

# Gesund altern – Stadtteil in bunter Vielfalt

Oder: „In bunter Vielfalt im  
Stadtteil gesund altern“

„Vielfältige Alte im bunten,  
gesundheitsförderlichen  
Stadtteil“

GESUND ALTERN IM STADTTTEIL –  
ABER WIE?

**Christiane Deneke,**

Vertretungsprofessorin

Dept. Gesundheitswissenschaften

Bremerhaven, 24.11.2010

Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*





# Gliederung

1. Was heißt Vielfalt?
2. Was bedeutet Vielfalt im Alter?
3. Gesundheitsförderung alter Menschen
  - Ziele der Gesundheitsförderung
  - Spezielle Anforderungen
  - Mögliche AnbieterInnen
4. Beispiele aus der Praxis
5. Chancen und Risiken einer diversity-sensiblen Gesundheitsförderung für Ältere



# Was heißt Vielfalt?

1. **Vielfalt als Perspektive**
2. **Vielfalt als soziales Phänomen und als Bedürfnis**
  - Individualisierung / Pluralisierung
  - Ansteigende gesellschaftliche Spaltung

-> „*Vielfalt ist die Regel*“

# Was bedeutet Vielfalt im Alter?

## - Dimensionen -



### Im Alter wenig veränderbar

- Sexuelle Orientierung
- Geschlecht
- Körperliches Alter
- Chronische Krankheiten
- Herkunft
- Bildung
- Einkommen
- Biographie
- Lebenssituation (allein..)
- „Kiez“ - Heimat
- Pflege von Angehörigen

### Im Alter eher veränderbar

- Sinnhafte Tätigkeit
- Eingebundenheit
- (gefühltes) Alter
- Gesundheitliche Lage

# Ziele für Gesundheitsförderung im Alter



- Vermeidung von Funktionseinschränkungen
- Bewahrung von Unabhängigkeit und Selbstständigkeit
- Erhalt von aktiver Lebensgestaltung und Mobilität
- Prävention von Pflegebedürftigkeit
- Steigerung der Lebensqualität
- Stärkung vorhandener Ressourcen
  - **Aufdecken dieser Ressourcen!**

*Walter 2008: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter*



# Ansätze der Gesundheitsförderung bei alten Menschen

## Lebensweltbezogener Ansatz

- im Setting (Stadtteil, Quartier, Dorf)
- Bedürfnis- und kompetenzorientiert
- Ressourcenorientiert
- Aufsuchend - eingebunden in Bekanntes
- Zusammenarbeit mit Peers oder Schlüsselpersonen

## Versorgungsbezogener Ansatz

- Pflegerische und gesundheitliche Versorgung
- In Pflegestützpunkten, ambulanten Pflegediensten,
- in Rehabilitation,
- in Pflegeheimen

**->Verknüpfung von lebenswelt- und versorgungsbezogenem Ansatz!**



# Mögliche AnbieterInnen von Gesundheitsförderung alter Menschen

- SpezialistInnen für „Gesundheit“: Krankenkassen, Apotheken, ÄrztInnen, Pflegepersonal (stationär, ambulant, auch präventive Hausbesuche, geriatrische Zentren)
- SpezialistInnen für Bewegung/Sport, Ernährung...
- Kultur- und Bildungseinrichtungen: Chöre, VHS, (Senioren-) Uni
- Einrichtungen für ältere Menschen: Altentreffs, Seniorenzentren..
- Strukturen der Zielgruppen (Moscheen, Schwulen- und Lesbengruppen, Betriebs-, Gewerkschaftssenioren/innen)
- Kiez-Einrichtungen (Stadtteiltreffs..)
- Gemeinden (religiös, kommunal..)
  - > ***Einbeziehen von Stadtentwicklung (Wohnformen, Mehrgenerationenhäuser, Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige, angepasste städtische „Freiräume“)***

# Vielfalt – Orientierung für AnbieterInnen



- Alte Menschen nicht als einheitliche Gruppe ansprechen, sondern differenzorientiert bzw. –sensible;
- Angebote ‚modernisieren‘ (passend zum gefühlten Alter)
- Kompetenzen in Bezug auf Vielfalt ausbilden (z.B. Interkulturelle -, Gender – Kompetenzen)
- Alle Dimensionen der soziale Lage einbeziehen, insbesondere (Alters)Armut;
- Vernetzt denken und handeln.
  - ***Sensibilität für Vielfalt ist gefragt!***

# Vielfalt – Handlungsfelder der Gesundheitsförderung



- Ernährung -> Essen und trinken und „geistige Nahrung“
- Bewegung -> physische und psychische Bewegung
- Mentale Gesundheit -> gegen Vereinsamung, Depression und Isolation
- Partizipation -> soziale – kommunale – politische Teilhabe, nicht nur „Teilnahme“
  - ***Chancen für Vielfalt!***



# ..und in Bremerhaven?

- 114.400 Einwohner/innen\*
  - davon 24.860 im Alter von 65 oder darüber (22%)
    - davon 14.360 Frauen (58% bzw. 12,6% von allen)
- Migrant/innen (Ausländer/innen\*\*:10.685; 9,4%)
  - in den OT Goethestraße und Grünhöfe über 21%
  - *Migrant/innen über 65??*
- 3.369 „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“\*\*
  - *„Arme“ Ältere??*

\* Seestadt Bremerhaven: „Bremerhaven in Zahlen“, 7.2010

\*\*Seestadt Bremerhaven: „ Statistischer Kurzbericht“, 8.2010

# ..und wer ist schwer(er) zu erreichen?



- Ältere Menschen
- Männer
- Migrant/innen
- „Bildungsferne“ Schichten
- Sozial (oder eher: finanziell) Benachteiligte



# Beispiele aus der Praxis 1

- Lesegruppe älterer schwuler Männer
- (ganzheitliche) Mobilitätsförderung für Pflegebedürftige
- Schwimmgruppe für ältere türkische Migrantinnen und Migranten
- Generationsübergreifendes Kochen, Tanzen, Singen, Musikmachen, Malen für Männer und Frauen



## Beispiele aus der Praxis 2

- „Ehrenamt“ für (noch) Ältere (Anleiterin Seniorengymnastik; Tanz, Musik, ...)
- „Paten“-Projekte (Ältere helfen benachteiligten Jugendlichen für den Berufseinstieg)
- „Community Gardens“ (in Australien)
- „Werkeln“ - Projekt „Handwerkerhaus“
- „Omahilfsdienst“
- ... oder weiter „gute Arbeit“\* machen  
\*im Sinne des DGB-Index „gute Arbeit“

# *Anleiterin in Seniorengymnastik?*

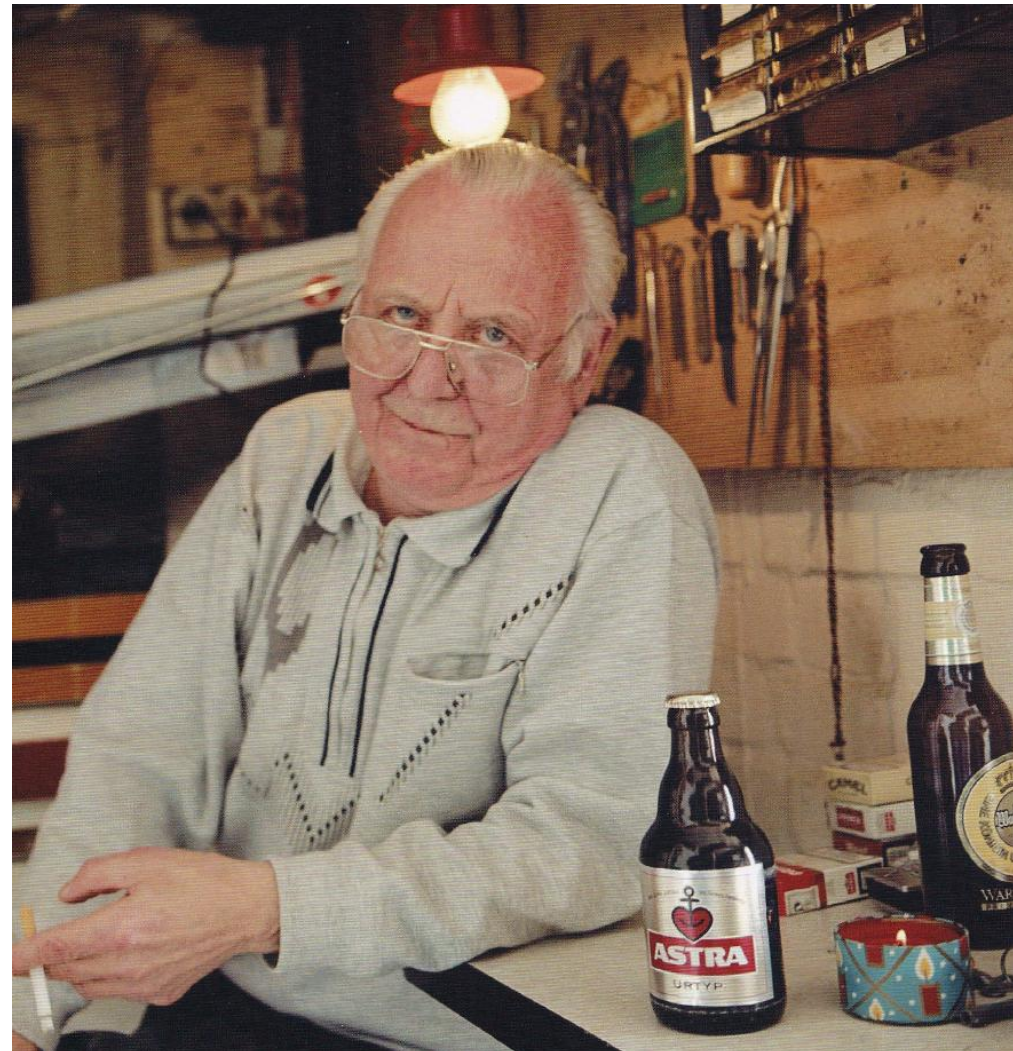
Vielleicht die Frau  
in Pink?



# Projekt „Handwerkerhaus“

Vielleicht für Schubi?

als „Ausweichkeller“ und  
Kontaktmöglichkeit



Quelle: Schauenburg/Grace: Good old world

# „Community Gardens“

Vielleicht für Nadia und  
ihren Mann?

- wenn sie nicht mehr auf  
ihrem Hof leben können -



# Weiter arbeiten..

Vielleicht für Erna  
und ihre Kundschaft?

*„Jetzt arbeite ich nur Freitag-  
und Sonntagnacht, dann aber  
bis 6 oder 7 Uhr morgens.  
Und solange es mir Spaß  
macht und ich gesund bin,  
werde ich weitermachen.“*

Erna Thomsen, geb. 1924  
Wirtin im „Silbersack“,  
Hamburg St. Pauli





# Beispiel aus der eigenen Arbeit I

„**LUCAS\* 7**: “Pflegesprechstunden zur Mobilitätsförderung bei multimorbiden älteren Menschen“

**Erweiterung des Begriffs (physischen) Mobilität um die psycho-soziale und kognitive Dimension („geistige Beweglichkeit“)**

\* “Longitudinal Urban Cohort Ageing Study” in der Metropolregion Hamburg; gefördert durch das BMBF

Forschungsprojekt der HAW Hamburg, im Verbund mit dem Albertinen Haus (Geriatrischer Versorgung), der Hamburgischen Pflegegesellschaft, dem Amt für Gesundheit und Universitäten (Hamburg, Greifswald)

Laufzeit: 10.2007 bis 12.2013 (mit Folgeprojekt)



## Beispiel aus der eigenen Arbeit II

**„SAĞLIK. Gesunde Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe im Stadtteil fördern. Sozialraumbezogene Gesundheitsförderung für ältere Männer und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg“**

Netzwerkorientiert, stadtteilbezogen, partizipativ

Berücksichtigung von Genderaspekten

Einbeziehen der Generation 50 + und von

GesundheitsmediatorInnen

**Forschungsprojekt der HAW Hamburg, Departments  
Gesundheitswissenschaften und Soziale Arbeit**

**Laufzeit: 6.2010 bis 5.2012**



# SAĞLIK: Konzeptioneller Zugang zu Gesundheitsförderung

## 1. Stadtteil- bzw. Sozialraumorientierung

Setting: „Stadtteil“, d.h.

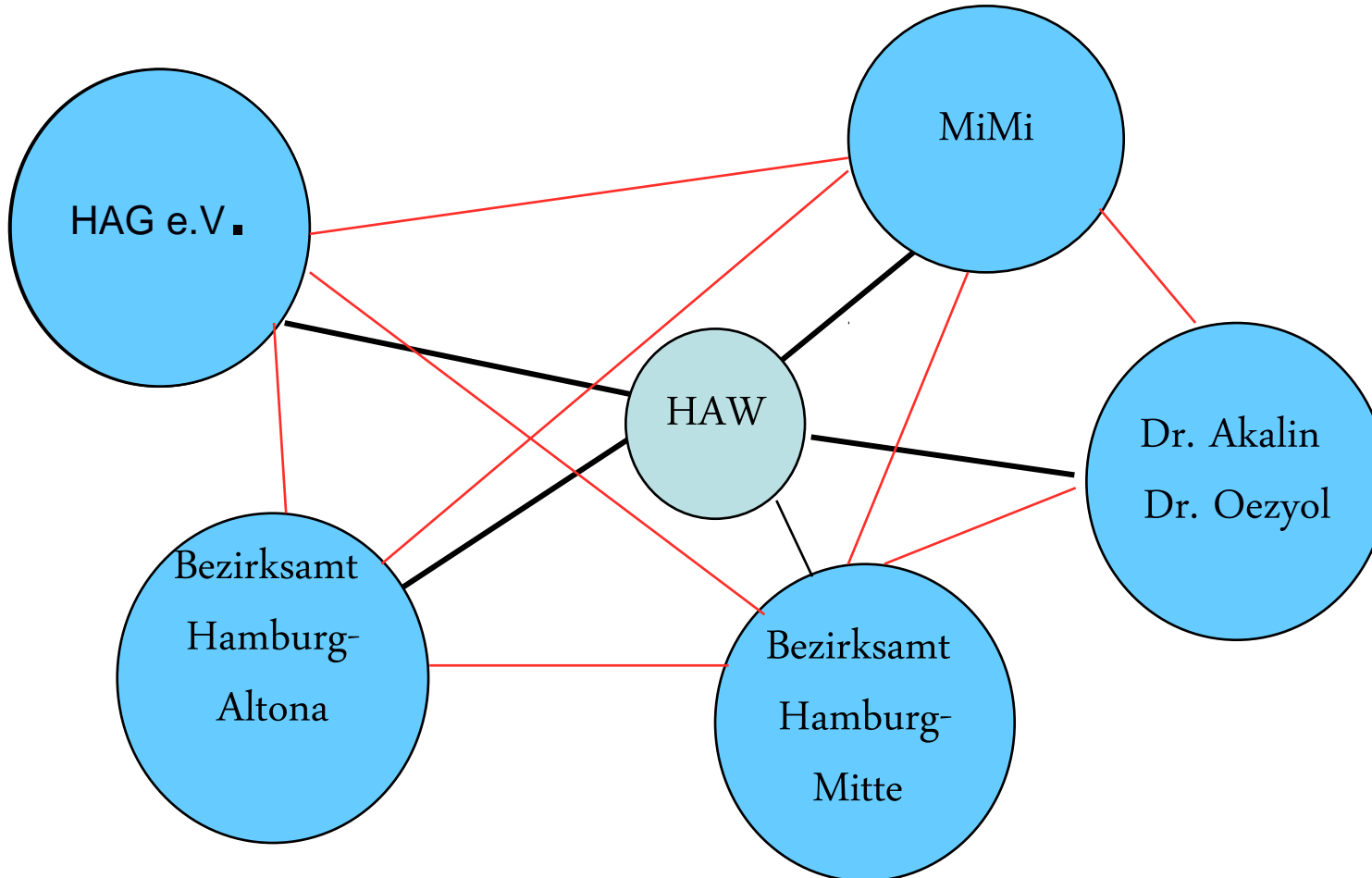
- ‚aufsuchender‘ Zugang, z.B. über Moscheen, Ausländervereine, Gemeinden, Altentagesstätten, Einbeziehung von MultiplikatorInnen
- Berücksichtigung vorhandener Ressourcen des Stadtteils

## 2. Netzwerkorientierung

Stärkung mikro- und meso-sozialer Netzwerke älterer Männer und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund im Hinblick auf Gesundheit



# SAĞLIK: Kooperationspartner



# Notwendige Voraussetzungen gelingender Arbeit



- Beteiligung der - vielfältigen - Zielgruppen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Akteure der relevanten, vielfältigen Sektoren, also Altenhilfe, Gesundheitsversorgung (ambulant und stationär), Gesundheitsförderung, Wohnungswesen, Kultur, Sport, Bildung, .....
- Bedarfsermittlung - Zielformulierung – Umsetzung – Evaluation ( also PHAC)



# Schwierigkeiten und Risiken

## einer diversity-sensiblen Gesundheitsförderung für Ältere

- Die AnbieterInnen sollten eine Nähe zu den Zielgruppen haben;
- Bedarfserhebungen bei Teilzielgruppen kann Diskriminierungsverdacht erzeugen;
- Einzelveranstaltungen für jede Teilzielgruppe sind unrealisierbar;
- „Empowerte“ Ältere können aufmüpfig werden!

**->Alle „Vielfalten“ zu berücksichtigen, wird schwierig**



## Gesundheitsförderung mit älteren Menschen sollte

- die Soziale Lagen
- Interessen
- Biografien
- den Gesundheitszustand

berücksichtigen ..und

-> „**Spaß an der Freude**“  
schaffen



# Kontakt und Quellen

Prof. Christiane Deneke

HAW Hamburg, Alexanderstr. 1, 20099 Hamburg

Tel.: 040.42875.9213, [christiane.deneke@haw-hamburg.de](mailto:christiane.deneke@haw-hamburg.de)

## Quellen:

Zum Projektverbund LUCAS:

[www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatrische\\_klinik/leistungsspektrum/lucas](http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatrische_klinik/leistungsspektrum/lucas)

Brunnett. R.; C.Deneke (2009): Vielfalt als Herausforderung. Bedarf, Ansatzpunkte und Perspektiven für eine differenzorientierte Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hg): Gesundheit im Alter fördern – eine Zukunftsaufgabe der Kommunen.

Richter A., I.Bunzendahl, Th.Altgeld (Hg.) 2008: Dünne Rente – Dicke Probleme.  
Frankfurt aM, Mabuse

Walter, Ulla (2008): Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter, in:  
Kuhlmey, A.; Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, Bern u.a.: Huber.

WHO (2002): Active Aging. A Policy Framework.