



Bundesministerium
für Gesundheit

in FORM
Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung
und mehr Bewegung



Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune

Kurz-Expertise

www.bmg.bund.de

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune

Kurz-Expertise

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Autorin:

Andrea Kuhlmann
Unter Mitarbeit von
Katrin Koch

Projektleitung:

Prof. Dr. Gerhard Naegele
Dr. Marina Schmitt

Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund

Dortmund, im März 2009

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1 Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung	6
2 Gesundheitsförderung für ältere Menschen	7
2.1 Gesundheitszustand und Präventionspotenziale.....	7
2.2 Gesundheitsförderung im Lebensverlauf.....	8
2.3 Themenfelder von Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen.....	8
2.4 Ansätze, Zielgruppen und Zugangswege.....	10
2.5 Stand der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland.....	10
3 Gesundheitsförderung, soziale Benachteiligung und Alter	14
4 Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung	16
4.1 Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung – theoretische Grundlagen.....	16
4.2 Die Schlüsselemente des Setting-Ansatzes.....	17
4.3 Überblick zur Rezeption des Settingansatzes in Bezug auf das Setting Kommune in Deutschland.....	17
5 Die gegenwärtige Praxis sozialraumbezogener gesundheitsfördernder Interventionen	21
6 Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung im kommunalen Setting für ältere Menschen	24
6.1 Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen – ein Überblick.....	24
6.2 Praxiserfahrungen zur sozialraumorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Setting Kommune.....	25
6.2.1 Aufsuchende Aktivierung (WHO).....	26
6.2.2 Kommunale Gremien – Initiatoren und Steuerungsinstanzen.....	28
6.2.3 Forschungsvorhaben.....	30
7 Diskussion und Schlussfolgerungen	32
8 Zusammenfassung	35
Literatur	36
Anhang	40

Einleitung

Vor dem Hintergrund einer deutlichen Zunahme des Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung stehen die Kommunen vor den Herausforderungen des demografischen Wandels. Dabei spielt die Gesundheit der älteren Menschen eine entscheidende Rolle mit Auswirkungen im sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Bereich. Der Förderung der Gesundheit älterer Menschen kommt daher eine herausragende Rolle zu. Körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, Stressbewältigung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe können wesentlich zur Gesundheit im Alter – auch bei bereits bestehenden Erkrankungen – beitragen. Die Kommunen sind die Lebenswelt, in der ältere Menschen gut über Gesundheitsförderung erreicht werden können.

Mit dem Ansteigen chronischer Erkrankungen, die durch kurative Versorgung wenig beeinflussbar und nach heutigem Forschungsstand nicht heilbar sind, nimmt auch die Bedeutung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Gesundheitswesen zu. Für das vorrangig kurativ ausgerichtete deutsche Gesundheitswesen leitet sich daraus die Notwendigkeit der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention ab (Hurrelmann & Laaser, 2006, 749; Dt. Bundestag, 2002).

Die kommunale Ebene ist der Ort, an dem sich demografisches Altern der Bevölkerung konkret auswirkt. Die Kommunen, d. h. die Städte, Kreise und Gemeinden, sind in erster Linie zuständig, wenn es um die Gestaltung der Lebensverhältnisse der Menschen vor dem Hintergrund des demografischen Alterns der Bevölkerung geht. Die vorliegende Kurz-Expertise befasst sich deshalb mit der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Im Mittelpunkt steht die Frage nach der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver kontextbezogener und individueller Interventionen.

Der Begriff Gesundheitsförderung wurde Mitte der 1980er Jahre im Kontext der gesundheitspolitischen Diskussion der WHO geprägt (Ottawa-Charta, WHO, 1986). Gesundheitsförderung richtet sich auf die Verbesserung von Lebensbedingungen und eine damit einhergehende Stärkung der Gesundheit.

In der vorliegenden Kurzfassung der Expertise „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“ werden strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung, gesund-

heitliche Potenziale älterer Bürgerinnen und Bürger und der Lebenswelt-bezogene Gesundheitsförderungsansatz (Setting-Ansatz) beschrieben sowie vorbildhafte Projekte der kommunalen Gesundheitsförderung im Alter vorgestellt. Die Erfahrungen aus den Projekten werden diskutiert und Schlussfolgerungen daraus gezogen. Die Kurzexpertise schließt mit einer Zusammenfassung.

1 Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention stellen eine gesamtgesellschaftliche und über die Gesundheitspolitik hinausgehende Querschnittsaufgabe dar. Diese tangiert verschiedene Politikbereiche und fällt in den Zuständigkeitsbereich der Kommunen, der Länder und des Bundes. Gesundheitsförderung und Prävention sind Gegenstand der Institutionen des Medizinsystems und reichen über die Gesundheitspolitik hinaus in die Arbeits-, Umwelt-, Wirtschafts- und Verkehrspolitik (Bäcker et al., 2000, 48). Gegenwärtig ist eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure und Institutionen mit der Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen befasst. Neben einer fehlenden überregionalen und regionalen Angebotsübersicht stellen insbesondere die mangelnde Vernetzung der Aktivitäten und Akteure zentrale Probleme dar (SVR, 2002, 76).

Die Vielfalt von Gesundheitsförderung und Prävention zeigt sich nicht nur auf struktureller Ebene, sondern auch hinsichtlich ihrer Themenfelder¹. Darüber hinaus ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, präventive und gesundheitsfördernde Angebote zu systematisieren (z. B. Individual- oder Gruppenmaßnahme, Fokussierung spezifischer Lebensphasen oder Kontexte bzw. Settings), so dass eine große Bandbreite an Handlungsfeldern entstanden ist (SVR, 2002, 78).

Auf kommunaler Ebene finden sich verschiedene Anbieter präventiver Leistungen, wie z. B. Einrichtungen der medizinischen Versorgung (Gesundheitsämter, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Sozialstationen). Aber auch im Bildungs- (z. B. in Kindergärten, Schulen, Volkshochschulen) und Freizeitbereich (z. B. Vereinen), in der Kommunalverwaltung, im Einzelhandel, in Religionsgemeinschaften, in Betrieben und Verbraucherberatungsstellen sind entsprechende Anbieter verortet (Walter & Schwartz, 2003, 254ff).

Insgesamt stellen Prävention und Gesundheitsförderung einen heterogenen Versorgungsbereich dar, der durch verschiedene Probleme gekennzeichnet ist: Wie in anderen Versorgungsbereichen des Sozial- und Gesundheitswesens, ist die inhaltliche und finanzielle Ausgestaltung durch eine Aufgaben- und Verantwortungsdiffusion unter den Beteiligten und Verantwortlichen gekennzeichnet (u. a. Politik in Bund, Ländern, Städten und Gemeinden, Forschung

und Wissenschaft, Sozialversicherungsträger, Wirtschaftsunternehmen, Bildungseinrichtungen, Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen).

Der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde der gesetzliche Auftrag zur allgemeinen (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung übertragen (§ 20 SGB V, 2000). Primärpräventive Leistungen sollen „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ (SGB V § 20, Abs. 1). Mit der Neufassung des § 20 SGB V wird zum Teil eine salutogene und soziale Sichtweise auf Gesundheit aufgegriffen (Walter & Schwartz, 2003, 260).

Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die Zuständigkeiten dafür sind jedoch auf Bundes- und Länderebene aber auch im kommunalen Bereich weit gestreut. Insgesamt besteht jedoch auf den unterschiedlichen Ebenen weiterhin Handlungsbedarf.

¹ Für eine Übersicht zu den Themenfeldern s. SVR (2002, 77f).

2 Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Das Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Alter hat seit den 1990er Jahren international (insbesondere im Kontext der Arbeit der Weltgesundheitsorganisation) wie national (vgl. u. a. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2002) an Bedeutung gewonnen. Dies ist zum einen auf die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen, die wachsende Versorgungsbedarfe nach sich ziehen. Zum anderen leitet sich aus mittel- und langfristigen Finanzierungsrisiken des Gesundheitssystems Handlungsbedarf ab (Walter et al., 2008, 360).

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind bis ins hohe Alter sinnvoll – diese Erkenntnis findet in Wissenschaft, Gesellschaft und Praxis zunehmend Beachtung. Die bestehenden Präventionspotenziale älterer Menschen wurden in verschiedenen Übersichtsarbeiten ausgewiesen (vgl. Kruse, 2002; Walter & Schwartz, 2001; SVR, 2002) und legen die Implementierung entsprechender gesundheitsfördernder Maßnahmen nahe.

2.1 Gesundheitszustand und Präventionspotenziale

Der Gesundheitszustand im Alter wird durch funktionelle Veränderungen des gesamten Organismus und einzelner Organe² beeinflusst, die mit Funktionseinbußen einhergehen. Insgesamt stellt sich der Gesundheitszustand älterer Menschen sehr unterschiedlich dar. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass zum einen eine Akkumulation gesundheitsschädigender Faktoren im Lebensverlauf auftritt, die im höheren Lebensalter einen Bedeutungszuwachs erfahren können. Zum anderen steigt mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens (mehrerer) alterstypischer, chronischer Erkrankungen. Man spricht in diesem Zusammenhang von Multimorbidität (Walter & Schwartz, 2001, 170ff).

Im Alter überwiegen Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates. Herz-Kreislauf-Erkrankungen³ gehen mit einer deutlich er-

höhten Mortalität einher und stellen für Männer und Frauen auch im höheren Alter die häufigste Todesursache dar (Walter & Schwartz, 2001, 197; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; SVR, 2002, 94).

Betrachtet man den subjektiv bewerteten Schweregrad, rangieren hingegen Erkrankungen des Bewegungsapparates⁴, die häufig mit chronischen Schmerzzuständen assoziiert sind, an erster Stelle (BMFSFJ, 2001; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Schmerzen gehen oftmals mit Einschränkungen bei unterschiedlichen Verrichtungen und sozialen Kontakten einher. Sie wirken sich zudem in hohem Maße auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit und die Lebenszufriedenheit aus (RKI, 2002, 15f). Von psychischen Störungen ist rund ein Viertel der über 65jährigen Bevölkerung betroffen, wobei es sich vorwiegend um demenzielle und depressive Erkrankungen handelt (Helmchen et al., 1996, 195; RKI, 2002, 18).

Demenzielle Erkrankungen stellen eine der bedeutendsten Ursachen für den Verlust von Selbständigkeit und das Eintreten von Pflegebedürftigkeit dar, was die Notwendigkeit der Entwicklung geeigneter präventiver sowie behandlungs- und versorgungsstruktureller Maßnahmen unterstreicht (Bickel, 2001, 42ff; Deutscher Bundestag, 1996; Schneekloth, Potthoff, Piekara & Rosenblatt, 1996, 99ff).

Obwohl gegenwärtig davon auszugehen ist, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von chronischen und demenziellen Erkrankungen sowie von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) steigt, ist Alter nicht generell mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Nach Ergebnissen des Bundesgesundheits-surveys (RKI, 2002) bewerten ca. zwei Drittel der 60-79-jährigen Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand als gut, sehr gut oder ausgezeichnet.

Es zeigt sich, dass viele gesundheitliche Einschränkungen im Alter verhaltens- und nicht altersbedingt sind: Eine Verringerung von Risikofaktoren könnte somit zu einer Verbesserung der gesunden Lebenserwartung beitragen (Walter, 2008, 245). Darüber hinaus liegen einigen Risikofaktoren mehrfache Ursachen zugrunde. Beispielsweise sind Stür-

2 Beispielhaft zu nennen sind Veränderungen der Sinnesorgane (Alterssichtigkeit, Linsentrübung, Hochtönverlust) oder des Bewegungsapparates (Abnahme der Skelettmuskulatur, Abnahme der Elastizität von Sehnen, Bändern und Muskeln und der Gelenkbeweglichkeit sowie des Mineralgehalts der Knochen) (Walter & Schwartz, 2001, 170ff).

3 Krankheitsbilder sind u. a. Hypertonie, Arteriosklerose, Myokardinfarkt und Apoplex (Walter & Schwartz, 2001, 197)

4 Krankheitsbilder umfassen insbesondere Osteoarthrosen (Knie-, Hüftarthrose), Dorsopathien und Osteoporose (Walter & Schwartz, 2001, 174; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996)

ze in der Regel multifaktoriell bedingt und stellen oftmals das Ergebnis einer Risikoverkettung dar (BMFSFJ, 2001,90; RKI, 2002,16). Obwohl für viele weit verbreitete (chronische) Erkrankungen im Alter⁵ Risikofaktoren und entsprechende Präventionsmöglichkeiten bekannt sind (BMFSFJ, 2001,89; RKI, 2002,13; Walter & Schwartz, 2001,198f), werden bislang bestehende Präventionspotenziale nicht immer ausreichend genutzt. Neben dem individuellen Gesundheitsverhalten kann dies u. a. darauf zurückgeführt werden, dass Risikofaktoren oftmals nicht (frühzeitig) erkannt werden.

2.2 Gesundheitsförderung im Lebensverlauf

Basierend auf Befunden, nach denen Prävention in jedem Alter, d. h. im gesamten Lebensverlauf für Frauen und Männer gleichermaßen von Bedeutung ist, rücken ältere Menschen als Zielgruppe zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses (Kuhlmeier, 2006,10; Walter, Schneider & Bisson 2006,537ff). Kruse (2002, 104) beschreibt beispielsweise Präventionsmöglichkeiten für folgende Gesundheitsrisiken des hohen Alters: Stürze, Hör- und Seheinkünfte, Erkrankungen des Gebissystems, kardiovaskuläre Erkrankungen und Harninkontinenz. Diese Erkrankungen können im frühen und mittleren Lebensalter und auch im höheren Lebensalter durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil und umweltbezogene Maßnahmen beeinflusst werden.

Um die vorhandenen, oftmals jedoch ungenutzten Präventionspotenziale zu nutzen, ist die Förderung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen von besonderer Bedeutung. Außerdem ist nach Kruse (2002) aufgrund der Multimorbidität älterer Menschen eine umfassende Diagnostik, wie sie z. B. ein geriatrisches Assessment ermöglicht, zu fordern.

Auch im Alter bestehen Veränderungspotenziale im biologisch-physiologischen, in der psychologischen sowie in der sozialen Dimension. So kann regelmäßiges körperliches Training sowohl die physische als auch die kognitive Leistung positiv beeinflussen. Rehabilitative Maßnahmen tragen zur Erhaltung und Verbesserung von sensomotorischen, kognitiven und alltagspraktischen Funktionen und damit zur Selbstständigkeit bei. Auch das Erleben und Verhalten sowie die soziale Teilhabe sind im Alter gestaltbar. Beispielhaft zu nennen sind hier Potenziale zur Bewältigung psychischer Belastungen (psychische Widerstandsfähigkeit und Resilienz), aber auch das freiwillige Engagement älterer Menschen (RKI, 2002, 10f).

5 Walter & Schwartz (2001,197ff) benennen diesbezüglich folgende Krankheiten: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Erkrankungen der Atemwege, Osteoporose und Stürze, Infektionskrankheiten, Harninkontinenz und Psychische Erkrankungen (Demenz, Depression).

Ältere Menschen rücken somit auf internationaler (WHO, 1997, WHO, 1998) wie nationaler Ebene (vgl. u. a. SVR, 2002,92; SVR, 2007) zunehmend als Zielgruppe für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Mittelpunkt.

Die Bedeutung der Gesundheitsförderung auch für die ältere Bevölkerung wurde erstmals in der Deklaration von Jakarta (WHO, 1997) betont. Vor dem Hintergrund kumulierender Gesundheitsrisiken im Lebensverlauf, richtete sich die Aufmerksamkeit dabei nicht nur auf die Lebensphase Alter, sondern auch auf den Alternsprozess. Gesundheitsförderung wurde dabei von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eine Schlüsselkomponente für gesundes Altern identifiziert.

Im Rahmen der Strategie „Health for all in the 21st Century“ (WHO, 1998) wurde „Gesundes Altern“ zudem explizit als Ziel benannt. In der weiteren Auseinandersetzung um Möglichkeiten und Strategien eines gesunden Alter(n)s entwickelte die WHO das Konzept des „Active Ageing“ (Aktives Altern). Dieses Konzept geht über das engere Verständnis eines „gesunden Alterns“ hinaus und umfasst einen „Prozess zur Optimierung der Chancen für mehr Gesundheit, Partizipation und Sicherheit, mit dem Ziel, die Lebensqualität alternder Menschen zu verbessern.“ (WHO, 2002,12).

Bei der Konzeption und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Menschen erscheinen dabei in besonderer Weise das Geschlecht und der soziale Status von Bedeutung. So bestehen geschlechts- und statusspezifische Unterschiede nicht nur im Hinblick auf die Morbiditätsstrukturen älterer Frauen und Männer. Vielmehr zeigen sich insbesondere zu Ungunsten der Männer deutliche Unterschiede im Bereich gesundheitsrelevanter Lebensstile und hinsichtlich der Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen (Dapp et al., 2002b,3ff; Kahl, Hölling & Kamtsiuris, 1999). Handlungsbedarf besteht somit insbesondere in Bezug auf die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und –verhaltens älterer Männer (Kruse, 2002).

2.3 Themenfelder von Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen

Die Themenfelder der Prävention und Gesundheitsförderung sind vielfältig und aufgrund ihrer unterschiedlichen Entstehungsgeschichten und Kontexten, in denen die Themen Prävention und Gesundheitsförderung eine Rolle spielen (z. B. im gesetzlichen Gesundheits- und Unfallschutz, im Rahmen der medizinischen Versorgung, im Bereich von Betroffenen-Verbänden) ergeben sich ganz unterschiedliche Kategorisierungssysteme. Diese überschneiden sich

teilweise, sind jedoch auch teilweise nicht miteinander kompatibel. Um diesem Problem zu begegnen, kategorisiert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR, 2002) die Themenfelder der Prävention und Gesundheitsförderung folgendermaßen:

- Krankheitsbezogen: Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen, Früherkennung von Krebserkrankungen, Früherkennung von Schwangerschaftskomplikationen, chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Asthma), Infektionserkrankungen (z. B. AIDS, Geschlechtskrankheiten, Hepatitis B)
- Bereichsbezogen: Ernährung(-zusätze), Bewegung, Stressbewältigung, Sucht
- Gesundheitsschutz: z. B. Infektionsschutz, Hygienekontrollen, Trinkwasserprüfungen, Lebensmittelhygiene und -kontrolle
- Arbeitsschutz: z. B. Reduktion physikalisch-chemischer sowie psychosozialer „arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen“
- Unfälle: Unfälle in Schule und Beruf, Unfälle im Verkehr

Diese Themenfelder und die entsprechenden daraus resultierenden Angebote können durch die Wahl eines lebensphasenspezifischen Zugangs auch auf verschiedene Altersgruppen bezogen werden. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter zielen vor allem auf die Gesundheitserhaltung, die Kompensation altersbedingter Beeinträchtigungen (einschließlich Ausschöpfung rehabilitativer Potenziale nach Krankheitseintritt) sowie den Erhalt der Selbständigkeit (SVR, 2002, 92). Daraus lassen sich vielfältige Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter ableiten. Dazu gehören altersunabhängige Themenfelder, wie Unfallverhütung, Ernährung, Mundprophylaxe, Grippeimpfungen und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse. Stärker altersabhängige Themenfelder, also solche die erst mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen, sind

- der Erhalt körperlicher und geistiger Gesundheit
- die Betreuung bei chronischer Erkrankung
- das (Selbst-) Management chronischer Erkrankungen
- eine angemessene Medikation

- die Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand
- und Wohnen (SVR 2002, 93).

Eine weitere thematische Differenzierung auf der Themen- bzw. Angebotsebene der seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention nehmen Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007, 109f) in ihrer Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im Jahr 2006 vor. Diese spiegelt die umfassende und breite Themenpalette von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen auf kommunaler Ebene wider. Die dort aufgeführten Themen und Angebote umfassen:

- Risikogruppenbezogene Maßnahmen (z. B. Herz-Kreislauf, Adipositas, Diabetes)
- Maßnahmen, um das Wissen über Alternsprozesse zu fördern
- Themenbezogene Kampagnen (z. B. zu einem neuen Altersbild)
- Wohnberatung für ältere Menschen
- Aufsuchende Sozialarbeit
- Bildungs- und Kursangebote zu
 - Stressbewältigung
 - Ernährungsberatung
 - Gedächtnistraining
 - Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein
 - Soziale Kompetenz und soziale Kontakte
- Präventiver Hausbesuch, z. B. durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin
- Bewegungs- und Sportangebote
- Information und Beratung zum Umgang mit Medikamenten
- Information und Beratung zum Umgang mit Rauchen bzw. Rauchentwöhnung
- Information und Beratung zum Umgang mit Alkohol und Alkoholproblemen
- Verbesserung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

- Stärkung des Pflegepotenzials der Familie
- Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger
- Sonstiges

Am häufigsten werden bei den Mitgliedern des „Gesunde Städte“-Netzwerks „Wohnberatung“ (Platz 1), „Bewegungs- und Sportangebote“ (Platz 2), „Kurse zur Ernährung“ (Platz 3), „aufsuchende Sozialarbeit“ (Platz 4) genannt, gefolgt von „Gedächtnistraining“ (Platz 5) und „risikogruppenbezogenen Maßnahmen“ (Platz 6). In den nicht zum Netzwerk gehörenden Städten liegen Angebote zu „Bewegung und Sport“ auf dem ersten Platz, gefolgt von „Wohnberatung“ (Platz 2), „risikogruppenbezogenen Maßnahmen“ (Platz 3), „Gedächtnistraining“ (Platz 4), „aufsuchende Sozialarbeit“ (Platz 5) und „Stärkung des Pflegepotenzials der Familie“ (Platz 6).

2.4 Ansätze, Zielgruppen und Zugangswege

Die Gesundheit älterer Menschen wird maßgeblich durch die Qualität der Umwelt und die gesellschaftlichen Lebensbedingungen beeinflusst. Aufgrund großer Differenzen in der Gesundheit im Alter besteht zudem ein Bedarf an einer Vielzahl von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Diese müssen den jeweils unterschiedlichen Lebenssituationen älterer Menschen gerecht werden. Zu nennen sind hier z. B. „gesunde ältere Menschen“, „ältere Menschen mit besonderen Bedürfnissen“, „ältere Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen“. Die Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Menschen muss auf die jeweiligen Bedürfnisse und Bedarfe der älteren Zielgruppen abgestimmt werden (Dean & Holstein, 1991, 343ff).

Wichtig ist, den Zugang zu den Zielgruppen niedrigschwellig zu wählen: Je nach Gesundheitszustand der Zielgruppe sind dabei Komm- oder aufsuchende Bringstrukturen geeignet. Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund stellt zudem die Überwindung sprachlicher Barrieren eine Notwendigkeit für die Inanspruchnahme dar (Wohlrab, 2004; Schnabel & Schopf, 2006). Der Zugang zu den Angeboten wird außerdem durch die Anbindung von Stadtteilen an den ÖPNV beeinflusst (Hikl & Bill, 2005).

Bei der Gestaltung des Zugangs zu Projekten müssen die Bedarfe von Migrantinnen und Migranten sowie geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden. So bevorzugen ältere islamische Frauen Angebote, die ausschließlich

für Frauen sind. In diesem Sinne sind die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer und sozio-kultureller Bedarfe bei der Konzeption entsprechender gesundheitsfördernder Angebote für die Akzeptanz bei der jeweiligen Zielgruppe von wesentlicher Bedeutung (Douma et al., 2007). Eine Herausforderung besteht darin, Menschen, die bislang keine oder nur vereinzelt Angebote wahrnehmen (z. B. Angehörige unterer Sozialschichten), zu motivieren und einzubeziehen (Kruse, 2004, 53ff; Wiesmann et al., 2006). Kruse (ebd.) verweist deshalb auf die Bedeutung der positiven Beeinflussung gesellschaftlicher und individueller Altersbilder.

In den letzten Jahren wurde zunehmend eine Ausrichtung der Gesundheitsförderung auf vulnerable und von sozialer Benachteiligung betroffene Zielgruppen gefordert. Diese werden über verhältnismäßig unspezifische Zugänge und gesundheitsfördernde Maßnahmen nur selten erreicht. Die Ermittlung angemessener Zugangswege stellt dabei eine wesentliche Herausforderung dar (SVR, 2002; SVR, 2007).

Mit der in Deutschland anhaltenden Fokussierung auf verhaltensorientierte Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung geht die Gefahr einher, dass bestehende Präventionspotenziale nicht genutzt werden. Vor diesem Hintergrund sprach sich der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten 2001 für die Umsetzung von Interventionen nach dem Setting-Ansatz aus (vgl. SVR, 2002 Bd. 1, 271).

2.5 Stand der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland

Bislang bestehen in Deutschland noch keine flächendeckenden Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen⁶. Das Thema wurde in den letzten Jahren allerdings im Rahmen unterschiedlicher Initiativen aufgegriffen und erlangte zunehmend fachpraktische und wissenschaftliche Bedeutung.

Beispielhaft ist der deutsche Präventionspreis zu nennen, der von 2004 bis 2007 von der Bertelsmann Stiftung, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verliehen wurde. Im Jahr 2005 stand das Thema „Gesund in der zwei-

6 Ältere Menschen nehmen zwar durchaus die individuellen Kursangebote der Krankenkassen wahr. Im Jahr 2004 stellten ältere Versicherte (60+) ca. 24% der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer. Sie nahmen vorzugsweise Bewegungsangebote in Anspruch (78%). An zweiter Stelle stehen Ernährungsangebote (12%), gefolgt von Kursen zum Umgang mit Stress (11%) und Sucht- bzw. Genussmitteln (0,3%) (MDS 2006, 60ff). Aber auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf das Geschlecht und den sozio-ökonomischen Status (vgl. Kahl, Hölling & Kamtsiuris, 1999; Richter, Brand & Rössler, 2002).

ten Lebenshälfte (50plus)“ im Mittelpunkt. Insgesamt zeigte sich im Rahmen dieses Wettbewerbs eine große Bandbreite gesundheitsfördernder Angebote für die Zielgruppe „50+“, die unterschiedliche Themenbereiche, Zielgruppen, und Settings umfassen (Stierle et al., 2005). Seit 2007 ist die Manfred-Lautenschläger-Stiftung Partner des BMG und der BZgA beim Deutschen Präventionspreis.

Außerdem ist auf folgende Maßnahmen der Bundesregierung hinzuweisen:

Um die Möglichkeiten der Prävention im Alter – auch unter Nutzung internationaler Erfahrungen – aufzuzeigen hat das BMG die Expertise „Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien“ bei Herrn Prof. Kruse, Heidelberg in Auftrag gegeben. Diese wurde 2002 veröffentlicht und hat große präventive Potenziale älterer Menschen insbesondere in den Bereichen Bewegung, Ernährung, geistige Aktivität und Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen aufgezeigt. Über die Möglichkeiten der Primärprävention im Alter informiert das BMG im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit mit der Broschüre „Gesund altern“, die auf der Basis der Expertise von Herrn Professor Kruse erstellt wurde.

Mit dem Forschungsprojekt „Gesundheitliche Prävention bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte“ wurden von Herrn Professor Kruse Empfehlungen für die Gestaltung präventiver Maßnahmen für Frauen in der zweiten Lebenshälfte erarbeitet und vorgelegt. Dazu wurden Unterschiede von Risiken und Ressourcen sowie die Zusammenhänge von Geschlecht und Krankheit analysiert und bewertet. Neben der wissenschaftlichen Studie wurden in einer Broschüre Handlungsempfehlungen für Frauen veröffentlicht.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die beiden vorgenannten Expertisen den für Prävention relevanten Organisationen auf Bundesebene zur Verfügung gestellt.

Das Thema Prävention im Alter wurde vom BMG in das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung eingebracht. Ziel war es, durch Zusammenarbeit mit Bundesressorts, Ländern, Sozialversicherungsträgern und Zivilgesellschaft die Information zu verbessern und Ressourcen zu bündeln. Beim ersten Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung im April 2004 unter dem Titel „Gesellschaft mit Zukunft – Altern als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung“ wurde der Beitrag, den Prävention und Gesundheitsförderung zu einem aktiven Altern in Gesellschaft und Arbeitswelt leisten können, ressortübergreifend dargestellt und diskutiert. Die Arbeitsgruppe „Gesund altern“ des Deutschen Forums

hat „Botschaften für gesundes Älterwerden“ einschließlich der „15 Regeln für gesundes Älterwerden“ veröffentlicht. Darüber hinaus hat diese Arbeitsgruppe, die nach der Fusion von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung fortgeführt wird, Empfehlungen für Ziele für ein gesundes Altern erarbeitet. Zielbereiche dabei sind z. B. Bewegung, Ernährung, Sturzprophylaxe, psychische Gesundheit und soziale Teilhabe.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der nationalen Gesundheitszielentwicklung (gesundheitsziele.de) ein neues Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ bearbeitet wird.

Im Rahmen des gemeinsam vom BMBF und BMG getragenen Forschungsprogramms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung – Forschung für den Menschen“, das u. a. den Förderschwerpunkt „(Primäre) Präventionsforschung“ beinhaltet, wurden in der dritten von insgesamt vier Förderphasen Themen adressiert, die für Menschen über 50 Lebensjahre wichtig sind, wie z. B. Bewegung und Mobilität, Information und Bildung, Eigenständigkeit und Integration sowie allgemeine Gesundheitsförderung. Die Förderphase umfasst die Zeitspanne 2007 bis 2010. Auf Grund der Bekanntmachung (30.06.2006) zur Einreichung der Forschungsprojekte wurden aus 72 eingereichten Anträgen auf Förderung mit einem Finanzvolumen von insgesamt 32 Millionen Euro 14 Projekte bewilligt.

Die Bundesregierung hat im Juni 2008 den Nationalen Aktionsplan „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ verabschiedet. Ziel ist die nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, um Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten zu vermeiden. Dabei sind ältere Menschen eine wichtige Zielgruppe. Um konkret zu erproben, wie nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen im kommunalen Bereich aufgebaut werden können, hat das BMG im Rahmen der Initiative IN FORM die BZgA mit dem Modellprojekt „Gesund im Alter“ beauftragt. Unter dem Motto „Bewegt leben – Mehr vom Leben“ sollen im Rhein-Sieg-Kreis neue Zugangswege zu Präventionsmaßnahmen eröffnet werden. Mit Informationsveranstaltungen, über Tageszeitungen, Projektmedien, wie Flyer und Broschüren, sowie über das Internet sollen ältere Menschen angesprochen und einbezogen werden. Die Angebote, u. a. von Sportvereinen und kommunalen Einrichtungen, sollen an die Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst werden.

Die Erfahrungen im Rhein-Sieg-Kreis sollen durch die Zentren für Bewegungsförderung, die ebenfalls im Rahmen der

Initiative IN FORM in den Ländern eingerichtet wurden, auf weitere Regionen übertragen werden. Dazu werden Arbeitshilfen und Handlungsleitlinien entwickelt, die bundesweit einsetzbar sind.

In Zusammenhang mit der Initiative IN FORM wurde erstmals eine Übersicht gesundheitsfördernder Projekte (mit dem Fokus auf Ernährung und Bewegung) des Bundes, der Länder und Kommunen erstellt, die regelmäßig aktualisiert werden soll. Bei der Durchsicht fällt auf, dass es auf allen Ebenen bislang erst vereinzelt Projekte gibt, die sich an die Zielgruppe der älteren Menschen richten. Die Mehrheit der Projekte fokussiert Kinder, Jugendliche, Eltern und ist in kinder- und jugendbezogenen Institutionen angesiedelt.⁷

Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz adressiert mit dem Internetangebot www.fitimalter.de sowohl die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren selbst als auch Fachkräfte, die im Bereich der Seniorenverpflegung tätig sind⁸.

Als gegenwärtig bedeutsame und sich gegenseitig ergänzende präventive Konzepte für die zweite Lebenshälfte können „Präventive Hausbesuche“ und das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ benannt werden (v. d. Knesebeck et al., 2006, 168ff). Präventiven Hausbesuchen liegt ein aufsuchender Ansatz zugrunde. Dieses Angebot richtet sich an über 70jährige, die gegenwärtig noch nicht pflegebedürftig sind und in ihrer häuslichen Umgebung aufgesucht werden.

Präventive Hausbesuche

- zielen auf die Früherkennung von Risiken und Beeinträchtigungen der Eigenständigkeit und Produktivität
- bieten konkrete Gegenmaßnahmen
- beinhalten darüber hinaus verschiedene Angebote für Angehörige.

Obwohl die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche in verschiedenen Untersuchungen belegt wurde, weisen die vorliegenden Studien insgesamt inkonsistente Befunde auf. Neben fehlenden Hinweisen für spezifische Erfolgsdeterminanten steht die Beantwortung von Fragen zur Zielgrup-

7 Online verfügbar unter (Zugriff 02/2009) http://www.in-form.de/cin_090/nn_1418592/SharedDocs/Downloads/Broschuere-Projekte-Bund-Laender,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Broschuere-Projekte-Bund-Laender.pdf

8 Online verfügbar unter (Zugriff 02/2009) http://www.inform.de/cin_090/nn_1418592/SharedDocs/Downloads/Broschuere-NAP-INFORM,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Broschuere-NAP-IN-FORM.pdf

pe, zu den beteiligten Berufsgruppen und Organisationsformen, zu den Inhalten der Leistungen, zur Abgrenzung zu bereits bestehenden Versorgungsleistungen, zur Häufigkeit der Besuche und weitere Kosten-Nutzen-Analysen (Bundesvereinigung für Gesundheit e. V., 2005, 4ff) noch aus. Aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse zur Wirksamkeit dieses Ansatzes sind präventive Hausbesuche in Deutschland bislang kein Bestandteil der Regelversorgung.

Das Hamburger Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (Dapp et al., 2002a) ist ein Gesundheitsvorsorgeprogramm, das sich an „gesunde“ ältere Menschen⁹ richtet und darauf zielt, durch den frühzeitigen Einsatz vorbeugender Maßnahmen dem Eintreten von Erkrankungen, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich somit um Gesundheitsförderung. Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die im Projektverlauf kognitive oder körperliche Einschränkungen aufwiesen oder die z. B. durch die Pflege eines Angehörigen nicht in der Lage waren, das Geriatrie Zentrum aufzusuchen, wurde ein Hausbesuch durchgeführt. Für bereits erkrankte ältere Menschen waren in der Regel Maßnahmen der tertiären Intervention, also der Rehabilitation und Pflege, indiziert. Das Konzept umfasst im Sinne der Gesundheitsbildung vier Aspekte, die sich für diese Zielgruppe bewährt haben (Dapp et al., 2002a, 5ff):

- Multidimensionaler Ansatz (Interventionen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Soziales)
- Interdisziplinärer Ansatz (Gesundheitsberater-Team aus den Bereichen Ökotrophologie, Physiotherapie, Sozialpädagogik; Leitung: geriatrisch ausgebildete Ärztin oder geriatrisch ausgebildeter Arzt)
- Verhaltensorientierter Ansatz (didaktisches Konzept der Kleingruppenarbeit, mit dem Ziel, die Eigenverantwortung der älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Hinblick auf einen aktiven Lebensstil zu stärken)
- Verhältnisorientierter Ansatz (geriatisches Netzwerk: Förderung der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen, Herstellung von Kontakten zu Trägern gesundheitsfördernder Angebote in den verschiedenen Stadtteilen Hamburgs; direkte Hinweise auf wohnortnahe Angebote).

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ weist eine Komm-Struktur auf. Unter Rückgriff auf das Em-

9 D. h. die Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen mindestens 60 Jahre alt sein und dürfen nicht von einer dementiellen Erkrankung betroffen oder bereits pflegebedürftig sein (Dapp, 2002a, 5).

powerment-Konzept werden die Bereiche, die der Eigenverantwortung unterliegen, nämlich Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe fokussiert. Hervorzuheben ist, dass es sich um auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Empfehlungen im Rahmen der Primärprävention handelt.

Darüber hinaus existiert in Deutschland eine Vielzahl von gesundheitsfördernden und präventiven Projekten, Maßnahmen und Angeboten für die zweite Lebenshälfte. Zukünftiger Handlungsbedarf für die Umsetzung eines integrierten Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzeptes besteht u. a. darin (Kruse, 2004, 53ff):

- die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit der Projekte zu sichern
- die Vernetzung von Projekten und den Aufbau von Kooperationen der beteiligten Akteure (z. B. zwischen Medizin, Pflege und Krankenkassen) anzustreben
- die Projekte bundesweit bekannt und zugänglich zu machen.

Hinsichtlich der Vernetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten und der Information der Adressaten haben nach Kruse (2004, 57f) die Krankenkassen, insbesondere aber die Kommunen eine herausragende Bedeutung. Gefordert sind auf kommunaler Ebene alle Akteure, vom Sportverein über die Volkshochschulen bis zu Seniorenorganisationen, um gesundheitsförderliche Angebote zu entwickeln und auf die Zielgruppe der älteren Menschen auszurichten.

3 Gesundheitsförderung, soziale Benachteiligung und Alter

Der Zusammenhang zwischen niedrigem sozialen Status (niedrige Bildung, niedriger Berufsstatus, niedriges Einkommen), einem schlechten Gesundheitszustand, höherer Krankheitsbelastung und früherer Sterblichkeit („Gesundheitliche Ungleichheit“) ist durch zahlreiche Studien belegt (vgl. BMGS, 2005; Mielck, 2005). Bildung, Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen prägen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und den Lebensstil. Sie tragen dazu bei, dass der Gesundheitszustand je nach sozialer Schicht variiert. Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel), Krankheitsvorkommen und Beschwerdeniveau weisen entsprechend einen deutlichen Schichtbezug auf (Dt. Bundestag, 2002, 403; Lampert et al., 2005, Mielck & Helmert, 2006).

Bildung, Beruf und Einkommen wirken als Merkmale der vertikalen Ungleichheit indirekt auf den Gesundheitszustand ein. Die mit dem Sozialstatus verbundenen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen und ihr Einfluss auf die Gesundheit sind komplex und erlauben keine Rückschlüsse im Sinne einfacher Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Berücksichtigt man zudem die Entstehungsgeschichte von Krankheiten im Lebensverlauf, nimmt die Komplexität zu (Mielck 2005).

Bei der Betrachtung der materiellen Situation im Alter dürfen die bestehenden und zum Teil erheblichen Unterschiede nicht vernachlässigt werden. Bei differenzierter Betrachtung ist eine Abhängigkeit der materiellen Lage im Alter von Geschlecht, Haushaltgröße und Region festzustellen. Geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich im Alternsprozess insbesondere zu Ungunsten älterer Frauen. So sind gegenwärtig alleinstehende hochaltige Frauen häufiger als Männer von sozioökonomisch ungünstigen Lebensbedingungen betroffen (Kruse, 2002, 169). Zudem zeigt sich, dass das Armutsrisiko insbesondere in Einpersonenhaushalten 65-jähriger und älterer Menschen erhöht ist (BMFSFJ, 2006, 137; Lampert et al., 2005, 118). Unterschiede treten zudem zwischen Ost- und Westdeutschland zutage: So stellen ältere ostdeutsche Männer (70-85 Jahre) und Frauen (ab dem 55. Lebensjahr) die einkommensschwächsten Gruppen dar (DZA, 2005).

Darüber hinaus können besonders im Alter Hemmungen bestehen, staatliche Transferleistungen (z. B. Leistungen der Grundsicherung) in Anspruch zu nehmen (verschämte Altersarmut). So ist die Inanspruchnahmequote bei Hilfen zum Lebensunterhalt in der Gruppe der über 65-Jährigen mit 1,3% im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (3,3%) unterdurchschnittlich (BMFSFJ, 2006, 202). Hier können

prekäre Lebenslagen im Alter entstehen, die sich gegebenenfalls dann weiter verschärfen, wenn chronische Krankheiten oder Behinderungen eintreten.

Eine Prognose der zukünftigen Einkommensentwicklung im Alter gestaltet sich schwierig, da diese durch politische, gesetzgeberische, aber auch individuelle Faktoren beeinflusst wird. Vor dem Hintergrund von zunehmend prekären und unterbrochenen Erwerbsbiographien, Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen und Veränderungen im Leistungsrecht (z. B. Privatisierung der Alterssicherung) ist mit einem Anstieg der Altersarmut und mit einer weiteren Differenzierung der Einkommensverhältnisse im Alter zu rechnen (Mnich et al., 2008, 27; Bauer, 2008; Naegele, 2008; BMFSFJ 2006; BMFSFJ, 2002).

Zudem ist festzustellen, dass die soziale Schicht das Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst. Richter, Brand und Rössler (2002, 421) stellen in einer nordrhein-westfälischen Studie für Frauen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen und sozialer Schicht fest: So nahmen lediglich 4% der Frauen aus der Unterschicht gegenüber knapp 17% der Frauen aus der Oberschicht an entsprechenden Maßnahmen teil. Auch die Bereitschaft zur privaten Finanzierung gesundheitsfördernder Maßnahmen weist einen sozialen Gradienten auf: Sie liegt in der Oberschicht bei knapp 60%, in der Mittelschicht bei 43% und in der Unterschicht bei 24%. Insgesamt betrachtet fällt der Anteil derjenigen, die noch nie an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilgenommen haben, jedoch sehr hoch aus (Männer 83%, Frauen 75%) (Richter, Brand & Rössler, 2002).

Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung lassen sich weitere Unterschiede und Ungleichheiten feststellen. Die geringere Lebenserwartung der Männer ist neben biophysischen und genetischen Dispositionen auch auf geschlechtsspezifische Unterschiede in gesundheitsförderlichen Lebensstilen zurückzuführen. Daraus ergibt sich ein besonderer Handlungsbedarf für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitsverhaltens älterer Männer (Kruse, 2002, 169). Zudem nehmen Frauen häufiger als Männer an gesundheitsfördernden Angeboten teil (Dapp et al. 2002b, 3ff; Kahl, Hölling & Kamtsiuris, 1999).

Bei Betrachtung der „gesunden Lebenserwartung“, also der Zeit der beschwerdefreien Lebensjahre, wird deutlich, dass Frauen längere Zeit mit gesundheitlichen Beeinträch-

tigungen leben als Männer. So lagen 2002 in Deutschland die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre für Frauen bei 74 Jahren, Lebensjahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen umfassten durchschnittlich 7,6 Jahre. Bei den Männern waren es 69,9 gesunde und 5,9 durch Beschwerden beeinträchtigte Lebensjahre (RKI, 2006, 17f).

Während zur Ausgestaltung von Präventionsansätzen für Ältere im Allgemeinen bereits umfangreiche Befunde vorliegen (vgl. auch Kap. 2), ist der Kenntnisstand zu primärpräventiven Strategien für sozial benachteiligte ältere Menschen gegenwärtig noch gering. Als geeignete und vielversprechende Strategien für sozial benachteiligte Zielgruppen werden gegenwärtig kontextbezogene Ansätze diskutiert, die verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombinieren (Setting-Ansätze). Der Setting-Ansatz gilt insbesondere unter der Perspektive der Adressierung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen als vielversprechend.

Die Stadt bzw. der Stadtteil als Setting der Gesundheitsförderung erweist sich insbesondere für ältere Menschen als besonders geeignet. Es ist davon auszugehen, dass für ältere selbständig lebende Menschen die unmittelbare Wohnumgebung, der Stadtteil in dem sie leben, als Lebenswelt zentrale Bedeutung besitzt. Dies gilt umso mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen beeinträchtigt ist. Der Stadtteil kann somit einen geeigneten Zugang für ältere Menschen im Allgemeinen und speziell auch für sozial benachteiligte ältere Menschen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bieten (Kümpers, 2008; Kümpers & Rosenbrock, in Druck).

Zudem werden insbesondere auf lokaler Ebene die Folgen gesellschaftlichen Wandels, der allgemein angespannten wirtschaftlichen Lage und einer fehlenden gesundheitsfördernden Gesamtpolitik deutlich. Aufgrund des Bedeutungsverlustes familiärer und beruflicher Bindungen fällt den Städten und Gemeinden im Kontext der kommunalen Daseinsfürsorge zunehmend die Übernahme sozialer Stützfunktionen zu. Dies gilt insbesondere für die Bürgerinnen und Bürger, die ein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufweisen oder über keine sozialen Unterstützungsnetzwerke verfügen, z. B. ältere alleinstehende Menschen. Integrierte gesundheitsfördernde Maßnahmen der Stadt- und Gemeindeentwicklung stellen in diesem Zusammenhang einen erfolgversprechenden Ansatzpunkt dar (AG Gesundheitsfördernde Städte und Gemeindeentwicklung, 2004, 20).

4 Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung

Die Ausformulierung des Setting-Ansatzes erfolgte nahezu zeitgleich mit der Ottawa-Charta (Weltgesundheitsorganisation, WHO, 1986). Der Setting-Ansatz der WHO konkretisierte die Implementierung von Gesundheitsförderungsansätzen und wurde erstmals im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerkes (ebenfalls 1986 gegründet) umgesetzt. Der Setting-Ansatz ist somit eine Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung. Gemäß der Grundidee dieses Ansatzes muss Gesundheitsförderung im Lebensalltag der Menschen ansetzen (Altgeld, 2004, 5). Dabei werden mit dem Setting-Ansatz ausgewählte „Sozialräume“ (z. B. Stadt(-teil), Betrieb, Schule) in den Mittelpunkt gerückt. Dies ermöglicht (Altgeld, ebd.)

- die Bestimmung von Zielgruppen und Akteuren
- die Bestimmung angemessener Zugangswege
- die Nutzung vorhandener Ressourcen.

Der Setting-Ansatz zeichnet sich zum einen durch emanzipatorische Elemente aus. Zum anderen liegt eine politische Ausrichtung vor, nämlich die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in Lebenswelten mit dem Ziel, mehr Chancengleichheit zu erlangen (vgl. Altgeld & Kolip, 2004). Der Setting-Ansatz ist somit ein verhaltens- und verhältnisorientierter Ansatz für die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung.

4.1 Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung – theoretische Grundlagen

Der Setting-Ansatz stellt eine Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung dar und markiert einen Wendepunkt in der Gesundheitsförderung von den individuellen- und verhaltensbezogenen Interventionen zur Berücksichtigung sozialer Systeme und Organisationen. In der ursprünglichen Definition der WHO (1998) steht die gegenseitige Wechselwirkung zwischen umweltbezogenen, organisatorischen und personalen Faktoren auf den Gesundheitszustand im Mittelpunkt. Das Setting wird dadurch charakterisiert, dass Menschen aktiv auf ihre Umwelt Einfluss nehmen, mit dem Ziel, gesundheitsbezogene Probleme zu lösen oder zu bearbeiten. Ein Setting ist ein räumlich abgegrenztes Gebiet mit einer klaren Organisationsstruktur; innerhalb eines Settings agieren verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Rollen.

Rosenbrock (2004) definiert „Setting“ wie folgt:

„Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und auch den Nutzern/Bewohnern subjektiv bewusster sowie relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.“ (Rosenbrock, 2004, 71)

Rosenbrock (2004, 71ff) unterscheidet zudem zwischen Primärprävention im Setting und Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings, wobei diese Abgrenzung in der Praxis nicht völlig trennscharf ist. Primärprävention im Setting zielt darauf, innerhalb eines Settings Zielgruppen zu erreichen und dann vor Ort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention umzusetzen (z. B. Angebote zu den Themen Bewegung, Ernährung, Stress, Drogen). Dabei können die Interventionen im Setting von unterschiedlicher Komplexität sein (z. B. Bereitstellung und Hinterlegung von Informationen, partizipativ gestaltete Programme). Prinzipiell handelt es sich bei der Primärprävention im Setting um Verhaltensprävention, allerdings werden die Zielgruppen nach ihrer Zugehörigkeit zum Setting ausgewählt und dort aufgesucht; somit bieten sich gute Voraussetzungen für (ebd., S. 72)

- die Erreichbarkeit der Zielgruppen
- die Anregung von Kommunikation und sozialer Unterstützung in der Zielgruppe
- die Nachhaltigkeit von verhaltensmodifizierenden Präventionsprogrammen.

Maßnahmen der Verhältnisprävention – also Veränderungen zu einem gesundheitsfördernden Setting – können begleitend erfolgen und dazu beitragen, die Verhaltensprävention zu stützen. Primärprävention im Setting kann auch als Vorstufe zu Interventionen platziert werden, die auf die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings zielen.

Die Kernelemente der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings sind Partizipation und der Prozess der

Organisationsentwicklung. Auch hier werden verhaltensbezogene Interventionen durchgeführt, allerdings sind diese das Ergebnis eines partizipativen Prozesses der Veränderung des Settings. Die Nutzerinnen und Nutzer dieses Settings sind an den Veränderungen aktiv beteiligt, d. h. Veränderungsbedarf wird unter ihrer Mitwirkung ermittelt und Veränderungen werden von ihnen mitgestaltet.

Darüber hinaus gilt der Setting-Ansatz insbesondere unter der Perspektive der Adressierung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen als vielversprechend: Vorteile des Ansatzes werden in der aufsuchenden Arbeitsweise gesehen, die in den Lebensbereichen der Zielgruppen ansetzt und auf die Befähigung der Zielgruppen zu gesundheitsförderndem Verhalten (Erkennen und Formulieren gesundheitsbezogener Interessen, Umsetzung konkreter Maßnahmen zur gesunden Gestaltung der jeweiligen Lebenswelt) gerichtet ist (Kilian, Geene & Philippi, 2004, 155f).

4.2 Die Schlüsselemente des Setting-Ansatzes

Kilian, Geene & Philippi, (2004) beschreiben drei Schlüsselemente des Setting-Ansatzes; diese sind im Einzelnen

- die Befähigung zur Wahrnehmung der eigenen gesundheitsbezogenen Interessen
- die aktive Einbindung und Beteiligung der Zielgruppe an der Planung und Durchführung der Maßnahmen (Partizipation) sowie Empowerment
- die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen im Sinne einer organisatorischen Festigung der gesunden Lebenswelt.

Mit der Vermittlung von Lebenskompetenzen sollen die Zielgruppen dazu befähigt werden, „die Bedingungen des eigenen Lebens und der sozialen Lebenswelt zu verstehen, Problemlösungsstrategien zu entwickeln und Probleme durch die Mobilisierung individueller und sozialer Ressourcen aktiv bewältigen zu können.“ (Kilian et al., 2004, 159f).

Partizipation wird im Kontext des Setting-Ansatzes als eine grundlegende Bedingung für die aktive Beeinflussung der Gestaltung der eigenen Lebens(um)welt betrachtet und umfasst die aktive Einbindung Betroffener in die Planung und Umsetzung von Interventionen.

Die individuelle Befähigung der Zielgruppe durch die Vermittlung von Lebenskompetenzen kombiniert mit partizipativen Verfahren zur aktiven Gestaltung der Verhältnisse – kann auch als Empowerment im Rahmen des Setting-An-

satzes verstanden werden. Die konsequente Umsetzung von Empowerment¹⁰ im Rahmen des Setting-Ansatzes führt dazu, dass die Ergebnisse der Interventionen zunächst offen sind und der Verlauf der Maßnahmen nicht im Vorfeld geplant werden kann.

Der Setting-Ansatz zeichnet sich durch die Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen aus: Das Element der Strukturbildung (Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen zur organisatorischen Festigung einer gesunden Lebenswelt) umfasst verhältnisbezogene Maßnahmen. Ziel ist es, gesundheitsförderliche Strukturen im Setting zu entwickeln und zu gestalten.

4.3 Überblick zur Rezeption des Settingansatzes in Bezug auf das Setting Kommune in Deutschland

Vor dem Hintergrund einer anhaltenden Fokussierung auf verhaltenspräventive Maßnahmen und einer damit potentiell einhergehenden Vernachlässigung von Präventionspotenzialen empfahl der Sachverständigenrat bereits in seinem Gutachten von 2001 die Umsetzung von Interventionen nach dem Setting-Ansatz (vgl. SVR, 2002, 271). In einem folgenden Gutachten von 2005 (vgl. SVR, 2005, 330ff) wurde die Primärprävention im Setting Stadt fokussiert und die Bedeutung kommunaler Gesundheitspolitik für primärpräventive Strategien diskutiert. Auf kommunaler Ebene werden dabei verschiedene Ansatzpunkte für Primärprävention beschrieben. Neben der Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Themen in allen kommunalpolitischen Bereichen sind dies (SVR, 2005, 331):

- die Kooperation im Gesunde Städte-Netzwerk (GSN)
- primärpräventive Interventionen im Setting bzw. Gestaltung ‚gesundheitsfördernder Settings‘ unterhalb der Ebene ‚Stadt und Gemeinde‘
- Stadtteilentwicklung, insbesondere an ‚sozialen Brennpunkten‘, z. B. durch ein ‚Quartiersmanagement‘
- Integration von Gesundheits- und Sozialpolitik sowie der diesbezüglichen Berichterstattung

¹⁰ Unter Empowerment (Selbstbefähigung, Stärkung von Autonomie und Eigenmacht) werden psychosoziale Arbeitsansätze verstanden, die Menschen dazu befähigen sollen, eigene Stärken und Fähigkeiten (wieder) zu entdecken. Darüber hinaus zielt Empowerment darauf, Menschen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie zu unterstützen. (Herriger, 2002, 262).

- Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), z. B. schulärztlicher Dienst, Diagnostik und Beratung bei Infektionskrankheiten, Impfungen, Setzen krankheitsbezogener Schwerpunkte (z. B. Herz-Kreislauf-Krankheiten).

Die Vorteile des Settings Stadt bestehen darin, dass verschiedene Zielgruppen in vergleichsweise großer Anzahl einbezogen werden können. Im Unterschied zu deutlich abgrenzbaren Settings wie Betrieben oder Schulen, sind im Setting Stadt jedoch weniger verbindliche soziale Strukturen vorgegeben. Gleiches gilt für die Zuständigkeit für Aufgaben und Kommunikationsbeziehungen. An die Umsetzung einer partizipativen Gestaltung des Settings stellen sich deshalb andere Anforderungen als in anderen stärker formalisierten Settings (SVR, 2005,333).

Im Bereich der Gesunde Städte-Bewegung erfolgte eine entsprechende nationale Entwicklung in Deutschland 1989 mit der Gründung des Gesunde Städte-Netzwerkes, das heute bundesweit mehr als 60 Mitgliedskommunen zählt.¹¹ Auch wenn sich daran nahezu alle Großstädte beteiligen, sind dies lediglich 0,4% aller deutschen Städte (Altgeld, 2004,20). Auch hier zeigt sich eine Sensibilisierung für seniorenbezogene Fragestellungen. So war das Thema „Gesund altern bzw. älter werden in Städten“ auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit in den letzten Jahren beispielsweise Gegenstand der jährlichen Netzwerk-Symposien. Auch der Gesunde Städte-Preis¹², der im Rahmen des Symposiums 2007 verliehen wurde, befasste sich mit dem Thema „Gesund und aktiv ins Alter – Projekte und Angebote für eine neue Qualität des Älterwerdens in Städten und Regionen“. Es wurden drei Projekte prämiert, die ein gesundes Altern anregen und ermöglichen. Die Preisträger waren

- Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin: Kommunales Netzwerk für Gesundheitsförderung und Lebensqualität im Alter
- Frankfurt am Main: Bürger-Institut – Soziales Engagement in Frankfurt
- Rathenow: Kompetenzzentrum Havelland.

Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007,63) kommen zu dem Schluss, dass eine Sensibilisierung kommunaler Akteure für das Thema Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen noch in den Anfängen begriffen ist. Auch

wird dieser Themenbereich noch nicht in allen Städten und Gemeinden als eigene Gestaltungsaufgabe gesehen. Hier zeigt sich jedoch ein „Entwicklungsvorsprung“ in den Mitgliedskommunen des Gesunde Städte-Netzwerkes. Prävention und Gesundheitsförderung werden hier seitens der zuständigen Verwaltungsbereiche zunehmend als kommunale Gestaltungsaufgabe angenommen.

In den letzten Jahren zeichnete sich eine Integration von Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung ab, die in verschiedenen Bereichen z.T. parallel doch jeweils unabhängig voneinander erfolgte. Dies sind zum einen Handlungskonzepte der „Sozialraumorientierung“ aus dem Bereich der Stadtentwicklung und der „Setting-Ansatz“ in der Gesundheitsförderung. Gemeinsam ist diesen Entwicklungen, dass sie ähnliche Steuerungsinstrumente nutzen und auf die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger gerichtet sind (Bär et al., 2004). Entsprechende Entwicklungen werden im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“¹³ beschrieben.

Gesundheit und Gesundheitsförderung stehen bislang in den Programmgebieten der Sozialen Stadt zwar noch nicht im Mittelpunkt des Interesses. Es zeichnet sich jedoch eine zunehmende „Sensibilisierung für das Thema und eine Annäherung zwischen den Akteurinnen und Akteuren der Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheit (...)“ (Bär et al., 2004,278) ab. Dazu trägt auch die 2007 aufgenommene Kooperation zwischen dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei (Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt, S. 55, Hrsg. BMVBS).

Weiterhin ist davon auszugehen, dass im Rahmen dieses Programms eine Vielzahl mittelbar gesundheitsfördernder Aktivitäten umgesetzt wird (z. B. Aufwertung des Wohnumfeldes). Auch aus der Integration von Gesundheitsförderung und sozialer Stadtentwicklung ergeben sich somit Ansatzpunkte zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Bär et al. (2004) ermittelten drei zentrale Projektformen direkter Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen: Gesundheitsnetzwerke, Gesundheitshäuser und Nachbarschaftstreffs sowie niedrigschwellige Präventionsprojekte

11 Vgl. <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/dasnetzwerk/mitglieder> (02/2009)

12 Zugriff 26.11.08 <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/archiv/gesundestaedtepreis2007vergeben/89>

13 Das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“ seit 1999) ist ein Investitionsprogramm der Städtebauförderung, das darauf zielt, die Lebensbedingungen in benachteiligten Stadtgebieten zu verbessern. Eine wesentliche Grundlage für die Programmumsetzung stellen folgende strategische Handlungsansätze dar: dezidiertes Gebietsbezug, Ressourcenbündelung, Aktivierung und Beteiligung sowie der hierfür notwendige Aufbau geeigneter Management und Organisationsstrukturen in Stadtverwaltungen und Quartieren (Quartiersmanagement) (BMVBS, 2008).

te für besondere Zielgruppen. Die beiden erstgenannten Ansätze bieten vielversprechende Ansatzpunkte für die Entwicklung des Stadtteils zum Setting. Sie können Ausgangspunkt und Initiator für settingbezogene Entwicklungsprozesse, insbesondere im Bereich der Vernetzung und Koordination relevanter Akteure, sein.

Prinzipiell bieten die bereits etablierten Strukturen in den Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ gute Anknüpfungspunkte für die Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung. Die Weiterentwicklung eines Stadtteils zu einem gesundheitsfördernden Setting ist ein vielschichtiges Vorhaben. Bär et al. (2009) formulieren folgende Qualitätselemente gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung:

- **Stadtteilbezogene Bedarfsanalysen:** kleinräumige Analyse, indikatoren gestützte Daten zur allgemeinen und individuellen Gesundheitsbelastung, zum Gesundheitszustand der Stadtteilbevölkerung, zur Gesundheitsversorgung und zu Gesundheitspotenzialen; ergänzend: qualitative Einschätzung lokaler Akteure und der Bewohnerinnen und Bewohner
- **Konzeptentwicklung:** umfassender Gesundheitsbegriff und ein entsprechend breit angelegtes Handlungsfeld als Grundlage für die Formulierung von Zielen und Maßnahmen, Einschluss „klassischer“ Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung) sowie z. B. der Bereich Umwelt und Städtebau, explizite Verankerung des Themas Gesundheit in lokale Handlungskonzepte
- **Strukturentwicklung:** Vernetzung aller relevanten Akteure für eine nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturentwicklung im Stadtteil, Notwendigkeit fester Strukturen für die Zusammenarbeit der Beteiligten (z. B. Arbeitskreise, Netzwerke) sowie eine kontinuierliche Steuerung und Begleitung im Sinne einer Koordinierungsstelle (z. B. eingebunden in das Quartiersmanagement)
- **Projektentwicklung durch Beteiligung und Zielgruppenorientierung:** positive Auswirkungen von Beteiligung und Mitgestaltung von Angeboten, Verstärkung dieses Aspekts durch Zielgruppenorientierung, Berücksichtigung von Herkunft, Alter und Geschlecht bei der Projektentwicklung
- **Nutzung vorhandener und Schaffung neuer Finanzierungsmodelle:** Nutzung vorhandener Ressourcen (Förderung nicht-baulicher Vorhaben im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“, Mittel für Leistungen der settingbezogenen Primärprävention der Gesetzlichen Krankenkassen

(§ 20 SGB V), Akquise von Drittmitteln (z. B. Stiftungen), Bildung eines stadtteilbezogenen Verfügungsfonds.

Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung hat in Deutschland insbesondere im Zusammenhang mit der krankenkassenfinanzierten Gesundheitsförderung einen Bedeutungsgewinn erfahren. Seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 besteht eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu Leistungen der Primärprävention (§ 20 (1) SGB V). Diese sollen „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“

Für die Umsetzung primärpräventiver Maßnahmen werden zwei Strategien verfolgt, die auch in Kombination verwendet werden können:

- **Interventionen, die primär auf Lebensräume abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz)**
- **Interventionen, die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen (individueller Ansatz).** (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, 8).

Die Anwendung des Setting-Ansatzes wird insbesondere als Zugang für sozial benachteiligte Zielgruppen empfohlen. Für die Umsetzung nicht-betrieblicher Setting-Ansätze werden – in Anlehnung an die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte (vgl. BZgA, 2003) – umfassende Förderkriterien formuliert (u. a. Bedarfsermittlung, Zielgruppenbezug, gesundheitsfördernde Gestaltung des Lebensraumes, Kooperation, Qualitätssicherung, Empowerment, Verstetigung, Vernetzung) (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008, 20). Unter den nicht-betrieblichen Setting-Ansätzen wird erstmals auch das Setting „Kommune/Stadtteil“ als neuer Aufgabenbereich der Krankenkassen berücksichtigt. Im Kontext kommunaler Gesundheitsförderung kommt insbesondere der Umsetzung integrierter Handlungskonzepte, die Maßnahmen der Stadtteil- und Kommunalentwicklung (Sozialraumorientierung) und Gesundheitsförderung (Setting-Ansatz) kombinieren, Bedeutung zu. Für die Förderung gesundheitsbezogener kommunaler Projekte wurden ebenfalls Qualitätskriterien formuliert. Diese umfassen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, 26)

- die Aufnahme von ‚Gesundheit‘ in den Zielkatalog der Kommune
- eine systematische Gesundheitsberichterstattung, die längerfristig mit der Sozialberichterstattung zu integrieren ist
- daraus abgeleitete, mit Zielen anderer kommunaler Ressorts (Stadtentwicklung, Jugendhilfe, Bildung) abgeglichen und unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger entwickelte Gesundheitsziele
- die Schaffung geeigneter Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen, z. B. Gesundheitskonferenzen, Stadtteilzentren und Vernetzungsbüros
- die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit als Entscheidungskriterium für öffentliche Planungen.

Anzumerken ist, dass – mit Ausnahme der Gruppe sozial Benachteiligter – für das Setting Kommune bzw. Stadtteil keine weiteren Zielgruppen spezifiziert werden. Die Zielgruppe älterer Menschen wird lediglich im Zusammenhang mit betrieblichen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen benannt (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, 15).

5 Die gegenwärtige Praxis sozialraumbezogener gesundheitsfördernder Interventionen

Der Setting-Ansatz stellt für die Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen in ausgewählten Sozialräumen (Settings) einen wesentlichen konzeptionellen Bezugspunkt dar. Dabei handelt es sich um einen komplexen und dynamischen Ansatz, der einen Idealtypus beschreibt. Es werden Inhalte und Bedingungen eines Prozesses beschrieben und ausgeführt, wie dieser Prozess sein sollte. An dieser Idealvorstellung gemessene praktische Projekte und Angebote erreichen dementsprechend in Bezug auf die drei konzeptionellen Kernelemente in der Regel keinen vollständigen Umsetzungsgrad, sondern nähern sich einer mehr oder weniger idealen Realisierung des Setting-Ansatzes an (Kilian, Geene & Philippi, 2004,169).

So zeigt sich, dass sich der Settingbegriff in den letzten Jahren zwar zunehmender Beliebtheit erfreut und auch außerhalb der Gesundheitsförderung in anderen Versorgungsbereichen Beachtung findet. Dies geschieht jedoch häufig, ohne den damit verbundenen theoretischen Hintergrund und damit einhergehende Implikationen zu rezipieren. „Der Settingbegriff erweist sich zur Zeit als relativ modern, aber irgendwelche Interventionen in bestimmten sozialen Orten (=Settings) stellen aber keine Settingarbeit dar, sondern sind bestenfalls selbsternannte Settingprojekte.“ (Altgeld, 2004,38).

Diese zum Teil inflationäre Bezugnahme auf den Setting-Ansatz kann dabei zum einen darauf zurückgeführt werden, dass Anbieter sich somit einen Positions- und Wettbewerbsvorteil bei der Erschließung knapper Ressourcen versprechen (vgl. beispielsweise die Leitlinien zur Umsetzung des § 20 SGB V). Zum anderen begünstigen die bislang unzureichende theoretische Entwicklung und Kommunikation des Ansatzes innerhalb der Gesundheitsförderung die Entstehung von Missverständnissen. So kann in der Diskussion um Settings der Gesundheitsförderung leicht der Eindruck entstehen, dass Interventionen im Setting immer auch Interventionen nach dem Setting-Ansatz darstellen. Die Realisierung von niedrigschwelligen zugehenden Angeboten in entsprechenden Settings stellt dabei allerdings bereits eine Verbesserung gegenüber der herkömmlichen „Kommstruktur“ dar; gleichwohl bleiben die eigentlichen Potenziale des Setting-Ansatzes bislang häufig ungenutzt (Kilian et al. 2004,171f).

Eine erste Annäherung zur Einschätzung des Umsetzungsgrades des Setting-Ansatzes bieten die Fokauswertungen der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Kilian, Geene und Philippi (2004,172ff) untersuchten zehn Angebote der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte dahingehend, ob zentrale Merkmale des Setting-Ansatzes (s. Kap. 4) umgesetzt werden¹⁴. Die in die Dokumentenanalyse einbezogenen Materialien der Projekte weisen große Unterschiede hinsichtlich Umfang und Qualität auf. Dies ist nach Ansicht der Autoren maßgeblich darauf zurückzuführen, dass bislang verbindliche Standards für die inhaltliche und formale Struktur der Projektdokumentation fehlen. Es „(...) findet sich nur in Ausnahmefällen eine systematische Darstellung der Projektarbeit, die von einer (datengestützten) Beschreibung der Ausgangslage und des Bedarfs über die Beschreibung und Begründung des Interventionskonzeptes und der Zielsetzung bis hin zur strukturierten Beschreibung der Projektumsetzung und der erreichten (Zwischen-) Ergebnisse reicht.“ (Kilian, Geene & Philippi, 2004,175)

Der Umsetzungsgrad der einzelnen Strukturelemente des Setting-Ansatzes ist sehr unterschiedlich. Allerdings ist hervorzuheben, dass das Strukturmerkmal partizipative Mitgestaltung von allen Projekten erfüllt wird und somit eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung des Setting-Ansatzes gegeben ist. Des Weiteren variiert der Differenzierungsgrad der einzelnen Settings, womit auch die Erreichbarkeit der Zielgruppe beeinflusst wird. Dabei sind die Vorteile einer „kleinteiligen Settingarbeit“ hervorzuheben. Je kleinräumiger das Setting angelegt ist (z. B. weitere Abgrenzung eines Settings innerhalb eines Stadtteils, z. B. Kindertagesstätten, Spiel- und Sportplätze, Schulen im Stadtteil), umso leichter gelingt es, auch die Zielgruppe zu erreichen. Ebenso erleichtert die kleinteilige Definition der Zielgruppe die Erreichbarkeit. (Kilian, Geene & Philippi, 2004,175)

¹⁴ Unter der Perspektive der vorliegenden Expertise ist einschränkend anzumerken, dass im Rahmen dieser Analyse nur ein Projekt explizit die Zielgruppe ältere Menschen adressiert; dabei handelt es sich um ein bereits abgeschlossenes Modellprojekt zur multikulturellen Jugend-, Familien und Seniorenarbeit¹⁴. Die primäre Zielgruppe waren ältere Menschen deutscher und nicht-deutscher Herkunft. Ziel des Projektes war die „bedürfnisorientierte Erweiterung der Angebote in Freizeit, Kultur und Bildung für ältere Deutsche und ältere Migrantinnen und Migranten“.

Von Vorteil ist es zudem, wenn die Maßnahmen unmittelbar vor Ort umgesetzt werden. So zeigte sich beispielsweise in einem untersuchten Projekt, dass durch die Auslagerung einzelner Angebote in angrenzende Stadtteile die Beteiligung nachließ. Weiterhin können Maßnahmen in kleinräumigen Settings innerhalb eines Stadtteils wiederum auf diesen Einfluss nehmen. Dabei kommt der Mega-Ebene des Settings „Stadtteil“ koordinierende Funktion zu (z. B. Koordination aller Maßnahmen). Die Information und Zusammenführung aller beteiligten Akteure kann dabei eine nachhaltige und tragfähige Arbeitsweise ermöglichen. Die untersuchten Beispiele – insbesondere im relativ unstrukturierten Setting Stadtteil – erfüllen die fachlichen Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung¹⁵ bislang nur bedingt. Gleichwohl eröffnen sie bedeutende Entwicklungspotenziale, die zur Stärkung der Gesundheitsförderung in Deutschland beitragen können (Kilian, Geene, Philippi, 2004, 209ff).

Douma und Kilian (2007)¹⁶ führten eine Fokusausswertung zum Thema „Angebote der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil“ durch. Insgesamt wurden 15 Projekte ermittelt, die dem Anspruch der Umsetzung eines komplexen Setting-Ansatzes im Stadtteil nahe zu kommen scheinen. Bei acht Projekten konnten leitfadengestützte Interviews mit den Projektverantwortlichen geführt werden. Auch hier zeigte sich eine hohe Heterogenität der untersuchten Projekte hinsichtlich Konzeption und Rahmenbedingungen. Die Angebote richten sich generell an alle Altersgruppen im Stadtteil. Ein Schwerpunkt war aber auch hier bei Kindern und Jugendlichen, bei Migrantinnen und Migranten sowie bei alleinerziehenden Familien festzustellen. Nach Aussagen der Projektverantwortlichen gelingt es im kommunalen Setting leicht, den Zugang zur Zielgruppe zu gewinnen. Der personelle und finanzielle Aufwand wird dabei als gering eingeschätzt, weil die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter „vor Ort“ sind und aufsuchend arbeiten. Demgegenüber wird jedoch bemängelt, dass insbesondere für die Aufgaben der Netzwerkarbeit, der Evaluation und Berichterstattung nur unzureichende Ressourcen vorhanden sind. Insbesondere die Evaluation wird angesichts fehlender Mittel vernachlässigt. Weitere Gründe für das Unterlassen der Evaluation bestehen darin, dass der Nutzen nicht ersichtlich ist. Auch fehlende Fähigkeiten, Kenntnis-

se oder Partnerinnen und Partner für die Durchführung einer Evaluation wirken sich hier negativ aus.

Gesundheitsfördernde Angebote sind in der Regel Ernährungs- oder Bewegungsangebote. Allgemein gilt, dass erst nach der Etablierung erfolgreicher Kooperationsstrukturen von einer zunehmend gesundheitsförderlichen Gestaltung des Stadtteils gesprochen werden kann. Ein Zusammenhang zwischen Stadtteil- und Lebensweltgestaltung und Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner wird jedoch nur selten thematisiert. Im Mittelpunkt der Angebote steht das individuelle Verhalten, weniger die Strukturbildung im Stadtteil. Gleichwohl weisen alle Befragten auf die Bedeutung der Netzwerkbildung und der sektorenübergreifenden Kooperation hin. Hier sehen sie jedoch auch die meisten Schwierigkeiten. So gelingt es beispielsweise nicht immer, alle gewünschten Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner einzubeziehen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Stadtverwaltung, Grundschulen, Wirtschaftsunternehmen). Positiv anzumerken ist, dass die Angebote selbst eine gesundheitsfördernde Ressource im Stadtteil darstellen, die auch in der Regel über eigene Räumlichkeiten im Stadtteil verfügen. Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass alle Befragten bestrebt sind, die Beteiligung der Zielgruppe zu realisieren und die Bedeutung von Partizipation auch für die Akzeptanz der Angebote betonen. Grenzen in der praktischen Umsetzung sehen die Befragten jedoch in der Überforderung der Zielgruppe, im Vorrang anderer Aufgaben und in der mangelnden Wahrnehmung der gesundheitsfördernden Bedeutung von Partizipation (Douma & Kilian, 2007, 55ff).

Die Bestimmung einer Zielgruppe wird im Kontext des Settingansatzes kontrovers diskutiert, da die gesundheitsfördernden Maßnahmen zunächst an alle Mitglieder eines Settings gerichtet sein sollen. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die Spezifizierung von Zielgruppen unerlässlich ist, um angemessene Interventionen zu gestalten. Bei der Konkretisierung einer älteren Zielgruppe sind – neben der Bestimmung der Altersphase („junge Alte“ vs. „Hochaltrige“) insbesondere auch das Geschlecht sowie der sozio-kulturelle Hintergrund bei der Gestaltung der Angebote zu berücksichtigen; dies zeigte sich auch in der Untersuchung von Douma et al. (2007)¹⁷.

15 Eine qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung beinhaltet folgende Aspekte (Kilian, Geene, Philippi, 2004, 211): systematische Problemerkennung, Formulierung einer konkreten Interventionsstrategie, Ableitung von Qualitäten, Ergebnissen und Wirksamkeiten.

16 Douma, Y. & Kilian, H. (2007). Fokus-Auswertung: „Angebote der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil“. Endbericht. Gesundheit Berlin. e. V., Berlin. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1d73a586a20b30ad1b02e0450cf836e7>

17 Douma, Y., Kilian, H., Meyer-Nürnberg, M. & Krane, E. (2007). Die Praxis der Gesundheitsförderung mit Seniorinnen und Senioren: Eine Fokusausswertung der bundesweiten Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Vortrag im Rahmen der Tagung Health Inequalities II, 09.06.2007, Bielefeld. Folien online verfügbar unter <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/healthinequalities/downloads/douma.pdf>

Douma et al. (2007) führten eine Fokusevaluation zum Thema „Die Praxis der Gesundheitsförderung mit Seniorinnen und Senioren“ durch. Es zeigte sich, dass nur sehr wenige Projekte ausschließlich die Zielgruppe ältere Menschen adressieren: Von ca. 2800 Projekten wendeten sich 48 ausschließlich an Seniorinnen und Senioren. Davon wurden 17 Angebote für eine leitfadengestützte Befragung ausgewählt (Grundlage: Sichtung der Projekttitle und Kurzbeschreibungen unter der Perspektive, dass die Angebote explizit auf die Altersgruppe gerichtet sind und auf Gesundheitsförderung/primäre Prävention zielen). Insbesondere für die Zielgruppe ältere Menschen erweist sich „Initial“-Vertrauen als Voraussetzung für effektive Gesundheitsförderung. Vertrauensfördernd wirken dabei Kontinuität und bekannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Für Migrantinnen und Migranten sind Kultursensibilität und Muttersprachenkompetenz von Bedeutung. Bei der Gestaltung des Zugangs zu Projekten müssen somit kulturelle und Gender-Aspekte gleichermaßen berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die konzeptionelle Ausrichtung der Angebote zeigte sich, dass die Umsetzung des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren in der untersuchten Gruppe nicht weit verbreitet ist; vielmehr herrschen Kursangebote vor. Von den untersuchten 17 Projekten arbeitete lediglich ein Projekt nach einem setting-orientierten Ansatz. Eine umfassende wissenschaftliche Evaluation der Angebote erfolgte ebenfalls nur in einem Projekt. Mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen führen dazu, dass auf Evaluation verzichtet wird. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die vorhandenen Mittel für die Arbeit mit den Zielgruppen eingesetzt werden sollen. Insgesamt berichten die Anbieter über positive Erfahrungen. Als Maßnahmen empfehlen sie die Förderung von Partizipation, die Stärkung von Vernetzung und ein ressourcenorientiertes Vorgehen.

Zum Stand der Umsetzung des Setting-Ansatzes in der Kommune liegen somit bislang nur vereinzelt wissenschaftliche Ergebnisse vor. Festzuhalten ist, dass die Praxis der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung vielfältig ist und bislang in unterschiedlichem Ausmaß auf die konzeptionellen Kernelemente des Setting-Ansatzes Bezug genommen wird. Die fehlende oder lückenhafte Projektdokumentation sowie die (unterschiedlich begründete) Vernachlässigung der Evaluation der Maßnahmen lässt zudem gegenwärtig keine oder nur begrenzte Aussagen zu Erfolg und Wirksamkeit der Maßnahmen zu. Zudem ist festzustellen, dass bislang nur vergleichsweise wenige Projekte, die den Setting-Ansatz verfolgen, auf die Zielgruppe älterer Menschen gerichtet sind. Dennoch liegen auch für diese Zielgruppe wegweisende Erfahrungen vor, auf die im Folgenden eingegangen wird.

6 Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung im kommunalen Setting für ältere Menschen

Der Setting-Ansatz stellt einen wesentlichen konzeptionellen Bezugsrahmen für die Umsetzung sozialraumorientierter bzw. kommunaler Gesundheitsförderung dar. Er findet sich in der Praxis – wie zuvor beschrieben – jedoch nicht in „Reinform“ und nur selten in idealtypischer Umsetzung. Dies gilt auch für die Interventionen auf kommunaler Ebene, die sich an ältere Menschen wenden.

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass für ältere selbstständig lebende Menschen die unmittelbare Wohnumgebung, der Stadtteil, in dem sie leben, als Lebenswelt zentrale Bedeutung besitzt. Dies gilt umso mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen beeinträchtigt ist. Der Stadtteil kann somit einen geeigneten Zugang für ältere Menschen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bieten (Kümpers & Rosenbrock, in Druck; Naidoo & Wills, 2000, 293f). Neben der Möglichkeit der Umsetzung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen, gelingt es hier leichter, vulnerable Zielgruppen (z. B. ältere Alleinstehende oder Migrantinnen und Migranten) und auch die entsprechenden Akteure (z. B. Betriebe, Wohlfahrtsverbände) zu erreichen.

Eine Basis für kommunale Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen stellt die verfassungsrechtlich zugewiesene Zuständigkeit der Kommunen für Aufgaben der sozialen Daseinsvorsorge gem. Art. 28 II GG dar. Hieraus kann eine besondere soziale Verantwortung der Kommunen für ältere Menschen abgeleitet werden. Die Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ fordert die kommunale Verantwortung dabei u. a. für die soziale Daseinsvorsorge insbesondere gegenüber chronisch Kranken (älteren) Menschen, mit dem Ziel der Aufrechterhaltung ihrer selbständigen Lebensführung ein (Deutscher Bundestag 2002). Damit wird den Kommunen eine eigenständige Rolle im gesundheitlichen Versorgungssystem, insbesondere im sogenannten vorpflegerischen Bereich, und zwar jenseits der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V und SGB XI) zugewiesen.

Auch wenn Gesundheitsförderung im Sinne der Daseinsvorsorge verfassungsrechtlich als Aufgabe der Kommunen festgelegt ist, wurde diese gegenüber Aufsichts- und Kontrollaufgaben der örtlichen Gesundheitspolitik

eher nachrangig behandelt. Darüber hinaus wurden und werden ältere Menschen selten als Zielgruppe kommunaler Gesundheitsförderung betrachtet. Eine „Gerontologisierung“ der kommunalen Gesundheitsförderung stellt somit eine wichtige Voraussetzung dar (Naegele, 2004).

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick zum Stand der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen gegeben. Im Anschluss daran werden ausgewählte Praxisbeispiele vorgestellt und wesentliche Merkmale sozialraumorientierter Gesundheitsförderung für die ältere Zielgruppe zusammengefasst¹⁸.

6.1 Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen – ein Überblick

Eine erste umfassende Untersuchung zur seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene bietet die bundesweite Befragung von Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007). Nach Einschätzung der Städte und Gemeinden besitzt das Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen im Allgemeinen wie auch in Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen gegenwärtig mittlere Relevanz, wird jedoch zukünftig an Bedeutung gewinnen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 53).

Hinsichtlich der Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung zeigt sich in den Städten und Gemeinden ein breites Angebotspektrum. Häufig werden Wohnberatung und Kursangebote in den Bereichen Sport und Bewegung, Ernährung und Gedächtnis sowie Maßnahmen der aufsuchenden Sozialarbeit genannt. Neben risikogruppenbezogenen Maßnahmen nehmen u. a. auch die Gesundheitspflegender Angehöriger sowie die Stärkung des familiären Pflegepotenzials einen nicht unerheblichen Stellenwert ein. Präventive Hausbesuche werden nur von wenigen Städten und Gemeinden benannt (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 36).

Rund ein Drittel bis ein Viertel der Städte und Gemeinden spricht im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention spezifische Zielgruppen innerhalb der älteren Bevöl-

¹⁸ Die Literaturanalyse wird durch Ergebnisse der im Rahmen dieser Expertise durchgeführten Experteninterviews ergänzt.

kerung an. Dabei handelt es sich in absteigender Reihenfolge um in ihrer Mobilität eingeschränkte ältere Menschen, geschlechtsspezifische Angebote, Angebote für ältere Menschen mit Seh- und Hörbehinderung, ältere Migrantinnen und Migranten sowie sozial benachteiligte ältere Menschen. Obwohl für die letztgenannte Gruppe die Wichtigkeit der Integration in gesundheitsfördernde Maßnahmen immer wieder betont und gefordert wird, zeigt sich, dass nur etwa ein Zehntel der Kommunen entsprechende Angebote vorhält (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007,46f).

Im Hinblick auf die Akteurinnen und Akteure sowie auf die Kooperationsbeziehungen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Mitgliedern des Gesunde Städte-Netzwerkes und anderen Kommunen. Die Beteiligung kommunaler Fachbereiche, z. B. des Sozialamtes oder des Gesundheitsamtes der Mitgliedskommunen des Gesunde Städte-Netzwerkes ist wesentlich ausgeprägter als in anderen Städten und Gemeinden (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007,49f). Darüber hinaus können Aussagen zur Qualität der Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention getroffen werden. Nach Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze (2007,51) bewerten zwei Drittel der Städte und Gemeinden die Zusammenarbeit als verbesserungsbedürftig oder beklagen eine fehlende Zusammenarbeit. Formen der Zusammenarbeit bestehen überwiegend in gegenseitiger Information, gefolgt von Konferenzen und regelmäßigen Treffen.

Bei der inhaltlichen Ausrichtung seniorenbezogener Prävention stehen die Stärkung der Selbstständigkeit älterer Menschen, die stärkere Teilhabe älterer Menschen und die Ermöglichung des Verbleibens in der eigenen Wohnung im Vordergrund. Möglichkeiten zur mittelfristigen Kosteneinsparung erhofft sich nahezu die Hälfte der Landkreise.

Als hinderliche Rahmenbedingungen wurden von allen Befragten fehlende finanzielle Mittel und unzureichende personelle Ausstattung benannt. Auch das geringe Interesse an der Thematik auf der politischen Ebene wird bemängelt, während eine fehlende Motivation der Zielgruppe selbst nur vergleichsweise selten konstatiert wird. Im Hinblick auf die zukünftige finanzielle Ausstattung wird eine skeptische Grundhaltung deutlich: So befürchtet ein Drittel der Befragten, dass die Ressourcen in den nächsten fünf Jahren abnehmen werden; diese Einschätzung teilen mehr als die Hälfte der GSN-Mitgliedskommunen (55%) (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007,55ff). Abschließend beschreiben Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze folgende zukünftige Anforderungen (2007,62ff):

- Erkennung von Prävention und Gesundheitsförderung als eigenständige Gestaltungsaufgabe
- Entwicklung von Zielen, Maßnahmen und Konzepten
- Identifizierung und Koordinierung geeigneter Akteure
- Sensibilisierung von Verwaltung und Politik (Fort- und Weiterbildung, Förderung entsprechende Kooperationen, Vorbildfunktion der GSN-Mitgliedskommunen)
- Kooperation der Akteure in den Bereichen Gesundheit und Pflege (Stadt, Stadtteilbezogen)
- Stärkung der Rolle der Kommune als Informations- und Kontaktpunkt für Anbieter (Einsatz entsprechender Koordinierungs- und Steuerungsinstrumente z. B. regelmäßiger Informationsaustausch, regelmäßige Gesundheits- und Pflegekonferenz)
- Einführung lokaler, kleinräumiger und zielgruppenorientierter Gesundheitsberichterstattung.

6.2 Praxiserfahrungen zur sozialraumorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Setting Kommune

Im Rahmen der vorliegenden Kurz-Expertise wurden Beispiele guter Praxis zur Umsetzung sozialraumorientierter Gesundheitsförderung im Setting Kommune für ältere Menschen recherchiert. Als Basis dienen die Projektdatenbank des Bund-Länder-Programmes „Soziale Stadt“, die Projektdatenbank des Landes Nordrhein-Westfalen, die Datenbank des Projektes „HealthPro Elderly“, die Datenbank zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sowie die Internetseite des Gesunde-Städte-Netzwerkes. Die Adressen der Datenbanken sowie ein Überblick und weitere Informationen über die Beispiele guter Praxis im Bereich der Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Setting Kommune finden sich im Anhang. Auf den folgenden Seiten wird vertiefend auf einige der Praxisbeispiele der settingorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen im kommunalen Raum eingegangen. Hervorzuheben ist, dass die in die Analyse einbezogenen Projekte jeweils die Schlüsselemente des Setting-Ansatzes (Strukturbildung, Partizipation und Empowerment) berücksichtigen.

Hinsichtlich der thematischen Ausrichtung der Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention, die mit dem Setting-Ansatz arbeiten, zeigt sich, dass jeweils mehrere Dimensionen von Gesundheitsförderung und Prävention adressiert werden. So findet sich sehr häufig eine Kombination aus

Ernährungsberatung, Stressbewältigung, Bewegungs- und Sportangeboten und der Stärkung sozialer Kompetenzen und sozialer Kontakte. Betrachtet man die Themenfelder im einzelnen, so werden am häufigsten Angebote zur Stärkung sozialer Kompetenz und sozialer Kontakte genannt (Rang 1), gefolgt von Bewegungs- und Sportangeboten (Rang 2), Ernährungsberatung (Rang 3) und Maßnahmen zur Stressbewältigung (Rang 4) sowie risikogruppenbezogene Maßnahmen (Rang 5). Rang 6 nehmen Bildungs- und Kursangebote ein, die nicht näher spezifiziert wurden. Auf Rang 7 finden sich „Sonstige Angebote“, die sehr spezifische Maßnahmen (z. B. Unfallprävention, Sicherheit bzw. Gewaltprävention, Umgang mit PC/Technik, bürgerschaftliches Engagement, Freizeitgestaltung, Sturzprophylaxe, Mobilität) umfassen. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger (Rang 8), aufsuchende Sozialarbeit (Rang 9), präventiver Hausbesuch und Maßnahmen, um das Wissen über Alternsprozesse zu fördern (jeweils Rang 10) werden eher selten angeboten. Wohnberatung, Verbesserung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Information bzw. Beratung zum Umgang mit Medikamenten, Information bzw. Beratung zum Umgang mit Alkohol und Alkoholproblemen, Maßnahmen zur Steigerung der Selbstsicherheit bzw. des Selbstbewusstseins, Gedächtnistraining und Angebote zur Stärkung des Pflegepotenzials der Familie werden als Themenfelder nur in einigen wenigen Projekten angesprochen.

6.2.1 Aufsuchende Aktivierung (WHO)

Im Kontext der Weltgesundheitsorganisation wurde der Ansatz der „Aufsuchenden Aktivierung“ geprägt. Dem Ansatz liegt – gemäß dem Konzept des Aktiven Alters – die Annahme zugrunde, dass Gesundheit und Wohlbefinden im Alter in hohem Ausmaß von einer aktiven und selbstbestimmten Lebensführung beeinflusst werden. Ziel der aufsuchenden Aktivierung ist es, im Rahmen individueller Kontakte in der häuslichen Umgebung älterer Menschen Möglichkeiten und Hindernisse für ein aktives Altern zu identifizieren und individuelle Lösungsstrategien zu erarbeiten. Übergeordnetes Ziel der Interventionen ist die Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen.

Der Ansatz wurde in drei unterschiedlichen Regionen (Kleinstadt im ländlichen Raum, ausgewählte Wohngebiete innerhalb von Großstädten) und unter verschiedenen institutionellen Voraussetzungen realisiert (WHO, 2005). Insgesamt zeigte sich, dass im Rahmen der drei Demonstrationsprojekte sowohl auf der individuellen Ebene wie auf kommunaler Ebene – Erfolge erzielt werden konnten. Der Ansatz der aufsuchenden Aktivierung ist dabei insbesondere für ältere Menschen, die sich in kritischen Lebenssituationen befinden, empfehlenswert. Im Projektverlauf konnte in

dieser Gruppe eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität festgestellt werden.

Im Hinblick auf die Verbesserung der Zusammenarbeit der an der sozialen und gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen beteiligten kommunalen Akteurinnen und Akteure, zeigte sich, dass die Angebote an die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung angepasst werden konnten. Zusammenarbeit und Vernetzung leisteten auch einen Beitrag dazu, Doppelstrukturen abzubauen und fehlende Angebote einzurichten. Durch die transparente Darstellung des kommunalen Angebots konnte auch in der individuellen Beratung die Auswahl passender Angebote erleichtert werden. Die Berücksichtigung von Aktivitäten, die außerhalb des klassischen Gesundheitsversorgungssystems liegen, z. B. soziokulturelle oder sportliche Angebote, kann zur Erweiterung der Angebotspalette für ältere Menschen beitragen (WHO, 2005).

Im Kontext des Modellvorhabens zur Aufsuchenden Aktivierung wurde auch der zu erwartende **ökonomische Nutzen** diskutiert, wobei dieser – wie bei allen komplexen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung – nur schwer abzuschätzen ist. Durch die Etablierung und Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation konnte die Effizienz und das Kostenbewusstsein hinsichtlich der Versorgung gesteigert werden. Werden Projektumsetzung und die Erfolge im Rahmen der **Öffentlichkeitsarbeit** dokumentiert und präsentiert, kann zudem die Wahrnehmung der Qualität der Gemeinde insgesamt – seitens der älteren Bürgerinnen und Bürger aber auch seitens der Gesamtbevölkerung – positiv beeinflusst werden (**„Marketingeffekt“**). Die Steigerung der gemeindebezogenen Lebensqualität wirkt sich außerdem positiv auf die Bereitschaft zu **bürgerschaftlichem Engagement** aus; was wiederum zur Ergänzung und Unterstützung der bestehenden (professionellen) Angebote beitragen kann.

„Letztlich ist die Aufwand-Nutzen-Relation daher immer nur mit Blick auf die Gesamtheit der Arbeit, quasi als ‚Mischkalkulation‘ einzuschätzen. Der Aufwand hängt in starkem Maße davon ab, in wie weit auf bereits kleinräumig bestehende Beratungs- und Versorgungsstrukturen zurückgegriffen werden kann.“ (WHO, 2005, 44f).

Exkurs „aktiv55plus – Gesundes und aktives Altern in Radevormwald“

Das Projekt „aktiv55plus – Gesundes und aktives Altern in Radevormwald“ zielt darauf, die Lebensqualität der über 55-jährigen Bevölkerung durch Aktivierung und Mobilisierung zu verbessern. Basierend auf dem Konzept des Aktiven Alterns sollten ältere Menschen zu mehr Eigenaktivität befähigt werden (Empowerment). Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheitsleistungen sollten sensibilisiert, bestehende kommunale Angebote miteinander vernetzt und für die Gesundheitsförderung älterer Menschen nutzbar gemacht werden.

Ein Hauptziel des Projektes besteht darin, die Gesundheit der älteren Bürgerinnen und Bürger einer Kommune im ländlichen Raum unter Rückgriff auf vorhandene kommunale Ressourcen nachhaltig zu verbessern und zu fördern. Im Mittelpunkt der gesundheitsfördernden Maßnahmen stehen dabei ältere Bürgerinnen und Bürger (55+), die gegenwärtig von kritischen Lebensereignissen betroffen waren oder in naher Zukunft damit konfrontiert werden. Interventionen werden sowohl auf der individuellen Ebene der Bürgerinnen und Bürger als auch auf der systemisch-strukturellen Ebene der Kommune durchgeführt. Das Projekt vereint somit einen klientenzentrierten Ansatz mit Maßnahmen der intersektoralen Zusammenarbeit.

Kennzeichnend für Radevormwald, eine Kleinstadt im ländlichen Raum, war eine bereits positive Ausgangssituation, die durch eine gut ausgestattete „soziale Infrastruktur“ (Vereine, Kirchengemeinden, Selbsthilfegruppen) und damit einhergehend ein hohes Maß an bürgerschaftlichem Engagement gekennzeichnet war. Darüber hinaus war bereits ein „Lokales Netzwerk der sozialen Kompetenz“ vorhanden, dem Hausärztinnen und Hausärzte, die Arbeitsgemeinschaft Physiotherapie, die Diakoniestation und die Hospizbewegung angehören. Im Rahmen dieses Projektes wurde auf zwei Interventionsebenen angesetzt: zum einen auf der individuellen Ebene der älteren Menschen mittels eines aufsuchenden, klientenzentrierten Ansatzes; zum anderen auf der systemischen Ebene im Sinne der intersektoralen Kooperation der lokalen gesundheitsbezogenen Akteure (WHO, 2005).

Der klientenzentrierte Ansatz umfasst präventive Hausbesuche zur Ermittlung individueller Bedürfnisse und zur Anregung der Aufnahme von Aktivitäten. Die Hausbesuche werden durch ein multiprofessionelles geron-

tologisches Beratungsteam unterstützt, das im Rahmen wöchentlicher Fallbesprechungen zur Klärung offener Fragen und zur Ermittlung von Zugangs- und Inanspruchnahmebarrieren zusammenkommt. Gegenstand der individuellen Beratung sind (Hikl & Bill, 2005,25):

- Aufzeigen von Möglichkeiten und Chancen für neue Lebensperspektiven und Betätigungen;
- Förderung des individuellen Selbsthilfepotenzials;
- Förderung der Eigeninitiative (Ziele: Aktivierung und Steigerung der Lebensqualität);
- Unterstützende Bildung von Klientengruppen (Kontakte zu Gleichgesinnten, Bildung informeller Netzwerke) zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Eigeninitiative und Motivation auch nach Beendigung der individuellen Begleitung;
- Transparenz im Hinblick auf kommunale Angebote vermitteln.

Im Rahmen der Hausbesuche erfolgte beim Erstgespräch die Erfassung der Lebens- und Gesundheitssituation. Das Ziel bestand darin, mit den älteren Menschen Zielvereinbarungen zur Aktivierung zu erarbeiten. Die zugehende Arbeitsweise erwies sich als zielgerechter Zugang, um Schwellenängsten, die die Beteiligung bzw. die Teilnahme an Aktivitäten oft behindern können, abzubauen. Zudem konnte auf diesem Weg ein Vertrauensverhältnis zwischen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern und den älteren Menschen aufgebaut werden (Hikl & Bill, 2005,32ff).

Insgesamt beteiligten sich 341 Seniorinnen und Senioren, die von den Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeitern besucht und beraten wurden. Nach einer Erfassung der Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezüglich potentieller gesundheitsfördernder Angebote und bestehender Leistungsansprüche beraten. Auch Barrieren, die der Teilnahme an entsprechenden Angeboten im Wege standen, wurden erfasst und bearbeitet (Methode der aufsuchenden Aktivierung und Hilfe zur Selbsthilfe). Im zweijährigen Projektzeitraum erfolgten mindestens drei Hausbesuche; insgesamt waren es 2.750 Besuche, die zu 1.192 Vereinbarungen zur Aufnahme und Ausübung gesundheitsfördernder Aktivitäten führten. Bei dem Projekt wurde deutlich, dass die Angebote sozialer Aktivitäten im Vergleich zu körperlichen und kulturellen Aktivitäten

im wesentlich höheren Maße von den Teilnehmenden in Anspruch genommen wurden. Ergebnisse der Teilnehmerbefragung ergaben, dass 40 % der Klientinnen und Klienten eine Steigerung ihrer Lebensqualität durch das Projekt erfuhren (Hikl & Bill, 2005).

Die Ergebnisse der klientenzentrierten Beratungen wurden u. a. zur Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit eingesetzt, indem daraus angemessene Lösungs- und Verbesserungsstrategien abgeleitet werden. Auch die ermittelten persönlichen Ziele, Erwartungen und Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten werden einbezogen und zur Weiterentwicklung der lokalen Angebotsstruktur, die sowohl freiwillige Initiativen als auch professionelle Dienstleister im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich umfasst, genutzt. Im Rahmen einer lokalen Arbeitsgruppe wurde versucht, gemeinsame Lösungsstrategien zu entwickeln. Bei der angestrebten Anpassung der Angebotsstruktur an die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung wurden an verschiedenen Stellen Konflikte deutlich. Die Klärung finanzieller Zuständigkeiten gestaltete sich z. B. schwierig, da einheitliche Regelungen fehlen. Einzelne Probleme konnten hingegen durch Selbstorganisation schnell überwunden werden (z. B. Verbesserung der Mobilität durch die Einrichtung eines Bürgerbusses) (Hikl & Bill, 2005, 41ff). Informationen über Versorgungsangebote konnten deutlich verbessert werden. Die Öffentlichkeit wurde für die Gesundheitsthematik sensibilisiert. Eine Erweiterung der Angebotspalette konnte realisiert werden. Eine Beeinträchtigung der lokalen Zusammenarbeit ergab sich allerdings aufgrund hoher Mitgliederfluktuation und mangelnder Teilnahme einzelner Mitglieder. Zudem wäre für eine nachhaltige und grundlegende Veränderung eine engere Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertreter der Politik sinnvoll gewesen (Hikl & Bill, 2005, 50f). Nach Abschluss der Modellprojektphase wurde das Angebot in den Trägerverein Aktiv55plus e. V. überführt und verstetigt.

6.2.2 Kommunale Gremien – Initiatoren und Steuerungsinstanzen

Das Europäische Healthy-Cities-Network schreibt sich in Zeiträumen von jeweils fünf Jahren fort. Ein Schwerpunkt der letzten Phase (2003 – 2008) umfasste auch das Thema „Gesundes Altern“. Im Rahmen ihrer Mitgliedschaft im europäischen WHO-Netzwerk der „Gesunden Städte“ initiierte die Stadt **Dresden** Ende 2005 das Projekt „**Gesundes und aktives Altern**“. Im September 2006 verabschiedete der Beirat „Gesunde Städte“ als Projektziele den Erhalt körperlicher und geistiger Gesundheit sowie der Selbständig-

keit, den Erhalt der Lebensqualität und die Ermöglichung von Teilhabe in altersgerechter Chancengleichheit. Als Zielgruppe wurde die „Generation 50 plus“ festgelegt.

Zentrales Steuerungsinstrument des Gesamtprojektes ist der im Aktionsprogramm formulierte Ziel- und Maßnahmenplan. Dieser wurde fachlich unter Beteiligung der relevanten Zielgruppe erarbeitet und politisch beschlossen. Er dient zur Umsetzung einer modernen, ressourcenorientierten, ressortübergreifenden und gesundheitsfördernden Seniorenpolitik. Grundlegende Arbeitsprinzipien sind Vernetzung, Ressourcenorientierung, Beteiligung, Integration und ein positives Altenbild. Die Umsetzungsmaßnahmen finden sich auf Planungs- und Projektebene unter anderem in den Bereichen Seniorensport, bewegungsfördernde Stadtentwicklung, altersgerechte Stadtplanung, Prävention von Typ-2-Diabetes bei sozial Benachteiligten, Ehrenamts- und Tauschbörsen, Seniorenbildung und Mehrgenerationenprojekte (Kasimir-Gläser, 2007).

In Dresden wurde – ausgehend von einem umfassenden Stadtgesundheitsprofil für ältere Menschen und einer partizipativ angelegten **Gesundheitskonferenz** – ein **Aktionsprogramm „Gesundes und Aktives Altern“** entwickelt und mit einem detaillierten **Ziel- und Maßnahmenplan** versehen. Hervorzuheben ist, dass das Aktionsprogramm als dynamisches Instrument zur Umsetzung einer ressortübergreifenden und gesundheitsfördernden Seniorenpolitik angelegt ist. Eine Aktualisierung, Fortschreibung und damit verbunden die Möglichkeit zur Maßnahmenevaluation wird durch eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung und **Gesundheitskonferenz** sichergestellt. Von Bedeutung ist ebenfalls die politische Unterstützung und der begleitende Prozess „politischer Willensbildung für einen ressourcenorientierten Umgang mit älteren Menschen und zur Förderung ihrer Gesundheit“ (Kasimir-Gläser et al. 2008, 129), in deren Folge das Aktionsprogramm einstimmig im Stadtrat verabschiedet wurde¹⁹.

Im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen ist darauf zu verweisen, dass ein Großteil der Maßnahmen an bereits vorhandenen Strukturen und Angeboten anknüpft. Des Weiteren sind im Zuge der Realisierung der Maßnahmen auch kooperative und vernetzende Ansätze von Bedeutung. Die Finanzierung ist laut Ziel- und Maßnahmenplan „unter Haushaltsvorbehalt im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel und innerhalb der Budgets der

¹⁹ Weiterführende Materialien sind online verfügbar unter (Zugriff 02/2009) <http://www.dresden.de/de/03/13/01/schwerpunktthemen.php>

Fachämter zu realisieren. Die Entscheidungen zu Prioritätensetzungen innerhalb der jeweiligen Ämterbudgets obliegen dem jeweiligen Beigeordneten.“ (Kasimir-Gläser et al. 2008,135)²⁰.

Das Projekt „**Neues Altern in der Stadt**“ (NAIS) soll Kommunen bei einer demographisch verantwortungsvollen Politik unterstützen. Kommunen sollen zukunftsfähig und die Lebensqualität der Einwohnerinnen und Einwohner nachhaltig verbessert werden. Das Projekt wurde von der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit wissenschaftlichen Expertinnen und Experten sowie mit verschiedenen Institutionen entwickelt. Bruchsal ist eine der sechs Pilotkommunen, die an der Erprobungsphase teilgenommen haben. Die Bertelsmann Stiftung führte gemeinsam mit den Pilotkommunen eine Analyse-, Aktions-, und Abschlussphase durch, die im Prozess begleitet, gesteuert und evaluiert wurde. Alle Projektphasen wurden durch eine interdisziplinär zusammengesetzte beratende Steuerungsgruppe begleitet. Die Kommunen stellten für die Projektdurchführung eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter zur Verfügung (0,5 Personalstellen), der durch eine ehrenamtliche Mitarbeiterin bzw. einen ehrenamtlichen Mitarbeiter unterstützt wird. Gemeinsam bilden sie das örtliche Projektteam, das sogenannte Tandem, das die kommunalen Projektaktivitäten vorbereitet und auch für die Koordination und Umsetzung zuständig ist. In den Pilotkommunen wurde zu Beginn des Projektes ein „Initiativkreis NAIS“ gegründet. In einem moderierten partizipativen Szenarioverfahren wurde in Bruchsal „Gesundheitsförderung und Prävention“ als Schwerpunktthema ermittelt. Die Zielgruppe umfasst die gesamte Bevölkerung Bruchsals, unter spezieller Berücksichtigung der Bevölkerung, die an Vorsorge und bestehenden Gesundheitsangeboten nicht teilnimmt bzw. nicht teilnehmen kann. Es wurden fünf Arbeitsgruppen zu den Themen „Bewegung und Ernährung“, „Pflege ist mehr“, „Geistig fit und aktiv“, „Präventive Hausbesuche“ und „Wegweiser“ gebildet. Im Rahmen der Arbeitsgruppen wurde zunächst eine Bedarfsermittlung durchgeführt. Weitere Ziele der Arbeitsgruppen waren eine Intensivierung der Vernetzung und Bewerbung der bestehenden Angebote sowie eine Verbesserung der Angebote und gegebenenfalls eine Initiierung neuer Angebote²¹.

Altgeld (2008) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass das Prozessschema der betrieblichen Gesundheitsförde-

rung auch als Handlungsgrundlage für die Bearbeitung des Themas „Gesundes Altern in Kommunen“ genutzt werden kann. Aus der betrieblichen Gesundheitsförderung bewährte Maßnahmen der Prozessorganisation, der Aufbau von Strukturen und die Entwicklung von Maßnahmen können auch auf das kommunale Setting übertragen werden. In Bruchsal konnte auf eine große Gruppe interessierter und engagierter Anbieterinnen und Anbieter, aber auch älterer Bürgerinnen und Bürger zurückgegriffen werden, die an dem Plenum zur Steuerung der Prozesse beteiligt waren. Die beteiligten Akteurinnen und Akteure ordneten sich nach der Auftaktveranstaltung den fünf o.g. Arbeitsgruppen zu, die im Rahmen von bis zu zehn Treffen (innerhalb eines Zeitraums von acht Monaten) folgende Aufgaben übernahmen:

- Analyse der Angebotsstruktur im jeweiligen Themenfeld
- Ableitung von Defiziten und Handlungsbedarf
- Entwicklung und Priorisierung von Maßnahmenvorschlägen (Kriterien der Priorisierung: Konsens in der Arbeitsgruppe, zeitnahe Umsetzbarkeit, Machbarkeit).

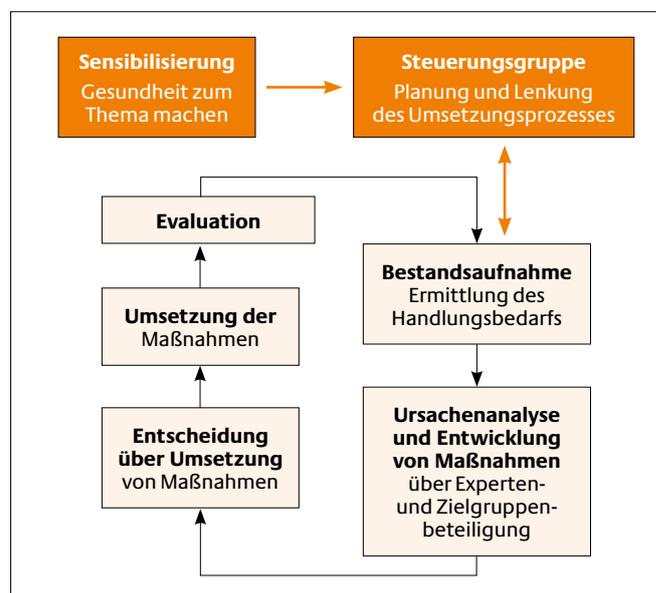


Abb. 1: Gesundheitsförderung in der Kommune als Prozess
Quelle: Altgeld, 2008, 213.

Der Umfang der Analysephase variierte dabei je nach Themenfeld, z. B. aufgrund der heterogenen Angebotsstruktur, aber auch dann, wenn bevölkerungsbezogene Daten in die Analyse einbezogen wurden (z. B. wurde im Rahmen der AG „Präventive Hausbesuche“ die Bewohnerstruktur eines sozial benachteiligten Stadtteils berücksichtigt). Die im Kontext der AG Präventive Hausbesuche entstandene

20 Die Kosten für die Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitskonferenzen und weitere (geplante) Maßnahmen im direkten Zusammenhang mit dem Thema Gesund Altern sind im Haushalt für das städtische WHO-Projekt berücksichtigt (Kasimir-Gläser et al. 2008,135).
21 Vgl. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>; Projektflyer NAIS, NAIS ausführliche Projektbeschreibung

Verknüpfung von präventiven Hausbesuchen und Quartiersmanagement im Gebiet des Programms „Soziale Stadt“ ist in diesem Sinne bisher einmalig. Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass Programme und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention spezifisch auf die jeweilige kommunale Situation abgestimmt, entwickelt und umgesetzt werden müssen (Altgeld, 2008,214).

6.2.3 Forschungsvorhaben

Die nachfolgend aufgeführten Forschungsvorhaben sind auf die Etablierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im kommunalen Setting gerichtet. Ziel ist es dabei u. a. auch, Handlungsorientierungen für die Präventionspraxis der Kommunen abzuleiten. Als Zielgruppen werden ältere Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch ältere sozial benachteiligte Personen und ältere Menschen mit Behinderungen adressiert.

Ziel des Forschungsprojektes **„Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“** ist es, weiterführende Erkenntnisse zu Zugängen und Inanspruchnahme sowie zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu gewinnen. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist die Untersuchung der Bedeutung der Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen des Projektes werden Interviews mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund (Teilnehmerinnen und Teilnehmer bzw. Nicht-Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmer an Präventionsmaßnahmen) und Experteninterviews durchgeführt. Darüber hinaus finden an den beiden Projektstandorten Duisburg und Mönchengladbach jeweils gemeinsame Werkstattgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe, mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie relevanten Akteurinnen und Akteuren aus den kommunalen Handlungsfeldern Integrationsarbeit, Seniorenarbeit und Gesundheitsförderung statt. Aus den Untersuchungsergebnissen werden Handlungsorientierungen für die Präventionspraxis in den Kommunen abgeleitet. Vorgesehen ist die Erarbeitung von Empfehlungen

- zur Entwicklung effektiver und zielgruppengerechter Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung
- zum Auf- und Ausbau von partizipativen, gesundheitsfördernden Strukturen
- zur Erschließung neuer Zugangswege zur Zielgruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Ergebnisse werden in einem Praxisleitfaden und in einem Forschungsbericht zur Verfügung gestellt. Das Projekt (Laufzeit: 10/2007 – 6/2010) wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Schnabel, Menke & Olbermann, 2007).

Das „Märkische Viertel“ (Berlin-Reinickendorf) ist eine Großsiedlung mit 16.000 Wohnungen, die im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus in den 1960er Jahren entstanden ist. Das dort etablierte **„Netzwerk Märkisches Viertel“** ist eine ehrenamtliche Initiative zur Vernetzung lokaler Akteure, das u. a. darauf zielt, die Wohn- und Lebensqualität älterer Bewohner und Bewohnerinnen zu verbessern. Im Rahmen des interdisziplinären Projektes **„Primärpräventive Wirkungen der Arbeit des Netzwerkes Märkisches Viertel“** (07/2007 bis 07/2010) wird das Netzwerk als lokale Struktur primärpräventiver Gesundheitsförderung für ältere Menschen analysiert. Die Evaluation erfolgt in einem partizipativ angelegten Prozess, d. h. unter Beteiligung der Zielgruppe ältere Menschen und der Akteurinnen und Akteure des Netzwerkes. Von besonderem Interesse ist dabei zu ermitteln, welche Wirkungen des Netzwerkes auf Bewohnerinnen und Bewohner des Viertels und insbesondere auf sozial benachteiligte ältere Menschen ausgehen. Eine zentrale Frage ist dabei u. a. auf welchem Weg sozial benachteiligte ältere Zielgruppen erreicht und motiviert werden können. Im Rahmen der Umsetzung primärpräventiver Strategien innerhalb des „Netzwerkes Märkisches Viertel“ nimmt die Gestaltung der Lebenswelt zentralen Stellenwert ein. Diesbezüglich ist es von Interesse, (Qualitäts-) Merkmale und Ausgestaltungsformen gesundheitsfördernder lokaler Maßnahmen unter Berücksichtigung der baulichen, infrastrukturellen und sozialen Gegebenheiten zu ermitteln. Weitere Ziele der Untersuchung sind²²:

- Analyse der Wirkungen der Netzwerkarbeit insbesondere auf sozial benachteiligte ältere Bewohner und Bewohnerinnen
- Anregungen für mögliche Verbesserungen
- Entwicklung von Instrumenten der Selbstkontrolle
- Überprüfung der Übertragbarkeit und Modellhaftigkeit des Ansatzes.

Das Projekt Aktionsbündnis **„Gesund leben und älter werden in Eving“** zielt auf die Etablierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von älteren Menschen mit hohen sozialen, personalen und gesundheitlichen Risiko-

22 Zugriff 07/2009 <http://www.igfberlin.de/index.php?p=21#prim%E44rpr%E44ventive>

faktoren, die von bestehenden gesundheitsfördernden Angeboten bisher nicht oder kaum erreicht werden. Als besondere Zielgruppen wurden neben älteren sozial benachteiligten Personen, ältere Menschen mit Migrationsgeschichte und ältere Menschen mit Behinderungen im Dortmunder Stadtbezirk Eving identifiziert, in dem Personen mit entsprechenden Risikofaktoren einen durchaus beachtlichen Bevölkerungsanteil ausmachen. Im Kontext der Aufbauphase wurden zunächst verschiedene Akteure im Stadtbezirk vernetzt, eine Analyse bestehender Angebote vorgenommen, Handlungsbedarfe und Handlungsfelder identifiziert und Zugangswege zu den Zielgruppen eröffnet. Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppen soll auf dieser Basis ein integriertes Konzept zur Gesundheitsförderung der Zielgruppen entwickelt und verschiedene Angebote erprobt werden. Auf allen Ebenen findet eine Orientierung an den Ressourcen und Kompetenzen der Zielgruppen statt (Empowerment). Weiterhin wird eine hohe Partizipation der Zielgruppen bei der Entwicklung und Modifizierung der Angebote angestrebt, um die Passgenauigkeit zwischen Bedürfnissen und den zu etablierenden Angeboten zu maximieren. Der Prozess wird wissenschaftlich begleitet; die Evaluationsergebnisse werden direkt für die weitere Konzeptentwicklung und -veränderung genutzt. Die Evaluation dient dabei gleichsam auch als Instrument der Qualitätssicherung. Im Rahmen einer aktivierenden Befragung der Zielgruppen wurden zudem Ressourcen, Potenziale, Bedürfnisse und Erwartungen der Älteren im Hinblick auf Angebote der Gesundheitsförderung im Stadtbezirk ermittelt. Des Weiteren wurden Motive, Barrieren und Voraussetzungen für ein freiwilliges Engagement im Rahmen gesundheitsfördernder Aktivitäten ermittelt. Das Projekt wird durch das BMG im Rahmen des Aktionsbündnisses „Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ gefördert (Schmitt & Olbermann, 2008).

7 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorangegangene Darstellung zeigt eine große Bandbreite unterschiedlicher Ansätze der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen auf. Kennzeichnend ist, dass es sich um wissenschaftlich oder zumindest institutionell begleitete Projekte und Modellvorhaben handelt. Die hier beispielhaft vorgestellten Projekte verfügen somit über sehr vorteilhafte Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Initiierung der Maßnahmen (z. B. Modellvorhaben, Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk, vorhandene soziale Infrastruktur, Kommune als Auftraggeber). Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse der Praxisbeispiele zusammengefasst. In diese Übersicht fließt die Zusammenfassung der Ergebnisse der Experteninterviews²³ ein, die ergänzend im Rahmen der Expertise geführt wurden.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass die Realisierung von Stadtteil- oder Gemeindeentwicklungsprozessen unter Berücksichtigung der älteren Bevölkerung prinzipiell möglich, aber durchaus „voraussetzungsreich“ ist. Dies gilt umso mehr, wenn es darum geht, die ältere Zielgruppe zu erreichen. Eine auf Seniorinnen und Senioren bezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune erfolgt nicht im Selbstlauf, sondern muss vielmehr initiiert, organisiert und nachhaltig gesichert werden.

Auf der Grundlage der Literaturanalyse und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Experteninterviews können folgende Merkmale, aber auch Voraussetzungen und Handlungserfordernisse zusammengefasst werden.

Eine grundlegende Voraussetzung für die Realisierung gesundheitsfördernder Arbeit im kommunalen Setting wird in der verbindlichen **Festlegung von Zuständigkeiten** auf kommunaler Ebene gesehen. Gegenwärtig sind die Verantwortlichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention auf lokaler Ebene weit gestreut und häufig fehlt es an einem verbindlichen, koordinierenden und federführenden Akteur.

²³ Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden ergänzend leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Das Ziel der Gespräche bestand darin, eine Bewertung der gegenwärtigen Umsetzung des Setting-Ansatzes für die Zielgruppe ältere Menschen im Setting Kommune zum einen aus der wissenschaftlichen Perspektive einzuholen (drei Gespräche). Zum anderen wurden vier Gespräche mit Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeitern geführt, um praktische Erfahrungen zur Umsetzung des Setting-Ansatzes für die Zielgruppe ältere Menschen im Setting Kommune zu ermitteln.

Eine weitere notwendige Bedingung besteht in der **Bereitstellung von Ressourcen** für die Etablierung grundlegender Strukturen kommunaler Gesundheitsförderung, wie z. B. die Einrichtung einer lokalen Koordinierungsstelle. Auf kommunaler Ebene ist diesbezüglich auch die Klärung finanzieller Zuständigkeiten für die Umsetzung von Setting-Prozessen erforderlich. Die Praxiserfahrungen deuten dabei auf die Möglichkeiten der Mischfinanzierung hin. Gute Erfahrungen werden auch von der Einrichtung eines Projektfonds berichtet. Letztgenanntes wird auch im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ als empfehlenswerte Mittelverwaltung benannt. Gleichwohl wird festgestellt, dass diese Finanzierungsform nur vergleichsweise selten umgesetzt wird.

Die Sicherstellung der Nachhaltigkeit kommunaler gesundheitsfördernder Maßnahmen, die in der Regel einen langfristigen Veränderungs- und Gestaltungsprozess erfordern, stellt eine wesentliche Herausforderung dar. Aus den vorliegenden Materialien geht nicht für alle Projekte hervor, ob eine Verstetigung und finanzielle Absicherung der Maßnahmen erfolgt ist. Das Projekt „Aktiv55plus“ konnte beispielsweise in einen Verein überführt werden. Für das Projekt in Dresden ist eine kontinuierliche kommunale Begleitung durch das Gesunde Städte-Projekt der Stadt sichergestellt. Auch in Bruchsal, einer der NAIS-Pilotkommunen, werden die in der Modellphase erarbeiteten Maßnahmevorschläge weiter verfolgt.

Von großer Bedeutung ist die **Bereitschaft der Städte und Gemeinden** zur Thematisierung und Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung für die Zielgruppe ältere Menschen. In diesem Sinne ist auch die „politische Rückendeckung“ – idealerweise in Form eines einstimmigen Ratsbeschlusses – als eine weitere wesentliche Voraussetzung anzusehen. Für settingbezogene Entwicklungen – die perspektivisch betrachtet langfristige Verfahren umfassen – ist die Bedeutung der Kontinuität von Strukturen und Finanzierung, aber auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hervorzuheben. Die Stabilität der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner erweist sich dabei insbesondere für die Zielgruppe ältere Menschen als notwendig (Initialvertrauen, vgl. Douma et al., 2007).

Im Hinblick auf die notwendige **Infrastruktur vor Ort** ist hervorzuheben, dass zum einen die Festlegung eines lokalen Akteurs, der hauptverantwortlich für die Koordinati-

on des Setting-Prozesses zuständig ist, ebenso notwendig ist, wie die Einrichtung einer lokalen Koordinierungsstelle. Empfehlenswert erscheint insbesondere die Stärkung des sozialräumlichen und des sozialogenbezogenen Blicks auf Gesundheit in den vorhandenen lokalen Entwicklungsverfahren oder Strukturen. Eine Möglichkeit besteht z. B. darin, entsprechende Funktionen in den Quartiersmanagements, die im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ entstanden sind, zu integrieren. Aber auch dem Gesundheitsamt oder Gemeinwesenvereinen können diese Funktionen übertragen werden.

Ein gesundheitsbezogenes Begleitprogramm zu sozialen Stadtentwicklungs-Projekten unter Berücksichtigung älterer Menschen wäre wünschenswert. Im Rahmen einer dementsprechenden fachlichen wie wissenschaftlichen Begleitung vorhandener kommunaler Strukturen und Maßnahmen kann zudem die Sensibilisierung kommunaler Akteure für das Thema der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen gefördert werden. Gleichsam könnte auf diesem Weg eine Qualifizierung und Weiterentwicklung vorhandener lokaler Strukturen (z. B. Quartiersmanagements; stadtteilbezogene Seniorenberatungsstellen oder Seniorenbegegnungsstätten) erfolgen.

Eine **gesundheitsfördernde Anpassung und Weiterentwicklung lokaler Strukturen** erfolgte in allen untersuchten Projekten. Diese Strukturentwicklung und Strukturangepassung wurde im Kontext unterschiedlicher Gremien (z. B. Gesundheitskonferenz, stadtteilbezogene Arbeitskreise) geplant und realisiert. Insbesondere seitens der Kommunalverwaltung initiierte Gremien können dabei als Initiator und Steuerungsinstantz fungieren (z. B. in Dresden zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen und Aktionsplänen zum Gesunden und Aktiven Altern).

Im Hinblick auf die personelle Besetzung einer Koordinierungsstelle für settingbezogene Entwicklungsprozesse wird eine hauptamtliche Leitung als notwendig erachtet. Insbesondere in dem gering formalisierten kommunalen Setting kommt der **Koordination der Akteurinnen und Akteure**, aber auch der kontinuierlichen Begleitung und Förderung des Setting-Prozesses wesentliche Bedeutung zu. Im Sinne einer gesundheitsfördernden Strukturentwicklung übernimmt die Koordinatorin bzw. der Koordinator auch die Aufgabe der Sensibilisierung von Verwaltung, Politik und lokalen Anbietern von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen für das Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Hinzu kommt das Einbringen des Themas in die Diskussion vorhandener lokaler Gremien (z. B. kommunale Pflege- oder Gesundheitskonferenzen).

Des Weiteren sind folgende Anforderungen an die Qualifikation und Erfahrung der Koordinatorin bzw. des Koordinators hervorzuheben:

- Gerontologisches und oder geriatrisches Wissen
- Public Health-Wissen
- Kenntnis der lokalen Gegebenheiten, der Verwaltungsabläufe, der politischen Verfahrenswege sowie der relevanten lokalen Akteure
- Kommunikationskompetenz (Zielgruppe, kommunale Akteure)
- Weitere Kompetenzen entsprechend der gewählten älteren Zielgruppe (z. B. Fremdsprachen).

In Bezug auf den **Settingprozess** und eine gesundheitsgerechte Stadtteilgestaltung verdeutlichen die Erfahrungen, dass es keine Patentrezepte gibt. Handlungsleitend muss deshalb eine möglichst umfassende **Analyse der kommunalen Ausgangssituation** sein. Wegweisende Orientierungspunkte können dabei die Qualitätselemente gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung sein (vgl. Bär, Böhme & Reimann, 2009,3f).

Ein entsprechendes Berichtssystem kann dabei nicht nur in der Planungsphase Anwendung finden; regelmäßig fortgeführt eignet es sich auch für die **Prozessbegleitung (Monitoring) und die Bewertung von Maßnahmen (Evaluation)**. Dabei darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass die Anwendung entsprechender Instrumente und die dementsprechend kontinuierliche Dokumentation und Evaluation wiederum an Voraussetzungen gebunden ist (finanzielle, fachliche und personelle Ressourcen).

Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung im Setting Kommune wird der Kenntnisstand zur Evaluation als mindestens lückenhaft bezeichnet (Elkeles, 2006, 48). Evaluation und Qualitätsmanagement befinden sich hier erst im Aufbau (zum Stand von Evaluation und Qualitätsmanagement in settingbezogenen Projekten vgl. auch Altgeld et al. 2006; Kilian et al. 2004; Douma & Kilian 2007; Kümpers, 2008; Elkeles, 2006).

Zur praktischen Ausgestaltung sozialraumorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen ist zudem auf folgende Aspekte in den Bereichen **Zugang, Zielgruppe und Beteiligungsverfahren** hinzuweisen. Da insbesondere ältere Menschen schlechter oder verspätet erreicht werden, wenn gesundheitsfördernde Projekte auf die gesamte

Bewohnerschaft z. B. eines Stadtteils gerichtet sind (vgl. z. B. Kümpers, 2008b), erweist sich die Spezifizierung der Zielgruppe und der spezifischen Zugangswege als unerlässlich. Die Eingrenzung der Zielgruppe stellt dabei einen wesentlichen Arbeitsschritt innerhalb der Analyse der Ausgangssituation dar. Im Rahmen der untersuchten Projekte wurde eine große Bandbreite der einbezogenen Zielgruppen deutlich. Im Einzelnen wurden folgende Gruppen adressiert:

- Altersgruppen ab 45 bzw. 50 Jahren (Einbezug von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern) und ältere
- ältere Menschen nach kritischen Lebensereignissen bzw. Übergängen (z. B. Ruhestand, Verlust einer Lebenspartnerin oder eines Lebenspartners)
- Sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen
- ältere Migrantinnen und Migranten
- eingeschränkt mobile Menschen
- ältere Menschen mit Behinderungen
- Personen und Organisationen bzw. Einrichtungen, die im beruflichen und familiären Alltag mit der „direkten“ Zielgruppe befasst sind.

Die **Adressierung sozial benachteiligter älterer Zielgruppen** wird nicht in allen untersuchten Projekten explizit vorgenommen. Im Projekt NAIS wird dieses Thema in einem Teilprojekt aufgegriffen. Hier wird im Programmgebiet der „Sozialen Stadt“ eine Verknüpfung von Quartiersmanagement und dem Ansatz präventiver Hausbesuche angestrebt. Von Interesse erscheinen in diesem Zusammenhang die zu erwartenden Ergebnisse der in Kapitel 6.2.5 vorgestellten Forschungsvorhaben zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

Die **Gestaltung des Zugangs** sollte auf die Zielgruppe älterer Menschen, die erreicht werden soll, abgestimmt werden. Für die Erreichbarkeit der älteren Bevölkerung ist zudem eine Vertrauensbasis zwischen Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeitern und älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern unerlässlich (Initialvertrauen, vgl. Douma et al., 2007).

Mit der Berücksichtigung älterer Menschen als Zielgruppe der Gesundheitsförderung betreten die meisten Kommunen „Neuland“. In der Mehrzahl der untersuchten Projekte steht eine **Differenzierung der älteren Zielgruppe nach Geschlecht** nicht im Mittelpunkt. In der Praxis ergibt sich eine entsprechende Differenzierung zum Teil „auto-

matisch“, wenn z. B. Hochaltrige oder verwitwete Personen adressiert werden, da von beiden Phänomenen typischerweise eher ältere Frauen betroffen sind.

Allgemein ist anzumerken, dass die Gestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen und die Bestimmung der Zielgruppen auf der Grundlage einer umfassenden Analyse der kommunalen Ausgangssituation erfolgen sollten; dabei sollte das Kriterium Geschlecht berücksichtigt werden.

In Abhängigkeit von der adressierten Zielgruppe können **zugehende Strategien**, z. B. der WHO-Ansatz der „Aufsuchenden Aktivierung“ und der präventive) Hausbesuch gewählt werden. Ebenso können ältere Menschen in Begegnungsstätten, Sportvereinen, Kirchengemeinden oder Arztpraxen erreicht werden. **Komm-Strukturen** wie z. B. Seniorenberatungsstellen und Stadtteilbüros setzen voraus, dass die älteren Menschen diese aufsuchen.

Die Gestaltung der physischen Zugänglichkeit z. B. durch einen barrierefreien Zugang zu Gebäuden und Verkehrsmitteln sowie die Vermeidung von Anfahrtswegen sind in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen. Für schwer erreichbare Zielgruppen (z. B. **ältere Migrantinnen und Migranten**) eignet sich hingegen der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Auch für die **Beteiligungsverfahren** gilt, dass Ansatzpunkte für die Beteiligung älterer Menschen vor Ort ermittelt und auf die jeweilige Zielgruppe älterer Menschen abgestimmt werden müssen. Grundlagen für die Beteiligung Älterer im Stadtteil sind dabei u. a.

- Vertrauen und Kontinuität im Hinblick auf die Personen und Strukturen im Stadtteil
- Präsenz im Stadtteil (z. B. Stadtteilbüro)
- Angebot regelmäßiger Gelegenheiten zur Beteiligung
- Schneeballverfahren über Schlüsselpersonen.

Eine **Möglichkeit zur partizipativen Angebotsentwicklung** stellen Arbeitskreise unter Einbezug der Zielgruppe und Anbieter dar (z. B. stadtteilbezogene Arbeitsgruppen im Projekt NAIS). Die Bedürfnisse der älteren Zielgruppe werden z. T. mittelbar über Befragungen oder Ergebnisse der individuellen Beratungsarbeit in entsprechende Gremien eingebracht (z. B. Erkenntnisse aus den Hausbesuchen im Projekt Aktiv55plus). Eine weitere Strategie besteht darin, ältere Menschen zum Aufbau ehrenamtlicher Initiativen („von Älteren für Ältere“) zu befähigen und aktivieren.

8 Zusammenfassung

Im Allgemeinen ist mit zunehmendem Alter eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen. Die Wahrscheinlichkeit chronisch-degenerativer, irreversibler Erkrankungen nimmt zu. Mit der auch künftig weiter steigenden Lebenserwartung sowie der starken Zunahme der Zahl sehr alter Menschen ist zukünftig ein weiterer Bedeutungsanstieg von (schwerwiegenden) geriatrischen Krankheitsmustern und damit einhergehender altersgebundener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu erwarten.

In den letzten Jahren ist zudem eine Zunahme der Bedeutung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter festzustellen. Erste Befunde lassen erkennen, dass ein Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem und gesundheitlichem Status auch im höheren Alter zu beobachten ist, wobei insbesondere Einkommen und Bildung als Prädiktoren der Morbidität und Mortalität Bedeutung zugeschrieben werden. Allerdings sind diese Zusammenhänge sehr komplex und erlauben keine Rückschlüsse im Sinne einfacher Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge.

Die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention fällt im Allgemeinen und auch für die Gruppe älterer Menschen bislang eher gering aus. Neben individuellen Einflüssen, wie persönlichen Einstellungen und Motiven, können dafür auch Defizite in der Angebotsstruktur aufgezeigt werden. So nehmen ältere Menschen zwar durchaus die individuellen Kursangebote der Krankenkassen wahr, es zeigen sich jedoch soziale und geschlechtsbezogene Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten.

Festzustellen ist, dass bislang keine flächendeckenden regelhaften Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen bestehen. Ältere Bürgerinnen und Bürger werden zudem bislang eher selten über lebensweltbezogene Ansätze der Gesundheitsförderung erreicht. Dabei ergeben sich durchaus auch in der Lebenswelt Kommune vielfältige Bezugspunkte für seniorenbezogene Gesundheitsförderung.

Im Rahmen der vorliegenden Expertise wurden verschiedene Ansätze der sozialraumbezogenen Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Setting Kommune identifiziert, die unterschiedliche Wege zur Gestaltung kommunaler Gesundheitsförderung für die ältere Bevölkerung aufzeigen.

Für die Initiierung und nachhaltige Sicherung entsprechender Maßnahmen vor Ort erscheint somit die Möglichkeit einer kontinuierlichen fachlichen und wissenschaftlichen Information und Begleitung der Städte und Gemeinden erfolgversprechend. Denkbar wäre diesbezüglich beispielsweise der Aufbau einer internetgestützten Datenbank, die einfachen und schnellen Zugang zu Praxisbeispielen bieten könnte. Eine solche Instanz könnte Kommunen sowohl in der Initiierungsphase, aber punktuell auch prozessbegleitend Unterstützung bieten und einen interkommunalen Austausch fördern.

Insgesamt zeigt sich, dass die Realisierung entsprechender Stadtteil- oder Gemeindeentwicklungsprozesse unter Berücksichtigung der älteren Bevölkerung prinzipiell möglich, aber durchaus „voraussetzungsreich“ ist. Eine auf Seniorinnen und Senioren bezogene **Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune erfolgt nicht im Selbstlauf, sondern muss initiiert, organisiert und nachhaltig gesichert werden**. Dabei können Kommunen sich an folgenden Empfehlungen orientieren:

- Bereitschaft der Kommunalpolitikerinnen und Kommunalpolitiker, das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen aufzugreifen und durch einen Ratsbeschluss politisch zu unterstützen
- Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die gesundheitsfördernde Arbeit in Kommunen festlegen. Gesundheitskonferenzen oder stadtteilbezogene Arbeitskreise einrichten
- Personelle, finanzielle und strukturelle Ressourcen einschließlich einer Koordinierungsstelle für die kommunale Gesundheitsförderung bereitstellen
- Lokale kommunale Akteure, andere Anbieter und die Zielgruppe in die Entwicklung zielgruppengerechter Angebote einbeziehen
- Analyse der Ausgangsbedingungen, laufende Prozessbegleitung und Evaluation
- Zielgruppengerechte Zugangswege nutzen, sozial benachteiligte Menschen adressieren, geschlechtsbedingte Unterschiede beachten.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. (2008). Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. (02/2009) http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_2008_150908.pdf

AG Gesundheitsfördernde Städte und Gemeindeentwicklung (2004). Fünf Thesen zum Einstieg und eine Aufforderung zur Mitwirkung. In Göpel, E. & Schubert-Lehnhardt, V. (Hrsg.). Gesundheit gemeinsam gestalten. Bd.2. (S. 19–24). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.

Altgeld, T. (2004). Gesundheitsfördernde Setting-Ansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise für die Regiestelle des E & C-Programmes. Herausgegeben von BMFSFJ. (02/2009) <http://www.eundc.de/pdf/09600.pdf>

Altgeld, T. & Kolip P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz T. & Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. (S. 41–51). Bern: Verlag Hans Huber.

Altgeld, T. (2008). Neues altern in der Stadt – Neue Ansätze der zielgruppengerechten, kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen. In Richter, A., Buzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.). Dünne Rente – dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. (S. 207–218) Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K. & Naegele, G. (2000). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Bd. 2. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Bauer, U. (2008). Erfordernisse zielgruppen-spezifischer Prävention im Alter. In Kuhlmeier, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. 1. Aufl. (S. 276–296). Bern: Huber.

Bär, G., Buhtz, M. & Gerth, H. (2004). Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In Rosenbrock, R. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. 1. Aufl. (S. 233–296). Bremerhaven: Wirtschaftsverl. N W Verl. für neue Wiss.

Bär, G. Böhme, C. & Reimann, B. (2009) Qualitätselemente gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung. In Kuhn, D., Papies-Winkler, I., Sommer, D. (Hrsg.). Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten – Erfahrungen aus der Lebenswelt „Stadtteil“, 1. Aufl. (S. 249–259). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

BMFSFJ (Hrsg.) (2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.

BMFSFJ (Hrsg.) (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.

BMFSFJ (Hrsg.) (2006). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin: Druck Vogt GmbH.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005). Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin. (02/2009) http://www.bmas.de/portal/892property=pdf/lebenslagen__in__deutschland__de__821.pdf

BMVBS (Hrsg.) (2008). Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. (02/2009) <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=NGFYQL01>

Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (Hrsg.) (2005). Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Durchgeführt von der Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung am 23. November 2005 in Bonn. Dokumentation. (01/2007) http://www.forumpraevention.de/forumpraevention_1234/images/Downloads/Doku_Experten_Hearing_Praev_Hausbesuch.pdf

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Band 5). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Dean, K. & Holstein, B. E. (1991). Health Promotion among elderly. In: Badura, B. & Kickbusch, I. (Hrsg.). Health promotion research. Towards a new social epidemiology. (S. 341-363) Copenhagen: WHO.

Dapp, U., Anders, J. & Meier-Baumgartner, H.P. (2002a). Teil 1 Kurzbeschreibung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin. (02/2009) <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/aktive-gesundheitsfoerderung-im-alter,property=pdf,bereich=,rwb=true>

Dapp, U., Anders, J. & Meier-Baumgartner, H.P. (2002b). Teil 3 Aktive Gesundheitsförderung im Alter: Ausgewählte Ergebnisse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin. (02/2009) <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/ausgewaehlte-ergebnisse,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>

Deutscher Bundestag (2002). Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Drucksache 14/8800.

Douma, Y. & Kilian, H. (2007). Fokus-Auswertung: „Angebote der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil“. Endbericht. Gesundheit Berlin. e. V., Berlin. (02/2009) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1d73a586a20b30ad1b02e0450cf836e7>

Douma, Y, Kilian, H., Meyer-Nürnberg, M. & Krane, E. (2007). Die Praxis der Gesundheitsförderung mit Seniorinnen und Senioren: Eine Fokusaufwertung der bundesweiten Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Vortrag im Rahmen der Tagung Health Inequalities II, 09.06.2007, Bielefeld. (02/2009) <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/health-inequalities/downloads/douma.pdf>

Elkeles, T. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung. Zeitschrift für Evaluation, 5, 39–70.

Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In Mayer, K.U. & Baltes, P. B. (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie (S. 185–220). Berlin, Akademie-Verlag.

Herriger, N. (2002). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Hiki, R., Bill, P. (2005). „aktiv55plus“ Abschlussbericht: Anregung für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Kleinstadt. (12/2006) <http://www.aktiv55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf>

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

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 749–780). Weinheim und München: Juventa.

Kahl, H., Holling, H. & Kamtsiuris P. (1999). Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Das Gesundheitswesen, 61, 163–168.

Kasimir-Gläser, C. (2007). Partizipation als Herausforderung an eine „Gesunde Stadt“ – Beispiel Dresden: Gesundheitskonferenz „Gesundes und aktives Altern“ Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007. (12/2008) http://www.gesundheitberlin.de/download/Kasimir-Glaeser,_C.pdf

Kasimir-Gläser et al. (2008). Gesundheitskonferenz „Gesundes und aktives Altern in Dresden“. 03.07.2007. Tagungsdokumentation. Landeshauptstadt Dresden. Geschäftsbereich Soziales. Dresden: WHO-Projekt „Gesunde Städte“.

Kilian, H. Geene R. & Philippi T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In Rosenbrock, R. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. 1. Aufl. (S. 151–232) Bremerhaven: Wirtschaftsverl. N W Verl. für neue Wiss.

Knesebeck, v.d., O., Döhner, H., Kaduszkiewicz, H., Bussche, v.d., H. & Renteln-Kruse, v., W. (2006). Forschung zur Versorgung im höheren Lebensalter – Prävention, Case Management und Versorgung von Demenz. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (2), 167–174.

Kruse, A. (2002). Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Kruse, A. (2004).** Erhaltung von Gesundheit im Alter: Praktische Aufgabengebiete der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Möglichkeiten der Umsetzung. Gutachten an die Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (02/2009). http://www.forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373_1618_1.PDF
- Kuhlmey, A. (2006).** Gesund altern – geht das? G+G Wissenschaft, 6 (1), 7–13.
- Kümpers, S. (2008).** Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozio-ökonomisch benachteiligten älteren Menschen – Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In Richter, A., Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.), *Dünne Rente – dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung* (S. 133–148). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kümpers, S. & Rosenbrock R. (in Druck).** Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In Naegele, G. (Hrsg.), *Grundlagen einer sozialen Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Lampert, T., Saß A.-C., Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005).** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Berlin: Sala Druck.
- Mielck, A. (2005).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2006).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 603–624). Weinheim & München: Juventa.
- Mnich et al. (2008).** Alter, Armut und Gesundheit – individuelle und gesellschaftliche Perspektiven. In Richter, A., Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.), *Dünne Rente – dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung* (S. 15–36). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Naegele, G. (2004).** Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter – ein neues Handlungsfeld für die Sozialpolitik. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 4, 20–28.
- Naegele, G. (2008).** Sozial- und Gesundheitspolitik für ältere Menschen. In: Kuhlmey, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit*. 1. Aufl. (S. 46–63). Bern: Huber.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003).** Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Gamburg / Werbach: Verlag für Gesundheitsförderung; Conrad Günter.
- Richter, M., Brand, H. & Rössler, G. (2002).** Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. *Das Gesundheitswesen*, 64 (7), 417–423.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2002).** *Gesundheit im Alter*. Berlin: Agit-Druck.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006).** *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut.
- Rosenbrock, R. (2004).** Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock, Rolf (Hg.): *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“*. 1. Aufl. (S. 7–149). Bremerhaven: Wirtschaftsverl. N W Verl. für neue Wiss.
- Schmitt, M. & Olbermann, E. (2008).** Aktionsbündnis „Gesund leben und älter werden in Eving“. Projektantrag. Dortmund: Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund.
- Schnabel, E. & Schopf, C. (2006).** Projekt: Internationale Begegnungsstätte. Vortragsreihe „Gesundheit für ältere Migranten/innen und Deutsche“. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Dortmund: Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund.
- Schnabel, E., Menke, M. & Olbermann, E. (2007).** Präventionsforschung zur Gesundheitsförderung und Primärprävention von älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Projektantrag/ Vorhabenbeschreibung. Dortmund: Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund.
- Steinhagen-Thiessen, & Borchelt, (1996).** Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In Mayer, K.U. & Baltes, B.P. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 151–184). Berlin: Akademie Verlag.

Stierle, M., Stierle, G. & Roth, B. Bertelsmannstiftung. (Hrsg.). Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). Die Preisträger und Nominierten. Oelde: Druckerei festge.

SVR (2002). Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/5660.

SVR (2005). Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Deutscher Bundestag. Drucksache 15/5670.

SVR (2007). Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Langfassung. (11/2008) <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung.pdf>

Walter, U., Schneider, N. & Bisson, S. (2006). Krankheitslast und Gesundheit im Alter – Herausforderungen für die Prävention und gesundheitliche Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (6), 537–546.

Walter, U. & Schwartz, F.W. (2001). Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. (S. 153–161). Opladen: Leske + Budrich.

Walter, U. & Schwartz, F. W. (2003). Prävention. Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.). Das Public-Health Buch (S. 189–214). München, Jena: Urban & Fischer Verlag.

Walter, U. et al (2008). Prävention und Rehabilitation: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Konzepten, Rahmenbedingungen und Umsetzung in der gesundheitlichen Versorgung. In Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. (Hrsg.). Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden 24. bis 27. Oktober 2007. 1. Aufl. (S. 359–387). Berlin: Springer,

Werle, J., Woll, A. & Tittlbach, S. (2006). Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter. Stuttgart: Kohlhammer.

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. (12/2008) http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

WHO (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. (12/2008) http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf

WHO (1998). Health Promotion Glossary. (12/2008) http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

WHO (2002). Active Ageing. A Policy Framework. (02/2009) http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

WHO (2005). Gesundes Altern – Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen. (02/2009) http://www.euro.who.int/Document/HEA/Gesundes_Altern_G.pdf

Wohlrab, H. (2004). Gesundheitsförderung bei älteren Migranten: Ein Modellprojekt der AWO Göppingen. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 6, 40–45.

Wiesmann, U., Rölker, S., Ilg, H., Hirtz, p. & Hannich, H.J. (2006). Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (2), 90–99.

Anhang

1 Ergebnisse der Projektrecherche

Nr. 1

Name des Projekts: Gesund älter werden im Stadtteil

Datenbank Einträge in²⁴: 1, 3 (DE-19)

Projekträger/Stadt: Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW / Aachen, Bottrop, Bergheim, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Hamm, Herne, Wuppertal (NRW)

Laufzeit: 2005 – 2007

Zielgruppe: Ältere Erwachsene (45-59 Jahre), Seniorinnen/ Senioren (ab 60 Jahre)

Kurzbeschreibung: Ältere, sozial benachteiligte Menschen, die bisher nicht durch Angebote der Gesundheits- und Bewegungsförderung erreicht wurden, sollen in ihrem Lebensumfeld (Stadtteil) sensibilisiert und zu gesundheitsförderlicher Lebensweise aktiviert werden.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Michael Bellwinkel, BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit
Tel.+49 20 1179-14 72
E-Mail: BellwinkelM@bkk-bv.de

Nr. 2

Name des Projekts: Gesundes und Aktives Altern Radevormwald „aktiv55plus“

Datenbank Einträge in: 1, 3 (DE-29)

Projekträger/Stadt: Trägerverein aktiv55plus e. V. Radevormwald/ Radevormwald (NRW)

Laufzeit: Seit 2002

Zielgruppe: Ältere Erwachsene (45-59 Jahre), Seniorinnen/ Senioren (ab 60 Jahre)

Kurzbeschreibung: Das Projekt zielt darauf, eine aktive und selbständige Lebensführung älterer Menschen zu fördern und damit die Lebensqualität zu verbessern. Die Gesundheit älterer Menschen soll mit den bestehenden Ressourcen in der Kommune verbessert werden. Dies geschieht durch einen aufsuchenden, klientenzentrierten Ansatz und durch intersektorale Zusammenarbeit auf lokaler Ebene.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Dr. med. Reinhold Hiki
Tel. +49 219 56 00-0
E-Mail:aktiv55plus@t-online.de

Nr. 3

Name des Projekts: Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung und zur Sicherung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung der älter werdenden Bevölkerung im Kreis Heinsberg – Älter werden im Kreis Heinsberg

Datenbank Einträge in²⁴: 1

Projekträger/Stadt: Kreis Heinsberg/Kreis Heinsberg (NRW)

Laufzeit: Seit 2007

Zielgruppe: Ältere Erwachsene (45-59 Jahre), Seniorinnen/Senioren (ab 60 Jahre)

Kurzbeschreibung: Ziel ist die Verbesserung der Gesundheitsförderung für die älter werdende Bevölkerung im Kreis Heinsberg und der Ausbau des ehrenamtlichen Engagements zur Sicherung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung der älter werdenden Bevölkerung als Teil der sozialen Sicherung.

Evaluation des Projekts: Keine Angabe

Kontakt: Dr. med. Karl-Heinz Feldhoff,
Tel. +49 24 52 13 53 09
E-Mail: Feldhoff@t-online.de

Nr. 4

Name des Projekts: Gesundheitshaus Bismarck

Datenbank Einträge in²⁴: 2

Projekträger/Stadt: Trägerverein „Gesundheitshaus in Bismarck e. V./ Gelsenkirchen-Bismarck/-Schalke-Nord (NRW)

Laufzeit: Seit 1997

Zielgruppe: Bewohnerinnen/Bewohner, Kinder, Jugendliche, Seniorinnen/Senioren, Ausländerinnen/Ausländer

Kurzbeschreibung: Das Gesundheitshaus in Gelsenkirchen-Bismarck/Schalke-Nord soll die gesundheitliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner im Stadtteil verbessern. Dabei geht es darum, Gesundheitsange-

24 1) Projektdatenbank der Landes NRW; www.infoportal-praevention.de Zugriff am 04.12.08

2) Projektdatenbank des Bund-Länder-Programmes „Soziale Stadt“ <http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank/suche/index.php> Zugriff am 03.12.08

3) Datenbank HealthProElderly <http://www.healthproelderly.com/database/> Zugriff am 11.12.08

4) Homepage des Gesunde-Städte-Netzwerkes <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de> Zugriff am 11.12.08

5) Internetplattform „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> Zugriff am 04.12.08

bote mittels Infrastruktur im Stadtteil zu verankern und den dort lebenden Menschen den bewussten Umgang mit ihrer Gesundheit zu vermitteln.

Evaluation des Projekts: Keine Angabe

Kontakt: Helmut Lübbert (Geschäftsführer)

Tel. +49 209 982 23 41

E-Mail: helmut.luebbert@

gesundheitshausgelsenkirchen.de

Nr. 5

Name des Projekts: Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (DE-34), 4, 5

Projekträger/Stadt: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e. V.

Laufzeit: Seit 2004

Zielgruppe: Erwachsene (30-59 Jahre), Seniorinnen/ Senioren (ab 60 Jahre)

Kurzbeschreibung: Das Projekt hat es sich zum Ziel gesetzt, Frauen über gesundheitliche Themen zu informieren, um Erkrankungen vorzubeugen und ihr Selbsthilfepotenzial für den Umgang mit Beschwerden, gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen besser schätzen und nutzen zu lernen.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Petra Bentz

Tel. +49 30 213 95 97

E-Mail: ffgzberlin@snaflu.de

Nr. 6

Name des Projekts: Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Datenbank Einträge in²⁴: 5

Projekträger/Stadt: Institut für Gerontologie an der TU Dortmund;

Beteiligte Städte: Duisburg, Mönchengladbach (NRW)

Laufzeit: 2007 – 2010

Zielgruppe: Plus 50

Kurzbeschreibung: Ziel des Forschungsprojektes ist es, Erkenntnisse zu Zugängen und Inanspruchnahme sowie zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu gewinnen.

Evaluation des Projekts: Evaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Kontakt: Dr. Elke Olbermann

Tel. +49 231 72 84 88 29

E-Mail: elke.olbermann@uni-dortmund.de

Nr. 7

Name des Projekts: Big!Move

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (NL-4)

Projekträger/Stadt: Health Centre Venserpolder Amsterdam/Noord-Holland, Utrecht (NL)

Laufzeit: Seit 2003

Zielgruppe: Plus 50, Sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen, Ältere Migratinnen und Migranten

Kurzbeschreibung: Das Gesundheitszentrum Venserpolder Amsterdam hat eine Abteilung für Gesundheitsförderung eingerichtet und in diesem Kontext das Projekt Big! Move entwickelt. Big!Move ermöglicht eine Verbindung zwischen dem Gesundheitswesen und der individuellen Teilnahme an lokalen Aktivitäten in der Nachbarschaft. Big!Move konzentriert sich auf gesunde Verhaltensweisen. Während des Kurses werden die Teilnehmenden dazu animiert, an lokalen Veranstaltungen teilzunehmen und solche Aktivitäten selbst zu organisieren.

Die Teilnehmenden können bei Tanzveranstaltungen in den lokalen Gemeindezentren mitmachen oder bei Schwimmkursen, Walking- oder Fahrradkursen.

Es gibt auch Kurse für ältere Menschen, die in den Altenwohnheimen stattfinden.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Suzanne Reitsma

Tel. +31 20 314 19 40

E-Mail: bigmove@gazocentra.nl

Nr. 8

Name des Projekts: Aktiv ins Alter

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (AT-16)

Projekträger/Stadt: Institut für Soziologie an der Universität Wien/Wien (A)

Laufzeit: 2002 – 2005

Zielgruppe: 55 plus, Sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen, Ältere Migratinnen und Migranten

Kurzbeschreibung: Das im Dezember 2002 gestartete WHO Projekt – Aktiv ins Alter! – soll bereits bestehende Maßnahmen und Strategien der Gesundheitsförderung in Wien optimieren. Mit Hilfe gezielter Befragung der Bürger durch die Projektmitarbeiterinnen sollen Barrieren und Hindernisse, die einer Verwirklichung von individuellen Bedürfnissen im Wege stehen, erkannt werden. Im Sinne des Empowerment werden die Bürger dabei unterstützt, selbst aktiv zu werden.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Ass.-Prof. Dr. Christoph Reinprecht

Tel. +43 1 42 77 481 35

E-Mail: christoph.reinprecht@univie.ac.at

Nr. 9**Name des Projekts: Anders Altern in Radenthein**

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (AT-33)**Projektträger/Stadt:** Vitamin R – Zentrum für Gesundheitsförderung/ Radenthein (Kärnten) (A)**Laufzeit:** 2003 – 2006**Zielgruppe:** 50 plus, eingeschränkt mobile Menschen, Personen und Organisationen, Einrichtungen, die im beruflichen und familiären Alltag mit der „direkten“ Zielgruppe befasst sind**Kurzbeschreibung:** Allgemeines Ziel dieses Projektes ist die partizipative Erarbeitung und Erprobung eines nachhaltigen Modells der regionalen gesundheitsbezogenen Angebotsentwicklung zum Thema „Gesundheitsförderung im Alter“.**Evaluation des Projekts:** ja**Kontakt:** Mag. Ines Krenn

Tel. +43 42 46 49 20

E-Mail: projekt-vitamin-r@aon.at

Nr. 10**Name des Projekts: Lebenswerte Lebenswelten im Alter**

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (AT-17), 4**Projektträger/Stadt:** Fonds Gesundes Österreich (FGÖ); Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Graz/Stadtteile in Voitsberg und der Grazer Umgebung (Steiermark) (A)**Laufzeit:** 2003 – 2006**Zielgruppe:** 60- bis 75 jährige Frauen und Männer**Kurzbeschreibung:** Dieses dreijährige Modellprojekt, arbeitet mit 60- bis 75jährigen Bewohnerinnen und Bewohnern der Bezirke Voitsberg und Graz-Umgebung. Durch die partizipative Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtstrategie soll in den beiden Modellregionen eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitschancen, der Gesundheitspotenziale und der Lebensqualität erreicht werden.**Evaluation des Projekts:** ja**Kontakt:** Mag. Karin Reis-Klingspiegl, Styria vitalis, Geschäftsführung

Tel: +43 316 82 20 94 - 32

E-Mail: karin.reis-klingspiegl@styriavitalis.at

Nr. 11**Name des Projekts: Plan 60**

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (AT-22), 4**Projektträger/Stadt:** Forschungsinstitut des Roten Kreuzes (FRK)/Wien**Laufzeit:** 2002 – 2005**Zielgruppe:** 60- bis 75 jährige Frauen und Männer**Kurzbeschreibung:** Ziel dieses Projekts für ältere Menschen ist, durch Empowerment einen Prozess der Selbstbestimmung über die eigenen Gesundheitsbelange in Gang zu setzen, u. a. durch: Aktivierung, Wissenszuwachs, Wiederentdecken eigener Ressourcen und Erarbeiten von Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilnahme. Darüber hinaus sollen neue Initiativen im eigenen sozialen Netzwerk gesetzt und darin Verantwortung übernommen werden. Letztlich sollen die Teilnehmenden selbst bestärkt und qualifiziert sein, andere ältere Menschen als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die neu gegründeten Initiativen aufzunehmen.**Evaluation des Projekts:** ja**Kontakt:** Mag. Katharina Resch

Tel.: +43 17 95 80 54 27

E-Mail: katharina.resch@w.rotekreuz.at

Nr. 12**Name des Projekts: Bromley-by-Bow Centre**

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (UK-3)**Projektträger/Stadt:** Bromley-by-Bow Centre/ Bromley-by-Bow- benachteiligte Stadtteile in London (UK)**Laufzeit:** Seit 1984**Zielgruppe:** Plus 50, Sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen, Ältere Migrantinnen und Migranten, Gebrechliche ältere Menschen, Bildungsferne ältere Menschen, Ältere Arbeiter und Arbeiterinnen**Kurzbeschreibung:** Im Rahmen des gemeinschaftlichen Fürsorge-Projektes werden verschiedene Gruppen, wie ältere oder behinderte Menschen zusammengeführt. Die Aufgabe der Organisation besteht darin, Vertrauen, Zusammenarbeit und Beziehungen zwischen den Mitgliedern einer benachteiligten Gemeinschaft aufzubauen.**Evaluation des Projekts:** ja**Kontakt:** Bromley by Bow Centre

E-Mail: connect@bbbc.org.uk

Nr. 13**Name des Projekts: Dorset Partnerships for Older People Project (POOP)**

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (UK-7)**Projektträger/Stadt:** Department of Health/Dorset – Landkreis im Südwesten Englands (UK)**Laufzeit:** Seit 2006**Zielgruppe:** Plus 50**Kurzbeschreibung:** Das Ziel des Projekts ist es, mit Älteren zu arbeiten und sich gegenseitig unterstützende Nachbarschaften zu entwickeln. Ältere Menschen

sollen auf diesem Weg angemessene und rechtzeitige Hilfe und Unterstützung erhalten, um in den lokalen Gemeinschaften so lange bleiben zu können, wie sie es möchten. Das Dorset POPP Projekt basiert auf der Entwicklung von lokalen Gemeinschaften. Die Ziele des Projekts werden durch ein Leitprogramm erreicht, das ältere Menschen dahingehend unterstützt, Bedürfnisse zu identifizieren, zu artikulieren und an den Bereich zu adressieren, in dem sie leben.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Sue Warr

E-Mail: sue.warr@dorsetcc.gov.uk

Nr. 14

Name des Projekts: Western Health Action Zone

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (UK-11)

Projekträger/Stadt: Department of Health, Social Services and Public Safety (DHSSPS) – Northern Ireland/ Derry/London-derry (Western Region of Northern Ireland) (UK)

Laufzeit: Seit 2002

Zielgruppe: plus 60, Sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen

Kurzbeschreibung: Die Western Health Action Zone ist eine einrichtungübergreifende Initiative, die im Gebiet der Western Health and Social Services Board (WHSSB) im Westen Nordirlands tätig ist. Sie zielt darauf, die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen und Familien, die von Armut betroffen sind, zu verbessern. Abbau von Armut und sozialer Segregation sollen durch eine verbesserte Zusammenarbeit der in diesem Gebiet tätigen Organisationen erreicht werden.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Colette Brolly

E-Mail: info@westernhaz.org

Nr. 15

Name des Projekts: Gesund Älter Werden

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (DE-4)

Projekträger/Stadt: AOK Niedersachsen/Hannover (Niedersachsen)

Laufzeit: 2003 – 2007

Zielgruppe: Personen im Alter zwischen 68 und 79 Jahren, die nicht pflegebedürftig waren

Kurzbeschreibung: Ziel des Projektes ist es, den Gesundheitsstatus und die Lebensqualität der eingebundenen Versicherten zu verbessern sowie ihre Selbständigkeit zu erhalten. Zudem ist das Programm um eine stärkere Vernetzung bestehender regionaler Angebote bemüht.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Dr. Christiane Perschke-Hartmann

Tel. +49 511 870 11 61 41

E-Mail: christiane.perschke@nds.aok.de

Nr. 16

Name des Projekts: Kölner Seniorennetzwerk

Datenbank Einträge in²⁴: 3 (DE-3)

Projekträger/Stadt: Caritasverband Stadt Köln/ Köln (NRW)

Laufzeit: Seit 2003

Zielgruppe: 50 plus, Sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen, Ältere Migrantinnen und Migranten

Kurzbeschreibung: Soziale Integration ist ein Thema von wachsender Wichtigkeit für Köln. In Kooperation mit gemeinnützigen Organisationen und politischen Initiativen wurden neue Richtlinien und Aktivitäten für ein innovatives und zukunftsorientiertes Konzept für die Gesundheit und soziale Pflege für ältere Menschen entwickelt: „Plan für ein seniorenfreundliches Köln 2001/ 2002“. Um speziell benachteiligt ältere Menschen zu erreichen, wurde das Konzept in 13 Bezirken von Köln implementiert. Das Projekt basiert auf zwei Hauptideen: 1.) Vorbeugung ist besser als Heilung und 2.) Menschen brauchen soziale Netzwerke, um kompetent und gesund zu altern

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Susanne Schönewolf

Tel. +49 221 8 60 15 -18

E-Mail: susanne.schoenewolf@diakonie-koeln.de

Nr. 17

Name des Projekts: Partizipative Ansätze in Programmen der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung: „Gesundes und aktives Altern in Dresden“

Datenbank Einträge in²⁴: Kein Datenbankeintrag²⁵

Projekträger/Stadt: LH Dresden WHO-Projekt „Gesunde Städte“/Dresden (Sachsen)

Laufzeit: Seit 2005

Zielgruppe: 50 plus

Kurzbeschreibung: Die Ziele des Projektes lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

- 1) Erhalt und Entwicklung der körperlichen und geistigen Gesundheit sowie der Selbständigkeit älterer Menschen
- 2) Erhalt der Lebensqualität im Alter

²⁵ Vorstellung des Projektes im Rahmen des 13. Kongresses „Armut und Gesundheit“, 30.11.07, Berlin, http://www.gesundheitberlin.de/download/Kasimir-Glaeser,_C_.pdf

3) Ermöglichung der Teilhabe älterer Menschen
am gesellschaftlichen Leben

Evaluation des Projekts: Keine Angabe

Kontakt: Claudia Kasimir-Glaeser,

Beauftragte für WHO-Projekt

Tel. +49 351 488 21 74

E-Mail:CKasimir@Dresden.de

Nr. 18

Name des Projekts: Aktionsbündnis

„Gesund leben und älter werden in Eving“

Datenbank Einträge in²⁴:

Projektträger/Stadt: Aktionsbündnis

„Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“

des BMG/Dortmund-Eving (NRW)

Laufzeit: Seit 2008

Zielgruppe: sozial benachteiligte ältere Menschen,
ältere Menschen mit Migrationshintergrund, ältere
Menschen mit Behinderungen

Kurzbeschreibung: Ziel des Projektes ist es, gesund-
heitsfördernde Maßnahmen für ältere Menschen mit
hohem sozialen, personalen und gesundheitlichen
Risikofaktoren zu etablieren.

Evaluation des Projekts: Keine Angabe

Kontakt: Katharina Lis

Tel. +49 231 72 84 88 -14

E-Mail: lis@post.uni-dortmund.de

Nr. 19

Name des Projekts: Neues Altern in Bruchsal

Gesundheitsförderung und Prävention

Datenbank Einträge in²⁴: 5

Projektträger/Stadt: Stadt Bruchsal/Bruchsal

(Baden-Württemberg)

Laufzeit: Seit 2005

Zielgruppe: Zielgruppe ist die gesamte Bevölkerung
Bruchsals unter spezieller Berücksichtigung der Bevölke-
rung, die an Vorsorge und bestehenden Gesundheits-
angeboten nicht teilnimmt bzw. nicht teilnehmen kann

Kurzbeschreibung: Es wurde ein Initiativkreis aus
interessierten, betroffenen Bürgern gegründet. In einem
moderierten partizipativem Szenarioverfahren wurde
Gesundheitsförderung und Prävention als Schwerpunkt-
thema aufgedeckt. In den fünf Arbeitsgruppen

1. Bewegung und Ernährung

2. Pflege ist mehr

3. Geistig fit und aktiv

4. Präventive Hausbesuche

5. Wegweiser

wird eine Bedarfsermittlung durchgeführt sowie eine
bessere Vernetzung und Bewerbung der bestehenden
Angebote, eine Verbesserung der Angebote und gege-
benenfalls eine Initiierung neuer Angebote angestrebt

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Volker Falkenstein

Tel. +49 72 51 793 57

E-Mail: volker.falkenstein@bruchsal.de

www.neues-altern.de

Nr. 20

Name des Projekts: Netzwerk Märkisches Viertel

Datenbank Einträge in²⁴: 2

Projektträger/Stadt: Koordinierungsstelle Rund ums
Alter, unter der Trägerschaft des gemeinnützigen Vereins

Albatros e. V. und das Wohnungsunternehmen

GESOBAU AG (Berlin-Reinickendorf)

Laufzeit: Seit 2003

Zielgruppe: Bewohnerinnen/Bewohner, Seniorinnen
und Senioren, Kranke, Behinderte, Initiativen/Vereine,
Unternehmen/Gewerbetreibende

Kurzbeschreibung: Das „Märkische Viertel“ (Berlin) ist
eine Großsiedlung mit 16.000 Wohnungen, die im
Rahmen des sozialen Wohnungsbaus in den 1960er
Jahren entstanden ist. Das dort etablierte „Netzwerk
Märkisches Viertel“ ist eine ehrenamtliche Initiative zur
Vernetzung lokaler Akteure, das u. a. darauf zielt, die
Wohn- und Lebensqualität älterer Bewohner und
Bewohnerinnen zu verbessern.

Evaluation des Projekts: ja

Kontakt: Frau Uta Reiberg

Tel. +49 30 49 8724 00

E-Mail: info@netzwerkmv.de

www.netzwerkmv.de

2 BMBF – Projekte im Rahmen des Forschungsschwerpunktes „Präventionsforschung“ – seniorenbezogene Projekte²⁶

Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern

Ziel ist die Evaluation eines landesweit angelegten Programms zur Prävention von Stürzen und sturzbedingten Hüftfrakturen bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern. Bis zum Jahr 2010 sollen ca. 1000 Pflegeheime in Bayern in ein Projekt zur Sturz- und Frakturprävention einbezogen werden. Das Programm umfasst die Einführung eines evidenzbasierten Trainingsprogramms, Maßnahmen der Umgebungsanpassung, die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Risikomanagement sturzgefährdeter Personen und die Empfehlung zur Nutzung von Hüftprotektoren. Primärer Endpunkt ist das Auftreten hüftnaher Frakturen. Als Datenquellen dienen Routinedaten der AOK Bayern und zusätzliche Erhebungen in den Pflegeheimen. Bisher ist unklar, ob Sturzpräventions-Programme zur Reduktion von Hüftfrakturen beitragen können.

Design und Durchführung der Studie

Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH, Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie
Auerbachstr. 112, 70376 Stuttgart

Leiter: PD Dr. Clemens Becker

Tel: 07 11 81 01-31 00

FKZ: 01EL0702

Betrag: 207.089 EUR

Laufzeit: 01.08.2007 – 31.07.2010

Das Programm wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, entwickelt. Diese übernimmt auch die Schulung der Mentorinnen und Mentoren vor Ort und das kontinuierliche Monitoring der Durchführung des Präventionsprogramms.

Durchführung und Evaluation der Studie

Universität Ulm, Institut für Epidemiologie

Helmholtzstr. 22, 89081 Ulm

Leiter: Dr. Kilian Rapp

Tel: 07 31 500 - 310 70

FKZ: 01EL0717

Betrag: 190.089 EUR

Laufzeit: 01.08.2007 – 31.07.2010

Datenmanagement und Auswertung erfolgen durch das Institut für Epidemiologie der Universität Ulm.

Ökonomische Evaluation

Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Johannisallee 20, 04317 Leipzig

Leiter: Prof. Dr. Hans-Helmut König

Tel: 03 41 97 - 245 60

FKZ: 01EL0718

Betrag: 76.090 EUR

Laufzeit: 01.08.2007 – 31.07.2010

Ziel ist die gesundheitsökonomische Evaluation des landesweit angelegten Programms zur Prävention von Stürzen und sturzbedingten Hüftfrakturen bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern. Die begleitende gesundheitsökonomische Evaluation soll die Kosten des Programms sowie die Behandlungs- und Pflegekosten von Hüftfrakturen ermitteln. Sollte sich das Präventionsprogramm nicht als kostensparend erweisen, sollen die zusätzlichen Kosten je vermiedener Fraktur berechnet sowie eine modellgestützte Kosten-Nutzwert-Analyse durchgeführt werden. Die gesundheitsökonomische Evaluation soll Entscheidungsträger über die Wirtschaftlichkeit dieses Präventionsprogramms informieren.

Besser essen und leben im Alter, selbstverantwortlich, aber sicher! Partizipative Entwicklung und Erprobung eines Instruments für Seniorinnen und Senioren zur selbständigen Optimierung des Ernährungs- und Bewegungsprofils [OPTIMA^{HL} 60plus]

Universität Bremen, Bremer Institut
für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
Linzer Str. 10, 28359 Bremen

Leiter: Dr. Holger Hassel

Tel: 04 21 5 95 96 - 35

²⁶ Zugriff 07/2009
<http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/842.php>

FKZ: 01EL0703

Betrag: 200.011 EUR

Laufzeit: 01.11.2007 – 31.10.2009

Das niederschwellige, interdisziplinäre Präventionsangebot „OPTIMA^HL 60plus“ ist eine Art Schablone für die selbstständige Überprüfung und Veränderung der Ernährung und der Bewegung für ältere Menschen. Das Ernährungs- und Bewegungsprofil älterer Menschen soll optimiert werden. Zielgruppe sind im eigenen Haushalt lebende Seniorinnen und Senioren ab 60 Jahren. Ein Viertel der zu rekrutierenden Gruppe wird einen Migrationshintergrund haben. Zur Durchführung der Intervention gehören die Verhaltensmodifikation mit Hilfe der Schablone in den Bereichen Ernährung und Bewegung. Für die Evaluation der Maßnahme werden Ernährung und Bewegung zu drei Messzeitpunkten erhoben. Die Akzeptanz von OPTIMA^HL 60plus wird bei den älteren Menschen, den Pflegediensten und den Hausärztinnen und Hausärzten nach der Interventionsphase und weitere sechs Monate danach erneut erhoben.

Fit50+

Universität Rostock

Institut für Präventivmedizin, Arbeitsmedizin,
Sportmedizin, Sozialmedizin

St. Georg-Str. 108, 18055 Rostock

Leiterin: Dr. Regina Stoll

Tel: 03 81 494 - 99 51

FKZ: 01EL0704

Betrag: 342.022 EUR

Laufzeit: 01.08.2007 – 31.07.2010

Das Ziel liegt in der multiparametrischen wissenschaftlichen Evaluation und Optimierung einer bestehenden Präventionsmaßnahme für langzeitarbeitslose Personen im Alter von über 50 Jahren. Es soll eine langfristige, den Bedürfnissen und der Akzeptanz von älteren Langzeitarbeitslosen angemessene und für die Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren wirksame Interventionsmethode entwickelt werden. Der Arbeitsplan besteht im Kern aus einem vierstufigen Verfahren zur Initialisierung der Evaluation sowie zur Optimierung und Validierung der Maßnahme. Die Ergebnisse der Evaluation und deren Optimierung werden in die weitere Verbesserung der Präventionsmaßnahme „Gesundheit – Basiswissen und Training“ im Job-Center 50+ einfließen.

Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige – Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Assessments zur Primärprävention in vernetzten Strukturen

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie

Thielallee 47, 14195 Berlin

Leiterin: Dr. Dagmar Dräger

Tel: 030 84 45 - 13 93

FKZ: 01EL0705

Betrag: 279.038 EUR

Laufzeit: 01.10.2007 – 30.09.2010

In einer Vorstudie werden zur Entwicklung des Assessments und zur Auswahl geeigneter Zugangswege Experteninterviews, strukturierte Gruppendiskussionen und Analysen von Sekundärdaten durchgeführt. Nach der Implementierung des Assessments kommen zur Evaluierung des Instruments standardisierte schriftliche Befragungen zum Einsatz. Ein Maßnahmenkatalog mit möglichen primärpräventiven Angeboten zur Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige kann von Präventionsanbietern angewendet werden.

Stoffwechseltest zur Primärprävention des Typ 2-Diabetes bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Betrieb – Evaluation des Effekts evidenzbasierter Patienten-Information

Deutsches Diabetes-Forschungsinstitut

an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (DDFI)

Auf'm Hennekamp 65, 40225 Düsseldorf

Leiterin: PD Dr. Dr. Andrea Icks

Tel: 02 11 33 82 - 354

FKZ: 01EL0706

Betrag: 175.129 EUR

Laufzeit: 01.12.2007 – 31.05.2010

Evaluiert wird der Einfluss optimierter Informationsprozesse auf die Teilnahme an einem Test zur Bestimmung der Blutzuckerstoffwechselsituation sowie auf krankheitsbezogenes Wissen und die Qualität der Entscheidung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In einer multizentrischen randomisiert-kontrollierten Studie (über 50-jährige MitarbeiterInnen, Betriebe in Nordrhein-Westfalen, ohne bekannten Diabetes) wird der Effekt einer evidenzbasierten „Patienten“-Information (EBPI) mit der Standardinformation verglichen. So lassen sich auch prä-diabetische Personen als Zielgruppe für primärpräventive Maßnahmen identifizieren. Das Projekt optimiert bestehende Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung. In Betrieben lassen sich Menschen mittleren Alters mit einem erhöhten Anteil an Personen mit Prä-Diabetes für primärpräventive Maßnahmen erreichen. Damit steht ein Weg offen, die Diabetesinzidenz zu reduzieren. Der Einsatz von EBPI und adäquaten Untersuchungen lässt sich auf weitere Erkrankungen und Settings übertragen.

Evaluation der bevölkerungsorientierten Bewegungsförderungskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“

Teilprojekt „Schnupperkurs vital 55 plus“

gesund e. V., Kölner Institut
für angewandte Gesundheitswissenschaften
Hansaring 88, 50670 Köln

Leiter: Prof. Dr. Henning Allmer

Tel: 022 38 832 48

FKZ: 01EL0707

Betrag: 140.975 EUR

Laufzeit: 01.08.2007 – 31.07.2009

Teilprojekt „Aktiv in Bewegung“

Deutsche Sporthochschule Köln
Zentrum für Gesundheit
Carl-Diem-Weg 6, 50933 Köln

Leiter: Prof. Dr. Ingo Froböse

Tel: 02 21 49 82 - 47 90

FKZ: 01EL0716

Betrag: 73.888 EUR

Laufzeit: 01.08.2007 – 31.07.2009

Die Öffentlichkeitskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ des Landessportbundes NRW will die Bevölkerung zu mehr Bewegungs- und Sportaktivitäten motivieren und die Zuwendung zu den zertifizierten Angeboten des Gesundheitssports fördern. Ziel ist die Evaluation der Programmkonzeption, -durchführung und -wirkung dieser Öffentlichkeitskampagne, um einen wissenschaftlich fundierten Beitrag zur bevölkerungsorientierten Evaluationsforschung leisten zu können. gesund e. V. evaluiert die Interventionsmodelle „Schnupperkurs vital 55 plus“ und „Medien“. Sie stellen unterschiedliche Zugangswege dar, Ältere anzusprechen und eine Veränderung ihres Bewegungs- und Sportverhaltens zu bewirken. Die Deutsche Sporthochschule evaluiert das Interventionsmodell „Aktiv in Bewegung“. Mit Querschnittstudien und longitudinalen Versuchs- und Kontrollgruppen-Designs soll der Prozess der Verhaltensänderung von der Inaktivität zur Aktivität abhängig von Geschlecht und Bildungsstand untersucht werden. Für die bundesweite Umsetzung der Evaluationsergebnisse in der Präventionspraxis werden Empfehlungen zur Motivierung bewegungs- und sportinaktiver Älterer erarbeitet.

Erhaltung und Förderung von Mobilität, Sicherheit und anderen Komponenten der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Eine Evaluationsstudie zur Primärprävention in Pflegeheimen

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

J 5, 68159 Mannheim

Leiterin: Dr. Martina Schäufele

Tel: 06 21 17 03 - 63 52

FKZ: 01EL0708

Betrag: 376.862 EUR

Laufzeit: 01.10.2007 – 30.09.2010

Evaluiert wird die Wirksamkeit interdisziplinärer Versorgungsleitlinien für die Primärprävention von Einschränkungen der Mobilität und die Förderung von Sicherheit und anderen Komponenten der Lebensqualität bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. In die längsschnittliche, über ein Jahr angelegte Evaluation sollen 30-40 stationäre Pflegeeinrichtungen einbezogen werden, die sich gleichmäßig (je 15 bis 20 Heime) auf eine Interventions- und eine Kontrollgruppe verteilen. In den Interventionseinrichtungen werden die Leitlinien implementiert. Es sind drei Erhebungszeitpunkte vorgesehen, an denen a) die demenzkranken, noch gehfähigen Bewohnerinnen und Bewohner im Hinblick auf mobilitäts-, sicherheits- und andere lebensqualitätsbezogene Merkmale sowie b) Struktur- und Prozessmerkmale der Einrichtungen untersucht werden. Die Ergebnisse tragen wesentlich zur Qualitätsentwicklung, -sicherung und -prüfung in der stationären Pflege in Deutschland bei.

Evaluation einer zweistufigen Intervention für ältere Langzeitarbeitslose: Vermittlung von Bewältigungskompetenzen in Kombination mit einer Tätigkeitsgestaltung und Organisationsentwicklung jenseits des Erwerbsmarktes

Technische Universität Dresden, Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie
Zellescher Weg 17, 01069 Dresden

Leiter: Prof. Dr. Peter Richter

Tel: 03 51 463 - 335 87

FKZ: 01EL0709

Betrag: 294.273 EUR

Laufzeit: 01.10.2007 – 30.09.2010

Für ältere Langzeitarbeitslose soll ermittelt werden, welchen Beitrag zur Verbesserung des gesundheitlichen Befindens eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention leisten kann. Dabei stehen ältere Erwerbslose im Mittelpunkt, die staatlich-institutionalisierte Tätigkeitsangebote wie beispielsweise Ein-Euro-Jobs nutzen oder selbstorganisierten Tätigkeiten im Sinne eines ehrenamtlichen Engagements nachgehen. Der Stichprobenumfang beläuft sich inklusive der Kontrollgruppen auf 400 Personen. Evaluiert werden die Implementierung des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA sowie die teils ergänzenden Gesundheitszirkel und motivierenden Gesundheitsgespräche. Neben wissenschaftlichen Beiträgen soll ein Praxishandbuch publiziert werden.

Primärpräventive Wirkungen der Arbeit des „Netzwerkes Märkisches Viertel“

Institut für Gerontologische Forschung e. V.

Torstr. 178, 10115 Berlin

Leiterin: Dr. Josefine Heusinger

Tel: 030 859 49 08

FKZ: 01EL0710

Betrag: 172.148 EUR

Laufzeit: 01.07.2007 – 30.06.2010

Soziale Benachteiligung geht auch im Alter mit besonderen Gesundheitsrisiken einher, daher wird erarbeitet, welche Anknüpfungspunkte für Primärprävention die Arbeit des Netzwerkes Märkisches Viertel bietet. Dazu wird das Netzwerk als lokale Struktur primärpräventiver Gesundheitsförderung für ältere Menschen analysiert. Indikatoren sind verbesserte Ausstattungen mit sozialem, kulturellem und ökonomischem Kapital, die gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern. Die Untersuchung erfolgt in einem Methodenmix aus teilnehmender Beobachtung, standardisierten Interviews, Fokusgruppendifkussionen und repräsentativen Befragungen mittels Fragebogen. Zu Beginn wird die Zusammenarbeit im Netzwerk intern untersucht, anschließend wird die Zielgruppe repräsentativ sowie in Fokusgruppen befragt, um auf dieser Basis die Qualitätsentwicklung aufzubauen. Neben wissenschaftlichen Publikationen sind die Ergebnisse für Politik und Verwaltung von Kommunen, Kranken- und Pflegekassen sowie andere Präventionsträger relevant.

Gesundheitsförderung und Primärprävention von älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V.

Institut für Gerontologie

an der Technischen Universität Dortmund

Evinger Platz 13, 44339 Dortmund

Leiter: Prof. Dr. Gerhard Naegele

Tel: 02 3172 84 88 - 0

FKZ: 01EL0711

Betrag: 294.453 EUR

Laufzeit: 01.10.2007 – 30.06.2010

Evaluert wird die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund sowohl auf der Ebene der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention. Neue Möglichkeiten des Zugangs zu dieser im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention bislang kaum berücksichtigten Zielgruppe werden untersucht. Potenziale der Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten finden dabei besondere Beachtung. Ausgehend von einem qualitativen Forschungsansatz werden leitfadengestützte Interviews mit älteren Migrantinnen und Migran-

ten sowie Expertinnen und Experten in drei Erhebungswellen über zwei Jahre durchgeführt. Darüber hinaus finden im Anschluss an die erste und zweite Erhebungswelle gemeinsame „Werkstattgespräche“ mit älteren Migrantinnen und Migranten, Expertinnen und Experten sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren statt. Die Ergebnisse können den Auf- und Ausbau partizipativer, gesundheitsfördernder Strukturen unterstützen und neue Zugangsmöglichkeiten zu dieser Zielgruppe aufzeigen.

Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten – Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Universitätsklinikum Freiburg

Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie Sektion

Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung

Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

Leiter: Dr. Isaac Bermejo

Tel: 07 61 270 - 69 82

FKZ: 01EL0712

Betrag: 459.350 EUR

Laufzeit: 01.11.2007 – 31.10.2010

Das Projekt umfasst sechs Teilschritte: 1) Sekundäranalyse der Literatur, 2) Querschnittstudie zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und zum Alkoholkonsum, 3) Entwicklung eines transkulturellen Präventionskonzeptes 4) Fort- und Weiterbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, 5) randomisiert-kontrollierte Implementierungsstudie zur Evaluation des Präventionskonzeptes, 6) Entwicklung eines Transferkonzeptes. Hierfür werden Migrantinnen und Migranten aus der Türkei, Spanien, Italien sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler in den Fachdiensten des Deutscher Caritasverband e. V. (DCV) und der Arbeiterwohlfahrt (AWO) einbezogen. Neben besserem Wissen und adäquateren Einstellungen zu Alkohol, Risiko- und Präventionsverhalten werden Verhaltensänderungen wie die Reduktion von riskantem Alkoholkonsum erwartet. Ein Praxismanual soll erstellt werden. Außerdem werden evidenzbasierte muttersprachliche Materialien unter transkultureller Perspektive entwickelt und verbreitet.

Ältere gezielt erreichen – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs

Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Leiterin: Prof. Dr. Ulla Walter

Tel: 05 11 532 - 44 55

FKZ: 01EL0713

Betrag: 463.876 EUR

Laufzeit: 01.01.2008 – 31.12.2010

Ziele sind die Eruiierung, Erprobung und Evaluation der (Kosten-) Effektivität zweier Zugangswege zur Ansprache und Motivierung älterer Frauen und Männer für eine primärpräventive Maßnahme. Die Studie ermöglicht Aussagen zur Erreichbarkeit von Älteren mit unterschiedlichen Gesundheitsrisiken. Entwickelt und eingesetzt werden altersgruppen- und gendersensible Flyer und eine telefonische Ansprache, um ältere AOK-Versicherte zur Teilnahme an präventiven Hausbesuchen zu motivieren. Die telefonische Beratung durch eine Krankenkasse und die persönliche Beratung in der Hausarztpraxis werden als Zugangswege erprobt und hinsichtlich ihrer (Kosten-)Wirksamkeit evaluiert. Es werden Empfehlungen ausgearbeitet, die auf einer wissenschaftlichen Tagung diskutiert und hinsichtlich ihrer Umsetzung in die Versorgungspraxis mit Vertretern aus Praxis und Politik konkretisiert werden. Die Studie soll zur systematischen Weiterentwicklung von zielgruppenorientierten Zugangswegen führen.

Evaluation einer Evidenz-basierten Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung beim kolorektalen Screening

Universität Hamburg , Fachbereich Chemie
 Institut für Gewerblich-Technische Wissenschaften
 – Fachrichtung Gesundheit
 Martin-Luther-King-Platz 6, 20146 Hamburg

Leiterin: Dr. Anke Steckelberg

Tel: 040 428 38 - 72 22

FKZ: 01EL0714

Betrag: 56.738 EUR

Laufzeit: 01.10.2007 – 30.09.2009

Geprüft wird, ob die Bereitstellung evidenzbasierter Verbraucherinformationen zur Darmkrebs-Früherkennung zu einem höheren Anteil an informierter Entscheidung führt. Die evidenzbasierte Information beinhaltet sowohl die möglichen Optionen als auch den zu erwartenden Nutzen und Schaden der einzelnen Maßnahmen. Sie berücksichtigt die international diskutierten Kriterien für evidenzbasierte Informationen. Desweiteren werden zwei interaktive Lernelemente bereitgestellt. Die Überprüfung erfolgt in einer randomisiertkontrollierten Studie. Der primäre Endpunkt ist die informierte Entscheidung des Patienten. Der Endpunkt beinhaltet die Dimensionen Wissen, Einstellung und Inanspruchnahme des Screenings. Zur Erhöhung der Validität erfolgt ein Abgleich mit den Versichertendaten. Es wird exemplarisch erprobt, ob mit diesem evidenzbasierten Informationsprogramm die nach den Prinzipien der Risiko-

kommunikation aufbereitete Information der optimierten Standardinformation überlegen ist.

Aktive Gesundheitsförderung bei alten Menschen im Kinzigtal – Prozess- und Ergebnisevaluation eines Interventionsprogramms im Kontext der Integrierten Versorgung von AOK-Patienten

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizin-Soziologie
 Martinistr. 52, 20251 Hamburg

Leiter: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Tel: 040 428 03 - 78 49

FKZ: 01EL0715

Betrag: 360.071 EUR

Laufzeit: 01.11.2007 – 31.10.2010

Praxispartner der Evaluation ist die Gesundes Kinzigtal GmbH, die gemeinsam mit der AOK Baden Württemberg ein Modellprojekt zur Integrierten Versorgung im Kinzigtal durchführt. Die Interventionsgruppe soll aus 600 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Modellprojektes im Alter von über 60 Jahren bestehen. Im Rahmen der Prozessevaluation werden das Ausmaß, in dem Zielgruppen erreicht werden, die Akzeptanz des Programms, förderliche und hemmende Faktoren der Durchführung sowie die Transferierbarkeit des Programms untersucht. Gegenstand der Ergebnisevaluation ist ein Vergleich (an vier Messzeitpunkten) im Hinblick auf gesundheitsrelevante Einstellungen und Kenntnisse sowie im Hinblick auf die Zielbereiche der Intervention (Ernährung, Bewegung und soziale Partizipation) und den Gesundheitszustand. Neben Befragungen werden Daten der AOK zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und zu den Kosten für die gesundheitliche Versorgung herangezogen. Die Studie ermöglicht Aussagen zur Übertragbarkeit des Programms, zu längerfristigen Effekten und zu gesundheitsökonomischen Aspekten.

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Die Durchführung der Untersuchungen sowie die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen sind von den Auftragnehmern in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden. Das Bundesministerium für Gesundheit übernimmt insbesondere keine Gewähr für die Richtigkeit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Untersuchungen.

Gestaltung: Schleuse 01 Werbeagentur GmbH

Fotos: jupiterimages

Druck: Druckerei im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Gedruckt auf Recyclingpapier

Stand: März 2009

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: BMG-F-10002
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 0 18 05/77 80 90*
Fax: 0 18 05/77 80 94*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 18 Uhr und Freitag zwischen 8 und 12 Uhr (kostenpflichtig) unter folgenden Telefon-nummern:

Fragen zum Versicherungsschutz

018 05/99 66-01*

Fragen zur Krankenversicherung

018 05/99 66-02*

Fragen zur Pflegeversicherung

018 05/99 66-03*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

018 05/99 66-09*

Fragen zur Suchtvorbeugung

02 21/89 20 31**

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service, Schreibtelefon

018 05/99 66-07*

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

018 05/99 66-06*

Gebärdentelefon Video over IP

gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice.bund.de

Newsletter

Wenn Sie regelmäßig Informationen rund um die Themen Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention erhalten möchten, abonnieren Sie unseren Newsletter unter: www.bmg-newsletter.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestellnr.: BMG-G-07014

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 018 05/77 80 90*

Fax: 018 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:

www.bmg.bund.de

www.in-form.de

* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo-Do 10 bis 22 Uhr, Fr-So 10 bis 18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.