



Sorge und Mitverantwortung in der Kommune

Gesundheitliche Bedeutung
für eine alternde Gesellschaft

DOKUMENTATION
6. Landeskonferenz
Hessen

05. Juli 2016



Redaktion

Carolin Becklas, Christina Vey

Herausgeber

HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
 Wildunger Straße 6/6a
 60487 Frankfurt
 Tel: 069 / 713 76 78-23
 E-Mail: Info@hage.de
 www.hage.de
 Vereinsregisternr. Frankfurt am Main VR 14882

Gefördert von der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
 Maarweg 149-161
 50825 Köln
 www.bzga.de

Bestellnummer

61 41 20 55

Fachliche Auskunft

Carolin Becklas
 carolin.becklas@hage.de

Satz und Layout

Werbedruck Petzold
 Robert-Bunsen-Straße 41
 64579 Gernsheim

Bildernachweis

Umschlagseite:

Horsche-istock

Innenteil:

Tagungsfotos: Andreas Mann Fotografie; HAGE e.V.
 Graphics: Tanja Föhr, Agentur für Innovationskulturen
 Wenn nicht anders angegeben: Abbildungen zu Fachvorträgen von Referenten gestellt.

Die veröffentlichten Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht für die einzelnen Beiträge liegt bei den jeweiligen Autoren. Für den Inhalt sind die Autoren verantwortlich.

Thematische Einleitung

„Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Gesundheitliche Bedeutung für eine alternde Gesellschaft“
 Carolin Becklas, Referentin für Gesundheitsförderung 4

Eröffnung und Grußworte

Dr. Stephan Hölz, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 5
 Dieter Schulenberg, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. 7

Einführungsvortrag

„Ressourcen und Belastungen für ein gesundes Leben im Alter: Befunde und Diskussion der Siebten Altenberichtscommission“
 Prof.‘in Dr. Susanne Kümpers, Hochschule Fulda 9

Impuls I

Seniorennetzwerke als Qualitätsinitiative in der Kommune
 Kornelia Jordan, Leitstelle Älter werden, Stadt Moers 13

Impuls II

Teilhabemöglichkeiten für benachteiligte ältere Menschen – Sozialraumbezogene Ansätze der Aktivierung und Beteiligung
 Anke Strube, Universität Kassel 14

Senioren- und Generationenhilfen in Hessen

Beate Braner-Möhl, Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie, Mühlthal 15

Ein Werkzeugkoffer für niedrigschwellige Betreuungsdienste

Marilena von Köppen, Frankfurt University of Applied Sciences 17

Älter werden in Balance

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Köln) 19

Evaluation: Resonanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer 21

Referentenverzeichnis 23

Thematische Einleitung

„Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Gesundheitliche Bedeutung für eine alternde Gesellschaft“

Carolin Becklas, Referentin für Gesundheitsförderung

Mit dem Schwerpunkt des Siebten Altenberichts der Bundesregierung „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ wird die Kommune als ein wesentliches Setting für ältere Menschen in den Mittelpunkt gerückt. Die Fragestellung ist, welchen Beitrag die Kommune mit ihren Gemeinschaften und der Politik für eine selbständige Lebensführung und die gesellschaftliche Teilhabe älter werdender Menschen zukünftig gewährleisten kann. Aufgrund verändernder Bedingungen steht die lokale Politik vor etlichen Herausforderungen, um die Qualität des Lebens im Alter sicherzustellen. Zentral werden formelle und informelle Sorge- und Unterstützungsstrukturen sein.

Der Siebte Altenbericht muss daher auch im direkten Bezug zur kommunalen Gesundheitsförderung gesehen werden. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen in der Gemeinde, gewinnen mit zunehmendem Alter an Bedeutung, um die Lebensqualität, -zufriedenheit und Gesundheit aufrecht zu erhalten bzw. zu verbessern.

Mit den Fragen, wo es konkrete Anknüpfungspunkte für die kommunale Gesundheitsförderung in Hessen gibt und welche Chancen der Gesundheitsförderung sich aus dem Präventionsgesetz für die Lebensphase ergeben, beschäftigte sich die sechste Hessische Landeskonferenz „Gesund Altern“. Ziel war es hierzu unterschiedliche Akteure in den Kommunen in den Austausch zu bringen und zu vernetzen.

Mit einem anderen Format als bei den vorherigen Landeskonferenzen wurden auf der sechsten Hessischen Landeskonferenz „Gesund Altern“ im ersten Schritt gesundheitsbezogene Themen und Themen des Siebten Altenberichts vorgestellt und im zweiten Schritt praxisbezogene Impulse mit anschließenden Diskussions- und Austauschrunden im Plenum angeboten. Die Diskussionsergebnisse wurden nach jedem Beitrag zusammengetragen und auf Arbeitspostern festgehalten.

Vor dem Hintergrund der Stärkung des Gemeinwesens, lokaler Strukturen, Netzwerke und des Zusammendenkens von ehrenamtlichen und kommunalen Unterstützungs- und Dienstleistungen reichen die Impulse von der Qualitätsentwicklung



in Seniorennetzwerken über Teilhabemöglichkeiten für benachteiligte ältere Menschen bis hin zur Unterstützung durch Senioren- und Generationenhilfen sowie über einen Werkzeugkoffer für niedrigschwellige Betreuungsangebote. Die Veranstaltung fand in Kooperation des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen des BZgA-Programms „Gesund & aktiv älter werden“ statt.

Die inhaltliche Vorbereitung, Organisation und Durchführung der Landeskonferenz lag auch in diesem Jahr wieder bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Wir hoffen, Sie haben einen guten Einblick in die Themen des Altenberichts sowie der kommunalen Gesundheitsförderung erhalten und darüber hinaus neue Anregungen und ein erweitertes Netzwerk über den Praxisaustausch erhalten.

Die HAGE e.V. steht Ihnen gerne bei der Vernetzung, Koordination und Initiierung gesundheitsförderlicher Aktivitäten vor Ort zur Verfügung.

Eröffnung

Grußworte

*Dr. Stephan Hölz, Hessisches Gesundheitsministerium
Dieter Schulenberg, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.*

Grußwort

Dr. Stephan Hölz, Hessisches Gesundheitsministerium

*Sehr geehrter Herr Schulenberg,
sehr geehrte Referentinnen,
sehr verehrte Damen und Herren,*

ich begrüße Sie herzlich zur Landeskonferenz Hessen Gesund Altern hier in Frankfurt. Ich freue mich sehr, dass Sie wieder unserer Einladung gefolgt sind. Heute zum sechsten Mal haben wir gemeinsam mit der HAGE eine Landeskonferenz zum Themenbereich Gesund Altern organisiert.

Mein Dank gilt der BZgA, die mit uns gemeinsam diese Konferenz unterstützt. Der HAGE und hier insbesondere Frau Carolin Becklas, der Projektkoordinatorin für die Lebensphase Gesund Altern danke ich für die inhaltliche Ausgestaltung und die Organisation dieser Konferenz.

Heute nehmen wir thematisch den Ball des Siebten Altenberichts auf. Mit dem Haupttitel „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ möchten wir auf die Anknüpfungspunkte der lokalen Strukturen für die Prävention und Gesundheitsförderung aufmerksam machen und diese mit Ihnen diskutieren. Denn die Erkenntnisse des Altenberichtes werden ebenfalls relevant für die kommunale Gesundheitsförderung und die Verfolgung

des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ sein.

Gerade für ältere Menschen ist der Lebensalltag im kommunalen Umfeld von besonderer Bedeutung. Die Gemeinde und das direkte Wohnumfeld werden mit zunehmendem Alter im Vergleich zu anderen Lebensphasen für Lebensqualität, -zufriedenheit und Gesundheit zum entscheidenden Lebensmittelpunkt. Die Lebensqualität und letztendlich die Gesundheit werden zunehmend durch die sozialen Netzwerke und die lokale Infrastruktur vor Ort bestimmt. Es geht u.a. darum, hier informelle und formelle Unterstützungs- und Dienstleistungen zusammenzudenken. Die Entwicklung des Gemeinwesens, lokale Strukturen, aber auch Netzwerke, Nachbarschaften und das Quartier sind hierfür wichtig.

Der Vorsitzende der Evangelischen Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD hat dazu festgehalten: „Seniorenpolitik ist mehr als Pflegepolitik. Auch wenn es richtig ist, dass das Thema Pflegebedürftigkeit infolge der weiter steigenden Zahl hochbetagter Menschen für die Kommunen zu einer bedeutsamen Herausforderung wird (...). Zu den



Themenfeldern einer umfassenden Seniorenpolitik gehören (...): Arbeit und Beschäftigung, Freizeit, Bildung und Kultur, Wohnen und Mobilität, Partizipation und Engagement, Generationenbeziehungen, soziale Netze und Migration.“

Hier sind wir bei der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen angelangt. Diese Punkte sind auch wesentliche Aspekte für die kommunale Gesundheitsförderung, die eine Gesamtstrategie von unterschiedlichen Bereichen erfordert. Und diese unterschiedlichen Bereiche sind auf verschiedenen Ebenen anzusiedeln:

- die persönlichen Verhaltens- und Lebensweisen (erste Ebene)
- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld (zweite Ebene)
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen (dritte Ebene)
- die wirtschaftlichen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (vierte Ebene)

Doch nicht nur der Siebte Altenbericht stellt die Kommune als wichtigen Ort für die Gesundheit der älteren Menschen in den Mittelpunkt. Auch das Präventions-

gesetz macht die besondere Bedeutung der Kommune und auf deren Einfluss auf die Gesundheit deutlich. Neben der Behandlung, Rehabilitation und Pflege steht nun die Prävention als vierte Säule im Gesundheitssystem.

Zentrale Aufgabenfelder des am 01.01.2016 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes sind Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kita, Schule, Betriebe und die Kommune. Gesundheitsförderliche Aktivitäten sind aus den vorher genannten Gründen in der Lebensphase „Alter“ im Setting Kommune zu verorten.

Hessen hat als erstes Bundesland die Landesrahmenvereinbarung hierzu mit den Sozialversicherungsträgern abgeschlossen.

Doch welche Chancen der Gesundheitsförderung ergeben sich aus dem Präventionsgesetz für die Lebensphase des Alters?

Und was kann vor Ort genau getan werden? Diesen Fragen wollen wir u.a. heute mit Ihnen nachgehen.

Wir möchten Ihnen die Möglichkeit bieten, sich zu diesem wichtigen Thema, dem sich der Altenbericht gewidmet hat, auszutauschen und Ihre Anliegen in den Arbeitsphasen am Nachmittag festzuhalten. Durch Ihre Beiträge am heutigen Tag, tragen Sie maßgeblich dazu bei, dass wir uns gemeinsam hier in Hessen austauschen und im Rahmen der gegebenen Ressourcen die Gesundheit der Älteren in Hessen bestmöglich stärken.

Ich möchte an dieser Stelle die Möglichkeit nutzen, Sie auf den 2. Hessischen Gesundheitsbericht hinzuweisen.

Hier finden Sie u.a. Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation von älteren Menschen sowie Präventionsangebote in Hessen. Er ist unter www.sozialnetz.de abrufbar.

Ein Ansichtsexemplar finden Sie auf dem Materialtisch am Eingang.

Die Veranstaltungsdokumentation der letzten, der 5. Landeskongress Gesund Altern mit dem Thema „Förderung und Erhalt von Gesundheit - Altersübergänge gemeinsam gestalten“ finden Sie ebenfalls am Infostand.

Mein letzter Hinweis betrifft die Ausschreibung des Hessischen Gesundheitspreises. Sie können sich mit Ihrem Projekt der Gesundheitsförderung und Prävention noch bis zum 15. Juli 2016 auf der HAGE-Homepage bewerben. Die Flyer mit weiteren Informationen finden Sie in Ihrer Tagungsmappe.

Hiermit bleibt mir nur noch Ihnen eine interessante Veranstaltung und einen angeregten Austausch zu wünschen.

Herzlichen Dank!

Grußwort

Dieter Schulenberg, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Sehr geehrter Herr Dr. Hölz, sehr verehrte Frau Dr. Maulbecker-Armstrong, sehr geehrte Frau Prof. Kümpers, verehrte Referentinnen, liebe Frau Föhr, liebe Gäste,

ich möchte Sie als Geschäftsführer der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung auch herzlich willkommen heißen.

Mein Dank gilt zunächst meinen Kolleginnen und Kollegen von der HAGE, die diese Landeskongress wieder hervorragend vorbereitet haben, insbesondere möchte ich hier Frau Becklas nennen. Frau Maulbecker auch Ihnen vielen Dank für die Unterstützung.

Ich möchte beginnen mit einem Zitat von dem ehemaligen Bürgermeister Henning Scherf aus meiner Heimatstadt Bremen: „Es ist ein großes Geschenk, dass viele von uns – anders als unsere Eltern und Großeltern – alt werden und nach der Berufstätigkeit ein neues Leben beginnen dürfen. Ich freue mich auf jeden Tag.“

Wir haben uns zusammen mit unseren Partnern, und mit Ihnen, in den letzten Jahren wichtigen Themen im Rahmen der Landeskongress Gesund Altern zugewandt. Wir haben das Alter aus unterschiedlichen Blickwinkeln und in verschiedenen Lebenszusammenhängen angeschaut und diskutiert. Von den allgemeinen Herausforderungen für die Gesundheitsförderung einer alternden Gesellschaft bis hin zu konkreten Fragestellungen der Gesundheitsförderung beim Rentenübergang haben wir relevante Gesichtspunkte deutlich gemacht. Handlungsleitend waren für uns immer der Blick auf die gesundheitsförderlichen Aspekte in den Lebensphasen des Alters sowie die Haltung zu einem positiven Altersbild.

Gesundheit, gerade in den Lebensphasen des Alters, benötigt eine Gesamtstrategie bei der mehrere Disziplinen, aber

auch unterschiedliche politische Ebenen-Stichwort: ressortübergreifend - und gesellschaftliche Bereiche mitgedacht werden müssen. Unsere Erfahrung ist, dass bei dem Thema Gesundheit im Alter häufig die medizinische Versorgung im Mittelpunkt steht. Es steht außer Frage, dass dies ein wesentlicher Bereich ist, der auch vor stetigen Herausforderungen, gerade in ländlichen Regionen, steht. Doch Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung in dem Alter bedeuten wesentlich mehr! Neben einer guten medizinischen Versorgung bedarf es weiterer Faktoren wie Lebensqualität und Wohlbefinden, entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gesundheit. Hinzukommt, dass die subjektive Gesundheit in den Lebensphasen des Alters eine besonders wichtige Rolle spielt, da sie ein besserer Prädiktor für Mortalität darstellt, als objektive Gesundheitsindikatoren. Hier ist ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Lebenswelten der älteren Menschen vor Ort, in der Kommune.

Das Präventionsgesetz bietet uns nun eine gesetzliche Grundlage Prävention und Gesundheitsförderung im Alter nochmals zu unterstreichen. Man muss den Rahmen den das Präventionsgesetz bietet, für eine verstärkte gesundheitliche Prävention bei älteren Menschen nutzen. Bisher ist z.B. die Altersgruppe der Hochaltrigen bei gezielten Präventionsmaßnahmen vor Ort im Vergleich zu anderen Lebensphasen unterrepräsentiert. Und hier liegt die Chance in der kommunalen Gesundheitsförderung, gerade für ältere Menschen. Diese sind nicht in Institutionen wie Kindergärten und Schulen eingebunden, und auch nicht mehr durch die betriebliche Gesundheitsförderung zu erreichen.

Die kommunale Gesundheitsförderung hat das Ziel, die Rahmenbedingungen im Setting „Gemeinde/Kommune“ durch organisatorische und strukturelle Veränderungen auf der Gemeinde- und Be-



ziehungsebene der Gemeindemitglieder gesundheitsförderlich zu gestalten. Ein koordiniertes Zusammenwirken der Lebenswelten einer Kommune ist in dem Zusammenhang wichtig. Kommunale Gesundheitsförderung findet auf Ebene der gesundheitsförderlichen Lebenswelten und auf Ebene von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen statt. Besonders wichtig ist dabei diese Planungen mit den Menschen umzusetzen und dabei nicht nur Verbände und Interessenvertretungen zu berücksichtigen, sondern direkt mit den Bürgerinnen und Bürgern an den Zielen zu arbeiten und sie bei der Umsetzung der Vorhaben aktiv einzubinden. Denn sie sollen ja Sorge und Mitverantwortung in der Kommune tragen und umsetzen.

Wie der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf dem Kongress Armut und Gesundheit Anfang des Jahres in Berlin auch festgehalten hat: „Mit dem Fokus auf die Stärkung der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten unter Beteiligung der Betroffenen ist das Präventionsgesetz ein wichtiger Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.“ Dies gilt es nun in Angriff zu nehmen.

In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass der Kooperationsverbund für gesundheitliche Chancengleichheit den sogenannten Partnerprozess 2011 unter dem Namen „Gesund aufwachsen für alle!“ ins Leben gerufen, sich bis Herbst 2015 vor allem auf die Gesundheitsförderung im Bereich Kinder und Jugendliche konzentrierte. Im November 2015 wurde die Erweiterung des Partnerprozesses auf alle Lebensphasen und seine Umbenennung in „Gesundheit für alle“ offiziell beschlossen. Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ unterstützt und begleitet Kommunen im Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung, so genannten „Präventionsketten“. Besonders in den Blick genommen

werden hier die sozial Benachteiligten Kinder und ihre Familien, Erwachsene und Ältere – Stichwort: Altersarmut.

Doch welche Chancen der Gesundheitsförderung ergeben sich aus dem Präventionsgesetz für diese Lebensphase? Herr Dr. Hölz hat diese Frage bereits aufgeworfen. Wir möchten auch mit Ihnen schauen, auf welche Erfahrungen zurückgegriffen werden kann und was wichtig für die Praxis ist und was verbessert werden kann.

Mit der inhaltlichen Verortung des Altenberichtes bekommen die beiden oben benannten Ebenen der kommunalen Gesundheitsförderung eine zusätzliche Bedeutung. Denn Lebenswelten wie das Wohnumfeld, aber auch Gemeinschaften und Gruppen wie Nachbarschaften spielen hier eine bedeutende Rolle. Damit bietet der Altenbericht Anknüpfungspunkte zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. Hier sind wir sehr gespannt auf Ihren Beitrag, Frau Prof. Dr. Kümpers. Kornelia Jordan, von der Leitstelle Älter-

werden der Stadt Moers wird von den Erfahrungen in der Seniorenarbeit aus Sicht der Kommune berichten und deren Vorgehensweise in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit. Mich interessiert hierbei auch die besondere Rolle, die „Beppo“ in Ihrer Arbeit spielt.

Anke Strube, von der Universität Kassel erläutert Teilhabemöglichkeiten von benachteiligten älteren Menschen und legt hier den Fokus auf die Entwicklung eines interkulturellen Bewegungsangebotes für Frauen.

Beate Braner-Möhl, von der Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie berichtet von den Generationenhilfen in Hessen, die bereits 2012 durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration an den Start gingen.

Marilena von Köppen, von der Frankfurt University of Applied Sciences wird für Sie heute einen Werkzeugkoffer aufmachen und darlegen, welche Werkzeuge

für niedrigschwellige Betreuungsangebote benötigt werden.

Diesen Themen wollen wir u.a. heute mit Ihnen nachgehen und in kleinen Arbeitsphasen mit Ihnen bearbeiten. Interessierten, die unsere Landeskonferenzen Gesund Altern bereits öfter besucht haben, wird die andere Aufstellung der Tische und Stühle und der veränderte Ablauf der Veranstaltung aufgefallen sein. Aufgrund der Auswertungen unserer Fragebögen haben wir Ihre Anregungen aufgenommen und diesmal einen anderen Verlauf/Modus der Landeskonferenz geplant und hoffen, auf Ihr Interesse zu stoßen. Gerne können Sie uns am Ende der Veranstaltung wieder mit dem Evaluationsbogen in Ihrer Tagungsmappe bewerten und hilfreiche Anregungen geben. Ich wünsche uns allen einen anregenden Tag mit vielen Informationen und guten Gesprächen und um den Bezug zum Eingang herzustellen: Ich freue mich auf den Tag mit Ihnen.

Einführung in das Thema

„Ressourcen und Belastungen für ein gesundes Leben im Alter: Befunde und Diskussion der Siebten Altenberichtscommission“

Prof.'in Dr. Susanne Kümpers, Hochschule Fulda

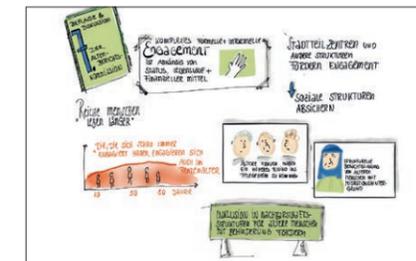


Soziale Ungleichheit im Alter? Die Herausforderungen und Perspektiven einer älter werdenden Gesellschaft
Susanne Kümpers, Monika Alisch
Der Begriff der „Sozialen Ungleichheit“

Agenda Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

„SORGE UND MITVERANTWORTUNG IN DER KOMMUNE – AUFBAU UND SICHERUNG ZUKUNFTSFÄHIGER GEMEINSCHAFTEN“

- Teilhabe: ungleich verteilte Ressource
- Gesellschaftliche Gruppen und ihre Teilhabechancen
- (Sozial-)Räumliche Ressourcen und Belastungen
- Schlussfolgerungen: Gestaltungschancen und Handlungserfordernisse



gleichheiten bspw. nach dem Geschlecht, der Ethnizität, der Behinderung oder des Milieus (vgl. Walgenbach, 2014). Soziale Ungleichheiten und Diversität auch in der älteren Bevölkerung nehmen wahrnehmbar zu:

- die selbstbewusstesten Generationen der 1968er und folgender sozialer Bewegungen werden alt;
- Lebensläufe, Rollen und Orientierungen von Frauen haben sich verändert;
- Arbeitsmigranten der 1960er und 1970er Jahre, die ihnen nachgezogenen und weitere Gruppen von Migrant/-innen, bspw. Spätaussiedler/-innen, kommen ins Rentenalter;
- die ersten Generationen offen homosexueller Männer und Frauen in Deutschland werden alt;
- die erste Generation von Menschen mit Behinderung, die nach dem Nationalsozialismus am Leben blieben und

denen eine bessere medizinische Versorgung und (psycho-)soziale Unterstützung zuteil wurde, erreichen ein höheres Alter als die Generationen vor ihnen;

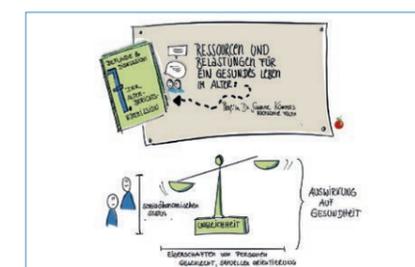
- aber auch: die sozioökonomischen Unterschiede innerhalb der älteren Generationen werden größer, dadurch, dass Einkommens- und Vermögensunterschiede allgemein gewachsen sind, die gesetzlichen Renten sich zunehmend von der Lohnentwicklung abkoppeln und ererbter Besitz eine größere Rolle spielt.

Dieser Artikel erläutert die Formen und Auswirkungen von Ungleichheit im Alter und verweist damit auf politische, gesellschaftliche und fachbezogene Handlungserfordernisse.

Altersarmut

Armut im Alter ist im Regelfall nicht mehr umkehrbar (Geyer, 2014; Goebel & Grabka, 2011). Bei abnehmender physischer und psychischer Wehrhaftigkeit und zunehmenden Einschränkungen entsteht insbesondere für benachteiligte Ältere eine Situation erhöhter Vulnerabilität: Zum einen sind ihre Lebensbedingungen – z. B. ungeeignete Wohnsituationen, Emp-

beschreibt die dauerhaft ungleiche Verteilung von Lebenschancen zwischen Bevölkerungsgruppen einer Gesellschaft (Hradil, 1999). Sie wird zum einen mithilfe



des Schichtindex erfasst; zum anderen verdeutlicht sie in Bezug auf ‚horizontale‘ Merkmale der Gesellschaftsstruktur Un-

finden von Unsicherheit im Wohnumfeld – problematischer, zum anderen sind ihre Reservekapazitäten (psychosozial, physisch, finanziell) in der Regel niedriger als bei anderen Gruppen. Sie sind dadurch „anfällig“ für krisenhafte Situationen von manifester Armut, sozialer Exklusion und Unterversorgung (Schröder-Butterfill & Marianti, 2006).

Alter, Geschlecht, Gesundheit, Versorgung Hochschule Fulda

- Lebenslagen von älteren Frauen**
 - geringerer Bildungsstatus, geringerer sozialer Status, niedrigere Renten (höheres Armutsrisiko)
 - höhere Morbidität (bei längerer Lebenserwartung)
- Pflegende Angehörige:** nach wie vor mehrheitlich weiblich
 - als Partnerinnen wie als Töchter
 - Einbußen für die eigene Gesundheit bzw. soziale Teilhabe
 - Verluste bzgl. eigener Altersabsicherung
- Teilhabeunterschiede vs. Isolationsrisiken**
 - Häufig sozial gut eingebunden
 - häufiger alleinelebend – Isolationsrisiko, insbesondere bei Armut und/oder Pflegebedürftigkeit
 - höheres Risiko für Pflegeheimaufnahme

Altersarmut wird unterschiedlich definiert bzw. gemessen: (1) anhand des Bezugs der Grundsicherung im Alter bzw. (2) mit der in der EU gängigen Definition des Armutsrisikos als Einkommensbezug unterhalb von 60 Prozent des äquivalenzgewichteten Medianeinkommens. Das Niveau der Grundsicherung liegt allerdings deutlich unterhalb der Armutsrisikoschwelle und sogar unterhalb der Schwelle für die Bemessung „strenger Armut“, die in der Regel bei 50 Prozent des Medianeinkommens angesetzt wird (Faik & Köhler-Rama, 2013). Aus der Perspektive der EU-Definition stellt die Grundsicherung also keinen Schutz vor Armut dar; sie ermöglicht keine ausreichende gesellschaftliche Teilhabe – und erhöht insofern das Risiko sozialer Exklusion (Becker, 2012). Zudem wird von vielen Berechtigten (Becker spricht von 68 Prozent) die Grundsicherung aus Unwissenheit oder Scham nicht beantragt. Bisher ist die Inanspruchnahme der Grundsicherung gering (im Jahr 2012: 2 Prozent

der über 65-Jährigen in den östlichen, 3 Prozent in den westlichen Bundesländern, Bundesamt für Statistik, 2013), steigt allerdings wahrnehmbar von Jahr zu Jahr.

Für die kommenden Jahre und Jahrzehnte wird ein relevanter Anstieg der Alter-

sarmut erwartet (Bäcker, 2011; Bäcker & Schmitz, 2013; Faik & Köhler-Rama, 2013; Geyer, 2014; Goebel & Grabka, 2011). Bestimmte Gruppen unter den Geringverdiener/-innen sind – gegenwärtig und zukünftig – besonders vom Armutsrisiko im Alter betroffen: Personen mit längeren Phasen von Unterbeschäftigung bzw. Langzeitarbeitslosigkeit, vor allem in Ostdeutschland; Menschen mit Migrationshintergrund (auch bei höheren Bildungsabschlüssen); Alleinlebende – insbesondere Frauen sowie hochaltrige Frauen (vgl. Simonson et al., 2012).

Soziale Ungleichheiten, Gesundheit und Versorgung

Gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status (SES) sind vielfach nachgewiesen worden. Mit niedrigerem Bildungsstatus und/oder Einkommen sinkt die durchschnittliche Lebenserwartung und treten chronische Krankheiten und Funktionseinschränkungen früher auf (Lampert et al., 2007; Leopold & Engelhardt, 2011). Diese Befunde lassen sich einerseits mit den langfristigen kumulativen Belastungen im Verlauf eines Lebens, andererseits mit je aktuellen Lebenslagen- und Lebensstileffekten im Alter erklären (vgl. Dragano & Siegrist, 2009). Viele soziale und räumliche Faktoren (z. B. Netzwerke; Erholungsflächen im Wohnumfeld) moderieren zwischen Status und Gesundheit und zeigen unabhängige Gesundheitseffekte auch bei älteren Menschen (Breeze et al., 2005; Yen et al., 2009). Während also einerseits ältere Menschen „die Last ihres Lebens“ tragen, ist es andererseits wichtig, darauf hinzuweisen, dass auch im Alter durch Veränderungen von Lebenslagen und Lebensweisen Gesundheit beeinflusst wird.

Zusätzlich zu den vertikalen Unterschieden (SES) tragen horizontale Dimensionen wie Geschlecht, Ethnizität, Einschränkungen sowie sexuelle Orientierungen innerhalb gegebener gesellschaftlicher Strukturen zu günstigen oder ungünstigen Lebenslagen, zu mehr oder weniger ausgeprägten Verwirklichungschancen und damit zu Gesundheitseffekten bei.

Im Durchschnitt sind die heutigen Älteren gesünder als die Älteren früherer Kohorten; allerdings haben untere Schichten von den Verbesserungen der letzten Jahrzehnte deutlich weniger profitiert.

Hinsichtlich sozialer Ungleichheiten in medizinischer und pflegerischer Versorgung gilt die Forschungslage in Deutschland als unbefriedigend (Möller et al., 2013; Von dem Knesebeck et al., 2009). Bezogen auf medizinische Versorgung wird zwischen Ungleichheit beim Zugang zu, der Inanspruchnahme von und der Qualität der erbrachten Versorgung unterschieden. Während keine Unterschiede beim Zugang zu ambulanter hausärztlicher Versorgung erkennbar sind, unterscheidet sich der Zugang zu Fachärzten in Abhängigkeit vom Bildungsstatus. Zudem sind die unterschiedlichen Wartezeiten auf Behandlungstermine von GKV- und PKV-Patienten bekannt. Während zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung kaum gleichheitsbezogene Befunde vorliegen, gibt es qualitative empirische Hinweise auf eine geringere Sorgfalt im Umgang mit Patient/-innen, die sich nicht gut verständlich machen können (Dreißig, 2008). Zielgruppenspezifische Behandlungsstrategien werden in Deutschland bisher nicht systematisch gefördert. Hinweise auf ungleiche Zugangschancen zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung finden sich ebenso, obwohl schon das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial ungleich verteilt ist und untere Einkommenschichten früher bzw. überproportional trifft. Einerseits scheinen Antragstellungen auf eine Pflegestufe häufiger in ärmeren Haushalten zu unterbleiben (Möller et al., 2013); andererseits zeigte eine Untersuchung an MDK-Daten aus Westfalen-Lippe, dass Ältere mit Migrationshintergrund deutlich häufiger als Deutsche als „nicht pflegebedürftig“ bzw. in niedrige Pflegestufen eingruppiert

Soziale Teilhabe Hochschule Fulda

- Dimensionen:**
 - In Gemeinschaft (nicht allein) und akzeptiert sein
 - Zugang zu Dienstleistungen haben
 - In gemeinschaftlichen Zusammenhängen dabei sein, mit tun sowie gestalten und entscheiden können (Partizipation)
- Ungleich verteilt – **wirksam** für Gesundheit – **abhängig** von Gesundheit (besonders im Alter)
- Engagement:** Persönliche Verwirklichungschance ↔ soziale Produktivität
- Ressource und/oder Outcome**

wurden. Da Menschen mit Migrationshintergrund bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil seltener überhaupt eine Pflegestufe beantragten, war dies nicht durch ein „übertriebenes“ Antragstellungsverhalten zu erklären (Okken et al., 2008). (Nicht nur) in der informellen Pflege spielt das Geschlecht eine Rolle: Frauen pflegen häufiger als Männer; in höherem

Alter leben sie häufiger allein und haben geringere Chancen als Männer, von Familienangehörigen gepflegt zu werden (Simon, 2004).

In Familien in niedrigeren Statusgruppen wird häufiger selbst gepflegt und werden

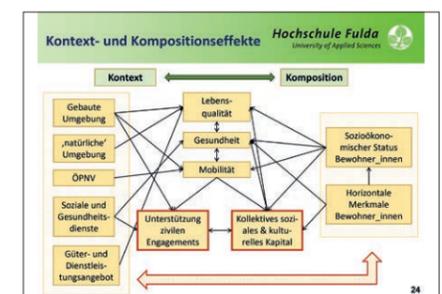


seltener Pflegesachleistungen, also professionelle Pflegedienste, in Anspruch genommen (Blinkert & Klie, 2008). Dies kann als ein Vorteil für die von Angehörigen Gepflegten gelten. Besonders für die pflegenden Frauen sind mit der Angehörigenpflege allerdings häufig weitere Einkommens- und Gesundheitseinbußen verbunden (Rothgang & Unger, 2013).

Soziale Teilhabe

Selbstbestimmte und gestaltende soziale Teilhabe – in ihren unterschiedlichen Facetten von persönlichen sozialen Netzwerken bis zu formellen Rollen im Engagement – gilt als Voraussetzung für ein menschenwürdiges Dasein – und als gesundheitsförderlich. In Bezug auf ältere Menschen wird soziale Teilhabe häufig vergleichsweise eingeschränkt mit einem Fokus auf „Dabeisein“ oder „Teilnehmenkönnen“ beschrieben; Mitgestaltung und Mitentscheidung werden selten thematisiert, was einem emanzipatorischen Altersbild kaum entspricht.

Menschen in niedrigen Statusgruppen verfügen durchschnittlich über weniger soziale Netzwerke und geringere soziale Unterstützung. Das Risiko sozialer Isolation steigt insbesondere angesichts von Armut, ebenso mit dem Alter und noch



mal mehr mit Pflegebedürftigkeit. Armut, soziale Isolation und Gesundheitseinschränkungen scheinen sich also besonders im Alter in einem Negativkreislauf wechselseitig zu verstärken.

Auch zivilgesellschaftliche Partizipation und Engagement sind im Alter sozial ungleich verteilt und bspw. durch das Bildungsniveau beeinflusst (Hank & Erlinghagen, 2009). Ungünstige sozioökonomische und soziokulturelle Bedingungen gelten als Barrieren für ein Engagement benachteiligter Älterer; für ihre Teilhabe bedarf es entsprechender Förderstrategien (Naegle & Rohleder, 2001), sinnvollerweise auf lokaler Ebene. Engagement spiegelt also nicht nur – wie oft dargestellt – persönliche Präferenzen, sondern auch und wesentlich ungleiche Zugangschancen für gesellschaftlich sichtbare und anerkannte Funktionen in der Zivilgesellschaft! Die Engagementberichterstattung in Deutschland zeigte bislang häufig einen Mittelschichts- und Genderbias, der weniger formalisierte Unterstützungsnetzwerke, in denen Menschen mit geringer formaler Bildung oder solche mit Migrationsgeschichte eine größere Rolle spielen, kaum in den Blick nahm (Alisch & May, 2013).

Teilhabechancen und Unterstützungsbedarfe vulnerabler Gruppen

Frauen im Alter tragen ein doppeltes Risiko eingeschränkter Lebensqualität: Alte und sehr alte Frauen leben häufiger allein, in Armut und sind von sozialer Isolation bedroht.

Die Alltagsorganisation älterer Migrantinnen und Migranten in städtischen Wohnquartieren zeigt zum Teil dichte Netzwerke informeller Selbsthilfe und gegenseitiger Unterstützung. Gerade im Bereich von Gesundheit und Pflege sind Sorgenetzwerke älterer Migrantinnen und Migranten langfristig allerdings eher

fragil und unterstützungsbedürftig (May & Alisch, 2013) Ältere homosexuelle Frauen und Männer haben in der Regel lebensgeschichtliche Diskriminierungs-

fahrungen. Offen schwule bzw. lesbische Lebensweisen sind häufig Voraussetzung für Selbstakzeptanz und soziale Integration (Bochow, 2005), aber noch lange nicht überall erreicht und akzeptiert.

Als besonders relevant für die Lebenslagen

Empfehlungen Hochschule Fulda

- ... **Generationspolitik in den Kommunen sozialraumbezogen und zielgruppenspezifisch gestalten** und Prozesse und Projekte partizipativ steuern.
 - Wohnquartier/ Nachbarschaft sind in städtischen wie ländlichen Kontexten als Handlungsebene geeignet, um zivilgesellschaftliche Netzwerke unterschiedlicher sozialer Milieus zu unterstützen und ihre Potentiale zu entwickeln.
- ... **Altersarmut und ihre Auswirkungen** durch die Politiken des Bundes, der Länder und der Kommunen zu bekämpfen – insbesondere mit Blick auf die Gruppen mit erhöhtem Armutsrisiko – langfristig durch eine Gestaltung der Arbeitsmärkte und Beschäftigungsformen.

älterer Menschen mit Beeinträchtigungen wurden spezifische gesundheitliche und Armutsrisiken identifiziert. Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, insbesondere aus geschützten Arbeitsplätzen in Werkstätten für behinderte Menschen, ist eine Herausforderung für die Inklusion insbesondere von Menschen mit geistiger Behinderung (Schäper & Graumann, 2012).

Wohnquartier, Ungleichheit und Teilhabe Ungleichheit zeigt sich auch räumlich: Mit dem Begriff der Segregation werden Wohnquartiere identifiziert, in denen Menschen ähnlicher Lebenslage wohnen (vgl. Dangschat/Alisch 2014). Problematisiert wird dies meist nur dann, wenn dort als sozial und/oder ökonomisch benachteiligt beschriebene Bevölkerungsgruppen wohnen.

Während einerseits benachteiligende Effekte von Quartieren für die Bewohner/-innen belegt sind, gilt andererseits das Wohnquartier / die Nachbarschaft ebenso als relevante Einheit, um den Aufbau und Erhalt kompensatorischer sozialer Netzwerke zu unterstützen und damit (nicht nur) vulnerablen älteren, auch pflegebedürftigen Menschen soziale Integration und Teilhabe und damit Gesundheit und Lebensqualität zu ermöglichen. Funktionierende Nachbarschaften sind allerdings – gerade in ressourcenarmen Umgebungen – nicht selbstverständlich, sondern erfordern Unterstützung bspw. durch nachhaltiges Quartiermanagement; sie können aber zu einem Gefühl von Sicherheit und sozialer Zugehörigkeit beitragen und Räume für soziale Kontakte außerhalb der Familie schaffen und erhalten. Professionelle und zivilgesellschaftliche Strukturen und Aktivitäten müssen die zuneh-

mende Vielfalt und die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse gerade auch sozial benachteiligter Gruppen Älterer im jeweiligen lokalen Kontext berücksichtigen. Dafür müssen auch auf Landes- und Bundesebene Unterstützungsstrategien entwickelt werden.

Literatur

Alisch, M., & May, M. (2013). Selbstorganisation und Selbsthilfe älterer Migranten. APuZ - Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament., 63 (4-5), 40-45.

Bäcker, G. (2011). Altersarmut – ein Zukunftsproblem. Informationsdienst Altersfragen, 38 (2), 3-10.

Bäcker, G., & Schmitz, J. (2013). Altersarmut und Rentenversicherung: Diagnosen, Trends, Reformoptionen und Wirkungen. In C. Vogel & A. Motel-Klingebiel (Eds.), Altern im sozialen Wandel: Rückkehr der Altersarmut? (pp. 25-53). Wiesbaden: Springer VS.

Becker, I. (2012). Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter. Zeitschrift für Sozialreform, 58 (2), 123-148.

Blinkert, B., & Klie, T. (2008). Soziale Ungleichheit und Pflege. APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 12-13, 25-33.

Bochow, M. (2005). Ich bin doch schwul und will das immer bleiben – Schwule Männer im dritten Lebensalter. Hamburg: Männerschwarmskript Verlag.

Breeze, E., Jones, D., Wilkinson, P., Bulpitt, C., Grundy, C., Latif, A., & Fletcher, A. (2005). Area deprivation, social class, and quality of life among people aged 75 years and over in Britain. International Journal of Epidemiology, 34(2), 276-283.

Dragano, N., & Siegrist, J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), Gesundheitliche Ungleichheit (pp. 181-194): VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Dreißig, V. (2008). Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärztin und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In U. Bauer & A. Büscher (Eds.), Soziale Ungleichheit und Pflege (1 ed., pp. 363-374). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Faik, J., & Köhler-Rama, T. (2013). Anstieg der Altersarmut? Anmerkungen zu einem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim Bundeswirtschaftsministerium. Wirtschaftsdienst, 3, 159-163.

Geyer, J. (2014). Zukünftige Altersarmut. DIW Roundup. Politik im Fokus (Vol. 25). Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

Goebel, J., & Grabka, M. M. (2011). Zur Entwicklung der Altersarmut in Deutschland. DIW Wochenbericht (25), 3-16.

Hank, K., & Erlinghagen, M. (2009). Dynamics of Volunteering in Older Europeans. The Gerontologist, 50 (2), 170-178.

Hradil, S. (1999). Soziale Ungleichheit in Deutschland (7 ed.). Opladen: Leske und Budrich.

Lampert, T., Kroll, L. E., & Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament (42/2007), 11-18.

Leopold, L., & Engelhardt, H. (2011). Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 63, 207-236.

May, M., & Alisch, M. (2013). AMIQUUS – Unter Freunden. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich.

Möller, A., Osterfeld, A., & Büscher, A. (2013). Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46 (4), 312-316.

Naegele, G., & Rohleder, C. (2001). Bürgerchaftliches Engagement und Freiwilligenarbeit im Alter. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit (11), 415-421.

Okken, P.-K., Spallek, J., & Razum, O. (2008). Pflege türkischer Migranten. In U. Bauer & A. Büscher (Eds.), Soziale Ungleichheit und Pflege (pp. 396-422). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rothgang, H., & Unger, R. (2013). Forschungsbericht zum FNA-Projekt „Auswirkungen einer informellen Pflegetätigkeit auf das Alterssicherungsniveau von Frauen“. Berlin: Forschungsnetzwerk Alterssicherung (FNA).

Schäper, S., & Graumann, S. (2012). Alter(n) als wertvolle Lebensphase erleben. Herausforderungen und Chancen für Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 630-636.

Schröder-Butterfill, E., & Mariani, R. (2006). A framework for understanding old age vulnerabilities. Ageing & Society, 26, 9-35.

Simon, M. (2004). Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Journal of Public Health, 12 (3), 218-228.

Simonson, J., Kelle, N., Gordo, L. R., Grabka, M. M., Rasner, A., & Westermeier, C. (2012). Ostdeutsche Männer um 50 müssen mit geringeren Renten rechnen. DIW Wochenbericht (23), 3-13.

Von dem Knesebeck, O., Bauer, U., Geyer, S., & Mielck, A. (2009). Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Ein Plädoyer für systematische Forschung. [Social Inequality in Health Care – A Plea for Systematic Research]. Gesundheitswesen, 71(02), 59-62

Walgenbach, K. (2014). Heterogenität – Intersektionalität – Diversity in den Erziehungswissenschaften. Opladen und Toronto: Barbara Budrich.

Yen, I. H., Michael, Y. L., & Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine, 37 (5), 455-463.



Impuls I

Seniorennetzwerke als Qualitätsinitiative in der Kommune

Kornelia Jordan, Leitstelle Älter werden, Stadt Moers



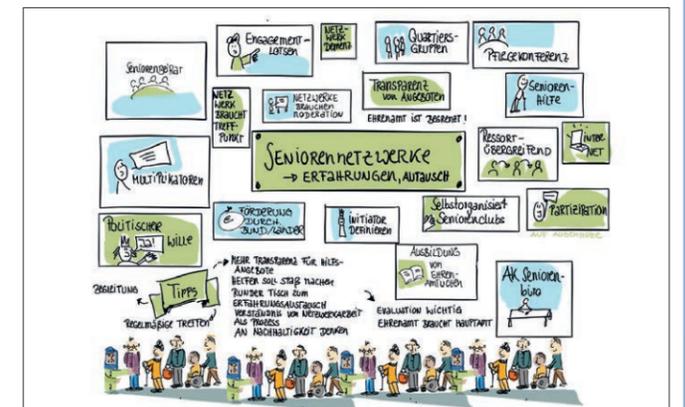
Die Stadt Moers rechnet von 2010 bis 2020 mit einem stetigen, starken demografischen Wandel. Vor diesem Hintergrund muss die Offene Altenhilfe durch eine „gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit“ ersetzt werden, die sich durch die Schlüsselbegriffe Vernetzung, Partizipation, Selbsthilfe und Integration älterer Menschen auszeichnet.

Auf dieser Grundlage hat sich die Seniorenarbeit in Moers sehr verändert und weiter entwickelt. Partizipation ist in Moers zu einem zentralen Qualitätskriterium geworden, welches über das

wesentliche Instrument „Netzwerke“ realisiert wird. Die Einbindung älterer Bürgerinnen und Bürger in Netzwerke gelingt über verschiedene Kanäle und Formate. Hierzu zählen: die Beteiligung mit Trägern der offenen Seniorenarbeit an bundes- und landesweiten seniorenpolitischen Programmen, Einladungen zu thematischen Stadtteilgesprächen, Marktstand zu Projekten sowie Streuung von Informationen über Pfarrer von Kirchengemeinden als Multiplikatoren. Zudem wurden Paten in den Seniorenbeiräten gewonnen, die im politischen Prozess unabhängig sind. Eine neue Arbeitsform „TRIAS“ (verbindli-

che Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Kommune, Träger, Ehrenamt) hat die Netzwerkarbeit sehr befördert.

Über die Projektarbeit konnten verschiedene selbstorganisierte Netzwerkaktivitäten in den Bereichen Gesundheit/Prävention, Begegnung und Kultur/Bildung initiiert werden. Erfolgskriterien waren dabei insbesondere die Ausgestaltung als „TRIAS-Projekt“ und die Fokussierung auf Netzwerke als zentrales Instrument und die damit verbundene Offenheit gegenüber den verschiedensten Akteurinnen und Akteuren auf kommunaler Ebene.





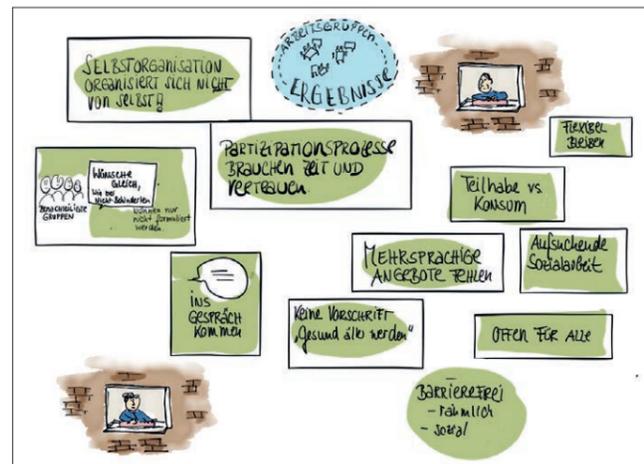
Teilhabemöglichkeiten für benachteiligte ältere Menschen – Sozialraumbezogene Ansätze der Aktivierung und Beteiligung

Anke Strube, Universität Kassel

Das SILQUA-Forschungsprojekt „Teilhabemöglichkeiten für benachteiligte ältere Menschen – Sozialraumbezogene Ansätze der Aktivierung und Beteiligung“ untersuchte in einem dreijährigen Förderzeitraum, wie sich benachteiligte Lebenslagen, die aus geringen ökonomischen Ressourcen, aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie aus ethnisch-kulturellen Barrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund auf die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten auswirken und wie sich Beteiligung und Teilhabe für diesen

Personenkreis durch sozialraumbezogene Ansätze verbessern lassen. Dazu wurde im Rahmen sozialraumbezogener Fallstudien in zwei Stadtquartieren (Kassel-Forstfeld und Seewaldgebiet in Rödermark) ein komplexes Erhebungsprogramm entwickelt und umgesetzt, das u.a. problemorientierte Interviews mit lokalen Experten wie mit betroffenen älteren Menschen sowie Fokusgruppen umfasste. In einer zweiten Phase wurde in beiden Stadtquartieren ein Prozess der partizipativen Projektentwicklung

angestoßen, bei dem – ausgehend von den ermittelten Teilhabewünschen - gemeinsam mit den Betroffenen Projekte zur Verbesserung der Teilhabe initiiert, begleitet und ausgewertet wurden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für Empfehlungen für die Kommunen zu einer bedarfsorientierten Umgestaltung bzw. Weiterentwicklung der Konzepte und Strukturen lokaler Altenhilfe hin zu einer inklusiven (Altenhilfe-) Infrastruktur.



Senioren- und Generationenhilfen in Hessen

Beate Braner-Möhl, Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie, Mühlthal



Zusammenfassung des Vortrags „Senioren – und Generationenhilfen“ Die Gründung einer Nachbarschafts- oder Generationenhilfe hat sich im Odenwald, was den Aufbau betrifft, unterschiedlich gestaltet.



Es kamen Bürgermeister auf die Koordinierungsstelle zu, nachdem sie von dem Modellprojekt gehört haben. Sie waren über das Projekt im Vorfeld durch die Kreisverwaltung informiert und von einer Umsetzung in ihrer Kommune überzeugt. Es gab eine Initiative dort war ein Bürger die treibende Kraft.

In einer anderen Kommune waren es ebenfalls zwei Bürgerinnen die, nachdem sie von dem Projekt gehört hatten die Koordinierungsstelle ansprachen. In der Regel gab es dann drei, durch die Koordinierungsstelle moderierte Vorbereitungstreffen bis zur Gründung. Die Zahl der Beteiligten wuchs entweder bei jedem Treffen oder betrug von Anfang an schon konstant zwischen 15 und ca. 50 Personen.

Zwischen den einzelnen Treffen wurde in der regionalen Presse und mit Handzetteln auf die Initiative aufmerksam gemacht und weitere Interessierte zum Mitmachen eingeladen. Multiplikatoren waren auch die Menschen, die von der Idee überzeugt waren.

Bei jeder Initiative und Vorbereitungstreffen war entweder der Bürgermeister oder eine andere hauptamtliche Person der Kommune anwesend. Dadurch wurde signalisiert, dass es für die Belange des

neu gegründeten Vereins großes Interesse und kurze Wege in den Kommunalverwaltungen gibt.

Zu Beginn sind erst einmal viele Fragen zu überdenken und zu klären: Was will die Initiative an gegenseitiger Hilfe anbieten?

Wie verstehen wir uns, was leitet uns? Gibt es ein Punktesystem oder nicht? Helfen wir nur Mitgliedern (Tauschbörse) oder ist unser Auftrag grundsätzlich allen, im Rahmen der Satzung, Hilfe und Unterstützung anzubieten?

Wie sehen die Bedingungen dazu beim regionalen Finanzamt aus?

In jeder Initiative wurde individuell besprochen ob der Rahmen ein Verein sein soll, eingetragen oder nicht?

Wie soll sich der Vorstand zusammensetzen?

Kann das Modell von drei gleichberechtigten Vorsitzenden die besondere Kultur dieses Vereins darstellen und die Hemmschwelle im Vorstand aktiv zu werden senken?

Im Odenwald haben drei Vereine das Modell: 1. Vorsitzende/er du 2 stellvertretende Vorsitzende, zwei Vereine haben das Modell: 3 gleichberechtigte Vorsitzende gewählt.

Die Satzung wird besprochen und das nicht nur mit einer kleinen Gruppe, sondern mit allen.

Alle haben dann die Erfahrung, „Wie gründe ich einen Verein?“ gemacht und waren von Anfang an einbezogen „Ihren“ Verein und entsprechend die Satzung zu entwickeln.

Wichtig ist ebenso, wo sich der Verein mit seinen Sprechstunden verorten kann.

Bietet die Kommune Räumlichkeiten kostenfrei an, wie ist es mit der Ausstattung von Telefon, Computer und Internet? Dies sollte vor der Gründung schon erfragt und geklärt sein.

Ganz wichtig vor der Gründung ist zu wissen ob der Vorstand besetzt werden kann!

In jedem zukünftigen Verein gibt es erfahrene „Vereinsmenschen“, die dann schon weitergehende Dinge regeln, wie Anmeldung beim Finanzamt oder Amtsgericht. Andere entwerfen erste Faltblätter und Beitrittserklärungen. Eine Gruppe bespricht wie sich die Büroorganisation gestalten kann.

Wieder andere machen einen Plan, wie sie den Verein und seine Aufgaben in der Öffentlichkeit bekannt machen können.

Es werden Bürgerversammlungen besucht oder Sozial-, Selbsthilfe- und Senioren-messen, Märkte und andere Feste im Einzugsbereich werden genutzt.



Wichtig ist auch, dass sich die Vereinsmitglieder untereinander kennenlernen. Es ist durchaus nicht so, dass sich alle schon kennen, die zu einer Gründung kommen.

Hier sind Stammtische und andere Firmen, wie ein Kräppel Kaffee oder Grillfest gut geeignet.

So haben sich schon Menschen mit gleichem Hobby gefunden oder Menschen, die alleine leben und Kontakt und/oder eine sinnvolle Tätigkeit suchen.

Bis es zu Einsätzen für andere kommt, ist dies eine nicht zu unterschätzende Aufgabe innerhalb des Vereins.

Eine Frage ist auch häufig, wie es ist, wenn wir eine Anfrage nicht erfüllen können.

Die Vereine bieten nur das an, was ihre Vereinsmitglieder an Hilfe zur Verfügung stellen. Die Hilfe kann nicht eingeklagt werden.

Alle sind freiwillig tätig und dürfen auch „nein“ sagen und entscheiden was sie anbieten, ebenso wann und wie oft sie sich einsetzen lassen.

Schön ist, wenn ein neues Mitglied etwas anbietet, was es noch nicht gibt. Auf keinen Fall wegschicken und sagen: „Das machen wir nicht!“, sondern mit der Person besprechen. Passt das Angebot zum Satzungszweck, wie kann es eingebracht und bekannt gemacht werden kann.

Geduld und eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit sind wichtige Voraussetzungen in der Aufbauphase.

Die Angebote der Generationenhilfen passen sich gut in die lokale Landschaft ein. Sie sind keine Konkurrenz zu bestehenden Angeboten sondern ergänzen diese sinnvoll und werden in den Feldern aktiv, wo es keine Angebote gibt/geben wird. Die Palette der Angebote ist vor dem Hintergrund des jeweiligen lokalen Umfelds sehr unterschiedlich. Die Satzung wird besprochen und das nicht nur mit einer kleinen Gruppe, sondern mit allen.

Alle haben dann die Erfahrung, „Wie gründe ich einen Verein?“ gemacht und waren von Anfang an einbezogen „Ihren“ Verein und entsprechend die Satzung zu entwickeln.

Wichtig ist ebenso, wo sich der Verein mit seinen Sprechstunden verorten kann.

Bietet die Kommune Räumlichkeiten kostenfrei an, wie ist es mit der Ausstattung von Telefon, Computer und Internet? Dies sollte vor der Gründung schon erfragt und geklärt sein.

Ganz wichtig vor der Gründung ist zu wissen ob der Vorstand besetzt werden kann! In jedem zukünftigen Verein gibt es erfahrene „Vereinsmenschen“, die dann schon weitergehende Dinge regeln, wie Anmel-

dung beim Finanzamt oder Amtsgericht. Andere entwerfen erste Faltblätter und Beitrittserklärungen. Eine Gruppe bespricht wie sich die Büroorganisation gestalten kann.

Wieder andere machen einen Plan, wie sie den Verein und seine Aufgaben in der Öffentlichkeit bekannt machen können. Es werden Bürgerversammlungen besucht oder Sozial-, Selbsthilfe- und Seniorenmessen, Märkte und andere Feste im Einzugsbereich werden genutzt.

Wichtig ist auch, dass sich die Vereinsmitglieder untereinander kennenlernen. Es ist durchaus nicht so, dass sich alle schon kennen, die zu einer Gründung kommen. Hier sind Stammtische und andere Firmen, wie ein Krüppel Kaffee oder Grillfest gut geeignet.

So haben sich schon Menschen mit gleichem Hobby gefunden oder Menschen, die alleine leben und Kontakt und/oder eine sinnvolle Tätigkeit suchen.

Bis es zu Einsätzen für andere kommt, ist dies eine nicht zu unterschätzende Aufgabe innerhalb des Vereins. Eine Frage ist auch häufig, wie es ist, wenn wir eine Anfrage nicht erfüllen können.

Die Vereine bieten nur das an, was ihre Vereinsmitglieder an Hilfe zur Verfügung stellen. Die Hilfe kann nicht eingeklagt werden.

Alle sind freiwillig tätig und dürfen auch „nein“ sagen und entscheiden was sie anbieten, ebenso wann und wie oft sie sich einsetzen lassen.

Schön ist, wenn ein neues Mitglied etwas anbietet, was es noch nicht gibt. Auf keinen Fall wegschicken und sagen: „Das machen wir nicht!“, sondern mit der Person besprechen. Passt das Angebot zum Satzungszweck, wie kann es eingebracht und bekannt gemacht werden kann.

Geduld und eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit sind wichtige Voraussetzungen in der Aufbauphase.

Die Angebote der Generationenhilfen passen sich gut in die lokale Landschaft ein. Sie sind keine Konkurrenz zu bestehenden Angeboten sondern ergänzen diese sinnvoll und werden in den Feldern

aktiv, wo es keine Angebote gibt/geben wird. Die Palette der Angebote ist vor dem Hintergrund des jeweiligen lokalen Umfelds sehr unterschiedlich.

Generationenhilfen lassen sich nicht instrumentalisieren. Sie reagieren selbstbewusst als Anwälte in eigener Sache, die die Dinge tun, die sie für richtig halten. Die Einpassung in die kommunale Daseinsfürsorge ist somit immer ein Aushandlungsprozess, was Ehrenamtliche leisten können.

Generationenhilfen kommen meist mit wenig/keiner finanzieller Unterstützung aus. Sehr hilfreich ist, wenn Anfangsinvestitionen oder Versicherungsprämien von Kommunen übernommen werden. Viele Generationenhilfen verfügen nur über geringe finanzielle Spielräume, da die Mitgliedsbeiträge sehr gering sind (oft nur 1 € pro Monat).

Generationenhilfen leisten mit ihrer Arbeit auch einen wichtigen Beitrag zur Stärkung des Gemeinwesens. So können Personen für Engagements erreicht werden, die sich bisher noch nicht in örtliche Organisationen eingebracht haben.

Viele Generationenhilfen arbeiten mit Verrechnungspunkten. Damit werden die Leistungen dokumentiert und die Hilfeleistenden können im Falle eigener Hilfsbedürftigkeit leichter Hilfe annehmen.

Wichtig für Generationenhilfen ist eine Ansprechperson in der Kommunalverwaltung. Hier können viele Dinge auf dem kleinen Dienstweg geregelt werden.

Generationenhilfen sind wichtige Berater für andere lokale Akteure und Organisationen, da sie über gute Kenntnisse der Situation am Ort verfügen.

Beate Braner-Möhl
Ehemals Koordinierungsstelle Senioren- und Generationenhilfen
Odenwaldkreis

Ein Werkzeugkoffer für niedrigschwellige Betreuungsdienste

Marilena v. Köppen
Frankfurt University of Applied Sciences

In vielen Gemeinden gibt es Bürgerinnen und Bürger, die sich gerne engagieren würden. Und es gibt zunehmend ältere Menschen, die Unterstützung brauchen, damit sie in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben können. Ein Weg, um bereitwillige Helferinnen und Helfer und Hilfesuchende zusammenzubringen, sind niedrigschwellige Betreuungsdienste. Die meisten Initiativen, die solche Alltagshilfen auf die Beine stellen wollen, stehen dabei vor vielen praktischen Fragen. Daraus entstand die Idee einen Werkzeugkoffer zu packen, der viele, in der Praxis erprobte Werkzeuge für den Aufbau einer Bürgerhilfe enthält.



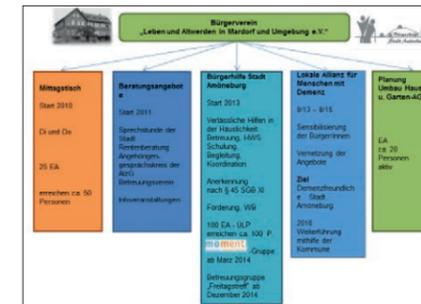
1. Projekt „Leben und Altwerden in Mardorf und Umgebung“

Die Stadt Amöneburg mit den fünf Stadtteilgemeinden Rüdighheim, Erfurtshausen, Mardorf, Roßdorf und Amöneburg liegt etwa 11 km östlich von Marburg im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Inclusive aller Stadtteile leben hier derzeit ca. 5.250 Menschen.

Die Initiative für das Projekt ging vom Stadtteil Mardorf aus, sie richtet sich aber an alle Bürgerinnen und Bürger der Großgemeinde sowie an Interessierte aus den weiteren Nachbargemeinden.

Das Leben in der Region war in der Vergangenheit sehr stark von der Landwirtschaft geprägt. In den letzten Jahrzehnten hat sich diese Situation gewandelt: Die Ortschaften rund um die Amöneburg sind reine Wohngemeinden geworden, ihren

Unterhalt verdienen die Bürger außerhalb ihres Wohnortes, Vollerwerbslandwirte gibt es nur noch wenige. Dagegen gibt es zunehmend ältere Menschen, von denen immer mehr allein leben, z.T. in großen Gehöften, die sie nicht mehr bewirtschaften können. Eine besondere Problematik zeigt sich bei den



alleinlebenden Menschen mit demenzbedingten Einschränkungen. Demenz ist im dörflichen Leben nach wie vor ein Tabuthema; soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung der Betroffenen und ihrer Familien sind die Folge.

Um zu vermeiden, dass hilfs- und pflegebedürftige Menschen ihre vertraute Häuslichkeit verlassen müssen, ist das auf bürgerschaftlichem Engagement beruhende Projekt „Leben und Altwerden in Mardorf und Umgebung“ ins Leben gerufen worden:

2010 wurde der Bürgerverein Leben und Altwerden in Mardorf und Umgebung e.V. gegründet, zu dessen Hauptsäule sich die Bürgerhilfe der Stadt Amöneburg entwickelt hat.

- Die BH will verlässliche Hilfen in der Häuslichkeit bieten
- Dazu schult und begleitet sie Helfer
- Die eine Aufwandsentschädigung im Rahmen der ÜLP bekommen
- Die BH wird koordiniert von einer professionellen Fachkraft
- Und ist deshalb nach §45c SGB XI anerkannt und kann ihre Leistungen mit der Pflegekasse abrechnen



Die Bürgerhilfe ist in der Gemeinde sehr gut angenommen worden, sowohl von hilfesuchenden älteren Menschen, als auch von engagementbereiten Helfern:

- Momentan gibt es ca. 100 Helfer, die etwas 100 Hilfesuchende erreichen
- Dazu gibt es noch eine Bewegungsgruppe und eine Betreuungsgruppe

2. Hilfe für Helfer: Ein Werkzeugkoffer

Weil die BH so einen erfolgreichen Start hatte, wurde sie schnell im Landkreis als



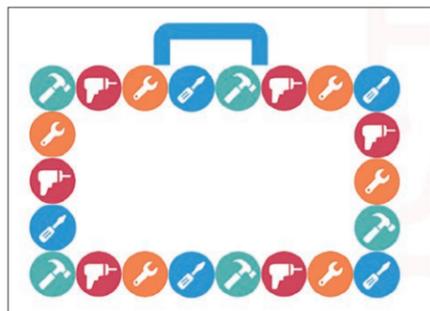
Leuchtturmprojekt bezeichnet. Andere Gemeinden fragten in Mardorf nach, wie dort vorgegangen wurde, welche Problemlösungen sich bewährt hatten und welche Empfehlungen die Bürgerhilfe geben könne. Daraus entstand die Idee, einen Ratgeber zu entwickeln, der die Grundfragen beim Aufbau einer Bürgerhilfe behandelt und die Erfahrungen weitergibt, insbesondere weil es in Hessen, anders als z.B. in einigen anderen Bundesländern noch keine zentrale Beratungsstelle für niedrigschwellige Betreuungsdienste auf Landesebene gibt.

Wir entschieden uns, diesen Ratgeber Werkzeugkoffer zu nennen, um deutlich zu machen, dass man verschiedenste Werkzeuge für die Arbeit an einer Bürgerhilfe braucht und sich diese passend zu der örtlichen Situation zusammen stellen kann!

Was ist das Besondere des Werkzeugkoffers?

1. Er ist auf die lokalen Besonderheiten ausgerichtet nach der Devise: Aus dem Landkreis, für den Landkreis

- Dazu wurden mehrere Initiativen gefragt, welche Fragen und Probleme sie beim Aufbau ihres Engagements haben (bottom-up Ansatz)
- Die Initiativen können über einen Feedback-Prozess ihre Meinung zum Werkzeugkoffer einbringen
- Alle Angaben sind so konkret wie möglich (Adressen, Links), um ein möglichst hilfreiches Nachschlagewerk zu bieten
- Die ländliche Prägung des Landkreises wurde berücksichtigt



2. Der Koffer spiegelt die Erkenntnisse der Wissenschaftlichen Begleitforschung des Projekts wieder, insbesondere dass der Erfolg der BH zwar von vielen verschiedenen positiven Kontextfaktoren abhängt, dass aber das wesentlichste Erfolgsmoment die „gelingenden Beziehungen“ zwischen allen Akteuren sind.

Die Arbeit an dem Koffer wird zum Jahresende 2016 abgeschlossen

Die folgende Grafik zeigt die Fächer des Werkzeugkoffers. In diesen befinden sich die Werkzeuge.

3. Beispiel Kapitel Leitungsteam

Exemplarisch soll hier das Kapitel Leitungsteam näher betrachtet werden.

Die Idee hinter diesem Kapitel ist, dass eine BH nicht nur engagierte Helferinnen und Helfer braucht, die zu den alten Menschen nach Hause gehen, sondern dass noch viel mehr nötig ist, damit die Bürgerhilfe helfen kann: Es braucht Menschen für die sogenannte Background Arbeit

Das Kapitel enthält daher zunächst eine Beschreibung, welche Aufgaben ein Leitungsteam hat. Aber der Werkzeugkoffer bleibt nicht bei dem stehen, wie es sein soll, sondern versucht auch Hilfestellung bei dem Weg dahin zu geben. Wie uns die befragten Initiative gesagt haben, beste-

hen die Herausforderungen weniger aus inhaltlichen Problemen, sondern vor allem aus den Fragen

- Wie kann man überhaupt Menschen für das Leitungsteam gewinnen?
- Wie gelingt es, dass die Mitglieder kontinuierlich mitwirken?



Es müssen also Werkzeuge entwickelt werden, die bei der Bewältigung dieser Fragen helfen.

Folgende Werkzeuge haben wir bisher aufgenommen:

- Setzen Sie auf Teamwork!
- Nicht mit Haut und Haar verpflichten
- Kleine Schritte gehen
- Unterstützung und Beratung suchen
- „Wir helfen gerne – dazu brauchen wir Ihre Hilfe!“

Hinter dem letzten Werkzeug steht die Erfahrung, dass es schwierig ist, neue Menschen für das Leitungsteam zu gewinnen, wenn sich die Bürgerhilfe zu selbstbewusst und zu stolz mit ihren Erfolgen präsentiert. Die angesprochenen Menschen wurden dann entweder ängstlich, ob sie überhaupt etwas beitragen können, oder sie dachten, dass sie gar nicht gebraucht würden.

Daraus entstand die Idee, dass man einen etwas anderen Workshop veranstalten könne. Er erhielt den Titel „Wir helfen gerne – aber dazu brauchen wir Ihre Hilfe“. Bei diesem Workshop wurde deutlich gemacht, dass die BH Unterstützung braucht, wenn ihre in der Gemeinde angesehene Arbeit Bestand haben soll. Man trat als Hilfesuchender auf, der alle Hilfsangebote, seien sie noch so klein, wertschätzt.

Den Ablauf und die Idee dieser Veranstaltung wird im Werkzeugkoffer als Werkzeug beschrieben.

Auf diese Art und Weise versuchen wir jedes Werkzeug für die Menschen vor Ort handhabbar zu machen – aber ob uns das am Ende gelingt, werden wir erst sehen, wenn der Koffer in Benutzung ist!

Kapitel G Das Leitungsteam

Damit die Bürgerhilfe helfen kann...
... braucht es Menschen für die Background-Arbeit

- Wie kann man überhaupt Menschen für das Leitungsteam gewinnen?
- Wie es gelingt, dass die Mitglieder kontinuierlich mitwirken?



„Älter werden in Balance“

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Köln)

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels mit einer deutlichen Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen in der Bevölkerung gewinnt das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ zunehmend an Bedeutung.

Denn: Proportional zum Alter eines Menschen steigen auch die Prävalenz- und Indizienraten behandlungsbedürftiger Krankheiten. Im Vordergrund des somatischen Krankheitsspektrums stehen Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates, Diabetes sowie bösartige Neubildungen. Das Erkrankungsrisiko steigt bei fehlender sozialer Integration, bei besonderen Lebensbelastungen und einschneidenden Lebensereignissen. Das Risiko eines Auftretens von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) nimmt ebenfalls zu. Bei 96% der 70-jährigen und älteren Menschen lassen sich mindestens eine und bei 30% fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen diagnostizieren.

Mitte 2030 werden etwa 24 Millionen Menschen über 65 Jahre in Deutschland leben (Statistisches Bundesamt: Im Blickpunkt. Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Juni 2011). Ziel muss es sein, die gewonnenen Lebensjahre in einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben. Hierzu ist es wichtig, dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten und dabei ihre persönlichen Ressourcen ausschöpfen können.

Die Bundesregierung hat sich diesem Thema 2007 u.a. im „Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation“ gewidmet und darin auf beachtliche, aber noch nicht ausreichend genutzte Präventionspotenziale in der zweiten Lebenshälfte hingewiesen. In seinem Gutachten von 2007 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen darüber hinaus vermerkt, dass Potentiale für die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch in der stärkeren Berücksichtigung sozial

benachteiligter älterer Menschen liegen. Der sechste Altenbericht der Bundesregierung (2010) empfiehlt, dass „vermehrt Konzepte der Gesundheitsförderung und der Prävention mit dem Ziel der Erhaltung der körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Gesundheit entwickelt und umgesetzt werden“. Strukturelle Rahmenbedingungen, die Mobilität und Selbständigkeit fördern, sowie gezielte präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, die auf individueller Ebene Ressourcen stabilisieren und freisetzen, können hier einen wesentlichen Beitrag für mehr Gesundheit im Alter leisten.

Das Programm „Älter werden in Balance“

Neuere Forschungsergebnisse zeigen mit großer Evidenz, dass Bewegungsprogramme und -aktivitäten auch in fortgeschrittenem Alter gesundheitsfördernd und präventiv wirken. Viele der im Alter gehäuft auftretenden Erkrankungen lassen sich durch regelmäßige körperliche Aktivität verhindern oder zumindest hinauszögern. Des Weiteren unterstützt körperliche Fitness die Mobilität der Menschen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Aus diesem Grund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2014 ein Präventionsprogramm entwickelt, um ältere Menschen darin zu unterstützen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden durch mehr körperliche Aktivität möglichst lange zu erhalten. Das niedrigschwellig angelegte Programm Älter werden in Balance richtet sich an Frauen und Männer ab 65 Jahren. Die übergeordnete Zielsetzung des Programms ist es, die Anzahl gesunder Lebensjahre zu erhöhen und Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben. Das Programm wird finanziell vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) unterstützt.

Vielseitiges Portfolio

Das Programm Älter werden in Balance besteht aus einer Reihe ineinander greifender Einzelemente, die sich über den Projektzeitraum kontinuierlich weiterent-

wickeln werden. Eine zentrale Rolle in der Kommunikation spielt das Internet-Portal www.aelter-werden-in-balance.de. Die Website trägt dazu bei, das individuelle Gesundheitswissen der Alterszielgruppe zu verbessern. Hier gibt es praktische Tipps und Empfehlungen zu den Themen Gesundheit, Wohlbefinden und Bewegung. Die Inhalte sind fachlich geprüft und dokumentieren den aktuellen Stand der Wissenschaft.

Broschüren

Die Broschüren zum Programm zeigen die positiven Aspekte eines bewegten Alltags für die Gesundheit und das Wohlbefinden auf. Leicht verständlich wird erklärt, warum der Mensch unbedingt Bewegung braucht, um fit zu bleiben. Mit vielen praktischen Tipps, Anregungen und Informationen möchten sie ältere Menschen motivieren, sich im Alltag bewusst mehr zu bewegen. Dazu bieten die Broschüren ein einfaches Aktiv-Programm für jeden Tag, das ohne komplizierte Hilfsmittel und Kosten sofort in die Tat umgesetzt werden kann. Neben der Broschüre Alltag in Bewegung ist die Broschüre Aktiv im Alltag, aktiv im Leben erschienen, die gezielte Bewegungsempfehlungen für Menschen mit Einschränkungen gibt. Im Mai erschien zudem die Broschüre „Wandern, Bewegung die gut tut“, die gemeinsam mit dem Deutschen Wanderverband erstellt wurde.

Die Bewegungsprogramme

Bewegungsprogramme Das Lübecker Modell Bewegungswelten

Das Lübecker Modell „Bewegungswelten“ wird als spezifisches Angebot für Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der stationären Pflege in Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team des Therapiezentrums der Geriatrie des Krankenhauses Rotes Kreuz in Lübeck (Ärztlicher Direktor: Dr. Martin Wilkomm), dem Landessportverband Schleswig-Holstein und dem Landessportbund NRW entwickelt.

Die Vereinbarkeit des Programms mit dem Lebensalltag der stationär Pflegenden ist dabei genauso zu berücksichtigen, wie die Bedürfnisse der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner. Ziel ist es, nach Ablauf der Modellphase ein Programm entwickelt zu haben, welches im Alltagsbetrieb der Pflegeeinrichtungen nachhaltig weitergeführt werden kann. Durch die aktive Teilnahme an den Übungseinheiten sollen Mobilität, Koordinierung, Kraft, Kognition und Lebensqualität positiv beeinflusst werden. Die Übungen sollen aber auch im besten Sinne „Spaß machen“ und von den Teilnehmenden (im Folgenden als TN abgekürzt) als freiwilliges und kostengünstiges Angebot auf Dauer in möglichst großer Zahl wahr werden. Entwickelt werden 12 – 15 Bewegungsmodule für das gezielte Bewegungsmodell für hochaltrige Menschen.

Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ entspricht den wissenschaftlichen Anforderungen des neuen Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“. Gleichzeitig erfüllt das Lübecker Modell Bewegungswelten den Anspruch des § 5 SGB XI, wonach in Absatz 6 „ (...) auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit (...) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern“ sind.

Umsetzung

Das Programm richtet sich als kontinuierliches, zweimal wöchentlich über jeweils 60 min angebotenes Bewegungsmodell in erster Linie an Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen in Gruppen von 8-12 TN (bei einem höheren Anteil kognitiv oder körperlich Eingeschränkter auch in kleineren Gruppen durchgeführt). Außerdem sind ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger aus dem benachbarten Bietzen Wohnen und aus dem unmittelbaren Wohnumfeld willkommen („Konzept der offenen Türen“). Für die Teilnahme ist eine Gehfähigkeit von mindestens 10 m von Vorteil, eine mindestens vorhandene Sitzfähigkeit wird gefordert. Eine leichte Demenz darf vorhanden sein. Das Durchschnittsalter der TN beträgt voraussichtlich 80-85 Jahre (Durchschnittsalter in den teilnehmenden Pflegeheimen).

Die Übungsmodule werden von qualifizierten Übungsleiterinnen und Übungslei-

tern (im Folgenden als ÜL abgekürzt) der regionalen Sportvereine unter dem Dach der jeweiligen Landessportverbände und dem DTB geleitet.

Die Übungsmodule zeichnen sich dadurch aus, dass sie an den vertrauten Erfahrungen der TN ansetzen. Das heißt, die Übungen werden in Situationen aus dem Alltag eingebettet, wodurch sich nicht nur die Motivation zum Mitmachen erhöht, sondern auch die Freude an der Bewegung steigt. So werden beispielsweise in der Bewegungswelt „Ein Tag im Garten“ Übungen vermittelt, die körperliche Aktivitäten wie „Äpfel pflücken“ und „den Boden umgraben“ nachahmen; es entstehen ganze „Bewegungsgeschichten“. Das Lübecker Modell Bewegungswelten folgt somit einem ganzheitlichen Ansatz.

Die im Februar 2016 begonnene Pilotphase wird durch umfassende wissenschaftliche Evaluationen begleitet. Konkret wird untersucht, in welchem Maß motorische Fähigkeiten, Kraftzuwachs sowie kognitive Faktoren positiv beeinflusst werden können. Zudem wird die Organisationsebene aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer und aus Sicht der Mitarbeitenden untersucht, fördernde und hemmende Einflussfaktoren bei der Implementierung und Verstetigung des Lübecker Modells Bewegungswelten zu identifizieren und zu analysieren.

Durch das Lübecker Modell Bewegungswelten wird im Idealfall flächendeckend ein Übungsprogramm in der stationären Pflege implementiert werden können. Das wissenschaftlich evaluierte alltagsnahe Programm soll den Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Pflege über qualifizierte ÜL des organisierten Sports angeboten werden.

Das Lübecker Modell Bewegungswelten kann somit einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in der Lebenswelt Pflegeheim positiv zu unterstützen und zu fördern.

Das Alltagstrainingsprogramm (ATP) Um möglichst viele ältere Menschen in Bewegung zu bringen, wird derzeit das „Alltagstrainingsprogramm“ (ATP) entwickelt. Als Kooperationspartner konnte die BZgA neben der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) den Deutschen Olym-

pischen Sportbund (DOSB), den Deutschen Turnerbund (DTB), den Deutschen Behindertensportverband (DBS) und den Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) gewinnen. Ziel des ATP ist es, den Alltag drinnen und draußen als Trainingsmöglichkeit zu verstehen und dadurch ein effektives Mehr an Bewegung in das tägliche Leben einzubauen. Das Training ist zudem so angelegt, dass es ohne große Vorbereitung in Alltagsbekleidung und ohne den Einsatz von Fitnessgeräten direkt umgesetzt werden kann. Erlernt wird u.a. z.B., wie durch die bewusste Anwendung von Gehvarianten die Gleichgewichtsfähigkeit verbessert werden kann, wie Alltagsgegenstände zur Kräftigung der Muskeln eingesetzt werden können oder Wartezeiten effektiv für Kräftigungs-, Mobilisierungs- und Dehnübungen genutzt werden können. Zielgruppe des ATP sind Menschen ab 60 Jahren, die Ihren Alltag nachhaltig aktiver gestalten möchten.

Umsetzung

Im ATP spielen die Lebenswelten eine entscheidende Rolle, welche in den privaten als auch öffentlichen Raum eingegliedert werden:

Im öffentlichen Raum (Parks, Straßen / Gehwege, Wald etc.) kann eine Kurseinheit des ATP direkt stattfinden. Die Bewegungsinhalte im Außenbereich sind abhängig von dem gewählten Weg, den vorhandenen Gegenständen / der vorhandenen Natur (Bäume, Bänke etc.) und den gewählten Hindernissen (Stöcke, Steine etc.). Die Übungen werden den Gegebenheiten angepasst und die natürlichen Bewegungsgrundformen des Menschen sollen so aktiviert, geübt und trainiert werden.

Die Lebenswelt „Wohnen / zu Hause“ wird in der Halle oder ebenfalls draußen nachempfunden. Hierbei soll so wenig Material wie nötig, Verwendung finden und nur Alltagsgegenstände als Trainingsgeräte genutzt werden (Handtuch, Stuhl, Einkaufstüten etc.).

Die TN sollen die erlernten, eingeübten und trainierten Bewegungen / Belastungen des ATP so direkt mit Ihrem persönlichen Alltag verbinden und diese nachhaltig, auch außerhalb des Kurses, anwenden können.

Den Startschuss bildet die im April 2016

gestartete Pilotphase in den Strukturen des Landessportbunds NRW. Hier ist das Programm für alle Teilnehmenden kostenfrei. Die Pilotphase wird programmbegleitend wissenschaftlich evaluiert (Übungsleiter- und Teilnehmendenbefragungen). Als Mindestanforderung

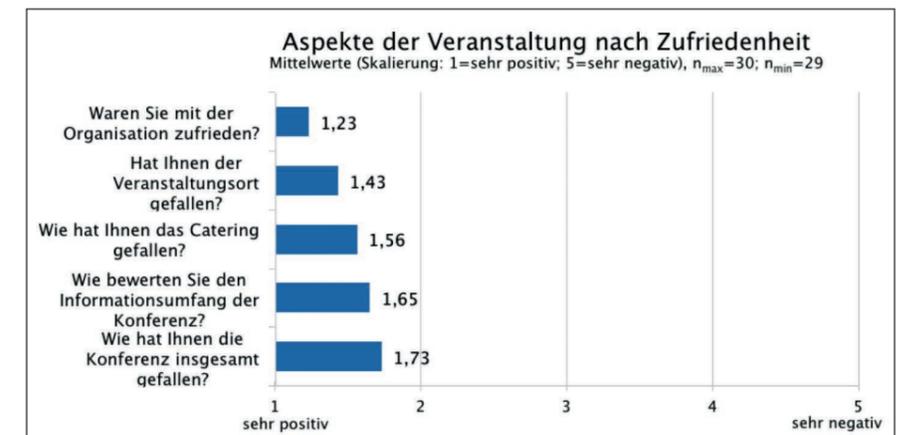
für die Übungsleitenden wird eine „ÜL-Lizenz B mit der Zusatzqualifikation Rehabilitationssport“ des organisierten Sports sowie Erfahrung in der Leitung von Bewegungsangeboten im Bereich Sport für ältere Menschen vorausgesetzt.

Vorausgesetzt, dass die erwarteten Erfolge bei den teilnehmenden Männern und Frauen eintreten, beginnt ab 2017 die bundesweite Implementierung des Programms in allen interessierten Vereinen.

Evaluation: Resonanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

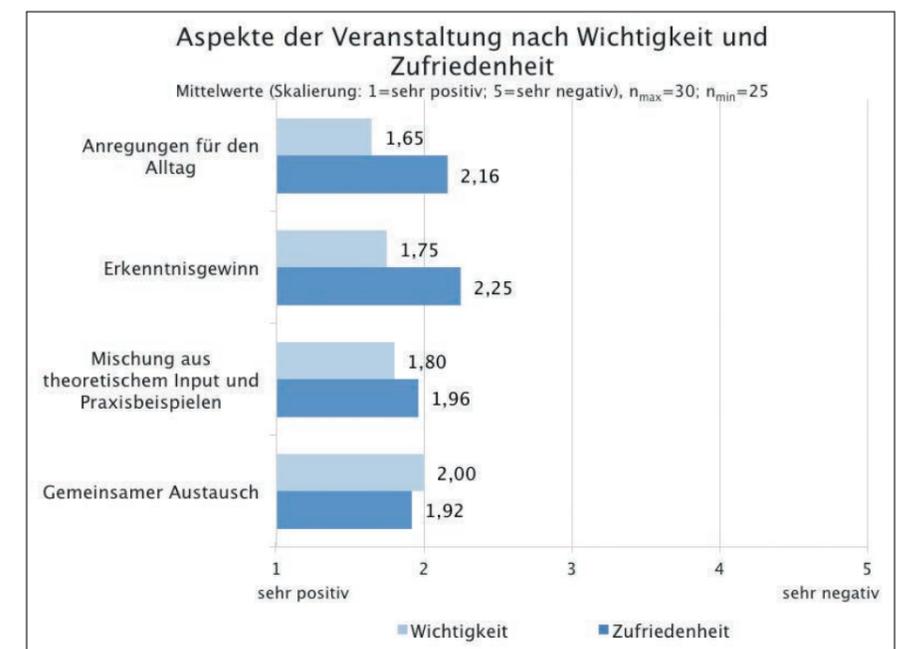
Carolin Becklas, HAGE e.V.

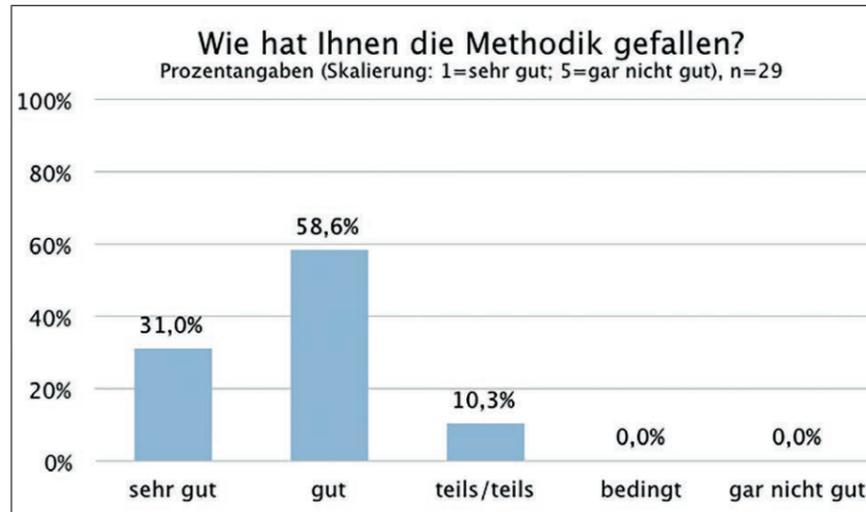
Mit den Tagungsunterlagen erhielten die Besucherinnen und Besucher der 6. Landeskonferenz Hessen „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – gesundheitliche Bedeutung für eine alternde Gesellschaft“ einen teilstandardisierten Fragebogen, mit dem Sie die Veranstaltung bewerten konnten. Rund 22% von 72 Teilnehmenden nutzten diese Gelegenheit und beurteilten die inhaltlichen und methodischen Aspekte der Konferenz. Neben der allgemeinen Zufriedenheit mit der Landeskonferenz konnte ebenfalls die Zufriedenheit mit den Veranstaltungsgelegenheiten benotet werden.



Die Befragung ergab insgesamt hohe Zufriedenheitswerte. Wie die folgende Abbildung zeigt, waren die Teilnehmenden im Durchschnitt besonders mit der Organisation der Landeskonferenz zufrieden, gefolgt von den Gegebenheiten vor Ort. Den Informationsumfang und die Veranstaltung insgesamt beurteilten die Teilnehmenden durchschnittlich mit einem Mittelwert von 1,65 bzw. 1,73 „positiv“.

In der folgenden Abbildung werden die Werte der Zufriedenheit mit denen der Einschätzung zur Wichtigkeit dargestellt. Den antwortenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren die Anregungen für ihren Alltag durchschnittlich mit 1,6 am wichtigsten, gefolgt von dem Erkenntnisgewinn im Rahmen der Veranstaltung. Bei diesen beiden Aspekten besteht die höchste Differenz zur Zufriedenheit, insgesamt sind die Teilnehmenden aber damit „zufrieden“.





Mit der Mischung aus theoretischem Input und Praxisbeispielen sind sie ebenfalls zufrieden und halten dies für wichtig. Die Zufriedenheit mit dem gemeinsamen Austausch wird etwas positiver beurteilt als die Wichtigkeit. Hier besteht die geringste Differenz.

Da das Format und die methodische Herangehensweise bei der 6. Landeskonferenz anders gewählt war als in den vorherigen Veranstaltungen, wurde zudem eine Beurteilung der Methode durch die Teilnehmenden eingeholt. Insgesamt wird die Herangehensweise bestätigt, da rund 90% von 29 Befragten die angewandte Methode „sehr gut“ oder „gut“ gefallen hat. 10% von ihnen gefiel die Methode „teils/teils“.

Rund ein Drittel hätte gerne weitere Themen im Konferenzprogramm gehabt. Genannt wurden beispielhaft folgende Themen:

- Bedarfsermittlung in der Gemeinde
- Potenzielle konkrete Vernetzungspartner für spezifische benachteiligte Gruppen, z.B. ältere Suchtkranke
- Strategische Ideen für Kommunen im Bereich Gemeinwesenarbeit
- Bedürfnisse Hochbetagter

Weitere Anmerkungen und Anregungen waren:

- Tischgestaltung/Format sehr gut, gute Diskussion/Austausch möglich. (3)
- Fragestellungen beider Gruppendiskussion differenzieren.
- Schriftgröße bei den Namensschildern vergrößern.

Referenzenverzeichnis

Sorge und Mitverantwortung in der Kommune Gesundheitliche Bedeutung für eine alternde Gesellschaft

Prof. Dr. Susanne Kümpers

Hochschule Fulda
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Leipziger Straße 123
36037 Fulda
www.hs-fulda.de

Anke Strube

Universität Kassel
Institut für Sozialwesen
Arnold-Bode-Straße 10
34109 Kassel
www.uni-kassel.de

Marilena von Köppen

Frankfurt University of Applied Sciences
Fachbereich Soziale Arbeit & Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main
www.frankfurt-university.de

Kornelia Jordan

Stadt Moers
Fachbereich 10 - Jugend und Soziales
Fachdienst 10.5 - Leitstelle Älterwerden
47439 Moers
www.moers.de

Beate Braner-Möhl

Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie
Stabsstelle Diakonie
Bodelschwinghweg 5
64367 Mühltal
www.nrd.de

