

PRÄVENTIONSNETZE IM ALTER

Gemeinsam handeln für gesunde Kommunen

@photocase.de/westend61

Fachkonferenz

Präventionsnetze im Alter - Gemeinsam handeln für gesunde Kommunen

11. November 2024

Konferenzzentrum der Bundesministerien, Berlin

Dokumentation



Inhalte der Dokumentation und zusätzliche Präsentationen sind unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-aelteren/fachkonferenz-praeventionsnetze-im-alter> veröffentlicht.

Zeit: 10:00 bis 15:30 Uhr

Teilnehmende: 75 Teilnehmende

Moderation: Anita Hüseman, Hamburg

Fotos: André Wagenzik, Berlin

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Editorial | 3 |
| Schlaglichter aus den Grußworten | 8 |
| Impulse aus zwei Perspektiven: Gesundheit älterer Menschen in schwieriger sozialer Lage fördern – Präventionsnetze im Alter | 9 |
| Im Gespräch: Herausforderungen im Alter begegnen – verschiedene Unterstützungsstrukturen im Fokus | 12 |
| Workshops mit Praxisblick | 15 |
| Workshop 1: PiA – Präventionsnetz im Alter: Ein Fachkräftenetzwerk im Münchner Stadtteil Ramersdorf-Perlach | 15 |
| Workshop 2: Auf dem Weg zum Präventionsnetz im ländlichen Raum – Was es für ein starkes Netzwerk braucht! | 18 |
| Workshop 3: Selbstständigkeit erhalten – Unterstützung in der Häuslichkeit | 26 |
| Workshop 4: Impulse der BZgA für Kommunen und die Gesundheit älterer Menschen | 31 |
| Podiumsgespräch: Präventionsnetze im Alter etablieren – Empfehlungen für die Umsetzung auf Kommunal- und Landesebene | 34 |
| Referent*innenliste | 40 |
| Anhang: Materialien zur Gesundheitlichen Chancengleichheit | |

Editorial

Hintergrund und Ziele

Seit etwa 15 Jahren gilt das Konzept der Präventionskette, also der altersphasen- und ressortübergreifenden Strategie, als „Goldstandard“ der soziallagenbezogenen kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Idee hat sich stark verbreitet – für den Bereich Kinder und Jugendliche.

Für die Lebensphase Alter sind sehr gute theoretische Überlegungen und einige modellhafte Vorgehensweisen bekannt, häufig als „Präventionsnetze“ bezeichnet. Das Konzept konnte bislang noch keine ausreichende Skalierung erfahren, insbesondere nicht mit einem Fokus auf Gruppen älterer Menschen in schwieriger sozialer Lage. Hier besteht angesichts der demografischen Entwicklung und der steigenden Betroffenheit von Einsamkeit oder neurodegenerativen Erkrankungen akuter Bedarf sowohl hinsichtlich der kommunalen Umsetzung als auch der Evidenz zur Wirksamkeit der Präventionsnetze.

Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit lud zu diesem Zweck im Rahmen der Nationalen Präventions-Initiative „In Zukunft gesünder“ zu der **Fachkonferenz „Präventionsnetze im Alter - Gemeinsam handeln für gesunde Kommunen“** ein. Sie fand am 11. November 2024 im Konferenzzentrum der Bundesministerien in Berlin statt.

Die Veranstaltung bot Fachkräften, die in den verschiedenen Ressorts und Disziplinen an der Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen mitwirken, die Möglichkeit, sich weiter zu vernetzen sowie förderliche und hinderliche Umsetzungsaspekte zu eruieren. Ausgehend von guten Beispielen wurden Empfehlungen für die Unterstützung und Umsetzung kommunaler Präventionsnetze erarbeitet. Die Veranstaltung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Aus der wissenschaftlichen und aus der Praxisperspektive boten zwei Impulsvorträge Grundlagen zur Gesundheitsförderung älterer Menschen. Drei herausragend wichtige und dringliche Themen im Handlungsfeld wurden in einer Gesprächsrunde exemplarisch dargestellt. In einer vertiefenden Workshopphase tauschten sich die rund 75 Teilnehmenden zu Aspekten bedarfsgerechter Strukturen in städtischen und ländlichen Kommunen sowie zur Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit im Alter aus und erhielten Impulse der BZgA. Abschließend wurde die Etablierung von Präventionsnetzen im Alter bezogen auf Rahmenbedingungen unterschiedlicher föderaler Ebenen in einem Podiumsgespräch diskutiert.

In der vorliegenden Dokumentation sind die Inhalte der Impulsvorträge, Podiumsgespräche und Workshops dargestellt.

Alle Ergebnisse der Veranstaltung sind von hoher Relevanz für die Akteure im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Gesundheitsförderung ist in den meisten Gesundheitsdienstgesetzen der Länder verankert. Allerdings fehlen Strategien zur Operationalisierung der kommunalen Aufgabenwahrnehmung und es stehen häufig weder personelle noch finanzielle Ressourcen ausreichend zur Verfügung. Mit der Fachkonferenz wurde ein Beitrag geleistet, unter Berücksichtigung der derzeitigen Rahmenbedingungen erfolgversprechende Vorgehensweisen und notwendige Voraussetzungen aufzuzeigen.

Ergebnisse/Erkenntnisse

Wie sich das Konzept der Präventionsnetze, der integrierten kommunalen Strategien, für ein gutes und gesundes Älterwerden, in der Praxis erfolgreich umsetzen lässt, welche förderlichen, aber auch hemmenden Bedingungen hierbei eine Rolle spielen (können) und was es für eine weitere Verbreitung in der Praxis braucht, stand im Zentrum dieser Fachkonferenz. Im Zuge der verschiedenen Impulse und Diskussionen haben sich einige Aspekte wiederkehrend

als wichtig gezeigt, um Präventionsnetze im Alter zu etablieren: Es braucht Kontinuität, Koordination, Leitfiguren („Kümmerer“), Materialien und nicht zuletzt Evaluationen/Belege.

Verschiedene Erfahrungsberichte aus bestehenden Präventionsnetzen bzw. Netzwerken machten deutlich, wie wichtig eine **klare Vision** ist und auch, dass der Wille vor Ort vorhanden ist, etwas für das gute und gesunde Älterwerden (in der Kommune) zu tun und aktiv zu werden für ältere Menschen. **Politischer Rückhalt** und bestenfalls eine verlässliche **Verantwortungsübernahme der Kommune** trägt zur erfolgreichen Etablierung eines kommunalen Präventionsnetzes bei. Gleichzeitig wurde deutlich gemacht, wie bedeutsam **Zeit** und Beharrlichkeit sind für den Aufbau geeigneter Strukturen. Präventionsnetze im Alter zu initiieren und vor Ort zu etablieren, braucht – so zeigen die Erfahrungen – meist mehrere Jahre und Personen, die sich über die gesamte Zeit dafür stark machen und kontinuierlich am Ball bleiben. In der Praxis wird hier oft von „Kümmerern“ gesprochen, die eine Art **Leitfigur** für die stattfindenden Prozesse vor Ort darstellen. Da solche Prozesse nicht ohne **Koordination** ablaufen können, werden hierfür entsprechende finanzielle und personelle **Ressourcen** benötigt, und zwar zuverlässig und möglichst dauerhaft.

Weiterhin wurde vielfach herausgestellt, dass für ein gutes und gesundes Älterwerden ganz verschiedene Akteur*innen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern und Rechtskreisen zusammenkommen (müssen) und hier ein **ressortübergreifendes Denken und Handeln** zentral sind, um den Bedarfen und Bedürfnissen der älteren Menschen gerecht werden zu können. In der Praxis ist dabei wichtig, dass alle Beteiligten stetig miteinander in den **Austausch** gehen und **Aushandlungsprozesse auf Augenhöhe** stattfinden, um alle relevanten Akteur*innen „im Boot“ zu behalten. Kooperation und Zusammenarbeit sind hier von entscheidender Bedeutung, um **gemeinsame Ziele** zu erreichen. Gleichzeitig besteht eine große Herausforderung bei der Etablierung von Netzwerken für das Alter darin, dass es oft bereits einige, im städtischen Raum ggf. sogar viele, Netzwerke in der Arbeit mit älteren Menschen gibt, beispielsweise mit Fokus auf Versorgung, Pflege, Demenz etc. Die bestehende **Netzwerkvielfalt** sollte bei der Etablierung eines Präventionsnetzes und der **Zusammensetzung relevanter Beteiligter** berücksichtigt werden. Die **Zuständigkeiten** müssen geklärt und transparent kommuniziert werden, auch um Doppelstrukturen oder unklare Rollen zu vermeiden. Eine*r muss „den Hut aufhaben“, und es muss klar sein, wer das ist.

Neben der Mitwirkung aller beteiligten Fachkräfte ist die **Partizipation von älteren Menschen** selbst bei der (Weiter-)Entwicklung von Angeboten und Maßnahmen für ein gutes und gesundes Älterwerden wichtig. Partizipation sollte eine entscheidende Haltung in der Arbeit mit älteren Menschen darstellen und das Handeln bestimmen. In diesem Zusammenhang ist auch die kritische Auseinandersetzung mit vorherrschenden **Altersbildern** hilfreich, um Ältere als Expert*innen ihrer Lebenssituation zu sehen und einzubinden. Die **Gruppe „der älteren Menschen“ ist sehr vielfältig** und es braucht verschiedene Anknüpfungspunkte. Grundsätzlich stellt die **Erreichbarkeit von Zielgruppen** eine wesentliche Herausforderung dar – insbesondere, wenn es auch darum geht, der Vielfalt im Alter gerecht zu werden und **Ältere in schwierigen Lebenslagen** zu erreichen – ob bei der (Weiter-)Entwicklung von Strukturen und Angeboten oder auch bei der Inanspruchnahme von Angeboten.

Für die Umsetzung von Präventionsnetzen wurde während der Veranstaltung wiederholt über die mögliche **inhaltliche Breite und Zielstellung** eines solchen Netzwerkes diskutiert: ob eine solche unterstützende Struktur, ein Präventionsnetz, „nur“ Prävention und Gesundheit(-sförderung) im Fokus haben sollte oder breiter angelegt, alle Belange rund um das Altern (wie Versorgung, Sozialberatung, gesellschaftliche und kulturelle Teilhabe etc.) in den Blick nehmen sollte. Für ein erfolgreiches Praxis-Beispiel mit inhaltlicher Breite steht das Generationen-netz Gelsenkirchen, dessen Zielstellung von Beginn an war, **Ermöglichungsstrukturen für das Altern** in seiner Gänze dauerhaft bereitzustellen. Diese inhaltliche Breite spiegelt sich auch in der Namensgebung wider, die sich vom Thema Gesundheit löst. Hieran wurde im Konferenzverlauf wiederholt angeknüpft und der Ansatz positiv bewertet.

All diese Faktoren haben sich im Laufe des Konferenztages als hilfreich und wichtig bei der Etablierung von Präventionsnetzen dargestellt. Nicht zuletzt wurde in diesem Zusammenhang auch betont, dass für eine Verstetigung und Nachhaltigkeit der aufgebauten Strukturen und entwickelten Strategien **Evaluationen** unabdingbar sind. Für dauerhafte Finanzierungen vor Ort braucht es **Belege** für den Erfolg und die Wirksamkeit der aufgebauten Strukturen und Maßnahmen, die als Orientierung und Grundlage dienen können. Insgesamt muss die **Evidenz** zu integrierten kommunalen Strukturen, insbesondere für das Alter, noch weiter ausgebaut werden, um die Verbreitung des Konzepts von Präventionsnetzen und deren Umsetzung vor Ort weiter voranzubringen.

Bei allen Überlegungen zu wichtigen Voraussetzungen für den Aufbau von integrierten Unterstützungsstrukturen und konkreten Maßnahmen für das gute und gesunde Älterwerden ist wiederkehrend auch die **Ressourcenfrage** in den Fokus gerückt (siehe hierzu u.a. weiter oben à Koordination). Für die Ausgestaltung von Strukturen und konkreten Maßnahmen wurden u.a. die Potenziale von **Verfügungsfonds** (gemeinsamer Finanzierungstopf, ggf. aus mehreren Quellen) herausgestellt. Diese können flexibel eingesetzt werden und so eine bedarfsorientierte und möglichst sogar partizipative (Weiter-)Entwicklung von Strukturen und Maßnahmen ermöglichen. Eine große Herausforderung besteht allerdings darin, dass es **zuverlässige und dauerhafte Finanzierungen** braucht, die über einen Initialanschub – oft in Form von (Modell-)Projekten – hinausgehen (Abkehr von einer „Projektitis“), um das Aufgebaute nachhaltig zu sichern.

Welche Wege der Umsetzung sich bezüglich all dieser Überlegungen in der Praxis bewährt haben, welche guten Beispiele es dafür gibt, ist wichtig für Fachkräfte bekannt zu machen (u.a. in Form einer Wissensdatenbank). Hier können die ausgezeichneten **Beispiele guter Praxis** in der **Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit** (wie das Generationennetz Gelsenkirchen) und der Good Practice-Ansatz mit den **zwölf Kriterien Guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung** eine wertvolle Orientierung bieten. Die weitere Entwicklung unterstützender **Materialien und (digitaler) Tools**, u.a. seitens der BZgA, kann Mehrwerte für die Etablierung von Präventionsnetzen bieten.

Ausblick

In Deutschland gibt es immer mehr alte und hochaltrige Menschen und auch die Lebenserwartung steigt weiter an, wobei die Jahre in guter Gesundheit nicht in gleichem Maße ansteigen (Quelle: [Bevölkerung nach Altersgruppen \(ab 2011\) - Statistisches Bundesamt](#)). Diese demografischen Entwicklungen machen ein Handeln nötig: so sollte besonders auch im vorpflegerischen, gesundheitsförderlichen Bereich mehr getan werden und die Gesundheit im Alter noch stärker in den Blick genommen werden. Gutes und gesundes Älterwerden zu fördern, ist auch ein Ziel der **Nationalen Präventionskonferenz (NPK)** und wird als eine **gesamtschaftliche Aufgabe** gesehen, entsprechend des Health in All Policies-Ansatzes.

Es gibt jedoch keine konkreten gesetzlichen Vorgaben zur übergreifenden Zusammenarbeit und es ist in den Kommunen eine freiwillige Aufgabe, ein gesundes Älterwerden zu fördern. Daher sind in der Praxis vor Ort **Kooperation und Zusammenarbeit** von Fachkräften aus **verschiedenen Fachbereichen und Rechtskreisen** wichtig, um gemeinsam an diesem Ziel zu arbeiten: Lösungen für die Herausforderungen des Älterwerdens (in den Kommunen) zu finden und gemeinsam geeignete Rahmenbedingungen zu gestalten, die die **Übergänge** zwischen unterschiedlichen Lebensabschnitten im Alter möglichst gut bewältigbar machen.

Wie in der Fachkonferenz aufgezeigt werden konnte, gibt es bereits einige **gute Beispiele** aus der kommunalen Praxis, die im Sinne des Ansatzes der Präventionsnetze das gute und gesunde Älterwerden unterstützen (à die auf der Fachkonferenz vorgestellten Praxisbeispiele, [Themenhefte KGC Praeventionsnetze-im-Alter 2021-08-18.pdf](#)). In der [Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit](#) und dabei insbesondere unter den als Gute Praxis ausgezeichneten Projekten und Angeboten sind einige Praxis-Beispiele zu finden, die das

Älterwerden in den Kommunen durch vernetztes Vorgehen sowie einen fachbereichs- und Akteur*innen übergreifenden Strukturaufbau fördern. Diese Beispiele ermöglichen einen Einblick in bestehende Umsetzungen und können erste Orientierung bieten und eine gute Möglichkeit, sich von den Umsetzungserfahrungen aus anderen Kommunen inspirieren zu lassen.

Gleichzeitig sollen die Entscheidungen zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Aktivitäten immer stärker **evidenzbasiert** getroffen werden (à [Praxisbasierte Evidenz: Wo stehen wir, wo wollen wir hin?](#)). Die Evidenzlage integrierter kommunaler Strategien, auch von Präventionsnetzen, erweist sich aber noch als eher dünn und muss weiter ausgebaut werden, um die Verbreitung von Präventionsnetzen noch weiter voranzubringen (à Impulsvortrag von Prof. Gellert und die Ergebnisse der Fachkonferenz). Wissenschaftliche Evidenz ist nicht immer vorhanden oder zugänglich.

Daher scheint der **Ansatz praxisbasierter Evidenz** als Ergänzung zu wissenschaftlicher Evidenz geeignet, um von den Umsetzungserfahrungen anderer Akteur*innen zu profitieren. „Strukturierte Beschreibungen aus der Praxis über umgesetzte Maßnahmen und gesammeltes Erfahrungswissen können das Bild der wissenschaftlichen Evidenz ergänzen“ und „verfügen möglicherweise über ein hohes Wirkungspotential“. Sie enthalten „Informationen zur Umsetzbarkeit und Praxistauglichkeit z.B. über Implementierungsschritte, benötigte finanzielle und personelle Ressourcen, die [...] für die kommunalen Akteure wichtig sind“ (à [Praxisbasierte Evidenz: Wo stehen wir, wo wollen wir hin?](#)). Die [Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit](#) könnte hier mit ihren Projektbeschreibungen, insbesondere den ausführlicheren Beschreibungen der ausgezeichneten Good Practice-Projekte, die einen Bewertungsprozess anhand ausgewählter Qualitätskriterien (à Kriterien Guter Praxis der Soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung) durchlaufen haben, einen Zugang bieten. Hieran schließen bereits bestehende Überlegungen zur Weiterentwicklung der Datenbank zu einer „Qualitäts-Datenbank“ an.

Wie die Fachkonferenz darüber hinaus gezeigt hat, bietet der **Kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“** des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ideale Anschlussmöglichkeiten, um die Skalierung von Präventionsnetzen im Alter weiter voranzubringen und den Blick der kommunalen Gesundheitsförderung noch stärker auf das gesunde Älterwerden zu richten. So soll der Partnerprozess zukünftig auch den Aufbau und die Weiterentwicklung integrierter Strategien zum gesunden Älterwerden konkreter fokussieren und somit den kommunalen Fachkräften bei der Etablierung von Präventionsnetzen eine Unterstützung bieten. Entsprechende Konzepte und unterstützende Materialien sind geplant (à Ergebnisse und Abschlusspodiumsgespräch der Fachkonferenz).

Der Begriff Präventionsnetze zeigt sich als weitgehend etabliertes Konzept und Wording in der Gesundheitsförderung. Allerdings ist in der praktischen Arbeit eine Auseinandersetzung mit der **Bezeichnung/Benennung** der zu entwickelnden Strategie und aufzubauenden Struktur für ein gutes und gesundes Älterwerden wichtig, um keinen Ausschluss wichtiger Netzwerkpartner*innen im Vorhinein zu forcieren. So könnte der Fokus nur auf Gesundheit „abschreckend“ und wenig anschlussfähig wirken. Gleichzeitig ist das Wording auch entscheidend für die Ansprache und Erreichbarkeit der Zielgruppe, der älteren Menschen. Nicht nur, aber auch in diesem Zusammenhang ist die weitere **Auseinandersetzung mit vorherrschenden, negativen Altersbildern** sinnvoll und nötig. Es muss weiterhin an einer Entstigmatisierung des Alters gearbeitet werden (à Ergebnisse, Abschlusspodiumsgespräch, Impulsvortrag Lisa Heite der Fachkonferenz).

Die Fachkonferenz hat darüber hinaus gezeigt, dass ein Lückenschluss zu **weiteren Strukturen und Prozessen**, z.B. auf Landesebene (Altenhilfestrukturen, Landespflegestrukturplanung etc.) ermöglicht werden sollte, um gutes Älterwerden nachhaltig zu unterstützen. Solche Bestrebungen gibt es in einzelnen Bundesländern. Hier ist das Land Berlin mit seiner geplanten Ausgestaltung eines Altenhilfestrukturengesetzes „Gutes Leben im Alter“ als gutes Beispiel zu nennen, mit dem das gute und gesunde Älterwerden zur kommunalen Pflichtaufgabe werden könnte (à Abschlusspodiumsgespräch der Fachkonferenz).

Weitere konkrete gesetzliche Grundlagen zur Notwendigkeit der Zusammenarbeit wären hilfreich, um ein gutes und gesundes Leben im Alter zu unterstützen, wie sich anhand der positiven **Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland** vermuten lässt. Die bundespolitischen Vorgaben und Aktivitäten (gesetzliche Grundlagen und stabile Finanzierung) zur Entwicklung der Frühen Hilfen könnten eine Blaupause auch für den Bereich Altern sein. Grundsätzlich wäre auch die gesetzliche Verankerung des **Health in All Policies-Ansatzes** zu bedenken, wie es sie in anderen Ländern bereits gibt. Solche gesetzlichen Vorgaben und Regelungen sind allerdings mit vielen Herausforderungen verbunden.

Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Für nachhaltig gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse für alle Menschen zu sorgen und soziale Unterschiede in der Lebensqualität und Lebenserwartung abzubauen, entspricht den Leitprinzipien des bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Dem im Jahr 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten Verbund gehören 75 Organisationen, u.a. Interessenvertretungen der Krankenkassen, der Wohlfahrt, der Kommunen und der Ärzteschaft, Landesministerien, Verbände der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Bundesagentur für Arbeit, an (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Der Verbund fördert vorrangig die Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und die ressortübergreifende Zusammenarbeit. Dabei verfolgt er insbesondere den Ansatz, Lebenswelten gesundheitsgerecht(er) zu gestalten. Somit spiegeln sich die Interessen des Kooperationsverbundes in dem Leitziel der Nationalen Präventions-Initiative „In Zukunft gesünder“ wider, denn auch das Bundesministerium für Gesundheit stößt mit dieser Initiative einen Dialog- und Vernetzungsprozess an und bietet damit den Akteuren ein Forum für den Austausch und die gemeinsame Fortentwicklung von wichtigen Hebeln und Zukunftsthemen für eine Stärkung der Prävention an.

Literatur:

- Einstieg in die Gesundheitsförderung bei älteren Menschen:
 - [gesundheitliche-chancengleichheit: Leitthese und Zielgruppe](#)
 - [gesundheitliche-chancengleichheit: Ursachen, Belastungen und Ansätze](#)
- Einstieg integrierte Strategien/Präventionsketten/Präventionsnetze:
 - [BZgA-Leitbegriffe: Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention](#)
 - [Themenhefte KGC Praeventionsnetze-im-Alter 2021-08-18.pdf](#)
- Kriterien guter Praxis der Soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung: [gesundheitliche-chancengleichheit: Good Practice-Kriterien](#)
- Good Practice-Kriterium „Integriertes Handeln“: [Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung](#) (Seite 45)
- Good Practice-Beispiele für Präventionsnetze:
 - [gesundheitliche-chancengleichheit: Detailseite](#) (Generationennetz Gelsenkirchen)
 - [gesundheitliche-chancengleichheit: Detailseite](#) (Netzwerk "Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg")
- Praxisbasierte Evidenz: [Praxisbasierte Evidenz: Wo stehen wir, wo wollen wir hin?](#)

Schlaglichter aus den Grußworten

Zeit: 10:00 – 10:25 Uhr

Referierende:

- Dr. Silke Heinemann, Bundesministerium für Gesundheit
 - Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg
-

Moderation: Anita Hüseman, Hamburg

Mitschrift: Sabine Wede, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes

Dr. Silke Heinemann, Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit und Stefan Pospiech, Geschäftsführer von Gesundheit Berlin-Brandenburg eröffneten die Fachkonferenz Präventionsnetze im Alter – Gemeinsam handeln für gesunde Kommunen, im Rahmen der Nationalen Präventions-Initiative „In Zukunft gesünder“. Sie begrüßten die 75 Teilnehmenden im Konferenzzentrum der Bundesministerien in Berlin und stimmten die Vertreter*innen der Bundes- und Landesbehörden, Kommunalen Verwaltungen, Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC), Wohlfahrtsverbänden, Krankenversicherungen, Freien Träger und der Wissenschaft darauf ein, gemeinsam Best Practices zum Aufbau und der Verstärkung von Präventionsnetzen im Alter zu eruieren.

Besondere Aussagen und Zitate

Dr. Silke Heinemann, Bundesministerium für Gesundheit

- „Älterwerden ist ein Geschenk, der demografische Wandel ist aber auch eine Herausforderung.“
- „Ziel ist es, Impulse für eine bessere Gesundheitsförderung zu geben“, denn „die soziale Lage hat maßgeblich einen Einfluss auf die Gesundheit.“
- „Wir verbinden den Gesundheitsansatz von Menschen mit dem Lebensweltansatz der Kommune.“
- „Es gibt keine Standardrezepte, sondern nur gute Wege.“

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg

- „Die Kommune muss vielfältig aufgestellt sein, um Gesundheitsförderung zu gewährleisten.“
- „Wir haben weniger Fachkräfte in der Kommune, aber mehr ältere Menschen. Das bedeutet auch eine Belastung für die pflegenden Angehörigen.“

Impulse aus zwei Perspektiven: Gesundheit älterer Menschen in schwieriger sozialer Lage fördern – Präventionsnetze im Alter

Zeit: 10:25 – 11:20 Uhr

Referierende:

- Prof. Dr. Paul Gellert, Charité Universitätsmedizin Berlin, Sozial- und verhaltens- wissenschaftliche Gerontologie
 - Lisa Heite, Generationennetz Gelsenkirchen e.V.
-

Moderation: Anita Hüseman, Hamburg

Mitschrift: Stefan Bräunling, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes

In den beiden Impulsvorträgen zur Fachkonferenz wurde die Gesundheitsförderung bei älteren Menschen aus zwei Perspektiven beleuchtet:

Die **empirischen Grundlagen** zur Gesundheit älterer Menschen in schwieriger sozialer Lage wurden als Anlass für kommunale Gesundheitsförderung und die Praxis kommunaler Gesundheitsförderung in Form eines Präventionsnetzes für das Alter dargestellt. Bei der **Praxisperspektive** ging es unter anderem darum, zu verdeutlichen, warum ein abgestimmtes, übergreifendes Vorgehen sinnvoll ist, und dies am Beispiel des Generationennetzes Gelsenkirchen zu veranschaulichen (Entstehung, Struktur, Erfahrungen).

Impuls Prof. Dr. Paul Gellert: Gesundheit älterer Menschen in schwieriger sozialer Lage fördern

siehe [Präsentation](#)

Schlaglichter zum Impuls

- Herr Gellert leitete den Vortrag mit dem Thema Langlebigkeit ein; dieser Begriff ist unabhängig davon, ob jemand gesund oder krank ist.
- In Deutschland ist in den letzten Jahren ein extremer Anstieg an Über-Hundertjährigen zu verzeichnen.
- „Verschiedene Settingeinflüsse kumulieren in Unterschiede. Aber im Alter laufen viele Erkrankungen zusammen. Die Mortalität ist auch sozial stratifiziert.“ (Folie 6)
- „Nicht nur Unterschiede in Ethnie, Geschlecht und Bildung betrachten, sondern immer: Die Kombination macht den Unterschied.“ (→ Sensibilisierung von Benachteiligungsdimensionen; Folie 7)
- Modell Kritischer Perioden: „Der Lebenslauf ist nicht gleich sensitiv für kritische Einbrüche. [...] Unabhängige Risikofaktoren gehen auf Bildungsunterschiede zurück. Frühe Unterschiede in den Faktoren können nicht aufgeholt werden.“ (Folie 8)
- Einflussfaktoren auf die Entstehung von Demenz (Folien 8-11): Die Zusammenstellung und Quantifizierung der Einflussfaktoren durch die Lancet Commission ist ziemlich neu, darin insbesondere die Gewichtung des Hörens. Ein besonders wichtiger Einflussfaktor im späteren Leben ist die soziale Isolation.
- Kompression der Morbidität, bezogen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Folie 16): Insgesamt deutlich positive Entwicklung von 2004 bis 2019, von der die vierte Gruppe, Arbeiter*innen mit niedriger Qualifikation, allerdings nicht profitiert!

- „Es gibt eine Bandbreite an Maßnahmen, die evidenzbasiert sind, aber es fehlt die Implementierung.“ (Folien 17, 18)
- „Mit den Belegen für Wirkung und Kosten stehen und fallen viele Sachen. Evaluation und Evidenz müssen verbessert werden.“
- Acht Leitgedanken für Forschung und Praxis zur Prävention und Gesundheitsförderung im und für das Alter (siehe Folie 21)
- Fördernde und hemmende Faktoren beim Einbinden schwer erreichbarer älterer Menschen (Folien 22-24)
- Präventionsketten bzw. -netze als integrierte Strategien, die auf kommunaler Ebene Unterstützungsangebote verschiedener Akteur*innen verzahnen und ausbauen (Folie 29)
- Potenziell einzubindende Akteur*innen in den Präventionsnetzen im Alter in Form eines Netzes (Folie 30)

Impuls Lisa Heite: Gut älter werden in Gelsenkirchen

siehe [Präsentation](#)

Schlaglichter zum Impuls

- Gelsenkirchen ist bekannt durch viele „bad news“. Deswegen lohnt es sich, daran zu erinnern, dass die Stadt durchaus auch gute Zeiten erlebt hat („... und das macht das Lebensgefühl in Gelsenkirchen aus.“), z.B. eröffnete dort das erste Kaufhaus des Ruhrgebiets. „Alle wussten, wir sind keine reiche Stadt, aber wir können Ressourcen binden und etwas gestalten.“
- Das Generationennetz wurde vorrangig nicht zum Thema Gesundheit, sondern zum Thema Altern aufgebaut. Es ging von Beginn an um die Schaffung von Ermöglichungsstrukturen für ein gutes und gesundes Altern (ab Folie 4). „[...] Der Gedanke war, frühzeitig und präventiv kleine Angebote zu schaffen. Es sollten langfristige und nachhaltige Prozesse angestoßen werden.“
- Leitbild: Generationensolidarität; „Ältere nicht nur als Objekte der Fürsorge ansehen, sondern als Expert*innen ernst nehmen.“; „Die Gruppe der Älteren ist sehr heterogen, daher braucht es unterschiedliche Anknüpfungspunkte.“
- „Partizipation in Haltung und Handeln sind sehr wichtig. Haltung muss man wie einen Schalter im Kopf umlegen. Eine Haltung heißt, ich bin davon zutiefst überzeugt und das hat immensen Einfluss auf die Umgebung.“
- Das Generationennetz umfasst zurzeit 32 wohnortnahe, hauptamtlich koordinierte Außenstellen, viele Spaziergangsgruppen, 19 ZWAR-Gruppen und vieles mehr (siehe Folie 10).
- Es wird zurzeit durch das GKV-geförderte Projekt „BEWEGTplus“ ergänzt.
- Wichtig ist, für alle Anliegen gibt es eine zentrale Telefonnummer! Diese ist täglich von 10.00 bis 16.00 Uhr besetzt.
- Bei der Etablierung des Generationennetzes war und sind wichtig gewesen: zum Start: Vision, Wille, Zeit und „die richtigen Leute zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort“; zudem: Ressourcen, Aushandlungsprozesse auf Augenhöhe, ressortübergreifendes Denken und Handeln, Partizipation (Folie 12)
- „Die Organisationslogik Stadt ist anders als die Logik in Verbänden und Trägern. Darauf müssen wir uns einstellen, welche Logik Organisationen haben, um Doppelstrukturen zu vermeiden und Ressourcen zu bündeln.“
- Viele Mehrwerte ergeben sich aus der Netzwerkarbeit. (Folie 13)

Wünsche der Wissenschaft an die Praxis und Wünsche der Praxis an die Wissenschaft

Herr Gellert formuliert als Wunsch:

Einen gemeinsamen Forschungs-Masterplan für Evaluationen kommunaler Präventionsnetze im Alter in ganz Deutschland

Frau Heite formuliert als Wunsch, folgende Fragen zu ergründen:

- Welchen Nutzen bringt uns die digitale Unterstützung unserer Arbeit?
- Warum funktionieren manche Herangehensweisen nicht gut?

Im Gespräch: Herausforderungen im Alter begegnen – verschiedene Unterstützungsstrukturen im Fokus

Zeit: 11:30 – 12:15 Uhr

Referierende:

- **Pflege:** Katharina Wiegmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Fachstelle für Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ) im Land Brandenburg
 - **Demenz:** Anna Christoforidou, Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz
 - **Bildung:** Claudia Knabe, Sächsischer Volkshochschulverband e.V.
-

Moderation: Anita Hüseman, Hamburg

Mitschrift: Kerstin Hauswald, Gesundheit Berlin-Brandenburg

Die Gesprächsrunde fand mit ausgewählten Expertinnen zu drei herausragend wichtigen und dringlichen Themen im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen und Altenhilfe statt: Pflege, Demenz und Bildung. Auf diese drei Handlungsfelder wurden Schlaglichter in der Auseinandersetzung mit der Gesundheit(-sförderung) älterer Menschen geworfen und geeignete Unterstützungsstrukturen aufgezeigt. Auch die Möglichkeiten der Einbindung der vorgestellten Strukturen in (kommunale) Präventionsnetze wurden diskutiert und konkrete Beispiele guter Praxis hervorgehoben.

Katharina Wiegmann stellte die **Fachstelle Altern und Pflege im Quartier (FAPIQ)** vor. FAPIQ berät und unterstützt das kommunale Förderprogramm mit dem Projekt „**Pflege vor Ort**“. Über 600 Projekte sind unter diesem Dach bereits gestartet. Davon sind ca. 100 neue Stellen in den Ämtern und Gemeinden als niedrigschwellige Ansprechpersonen entstanden. Pflege vor Ort ist der Schwerpunkt des „Pakt für Pflege“, der im Koalitionsvertrag der letzten Brandenburger Landesregierung verankert ist. Ziel war es, die „Pflege vor Ort“, also direkt in den Kommunen nachhaltig zu gestalten und zu stärken.

“Wir legen immer noch zu viel Fokus auf alte Menschen in der stationären Versorgung. Dabei leben über 85 Prozent der älteren, pflegebedürftigen Menschen in Brandenburg in der Häuslichkeit. 50 Prozent davon sind nicht an einen Pflegedienst angebunden.“ (K. Wiegmann)

Die Kernfrage in den Projekten von Pflege vor Ort, wie in eigentlich allen Projekten der Gesundheitsförderung und Pflegeunterstützung im Alter, ist: Wie finden wir Zugänge zu benachteiligten, älteren und oft auch sozial isolierten Menschen, um rechtzeitig und präventiv zu unterstützen? Dabei geht es sowohl um die pflegebedürftigen Menschen als auch um die Pflegenden, die häufig selbst älter und gesundheitlich eingeschränkt sind. Deren Gesundheit muss stärker und gezielter gefördert werden.

Anna Christoforidou von der **Berliner Alzheimer Gesellschaft** stellte die Arbeit des Vereins vor. In dem vielfältigen Aufgabenprofil ist die Lobbyarbeit für das Thema Demenz in der Berliner Sozialpolitik, Öffentlichkeitsarbeit und das Anbieten von Selbsthilfegruppen enthalten. Diese Gruppen gibt es sowohl für Angehörige als auch für Betroffene. Besonders für Betroffene ist die Nachfrage sehr groß und kann bei weitem nicht gedeckt werden.

Laut **Claudia Knabe** vom **Sächsischen Volkshochschulverband** ist der Bereich Gesundheit mit Bewegungsförderung, Entspannung & Stressbewältigung sowie Ernährung mit 140.000 Kursen und 1,4 Millionen Teilnehmenden pro Jahr der zweitgrößte Bereich – gleich nach dem Programmbereich Sprachen. Ca. 25 Prozent der Teilnehmenden sind über 65 Jahre, 85 Prozent davon sind Frauen.

Rolle der Netzwerkarbeit im Arbeitsalltag und was die Organisationen zu einem Präventionsnetzwerk im Alter beitragen können

Die Netzwerkarbeit ist ein bedeutender Teil im Alltag des **Sächsischen Volkshochschulverbands**, unter anderem, um mit den Kursangeboten immer auf dem neuesten Stand zu sein. Ein aktuelles Thema ist zum Beispiel die Gendermedizin. Neben den VHS-eigenen Netzwerken, in denen sich regelmäßig ausgetauscht wird, gibt es Austausch und Kooperationen auf der Landes- und Bundesebene, z.B. mit den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, mit dem Gesunde-Städte-Netzwerk und auf lokaler Ebene mit den Gesundheitsämtern sowie den Senioren- und Inklusionsbeauftragten. Leider sind für diese Netzwerkarbeit keine Stellen oder Stellenanteile vorgesehen.

Der Sächsische Volkshochschulverband kann sich vorstellen, in Zukunft noch gezielter zu kooperieren, um seine Angebote wohnortnah zu verorten, indem sie die Räumlichkeiten anderer Institutionen nutzen. Gerade ältere Menschen, die mit den öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen, haben Schwierigkeiten, abends noch Busverbindungen zu finden.

Auch in der **Alzheimer Gesellschaft Berlin** hat Netzwerkarbeit einen großen Stellenwert im Arbeitsalltag. Sie kooperiert mit zahlreichen Netzwerken, beispielsweise mit dem Landessportbund und dem Berliner Kompetenzzentrum Pflege 4.0, dem Zentrum für selbstbestimmtes Leben Behinderter (ZSL) oder mit Netzwerken, die sich um ältere Geflüchtete mit Demenz kümmern, sowie DeJaK, dem Nachbarschaftsheim Schöneberg etc. Dadurch sollen möglichst viele Menschen mit Demenz erreicht werden.

Im Zuge des Neuaufbaus von Projekten unter dem Dach von „**Pflege vor Ort**“ findet intensive Vernetzung statt. Wenn die beteiligten Akteur*innen dabei offen Lösungen und Herausforderungen kommunizieren, ist der Mehrwert der Vernetzung so groß, dass alle sich die Zeit dafür nehmen.

„Wenn etwas am Entstehen ist, dann gibt es ein starkes Bedürfnis nach Austausch und Vernetzung.“ (K. Wiegmann)

Was sind Gelingensfaktoren von Netzwerken generell und von Präventionsnetzwerken im Alter im Besonderen?

K. Wiegmann: Es muss jemand die Netzwerksteuerung in die Hand nehmen und es muss Vereinbarungen und Übereinstimmungen in der Netzwerkkultur geben. Wenn dies gewährleistet ist, können die Mitglieder auch einmal niederschwellig zusammenarbeiten, um ein Problem unkompliziert zu lösen. Manchmal reicht schon ein Anruf.

„Der erste Schritt ist immer zu sagen, jemand fühlt sich verantwortlich, zu identifizieren, was fehlt, und sich dann zu kümmern.“ (K. Wiegmann)

C. Knabe: Netzwerkarbeit funktioniert auch gut in Projekten, z.B. in Bremen „Arts on Prescription“ oder in Thüringen „BeBeQu“ oder in Sachsen „BeTaSen“. Netzwerke brauchen Verlässlichkeit, Pflege und Zeit. Netzwerkarbeit sollte unbedingt in Präsenz stattfinden. Das funktioniert ihrer Erfahrung nach besser als online. Die Problematik besteht darin, nach Projektende die erzielten Ergebnisse, Strukturen und Netzwerke dauerhaft und nachhaltig zu sichern.

K. Wiegmann: Netzwerke können besonders effektiv Lücken und Bedarfe identifizieren. Sie brauchen jedoch die Rückendeckung durch die Kommune. Das ist ein essentieller Erfolgsfaktor für Netzwerke.

Zudem ist es für Präventionsnetzwerke im Alter wichtig zu beachten: Pflege ist nicht nur originäre Pflegeleistung, sondern auch die Förderung von Teilhabe und Teilhabestrukturen, beispielsweise Mobilität. Gerade im ländlichen Raum sind Vereine und Verbände starke Partner für die Förderung von Teilhabe. Brandenburg als eines der großen Flächenländer Deutschlands muss aber noch mehr Lösungen finden, Menschen flächendeckend zu erreichen. Die Fachstelle Altern und Pflege im Quartier hat dabei gute Erfahrungen mit Online- Angeboten gemacht.

Was könnte besser laufen in der Vernetzung für ein gutes Altern?

K. Wiegmann: Es fehlt die Vernetzung der Bereiche Gesundheit und Pflege, gerade auf der Landesebene. Hier erlebt Frau Wiegmann oft, dass an Kolleg*innen delegiert wird, deren Kerngebiet im jeweils anderen Sektor liegt. Dabei wäre es wichtig, viel mehr mit allen Sektoren gemeinsam an einem Tisch zu sitzen.

A. Christoforidou: In Deutschland leben rund 1,8 Mio. Menschen mit Demenz, in Berlin sind 65.000 Menschen von einer Demenz betroffen und die Zahl ist steigend. Für eine Stadt wie Berlin stellt dies eine immense Herausforderung für die bestehenden ambulanten, teilstationären sowie stationären Versorgungsstrukturen dar.

Die Alzheimer Gesellschaft Berlin ist sehr divers und breit vernetzt, es fehlt in Berlin jedoch eine Fachstelle für Demenz, ein Kompetenzzentrum, so wie es in mehreren Bundesländern etabliert ist. Berlin ist eine bunte und sehr heterogene Stadt und benötigt bei der Versorgung und Förderung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen vielfältige und alternative Strategien. Andere Bundesländer haben solche interdisziplinären/ bereichsübergreifenden Netzwerke oder Kompetenzzentren. Das wünscht sich die Alzheimer Gesellschaft Berlin sehr für das Bundesland, gerade auch angesichts der steigenden Zahlen von Betroffenen.

Fragen aus dem Publikum

A. Weskamm, AWO Bundesverband: Netzwerke brauchen Verbindlichkeit. Eine Kooperationsvereinbarung ist dabei wichtig. Gerade bei Stellenwechseln in der Mitgliedschaft muss die Nachfolge geregelt sein. Ganz schwierig wird es, wenn die Netzwerkkoordination wechselt. Da kommt es oft zu langen Pausen bei den Netzwerktreffen. Wie können wir hier mehr Verbindlichkeit herstellen?

K. Wiegmann: Viele der Netzwerke, mit denen wir arbeiten, erhalten Fördermittel über SGB XI und müssen deshalb zwingend Kooperationsvereinbarungen aufsetzen. In diesem Rahmen muss auch ein gemeinsames Ziel gesetzt werden. Zudem sind in der Förderung Stellenanteile für eine hauptamtliche Koordination enthalten.

C. Knabe: In der VHS wird viel mit informellen Netzwerken gearbeitet. Diese funktionieren, wenn alle klar den Nutzen für das gemeinsame Ziel sehen.

Workshops mit Praxisblick

Workshop 1: PiA – Präventionsnetz im Alter: Ein Fachkräftenetzwerk im Münchner Stadtteil Ramersdorf-Perlach

Dokumentation | Präventionsnetze im Alter | 11. November 2024

Zeit: 13:00 – 14:25 Uhr

Referierende: Dr. Verena Lindacher und Sven von Braumüller, Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt (LH) München

Moderation: Stefan Bräunling, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes

Mitschrift: Oguzcan Karabulut, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes

Kurzbeschreibung des Workshops

Das gesunde Älterwerden vor Ort zu unterstützen und dafür bedarfsgerechte Strukturen aufzubauen, dem nehmen sich einige Kommunen in Deutschland bereits an und haben Präventionsnetze im Alter aufgebaut. Die Herangehensweise dabei ist sehr unterschiedlich, insbesondere auch im Vergleich zwischen städtischen und ländlichen Kommunen. In diesem Workshop stand ein städtisches Präventionsnetz im Fokus: PiA – Präventionsnetz im Alter im Münchner Stadtteil Ramersdorf-Perlach.

Mit PiA wurde in München ein Netzwerk für Fachkräfte mit Bezug zur Senior*innenarbeit sowie für weitere Schlüsselpersonen etabliert. Dabei richtet das Präventionsnetz die Perspektive auf Übergänge im Alter, welche mit gesundheitlichen Herausforderungen einhergehen können:

- Ende der Erwerbstätigkeit,
- Mobilitätseinschränkung,
- Kognitive Einschränkung,
- Verlust des*r Lebenspartner*in und
- Pflegebedarf.

In diesem Workshop wurden zum einen strukturelle Faktoren vorgestellt, die eine erfolgreiche Arbeit im Präventionsnetz begünstigen, zum anderen aber auch offene Herausforderungen benannt und diskutiert.

Impulse aus dem Vortrag

(siehe [Präsentation](#))

Wie hat der Stadtteil sich demographisch und sozial räumlich entwickelt?

Der Stadtteil Ramersdorf-Perlach ist eine „Schlafstadt“ mit 150.000 Einwohner*innen. Wohnraum und Zugang zu Bildung sind gegeben, aber so gut wie keine kulturellen Aktivitäten. Zudem gibt es baulich bedingte mobilitätsbeschränkende und isolationsfördernde Elemente.

Der Altenquotient liegt bei 29,2%.

Der Ortsteil Neuperlach ist durch Hochhäuser geprägt. Er ist seit 2019 Städtebaufördergebiet.

Wie können Angebote im Stadtbezirk an die Bedürfnisse älterer Menschen im Stadtteil angepasst werden?

Das Präventionsnetz im Alter ist als Schwerpunktprogramm des Gesundheitsmanagements in Ramersdorf-Perlach verankert. Es ist eingegliedert in das Projekt „München - gesund vor Ort“, welches ein kommunales Gesundheitsmanagement in vier Münchner Stadtbezirken vorsieht.

Zielgruppe

Fachkräfte aus der offenen Senior*innenarbeit und tangierte Schnittstellen wie z.B. Medizin, Bildung, Soziales, Stadtteilpolitik und Verwaltung

Ziele

1. Vernetzung und Austausch der Fachkräfte im Stadtteil im Rahmen von moderierten Netzwerktreffen
2. Entwicklung einer Strategie zur Prävention negativer gesundheitlicher Folgen von Lebensübergängen im Alter durch die Planung und (Weiter-)Entwicklung bedarfsorientierter Angebote im Stadtteil

Partnerschaften

Gesundheitsreferat der LH München (strategische Steuerung) und Caritas Alten- und Servicezentrum (ASZ) Perlach (Netzwerkmanagement)

Einbettung

Gesamtkonzept mit dauerhafter Struktur, Aufgriff von PiA im Konzept Stadtteilgesundheit der LH München

Entstehung und strukturelle Verankerung

- Gesundheitsmanagement („München – gesund vor Ort“)
- Krankenkasse (AOK) (externer Projektpartner)
- GesundheitsTreffs (nachhaltig in den städtischen Strukturen verankert)

Bereiche, die für das Netzwerk bisher nur schwer einzubeziehen sind: Hospiz- und Palliativbereich, Hausärzt*innen

Drei Leitlinien und Bausteine

1. **Netzwerkmanagement:** übernimmt die Koordination des Netzwerks und nimmt eine Schnittstellenfunktion ein (z.B. durch moderierte Netzwerktreffen sowie die Gründung geeigneter Unterarbeitsgruppen)
2. **Verbindlichkeit & Aktionsbündnis:** Das Netzwerk sieht sich als „Aktionsbündnis“ und ist auf eine zielgerichtete Vernetzung ausgerichtet. Dabei ist es zentral, offenen Bedarfe im Kontext der Übergänge zu identifizieren.
3. **Produkte:** Das Netzwerk sieht sich als „Arbeitsnetzwerk“ und arbeitet gemeinsam daran, bestehende Angebote mit Blick auf die Übergänge im Alter anzupassen und bei Angebotslücken neue (Kooperations-)Angebote zu entwickeln (wie z.B. die Bewegungsbegleiter*innen).

Praktische Einblicke

Das Kernelement ist das moderierte PiA-Netzwerktreffen sowie die angeleiteten Unterarbeitsgruppen.

Produkte und Angebote

- **Ärztliche Vorträge:** kostenfrei zu verschiedenen Themen (Medikamente, Sturzprophylaxe)
- **Herzensspaziergänge:** 3-teiliger angeleiteter Spaziergang in der Gruppe mit dem Ziel die psychische Gesundheit zu stärken
- **Bewegungsbegleiter*innen:** Peer-to-Peer Ansatz mit dem Ziel mehr Bewegung in den Alltag von Senior*innen zu bringen. Formate: Gruppen- und Einzelbegleitungen
 - **Strukturiertes Schulungsprogramm:** viertägige Schulung, findet jährlich im Frühjahr statt. Inhalten sind u.a. Kommunikationstechniken, Bewegungseinheiten wie z.B. Tanzen im Sitzen und eine Stadteilerkundung
 - **Freiwilligenmanagement:** Gruppengründung bzw. *Matching* der Tandems, regelmäßige Helfer*innentreffen, fachlicher Input als Ergänzung zur Schulung

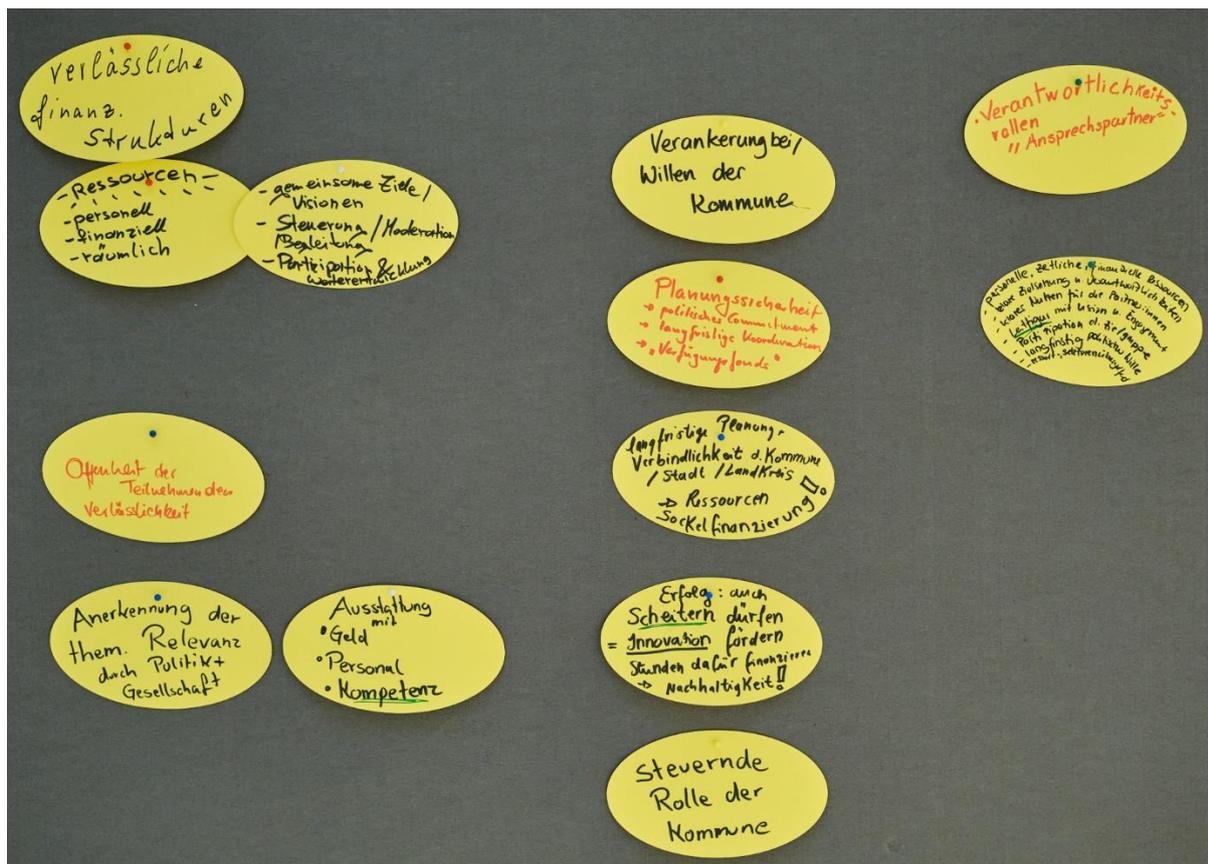
Aus den Nachfragen und der Diskussion im Workshop

- Was passiert längerfristig mit dem Netzwerk, wie kann es fortgeführt werden?
- Aus der Vielzahl von Einrichtungen (u.a. GesundheitsTreffs): Wo ist das Projekt am besten angedockt?
- Lohnt es sich, ein neues Netzwerk aufzusetzen oder kann das bestehende Netzwerk anders bespielt werden? Wie können Treffen mit denselben Kreisen organisiert werden?
 - Die Verbindung zwischen Ehrenamtlichen und Senior*innen wird durch eine*n Ehrenamtskoordination geschaffen.
 - Erhalten die Ehrenamtlichen eine Aufwandsentschädigung? Ja.
 - Zugehörigkeitsgefühl, wie kann es erweitert werden? Freiwillige werden vom Träger koordiniert und es findet eine hochwertige Anerkennungskultur statt.
 - Freiwilligenzahl bei Schulungen: maximal 15 Personen
 - Finanzierung der Schulungen: dauerhafte städtische Finanzierung für das PiA-Netzwerk
 - Wie kann das Case-Management gut digitalisiert werden? → 2022 Idee einer PiA-Onlineplattform mit der Funktion „Matching“, die nach einigen Arbeitsschritten aufgrund des Aufwands nicht weiterverfolgt werden konnte

Diskussion unter den Workshop-Teilnehmenden

Was brauchen wir, damit sich mehr Kommunen auf den Weg der Initiierung und Etablierung von Präventionsnetzen machen können?

1. verlässliche finanzielle Strukturen; Ausstattung mit...
 - Geld,
 - Personal und Räumen,
 - Kompetenz
2. Netzwerk digitaler Ambulanzen, digitale Teilhabe für Ältere
3. Grundvoraussetzungen: gemeinsame Ziele und Vision, Mut
4. Verankerung des Willens einer Kommune, dass die Nachhaltigkeit gewährleistet werden kann
5. Planungssicherheit, langfristige Koordination, strukturelle Absicherung
6. Scheitern dürfen, Innovation fördern
7. Netzwerkkoordination: Leitfigur mit Vision und Engagement
8. Willen der Akteur*innen
9. Anerkennung der Relevanz des Themas durch Politik und Gesellschaft



Workshop 2: Auf dem Weg zum Präventionsnetz im ländlichen Raum – Was es für ein starkes Netzwerk braucht!

Zeit: 13:00 – 14:25 Uhr

Referierende:

- Franziska Augustin-Beggerow, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Brandenburg
- Hendrik Beck, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V., KGC Thüringen

Moderation: Martina Osterndorff-Windvogel, KGC Brandenburg

Mitschrift: Silke Wiedemuth, KGC Rheinland-Pfalz

Kurzbeschreibung des Workshops

Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in Brandenburg und Thüringen unterstützen Kommunen beim Aufbau von Präventionsnetzen für ein gesundes Älterwerden.

In diesem Workshop wurden zum einen zentrale Grundlagen und Gelingensfaktoren vorgestellt, die eine erfolgreiche Arbeit im Präventionsnetz im ländlichen Raum begünstigen. Zum anderen wurden offene Herausforderungen benannt und diskutiert. Außerdem wurde die

Perspektive auf das Thema Wirksamkeit geöffnet und überlegt, wie ländliche Kommunen von einem Präventionsnetz im Alter profitieren können.

KGC Brandenburg - Aufbau eines Präventionsnetzes am Beispiel Baruth/Mark

Details zum Vortrag siehe [Poster](#)

In einem **Modellvorhaben** haben die FAPIQ (Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg) und die KGC Brandenburg (beide in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.) die Stadt Baruth/Mark und ihre Ortsteile bei den ersten Schritten hin zum Aufbau eines Präventionsnetzes unterstützt. Hierzu haben sie ihre **Arbeitsweisen miteinander verknüpft** und das Konzept der Präventionsketten mit dem Ansatz der altersgerechten Quartierentwicklung verbunden.

Ausgangspunkt des Beitrags der KGC Brandenburg war die Tatsache, dass für den Umgang mit dem demografischen Wandel und den sich daraus ergebenden zukünftigen Herausforderungen für den Gesundheitssektor gute Strategien benötigt werden, um diesen zu begegnen – so z.B. gut koordinierte integrierte kommunale Strategien, die ein gesundes Altern unterstützen und krankheitsbedingte Einschränkungen hinauszögern.

Ziel ist dabei, dass ältere Menschen möglichst lange selbstbestimmt in ihrem vertrauten Wohnumfeld in Wohlbefinden leben können. Daher gilt es, gesundheitsförderlichen Strukturen zu schaffen, die diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bieten.

Zum **Begriff Präventionsnetz**: Die Projektgruppe entschied sich dazu, in der Arbeitspraxis den Begriff Netzwerk zu nutzen, um das Präventionsnetz zu bezeichnen. Damit stellten sie sicher, dass alle Akteure ein gemeinsames Verständnis der Struktur haben, auf die ihre Aktivitäten abzielen.

Der Aufbau einer Projektgruppe

Akteure in der Stadt Baruth gründeten eine Projektgruppe, um erste Schritte zum Präventionsnetz gemeinsam zu steuern, zu planen und zu koordinieren.

Am Anfang standen für die Akteur*innen in der Stadt Baruth die folgenden Fragen im Fokus:

- Wer engagiert sich schon für das Thema gesundes Älterwerden in der Stadt?
- Wer ist schon miteinander vernetzt?
- Wer könnte sich für eine Mitarbeit im Gremium interessieren?
- Wer ist noch für den erfolgreichen Aufbau des Präventionsnetzes relevant?

Zentrale **Grundlage** für die erfolgreiche Etablierung der Projektgruppe war das politische Mandat des Bürgermeisters. Dieser benannte die Mitglieder im Kern der Projektgruppe. Weitere Akteur*innen für das Gremium kamen über ein wichtiges Gemeindeggespräch¹ mit an Bord.

Die Projektgruppe bestand sowohl aus hauptamtlichen wie auch ehrenamtliche Akteur*innen. Der hauptamtliche Bürgermeister übernahm den Vorsitz im Gremium. Ein Mitarbeiter der

¹ Das Gemeindeggespräch war ein öffentlicher Gemeindegnachmittag mit Kaffee und Kuchen, zu dem der Bürgermeister alle Bürger*innen einlud. Die KGC und FAPIQ gestalteten den Nachmittag als einen Workshop, in dem die Teilnehmenden für die Thematik des guten und gesunden Älterwerdens sensibilisiert wurden. Gemeinsam diskutierten sie Fragen wie beispielsweise: Wie können Menschen in Baruth gut und gesund älter werden? Was brauchen Sie persönlich, um viel Lebensqualität im Alter zu erleben?

Kommunalverwaltung übernahm die Koordination. Gemeinsam mit einer Vertreterin der lokalen Initiative „Gesundheitsgrüppchen“, einer Vertreterin des Familienzentrums, einem Vertreter des Seniorenbeirats, sowie jeweils einer Vertreterin des AWO-Ortsvereins und des I-KU (Institut zur Entwicklung des ländlichen Kulturraums) bildete sich die Projektgruppe heraus.

Zur Erfassung der Bedarfe vor Ort führten die FAPIQ und KGC in Zusammenarbeit mit dem Gremium eine Bestands- und Bedarfsanalyse durch. Hierbei ging es u.a. um die Frage, was in der Stadt und den Ortsteilen bereits zum Gesundsein beiträgt: Wer macht was? Welche Angebote und Akteur*innen gibt es schon? Dazu wurden neben einer ausführlichen Recherche (z.B. existierende Daten zur gesundheitlichen Lage) eine digitale Fokusgruppe und leitfadengestützte Telefoninterviews durchgeführt. Für die Erfassung der Bedürfnisse, Potentiale und Ressourcen führten die FAPIQ und KGC eine Gemeindewerkstatt durch, in der ein partizipativer Dialog mit den Bürger*innen stattfand.

Zentrale **Erfolgsfaktoren** für die Etablierung der **Projektgruppe** waren:

- bereichs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit: Die Projektgruppe profitierte von der Multiperspektive der unterschiedlichen Hintergründe der Akteure (z.B. Verwaltung, Kultur, Gesundheit, Politik, Soziales, Senior*innen). Dieser intersektorale Austausch begünstigt eine gesamtgesellschaftliche Sichtweise auf das gesunde Älterwerden.
- Politische Zustimmung: Dank des sehr engagierten Bürgermeisters konnten Entscheidungen schnell getroffen werden – oft auf kurzem Wege.

Die Durchführung einer Gemeindewerkstatt

Der Bürgermeister lud alle interessierten Bürger*innen zu einer Gemeindewerkstatt bei Kaffee und Kuchen ein. Die KGC und FAPIQ führten die Veranstaltung durch. Die Leitfrage der Werkstatt lautete: „Wie kann gutes und gesundes Älterwerden in Baruth/Mark gelingen“?

Ziel der Gemeindewerkstatt war es, gemeinsam mit Bürger*innen in einem partizipativen Austausch die Potentiale und Ressourcen der Gemeinde sichtbar zu machen, die gehoben werden können, um Herausforderungen des gesunden Älterwerdens vor Ort zu kompensieren. Damit trägt das Format auch zu einem Empowerment der Bürger*innen bei, denn indem ihre Potentiale und Ressourcen sichtbar gemacht werden, werden sie dazu angeregt, diese aktiv zu nutzen.

Folgende **Leitfragen** wurden auf der Gemeindewerkstatt diskutiert:

- Was sind Potentiale/Ressourcen der Gemeinde/ der Bürger*innen?
- Wie können diese Potenziale/Ressourcen für die älteren Menschen vor Ort nutzbar gemacht werden?
- Welche Bedürfnisse haben die Menschen vor Ort im Hinblick auf ein gutes und gesundes Älterwerden?

Im Anschluss an die Gemeindewerkstatt unterstützten die KGC und FAPIQ die Projektgruppe dabei, die gesammelten Ressourcen in die Bereiche Wirtschaft/Politik, Soziales, Kultur und Gesundheit zu clustern und auszuwerten. In einem nächsten Schritt konnte das Gremium daraus ableiten, mit welchen Ressourcen formulierte Defizite/Bedarfe und Bedürfnisse reduziert oder kompensiert werden können.

Zentrale **Erfolgsfaktoren** für die Durchführung einer **Gemeindewerkstatt** waren:

- Strukturelle Rahmenbedingungen kennen: In der Stadt Baruth und insbesondere ihren ländlichen Ortsteilen ist der abendliche ÖPNV eingeschränkt nutzbar, sodass die

Teilnehmenden von Abendveranstaltungen erschwert zurückkommen. Gleichzeitig zeigte sich auch, dass es eine gute Struktur der nachbarschaftlichen Unterstützung gab (z.B. Fahrgemeinschaften, die gemeinsam zu der Gemeindewerkstatt hin- und zurückgefahren sind). Dies kann langfristig als Ressource nutzbar gemacht werden.

- Kulturelle Vielfalt anerkennen: In der Stadt Baruth und ihren Ortsteilen leben ca. 4.300 Menschen. Die Ortsteile liegen zum Teil weit voneinander entfernt und zeichnen sich durch eine individuelle Identität, Kultur und Infrastruktur aus. Deswegen lassen sich über Baruth häufig keine allgemeingültigen Aussagen treffen. Darüber hinaus zeichnet sich die Stadt durch eine zunehmende Zuwanderung aus dem urbanen Berlin aus, sodass dörfliche Traditionen auf urbane Trends treffen. Daraus kann sowohl Konflikt wie Kooperation entstehen.

Fragen und Diskussion

- Medizinische Versorgung, Pflege, Prävention und Gesundheitsförderung müssen bei der Personengruppe der älteren Menschen zusammengedacht werden, um ihre vielfältigen Schnittstellen abzubilden. Insbesondere im ländlichen Raum ist die Frage: „Wie ist die medizinische Versorgung vor Ort?“ ein wichtiges Thema (z.B. Erreichbarkeit von ärztlichen Praxen oder Sicherstellung der weiteren medizinischen Versorgung über Nachwuchs).
 - ➔ Im Modellvorhaben nahm die Frage nach der medizinischen Versorgung der Bürger*innen eine geringe Rolle ein, da sich kurz zuvor ein kommunales Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gegründet hat und damit die grundlegende medizinische Versorgung vor Ort sichergestellt wurde. Das MVZ ist damit eine zentrale Struktur, um das gesunde Älterwerden zu unterstützen.
- Ein Wunsch der Bürger*innen in der Gemeindewerkstatt war es, Angebote für ältere Menschen generationenübergreifend zu denken. Die Teilnehmenden der Gemeindewerkstatt haben erste Ideen entwickelt, wie das gelingen kann. Es ist unbekannt, inwieweit die Akteure vor Ort diese Ideen bereits umgesetzt haben.
- Nachhaltigkeit: Für das Modellvorhaben standen neben den Ressourcen der Stadt Baruth keine weiteren Fördermittel zur Verfügung. Allerdings generierte die Stadt über das Förderprogramm „Pflege vor Ort“ (Pakt für Pflege im Land Brandenburg) mit der Beratung der FAPIQ Gelder für die Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Angebotes für ältere Menschen.

Die FAPIQ und KGC unterstützten den Aufbau des Präventionsnetzes kostenfrei über zwei Jahre. Die weitere Umsetzung der Präventionsnetze liegt in der Verantwortung der Region. Die Projektgruppe kann die FAPIQ und KGC weiterhin für punktuelle Beratungen anfragen.

KGC Beispiel Thüringen

Details zum Vortrag siehe [Präsentation](#)

Präventionsnetzwerke gestalten?! Der idealtypische Ablauf beim Netzwerkaufbau

Die Struktur von Präventionsnetzen im ländlichen Raum stellt eher eine Mischform der folgenden Netzwerk-Typen auf Basis einer sorgenden Gemeinschaft dar:

- Kreis (jeder kennt jeden, keine zentrale Steuerung)
- Stern (zentrale Steuerung durch eine Hauptkoordination)
- Doppelstern (Hauptkoordination + Untergruppen)

Zentrale Frage: Wer steuert? Eine Person muss den Hut aufhaben! → Netzwerkkoordination, die Kompetenz, Wissen, Herz/Haltung vereint.

„Jemand sollte den Hut auf haben“ – Die Netzwerkkoordination



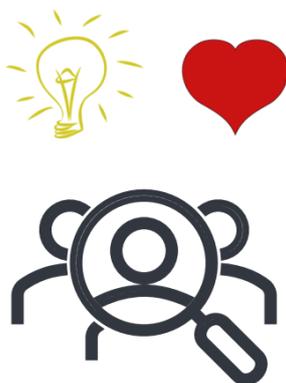
übernimmt **Organisation und Verwaltung** der Netzwerkarbeit

achtet auf **Qualitätssicherung**

bringt **Impulse** für die fachliche Arbeit in das Netzwerk ein

sorgt für **Informationsfluss** und achtet auf **Transparenz**

achtet auf personelle und finanzielle **Ressourcen**



beteiligt alle Netzwerkakteure (Prozesse partizipativ gestalten)

achtet darauf, dass **Entscheidungen von allen Partnern mitgetragen** werden

sorgt für eine **vertrauensvolle Atmosphäre** und bestärkt die Partner darin, ihre **Kompetenzen** optimal einzubringen

stärkt die Wahrnehmung des Netzwerkes durch **Öffentlichkeitsarbeit**

kennt unterschiedliche **Fachkulturen und -sprachen**

siehe dazu Plattform Ernährung und Bewegung e.V. 2016

Ähnlich wie im Beispiel der KGC Brandenburg ist bei diesem Beispiel aus Thüringen eine starke Koordinationsfunktion des Landkreises zu beobachten, da die Nähe zum Landrat vorhanden ist und dieser förderliche, politische Entscheidungen treffen kann.

Das Dialogic Change Model

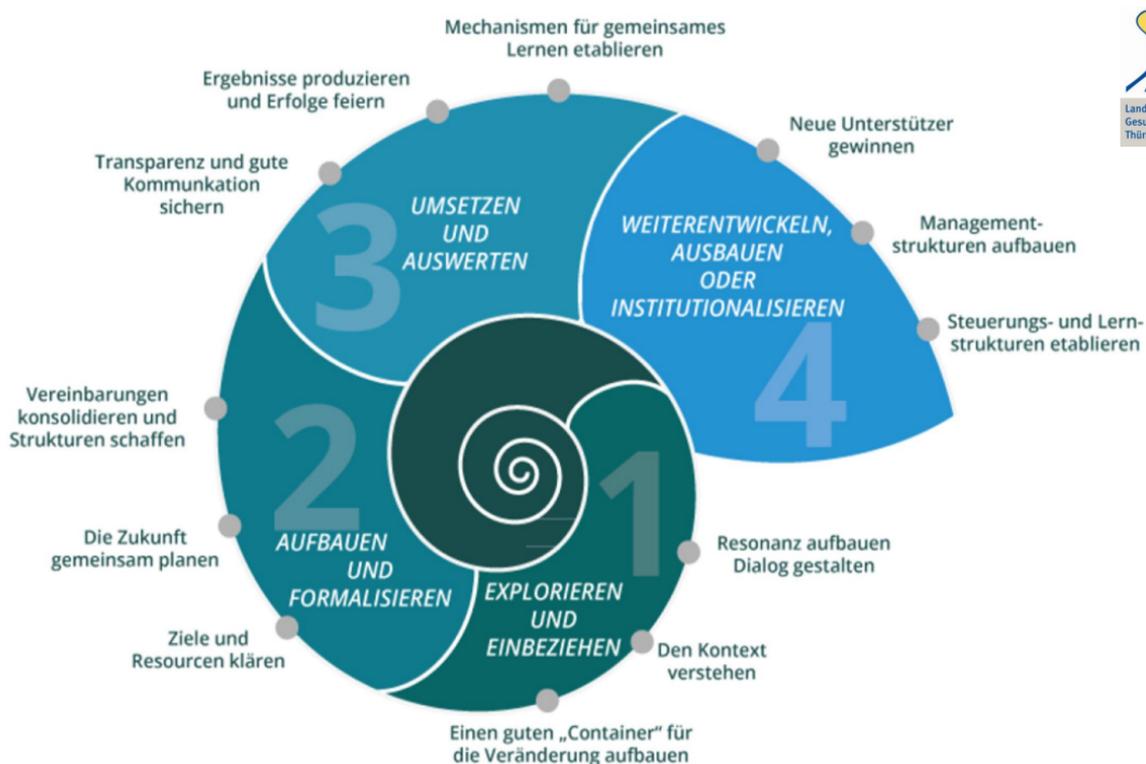
Stakeholder-Dialoge sind gesteuerte Dialogprozesse. Dabei handelt es sich um einen offenen spiralförmigen Prozess ohne Anfang und Ende. Das Modell besteht aus insgesamt vier Phasen. Für den Aufbau von Präventionsnetzen sind die ersten beiden Phasen mit ihren je drei Kernelementen von Bedeutung. Im Entwicklungsprozess eines Netzwerkes können sich sowohl die Kernelemente als auch die Phasen wiederholen. Die Orientierung an den Kernelementen einer jeden Phase des Modells können dabei helfen, Präventionsnetzwerke erfolgreich zu entwickeln und das eigene Vorgehen zu reflektieren.

Gespräche mit Netzwerkakteuren sind vor allem zu Beginn sehr herausfordernd und können nicht geplant werden. Jeder bringt seine eigenen Vorstellungen, Erwartungen, Erfahrungen und berufsbezogene Aspekte in das Netzwerk ein. **Es braucht eine gemeinsame Sprache und einen gemeinsamen Konsens.** Insofern ist der Aufbau eines Netzwerkes als gemeinsamer Lernprozess zu verstehen, dessen Raum sich stetig weiterentwickelt und angepasst werden muss. **Voraussetzung dafür ist Toleranz und Offenheit gegenüber anderen Meinungen und Sichtweisen. Konstruktives Arbeiten auf Basis einer genauen Problemanalyse und die Erarbeitung gemeinsamer Lösungswege stehen dabei im Vordergrund.**

Die Aufgabe der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Thüringen (KGC) ist es, die Netzwerkkoordination dahingehen zu befähigen, dass sie unterschiedliche Akteur*innen miteinander ins Gespräch bringt und diese Dialoge ergebnisorientiert und gewinnbringend für alle Teilnehmenden gestaltet. Die KGC kann in ihrer prozessbegleitenden Rolle die Netzwerkkoordination mit Reflektion, Beratung, Fortbildung und methodischer Hilfe unterstützen.

Empfehlungen

- Rollen und Ressourcen klären: Verschiedene Rollen zwischen Netzwerkpartner*innen ansprechen und klären (Aktive vs. passive Partnerinnen und Partner – z.B. bringen einzelne Akteur*innen sichtbar mehr personelle und zeitliche Ressourcen in den Prozess ein, wohingegen andere Akteur*innen Raum/Örtlichkeit für den Austausch, Finanzen, persönliche Netzwerke zur Verfügung stellen können. JEDE*R IST WICHTIG)
- Transparenz schaffen: möglichst einfache und nachvollziehbare Dokumentation der Treffen – die Art und Weise der Protokolle sollten im Netzwerk abgestimmt werden
- Präventionsnetze unter Berücksichtigung der Übergänge im Alter sind komplex und bedürfen einer zentralen Koordinierung/Zusammenführung/Absprache
- Fördermittel/Ausschreibungen können als Möglichkeit in Betracht gezogen werden, um Präventionsnetze aufzubauen und finanziell zu unterstützen, z.B.:
 - ➔ Übergang letzte Lebensphase - Förderung der Netzwerkkoordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken nach § 39d Abs. 3 SGB V;
 - ➔ Übergang in die Pflege/Betreuung - durch die Pflegekassen auf Grundlage des §45c SGB XI;
 - ➔ Übergang in den Ruhestand - Fördermöglichkeiten über die Landesrahmenvereinbarung in den jeweiligen Bundesländern; Förderaufrufe des ESF PLUS (aktuell Förderung 2022-2027 „Stärkung der Teilhabe älterer Menschen - gegen Einsamkeit und soziale Isolation“ mit Fokus auf den Übergang in den Ruhestand)



Diskussion zu Gelingensfaktoren

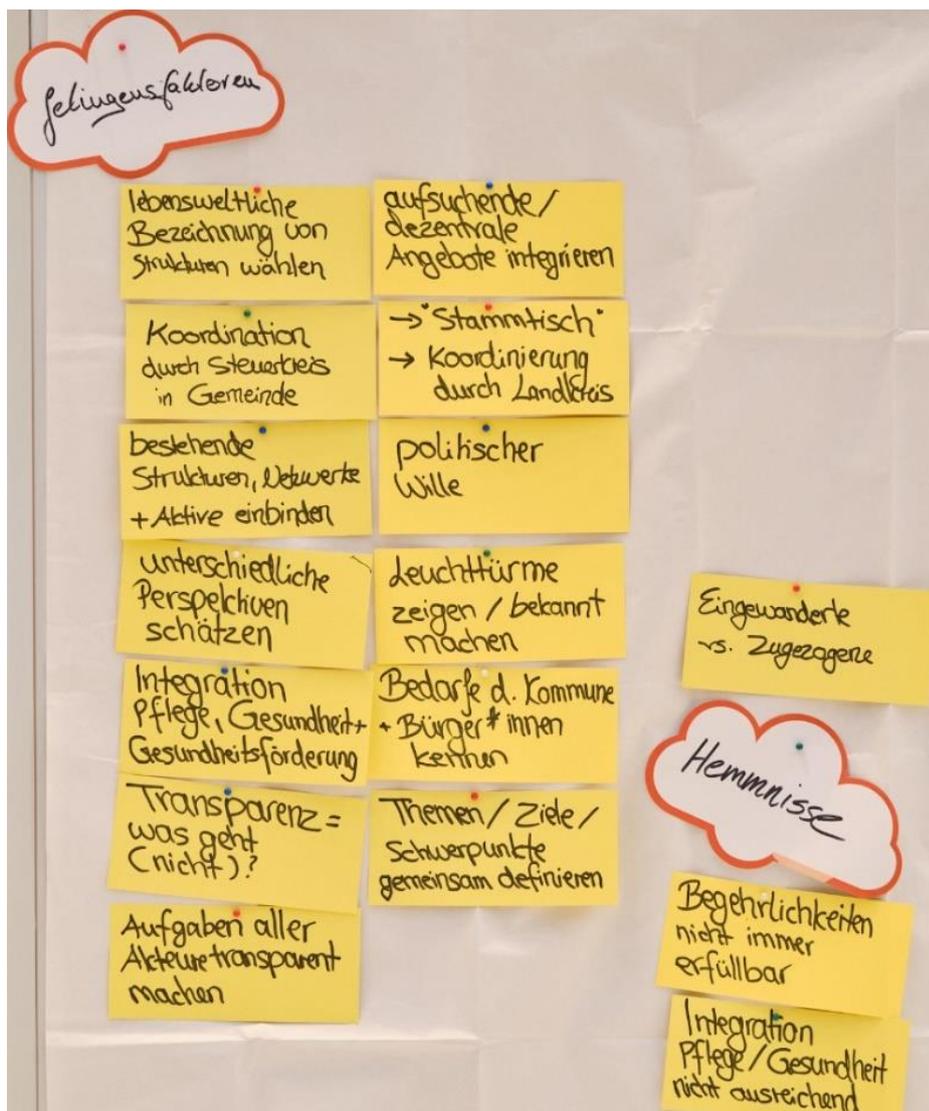
Die Teilnehmenden tauschten sich während des Workshops zu drei Leitfragen aus und sammelten Empfehlungen und Forderungen für die weitere Verbreitung von Präventionsnetzen.

Leitfragen

- Was sind die Besonderheiten von Präventionsnetzen in ländlichen Räumen?
- Welche förderlichen Faktoren bei der Etablierung der Netzwerke haben sich gezeigt?
- Welche Herausforderungen gab es und wie wurde diesen begegnet?

Als besonders zentral haben sich zwei Aspekte gezeigt:

1. Die Verschränkung von verschiedenen/bestehenden Netzwerken (Pflege, Versorgung) mit Gesundheitsförderung. Dabei muss die Frage, wer die Koordination übernimmt, geklärt werden.
2. Die bedeutende Rolle der Kommune bei der Etablierung eines Netzwerks → Die Kommune/Politik muss dahinterstehen.



Beteiligungsformate

Bürger*innen aktiv an der
Lebens in ihrer Gemeinde beteiligen

Gestaltung des
- und wie?

Formate für aktive
Beteiligung schaffen

Akteure als
Expert*innen vor
Ort

Empowerment

Recherche
bestehender Netzwerke
i.d. Region

Multiplikator*innen
vor Ort
einbinden

Mobilität
zwischen den Ortsteilen

Stadtteil/Dorf-
Spaziergang
(thematisch)

Zahlen-Daten-Fakten
(Z-D-F)

Befragungen von
Multiplikatoren

Bürger-
forum

Instrument
Standortanalyse
(Hamburgische AG für Gesundheit
e.V.)

Stadt-Raum
Monitor
(BZgA)

Befragungen

Gesprächsrunden

Eigene Erfahrungen: Netzwerkaufbau

gute
Koordination

Mehrwert auf-
zeigen, über die Zeit

temporäre
Mitgliedschaften als
Möglichkeit ↴

Informationen über
Netzwerke streuen →
Transparenz

lokale Netzwerke als
Austakt für Präventions-
netze nutzen

Druck abbauen

Bandbreite an
Akteuren bieten
können

Kontinuität

Zielfindung braucht
Zeit, gerade zu Beginn

Wem spreche ich
zuerst an?

neue Partner*innen
als Chance

Workshop 3: Selbstständigkeit erhalten – Unterstützung in der Häuslichkeit

Zeit: 13:00 – 14:25 Uhr

Referierende:

- Markus Breit, Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK): Aktivierende Hausbesuche
 - Maya Lesage & Andrea Weskamm, AWO Bundesverband e.V.: Projekt „Pflegerische An- und Zugehörige im Quartier – Gesundheit fördern, Prävention stärken“ (PflAQ)
-

Moderation: Janina Lahn, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes

Mitschrift: Kerstin Hauswald, Gesundheit Berlin-Brandenburg

Kurzbeschreibung des Workshops

In diesem Workshop lag der Fokus auf Unterstützungsstrukturen, die die Gesundheit älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit und von Angehörigen Pflegebedürftiger in der teilweisen Häuslichkeit (teilstationär) fördern (wollen), um letztlich einen möglichst langen Verbleib älterer Menschen zu Hause zu ermöglichen. Anhand zweier Projekte, die im Quartier ansetzen und in Netzwerke der offenen Altenhilfe und Gesundheitsförderung eingebunden sind, wurde mit den Teilnehmenden des Workshops diskutiert, wie solche gesundheitsfördernden Angebote und Strukturen in Netzwerke der Arbeit mit älteren Menschen eingebunden werden (können) und wie sich mögliche „Präventionsnetze im Alter“ in die weitere Verbreitung bringen lassen und was es dafür braucht.

Programm „Aktivierende Hausbesuche“, vorgestellt von Markus Breit, DRK

Details zum Vortrag siehe [Präsentation](#)

Projektidee

Der Aktivierende Hausbesuch ist ein zugehendes Angebot für ältere Menschen in der Häuslichkeit, bei dem Bewegung und miteinander ins Gespräch kommen verbunden werden: Ausgebildete Ehrenamtliche, sogenannte „Aktivierungscoaches“, besuchen ältere Menschen zu Hause, nicht nur für Gespräche, sondern auch für Bewegungs- und Sturzprophylaxe-Übungen. Wenn die besuchten Menschen insoweit mobil sind, mit Hilfe das Haus zu verlassen, werden auch gemeinsame Besuche von Angeboten im Sozialraum ermöglicht. Speziell für die Kombination von Besuchen in der Häuslichkeit und Outdoor gibt es aber auch das Projekt Fit im Alter – Mobil im Sozialraum (FAMoS), dessen Ziel es ist, ältere Menschen zu unterstützen, aktiver zu werden und Angebote in ihrer Umgebung zu nutzen.

Das Format wird seit 2011 kontinuierlich weiterentwickelt und skaliert

Das Angebot Aktivierender Hausbesuch entstand 2011 aus einem Projekt im Kreisverband Tübingen. Mittlerweile hat es sich zu einem Programm entwickelt und läuft auch in Bremen, Hessen, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und im Saarland. DRK Gliederungen in den nördlichen Bundesländern sind ebenfalls interessiert.

- Die Idee entstand, da sich Teilnehmende aus Bewegungsgruppenangeboten des DRK, die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr an den Gruppenkursen teilnehmen konnten, Alternativangebote wünschten.
- Die Pandemiejahre waren schwierig, aber die Arbeit wurde fortgeführt.
- Insgesamt gibt es derzeit mehr als 310 Aktivierungscoaches.

- Für diese besteht das Angebot zur Supervision und verpflichtender regelmäßige Fortbildung.
- Eine hauptamtliche Koordination übernimmt die Betreuung der Aktivierungscoaches und die Bewerbung des Angebotes.

Vernetzung und Anbindung an das Quartier

- Die Vermittlung über die Pflegestützpunkte könnte verbessert werden, jedoch bestehen hier regionale Unterschiede.
- Mit einzelnen Pflegedienstleistern besteht eine enge Zusammenarbeit
- Mit lokalen Netzwerken wie der Leitstelle Älterwerden herrscht eine gute Zusammenarbeit

Entwicklungswünsche

- Mit der Skalierung des Projekts entstand der Wunsch nach einem Standard für die Ausbildung der Multiplikator*innen (Lehrbeauftragte, welche die Aktivierungscoaches ausbilden). Die Grundausbildung der Aktivierungscoaches ist in der Regel 4-tägige – der Fokus der Inhalte liegt auf Bewegung und Kommunikation
- Vertiefte Fortbildungen der Coaches im Umgang mit Demenz und in der Sturzprophylaxe finden statt.
- Es soll vermehrt Vernetzung im und die Nutzung des Sozialraum(es), auch mit Ärzt*innen, Gesundheitskiosken, sofern sie realisiert werden, etc., stattfinden werden.
- Ebenso sollen mehr Angehörige erreicht werden.
- Und mehr Menschen in schwieriger sozialer Lage.
- Multiplikator*innen-Schulungen – Jährliche Fortbildung zu relevanten Themen.

Fragen aus dem Publikum

Finanzierung der Angebote

Kosten sind regional unterschiedlich und belaufen sich um die 0 - 20 Euro pro Besuch, finanzierbar über Entlastungsleitung, i.d.R. 1x wöchentlich.

Erreichen der Zielgruppen vulnerable ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund

Es wird daran gearbeitet, diese besser zu erreichen. Bisläng kaum bis keine Menschen mit Migrationshintergrund.

Was bedeutet Werbung für das Angebot? Werden Akteur*innen als Multiplikator*innen beworben oder die Zielgruppen direkt angesprochen?

Es werden die Zielgruppen direkt angesprochen. Teilnehmende kommen auch aus den bestehenden DRK-Bewegungsgruppen oder DRK Unterstützungsangeboten.

Welche Unterstützungsstrukturen braucht es um Angebote wie den Aktivierenden Hausbesuch zu etablieren?

Organisationsinterne Handlungsmöglichkeiten

- Hauptamtliche Koordinierungsstellen
- Unterstützung bei Aufgaben die über die Betreuung der Aktivierungskoaches hinausgehen (z.B. Antragstellung, Abrechnung, Vernetzung, Werbung)
- Verbesserte Dokumentation und Evaluation der Wirksamkeit
- Aktuell: Integriertes Handeln - Stufe 1



Fachkonferenz "Präventionsnetze im Alter"
Folie 9

Externe Handlungsmöglichkeiten

- **Finanzierung**: Unterstützung durch Anschubfinanzierung – die Etablierung eines Angebots bedarf personeller und finanzieller Ressourcen
- **Angebotsinformation**: Idealerweise Verteilung über kommunale Gesundheitsansprechpartner:innen – z.B. durch eine engere Zusammenarbeit mit Stadt, Kommune, Kassen ÖGD, Kassenhausärzten, soziale Dienste
- Unterstützung bei der **Vernetzung**: es bedarf lokaler Ansprechpartner:innen

Projekt „Pflegerische An- und Zugehörige im Quartier – Gesundheit fördern, Prävention stärken“ (PflAQ), vorgestellt von Maya Lesage & Andrea Weskamm, AWO Bundesverband e.V.

Details zum Vortrag siehe [Präsentation](#)

Oberziel und Vorgehen

Die Förderung von Partizipation, Teilhabe und Ressourcennutzung der pflegenden An- und Zugehörigen steht im Fokus des Projektes.

- Die Projektlaufzeit beträgt zwei Jahre und umfasst die partizipativ gestaltete Bedürfniserhebung durch Fokusgruppen-Diskussionen (inklusive Auswertung) und wenn möglich, die Konzeption einzelner gesundheitsfördernder Angebote/Maßnahmen; resultierend aus den Ergebnissen.
- Die Durchführung dieser Projekte kann über die zweijährige Laufzeit hinaus gehen.
- Das Vorhandensein von Strukturen und Netzwerken war Bestandteil der Bewerbungskriterien.
- Ergebnisoffenheit ist bei der Befragung wichtig. Erfahrungen aus vorhergehenden Projekten sind aber gegeben und können mögliche Richtungen vorgeben (z. B. Resilienzkurse etc.).
- Das Projekt hat sich aus den Vorgängerprojekten „Gesundheitsförderung & Prävention für ältere Menschen im Quartier“ (2018-21) und „Gesund Altern und pflegen im Quartier“ (2021-2024) entwickelt.
- Im derzeitigen Projekt sind Pflegerische An- und Zugehörige die Zielgruppe.
- Die Finanzierung erfolgt gemäß § 20a SGB V Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten.
- Es sind fünf Modellstandorte bundesweit verteilt, Stadt und Land. Bewerben konnten sich nur AWO-Institutionen mit teilstationären Pflegeeinrichtungen (Tagespflege).
- Es finden im 14-tägigen Rhythmus Schulungen für die Projektleitungen an den Standorten zu ausgewählten Themen statt, z. B. gesundheitsfördernder Quartiersaufbau,

Determinanten von Gesundheit, Handlungsfelder des Leitfadens Prävention, Gewinnung von Ehrenamtler*innen, Durchführung einer IST-Analyse.

- Es gibt eine Zusammenarbeit mit der TU-München. Hier ist der Fokus auf der Erhebung der Gesundheitsbedarfe der pflegenden An- und Zugehörigen von Pflegebedürftigen in teilstationären Einrichtungen.

Erste Erfahrungen nach Projekthalbzeit

- Steuerungskreise zum Aufbau von Netzwerken konnten in den Quartieren etabliert werden. Eines der Auswahlkriterien für die zahlreichen Bewerbungen war, dass an bestehende Netzwerkstrukturen angedockt werden konnte.
- An den Steuerungskreisen nehmen politische Entscheidungsträger*innen teil, aber auch Stakeholder, die bisher noch weniger üblich sind, wie Unternehmen mit Bezug zum Altern. Bisher zurückhaltende Teilnahme der politischen Entscheidungsträger*innen.

Nächste Projektschritte

- Fundierte Bedürfnis-Analyse in den Quartieren
- Durchführen und Auswerten der Fokusgruppendifkussionen
- 1. geplanter Termin im Januar 2025 (Chemnitz)

Eigene Einschätzung des Projektes

- Herangehensweise ist Bottom-up
- Im Projekt findet Stufe 2 beim Kriterium „Integriertes Handeln“ des Good Practice-Ansatzes

Fazit und Weiterentwicklungspotenziale der Rahmenbedingungen

- Der Leitfaden Prävention ist relativ eng im Hinblick auf das Spektrum gesundheitsfördernder Maßnahmen. Hier wäre eine Öffnung z. B. zur Berücksichtigung des Themas „Einsamkeit im Alter“ und mehr Handlungsspielraum wünschenswert.
- Unternehmen sollten stärker zur Förderung von Beruf und Pflege beitragen.

Fragen aus dem Publikum

Wie kann es gelingen, in zwei Jahren ein nachhaltiges Projekt aufzubauen?

- Erfahrungen zeigen, dass es erst nach ca. drei Jahren möglich ist, die Nachhaltigkeit eines Projektes zu beurteilen. Um Strukturen nachhaltig aufzubauen, empfiehlt sich eine Projektdauer von drei Jahren. Es gibt auch Akteur*innen, die von 5-10 Jahren als sinnvoller Projektlaufzeit sprechen. Manchmal ist eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung sinnvoll – also die Bewilligung, vorhandene Gelder in das Jahr nach der eigentlichen Laufzeit mitzunehmen. Ein oder zwei Jahre Laufzeit sind, besonders wenn wir mit älteren Menschen arbeiten, schwierig.
- Für dieses Projekt ist die partizipative Bedürfniserhebung und deren Auswertung das Ziel. Durch relevante Auswahlkriterien bei der Bewerbung (z. B. das Vorhandensein geeigneter Strukturen) ist eine mögliche Verstetigung der Maßnahmen nach der Projektlaufzeit mit hoher Wahrscheinlichkeit möglich.

9. Erfahrungen & Potenziale zum Einbinden in Präventionsnetze

- An ländlichen und/oder strukturschwachen Standorten gibt es vereinzelt Angebote verschiedener Träger: Seniorenvereine, Selbsthilfegruppen, Demenz-Cafés etc.
 - Projektkoordinator:in muss Vernetzung initiieren
- An urbanen Standorten z. T. etablierte Netzwerke wie Demenz-Netzwerk (z. B. Pflegeberatung, Kliniken, Sozialamt etc.), Pflege-Netzwerk
 - Fokus auf Pflege, Thema Prävention & Gesundheitsförderung wird häufig vernachlässigt
 - etablierte Netzwerke als wichtige potenzielle Ressource zur Einbindung
 - Bewusstsein für **Gesundheitsförderung und Prävention muss gestärkt werden!**

Andrea Weskamm & Maya Lesage
AWO Bundesverband e. V., 11.11.2024



Diskussion: Wie lassen sich geeignete gesundheitsfördernde Strukturen aufbauen und Präventionsnetze im Alter in die weitere Verbreitung bringen? Was braucht es dafür?

Ressourcen

Ressourcen für Koordination und Vernetzung sind essenziell, vor allem die Bereitstellung **dauerhafter Ressourcen**.

Zustimmung der Kommune/Kommunalpolitik

- **Wille der Kommune** für Projektfolgeleistungen und das Mittragen von Netzwerkarbeit muss vorhanden sein.
- Projekte können nur als Initiator/Startmotoren fungieren
- Pflegestützpunkt, Marzahn-Hellersdorf als positives Beispiel einer unterstützenden und wertschätzenden Kommune gegenüber kommunalen Netzwerken

Sektorenübergreifendes Handeln

Über Sektorengrenzen hinaus denken und agieren, ist wichtig, insbesondere mit Blick auf die Zielgruppe und deren Bedarfe.

Zielgruppenbezug und -erreichbarkeit

- Frage der Erreichbarkeit der Zielgruppen als zentrale Frage bei dem Aufbau von gesundheitsfördernden Angeboten und Strukturen

- „Es gelingt mal wenig und mal besser, besonders sozial benachteiligte Senior*innen zu erreichen.“ (Andrea Weskamm)
- Wissensdatenbank zu guter Praxis, besonders im Erreichen benachteiligter älterer Menschen ist hilfreich (Ergänzung → [Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit mit Beispielen Guter Praxis](#))
- Überarbeitung des GKV-Leitfadens Prävention wird gewünscht (u.a. in Bezug auf „Wie erreichen wir diejenigen, die Prävention und Gesundheitsförderung am dringendsten brauchen?“, „Wer wird erreicht: Welche Zielgruppen sind förderfähig?“)

Workshop 4: Impulse der BZgA für Kommunen und die Gesundheit älterer Menschen

Zeit: 13:00 – 14:25 Uhr

Referent und Moderation: Dr. Christoph Aluttis, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Mitschrift: Manou Klockgether, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes

Kurzbeschreibung des Workshops

In diesem Workshop wurden praxisorientierte Ansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vorgestellt, die Kommunen dabei unterstützen sollen, gesundheitsfördernde Maßnahmen für ältere Bevölkerungsgruppen zu entwickeln und umzusetzen. Zusätzlich wurde mit den Workshop-Teilnehmenden diskutiert, welche Rolle eine Bundesbehörde wie die BZgA zukünftig im Bereich der kommunalen Unterstützung – auch im Kontext von Präventionsnetzen – konkret leisten kann.

Impulsvortrag

Details zum Vortrag siehe [Präsentation](#)

World Café

Was brauchen Kommunen konkret von einer Bundesbehörde wie der BZgA, ...

a) ... damit sie sich auf den Weg hin zu Präventionsnetzen für Ältere machen können?

- „Kümmererstruktur“ der Kommune attraktiver machen
- Material für Multiplikator*innen
- Einsatz für die Verstetigung des ÖGD-Paktes
- Unterstützung bei der Überzeugungsarbeit zum Aufbau von Präventionsnetzen
- Förderung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) für den Aufbau von Präventionsnetzen und Evaluation des Prozesses
- Finanzielle Mittel für Personal und Sicherstellung des Ehrenamts
- „Aufwertung“ der Altersphase und erhöhte Berücksichtigung (Problem: Tabuisierung)
- Sensibilisierung für die Heterogenität des Alterns

- „Paket“ für psychische Gesundheit / Material psychische Gesundheitsförderung für Ältere → Enttabuisierung
- Thematische Aufnahme der Palliativarbeit → einfache Sprache
- Bündelung und Veröffentlichung von Netzwerken
- Material zur Hitze-Kommunikation
- Kampagnen zum gesunden Altern (analog und digital)
- Checkliste für eine altersgerechte Kommune
- Tool zur Abbildung kommunaler Präventionsnetze

b) ... grundsätzlich zur Unterstützung im Bereich Gesundheitsförderung für Ältere?

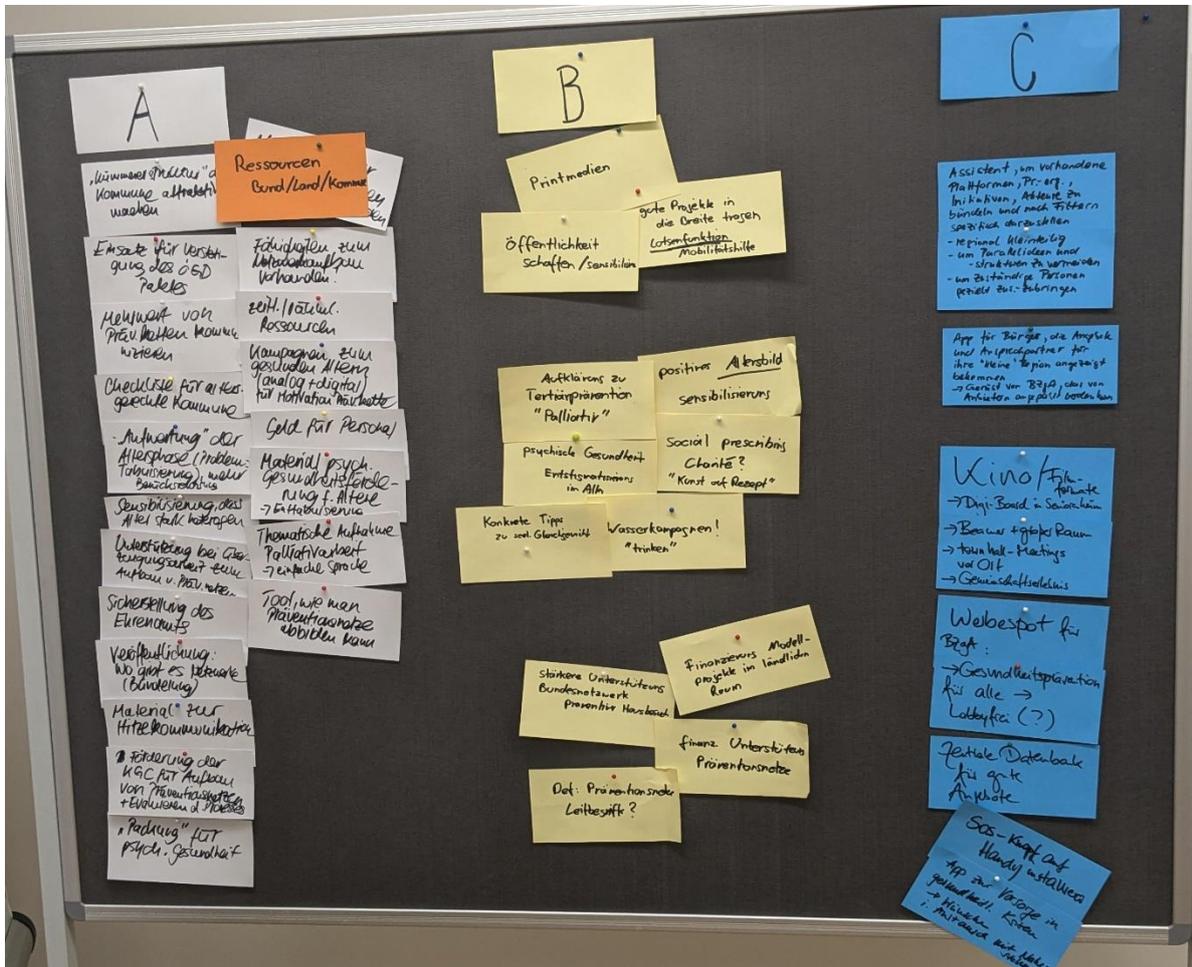
- Printmedien
- Öffentlichkeitsarbeit schaffen/ sensibilisieren
- Gute Projekte in die Breite tragen/ Lots*innenfunktion, Mobilitätshilfe
- Aufklärung zur Tertiärprävention „Palliativ“
- Sensibilisierung für ein positives Altersbild
- Psychische Gesundheit: Entstigmatisierung im Alter
- Kompetenznetzwerk Social Prescribing an der Charité/ „Kunst auf Rezept“
- konkrete Tipps zu seelischem Gleichgewicht
- Wasserkampagnen „trinken“
- stärkere Unterstützung des Bundesnetzwerkes Präventive Hausbesuche
- Finanzierung von Modellprojekten im ländlichen Raum
- finanzielle Unterstützung kommunaler Präventionsnetze
- Definition „Präventionsnetze im Alter“ als BZgA-Leitbegriff

c) Welches digitale Tool (Website, App, Chatangebot, WhatsApp-Kanal etc.) würden Sie sich für Ihre Arbeit von der BZgA wünschen?

- Assistenz, um vorhandene Plattformen/ Initiativen/ Akteur*innen zu bündeln und mit Filtermöglichkeit spezifisch darzustellen:
 - regional kleinteilig
 - um Parallelstrukturen und -ideen zu vermeiden
 - um zuständige Personen gezielt zusammenzubringen
- App für Bürger*innen, welche Angebote und Ansprechpartner*innen für die Region/ Kommune anzeigt. → Gerüst von der BZgA, welches von Anbietenden angepasst werden kann
- Kino-/ Filmformate
 - Digi-Board in Seniorenheimen
 - Beamer und Räumlichkeiten
 - Townhall-Meetings vor Ort
 - Gemeinschaftserlebnis
- Werbespot der BZgA: Gesundheitsförderung und Prävention für alle
- zentrale Datenbank für gute Angebote
- SOS-Knopf als Möglichkeit auf dem Mobiltelefon
- App zur Vorsorge in gesundheitlichen Krisen. Wünsche im Austausch mit An- und Zugehörigen

Zum Abschluss des Workshops wurden die Ergebnisse zusammengetragen und zentrale Anliegen der Teilnehmenden hervorgehoben:

Kommunen benötigen von einer Bundesbehörde wie der BZgA die Entwicklung von Materialien zur allgemeinen Unterstützung im Bereich der Gesundheitsförderung für Ältere sowie Ressourcen (Bund/Land/Kommune) und ein Tool zur Abbildung von Präventionsnetzen, damit sie sich auf den Weg hin zu Präventionsnetzen im Alter machen können.



Podiumsgespräch: Präventionsnetze im Alter etablieren – Empfehlungen für die Umsetzung auf Kommunal- und Landesebene

Zeit: 14:25 – 15:30 Uhr

Podiumsgäste:

- Dr. Christoph Aluttis, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Saskia Banse, Verband der Ersatzkassen (vdek)
- Stefanie Emmert-Olschar, Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Abteilung Pflege
- Lisa Heite, Generationennetz Gelsenkirchen e.V.

(leider erkrankt: Hermann Allroggen, BAGSO - Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen)

Moderation: Anita Hüseman, Hamburg

Mitschrift: Jennifer Hartl, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes

In der Abschluss-Gesprächsrunde wurde die Etablierung von Präventionsnetzen im Alter aus verschiedenen Perspektiven erörtert und dabei auf die Rahmenbedingungen und Wirkungsbereiche unterschiedlicher föderaler Ebenen Bezug genommen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage diskutiert, inwiefern mit den unterschiedlichen Rechtskreisen relevanter Akteur*innen in der Arbeit mit älteren Menschen (aus der Altenhilfe, SGB VIII, und der [sozial-lagenbezogenen] Gesundheitsförderung, SGB V) umgegangen werden sollte.

In einem zweiten Teil des Gespräches diskutierten die Podiumsgäste konkrete Forderungen und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von Präventionsnetzen, die in den Workshops formuliert wurden.

Die Diskutierenden setzten sich mit den folgenden übergeordneten Fragen auseinander: **Wie lässt sich die Gesundheit älterer Menschen in schwieriger sozialer Lage kommunal fördern? Und was ist für eine weitere Verbreitung der Idee der „Präventionsnetze im Alter“ notwendig und zu berücksichtigen?**

Erster Teil der Podiumsdiskussion

Zu Beginn des Gesprächs haben die Podiumsgäste ihre Erfahrungen und Perspektiven auf das Feld der (kommunalen) Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen eingebracht.

Umgang mit verschiedenen Rechtskreisen der Gesundheitsförderung und offenen Altenhilfe im Land Berlin

Stefanie Emmert-Olschar berichtete, dass die Abteilung für Pflege in der Senatsverwaltung für Gesundheit eine gute Zusammenarbeit mit dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und den weiteren Bereichen habe. Die Abteilung setzt sich mit den vorpflegerischen Strukturen der Pflege auseinander und nimmt somit auch den Bereich der Altenhilfe in den Blick. Seit 2013 werde in Berlin die Rahmenstrategie 80 plus entwickelt. Sie haben sich mit den Auswirkungen des demografischen Wandels beschäftigt und hierbei sieben Handlungsfelder, eines davon ist Prävention und Gesundheitsförderung, identifiziert.

Zudem betonte Frau Emmert-Olschar, dass die Versorgung älterer Menschen zukünftig sektorenübergreifend vernetzt geschehen sollte. Es werde ressortübergreifend zusammengearbeitet. Das Referat sei auch Gast bei der Landesgesundheitskonferenz. Gemeinsam werde

dort geschaut, wie zusammen mit den Sozialversicherungsträgern Gesundheitsförderung und Prävention befördert werden kann. Zudem verwies sie auf Projekte, die durch das Land, durch die Referate Pflege und Gesundheit, gefördert werden: die Präventiven Hausbesuche und Gesundheitsförderungsprojekte in der stationären Langzeitpflege.

„Wir haben die Notwendigkeit gesehen, die älter werdende Bevölkerung besser versorgen zu wollen und zu müssen und dies sektorenübergreifend und vernetzt zu tun. Deshalb ist uns seit vielen Jahren bekannt, mit den verschiedenen Rechtskreisen und Kooperationspartnern zusammenzuarbeiten.“

„Und das ist auch die Lösung, es geht nur in Kooperation und Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren, die diese Rechtskreise vertreten.“

Erfahrungen zum Verhindern „geschlossener Türen“

Frau Emmert-Olschar betonte, dass es Formen der Kommunikation und den Blick auf die Fachlichkeit brauche, um geschlossene Türen bei den unterschiedlichen Beteiligten zu verhindern. Schnittstellen, die über die gesetzlichen Grundlagen/Vorgaben hinausgehen, müssten identifiziert werden.

*„Was uns eint: Wir sehen, wie die demografischen Entwicklungen sich auswirken werden und wie wir viel stärker im vorpflegerischen Bereich aktiv werden müssen und wollen, auch wenn es gesetzlich nicht vorgeschrieben ist. Das eint viele Kolleg*innen, sowohl in der Landesverwaltung, in der bezirklichen Verwaltung, aber eben auch die Fachkräfte und auch die Nutzer*innen der Angebote.“*

Zudem stellte sie heraus, wie wichtig eine transparente und partizipative Entwicklung mit allen relevanten Akteur*innen sei (wie bspw. bei der Konzeptentwicklung der Präventiven Hausbesuche) und dass die Umsetzung von Netzwerken, wie dem Generationennetz Gelsenkirchen, nur beteiligungsorientiert erfolgen kann.

Perspektive des vdek im Rahmen der Ziele der Nationalen Präventionskonferenz (NPK): wichtige Partner und Vorgehensweisen der GKV für die Verfolgung der Ziele

Saskia Banse: „Gesund im Alter ist ein Ziel der NPK, welches dem Grundsatz folgt: Alle Aktivitäten zur Umsetzung der Ziele sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das klingt groß und kryptisch, aber letztendlich trifft es das.“

Saskia Banse betonte, dass mit Blick auf die Zielgruppen der älteren Menschen deutlich werde, wie unterschiedlich die Lebenssituationen und somit auch Bedarfe sein können. Zur bedarfsorientierten Umsetzung brauche es daher die Beteiligung der älteren Menschen und das Mitwirken der Träger und Verbände, um gemeinsam gesamtgesellschaftlich das Ziel zu erreichen. Sie berichtete zudem vom aktuellen Vorhaben aus der NPK: Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Hieran solle die gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit erprobt und evaluiert werden. Wie kann diese Zusammenarbeit gelingen und welche Ergebnisse sind möglich? Im Rahmen des Vorhabens seien Workshops durchgeführt worden und im Präventionsbericht 2027 sollten die Ergebnisse vorgestellt werden.

Finanzierungsmöglichkeiten für Kommunen bzw. kommunale Akteur*innen

Frau Banse verwies darauf, dass der Leitfaden Prävention und die Förderkriterien bekannt seien, darüberhinausgehend aber Fragen relevant wären: Wie kann das Entstandene nach Finanzierung der GKV nachhaltig fortgeführt werden? Wer übernimmt die Verantwortung? Gibt es eine Gesamtstrategie? Hier würden die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) eine wichtige Rolle spielen, hinsichtlich der Einbettung in die Kommune, denn

sie vernetzen, beraten und unterstützen den Aufbau und die Weiterentwicklung von Maßnahmen anhand der Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes.

Unterstützung durch die Bundesebene zur Verbreitung des Konzepts der Präventionsnetze

Dr. Christoph Aluttis erläuterte, dass die BZgA sich als Dienstleisterin für kommunale Akteure verstehe und es als Unterstützungsangebote verschiedene Wege gebe: Wissensplattformen anbieten, Forschungen durchführen und fördern, Ergebnisse für die Praxis aufbereiten, Evaluationen anstoßen, gute Praxis unterstützen und bekanntmachen. Zudem sei Kommunikation ein zentraler Bereich für die BZgA: Es ginge darum, Öffentlichkeit herzustellen und für Themen zu sensibilisieren oder auch Begriffe zu präzisieren. Die BZgA könne auch über ihre Leitbegriffe Begriffswahl und Definitionen präzisieren und vermitteln. Des Weiteren könne die BZgA Netzwerke unterstützen, beim Aufbau und der Weiterentwicklung, wobei der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ein wichtiger Akteur sei, der all diese Dinge tut.

„Im Fokus steht, wenn wir über Präventionsnetze sprechen, der Kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“, in dem Kommunen beim Aufbau von Präventionsketten – bislang mit dem Fokus auf Kinder und Jugendliche – unterstützt werden, aber ich sehe da auch Potenziale für den Aufbau von Präventionsnetzen.“

„Die Kommunen haben schon sehr viele Pflichtaufgaben. Wenn eine Kommune sich auf den Weg machen möchte, dann sind wir da, um zu unterstützen. Wir müssen schauen, was sind die Bedarfe [der Kommunen] und wie können wir [als Kooperationsverbund] unterstützen.“

Erfahrungen zum Umgang mit verschiedenen Rechtskreisen in der Arbeit des Generationennetzes Gelsenkirchen

Lisa Heite berichtete, dass sie im Generationennetz Gelsenkirchen, das selbst keine Leistungsabteilung ist, gute Erfahrungen damit gemacht hätten, Kontakte mit den Leistungsabteilungen unterschiedlicher Rechtsbereiche, die in verschiedenen SGB's verortet sind, zu knüpfen. Welches Anliegen es gibt und wer dafür zuständig ist, sei davon sehr abhängig.

Konkrete positive Beispiele: Beim Thema Grundsicherung hätte zunächst keine gegenseitige direkte Ansprache stattgefunden, bis sich in anderen Kontexten ein Gespräch ergeben hatte und festgestellt wurde, dass es ein tolles gemeinsames Anliegen gäbe. Auch mit der Stelle für Schwerbehinderung und anderen Abteilungen in der Stadtverwaltung. Die Erfahrungen hätten aber auch gezeigt, dass es herausfordernd sein könne, mit Akteur*innen inner- und außerhalb der Stadtverwaltung zusammenzuarbeiten.

Frau Heites Resümee und ihre Empfehlung: Es sei wichtig, kooperativ aufeinander zuzugehen und gemeinsam zu überlegen, wie kann man gut zusammenarbeiten kann. Zudem hinge es auch damit zusammen, wer für den jeweiligen Bereich zuständig sei. Alle Beteiligten müssten es auch wollen.

Belege für Erfolge und Wirksamkeit des Generationennetzes Gelsenkirchen

Frau Heite machte deutlich, dass eine große Herausforderung im gesamten Feld der Sozialen Arbeit darin besteht, die Wirksamkeit zu belegen. *„Es geht hier nicht darum: höher, schneller, weiter.“* Einige konkrete Beispiele, wie im Generationennetz an die Themen Evaluation und Erfolgs- und Wirksamkeitsbelege rangegangen werde, erwähnte sie:

- Für die Ehrenamtlichen gebe es einen Feedbackbogen mit Angaben zu: Wie viele Stunden? Wie viele Beratungen und zu welchen Fragen? Wie ist die Zufriedenheit mit dem Engagement? Ist es etwas, was die Ehrenamtlichen persönlich voranbringt? Die Herausforderung bestünde darin, dass man Ehrenamtlichen nicht die ganze Dokumentation

überhelfen könne. Daher sei eine Strategie, wohlwollend/interessiert nachzufragen, z.B. „Welche Fragen tauchen im Technik-Treff auf? Wie alt sind die Personen, die kommen?“

- Bei den Quartiersentwicklungsprozessen seien Evaluationsbögen über einen Zeitraum von 4 bis 6 Jahren ausgefüllt worden, die die Teilnahme an den Quartierskonferenzen für Ältere dokumentierten. In den Evaluationsbögen wurden am Ende einer Konferenz verschiedene Parameter abgefragt, u.a. Einkommensverhältnisse und Migrationshintergrund.

„Dies war sehr hilfreich, weil unser Anliegen war: Wir möchten auch jene Menschen erreichen, die nicht das große Geld haben. Und wir konnten in den Jahren sehen, dass wir Menschen erreichen, die Grundsicherung bekommen, also wenig Geld haben. Allerdings haben wir auch festgestellt, dass wir im Rahmen der Quartierskonferenzen keine Menschen mit Migrationshintergrund erreichen konnten.“

Grundsätzlich habe sich in ihrer Arbeit gezeigt, Ehrenamt brauche ein extra Interesse für Evaluation.

Zweiter Teil der Podiumsdiskussion

Zentrale Empfehlungen und Forderungen, die in den vier Workshops gesammelt und gemeinsam priorisiert wurden, wurden in die Podiumsdiskussion eingebracht und von den Podiumsgästen diskutiert.

Leitfrage: Was braucht es auf kommunaler und auf Landesebene, damit die weitere Etablierung und Verbreitung von Präventionsnetzen gelingen kann?

Zentrale Empfehlungen und Forderungen

- Vorhandensein/Bereitstellen von Ressourcen: für den Aufbau des Netzwerkes und insbesondere die Koordination
- Besondere Bedeutung der Kommune und Politik: Zustimmung und möglichst verlässliche Verantwortungsübernahme in der Kommune (Kommune/Politik muss dahinterstehen)
- Sektorenübergreifend denken & miteinander in den Austausch gehen
- Netzwerkvielfalt, -zusammensetzung & Zuständigkeiten der Beteiligten berücksichtigen und klären (Pflege, Versorgung, Gesundheitsförderung etc.)

Ressourcenaufbau und Finanzierung von Projekten

Zu Beginn stellte Frau Banse den Beitrag der GKV beim Ressourcenaufbau für Koordination und Netzwerke heraus: Mit dem lebensweltbezogenen Ansatz könne die GKV unterstützen und den Initialanschub geben (z.B. das Projektmanagement für eine Bedarfserhebung). Nachhaltigkeit und Verstetigung müssten immer mitgedacht werden, hier könne die GKV auch unterstützen und dabei helfen, zu vernetzen und zu schauen, wer langfristig dafür Ansprechperson bleiben könne, wenn eine Förderung ausliefe. Durch die GKV würde allerdings grundsätzlich „nur“ die Initialfinanzierung stattfinden, eine Weiterfinanzierung sei unter bestimmten Umständen möglich: z.B., wenn die Bedarfsabfrage zeigen würde, dass die Bedarfe in den Rechtskreis der Krankenkassen fallen, seien einzelne Maßnahmen daraus förderfähig. Zu klären sei, was die konkreten Bedarfe seien und was umgesetzt werden müsse. Eine Dauerfinanzierung sei nicht möglich. Als nicht-förderfähiges Beispiel nannte sie aus dem Handlungsfeld Mobilität, dass Bedarfe zeigen könnten, dass es Rastmöglichkeiten (wie Bänke) brauche, also eine bauliche Umsetzung – hier könne die GKV nicht fördern.

Herr Dr. Aluttis äußerte sich zur Etablierung von Präventionsnetzen inspiriert durch das Generationennetz Gelsenkirchen: Demnach sehe er für den Anschub eines Netzwerkes das Commitment der Kommune als sinnvoll bzw. notwendig an – im Beispiel aus Gelsenkirchen wurde vom Anlaufen des Netzwerkes innerhalb mehrerer Jahre berichtet. Ein „Projektdenken“ scheine nicht förderlich zu sein. Wenn der Anschub vor Ort stattfinde, sei ein anderes Commitment dahinter als bei einer Projektausschreibung für zwei bis vier Jahre.

Zudem sehe er ein Überdenken der Begrifflichkeiten als sinnvoll an: Begrifflichkeiten wie „Generationennetz“ und „Altersnetze“ könnten einladender sein als „Präventionsnetz“.

„Wie hilfreich ist der Begriff „Präventionsnetz“, da man dadurch dem Gesundheitsbereich zugeordnet wird und versucht, andere Akteure von Gesundheit zu überzeugen. [...] Vielleicht ist das auch ein Ansatz, von Anfang an nicht aus der Präventionsecke andere in sein Boot zu holen, sondern direkt von Anfang an ein breiteres Feld aufzumachen.“

Seiner Ansicht nach sei es wichtig, von Beginn an andere Ressorts mitzudenken, im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes.

Aus dem Land Berlin berichtete Frau Emmert-Olschar über Förderprogramme wie „Gute Gesunde Kita“ oder „Gute Gesunde Schule“, die auch für die Zielgruppe älterer Menschen wünschenswert wären. Es stelle sich jedoch als enorm herausfordernd dar, kassenübergreifend und auch mit Blick auf nachhaltige Strukturen in die Förderung zu kommen.

Beispiel: Berliner Landesaltenhilfestrukturegesetz (§71 SGB XII), ein Gesetz, das die Verhütung und Unterstützung von Schwierigkeiten des Alters vorsieht:

„[...] um im besten Falle in eine gesetzliche Grundlage zu kommen, um auch weg von punktuellen Fördermaßnahmen, perspektivisch in eine rechtsverbindlichere Förderpolitik zu kommen. Hier sind wir noch in Abstimmungsprozessen, dies ist noch Zukunftsmusik. Aber ich glaube, nur so kann es gehen, auch ganz spezifisch mit Blick auf das Alter, solche nachhaltigen Strukturen zu unterstützen.“

Weitere Empfehlungen und Forderungen

- Ermöglichung von Weiterentwicklung (z.B. Verfügungsfonds: zur flexiblen Maßnahmenausgestaltung & für Planungssicherheit)
- Entwicklung von Material durch die BZgA (z.B. Abbildung von Präventionsnetzen)

Ermöglichung von Weiterentwicklung und Potenziale von Verfügungsfonds

In einem Wortbeitrag aus dem Publikum wurden die Möglichkeiten von Verfügungsfonds für die Finanzierung von Präventionsnetzen erläutert: Es ginge um Programme, die aus Fonds gespeist würden, was z.B. bei der partizipativen Entwicklung von Projekten/Maßnahmen relevant wäre, bei denen man zuvor noch nicht weiß, was das Ergebnis sein würde. Dafür gebe es Finanzierungstöpfе/mehrere Finanzierungsquellen, aus denen man sich bei der Planung bedienen könne. Die Krankenkassen würden dies bereits an einigen Orten tun, so dass kommunalen Akteur*innen Maßnahmen im Prozess planen könnten und diese dann im Rahmen des GKV-Leitfadens finanziert würden. Das gebe es auch bereits im vorpflegerischen Bereich. Solche Verfügungsfonds würden in kommunalen Prozessen helfen, nicht nur zu kommunizieren und Arbeitsgruppen einzurichten, sondern bereits vorher eine Planungssicherheit zu haben.

Zur Frage, welche Möglichkeiten Kommunen hätten, Projekte durch die GKV finanzieren zu lassen, könnte das GKV-Bündnis für Gesundheit laut Frau Banse kassenübergreifend in Betracht gezogen werden: In den Geschäftsstellen in den einzelnen Ländern könnten Informationen für förderfähige Projekte eingeholt werden. Ein weiterer Blick müsse immer darauf gerichtet werden: Was können und dürfen die Kassen finanzieren?

Materialentwicklung für Präventionsnetze

In Bezug auf den Aspekt der Materialienentwicklung betonte Herr Dr. Aluttis, dass dies das Kerngeschäft der BZgA sei – gemeinsam mit den Nutzer*innen und orientiert an deren Bedarfen. Mit Blick zum Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), das bei der BZgA verortet ist und Kommunen beim Aufbau von Präventionsketten im Kleinkindalter unterstützt, könnte dieses eine Blaupause für Materialien etc. für den Bereich der Gesundheitsförderung bei Älteren sein.

Erkenntnisse des Tages

Abschließend wurde noch einmal zusammenfassend herausgestellt, welche zentralen Aspekte und Themen sich im Laufe der Diskussion und des gesamten Konferenztages für die Etablierung von Präventionsnetzen im Alter gezeigt haben. Hier wurde insbesondere darauf verwiesen, dass es Kontinuität, Koordination, Kümmerer („Leitfigur“), Materialien und nicht zuletzt Evaluationen/Belege braucht, um den Ansatz in die Verbreitung zu bringen.

Referent*innenliste

| | | | |
|------------------|------------------|-----------------------------|--|
| | Hermann | Allroggen | Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) |
| Dr. | Christoph | Aluttis | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) |
| | Franziska | Augustin-Beggerow | Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., KGC Brandenburg |
| | Saskia | Banse | Verband der Ersatzkassen (vdek) |
| | Hendrik | Beck | Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. AGETHUR, KGC |
| | Stefan | Bräunling | Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes |
| | Markus | Breit | Deutsches Rotes Kreuz e.V. |
| | Anna | Christoforidou | Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V., Selbsthilfe Demenz |
| Dr. | Birgit | Cobbers | Bundesministerium für Gesundheit |
| | Stefanie | Emmert-Olschar | Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin, Abteilung Pflege |
| Prof. Dr. | Paul | Gellert | Charité Universitätsmedizin Berlin, Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie |
| Dr. | Silke | Heinemann | Bundesministerium für Gesundheit |
| | Lisa | Heite | Generationennetz Gelsenkirchen e.V. |
| | Claudia | Knabe | Sächsischer Volkshochschulverband e.V. |
| | Janina | Lahn | Gesundheit Berlin-Brandenburg, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes |
| | Maya | Lesage | AWO Bundesverband e.V. |
| Dr. | Verena | Lindacher | Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat |
| | Martina | Osterdorff-Windvogel | Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., KGC Brandenburg |
| | Stefan | Pospiech | Gesundheit Berlin-Brandenburg |
| | Sven | von Braumüller | Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat |
| | Andrea | Weskamm | AWO Bundesverband e.V. |
| | Katharina | Wiegmann | Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Fachstelle für Altern und Pflege im Quartier (FAPiQ) im Land Brandenburg |