bewährt. Die

übernommen und z.B. neue Sportgruppen aufgebaut oder in bestehenden Gruppen mitgearbeitet.

In mehreren Vereinen konnten auch Verwaltungsaufgaben übernommen werden. Die neu erworbenen Übungsleiter-/Trainerqualifikationen wurden in den Vereinen unmittelbar genutzt. Es sind eine ganze Reihe von unterschiedlichen Kleinprojekten geplant und umgesetzt worden. Ebenso konnten die in den handwerklichen Bereichen beschäftigten und qualifizierten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch die neu gewonnenen Kenntnisse, Qualifikationen und praktischen Erfahrungen positive Lebenserfahrungen machen. Für viele Vereine sind die lebenserfahrenen »neuen« Übungsleiter und Trainer eine willkommene Bereicherung, vor allem weil häufig die älteren Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, die bisher zu Übungsleitern aufgebaut wurden, die Vereine aufgrund von Ausbildung oder Arbeitsaufnahme in anderen Regionen verlassen müssen. Hier verfolgt das Projekt – auch über den Modellzeitraum hinaus – das Ziel, dass durch die Mitarbeit der Projektteilnehmer/innen die Arbeit in den Sportvereinen stabilisiert und bereichert wird.

Insgesamt kann man feststellen, dass die praktische Tätigkeit in Kombination mit den flankierenden Maßnahmen sich stabilisierend auf alle Beteiligten auswirkt, insbesondere auch auf diejenigen, die bereits seit vielen Jahren arbeitslos sind. Dem entgegen stehen die Einschätzungen vieler Teilnehmer/innen über ihre persönliche Zukunft. Die meisten sehen für sich persönlich keine Chancen, in der Region reguläre Arbeit zu finden. Viele haben Freunde und Bekannte, aber besonders Kinder im Alter Mitte 20 bis Mitte 30, von denen ebenfalls etliche arbeitsuchend sind. Die Bereitschaft, sich auf ganz neue Wege praktisch einzulassen, zeigte zunächst nur ein kleinerer Teil der Projektteilnehmer/innen. Erst mit der Zeit konnten einige zu dahingehenden Aktivitäten hingeführt werden. Die Mehrheit sah ihre Beschäftigung im Rahmen der einzelnen Projekte als reguläre Arbeit. Neben den durchgängig positiven Erfahrungen mit einem ausgeprägten Teamgeist wurde von den Projektteilnehmern mehrheitlich die Forderung erhoben, ihre Arbeit dementsprechend aufzuwerten, indem derartige Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekte zu einem regulären Bestandteil eines staatlich geförderten zweiten Arbeitsmarkts werden. In den Sportvereinen fühlen sich die meisten wohl und könnten sich gut vorstellen hier auch längerfristig aktiv zu sein. Aufgrund ihrer Umsicht und Zuverlässigkeit werden sie auch von den Vereinen geschätzt. Die Tätigkeiten im Baubereich mit dem erhofften Ziel z.B. eine Firma



für den gesamten Ortsteil begriffen. Sie wünschen sich längerfristige Arbeitsgelegenheiten, um ihre in traditionellen Gewerken beachtlichen Kompetenzen einzubringen. Da ihre beruflichen Abschlüsse in Deutschland zumeist nicht anerkannt werden und die Sprachkenntnisse begrenzt sind, stehen sie einer grundständigen Qualifizierung in einem fremden Berufssystem – z. B. einer Umschulung – im Alter 50+ skeptisch gegenüber. Ihr Engagement im Sportverein ist für sie eine lohnenswerte Aufgabe, die sie auch in der Zukunft ehrenamtlich fortführen wollen.

Übergreifende Aktivitäten

Neben der Arbeit bei den Vereinen und gemeinnützigen Einrichtungen engagierten sich die Mitarbeiter/innen auch bei vielen Veranstaltungen und Events. Diese Hilfe war bei den Kooperationspartnern hoch willkommen, da diese häufig nicht genug qualifizierte Ehrenamtler/innen für größere Aktionen finden konnten. Durch die Beteiligung der Mitarbeiter/in-

einmalige Durchführung dieses zweijährigen Projektes kann allerdings nur ein Tropfen auf den heißen Stein des dramatischen demografischen Wandels in der Uckermark sein. Die immer noch unbefriedigenden Arbeitslosenzahlen gerade auch älterer Einwohner des Landkreises verlangt nach einer nachhaltigen Verstärkung, um möglichst vielen älteren Menschen in der Region neue Perspektiven zu vermitteln. Als wesentliche Bereiche zeigen sich Freizeit- und Sportangebote, die Betreuung älterer Menschen und verstärkte Aktivitäten im Bereich Tourismus, die durch weitere Modellprojekte forciert werden sollten, um eine wirtschaftliche Abkopplung der Uckermark von anderen Regionen in unserem Land zu entgegen. Denn gerade durch die praktischen Arbeiten in konkreten Zusammenhängen haben sich die Projektteilnehmer in der Kombination mit differenzierter Qualifikation und Coaching insgesamt positiv entwickelt und wesentliche Beiträge für die Regionalentwicklung erbracht. In den Vereinen haben unsere Teilnehmer/innen etliche konkrete Aufgaben

zu gründen, die Bewegungsbaustellen baut, vertreibt und Spielplätze auf Sicherheit kontrolliert, scheint für die Teilnehmer/innen ein Projekt zu sein, dem sie sich noch nicht gewachsen fühlen. Insgesamt bevorzugen die Teilnehmer/innen die praktische Arbeit. Viele sind es gewohnt, nur Dinge zu tun, die ihnen von anderen aufgetragen wurden. Sich ein Thema auch theoretisch – und in Teilen zudem selbständig – zu erarbeiten, sind die meisten nicht gewohnt, so dass hier z.T. erhebliche Widerstände entstanden sind. Um hier immer wieder das Interesse zur Auseinandersetzung mit neuen, d.h. »fremden« Gedanken zu wecken, wurden die Qualifizierungsinhalte sehr eng an den von den Teilnehmer/innen konkret bearbeiteten Projekten ausgerichtet. Die Motivation der Mitarbeiter ist überdurchschnittlich hoch einzuschätzen. Fehlzeiten entstanden i.d.R. lediglich krankheitsbedingt. Pünktlichkeit, Sorgfalt und Zuverlässigkeit bei der Arbeit sind hoch. Die Arbeit in den Vereinen wird von den meisten gerne und freiwillig gemacht. Viele sind auch dazu bereit Wochenendarbeit und Überstunden zu leisten, z. B. um die Übungsleiterqualifikation zu erwerben oder um mit ihren Sportgruppen zu Veranstaltungen und Turnieren zu fahren. Die Entlohnung von 1,10 Euro zusätzlich zu Arbeitslosengeld II hatte allerdings durchgängig den negativen Effekt, dass in der Regel kein Urlaub von den Teilnehmer/innen genommen wurde, da er nicht bezahlt wird. Die Begründung lautete durchgängig: »Ab Oktober haben wir doch wieder Ferien, mehr als wir gebrauchen können.« Diese Regelung ist im Hinblick auf den Erhalt der Arbeitskraft ältere Arbeitnehmer für weitere Projekte dringend zu reformieren. Nach Ablauf des Projektes kann man sagen, dass sich die Verbindung von praktischer Arbeit im Verein mit Qualifizierung und Erwerb von Übungsleiter- und Trainerlizenzen sowie Know-how rund um die Vereinsarbeit bereits positiv auswirkt.

Bewegung und Prävention

Die Akademie 2. Lebenshälfte Förderverein im Land Brandenburg – als Träger – führte das Projekt mit dem Ziel, Arbeitssuchende ab 50 zu befähigen, verantwortliche Aufgaben in (Sport-)Vereinen zu übernehmen, vom 01. Oktober 2007 bis zum 29. Februar 2008 durch. Dabei ging es vor allem um die Qualifizierung von Übungsleiter/innen und Trainer/innen in den Bereichen Breitensport (mit und ohne sportartenspezifische Lizenzen), Senioren-, Präventions- und REHA-Sport. Angesprochen waren Menschen mit und ohne Vorerfahrungen bzw. Teilqualifikationen im Sport. Teilnehmer/innen waren 26 langzeitarbeitslose Frauen (13) und Männer (13). Neben der Ausbildung in



Erster Hilfe für alle Teilnehmer/innen als Voraussetzung für die Qualifikation im Sport nahmen 24 Teilnehmer/innen an Qualifikationen und Weiterbildungen teil. Mit der Europäischen Sportakademie des Landes Brandenburg (E.S.A.B.) als zuverlässigem Partner gelang es 17 Teilnehmer/innen, die Ausbildung zur 1. Lizenzstufe Übungsleiter/Trainer Breitensport C zu ermöglichen.

Parallel zu dieser Qualifikation bekamen fünf Teilnehmer/innen die Möglichkeit, alte und lange verfallene Lizenzen mit Hilfe von Weiterbildungslehrgängen zu reaktivieren.

Die Tätigkeit als Übungsleiter/in oder Trainer/in hat in den Vereinen einen sehr positiven Status. Dies stärkt nicht nur das Selbstbewusstsein der Arbeitslosen. Sie werden von den Vereinsmitgliedern als »Leistungsträger« und Respektpersonen erlebt und agieren so auf »gleicher Augenhöhe«. 22 Teilnehmer/innen haben inzwischen in ihren Vereinen Verantwortung übernommen, sei es als Übungsleiter-Trainer oder in der Vereinsverwaltung. 24 Teilnehmer/innen sind mittlerweile Mitglieder im Sportverein.

Durch die sich jetzt bietende Möglichkeiten von Aufwandsentschädigung, Übungsleitergeld oder Minijob verbessert sich auch die wirtschaftliche Situation (die erst eine dauerhafte Teilhabe am Vereinsleben ermöglicht). Durch die gezielte Qualifizierung werden vor allem Langzeit-Arbeitslose aktiviert, die nach erfolgreicher Qualifizierung in der Lage sind, in ihren Vereinen verantwortungsvolle Aufgaben zu übernehmen. Nach erfolgreicher Qualifizierung zum Übungsleiter B (2. Lizenzstufe) besteht die Möglichkeit, mit dieser Lizenz das Qualitätssiegel des Deutschen Olympischen Sportbundes zu beantragen und somit noch mehr Chancen im Bereich Breitensport zu erlangen.

Durch die Erweiterung von Angeboten im Bereich des Senioren- und Gesundheitssports durch qualifizierte und spezialisierte Übungsleiter/innen wird einerseits die Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren erhöht und andererseits das regionale Leistungsangebot von Sportvereinen gestärkt.

Erfolge aller Projekte bei 122 Teilnehmer/innen:

- 5 Teilnehmer/innen 1. Arbeitsmarkt (Pflegedienst, Fitnessstudio)
- 6 Teilnehmer/innen in geförderter Maßnahme (Entgeltvariante im Sportverein)
- 11 Teilnehmer/innen gefördert über Kommunal Kombi (3 Jahre Sportverein)
- 27 Übungsleiter/innen mit Lizenz mit Aufwandsentschädigung im Sportverein
- 81 Teilnehmer/innen sind Mitglieder im Sportverein geblieben

Weitere Ziele:

- Weiterführung des Projektes mit dem Schwerpunkt Präventionssport – Sport mit Älteren
- Machbarkeitsstudie der Akademie 2. Lebenshälfte in den Kontaktstellen des Landes, Seniorensport mit gut ausgebildeten Übungsleitern anzubieten.
- Einstieg in den Rehabilitationssport und Ausbildung weiterer Übungsleiter in den verschiedenen Schwerpunkten.
- Älteren Langzeitarbeitslosen die Möglichkeit geben, mit Selbstvertrauen, Ausdauer, Kraft und Gesundheit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu stärken.

Vielfalt als Herausforderung – Bedarf, Ansatzpunkte und Perspektiven für eine »differenzorientierte« Gesundheitsförderung bei älteren Menschen

**Prof. Christiane Deneke/Dr. Regina Brunnett,
Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg**

»Diversity« ist nicht nur im angloamerikanischen Sprachraum seit einigen Jahren populär. In vielen transnationalen Konzernen werden Personalpolitik und Organisationsentwicklung nach Maßgaben von »Diversity« gestaltet. In den USA und Kanada findet sich der Begriff »Diversity« bereits seit den 1990er Jahren auch

wie z.B. sozial benachteiligte junge Migranten. Dennoch gibt es Probleme, dies umzusetzen. Besonders individual-präventive Maßnahmen werden nach wie vor am besten von Angehörigen der Mittelschichten angenommen, die gesundheitsbewusst leben und über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen.



im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention. Im ersten Fall bezeichnet »Diversity« eine Politik der Anerkennung von Unterschieden unter Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die wertgeschätzt und systematisch für die Organisation nutzbar gemacht werden sollen. Im zweiten Fall werden strukturelle Unterschiede innerhalb von Zielgruppen systematisch in die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung integriert.¹

In Deutschland hält Diversity nur zögerlich Einzug in die Gesundheitsförderung und Prävention. Es gibt inzwischen ein hohes Bewusstsein für die Notwendigkeit, zielgruppenspezifische Angebote zu schaffen und auch schwer erreichbare Zielgruppen anzusprechen,

Gesundheitsförderung alter Menschen steht vor dem Hintergrund des demografischen, sozial- und gesundheitspolitischen Wandels seit einigen Jahren hoch auf der politischen Agenda. Es ist davon auszugehen, dass das wirtschaftliche Segment der Gesundheitsförderung besonders anwachsen wird. Deshalb ist es zum einen erforderlich Angebote zu entwickeln, die dem Bedarf und den Bedürfnissen verschiedener Gruppen alter Menschen entsprechen. Es sind jedoch besonders Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln, die auf die Bedarfe gesundheitlich und sozial benachteiligter alter Menschen zugeschnitten sind. Denn etwa türkische alte Männer mit Migrationshintergrund haben einen sehr hohen Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention, sind aber durch

die etablierten Angebote der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe nur schwer erreichbar.²

Wir ziehen im Folgenden den Begriff der »Vielfalt« vor, weil er erstens nicht die Assoziationen von Management in Organisationen hervorruft und zweitens anschlussfähig für alle im Kontext von Gesundheitsförderung relevanten Unterschiede zwischen Menschen ist. Zunächst werfen wir einen Blick darauf, warum Vielfalt unter alten Menschen gegenwärtig immer bedeutsamer wird und gehen auf einige Dimensionen ein, um sodann Herausforderungen der »Vielfalt« für Gesundheitsförderung bei alten Menschen und dann einige »Beispiele aus der Praxis« aufzuzeigen. Daraus leiten wir einige Orientierungen für Gesundheitsförderung unter dem Vorzeichen von »Vielfalt« ab.

Vielfalt unter alten Menschen – ein neues Phänomen?

Es ist keineswegs eine neue Erkenntnis, dass alte Menschen nicht gleich sind. Warum also rückt gegenwärtig nicht mehr die Gemeinsamkeit, sondern die Unterschiedlichkeit alter Menschen in den Vordergrund? Dafür kommen zwei Erklärungsmuster in Frage: Nach dem ersten handelt es sich bei der Vielfalt unter alten Menschen um ein sozial »neuartiges« Phänomen (1.). Beim zweiten Erklärungsansatz wird davon ausgegangen, dass die Berücksichtigung von Vielfalt unter alten Menschen als »nachgeholte Modernisierung« anzusehen ist (2.). Die beiden Stränge implizieren jeweils unterschiedliche Ansprüche an Gesundheitsförderung und Prävention bei alten Menschen.

Zu 1.

Die Bevölkerung der Industrieländer ist in den letzten Jahren stark gealtert. Zum einen ist die Lebenserwartung älterer Menschen in Industrieländern kontinuierlich angestiegen, zum anderen die Geburtenrate gesunken. Schon jetzt ist jede/r 4. bis 6. Bürger/in in Deutschland über 65 Jahre alt. Es zeichnet sich dabei ab, dass das Ausmaß und der Anteil der gesunden Lebenszeit alter Menschen ansteigt und die Zeitspanne mit starken physischen und psychischen Beeinträchtigungen sich vermindert.³

Alte Menschen unterscheiden sich im Hinblick auf Haltungen und Umgangsweisen mit chronischen Krankheiten, aber auch in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsförderung bzw. Prävention. Es gibt eine große Bandbreite unter alten Menschen, viele leben deutlich gesundheitsbewusster als die jüngere Generation und praktizieren mehr gesundheitsförderliche Aktivitäten.⁴ Die Bandbreite reicht von den immobilen

Senior/innen, die auf ihrem Sofa sitzen, bis zu gesundheitsbewusst Sport treibenden 80-Jährigen, die mehrmals wöchentlich ins Fitness-Studio gehen oder Klettersport betreiben.

Darüber hinaus haben der Anstieg des Wohlstands und Prozesse der Individualisierung, d.h. der Freisetzung aus tradierten Bezügen von Familie und Berufsgruppe mitsamt sozialer Normen, auch vor den Lebensentwürfen und Lebensstilen der jetzigen Generation alter Menschen nicht halt gemacht. Defizitorientierte Bilder des Alterns haben an prägender Kraft verloren und sind einer Vielzahl von Möglichkeiten und Entwürfen zur Lebensgestaltung gewichen, in denen starre Altersgrenzen und kalendarische Altersbestimmungen immer mehr an Bedeutung verlieren. Darin besteht eine große Herausforderung für die Entwicklung des Systems der Altenhilfe und der Gesundheitsversorgung.

Bei aller Pluralisierung der Lebensstile ist soziale Ungleichheit unter alten Menschen aber nicht verschwunden. Nach den Angaben des Alterssurveys 2002 lag das Durchschnittseinkommen von Menschen im Alter von 40-85 Jahren⁵ bei rund 1530 Euro und ist damit vergleichbar mit dem Durchschnittseinkommen insgesamt. Frauen, Migrant/innen und Menschen aus den neuen Bundesländern weisen jedoch ein überproportional hohes Armutsrisiko auf.⁶ Dies ist Folge von geringen Beiträgen im erwerbsfähigen Alter, also von vermehrter Teilzeit-Arbeit, Arbeitslosigkeit und/oder geringer Entlohnung. Armut im Alter ist nahezu irreversibel, denn mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben steigen Vermögen und Einkommen in der Regel nicht mehr. Es ist absehbar, dass das Problem der geringen Renten und der sozialen Ungleichheit im Alter auf dem Boden der starken Einkommensspreizungen und der absehbaren Rentenentwicklung in den kommenden Jahren an Bedeutung zunehmen wird. Voraussichtlich wird dies auch bislang gut abgesicherte soziale Mittelschichten erfassen.

Zu 2.

»Vielfalt« ist auf der anderen Seite auch immer eine Frage des Blickwinkels. In dem Maße, wie Gleichheit aller Menschen angenommen wird, werden bestehende Unterschiede zwischen Menschen ausgeblendet. Das führt dazu, dass die (scheinbare) Gleichheit einer Mehrheit als Grundlage für verfasste Rechte, wie z.B. Staatsangehörigkeit oder Wahlrecht gilt. Gleichzeitig werden Besonderheiten einzelner Menschen bzw. von Gruppen ausgeblendet oder als Abweichung ausgegrenzt. Dieser Mechanismus ist schon seit langem bekannt und erforscht. Ein sozialhistorisches Beispiel ist



die Aberkennung von Bürgerrechten und dem Recht zur Ausbildung für Frauen bis zum frühen 20. Jahrhundert.

Die Beispiele verdeutlichen, dass »Gleichheit« und »Vielfalt« unter alten Menschen Fragen von gesellschaftlicher Anerkennung und Ausgrenzungen berühren. Lange Zeit wurden alte Menschen in der Gesundheitsversorgung wie in der Wissenschaft als defizitär betrachtet, als primär biologische und nicht soziale Wesen. Soziale und kulturelle Prägungen, Migrationshintergrund, biografische Erfahrungen, Geschlecht und Sexualität werden erst nach und nach als relevant für professionelle Pflege, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung anerkannt. Dies ist Voraussetzung dafür, um Konzepte zu entwickeln, mit deren Hilfe relevante Kategorien wie z.B. »Geschlecht« oder »Migrationshintergrund« für zielgruppenadäquate Angebote der Gesundheitsförderung bei alten Menschen berücksichtigt werden können.

Dimensionen von »Vielfalt« im Alter

In Anlehnung an die Diversity-Forschung unterscheiden wir Dimensionen von »Vielfalt« im Alter nach dem Ausmaß ihrer Veränderbarkeit. Aus dem Zusammenspiel der strukturellen Unterschiede auf höchst unterschiedlichen Ebenen und den veränderbaren Dimensionen von Altern erschließen sich Ansatzpunkte für zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung im Alter. Deshalb ist es nicht fruchtbar, Diversity – wie dies häufig in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften geschieht⁷ – von vornherein mit ethnischer oder kultureller Vielfalt gleich zu setzen. Denn welche Dimension von »Vielfalt« unter alten Menschen relevant ist, ist maßnahmen- und zielbezogen zu bestimmen und sodann in der Planung, Durchführung und Evaluierung von komplexen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. So kann es im einen Fall sinnvoll sein, »ethnische Herkunft/kulturelle Prägung« und im anderen Fall »chronische Krankhei-

| Im Alter (eher) unveränderbar | Im Alter (noch) zu beeinflussen |
|--|---------------------------------|
| Sexuelle Orientierung | |
| Geschlecht | |
| Körperliches Alter | Gefühltes Alter |
| Chronische Krankheiten und physische Fähigkeiten | Gesundheitliche Beschwerden |
| Soziale Herkunft | |
| Ethnische Herkunft/Kulturelle Prägung | |
| Bildung | |
| (Verbesserung der) sozio-ökonomischen Lage | |
| Biografie | Soziale Eingebundenheit |
| Sinnstiftende Lebenszusammenhänge | Sinnstiftende Aktivität |

Veränderbare versus (eher) nicht veränderbare Dimensionen von »Vielfalt« im Alter.

ten/physische Fähigkeiten« in den Vordergrund zu stellen. Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei alten Menschen müssen, damit sie wirksam sind, gleichwohl komplex sein und die Interaktion verschiedener struktureller, biologischer und verhaltensbezogener Dimensionen berücksichtigen.

Ziele, Konzepte und Anbieter/innen von Gesundheitsförderung und Prävention bei alten Menschen

Daten der Gesundheitsberichterstattung lassen Rückschlüsse darauf zu, worin Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter liegen.⁸ So ist es etwa erwiesen, dass Mobilitätseinschränkungen im Alter ein hohes Risiko für Pflegebedürftigkeit und für den Verlust von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bilden. Sie sind aber andererseits gut zu beeinflussen, da es sich bei Mobilitätsverlust nicht um eine natürliche Begleiterscheinung des Alterns, sondern um eine Folge von Inaktivität handelt. Umgekehrt hat Bewegung positive Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf- und Muskelsystem, wirkt positiv auf kognitive Funktionen sowie Depressionen, ermöglicht soziale Integration und kann dazu beitragen, Stürze im Alter zu reduzieren.

Gesundheitsförderung im Alter trägt also wesentlich dazu bei,

- Funktionseinschränkungen zu verhindern bzw. den Eintritt zu verzögern,
- Pflegebedürftigkeit vorzubeugen,
- Selbstständigkeit zu erhalten
- und die allgemeine Lebensqualität zu verbessern.

Soziale, kognitive, psychische und körperliche Dimensionen von Gesundheit sind im Alter sehr eng miteinander verknüpft. Dies erfordert integrative Ansätze und verschiedene Settings für kommunale Gesundheitsförderung. So kommt der lebensweltbezogene Ansatz ebenso in Frage wie der versorgungsbezogene Ansatz⁹. Im ersten Fall sollen Lebensbedingungen alter Menschen in der Kommune, im Stadtteil oder im Pflegeheim verbessert werden. Altersgerechte Wohnformen, Wohnprojekte, Mehrgenerationenhäuser, Wohngemeinschaften für alte Menschen und/oder Pflegebedürftige, Milieugestaltung für Demente, oder sozialraumorientierte Projekte der Gesundheitsförderung für alte Menschen zielen darauf ab, die Lebensqualität zu verbessern und für die unterschiedlichen Gruppen eine gesundheitsförderliche Aneignung von Raum zu ermöglichen.

Der versorgungsbezogene Ansatz zielt auf die Integration von Gesundheitsförderung in kura-

tive, rehabilitative und pflegerische Versorgung ab. Dadurch soll die Gesundheitsversorgung verbessert werden. Entsprechend können verschiedene medizinische und pflegerische Professionen, aber auch pflegende Angehörige tätig werden. Hier kommen auf kommunaler Ebene vielfältige Handlungsfelder in Frage, zu denen vor allem Beratung, Ressourcenerfassung und Aktivierung im Rahmen von Pflegestützpunkten oder von aufsuchenden Angeboten gehören, wie beispielsweise durch Family Health Nurses¹⁰ oder im Rahmen präventiver Hausbesuche.

Daraus ergibt sich eine große Bandbreite von Anbieter/innen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für alte Menschen: Stadtteiltreffs, Moscheen, Gemeinden, Alten- und Seniorentreffs oder Kultur- und Bildungseinrichtungen kommen ebenso in Frage wie Anbieter/innen der Gesundheitsversorgung, etwa

Gruppen von älteren Menschen begegnet. So werden gesundheitsförderliche Wirkungen über ein breites Spektrum von Aktivitäten im Alter erzielt, wie beispielsweise die Lesegruppe homosexueller Männer, politische oder soziale Ehrenämter, Kochen, Tanzen, Musik machen, Malen oder Singen. Auch Erwerbsarbeit entfaltet bei alten Menschen gesundheitsförderliche Wirkungen, wenn sie altersgerecht gestaltet ist, daß heißt bestimmte subjektive und objektive Kriterien erfüllt.¹¹ Auch pflegerische und medizinische Angebote für alte Menschen können gesundheitsförderlich wirken, wenn sie ressourcenorientiert ausgestaltet sind und die Handlungs- und Entscheidungsspielräume alter Menschen zur Grundlage nehmen.¹²

Weiterhin ist es bürgerschaftlich sinnvoll und für viele ältere Männer und Frauen hoch sinnstiftend, ehrenamtlich Gruppen in der eigenen



Krankenkassen, Apotheken und Pflegepersonal, oder wie Anbieter/innen von Maßnahmen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung.

Im Hinblick auf die Gesundheit (nicht nur) von alten Menschen wäre es sehr sinnvoll, wenn lebenswelt- und versorgungsbezogene Ansätze, Pflege und Gesundheitsversorgung im Sozialraum eng miteinander verzahnt würden.

Gesundheitsförderung für alte Menschen unter dem Vorzeichen von »Vielfalt«

In der Literatur wie auch in unserer beruflichen Praxis sind uns zahlreiche Beispiele für gesundheitsförderliche Aktivitäten sehr verschiedener

Altersgruppe anzuleiten oder Patenprojekte für die jüngere Generation zu übernehmen. Beispiele hierfür sind Lesepatenschaften oder die begleitende Unterstützung des Berufseinstiegs bei sozial benachteiligten Jugendlichen, aber auch das Angebot von Computerunterricht in einer Senioreneinrichtung. Für andere alte Menschen kann es gesundheitsfördernd sein, auch nach dem Eintritt in das Rentenalter weiter zu arbeiten. So sagt die 85jährige Erna Thomsen, Wirtin der Kiezkeipe »Silbersack« in Hamburg-St. Pauli: »Jetzt arbeite ich nur Freitag- und Sonntagnacht, dann aber bis 6.00 oder 7.00 Uhr morgens. Und solange es mir Spaß macht und ich gesund bin, werde ich weitermachen.«¹³

Orientierungen für Gesundheitsförderung für alte Menschen

Aus den bisherigen Ausführungen lassen sich einige Orientierungen für Angebote der Gesundheitsförderung für alte Menschen ableiten.

Angebote der Gesundheitsförderung sind dazu geeignet, alte Menschen anzusprechen, wenn sie:

- in vertrauten Settings angesiedelt sind
- aufsuchend sind
- als sinnvoll erlebt werden
- biografisch relevant sind
- gesundheitlich relevant sind
- an Wertorientierungen anknüpfen
- an Bedürfnisse und Kompetenzen anknüpfen
- gewünschte und als bereichernd erlebte soziale Kontakte beinhalten bzw. Peers mit einbeziehen
- Spaß machen

»Vielfalt« in der Gesundheitsförderung alter Menschen zu berücksichtigen, beinhaltet vor allem spezielle Weichenstellungen in den Orientierungen und Kompetenzen der Anbieter/innen. Hilfreich ist es, wenn

- alte Menschen nicht als einheitliche Gruppe angesprochen werden, sondern nach den für sie wichtigen Merkmalen;

- die Angebote auf die Bedürfnislagen der Zielgruppen ausgerichtet werden, die angesprochen werden sollen;
- alle relevanten Dimensionen der sozialen Lage von alten Menschen in das professionelle Handeln einbezogen werden, nicht nur die sozio-ökonomische Lage, die Interessen und der Lebensstil, sondern z.B. und ggf. auch soziale Herkunft, sexuelle Orientierung oder physische Beeinträchtigungen;
- umfassende Kompetenzen in Bezug auf »Vielfalt« im Alter ausgebildet werden, nicht nur in Bezug auf soziale Benachteiligungen, Gender und interkulturelle Kompetenz, sondern auch in Bezug auf Gesundheit und Krankheiten im Alter.

1 Vgl. Altgeld, T.; Bächlein, B.; Deneke, C. (Hg.), 2006: Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen!, Frankfurt/Main

2 Vgl. Deneke, C.; Hofrichter, P.; Waller, H., 2002: Armut und Gesundheit – Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen, Lüneburg (ZAG Schriftenreihe)

3 Vgl. Tesch-Römer, C.; Wurm, S., 2009: Gesundheit im Alter bedingt durch Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile, in: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

4 Vgl. Dapp, U. et al., 2007: Geriatrie Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende

Senioren. Angebote und Zielgruppen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 40:226-240.

5 Die Spannweite dieser Altersgruppe ist ungewöhnlich hoch. Die Aussagekraft relativiert sich dadurch.

6 Tesch-Römer, C.; Wurm, S., 2009: Gesundheit im Alter bedingt durch Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile, in: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

7 Vgl. Gransee, C. et al., 2009: Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen, Münster

8 Vgl. auch für die nachstehenden Ausführungen, Walter, U., 2008: Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter, in: Kuhlmei, A.; Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, Bern u.a.

9 Vgl. Walter, U.; Schneider, N., 2008: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Realität und professionelle Anforderung, in: Hensen, G.; Hensen, P., 2008: Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden

10 Vgl. <http://www.familiengesundheitspflege.de>, Stand: 29.11.2009.

11 Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat eine Literatursammlung zu diesem Thema herausgegeben, Baua (Hg.): Sonderinformationsdienst Altersgerechte Arbeit 2002-2007, http://www.baua.de/nn_17686/de/Bibliothek/Informationsdienste/Sonderinformation_20Altersgerechte_20Arbeit.pdf

12 So ist etwa die »ressourcenorientierten Mobilitätsförderung«, wie sie im Rahmen des vom BMBF geförderten Forschungsprojektes »Mobilitätsförderung durch Pflegesprechstunden« entwickelt worden ist, explizit gesundheitsförderlich konzipiert. An diesem Projekt arbeiten beide Autorinnen mit.

13 Schauenburg, J.; Grace, B., o.J: Good Old world

Fachforum 4: Bewegungsförderung in der Region Berlin-Brandenburg

Bernd Schubert, Miteinander Wohnen e.V., Berlin

Katja Sotzmann, Landessportbund Berlin

Dieter Schäfer, Kreissportbund Märkisch Oderland e.V., Wriezen

Moderation:

Annett Schmok, Zentrum für Bewegungsförderung Brandenburg, Potsdam

Strategien und Erfahrungen zur Aktivierung und Motivation älterer Menschen

Bernd Schubert, Miteinander Wohnen e.V., Berlin

Zwei Vorbemerkungen sind notwendig für das Verständnis dieser Positionen.

Die erste Bemerkung betrifft meine Person: aus den Lebensdaten geht hervor, dass mein sportliches Betätigungsfeld immer der Leistungssport – und hier die Sportart Leichtathletik – war. Erst spät, nach vielen Jahren anderweitiger beruflicher Orientierung, kam ich mit der Problematik »Bewegung im Alter« in Berührung. Als ich im Mai 2008 im Verein Miteinander Wohnen meine Tätigkeit begann, hatte ich nicht nur keine rechte Vorstellung, keine Einstellung zu dieser Problematik, sondern eher noch eine abwertende.

Das hat sich grundlegend geändert, auch zum Nutzen für meine Persönlichkeit. Ich betreue heute acht Sportgruppen, bin organisatorischer und inhaltlicher Partner weiterer Sportgruppen im Verein.

Die zweite Bemerkung gilt dem Verein Miteinander Wohnen e.V. Dieser Verein, jetzt im

18. Jahr seines Bestehens, ist ein freier Träger der Altenarbeit, partei- und konfessionsübergreifend. Wir sind also kein Sportverein! Gemäß der Vereinssatzung und im Sinne eines Leitbildes ist die Zielstellung, älteren und älter werdenden Bürger/innen ihre persönliche Eigenständigkeit so lange wie nur möglich zu erhalten, eine hohe Lebensqualität in der gewohnten Umgebung zu gewährleisten. Der Verein mit seinen vielfältigen Projekten und Angeboten bietet durch die Mobilisierung der eigenen Kräfte, durch nachbarschaftliche Hilfe, durch ehrenamtliche Tätigkeiten und organisierter sozialer Betreuung eine Alternative zu Wohn- und Pflegeheim. Der Verein hat etwa 370 Mitglieder, davon etwa ein Drittel hochaltrige Senioren und Seniorinnen. Viele Anwohner im Kiez Berlin-Friedrichsfelde rund um die Volkradstrasse nutzen die Angebote des Vereins regelmäßig. Der Verein ist vernetzt mit anderen Trägern und Begegnungsstätten, mit lokalen Sportvereinen, örtlichen Händlern (z.B. Apotheken, Supermärkten), dem Tierpark und einigen mehr.

Aus dem Leitmotiv des Vereins ableitend, ergibt sich die wichtigste Aufgabe, die strategische Aufgabe: für alle Mitglieder und Interessent/innen eine vielfältige Palette von Angeboten aus allen Lebensbereichen zu präsentieren, viele Interessengruppen zu bedienen. Deshalb gibt es eine Nähstube, eine Wäscherei, den Trödelladen, den Fahrdienst und Reiseclub, die Handwerker, die sozialen Betreuungsdienste und unser Café im Nachbarschaftstreff. Wir feiern Jahreszeitenfeste, Geburtstagsrunden, und kulinarisch-literarische Stunden, ernste und heitere Melodien erklingen im Café. Es gibt einen Malzirkel und einen Literaturclub, es wird Gedächtnistraining durchgeführt und, und...

Und dazu gibt es ein umfangreiches, vielfältiges Angebot für Bewegungen aller Art für unsere Mitglieder und unsere Nachbarn. Es gilt der Spruch: miteinander wohnen – miteinander fit bleiben. Unter dem Motto: »Bewegung statt Ruhestand« bietet der Verein an vier Tagen in der Woche differenzierte Formen der präventiven Seniorengymnastik an. Dazu kommen Angebote in Kursform, Tanzen, Lachjoga, Sturzprophylaxe, Nordic Walking, Atemtherapien, QuiGong, Venengymnastik, geführte Spaziergänge. Wir führen sportliche Veranstaltungen, wie das Frühlingssportfest der Friedrichsfelder Senior/innen, den kiezoffenen Tierparkspaziergang durch. Wir beteiligen uns an Veranstaltungen unserer Partner und des Bezirksamtes.

Es ist für jedermann ersichtlich, dass gute Voraussetzungen durch diese Angebote bestehen, viele ältere Menschen zu begeistern, sich sportlich zu betätigen, sich zu bewegen, sich fit zu halten. Und diese Angebote werden angenommen. Diese Angebote in ihrer Vielfalt sind wohl die beste Motivation. Unsere zwölf Sportgruppen mit etwa 150 Teilnehmer/innen werden von vier Übungsleiter/innen betreut, regelmäßig eine Stunde in der Woche. Sehr geschätzt werden dabei die individuelle Form und der durchaus unterschiedliche Inhalt der Übungsstunden. Natürlich ist der Faktor Gesundheit ein, wenn nicht sogar das wichtigste Motiv für die regelmäßige Teilnahme an den Bewegungsveranstaltungen. Aber für die meisten gibt es noch andere Motive, sich regelmäßig in der Gruppe sportlich zu bewegen.

Ich versuche durch meine Tätigkeit zu erreichen, dass diejenigen, die neu zu uns kommen, und diejenigen, die schon lange dabei sind, bleiben und andere begeistern und mitbringen. Was halte ich dabei für wichtig?

- Alle Sportgruppen sind gemischt – altersmäßig und gesundheitlich.
- Das Wort »niedrigschwellig« hat keine große Bedeutung – es wird ersetzt durch »altersgemäß« und »individuelle Leistungsfähigkeit«.
- Ich gebe für jede Stunde eine spezifische Aufgabe und ein Ziel; beides wird zu Stundenbeginn erläutert.
- Ich versuche, Übungsinhalte langfristig zu planen und abzustimmen.
- Inhaltlich setze ich den Schwerpunkt auf altersgemäße Kraftübungen bzw. kräftigende Bewegungsabläufe, ergänzt durch Entspannung und Beweglichkeit.
- Jede und jeder übt nach seinen Möglichkeiten, aber mit einem Ziel: keine Verschlechterung der Physis. Die Senior/innen, so ist mein Gefühl, erkennen diese Arbeit an, weil sie sich respektiert fühlen. Und ich fühle mich als Partner!

Bei aller Ernsthaftigkeit möchte ich versichern, dass der Spaß, die Freude und die Kommunikation in allen Gruppen ausgeprägt sind. Wäre dem nicht so, stünde ich ab morgen wohl allein im Raum!

Zusammenfassend meine ich, dass die wichtigsten Möglichkeiten der Motivation zu »Bewegung im Ruhestand« ein komplexes Angebot und eine altersgemäße inhaltliche Gestaltung sind.

Zwei Punkte möchte ich noch aufführen, die für das Erreichen unseres Zieles mit Voraussetzung sind:

- Wir brauchen noch mehr ehrenamtlich tätige Menschen aus allen Altersstufen. Wie wollen wir sonst das vielfältige Angebot an die Frau, an den Mann bringen; wie wollen wir die Regelmäßigkeit der Realisierung sichern?
- Die Absicherung unserer Angebote durch geeignete Räumlichkeiten muss in Zusammen-

arbeit mit Kommune und umliegenden Wohnungsgenossenschaften geschaffen werden (Dabei ist natürlich klar, dass man partnerschaftlich kooperieren sollte).

Eigentlich können wir ein wenig stolz sein auf das Erreichte, aber wenn man in einem Kiez lebt, in dem über die Hälfte der Einwohner älter als 60 Jahre ist, erkennt man schnell, wo wir, wo unsere Gesellschaft noch mehr tun muss:

- Zu viele Senior/innen sind außen vorgelassen – sicherlich wollen sie es so. Aber muss es so bleiben?
- Wir vermissen die Männer!
- Wir vermissen auch das aktive Mittun von Migrant/innen.
- Wir müssen sozial schwache Mitbürger/innen besser erreichen und mehr einbeziehen.

Jeder neue Mitstreiter, jede neue Mitstreiterin ist ein Gewinn für unsere Gemeinschaft!



Coaching 50+ Ortsnahe und niedrigschwellige Angebote der Bewegungsförderung

Katja Sotzmann, Landessportbund Berlin



Der Leitgedanke des Projektes »Coaching 50+« besteht darin, dass mehr Menschen für Bewegung und Sport gewonnen werden und damit ein Beitrag zum Erhalt und zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Bürger geleistet wird. Es gilt für die Zukunft niedrigschwellige, kostengünstigere und ortsnahe Angebote zu schaffen, die auf die demografischen Veränderungen in der Gesellschaft reagieren. Dabei kommt den wohnortnahen Angeboten eine besondere Bedeutung zu. Es ermöglicht Bürgerinnen und Bürgern, die noch im Beruf aktiv sind oder aus dem Berufsleben ausscheiden, ohne viel Aufwand, sich regelmäßig sportlich zu betätigen und Bewegung und Sport als unverzichtbaren Bestandteil der Lebensplanung zu integrieren. Langjährige Sportmuffel, Neu- und Wiedereinsteiger/innen sollen begeisterte Gesundheitssportler im Sportverein werden.

Vor diesem Hintergrund wurden der Ansatz und das Rahmenkonzept für die Maßnahme im Landessportbund Berlin e.V. entwickelt. Durch die gezielte Kooperation mit Partnerorganisationen außerhalb des organisierten Sports

wurden neue wohnortnahe Räume und neue Zielgruppen für das Sporttreiben gewonnen.

Das »Coaching 50+«-Modellprojekt des Landessportbundes Berlin sieht die kostenlose

Bereitstellung von erfahrenen Übungsleiter/innen für vier bis sechs Wochen vor. Sie unterstützen den Aufbau neuer Sport- und Bewegungsgruppen und wirken auf eine Verbesserung der Angebote bereits bestehender Sportgruppen hin. Die externen Partnerorganisationen stellen dazu Räume zur Verfügung und übernehmen das Ansprechen der Zielgruppe. Der Landessportbund Berlin unterstützt durch Werbemaßnahmen (Eindruckplakate, Anzeigen), qualifizierte Coaches und Sportgeräte. Ziel ist es, dass sich nach Ablauf der Förderung die Sport- und Bewegungsangebote organisatorisch und finanziell selbst tragen und weitergeführt werden. Sollten sich die Teilnehmenden darüber hinaus zu einer Mitgliedschaft in einem lokalen Sportverein entschließen, so ist das ein weiterer Erfolg, um sie für ein nachhaltiges Sporttreiben zu gewinnen.

Für den Sport und die externen Partner erschließen sich finanzielle und soziale Potentiale, die sich u. a. in der Freizeit- und Bewegungskultur jenseits der kommerziellen Anbieter widerspiegeln. Dies ist besonders unter dem Aspekt der älter werdenden Gesellschaft relevant, da es zukünftig immer mehr fitte und junge Ältere geben wird, die nach Gesundheit und Herausforderung streben. Weiterhin ist die Erschließung und Nutzung von neuen externen Räumlichkeiten, die dem »normalen« Sporttreiben nicht zugänglich sind, besonders für die Zielgruppe 50+ von großer Bedeutung, da keine Besserung des Sportstättenangebotes (Schwimmhallenschließung, Schulschließung, Ganztagschule etc.) zu erwarten ist. Somit können die externen Partner/innen ihre Räumlichkeiten besser ausnutzen, ihre Angebotspalette erweitern und neue potentielle Kunden



Nutzen der Kooperation mit Partnerorganisationen (Quelle: Präsentation Katja Sotzmann)



für ihre Einrichtungen gewinnen. Der Sportverein kann auf diese Art und Weise neue Mitglieder gewinnen, die sie durch traditionelle Sportarten nicht erreichen. Zudem werden neue Sportangebote/Freizeitmöglichkeiten für den in der Gesellschaft ständig wachsenden Anteil älterer Bürger geboten, so dass ein Beitrag zur Vielfalt des Sports geleistet wird. Letztendlich werden neue Partnerschaften und Kooperationen außerhalb des organisierten Sports möglich, aus denen beide Partner/innen einen Nutzen ziehen (Win-win-Situation) – zum Beispiel führt der Sportverein in einer Seniorenresidenz seine Klausurtagung durch und nutzt die Übernachtungsmöglichkeiten. Das Projekt »Coaching 50+« wurde bereits 2003-2005 in Berlin durchgeführt, so dass folgendes konstatiert werden kann. Insgesamt konnten 18 beteiligte Partner/innen innerhalb des Sports (Sportvereine), 20 beteiligte Partner/innen außerhalb des Sports, 57 aufgebaute Seniorensportgruppen, 570 Teilnehmende und 54 neu gewonnene Mitglieder im Sport-

verein verzeichnet werden. Diese Erfolge sind darauf zurück zu führen, dass die Angebote zur Zielgruppe gebracht wurden, d.h. in das Wohngebiet oder zum Arbeitsort.

Das bedeutet, dass persönliche Überzeugungsarbeit mit den potentiellen Partnerorganisationen über Ziele und Inhalte des Projekts notwendig ist und dass sich die Übungszeiten an den Wünschen der Teilnehmenden orientieren. Dementsprechend sollten im Vorfeld der Bedarf und die Interessen der potentiellen Teilnehmenden in persönlichen Gesprächen ermittelt werden. Erfahrungsgemäß sind Sportarten wie Wandern, Tanzen, kleine Spiele, Entspannungsübungen und gesundheitlich vorbeugende wie wiederherstellende Sportangebote für die Zielgruppe der 50- bis 60-Jährigen besonders attraktiv. Trotz der positiven Bilanz des Projekts zeigen die Erfahrungen, dass beim Aufbau neuer Sportgruppen in externen Einrichtungen viele Herausforderungen existierten, die zunächst überwunden werden mus-

ten. Das heißt, dass gemeinsame Ziele zwischen den Partnern (dem Landessportbund, Sportvereinen, Teilnehmer/innen und externen Partnern) eine wichtige Basis für den Erfolg des Projekts darstellen, wie auch die zielgruppen-gerechten Sportangebote, die Erläuterung des Aufwands und des Nutzens für die Teilnehmer/innen in einem Verein Mitglied zu werden (z. B. Versicherung bei Sportunfällen, soziale Aspekte...), die finanzielle Absicherung des Sportangebots, die geeigneten Räumlichkeiten und qualifizierte Übungsleiter/innen (letztere werden zum Beispiel beim Landessportbund Berlin in der Sportschule ausgebildet). Für die Aktivierung älterer Menschen zu Bewegung und Sport, die u. a. am Ende ihres Berufslebens und im Übergang ins »Freizeit- und Hobbyalter« noch fit und gesund sind, aber nicht den Weg in traditionelle Sportvereine finden, sollten mögliche Ursachen unbedingt berücksichtigt werden. Das können mangelnde Informationen über Bewegungsangebote sein, aber auch zu lange Wege zur Sportstätte oder Sportangebote, die zu zeitaufwändig und zu kompliziert sind und damit eine psychische Barriere zum Sport bilden.

Zusammenfassend kann für den Seniorensport festgehalten werden, dass sich das Projekt bewährt hat, da alle (Teilnehmer/innen, Partner, Sportverein) einen Nutzen aus der Zusammenarbeit ziehen – eine Win-Win-Situation. Es konnten wohnortsnah mehr Sporträume erschlossen und niedrigschwellige und kostengünstige Sportangebote geschaffen werden, die ältere Menschen zu regelmäßiger sportlicher Bewegung aktivieren und motivieren. Darüber hinaus wurde der Leitgedanke dieses Projektes im Landessportbund Berlin in ein Förderprogramm überführt.

Die komplette Dokumentation des Projekts »Coaching 50+« können Sie beim Landessportbund Berlin bestellen.

Wir werden älter – na und: Aktiv bleiben wir fit!

Dieter Schäfer, Kreissportbund Märkisch Oderland e.V., Wriezen



Die Nachfrage nach längerfristigen und verlässlichen Sportangeboten für ältere Menschen wächst. Daher hat es sich die Abteilung Breitensport beim Kreissportbund Märkisch Oderland e.V. (KSB MOL) zum Ziel gesetzt, Seniorinnen und Senioren ihres Landkreises sportliche Betätigung bis ins hohe Alter zu ermöglichen. Sport dient nicht nur der Sicherung und Erhöhung der Lebensqualität, sondern schafft zusätzliche Kommunikationsmöglichkeiten, die der Vereinsamung im Alter entgegenwirken können.

Das Seniorensportprojekt »Wir werden älter – na und: Aktiv bleiben wir fit«, welches 1998 ins

Leben gerufen wurde, erreicht ältere Menschen nahezu flächendeckend, gerade in den ländlichen Regionen des Oderlandes. Insgesamt werden 39 verschiedene Orte des Landkreises MOL von den 13 ausgebildeten Übungsleiter/innen und Betreuer/innen angefahren, um dort altersgerechte Sportgruppen zu trainieren und in die Pflegeheime zu gehen.

Die Angebote richten sich an Seniorinnen und Senioren über 60, an ältere Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen und an Reha-Patient/innen, die aus verordneten Betreuungsgruppen herausfallen, jedoch trotzdem weiterhin gerne Sport treiben wollen.

Derzeit bestehen 52 Seniorensportgruppen. Davon sind 34 Sportgruppen bei Vereinen angesiedelt. Acht Sportgruppen werden in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern betrieben, wie z.B. mit der Diakonie Wriezen oder dem Pflegeheim »Bethesda« Bad Freienwalde. Darüber hinaus bietet der KSB MOL vier Sportgruppen für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen sowie eine Sportgruppe für psychisch Erkrankte und fünf Gruppen im Rehasport an. Ein spezielles Sportangebot für Menschen, die an Diabetes erkrankt sind, ist für 2010 in Planung.

Neben den wöchentlichen Betreuungen werden zwei- bis dreimal im Jahr kreisweite und regionale Senioren-Gymnastik-Werkstätten als Begegnungs- und Fortbildungsveranstaltungen organisiert und durchgeführt. Auch werden gesundheitssportorientierte Wochenreisen angeboten. Für die Teilnahme an der Senioren-Gymnastik-Werkstatt ist eine Mitgliedschaft im Verein nicht zwingend erforderlich. So bietet sie die Möglichkeit des Kennenlernens und des »Reinschnupperns«, für alle diejenigen, die an Bewegungsangeboten Interesse haben.

Derzeit werden insgesamt 747 Seniorinnen und Senioren betreut. Um die wohnortnahen Angebote noch weiter ausbauen zu können, will der KSB MOL sich mit weiteren Sportvereinen der Region vernetzen. Durch die Vernetzung sollen nicht nur die sozialen Kontakte älterer Menschen besser gefördert werden, sondern auch Menschen in schwierigen Lebenslagen und Menschen mit Migrationshintergrund besser erreicht werden.

Abschlussdiskussion

Gesundheitsförderung für ältere Menschen – Herausforderung und Chance für Kommunen

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover

Dr. Andreas Böhm, Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Familie, Potsdam

Monika Gordes, Städte- und Gemeindebund Brandenburg, Potsdam

Dr. Christian Hanke, Bezirksbürgermeister Berlin-Mitte

Reinhard Mann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Moderation:

Carola Gold, Gesundheit Berlin-Brandenburg

Carola Gold:

Gut, meine Damen und Herren, ich hoffe, dass wir gemeinsam eine spannende Abschlussrunde haben und Fragen, die sich im Laufe des Tages angesammelt haben, diskutieren können.

Ich möchte Ihnen kurz vorstellen, wer teilnimmt. Herrn Mann haben Sie heute Morgen schon in der Präsentation des Modellprojekts der BZgA kennengelernt. Andreas Böhm ist aus dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Familie aus Brandenburg. Er ist dort unter anderem zuständig für Gesundheitsziele im Bereich Altern. Frau Gordes ist stellvertretende Geschäftsführerin vom Städte- und Gemeindebund Brandenburg und im Vorstand von Gesundheit Berlin-Brandenburg. Herr Hanke ist Bezirksbürgermeister und zuständig für das Ressort Gesundheit im Bezirk Mitte. Thomas Altgeld ist Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen.

Die Diskussion um Gesundheitsförderung bei älteren Menschen als einer Zukunftsaufgabe der Kommunen hat, das haben wir gemerkt, sehr viele Facetten. Ich würde gern zum

Einstieg noch einmal den Gedanken aufnehmen, dass Gesundheit im Alter sehr viel mit Aufrechterhaltung einer positiven Lebensperspektive zu tun hat. Thomas Altgeld, was ist gemeint mit dem Begriff »positive Lebensperspektive«?

Thomas Altgeld:

Positive Lebensperspektive bedeutet, dass man nicht immer die Verluste des Alters betrachtet, sondern hervorhebt, was tatsächlich noch da ist und die Gewinne, die das mit sich bringt. Wir haben zu unserem eigenen hundertjährigen Vereinsjubiläum Hundertjährige befragt und festgestellt, dass sie in ganz hohem Maß diese Fähigkeit besitzen. So kam die Frage auf: Wie kann das gefördert werden? Ist das angeboren oder nicht angeboren? Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass solche positiven Lebenseinstellungen in erster Linie über Teilhabestrategien, also Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen aufrechterhalten werden können. Das führt zu der zentralen Fragestellung, was kann Teilhabe von Menschen fördern und auch über eine lange Lebensspanne gewährleisten. Diese positive Lebensperspektive ist auch eine Forderung an

Professionelle, also wie sehen sie das Alter? Schauen sie auch tatsächlich, was Menschen für Potentiale und Ressourcen haben und wie die gestärkt werden können – oder eher, wie dement, »oberschenkelhalsfrakturmäßig« und mundungesund Ältere sein können oder dick und nicht bewegend? Meiner Meinung nach fehlt im professionellen Bereich eine Haltung, die wertschätzend und ressourcenorientiert ist und nicht immer die Defizite ankreidet.

Carola Gold:

Von einer individuellen Stärke, also einer Ressource für Gesundheit, einer positiven Haltung und den Anforderungen an die Professionellen sprechen wir gleich noch. Andreas Böhm, die Menschen werden älter, und das verändert auch die Bevölkerungsstruktur. Aus der Sicht eines Landesministeriums kann ich mir vorstellen, dass diese Situation möglicherweise auch ambivalent wahrgenommen wird.

Dr. Andreas Böhm:

Ich glaube, die Aufregtheit in der Diskussion um den demografischen Wandel lässt nach und

dafür gibt es auch ein paar Anzeichen. Es ist nicht lange her, da war immer die Rede davon, dass die Bevölkerungspyramide nicht mehr stimme. Nach dem Bild der Pyramide gibt es viele junge Menschen und wenige Alte. Das heißt dann, dass junge Menschen früh sterben und nur wenige alt werden. Wir haben in der Gegenwart eine demographische Situation, die als bedrohlich geschildert wird. Aber viele Menschen haben auch die Chance alt zu werden. Das ist ein gigantischer Gewinn in unserer Gesellschaft, den es so historisch noch nicht gegeben hat.

Ich will damit nicht sagen: alles prima, und man soll sich über die Zukunft keine Sorgen machen. Selbstverständlich, und wir sind wir ja auch gefordert. Es gibt für das Land Brandenburg spezielle Problemlagen, die von Berlin aus kaum vorstellbar sind. Wir haben das Dilemma, dass in dem äußeren Raum des Landes ein relativ großer Bevölkerungsrückgang stattfindet, der den Alterungsprozess noch forciert. Tatsächlich müssen da kluge Entscheidungen für neue Strukturen getroffen werden – übrigens für alle Bereiche. Für Bildung und natürlich auch für Gesundheit und Gesundheitsförderung, damit dort für die Bürger das aufrechterhalten werden kann, was wirklich notwendig ist. Das funktioniert wahrscheinlich nur mit vielen Formen der Vernetzung. Ich sage das jetzt aus der Perspektive des Landes. Das Land hat schon vor einiger Zeit seniorenpolitische Leitlinien veröffentlicht und sich damit auch eine Selbstverpflichtung gegeben. Wahrscheinlich wird auch der Koalitionsvertrag entsprechende Passagen enthalten. In der Hinsicht bin ich ganz optimistisch und nicht mehr hysterisch aufgeregt, wenn es um das Stichwort des demografischen Wandels geht.

Carola Gold:

Christian Hanke. Vielleicht können Sie aus Ihrer Sicht – sowohl als Zuständiger fürs Gesundheitsressort als auch als Bürgermeister – sagen, wie in der Kommune mit dem Thema umgegangen wird. Gibt es Bereiche, wo Sie sagen: Da müssen wir jetzt neue Schalthebel setzen? Wie sieht das aus, wenn die Kommune sich diesem Thema annimmt?

Dr. Christian Hanke:

Sehr geehrte Damen und Herren, vorab die Bemerkung: Der demografische Wandel ist sicherlich nicht beängstigend und muss auch nicht Angst machen, aber er stellt natürlich auch die ernste Frage der Ressourcen und insgesamt die Frage der Finanzierung der sozialen



Sicherungssysteme in der Bundesrepublik und damit eben auch in den Kommunen. Das heißt, die Steuerungsfähigkeit der Bezirke oder der Kommunen, eigene Angebote einzurichten oder in die Prävention zu investieren, werden immer enger oder sind so gut wie nicht mehr da. Man kann das in Berlin nachvollziehen, dass zum Beispiel immer weniger Bezirke eigene kommunale Begegnungsstätten unterhalten, mit eigenem Personal. Und das bedeutet, es ist nicht mehr möglich, dass die Mitarbeiter/innen in der Begegnungsstätte eine Fortbildung machen und dann Bewegungskurse für Hochbetagte in diesen Einrichtungen anbieten. So eine Art von Steuerung wird zunehmend schwerer.

Wo liegt die Zukunft? Sie liegt zum einen in der Vernetzung und zum anderen in dem Versuch, Wissenstransfer zu organisieren. Positives Beispiel der Vernetzung: Bei mir im Bezirk gibt es den geriatrisch-geronto-psychiatrischen Verbund, den wir vor einigen Jahren im Bezirk Mitte gegründet haben. Dort sind wir als Bezirk mit Akteur und gewährleisten ein Stück auch die Organisation und Koordination. Aber wir versuchen auch, die unterschiedlichsten Träger vom geriatrischen Zentrum über ambulante Pflegedienste bis hin zu anderen Akteuren in dem Bereich zusammenzuführen. Und das scheint mir sehr positiv zu funktionieren, weil sich dann nicht nur die Menschen kennen lernen – das wird interessant bei Fragen der Übergabe vom Krankenhaus in eine ambulante Pflege –, sondern geht auch dahin, dass man Fortbildungsveranstaltungen organisiert und im Verbund erkennen kann, was Tendenzen sind und wo wir reagieren müssen. Da können wir glücklicher-

weise als Bezirk mit Sozialplanung reagieren, Bedarf und Entwicklung feststellen. Das ist für mich ein sehr schönes Beispiel, dass Vernetzung nicht nur ein Wort ist, sondern dass es auch wirklich funktionieren kann. Das können wir als Kommune auch aktiv unterstützen.

Ein zweites Beispiel ist, dass wir im Rahmen der Gesundheitsförderung im Bereich für Ältere, Alte und Hochbetagte mithelfen können, Wissenstransfer zu organisieren. Da will ich zwei Dinge benennen. Zum einen haben wir das Glück, dass wir auch starke Partner bei uns im Bezirk haben wie die Charité, oder auch Vivantes. Dort organisieren wir Fortbildungsveranstaltungen. Ein auch von Jüngeren sehr gut angenommenes Thema ist z.B. »Seelische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen«, aber wir haben auch eine Fortbildungsveranstaltung organisiert zum Thema »Demenz«, wo wir versuchen, den Transfer aus der Wissenschaft in die Praxis zu leisten. Und mir ist da etwas in Erinnerung geblieben: nämlich, dass die Wissenschaft sagt, bestimmte demenzielle Erkrankungen seien häufig, zu 20 Prozent möglicherweise, körperliche Erkrankungen, die teilweise sogar geheilt werden können bzw. wo der Prozess gestoppt werden kann. Das fand ich einen sehr interessanten Wissenstransfer, der ja lebenspraktische Bedeutung hat für jeden Menschen, der auf diese Weise erkrankt ist und der vielleicht zu schnell in eine stationäre Einrichtung oder in eine Demenz-WG abgeschoben wird.

Ein zweites Themenfeld, was uns hier in Berlin sehr interessiert, aber auch bundesweit Bedeutung hat, sind unsere älteren und mittler-

weile auch hochbetagten Migrantinnen und Migranten. Zu dem Thema haben wir 2003 eine erste Konferenz organisiert mit der Frage »Was heißt kultursensible Altenpflege?« Da kommt es zu ganz praktischen Fragen: Wenn Menschen dement werden und ihre Kindheitserinnerungen immer wichtiger werden, wie muss dann eine Demenz-WG eingerichtet sein? Und da reicht es dann eben nicht mehr Orientierungspunkte zu schaffen, die aus Deutschland stammen, sondern man muss auch Orientierungspunkte aus Ostanatolien oder dem Libanon suchen. Das sind Punkte, wo wir versuchen, Wissenstransfer mit zu unterstützen.

Carola Gold:

Herzlichen Dank. Frau Gordes, ich darf gleich an Sie weitergeben als Vertreterin der Brandenburger Kommunen. Wenn Herr Hanke sagt, die Steuerungsfähigkeit in den Kommunen nimmt ab, dann ist das eine Aussage, die sicherlich auch auf viele Brandenburger Kommunen zutrifft.

Monika Gordes:

Sicher ist, dass es nicht mehr Ressourcen geben wird, da stimme ich zu, aber ich denke schon, dass es auch darauf ankommt – und da bin ich für die Veranstaltung heute dankbar –, dass in Brandenburg mehr das Augenmerk auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen gelegt wird. In den letzten Jahren ist vermehrt auf Kinder geachtet worden. Wir mussten viele Schulen und Kindertagesstätten schließen, weil die Geburtenzahl stark zurückging, und da war das Thema Kinder sehr im Fokus. Ich denke, es ist jetzt wirklich Zeit, dass alle Kommunen oder die Verwaltung jedenfalls die Gesundheitsförderung für Ältere mehr in den Mittelpunkt rücken. Das heißt nicht, es sollen unbedingt neue Angebote geschaffen oder finanziert werden, sondern es soll eine Vernetzung der bestehenden Angebote vor Ort gewährleistet werden und eine Moderation zwischen ihnen stattfinden, damit ein fachlicher Austausch möglich wird.

Beispielsweise können Kommunen in ihren Amtsblättern oder Broschüren Wegweiser für Ältere veröffentlichen, wo alle Angebote der Gesundheitsförderung aufgeführt sind. Natürlich muss man auch zu den Menschen hingehen, wenn es denn welche sind, die sich nicht von sich aus melden. Das kann dann wiederum die Kommune übernehmen oder auch Vereine. Auch indirekt werden Kommunen tätig, sie finanzieren ja über die offene Altenarbeit sehr viele Angebote auch von freien Trägern oder

von den Sportvereinen. Diese Dinge gibt es, aber meiner Meinung nach sollte man mehr speziell für ein gesundes Altern anbieten. Ich denke schon, dass da noch Nachholbedarf oder Verbesserungsbedarf ist.

Carola Gold:

Herr Mann, Sie haben heute Morgen schon angedeutet, dass das, was Sie in dem Modellprojekt der BZgA im Rhein-Sieg-Kreis entwickelt und auf den Weg gebracht haben, zukünftig auch anderen Kommunen zur Verfügung stehen kann. Vielleicht möchten Sie dazu noch ein paar Sätze sagen.

Reinhard Mann:

Ja, das ist richtig, was wir im Rhein-Sieg-Kreis-Modell erproben, werden wir weitergeben. Wir haben schon angefangen mit den Zentren für Bewegungsförderung. Es ist ausdrücklich so geplant, dass wir Materialien, Vorgehensweisen und Ergebnisse schrittweise weitergeben. Wer Interesse daran hat, der kann sich gerne mit uns in Verbindung setzen. Ich vermittele bei konkreten Fragen auch den Kontakt zum Rhein-Sieg-Kreis und den dortigen Akteuren, die gern Rede und Antwort stehen und Hilfe leisten.

Es geht bei diesem Modell zum einen darum, wie man Angebote verändern kann um mehr auf die Bedürfnisse der Bürger einzugehen. Es sind beispielsweise nur 33 Prozent der Angebote mit öffentlichem Nahverkehr zu erreichen und deshalb für wesentliche Zielgruppen nicht zugänglich. Das war für die Kommune im Rhein-Sieg-Kreis ein Anreiz, zu sagen: dann müssen wir gucken, dass wir Busunternehmen dazu kriegen, dass sie dort fahren und wir machen einen Fahrdienst. So konkret kann man Dinge verändern und das probieren wir vor Ort aus.

Natürlich kann man bei uns auch Materialien dazu bekommen, wie man einen Aktionstag organisiert. Ich denke, die meisten, die in der Kommune aktiv sind, wissen und können das, aber manchmal ist es auch ganz schön, einen Flyer zu haben, den man nutzen und einfach verändern kann.

Carola Gold:

Ich würde gern noch einmal auf einen Begriff zurückkommen, der sich durch die gesamte Veranstaltung gezogen hat, nämlich den Begriff der Teilhabe. Ein Referent sagte beispielsweise, die Lösungen liegen vor Ort. Man kann sie nicht von außen hineinbringen. Wo in der

Kommune, beispielsweise in Mitte oder in noch kleineren Räumen, gibt es Möglichkeiten, wo Sie sagen, da haben wir Potential oder da gelingt es uns schon sehr gut, ältere Menschen einzubeziehen? Oder sehen Sie möglicherweise andere Akteure, wie zum Beispiel Seniorenfreizeitstätten, von denen Sie sich mehr Initiative in Richtung Beteiligung von Senioren wünschen würden?

Dr. Christian Hanke:

Ja, das Thema Beteiligung ist aktuell und wird zumindest hier in Berlin auch immer stärker diskutiert und umgesetzt. Ich denke, dass wir in Berlin mit dem Seniorenmitwirkungsgesetz einen Meilenstein geschaffen haben. Wir haben in den zwölf Bezirken jeweils eine Seniorenvertretung. Wir haben eine Landesseniorenvertretung und damit Strukturen institutioneller Art geschaffen, an denen Senioren sich beteiligen können und in bestimmten Formen ihre Stimme erheben können. Natürlich kann man vieles davon noch weiterentwickeln, noch verbessern, wie zum Beispiel die Wahlbeteiligung bei Älteren. Eine Frage, die in vielen Bezirken stark diskutiert wird, ist: Wie kann man die Bürgerbeteiligung in den Stadtteilen erhöhen und unterstützen? Da haben wir mit dem Quartiersmanagement (QM) ein sehr gutes Instrument im Rahmen der »Sozialen Stadt«, weil wir dort beispielsweise regelmäßig Wahlen der Quartiersräte durchführen, die, in meiner Sicht, auch immer ein Stück Stadtteilvertretung sind und Bürgerbeteiligung sicherstellen. Und das, was dort an Wünschen formuliert wird, erreicht auch uns als Kommune, als Bezirksverwaltung.

Es gibt auch, sei es durch die Stadtteilzentren oder durch andere Initiativen, Bemühungen, außerhalb von QM Menschen zu beteiligen. Ich glaube, dass insbesondere die Stadtteilzentren, die wir hier in Berlin haben, diesen Aspekt berücksichtigen. Und das scheint mir ein sehr guter Weg zu sein, auch wenn es noch vieles gibt, was man entwickeln kann, um beispielsweise nicht immer nur die Mittelschicht zu erreichen, sondern auch die anderen mitzunehmen. Und wichtig sind auch solche Einrichtungen wie Freiwilligenagenturen, wo man gerade älteren oder auch alten Menschen Möglichkeiten bieten kann, sich in der Kommune, im Gemeinwesen zu engagieren, als Lesepatin oder anderes.

Carola Gold:

Thomas Altgeld, Teilhabe, Partizipation sind Teil von Gesundheitsförderung. Was diese Frage betrifft, Christian Hanke hat es gerade

angesprochen, schaffen wir es denn auch, die sozial Benachteiligten zu erreichen? Wer wären die Akteure, die sich da besonders Gedanken machen müssten, dass Zielgruppen, die vielleicht bisher noch nicht so beachtet wurden, gerade bei den Älteren, erreicht werden?

Thomas Altgeld:

Da könnte man jetzt lange drüber reden. Ich versuche einen ersten Einstieg. Meiner Meinung nach haben die Menschen, die Angebote anbieten, eine Verantwortung, diese Angebote generationengerecht, sozial-schichtgerecht und bildungsgerecht zu gestalten. Ich denke, man bräuchte so etwas wie eine Selbstverpflichtung auf Seiten der Akteure. Sie müssten sich fragen: Bevor ich ein Angebot mache, wem nützt das was und wie erreiche ich dann auch Zielgruppen, die die höchsten Bedarfe haben? Diese Denkschleife ist in vielen Köpfen nicht vorhanden. Wenn man, bevor man etwas anbietet, drüber nachdenkt, welche Lebenswelten dort eine Rolle spielen könnten, dann würde man viele Angebote gar nicht mehr machen und müsste nicht hinterher über schwer erreichbare Zielgruppen jammern, die aber von der Angebotsstruktur her schwer erreichbar sind. Das wäre das eine. Das andere: Ich sehe auf jeden Fall eine kommunale Verantwortung für die Steuerung solcher Prozesse. Meiner Meinung nach wissen tatsächlich die kommunalen Strukturen am ehesten, wo sich Problemlagen und Zielgruppen ballen, die in anderen gut gemeinten Programmen nicht unterkommen. Sie haben es schon angesprochen: Wenn es so etwas wie ein soziales Stadtgebiet gibt, dann ist es immer einfacher. Dann gibt es ein Quartiersmanagement und Bewohnerbeteiligung,

aber die Frage ist, ob nicht auch mit anderen Strukturen mehr zusammengearbeitet werden muss? In Niedersachsen probieren wir beispielsweise mit der Wohnungswirtschaft zusammenzuarbeiten. Die haben ein hohes Interesse daran, dass die Menschen im Quartier bleiben und die Mieten weiterzahlen und nicht wegziehen, wenn irgendetwas schief geht, und darum versuchen die den sozialen Zusammenhang im Stadtteil zu fördern.

Das ist unser Gesundheitsförderungsansatz: sozialer Zusammenhang im Stadtteil, vernetzte Dienste, bürgerschaftliches Engagement. Und das hört man von Menschen, die in der Wohnungswirtschaft eigentlich nur Geld verdienen wollen. Ich denke, da sind wir anschlussfähig mit unseren Themen. Vom Gesundheitssektor in andere Bereiche reinzukommen oder da ein Angebot zu machen, ist manchmal ein sehr weiter Weg. Ich glaube, dass es tatsächlich mit den Akteuren vor Ort passieren muss, und da halte ich auf der einen Seite die Kommune, die Altenhilfe und die Sozialplanung für wichtige Akteure und auf der anderen Seite so was wie Wohnungsbau-gesellschaften auch für einen ganz wichtigen neuen Akteur in diesem Bereich, den wir stärker ins Boot holen müssen.

Carola Gold:

Dieser Gedanke, an Wirtschaftsinteressen anzuknüpfen und sie nutzbar zu machen für Strategien der Gesundheitsförderung, kann neue Ressourcen erschließen. Frau Gordes, wie können wir Kommunen unterstützen und gewinnen für diesen Weg? Sie sagten gerade, Sie hätten schon den Eindruck, dass das Bewusst-

sein für dieses Thema in den Kommunen wächst, aber ich kann mir auch vorstellen, dass man das möglicherweise noch fördern könnte?

Monika Gordes:

Ja, ich könnte mir zum Beispiel für Brandenburg vorstellen, dass auch dort in den äußeren Räumen oder in den kreisfreien Städten solche Konferenzen stattfinden, auf denen fachlich über Strategien der Gesundheitsförderung gesprochen wird, so dass dann auch die Menschen vor Ort und diejenigen, die es umsetzen, mehr vom Thema wissen, mehr Kenntnisse haben. Etwas anderes ist, dass unser Verband mit Rundschreiben über solche Themen informiert und auf weiterführende Literatur oder Internetseiten hinweist, so dass auch die beruflich damit Befassten damit erreicht werden. Hier muss man auch die Liga der freien Wohlfahrtspflege und die Kirchen einbinden, weil die viele Pflegeeinrichtungen und Alteneinrichtungen haben und ihre Strukturen im ganzen Land verteilt sind. Das wären jetzt drei Möglichkeiten, um das Thema weiter zu verbreiten. Aufgegriffen werden muss es dann freiwillig vor Ort, sei es, dass die Seniorenbeiräte sich dafür interessieren, politisch Druck machen oder dass die Initiative wirklich aus den Verwaltungen kommt.

Carola Gold:

Vor dem Hintergrund, was Sie jetzt entwickelt haben – im Bezirk oder in der Kommune nach Ressourcen, nach Bedarfen schauen, Angebote verändern, etwas gemeinsam erreichen – das ist ja im Grunde eine große Vorlage für einen Zieleprozess, den das Land Brandenburg ma-



chen könnte. Würde das heißen, dass man möglicherweise mehr »bottom up« braucht und weniger »top down«?

Dr. Andreas Böhm:

Ich möchte ein klein wenig weiter ausholen, um auch zu begründen, warum man Partizipation hier nicht nur instrumentell braucht. Aus den Gesundheitswissenschaften wissen wir, das wurde hier auf dieser Tagung noch nicht angesprochen, dass Menschen dann gesund bleiben können, wenn sie die Welt verstehen, in der sie leben, wenn sie darin einen Sinn sehen können und wenn sie handelnd eingreifen können. Dies wird als Salutogenese verstanden. Dieses Prinzip zieht sich praktisch durch alle Ebenen hindurch. Das gilt individuell in deinem und meinem Leben, und es ist sozusagen auch in den Organisationsstrukturen darüber. Alle modernen Regierungsprozesse sind darauf angewiesen, dass Mitwirkung nicht nur eine Floskel ist.

Das trifft auch für das zu, was wir in Brandenburg mit Gesundheitszieleprozessen machen – ein umfangreicher Zieleprozess, der jetzt schon seit ein paar Jahren in Gang ist. Prototypisch ist das »Bündnis Gesund aufwachsen« zu nennen. Hier sind auf der Landesebene alle Akteure zusammen, die mit diesem Thema befasst sind. Das geht von der Medizin und Versorgung bis hin zu anderen Bereichen wie Bildung und Prävention. Wie gesagt, hier kommen die Akteure zusammen. Das Land steuert diesen Prozess durch Moderation. Mit einem gemeinsamen Anliegen, in diesem Fall die Gesundheit der Kinder, gesundes Aufwachsen und gesunde Entwicklung, kommen die verschiedenen Akteure zusammen, tauschen sich aus, legen gemeinsam Ziele fest, um dann für dieses Gebiet einen Fortschritt zu erreichen, wobei jeder Akteur mit seinen Mitteln in seinem Verantwortungsbereich tätig wird. Der Prozess wird nicht von oben nach unten durch den Ministerpräsidenten, durch die Ministerin usw. durchgeführt, sondern ist das Ergebnis des gemeinsamen Wirkens in dieser Institution »Bündnis Gesund aufwachsen«. Wir haben vor, so etwas unter der Moderation des Landes auch für das Thema alte Menschen ins Leben zu rufen. Alle Gesundheitszieleprozesse auf der Landesebene haben auch für die kommunale Ebene einen Anregungscharakter. Von Seiten des Ministeriums wollen wir in diesem Zusammenhang praktische Anregungen, Austauschforen und Austauschplattformen bereitstellen. Nur »top down« funktioniert es heutzutage aus verschiedenen Gründen – und aus guten Gründen – in einer Demokratie nicht.

Carola Gold:

Herr Mann, Sie hatten heute Morgen in Ihrer Präsentation auch angesprochen, dass die Angebote sich zum Teil neu ausgerichtet und ihre Situation verändert haben. Das waren unter anderem Akteure, die Frau Gordes angesprochen hat, wie Wohlfahrtsverbände und Sportvereine. Können Sie vielleicht an ein paar Beispielen veranschaulichen, was die Vereine motiviert hat, ihre Angebote zu verändern und wie offen sie dafür waren?

Reinhard Mann:

Insgesamt muss ich etwas kritisch sagen, dass die Zahlen der Angebote, die es vorher gab und die es hinterher gibt, nicht so weit auseinander liegen. Wir hätten uns gewünscht, dass mehr Vereine oder auch Träger von Maßnahmen mehr verändert hätten, mehr auf die Bedürfnisse, die wir in der Bedarfslage festgestellt haben, eingegangen wären. Das dazu kritisch. Das Ganze ist aber auch noch am Anfang. Die, die an Workshops teilgenommen haben, Anbieter von Maßnahmen, haben erstaunlicherweise ihre Maßnahmen alle verändert. Die haben neue Angebote gemacht, vor allen Dingen niedrigschwelligere Angebote. Es sind viele offene Angebote gemacht worden, zum Beispiel Sportangebote, wo man nicht Mitglied in einem Verein werden muss, sondern einfach hingehen, schnuppern kann und wo man weiß, da ist jemand. Es sind interessanterweise auch viele Tanzangebote gewesen. Das sind Bereiche, in denen sich was getan hat.

Wir sind noch nicht lange da dran. Wir haben unsere Bedarfserhebung im Mai dieses Jahres vorgenommen und wir haben die Auftaktveranstaltung im September gemacht. Bis dahin hatten wir bei ungefähr 30 Prozent der Angebote eine Veränderung. Das ist vielleicht nicht wahnsinnig viel, aber es ist auch eine wahnsinnig kurze Zeit.

Ich möchte aber die Chance nutzen, einen Bereich, der mir besonders wichtig ist und mit dem wir bis jetzt nichts gemacht haben, nochmal zu benennen. Sie hatten das eben schon angesprochen, Frau Gordes, dass es darum geht, auch Ressourcen zu nutzen und Angebote miteinander zu verknüpfen und nicht immer Neues anzubieten. Die Modellregion Rhein-Sieg-Kreis war ursprünglich eine Modellregion für mich für den Bereich Kinder und Jugendliche. Wir haben durch diesen Bereich sehr viele Kontakte zu Akteuren, die etwas für ältere Leute anbieten. Dadurch war es uns möglich, relativ schnell was zu erreichen. Aber eine Verbindung zwischen den beiden haben wir noch nicht geschaffen, und die finde ich be-

sonders wichtig. Gerade bei den Jugendlichen ist immer ein starkes Bedürfnis vorhanden, mit Älteren in Kontakt zu kommen. Älteren nehmen sie eher etwas ab. Sie lassen sich von Älteren eher helfen. Ältere sind auch viel geduldiger im Umgang mit Jugendlichen, erstaunlicherweise oft auch viel toleranter, als wir uns das eigentlich vorstellen. Und das ist eine Ressource, die wird ganz wenig genutzt haben bisher. Wir haben in dem Bereich der Jugendarbeit ganz viele Bereiche, wo wir feststellen, da helfen ältere Menschen gerne aus und sie werden gerne genommen und sie profitieren selber sehr davon. In Bayern haben wir eine Region, Forchheim, wo wir das mit Schulen und der Kreisvolkshochschule zusammen machen. Dort entwickeln die Älteren in der Volkshochschule Maßnahmen, Modelle, Betreuungssysteme und Spielmaterialien für die Kinder mit. Da profitieren alle Seiten, und das hilft dann auch, um eine Aufgabe für sich zu sehen und damit auch ein Stück mehr Gesundheit zu haben. Wenn ich für mich eine Aufgabe sehe, die sinnvoll ist, dann mache ich mir um meine Gesundheit wenig Sorgen.

Carola Gold:

Herzlichen Dank dafür und jetzt möchte ich gerne auf Fragen und Stellungnahmen aus dem Publikum eingehen.

Prof. Christiane Deneke:

Das ist hauptsächlich eine Frage an Herrn Mann. Ich fand das, was Sie heute Vormittag vorgestellt haben, hochinteressant, und dann haben Sie eine Schlussfolgerung gezogen, auf die ich nie gekommen wäre. Nämlich, zu sagen, die unteren 21 Prozent die lassen Sie mal beiseite. Machen Sie doch was für die Motivierten. Und ich hätte eher erwartet, dass von der BZgA kommt: Wir machen etwas für die unteren 21 Prozent. Davon profitieren die im Mittelbereich auch und die da oben, da teile ich Ihre Meinung, kümmern sich schon selber. Die Anderen sind ja aber die Zielgruppe, wo der Zusatznutzen, meiner Ansicht nach, sehr viel größer ist, wenn wir die ein bisschen in Bewegung bringen und ein bisschen von gesünderer Ernährung überzeugen, dann ist das wahrscheinlich auch wirtschaftlich richtig lohnend. Wie sieht das aus?

Reinhard Mann:

Ich finde es sehr wichtig zu gucken, wo man mit relativ wenig Aufwand etwas verändern kann, vor allem, wenn ich etwas erreichen möchte. Und da schaue ich auch, wo der Widerstand am geringsten ist, wo ich schon jemanden treffe,



der nur darauf wartet, dass ich komme. Ich veranschauliche es mal an einem Beispiel: Wenn Sie das Fahrrad einführen wollen als Maßnahme, sich zu bewegen und von A nach B zu kommen und Sie bringen Ihre hartnäckigsten Nicht-Fahrradfahrer nach Münster, wo jeder Fahrrad fährt, dann haben Sie die Hälfte von denen schon dazu gekriegt, sich auch ein Fahrrad anzuschaffen, weil sich nämlich in dem Moment das Bild der Gesellschaft verändert. Wenn es mir gelingt, zu diesen 33 Prozent, über die ich gesagt habe, die können Sie vergessen, jetzt die 20 Prozent unten links und die 20 Prozent oben rechts dazuzugewinnen, dann habe ich fast 80 Prozent derer, die dann gesundheitlich gesehen aktiv sind und was für sich tun. Dann habe ich das Bild drastisch verändert. Und indem ich diejenigen gewinne, die ein gesundheitlich problematisches Verhalten haben, aber Ansätze zeigen es zu verändern, verändere ich das Gesamtbild, und damit gewinne ich durch bestehende Kontakte, das ist meine Überzeugung, auch schwer erreichbare Menschen dazu.

Carola Gold:

Es haben sich noch Thomas Altgeld und Herr Hanke gemeldet. Wir gehen der Reihe nach.

Thomas Altgeld:

Ich möchte etwas zu dem Vortrag von Herrn Mann hinzufügen. Ich fand allein Ihre Begrifflichkeiten schwierig. Frau Pott hat vorher von

Nichtstigmatisierung gesprochen und Sie kreieren eine Gruppe, die Sie »Nichtaktive Ungesund-Ernährer« nennen, womit man meiner Meinung nach ein starkes Stigmatisierungselement schafft. Und, ich glaube, der Ansatz, den Sie da verfolgen, kann nur beschränkt sein, weil Sie mit diesen beschränkten Themen kommen. Wenn Sie Gesundheitsförderung ernst nähmen, dann würden Sie von den Bedarfslagen ausgehen, von diesen 20 Prozent. Da werden Sie vielleicht irgendwann auch mal auf Bewegung und Ernährung stoßen, aber Sie werden zunächst ganz andere Bedarfslagen entdecken. Vielleicht den öffentlichen Personennahverkehr oder die Teilhabe an kulturellen Veranstaltungen oder eben Kontakt zu irgendwelchen speziellen Versorgungsangeboten. Es sind immer zugeschriebene Bedarfe und zugeschriebene Defizite, und ich glaube, das, was wir in unseren Projekten machen, ist tatsächlich nichts zuzuschreiben und nicht die Themen zu setzen. Und Partizipation beginnt eben für mich auch mit der Partizipation bei der Benennung und Definition von Themen. Das kann nicht von außen für andere Gruppen erfolgen, so werden Sie immer nur die Willigen und die mit den hohen Mittelschichtseinkommen erreichen.

Carola Gold:

Herr Hanke.

Dr. Christian Hanke:

Das ist ja eine ganz überraschende Zuspitzung hier und alle sind wieder wach, wie ich feststelle. In Berlin haben wir einen regelmäßig aktualisierten Sterbe-Atlas, also: Wer stirbt in welchem Alter in welchen Bezirken. Wenn ich den Ansatz von Herrn Mann dann übersetze, dann wäre das so, wie wenn wir in Steglitz-Zehlendorf bei uns in Berlin es schaffen, Männer anzusprechen und Gesundheitsförderung zu machen, die dann noch mal ein Jahr länger leben und für das Gesamtbild für Berlin bedeutet das dann, die Lebenserwartung ist noch mal im Durchschnitt gesteigert worden. Bloß, meine Männer in Mitte, also gerade in Wedding und Moabit, wird das wenig berühren, die werden immer noch sieben Jahre früher sterben als die in Steglitz-Zehlendorf, und dass es darum gehen soll, das kann ich mir dann auch nicht so richtig vorstellen. Ich verstehe also Ihren Ansatz, aber mein Ringen geht genau in die andere Richtung. Wenn ich jetzt mal den politisch nicht korrekten Begriff der Unterschicht benutze, dann richtet sich mein Fokus auf die Verbesserung des gesundheitlichen Status der Unterschicht, angefangen mit den Bildungschancen meiner Kinder und Jugendlichen. Ich gehöre ja zu der sozial schwierigsten Region, die man sich eigentlich in Deutschland vorstellen kann. Klar, wir wollen auch die Mittelschicht und wir wollen auch dort Gesundheitsförderung machen, aber wie kriegen wir die Schichten, die da ganz weit weg sind, damit wir nicht nur volkswirtschaftlich etwas tun, sondern insgesamt die Stadtgesellschaft verbessern. Das ist irgendwo doch eine Gegenposition.

Monika Gordes:

Ja, ich wollte nur sagen, dass ich dem Vorschlag von Herrn Mann sehr gut folgen kann, denn ich finde schon, dass von 100 Prozent Bevölkerung durchaus 75 Prozent der Bevölkerung Anspruch darauf haben, dass man sich um sie kümmert. Ich will das nicht einfach auf eine bestimmte Gruppe der Wähler und Steuerzahler begrenzen, sondern ich finde, dass man auch die Mittelschicht oder die mittleren Bereiche, die vielleicht nur zur Hälfte noch Nachholbedarf haben, nicht außen vor lassen darf. Auch die große Masse der Bürger hat einen Anspruch auf Angebote.

Dr. Andreas Böhm:

Sie haben ein Schema vorgestellt, mit dem die Einteilung der Menschheit in vier Kästchen gelungen ist. Ich teile die Bedenken, die Herr Altgeld in Bezug auf die Stigmatisierung hat. Ich habe auch Probleme mit der Einteilung für

unser Problemgebiet Gesundheit von alten Menschen und Gesundheitsförderung und frage mich, ob sie sinnvoll ist. Die Diskussion auf dieser Grundlage verengt sich auf Fragen wie: Gibt es Angebote? Gibt es richtige Angebote? Das Denken mit dem Begriff der Angebote legt eine Metapher nahe, ein Regal, aus dem man sich bedient. Man nimmt sich was raus und das passt oder es passt nicht. Diese Idee von Angeboten führt in die Irre. Das ist nicht Gesundheitsförderung im Verständnis der Gesundheitswissenschaften der letzten 20 Jahre. Heute Morgen wurde ein Projekt aus Brandenburg vorgestellt. Es ging darum, Langzeitarbeitslose als Tätige in Sportvereinen zu gewinnen und fortzubilden. Dies hatte dann zum Effekt, dass erstens Gesundheitssportangebote für alte Menschen in der Uckermark realisiert werden, dass zweitens die Vereine noch mal aufblühen konnten und drittens ein Teil der Menschen, die fortgebildet wurden, schließlich noch einen Job bekommen haben. Ich nenne das als ein Beispiel für »nicht-Regal-orientierte« Ansätze. Hier war ein Prozess zu betrachten, es wurden verschiedene Ziele simultan angesteuert. In diesem Sinne vernetzt zu denken, erleichtert es uns in der Gesundheitsförderung voranzukommen.

Reinhard Mann:

Ja, ich kann Ihnen da voll zustimmen. Nichtsdestotrotz denke ich, auch die andere Art vorzugehen hat eine Berechtigung. Wir sind auch von den Fragen ausgegangen: Was gibt es denn in diesen Kommunen? Was gibt es in der kommunalen Struktur an Angeboten? Wie werden ältere Menschen gesehen und wie werden sie bedient? Und das war die Ausgangslage. Und da gibt es große Diskrepanzen und diese Diskrepanzen versuche ich mit relativ wenigen Ressourcen auszugleichen. Im Prinzip kann man ein solches Modell ohne zusätzliche finanzielle Mittel machen. Das ist auch ein Ziel dabei. Ich denke, dies ist ein machbarer Ansatz. Zum Stigmatisierungsvorwurf: Die Kategorisierung erfolgt aufgrund individueller Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährungsverhalten und Bewegungsverhalten. Daraus ergeben sich in einer statistischen Auswertung bestimmte Cluster. Das hat gar nichts mit Stigmatisierung zu tun. Aus diesen Clustern ergeben sich in Bezug auf die Nutzung kommunaler Angebote durch ältere Menschen bestimmte Ressourcen. Diese Ressourcen sinnvoll mit kommunalen Angeboten zu verbinden ist Gegenstand des vorgestellten Projekts.

Carola Gold:

Es gab noch zwei Wortmeldungen.

Ingeborg Simon:

Was mir zunehmend auffällt und das macht auch meine Kritik an solchen Podiumsdiskussionsrunden aus, ist, dass wir die offizielle Finanz-, Steuer- und Gesellschaftspolitik und die Frage von Werten in dieser Gesellschaft völlig außen vor lassen. Alle, die Sie da oben sitzen, denken selektiv, weil Sie alle davon ausgehen, dass es offenbar ein Naturgesetz ist, dass die gesellschaftlichen Mittel, die für so etwas zur Verfügung gestellt werden oder eben auch nicht zur Verfügung gestellt werden, so sind, wie sie sind. Der Städte- und Gemeindegtag hat letzte oder vorletzte Woche deutlich gemacht, was es für die Kommunen bedeutet, wenn nur das Wohngeld für die Hartz-IV-Empfänger gekürzt wird. Vor diesem Hintergrund kann ich nur sagen, klar, da ist man gezwungen zur Selektion, obwohl es für die von Herrn Mann vier skizzierten Gruppen alle die Möglichkeit gäbe, auf unterschiedlichem Niveau mit unterschiedlichen Beteiligten ein Programm zu entwickeln. Aber wir denken nicht an alle vier Gruppen, sondern wir sagen: Wir haben nichts und deswegen müssen wir mit dem bisschen, was uns zur Verfügung steht, zufrieden sein.

Dr. Andreas Böhm:

Der Vorwurf, selektiv zu sein, ist immer irgendwie richtig, und ich glaube, das ist schwierig so pauschal. Sie sagen, gesundheitliche Ungleichheit hat etwas mit finanziellen Ressourcen zu tun, die ungleich verteilt sind. Das stimmt natürlich und in dem Sinne ist das, was wir hier im Gesundheitsbereich tun, auch eine Kompensation, angestoßen durch diese Art von Ungleichheit. Das ist so, in der Tat. Wenn ich dem folge, habe ich die Wahl, mich entweder depressiv zurückzuziehen oder mich mit den Möglichkeiten, die bei einer Kompensation da sind, zu beschäftigen. So verstehe ich auch diese Veranstaltung hier. Selbstverständlich hätte ich auch lieber die Variante Zelle eins von Herrn Mann für alle, das war die mit den 150 Prozent über dem Durchschnittseinkommen im Haushalt. Das ist aber vermutlich nicht realistisch.

Für die politische Diskussion finde ich richtig, was Sie sagen. Gesundheitliche Ungleichheit geht mit sozialer Ungleichheit einher. Dieses Hintergrundwissen für gesundheitliche Ungleichheit im Lande soll immer wieder genannt werden. Und das haben wir in Brandenburg, das darf ich sagen, in der Gesundheitsberichtserstattung seit Jahren gemacht und ich sehe da durchaus auch einen Erfolg im Diskurs

im Land Brandenburg. Vor etwas über zehn Jahren erschien es noch befremdlich, wenn wir Ergebnisse vorgestellt haben, wo wir anhand von Brandenburger Daten zur Kindergesundheit den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zeigten. Das hat sich inzwischen gewandelt. Politiker aller Couleur, die das vor zehn Jahren überhaupt noch nicht wahrhaben wollten, können das inzwischen verstehen und widersprechen dabei nicht mehr. Jetzt können Sie mir sagen: Ja, was nutzt das, dass es sozusagen im Bewusstsein angekommen ist? Ich denke, es geht Schritt für Schritt. Es geht um einen politischen Kampf um Werte wie zum Beispiel zur sozialen Gerechtigkeit. Völlig klar. Das steht dann im Hintergrund. Es geht um Fairness, um Gerechtigkeit.

Monika Gordes:

Die Themen, die Sie jetzt angesprochen haben, die hat man im Hinterkopf, aber für mich ist das heute eine Veranstaltung zur Gesundheitsförderung, und da beziehe ich erstmal alle ein. Wir haben heute auch Vorträge dazu gehört, wie viele Gruppen es gibt und dass man gucken muss, mit welchen älteren Menschen wir es zu tun haben um danach die Angebote auszurichten, so dass es sowohl für diejenigen, die pflegebedürftig sind, Angebote gibt als auch für die fitten Alten. Da gibt es eine sehr große Vielfalt, und deshalb muss man aufpassen, dass man alle in den Blick nimmt. Dann kann man in einem zweiten Schritt gucken, auf wen möchte ich mich wirklich konzentrieren, wie will ich das machen in der Kommune

Thomas Altgeld:

Ich stimme Ihnen auch zu, dass Investitionen in Bildung oder mehr Verteilungsgerechtigkeit, dass das eben massive gesundheitliche Effekte hätte und das da wahrscheinlich größere Effekte zu erzielen sind, als mit dem, was wir hier auf unseren Spielwiesen machen. Aber trotzdem wird in diese Spielwiesen ja relativ viel investiert. Die Krankenkassen geben in diesem Jahr ungefähr eine halbe Milliarde dafür aus, und es gibt eben auch ganz viele Angebote von Kommunen, Ländern und anderen öffentlichen Trägern, die in diesen Bereich investieren. Ich kann für mich nur sagen, ich gucke da selektiv und will, dass das, was aus öffentlichen Geldern finanziert wird, die Zielgruppen erreicht, die auch die höchsten Bedarfe haben.

Carola Gold:

Ich darf vielleicht an dieser Stelle kurz eine Diskussion aus den Arbeitsgruppen ergänzen, nämlich, dass die Präventionsangebote der ge-

setzlichen Krankenkassen bislang speziell die Zielgruppen, über die wir hier heute diskutieren, viel zu wenig erreichen. Hier ist noch eine Wortmeldung.

Meldung aus dem Publikum:

Kurz zu meiner Arbeitssituation. Herr Hanke, Sie kennen die Seniorenwohnhäuser in Mitte, Sie kennen die Kaiser-Wilhelm-Stiftung in der Reinickendorfer Straße, wo noch zwei Altenpfleger tätig sind. Es gibt unglaubliches Potential bei den älteren Menschen, die engagiert in den Seniorenwohnhäusern leben, aber auch die brauchen Begleitung durch Personal vor Ort, und die gibt es in den meisten Seniorenwohneinrichtungen nicht mehr, aus finanziellen Gründen. Die Mehrheit der Menschen kann das Haus nicht mehr verlassen, sie sind darauf angewiesen, dass in den Häusern was auf die Beine gestellt wird. Ich denke, in Zukunft wird sich die Bewohnerstruktur verändern. Psychisch erkrankte und mobil eingeschränkte Bewohner leben zunehmend in den Häusern und ich denke, das Personal wird da wieder gefordert in der Zukunft. Herr Hanke, wenn Sie dazu etwas sagen könnten?

Dr. Christian Hanke:

Ja, Sie haben völlig recht, zu der Wahrheit gehört eben auch, dass wir Steuerungsinstrumente abgebaut haben in den letzten Jahren. Ich hatte das ja vorhin in meinem ersten Redebeitrag auch schon erwähnt. Das betrifft auch die großen Seniorenwohnhäuser in Berlin.

Früher, das ist noch gar nicht so lange her, vor acht, neun Jahren gehörte es zum Standard, dass in solchen großen Einrichtungen mindestens eine Altenpflegerin oder ein Altenpfleger da ist, die/der natürlich auch das kulturelle Programm geformt hat, die/der aber auch Lebenshilfe und Behördenhilfe war, vom GEZ-Antrag bis hin zur Krise, wo man dann weiter vermitteln konnte. Das ist in dem Maße nicht mehr da.

Es gibt auf der anderen Seite natürlich auch andere Entwicklungen. Wir wissen, dass Seniorenwohnhäuser, die einen Standard der Fünfziger- oder Sechzigerjahre haben, für Seniorinnen und Senioren zunehmend nicht mehr attraktiv sind. Wir wissen von den stationären Pflegeeinrichtungen, dass die sich immer mehr in Richtung Hospiz entwickeln. Es ist also nicht mehr so wie vor 40 Jahren, dass man mit 60 Jahren in ein Seniorenheim gezogen ist und dort dann die nächsten 20 Jahre verblieben ist, sondern dass immer stärker auch durch die ambulanten Dienste, ältere Menschen, auch Hochbetagte, in ihren Wohnungen bleiben und dort versorgt werden. Es ist natürlich auch eine besondere Herausforderung, dort überhaupt Beteiligung und soziale Teilhabe zu organisieren. Das war in einem Pflegeheim, wo es den bunten Nachmittag oder den Kulturvortrag gab, leichter. Wir versuchen zu reagieren, auch mit solchen Ideen, wie sie hier schon geäußert wurde, indem wir schauen, was können wir mit Arbeitsmarktprogrammen machen. Wir haben bei uns im Bezirk gemeinsam mit dem Jobcenter auch definiert, dass wir Mobilitäts-

dienste brauchen, die wir über den zweiten Arbeitsmarkt finanzieren können, sodass wir auch versuchen, andere Angebote, also unsere freien Träger zu unterstützen, die jetzt unsere Begegnungsstätten betreiben. Aber richtig ist, und das haben Sie völlig richtig beschrieben, dass wir eine Menge an Angeboten schlichtweg abgebaut haben, ohne aber adäquate Versorgungsstrukturen aufbauen zu können.

Carola Gold:

Meine Damen und Herren, ich hoffe, dass Sie heute viel mitgenommen haben. Ich kann es von meiner Seite aus sagen, ich hatte so viele Anregungen.

Es wird nun darum gehen, dass wir Teilhabe in den Kommunen vor Ort, in den Quartieren leben werden. Ich bin Ihnen dankbar, Herr Mann, für den Hinweis, dass es nicht nur darum geht, etwas für Senioren zu machen, sondern, dass das, was Ältere an ihrem Wohnumfeld schätzen, sicherlich auch Familien mit kleinen Kindern schätzen. Sie merken, die Diskussion wird weitergehen. Einen herzlichen Dank an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die uns diese Regionalkonferenz hier ermöglicht hat, und vor allem möchte ich mich bei meinen beiden Kollegen, bei Stefan Pospiech und Katharina Zeiher bedanken, die in sehr kurzer Zeit eine, wie ich finde, sehr schöne und sehr spannende Veranstaltung organisiert haben. Herzlichen Dank dafür und Ihnen einen guten Heimweg.

Biographische Informationen zu den Referent/innen und Moderator/innen

Altgeld, Thomas

Geboren 1963

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

Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., vorherige Berufstätigkeiten in der Psychiatrienachsorge und der Aidsprävention. Derzeitige Arbeitsschwerpunkte: Systemische Organisationsentwicklung und -beratung, sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung, Männergesundheit.

Herausgeber des Newsletters zur Gesundheitsförderung »impulse«, Vorstandmitglied der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft »Mehr Sicherheit für Kinder« e.V.

Ausgewählte Publikationen:

- Altgeld, T. (Hg.), 2004: Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention, Weinheim und München
- Altgeld, T.; Geene, R.; Glaeske, G.; Kolip, P.; Rosenbrock, R.; Trojan, A., 2006: Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik, Bonn
- Altgeld, T.; Bächlein, B.; Deneke, C. (Hg.), 2006: Diversity Mananagement in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht Erreichbaren ansprechen, Frankfurt am Main

Kontakt:

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

Fenskeweg 2, 30165 Hannover

Tel.: 0511/35 00 05 2

E-Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

www.gesundheit-nds.de

Böhm, Andreas

Geboren 1955

Dr. phil., Dipl.-Psych.

Referent im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg

Ausgewählte Publikationen:

- Böhm, A., 2004: Theoretical Coding. Text Analysis in Grounded Theory. In: Flick, U.; v. Kardorff, E.; Steinke, I. (Eds.), A Companion to Qualitative Research, London
- Böhm, B.; Kuhn, J., 2007: Stressmanagement im Betrieb. In: Hörmann, A.; Weber, G. (Hg.), Mensch und neue Arbeitswelt. Psychosoziale Gesundheit im Beruf, Stuttgart
- Böhm, A.; Sötje, K.; 2005: Wenn alles getan ist. Der Übergang in den Ruhestand. In: Kuhn, J.; Göbel, E.; Busch, R. (Hg.), Leben, um zu arbeiten? Betriebliche Gesundheitsförderung unter biografischem Blickwinkel, Frankfurt am Main

Kontakt:

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Abteilung Gesundheit

Heinrich-Mann-Allee 103, 14473 Potsdam

Tel.: 0331/866 5414

E-Mail: andreas.boehm@mugv.brandenburg.de

Böhme, Christa

Geboren 1960

Dipl.-Ing. Landschaftsplanung

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Urbanistik (Difu), Arbeitsschwerpunkte: Integrierte Stadt(-teil)entwicklung, Gesundheitsförderung, Landschafts- und Freiraumplanung.

Ausgewählte Publikationen:

- Bär, G.; Böhme, C.; Reimann, B., 2009: Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Difu-Arbeitshilfe, Berlin
- Böhme, C.; Hollbach-Grömig, B.; Seidel-Schulze, A., 2008: Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Städten und Gemeinden, in: Richter, A.; Bunzendahl, I.; Altgeld, T. (Hg.), Dünne Rente – Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main
- Böhme, C., 2007: Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf, in: Soziale Stadt info 20

Kontakt:

Deutsches Institut für Urbanistik
 Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin
 Tel.: 030/39 00 1-29 1,
 E-Mail: boehme@difu.de
 www.difu.de

Brunnett, Regina

Dr., Diplom-Soziologin

Promotion zum Thema »Symbolische Gesundheit und Arbeit« in Soziologie. Erfahrungen als wissenschaftliche Mitarbeiterin, Dozentin und Lehrbeauftragte im Gesundheits- und Sozialbereich, Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin, derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin im LUCAS-Projekt zum Thema »Mobilitätsförderung bei älteren multimorbiden Menschen in der klinischen Geriatrie«.

Arbeitsschwerpunkte: Gesundheit im Alter, Soziale Ungleichheit(en) und Gesundheit, Cultural Studies von Gesundheit/Krankheit.

Ausgewählte Publikationen:

- Brunnett, R., 2009: Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus, Bielefeld

Kontakt:

www.regina-brunnnett.de.

Deneke, Christiane

Geboren 1948

Prof., Diplom-Soziologin

Vertretungsprofessorin an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Life Sciences, Department Gesundheit.

Lehr- und Forschungsgebiet: Gesundheitsförderung; Intervention und Evaluation im Bereich »Soziale Benachteiligung und Gesundheit«;

Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Kontakt:

Christiane Deneke
 Pinnaßberg 27, 20359 Hamburg
 E-Mail: c.deneke@imparkhaus.de
 Tel.: 040/55 57 68 61

Fischer, Uwe

Seit 2005 Projektleiter beim Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V., Mitglied im Vorstand

2005-2007 Projekt »Arbeit und Aktion« im Beschäftigungspakt Uckermark Perspektive 50+

2008 Projekt »Bewegung und Prävention« Qualifizierung in der Bewegungsförderung, Projekt des Landkreises Uckermark

»Regionalentwicklung stärken – Beschäftigungsperspektiven eröffnen« (Regionalbudget)

2009-2010 Projekt Bewegung und Prävention Teil 2. Schaffung neuer Angebote im Präventions- und Gesundheitssport sowie Qualifizierung im Bereich Rehabilitationssport

Kontakt:

Akademie 2. Lebenshälfte
 Förderverein im Land Brandenburg e.V.
 Projekt: Bewegung und Prävention
 Ringstraße 15, 16303 Schwedt
 Tel.: 03332/83 95 69
 E-Mail: fischer@lebenshaelfte.de
 http://www.akademie2.lebenshaelfte.de

Gold, Carola

Geboren 1960

Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin-Brandenburg

Ausgewählte Publikationen:

- Gold, C.; Geene, R.; Stötzner, K. (Hg.), 2000: Patienten, Versicherte, Verbraucher – Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen, Berlin
- Geene, R.; Gold, C. (Hg.), 2000: Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von kurativer und präventiver Gesundheitsförderung erreicht werden?, Berlin
- Gold, C.; Bräunling, S. u.a., 2008: Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Berlin
- Geene, R.; Gold, C. (Hg.), 2009, Kinderarmut und Kindergesundheit, Bern
- Gold, C.; Bräunling, S.; Köster, M., 2009: Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen und sozial Benachteiligten, Frankfurt/am Main

Kontakt:

Gesundheit Berlin-Brandenburg

Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

Tel.: 030/44319060

E-Mail: gold@gesundheitberlin.de

www.gesundheitberlin.de

Gordes, Monika

1979-1987 Studium der Rechtswissenschaften in Köln

1988-1991 Referendariat in Köln, Zweites juristisches Staatsexamen in Düsseldorf

1991-1994 verschiedene Tätigkeiten bei dem Landkreis Luckenwalde bzw. Landkreis

Teltow-Fläming (Rechtsamtsleiterin, Dezernentin u.a. für Gesundheit)

1994-1998 Erste Beigeordnete der Stadt Luckenwalde, stellvertretende Bürgermeisterin

1998-2000 Referentin des Städte- und Gemeindebundes Brandenburg, u.a. für Schule, Jugend, Soziales, Gesundheit, Arbeit

seit Juli 2000 stellvertretende Geschäftsführerin des Städte- und Gemeindebundes

Brandenburg, Potsdam, zuständig für Soziales, Arbeit, Gesundheit, Senioren, Familie

Kontakt:

Städte- und Gemeindebund Brandenburg

Stephensonstraße 4, 14482 Potsdam

Tel.: 0331/74 35 10

E-Mail: mail@stgb-brandenburg.de

www.stgb-brandenburg.de

Hanke, Christian

Geboren 1962

Dr. phil.

Seit 26.10.2006 Bezirksbürgermeister des Bezirks Mitte von Berlin

Erfahrungen als Dozent am Gesamtdeutschen Institut (Zweigstelle Berlin) und der Humboldt Universität Berlin, selbstständige Tätigkeit als »Berater für Computergrafikdesign«, Erfahrungen als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Bundestagsabgeordneten Jörg-Otto Spiller und als Vollzeitlehrer an der Heinrich-Böll-Gesamtschule in Berlin-Spandau.

2001 bis Oktober 2006 Bezirksstadtrat für Gesundheit und Soziales in Berlin-Mitte.

Kontakt:

Bezirksamt Mitte von Berlin

Mathilde-Jacob-Platz 1, 10551 Berlin

Tel.: 030/90 18 32 20 0

E-Mail: christian.hanke@ba-mitte.verwalt-berlin.de

<http://www.berlin.de/ba-mitte>

Heusinger, Josefine

Geboren 1965

Dr. phil.

Diplomsoziologin, Krankenschwester, Casemanagerin (DGS, DBSH, DBfK), Vorstandsmitglied im Institut für Gerontologische Forschung e.V.

(www.igfberlin.de), Stellv. Sprecherin des Arbeitskreises Altern und Gesundheit bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Lehrbeauftragte an verschiedenen Fachhochschulen und Universitäten, Vortrags- und Publikationstätigkeit.

Forschungsschwerpunkte: Soziale Gerontologie, Versorgungsforschung, Soziale Ungleichheit, Casemanagement, Prävention

Kontakt:

Institut für Gerontologische Forschung

Torstr. 178, 10115 Berlin

E-Mail: heusinger@igfberlin.de

Koch, Susanne

Geboren 1962

Dipl. Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin

Mitarbeiterin des Migrantensozialdienstes im AWO Begegnungszentrum, AWO Landesverband Berlin e.V.

Ausgewählte Publikationen:

- Koch, S.; Eberle, B.; Müller-Lenhartz, F., 2006: Gesundheitsförderung mit älteren Menschen im AWO Begegnungszentrum Berlin, in: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.), Berlin
- Koch, S.; Müller-Lenhartz, F., 2004: Leitfaden für eine interkulturelle Seniorenarbeit, AWO Landesverband Berlin

Kontakt:

AWO Begegnungszentrum,

Adalbertstr. 23A, 10997 Berlin

Tel.: 030/69 53 56 19

E-Mail: susanne.koch@awoberlin.de

Kümpers, Susanne

Dr.

Erziehungswissenschaftlerin, MPH

koordiniert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in der Forschungsgruppe Public Health den Forschungsbereich »Alter, Ungleichheit und Gesundheit – Sozialraumbezogene Prävention und Versorgung«.

Ausgewählte Publikationen:

- Kümpers, S., (i.E.): Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für Primärprävention. In: Lampert, T.; Hagen, C. (Hg.), Armut und Gesundheit, Opladen/Wiesbaden
- Kümpers, S.; Rosenbrock, R. (i.E.): Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In: Naegele, G. (Hg.), Soziale Lebenslaufpolitik, Opladen/Wiesbaden
- Kümpers, S., 2008: Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozioökonomisch benachteiligten Älteren. Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In: Richter, A.; Bunzendahl, I.; Altgeld, T. (Hg.), Dünne Rente, dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheit, Frankfurt am Main

Kontakt:

Wissenschaftszentrum Berlin für

Sozialforschung (WZB)

Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

E-Mail: kuempers@wzb.eu

Lompscher, Katrin

Geboren 1962

Von 1978 bis 1981 Ausbildung zur Baufacharbeiterin mit Abitur

Von 1981 bis 1986 Studium an der Hochschule für Architektur und Bauwesen Weimar mit Abschluss Diplomingenieurin für Städtebau.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Städtebau und Architektur der Bauakademie der DDR

Seit 1990 Deutsche Bauakademie Berlin

Von 1992 bis 1996 Projektleitung im Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung Berlin/Erkner

Von 1996 bis 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin der PDS-Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin

Ab 2001 Bezirksstadträtin für Stadtentwicklung in Lichtenberg

Seit November 2006 Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz in Berlin.

Kontakt:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Brückenstr. 6, 10179 Berlin

Tel.: 030/90 25 21 33

E-Mail: katrin.lompscher@senguv.berlin.de

Mann, Reinhard

Geboren 1948

Diplom-Psychologe mit Ausbildung in klinischer Psychologie, Verhaltenstherapie, Familientherapie und Gruppendynamik.

Leiter des Referates »Prävention von ernährungsbedingten Krankheiten; Gesundheitsvorsorge« in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Kontakt:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Referat 1-14

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/89 92 20 4

E-Mail: reinhard.mann@bzga.de

Matz, Martin

Geboren 1965

Dipl.-Kfm.

Bezirksstadtrat (Dezernent) für Soziales und Gesundheit Berlin-Spandau, Landesvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokrat/innen im Gesundheitswesen, ehem. Mitglied im Gesundheitsausschuss des Abgeordnetenhauses von Berlin

Kontakt:

Bezirksamt Spandau von Berlin

13578 Berlin

Tel.: 030/90 27 9-22 41

E-Mail: asg@martinmatz.de

Pospiech, Stefan

Geboren 1974

Dipl.-Politologe

1996 – 2001 Ausbildung zum examinierten Krankenpfleger und anschließend in Freiburg, Aachen und Berlin tätig.

Seit 2004 Mitarbeiter bei Gesundheit Berlin-Brandenburg, Fachreferent für Gesundheitspolitik

Ausgewählte Publikationen:

■ Pospiech, S. (2008). Interkulturalität als Ressource nutzen! In: puls.b – Magazin für die Akteure der Gesundheit, 1: S.17-18.

■ Pospiech, S. (2009). Lebenswelt Stadtteil: Seniorinnen und Senioren als Zielgruppe der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. In: Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt. Berlin: Gesundheit Berlin, S.113-119.

Kontakt:

Gesundheit Berlin-Brandenburg, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

Tel.: 030/44 31 90 80

E-Mail: pospiech@gesundheitberlin.de

www.gesundheitberlin.de

Pott, Elisabeth

Geboren 1949

Prof. Dr. med.

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

1967-1974 Medizinstudium in Bonn und Kiel

1981 Ärztin für öffentliches Gesundheitswesen

1978 Referentin im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Gesundheitsvorsorge und Früherkennung in der GKV)

1981 Referatsleiterin im Niedersächsischen Sozialministerium (Gesundheitsvorsorge und -fürsorge im ÖGD)

März 2007 Honorarprofessur im Zentrum Öffentliche Gesundheitspflege an der Medizinischen Hochschule Hannover am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Seit 1985 Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Kontakt:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln

Rumpeltin, Carsten

Geboren 1965

Geschäftsführer der Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss

Dipl. Betriebswirt (FH), Dipl.-Sportlehrer, seit 1995 im öffentlichen Gesundheitsdienst, Schwerpunkte: Koordination, Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, Psychiatrie

Kontakt:

Rhein-Kreis Neuss-Gesundheitsamt

Auf der Schanze 1, 41515 Grevenbroich

Tel.: 02181/60 15 38 7

E-Mail: carsten.rumpeltin@rhein-kreis-neuss.de

Schäfer, Dieter

Geboren 1942

Kupferschmied, Steuermann des Zivilen Flugsicherungsdienstes, Militärwissenschaftler

Seit 1961 Übungsleiter und Sportorganisator

1990-1998 Landessportwart im Sportkeglerverband Brandenburg

1989 -1990 DTSB Kreisvorsitzender Strausberg

1993-2005 Geschäftsführer Kreissportbund Märkisch-Oderland e.V. (KSB MOL)

Seit 1998 Vorsitzender des Bildungswerkes beim KSB MOL

Seit 2005 Vorsitzender des Kreissportbunds Märkisch-Oderland e.V. (KSB MOL)

Schmok, Annett

Geboren 1976

Dipl. Sportwissenschaftlerin

European Master in Health Promotion

Mitarbeiterin bei Gesundheit Berlin-Brandenburg, Zentrum für Bewegungsförderung

Kontakt:

Gesundheit Berlin-Brandenburg

Geschäftsstelle Potsdam

Behlertstr. 3a, Haus H2, 14467 Potsdam

Tel.: 0331/88 76 20 13

E-Mail: schmok@gesundheitberlin.de

Schubert, Bernd

Geboren 1947

1966 Abitur

1968-1972 Studium Sportwissenschaften mit Spezialfach Leichtathletik an der DHfK Leipzig

Abschluss als Diplom-Sportlehrer

1972-1976 Nachwuchsverbandstrainer

Sprint/Hürden im DVfL

1976-1982 Cheftrainer LA beim TSC Berlin

1982-1988 Fachdirektor Sportstättenbetrieb Berlin

1989-1991 Fachabteilungsleiter im Sport- u. Erholungszentrum Berlin

1992-2004 Kaufmann

Seit Mai 2008 ehrenamtlicher Sportlehrer im Verein Miteinander Wohnen e.V.

Sotzmann, Katja

Geboren 1978

Dipl. Sportökonomin, Physiotherapeutin

Sachbearbeiterin im Referat Sportentwicklung des Landessportbundes Berlin e.V.

Abteilung Breiten-, Freizeit- und Gesundheitssport, Schwerpunkt Senioren- und Familiensport

Kontakt:

Landessportbund Berlin

Jesse-Owens-Allee 2, 14053 Berlin

Tel.: 030/30 00 21 27

E-Mail: K.Sotzmann@lsb-berlin.de

Trommer, Heinz

Geboren 1930

PD, Dr. phil., Dipl.-Psych

25 Jahre Hochschullehrer (Psychologie) an der Universität Rostock

Ehrevorsitzender der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern

Mitglied des Landesseniorenbeirates M-V

Mitglied des Beirates des Landesvorstandes des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes

Mecklenburg-Vorpommern

Mitglied des Vorstandes von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Sprecher des Arbeitskreises Altern und Gesundheit

Ausgewählte Publikationen:

■ Trommer, H., 2007: Warum gibt es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit im Alter? Berlin

■ Trommer, H., 2007: Welche Ressourcen und Potentiale im Alter brauchen wir? Berlin

■ Trommer, H., 2007: Neurobiologische Erkenntnisse zur Teilhabe im Alter, Berlin

■ Trommer, H., 2008: Erkenntnisse der Zugehörigkeitsforschung für die Gesundheitsförderung im Alter, Berlin

Kontakt:

Stühlinger Straße 1, 10318 Berlin

Tel.: 030/50379728

E-Mail: trommer@gesundheitberlin.de

heinz_herbert_trommer@hotmail.com

Witzsche, Ingrid

Dr. päd., Pädagogin

Mitgründerin und Vorsitzende des Fördervereins Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V. zur Integration Älterer in Arbeitsmarkt und Gesellschaft

Inhaltliche Schwerpunkte : Kompetenzentwicklung und Lernen mit Älteren, Engagementförderung, Partizipation, Nutzung des Potenzials Älterer bei der Gestaltung des demografischen Wandels in Unternehmen und Kommunen, Netzwerkarbeit in Kommunen, Land und auf europäischer Ebene

Kontakt:

Akademie 2. Lebenshälfte

Oderstraße 23-25, 14513 Teltow

Tel.: 03328/474143

E-Mail: witzsche@lebenshaelfte.de

Literaturhinweis

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

**Seniorenbezogene Gesundheitsförderung
und Prävention auf kommunaler Ebene –
eine Bestandsaufnahme**

von Beate Hollbach-Grömig und

Antje Seidel-Schulze

Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 33

Bestellnummer 60633000

Broschüre, 120 Seiten

Inhalt:

Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Stellgrößen zur Begrenzung des Anstiegs von Pflegebedürftigkeit sowie zum Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter. Eine entscheidende Voraussetzung für das Gelingen von seniorenbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die direkte Ansprache älterer Menschen vor Ort (über geeignete Kommunikations- und Zugangswege) sowie eine systematische Kooperation der verschiedenen Akteure in diesem Handlungsfeld.

Da lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene stattfindet, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006 das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) beauftragt, eine repräsentative Befragung der Kommunen und Landkreise durchzuführen und damit den »Ist-Zustand« der Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe Seniorinnen und Senioren auf kommunaler Ebene zu erheben. Ende 2006 hat das Difu alle Kommunen mit mehr als 50.000 Einwohnern sowie jeweils Stichproben der Kommunen zwischen 10.000 und 50.000 Einwohnern sowie Landkreise befragt.

Die Analyse bestätigt eine breite Akteurslandschaft sowie zahlreiche und vielfältige Angebote in den Kommunen. Es fehlt allerdings vielfach noch an einer ausreichenden Vernetzung und zielgerichteten Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure. Die Ergebnisse belegen, dass Mitglieder des Gesunde Städte-Netzwerkes bereits einige Schritte weiter als andere Städte und Gemeinden sind.

Das Fachheft wendet sich vornehmlich an Akteure in diesem Arbeitsfeld, insbesondere auf kommunaler Ebene, und stellt diesen eine erste Datenbasis zur Verfügung. Damit trägt diese Publikation mit dazu bei, das Thema »kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen« stärker in den Fokus der gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit zu rücken und Städtekooperationen wie beispielsweise das Gesunde Städte-Netzwerk in ihren Aktivitäten zu bestärken.

Die Bestellung bzw. der Download als pdf-Dokument ist möglich über

www.bzga.de > Infomaterialien > Fachpublikationen > Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung > Band 33

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de



Gesundheit
Berlin-Brandenburg e. V.
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung



Die Fachstelle wird von der Senatsverwaltung
für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
finanziert.
Träger ist Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.