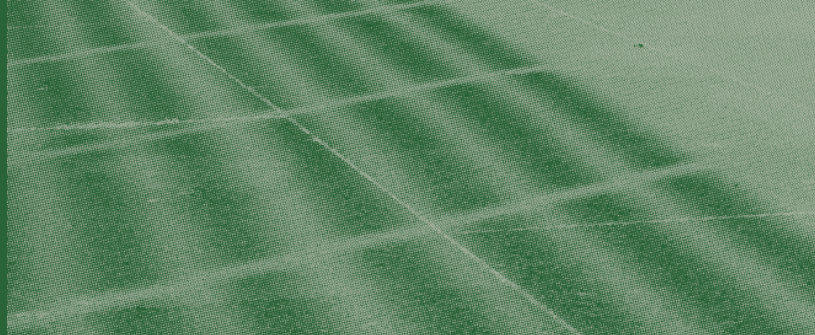


Gesund alt werden in Bremen

Informationen – Erfahrungen – Praxisbeispiele



Herausgeberin:

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.
Horner Str. 70, Ansgar Haus
28203 Bremen
Tel.: 0421 361 184 94
E-Mail: info@lvgb.de

Autorinnen:

Nicole Tempel, Hülya Türkmen, Jana Finke, Elke Anna Eberhard

Die Broschüre wurde im Rahmen des Projekts „Gesundheit älterer Menschen in prekären Lebenslagen“ entwickelt. Das Projekt sowie die Erstellung der Broschüre „Gesund altern in Bremen Informationen - Erfahrungen - Praxisbeispiele“ wurde im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert.

Druck:

Druckerei Wilhelm Brüggemann, Bremen

Umschlaggestaltung:

Isa Fischer

Für die Teilnahme an den Interviews bedanken wir uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr herzlich. Unser Dank gilt auch all denjenigen, die durch konstruktive Rückmeldungen zum Gelingen der Broschüre beigetragen haben.

2010, 1. Auflage

Bildnachweise:

Titelblatt:

im Hintergrund, pixelio.de, CFalk
mittig, fotolia.de, gourmecana
rechtsseitig, pixelo.de, Michael Bürhrke
Broschüre:

S. 3 fotolia.de, SyB

S. 4 pixelio.de, Günter Havlena

S. 11 clipdealer.com, novi

S. 14 fotolia.de, absolut

S. 15 fotolia.de, gwimages

S. 19 clipdealer.com, Paha L

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Wer sind eigentlich „die“ Älteren?	2
3	Das Alter (in Bremen) und der Einfluss der sozialen Lage	4
4	Die Gesundheit älterer Menschen – mit Blick auf das Land Bremen	7
5	Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit	11
6	Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention	14
7	Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	15
8	Der Stadtteil als Setting für Gesundheitsförderung und Prävention	16
9	Gesundheitsrelevante Angebote für ältere Menschen in Bremen – eine Befragung	19
10	Methode	20
11	Ergebnisse	21
11.1	Ein Überblick zu den Angeboten	21
11.1.1	Grohn	22
11.1.2	Gröpelingen	22
11.1.3	Hemelingen	23
11.1.4	Huchting	24
11.1.5	Huckelriede	25
11.1.6	Kattenturm	25
11.1.7	Lüssum – Bockhorn	26
11.1.8	Neue Vahr	27
11.1.9	Schweizer Viertel	28
11.1.10	Tenever	28

11.2	Bewegung - Ernährung - Soziale Teilhabe	29
11.2.1	Angebote zur Bewegungsförderung	30
11.2.2	Angebote zur gesunden Ernährung.....	31
11.2.3	Angebote zur Förderung sozialer Kontakte.....	33
11.3	An wen richten sich die Angebote? – ein Blick auf die (fehlenden) Zielgruppen	36
11.3.1	Welche Altersgruppen werden mit den Angeboten angesprochen?	36
11.3.2	Zielgruppenspezifische Angebote.....	37
11.3.3	Erreichbarkeit von älteren Migrantinnen und Migranten	39
11.3.4	Nicht oder nur bedingt erreichte Zielgruppen	40
11.4	Aspekte, die in der Gesundheitsförderung eine Rolle spielen.....	42
11.4.1	Partizipative Angebotsgestaltung.....	42
11.4.2	Niedrigschwellige Arbeitsweise	44
11.4.3	Empowerment.....	48
11.4.4	Vernetzung.....	50
11.5	Fazit aus Sicht der Befragten.....	52
12	Empfehlungen.....	54
12.1	Was gut gelingt bzw. gelingen kann	54
12.2	Was fehlt?	55
13	Tipps und Links zum Weiterlesen.....	57
14	Literatur	59
15	Anhang.....	63
15.1	Anhang I: Adressen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.....	63
15.2	Anhang II: Fragebogen	68

Abbildungen

Abbildung 1: Die Lebenserwartung von Männern in der Stadt Bremen in den Jahren 1997-2006 (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010a: 29)	5
Abbildung 2: Die Lebenserwartung von Frauen in der Stadt Bremen in den Jahren 1997-2006 (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010a: 30)	6
Abbildung 3: Vorzeitige Sterblichkeit unter 65 Jahren in sozial benachteiligten und sozial privilegierten Regionen (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010b: 36)	7
Abbildung 4: Weniger gut bzw. schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand im Land Bremen – nach Alter und Geschlecht, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009 (eigene Darstellung in Anlehnung an Pfuhl & Post 2010: 75).....	8
Abbildung 5: Häufigste Behandlungsanlässe bei über 65-Jährigen Männern in Bremen 2008 (Angaben in Fallzahlen), Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011 (eigene Darstellung)	9
Abbildung 6: Häufigste Behandlungsanlässe bei über 65-Jährigen Männern in Bremen 2008 (Angaben in Fallzahlen), Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011 (eigene Darstellung)	9
Abbildung 7: Häufigste chronische Erkrankungen bei 60- bis 79-Jährigen Männern im Land Bremen, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009 (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010c: 90)	10
Abbildung 8: Häufigste chronische Erkrankungen bei 60- bis 79-Jährigen Frauen im Land Bremen, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009 (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010c: 90) ..	11
Abbildung 9: Modell zum Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (eigene Darstellung in Anlehnung an Mielck 2003: 215)	13
Abbildung 10: Einflussebenen und -faktoren auf die Gesundheit (in Anlehnung an Dahlgren und Whitehead 1991); Grafik: Fonds Gesundes Österreich, www.fgoe.org	17
Abbildung 11: Anteil der gesundheitsrelevanten Angebote in den Bereichen Bewegung, gesunde Ernährung und Förderung sozialer Kontakte (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich.....	29
Abbildung 12: Angebote zur Bewegungsförderung (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich.....	31
Abbildung 13: Angebote zur gesunden Ernährung (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich	32
Abbildung 14: Angebote zur Förderung sozialer Kontakte (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich	33
Abbildung 15: Anteil der Angebote für ältere Menschen im Gesamtangebot (n=19).....	36
Abbildung 16: Zielgruppen, die nicht oder nur bedingt erreicht werden (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich	41
Abbildung 17: Wege zur Bekanntmachung (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich.....	45
Abbildung 18: Geförderte Fähigkeiten im Alter (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich.....	49

Tabellen

Tabelle 1: Einteilung nach Altersgruppen in Anlehnung an Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2007	2
Tabelle 2: Veränderbare versus (eher) nicht veränderbare Dimensionen von "Vielfalt" im Alter, Brunnett & Deneke 2009.....	3
Tabelle 3: WiN-Gebiete in Bremen	19
Tabelle 4: Angebote, die von den Einrichtungen besonders hervorgehoben wurden	35
Tabelle 5: Zielgruppenspezifische Angebote (n=16), Mehrfachnennungen waren möglich	38
Tabelle 6: Herkunft älterer Migrantinnen und Migranten, die die Angebote der befragten Einrichtungen nutzen (n=19), Mehrfachnennungen waren möglich.....	40
Tabelle 7: Selbstinitiierte Angebote (n=16), Mehrfachnennungen waren möglich	44
Tabelle 8: Genannte Kooperationspartnerinnen und -partner (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich	51
Tabelle 9: Fehlende und wünschenswerte Angebote.....	54
Tabelle 10: An der Befragung teilnehmende Quartiere bzw. Einrichtungen.....	63

1 Einleitung

Gesund alt werden – aber wie? Das ist eine Frage, die sich viele Ältere stellen, aber auch viele Personen, die Angebote für Ältere bereithalten oder in anderen Zusammenhängen die Gesundheit im Alter unterstützen möchten. Eine besondere Notwendigkeit stellt dabei die Erreichbarkeit von älteren Menschen dar, die aufgrund ihrer sozialen Situation weniger eingebunden bzw. weniger erreicht werden. Denn insbesondere diese Personengruppen tragen das Risiko einer geringeren Lebenserwartung und einer vergleichsweise schlechteren Gesundheit.

Die Möglichkeiten der Zielgruppenansprache und der Angebotsgestaltung sind dabei sehr vielfältig. Je nach Zielsetzung kann es darum gehen, bestimmte Altersgruppen, mobile oder mobilitätseingeschränkte oder ältere Menschen mit spezifischen Erkrankungen anzusprechen. Dies sind nur einige wenige Zielgruppenbeispiele, denen eine Vielzahl an Angebotsmöglichkeiten, z. B. in den Bereichen Bewegung, Ernährung und/ oder Förderung sozialer Kontakte gegenüberstehen.

Mit der vorliegenden Broschüre sollen mögliche Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote dargestellt werden, mit denen insbesondere ältere Menschen in prekären Lebenslagen gut erreicht werden. Zunächst gilt es einen Überblick über das Alter und das Altern in Bremen zu geben und in die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention einzuführen. Im Hauptteil finden sich dann die Ergebnisse einer Befragung zu gesundheitsrelevanten Angeboten für ältere Menschen in Bremen, die von September bis Dezember 2010 durchgeführt wurde. Hierfür wurden Praxisbeispiele in den WiN-Gebieten (Wohnen in Nachbarschaften) identifiziert, die bereits einen guten Zugang zu älteren Menschen gefunden haben und die Gesundheit auf unterschiedliche Art und Weise fördern. Die Ergebnisse spiegeln Ansätze und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, aber auch Grenzen und Schwierigkeiten der Angebotssituation wider. Auf diese Weise sollen am Beispiel der Stadtgemeinde Bremen bewährte Ansätze aufgezeigt und Anregungen für die Arbeit und Angebotsgestaltung für ältere Menschen gegeben werden.

Wir bedanken uns herzlich bei der Koordinierungsstelle LOS Bremen, Soziale Stadtentwicklung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sowie bei allen Quartiermanagern und -managerinnen, die sich schnell bereit erklärt haben, die Identifizierung der Angebote zu unterstützen. Ein weiteres Dankeschön geht an die Interviewpartnerinnen und -partner, die an der Befragung bzw. am Pre-Test teilgenommen haben und offen über ihre Angebote aber auch über Probleme und Hindernisse berichteten.

2 Wer sind eigentlich „die“ Älteren?

Häufig wird allgemein von älteren Menschen, Seniorinnen und Senioren oder der Generation 60plus gesprochen. Doch wer verbirgt sich eigentlich hinter dieser sehr heterogenen Zielgruppe, in der verschiedene Altersgruppen, Lebenswelten, Bedürfnisse, Sprachkenntnisse, gesundheitliche Situationen u. ä. zusammentreffen? Insbesondere für die Gestaltung von Angeboten kann es hilfreich sein, sich im Vorfeld genau zu überlegen, wer angesprochen werden soll. Dies wirkt unterstützend bei der Entwicklung von Strategien und Maßnahmen und erhöht gleichzeitig die Chance, dass sich die gewünschte Zielgruppe auch tatsächlich angesprochen fühlt. Im Folgenden sollen einige Möglichkeiten für Differenzierungen aufgezeigt werden, wobei die große Heterogenität dieser Zielgruppe schnell deutlich wird.

Im Altenplan der Stadtgemeinde Bremen aus dem Jahr 2007 findet sich eine Einteilung in fünf verschiedene Altersgruppen (Tabelle 1):

Tabelle 1: Einteilung nach Altersgruppen in Anlehnung an Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2007

Alter	Bezeichnung
die 60- bis unter 75-Jährigen	Ältere Menschen
die 75- bis unter 80-Jährigen	Alte Menschen
die 80- bis unter 90-Jährigen	Hochaltrige
die 90- bis unter 100-Jährigen	Hochbetagte
die über 100-Jährigen	Langlebige

Eine etwas gröbere Einteilung findet sich in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, hier werden die „jungen Alten“ (65 Jahre bis unter 85 Jahre) von den „alten Alten“ (85 Jahre und älter) unterschieden (Tesch-Römer & Wurm 2009: 11). Jedoch scheint eine bloße Einteilung in Altersgruppen für diverse Zusammenhänge unzureichend. So gibt es z. B. „alte Menschen“, die aufgrund von Mobilitätseinschränkungen nicht mehr alleine Einkaufen gehen können und im Gegensatz dazu auch „alte Menschen“, die aktiv verschiedene Angebote nutzen - die Bandbreite kann hier vom gemeinsamen Kaffeetrinken, über gemeinsame Spaziergänge bis hin zum Sport reichen. Eine Einteilung aus dem anglosächsischen Raum greift diese Mobilitätsunterschiede im Alter wie folgt auf: „go go – slow go – no go“.

Des Weiteren ist es durchaus sinnvoll auch Aspekte wie Geschlecht, soziale Lage, Herkunft und biografische Einflüsse zu berücksichtigen. Hilfreich für diese weiterführende Zielgruppenspezifizierung können die in der Tabelle 2 dargestellten Dimensionen von „Vielfalt“ sein. Brunnett & Deneke (2009) haben die Vielfalt der älteren Menschen ausdifferenziert und dabei veränderbare und nicht verändere Dimensionen gegenüber gestellt. Sie empfehlen z. B. bei der Berücksichtigung von Vielfalt nicht von vornherein nur ethnische oder kulturelle Differenzen zwischen Bevölkerungsgruppen in den Blick zu nehmen. Während es in einem Fall sinnvoll sein kann „ethnische Herkunft/kulturelle Prägung“ zu berücksichtigen, können in einem anderen Fall „chronische Erkrankungen/physische Fähigkeiten“ im Vordergrund stehen. Daher gilt: „Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei alten Menschen müssen, damit sie wirksam sind, gleichwohl komplex sein und die Interaktion verschiedener struktureller, biologischer und verhaltensbezogener Dimensionen berücksichtigen“ (Brunnett & Deneke 2009: 38).



Tabelle 2: Veränderbare versus (eher) nicht veränderbare Dimensionen von "Vielfalt" im Alter, Brunnett & Deneke 2009

Im Alter (eher) unveränderbar	Im Alter (noch) zu beeinflussen
Sexuelle Orientierung	
Geschlecht	
Körperliches Alter	Gefühltes Alter
Chronische Krankheiten und physische Fähigkeiten	Gesundheitliche Beschwerden
Soziale Herkunft	
Ethnische Herkunft/ Kulturelle Prägung	
Bildung	
(Verbesserung der) sozio-ökonomischen Lage	
Biografie	Soziale Eingebundenheit
Sinnstiftende Lebenszusammenhänge	Sinnstiftende Aktivität

3 Das Alter (in Bremen)

In Bremen ist jede 5. Person (21,4 %) älter als 65 Jahre, der Anteil der über 80-Jährigen ist mit 5,7 % weitaus geringer (Statistisches Bundesamt 2010).

Mit Blick auf Deutschland liegt der Anteil der über 65-Jährigen, wie auch bei den unter 20-Jährigen derzeit bei 20 %. Prognosen zeigen, dass der Prozentwert der über 60-Jährigen bis 2050 weiter steigen wird und schließlich doppelt so groß sein wird, wie der der unter 20-Jährigen (Hoffmann et al. 2009: 26). Dabei wird es insbesondere eine Zunahme der über 85-Jährigen geben. Da diese Altersgruppe oftmals ein hohes Ausmaß an Pflegebedürftigkeit und an gesundheitlichen Einschränkungen aufweist, ergibt sich parallel zu dieser Entwicklung ein erhöhter Bedarf an gesundheitlicher Versorgung.

Zu einer weiteren wachsenden Gruppe gehören die älteren Migrantinnen und Migranten. Modellrechnungen zeigen, dass der Anteil älterer Migrantinnen und Migranten in den nächsten Jahren bundesweit stark ansteigen wird. Während im Jahre 1995 der Anteil der über 60-Jährigen bei der ausländischen Bevölkerung noch bei 5,8 % lag, wird dieser bis zum Jahre 2030 auf 24,1 % steigen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000). Auch an dieser Stelle ist somit mit einer erhöhten Bedarfslage zu rechnen.



In Bezug auf die Lebenserwartung zeigen sich sowohl Unterschiede zwischen Männern und Frauen, als auch zwischen sozial privilegierten und benachteiligten Personen. Bundesweit weisen Männer eine Lebenserwartung von 76,9 Jahren und Frauen eine Lebenserwartung von 82,3 Jahre auf. Im Land Bremen liegt die Lebenserwartung dahingegen für Frauen bei 81,7 Jahren und für Männer bei 75,8 Jahren (Post 2010a: 27). Schon an dieser Stelle zeigen sich regionale Unterschiede, die sich nicht nur zwischen verschiedenen Bundesländern, sondern - wie die Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen - auch innerhalb Bremens wiederfinden.

Besonders auffällig ist der Unterschied der Lebenserwartung zwischen Schwachhausen und Gröpelingen, zwei Stadtteile, die in Bezug auf die soziale Lage große Unterschiede aufweisen. So zeigt sich zwischen den beiden Stadtteilen für Männer ein Unterschied von acht Jahren. Schwachhausen gehört dabei zu den privilegierten und Gröpelingen zu den benachteiligten Stadtteilen in Bremen.

⇒ Nähere Informationen zum Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit finden Sie im Kapitel 5.

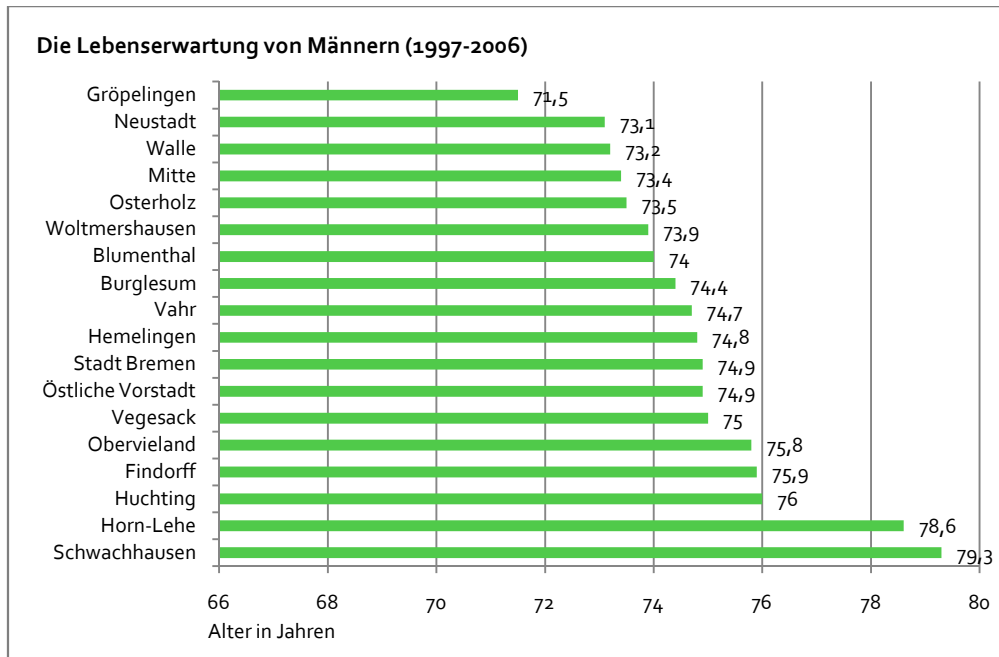


Abbildung 1: Die Lebenserwartung von Männern in der Stadt Bremen in den Jahren 1997-2006 (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010a: 29)

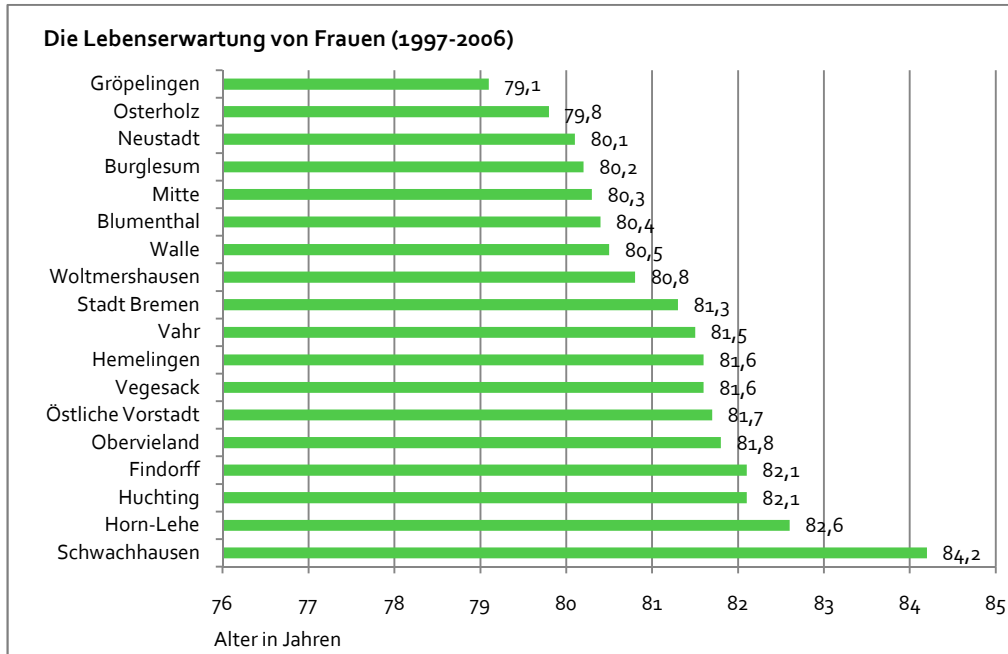


Abbildung 2: Die Lebenserwartung von Frauen in der Stadt Bremen in den Jahren 1997-2006 (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010a: 30)

Das Sozialressort Bremen hat in diesem Zusammenhang eine Gegenüberstellung von benachteiligten und privilegierten Regionen in Bezug auf die vorzeitige Sterblichkeit erstellt (Abbildung 3). Dabei zeigt sich insbesondere eine Abweichung von Männern unter 65 Jahren aus benachteiligten Regionen zu Männern aus privilegierten Regionen. Im Zeitverlauf zeigt sich zwar, dass der Anteil der Männer aus benachteiligten Regionen mit vorzeitiger Sterblichkeit gesunken ist, allerdings hat sich der Abstand zu den Männern aus privilegierten Regionen vergrößert (Post 2010b: 36).

Neben der Höhe der Lebenserwartung stellt sich auch die Frage, wie viele Lebensjahre in Gesundheit verbracht werden. Hier zeigen bundesweite Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) aus den Jahren 1995 bis 2005, dass es auch hier Unterschiede in Bezug auf höhere und niedrigere Einkommensgruppen gibt. So können Männer der niedrigsten Einkommensstufe von Geburt an 56,8 Jahre in Gesundheit erwarten, Männer der höchsten Einkommensstufe hingegen 71,1 Jahre - ein Unterschied von 14,3 Jahren. Für Frauen ergibt sich ein ähnliches Bild, nämlich ein Unterschied von 13,3 Jahren. Die gesunde Lebenserwartung liegt hier in Bezug auf die niedrigste Einkommensstufe bei 60,5 Jahre, demgegenüber zeigt sich bei der höchsten Einkommensstufe eine gesunde Lebenserwartung von 73,8 Jahren (Lampert 2009: 130).

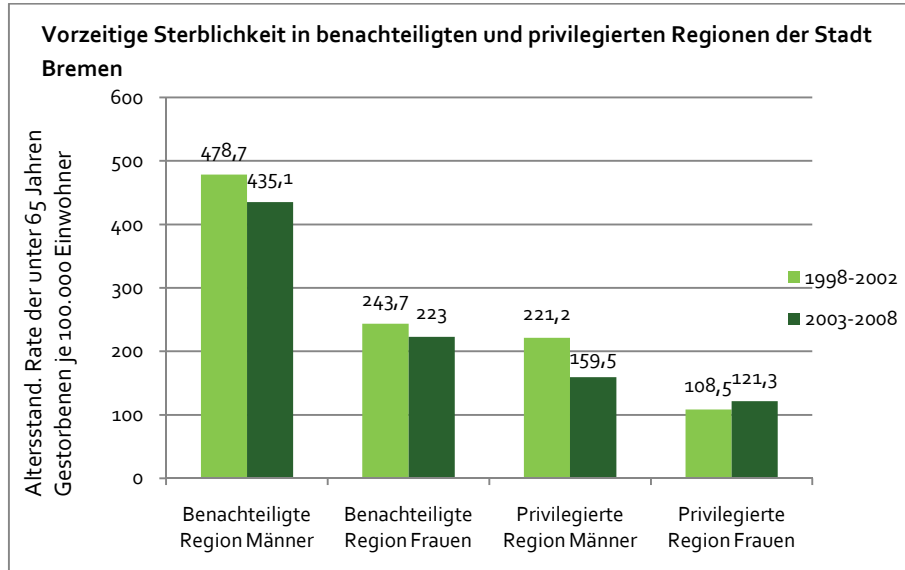


Abbildung 3: Vorzeitige Sterblichkeit unter 65 Jahren in sozial benachteiligten und sozial privilegierten Regionen (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010b: 36)

4 Die Gesundheit älterer Menschen – mit Blick auf das Land Bremen

Die Bedeutung der eigenen Gesundheit steigt mit zunehmendem Alter. Während die Gesundheit im Alter von 40 bis 54 Jahren noch nicht zu den wichtigsten Themenbereichen gezählt wird – hier stehen z. B. die Sicherheit der Familie und eine harmonische Partnerschaft auf der Rangliste ganz oben – spielt die eigene Gesundheit in den darauffolgenden Jahren eine zunehmende Rolle. Im Alter von 75 bis 84 Jahren steht das Thema Gesundheit schließlich an erster Stelle (Wurm et al. 2009: 82). Parallel hierzu lässt sich bundesweit wie auch für Bremen mit zunehmendem Alter eine schlechtere Bewertung des Gesundheitszustandes beobachten. Die Abbildung 4 zeigt, je höher das Alter ist, desto schlechter ist die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes, wobei Frauen ihren Gesundheitszustand insgesamt etwas schlechter einschätzen als Männer (Pfuhl & Post 2010: 76). Im Alter von über 60 Jahren schätzen 39 % der Männer und 36 % der Frauen ihren Gesundheitszustand weniger gut bzw. schlecht ein und nur 10 % bzw. 13 % sprechen in dieser Altersgruppe von einem ausgezeichneten bzw. sehr guten Gesundheitszustand.

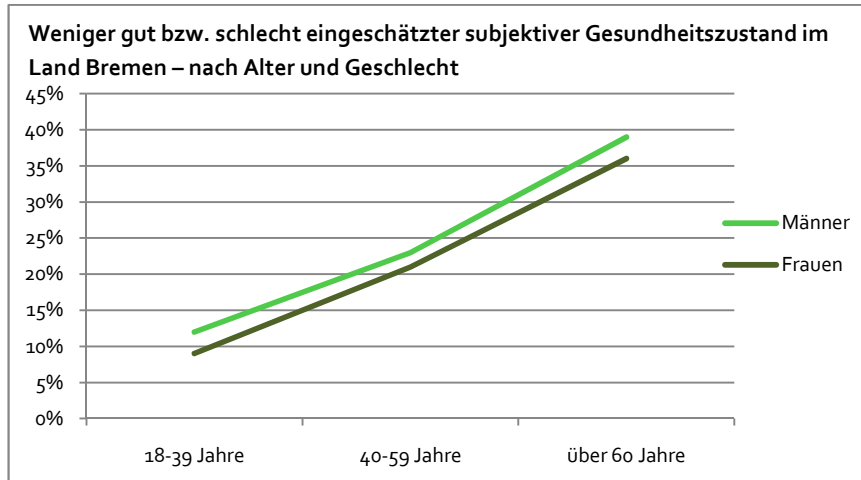


Abbildung 4: Weniger gut bzw. schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand im Land Bremen – nach Alter und Geschlecht, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009 (eigene Darstellung in Anlehnung an Pfuhl & Post 2010: 75)

Doch welche Erkrankungen häufen sich eigentlich im Alter und führen zu der schlechten Einschätzung des Gesundheitszustandes? Für die Altersgruppe der über 60-Jährigen konnten im Bereich der ambulanten Versorgung die (primäre) Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen und Rückenschmerzen als häufigste Erkrankungen verzeichnet werden. Daten aus dem ambulanten Bereich liegen für Bremen nicht vor.

In Bezug auf die häufigsten Erkrankungen im stationären Bereich dominieren bundesweit die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So zählten 2006 die Herzinsuffizienz, Angina pectoris und der Hirninfarkt zu den häufigsten Diagnosen älterer Menschen bei Krankenhausaufenthalt (Saß et al. 2009: 34).

Für Bremen zeigen die Abbildung 5 und Abbildung 6 die jeweils häufigsten Behandlungsanlässe für über 65-Jährige Männer und Frauen im Jahr 2008. Der akute Myokardinfarkt, die Herzinsuffizienz, der Hirninfarkt, bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge und chronische ischämische Herzkrankheiten stellten die fünf häufigsten Diagnosen für älter als 65-Jährige Männer dar. Für Frauen hingegen waren die Herzinsuffizienz, der Herzinfarkt, die Fraktur des Femurs (Oberschenkelhalsbruch), der akute Myokardinfarkt und die essentielle (primäre) Hypertonie die häufigsten Anlässe für eine stationäre Behandlung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011).

Die schon an dieser Stelle deutlich werdende hohe Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen spiegelt sich auch in den Todesursachen wider. Sie stellen mit 44 % die häufigste Ursache aller Sterbefälle in Deutschland dar (Saß et al. 2009: 36).

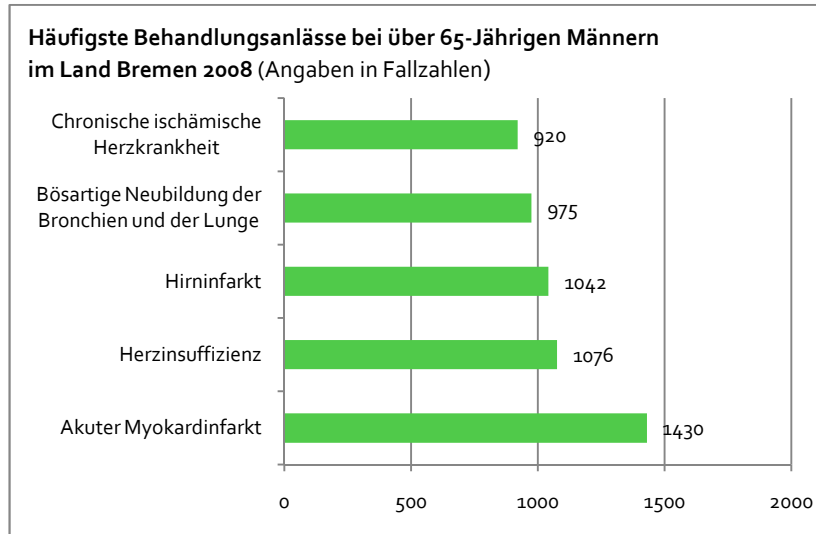


Abbildung 5: Häufigste Behandlungsanlässe bei über 65-Jährigen Männern in Bremen 2008 (Angaben in Fallzahlen), Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011 (eigene Darstellung)

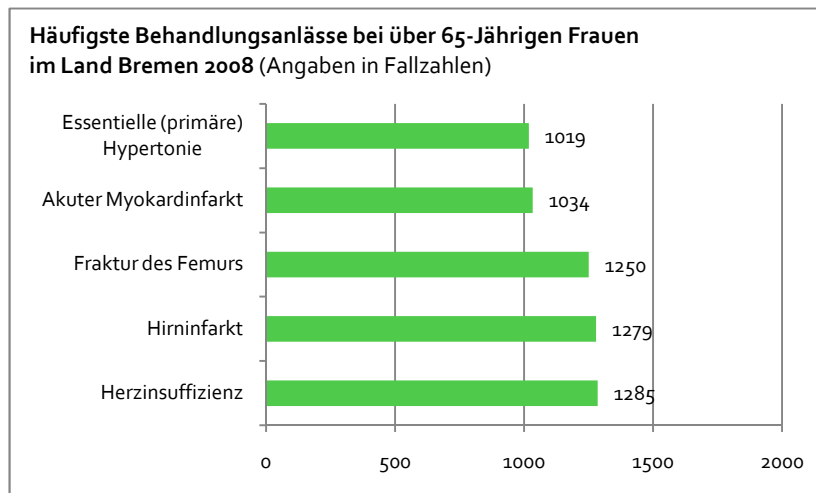


Abbildung 6: Häufigste Behandlungsanlässe bei über 65-Jährigen Männern in Bremen 2008 (Angaben in Fallzahlen), Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011 (eigene Darstellung)

Ebenso charakteristisch für das Alter sind das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen (Multimorbidität) sowie die Zunahme an chronischen und damit selten heilbaren Erkrankungen. Die Häufigkeiten chronischer Erkrankungen wurden im Rahmen der Bremer Gesundheitsumfrage¹ erfasst (Abbildung 7 und Abbildung 8). Vielen chronischen Erkrankungen kann durch ein entsprechendes gesundheitsrelevantes Verhalten und durch die Vermeidung von Risikofaktoren entgegengewirkt werden. Bluthochdruck und Diabetes können z. B. positiv durch körperliche Bewegung und gesunde Ernährung beeinflusst werden. Da sowohl der Bluthochdruck als auch Diabetes als Risikofaktoren für weitere Erkrankungen – wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen – gelten, werden in der Folge auch diese positiv beeinflusst (Post 2010c: 90).

⇒ Weitere Informationen zur Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung finden Sie im Kapitel 7.

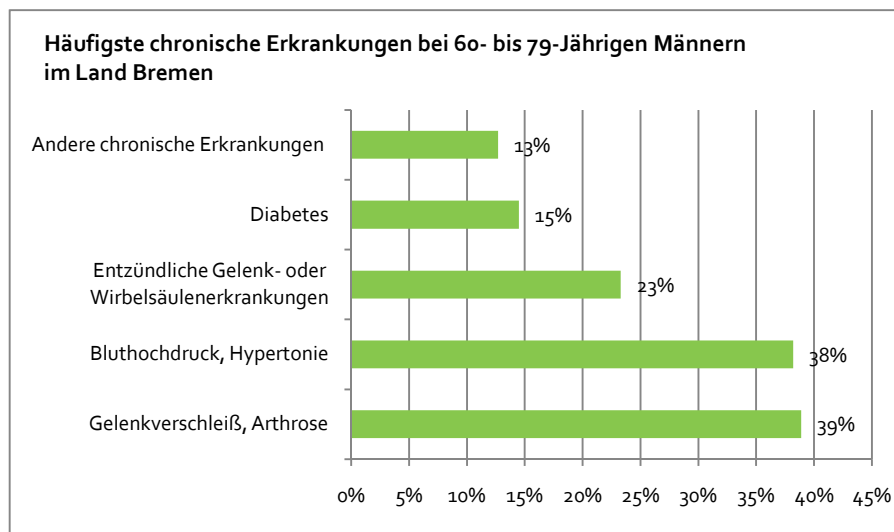


Abbildung 7: Häufigste chronische Erkrankungen bei 60- bis 79-Jährigen Männern im Land Bremen, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009 (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010c: 90)

¹ Sowohl in den Jahren 2004 als auch 2009 wurde im Auftrag des Senators bzw. der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales eine Bevölkerungsumfrage in Bremen zum Thema Gesundheit durchgeführt. Die Ergebnisse der aktuellen Umfrage sind dem Landesgesundheitsbericht 2010 zu entnehmen (siehe hierzu: S. 58).

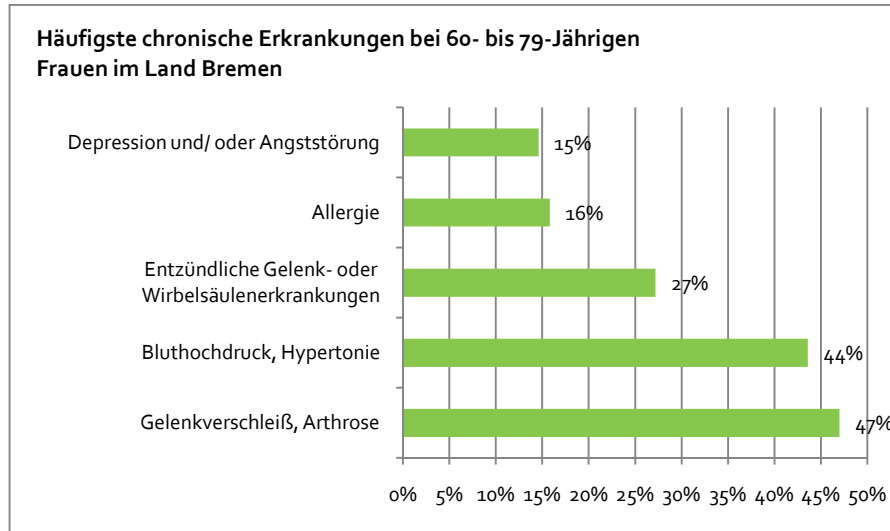


Abbildung 8: Häufigste chronische Erkrankungen bei 60- bis 79-Jährigen Frauen im Land Bremen, Ergebnisse der Bremer Gesundheitsumfrage 2009 (eigene Darstellung in Anlehnung an Post 2010c: 90)

5 Der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit

Als gängige Merkmale für die soziale Lage gelten der berufliche Status, die Bildung sowie das Einkommen. Hierbei handelt es sich um Indikatoren der sogenannten „vertikalen sozialen Ungleichheit“. Die Bezeichnung „vertikal“ drückt dabei aus, dass sich die Merkmale einer Bevölkerung in „unten und oben“ einordnen lassen. Der zentrale Faktor für die „vertikale soziale Ungleichheit“ ist das Einkommen.

Zu den Merkmalen der sogenannten „horizontalen Ungleichheit“ gehören u. a. das Geschlecht, das Alter, der Familienstand oder die ethnische Zugehörigkeit. Auch diese Faktoren können sich in sozialer Ungleichheit ausdrücken – so z. B. die erhöhte Lebenserwartung von Frauen (vgl. Abbildung 2) (Mielck 2003: 213).



Die Einflussnahme der sozialen Lage auf die Gesundheit konnte bereits mit den Abbildungen 1, 2 und 3 zur Lebenserwartung bzw. zur vorzeitigen Sterblichkeit aufgezeigt werden. Doch Unterschiede zeigen sich auch in Bezug auf Erkrankungen. So sind sozial Benachteiligte häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Lungenkrebs oder Depressionen betroffen als Personen aus privilegierteren Schichten. Auch die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes fällt bei sozial benachteiligten Personen insgesamt schlechter aus (Lampert 2009: 124 ff.; von dem Knesebeck 2008: 122).

Exkurs – Gesundheit älterer Migrantinnen und Migranten

Migration ist ein Lebensereignis, das einen starken Einfluss auf die Biografie wie auch auf die Familienentwicklung nimmt und sowohl Chancen als auch Risiken in sich birgt. Dabei ist die soziale Lage im Zielland der Migration oftmals durch viele Nachteile gekennzeichnet. Neben einem häufig geringeren Einkommen, können sich sprachliche Barrieren, Informationsdefizite, kulturelle Unterschiede aber auch psychosoziale Belastungen auf die gesundheitliche Situation auswirken (Razum et al. 2008).

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten im Allgemeinen ist sehr defizitär und insbesondere hinsichtlich älterer Migrantinnen und Migranten mangelt es an Studien. Dennoch bilden verschiedene regionale Studien einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand dieser Zielgruppe ab. Exemplarisch soll eine in Hamburg durchgeführte Studie aus dem Jahr 1998 herangezogen werden. In einer Vergleichsstudie wurden 1.410 über 60-Jährige deutsche Ältere und 1.037 über 55-Jährige ausländische Staatsangehörige befragt. Trotz des höheren Altersdurchschnitts in der Gruppe der deutschen Befragten, weist diese dennoch einen insgesamt besseren Gesundheitszustand auf.

Während 62,6 % der ausländischen Älterenangaben wegen Krankheit in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein, waren dies unter den Deutschen Befragten nur 46,5 %. Dabei stellten Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 44 % den häufigsten Behandlungsgrund dar (unter den deutschen Befragten: 29,4%), gefolgt von Rheuma (43,4 %; unter den deutschen Befragten: 10,9%) und Mobilitätsbeeinträchtigungen (26,2 %; unter den deutschen Befragten: 11,3 %).

Auch psychische Probleme wie Schlaflosigkeit, Gereiztheit und Konzentrationsstörungen wurden von den ausländischen Befragten häufiger angegeben.

Nicht zuletzt zeigen sich Unterschiede in der Bewältigung von Alltagssituationen wie z. B. beim Treppensteigen, Einkaufen gehen, Spazieren gehen, An- und Auskleiden und Bewegen in der Wohnung (Freie und Hansestadt Hamburg 1998).

Verschiedene Modelle bilden den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit mit Hilfe von zwischengeschalteten Faktoren ab. Die Abbildung 9 stellt eines dieser Modelle dar und verdeutlicht, dass Unterschiede in Bildung und Einkommen sich nicht unmittelbar auf die Gesundheit auswirken. Vielmehr haben sie zunächst einen Einfluss auf gesundheitliche Belastungen, Bewältigungsressourcen, gesundheitliche Versorgung und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Diese Faktoren sind es schließlich, die Unterschiede in der Gesundheit hervorrufen. Die folgende Ausführung soll die Wirkungswege veranschaulichen:

Soziale Integration (z. B. Familie, Freunde, soziale Aktivitäten) oder das Vorhandensein von Grünflächen im Wohnumfeld können sich positiv auf die Gesundheit auswirken und eine Ressource darstellen. Der Verlust von Freunden oder des Ehepartners hingegen stellt eine psychische Belastung dar. Die Belastungen und Ressourcen können sich schließlich unmittelbar auf die Gesundheit auswirken oder zu Veränderungen im Gesundheitsverhalten führen. So ist es denkbar, dass der Verlust des Ehepartners mit einem erhöhten Alkoholkonsum einhergeht. Oder aber vorhandene Grünflächen im unmittelbaren Wohnumfeld einen Anreiz darstellen, spazieren zu gehen und sich somit vermehrt zu bewegen.

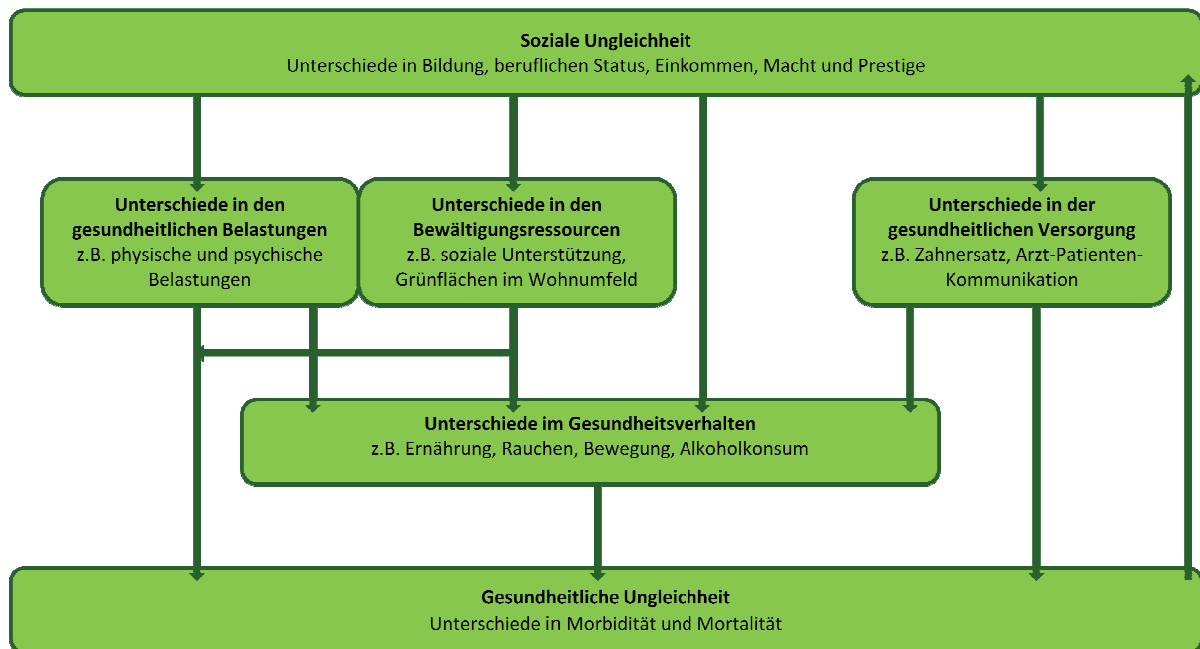


Abbildung 9: Modell zum Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (eigene Darstellung in Anlehnung an Mielck 2003: 215)

6 Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention

Richter-Kornweitz (2009) stellt insbesondere alleinlebende Frauen sowie Hochaltrige als besonders von Armut betroffene Zielgruppe heraus und führt dies u. a. auf deren Erwerbsbiografie mit Kindererziehungszeiten und sonstige Versorgungsleistungen zurück. Des Weiteren findet sich unter älteren Migrantinnen und Migranten und auch hier insbesondere unter den älteren Frauen eine hohe Armutsquote. Nicht zuletzt verweist sie auf die Pflegebedürftigkeit, die ebenfalls ein hohes Armutsrisiko und damit auch ein erhöhtes Risiko von gesundheitlicher Ungleichheit mit sich bringt. So ist das Einkommen trotz der Bezüge durch die Pflegeversicherung häufig nicht ausreichend, um anfallende Kosten zu decken (Richter-Kornweitz 2009: 8ff.).



Doch nicht allein Frauen haben einen erhöhten Präventionsbedarf, eine geschlechtervergleichende Auswertung der 1. Bremer Gesundheitsumfrage (vgl. S. 10) stellt u. a. ältere, verwitwete Männer als Hochrisikogruppe heraus. Es zeigte sich, dass insbesondere ältere verwitwete Männer den drei Risikofaktoren Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel ausgesetzt sind (Jahn et al. 2006).

Nach Altgeld (2009) haben die folgenden Gruppen hohe Präventionsbedarfe und -potenziale:

- Beschäftigte in höheren Lebensaltern mit geringem Verdienst
- Ältere Arbeitslose
- Menschen im Rentenalter mit geringen Rentenbezügen
- Ältere Menschen mit Migrationshintergrund
- Alleinstehende ältere Menschen mit geringer sozialer Einbindung
- Pflegebedürftige und ältere Menschen mit Behinderungen (Altgeld 2009: 222)

7 Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention zielen darauf ab, sowohl die körperliche, als auch die psychische und soziale Gesundheit zu fördern. Dabei kann es einerseits darum gehen, Anreize in den Lebenswelten zu schaffen, die gesundheitsrelevante Verhaltensweisen begünstigen und somit Ressourcen fördern (Verhältnisprävention). Zum anderen können konkrete Angebote das Gesundheitsverhalten beeinflussen (Verhaltensprävention).

Auch bei schon vorhandenen Erkrankungen und Einschränkungen spielen gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen eine wichtige Rolle. So dient Prävention und Gesundheitsförderung im Alter zwar nicht einer generellen Krankheitsvermeidung, doch können gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen beispielsweise zum Erhalt der Mobilität und Selbstständigkeit beitragen, soziale Kontakte und Teilhabe fördern, Krankheiten lindern und z.T. auch vermeiden helfen. Schüz & Wurm (2009) weisen in diesem Zusammenhang auf die Potentiale für Prävention im Alter hin: „Durch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, die in gut konzipierten Präventionsmaßnahmen gezielt gefördert werden, kann die Zunahme der Lebenserwartung auch wirklich ein Zugewinn an guten und gesunden Jahren sein (Schüz & Wurm 2009: 165).“



Deneke (2010) formuliert für Gesundheitsförderung im Alter die folgenden Ziele:

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

Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe - einige Beispiele für Gesundheitsförderung und Prävention

- Eine ausgewogene Ernährung im Alter kann u. a. dazu beitragen, das Risiko für einige Krebserkrankungen oder das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen zu reduzieren (Schüz & Wurm 2009: 162).
- Die Förderung von körperlicher Bewegung hat bis ins hohe Alter eine protektive Funktion. Regelmäßige körperliche Aktivität wirkt sich positiv auf die Vermeidung oder Verzögerung altersbedingter Gesundheitsprobleme und auf die Kompensation der damit verbundenen Folgen aus. Positive Einflüsse zeigen sich z. B. bezogen auf die Sturzgefahr, das Herz-Kreislauf-System oder auch in Hinblick auf Depressionen (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) 2010: 13).
- In diesem Zusammenhang ist auch das Problem Übergewicht zu benennen, welches sich besonders im Alter bemerkbar macht. Nach der Bremer Gesundheitsumfrage 2009 sind im Alter zwischen 60 und 80 Jahren in Bremen 68 % der Männer und 54 % der Frauen übergewichtig bzw. adipös (Rickens 2010: 96f.). Dabei gilt Übergewicht als Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck oder Herzinfarkt. Ein Problem, dem sowohl mit gesunder Ernährung als auch mit körperlicher Aktivität vorgebeugt bzw. entgegengewirkt werden kann.
- Nicht zuletzt spielen auch psychische und soziale Faktoren im Alter eine wesentliche Rolle. Saß et al. (2009) weisen darauf hin, dass ca. ein Viertel der über 65-Jährigen an einer psychischen Erkrankung leidet, dazu zählen vor allem demenzielle Erkrankungen und Depressionen (Saß et al. 2009: 31). Das Risiko nach dem Verlust des Ehepartners an einer Depression zu erkranken, ist dabei mit (über) 50 % enorm hoch. Die Einbindung in soziale Netzwerke und damit die Förderung der sozialen Teilhabe kann hier eine große Rolle spielen. So konnten sowohl in Bezug auf die Morbidität als auch auf die Mortalität positive Wirkungen sozialer Beziehungen nachgewiesen werden (Tesch-Römer & Saß 2009: 16).

8 Der Stadtteil als Setting für Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Stadtteil sollen an dieser Stelle besonders in den Blick genommen werden. So sind ältere Menschen aufgrund von Mobilitätseinschränkungen oftmals auf Angebote und unterstützende Strukturen im unmittelbaren Wohnumfeld angewiesen. Weite Wege können abschreckend wirken und der Bäcker um die Ecke oder der Treffpunkt für ältere Menschen in der nächsten Straße gewinnen zunehmend an Bedeutung. Auf welchen unterschiedlichen Ebenen die Angebote angesiedelt sein können, soll exemplarisch anhand der Abbildung 10 verdeutlicht werden. Die Abbildung gibt einen Überblick über vier verschiedene Einflussebenen, auf denen die Gesundheit verändert werden kann und eine Ebene (Alter, Geschlecht, Erbanlagen), die zwar einen Einfluss auf die Gesundheit nimmt, aber nicht veränderbar ist.

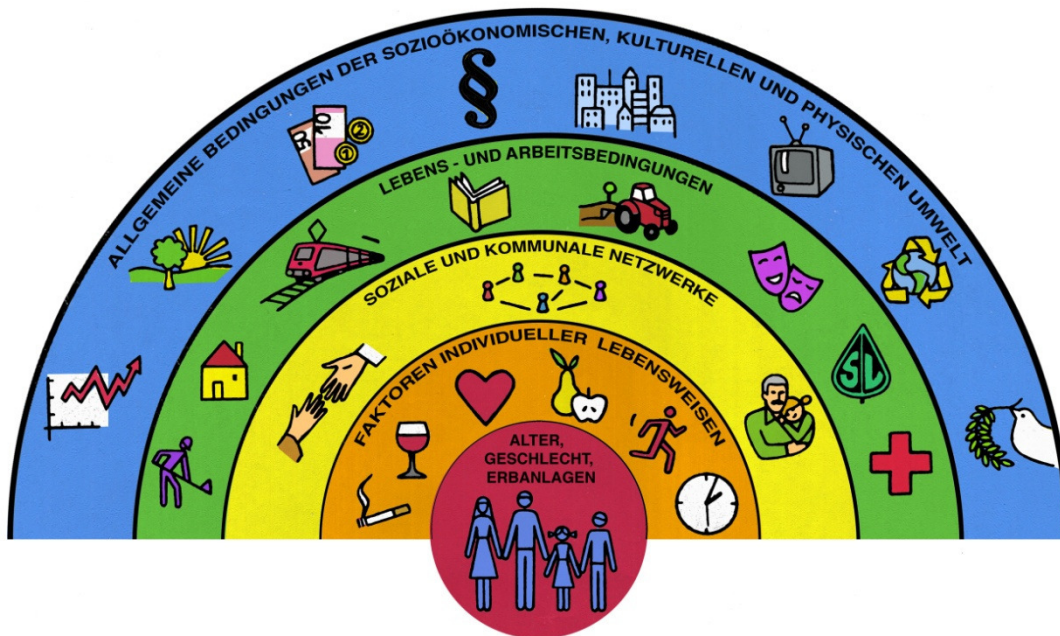


Abbildung 10: Einflussebenen und -faktoren auf die Gesundheit (in Anlehnung an Dahlgren und Whitehead 1991); Grafik: Fonds Gesundes Österreich, www.fgoe.org

Bei der Gestaltung von Angeboten im Allgemeinen, aber auch bei der Gestaltung von gesundheitsrelevanten Angeboten im Setting Stadtteil im Speziellen, kann es hilfreich sein, diese unterschiedlichen Ebenen im Blick zu haben und sich zu vergegenwärtigen auf welcher Ebene das eigene Angebot wirkt bzw. wirken soll. Sowohl für die Zielsetzung als auch für die Zielerreichung ist es wichtig, sich zu überlegen, über welche Faktoren die Gesundheit beeinflusst werden soll. Geht es darum ein Angebot zu konzipieren, das gesundheitliche Verhaltensweisen beeinflusst oder sollen veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden?

Angebote auf verschiedenen Einflussebenen – einige Beispiele

- ⇒ Kochkurse zur gesunden Ernährung können z. B. auf die individuelle Lebensweise einwirken
- ⇒ Treffpunkte in Wohnortnähe können soziale Netzwerke und damit die soziale Teilhabe fördern. Gleichzeitig fördern solche Treffpunkte auch die Alltagsbewegung, denn schließlich müssen sie zunächst von den älteren Menschen aufgesucht werden.
- ⇒ Auf einer weiteren Ebene könnte es schließlich darum gehen, die Zugangswege zu Gesundheitsdiensten möglichst niedrigschwellig zu gestalten und z. B. gute Verkehrsanbindungen zu gewährleisten.
- ⇒ Nicht zuletzt könnte es darum gehen, das Wohnumfeld möglichst bewegungsfreundlich und barrierefrei zu gestalten. Hierfür bietet es sich z. B. an, Bänke aufzustellen, Gehwege abzusenken oder Fitnessgeräte für Erwachsene aufzustellen.
- ⇒ In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass das Thema „Gesundheit im Alter“ auf die politische Tagesordnung gesetzt wird, damit beispielsweise strukturelle Veränderungen vorgenommen werden können.

Mit Blick auf Bremen werden derzeit 11 WiN²-Gebiete (Tabelle 3) u. a. zur Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen gefördert (Liedke & Siegel 2003: 7 ff.). Darüber hinaus werden mit diesem Programm Angebote in Bezug auf individuelle Lebenswelten und soziale Netzwerke unterstützt. Es zeigt sich somit exemplarisch für dieses Programm eine Berücksichtigung der verschiedenen Einflussebenen auf die Gesundheit.

Da die WiN-Gebiete u. a. eine besonders hohe Sozialhilfedichte sowie Arbeitslosigkeit bzw. Abhängigkeit von Transfereinkommen aufweisen und es in dieser Broschüre darum geht, gesundheitsrelevante Angebote für ältere Menschen in prekären Lebenssituationen aufzuzeigen, wurde die Befragung in diesen Gebieten durchgeführt. Auch wenn nur einige WiN-Gebiete explizit auf das Thema Gesundheit ausgerichtet sind, finden sich dennoch in allen Gebieten gesundheitsfördernde Strukturen und Angebote.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der in den WiN-Gebieten durchgeführten Erhebung und damit verschiedene Ansätze und Möglichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt.

²Wohnen in Nachbarschaften

Tabelle 3: WiN-Gebiete in Bremen

WiN-Gebiete in Bremen:

- | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| ■ Gröpelingen | ■ Huckelriede | ■ Schweizer Viertel |
| ■ Grohner-Dühne | ■ Kattenturm | ■ Tenever |
| ■ Hemelingen | ■ Lüssum - Bockhorn | ■ Wohlers Eichen |
| ■ Huchting | ■ Neue Vahr | |

9 Gesundheitsrelevante Angebote für ältere Menschen in Bremen – eine Befragung

Im Rahmen des vom Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ und der BZgA geförderten Projekts „Gesundheit für ältere Menschen in prekären Lebenslagen“ konnte zwischen September und November 2010 eine Befragung zu gesundheitsrelevanten Angeboten für ältere Menschen in der Stadt Bremen durchgeführt werden. Dabei ging es insbesondere darum, Angebote zu erfassen, die sich bewährt haben und im Stadtteil gut akzeptiert sind, um somit Anregungen und Ideen für die eigene Arbeit bzw. für den eigenen Stadtteil zu geben. Dabei war es wichtig, den Blick auf sozial schwächere Stadtteile zu richten, um der Frage nachzugehen: „Wie kann die Gesundheit für ältere Menschen in prekären Lebenslagen wohnortnah gefördert werden?“



Es zeigte sich ein breites Spektrum an erfolgreichen Angeboten, die sich insbesondere über die Bereiche Bewegung, Ernährung und soziale Teilhabe im Alter erstrecken. Dabei werden verschiedene Ansätze, Vorgehensweisen, Schwerpunkte, Ansprachen etc. genutzt, um die verschiedenen Zielgruppen im Alter zu erreichen. Gleichzeitig zeigen sich aber auch Schwierigkeiten und Probleme, die es ebenfalls zu betrachten gilt.

Im Folgenden wird zunächst das methodische Vorgehen beschrieben, um dann im Einzelnen die Ergebnisse der Befragung darzustellen. Zusätzlich werden die einzelnen Themenblöcke vor dem Hintergrund gesund-

heitsfördernder Ansätze diskutiert. Zum Teil werden hierfür die sogenannten Good-Practice-Kriterien, die in der Gesundheitsförderung als Orientierungsrahmen dienen, herangezogen. Es werden aber auch bestimmte Aspekte kritisch hinterfragt und zudem Anregungen für die praktische Arbeit gegeben.

Good Practice Kriterien

Die Good-Practice-Kriterien stellen einen Orientierungsrahmen für Praktikerinnen und Praktiker aus dem Bereich der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung dar. Sie können für die Konzeption und Durchführung von Projekten herangezogen werden und wie eine Checkliste genutzt werden. Zu den Kriterien zählen Niedrigschwelligkeit, Partizipation, Setting-Ansatz, Empowerment u.a.m. Der Kriterienkatalog wurde im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt.

Praxisbeispiele, die diese Kriterien bereits vorbildlich berücksichtigen, sind auf einer Datenbank der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de ausführlich beschrieben und entsprechend gekennzeichnet. Auf dieser Datenbank kann gezielt nach Beispielen und Anregungen für die eigene Arbeit recherchiert werden.

Eine Printversion, die sowohl Beispiele guter Praxis als auch die Checkliste enthält kann auf der Internetseite der BZgA (www.bzga.de) kostenlos heruntergeladen und bestellt werden.

10 Methode

Die Erhebung von gesundheitsrelevanten Angeboten für ältere Menschen in prekären Lebenslagen in Bremen, wurde auf Basis von Leitfadeninterviews zwischen September und Dezember 2010 durchgeführt.

Zur Ermittlung der Interviewpartnerinnen und -partner, wurden zunächst die 11 Quartiermanager und -managerinnen der Bremer WiN-Gebiete bzw. Sozialen-Stadt-Gebiete angeschrieben. Sie wurden gebeten nach Möglichkeit maximal drei Angebote oder Einrichtungen ihres Stadtgebietes zu nennen, welche aus ihrer Sicht besonders vorbildliche gesundheitsrelevante Angebote für ältere Menschen anbieten. Die genannten Einrichtungen wurden daraufhin telefonisch und per E-Mail kontaktiert, um sie über die Erhebung zu informieren und nach Möglichkeit einen Interviewtermin zu vereinbaren. Insgesamt wurden 24 Einrichtungen von den Quartiermanagern und -managerinnen genannt, von denen sich 22 Einrichtungen an der Erhebung beteiligt haben. Als Grund für Nichtbeteiligung wurden fehlende Angebote für ältere Menschen oder mangelnde zeitliche Ressourcen genannt. Die im Anhang I befindliche Tabelle 10 (siehe hierzu: S. 63) gibt einen Überblick über die teilnehmenden Quartiere und Einrichtungen.

Die Interviews wurden überwiegend vor Ort in den jeweiligen Einrichtungen anhand eines Fragebogenleitfadens (Anhang II; S. 68) durchgeführt und digital aufgezeichnet. Die Interviewdauer variierte zwischen 30 und 80 Minuten. Um die Möglichkeit der Vorbereitung zu bieten, erhielten die Interviewpartnerinnen und -partner den Interviewfragebogen im Voraus per E-Mail. Ebenfalls im Vorfeld wurde ein Pre-Test mit einer vergleichbaren Einrichtung - jedoch nicht aus einem WiN-Gebiet - durchgeführt, um den Leitfaden auf Verständlichkeit und Anwendbarkeit zu überprüfen und entsprechend der Ergebnisse anzupassen.

Der Fragebogen (Anhang II; S. 68) setzte sich sowohl aus offenen als auch geschlossenen Fragen zusammen. Einige im Leitfaden gekennzeichnete Fragen berücksichtigen die Good-Practice-Kriterien (siehe hierzu: S. 20), um eine Orientierung an bereits entwickelten Kriterien für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zu gewährleisten. Zudem wurde ein bereits vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) im Auftrag der BZgA entwickelter Fragebogen zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention – Angebote für ältere Menschen“³ herangezogen. Einige Fragen wurden für den eigenen Leitfaden genutzt und entsprechend angepasst sowie gekennzeichnet. Der Interviewleitfaden setzt sich aus den Themenblöcken „Kennenlernen der Einrichtung“, „gesundheitsrelevante Angebote“, „(fehlende) Zielgruppen“, „Angebotsgestaltung und -bekanntmachung“ und „Vernetzung“ zusammen.

Für die Auswertung wurden die Gesprächsinhalte in ein zuvor angefertigtes Raster, das sich an den Kategorien des Fragebogens orientiert, eingeordnet. Auf dieser Basis konnten die offenen Fragen kategorisiert und analysiert und auch die geschlossenen Fragen eingeordnet sowie ausgewertet werden.

11 Ergebnisse

11.1 Ein Überblick zu den Angeboten

Die Angebote der befragten Einrichtungen werden im Folgenden zunächst zusammenfassend dargestellt. Die einzelnen Einrichtungen sind zur besseren Orientierung jeweils ihrem WiN-Gebiet zugeordnet. Zusätzlich zu den Angebotsbeschreibungen befindet sich im Anhang I (siehe hierzu: S. 63) eine Tabelle, die die Kontaktdaten zu den Einrichtungen enthält.

³ Gröming-Hollach, B. & Seidel-Schultze, A. (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. BZgA: Köln. Die Broschüre können Sie kostenlos bestellen oder herunterladen unter: http://www.bzga.de/botmed_60633000.html

11.1.1 Grohn

■ *Leben in Grohn e. V.*

Im Treffpunkt Dünenwind trifft sich einmal wöchentlich eine Gruppe älterer türkischer Migrantinnen der Wohnanlage Grohner Düne zum gemeinsamen Kochen und Speisen. Der unverbindliche und offen gestaltete Charakter des Angebots trifft bei den türkischen Bewohnerinnen auf Zustimmung. Die Teilnahme erfordert vorab keine verbindliche Anmeldung und ist zudem kostenfrei. Das gemeinschaftliche Angebot schafft Raum für Kommunikation und Austausch der Frauen untereinander über erwünschte Themen und stärkt das Gruppengefühl. Eine türkischsprachige Mitarbeiterin des Vereins organisiert und betreut die regelmäßigen Treffen.

11.1.2 Gröpelingen

■ *Gesundheitstreffpunkt West (GTP)*

Der Gesundheitstreffpunkt West ist eine zentrale Anlaufstelle in Gesundheitsfragen für alle Menschen im Bremer Westen und wurde vom Kooperationsverbund der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als Good Practice Modell identifiziert und ausgezeichnet. Neben einem kostenlosen Beratungs- und Informationsangebot koordiniert, vernetzt und fördert der GTP die Zusammenarbeit zahlreicher Einrichtungen im Stadtteil und organisiert verschiedene Arbeitskreise und -gruppen. Dazu gehört der Arbeitskreis „Älter werden im Bremer Westen“. Er ist ein unabhängiges Forum, welches sich aus haupt- sowie ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus unterschiedlichen Bereichen zusammensetzt. Die Mitglieder des Arbeitskreises treffen sich regelmäßig um sich untereinander auszutauschen, gesundheitsförderliche Stadtteilaktivitäten zu planen und sich gemeinsam für ein selbstbestimmtes und gesundes Altern im Stadtteil einzusetzen.

■ *Nachbarschaftshaus Helene Kaisen*

Das bereits seit 1952 bestehende Nachbarschaftshaus Helene Kaisen ist eine etablierte Einrichtung in Gröpelingen und bietet zahlreiche Angebote für alle Menschen im Stadtteil an. Ein fester Bestandteil des Hauses ist die Begegnungsstätte, in der ältere ehrenamtlich tätige Besucherinnen und Besucher Angebote für andere Seniorinnen und Senioren gestalten und organisieren. Das Angebotsspektrum umfasst Bewegungs- bzw. Entspannungsangebote, Spielnachmittage sowie Kreativangebote. Zudem veranstaltet das Nachbarschaftshaus regelmäßig Veranstaltungen und Events, welche aufgrund der Barrierefreiheit des Hauses auch für Rollator-, Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer zugänglich sind.

- *Stiftungsdorf Gröpelingen der Bremer Heimstiftung*

Das Wohnen mit Service Angebot des Stiftungsdorfes Gröpelingen der Bremer Heimstiftung führt Seniorinnen und Senioren aus unterschiedlichen Alters- sowie Bevölkerungsgruppen zusammen. Ein weit verzweigtes Kooperationsnetz des Heimstiftungshauses ermöglicht den Mieterinnen und Mietern die Teilnahme an zahlreichen Angeboten und Gemeinschaftsaktivitäten direkt vor Ort. Besonders das Angebot des interkulturellen Kochens miteinander sowie der interkulturelle Gesprächskreis sind bei den Bewohnerinnen und Bewohnern beliebt. Mittels monatlicher Mietertreffen wird versucht, die Wünsche und Bedürfnisse der älteren Menschen aufzugreifen und neue Angebote zu gestalten, mit der Zielsetzung, dass die Kurse und Gruppen von den Seniorinnen und Senioren in Eigenregie weitergeführt werden.

- *Zentrum für Migranten und Interkulturelle Studien (ZIS)*

Das zentrale Thema des Zentrums für Migranten und interkulturelle Studien (ZIS) ist die Integration von Migrantinnen und Migranten in die Gesellschaft. Neben Deutsch- und Alphabetisierungskursen werden sozialraumorientierte Projekte durchgeführt, die sowohl gender- als auch altersspezifisch ausgerichtet sind. Mit einem vielfältigen Angebot werden Neuzuwanderer und -zuwanderinnen angesprochen sowie Anlässe geschaffen, um Begegnungen zwischen Deutschen und Migrantinnen und Migranten zu fördern. Das Projekt „Köprü“ (dt. Brücke) bietet älteren Migrantinnen und Migranten Beratung und Begleitung mit dem Ziel, den Zugang zu den Angeboten der Altenhilfe zu erleichtern. Ein Programm zur Schulung freiwilliger Seniorenbegleiterinnen bzw. -begleiter wurde speziell dafür entwickelt und eingesetzt. Generationenübergreifende Gruppenarbeit wie der Interkulturelle Gesprächskreis, eine PC- Werkstatt sowie Freizeit- und Kreativgruppen für Seniorinnen und Senioren runden die Angebotspalette ab.

11.1.3 Hemelingen

- *Familienzentrum Mobile, Modellprojekt: „Aufsuchende Altenarbeit - Hausbesuche“*

Das Modellprojekt „Aufsuchende Altenarbeit - Hausbesuche“ ist ein Projekt, das seit 2008 in den Bremer Stadtteilen Hemelingen und Obervieland durch die Senatorische Behörde gefördert wird. In Hemelingen haben sich drei Träger, der ASB - Gesellschaft für Sozialpsychiatrische Hilfen, die Begegnungsstätte der Ev.-luth. Kirchengemeinde Hemelingen und die Hemelinger Nachbarschaftsbörse, zur Durchführung des Projekts zusammen geschlossen. Es wird ein regelmäßiger Besuchsdienst durch ehrenamtliche Helfer und Helferinnen angeboten, um der Vereinsamung im Alter entgegen zu wirken und die Seniorinnen und Senioren bei der Erledigung ihrer alltäglichen Aufgaben zu begleiten und zu unterstützen (z. B. Besuche beim Arzt bzw. bei der Ärztin oder Einkäufe im Supermarkt). Neben einer umfassenden Beratung über Hilfsangebote wird zudem angestrebt, die Mobilität der Seniorinnen und Senioren durch verschiedene gemeinschaftliche Aktivitäten zu fördern.

11.1.4 Huchting

■ *KLÖNHOF Bewohnertreff der Bremer Arbeitslosenselbsthilfe e.V. (BRAS)*

Der KLÖNHOF, ein ehemaliges Waschhaus der Gewoba, ist seit 2006 ein Treffpunkt im Stadtteil Huchting. Es ist ein Haus von und für Seniorinnen und Senioren. In vertrauter Atmosphäre haben ältere Menschen die Möglichkeit sich zu begegnen, gemeinsam zu speisen und mit Hilfe einer BRAS Mitarbeiterin bedürfnisorientierte Angebote und Aktivitäten zu gestalten und in Eigenregie weiterzuführen. Dazu zählen Bewegungs- und Entspannungsübungen, wechselnde Kreativangebote und verschiedene Spielangebote. Gastronomische- und hauswirtschaftliche Aufgaben werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ebenfalls selbst durchgeführt.

■ *Stadtteilhaus Huchting der Bremer Heimstiftung*

Das Stadtteilhaus Huchting der Bremer Heimstiftung bietet neben dem Wohnen mit Service Angebot zusätzlich vollstationäre Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz, eine Pflegewohngruppe, eine ambulante Wohngemeinschaft sowie eine Tagespflege. Insgesamt 12 Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner bieten Dienstleistungen und Beratung im Stadtteilhaus an. Dazu zählen das Kosmetikstudio, der Friseursalon, das Rehaszentrum, die Fußpflege, der ambulante Pflegedienst, die Kurzzeitpflege, das Dienstleistungszentrum, das Förderwerk, der Jugendmigrationsdienst sowie das Restaurant und der Kindergarten. Regelmäßige Gruppenangebote werden durch wechselnde Veranstaltungen und Exkursionen ergänzt, welche in einer Hauszeitung bekanntgegeben werden. Über 60 Freiwillige und Ehrenamtliche sorgen außerdem für viel Abwechslung und Lebendigkeit im Haus.

■ *Treff Gesunde Nachbarschaft*

Der Treff Gesunde Nachbarschaft der Paritätischen Gesellschaft für soziale Dienste und der Paritätischen Pflegedienste bietet seit 2008 Seniorinnen und Senioren im Stadtteil Huchting die Möglichkeit, sich zu begegnen. Durch die Angebote werden soziale Kontakte der Seniorinnen und Senioren gefördert, Vereinsamung entgegen gewirkt und das Gruppengefühl gestärkt. Zu den Angeboten des Hauses zählen Gesprächskreise, Nachbarschaftshilfen, Spielnachmittage sowie das klavierbegleitete Singangebot für Menschen mit und ohne Behinderung. Zudem bietet das Haus punktuell Vorträge und Informationsveranstaltungen zu Gesundheits- und Rechtsthemen an und die Bremer Krebsgesellschaft e. V. berät zweimal wöchentlich Besucherinnen und Besucher im Treff.

11.1.5 Huckelriede

■ *Caritas Dienstleistungszentrum Huckelriede/ Buntentor*

Das Dienstleistungszentrum der Caritas-Pflege gGmbH ist seit rund 30 Jahren ein fester Bestandteil der Bremer Stadtteile Huckelriede und Buntentor und im Caritas-Altenzentrum St. Michael angesiedelt. Das Dienstleistungszentrum vermittelt Hilfsangebote für Seniorinnen und Senioren, chronisch kranke und behinderte Menschen im Einzugsgebiet. Dazu zählt die sogenannte Organisierte Nachbarschaftshilfe, der Mobile Soziale Hilfsdienst, zwei Betreuungsgruppen für ältere Menschen, die an Demenz erkrankt sind sowie eine Gruppe für pflegende Angehörige. Zudem berät und unterstützt das Dienstleistungszentrum Seniorinnen und Senioren und ihre Familien bei Fragen rund ums Alter, insbesondere auch bei der Antragsstellung für Hilfe- und Pflegeleistungen.

11.1.6 Kattenturm

■ *Casa Vita*

Das Casa Vita Arsten ist ein Haus der Zentrale für Private Fürsorge. Das Wohnangebot des Casa Vita richtet sich an Seniorinnen und Senioren, die in ihrer eigenen Wohnung leben und trotzdem nicht auf die Sicherheit einer Pflegeeinrichtung verzichten möchten, da im Hause der firmeneigene ambulante Pflegedienst Zentrale Pflege Bremen untergebracht ist. Das Servicebüro und der Hausnotruf im Wohnen mit Service Angebot betreut die Mieterinnen und Mieter bei hauswirtschaftlichen, organisatorischen und pflegerischen Fragen. Durch eine Vielzahl von Kooperationen im Stadtteil bietet das Casa Vita ihren Mieterinnen und Mietern sowie Seniorinnen und Senioren aus dem Stadtteil ein abwechslungsreiches Angebotsspektrum in den Bereichen Bewegung und gemeinschaftliche Aktivitäten.

■ *Dienstleistungszentrum Obervieland Modellprojekt: „Aufsuchende Altenarbeit - Hausbesuche“*

Im Bremer Stadtteil Obervieland ist das Modellprojekt „Aufsuchende Altenarbeit - Hausbesuche im Dienstleistungszentrum Obervieland der Paritätischen Gesellschaft für soziale Dienste verankert. Ähnlich wie im Modellprojekt Hemelingen verstehen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als „Türöffner“, die den ersten Kontakt zu den älteren Menschen durch Hausbesuche aufnehmen. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer besuchen die älteren Menschen kostenlos auf Wunsch regelmäßig, führen Gespräche mit ihnen, hören ihnen zu, vermitteln Unterstützung und Hilfen und stellen bei Bedarf weitere Kontakte her. Durch Biografiearbeit und aufmerksames Zuhören versuchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren zu erkennen.

■ *Haus O'land - Ein Zuhause für Menschen mit Demenz*

Das Haus O'land betreut seit 2005 Seniorinnen und Senioren mit Demenzerkrankungen in Kattenturm. Die ausschließlich an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses finden je nach Phase der Erkrankung in einem der drei Wohnbereiche ein neues Zuhause und werden von, in Validation geschulten, Pflegekräften betreut. Durch die Spezialisierung der Seniorenpflegeeinrichtung auf ausnahmslos demente Menschen werden Konflikte, wie sie häufig in „gemischten“ Einrichtungen zwischen orientierten und nicht orientierten Menschen vorkommen, vermieden. Die demenzerkrankten Seniorinnen und Senioren bekommen hier ein Umfeld aus Stabilität, Akzeptanz und Geborgenheit, das ihnen ermöglicht, nach ihren Bedürfnissen zu leben und so zu sein, wie sie sind. Ergänzend dazu bietet das Haus O'land professionelle und kostenlose Beratung für (pflegende) Angehörige von Demenzkranken an. Das Haus kooperiert mit verschiedenen Einrichtungen im Stadtteil und im gesamten Bremer Stadtgebiet.

11.1.7 Lüssum – Bockhorn

■ *Dienstleistungszentrum Blumenthal*

Das Dienstleistungszentrum Blumenthal der Paritätischen Gesellschaft für soziale Dienste ist für alle Menschen im Einzugsgebiet eine Anlauf- und Beratungsstelle bei Fragen zu den Themen Alter, Behinderung und chronische Erkrankungen. Neben dem Informations- und Beratungsangebot vermittelt das Dienstleistungszentrum (DLZ) bei Bedarf ehrenamtliche Nachbarschaftshilfen und unterstützt dadurch das selbständige Wohnen der Seniorinnen und Senioren zu Hause. Zudem werden Kooperationen und Netzwerke im Stadtteil initiiert und aufgebaut, um gemeinsam mit anderen Einrichtungen Stadtteilaktivitäten für Seniorinnen und Senioren zu planen.

■ *Haus der Zukunft*

Das Haus der Zukunft ist ein Quartierzentrum, das seit November 2006 als Mehrgenerationenhaus (MHG) vom Bundesfamilienministerium gefördert wird. Das Mehrgenerationenhaus geht auf die Bedürfnisse der verschiedenen Generationen und Kulturen ein, bietet Unterstützung in den unterschiedlichen Lebensbereichen und ermöglicht die selbstverständliche Begegnung der Generationen. Die Angebote im MGH folgen dem Prinzip „Alles unter einem Dach“. So bietet das Haus beispielsweise spezifische professionelle Beratungsleistungen, einen frisch zubereiteten und gesunden Mittagstisch, Bewegungsangebote für ältere Menschen, generationenübergreifende Angebote, Biografiearbeit und verschiedene kulturelle Veranstaltungen an. Zudem schafft das Haus Raum für freiwilliges- und ehrenamtliches Engagement.

11.1.8 Neue Vahr

■ *Familien- und Quartierszentrum Neue Vahr Nord*

Der Nachbarschaftsservice im Familien- und Quartierszentrum Neue Vahr Nord bietet Hilfen von Mensch zu Mensch. Seniorinnen und Senioren begleiten und unterstützen hilfebedürftige ältere Menschen kostenlos beim Verrichten von Alltagsaufgaben wie beispielsweise Begleitung zu Veranstaltungen oder Einkäufen, Renovierungsarbeiten oder Behördengängen. Im Treffpunkt Café des Familien- und Quartierszentrums wird neben dem regelmäßigen Frühstücksangebot und dem Mittagstisch ein monatlich variierendes Veranstaltungsprogramm für Seniorinnen und Senioren angeboten.

■ *Hanna Harder Haus AWO*

Das Hanna Harder Haus der Arbeiter Wohlfahrt bietet eine Vielzahl von Dienstleistungen und Angeboten für Seniorinnen und Senioren unter einem Dach. Mit einem Wohnberechtigungsschein haben ältere Menschen Anspruch auf eine seniorenrechtliche Wohnung in einer betreuten Wohnanlage der AWO, welche je nach Wunsch mit einem Grund- und Wahlservice gemietet werden können. Zusätzlich gibt es die Angebote der Häuslichen Pflege, der Tagespflege und des Dienstleistungszentrums der AWO direkt vor Ort. Die Raumkapazitäten und Ressourcen des Hauses ermöglichen den Mieterinnen und Mietern ein breites Spektrum an Gemeinschaftsaktivitäten und saisonal abhängigen Veranstaltungen, die in einem regelmäßig erscheinenden Programm bekannt gegeben werden.

■ *Treff Waschhaus e. V.*

Der Treff Waschhaus e.V. ist ein Nachbarschaftstreff, der den Anwohnerinnen und Anwohnern im Quartier ein Ort für Begegnung ermöglicht. Das Waschhaus bietet für ihre Besucherinnen und Besucher verschiedene regelmäßig stattfindende Angebote und zusätzlich punktuelle Veranstaltungen an. Großer Beliebtheit erfreuen sich beispielsweise die Aktivitäten Klönschnack-Frühstück, Seniorentanz, Gehirnjogging, Internettreff für Seniorinnen und Senioren, die wöchentlich stattfindende Spielstunde und das Programm „1000 Schritte“, bei dem die Teilnehmenden gemeinsame Besichtigungen verschiedener Orte und Plätze planen und rund 1000 Fußschritte dafür zurücklegen.

11.1.9 Schweizer Viertel

■ *Begegnungsstätte am Siek*

Die Begegnungsstätte am Siek bietet Seniorinnen und Senioren aus den Stadtteilen Tenever und Osterholz einen Ort der Begegnung und zahlreiche Gemeinschaftsaktivitäten. Durch den sogenannten Helferkreis des Hauses haben die Besucherinnen und Besucher die Möglichkeit, neue Aktivitäten und Ideen zu planen und umzusetzen. Unter der Trägerschaft Aktive Menschen Bremen e. V. bietet das Haus für ihre Besucherinnen und Besucher Bewegungsangebote, Gesprächskreise, Spielangebote und ein Singangebot.

11.1.10 Tenever

■ *Frauengesundheitstreff Tenever (FGT)*

Der Frauengesundheitstreff Tenever (FGT) bietet Frauen aus Tenever und den angrenzenden Stadtteilen seit bereits 20 Jahren ein vielfältiges Programm an. Die Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Frauen des FGT ist mehrfach ausgezeichnet u. a. als Good Practice Projekt im Rahmen des Kooperationsverbundes der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Durch das niedrigschwellige und unter Beteiligung der Nutzerinnen erstellte Angebot bringt der FGT Frauen unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Herkunft zusammen. Zu dem regelmäßigen Programm zählen Gesprächsrunden, Bewegungsangebote, Kreativangebote, Integrationskurse sowie Ausflüge und Veranstaltungen. Zudem bietet der FGT professionelle Gesundheitsberatung für alle Frauen im Stadtteil an.

■ *Mütterzentrum Osterholz - Tenever*

Das Mütterzentrum Osterholz - Tenever bietet seit 1989 einen Treffpunkt für alle Frauen aus den Stadtteilen Osterholz und Tenever. Frauen aus dem Stadtteil haben die Möglichkeit ihre Ideen umzusetzen, sich ehrenamtlich zu engagieren und zudem sich weitere Qualifizierungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten anzueignen. Mittels einer Vielzahl von Aktivitäten und Veranstaltungen wird das Miteinander und das Zusammenleben von Frauen verschiedener Alters- und Kulturgruppen gefördert. Neben dem Kaffee- und Gesprächsangebot bietet das Haus für Frauen ebenso Informationsabende und Seminare zu erwünschten Themen sowie internationale Veranstaltungen mit Gesang und Tanz.

■ *Stadtteilhaus OTe der Bremer Heimstiftung*

Das Stadtteilhaus OTe der Bremer Heimstiftung bietet neben dem Wohnen mit Service Angebot, der Pflege Wohngemeinschaft und der Tagespflege für ihre Mieterinnen und Mieter ein vielfältiges Angebot an regelmäßig stattfindenden Gemeinschaftsaktivitäten an. Dazu zählen Gesprächskreise, Spielnachmittage, eine Handarbeitsgruppe und ein Erzählcafé. Die kulturelle Vielfalt des Stadtteils spiegelt sich ebenfalls im Haus der

Heimstiftung wider. Gemeinsam mit aktiven Bewohnerinnen und Bewohnern des Heimhauses und Kooperationspartnerinnen und -partnern wird angestrebt, das Stadtleben vielfältiger zu gestalten.

11.2 Bewegung - Ernährung - Soziale Teilhabe

Die gesundheitsfördernden Angebote für ältere Menschen (60plus) in den verschiedenen Ortsteilen können den Bereichen: Bewegung, gesunde Ernährung und Förderung sozialer Kontakte zugeordnet werden. Zu dem Bereich Bewegungsförderung werden beispielsweise Spaziergangsgruppen und Entspannungsangebote gezählt. Angebote zur gesunden Ernährung umfassen u. a. Kochkurse und Informationsveranstaltungen zu Ernährungsthemen. Die Angebote zur Förderung sozialer Kontakte beinhalten u. a. Gesprächskreise, Spiele und Ausflüge.

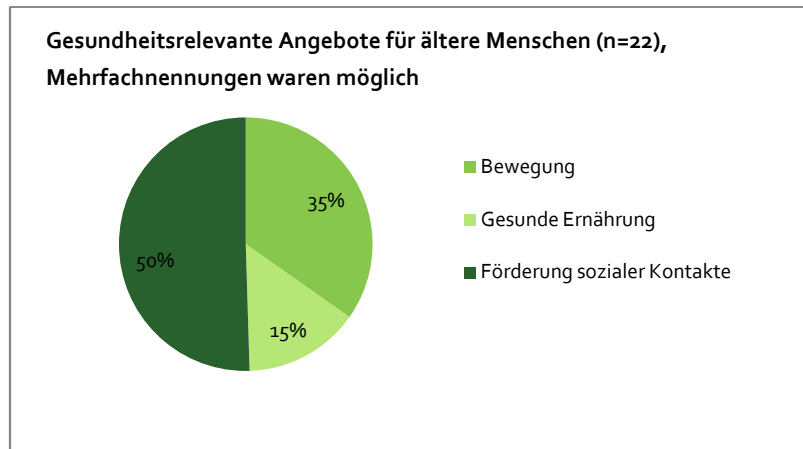


Abbildung 11: Anteil der gesundheitsrelevanten Angebote in den Bereichen Bewegung, gesunde Ernährung und Förderung sozialer Kontakte (n=22)⁴, Mehrfachnennungen waren möglich

Die Mehrheit der genannten gesundheitsrelevanten Angebote für ältere Menschen liegt mit 50 % in dem Bereich der Förderung sozialer Kontakte, gefolgt von 35 % Bewegungsangeboten. Hinsichtlich gesunder Ernährung wurden lediglich 15 % der gesundheitsfördernden Angebote genannt.

⁴ Die Abkürzung „n“ steht jeweils für die Gesamtanzahl der Einrichtungen, die die Frage beantwortet haben.

Einige der Angebote wurden von den Befragten besonders hervorgehoben, so zum Beispiel aufgrund ihrer Zielgruppenansprache, Thematik oder besonderen Ausgestaltung. Auch hier überwiegen die Angebote aus dem Bereich Förderung sozialer Kontakte, doch auch Bewegungs- und Ernährungsangebote wurden als besondere Angebote des Hauses genannt.

Die allgemein genannten Angebote wie auch die besonders hervorgehobenen sollen im Folgenden beschrieben werden. Da nicht alle besonders hervorgehobenen Angebote ausführlich dargestellt werden können, sie aber Anregungen für die eigene Arbeit bieten könnten, sind sie in Tabelle 4 (siehe hierzu: S. 41) aufgelistet.

11.2.1 Angebote zur Bewegungsförderung

In Bezug auf Bewegungsangebote (Abbildung 12), halten viele Einrichtungen eine Beratung⁵ zu Bewegungsthemen sowie zu Angeboten bereit. Etwas weniger als die Hälfte der Einrichtungen bieten Gedächtnistraining, Entspannung und Tanz an. Entspannungsangebote werden in verschiedener Form durchgeführt, wie z. B. Massagen, Qi Gong oder Yoga. Auch die Tanzangebote sind unterschiedlich gestaltet, von Tanzen im Sitzen bis hin zu Tanzveranstaltungen mit live Musik.

Sieben der befragten Einrichtungen bieten Spaziergangsgruppen und bei sechs weiteren findet ein Angebot zur Sturzprophylaxe statt. Unter sonstige Angebote wurden z. B. ein mobiler Fitnesstag, das Vorhandensein von Bewegungsgeräten und ein Kurs mit dem Titel „Lustvolle Bewegung für ungeübte und mollige Frauen“ genannt.

Angebote, die eine höhere Mobilität sowie Fitness der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfordern, wie Fahrradtouren und Nordic Walking, werden aufgrund von oftmals eingeschränkter Mobilität der Zielgruppe seltener angeboten.

⁵ Unter Beratung ist in diesem Zusammenhang vor allem die Beratung über Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld zu verstehen.

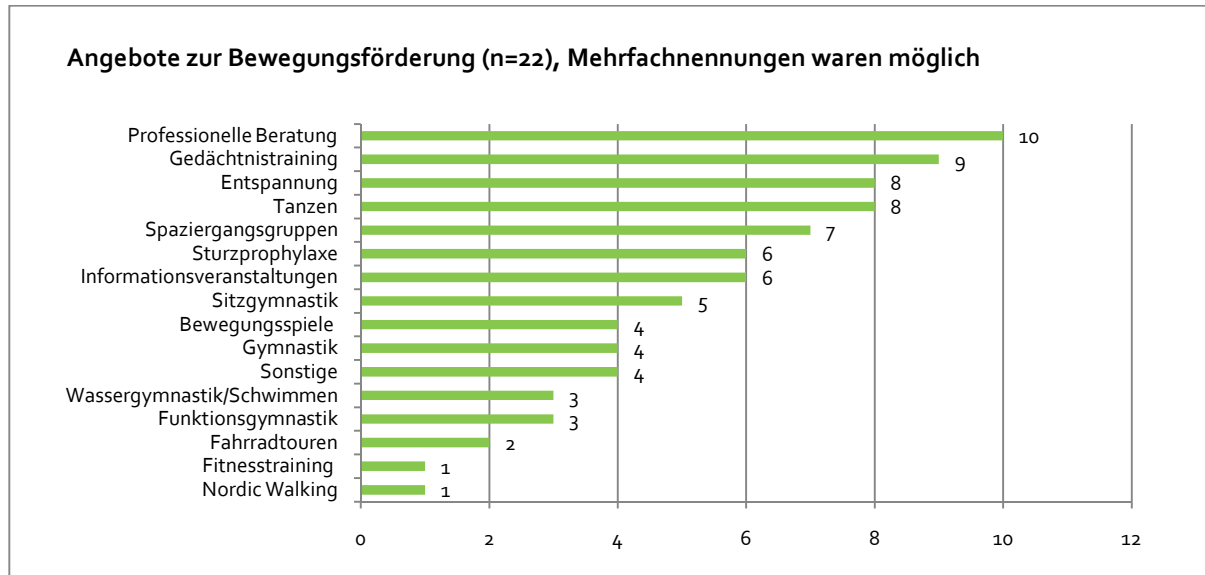


Abbildung 12: Angebote zur Bewegungsförderung (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich

■ **Bewegungsangebote, die von den Einrichtungen besonders hervorgehoben wurden**

Zur Bewegungsförderung wurde das Spielen mit der Nintendo Wii im hauseigenen und behindertengerechten Medienraum von einer der befragten Einrichtungen als sehr beliebt und nachgefragt angegeben. Durch moderne Technik bietet das Spielen mit der Wii den älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern Freude am Spielen sowie körperliche Aktivität durch die zum Spielen nötigen Bewegungsabläufe. Ein weiteres Bewegungsangebot mit dem Titel „1000 Schritte“ wurde wegen seiner hohen Akzeptanz genannt. Dieses Angebot trägt zur Förderung der Mobilität älterer Menschen bei. Aufgrund ihrer Beliebtheit und steigender Teilnehmerzahl wurden auch Gymnastikangebote mehrmals genannt.

11.2.2 **Angebote zur gesunden Ernährung**

Generell wurden Angebote zum Thema Ernährung während der Interviews seltener genannt (Abbildung 13), dennoch bietet fast die Hälfte der befragten Einrichtungen Informationsveranstaltungen zu Ernährungsthemen an. Fast ein Drittel der Einrichtungen bietet Kochkurse in verschiedenster Form an. Hierbei handelt es sich um internationales Kochen, Männerkochgruppen und Angebote zum gemeinsamen Backen. Es wird je

nach Angebot für größere Gruppen oder auch nur für wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer gekocht und gebacken. Einige Einrichtungen bieten zudem in unterschiedlicher Frequenz ein Frühstück und/oder einen Mittagstisch an. Weitere genannte Angebote zur gesunden Ernährung, wie der vegetarische Donnerstag und das Angebot von gesunden Snacks bei Veranstaltungen, sind unter „Sonstige“ aufgeführt.

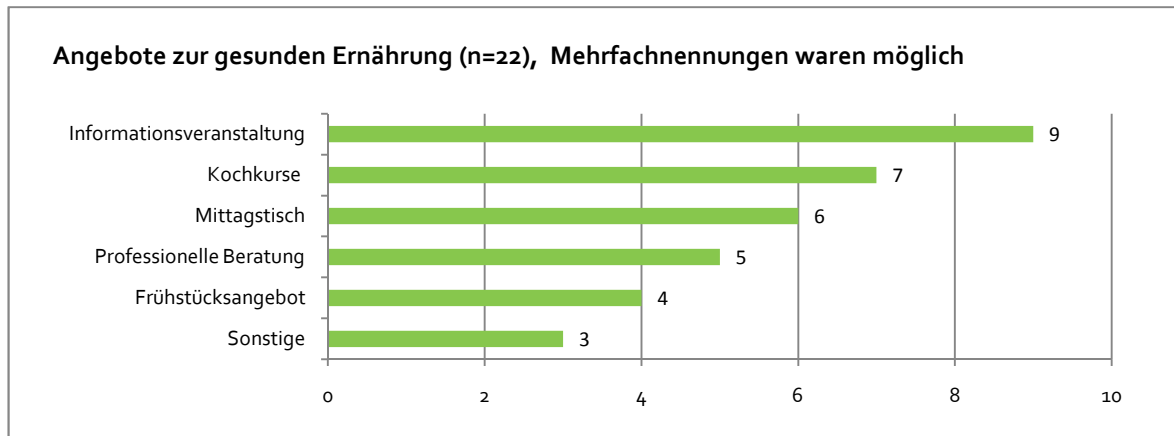


Abbildung 13: Angebote zur gesunden Ernährung (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich

■ Ernährungsangebote, die von den Einrichtungen besonders hervorgehoben wurden

Die internationale Suppenküche ist ein Projekt, in dem Frauen aus verschiedenen Kulturen gemeinsam Suppen kochen. Die Besonderheit dieses Angebots ist der kulturelle Austausch und die Möglichkeit für die Frauen, selber tätig zu werden. Das Angebot wird gut angenommen.

In einer weiteren Einrichtung kochen türkische Frauen für Seniorinnen und Senioren eines Wohnkomplexes. Für die Mahlzeiten müssen lediglich die Unkosten erstattet werden. Dieses Angebot besticht durch den schon langen Bestand. Es wird dennoch stetig konzeptionell weiterentwickelt. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bietet sich die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen und ihre Kenntnisse zu erweitern.

11.2.3 Angebote zur Förderung sozialer Kontakte

Die befragten Einrichtungen bieten eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten Angeboten aus dem Bereich Förderung sozialer Kontakte an. Fast zwei Drittel der Einrichtungen haben Gesprächskreise zu verschiedenen Themen sowie Spiele und Kaffeeangebote in ihrem Programm. Gesprächskreise werden entweder zu vorgegebenen Themen oder je nach Interesse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeboten. Spielnachmittage werden von den jeweiligen Einrichtungen veranstaltet, aber auch von den Seniorinnen und Senioren selbst initiiert.

Die Kaffeeangebote finden häufig regelmäßig statt und werden oft mit verschiedenen Vorträgen und Informationsveranstaltungen kombiniert. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen bieten eine Form von Nachbarschaftshilfe an. Es werden beispielsweise Hausbesuche angeboten und ältere Menschen werden im Haushalt, bei Einkäufen und Behördengängen unterstützt. Auch Ausflüge werden von der Hälfte der Einrichtungen angeboten. Die Ausflugsziele sind vielfältig, es werden z. B. Shoppingcenter, Kunst- und Geschichtsstätten, Märkte sowie Theatervorstellungen besucht. Singen und Handarbeiten bzw. Basteln sind Teil des Angebotes in etwa einem Drittel der Einrichtungen. Als sonstige Angebote zur Förderung sozialer Kontakte wurden z. B. die Durchführung von regelmäßigen Festen, Hausbesuche durch Seniorenbegleiterinnen bzw. -begleiter oder auch Angebote zur Selbstreflexion in der Gruppe genannt. Vereinzelt werden auch Sprachkurse (Deutsch/Englisch), Theater- und Musikveranstaltungen und Literaturtreffen angeboten.

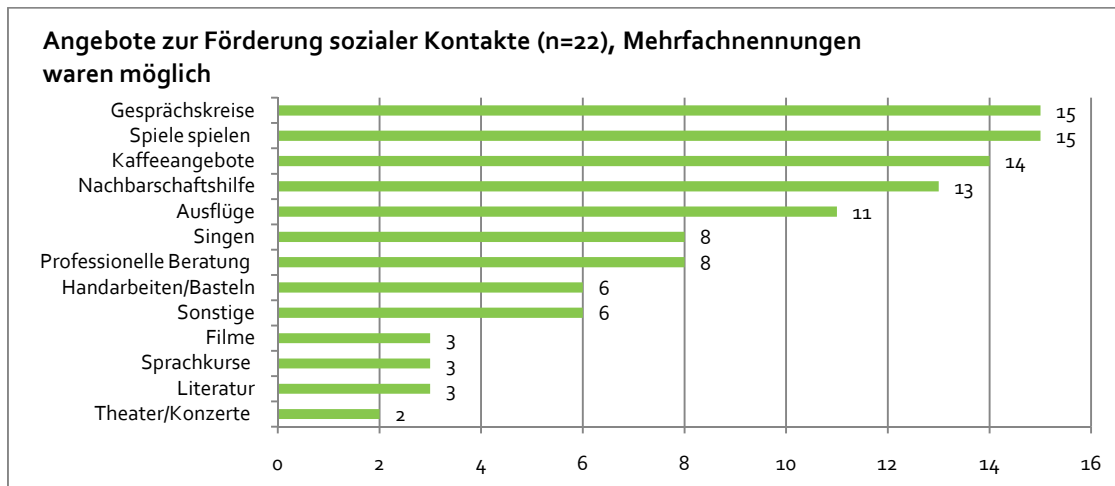


Abbildung 14: Angebote zur Förderung sozialer Kontakte (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich

Zudem wurden weitere gesundheitsrelevante Angebote genannt, die nicht eindeutig einem der drei Bereiche Bewegung, Ernährung oder Förderung sozialer Kontakte zugeordnet werden konnten. So gibt es verschiedene Gruppentreffen, z. B. Gruppen in denen Gesundheitsthemen besprochen werden oder auch ein Frauenfrühstück mit verschiedenen Gesprächsthemen. Vereinzelt werden auch Computerkurse speziell für Seniorinnen und Senioren angeboten. In einer der Einrichtungen wird eine Tiertherapie angeboten, so besucht ein Hund die Mieterinnen und Mieter der Einrichtung regelmäßig. Zusätzlich kommt eine Kuschelrobbe zum Einsatz. Die Kuschelrobbe - in Form eines interaktiven Roboters - reagiert mit der Bewegung ihres Schwanzes und ihrer Augen auf Berührungen und Stimmen der Seniorinnen und Senioren und spricht hierdurch Emotionen an.

- **Angebote zur Förderung sozialer Kontakte, die von den Einrichtungen besonders hervorgehoben wurden**

Als ein besonderes Angebot zur Förderung sozialer Kontakte wird ein regelmäßig stattfindender „Englischer Nachmittag“ von einer Einrichtung hervorgehoben. Es werden Sandwiches, Gebäck und Tee gereicht, die Konversation findet auf Englisch statt. Ein weiteres Angebot namens „Erzählcafe“ bietet älteren Menschen mit Migrationshintergrund die Möglichkeit, sich über ein vorgegebenes Thema auf Deutsch zu unterhalten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen und können gleichzeitig ihre Sprachkenntnisse verbessern.

In einer anderen Einrichtung wird regelmäßig ein „Seniorencafe“ angeboten. Die Besonderheit des Angebots liegt in dem hierfür eingerichteten Fahrdienst, so dass auch nicht oder weniger mobile ältere Menschen an der Veranstaltung teilnehmen können. In „Jung und Alt fragen sich aus“ findet ein Austausch zwischen den Generationen statt. Die Kooperation zwischen einer Grundschule und der Einrichtung für Seniorinnen und Senioren macht dies möglich. Darüber hinaus wurde ein Literaturangebot namens „Bücherwurm trifft Leseratte“ aufgrund der guten Annahme als besonders angegeben.

Das gemeinsame Anschauen von Werder-Spielen wurde von einer weiteren Einrichtung als besonders hervorgehoben. Hierbei kommen Menschen unterschiedlichen Alters, Herkunft und sozialer Lage zusammen. Es entstehen neue Kontakte und Vorurteile können abgebaut werden.

Viele Einrichtungen bieten darüber hinaus punktuell Sonderveranstaltungen für ältere Menschen mit und ohne Migrationshintergrund an. Es werden zum Beispiel Vorträge gehalten, Theater- und Musikstücke vorgetragen und Gesprächsrunden geführt.

Tabelle 4: Angebote, die von den Einrichtungen besonders hervorgehoben wurden

Besondere Angebote im Überblick

Förderung sozialer Kontakte:

- Englischer Nachmittag
- Erzählcafe
- Seniorencafe
- „Jung und Alt fragen sich aus“
- Internationale Abende
- Biografiearbeit
- Bücherwurm trifft Leseratte
- Gemeinsam Werderspiele schauen
- Kinoveranstaltungen
- Singen
- Kreativer Montag

Bewegungsförderung:

- Spielen mit der Nintendo Wii
- Fahrrad fahren lernen
- (Funktions-) Gymnastik
- 1000 Schritte
- Internationale Suppenküche
- Türkische Frauen kochen für Mieter/innen

Sonstige:

- Aktivierung der Älteren durch aufsuchende Arbeit
- Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen z. B. Diabetes
- Wohnen mit Service
- Nachbarschaftshilfe
- Koprü-Seniorenbegleiter (Altenhilfe für Migranten)

11.3 An wen richten sich die Angebote? – ein Blick auf die (fehlenden) Zielgruppen

11.3.1 Welche Altersgruppen werden mit den Angeboten angesprochen?

Um insgesamt zu erfahren, wie die Angebotsverteilung bezogen auf ältere Menschen in den befragten Einrichtungen ist, wurde danach gefragt, welchen Anteil Angebote für Ältere im Gesamtangebot einnehmen.

Wie die Abbildung 15 zeigt, richtet sich der überwiegende Anteil der befragten Einrichtungen zu mehr als 75 % bzw. ausschließlich an ältere Menschen. Ergänzend wurde in einem Fall hinzugefügt, dass das Angebot zwar ausschließlich für Ältere konzipiert war, jedoch mittlerweile auch jüngere Personen hinzugekommen sind.

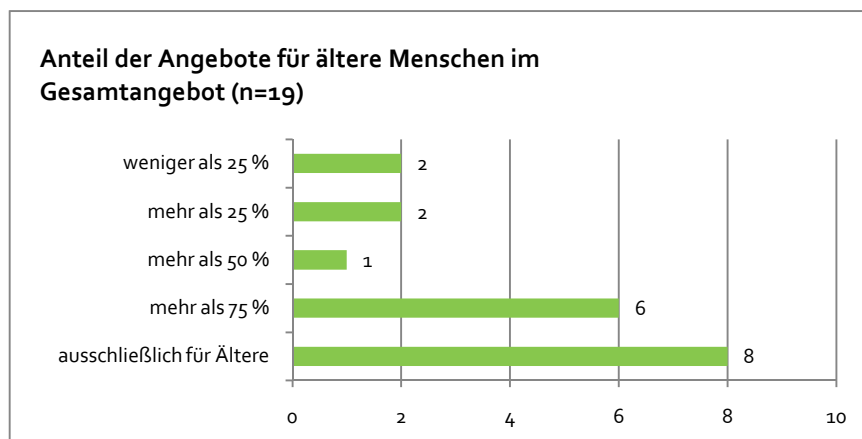


Abbildung 15: Anteil der Angebote für ältere Menschen im Gesamtangebot (n=19)

„...unsere Angebote sind für alle, die in die Gemeinschaft wollen...“

Ebenfalls wurde danach gefragt, ob bestimmte Altersgruppen (60- bis 75-Jährige; 76 bis 85-Jährige und/oder älter als 85-Jährige) besonders angesprochen werden. Es zeigte sich, dass der größte Anteil der Angebote übergreifend für die über 60-Jährigen und in fünf Fällen für alle Altersgruppen offen ist. Eine Unterscheidung nach Altersgruppen wird demnach weniger vorgenommen. Lediglich zwei der befragten Einrichtungen gaben an, ihre Angebote gezielt an 60- bis 75-Jährige bzw. an 60- bis 85-Jährige zu richten.

Statt eine Eingruppierung in Altersgruppen vorzunehmen wiesen einige der Befragten ausdrücklich darauf hin, dass ihre Angebote altersgruppenübergreifend, d. h. für alle über 60-Jährigen angelegt sind. In einem Fall wurde darauf hingewiesen, dass eine generationsübergreifende Mischung erwünscht ist und dieses auch entsprechend gut angenommen wird.

Es wurde auch danach gefragt, für welche Altersgruppen es die meisten Angebote gibt. Auch hier wies knapp die Hälfte der Befragten darauf hin, sich gleichermaßen an alle über 60-Jährigen bzw. an alle Altersgruppen zu richten. Für fünf der Befragten stellen die 60 bis 75-Jährigen die Hauptzielgruppe dar, für vier weitere der Befragten sind dies die 76- bis 85-Jährigen. Lediglich zwei der Befragten gaben an, dass der überwiegende Anteil ihrer Angebote für die Altersgruppe der über 85-Jährigen angelegt ist.

11.3.2 Zielgruppenspezifische Angebote

16 der insgesamt 22 befragten Einrichtungen bieten zielgruppenspezifische Angebote z. B. für Frauen, Männer, Migrantinnen, Migranten, sozial Benachteiligte, Behinderte an. In der Mehrzahl richten sich die zielgruppenspezifischen Angebote an ältere Migrantinnen und Migranten und an ältere Menschen mit einer bestimmten Erkrankung. Angebote für Demenzerkrankte wurden besonders häufig genannt. Ein Interviewpartner wies darauf hin, dass innerhalb der Gruppe der Demenz-Erkrankten eine weitere Zielgruppenspezifizierung nötig ist, um die Angebote jeweils auf die Phase der Erkrankung und das Individuum ausrichten zu können. Eine Einrichtung hob die Erreichbarkeit von älteren Menschen mit Behinderungen besonders hervor, was auf die Einbindung eines kostenlosen Fahrdienstes zurückzuführen ist.

„...wichtig ist auch, älteren Menschen, die nicht mehr so mobil sind, die Möglichkeit zu geben, zu uns zu kommen...“

Angebote, die sich speziell an Frauen oder an Männer richten wurden von zwei bzw. von einer befragten Einrichtung(en) genannt. Als sonstige Zielgruppen wurden „Kriegskinder“ sowie „Angehörige“ genannt.

Angebote, die sich im Zusammenhang mit den genannten Zielgruppen bewährt haben, können Sie der Tabelle 5 entnehmen.

Tabelle 5: Zielgruppenspezifische Angebote (n=16), Mehrfachnennungen waren möglich

Zielgruppe	Angebot
ältere Menschen mit bestimmter Erkrankung (z. B. Diabetes, Krebserkrankungen, Demenz)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbsthilfegruppe für Diabetiker ■ Beratung für Krebserkrankte ■ Tanzen und Stimmung mit Musik für Menschen mit Demenz ■ Qi Gong für Menschen mit Demenz
ältere Migrantinnen und Migranten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesprächskreise ■ Alphabetisierungskurse ■ Angebote in der jeweiligen Landessprache (Russisch/Türkisch) ■ Patchwork u. Gedächtnistraining in russischer Sprache
ältere Frauen mit und ohne Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratungs- und Informationsangebote (z. B. psychosoziale Beratung, Wochenendseminare) ■ Bewegung (z. B. Bauch- und Rückentraining, Frauenschwimmen, lustvolle Bewegung für mollige Frauen, Entspannungsübungen, gemeinsames Spaziergehen) ■ Ernährung (z. B. Frauenfrühstück, internationale Suppen, Veggieday) ■ Selbsthilfegruppe für Frauen mit Migrationshintergrund ■ Gesprächskreise/ Offener Treff für Frauen mit Migrationshintergrund mit der Möglichkeit eigene Ideen umzusetzen (z. B. Ausflüge und Veranstaltungen) ■ Exkursionen (z. B. Weihnachtsmarkt, Auswandererhaus) ■ Internationale Abende (z. B. mit Chor und Tanzangebot)
ältere Männer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kochkursangebot ■ Skat spielen
ältere Menschen mit Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> ■ kostenloser Fahrdienst
Sonstige („Kriegskinder“, Angehörige)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesprächskreis für Kriegskinder ■ Beratung für Angehörige ■ Gesprächskreise für Angehörige zum Thema Demenz

11.3.3 Erreichbarkeit von älteren Migrantinnen und Migranten

Da ältere Migrantinnen und Migranten zu den oftmals nicht erreichten Zielgruppen gehören, war es von Interesse zu erfahren, inwieweit die Interviewpartnerinnen und -partner Zugang zu dieser Zielgruppe gefunden haben. Das Ergebnis hierzu ist sehr erfreulich, da mehr als die Hälfte der Befragten angab, ältere Migrantinnen und Migranten zu erreichen.

Bei der Frage nach den Wegen der Erreichbarkeit wurden u. a. die folgenden Aspekte genannt:

- Angebote kulturell gemischt gestalten
- Persönliche Ansprache über Schlüsselpersonen (z. B. über die Nachbarschaftshilfe oder gleichsprachige Ehrenamtliche bzw. Hauptamtliche)
- Gestaltungsspielraum geben
- Kooperationen bzw. Vernetzung im Stadtteil (z. B. mit Migrantorganisationen, Moscheen)
- Bekanntmachung von Angeboten insbesondere durch Mund-zu-Mund-Propaganda

Fünf der Befragten gaben an, nur wenige Migrantinnen und Migranten zu erreichen, drei der befragten Einrichtungen haben bisher keinen Zugang zu dieser Zielgruppe gefunden.

In Hinblick auf die Herkunftsländer, aus denen die älteren Migrantinnen und Migranten kommen, die die Angebote der befragten Einrichtungen nutzen, ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Auch wenn das Herkunftsland hinsichtlich der Heterogenität nur ein Faktor unter vielen (z. B. Religion, Familiensituation, finanzielle Rahmenbedingungen, Gründe zur Migration,...) ist, lässt er sich relativ gut erfragen und wurde deshalb herangezogen. Zu den häufigsten genannten Herkunftsländern zählen Russland (n=13), die Türkei (n=10) und Polen (n=10), alle weiteren Herkunftsländer wurden jeweils ein bis dreimal genannt. Die Tabelle 6 lässt die Vielfalt dieser Zielgruppe - allein in Hinblick auf die Herkunft - vermuten.

Tabelle 6: Herkunft älterer Migrantinnen und Migranten, die die Angebote der befragten Einrichtungen nutzen (n=19), Mehrfachnennungen waren möglich

Herkunft älterer Migrantinnen und Migranten, die die Angebote der befragten Einrichtungen nutzen:

- Afrika
- Algerien
- Arabische Länder
- Bosnien
- China
- Ehem. Sowjetunion
- Frankreich
- Ghana
- Griechenland
- Irak
- Iran
- Italien
- Libanon
- Marokko
- Nigeria
- Nordafrika
- Polen
- Russland
- Somalia
- Sri Lanka
- Türkei
- Weißrussland

11.3.4 Nicht oder nur bedingt erreichte Zielgruppen

Auch wenn viele der befragten Einrichtungen bereits ältere Migrantinnen und Migranten erreichen, wiesen sie dennoch darauf hin, dass u. a. diese Zielgruppe aus ihrer Sicht zu den allgemein nicht oder nur bedingt erreichten Zielgruppen gehört. Zudem zeigt die Abbildung 16, dass vor allem ältere Männer mit und ohne Migrationshintergrund schwerer erreicht werden als andere Zielgruppen.

Auch ältere Migrantinnen wurden als schwer erreichbare Zielgruppe benannt. Deutlich weniger Schwierigkeiten zeigen sich in Bezug auf nicht mobile ältere Menschen und drei der befragten Einrichtungen gaben sozial benachteiligte Ältere als schwer erreichbare Zielgruppe an. Als weitere, bisher schwer anzusprechende Zielgruppen wurden „jüngere Ältere“ genannt.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass ältere Frauen zu den besser erreichten Zielgruppen gehören. Für keine der befragten Einrichtungen zählten ältere Frauen zu den nicht oder nur bedingt erreichten Zielgruppen.

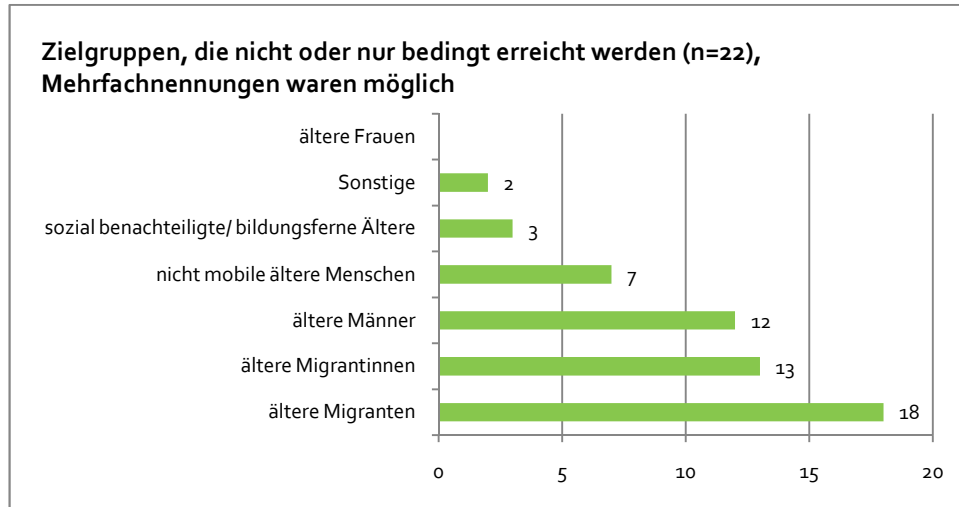


Abbildung 16: Zielgruppen, die nicht oder nur bedingt erreicht werden (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich

■ Diskussion: Ein Blick auf die (fehlenden) Zielgruppen

Bereits in Kapitel 2 wurde auf die Heterogenität der älteren Bevölkerung hingewiesen. Erst die spezifische Ausrichtung der Angebote auf Bedürfnisse und Lebensbedingungen einer bestimmten Zielgruppen innerhalb dieser Altersgruppe ermöglicht es, einen Rahmen zu schaffen, der für die Zielgruppe stimmig ist und sie anspricht.

In den befragten Einrichtungen wird jedoch in vielen Fällen ein explizit breiter Ansatz gewählt, d. h. die Vielfalt und Altersmischung der Gruppe wird positiv bewertet. Hier ist zu fragen, in welchen Bereichen z. B. eine heterogene Gruppenzusammensetzung für welche Zielgruppe einen Gewinn darstellt. Aus der Perspektive nicht erreichter Gruppen, z. B. der „jüngeren Älteren“, könnte eine altersgemischte Gruppe weniger attraktiv sein, weil sie sich häufig in Richtung der jüngeren Altersgruppen orientieren. Zudem fällt auf, dass bisher nur wenige Einrichtungen speziell für die Altersgruppe der über 85-Jährigen Angebote bereithalten. Dabei ist es gerade im hohen Alter sinnvoll, z. B. die körperliche Kraft und Ausdauer zu trainieren. Der Sturzgefahr kann entgegengesteuert und zudem z. B. auf die (Fort-)Entwicklung einer Demenz Einfluss genommen werden.

Mit Blick auf die älteren Migrantinnen und Migranten zeigt sich zwar, dass ein Großteil der befragten Einrichtungen bereits gute Zugangswege gefunden hat. Gleichzeitig werden sie jedoch zu den bisher weniger erreichten Zielgruppen gezählt. Es stellt sich somit die Frage, welchen Bedarf und welche Bedürfnisse gerade

diese Gruppen in Hinblick auf eine gesundheitsfördernde Lebensgestaltung haben und wie Angebote konzipiert sein müssten, um erfolgversprechend zu sein. Anregungen hierzu gibt die Recherche in der Projektdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte.

Unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de sind derzeit zwei Projekte als Gute Praxis Projekte ausgezeichnet, die insbesondere ältere Migrantinnen und Migranten erreichen. Des Weiteren kann in diesem Zusammenhang eine im Rahmen eines Modellprojekts von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. entwickelte Checkliste unterstützend wirken. Die Checkliste bezieht sich zwar auf die Konzeption einer Seminarreihe für ältere Migrantinnen und Migranten, ist aber durchaus auch auf andere Bereiche übertragbar. Unter www.ffg.uni-dortmund.de/Publikationen/beschreibung.php?id=18 ist die Checkliste zu finden.

11.4 Aspekte, die in der Gesundheitsförderung eine Rolle spielen

11.4.1 Partizipative Angebotsgestaltung

Auf die Frage, ob die Angebote auf Wunsch oder gemeinsam mit den älteren Menschen gestaltet werden, zeigte sich, dass die Älteren überwiegend (n=11) oder zumindest teilweise (n=9) in die Angebotsgestaltung eingebunden werden. Drei Wege werden bevorzugt genutzt, um die Wünsche der Seniorinnen und Senioren zu berücksichtigen. So werden die Wünsche und Interessen zum Teil erfragt oder sie werden durch Beobachtung bzw. im Rahmen der Biografiearbeit ermittelt. Ein weiterer Weg der bedürfnisorientierten Gestaltung besteht in der eigenständigen Initiierung des gewünschten Angebots durch die älteren Menschen selbst.

■ *Regelmäßige Treffen und direkte Ansprache*

Sechs Einrichtungen führen regelmäßig Treffen im Haus durch, um die Wünsche und Bedürfnisse der Seniorinnen und Senioren zu erfassen. Weitere Strukturen, die die Partizipation der Zielgruppe fördern und die Zielgruppe aktivieren, sind z. B. wöchentliche Sprechstunden, die Einbindung einer Mietersprecherin, regelmäßige Mietertreffen oder die Einrichtung eines sogenannten Helferkreis, der sich aus engagierten Seniorinnen und Senioren zusammensetzt. Solche Strukturen erleichtern es den älteren Menschen, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen und gibt ihnen Gelegenheit sie auch zu äußern. Außerdem wird die Zielgruppe animiert eigene Ideen zu entwickeln, die bei der Angebotsgestaltung berücksichtigt werden können (Aktivierung).

■ *Aufmerksames Beobachten und Biografiearbeit*

Zwei Einrichtungen betonten, dass die direkte Ansprache durch aufmerksames Beobachten der Seniorinnen und Senioren sinnvoll ergänzt werden kann, um zu einer bedürfnisorientierten Angebotsgestaltung zu gelangen. Wenn die teilnehmenden älteren Menschen ihre Wünsche nicht direkt äußern können oder wollen, können die Bedürfnisse bei offenen Treffen, Veranstaltungen und gemeinsamen Gesprächen herausgehört und in der weiteren Planung aufgegriffen werden. Im Umgang mit Menschen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden, setzen sich einige Einrichtungen mit der Biografie der Seniorinnen und Senioren auseinander, um so die Menschen besser kennenzulernen und passende Angebote anbieten zu können.

■ *Angebote werden von Seniorinnen und Senioren selbst gestaltet und initiiert*

In sechs Einrichtungen werden Angebote von den Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern selbst initiiert, weitere zehn wiesen im Interview darauf hin, dass dies teilweise der Fall ist. Engagierte und ehrenamtlich tätige Seniorinnen und Senioren richten beispielsweise in zwei Einrichtungen Angebote für ältere Menschen aus. Es wurde z. B. darauf geachtet, dass ein Bewegungsangebot vormittags stattfindet, weil sowohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als auch die Trainerin selbst ihr Haus zur späten Stunde nicht mehr verlassen möchten.

„Das ist Bedingung und Voraussetzung für die Teilnahme und den Erfolg des Angebots.“

Zu den weiteren selbstorganisierten Angeboten gehören vorrangig Gesellschaftsspielstunden wie Skat und Bridge. Gesprächsstunden oder sogenannte „Plauderstündchen“ für Ältere werden in zwei Einrichtungen von aktiven und engagierten Seniorinnen und Senioren gestaltet. In einer Einrichtung organisieren Ältere punktuell internationale Gesangsveranstaltungen für Gäste des Hauses.

Auch zwei Kochkurse, darunter ein „Männerkochkurs“ und ein „Bewohnercafé“ gehören zu den selbstinitiierten und in Eigenregie durchgeführten Angeboten. Der folgenden tabellarischen Auflistung sind die selbstinitiierten Angebote im Überblick zu entnehmen (Tabelle 7).

Tabelle 7: Selbstinitiierte Angebote (n=16), Mehrfachnennungen waren möglich

Selbstinitiierte Angebote in Überblick

- Spiele spielen z. B. Skat, Bridge
- Gesprächskreise
- Tanzen
- Gesangsveranstaltungen
- Seniorencafe
- Englischer Nachmittag
- Kreativangebot z. B. Malen oder Basteln
- Kochkurse
- Handarbeiten z. B. Häkeln
- Kino 23 – mit Ermäßigung für Seniorinnen und Senioren
- Ausflüge und Exkursionen mit einem Seniorenfahrdienst

■ Diskussion: Partizipation

Die Interviews zeigen das große Engagement der Einrichtungen. Deutlich wurde, wie sehr auf die Bedürfnisse der erreichten Zielgruppen eingegangen wird und wie viele Wege genutzt werden, die Bedürfnisse und Wünsche der Nutzerinnen und Nutzer in irgendeiner Form zu erfassen und zu unterstützen. Mit ihrer Arbeitsweise fördern die befragten Einrichtungen ein wesentliches Prinzip der Ottawa-Charta⁶: „Selbstbestimmung“. Partizipation ist ein zentraler Weg, Selbstbestimmung zu realisieren. Die US-Amerikanerin Sherry Arnstein entwickelte in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts ein mehrstufiges Modell der Partizipation, das noch heute Anregungen liefert, wie unterschiedlich Teilhabe gestaltet und wie sie umgesetzt werden kann. Anregungen hierzu finden Sie auf der Homepage www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de.

11.4.2 Niedrigschwellige Arbeitsweise

In Bezug auf eine niedrigschwellige Arbeitsweise wurden die Einrichtungen gefragt, ob für die Nutzung ihrer Angebote eine Anmeldung erforderlich ist und inwieweit Kosten bei der Inanspruchnahme entstehen. Zu einer niedrigschwelligem Arbeitsweise zählt auch, wie die Zielgruppe angesprochen wird und von dem Angebot erfährt. Darum setzt sich der folgende Abschnitt mit der Öffentlichkeitsarbeit der Projektträger auseinander,

⁶ Die World Health Organisation (WHO) veröffentlichte 1986 die Ottawa-Charta, darin werden die wesentlichen Eckpunkte der Gesundheitsförderung benannt.

anschließend erfolgt die Darstellung der Anmeldeverfahren und der finanziellen Beteiligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

■ Öffentlichkeitsarbeit

Die Einrichtungen wurden befragt, welche Wege sie nutzen, um die Angebote des Hauses bekanntzugeben. Die nachfolgende Abbildung 17 gibt einen Überblick über die Antworten.

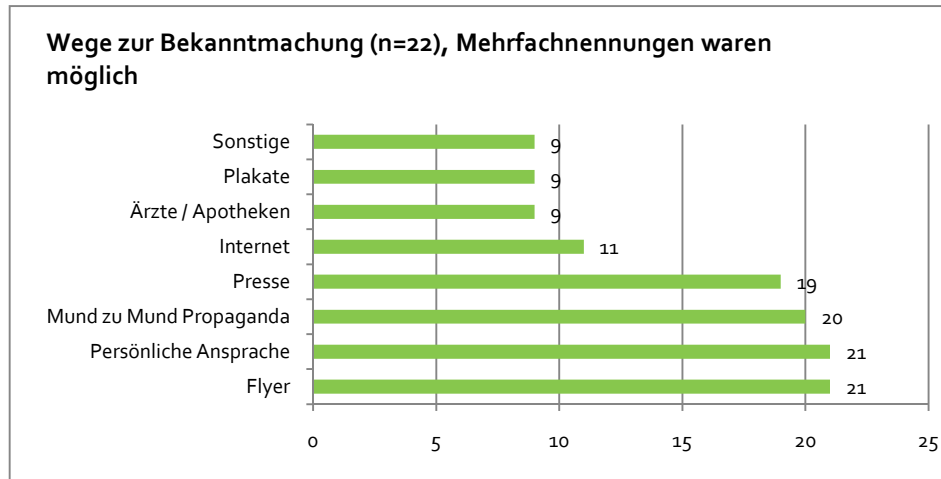


Abbildung 17: Wege zur Bekanntmachung (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich

„Persönliche Ansprache und Mund-zu-Mund-Propaganda sind meiner Meinung nach viel effektiver als Flyer.“

Beinahe alle Befragten verbreiten die Angebote ihres Hauses mittels persönlicher Ansprache oder über Flyer. Dabei wird unterschieden zwischen Flyern, die die Einrichtung und ihre Aufgaben bekanntmachen und zwischen monatlich oder halbjährig erscheinenden Programmflyern. Ein ebenfalls weit verbreitetes Instrument zur Bekanntmachung der Angebote ist die Mund zu Mund Propaganda.

Viele Einrichtungen beurteilen diese drei Wege als besonders effektiv und von großer Relevanz.

Die Presse zur Veröffentlichung des bestehenden Angebots wird zusätzlich von 19 der Einrichtungen genutzt. Neben Ankündigungen in einer Tageszeitung verwiesen zwei Einrichtungen auf die Möglichkeit, in zwei Bremer Anzeigenblättern kostenlos ihre Angebote zu veröffentlichen.

Mitunter kündigen einige Einrichtungen ihre Angebote in Stadtteilzeitungen, Hauszeitungen oder Unternehmenszeitungen an. Zwei Einrichtungen berichten, dass sie ihr Angebot über das Radio und über die kommunale Berichterstattung bekannt geben.

Das Internet wird von 11 befragten Institutionen zur Angebotsbekanntmachung genutzt. Neben der Veröffentlichung auf der eigenen oder der Stadtteilhomepage veröffentlicht eine befragte Einrichtung ihr Programm auf der Internetplattform Facebook.

Neun Einrichtungen leiten ihre Angebote für ältere Menschen an Apotheken und Arztpraxen weiter. Als sonstige Möglichkeiten zur Bekanntmachung wurden genannt: Stadtteilmärkte, Supermärkte, das Sommercafé im Stadtteil, Concierge-Dienste in den Häusern sowie das Anschreiben und telefonische Kontaktieren von Kooperationspartnerinnen und -partnern im Stadtteil. Eine Einrichtung nutzt den Austausch in Arbeitskreisen und Netzwerken ebenfalls zur Bekanntgabe neuer Angebote.

■ **Anmeldung**

Von den 22 interviewten Einrichtungen ist in fünf Einrichtungen eine Anmeldung zu den Angeboten erforderlich. Insgesamt 14 Befragte antworteten, dass eine Anmeldung in einigen Fällen, jedoch nicht bei allen Angeboten des Hauses notwendig ist. Lediglich in drei Einrichtungen können die Angebote ohne jegliche Anmeldung wahrgenommen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass regelmäßig stattfindende Kurs- sowie Gruppenangebote eine Anmeldung erfordern. Bei punktuell stattfindenden Veranstaltungen, Beratungsangeboten und Informationsveranstaltungen ist keine Anmeldung notwendig. Aus Sicht der Träger ist eine rechtzeitige Anmeldung erforderlich. Die Ausrichtung der Angebote ist mit zeitlichen und personellen Ressourcen verbunden, die dort eingesetzt werden sollen, wo sie auch tatsächlich benötigt werden. Darüber hinaus ist eine genaue Planung nur dann zu leisten, wenn die Organisatorinnen und Organisatoren rechtzeitig über die Anzahl der Teilnehmenden informiert sind.

In einer der befragten Einrichtungen wird dann um eine Anmeldung gebeten, wenn die Seniorin oder der Senior zum ersten Mal die Einrichtung besuchen. So kann ausreichend Zeit zum Kennenlernen eingeplant werden.

■ **Kosten**

In neun der befragten Einrichtungen können die Angebote für Seniorinnen und Senioren kostenfrei genutzt werden. Zumeist (n=13) fallen jedoch teilweise Kosten bzw. Kosten in Abhängigkeit vom Angebot an. Zwei Kostenarten stehen im Vordergrund: Aufwandskosten, die ausschließlich bei der Teilnahme erhoben werden, sowie regelmäßige Gebühren in Form von Mitgliederbeiträgen.

In fünf Einrichtungen ist die Teilnahme an den Angeboten des Hauses lediglich mit Aufwandskosten verbunden. Diese Einrichtungen folgen dem Prinzip, jede Seniorin und jeder Senior zahlt lediglich das, woran sie oder er tatsächlich teilnimmt.

Im Unterschied dazu erheben zwei Einrichtungen für die Teilnahme an den Angeboten ihrer Einrichtung regelmäßige Mitgliederbeiträge. Insgesamt drei der interviewten Einrichtungen verfolgen ein Mischkonzept, d. h., die Art der anfallenden Kosten ist jeweils abhängig vom Angebot und variiert zwischen regelmäßigen Beiträgen und Aufwandsentschädigungen. So sind beispielsweise Ausflüge und Veranstaltungen mit anfallenden Verpflegungskosten und Eintrittspreisen verbunden, Kurse und Gruppenangebote jedoch mit regelmäßigen Beiträgen.

Vier Einrichtungen ermöglichen älteren Menschen, die aus finanziellen Gründen die Angebote nicht nutzen könnten, die Teilnahme mit Hilfe von Spenden und Zuschüssen.

■ Diskussion: Niedrigschwellige Arbeitsweise

Zur niedrigschwelligen Arbeitsweise zählt die Art der *Öffentlichkeitsarbeit* bzw. der Bekanntmachung der Angebote. Die Einrichtungen berichten übereinstimmend, dass die Mund-zu-Mund-Propaganda zu den effektivsten Wegen zählt. Flyer und Programmhefte dienen sowohl der Bekanntmachung der Einrichtung als auch als Erinnerungshilfe, wann welches Angebot stattfindet.

Die befragten Trägerinnen und Träger nutzen zudem aktiv verschiedene, auch neue Medien, in denen sie auf ihre Veranstaltungen und ihr Angebot hinweisen. Sollten diese Veröffentlichungen nicht von der Zielgruppe direkt wahrgenommen werden, so können doch Angehörige und Freunde älterer Menschen auf die Angebote aufmerksam machen.

Gerade für Menschen in prekären Lebenslagen ist ein niedrigschwelliger Zugang zu den vorhandenen (öffentlich geförderten) Angeboten von großer Bedeutung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verweist in ihrer vierten erweiterten Auflage zu den Kriterien guter Praxis auf verschiedene Zugangsbarrieren. Vermieden werden sollten z. B. schwierige, langwierige *Anmeldeverfahren* oder die Durchführung an Veranstaltungsorten, die der Zielgruppe nicht vertraut sind oder an Orten, die nur schwer erreichbar sind (BZgA 2010). Auch Gebühren stellen eine zentrale Teilnahmehürde dar.

Die Interviews zeigen, dass die Einrichtungen für diese Schwierigkeiten sensibilisiert sind. Aufsuchende Angebote erleichtern es einigen Trägern, auch Menschen zu erreichen, die ihr Angebot bisher nicht kannten. Die Interviews machen jedoch auch deutlich, dass eine niedrigschwellige Angebotsstruktur allein nicht ausreicht erfolgreich zu sein. Die Zusammenarbeit mit einzelnen Mitgliedern aus bisher nicht bzw. wenig erreichten

Gruppen oder mit Trägern, die diese Zielgruppe erreichen, fördert die Ausrichtung der Angebote (auch) auf die Bedürfnisse und Wünsche der älteren Menschen, die bisher wenig erreicht wurden.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Forschung. Gemeinsam können Grundlagen erarbeitet und in der Auswertung Handlungsansätze entwickelt und erprobt werden.

In Bezug auf die *Anmeldekosten* stellt die sozialogenbezogene Gesundheitsförderung die Träger vor die Herausforderung, Wege zu finden, ihre Angebote möglichst kostenneutral anzubieten. Sponsorenschaft und Mitgliedsbeiträge können einmalige Kosten reduzieren oder verhindern helfen. Diese Möglichkeit nutzen die meisten Einrichtungen bereits. Diese Aktivitäten fordern jedoch zusätzliche zeitliche Kapazitäten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen.

Das Thema Kostenbeteiligung löst unterschiedliche Diskussionen aus. Eine, wenn auch nur geringe finanzielle Beteiligung an den Kosten der Angebote kann eine Teilnahme verhindern, dennoch gehen damit auch positive Effekte einher. Eine finanzielle Beteiligung führt zu einer höheren Verbindlichkeit und gibt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern das Gefühl, sich etwas leisten zu können und nicht auf Kosten anderer zu leben. Kreative Lösungen werden ggf. im Einzelfall benötigt.

11.4.3 Empowerment

Die Einrichtungen wurden auch danach befragt, welche Fähigkeiten und Kompetenzen der älteren Menschen durch die verschiedenen Angebote gefördert werden. Wie Abbildung 18 zeigt, antworteten 14 Einrichtungen, dass die sozialen Kontakte der älteren Menschen gefördert werden. Gruppenangebote wirken der Vereinsamung und Isolation im Alter entgegen, schaffen ein Gemeinschaftsgefühl und ermöglichen den teilnehmenden Seniorinnen und Senioren die Teilnahme sowie Teilhabe am sozialen Leben. Insbesondere für die psychische Gesundheit ist dieser Aspekt von großer Bedeutung. Die Seniorinnen und Senioren erhalten ihre Fähigkeit in einer Gruppe zu agieren, sie erweitern ihre Kooperationsbereitschaft und Kontaktfähigkeit. In den Gruppen entwickelt sich ein gestärktes Wir-Gefühl, neue Freundschaften entstehen und die Teilnehmenden übernehmen Verantwortung füreinander. Verstärkt wird dieser Effekt in Gesprächsgruppen. Dort können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer entspannen, ihre Sorgen äußern und mit anderen teilen bzw. Hilfe anbieten. Beides wirkt sich positiv auf die seelische Gesundheit aus.

„...selbst schon die Handarbeiten, selbst da kann man schon sagen... das ist Bewegung für die Hände, Gedächtnistraining, da sind sie in Kontakt... man kann sich das gar nicht so vorstellen... was das alles bedeutet...“

Ein weiterer zentraler Aspekt, der von 13 Einrichtungen genannt wurde, bezieht sich auf die Förderung der Mobilität älterer Menschen. So werden z. B. Bewegungsangebote und gemeinschaftliche Exkursionen durchgeführt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden auf diese Weise in ihrer Beweglichkeit und Fitness gestärkt, gleichzeitig wird die Sozialkompetenz durch die regelmäßige Teilnahme an den Angeboten gefördert bzw. sie bleibt erhalten.

Acht der Einrichtungen wiesen darauf hin, dass auch die Förderung der geistigen Kompetenz zu den bestärkten Fähigkeiten gehört. Durch Kreativangebote oder mittels Gedächtnistraining werden die Denkfähigkeit und das Gedächtnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer trainiert.

Ebenfalls acht Befragte betonen, dass ältere Menschen durch die Angebote des Hauses in ihrem Selbstbewusstsein und ihrer Selbstständigkeit bestärkt werden. Sie wenden den Blick ab von Defiziten und erkennen durch die Gruppen- und Kursangebote zahlreiche Fähigkeiten und Kompetenzen, über die sie verfügen. So werden die Seniorinnen und Senioren z. B. durch Aktivitäten wie gemeinschaftliches Einkaufen ermutigt, eigenständig zu handeln und Ängste abzulegen. Einige der Befragten nehmen allgemein eine erhöhte Aktivität der älteren Menschen wahr, die sie auf die Teilnahme an den Angeboten und Veranstaltungen zurückführen. Sie erkennen dies z. B. daran, dass Seniorinnen und Senioren zu neuen Aktivitäten ermutigt werden, eigenständig ihre Wünsche äußern und damit beginnen, den eigenen Bedürfnissen (wieder) vermehrt nachzukommen.

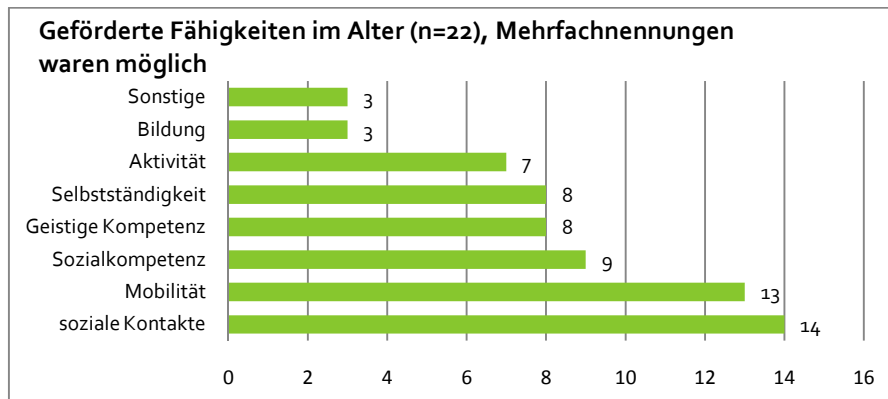


Abbildung 18: Geförderte Fähigkeiten im Alter (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich

Drei Einrichtungen verwiesen auf die enorme Bedeutung von Bildung im Alter. So ermöglichen Informationsveranstaltungen über erwünschte Themen und Beratungsangebote im Haus den Teilnehmerinnen und Teil-

nehmern einen Zugewinn an Informationen. Hierdurch verbreitert sich die Basis, auf der z. B. Entscheidungen getroffen werden. Darüber hinaus fördern z. B. Deutschsprachkurse die Verständigung älterer Migrantinnen und Migranten mit der deutschsprachigen Bevölkerung und damit in Folge auch die soziale Teilhabe dieser Gruppe älterer Menschen.

■ Diskussion: Empowerment

Empowerment setzt auf Selbstbestimmung, sie fördert die Fähigkeit, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und eigene Vorstellungen zu formulieren. Empowerment fördert eine aktive Teilhabe am sozialen Leben. Für die Angebotsgestaltung bedeutet dies, das Verhältnis der (professionellen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den älteren Menschen so zu definieren, dass nicht ein „für Ältere etwas tun“, sondern ein „mit Älteren etwas gemeinsam tun“ im Mittelpunkt steht. Hierzu gehört z. B. die Ermutigung der älteren Menschen, alltägliche Verrichtungen (wieder) selber zu übernehmen. Dieser Ansatz wird in den befragten Einrichtungen mit unterschiedlichen Mitteln und in unterschiedlicher Tiefe umgesetzt. Im Vordergrund steht die Aktivierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch Gruppenaktivitäten.

In einer vertrauten sozialen Umgebung erfahren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer emotionalen Halt, der es ihnen ermöglicht, sich (wieder neu) auszuprobieren, Aufgaben zu übernehmen, anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern Anteilnahme zu geben, aber auch diese selber zu erfahren. Diese soziale Einbindung und die emotionale Unterstützung sind für die psychische und psychosomatische Gesundheit gerade der älteren Generation, die häufig unter Isolation, Einsamkeit und dem Verlust von Fertigkeiten leidet, besonders wertvoll. Veröffentlichte Beispiele für Projekte, die Empowerment erfolgreich umsetzen, finden Sie in der Projektdatenbank der BZgA unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

11.4.4 Vernetzung

Auf die Frage, ob mit anderen Trägern im Stadtteil kooperiert wird, antworteten alle befragten Einrichtungen ausnahmslos mit „Ja“ und zählten eine Vielzahl von Kooperationspartnerinnen und -partnern auf. Die Zusammenarbeit im Stadtteil dient dem gegenseitigen Austausch und ermöglicht die Zusammenführung finanzieller, zeitlicher und personeller Ressourcen. Hierdurch können Stadtteilaktivitäten für ältere Menschen gemeinsam geplant und auch umgesetzt werden.

„Je mehr ich über andere Institutionen weiß, was sie eben auch anbieten, umso mehr kann ich das auch vermitteln.“

Die folgende Auflistung (Tabelle 8) gibt einen Überblick über die Vielzahl der genannten Kooperationspartnerinnen und -partner und bietet Anregungen für mögliche Kooperationen:

Tabelle 8: Genannte Kooperationspartnerinnen und -partner (n=22), Mehrfachnennungen waren möglich

Kooperationspartnerinnen und –partner

- Ämter: Amt für soziale Dienste, Gesundheitsamt, Sozialamt etc.
- Apotheken
- Begegnungsstätten, Bürgerzentren
- Beratungsstellen: Patientenberatung, Schuldnerberatung etc.
- Bremer Bäder
- Dienstleister und Dienstleistungsunternehmen
- Dienstleistungszentren
- Hospize
- Kindergärten und Kitas
- Krankenhäuser
- Forum Frauengesundheit
- Migrantenorganisationen
- Pflegeeinrichtungen
- Politische Instanzen im Stadtteil: Stadtteilbeirat, Seniorenvertretung etc.
- Polizei
- Quartiersmanagement
- Religionsgemeinschaften: Kirchen, Moscheen etc.
- Schulen
- Seniorentreffpunkte im Stadtteil
- Soziale Einrichtungen, soziale Träger: Häuser der Familie, Mütterzentren etc.
- (Stadtteilbezogene) Netzwerke und Arbeitskreise: „Alte Vielfalt“, Älter werden im Bremer Westen“, Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk (IGN) etc.
- Stationäre und ambulante Pflegedienste
- Stiftungen: Friedehorst, Egestorff etc.
- Vereine und Verbände: Bremer Krebsgesellschaft, Förderwerk, Paritätisches Bildungswerk, Sportvereine etc.
- Volkshochschule (VHS)
- Wohlfahrtsverbände
- Wohnungsbaugesellschaften

■ Diskussion: Vernetzung

Die Auswertung der Interviews verdeutlicht ein besonderes Merkmal der WiN-Gebiete: in den sozial benachteiligten Ortsteilen wurden kontinuierlich sektorenübergreifende Netzwerke aufgebaut, die es den Trägern überhaupt erst ermöglichen, Angebote untereinander bekannt zu machen und aufeinander abzustimmen. Diese Strukturen erleichtern es, Kooperationsbeziehungen auf- und auszubauen und in diesem Kontext z. B. Stadtteilaktivitäten gemeinsam zu planen und umzusetzen. Angebotsdoppelungen können vermieden und Angebotslücken identifiziert werden.

Netzwerke, die speziell zum Thema „ältere Menschen“ arbeiten und sich in diesem Zusammenhang regelmäßig treffen, finden sich jedoch nur wenige. Oftmals gibt es zielgruppenübergreifende Netzwerksstrukturen in den Stadtteilen und in diesen wird häufig ein Schwerpunkt auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gelegt. Eine gezielte Zusammenarbeit sowie ein regelmäßiger Austausch zum Thema „ältere Menschen“ unter der Berücksichtigung auch von gesundheitsrelevanten Themen könnte dabei - auch im Sinne des „Voneinander Lernens“ hilfreich sein.

11.5 Fazit aus Sicht der Befragten

■ Welche Ansätze haben sich in Bezug auf die Erreichbarkeit älterer Menschen bewährt?

Im Zuge der Bestandsaufnahme wurde deutlich, dass sich einige Ansätze in Bezug auf die Erreichbarkeit von älteren Menschen bewährt haben. Angebote auf der Grundlage der jeweiligen Fähigkeiten und Interessen der älteren Menschen zu entwickeln und anzubieten, ist hierbei eine zentrale Voraussetzung. Nur solche Angebote, welche den Interessen der Zielgruppe entsprechen, werden auch von der Zielgruppe wahrgenommen. Die aktive Beteiligung der Älteren in der Angebotsentwicklung hat sich in diesem Punkt in vielen Einrichtungen bewährt. Die Angebote der meisten Einrichtungen werden nach den Wünschen der Teilnehmenden angeboten. Teilweise sind die älteren Menschen auch direkt in die Angebotsentwicklung und -gestaltung mit eingebunden, dies findet zum Beispiel in Form von regelmäßigen Treffen statt, an denen sich die Älteren selbst oder in Form von Vertreterinnen bzw. Vertretern beteiligen.

Um auch nicht mobile ältere Menschen zu erreichen, wird das Vorhandensein von Fahrdiensten zu den Veranstaltungen als ein wichtiger Faktor benannt. Zudem ist die behindertengerechte bzw. barrierefreie Ausstattung des Veranstaltungsortes von großer Wichtigkeit, um auch Behinderten und nicht oder weniger mobilen Älteren die Teilnahme zu ermöglichen.

Bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund und fehlenden Deutschkenntnissen hat es sich bewährt, einige Angebote in der jeweiligen Landessprache anzubieten. So könnten Angebote z. B. von russisch- oder türkischsprachigen Anleiterinnen bzw. Anleitern durchgeführt werden. Ebenfalls ist es hilfreich, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. Mitarbeitende mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen einzubinden.

Zur Förderung der Integration und des gegenseitigen Verständnisses wurde in verschiedenen Zusammenhängen darauf hingewiesen, dass insbesondere multikulturelle Angebote einen viel versprechenden Ansatz darstellen.

■ Welche Angebote fehlen?

Die meisten an der Bestandsaufnahme beteiligten Einrichtungen haben Angebote genannt, welche aus ihrer Sicht in den jeweiligen Stadtgebieten fehlen. Die genannten Angebote betreffen überwiegend die Bereiche Bewegung sowie die Förderung sozialer Kontakte. Es wurden keine konkreten Angebotswünsche zum Thema Ernährung genannt.

Aus dem Bereich Bewegung wurde besonders häufig der Wunsch nach Angeboten zur Sturzprophylaxe geäußert. Auch (Wasser-) Gymnastik und Nordic Walking sind Angebote, bei denen die Befragten in einigen Stadtgebieten eine Nachfrage sehen. Teilweise wurden auch allgemein sportliche Aktivitäten speziell für ältere Menschen als fehlend genannt. So werden z. B. „Rollator-Spaziergänge“ nachgefragt, um auch den weniger mobilen Älteren die Möglichkeit von körperlicher Aktivität zu bieten.

In einigen Gebieten besteht der Wunsch Kino- sowie Tanzteeveranstaltungen anzubieten. Zudem wurden PC-Arbeitsplätze für Senioren als wünschenswerte Angebote genannt. Des Weiteren besteht der Wunsch ältere Menschen generell mehr in das öffentliche Leben zu integrieren sowie mehr generationsübergreifende Angebote anzubieten.

Mehrmals wurde der Wunsch nach Fahrdiensten geäußert, um auch vermehrt weniger mobile Ältere zu erreichen. In der Tabelle 9 finden Sie die genannten fehlenden bzw. wünschenswerten Angebote im Überblick.

Tabelle 9: Fehlende und wünschenswerte Angebote

Fehlende und wünschenswerte Angebote:

- Angebote für Männer
- Angebote für Migrantinnen und Migranten
- Aufsuchende Angebote
- Fahrdienste
- Generationsübergreifende Angebote
- Gedächtnistraining
- Kinoveranstaltungen
- PC-Kurse
- Spaziergangsgruppen
- Sportangebote
- Sturzprophylaxe
- Tanztee
- (Wasser-) Gymnastik

12 Empfehlungen

12.1 Was gut gelingt bzw. gelingen kann

Die Zusammenschau der theoretischen Grundlagen und der Rückmeldungen aus der Praxis ergibt folgendes vorläufiges Bild:

- Gesundheitsförderung und Prävention sind bis ins hohe Alter möglich, sie fördern allgemein das gesundheitliche Wohlbefinden, tragen aber auch zur Verhütung z. B. von Stürzen bei.
- Netzwerkstrukturen in Soziale Stadt-Gebieten oder anderen länderspezifischen Förderprogrammen ermöglichen den Trägern vor Ort, ihr Angebot gegenseitig bekannt zu machen und aufeinander abzustimmen. Themen aus dem Feld Gesundheit lassen sich in bereits bestehende Aktivitäten erfolgversprechend und i. d. R. unaufwändig einbinden.

- Gemeinsame Aktivitäten und regelmäßige Treffen fördern das Gemeinschaftsgefühl, dies gilt für Zusammenschlüsse auf Anbieterebene genauso wie für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Angeboten. Kooperationen werden leichter möglich und das nachbarschaftliche Miteinander wird gestärkt. Dies wirkt sich positiv auf die Angebotsstruktur, den Zugang zu bisher weniger erreichten Zielgruppen und auf das aktive Füreinander in der Bevölkerung aus.
- Durch ihre Angebotsvielfalt erzielen die Einrichtungen Aufmerksamkeit und Interesse. Verschiedene Veranstaltungen, neue und trendangepasste (Gruppen-)Angebote erschließen neue Zugangswege und erreichen weitere Zielgruppen.
- Gesundheitsthemen und -angebote treffen auf das Interesse älterer Menschen (und ihrer Angehörigen). Einrichtungen können ihr Angebot erweitern und attraktiv gestalten, indem sie Gesundheitsthemen integrieren, so z. B. durch Bewegungsförderung im Alltag oder gesunde Ernährung.
- Die befragten Einrichtungen ermitteln auf verschiedenen Wegen die Bedürfnisse älterer Menschen und binden diese aktiv in die Planung der Angebote ein. Partizipation und die Orientierung an den Möglichkeiten und Bedürfnissen der Zielgruppe führen bereits in der Planungsphase dazu, dass Voraussetzungen für die Teilnahme der Zielgruppe geschaffen werden und die Akzeptanz der Angebote erhöht wird.
- Zur Bekanntmachung der Angebote sind Printmaterialien und die Neuen Medien wichtig. Die Zielgruppe wird jedoch besonders gut über Mund-zu-Mund Propaganda erreicht, denn dann ist die allgemeine Information gleich mit persönlichen Informationen zum Angebot verknüpft. Dies bedeutet für Anbieterinnen und Anbieter, Netzwerke zu unterhalten, Kontakt zu pflegen mit Schlüsselpersonen aus den verschiedenen Zielgruppen sowie mit Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren.

12.2 Was fehlt?

- Aus Sicht der Gesundheitsförderung lässt sich gesundheitliche Chancengleichheit durch eine systematische Verzahnung mit dem Bereich Altenarbeit weiter ausbauen. So bietet sich die Zusammenarbeit in den Bereichen Partizipation, niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment und Vernetzung an.
- Netzwerke, die das Thema „Ältere Menschen und Gesundheit“ in den Fokus rücken finden sich bisher auf Stadtteilebene nur wenig. Ein Auf- und Ausbau von Netzwerkstrukturen könnte für eine aufeinander abgestimmte Vorgehensweise im Stadtteil hilfreich sein. Auch ein Austausch über die Stadtteilgrenzen hinweg bietet sich in diesem Zusammenhang an. Eine Veranstaltung, die den stadtteilübergreifenden Austausch in den Fokus rückte wurde bereits im Bremer Westen durchgeführt, weitere vertiefende Veranstaltungen könnten unterstützend wirken.

- Ältere Migrantinnen und Migranten sowie ältere Männer im Allgemeinen zählen zu den Zielgruppen, die besonders von gesundheitsfördernden Angeboten profitieren könnten. Bisher werden sie jedoch erst wenig erreicht. Hier bedarf es weiterer (gemeinsamer) Anstrengungen und zusätzlicher zielgruppenspezifischer Konzepte, um diese Bevölkerungsgruppe anzusprechen.
- Die Ansprache älterer Migrantinnen und Migranten gelingt z. B. dann eher, wenn die Angebote in Kooperation mit Migrantenvereinigungen und/oder in Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachenkenntnissen geplant und durchgeführt werden.
- Die befragten Einrichtungen wählen eher eine breit angelegte Angebotsgestaltung und Ansprache der Zielgruppen. Gerade in Hinblick auf bisher wenig erreichte Zielgruppen wäre diese Strategie ggf. von den Trägerinnen und Trägern zu hinterfragen und in der Konzeption der Angebote, die Möglichkeiten und Bedürfnisse spezifischer Zielgruppen deutlicher zu berücksichtigen.
- Speziell für die Zielgruppen der „jungen Alten“ oder auch für die „Hochbetagten“ werden bisher nur selten Gesundheitsangebote entwickelt.
- Bisher stehen in den befragten Einrichtungen Bewegungsförderung und die soziale Integration älterer Menschen im Vordergrund, Angebote im Bereich Ernährung könnten weiter ausgebaut werden.
- Wissenserwerb ist bis ins hohe Alter möglich und trifft auf das Interesse der älteren Bevölkerung. So erleichtern Sprachkurse älteren Menschen die Kommunikation mit ihrer Umwelt, auf die sie ggf. zunehmend angewiesen sind. Solche Sprachkurse könnten z. B. mit Gesundheitsthemen angereichert werden.
- Abholdienste und aufsuchende Aktivitäten zählen für wenig mobile ältere Menschen zu den Grundvoraussetzungen, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Hier fehlen den Einrichtungen i.d.R. finanziellen und personellen Ressourcen, dies anzubieten.

13 Tipps zum Weiterlesen

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2010): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

„Initiieren – Planen – Umsetzen“ kann als Motto des Handbuches der Bertelsmann Stiftung verstanden werden, in das u. a. Erfahrungen des Projekts „Neues Altern in der Stadt“ (NAIS) eingeflossen sind. Dieses Buch vermittelt zum einen Grundlagen zum Thema „Alter“ und beschreibt in weiteren Kapiteln Prozessschritte in Bezug auf die kommunale Seniorenpolitik, geht auf die Bedarfs- sowie Zielformulierung ein und bezieht sich schließlich auf die Umsetzungsphase. Zusätzlich werden Handlungsfelder sowie praktische Beispiele dargestellt. Im Buchrücken befindet sich darüber hinaus eine CD-ROM, die sogenannte „Werkzeugkiste“. In dieser Werkzeugkiste finden Sie weiterführende theoretische Grundlagen aber auch konkrete Arbeitshilfen.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Information, 4. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Gesundheitsförderung Konkret 5. Köln.

In dieser Broschüre werden nach einer Einführung zu den Kriterien guter Praxis verschiedene Gute Praxis Beispiele ausführlich dargestellt. Die Beispiele sind verschiedenen Themen- und Handlungsfeldern zugeordnet und auch für das Themenfeld „Ältere Menschen/ Hochbetagte sind Beispiele beschrieben. Ein besonderer Fokus liegt jeweils auf den vorbildlich erfüllten Kriterien. Anhand der Beschreibungen wird veranschaulicht, was es bedeutet diese Kriterien in der Praxis zu erfüllen. Zusätzlich befindet sich in der Broschüre eine Checkliste zu den Kriterien, mit der überprüft werden kann, inwieweit die Kriterien im eigenen Projekt Berücksichtigung finden. Die Broschüre kann auf der Internetseite www.bzga.de kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.

Gold, Carola et al. (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.). Berlin.

In der Arbeitshilfe wird das Thema „Gesundheit im Alter“ sowohl praktisch als auch theoretisch aufgegriffen. Dabei steht die Bedeutung des Quartiers für Ältere im Fokus der Arbeitshilfe. Es werden Belastungen und Ressourcen für ältere Menschen sowie quartiersbezogene Gestaltungsmöglichkeiten aufgezeigt. Auf Basis von Checklisten können Sie Anregungen für die eigene Arbeit finden und reflektieren, inwieweit Sie bereits „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ im Quartier umsetzen. Ebenfalls finden Sie zahlreiche Tipps zum Weiterlesen sowie Links für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema. Die Arbeitshilfe kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter:

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=toolbox6

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hg.). (2010): Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA.Praxis 6. Düsseldorf: LIGA.NRW

Im Fokus des Leitfadens steht das Thema „Bewegungsförderung“, welches sowohl theoretisch als auch praktisch aufgegriffen wird. So finden Sie neben ausführlichen Informationen zur Bedeutung von Bewegung im Alter viele praktische Beispiele sowie Checklisten zur Angebotsgestaltung. Dabei werden u. a. verschiedene Zielgruppen sowie Settings thematisiert, aber auch Fragen zur Qualitätssicherung, Evaluation, Finanzierung und Öffentlichkeitsarbeit spielen eine Rolle. Ebenfalls finden Sie in diesem umfassenden Leitfaden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für das Thema Bewegungsförderung und weiterführende Literatur- und Linkhinweise. Der Leitfaden kann beim LIGA.NRW kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter: www.liga.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_o6_2010.pdf

Post, Antje & Stroth, Silke et al. (2010): Landesgesundheitsbericht Bremen 2010. Langfassung. In: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.). Bremen.

Im Landesgesundheitsbericht finden Sie umfassende Informationen zur gesundheitlichen Situation der Bremer Bürgerinnen und Bürger sowie zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Verschiedene Themen wie „Soziale Lage und Gesundheit“, „Lebenserwartung“, „Sterblichkeit“ sowie die „Gesundheit von Kindern“ und „Gesundheit von Erwachsenen“ werden in diesem Bericht aufgegriffen und für das Land Bremen dargestellt. Auch wenn dieser Bericht nicht ausschließlich für die Zielgruppe der Älteren vorgesehen ist, finden sich dennoch zahlreiche wichtige Daten und Grundlagen für diese Altersgruppe. Der Bericht kann sowohl in der Langfassung als auch in einer Kurzfassung heruntergeladen werden unter: www.soziales.bremen.de/detail.php?gsid=bremen69.c.9243.de

14 Literatur

- Altgeld, Thomas (2009): Alt werden, gesund bleiben – Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. S. 220-234.
- Brunnett, Regina & Deneke, Christiane (2009): Vielfalt als Herausforderung. Bedarf, Ansatzpunkte und Perspektiven für eine „differenzorientierte“ Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Gesundheit im Alter fördern – Eine Zukunftsaufgabe der Kommunen. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000): Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen - Belastungen - Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/4357: 117-118.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Information, 4. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Gesundheitsförderung Konkret 5. Köln.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Deneke, Christiane (2010): Gesund altern – Stadtteil in bunter Vielfalt. Vortrag auf der Veranstaltung „Gesund alt werden – aber wie?“ am 24. November 2010. Verfügbar unter:
<http://www.lv-gesundheitbremen.de/home/publikationen/veranstaltungsdokumentationen/>, zuletzt überprüft am 21.12.2010
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (2005): Modellprojekt im Kreis Unna: Integration älterer Migrantinnen und Migranten - Schaffung neuer, integrationsfördernder Strukturen zur Verbesserung der Lebenssituation. Verfügbar unter:
<http://www.ffg.uni-dortmund.de/Publikationen/beschreibung.php?id=18>, zuletzt überprüft am 21.12.2010
- Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (1998): Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Sozial-empirische Studie, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Hamburg.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hg.). (2010): Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA.Praxis 6. Düsseldorf: LIGA.NRW

- Gröming-Hollach, Beate; Seidel-Schultze, Antje (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung. Band 33. In: BZgA (Hrsg.). Köln.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 für die 10/20/50/100 häufigsten Diagnosen (Fälle, Verweildauer, Anteile). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10. Verfügbar unter:
http://www.gbe-bund.de/oowa92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_28&D.001=8&D.002=1337&D.003=42&D.972=1000619&D.007=9208&D.022=9991, zuletzt überprüft am 21.12.2010
- Gold, Carola et al. (2010): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.). Berlin.
- Hoffmann, Elke; Menning, Sonja; Schelhase, Torsten (2009): Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter. In: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut. S. 21-30.
- Jahn, Inge et al. (2006): Rauchen. Gewicht. Bewegung. Früherkennung. Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Bremen. Eine geschlechtervergleichende Auswertung der Bremer Umfrage GESUNDHEIT! Zweiter Ergebnisbericht der Bremer Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! In: Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.). Bremen.
- Lampert, Thomas (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut. S. 121-133.
- Liedke, Bernd & Siegel, Renate (2003): Wohnen in Nachbarschaften (WiN). Stadtteile für die Zukunft entwickeln. Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt. Stand der Umsetzung der Programme. Juni 2002. In: Freie Hansestadt Bremen (Hrsg.). Bremen.
- Mielck, Andreas (Hrsg.) (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.
- Post, Antje (2010a): Lebenserwartung. In: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.): Landesgesundheitsbericht Bremen 2010. Langfassung. S. 27-32. Verfügbar unter:
<http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.9243.de>, zuletzt geprüft am 21.12.2010

- Post, Antje (2010b): Sterblichkeit und Todesursachen. In: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.): Landesgesundheitsbericht Bremen 2010. Langfassung. S. 33-53. Verfügbar unter:
<http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.9243.de>, zuletzt geprüft am 21.12.2010
- Post, Antje (2010c): Gesundheit von Erwachsenen. Verbreitung chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung. In: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.): Landesgesundheitsbericht Bremen 2010. Langfassung. S. 85-90. Verfügbar unter:
<http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.9243.de>, zuletzt geprüft am 21.12.2010
- Pfuhl, Janine & Post, Antje (2010): Gesundheit von Erwachsenen. Subjektiver Gesundheitszustand. In: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.): Landesgesundheitsbericht Bremen 2010. Langfassung. S. 74-76. Verfügbar unter:
<http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.9243.de>, zuletzt geprüft am 03.01.2011
- Razum, Oliver et al. (2007): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: RKI (Hrsg.). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Richter-Kornweitz, Antje (2009): Armut, Alter und Gesundheit heute. In: Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.). Pro Alter, Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe. 4/2009. Köln. S. 7-17.
- Rickens, Mareike (2010): Gesundheit von Erwachsenen. Übergewicht und Adipositas. In: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.): Landesgesundheitsbericht Bremen 2010. Langfassung. S. 95-99. Verfügbar unter:
<http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.9243.de>, zuletzt geprüft am 21.12.2010
- Saß, Anke-Christine; Wurm, Susanne; Ziese, Thomas (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 31-61.
- Schüz, Benjamin & Wurm, Susanne (2009): Wie wichtig ist Prävention? In: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut. S. 160-165.

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2007): Altenplan für die Stadtgemeinde Bremen. Bremen.

Statistisches Landesamt Bremen (2010): Bremer Ortsatlas. Verfügbar unter:

<http://www.statistik-bremen.de/tabellen/kleinraum/ortsteilatlas/atlas.html>, zuletzt geprüft am:
10.12.2010

Tesch-Römer, Clemens & Wurm, Susanne (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut. S. 7-20.

von dem Knesebeck, Olaf (2008): Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Kuhlmei, Adelheid & Schaeffer, Doris (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.

Wurm, Susanne; Lampert, Thomas; Menning, Sonja (2009): Subjektive Gesundheit. In: Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut. S. 79-91.

15 Anhang

15.1 Anhang I: Adressen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Tabelle 10: An der Befragung teilnehmende Quartiere bzw. Einrichtungen

Stadtteile	Kontakt	
Grohn	Treffpunkt Dünenwind Leben in Grohn e. V.	
	Erika Storck-Treudler Bydolekstraße 5 28759 Bremen	0421 65 28 60 Projekt-grohn@nord-com.net
Gröpelingen	Nachbarschaftshaus Helene Kaisen	
	Sabine Kruse Beim Ohlenhof 10 28239 Bremen	0421 691 45 90 nachbarschaftshaus@web.de www.nachbarschaftshaus-bremen.de
	Stiftungsdorf Gröpelingen der Bremer Heimstiftung	
	Sabine Schöbel Elbinger Straße 6 28237 Bremen	0421 380 41 10 BHS-Groepelingen@bremer-heimstiftung.de www.bremer-heimstiftung.de
	Gesundheitstreffpunkt West	
	Astrid Gallinger Lindenhofstraße 53 28237 Bremen	0421 61 70 79 info@gtp-west.de www-gtp-west.de
Zentrum für Migranten und interkulturelle Studien (ZIS)		
Gudrun Münchmeyer-Elis Elbinger Straße 6 28237 Bremen	0421 839 479 36 gudrunelis@zis-tdi.de www.zis-tdi.de	

Stadtteile	Kontakt	
Hemelingen	Familienzentrum Mobile Modellprojekt: „Aufsuchende Altenarbeit - Hausbesuche“	
	Gaby Dönselmann Hinter den Ellern 1a 28309 Bremen	0421 361 166 06 Nachbarschaftsboerse- hemelingen@afsd.bremen.de www.familienzentrum-mobile.de
Huchting	Treff „Gesunde Nachbarschaft“	
	Kirchhuchtinger Landstraße 143 28259 Bremen	0421 699 317 3 oder 0421 58 20 11 b.maruschewski@paritaet-bremen.de
	Klönhof Bewohnertreff BRAS	
	Martina Hoffmann Nimweger Straße 11 28259 Bremen	0421 25 842 10 kloenhof@bras-bremen.de www.bras-netzwerke.de
Huckelriede	Stadtteilhaus Huchting der Bremer Heimstiftung	
	Volker Tewes Tegeler Plate 23 28259 Bremen	0421 57 22 0 BHS-Huchting@bremer-heimstiftung.de www.bremer-heimstiftung.de
Huckelriede	Caritas Dienstleistungszentrum Huckelriede/ Buntentor	
	Gabriele Kleine-Kuhlmann Kornstraße 371 28201 Bremen	0421 87 34 10 dlz@caritas-bremen.de www.caritas-bremen.de

Stadtteile	Kontakt
Vahr	<p>Treff Waschhaus e. V.</p> <p>Inka Kusen Ludwig-Beck-Straße 2a 28327 Bremen</p> <p>0421 47 89 430 info@treffwaschhaus.de www.treffwaschhaus.de</p>
	<p>Familien- und Quartierszentrum Neue Vahr Nord</p> <p>Förderwerk Bremen GmbH Andrea Michaelis August-Bebel-Allee 284 28329 Bremen</p> <p>0421 69 62 31 52 michaelis@foerderwerk-bremen.de www.foerderwerk-bremen.de</p>
	<p>Hanna Harder Haus AWO</p> <p>Joachim Adel Berliner Freiheit 9c 28327 Bremen</p> <p>0421 46 803 82 J.Adel@AWO-bremen.de www.awo-bremen.de</p>
Schweizer Viertel	<p>Begegnungsstätte am Siek</p> <p>Am Siek 43 28325 Bremen</p> <p>0421 420 750 AMeB_o8@web.de</p>

Stadtteile	Kontakt
Tenever	<p>Frauengesundheitstreff Tenever</p> <p>Inge Koepsell/ Jutta Flerlage Koblenzer Straße 3a 28325 Bremen</p> <p>0421 40 17 28 FGT@gmx.net</p>
	<p>Stadtteilhaus OTe der Bremer Heimstiftung</p> <p>Marina Aydt Ludwigshafener Straße 6 28325 Bremen</p> <p>0421 696 12 50 BHS-OTe@bremer-heimstiftung.de www.bremer-heimstiftung.de</p>
	<p>Mütterzentrum Osterholz - Tenever</p> <p>Christa Brämsmann Neuwieder Straße 17 28325 Bremen</p> <p>0421 409 88 95 muetterzentrum-tenever@gmx.de www.muetterzentrum-tenever.de</p>

15.2 Anhang II: Fragebogen

1. Kennenlernen der Einrichtung

Seit wann gibt es Ihre Einrichtung?

In welcher Funktion sind Sie in dieser Einrichtung tätig?

Wer ist der Träger bzw. wer sind die Träger Ihrer Einrichtung?

Ist der Fortbestand der bestehenden Angebote längerfristig gesichert?⁷

Nein

Ja, und zwar bis

⁷ Diese Frage, die Fragen zur Zielgruppenerreichung sowie die Fragen 11, 12, 13, 14, 16, 17 berücksichtigen die Kriterien guter Praxis und sind in Anlehnung an die Checkliste zu Bereichen guter Praxis in Angeboten der Gesundheitsförderung/ Prävention bei sozial Benachteiligten erstellt (Quelle: BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Information, 4. Aktualisierte und erweiterte Auflage, Gesundheitsförderung Konkret 5. Köln.).

2. In welchen gesundheitsrelevanten Bereichen bieten Sie Angebote für ältere Menschen (60plus) an (bezogen auf die letzten 12 Monate)?

Bewegung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nordic Walking | <input type="checkbox"/> Funktionsgymnastik |
| <input type="checkbox"/> Wassergymnastik | <input type="checkbox"/> Spaziergangsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulengymnastik | <input type="checkbox"/> Wandergruppen |
| <input type="checkbox"/> Sitzgymnastik | <input type="checkbox"/> Fitnesstraining (Muskelaufbau-/Ausdauertraining) |
| <input type="checkbox"/> Tanzen | <input type="checkbox"/> Sturzprophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnistraining | <input type="checkbox"/> Entspannung (z. B. Yoga, Qi Gong) |
| <input type="checkbox"/> Fahrradtouren | <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> professionelle Beratung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar | |
-

Gesunde Ernährung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kochkurse | <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> professionelle Beratung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar | |
-

Förderung sozialer Kontakte

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kaffeeangebot | <input type="checkbox"/> Spiele spielen (z. B. Brettspiele, Skat) |
| <input type="checkbox"/> Gesprächskreise | <input type="checkbox"/> Singen |
| <input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe | <input type="checkbox"/> professionelle Beratung über bestehende Angebote |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar | |
-

Weitere gesundheitsrelevante Bereiche bzw. Angebote

3. Für welche Altersgruppen gibt es Angebote und für welche Altersgruppe gibt es die meisten Angebote?⁸

	Angebote für...	die meisten Angebote für...
	<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>	
60-75 Jahre („junge Alte“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76-85 Jahre („Alte“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
älter als 85 Jahre („Hochbetagte“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁸ Diese Frage wie auch die Fragen 6, 10 und 15 sind in Anlehnung an die Befragung des Deutschen Institut für Urbanistik „Gesundheitsförderung und Prävention – Angebote und Zugangswege für ältere Menschen auf kommunaler Ebene“ formuliert (Quelle: Hollbach-Gröming, Beate; Seidel-Schulze, Antje (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – Eine Bestandsaufnahme. In: BZgA (Hg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 33. Köln.)

4. Welchen Anteil machen die Angebote für ältere Menschen in Ihrem Gesamtangebot aus?

- weniger als 25 %
- mehr als 25%
- mehr als 50 %
- mehr als 75 %
- unsere Angebote richten sich ausschließlich an ältere Menschen

5. Aus welchen Stadtteilen kommen ältere Menschen, um Ihr(e) Angebot(e) zu nutzen?

6. Gibt es zielgruppenspezifische Angebote, z. B. speziell für Frauen, Männer, Migrantinnen und Migranten, sozial Benachteiligte, Behinderte,...?

- Nein
- Ja, und zwar

Was glauben Sie, warum erreichen Sie die eben genannte/n Zielgruppe/n mit diesem Angebot/ diesen Angeboten besonders gut?

7. Erreichen Sie mit Ihren Angeboten auch ältere Migrantinnen und Migranten?

- Nein (*weiter mit Frage 9*)
- Wenn ja, wie erreichen Sie die älteren Migrantinnen und Migranten?
-
-

8. Aus welchem Herkunftsland kommen ältere Migrantinnen und Migranten, die Ihr(e) Angebot(e) nutzen? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ehemalig. Jugoslawien | <input type="checkbox"/> Russland |
| <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Spanien |
| <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Türkei |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar | |
-

9. Gibt es aus Ihrer Sicht ein Angebot, das sich z. B. durch die Gestaltung oder Zielgruppenansprache von den anderen Angeboten abhebt oder besonders gut angenommen wird?

- Nein
- Ja

Wenn ja, können Sie das Angebot näher beschreiben? Insbesondere was aus Ihrer Sicht „das Besondere“ ist und/oder wieso ältere Menschen das Angebot gerne nutzen?

10. Welche Gruppen werden Ihren Informationen nach nicht oder nur bedingt durch Angebote erreicht?

- Ältere Männer Ältere Frauen
 Ältere Migranten Ältere Migrantinnen
 Nicht mobile ältere Menschen Sozial benachteiligte/bildungsferne Ältere
 Sonstige Gruppen, und zwar
-

Abschließend noch einige Fragen zur Angebotsgestaltung...

11. Werden die Angebote auf Wunsch der Älteren entwickelt und/oder sind die Älteren aktiv in die Angebotsentwicklung und –gestaltung eingebunden?

- Ja Teilweise Nein
 Wenn ja oder teilweise, wie sieht dies in der Praxis aus? Können Sie ein Beispiel nennen?
-

12. Werden die Angebote von den Älteren selbst initiiert?

- Ja Teilweise Nein
 Wenn ja oder teilweise, wie sieht dies in der Praxis aus? Können Sie ein Beispiel nennen?
-

13. Ist eine Anmeldung für die Teilnahme an den Angeboten erforderlich?

- Ja Teilweise Nein

14. Ist der Zugang zu den Angeboten kostenfrei?

Ja

Wenn nein, welche Kosten entstehen im Zusammenhang mit dem Angebot (z. B. regelmäßige Teilnahmegebühr, einmalige Verpflegungs- oder Ausflugskosten)?

15. Welche Wege bzw. Medien nutzen Sie, um das Angebot bekannt zu machen?

Flyer

Plakate

Mund-zu-Mund-Propaganda

Presse

persönliche Ansprache

Ärzte/Apotheken

Internet

Sonstige Wege bzw. Medien, und zwar

16. Welche spezifischen Fähigkeiten älterer Menschen werden durch das bzw. durch die Angebote gefördert?

17. Arbeiten Sie mit anderen Trägern in Ihrem Stadtteil zusammen, um z. B. Angebote aufeinander abzustimmen oder Bedürfnisse von älteren Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen?

Nein

Ja, und zwar mit

18. Welche Angebote zur Gesundheitsförderung fehlen Ihrer Meinung nach in ihrem Stadtteil oder welche Angebote würden Sie gerne initiieren?

19. Gibt es Sonstiges, was Sie uns zu diesem Thema mitteilen möchten?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Institution:

Ansprechpartner/-in:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

In der Broschüre „Gesund alt werden in Bremen“ sind Informationen zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen in Bremen zusammengestellt. Darüber hinaus wurden 22 Einrichtungen aus den Sozialen Stadt Gebieten Bremens befragt, welche Möglichkeiten sie nutzen, die Gesundheit im Alter zu fördern. Mit den Interviewergebnissen können Anregungen, Erfahrungswerte, Ideen aber auch Grenzen der Angebotsentwicklung aufgezeigt werden. Im Fokus stehen Angebote aus den Bereichen „Bewegung, gesunde Ernährung und soziale Teilhabe“ und u. a. die Fragen: Welche Angebote haben sich bewährt? Welche Zielgruppen werden erreicht? Welche Aspekte spielen bei der Angebotsgestaltung eine Rolle? Und welche Partnerinnen und Partner braucht es für die Angebotsentwicklung?



Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 53 Partnerorganisationen an.

Landesvereinigung für Gesundheit e.V.
Ansgar Haus
Horner Str. 70
28203 Bremen