

ALT, ABER OHO!

Gesundheitsförderung mit Älteren durch Partizipation

GESUND & AKTIV
ÄLTER WERDEN

Dokumentation
Regionalkonferenz Bremen 29. September 2011
in der Evangelischen Friedensgemeinde



Impressum

Redaktion

Astrid Gallinger
Nicole Tempel

Herausgeberin

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.
Horner Straße 70, Ansgar Haus
28203 Bremen
www.lv-gesundheitbremen.de

Informationen und Rückfragen

Gesundheitstreffpunkt-West
Astrid Gallinger
Lindenhofstraße 53
28237 Bremen
Tel. 0421 – 61 70 79
Mail: a.gallinger@gtp-west.de

Gefördert

von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(BZgA)
Postfach 910152
51071 Köln
www.bzga.de

Gestaltung

Nicole Kuepke

Druck

Druckerei Stahmann

Fotos

Nicole Kuepke, cydonna, deVante, Jenzig 71 (photocase)

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

Gesundheitstreffpunkt West



Die Senatorin für Soziales,
Kinder, Jugend und Frauen

Freie
Hansestadt
Bremen

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Die Regionalkonferenz Bremen wurde gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Inhalt

4 Vorwort der Veranstalter

»Alt, aber oho! Gesundheitsförderung mit Älteren durch Partizipation«
Nicole Tempel, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.
Astrid Gallinger, Gesundheitstreffpunkt West, Bremen

6 Eröffnung und Begrüßung

Prof. Dr. Norbert Schmacke, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.
Dr. Martin Götz, Referatsleiter für Gesundheitsförderung bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Bremen
Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Fachvorträge

12 Gesundheitsförderung in der Kommune – Was heißt das eigentlich?

Prof. Dr. Ulla Walter, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover

16 Altersbilder in unserer Gesellschaft – Chancen und Potenziale durch Partizipation

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse, Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

18 Älter werden – aktiv bleiben: eine Herausforderung in Zeiten zunehmender Langlebigkeit

Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr, Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und
Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)

Vorstellung von Praxisprojekten in parallel laufenden Fachforen

24 FORUM 1

Mitreden und Mitgestalten in der Kommune

NAIS – Neues Altern in der Stadt

Volker Falkenstein, Amt für Familie, Schulen und Sport, Bruchsal

Gesund alt werden in Bremen – Beteiligung aus der Geschlechterperspektive

Gundula Lösch-Sievekling, Referat Ältere Menschen bei der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen
Dr. Martin Götz, Referatsleiter für Gesundheitsförderung bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

30 FORUM 2

Gesundheitsförderung und Beteiligung im Quartier

Denk-Sport-Spiel-Parcours

Günther Kerchner, Förderwerk Bremerhaven

Seniorentreff als Ort der Beteiligung

Hanna Blase, Nachbarschaftsheim St. Pauli e.V., Hamburg

34 FORUM 3

Partizipation und Gemeinwesenorientierung: Eine Herausforderung für Wohn- und Pflegeeinrichtungen?!

Pflege neu gestalten

Alexander Künzel, Vorstandsvorsitzender der Bremer Heimstiftung

Mehr Teilhabe und Eigenverantwortung in der Versorgung der Generation 60+

Elsbeth Rütten, Ambulante Versorgungslücken e.V., Bremen

37 Institutionen der Informationsbörse

38 Kontaktdaten



Alt, aber oho!

Gesundheitsförderung mit Älteren durch Partizipation

Nicole Tempel, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.

Astrid Gallinger, Gesundheitstreffpunkt West

Es ist mittlerweile eine Binsenweisheit, dass unsere Gesellschaft immer »älter und bunter« wird. Und im Zuge dieser Entwicklung gewinnt das Thema Gesundheitsförderung im Alter zunehmend an Bedeutung. Gesundheitsfördernde Angebote werden deshalb bereits in verschiedenen Settings und zu unterschiedlichen Themen umgesetzt. Doch nicht immer gelingt es, die gewünschte Zielgruppe zu erreichen.

Eine mögliche Strategie bedarfs- und bedürfnisorientierte Konzepte zu entwickeln, ist der Weg der Partizipation – im Sinne von aktiver Einbindung, sozialer Teilhabe und Selbstbestimmung älterer Menschen. Wichtig ist, dass diese partizipativen Prozesse zur Gesundheitsförderung vor Ort stattfinden, also dort wo die Menschen leben: in der Kommune, im Stadtteil, in der Nachbarschaft, im betreuten Wohnen oder auch in Pflegeeinrichtungen. Zudem ist es nötig, einen differenzierten Blick auf das Alter zu richten und ältere Menschen nicht als homogene Zielgruppe zu betrachten.

Auf der Regionalkonferenz »Alt, aber oho! – Gesundheitsförderung mit Älteren durch Partizipation« am 29. September 2011 in der Evangelischen Friedensgemeinde in Bremen standen u.a. die folgenden Fragen im Mittelpunkt:

- Was heißt es eigentlich, gesund alt zu werden?
- Was braucht es für gesellschaftliche und kommunale Rahmenbedingungen, um Gesundheitsförderung und Prävention zielgruppengerecht umzusetzen?
- Welche Rolle spielt eine differenzierte Betrachtung von Altersbildern in diesem Zusammenhang?
- Wie sollen gesundheitsförderliche Angebote und Projekte gestaltet sein, die ältere Menschen befähigen, einen hohen Grad an Selbstständigkeit und an gesundheitlicher Lebensqualität zu erlangen?

Am Vormittag wurden diese und ähnliche Fragen in einführenden Fachvorträgen aufgegriffen. Am Nachmittag wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern praktische Beispiele vorgestellt. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, den eigenen Arbeitsbereich bzw. bestehende Angebote/Projekte hinsichtlich der Teilhabemöglichkeiten zu reflektieren und gemeinsam mit anderen Akteuren Handlungsempfehlungen für die Kommune, das Quartier und für die Bereiche Pflege und Wohnen zu entwickeln.

Die Konferenz wurde gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und ist eingebunden in die bundesweite Veranstaltungsreihe »Gesund und aktiv älter werden«. Organisiert und durchgeführt wurde die Konferenz durch die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. in Kooperation mit dem Gesundheitstreffpunkt West, der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen und der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit.

Ungefähr 90 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Seniorenarbeit, Pflege, Verwaltung, Politik, Wohnungsbau, Wissenschaft und bürgerschaftlichem Engagement haben die Veranstaltung besucht.

Die vorliegende Tagungsdokumentation gibt einen Einblick in die Themen Gesundheitsförderung und Partizipation mit Älteren, sie liefert Impulse für einen »neuen« Blick auf das Thema Alter und sie stellt gesundheitsfördernde Praxisprojekte vor, die dabei sind partizipative Prozesse umzusetzen. Nicht zuletzt sind die Diskussionsergebnisse aus den einzelnen Foren zusammengestellt, in denen sich die Potenziale, aber auch die Grenzen partizipativer Prozesse widerspiegeln.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Dokumentation einen guten Rückblick auf die Veranstaltung und Informationen zum Thema Altern – Gesundheit – Partizipation bieten. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen, Anregungen für Ihre Arbeit und vielleicht auch Impulse für das eigene Älter werden.



ERÖFFNUNG UND BEGRÜSSUNG



Prof. Dr. Norbert Schmacke

Vorsitzender der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich möchte Sie als Vorsitzender der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen herzlich zu unserer heutigen Veranstaltung begrüßen. Wir sind außerordentlich froh darüber, eine derart interessante und von hochkarätigen Referentinnen und Referenten getragene Themenveranstaltung durchführen zu können. Das Thema eines gelingenden Alterns steht immer öfter auf der Tagesordnung und doch scheint es noch ein weiter Weg zu sein, bis sich die Gesellschaft insgesamt auf die neuen Rahmenbedingungen des viel zitierten demografischen Wandels eingestellt hat. Wir möchten insofern heute einen weiteren Beitrag dazu leisten, dass sich das Bild vom Altern in Gesundheit und Krankheit realistischer gestaltet.

Warum ist das erforderlich? Zunächst und vor allem weil »Alter und Gesundheit« häufig noch mit Katastrophenszenarien verbunden wird: danach steht die Gesellschaft personell und finanziell hilflos einem »Altenberg« gegenüber, der durch ein Anwachsen der Krankheits- und Pflegelast gekennzeichnet ist. Diese Angst ist offenkundig unbegründet, weil die auch weiterhin zunehmende durchschnittliche Lebenserwartung in Ländern wie Deutschland auch mit einem spürbaren Gewinn an behinderungsfreien Lebensjahren einhergeht. Und das düstere Bild der alternden Gesellschaften übersieht wohl vor allem, dass es historisch betrachtet ein unglaublicher Fortschritt ist, dass die Lebenserwartung heute so hoch ist. Alt werden zu können ist nicht mehr wie früher ein soziales Privileg sondern für weite Teile der Bevölkerung möglich geworden. Weiterhin wird verkannt, dass auch ein Alter mit Krankheit und Behinderung positiv gestaltet werden kann, wenn alle Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Behandlung ausgeschöpft werden. Manche Behinderung ließe sich zudem durch frühzeitige Prävention verhindern oder so positiv beeinflussen, dass keine

starken Abhängigkeiten entstehen müssten. Schließlich muss auch gesagt werden, dass sich natürlich Gesellschaften wie Deutschland besser auf die Probleme pflege- und unterstützungsbedürftiger älterer Menschen einstellen müssen als dies heute der Fall ist. Das betrifft viele Facetten wie z.B. Pflegekonzepte, den Pflegekräftenachwuchs, Wohn- und Betreuungsformen und letztlich auch die bessere Integration der Palliation in Behandlungskonzepte auf die ich in einem Begrüßungswort nicht weiter eingehen kann:

Danken möchte ich auch noch einmal besonders der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die uns nicht nur finanziell, sondern auch konzeptuell bei der Entwicklung und Durchführung dieser Veranstaltung unterstützt hat. Für die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen hoffe ich, dass diese großartige Veranstaltung nicht so etwas wie ein letzter Höhepunkt ihrer Arbeit wird, sondern dass wir unsere Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit für das Land Bremen allen finanziellen Engpässen zum Trotz, fortführen können. Bleibt mir jetzt nur noch, Ihnen viel Freude beim Zuhören und Diskutieren zu wünschen!



Dr. Martin Götz

Referatsleiter für Gesundheitsförderung bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Schmacke, sehr geehrte Frau Dr. Köster und sehr geehrte Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmer,

Ich freue mich, Sie hier heute begrüßen und Ihnen die Glückwünsche von der Senatorin übermitteln zu dürfen, die leider akut verhindert ist. Ich danke auch allen Expertinnen und Experten und den Veranstaltern, der Landesvereinigung für Gesundheit, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Gesundheitstreffpunkt West und schließlich dem Gastgeber der Evangelischen Friedensgemeinde für die Organisation und Ausrichtung dieser Regionalkonferenz.

»Alt, aber Oho! – Gesundheitsförderung mit Älteren durch Partizipation« ist das heutige Motto. Provokativer wäre die Bezeichnung »Alt und Oho!«. Gemeinsam sollten wir bis zum heutigen Tagungsende versuchen, aus dem »aber« ein »und« zu machen.

Die demografische Entwicklung ist in aller Munde. Dank der medizinischen Verbesserungen wird ein höheres Lebensalter erreicht, damit verbunden ist auch der Aspekt der Lebensqualität. Ab 2050 wird jeder dritte Bürger über 60 Jahre alt sein. Perspektivisch gesehen bedeutet das aber auch, dass sie immer kränker werden könnten. Das gewählte Motto der Konferenz »Gesundheitsförderung mit Älteren durch Partizipation« stellt eine besondere und zudem aktuelle Herausforderung dar. Es gilt in diesem Zusammenhang auch, einen bereits begonnen Prozess fortzusetzen, in dem Bürgerinnen und Bürger ihre Lebensbedingungen selbst mit bestimmen sollen und dieses auch können. Das Prinzip des hier heute noch vorzustellenden Stufenmodells der partizipativen Qualitätsentwicklung gilt insbesondere für die Prävention und Gesundheitsförderung. Wissenschaftliche und evidenzbasierte Untersuchungen belegen die Effektivität von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen wie beispielsweise

Bewegung und Ernährung. Wenn Ressourcen verfügbar sind, müssen sie zudem so genutzt werden, dass eine Evaluation durchgeführt und eine messbare Effektivität nachgewiesen werden kann.

Der Bremer Senat hat sich in seinem Vertrag und in seinem Koalitionspapier für die Jahre 2011 bis 2015 vorgenommen, dass der Ausbau der Prävention ein wichtiges Ziel ist. Sie können sagen, dass das eine politische Parole ist, die mit Leben gefüllt werden muss. Wir arbeiten daran!

In der letzten Legislaturperiode ist es leider nicht zu einem Präventionsgesetz des Bundes gekommen. Fachleute unter Ihnen wissen, dass das mit viel Engagement vorgetragen wurde. Wir hätten die Chance gehabt für Bremen einen strukturierten Rahmen zu entwickeln, und wir hätten ca. 1 Million Euro jährlich nur für Prävention und Gesundheitsförderung im Settingbereich zur Verfügung gehabt. Das alles ist leider nicht zustande gekommen und jetzt hat sich die Bundesregierung eher blumig und allgemein zur Prävention und Gesundheitsförderung bekannt. Wir werden das Präventionsgesetz, das wir gerne gehabt hätten, noch einmal versuchen auf den Weg zu bringen.

Trotzdem machen wir in Bremen natürlich weiter mit Gesundheitsförderung und Prävention. Daher einige aktuelle Beispiele aus einem Ideenwettbewerb »Zukunft Gesundheit«. Über eine Ausschreibung des Ressorts und der Wirtschaftsförderung Bremen sind zwei gesundheitsförderliche Projekte initiiert worden, die die Schnittstelle zwischen unterstützender Technik und älteren bzw. beeinträchtigten Patienten zu überbrücken helfen. Die Initiatoren setzten sich gemeinsam mit den älteren Menschen mit einer altersgerechten Computernutzung auseinander. Das zweite Projekt hilft gehbehinderten Menschen mit Ganganalysen leichter wieder laufen zu lernen. Mit diesen Projekten werden



Fortsetzung Dr. Martin Götz

Akzente an die Wirtschaft gesendet, die insbesondere die Entwicklung von Produkten für ältere Menschen sichtbar machen. In Bremen gibt es zudem ein aktuell laufendes Projekt zur Männergesundheit für Männer ab 40 Jahren. Das Thema Männergesundheit wird uns auch heute Nachmittag im Fachforum 1 beschäftigen. Zum Beispiel zeigen Untersuchungen, dass sozial benachteiligte Männer oft starke Raucher sind, die es nicht schaffen, vom Rauchen weg zu kommen.

Wenn man von Älteren spricht, kommt man nicht darum herum, das Thema Demenz mit auf die Tagesordnung zu nehmen. Die Bremer Landesinitiative Demenz hat das Ziel, die Versorgung von demenzkranken Patienten durch eine sektorenübergreifende Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung, zu verbessern. Das ist ein gutes Beispiel für Partizipation. Sie kennen darüber hinaus das Projekt »gesundheitsziele.de«. Ganz neu wird derzeit mit aller Kraft an einem neuen Ziel, nämlich »Gesund älter werden« gearbeitet. Verschiedene Bundesländer haben sich dabei bereits eingebracht. Wie Sie hier sehen, gibt es auch in Bremen einen sehr aktiven Bereich für das Thema Ältere Menschen und Gesundheit. Und zuletzt: Im Jahre 2012 erwartet uns ein Versorgungsgesetz. Das ist wirklich ein Neubeginn für die Versorgungsstruktur. Nur so viel: Es wird eine datengestützte Länder und Kommunen bezogene großräumige und übergreifende Gesundheitsplanung geben, die von Behördenseite mit gestaltet werden kann. Dabei ist klar, dass die Belange älterer Menschen mit dem Ziel einer verbesserten Prävention und Gesundheitsförderung und die optimierte medizinische Versorgung hierbei auch berücksichtigt werden.

Ich freue mich sehr, dass die Regionalkonferenz heute zu Stande gekommen ist und bedanke mich bei den Veranstalterinnen und Veranstaltern sowie bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Herzlichen Dank und viel Erfolg!

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Sehr geehrter Herr Dr. Götz,
sehr geehrter Herr Prof. Schmacke,
sehr geehrte Frau Prof. Walter,
sehr geehrter Herr Prof. Kruse,
sehr geehrte Frau Prof. Lehr,

meine sehr geehrten Damen und Herren,
ich freue mich, heute hier in Bremen im Rahmen der Regionalkonferenz zu Ihnen zu sprechen und mit Ihnen gemeinsam anstehende Fragen zu unserem Thema »Gesund und aktiv älter werden« zu diskutieren. Die heutige Tagung findet im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe statt. Diese Tagungen führen wir derzeit in allen Bundesländern gemeinsam mit den in den Ländern zuständigen Akteuren durch. Hier geht ein besonderer Dank für die gute und konstruktive Zusammenarbeit an Frau Senatorin Jürgens-Pieper und Herrn Dr. Götz. Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. für die gute Vorbereitung der Veranstaltung.

Meine Damen und Herren,
es geht im Rahmen der heutigen Konferenz um das Thema »Gesund älter werden«, ein Thema, das vor allem auch Fragen der Zusammenarbeit und Vernetzung verschiedener Bereiche und Sektoren aufwirft. Und da heute hier zahlreiche Akteure anwesend sind und sehr viel Know-How versammelt ist, haben wir eine gute Chance, diese Fragen gemeinsam und sektorübergreifend anzugehen. Hierbei geht es auch um die zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen Bundes-, Landes- und regionaler Ebene.

Ganz kurz zu den Fakten: Die Menschen werden älter, die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich. Bis zum Jahr 2050 werden ca. 28 Millionen Menschen über 60 Jahre in Deutschland leben. Ziel ist es, die gewonnenen Lebensjahre in einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben.

Hierzu gehört es, dass wir unser Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können, dass wir unsere Ressourcen ausschöpfen können. Ein ganz besonders wichtiger Aspekt gerade auch im Zusammenhang der Gesundheitsförderung ist die Teilhabe älterer Menschen: Es geht um Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, es geht um die Teilhabe an gesundheitsfördernden Angeboten und Möglichkeiten vor Ort; es geht um soziale Kontakte, es geht um Austausch, auch zwischen den Generationen, es geht um ein Mitreden und ein Mitgestalten.

Im Zusammenhang der demografischen Entwicklung geht es auch um das Altersbild in der Gesellschaft. Es ist wichtig, dass wir die Themen »älter werden« und »Alter« positiv besetzen und nicht ausschließlich Belastungen und Probleme im Blick haben, sondern eher auch die Herausforderungen und Chancen sehen. Wir können z.B. davon ausgehen, dass ältere Menschen sehr viel einbringen können und wollen – dies zeigen die Daten, dies zeigen Befragungsergebnisse, dies zeigen z.B. auch die ehrenamtlichen Aktivitäten älterer Menschen vor Ort: Sie haben Lebenserfahrung, sie haben berufliche Erfahrung und sind bereit, sich zu engagieren.

Meine Damen und Herren,
»Alt, aber oho!« lautet der Titel unserer Tagung heute. Der Zusatz »Gesundheitsförderung mit Älteren durch Partizipation« setzt einen wichtigen Akzent und stellt uns Akteure vor die Frage, wie und wodurch wir zur Teilhabe älterer Menschen beitragen können. Vor allem müssen wir uns zunächst die Zielgruppen, um die es geht, sehr genau ansehen. Die Voraussetzungen, Biografien und Lebensverläufe der sechzig-, siebenjährigen Frauen und Männer sind sehr unterschiedlich. Wichtig sind die persönlichen Lebensumstände, z.B. die familiäre Einbindung, die Wohnsituation, soziale Kontakte, der Bildungs- und berufliche Hintergrund, die finanzielle Situation, der kulturelle Hintergrund, der Gesundheitszustand.

Wie steht es um die Gesundheit älterer Menschen?:

Über 60% der 55-65jährigen Männer und Frauen bescheinigen sich selbst eine gute Gesundheit – eine sehr gute Nachricht. Viele Menschen fühlen sich gesund.

Die Prävalenz- und Inzidenzraten weisen allerdings gleichzeitig auf bestimmte behandlungsbedürftige Krankheitsgruppen, die bei älteren Menschen im Vordergrund stehen, u.a.

- Herz-Kreislaufkrankheiten
- Krankheiten des Bewegungsapparates, hierdurch funktionale Einschränkungen, auch Einschränkungen der Mobilität und damit Einschränkungen der Teilhabe
- Sturzunfälle: Fast ein Drittel der 65jährigen und Älteren stürzt mindestens einmal jährlich
- Diabetes
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen, vor allem auch die Themen Depression und Demenz: Ein Viertel der ab 65jährigen hat psychische Probleme oder Störungen.

Im fortgeschrittenen Alter nimmt zudem das Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) zu, ebenso die entsprechende Einnahme zahlreicher Medikamente.

Sehen wir auf z.B. die familiäre Einbindung. Dreiviertel der 55-69jährigen Deutschen sind verheiratet, 17% leben alleine. 87% haben Kinder, 54% Enkelkinder. D.h. in vielen Fällen ist in diesen Altersgruppen eine familiäre Einbindung gegeben, abhängig allerdings von der räumlichen Nähe zur Familie.

Ansprechen möchte ich im Zusammenhang »Familie« auch die Themen »Pflege« und »Pfleger Angehörige«: In Deutschland werden ca. 1,5 Millionen pflegebedürftige Personen zu Hause versorgt. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen fühlt sich durch die Pflege belastet und weist Krankheitssymptome auf.

Strategien der Gesundheitsförderung müssen die vielfältigen Aspekte des individuellen Älterwerdens berücksichtigen. Unsere Konzepte und Maßnahmen

Fortsetzung Dr. Monika Köster

sollten zudem an den Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken ansetzen.

Unser heutiges Tagungsthema «Gesundheitsförderung mit Älteren durch Partizipation» stellt die Frage nach den Möglichkeiten der Teilhabe, es geht um Aktivität, es geht um Selbstbestimmung.

Wenn wir die Partizipation älterer Menschen fördern wollen, müssen wir neben den individuellen Voraussetzungen auch die regionalen Rahmenbedingungen und Besonderheiten in den Blick nehmen. Die Voraussetzungen vor Ort sollten wir sehr sorgfältig analysieren.

Es geht um die Frage, in welchen Bereichen und wie wir die soziale Teilhabe älterer Menschen fördern können. Wo stehen wir? Welche Strukturen sind vorhanden? Welche Akteure, Angebote und Möglichkeiten gibt es? Welche Anstrengungen wurden bislang in der Region unternommen?

So sind wir mitten in der kommunalen Gesundheitsförderung. Wichtig ist es, den Alltag der Menschen einzubeziehen und die Menschen dort anzusprechen, wo sie leben.

Hier in Bremen können Sie bereits auf systematischen Vorarbeiten aufbauen: Es gibt z.B. einen Landesaltenplan, altenpolitische Leitlinien, die geeignete Beteiligungsformen einfordern, das Zentrum für Bewegungsförderung, den Seniorenkompass und Seniorenlotsen im Internet, das Seniorenbüro, die Seniorenvertretung, Foren, Beiräte, die Bereiche der Altenhilfe, Kirchengemeinden, die Gesundheitsberufe, der Beratungsbereich, die VHS, Stiftungen, Begegnungsstätten, viele Vereine, auch viele weitere Akteure und Initiativen, die ich hier an dieser Stelle nicht umfassend aufzählen kann. Es gibt vor allem auch erfolgreich arbeitende Initiativen sowie Praxisprojekte, über die wir heute Nachmittag in den Foren sprechen werden.

Zur Weiterentwicklung der Angebotsituation mit Blick auf Zielgruppenansprache und -beteiligung ist es in jedem Falle wichtig, die Zusammenarbeit der Akteure weiter zu stärken. Es geht hierbei insbesondere auch um die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Sektoren. Hier können gemeinsame Zielsetzungen und konkrete und verbindliche Absprachen unterstützend wirken. Wichtig ist hier die Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der einzelnen Akteure, denn die Vorhaben und Vereinbarungen müssen realistisch und umsetzbar sein.

Seitens der BZgA versuchen wir, diesen Austausch der Akteure zu unterstützen, u.a. durch Fachtagungen wie die heutige, aber auch durch die Bereitstellung von Studien und Expertisen, durch die Entwicklung von Materialien und Arbeitshilfen sowie durch den Aufbau eines Internetportals »Gesund und aktiv älter werden«, das zentrale Gesundheitsinformationen bereit stellt und auch Ihnen, den Akteuren, eine Kommunikationsplattform bieten wird.

Meine Damen und Herren, ich bin gespannt auf die heutigen Fachvorträge und auf die anschließende Diskussion in den Foren. Hier geht es dann vor allem um Praxiserfahrungen, um Strategien, die sich bewährt haben, auch um innovative Vorgehensweisen vor Ort. Wir werden die gesamte Tagung dokumentieren und zum Download sowie auch als Printversion zur Verfügung stellen.

Uns allen wünsche ich eine interessante Tagung, einen guten Austausch und viele umsetzungsbezogene Anregungen für unsere Arbeit.

Vielen Dank!



FACHVORTRÄGE



Gesundheitsförderung in der Kommune – Was heißt das eigentlich?

Prof. Dr. Ulla Walter

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zielt auf die Vermeidung bzw. das Hinausschieben von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen, den Erhalt und die Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, eine aktive Lebensgestaltung und Teilhabe an der Gesellschaft. Hierzu bedarf es der Wahrnehmung und Förderung der Ressourcen Älterer sowie der Aufrechterhaltung eines angemessenen Unterstützungssystems. Körperliche und kognitive Aktivität sowie soziale Partizipation bilden wesentliche Aspekte eines gesunden Alterns und stellen damit zentrale Handlungsansätze für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter dar.

Gesundheitsförderung im Alter



Gesundheit im Alter ist nicht nur das Ergebnis des Lebens in den vorhergehenden Lebensphasen, sondern wird auch durch die Gestaltung der Lebensphase Alter selbst bestimmt. Plastizität im neurophysiologischen Bereich sowie die Empfänglichkeit des Organismus, über das gesamte Leben auf körperliches Training zu reagieren, unterstreichen die Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung. Für die körperliche Aktivität und Bewegung im Alter fasst aktuell das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-

Westfalen den Stand der Forschung zusammen. Diese zeigt u.a., dass 65-Jährige und Ältere mit regelmäßiger Bewegung eine geringere vorzeitige Mortalität haben als Inaktive. Stürze und schwerwiegende Verletzungen können durch Training zu Muskelaufbau und Bewegungskoordination selbst bei über 80-Jährigen reduziert werden. Zudem wirkt sich körperliche Aktivität positiv auf die psychische Befindlichkeit aus. Inzwischen liegen auch Empfehlungen zur körperlichen Aktivität für Ältere vor. Danach sollen ältere Erwachsene auf demselben Level wie jüngere körperlich aktiv sein, d.h. mindestens 2 Stunden pro Woche mit mittlerer Intensität und 1 Stunden mit höherer Intensität, zusätzliche muskelkräftigende Übungen erhöhen den Nutzen.

In der Praxis werden diese Empfehlungen allerdings nur von wenigen erreicht. Ergebnisse des Euro-Barometer 2010 zum Bewegungsverhalten von 70-Jährigen und Älteren zeigen, dass sich 22 % regelmäßig bewegen, davon 56 % im Park oder der freien Natur, 33 % nutzen die täglichen Wege, um fit zu bleiben. Der institutionalisierte Sport (Fitness Center, Vereine, Sportstätten) spielt für Ältere im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen eine geringere Rolle.

Ebenen der Kommunalen Gesundheitsförderung

- Verhältnisprävention**
Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Angebote
- Verhaltensprävention**
Verhaltensbezogene Aufklärung und Wissensvermittlung
- Kompetenz und Organisation**
Empowerment
Partizipation, Bildung sozialer Netzwerke
Strukturen, Partnerschaften
Integration in Gemeindeplanung
Nachhaltigkeit

Auswertungen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zur körperlichen Funktionsfähigkeit zeigen einen Bildungsgradienten. Die Unterschiede nehmen besonders in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen deutlich zu. So ist die körperliche Funktionsfähigkeit der 70- bis 85-Jährigen mit hoher Bildung genauso gut wie die der 50- bis 69-Jährigen mit geringer Bildung.

Der Sechste Altersbericht der Bundesregierung verweist zudem auf den Einfluss des Altersselbst- und -fremdbildes auf die Gesundheit. So können Vorstellungen von Passivität und Rückzug im Alter zu unnötigen Einschränkungen führen. Ein wichtiger Aspekt erfolgreichen Alters ist die soziale Partizipation. Diese beeinflusst zusammen mit einer anregenden Umgebung die neurophysiologischen Prozesse und schützt vor kognitivem Altern. Nach der Berliner Altersstudie vermindert eine hohe soziale Partizipation den Rückgang der Wahrnehmungsgeschwindigkeit um zwei Jahre. Älteren Menschen diese Partizipation am sozialen Leben in der Kommune zu ermöglichen setzt Barrierefreiheit als grundlegende Chance zur Förderung der Teilhabe voraus.

Ansätze und Realisierung von Gesundheitsförderung in der Kommune

Bei zunehmender Einschränkung des Lebensradius im Alter kommt der Kommune in dieser Lebensphase eine hohe Bedeutung zu. Kommunalpolitische Entscheidungsprozesse gestalten eine Vielzahl von Lebensbereichen mit. Sie entscheiden mit darüber, inwieweit die besonderen Bedürfnisse Älterer berücksichtigt und Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention »vor Ort« realisiert werden.

Die Erhaltung und Entwicklung gesunder Wohn- und Arbeitsverhältnisse bildet einen zentralen Aspekt der Stadtplanung, verbunden mit der Herausforderung, die Wohnung und das Wohnumfeld so zu gestalten, dass

sie gesundheitsförderlich wirken. Hierzu zählt die gute Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten ebenso wie Barrierefreiheit und Sicherheit im Straßenverkehr, wie ausreichend beleuchtete Wege, lange Ampelphasen, aber auch eine hinreichende Anzahl an Sitzbänken. Grünanlagen bieten Freiräume für Bewegungsaktivitäten und werden genutzt, wenn sie anregend gestaltet und mit einer hinreichenden Zahl an Sitzbänken versehen sind.

Gestaltungsräume der Kommune



Eine gesundheitsförderliche Ausrichtung der Kommune erfordert eine strategische Ausrichtung durch die Kommunalpolitik, eine ressortübergreifende Zusammenarbeit der relevanten Akteure und Entscheidungsträger sowie institutionalisierte Mechanismen, die garantieren, dass diese bei allen Vorhaben berücksichtigt werden. Städte und Kommunen, die am Gesunde-Städte-Netzwerk teilnehmen, sind, wie eine Befragung im Auftrag der BZgA (2007) zeigt, bereits stärker für gesundheitliche Themen sensibilisiert und sehen vermehrt Teilhabe älterer Menschen und die Profilierung der Kommune durch Gesundheitsförderung und Prävention als ein Ziel an.

Wesentlich ist die Aktivierung und Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger. Um Autonomie und Kontrolle



über die eigenen Gesundheitsbelange zu erhalten, müssen diese über Gesundheitsbildung, die Förderung individueller Fähigkeiten und Netzwerke befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Empowerment und Partizipation bilden damit zentrale Strategien. Maßnahmen müssen mit und durch die Betroffenen und nicht für sie geplant und durchgeführt werden. Eine stadtteilbezogene Gesundheitsförderung kann nur über die aktive Beteiligung der Bewohner/-innen und die Veränderung des Wohnumfeldes nachhaltige Wirkung erzielen.

Inzwischen liegen zahlreiche Erfahrungen mit themenbezogenen runden Tischen bzw. Foren auf Stadtteil- und Gemeindeebene als Beteiligungsmöglichkeit für Senioren vor, die sich insbesondere bei kommunalen Planungsprozessen bewährt haben. Eine eigenständige Form der Interessenvertretung von Älteren auf kommunaler Ebene bilden Seniorenberater. Die Beteiligung

Älterer kann durch die Kommune gezielt gefördert werden, z.B. durch Qualifizierung, materielle Ausstattung und formale Strukturen (z.B. Rederecht in Gremien). Nach Wright et al. lassen sich verschiedene Stufen der Partizipation unterscheiden, wobei eine reine Information und Anhörung lediglich eine Vorstufe darstellt.

Stufen der Partizipation (nach Wright et al. 2010)

Internationale Studien unterstützen den Ansatz der Partizipation. Sie weisen darauf hin, dass eine verantwortungsvolle Mitwirkung von Bürgerinnen und Bürgern an der Gestaltung ihres Umfelds größere gesundheitsförderliche Potentiale birgt als eine reine Befragung. Die Bereitschaft von Älteren, sich zu engagieren, ist groß und hat in den vergangenen Jahren zugenommen, wie aktuell der Freiwilligensurvey zeigt. Beispiele in diesem Band zeigen Ansätze und Möglichkeiten in Deutschland auf.

Stufen der Partizipation

Selbstorganisation	Geht über Partizipation hinaus
Entscheidungsmacht	Partizipation
teilw. Entscheidungskompetenz	
Mitbestimmung	
Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Anhörung	
Information	
Anweisung	Nicht-Partizipation
Instrumentalisierung	



Wollen wir vermeiden, dass das Alter zu einer spöttischen Parodie unserer früheren Existenz wird, so gibt es nur eine einzige Lösung, nämlich weiterhin Ziele zu verfolgen, die unserem Leben einen Sinn verleihen: das hingebungsvolle Tätigsein für Einzelne, für Gruppen oder eine Sache, Sozialarbeit, politische, geistige oder schöpferische Arbeit. Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Moralisten muss man sich wünschen, auch im hohen Alter noch starke Leidenschaften zu haben, die uns ersparen, dass wir nur mit uns selbst beschäftigen. Das Leben behält einen Wert, solange man durch Liebe, Freundschaft, Empörung oder Mitgefühl am Leben der anderen teilnimmt.«

Simone de Beauvoir: Das Alter, 1970)

Ausführlicher Beitrag unter <http://www.lv-gesundheitbremen.de>



Altersbilder in unserer Gesellschaft – Chancen und Potenziale durch Partizipation

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

Direktor des Instituts für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und Vorsitzender der Altenberichtscommission der Bundesregierung

Und dieses Einst, wovon wir träumen, es ist noch nirgends, als in unserm Geist – wir sind dies Einst, uns selbst vorausgereist im Geist, und winken uns von seinen Säumen, wie wer sich selber winkt.

Christian Morgenstern (1871-1914) Stufen

In diesem von Christian Morgenstern verfassten Epigramm drückt sich eine Herausforderung aus, die als charakteristisch für unsere Gesellschaft, für unsere Kultur angesehen werden kann: Wir stehen vor der Herausforderung, eine veränderte Sicht des Alters zu entwickeln, die auch auf die seelisch-geistigen Kräfte in dieser Lebensphase Bezug nimmt und darstellt, in welcher Weise unsere Gesellschaft von der Nutzung dieser Kräfte profitieren könnte. Bislang stehen eher die negativen Bilder des Alters im Vordergrund des öffentlichen Diskurses: Alter wird primär mit Verlust an Kreativität, Neugierde, Offenheit und Produktivität gleichgesetzt. Dieses einseitige Bild des Alters engt – indem es offene oder verborgene Altersgrenzen fördert – nicht nur die Zukunftsperspektiven älterer Menschen ein, es trägt auch dazu bei, dass die potenziellen Kräfte des Alters gesellschaftlich nicht wirklich genutzt werden: Und dies kann sich gerade eine alternde Gesellschaft nicht leisten. Zu dieser veränderten Sicht des Alters gehört auch ein differenziertes Menschenbild, ein umfassendes Verständnis der Person. Damit ist zunächst gemeint, dass der Alternsprozess nicht auf das körperliche Altern reduziert werden darf, sondern dass ausdrücklich auch dessen seelisch-geistige Dimension wahrgenommen und geachtet wird, wobei sich in dieser Dimension Entwicklungsmöglichkeiten bis in das hohe Alter ergeben. Damit ist weiterhin gemeint, dass die Verletzlichkeit und Endlichkeit des Lebens größere Akzeptanz in unserer Gesellschaft finden und überzeugen

gende Formen des kulturellen Umgangs mit den Grenzen des Lebens entwickelt werden.

Wenn auf der einen Seite die seelisch-geistigen Kräfte des Alters vernachlässigt, auf der anderen Seite die Grenzen im Alter ausgeblendet werden, dann erscheint diese Lebensphase in den kollektiven Deutungen als undifferenziert, als ein Abschnitt der Biografie, in dem die Psyche keinen nennenswerten Aufgaben und Anforderungen ausgesetzt ist, in dem aber auch keine Entwicklungsmöglichkeiten bestehen, deren Verwirklichung seelisch-geistiges Wachstum bedeuten würde, in dem Menschen nicht mehr schöpferisch sein und sich als mitverantwortlich für andere Menschen erleben können. Und gerade diese Sicht ist falsch: Die Altersforschung belegt, in welchem Maße das Leben im Alter älteren Menschen als eine seelisch-geistige Aufgabe und Anforderung erscheint, in welchem Maße auch im Alter das Potenzial zu weiterer seelisch-geistigen Entwicklung gegeben ist, wie viel Mitverantwortung ältere Menschen übernehmen – vor allem innerhalb der Familie, aber auch außerhalb dieser (zivilgesellschaftliches Engagement). Dabei finden sich gleichzeitig Hinweise auf den Einfluss, den die kollektiven Deutungen des Alters auf den individuellen Umgang mit Aufgaben und Anforderungen wie auch mit den Entwicklungspotenzialen im Alter ausüben. In einer Gesellschaft, in der mit Alter unspezifisch und verallgemeinernd Verluste (an Kreativität, Interesse, Offenheit, Zielen) assoziiert werden, sehen sich ältere Menschen nicht dazu motiviert, Initiative zu ergreifen und etwas Neues zu beginnen (der Begriff der Initiative stammt aus dem lateinischen *initium*, das mit Anfang zu übersetzen ist).

Aus diesem Grunde ergibt sich die Forderung nach veränderten kulturellen Entwürfen des Alters, die sich nicht allein auf körperliche Prozesse konzentrieren,



sondern die in gleicher Weise seelisch-geistige Prozesse berücksichtigen, die die Verschiedenartigkeit individueller Lebens- und Kompetenzformen im Alter anerkennen und diese als Grundlage für vielfältige Formen des schöpferischen und produktiven Lebens verstehen. Das Alter in seiner Differenziertheit zu erkennen und anzusprechen, Möglichkeiten gezielter Beeinflussung von Alternsprozessen zu erkennen und umzusetzen (zu nennen sind hier das Erschließen von Bereichen zivilgesellschaftlichen Handelns, die Schaffung altersfreundlicher Umwelten, Initiativen in den Bereichen Bildung, Prävention und Rehabilitation), ist eine gesellschaftliche Aufgabe, deren Lösung empirisch fundierte Visionen eines gesellschaftlich wie individuell »guten Lebens« im Alter erfordert. Doch sind wir in unserer Gesellschaft mit der Entwicklung solcher Visionen noch viel zu zaghaft, zeigen wir uns gegenüber dem Alter in viel zu starkem Maße reserviert.

Ausführlicher Beitrag unter <http://www.lv-gesundheitbremen.de>



Älter werden – aktiv bleiben: eine Herausforderung in unserer Zeit zunehmender Langlebigkeit

Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr

Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)

Institut für Gerontologie Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Wir leben in einer alternden Welt - oder besser: in einer Gesellschaft des langen Lebens. Wir erreichen heute ein höheres Lebensalter als Generationen vor uns und sind dabei gesünder, selbstständiger und kompetenter. Diese zunehmende Langlebigkeit sollten wir als Gewinn betrachten, - aber auch als Herausforderung für jeden Einzelnen und die Gesellschaft. Immer weniger Kinder erblicken bei uns das Licht der Welt; wir haben sinkende Geburtenzahlen - eine Tatsache, die uns nachdenklich stimmen sollte. Und wir haben in Deutschland eine Entvölkerung ganzer Regionen unseres Landes, deren Konsequenzen man vielfach noch nicht wahrhaben will: Sparkassen und Postämter müssen schließen, Schulen müssen zusammengelegt werden, der öffentliche Nahverkehr wird reduziert, Einkaufsläden und Arztpraxen »lohnen« sich nicht mehr. Man spricht vom »Rückbau« oder der »Rückentwicklung« ganzer Gegenden. Den noch »wachsenden Regionen« vor allem im Süden und Südwesten unseres Landes und den Metropolen Bremen und Hamburg stehen schrumpfende Regionen vorwiegend im Nordosten und Osten unseres Landes gegenüber. Junge Menschen wandern aus in wirtschaftlich begünstigte Regionen, vorwiegend nach Baden-Württemberg und Bayern, ältere Menschen bleiben zurück für viele Jahre und Jahrzehnte, denn sie werden immer älter - und brauchen jemanden, der ihnen zur Hand geht.

Die Gruppe der Hochbetagten oder Langlebigen, die der über 80jährigen, ist weltweit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren. Doch die übliche Einteilung, von den sog. «jungen Alten» und ab 80/85 von den »alten Alten« zu sprechen, ist problematisch. Manch einer ist schon mit 55/60 ein »alter Alter«, andere sind noch mit 90 »junge Alte«. Das »functional age« ist ausschlaggebend, die Funktionsfähigkeit verschiedener körperlicher und seelisch-geistiger Fähigkeiten.

Und diese Funktionsfähigkeiten sind keinesfalls an ein chronologisches Alter gebunden, sondern werden von biologischen und sozialen Faktoren, die während eines ganzen Lebens einwirken, mitbestimmt. Hier werden Schulbildung, berufliches Training, Lebensstil und Reaktionen auf Belastungen ausschlaggebend. Ein generelles Defizit-Modell des Alterns ist in Frage zu stellen; es wurde durch viele Studien widerlegt. Altern muss nicht Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten bedeuten. Je älter wir werden, umso weniger sagt die Anzahl der Jahre etwas aus über Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erlebens- und Verhaltensweisen. So gehören alle Altersgrenzen hinterfragt. Es sollte auch keine Altersgrenzen beim Ehrenamt geben! Es gibt nun einmal keine Altersnormen sondern nur Alternsformen! Auch die Familie befindet sich in einem strukturellen Wandel. Wir haben einen Rückgang der 3- und 2-Generationen-Haushalte und der Anstieg der Ein-Generationen bzw. Ein-Personen-Haushalte erwähnt. Über 40% aller Haushalte in Deutschland sind heute 1-Personen-Haushalte. Von den über 75jährigen Frauen leben fast 70% in Ein-Personen-Haushalten.

Diese zunehmende Singularisierung und Individualisierung bei Jung und Alt sollte jedoch keineswegs mit Einsamkeit gleichgesetzt werden. Sie hat aber Konsequenzen sowohl in Bezug auf die Kinderbetreuung als auch auf etwaige notwendig werdende Hilfs- und Pflegeleistungen im Alter. Bei 5 und mehr Personen im Haushalt findet sich immer einer, der die Mineralwasserkisten hoch trägt, der die Glühbirne an der Decke auswechselt, der jeden Morgen die Zeitung hoch in den 3. Stock bringt, der die Post zum Briefkasten bringt. Heute brauchen wir hierzu Hausmeisterdienste oder eine verstärkte Nachbarschaftshilfe!

Die Thematik unserer älter werdenden Gesellschaft wird analysiert und daraus die Verpflichtung abgeleitet,

alles zu tun, um möglichst gesund und kompetent ein hohes Lebensalter zu erreichen. Es gilt, dem Leben nicht nur Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben. Und es gilt, sein Alter so zu gestalten, dass aus den gewonnenen Jahren »erfüllte« Jahre werden zu lassen.

Hier ist jeder Einzelne gefordert. »Älter werden - aktiv bleiben«, das sei die Devise von Jugend an, denn Altern ist ein lebenslanger Prozess. Wissenschaftlich ist erwiesen: »Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern«; die volkstümliche Feststellung »was rastet, das rostet«, ist durch viele Untersuchungen im Bereich der Medizin, der Psychologie, der Sportwissenschaft bestätigt worden. Gesundheit ist keineswegs ein Gut, das uns in jungen Jahren gegeben wurde und das mit der Zeit mehr und mehr abnimmt, sondern Gesundheit muss jeden Tag neu erkämpft werden. Gesundheit will gepflegt werden. Ein gesunder Lebensstil und auch Vorsorgeuntersuchungen sind notwendig, um möglichst frühzeitig Fehlentwicklungen zu entdecken und zu bekämpfen. Prävention spart Krankheitskosten und erhöht die Lebensqualität!

Aktivitäten im körperlichen Bereich, im kognitiven Bereich und im sozialen Bereich sind notwendig. Wir müssen »bewegt altern«, um »fit für 100« zu sein. Wir müssen aber auch »lernend altern und Altern lernen«. Lebenslanges Lernen ist heutzutage geradezu zur Existenznotwendigkeit geworden. Und wir sollten um soziale Kontakte bemüht sein. Lebensqualität wird dort erlebt, wo der Mensch noch eine Aufgabe hat. Wer keine Aufgabe hat, gibt sich auf; bürgerschaftliches Engagement ist gefragt.

Suchen wir und übernehmen wir unsere »Rolle«, die angesichts zunehmender Langlebigkeit - nicht sein kann »hinter dem Ofen zu sitzen und auf das Ende zu warten«, oder uns nur im Konsumrausch zu ergehen

(ein weit verbreitetes Image, das allerdings nicht der Realität entspricht!).

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

Freuen wir uns über die zunehmende Langlebigkeit - doch versuchen wir alles, damit aus den gewonnenen Jahren erfüllte Jahre werden! Setzen wir uns für ein PRO-AGING ein, ein für ein Älterwerden bei möglichst großem körperlichen und seelisch-geistigen Wohlbefinden. Wir wollen ja gar nicht »ewig jung« bleiben, wie es der Werbe-Slogan »forever young« verspricht. Wir wollen nur möglichst gesund alt werden!

»Leben ist Lernen«, ist Verhaltensänderung aufgrund von Erfahrungen! Und ein langes Leben bringt viel Erfahrungen mit sich, trägt zur Reife bei, zur Gelassenheit, vielleicht auch zu einer gewissen Abgeklärtheit und Weisheit - bei manch einem allerdings auch zur Verbitterung, vor allem dann, wenn man sich »unnützig« vorkommt. Dagegen kann man angehen.

Wir sollten unser Augenmerk weit stärker auf die Ressourcen des Alters lenken, sollten – bei aller Akzeptanz der mit zunehmendem Lebensalter



bzw. mit veränderter Lebenssituation gegebenen Grenzen – verstärkt nach den verbliebenen Möglichkeiten fragen. Auch im hohen Alter ist das Glas nicht halb leer, sondern halb voll!

In diesem Sinne möchte ich schließen mit einem Zitat von Hans THOMAE, das er vor nunmehr 52 Jahren aufgrund der ersten Altersuntersuchungen getan hat:

«Altern in dem positiven Sinne des Reifens gelingt dort, wo die mannigfachen Enttäuschungen und Versagungen, welche das Leben dem Menschen im Alter in seinem Alltag bringt, weder zu einer Häufung von Ressentiments, von Aversionen oder von Resignation führen, sondern wo aus dem Innewerden der vielen Begrenzungen eigenen Vermögens die Kunst zum Auskosten der gegebenen Möglichkeiten erwächst».

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

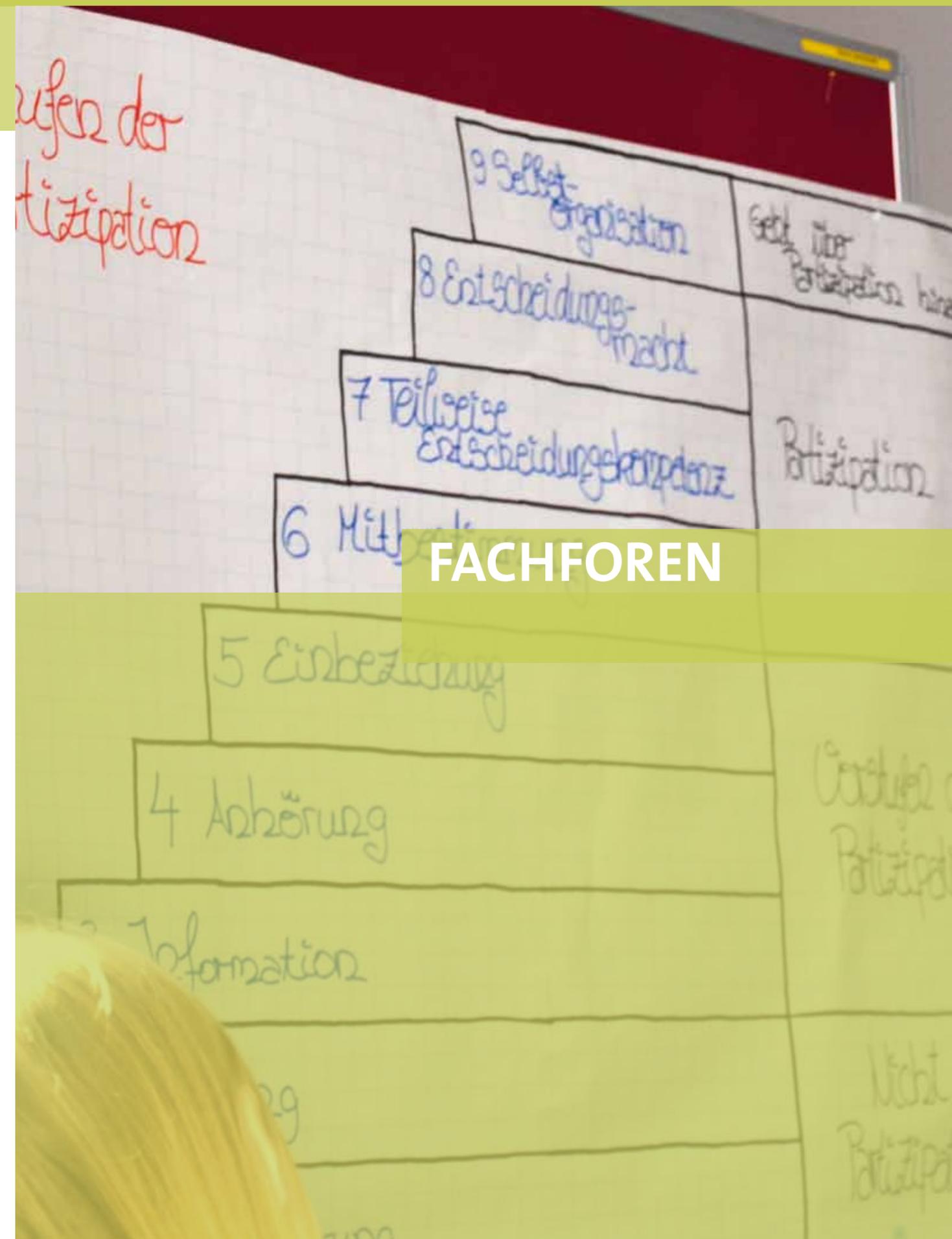
Vorstellung und Diskussion von Praxisprojekten

in parallel laufenden Fachforen

Im Mittelpunkt der 3 Fachforen am Nachmittag stand die Vorstellung von jeweils 2 Praxisprojekten aus den Handlungsfeldern Kommune, Quartier, Wohnen und Pflege. Darüber hinaus wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in allen Foren das Stufenmodell der partizipativen Qualitätsentwicklung (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de) vorgestellt, das dazu anregen sollte, die eigene Tätigkeit bzw. eigene Angebote unter partizipativen Aspekten zu reflektieren.

Die anschließenden Diskussionen orientierten sich an folgenden Leitfragen:

- Wie erleben Sie Partizipation in Ihrem Handlungsfeld?
- Auf welche Hindernisse stoßen sie in der praktischen Umsetzung?
- Was braucht es, um mehr Partizipation zu ermöglichen?



FACHFOREN



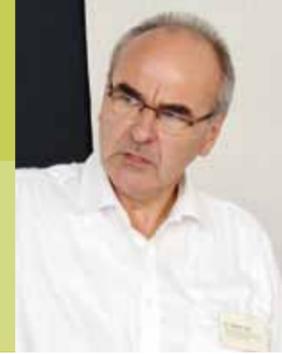
FORUM 1
Mitreden und Mitgestalten in der Kommune
NAIS – Neues Altern in der Stadt
 Volker Falkenstein, Amt für Familie, Schulen und Sport, Bruchsal
Gesund alt werden in Bremen – Beteiligung aus der Geschlechterperspektive
 Gundula Lösch-Sieveling, Referat Ältere Menschen bei der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen
 Dr. Martin Götz, Referatsleiter für Gesundheitsförderung, bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit



FORUM 3
Partizipation und Gemeinwesenorientierung: Eine Herausforderung für Wohn- und Pflegeeinrichtungen?!
Pflege neu gestalten
 Alexander Künzel, Vorstandsvorsitzender der Bremer Heimstiftung
Mehr Teilhabe und Eigenverantwortung in der Versorgung der Generation 60+
 Elsbeth Rütten, Ambulante Versorgungslücken e.V., Bremen



FORUM 2
Gesundheitsförderung und Beteiligung im Quartier
Denk-Sport-Spiel-Parcours
 Günther Kerchner, Förderwerk Bremerhaven
Seniorentreff als Ort der Beteiligung
 Hanna Blase, Nachbarschaftsheim St. Pauli e.V., Hamburg



FORUM 1

Mitreden und Mitgestalten in der Kommune

Moderation: Ulla Voigt, Stellvertretende Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

Impulsreferat 1:

Projekt NAIS (Neues Altern in der Stadt) Bruchsal

Volker Falkenstein, Projektleiter beim Amt für Familie, Schulen und Sport, Bruchsal

Das Pilotprojekt Neues Altern in der Stadt (»NAIS«) soll Kommunen bei der Entwicklung einer demografisch verantwortungsvollen Politik unterstützen. Hierdurch sollen Kommunen zukunftsfähiger und die Lebensqualität für die Einwohner nachhaltig verbessert werden. Das Projekt Neues Altern in der Stadt wurde von der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit wissenschaftlichen Experten entwickelt. Bei unserem Projekt in Bruchsal ist Thomas Altgeld von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. der Experte, der das Projekt wissenschaftlich begleitet.

Die Ziele von NAIS sind:

- die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema
- die Erhöhung der Planungskompetenz der Kommune
- die Förderung der Zusammenarbeit in der Kommune sowie die Vernetzung mit externen Partnern auf Landkreis, Landes- und Bundesebene
- die Entwicklung und Vermittlung eines Leitbildes
- die Beteiligung Älterer an Planungsprozessen
- die Verbesserung des bürgerschaftlichen Engagements, das in unserer Kommune schon sehr breit gefächert vorhanden ist
- die Aufwertung der kommunalen Seniorenpolitik
- die Verbesserung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation
- die Fortsetzung der Prozesse über das Projektende hinaus, um Nachhaltigkeit zu schaffen und Ziele und Maßnahmen nachhaltig in die Fläche zu transferieren, also die Betroffenen, die Bürgerinnen und Bürger, zu erreichen, die es wirklich brauchen, die sich selber nicht melden und die eigentlich darauf warten, eingebunden zu werden bzw. mitzuarbeiten zu können.

Bruchsal im Landkreis Karlsruhe hat zurzeit eine Bevölkerungszahl von 43.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, 8.500 Menschen sind über 65 Jahre. Der Anteil der Bevölkerung über 80 Jahren wird bis zum Jahr 2025 um 48% zunehmen.

Vor diesem demografischen Hintergrund steht Bruchsal vor wichtigen Herausforderungen – nicht nur im Pflegebereich:

- Die starke Zunahme der Menschen über 80 Jahre geht mit einem höheren Risiko von Krankheit oder Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigkeit einher
- Die Zunahme der Singles ist ein potenzielles Problem, wenn diese Singles pflegebedürftig werden z.B. bei steigendem Bedarf für Hilfen im Alltag – Haushalt, durch eintretende soziale Isolation
- Die klassischen Familienstrukturen lösen sich auf und das familiäre Hilfs- und Pflegepotenzial sinkt
- Die Heterogenität der Einkommen wird größer und es besteht die Gefahr der sozialen Segregation

Nach dem Gemeinderatsbeschluss (2005) gab es drei Projektphasen:

In der Analysephase wurde zu Projektbeginn in jeder Kommune ein Initiativkreis NAIS (in Bruchsal mit 35 Personen) gegründet. Die in der kommunalen Seniorenpolitik und -arbeit relevanten Akteure sowie interessierte Bürger waren eingeladen, daran aktiv mitzuarbeiten und Maßnahmen umzusetzen. Auf einer breiten kommunalen Datengrundlage erarbeitete der Initiativkreis Handlungsempfehlungen, um Chancen und Möglichkeiten, aber auch die Felder mit hohem Handlungsbedarf zu ermitteln.

In der Aktionsphase wurden die Themen, die in der Analysephase als lokal ermittelte Problem- und Handlungsfelder herausgearbeitet wurden, in Kooperation mit externen Institutionen in konkrete Projekte umgesetzt. In Bruchsal kristallisierte sich das Thema »Gesundheitsförderung und Prävention« als das Schwerpunktthema heraus.

In der Abschluss- und Transferphase wurden die Projektergebnisse zusammengefasst, ausgewertet und veröffentlicht. Jetzt haben wir eine eigenständige kommunale Projektsteuerung, getragen durch kommunale Mittel.

In der Analysephase (2006) wurden folgende Maßnahmen durchgeführt

- Bildung eines Initiativkreises
- Durchführung der Szenariotechnik (7 Termine)
- Datenerhebung und Fragebogenaktion
- Expertenhearing
- Bürgerveranstaltung am 30.11.2006 mit Vorstellung eines Seniorenleitbildes und der ausgearbeiteten Projektschwerpunkte

Nach der Durchführung von 2 Zukunftswerkstätten mit der Bevölkerung, wurde mit den Bürgern unter Anwendung der Szenariotechnik an ihrer eigenen Zukunftsgestaltung (»Das Mögliche«) gearbeitet. Das Szenario »worst case« und »best case« wurde dargestellt und in verschiedenen Gruppen ausformuliert. Unter Moderationsanleitung sind die Beteiligten visionär an die Fragen herangegangen: Wie stellen wir uns Bruchsal 2020 vor? Wo wollen wir hin? Daraus ist das Seniorenleitbild entstanden. Dieses ist inzwischen im Stadtleitbild von Bruchsal verankert und stellt einen verbindlichen Maßstab für den Gemeinderat dar: »Bruchsal – eine innovative Stadt mit Wirtschaftskraft, in der sich Alt und Jung wohlfühlen und füreinander da sind.«

Die Umsetzung des Projekts »Gesundheitsförderung und Prävention« zu Beginn der Aktionsphase begann am 26.01.2007 mit einer Auftaktveranstaltung unter dem Projektleiter Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Die anwesenden Engagierten erklärten sich zur Mitarbeit in einer Lenkungsgruppe bereit und stellten ihre Arbeit unter den Leitsatz:

»Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts«

Das WHO-Ziel, an dem sich die Stadt Bruchsal orientiert, lautet: Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft spielen.

Erstes Ziel war, dass die Vielzahl der bereits vorhandenen Angebote in Bruchsal erfasst, aufbereitet, dargestellt und transparent gemacht wurden. Danach wurden 5 Arbeitsgemeinschaften eingerichtet, die bedarfsorientiert an den Zukunftsthemen arbeiten.

Diese fünf Arbeitsgemeinschaften (Bewegung und Ernährung/ Pflege ist mehr/ Geistig fit und aktiv/ Gesundheitsförderung im Quartier/Wegweiser) sind die Plattform, tragen das Projekt, ergänzt durch das Bruchsaler Forum »Fit für den demografischen Wandel - mit leistungsfähigen Mitarbeitern«.

Ich arbeite mit 55 Ehrenamtlichen aus verschiedenen Fachdisziplinen/Funktionen zusammen. Das Netzwerk erstreckt sich von Bürgerinnen und Bürgern, Kassenvertretern, der Ärzteschaft über kirchliche Träger, den Sportvereinen und politischen Repräsentanten. Beteiligt sind auch eine Vielzahl von Firmen, die regionale Wirtschaftsförderung, Wohlfahrtsverbände und Pflegedienste.

Ehrenamtlich entwickelt und gepflegt werden die Homepages www.neues-altern.de, www.bruchsalerforum.de.

Die Aktivitäten sollen in der lokalen Presse unter dem Logo NAIS zu finden sein, um eine stetige und aktuelle Information für die Bürgerinnen und Bürger zu bieten. Angebote werden für die Öffentlichkeit transparent, für Engagement wird dabei geworben.

Ein gelungener Ansatz, zurückgezogen lebende Menschen zusammenzubringen, ist das Projekt CappuKino mit dem örtlichen Kino, dem Cineplex. Man hat einen Eintrittspreis von drei Euro vereinbart und zeigt einmal



im Monat aktuelle Filme. Wenn man Kaffee und Kuchen dabei haben will, ist man bei sechs Euro fünfzig. Im Jahr 2009 mit 80 Personen gestartet, füllen wir jetzt schon zwei Säle mit bis zu 300 Zuschauern, von denen eine Vielzahl inzwischen neue gemeinsame Aktivitäten betreiben, sich unterstützen, Freundschaften geschlossen haben.

Zum Abschluss noch zusammenfassend einige wichtige Erfahrungen aus dem NAIS-Projekt: Wichtig ist Verwaltung, Politik, Akteure und Bevölkerung zu sensibilisieren und einen Handlungsdruck zu erzeugen. Mit meinem »ehrenamtlichem Tandem« Rolf Freitag, Leiter des Kreissenorenrats aus dem Landkreis Karlsruhe, arbeite ich sehr vertraut Hand in Hand. Wir sind ständig im Austausch und haben auch die kommunalpolitische Unterstützung. Unabdingbar ist das zielorientierte Zusammenwirken von Oberbürgermeisterin als Sozialdezernentin - Gemeinderat, Verwaltung und die sehr enge gelungene Kooperation mit ehrenamtlich Engagierten. Dann kann man die Menschen gewinnen, sich für die Themen der Zukunft und deren Ausgestaltung einzubringen. Dieser partizipative Prozess muss nachhaltig, glaubhaft und bedarfsorientiert begonnen, fortgesetzt, weiterentwickelt und konsequent umgesetzt werden.

Impulsreferat 2:

Gesund alt werden in Bremen – Beteiligung aus der Geschlechterperspektive

Gundula Lösch-Sieveking
Referat Ältere Menschen, Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen

In Bremen gibt es inzwischen eine große Vielfalt von Angeboten der Gesundheitsförderung für ältere (60-75), alte Menschen (75-80), Hochaltrige (80-90), Hochbetagte Menschen (»Fit bis 99« – »Fit bis 100«) und fürs Älter werden (»Fit ab 50«), das von unterschiedlichsten Anbietern vorgehalten wird. Eine umfassende Bestandsaufnahme dieser Angebote liegt nicht vor. Bekannt ist, dass überwiegend Frauen diese Angebote nutzen. Einen einzigartigen Überblick über Angebote, die von Menschen in »prekären Lebenslagen« gut erreicht werden können bzw. diese ansprechen, gibt die von der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. 2011 herausgegebene Broschüre »Gesund alt werden in Bremen – Informationen – Erfahrungen – Praxisbeispiele«. Aufgrund der heterogenen Anbieter- und Förderstruktur (Sportvereine, Bildungsträger, Begegnungsstätten, Krankenkassen, Gesundheitsamt, Amt für Soziale Dienste, die Programme WIN und LOS u. a. m.) bestehen viele Angebote der Gesundheitsförderung für ältere Menschen unverbunden nebeneinander. Vernetzungsbestrebungen sind noch in den Anfängen und kommen aus verschiedensten Gründen nur schleppend voran. Der Zugang zu Informationen über diese Angebote ist insbesondere für ältere Menschen erschwert und enorm zeitaufwendig, weil viele Angebote überwiegend nur noch über das Internet abrufbar sind. Umso bedeutsamer sind Lotsen und Informationsquellen, wie z. B. der Gesundheitstreffpunkt West, Frauengesundheit in Tenever, der Gesundheitsladen u. a. m.

Seit geraumer Zeit werden Angebote der Altenhilfe, die von der Kommune auf der Basis des § 71 SGB XII (Altenhilfe) gefördert werden, als Ressource

der Gesundheitsförderung in den Blick genommen. Zielsetzung der Altenhilfe ist es, »... alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen«. Beispielhaft werden zwei Angebotsformen/Arbeitsfelder vorgestellt, die unterschiedliche Wege einer partizipativen Gesundheitsförderung umsetzen. Teilhabe und Aktivierung werden als Ziel und Prozess gesehen.

Begegnungsstätten zählen zu den ältesten Einrichtungstypen der offenen Altenhilfe. Sie werden gelegentlich als antiquiert, als ein Auslaufmodell beschrieben; ein Treffpunkt, der nur von ein paar alten Frauen aufgesucht wird. Welche Möglichkeiten die Begegnungsstätten zur Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen älterer Menschen bieten und welche Chancen der Weiterentwicklung und Partizipation bei der Programmgestaltung durch ihre sozialräumliche Verteilung mit ihrem niedrigschwelligem Zugang zu den verschiedensten Angeboten gegeben sind, ist ein aktuelles Thema in der offenen Altenhilfe. Inzwischen steht in 20 der 27 geförderten Begegnungsstätten in der Stadtgemeinde Bremen Gesundheitsförderung an erster Stelle; wöchentlich finden 5-9 Kursangebote in den jeweiligen Häusern statt; das Spektrum der Angebote ist sehr groß. Die Begegnungsstätten werden als wichtige Ressourcen im Stadtteil – nicht nur für ältere Menschen – noch zu wenig genutzt. Noch sind Begegnungsstätten »Domänen« der Frauen; diverse Aktivitäten in der Vergangenheit, Männer zu gewinnen, waren nur zum Teil erfolgreich.

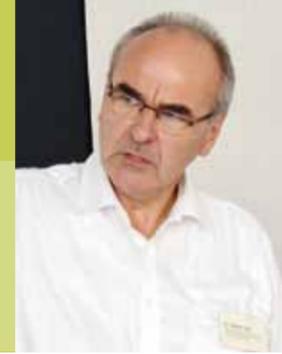
»Aufsuchende Altenarbeit – Hausbesuche«: Mit dem Ziel, älteren Menschen Hilfe zu bringen, bevor es zu spät ist, wurde in Bremen 2008 in zwei Stadtteilen ein Modellversuch gestartet. »Besuchen«, »Beraten«, »Begleiten« und »Begegnen« wurde das gemeinsame Motto der Projekte. Menschen, die einen Hilfebedarf signalisieren, werden aufgesucht (Bring-Struktur). Die Ansprache der älteren Menschen erfolgt über persönliche Anschreiben und unterschiedliche Formen

der Öffentlichkeitsarbeit. Die Teilnahme ist freiwillig. Charakteristisch für die aufsuchende Arbeit ist die aktivierende Hilfeeckung. Neben dem unmittelbaren Hilfebedarf wurden im Rahmen dieser aktivierenden Bedarfserhebung viele vernachlässigte Aspekte offenkundig, wie z. B. das Bedürfnis nach Begegnungen mit Anderen (Gleichbetroffenen, Gleichaltrigen), das Bedürfnis das eigene Umfeld zu verlassen, Kontakte zu knüpfen oder mal wieder einkaufen zu gehen. Viele dieser Wünsche wurden in den Projekten aufgegriffen und zusammengeführt; deren Realisierung wurde erprobt. Inzwischen gibt es z. B. in Hemelingen im Haus der Familie wöchentlich ein Seniorencafé; in Obervieland ist ein »Nostalgiekino« entstanden.

Als ein Ergebnis bezüglich der Ermittlung des Bedarfes an präventiver Unterstützung konnte festgestellt werden, dass viele ältere Menschen keine regelmäßigen Besuche in der Häuslichkeit wünschen, sondern ein Bedürfnis nach Begegnungen außer Haus haben und dafür Unterstützung benötigen. Zur Umsetzung einer umfassenden Gesundheitsförderung im Stadtteil müssen Voraussetzungen geschaffen werden und Barrieren der Teilhabe beseitigt werden.

Wichtige Akteure bei der Aufsuchenden Arbeit, dem Besuchs- und Begleitdienst und in der Begegnungsstättenarbeit sind die Ehrenamtlichen. Sie engagieren sich für sich und für andere: »wer anderen hilft, der hilft auch sich selbst«; sie sind Mittler zwischen den älteren Menschen und den Professionellen und den Institutionen. Sie sind auch in der Regel Bürgerinnen und Bürger des Stadtteils und setzen sich für eine altengerechte Gestaltung des Stadtteils und die Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen ein.

Überwiegend Frauen nutzen die beiden o. g. Angebote. Warum werden ältere Männer von diesen Angeboten selten angesprochen? Was kann für ihre Teilhabemöglichkeiten getan werden?



Dr. Martin Götz

Referatsleiter für Gesundheitsförderung bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit

Bislang wurde das Thema ›Männergesundheit‹ in Fachkreisen eher zurückhaltend sowie in der Bevölkerung fast gar nicht behandelt. In 2010 wurde daher von den Bremer Behörden der »Runde Tisch Männergesundheit« mit zahlreichen Kooperationspartnerinnen und -partnern ins Leben gerufen. Mit dem Ziel, Konzepte zur Gesundheitsförderung von Männern im Land Bremen zu entwickeln, wurden von Studierenden der Universität Bremen in einkommensschwachen Stadtgebieten nicht mehr ganz junge Männer ab 40 Jahren für eine Zielgruppenbefragung zur Einschätzung der eigenen Gesundheit und in Hinblick auf Wünsche zur Gesundheitsförderung befragt.

Die nun vorliegenden Ergebnisse sind hochinteressant: Als bedeutsam werden u.a. eine gesunde Lebensführung, das Thema »Nichtrauchen« sowie der Wunsch nach mehr sportlicher Betätigung eingestuft. Viele Männer sind unter bestimmten Voraussetzungen sehr motiviert, sich stärker für ihre Gesundheit zu engagieren. Die Ergebnisse sind als ‚Steilvorlagen‘ für die Konzeptionierung von Projekten bis Ende 2011 zur Gesundheitsförderung auch von älteren Männern zu werten. In 2012 wird es darum gehen, die vom Runden Tisch ausgewählten Projekte auch nachhaltig zu realisieren. Es gibt bereits einige Ideen zu Projekten im Bereich Gesundheitsförderung bei älteren Männern. Es sollen Raucherentwöhnungskurse angeboten werden sowie Sportveranstaltungen kombiniert mit Raucherentwöhnung und vor allem auch mit Eventcharakter. Des Weiteren kamen die Ideen auf, über das Bonusheft der Krankenkasse aufzuklären oder Bouleplätze anzulegen.

Diskussion und Ergebnisse

Die rund 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Forums 1 setzten sich mit der Thematik auseinander, wie ältere Menschen auf kommunaler Ebene besser einbezogen werden können.

Der Partizipationsbegriff in Verbindung mit Gesundheitsförderung ist einem weiten Feld zuzuordnen. Die Älteren werden mit ihren Bedarfen, ihren Wünschen und ihren Lebensbedürfnissen kaum berücksichtigt. Die Frage der Partizipation beinhaltet eben auch, wie schafft man es als Gesellschaft, alle Menschen in der Kommune, im Quartier mit ihren Bedürfnissen wahrzunehmen und diese bei politischen Entscheidungen und bei wichtigen Strukturentwicklungsprogrammen ein zu beziehen. An den Beispielen wurde deutlich, dass die Politik in Bremen bereits versucht herauszufinden, woran es liegt, dass Männer viele Gesundheitsprogramme nicht nutzen.

Positiv in Bremen sind die Quartiersentwicklungen in einzelnen Stadtteilen, dass z.B. in Gröpelingen oder Tenever an vielen Stellen versucht wird, die Bewohnerinnen und Bewohner zu beteiligen und einzubeziehen. Und es bestehen Vernetzungsinitiativen wie z.B. die vom Gesundheitstreffpunkt West, die Mut machen, auch in schwierigen Zeiten etwas voran zu bringen.

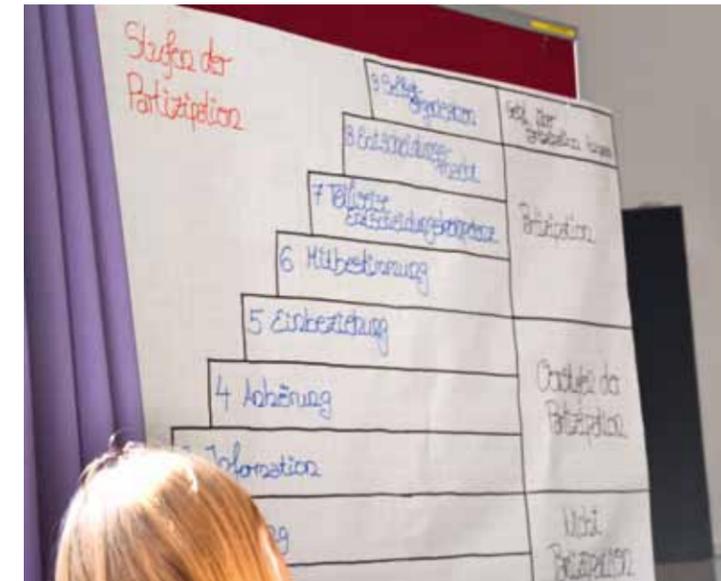
Vorschläge und Empfehlungen, wie die Partizipation älterer Menschen in der Kommune erhöht werden kann:

- Man sollte nicht nur auf die Älteren schauen, sondern auch auf die jüngeren Menschen. Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, alle an einen Tisch zu bekommen. Ein wichtiges Handlungsfeld ist der Stadtteil oder das Wohnquartier, weil dort alle Generationen vertreten sind. Bei den WiN Projekten in den Stadtteilen hat sich z.B. sehr viel getan und in diese Richtung sollte noch mehr erfolgen.

- Partizipation sollte sehr kleinräumig ansetzen, z.B. in der unmittelbaren Nachbarschaft. Hier ist die Motivation, sich zu beteiligen am Größten.
- Erfahrungen aus Bruchsal: Es gibt auch Themen, die nicht nur Senioreninnen und Senioren ansprechen, zum Beispiel die Einrichtung eines Familienzentrums. Dabei wurde bereits generationsübergreifend gedacht.

Eine weitere Möglichkeit ist es, Förderprogramme und Initiativen für Kinder/Jugendliche wie z.B. »Gesund aufwachsen« noch besser mit anderen Programmen und ehrenamtlichem Engagement zu kombinieren. Eine Schwierigkeit besteht darin, dies alles zu bündeln und zu steuern, da es sehr zeit und kostenintensiv ist.

- Es sollten Quartiersentwicklungen unter Berücksichtigung der jeweiligen Bewohnerstruktur, der verschiedenen Interessengruppen, einschließlich der Begegnungsstätten, erfolgen. So gibt es in Bremen ein großes Interesse unterschiedlicher Gruppen, sich einzumischen und sich zu beteiligen. Ein Beispiel ist die gemeinsame Entwicklung von Stadtteilspaziergängen für Ältere durch die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen.
- Es besteht Einigkeit darüber, weniger in Altersgruppen zu denken. Man sollte quartiersbezogen handeln, dann können die Bedarfe und Bedürfnisse der verschiedenen Bewohnergruppen, einschließlich der älteren Menschen, auf ganz unterschiedlichen Beteiligungsebenen, evtl. besser unter einen Hut gebracht werden.





FORUM 2

Gesundheitsförderung und Beteiligung im Quartier

Moderation: Renate Koesling, Bremer Volkshochschule – Fachbereich Ältere

Impulsreferat 1:

Denk-Sport-Spiel-Parcours

Günther Kerchner

Förderwerk Bremerhaven

Gesundheitsförderung und Beteiligung im Quartier bedürfen, insbesondere in benachteiligten Stadtteilen, der besonderen Herangehensweise, um einerseits die Zielgruppen dauerhaft zu erreichen und andererseits über darauf aufbauende Quartiersentwicklungsprozesse die sozialen und räumlichen Nöte der dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner erfolgreich zu beeinflussen.

Förderwerk Bremerhaven, als arbeitsmarktpolitischer Dienstleister, sucht hinsichtlich dieses Handlungsbedarfs und dieser Herausforderungen in benachteiligten Stadtteilen nach Möglichkeiten, mit langzeitarbeitslosen Menschen über sinnvolle qualifizierende Beschäftigung in Quartieren, die defizitären Bewegungs- und Begegnungsangebote im wohnungsnahen Außenraum zu beseitigen.

Mit dem Projektbereich »Denk-Sport-Spiel-Parcours« hat das Förderwerk 2008 begonnen einen Weg zu beschreiten, der über einen intensiven Beteiligungsprozess insbesondere der weniger mobilen QuartiersbewohnerInnen wie Ältere und Kinder versucht, wirkungsvolle generationenübergreifende Wohnumfeldgestaltungsmaßnahmen für Gesundheitsförderung und Freizeitgestaltung im unmittelbaren Wohnbereich zu planen und umzusetzen.

Mit dem Ansatz »Denk-Sport-Spiel-Parcours« ist das Förderwerk Bremerhaven darum bemüht, im Stadtteil den dazu notwendigen Strukturaufbau unter Nutzung von Ressourcen im Quartier und als Dienstleister für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit zahlreichen institutionellen Kooperationspartnern zu vollziehen.

Ein Denk-Sport-Spiel-Parcours besteht aus einer Reihe von bewegungs- und gesundheitsfördernden Stationen, die miteinander über Wegeverbindungen verbunden sind, die in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Bewohnerinnen und Bewohnern zum Entspannen, Verweilen, Bewegen einladen und deren Nutzung Spaß macht und anregend wirkt. Das können ebenso Gesprächsecken mit Sitzbänken und Naschhecken als auch Plätze mit Spiel- und Fitnessgeräten sein. Das »Denken« zielt darauf, dass hier nicht nur konsumiert, sondern auch »bildende Aspekte« Berücksichtigung finden sollen, z.B. durch Denk-, Rätsel- und Geschicklichkeitsspiele oder durch optische Täuschungen.

Zu Beginn eines Projektes gilt es, eine stabile Ausgangssituation zu schaffen, indem über die Kontaktaufnahme zu Fachämtern, Wohnungsunternehmen und Fachpolitik die Akzeptanz für das vorgeschlagene Quartier hergestellt wird und die damit verbundene grobe Zielsetzung hinsichtlich eines generationenübergreifenden Freiraumkonzeptes abgestimmt wird. Das Ziel ist die Verfügung über ein verlässliches und ausreichendes Budget für angestrebte Umgestaltungsprozesse im Quartier sowie die Absicherung einer zeitnahen Realisierungsperspektive der unter Bewohnerbeteiligung erarbeiteten Pläne. Ohne diese Voraussetzungen kann kein erfolgreicher partizipativer Prozess mit den potentiellen Nutzerinnen und Nutzern begonnen werden. In der Vorbereitungsphase wird in dem jeweiligen Quartier oder Stadtteil ein lokales Netzwerk aufgebaut, welches die Grundzüge und Leitlinien des »Denk-Sport-Spiel-Parcours«-Projektes für die weitere gemeinsame Arbeit abstimmt und beschließt. Dabei werden Einrichtungen aus der Gemeinwesenarbeit, der Wohnungswirtschaft und Verwaltung mit Bewohnerorganisationen wie Stadtteilkonferenzen und Vereinen zusammengebracht. Mit diesem Netzwerk in Form einer Steuerungsrunde erfolgt die intensive Ansprache der Quartiersbevölkerung über Plakate, Infoblätter und Stadtteilkonferenzen. Das Ziel der Beteiligung der

potentiellen Nutzerinnen und Nutzer von der Planung bis zur Durchführung wird konsequent über öffentlichkeitswirksame Mitmach-Aktionen ausgehend von Planungsspaziergängen bis hin zu Testfesten im Quartier umgesetzt.

Im Projektverlauf findet auf spielerische und interaktive Art und Weise eine Annäherung und Begegnung, ein Miteinander der Generationen statt und die Aspekte der Gesundheit und deren Förderung werden gemeinsam erfahren. Die Stationen bieten einerseits Anregungen zur Bewegung, andererseits auch Möglichkeiten sich auszutauschen, in Ruhe zu beobachten oder Kommunikation genießen zu können.

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

Ziel ist die intensive permanente Beteiligung der Quartiersbevölkerung von Planungsbeginn an und die zeitnahe Umsetzung der mit den Betroffenen entwickelten Planung eines »Denk-Sport-Spiel-Parcours«.

Anfangen von Befragungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu ihrem Freizeitverhalten, der Bewertung ihres Wohnumfeldes sowie ihren Wünschen und Anregungen an die Freiraumqualitäten, über Planungswerkstätten, Workshops mit Jugendlichen und gemeinsame Exkursionen zur anregenden und lustvollen Weiterbildung und zum Kennenlernen guter Beispiele für die Gestaltung der Stationen des »Denk-Sport-Spiel-Parcours«. Mit diesem Methodenmix wird versucht, alle Bevölkerungsgruppen des Quartiers anzusprechen und die Angebote werden auch tatsächlich alters- und nationalitätenübergreifend intensiv wahrgenommen. Entscheidend für die guten Beteiligungsraten sind sicherlich die gewählten Veranstaltungsorte in unmittelbarer

Nachbarschaft der potentiellen Nutzerinnen und Nutzer. Es geht um die Verbesserungen von wohnungsnahen Bewegungs- und Begegnungsangeboten, folgerichtig müssen auch die Beteiligungsangebote diese Wohnungsnähe anstreben.

Über diese Beteiligungsbausteine vor Ort entstehen die ersten Planungsvorschläge, die im diskursiven Verfahren, z.B. während einer Planungswerkstatt oder eines Modellbautages mit den Beteiligten und Interessierten einer breiteren Quartiersöffentlichkeit vorgestellt werden. Für den Modelltag bauen die Beschäftigten von Förderwerk die Gestaltungselemente – die einen provisorischen Charakter haben, um den Werkstatteindruck zu verdeutlichen - nahezu im Maßstab 1:1 nach und platzieren diese Testkulisse entsprechend der Planung. Alle Elemente sind beweglich, so dass sie während des Testfestes erprobt, verändert und die Nutzung erfahren und beobachtet werden können. Anschließend erfolgt die weitere Konkretisierung der Planung, die dann zeitnah durch den Beschäftigungsträger in dessen Werkstätten umgesetzt wird. Im Ergebnis entsteht eine sozialraumorientierte Freiraumgestaltung, die die Quartiersbevölkerung anregt, Plätze mit internationalen Brettspielen, Gesprächsecken und Sitzbänken, Spiel- und Fitnessgeräten, Denk- und Rätselspielen zu nutzen, sich zu bewegen, ihr Wohnumfeld intensiver zu erleben und dadurch die Identifikation mit ihrem Wohnumfeld zu erhöhen.



Impulsreferat 2: Seniorentreff als Ort der Beteiligung

Hanna Blase
Nachbarschaftsheim St. Pauli e.V., Hamburg

Der Seniorentreff liegt im Hamburger Stadtteil St. Pauli. Wir wenden uns mit unseren Angeboten an die Bewohnerinnen und Bewohner dieses Arbeiterstadtteils, der auch ein bekanntes Vergnügungsviertel ist.

Die Sozialstruktur des Stadtteils zeigt einen hohen Anteil an einkommens- und bildungsschwachen Haushalten, Arbeitslosen und Menschen mit psychosozialen Auffälligkeiten. Ein Drittel der über 45jährigen Migrantinnen und Migranten Hamburgs lebt hier, ein Großteil davon türkischer Herkunft. Insgesamt liegt der Migrantenanteil in St. Pauli bei ca. 28%.

Der Stadtteil erlebt schon seit einigen Jahren einen Strukturwandel, der auch politisch gewollt ist. Die Wohnungen sind sehr stark von besser Verdienenden nachgefragt wegen der zentralen und für Jüngere attraktiven Lage (Eventkultur). Dies führt zu einem Verdrängungswettbewerb mit bedrohlichen Folgen für die alleingesessenen sozial schwachen Bewohnerinnen und Bewohner.

Unsere Besucherinnen und Besucher sind scheinbar sehr verschieden. Hier treffen sich deutsche und türkische Arbeiter mit unterschiedlichen Lebensstilen, sowie das Kiezmilieu mit seinem noch ganz anderen Lebensstil.

Wir setzen in unserer Arbeit bei ihren Gemeinsamkeiten an, die zu ähnlichen Problemlagen geführt haben. Dies sind starke Lebenserfahrungen wie Armut von Kindheit an, Kinderarbeit, Gewalterfahrungen (auch sexuelle Gewalt), kein oder geringer Zugang zu Bildung und der Zerfall familiärer Strukturen, mit der damit verbundenen Vereinsamung und Isolation.

Unser Ziel ist der Erhalt und Aufbau von sozialen, psychischen, geistigen und körperlichen Potentialen, die Schaffung von Zugangsmöglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Gewinnung von Handlungsspielräumen.

Den Zugang zur Zielgruppe stellen wir durch eine sehr niedrigschwellige Arbeitsweise her. Die Grundlage ist die Beschäftigung mit den existentiellen Problemen der Menschen, die sie beherrschen. Erst wenn ihre dringendsten Probleme gelöst sind – Klärung finanzieller Probleme, Zugang zu Sozialleistungen und Hilfen, Wohnungsprobleme etc. im Rahmen der Sozialberatung – sind sie aufnahmebereit für Anderes. Hier bieten wir ebenfalls sehr niedrigschwellig einen offenen Bereich an, in dem wir integrative Prozesse intensiv unterstützen durch betreute Spiel- und Gesprächsangebote. Dadurch werden Kommunikation und gegenseitiges Verständnis gefördert. Erst dann können weiterführende Angebote für die Gesundheit, zur Bildung, zur Selbsthilfe etc. erfolgreich vermittelt werden. Dieses umfangreiche Freizeit-, Beratungs- und Hilfeangebot steht unter dem Leitbild der Gesundheitsförderung, der Förderung von Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und (Weiter)Entwicklung eigener Potentiale durch lernen und gestalten. Darüber hinaus bieten wir Hilfe in Krisensituationen durch Hausbesuche, Begleitung und Netzwerkarbeit an, um Besucher in Krisen zu stabilisieren und in ihren alltäglichen Strukturen zu halten.

Der Zugang zu älteren Migrantinnen und Migranten wird genauso hergestellt, ist aber bei alten türkischen Frauen schwieriger, da diese traditionell lebenden Frauen in ihren Kontakten beschränkt sind auf ihre Familie, die Arbeit und Nachbarn. Bei Arbeitslosigkeit bzw. Rente reduzieren sich die Kontakte noch mehr. Sie haben keinen Zugang zum öffentlichen Raum und sind daher in ihren Kontakten im häuslichen Bereich starker sozialer Kontrolle unterworfen. Männern dagegen stehen Teestuben, Kulturvereine und die sozialen Kontakte

der Moscheen offen. Viele Frauen, aber auch Ehepaare leben sehr isoliert und werden nicht von ihren Kindern unterstützt. Durch Sozialberatung mit Übersetzung wurde ein guter Zugang zu vielen türkischen Senioren im Stadtteil geschaffen. Dies war die Grundlage für ein Angebot für türkische Frauen mit themenbezogenen Gesprächskreisen, Frühstück, Informationsveranstaltungen, Tanz und Chor. Durch das Vertrauensverhältnis zur Einrichtung fanden sehr viele Frauen den Zugang zu den Angeboten für alle Senioren.

Das Interesse der türkischen Frauen am Zugang zum öffentlichen Raum ist sehr groß, ebenfalls die Bereitschaft etwas Neues zu wagen, sich zu informieren, zu lernen und neue Kontakte zu knüpfen, auch zu anderen Nationen. Überhaupt ist die Offenheit für Veränderung sehr groß.

Partizipation hat Voraussetzungen. Diese sind neben einer gewissen Bildung als Grundlage, insbesondere das Heranführen an kritisches Denken und das Zulassen von eigenständigem Denken, möglichst von Kindheit an. Unseren Besuchern dagegen, überwiegend ungelerten Arbeitern, wurde selbständiges Denken zeitlebens abgewöhnt und stattdessen Gehorsam verlangt.

Davon ist ihr Verhalten auch im Alter geprägt. Sie sind stark konsumorientiert und passiv. Die Initiierung selbstorganisierter Gruppen ist für diese Zielgruppe eine Überforderung. Allerdings gelingt es sehr wohl nach einer »Initialzündung« mit einem passenden Angebot das Interesse der Besucher zu wecken und sie zur aktiven Teilhabe zu bewegen. Daraus entstehen dann auch Prozesse mit Eigeninitiative und selbst organisierten Teilbereichen. Dies allerdings braucht Zeit und Vorlauf, aber es gelingt. Voraussetzung ist ein Vertrauensverhältnis zur Einrichtung, um die lebenslangen Ängste vor dem Versagen, insbesondere beim Lernen und eigenständigem Handeln zu überwinden.

Diskussion und Ergebnisse:

Im Anschluss an die Impulsreferate und zur Einstimmung auf den Diskussionsprozess haben die rund 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mithilfe des Stufenmodells der qualitativen Qualitätsentwicklung (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de) ihr eigenes Tätigkeitsfeld nach dem Grad der Partizipation eingeordnet. Das Ergebnis zeigt, dass gut zwei Drittel der Anwesenden partizipative Prozesse auf einer relativ hohen Stufe erleben und praktizieren.

Diskutiert wurde auch die Schwierigkeit, arme und bildungsferne Menschen aktiv zu beteiligen. Dieser Aspekt hat, nach Auffassung einiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer, auch in den Fachvorträgen am Vormittag, wenig bis gar keine Berücksichtigung gefunden und sollte stärker beachtet werden.

In der Abschlussdiskussion wurden folgende Aspekte und Handlungsempfehlungen genannt, die es, nach Einschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, für einen gelungenen Partizipationsprozess im Quartier braucht.

- Guter Informationsfluss
- Empathische Kommunikation mit der Zielgruppe, d.h. Kommunikation auf Augenhöhe, um Vertrauen zu gewinnen
- Frühzeitige Einbindung der Zielgruppe
- Motiv (warum soll ich mich engagieren?, was habe ich davon?) muss klar sein
- Bereitschaft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Aktivität
- Mitbestimmung und basisdemokratische Arbeitsweisen
- Vernetztes Arbeiten der Akteure
- Keine oder wenige »Hauptlinge«
- Die Fähigkeit Macht abgeben zu können
- Zeit und Raum
- Offenheit, Transparenz
- Voraussetzungen für Partizipation: (finanzielle) Mittel, Perspektive und Entwicklungsfähigkeit



FORUM 3

Partizipation und Gemeinwesenorientierung: Eine Herausforderung für Wohn- und Pflegeeinrichtungen?!

Moderation: Martin Stöver, Referat Ältere Menschen bei der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen

Impulsreferat 1:

Pflege neu gestalten

Alexander Künzel

Vorstandsvorsitzender der Bremer Heimstiftung

Soziales neu gestalten (SONG) – mit Reformen gegen den Pflegegau

1. Pflege im Quartier als leistungsfähige Alternative zu isolierten Pflegeheimen

Die absehbare Zunahme an Pflegebedürftigkeit bei gleichzeitiger Abnahme familiären Hilfpotenzials und nur begrenzt verfügbarer professioneller Beschäftigung, machen für die nächsten Jahrzehnte neue und effizientere Versorgungsformen notwendig.

Die systematische Entwicklung von Quartiersangeboten in der Pflege mit aktiver Beteiligung von Betroffenen und der Zivilgesellschaft ist wegen ihrer Effizienz alternativlos. Das SONG Netzwerk fordert daher einen radikalen Kurswechsel, der konsequent auf Quartierskonzepte mit lokalen Netzwerken und integrierten Pflegeangeboten setzt. Ein Moratorium für den Neubau isolierter, nicht mit dem Quartier vernetzter Pflegeheime, muss den Wandel einleiten.

2. Stärkung neuer sozialer Netzwerke mit effizientem Hilfemix

Die Pflege allein durch die Familie oder allein durch professionelle Versorgung ist in Zukunft nicht mehr ausreichend. Wir brauchen neue soziale Netzwerke im Miteinander von Familie, Nachbarschaft, bürgerschaftlichem Engagement und professionellen Diensten. Diese neue Kultur des Miteinanders benötigt passende Quartierswohnkonzepte und die Förderung durch professionelle Netzwerkarbeit (»Kümmerer«). Aufgrund des nachweisbaren sozio-ökonomischen Nutzens muss ein Anteil der Pflegeversicherungsmittel für diese lokale Netzwerkarbeit eingesetzt werden. Gleichzeitig ist die Leistungsgewährung zu flexibilisieren (z.B. persönliches Budget).

3. Stärkung der kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten

Die Pflegelandschaft muss vor Ort gestaltbar sein, da dort der demografische Wandel und das soziale Zusammenleben stattfinden. Neben lokaler Beratung und Hilfeplanung ist eine abgestimmte kommunale Steuerung von Wohnungsangebot, Begegnungsmöglichkeiten, Verkehr, Nahversorgung, Barrierefreiheit, Beratungs- und Pflegeinfrastruktur erforderlich.

Die notwendige Neuverteilung der Aufgaben zwischen Pflegeversicherung und Kommune sollte in einer Reformkommission erarbeitet und in Modellregionen erprobt werden.

4. Stärkung Prävention und Rehabilitation statt Neubau-Wildwuchs

Es müssen systematisch alle Optionen der Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ausgeschöpft werden. Sozialraumorientierte Wohn- und Pflegenetze wirken – im Unterschied zu einem ungebremsten Neubau isolierter Pflegeheime – fall- und kostenbegrenzend. Hinzukommen muss die systematische Prävention und Rehabilitation seitens der Gesundheitsversorgung.

Um dies zu erreichen, muss der Bruch zwischen Pflege- und Krankenversicherung beseitigt werden, der bislang dazu führte, dass Reha-Gewinne bei der Pflegeversicherung und Reha-Kosten bei der Krankenversicherung entstehen. Ferner sollten künftig sowohl im SGB V als auch im SGB XI gleiche Leistungen unabhängig von Lebensort bzw. Wohnform gewährt werden (Aufhebung Unterscheidung ambulant-stationär).

Impulsreferat 2:

Mehr Teilhabe und Eigenverantwortung in der Versorgung der Generation 60+

Elsbeth Rütten

Ambulante Versorgungslücken e.V., Bremen

»Falsche Krankheit, falsche Zeit, Pech gehabt«, so lautete 2005 die lakonisch - hilflose Antwort des Sachbearbeiters einer Krankenkasse, als er einen Antrag auf eine hauswirtschaftliche Hilfe ablehnte - trotz großen Hilfebedarfs, trotz Rezepts, trotz medizinischer Begründung. Diese Sequenz steht an dieser Stelle stellvertretend für eine Vielzahl von Entscheidungen, welche die Einführung der DRGs/Fallpauschalen (Diagnosis Related Group/2004) mit sich brachte und noch bringt. Der Genesungsverlauf war »über Nacht« zur Privatsache mutiert. Seither findet er zunehmend in den eigenen vier Wänden statt – mit und ohne Ideen von Hilfe, mit und ohne Unterstützung. Schlagworte, wie »Multimorbidität«, Single, kleines Einkommen, geringe Rente oberhalb der Grundsicherung, verdeutlichen allerdings nur ansatzweise, aus welchem »Stoff« einige »Lücken«/Schnittstellenprobleme der dynamischen Gesundheitsentwicklung 21 gestaltet sein können.

2008 – Dreizehn, zumeist ältere Bremerinnen, treffen eine folgenreiche Entscheidung. Sie wollen nicht weiter tatenlos zusehen, wie die soziale Gesundheitsschere immer weiter auseinanderklafft und sich die sozialmedizinischen Schnittstellenprobleme häufen. Sie fordern sozialverträgliche Lösungen und Prozesse und eine Änderung im Sozialgesetzbuch V, §§ 37 (1)/38 (2).

Das Thema »Genesung« wird aus der Tabuzone geholt. Es wird als aktiver Prozess thematisiert. Ein Prozess, auf den die Menschen Einfluss nehmen können. Den Frauen gelingt das nahezu Unmögliche – mit ihrer Petition »Häusliche Krankenpflege – Ambulante Nachsorge« befördern sie die Debatte in alle Bundesländer und in

den Deutschen Bundestag. Unter den 25.000 Unterstützerinnen und Unterstützern sind sehr viele ältere Menschen.

Es folgen die Gründung des Vereins Ambulante Versorgungslücken e. V. und Jahre leidenschaftlicher politischer und gesellschaftlicher Diskussion. Der Blätterwald rauscht: Stern, Zeit, Tagesspiegel und viele andere berichten über das Thema – über die Patienteninitiative, die »Gesundheitsgirls« aus Bremen. Kaum ein Fernsehsender, der das Thema, die Veränderungen in der Gesundheitsentwicklung, nicht thematisiert.

Es folgen runde Tische, politische Akteure und Betroffene, die sich zusammen und auseinander setzen. Man ringt um Kompromisse und entwickelt gemeinsam erste Lösungsansätze. Auf Landes- und Bundesebene unterstützten Drucksachen und Anträge die politischen Verfahren. Immer mehr Menschen beginnen zu reden – schildern dem Verein ihre persönlichen Erfahrungen mit der »Lücke«.

Im März 2011 erfolgt die Anhörung der Bremer Initiative im Bundesgesundheitsausschuss.

Im November 2010 beschäftigt sich die Bürgerschaft des Bundeslandes Bremen ausführlich mit den Problemen und mit der Arbeit des Vereins. Die Konsequenz: Im April 2011 werden im Bremer Krankenhausgesetz Komponenten zum »Entlassungsmanagement« veröffentlicht. Im gleichen Monat stellt der Verein auf einer gemeinsamen Pressekonferenz seine Kooperationspartnerschaft mit einer Bremer Klinik vor.

Der Verein hat nicht nur Aktivitäten ausgelöst, er ist aktiver Teil eines nachhaltigen Prozesses geworden. Inspiration, Ermutigung und Unterstützung werden von immer mehr Menschen, lokal und überregional, wahrgenommen. Die Chancen zur Vorbereitung der Genesung werden zunehmend als eine neue positive Variante der Gesundheitserfahrung genutzt.



Die zunächst verbalen Forderungen an die politischen Instanzen und Institutionen haben sich zu einem aktiven Prozess gesellschaftlicher Teilhabe und Partizipation entwickelt. Die Konzepte reichen über das traditionelle Format hinaus.

Längst ist im Verein ein Mehrgenerationendialog mit Frauen und Männern, mit jungen, älteren und alten Menschen entstanden. Der Verein setzt auf aktive Vernetzung im Quartier, auf niedrigschwellige »Brücken in die Genesung« mit Netzwerkpartnerschaften und Kooperationspartnern.

*Um es mit den Worten von Mae West zu sagen:
»Altern ist nichts für Feiglinge!«*

Diskussion und Ergebnisse

»Weg von der klassischen Pflege« hin zur Einbindung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in pflegerische Tätigkeiten und die partizipative Gestaltung vom Heimaltag ist für die 28 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Forums 3 ein zentrales Anliegen. Im Anschluss an die beiden Impulsreferate diskutierten die, meist in Pflegeeinrichtungen beschäftigten, Teilnehmerinnen und Teilnehmer anhand von Leitfragen, auf welche Hindernisse sie in der praktischen Umsetzung von Partizipation stoßen und welche Maßnahmen notwendig sind, um mehr Partizipation zu ermöglichen. Nachfolgend sind die wichtigsten Ergebnisse der Diskussion dargestellt.

Auf welche Hindernisse stößt man in der praktischen Umsetzung von Partizipation in Wohn- und Pflegeeinrichtungen?

- Wirtschaftlicher Druck, Zeitdruck bei der Arbeit von Pflegekräften, das Fehlen von finanziellen Mitteln
- Wenig Interesse und Untätigkeit von pflegenden Angehörigen für Maßnahmen zur Partizipation z.B. das Wegbleiben von Informationsveranstaltungen

- Die fehlende Definition bzw. Abgrenzung der Tätigkeiten einer Pflegekraft und eines Assistenzberufes
- Veraltete Strukturen und Arbeitsabläufe in Pflegeheimen
- Institutioneller Aufbau und Charakter von alten Pflegeeinrichtungen wie beispielsweise die Ähnlichkeit mit einem Krankenhaus mit langen Fluren und unzähligen Bettenstationen
- Mangelnde Information über den Genesungsprozess und die Tatsache, dass Partizipation positiv wirkt

Welche Maßnahmen sind zur Ermöglichung von Partizipation für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner notwendig?

- Eine Sensibilisierung und zusätzliche Qualifizierung von Pflegekräften zum Thema »partizipative Arbeitsweise«
- Eine Selbstreflexion und eine selbstkritische Betrachtungsweise der Heimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und das Niederlegen alter Arbeitsweisen sind notwendig, um die Heimbewohnerinnen und -bewohner zu mehr Partizipation zu befähigen
- Eine Orientierung an Beispielen, wie sie in der Betreuung von körperlich behinderten Menschen hilfreich sein kann
- Mehr Information für die Pflegekräfte, die Heimbewohnerinnen und -bewohner und die Angehörigen
- Die Übernahme von Verantwortung in Gemeinden und Kommunen für einander
- Andere, »kleinere« Strukturen in Pflegeeinrichtungen wie beispielsweise übersichtlichere und zentralere Einrichtungen
- Die Integration einer Pflegeeinrichtung in das Stadt(teil)leben
- Programme, die Menschen frühzeitig auf die Eigenverantwortung vorbereiten

Das Forum kam mit einem abschließenden Satz von Herrn Künzel zum Ende:

»Man braucht Lust auf Partizipation«

Markt der Möglichkeiten

Auf dem Markt der Möglichkeiten stellten sich unterschiedliche Institutionen mit ihren Angeboten und Projekten vor:

-
Ambulante Versorgungslücken e. V.
.....
-
Bremer Heimstiftung
.....
-
Bremer Volkshochschule
.....
-
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
.....
-
Dienstleistungszentren
.....
-
Fachstelle Alter der Bremischen Evangelischen Kirche
.....
-
Förderwerk Bremen
.....
-
Förderwerk Bremerhaven
.....
-
Frauengesundheit in Tenover
.....
-
Gesundheitsamt Bremen
.....
-
Gesundheitstreffpunkte e.V. – Gesundheitstreffpunkt West
.....
-
Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.
.....
-
Modellprojekt »Aufsuchende Altenarbeit – Hausbesuche«
.....
-
Seniorenvertretung Bremen
.....
-
Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen
.....



Hanna Blase

Nachbarschaftsheim St. Pauli e.V.
Tel. 040 - 3195478
info@nbhstpauliat.de

Volker Falkenstein

Amt für Familie, Schulen und Sport Bruchsal
Tel. 07251 - 79357
volker.falkenstein@bruchsal.de

Astrid Gallinger

Gesundheitstreffpunkt West
Tel. 0421 - 617079
a.gallinger@gtp-west.de

Dr. Martin Götz

Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit
Referat 43 Pflege, Ärztliche Angelegenheiten, Infekti-
onsschutz, Gesundheitsfachberufe; Frauengesundheit,
Gesundheitswirtschaft
Tel. 0421 - 3619548
Martin.Goetz@gesundheit.bremen.de

Günther Kerchner

Förderwerk Bremerhaven
Tel. 0471 - 9322123
kerchner@foerderwerk-bremerhaven.de

Renate Kösling

VHS Bremen Volkshochschule
Fachbereich Ältere Menschen
Tel. 0421 - 36159522
renate.koesling@vhs-bremen.de

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat 2-21, Fachdatenbanken/Marktanalysen
Tel. 0221 - 8992345
monika.koester@bzga.de

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

Institut für Gerontologie
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Tel. 06221 - 548181
andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de

Alexander Künzel

Bürgerstiftung Bremen
c/o Bremer Heimstiftung
Tel. 0421 - 2434104
buergerstiftung-bremen@bremer-heimstiftung.de

Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
(BAGSO)
Tel. 0228 - 352849
Ursula.Lehr@t-online.de

Gundula Lösch-Sieveking

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen
Referat 52 Ältere Menschen
Tel. 0421 - 36114413
Gundula.Loesch-Sieveking@soziales.bremen.de

Elsbeth Rütten

Ambulante Versorgungslücken e. V.
Tel. 0421 - 3809734
avl@gmx.tm

Prof. Dr. Norbert Schmacke

Universität Bremen
Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
Tel. 0421 - 2188131
schmacke@uni-bremen.de

Martin Stöver

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen
Referat 52 Ältere Menschen
Tel. 0421 - 36189545
Martin.Stoever@soziales.bremen.de

Nicole Tempel

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.
Tel. 0421 - 36118494
info@lvgb.de

Ulla Voigt

Tel. 0421 - 344540
Voigt.ulla@t-online.de

Prof. Dr. Ulla Walter

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesund-
heitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Tel. 0511 - 5324455
Walter.Ulla@mh-hannover.de



