

AUSGABE 01 | Mai 2017

# Stadtpunkte **THEMA**



Informationen zur Gesundheitsförderung



Thema

## Alter, Gesundheit und Teilhabe

### Aus dem Inhalt

*Antje Richter-Kornweitz*  
Ende gut? Alles gut?

*Susanne Kümpers et al.*  
Age4Health – Gesunde  
Stadtteile für Ältere

*Ulrike Petersen*  
Wohn-Pflege-Gemein-  
schaften fallen nicht  
vom Himmel



## Liebe Leserinnen und Leser,

zu keiner Zeit wurden die Menschen so alt wie heute. Und zu keiner Zeit waren es so viele. Und es werden immer mehr. Denn die Baby-Boomer – die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre – kommen bald ins Rentenalter. Die demografische Entwicklung führt dazu, dass schon heute mehr als 25 Prozent der Bevölkerung in Deutschland der Generation 60+ angehört. Für das Jahr 2050 wird ein Anteil von 33 bis 40,1 Prozent prognostiziert, abhängig von der Entwicklung des Wanderungsverhaltens, der Geburtenrate und der Lebenserwartung. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines heute geborenen Mädchens beträgt 83, für einen Jungen 78 Jahre. Betrachtet man die Generation 65+, so fühlen sich die meisten Menschen in dieser Altersgruppe gesundheitlich wohl. Erst in hohem Alter steigt der Pflegebedarf erheblich an: auf etwa 10 Prozent in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen bis hin zu rund zwei Dritteln bei den über 90-Jährigen. Im eigenen Haushalt leben noch 85 Prozent der Personen ab 85 Jahren und 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause betreut – meist vom/von dem/der (Ehe-)Partner\_in oder von Familienangehörigen. Das sind „durchschnittliche“ Befunde, veröffentlicht im Siebten Altenbericht der Bundesregierung, der Ende letzten Jahres erschienen ist.

Dass die Gesundheitschancen auch im Alter ungleich verteilt sind, zeigen folgende Daten: Männer der untersten Einkommensgruppe haben bei Geburt eine Lebenserwartung von 70,1 Jahren (Frauen: 76,9 Jahre). Ab 65 Jahren haben sie eine Lebenserwartung von weiteren 12,3 Jahren (Frauen: 16,2). Männer der obersten Einkommensgruppe werden durchschnittlich 80,9 Jahre alt (Frauen: 85,3). Ab 65 Jahren haben Männer eine mittlere Lebenserwartung von weiteren 19,7 Jahren (Frauen: 22,5). Hier knüpft der Beitrag von Dr. Antje Richter-Kornweitz an. Sie

stellt die soziale Lage in den Fokus ihres Beitrages und fordert für Senior\_innen in belasteten Lebenslagen umfassende Teilhabechancen. Wie Teilhabe auf kommunaler Ebene herzustellen und zu gewährleisten ist, beschreiben Prof. Dr. Susanne Kümpers et al. im Beitrag über das Projekt „Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere“ und Prof. Dr. Monika Habermann im Beitrag über Indikatoren für die Integration von zugewanderten Menschen in die kommunale Altenhilfe. Empfehlungen zu Gesundheit und Teilhabe aus dem Siebten Altenbericht unter dem Blickwinkel der Kompetenzerweiterung für Kommunen steuern Dr. Christine Hagen und Dr. Jenny Block bei. Eine Betrachtung des aktuellen Forschungsstandes bezüglich der Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege am Beispiel psychischer Beeinträchtigungen liefern Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert und Dr. Johanna Buchcik. Hinweise, wie behinderte Menschen „selbstbestimmt in den Ruhestand“ gehen können, gibt Marion Theisen. Die Körper-Stiftung hat in einer Umfrage Wünsche und Sorgen von Menschen in einer Zeit des langen Lebens erfragt. Andreas Geis plädiert in seinem Beitrag für eine neue Lebensarbeitszeit. Warum Wohn-Pflege-Gemeinschaften ein gutes Praxisbeispiel für Selbstbestimmung und Selbstständigkeit auch in hohem Alter sind, berichtet Ulrike Petersen. Wie Quartiersbotschafter\_innen ältere, zurückgezogen lebende Menschen in ihrer direkten Nachbarschaft erreichen, beschreibt Line Kippes. Der Bericht über das aufsuchende, niedrigschwellige Bewegungsangebot „Mach mit – bleib fit“ von Elisabeth Rahn beschließt diese Stadtpunkte Ausgabe zum Thema „Alter, Gesundheit und Teilhabe“.

Eine interessante Lektüre wünschen  
Petra Hofrichter und Team

## Inhalt

- 2 Editorial
- 3 Thema
- 3 Ende gut? Alles gut?  
Dr. Antje Richter-Kornweitz
- 4 Der Siebte Altenbericht: Empfehlungen zu Gesundheit und Teilhabe  
Dr. Christine Hagen, Dr. Jenny Block
- 5 Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere  
Prof. Dr. Susanne Kümpers, Christina Kühnemund, Miguel Nemelka
- 7 Integration von zugewanderten Menschen in die kommunale Altenhilfe – wie kann das gelingen?  
Prof. Dr. phil. Monika Habermann
- 10 Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege  
Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Dr. Johanna Buchcik
- 11 Selbstbestimmt in den Ruhestand  
Marion Theisen
- 13 Plädoyer für eine neue Lebensarbeitszeit  
Andreas Geis
- 14 Wohn-Pflege-Gemeinschaften fallen nicht vom Himmel  
Ulrike Petersen
- 16 Quartiersbotschafter in Hamburg-Bergedorf  
Line Kippes
- 16 Mach mit – bleib fit!  
Elisabeth Rahn
- 17 Mediothek
- 19 Impressum

Bestellen Sie unseren Newsletter „Stadtpunkte AKTUELL“: [newsletter@hag-gesundheit.de](mailto:newsletter@hag-gesundheit.de) oder unter [www.hag-gesundheit.de](http://www.hag-gesundheit.de). Er informiert Sie sechs Mal im Jahr über Aktivitäten und Veranstaltungen der HAG sowie über gesundheitspolitische Themen und Termine in Hamburg und auf Bundesebene.

# Ende gut? Alles gut?

## Alter, Gesundheit, Teilhabe und der Auftrag für Kommunen

Was bestimmt das Wohlbefinden im Alter? Umfassende Teilhabechancen. Wie in allen anderen Lebensphasen auch. Besonders einflussreich sind die Chancen auf einen guten Gesundheitsstatus, auf materielle Sicherung, auf soziokulturelle Teilhabe. Nichts davon ist selbstverständlich, nichts ist singular zu verstehen. Ihr Zusammenspiel entscheidet über Autonomie als wesentliches Kriterium für Lebensqualität im Alter.

Gesundheit im Alter hat eine Vorgeschichte. Sie ist abhängig von den Lebensbedingungen im Verlauf von Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter, den (kumulierten) Belastungen im Lebensverlauf, dem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Dabei bestehen vielfältige Wechselwirkungen mit dem sozio-ökonomischen Status (SES). Menschen mit niedrigem SES sind durchschnittlich früher von Mehrfacherkrankungen betroffen und – selbst bei gleichem Auftreten chronischer Krankheiten und vergleichbarem gesundheitsrelevantem Verhalten – stärker gesundheitlich eingeschränkt. Sie erleiden früher im Lebensverlauf Mobilitätseinbußen sowie chronische Erkrankungen und Behinderungen. Außerdem kommt es häufiger zu dauerhafter Pflegebedürftigkeit, Chronifizierung, Funktionseinschränkungen bzw. Behinderungen, die die Alltagsbewältigung belasten. Ältere mit niedrigem SES bewerten ihren individuellen Gesundheitszustand seltener als gut. Sie kaufen aus Kostengründen seltener Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen bzw. Zuzahlungen erforderlich machen. Der Einsatz notwendiger Hilfsmittel, wie Brillenanpassung, Batterien für Hörgeräte, nicht-verschreibungspflichtige Salben wird möglichst aufgeschoben. Abhängig von der sozialen Lage sind darüber hinaus oft auch ihr Habitus und damit der Erfolg, mit dem sie ihren Bedarf gegenüber dem medizinischen System vertreten können.

Besonders prekär ist die Lage älterer, alleinlebender Frauen. Sie sind in höherem Lebensalter nicht nur häufiger und schwerer krank, sondern auch eher von materieller Armut betroffen als andere, unter anderem wegen der gravierenden Benachteiligung bei den Erwerbseinkommen von Frauen sowie höheren Teilzeitquoten wegen ihres höheren Anteils an Kindererziehung und Pflege von Angehörigen und den daraus resultierenden niedrigen Renten.

Neben dem psychophysischen Gesundheitsstatus und SES entscheiden Erfahrungshintergrund, Informations- und Vernetzungsgrad über Teilhabechancen älterer Menschen. Diese liegen ebenso wie die nicht weniger wichtigen Bedingungen des Wohnens und des Wohnumfeldes im kommunalen Verantwortungs- und Gestaltungsbereich. Für die bundesdeutschen Kommunen führt dies im Kontext des demografischen Wandels mit steigendem Anteil an älteren Bürger\_innen, veränderten Haushaltsstrukturen und zunehmender Singularisierung zu erhöhten Anforderungen an die Ausgestaltung ihrer Dienste und ihrer Infrastruktur. Ihre Aufgabenlast wächst aber auch, weil wirtschaftliche Entwicklung sowie arbeitsmarkt- und rentenpolitische Entscheidungen der Vergangenheit zu konstant hohen Langzeitarbeitslosigkeitsquoten und steigenden prekären Arbeitsverhältnissen führ(t)en, die sich in ansteigender Altersarmut niederschlagen. Eine Entwicklung, die für die Stadt Hamburg beispielsweise an den seit dem Jahr 2005 ansteigenden Armutsquoten bei Männern wie Frauen abzu-

lesen ist: Während Frauen im Alter von 65+ in Hamburg im Jahr 2005 zu 9,3 % (Männer: 9,7 %) armutsgefährdet waren (60 % des Landesmedians der Äquivalenzeinkommen), betraf dies 2015 bereits 16,2 % dieser Altersgruppe (Männer: 15,3 %) (vgl. [www.amtliche-sozialberichterstattung.de](http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de)).



### Aufgabenspektrum der Kommunen zur Sicherung von Gesundheit und Teilhabe für Ältere

Daraus ergibt sich eine eindeutige Botschaft an die Kommunen: Ihre Angebote und deren Erreichbarkeit bestimmen Gesundheit und Teilhabe im Alter erheblich und der Erfolg ihrer Lösungsansätze wird sich nicht nur entscheidend auf die Lebensgestaltung Älterer auswirken, sondern auch auf die materielle Situation der Kommunen. Um diese Aufgabenlast zu stemmen, brauchen sie Unterstützung aus anderen Politikbereichen: Eine Politik, die ein Einkommen ermöglicht, das Menschen aus der Armut holt, die wohnortnahe gesundheitliche Versorgung älterer Menschen (auch in ländlichen Regionen) sichert, eine mobilitätsfördernde Verkehrsinfrastruktur garantiert, neue Konzepte für Wohnen im Alter in Nachbarschaft und Quartier fördert und vieles mehr. Das Aufgabenspektrum für Kommunen umfasst dabei so Grundlegendes wie:

- Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter
- Erreichbarkeit der gesundheitsbezogenen Angebote für ALLE
- Begleitung, Vernetzung, Kooperation und koordinierte Aufgabenteilung der Akteure aus kommunaler Verwaltung, Wirtschaft und Zivilgesellschaft
- Verankerung einer ressourcenorientierten Sicht auf das Alter. Außerdem sind verschiedenste gesundheitsrelevante Dienstleistungen zur Unterstützung im Alltag zu initiieren und zu koordinieren (wie ambulante Pflegedienste, Apotheken, Essen auf Rädern, Ärzt\_innen oder Physiotherapeut\_innen, Liefer-, Besuchs- und Begleitservice, Mittagstische, Seniorentreffs und Ausflüge, etc.).

## Strukturen schaffen und Beziehungen stiften!

Die existentielle Bedeutung des unmittelbaren Wohnumfeldes – der Nachbarschaft – wächst, je weniger Bezugsgruppen jemand insgesamt hat und je weniger öffentliche Infrastrukturen oder privat-kommerzielle Dienstleistungen zur Verfügung stehen. Kommunales Handeln – gestützt auf fachlich begründeten Bedarf und die Artikulierung der Bedürfnisse durch die Betroffenen – muss daher besonders in benachteiligten Nachbarschaften gute Bedingungen für Strukturbildung, Aktivität und Selbstorganisation garantieren. Dazu gehören erreichbare alltagstaugliche Angebote mit Information, Begleitung und Beratung zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung, Pflege, soziokulturellen Teilhabe, zu Wohnen und Mobilität und zu materieller Existenzsicherung. Neben dem politischen Willen vor Ort erfordert dies sorgfältig ausgearbeitete Konzepte, ausreichend Ressourcen (wie Zeit, Personal, die Verfügung über kleinere Summen, die ohne hohen Verwaltungsaufwand eingesetzt werden können), aber auch persönliches Engagement und die Entschlossenheit, sogar geringste Handlungs- und Gestaltungsspielräume zu nutzen. Leicht erreichbare, deutlich erkennbare Anlaufstellen – dort, wo viele Ältere wohnen, wo sich ihre täglichen Wege kreuzen – sind eine wichtige Voraussetzung. Differenzsensible Zugangsweisen, ressort-übergreifende Vernetzung, genaue Kenntnis der lokalen Situation bezüglich der sozial-räumlichen Daten und der Aktivitäten lokaler Träger eine weitere. Entsprechende Rahmenbedingungen ergänzt durch Methodenkompetenz gehören zu den wesentlichen Voraussetzungen gelingender Beteiligungsprozesse, denn genau daran entscheidet sich die Qualität der kommunalen Strategie. Gelingt es Ältere zu erreichen und zu beteiligen, ebenso wie andere, die bereit sind, sich nachbarschaftlich zu engagieren? Welche Gruppen werden (nicht) erreicht? Ziel ist, Strukturen zu schaffen, in denen sich

Beziehungen entwickeln können, das heißt:

- a) die Rahmenbedingungen für (kleinräumige) Strukturbildung zu garantieren, entsprechend den Bedürfnissen älterer Frauen und Männer, die in sozial benachteiligter Lage leben, in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und/oder einen Pflegebedarf etc. haben;
- b) Orte und Gelegenheiten zur persönlichen Ansprache dieser Gruppe auf der individuellen Ebene zu bieten, die das „Stiften von Beziehung“, von identitätsvermittelnder Verbundenheit mit der Umgebung ermöglichen.

Empathie und sensibles, situationsadäquates Handeln, gekennzeichnet durch die Anerkennung der individuellen Besonderheiten, die Vermeidung von Stigmatisierung oder Polarisierung kennzeichnen die professionelle Haltung, die Voraussetzung für erfolgreiches „Stiften von Beziehung“ ist. Diese Form der Haltung zu erwerben und zu erhalten, erfordert gute Weiterbildungsmaßnahmen, einen regelmäßigen kollegialen Austausch und Gelegenheit zur Selbstreflexion. Die dazu erforderlichen Fach- und personalen Kompetenzen können nicht punktuell und nicht selbstverständlich im Rahmen der formalen beruflichen Qualifikation erworben werden. Sie sollten im Rahmen einer prozesshaft angelegten Weiterbildung vermittelt werden, als unverzichtbare Voraussetzung für erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung. Entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, ist Aufgabe von Kommunen und anderen Angebotsträgern, die qualifizierte Vermittlung ist Auftrag für Bildungsinstitutionen.

**Autorin und Literatur:** Dr. Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., [antje.richter@gesundheit-nds.de](mailto:antje.richter@gesundheit-nds.de)  
[www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

## Der Siebte Altenbericht: Empfehlungen zu Gesundheit und Teilhabe

Der Siebte Altenbericht, der den Titel „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ trägt, erfährt seit seiner Veröffentlichung im Herbst 2016 eine breite Aufmerksamkeit. Der Fokus des Berichtes liegt auf der Kommune und erörtert die Rahmenbedingungen, die gegeben sein müssen, damit eine soziale und kulturelle Teilhabe sowie ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen an deren Wohnort sichergestellt ist.

### Von Prävention bis Palliation: Gesundheit weit verstehen, Teilhabe ermöglichen

Das Verständnis von Gesundheitsversorgung beschränkt sich in diesem Kontext für die Siebte Altenberichtscommission nicht auf die medizinische Versorgung und die Behandlung von Krankheiten. Es geht vielmehr auch darum, eine selbst- und mitverantwortliche Lebensführung bis ins hohe Alter hinein zu ermöglichen und damit älteren Menschen Teilhabechancen zu eröffnen. So gehören auch Gesundheitsförderung und Prävention, soziale Arbeit, Rehabilitation, Pflege und Palliation zu einem sinnvollen System der Gesundheitsversorgung und sind daraufhin zu befragen, inwieweit sie auf die Bedarfe und Bedürfnisse der älteren Menschen abgestimmt sind.

Die Siebte Altenberichtscommission hat in ihrem Bericht ein besonderes Gewicht auf soziale sowie regionale Ungleichheiten und deren Bedeutung für Gesundheits- und Teilhabechancen ge-

legt. Der Anteil älterer Frauen und Männer, die ökonomisch, sozial und in der Folge auch gesundheitlich beeinträchtigt sind, wird in Zukunft in erheblichem Maße ansteigen. Insbesondere der Zugang dieser benachteiligten Menschen zu sozialer Teilhabe, zu gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung sowie zu Möglichkeiten bürgerschaftlichen Engagements ist häufig eingeschränkt. Bei abnehmender physischer und psychischer Widerstandsfähigkeit im Alter bedeutet das eine Situation erhöhter Verletzlichkeit. Aus der Perspektive der Altenberichtscommission ist die Schaffung von Teilhabestrukturen, die allen Frauen und Männern den Zugang zum öffentlichen Raum und zu entsprechenden Unterstützungsstrukturen eröffnet, als eine zentrale Aufgabe politischer Akteure zu verstehen.

Der Bericht erhält eine politische Relevanz, weil von der Siebten Altenberichtscommission insbesondere auch die Frage behandelt wurde, welche Verantwortung die Politik auf ihren verschie-

denen Ebenen – nämlich der kommunalen, der Landes- und der Bundesebene – übernehmen muss, um zukunftsfähige Versorgungsstrukturen, von denen die Gesundheitsversorgung ein Teil ist, vor Ort aufzubauen. Ein zentrales Thema ist dabei die Überwindung von Segmentierungen, Schnittstellenproblemen und Fehlanreizen, die ein zielführendes Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfeleistungen derzeit erschweren.

### Mehr Kompetenzen für Kommunen

Die Kommunen sind aus der Perspektive der Kommission am besten dafür geeignet, die örtlichen Rahmenbedingungen für das Älterwerden zu gestalten. Aus diesem Grund sollte ihnen auch ein größerer Einfluss bei der Ausgestaltung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge eingeräumt werden. Dies gilt insbesondere in den Feldern, in denen vor allem die Sozialversicherungsträger eine starke und dominierende Rolle einnehmen: im Gesundheitswesen aber auch in der Langzeitpflege. Bei der Planung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitsbereich sind die Kommunen derzeit eher randständige Akteure, ihre Handlungsmöglichkeiten sind stark begrenzt und der planerische Bezug zu den örtlichen Bedingungen sehr gering. Die Kommission empfiehlt, in der ambulanten gesundheitlichen Versorgung eine gesetzlich verankerte Mitwirkung der Kommunen sicherzustellen. Die Kommunen sollten partnerschaftlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zusammenarbeiten. Dafür müssen die Kommunen mit den entsprechenden rechtlichen und finanziellen Kompetenzen ausgestattet werden. Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention müssen in stärkerem Maße lebensweltorientiert gestaltet werden. Hierzu ist eine engere Kooperation zwischen Bildungs-, Sport- und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, Sozialarbeit und Pflegediensten, Hausärzt\_innen sowie den Zielgruppen hilfreich. Die Strukturen sollten dabei so verändert werden, dass diejenigen Akteure, die von einer gesünderen Bevölkerung finanziell profitieren, auch an den Kosten für Präventionsmaßnahmen beteiligt werden.



Aus Sicht der Altenberichtscommission sind tragfähige Sorgearrangements erst durch ein Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfen zu realisieren. Die Segmentierungen zwischen Gesundheitswesen und Pflegeversicherung, die Schnittstellen zwischen Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Kommunen wirken hier derzeit eher verhindernd. Gerade in den Handlungsfeldern Gesundheit, Pflege und Wohnumfeld vollzieht sich lokale Politik in komplexen Akteurskonstellationen. Die Kommunen sind aus Perspektive der Kommission hier in einer besonderen Rolle gefordert: Sie sollten in der Lage sein, Impulse für Entwicklungen zu setzen, Akteure zusammenzubringen, die jeweiligen Interessen und Handlungsmotive der beteiligten Akteure zu reflektieren und Anreize zur Kooperation zu schaffen. Dazu gehört auch, die höchst unterschiedlichen Bedürfnisse der heterogenen Gruppe Älterer zu berücksichtigen und die verschiedenen Gruppen der Älteren inklusiv und gesundheitsförderlich an der Gestaltung der eigenen Lebensorte zu beteiligen. Diese zusätzlichen und für die Kommunen neuen Aufgaben sind durch entsprechende finanzielle Ressourcen und Kompetenzen zu sichern.

Die Siebte Altenberichtscommission spricht sich schließlich dafür aus, die im Bericht entwickelten Analysen und Empfehlungen in einer neuen Konzeption für eine Politik für und mit älteren Menschen zusammenzuführen und mit Hilfe eines Altenhilfestrukturengesetzes umzusetzen. Sie fordert die Bundesregierung dazu auf, die kompetenzrechtlichen Voraussetzungen für ein solches Gesetzesvorhaben zu prüfen und zu klären. Der Altenbericht sowie eine Broschüre, die die wichtigsten Ergebnisse und Handlungsempfehlungen zusammenfasst, stehen allen interessierten Leser\_innen unter folgendem Link zur Verfügung: [www.siebter-altenbericht.de](http://www.siebter-altenbericht.de)

**Autorinnen:** Dr. Christine Hagen ([christine.hagen@dza.de](mailto:christine.hagen@dza.de)) und Dr. Jenny Block ([jenny.block@dza.de](mailto:jenny.block@dza.de)), Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung, Deutsches Zentrum für Altersfragen, [www.dza.de](http://www.dza.de)

## „Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere“

### Suchprozesse und Strategieentwicklung in einem partizipativen Forschungsprojekt

Der Artikel stellt ein Projekt partizipativer Gesundheitsforschung (PGF) für und mit älteren Menschen vor, das auf die Entwicklung gesundheitsförderlicher Wohnquartiere abzielt. Im Zentrum stehen Kooperationen mit Akteuren aus Verwaltung und Zivilgesellschaft. Die Beteiligung benachteiligter Gruppen erfordert vielfältige Bemühungen und lässt sich nicht einfach umsetzen. Gemeinsame Reflexionsprozesse von Wissenschaftler\_innen, professionellen Praktiker\_innen und bürgerschaftlich Engagierten erlauben lokale Lernprozesse.

#### Einleitung

Der Stadtteil bzw. die unmittelbare Wohnumgebung ist wesentlicher Sozialraum für ältere Menschen. Das gilt insbesondere für

Ältere mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und/oder geringen finanziellen Mitteln. Für ein menschenwürdiges Dasein (nicht nur) älterer Menschen sind selbstbestimmte und gestaltende





soziale Teilhabe entscheidend – diese wirken gleichzeitig gesundheitsförderlich. Kenntnisse über lebensweltbezogene partizipative Gesundheitsförderungsstrategien im Stadtteil, insbesondere auch mit marginalisierten Älteren, sind noch begrenzt.

Das Projekt „Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere“ (Teilprojekt im Forschungsverbund für gesunde Kommunen/PartKommPlus, siehe <http://partkommplus.de/>) wendet einen partizipativen Forschungsansatz an. Zusammen mit Praxispartner\_innen aus der kommunalen Verwaltung und weiteren Akteuren vor Ort sollen in einer ländlichen (Witzenhausen im Werra-Meißner-Kreis) und einer städtischen Fallstudie (Kassel-Bettenhausen) exemplarisch gesundheitsförderliche Quartiersentwicklungsprozesse mit und für ältere Menschen erarbeitet werden. Lokale Steuerungsgruppen aus Wissenschafts- und Praxispartner\_innen gestalten Handlungs- und Forschungsprozesse gemeinsam. Diese finden sowohl auf der Ebene der zivilgesellschaftlichen und professionellen Akteure als auch auf der Ebene der Zielgruppen statt; konkret sind sie oft eng miteinander verbunden bzw. gehen zumindest teilweise ineinander auf.

### Anfangssituationen

In den Fallstudiengebieten wohnen jeweils sozioökonomisch gemischte, in Teilen auch benachteiligte Bevölkerungen. Soziale und zivilgesellschaftliche Netzwerkstrukturen Älterer waren in beiden Orten erkennbar. Allerdings ließen sich anders als ursprünglich erwartet unmittelbare Anschlüsse an marginalisierte Zielgruppen durch das Forschungsteam nicht realisieren. Auch konnten Multiplikator\_innen vor Ort einen direkten Zugang zu marginalisierten Einzelnen und Gruppen nicht herstellen. Diese beschrieben vielmehr, dass es, zum Teil aus Scham angesichts eigener Armut, mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sei, bereits isolierte ältere Menschen für die Teilnahme an sozialen und/oder kulturellen Angeboten zu gewinnen.

### Suchprozesse

Vor diesem Hintergrund wurde entschieden, zunächst lokale Runde Tische mit den vielfältigen Akteuren des Bereichs der Altenhilfe und Pflege ins Leben zu rufen. Beteiligt waren dabei auch entsprechende zivilgesellschaftliche Initiativen sowie in KS-Bettenhausen von Anfang an auch Bürger\_innen. Die Runden Tische wurden genutzt, um das Projekt und seine Ziele bekannt zu machen und gleichzeitig eine Reflektion der Lebenssituationen marginalisierter und benachteiligter Älterer in Gang zu bringen. Die Runden Tische entwickelten sich als Vernetzungs-, Kommunikations- und Informationsplattformen und werden kontinuierlich dazu genutzt, dass sich neue Akteure vorstellen, Möglichkeiten zur Zusammenarbeit ausgelotet und mögliche neue Initiativen auf den Weg gebracht werden können; gemeinsam mit lokalen Akteuren wurden Veranstaltungen geplant und durchgeführt. Auch wurden durch die Kooperation mit örtlichen Initiativen tiefere Einblicke einerseits in bestehende Netzwerke und ihre Arbeitsweisen, andererseits in die Lebenssituationen und -geschichten älterer Bürger\_innen gewonnen.

Aus den Runden Tischen haben sich Peerforschungsprozesse entwickelt; das heißt, Wissenschaftler\_innen unterstützen zivilgesellschaftlich Engagierte und Bürger\_innen dabei, Einzelinterviews mit weiteren Bürger\_innen vorzubereiten und zu führen. Auf diese Weise soll das Wissen über schwierige Lebenssituationen im Stadtteil, aber auch über Ressourcen, Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich eines ‚guten Alterns im Quartier‘ vertieft werden. Daraus wiederum können weitere Initiativen für die Gestaltung der Quartiere hervorgehen.



„Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere“ wird als Teilprojekt des Forschungsverbundes für gesunde Kommunen (PartKommPlus) vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Programms „Präventionsforschung“ unter dem Förderkennzeichen O1EL1423G seit 01.02.2015 für eine Laufzeit von drei Jahren gefördert.

Nächste Schritte: Die Peerforschungsprozesse werden ausgewertet. Es muss geklärt werden, inwieweit die Ergebnisse der Befragungen bisherige Erkenntnisse bestätigen, differenzieren bzw. erweitern. Auch wird sich herausstellen, ob es gelingt, über die Peerbefragungen weitere ältere Bürger\_innen zu bewegen, sich im Forschungsprojekt einzubringen. Zudem sollen gemeinsam mit lokalen Multiplikator\_innen zusätzliche Wege für den Zugang zu und die Beteiligung von älteren Menschen, die eher marginalisiert leben, entwickelt werden. Im Ergebnis sollen in den Runden Tischen weitere Ideen und Handlungsoptionen aufgenommen und weiterentwickelt werden, um Alltagsleben und soziale Teilhabe in den Fallstudiengebieten zu verbessern.

### Erste Zwischenergebnisse – neue Fragen

In beiden Fallstudien hat sich die Erwartung zu Beginn der Arbeit vor Ort, dass man an bestehende Gemeinschaften („communities“) von benachteiligten Älteren anknüpfen könnte, nicht bestätigt. Eine – vielleicht nicht neue – Erkenntnis ist, dass dort, wo solche Communities wenig entwickelt sind, Zugänge besonders voraussetzungsvoll sind. Dies wirft weitere Forschungsfragen auf: Gibt es bei älteren Menschen mit einer Lebensgeschichte, die nur wenig Chancen zu Partizipation und Mitbestimmung bot, eine Wahrscheinlichkeit für individuell getroffene Entscheidungen, Isolation und Marginalisierung hinzunehmen und Risiken von Veränderungen nicht mehr auf sich nehmen zu wollen? Entsprechende Einstellungen und Handlungsmuster müssen in ihrer biografischen Entstehung und in ihrem aktuellen Kontext verstanden werden. Hierzu sind unter anderem biografische Forschungsansätze geeignet. Auch lässt

sich vorsichtig eine weitere Frage formulieren, ob nämlich solche Entwicklungen in sozial gemischten Quartieren unter Umständen häufiger oder wahrscheinlicher sind als in ausgeprägteren Armutsgebieten, in denen individuelle Armut bzw. Benachteiligung als gemeinsam geteilte Erfahrung und dadurch eventuell weniger stigmatisierend wahrgenommen wird.

Für den Handlungszusammenhang des aktuellen Projekts erwächst daraus ebenso die Frage, ob das Interventionspektrum erweitert werden sollte, ob nämlich neben gruppenbezogenen/kollektiven Strategien, die für die partizipative Gesundheitsforschung (PGF) als typisch gelten können, auch individuelle Zugangswege entwickelt und genutzt werden können, um Beziehungen aufzubauen und Beteiligungschancen für isolierte ältere Menschen (wieder) zu entwickeln, die mit gruppenbezogenen Zugängen nicht erreicht werden.

Die Runden Tische als Ansatz der Akteursvernetzung haben sich in beiden Fallstudien als fruchtbar erwiesen; die vorhandenen Ressourcen der Quartiere konnten sichtbar und damit besser nutzbar gemacht werden. Informations- und Reflexionspro-

zesse wurden initiiert, Ideen und Pläne für neue kooperative Aktivitäten entwickelt. Frühere Untersuchungen haben verdeutlicht, dass eine erfolgreiche Vernetzung professioneller und zivilgesellschaftlicher Akteure auf Quartiersebene bewirkt, dass Unterstützungsangebote auch marginalisierten älteren Menschen leichter zugänglich werden – weil die Akteure sich untereinander kennen und darum zwischen den Angeboten sinnvoller aufeinander verweisen. Für das Projekt Age4health ist entscheidend, wie und auf welche Weise gemeinsam mit den Multiplikator\_innen, den professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteuren, die soziale Teilhabe der älteren Bürger\_innen, auch derjenigen, die marginalisiert leben, inklusiv und partizipativ erweitert werden kann und die Quartiere dadurch ein ‚gutes Leben im Alter‘ für möglichst alle Älteren ermöglichen.

**Autor\_innen:** Prof. Dr. Susanne Kümpers, Christina Kühnemund, Miguel Nemelka, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, susanne.kuempers@pg.hs-fulda.de  
<http://partkommplus.de/?id=26>

## Integration von zugewanderten Menschen in die kommunale Altenhilfe – wie kann das gelingen?

Kommunen haben die Aufgabe, wohnumfeldnahe Dienstleistungen der Altenhilfe und deren Vernetzung zu gewährleisten, um den Verbleib alter Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu sichern. Eine besondere Herausforderung ist die Einbindung der wachsenden Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesweite und regionale Erhebungen zeigen, dass diese noch unzureichend ist. Auch eine Bremer Studie des Zentrums für Pflegeforschung und Beratung (KUSTIS, siehe [www.zepb.de](http://www.zepb.de)) hat diese Befunde bestätigt. Auf der Grundlage von Gesprächen mit kommunalen Expert\_innen der Altenhilfe und der Integrationsarbeit in Bremen und weiteren zehn Großstädten wurden daher 18 Indikatoren für die kommunale Altenhilfe in 9 Themengruppen identifiziert, die eine Partizipation älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte abbilden können. Exemplarisch werden einige der Indikatoren vorgestellt.

### Indikatoren zum Integrationsmonitoring in der Altenhilfe

Alte Menschen mit geringen finanziellen Mitteln sind besonderen Risiken wie sozialer Isolation und Vereinsamung ausgesetzt und haben in der Folge auch höhere Risiken für physische Beeinträchtigungen. Die ersten beiden Indikatoren betreffen daher die Grundsicherung und Hilfe zur Pflege (nach SGB XII). Wenn diese durch die prüfenden und bewilligenden Stellen migrations sensitiv ausgewiesen werden, können für die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund im kommunalen Monitoring „Vermutungsgebiete“ als Gebiete mit besonderem Bedarf dargestellt werden. Aufsuchende Altenarbeit könnte in diesen Gebieten dann gezielter auch migrations sensitiv geplant und eingesetzt werden. Ebenso könnte über diese Kennzahl eine Einschätzung erfolgen, ob Menschen mit Migrationshintergrund in Relation zur Bevölkerungsverteilung im Einzugsgebiet an der Grundsicherung angemessen partizipieren.

Ein zweites Beispiel für einen migrations sensitiven Indikator betrifft kommunal gesteuerte Beratungsleistungen im drohenden oder schon eingetretenen Pflegefall (nach SGB XI, § 7a, 40). Pflegestützpunkte der kommunal geförderten Dienstleister, die solche Beratungen anbieten, sollten die Teilhabe der

Migrationsbevölkerung in ihrem Leistungsnachweis aufführen und Daten zu den betreuten Menschen mit Migrationshintergrund vorhalten. Eine festgestellte, unzureichende Teilhabe von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte an Beratungsleistungen könnte dann gezielt bearbeitet werden. Die bisherigen Evaluationen der Pflegestützpunkte weisen keine Menschen mit Migrationshintergrund aus oder verweisen auf eine sehr geringe, dem tatsächlichen Bevölkerungsanteil nicht entsprechende Teilhabe dieser Bevölkerungsgruppe an den Beratungsleistungen.

Auch die Wohnberatung kann in das Integrationsmonitoring einbezogen werden. Wohnberatung wird in den befragten Kommunen an unterschiedlichen Servicestellen geleistet. Neben den Pflegestützpunkten gibt es zum Beispiel auch speziell auf Wohnberatung fokussierte, kommunale Stellen wie auch bei Beratungsangeboten von Wohnungsbaugesellschaften. An diesen Stellen gibt es bislang kaum Erkenntnisse, ob und mit welchem Anteil alte Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen profitieren und etwa mit Blick auf Leistungen nach § 40 SGB XI (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen/Pflegehilfsmittel) beraten werden.

Die dritte Indikatorengruppe bezieht sich auf kommunal geför-

derte Projekte im Altenhilfebereich. Diese müssen die wachsende Zahl (potenziell) bedürftiger älterer zugewanderter Menschen berücksichtigen. Längst nicht alle Projekte weisen den Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund aus. Entsprechende Maßnahmen einzubringen und Daten vorzuhalten, unterstützen auch die Steuerung der interkulturellen Entwicklung der beteiligten Organisationen. Über Zielvereinbarung und Auftragsgestaltung in der Kommune wird damit eine interkulturelle Altenarbeit auch über die aktuelle Projektgestaltung hinaus befördert. Auch kommunal geförderte Angebote im Kulturbereich und der offenen Altenhilfe wie Tagesstätten und Nachbarschaftshäuser könnten Kennzahlen zur thematischen Vielfalt von Kulturangeboten und der Nutzung von Gruppen bereitstellen.

### Perspektiven

Im Bildungsbereich und der Kinder- und Jugendhilfe wurden in den letzten Jahren vermehrt Daten erhoben, die den Migrationshintergrund mit einschließen. Gerade im Bildungsbereich hatten die Ergebnisse (die sogenannten PISA-Studien der OECD) erheblichen Einfluss auf die Planung und

Umsetzung von Bildungsangeboten. In der Gesundheits- und Pflegeversorgung und in der kommunalen Altenhilfe stehen entsprechende Daten nicht zur Verfügung. Die verfügbaren Daten des Mikrozensus zum Migrationshintergrund sind für kommunale, stadtteilbezogene Steuerungs- und Entwicklungsanliegen nicht geeignet. Möchte man die Partizipation von älteren Menschen und ihren Angehörigen mit Migrationshintergrund befördern, bedarf es daher zunächst migrationsensitiver Daten zur aktuellen Teilhabe. Es bedarf weiter einer Entscheidung in der Kommune, welche Leistungen und Angebote prioritär migrations sensitiv weiter entwickelt werden sollen. Dies sollte unter Einbezug von kommunalen Migrantenorganisationen geschehen, um Akzeptanz und nachhaltige Umsetzung von Maßnahmen zum stärkeren Einbezug zu sichern.

Die kommunalen Aufgaben werden dadurch nicht einfacher. In Anbetracht der Ergebnisse der KUSTIS-Studie und unter dem Vorzeichen des schnell wachsenden Anteils der älteren Migrantenbevölkerung in Deutschland ist es aber nicht empfehlenswert, die kommunale Altenhilfe auch weiterhin nicht oder nur oberflächlich in die Integrationsarbeit einzubeziehen.

## Integrationsindikatoren für die kommunale Altenhilfe

Thema	Indikator	Datengrundlage
Einbezug in Teilhabe- und Bedarfsanalysen (in einigen Kommunen: sogenannte „Vermutungsgebiete“, Bevölkerung 65+)	<b>Indikator 1a:</b> Grundsicherung mit Merkmal Migrationshintergrund (Mh)	Ämter für Soziale Dienste (Umstellung Software)
	<b>Indikator 1b:</b> Hilfe zur Pflege mit Merkmal Mh	
Teilhabe an Beratung im drohenden oder schon eingetretenen Pflegefall	<b>Indikator 2a:</b> Kommunale Stellen zur Pflegeberatung (nach § 7a SGB XI) – Teilhabequote von Menschen mit Mh	Statistiken der Anbieter und Dienstleister
	<b>Indikator 2b:</b> Pflegeberatung (nach § 7a SGB XI) muttersprachliche Angebote / Nutzung von professionellen Dolmetscherdiensten bei Verständigungsproblemen	
Teilhabe an altengerechter Wohnberatung	<b>Indikator 2c:</b> Kommunale Wohnberatung und Teilhabe – Anteil der Menschen mit Mh in Relation zur Gesamtverteilung der Altersbevölkerung mit und ohne Mh	
Teilhabe an Wohnumfeldgestaltung (§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)	<b>Indikator 2d:</b> Barrierefreie Wohnumfeldgestaltung – Quote der Menschen mit Mh	
Teilhabe an kommunal geförderten Projekten im Altenhilfebereich	<b>Indikator 3a:</b> Anteil der älteren Menschen mit Mh, die an projektbezogenen und nicht thematisch eingegrenzten Vorhaben für ältere Menschen teilnehmen	Statistiken der Anbieter und Dienstleister
Teilhabe an Angeboten kommunal geförderter Einrichtungen wie Bürgerhäuser, Kulturangebote etc.	<b>Indikator 3b:</b> Anteil der älteren Menschen mit Mh, die an Dienstleistungen / Kulturangeboten von kommunal geförderten Einrichtungen als Nutzer_innen teilnehmen	



Thema	Indikator	Datengrundlage
Migrantenorganisationen als Träger von Beratungsangeboten	<b>Indikator 4a:</b> Migrantenorganisationen (MO) und / oder Dachverbände (DV) sind selbst Träger von Beratung – ggf. in Kooperation mit etabliertem Träger	Anzahl der MO in diesem Bereich
Professionalisierungsschritte von MO in wohlfahrtsverbandliche Anbieterstrukturen	<b>Indikator 4b:</b> MO / DV nehmen am Landespflegeausschuss teil / sind Mitglied  <b>Indikator 4c:</b> Anzahl von Förderprogrammen zur nachhaltigen (mindestens dreijährige Projekte) strukturellen Unterstützung von MO und entsprechender Netzwerke im Bereich Altenhilfe	
Unterstützung der Altenhilfe als Aktionsfeld der MO / DV	<b>Indikator 4d:</b> Vertretung des Seniorenbereichs bei MO / DV-Unterstützung durch kommunale Förderung	Anzahl der hauptamtlich Beschäftigten im Bereich Altenhilfe in MO und DV
Teilhabe an Seniorenvertretung	<b>Indikator 5a:</b> Anzahl der Menschen mit Mh in der Seniorenvertretung	Seniorenvertretung /Statistik
	<b>Indikator 5b:</b> In die „delegationsberechtigten Organisationen“ der Seniorenvertretung werden auch MO / DV aufgenommen	Gesetzliche Grundlage / Richtlinien der Kommunen
Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe	<b>Indikator 6:</b> Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe: Anzahl der migrantenspezifischen Veranstaltungen zu spezifischen Themenstellungen (z.B. Betreuungsrecht, Demenz) für Menschen mit Mh	Statistiken der Anbieter und Dienstleister
Interkulturelle Vorhaben stadtteilbezogen in der Wohnungswirtschaft	<b>Indikator 7:</b> Anzahl der organisierten interkulturellen Veranstaltungen im Stadtteil / in der kommunal verantworteten Wohnungswirtschaft	Statistiken der Anbieter und Dienstleister
Teilhabe Freiwilligenarbeit	<b>Indikator 8:</b> Anzahl der Fachveranstaltungen für MO zum Thema Bürgerbeteiligung und Zivilgesellschaft	Statistiken der Anbieter und Dienstleister
Teilhabe an Bildungsangeboten in öffentlichen, kommunal finanzierten Einrichtungen	<b>Indikator 9:</b> Anzahl der Bildungsangebote in öffentlichen, kommunal finanzierten Einrichtungen (VHS / Stadtbibliotheken), die Material in besonders leichter Sprache und / oder in verschiedenen Sprachen für Senior_innen / Angehörige mit Mh vorhalten bzw. Angebote für Senior_innen mit Mh anbieten	Statistiken der Anbieter und Dienstleister

Eine nur punktuelle Aufmerksamkeit, etwa durch einzelne Projekte für ältere Migranten und Migrantinnen ist nicht mehr ausreichend. Es ist der generelle Einbezug der Migrantenbevölkerung in Planung und Steuerung von Angeboten der kommunalen Altenhilfe gefordert. Dies ist wichtig, nicht nur für die älteren Menschen selbst, sondern auch für deren Angehörige und relevante Andere in der Nachbarschaft und der Kommune. Auch Familien zugewanderter Menschen benötigen zunehmend Unterstützung in der Versorgung ihrer Angehörigen, Information und Teilhabe an generellen Beratungsleistungen, an Wohnberatung und Tageseinrichtungen, an migrationssensitiven Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder

auch nur die Teilhabe an Serviceleistungen wie Notrufsysteme und Nachbarschaftshilfe, um ein möglichst langes Leben ihrer Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit zu sichern. Auch Nachbarn möchten ältere Menschen in der Umgebung – auch diejenigen mit Migrationshintergrund – in ausreichender Absicherung der alltäglichen Lebensgestaltung erfahren. Integrationserfolge werden sich zukünftig auch daran bemessen lassen müssen.

**Autorin:** Prof. Dr. phil. Monika Habermann, Zentrum für Pflegeforschung und Beratung, Hochschule Bremen, monika.habermann@hs-bremen.de, www.zepb.de



# Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege

## Am Beispiel psychischer Beeinträchtigungen

Anhaltend geringe Geburtenraten und steigende Lebenserwartungen führen zu veränderten Altersstrukturen, die unter dem demografischen Wandel bekannt sind. 2011 lebten ca. 80 Millionen Menschen in Deutschland, von denen 17 Millionen 65 Jahre oder älter waren (Statistisches Bundesamt, 2013). Aus diesem Grund hat jede fünfte in Deutschland lebende Person bereits das Rentenalter erreicht. Ende 2009 waren, definiert nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI), 2,3 Millionen Personen pflegebedürftig. Somit ist der Anteil derer, die Langzeitpflege benötigen, von 2,5 Prozent auf 2,9 Prozent angestiegen (im Zeitraum 1999 bis 2009 von 2 auf 2,3 Millionen; Stelzner et al., 2001). Das Risiko einer Pflegeabhängigkeit steigt mit zunehmendem Alter. 31 Prozent aller pflegebedürftigen Personen (717.000) sind Patient\_innen in Pflegeheimen (Stelzner et al., 2001).

Heimbewohner\_innen sind häufiger von psychischen Einschränkungen bzw. Erkrankungen betroffen. Deutsche Studien zeigen höhere Einnahmen an Psychopharmaka in der Gruppe älterer Heimbewohner\_innen verglichen mit älteren Personen, die zu Hause leben (Stelzner et al., 2001). Hartwig et al. (2010) untersuchten die Häufigkeit psychischer Erkrankungen von Personen in Alteneinrichtungen und geriatrischen Einrichtungen und zeigten, dass drei Viertel der Bewohner\_innen substanzielle und unterschiedliche psychiatrische Symptome aufwiesen. Zu den häufigsten psychischen Auffälligkeiten zählen Ängste und depressive Symptome.

Das neue Präventionsgesetz zielt unter anderem auf die Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben (Petersen-Ewert und Wehowsky, 2015). Somit müssen weitere Erkenntnisse gewonnen werden, um systematische und qualitativ hochwertige gesundheitsförderliche Programme für ältere pflegebedürftige Personen entwickeln und implementieren zu können. Mit der folgenden Darstellung des wissenschaftlichen Forschungsstandes möchten wir den Erkenntnisstand bezüglich Förderung der psychischen Gesundheit in der stationären Altenpflege ausführlicher beschreiben.

### Wissenschaftlicher Forschungsstand

Zur Beschreibung des aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstandes wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Zu Beginn der Recherche wurden Einschluss- und Ausschlusskriterien definiert, um alle relevanten Studien zu identifizieren, die sich direkt oder indirekt mit Depressionen und Ängsten von älteren Heimbewohner\_innen beschäftigen. Artikel, in denen die Begriffe Depression, Angst und Interventionen entweder im Titel, Abstract, Text oder in ihrer Analyse auftraten, wurden in die Analyse einbezogen. Die Suche erfolgte in der Datenbank Medline (Pubmed).

Insgesamt betonen die Autor\_innen der Studien, dass das Auftreten von Depressionen und Ängsten ein häufig unerkanntes Problem in Pflegeeinrichtungen ist (Dozeman et al., 2007). Ältere Pflegebedürftige haben ein höheres Risiko an Depressionen oder Ängsten zu erkranken (Ahmed et al., 2014; Dozeman et al., 2007; Bell und Goss, 2001). Ahmed et al. (2014) stellen dar, dass Depressionen und/oder Ängste bei mehr als 80 Prozent der in geriatrischen Heimen lebenden Älteren auftraten. Relevante Einfluss-



faktoren für schlechtere mentale Gesundheit sind unter anderem das Alter, weibliches Geschlecht, geringes Einkommen, geringer sozioökonomischer Status, Erkrankungen und Einsamkeit. Depressionen wirken sich negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus (Hoey et al., 2006), und selbstberichtete Ängste stehen im Zusammenhang mit geringerer Lebensqualität (Shrestha et al., 2015; Samra and Byrne, 2014; Gerolimatos et al., 2013). Folglich sollten hier Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit ansetzen.

### Interventionsansätze

In der Literatur werden einige Interventionsansätze beschrieben. Volkers und Scherder (2011) ermittelten einen positiven Effekt auf die körperliche Funktionsfähigkeit und der Ausprägung von Depressionen und Ängsten bei älteren Heimbewohner\_innen, wenn sie regelmäßig (spazieren) gingen. Die Ergebnisse einer Studie von Meeks et al. (2014), in der Bewegung eine Hauptrolle spielte, zeigen, dass depressive Symptome bei Heimbewohner\_innen vermindert und die Funktionsfähigkeit verbessert werden konnte. Eine Studie in den Niederlanden zeigte, dass Interventionen in Form von Trainingsprogrammen die Häufigkeit von Depressionen senken konnte (Leontjevas et al., 2013). Dies wurde ebenfalls von Smith et al. (2014) bestätigt. Eine weitere Studie in Altenheimen wurde von Underwood et al. (2013) in zwei Regionen Englands durchgeführt. Sie berichteten von positiven Effekten durch ein Training von professionell Pflegenden, die

für die Erkennung von Depressionen bei Heimbewohner\_innen geschult bzw. sensibilisiert wurden.

### Schlussfolgerung

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass deutsche und internationale Studien einen positiven Effekt von Interventionen auf die psychische Gesundheit älterer Heimbewohner\_innen aufzeigen konnten. Die Ergebnisse der Literaturrecherche weisen darauf hin, dass eine Intervention, beispielsweise in Form von Schulungen, sowohl für die Heimbewohner\_innen und ihre Angehörigen als auch für professionell Pflegende eine

wichtige Maßnahme darstellt, um Depressionen und Ängste zu reduzieren. Die Studien unterstreichen aber auch die Notwendigkeit der Anpassung und Entwicklung weiterer Maßnahmen im Setting Altenheim, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität langfristig aufrechtzuerhalten. Die Entwicklung von Maßnahmen sollte dabei wissenschaftlich begleitet werden.

**Autorinnen und Literatur:** Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Dr. Johanna Buchcik, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, corinna.petersen-ewert@haw-hamburg.de

## Selbstbestimmt in den Ruhestand

Der Übergang in den Ruhestand stellt eine Herausforderung dar. Das gilt auch für Menschen mit einer Behinderung. Denn viele Dinge und Abläufe müssen dann neu organisiert werden. Doch mittlerweile gibt es gute Konzepte und Angebote zur Unterstützung für den Übergang ins Rentenalter.

Unsere Gesellschaft wird immer älter. Das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung ist das höchste in Europa. Im Zuge dieser Veränderung steigt auch die Zahl der älteren Menschen mit Behinderung. 2015 waren 76 Prozent aller behinderten Menschen älter als 55 Jahre. Für sie alle ist es wichtig, selbstbestimmt in den Ruhestand zu starten. Erste Anlaufstelle für die Gestaltung des Übergangs in die Pensionierung ist häufig der Arbeitgeber. Mit ihm können Arbeitnehmer\_innen besprechen, welche Gestaltungsmöglichkeiten es gibt, zum Beispiel durch

- Verkürzung der Arbeitszeit
- Verlängerte oder zusätzliche Pausen
- Veränderung der Arbeitsinhalte (zum Beispiel weniger anstrengende Tätigkeit)
- Veränderung des Arbeitsplatzes

Speziell für Menschen mit einer geistigen Behinderung ist diese Umgewöhnung an ihre neue Freizeit oft wichtig. Manche Werkstätten zum Beispiel richten dazu auch Gruppen für ältere Mitarbeiter\_innen ein, in denen sie sich austauschen und Ideen teilen können.

### Familienratgeber mit vielen Infos

Senior\_innen mit Behinderung sollen möglichst selbst entscheiden, wie sie den eigenen Tagesablauf gestalten wollen. Sozialdienste können bei der Entscheidung helfen. Beratung bieten auch die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland) an. Beratungsangebote und Ansprechpartner\_innen in Wohnortnähe finden Interessierte zudem über den Familienratgeber der Aktion Mensch.

Als umfassendes Angebot im Internet bietet der Familienratgeber außerdem viele Tipps und Informationen dazu, wie ein Übergang in den Ruhestand optimal verlaufen kann. Auch in Einfacher Sprache abrufbar, gibt es seit Frühjahr des Jahres eine aktualisierte Version des Serviceangebotes der Aktion Mensch,



die auch auf dem Mobiltelefon für eine übersichtliche Darstellung der Inhalte sorgt. Als erstes mobiles Angebot seiner Art können Interessierte den Service und die Adressdatenbank des Familienratgebers damit jederzeit und überall nutzen.

### Finanzielle Unterstützung

Auch im Ruhestand haben Menschen mit Behinderung Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemein-

Der Familienratgeber der Aktion Mensch ist eine Internetseite, die viele Informationen und Ansprechpartner\_innen zum Thema Arbeit bzw. Ruhestand, barrierefreier Wohnraum und Behinderung sowie ein Forum zum Austausch bietet: [www.familienratgeber.de](http://www.familienratgeber.de)

Weiterführende Informationen finden sich beispielsweise zu den Themenbereichen

- Das persönliche Budget
- Ehrenamt und Behinderung
- Freiwilliges Engagement
- Freizeit im Alter
- Freiwilligen-Datenbank
- Beratungsangebote – Adressdatenbank



schaft. Rechtsgrundlage ist das 9. Sozialgesetzbuch, Kapitel 7, Paragraphen 55-59. Demnach steht älteren Menschen mit Behinderung zu, dass sie Hilfen bekommen, wenn sie zum Beispiel eine Veranstaltung oder ein Museum besuchen wollen. Senior\_innen mit Behinderung sollen am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Jede\_r soll die Leistungen bekommen, die er oder sie braucht. Der Leistungsanspruch besteht ohne Altersbegrenzung.

Als Bürger\_innen einer Stadt oder Gemeinde müssen auch ältere Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung alle allgemeinen Begegnungsmöglichkeiten besuchen können.



So sieht es jedenfalls die UN-Behindertenrechtskonvention vor in

- Artikel 9: Menschen mit Behinderung sollen Zugang zu Bussen, Bahnen und öffentlichen Gebäuden wie Rathaus oder Gemeindeverwaltung haben.
- Artikel 19: Menschen mit Behinderung sollen frei wählen können, wie und wo sie leben wollen. Sie sollen Zugang zu Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen haben.
- Artikel 30: Menschen mit Behinderung sollen am kulturellen Leben teilnehmen können, wie zum Beispiel an Freizeit- oder Sportangeboten.

Doch die Realität ist oft eine andere, denn es gibt noch immer viele Hindernisse. Ältere Menschen mit Behinderung können wegen verschiedener Barrieren nicht immer alleine an Freizeit-Angeboten teilnehmen. Hier kann auch die persönliche Assistenz helfen. Mit der Hilfe von Assistenzen können ältere Menschen mit Behinderung Barrieren überwinden. Mit dem Persönlichen Budget können sie die persönliche Assistenz bezahlen. Denn dieses Geld kann auch für Unterstützung im Freizeitbereich beantragt werden.

### Freizeit aktiv gestalten und Gutes tun: das Ehrenamt

Wer viel Freizeit hat, der kann sehr gut ehrenamtlich tätig werden. Viele ältere Menschen mit und ohne Behinderung wollen ein Ehrenamt ausüben. Ehrenamtliche Arbeit erweitert

den eigenen Horizont und gibt das Gefühl, gebraucht zu werden. In manchen Senioren-Tagesstätten gibt es auch Freizeit-Angebote für Senior\_innen mit Behinderung. Ältere Menschen mit Behinderung können zum Beispiel in Einrichtungen der Lebenshilfe, des Bundesverbandes für körper- und mehrfach-behinderte Menschen (bvkm), der Caritas und der Diakonie Freizeit-Angebote finden.

### Wohnen im Alter

Mit zunehmendem Alter lässt oft die Beweglichkeit nach. Manch eine\_r muss dann in eine barrierefreie Wohnung umziehen. Beratungsstellen der Städte und Gemeinden vor Ort können dabei helfen, die richtige Entscheidung zu treffen, zu

- verschiedenen Wohnformen (zum Beispiel: betreutes, ambulantes oder stationäres Wohnen)
- Ansprüchen oder Anträgen (zum Beispiel: Wohnberechtigungsschein)
- Umbau-Möglichkeiten der Wohnung oder des Hauses
- Möglichkeiten, wie der Umbau nicht selbst bezahlt werden muss. Oft besteht die Möglichkeit, einen Beratungstermin zu Hause zu vereinbaren. Die Berater\_innen kommen dann in die Wohnung oder ins Haus. In ländlichen Regionen stehen dazu auch Berater\_innen der Wohlfahrtsverbände oder ambulante Pflegedienste zur Verfügung.

Viele Städte stellen zudem auf ihren Internetseiten Informationen bereit. Bei allen Einschränkungen, die sich im Alter ergeben: Es gibt viele Möglichkeiten, sich das Leben interessant zu gestalten und Spaß zu haben. Wichtig ist, sich die Unterstützung zu holen, die jedem und jeder einzelnen zusteht.

### Zum Weiterlesen

- Auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung finden sich Informationen zu Reha und Rente für schwerbehinderte Menschen (PDF-Dokument)
- Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) hat ein anschauliches Infopapier mit dem Titel „Tagesstruktur für Rentner mit Behinderung“ in Leichter Sprache erstellt.
- Die Lebenshilfe Karlsruhe hat zusammen mit der Aktion Mensch ein Buch erarbeitet, das sich mit dem Ruhestand für Menschen mit geistiger Behinderung beschäftigt. Im Buch finden sich Infos zur Freizeitgestaltung. Das Buch „Ich will ein Rentner sein“ kann auf der Internetseite der Lebenshilfe bestellt werden.

**Autorin:** Marion Theisen, freie Journalistin, Bonn  
marion.theisen@gmx.net, Aktion Mensch e. V.  
www.aktion-mensch.de



# Chancen einer neuen Lebensarbeitszeit

## Mit einer großen repräsentativen Umfrage lotet die Körber-Stiftung Wünsche und Sorgen der Deutschen in unserer Zeit des langen Lebens aus

Der Durchschnittsdeutsche lebt immer länger: Seit 1950 hat er 15 Lebensjahre hinzugewonnen. Das ist eine gute Nachricht: Er hat mehr Zeit! Paradox ist, dass er davon kaum etwas merkt. Die Arbeit bestimmt den Rhythmus seines Lebens, und er hetzt durch seine Biografie nach altem Dreiklang: Ausbildung, Arbeit, Ruhestand. In der Lebensmitte, der Rush Hour des Lebens, erledigt er Kindererziehung, Pflege und Karriere gleichzeitig. Nach dieser irren Verdichtung erwarten ihn dann Jahrzehnte des Ruhestandes. Wobei zu allem Überfluss eine zentrale Gewissheit verloren gegangen ist: dass Rentner\_innen im Alter gut versorgt sind. Die Körber-Stiftung hat mit einer forsa-Umfrage ergründet, wie es den Deutschen in dieser sich zuspitzenden Gemengelage geht.

### Die Deutschen sind erstaunlich zufrieden mit dem Heute

Die Umfrage offenbart eine große Zufriedenheit der Deutschen mit ihrem Leben. Jede\_r zweite würde nichts anders machen. Die zentralen Lebensentscheidungen Partnerwahl,



Familienplanung, Bildung, Berufswahl, Wohnort werden nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Am ehesten verändern würden die Deutschen mit insgesamt 27 Prozent ihre Weichenstellungen im Kontext von Bildung und Berufswahl. Vorsorge ist ebenfalls ein Thema: „Ich würde früher anfangen, Geld zurückzulegen“, lautet eine der Antworten.

Aber auch: „Alles halb so wild. Meine Entscheidungen haben mich zu dem gemacht, der ich heute bin.“

Mehr als die Hälfte der Befragten fühlt sich allerdings häufig oder sehr häufig gestresst. Nur fünf Prozent gaben an, so gut wie nie gestresst zu sein. Im Durchschnitt arbeiten die Deutschen 37,6 Stunden pro Woche – über sechs Stunden mehr als sie eigentlich möchten. Die Umfrage belegt eine gewaltige Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Noch wird die Chance eines längeren Lebens offenbar nicht genutzt, um Biografien zu entzerren. Befragt nach den Prioritäten im Leben, offenbaren Ältere wie Jüngere deshalb Deutliches: 71 Prozent ist es auch wichtig, „einfach mal nichts zu tun“. Die Ergebnisse belegen eine Sehnsucht nach unverplanter Zeit. Bei den Älteren ist zudem der Wunsch, „sich neue Wissensgebiete anzueignen“ besonders ausgeprägt. Ebenso der nach gesellschaftlichem Engagement oder Ehrenamt. Die über 50-Jährigen möchten vielfältig mitmischen.

### Der Wunsch nach mehr Flexibilität

Die Umfrage dokumentiert eine Gesellschaft im Wandel und zeigt den Wunsch der Deutschen nach flexiblen Arbeitsmodellen. Eine Idee trifft dabei in allen Altersgruppen auf größte Zustimmung: 81 von 100 Erwerbstätigen würden ein Lebenszeitkonto nutzen, worauf sie Arbeitszeit einzahlen – um später freie Zeit abheben zu können. Sie versprechen sich davon, dass jeder selbst entscheiden kann, wie er Erwerbsarbeit und

freie Zeit auf sein Leben verteilen möchte. Ihre Arbeitszeit daran anzupassen, ohne in Auszeiten auf Einkommen verzichten zu müssen – das scheint für die Deutschen eine attraktive Vorstellung zu sein.

Besonders interessant: Die Mehrheit, 52 Prozent der Erwerbstätigen und gar 64 Prozent der erwerbstätigen über 50-Jährigen, würde das Lebenszeitkonto dafür nutzen, im Alter weniger zu arbeiten oder früher in Rente gehen zu können. Derzeit verlängert sich in unserer Zeit des länger werdenden Lebens die Nacherwerbsphase noch automatisch. Voraussichtlich wird die Politik auf diese Entwicklung mit einer längeren Lebensarbeitszeit reagieren. Ein Vorhaben, das nicht gewünscht wird. Davon muss man nach diesen Ergebnissen ausgehen.

### Pessimismus beim Blick nach Übermorgen

Die eigene Lebenserwartung wird von allen optimistisch eingeschätzt: 72 Prozent glauben, älter als 80 zu werden. 23 Prozent davon gar älter als 90. Im Mittel sagen sich die Befragten ein 81,8 Jahre währendes Leben voraus. Beim Blick in dieses lange Leben, vor allem in die Zeit nach der Erwerbstätigkeit, sind die meisten Deutschen aber pessimistisch. Dass es der heute jüngeren Generation später besser gehen wird als den Eltern, glaubt nur jeder zehnte Deutsche. Knapp zwei Drittel befürchten allgemein eine Verschlechterung. 47 von 100 Männern und gar 56 von 100 Frauen erwarten auch persönlich einen Abstieg im Alter.



Die Sorgen in puncto Alter sind dementsprechend groß: 72 Prozent der Befragten fürchten sich vor körperlichen Einschränkungen, 65 Prozent vor Krankheiten. Aber mehr noch als etwa die Angst vor Einsamkeit drückt die Deutschen die Aussicht auf finanzielle Unsicherheit: Jeder zweite macht sich Sorgen um sein Einkommen im Alter. Und so stellen sich 57 Prozent der Befragten nicht nur auf ein längeres Leben, sondern auch auf ein Weiterarbeiten jenseits der 65 ein. Zumal das Vertrauen in die künftige Rente nicht groß ist: 92 Prozent glauben, dass das Rentensystem weiter verändert werden muss, damit künftige Rentner\_innen nicht unterversorgt sind. Nur 25 Prozent trauen das der Politik zu.



## Der Ruhestand als neuer Unruhestand

Gute Ratschläge der Älteren für die Jüngeren gehen deshalb auch frappierend deutlich in eine Richtung: Ohne jede Antwortvorgabe danach befragt, was man der jüngeren Generation für das Leben mitgeben möchte, nannte jeder Fünfte etwas, das sich unter „Sparen und Vorsorgen“ zusammenfassen lässt, als sein Hauptanliegen. Fast ebenso viele (17 Prozent) legten „Bildung und Ausbildung“ ans Herz. Nur 1 von 10 gab den Rat: Leben genießen!

Genannt wurde aber auch: „Lernen, lernen, lernen.“ Immer interessiert bleiben. Und das scheinen die Befragten bereits selbst zu beherzigen. Vor Langeweile im Alter – das macht die Umfrage ebenfalls deutlich – fürchten sich die Deutschen nicht. 93 von 100 über 50-Jährigen glauben, dass sie die kommenden Jahre gut zu nutzen wissen. Der Ruhestand wird in einem längeren Leben immer mehr zum Unruhestand. Zum Abschnitt des Lebens, in dem man endlich über mehr Zeit verfügt. Die sollte sich doch eigentlich auch auf das gesamte Leben gesehen besser nutzen lassen.

## Neue Lebensarbeitszeit im demografischen Wandel

Viele Entwicklungen des demografischen Wandels in den nächsten Jahren sind absehbar und keine reinen Prognosen mehr. Deshalb sind sowohl Politik als auch die Menschen gut beraten, ihre Vorstellungen von Arbeit und Leben zu hin-

Der Autor leitet das Fokusthema „Neue Lebensarbeitszeit“ bei der Hamburger Körber-Stiftung. Mit diesem wirbt die Stiftung dafür, die Chancen des langen Lebens zu nutzen – um die eigene Lebenszeit anders zu gestalten. Neue Ideen und Modelle, wie Leben und Arbeit besser zu verbinden sind, präsentiert sie unter [www.neue-lebensarbeitszeit.de](http://www.neue-lebensarbeitszeit.de).

Ergebnisse der Umfrage unter [www.umfrage.neue-lebensarbeitszeit.de](http://www.umfrage.neue-lebensarbeitszeit.de).

terfragen und anhand zukünftiger Entwicklungen zu prüfen. Für eine neue Dramaturgie des Lebens werden bereits gute Gestaltungsinstrumente debattiert. So kann jede\_r Einzelne dazu beitragen, Vorbilder zu schaffen, die zeigen, dass atemende Lebensläufe und On-off-Biografien möglich sind und zu einem guten, erfolgreichen Leben beitragen. Dadurch kann eine neue Lebensarbeitszeit zu einem gesellschaftlichen Leitbild werden. Dies wird vor allem dann gelingen, wenn wir es schaffen, die Menschen nicht nur rational, sondern auch emotional anzusprechen.

**Autor:** Andreas Geis, Körber-Stiftung, Bereich Gesellschaft | Civil Society, [geis@koerber-stiftung.de](mailto:geis@koerber-stiftung.de), [www.koerber-stiftung.de](http://www.koerber-stiftung.de)

## Wohn-Pflege-Gemeinschaften fallen nicht vom Himmel Von Pionieren, Netzwerken und Beratungsstellen

Bis in die 80er Jahre hinein waren kleinteilige ambulant betreute Wohn-Pflege-Gemeinschaften in der hiesigen Pflege- und Versorgungslandschaft völlig unbekannt. Privathaushalt oder Heim, in dieses kulturgeschichtlich gewachsene Schema musste man sich im „Pflegefall“ fügen. Nicht ohne Neid blickten die Kritiker\_innen dieses Entweder-oder-Prinzips vor einigen Jahrzehnten noch nach Skandinavien und in die Niederlande ... auf der Suche nach Alternativen. Dort gab es Beispiele und Erfahrungen mit Wohnen und Pflegen in kleinen Gruppen, familienähnlicher Atmosphäre und Integration des sozialen Umfelds. An- und Zuhörige waren willkommen!

Abkehr vom „Anstaltswesen“ und stattdessen Selbstbestimmung, reale Wahlfreiheit und (Re)-Integration in das Gemeinwesen, dies waren die Ziele der Reformbewegung der 70er und 80er Jahre, die in der Bundesrepublik Deutschland zunächst im Psychiatrie- und Behindertenbereich begann. Es hat seine Zeit gebraucht, bis der sogenannte Paradigmenwechsel auch für Menschen mit Demenz und Pflegebedarf in Gang kam und innovative Wohnkonzepte aufkamen. Ab Mitte der 80er Jahre wurden die ersten WGs initiiert, in Bielefeld und dann in Berlin die sogenannten „Alzheimer-WGs“ (1995). Ihre mediale Ausstrahlung war enorm! WG statt Altersheim – so lautete die Botschaft!

## Paradigmenwechsel – Eigene Häuslichkeit, Schlüsselgewalt und geteilte Verantwortung

Das WG-Konzept: Überschaubarkeit, Wohnlichkeit, eigener Mietvertrag, eigene Möbel, Alltag mit gewohnten Haushalts-

abläufen statt Versorgungs- und Pflegedominanz, soziale Nähe und Platz für Privatheit. Anders als im stationären Kontext geht es nicht um Bewohner\_innen und Betreuer, sondern um das Zusammenwirken von Mietergemeinschaften, Vermieter, Pflegedienst und bürgerschaftlich engagierten Menschen. Das ambulante System basiert ganz im Sinne des Verbraucherschutzes auf voneinander unabhängigen Miet- und Pflegeverträgen. In geteilter Verantwortung wird für eine überschaubare Gemeinschaft der Lebensalltag in einem Großhaushalt inklusive notwendiger Pflege und Betreuung organisiert.

Pflegedienste sind Auftragnehmer mit „Gast-Status“ in der WG. Das Hausrecht, die Schlüsselgewalt liegen in Mieterhand. Nach dem Prinzip „Haltung vor Handlung“ richtet sich das Geschehen nach den Bedürfnissen, Biografien und der Alltagswelt der Menschen und nicht nach Betriebsabläufen oder gar unberechtigten Renditeerwartungen. Gelingen kann

dieses Konstrukt durch ein hohes Maß an Gesamtverantwortung, durch Kommunikation und Kosten-Leistungstransparenz zwischen Profis und einer „wehrhaften“ Mietergemeinschaft. Der/die WG-Kund\_in tritt im Kollektiv auf, fungiert als Auftraggeber\_in, welche\_r im Ernstfall dem beauftragten Pflegedienst kündigen kann. Wechsel des Pflegedienstes ist möglich, ohne den Lebensmittelpunkt zu verlieren, das ist ein ausschlaggebendes Element des Paradigmenwechsels und im stationären Kontext nicht denkbar.

### Ab der Jahrtausendwende: Vernetzung in Bund und Land

In einigen Städten und Kommunen bildeten sich regionale Arbeitsgemeinschaften, zum Beispiel 2003 der „Runde Tisch zur Förderung von Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen“ in Hamburg, der bis heute halbjährlich tagt. Dieses Gremium ermöglicht den Erfahrungsaustausch und leistet einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung.

Ein wichtiger Meilenstein war das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Modellprojekt „Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen (nicht nur) mit Demenz“, von 2006 bis 2009 in Trägerschaft des Vereins „Freunde alter Menschen e. V.“ und der „Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e. V.“ ([www.wg-qualitaet.de](http://www.wg-qualitaet.de)).



### Paradigmenwechsel konkret: In den Bundesländern spielt die Musik

Wohngemeinschaften haben sich bundesweit betrachtet in Zahl und Ausprägung recht unterschiedlich entwickelt; diese Heterogenität ist Folge länderspezifischen Ordnungs- und Leistungsrechts, fachpolitischer Ausrichtung und Fördermaßnahmen. WGs unterscheiden sich in ihrer maximal zulässigen Größe, ihren Adressat\_innen, ihren rechtlichen und baulichen Auflagen. Auch die Finanzierung von Pflege und Betreuung ergeben alles andere als ein einheitliches Bild. In Hamburg beispielsweise werden pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten ausschließlich über Leistungskomplexe abgerechnet. In Berlin gibt es für WGs für Menschen mit Demenz Tagespauschalen, während in Schleswig-Holstein wiederum Betreuungsverträge für die Alltagsgestaltung abgeschlossen werden, die ambulante Pflege dagegen gesondert über Leistungskomplexe abgerechnet wird.

### Beraten, begleiten, vernetzen: Regionale Anlaufstellen entstehen

In einigen Ländern wurden im Laufe der vergangenen zehn Jahre spezielle Fach- oder Koordinationsstellen eingerichtet.

Sie sind wichtige „Instrumente“ zur Implementierung neuer Wohn-Pflege-Formen in tradierte Wohn- und Versorgungsstrukturen. 2006 wurde die erste Koordinationsstelle in Hamburg errichtet, gefördert von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz unter dem Dach des freien Trägers STATTBAU HAMBURG, einer Stadtentwicklungsgesellschaft. Derzeit gibt es acht Fach- bzw. Koordinationsstellen in Deutschland. Sie werden alle mit Landesmitteln finanziert; an drei Stellen beteiligen sich auch die Pflegekassen.

### Wirksamkeit? Ohne fachpolitische Strategie geht`s nicht!

Es gibt bislang keine Untersuchung über die Wirksamkeit von Koordinations- und Fachstellen. Beratung, Koordination, Vernetzung können gelingen, wenn sie in eine fachpolitische Gesamtstrategie eingebettet sind. Und: Je konkreter die kommunale Ausrichtung auf Paradigmenwechsel und Ausbau kleinräumiger Wohn-Pflege-Formen setzt, desto wirksamer kann agiert werden. Je klarer und eindeutiger dieser (Um)Gestaltungsprozess de jure und de facto gesteuert und mit Fördermitteln hinterlegt wird, desto strukturentfalternde die Maßnahmen. Ohne Steuerung und Strategie jedoch, ohne öffentlichen Diskurs, ohne Kooperation zuständiger Stellen und verwaltungseinheitliches Handeln läuft Beratung und Koordination ins Leere.

### Fazit: Der Paradigmenwechsel geht weiter!

2016 gibt es laut Hochrechnung einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) circa 3.120 Wohngemeinschaften in Deutschland, die sehr ungleich über die Bundesländer verteilt sind. In Berlin soll es demnach nahezu 700 WG-Projekte geben, im Saarland wurde keine WG identifiziert. Nichtsdestotrotz: Man kann durchaus sagen, dass WGs als neue Angebotsformen in Deutschland angekommen sind. Daraus den Schluss zu ziehen, dass ihr Potenzial ausgeschöpft und ihr Optimierungsbedarf gedeckt seien, ist jedoch bei weitem nicht angesagt!

Kommunale Förderung, Bürgerbeteiligung, Ausbau der Beratung und nachhaltige Begleitstrukturen, dies sind hervorragende Möglichkeiten zur Stabilisierung der bestehenden und Erprobung neuer Projekte. Ganz im Sinne „sorgender Gemeinschaften“ und „sozialer Aufmerksamkeit“ sind WGs ein wichtiger Baustein zur Weiterentwicklung quartiers- und gemeindeorientierter Wohn- und Versorgungsstrukturen.

Autorin: Ulrike Petersen, STATTBAU HAMBURG  
Stadtentwicklungsgesellschaft mbH  
[koordinationsstelle@stattbau-hamburg.de](mailto:koordinationsstelle@stattbau-hamburg.de)



## „Quartiersbotschafter“ in Hamburg-Bergedorf

Seniorentreffs, Erzählcafés oder spezielle Beratungsangebote fördern die gesellschaftliche Teilhabe Älterer, aber nur, wenn diese Angebote auch genutzt werden. Das Projekt „Quartiersbotschafter“ richtet sich an diejenigen, die bestehende Angebote der offenen Seniorenarbeit nicht nutzen, weil sie als zu „hochschwierig“ empfunden werden. Es erreicht ältere, zurückgezogen lebende Menschen in ihrer direkten Nachbarschaft.

Als „Quartiersbotschafter“ engagieren sich Freiwillige, die einen engen Bezug zu ihrem Quartier haben, dort schon lange leben und sehr gut vernetzt sind. Sie gehen aktiv auf ältere Menschen zu, sprechen sie an, hören ihnen zu und unterstützen sie dabei, an der vorhandenen Angebotsstruktur stärker zu partizipieren. Dabei kann der Zugang die Ansprache beim Einkauf, beim Arzt oder der Ärztin, beim Mittagstisch im Bürgerhaus oder beim Warten auf den Bus sein. Außerdem greifen die „Quartiersbotschafter“ auf ihre eigenen Nachbarschaftsnetzwerke zurück.



### Zuhören und aktiv auf Ältere zugehen

Von 2013 bis 2014 wurden die „Quartiersbotschafter“ vom Bundesministerium für Familie, Senior\_innen, Frauen und Jugend im Rahmen des Programms „Nachbarschaftshilfe und soziale Dienstleistungen“ gefördert und unter anderem im Bezirk Bergedorf implementiert. Für die Ideenentwicklung und deren Umsetzung zeichneten mehrere Organisationen verantwortlich – das Seniorenbüro Hamburg e. V. als Projektträger, die Freiwilligenagentur Bergedorf mit der Koordination vor Ort

und die beteiligten Standorte (Mehrgenerationenhaus Brügge und Haus Christo). Auch über die Förderung hinaus sind seitdem in Bergedorf an den zwei Standorten „Quartiersbotschafter“ wöchentlich mit regelmäßigen Sprechzeiten tätig.

Die freiwillig Engagierten leben bereits sehr lange vor Ort und kennen viele Personen und Anlaufstellen wie beispielsweise die Seniorenberatung, den Pflegestützpunkt oder Seniorenbeirat, die weiterhelfen können. Noch viel wichtiger ist: Sie hören zu und gehen aktiv auf ältere Menschen zu. Durch ihr breites Wissen zu den lokalen Angeboten und Einrichtungen können sie

meistens den passenden Kontakt oder Verweis zum professionellen Hilfesystem herstellen. Oft geht es „nur“ um den richtigen Tipp, manchmal aber auch darum, den/die Hilfesuchende/n zu ermutigen, ein bestimmtes Angebot in Anspruch zu nehmen und dabei zu helfen, die Hemmschwelle zu nehmen. Darüber hinaus tragen sie die Bedarfe und Anregungen der Älteren an die Kommunalpolitik weiter.

Wichtig für den Erfolg des Projekts ist die kleine, überschaubare Größe des Einzugsbereiches eines „Quartiersbotschafters“ – er bezieht sich auf den unmittelbar fußläufigen sozialen Nahraum im eigenen Wohnquartier. Dort sind die „Quartiersbotschafter“ Expertinnen

und Experten für das Älterwerden, die wissen was los ist und wo der Schuh drückt.

Ein großer Gewinn des Projektes ist es, dass durch das Engagement der „Quartiersbotschafter“ Menschen erreicht werden können, die sich nicht trauen, bestimmte Angebote zu nutzen, nichts davon wissen oder Berührungsängste haben.

Autorin: Line Kippes, Freiwilligenagentur Bergedorf  
kippes@stiftung-hausimpark.de

## „Mach mit – bleib fit!“ – Die Bewegungsinitiative für Ältere

Das Projekt „Mach mit – bleib fit!“ wurde 2013 vom Hamburger Sportbund in Zusammenarbeit mit dem Hamburger Abendblatt ins Leben gerufen und hat sich zu einer großen Hilfe für ältere Menschen entwickelt. Sportvereine gehen mit qualifizierten Übungsleiter\_innen in das direkte Lebensumfeld/Setting mobil eingeschränkter Senior\_innen und bieten dort gezielte Angebote zur Bewegungsförderung an, um den Erhalt von Mobilität und selbstbestimmter Handlungsfähigkeit zu unterstützen.

Aktuell bestehen 52 Gruppen in allen Hamburger Bezirken mit 26 Sportvereinen und 34 Einrichtungen (Stand 01/2017). Neben den wöchentlich stattfindenden Sportgruppen haben sich darüber hinaus außerdem weitere Aktivitäten entwickelt: In einigen Einrichtungen fanden in den letzten beiden Jahren sogenannte „Generationentage Mach mit – bleib fit!“ statt. Alte Spiele von früher wurden durch die Senioren\_in-

nen wiederbelebt und forderten die Zusammenarbeit für Jung und Alt. Ein attraktives Rahmenprogramm mit Sport-Präsentationen aus dem Verein, ein gemeinsam erstelltes „grünes“ Buffet für das leibliche Wohl und eine Info-Plattform für weitere Sportmöglichkeiten im Sportverein/im Quartier rundeten den Aktionstag ab. Durch die Vernetzung und Zusammenarbeit vor Ort können dadurch bereits beste-

hende Strukturen in der Quartiersentwicklung ausgebaut werden. Für beide Kooperationspartner ergibt sich mit dem Generationentag eine weitere Präsentationsmöglichkeit und die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit führt zur Gewinnung neuer Zielgruppen.

### Qualitätszirkel für Übungsleitungen

In der Planung und Vorbereitung dieser Aktionstage wurden die Kooperationspartner durch die beiden Koordinator\_innen des HSB unterstützt. Sie besuchen in regelmäßigen Abständen die Gruppen und halten den Kontakt zu den Übungsleiter\_innen und Teilnehmer\_innen. Bei allen organisatorischen Problemen und anderen Fragen, die sich in der Zusammenarbeit der Kooperationspartner ergeben, kann Hilfestellung angefordert werden.

Im November 2016 wurde zum 2. Mal ein Qualitätszirkel für Übungsleitungen durchgeführt. Die Übungsleiter\_innen analysierten gemeinsam ihr Vorgehen in den Gruppen mit der Ausrichtung auf kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Im Austausch wurden Erfahrungen weitergegeben, Probleme analysiert und gemeinsam kreative Lösungen und Ideen entwickelt. Die Koordinator\_innen standen natürlich auch für Fragen im organisatorischen Bereich zur Verfügung.

### Freude an Bewegung aktivieren

Aufgrund des neuen Pflegestärkungsgesetzes und des Präventionsgesetzes weitete sich das Projekt auch inhaltlich aus. Durch die gesetzliche Stärkung der Gesundheitsförderung kamen Anfragen aus vollstationären Pflege-Einrichtungen ebenso wie von Trägern im Bereich der Wiedereingliederungshilfe nach psychischen Erkrankungen und Wohneinrichtungen für Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen.

In Gesprächen mit Betreuer\_innen und Sozialarbeiter\_innen wurde deutlich, dass die Einschränkungen der motorischen Fähigkeiten ähnlich denen der Senior\_innen zu bewerten sind. Mit „Mach mit – bleib fit!“ wird auch dort ein Angebot

geschaffen, das die Teilnehmer\_innen aktiviert, Freude an Bewegung innerhalb einer Gemeinschaft zu haben. Auch hier ist das Ziel der Erhalt von Mobilität und Selbstbestimmtheit. Inzwischen gibt es vier Gruppen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, weitere Anfragen laufen. Die Anfragen verdeutlichen den Bedarf an aufsuchenden, niedrigschwelligen Bewegungsangeboten.



Die Hamburger Sportvereine nutzen diesen Weg der Weiterentwicklung. Sie sind den neuen Aufgaben hervorragend gewachsen und stellen ihre Angebote auch den Menschen zur Verfügung, die aufgrund eingeschränkter Mobilität nicht mehr zu ihnen kommen können. Sie reagieren auf den demografischen Wandel und bleiben auch für die Senioren\_innen in ihrem Stadtteil als Bewegungs-Expert\_innen erreichbar. Gefördert wird das Projekt in diesem Jahr von der Freien und Hansestadt Hamburg, dem Programm Integration durch Sport, dem Bundesministerium des Innern und der Alexander Otto Sportstiftung.

**Autorin:** Elisabeth Rahn, Projektkoordinatorin  
 „Mach mit – bleib fit!“ im Hamburger Sportbund e.V.  
[elisabeth.rahn@online.de](mailto:elisabeth.rahn@online.de), [www.hamburger-sportbund.de/projekte/mach-mit-bleib-fit](http://www.hamburger-sportbund.de/projekte/mach-mit-bleib-fit)

## Silver-Age, Versorgungsfall oder doch ganz anders? Perspektiven auf Alter(n) und Altsein erweitern!

Der Sammelband wird dem eigenen Anspruch gerecht, die „Lebenslage Alter in ihrer Komplexität wahrzunehmen“. Der Bogen der Beiträge reicht von der allgemeinen Darstellung der Rolle von Kommunen im demografischen Wandel über Aspekte der sozialen Sicherung (Altersarmut, gesundheitliche Ungleichheit) bis zur Beschäftigung mit spezifischen Krankheitsrisiken (hier: Stigmatisierung von Demenzerkrankten). Lesenswert ist die Herausarbeitung einer mittelschichtorientierten Wahrnehmung von Problemlagen in der Lebenssituation Älterer, die den diskriminierenden Anforderungscharakter verbreiteter Ansätze von aktivierender Gesundheitsförderung entlarvt. Hilfreich für Akteure ist auch die (selbst-)kritische

Reflexion zur Wirksamkeit sozialraumorientierter Selbsthilfenetzwerke; die Umsetzungsprobleme im Widerstreit zwischen Versorgungsmentalität und Selbstverwirklichung werden gut herausgearbeitet. Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Hinweisen und die wissenschaftlichen Erkenntnisse machen den Sammelband zu einem relevanten Werk, insbesondere für die Entwicklung regionaler Demografiepolitiken.

**Sandra Exner, Antje Richter-Kornweitz, Martin Schumacher, Birgit Wolff, Thomas Altgeld (Hrsg.) (2015). Silver-Age, Versorgungsfall oder doch ganz anders? Perspektiven auf Alter(n) und Altsein erweitern! Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 134 S. EUR 29,00. ISBN: 978-3-8487-1786-6**



## Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems



Wir wissen mehr als wir tun – und trotz manch guter Ansätze gibt es häufig ein Umsetzungsproblem. Das gilt auch für das deutsche Gesundheitswesen, das sich nur eher verhalten und kleinschrittig daranmacht, eine stärker an den Bedarfen der Patient\_innen orientierte Versorgung zu installieren. Herkömmliche Einflussgrößen von konkurrierenden Interessengruppen vermeiden weitergehende („disruptive“)

Innovationen. Die Zukunft liegt jedoch in Systemen integrierter Versorgung mit sektor- und berufsgruppenübergreifenden Kooperationsformen, die ein „am Patienten und

dessen Sozialkontext ausgerichtetes Behandlungsspektrum“ anbieten. In diesem thematisch breit angelegten Sammelband werden gesundheits-, sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Erkenntnisse profund dargestellt. Die Perspektiven der Akteure im Gesundheitswesen (u. a. ambulante und stationäre Versorger, Kassen, gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung, Pharmaindustrie, Politik) kommen – durchaus mit konträren Positionen – zu Wort. Manche Lösungshinweise finden sich in Beispielen anderer Länder. Vorgeschlagen wird eine stärkere Regionalisierung mit Wertschöpfungsnetzwerken kooperierender Akteure, die auf der Basis einer aussagefähigen Datenlage Qualitätstransparenz herstellen und mit innovativen IT-Lösungen eine wirkungsorientierte Versorgung bieten.

**Andreas Brandhorst, Helmut Hildebrand, Ernst-Wilhelm Luthé (Hrsg.) (2017). Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS. 608 S. EUR 69,99. ISBN: 978-3-658-13782-3**

## Selbstoptimierung Praxis und Kritik von Neuroenhancement

Unter Neuroenhancement wird die Einnahme von – meist verschreibungspflichtigen – Medikamenten verstanden mit dem Ziel der geistigen Leistungssteigerung. Für Menschen, die keiner (tarifvertraglichen) Arbeitszeitbegrenzung unterliegen, beispielsweise Studierende, freiberuflich Tätige oder Doktorand\_innen, kann es verlockend erscheinen, durch den Konsum von Substanzen länger, konzentrierter und motivierter arbeiten zu können. Wenn auch weniger praktiziert, als weithin angenommen, wurde Neuroenhancement bisher vor allem als bioethisches Problem diskutiert. Die Autorin untersucht in ihrer Dissertation den Komplex pharmakologischer Selbstoptimierung erstmals soziologisch. Ihre Studie basiert auf in New York und in Deutschland durchgeführten Interviews, die eine vergleichende Perspektive eröffnen. Greta Wagner beschreibt

kenntnisreich und umfassend Motive und Erwartungen der Konsument\_innen, untersucht das verbreitete Unbehagen gegenüber dieser Art der Selbstoptimierung und analysiert die Rolle des Neuroenhancement im Kontext der heutigen Wettbewerbsgesellschaft.

**Greta Wagner (2017). Selbstoptimierung. Praxis und Kritik von Neuroenhancement. Frankfurt am Main: Campus Verlag. 332 S. EUR 29,95. ISBN: 978-3-593-43518-3**



## tip doc Psychiatrie



tip doc Psychiatrie ist eine bebilderte Verständigungshilfe für die psychiatrische Erstanamnese, wenn kein\_e Dolmetscher\_in zur Verfügung steht. Klare Bilder illustrieren Begriffe zu Orientierung, Emotionen, Wahrnehmung, Schmerzen oder Fluchtgeschichte mit kurzen Untertiteln in 14 Sprachen: Türkisch, Russisch, Rumänisch, Englisch, Farsi, Urdu,

Arabisch, Französisch, Spanisch, Somali, Tigrinya, Serbisch, Albanisch und Deutsch. Die Autorin macht darauf aufmerksam, dass das tip doc System gerade auf dem psychiatrischen Fachgebiet keine\_n geschulte\_n Dolmetscher\_in ersetzen kann und will. So wurde diese Verständigungshilfe auch für den Fall entwickelt, dass kein\_e Übersetzer\_in zur Verfügung steht. Sie soll helfen, sich im Notfall einen ersten Überblick über die psychischen Beschwerden der Patientin oder des Patienten zu verschaffen.

**Christina Heiligensetzer (Hrsg.) (2016). tip doc Psychiatrie. Eine bebilderte Verständigungshilfe für das Arzt-Patient-Gespräch in 14 Sprachen. Stuttgart: Setzer Verlag. 104 S. EUR 19,90. ISBN: 978-3-9816248-5-4**



## Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung

Nach jahrzehntelanger Diskussion verabschiedete der Deutsche Bundestag am 18. Juni 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG). Anfang 2016 ist es endgültig in Kraft getreten. Damit legt der Gesetzgeber fest, wie die Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung zu verstehen sind (Geene 2016, S. 36ff). Primäre Prävention wird als „Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ und Gesundheitsförderung als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ definiert.

Im PrävG sind drei Leistungsbereiche vorgesehen

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention: Dieser Begriff erscheint erstmals im SGB V, wenn auch die damit gemeinten Kurs- und Bildungsangebote den in der Praxis bereits umfangreich geförderten Leistungen der GKV entsprechen (individuelle verhaltensbezogene Prävention nach Kapitel 5 Leitfadens Prävention). Diese Maßnahmen sollen nach einheitlichen Kriterien zertifiziert sein.
- Gesundheitsförderung und Prävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten: Dieser Leistungsbereich stellt eine zentrale Neuregelung im SGB V dar. Der Auftrag an die GKV ist umfassend. Gesundheitsförderung in Lebenswelten zielt auf die „Lebensräume der Menschen, in denen insbesondere Einfluss auf die Bedingungen von Gesundheit genommen werden kann“. Damit wird das Lebensumfeld selbst zum Gegenstand gesundheitsförderlicher Veränderungen (Verhältnisprävention). Lebenswelten im Sinne Paragraph 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports (vgl. Bundestagsdrucksache 18/4282, 2015, S.10 und S.35). Für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten werden die Krankenkassen zur Zusammenarbeit verpflichtet und sollen kassenübergreifende Leistungen erbringen.
- Betriebliche Gesundheitsförderung: Die Maßnahmen der Krankenkassen werden als Ergänzung der arbeitsschutzrechtlich begründeten Pflichten der Unternehmen und dem Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung betrachtet. Die Arbeitsschutzziele der nationalen Arbeitsschutzkonferenz sind einzubeziehen. Um Betrieben den Zugang zu erleichtern, sollen Koordinierungsstellen eingeführt werden.

Mit dem Präventionsgesetz werden einheitliche Handlungsfelder und Kriterien auf Bundes- und Länderebene eingeführt. Jährlich wird eine Präventionskonferenz auf Bundesebene stattfinden und eine Bundespräventionsberichterstattung wird aufgebaut werden. Ärztliche Präventionsempfehlungen sind als neues Element der ärztlichen und pflegerischen Versorgung vorgesehen.

Das Handbuch zielt darauf ab, die gesetzlichen Änderungen durch das Präventionsgesetz und mögliche Auswirkungen für die Praxis aufzuzeigen. Es liefert einen detaillierten Einblick, der für die weitere formale und praktische Ausgestaltung der Gesundheitsförderung in Deutschland unerlässlich ist. Die Gesetzesartikel und sämtliche Neuformulierungen

werden dargestellt und mit den bisherigen Entwürfen abgeglichen. Aufgeführt werden auch Gesetzesbegründungen, Stellungnahmen und Entgegnungen. Änderungen weiterer relevanter Gesetze werden dargestellt und in Bezug zum Präventionsgesetz gesetzt. Hier sind zu nennen die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend SGB VI, die gesetzliche Unfallversicherung SGB VII, die Kinder- und Jugendhilfe SGB VIII, die Soziale Pflegeversicherung SGB XI sowie das Infektionsschutzgesetz.

**Raimund Geene, Michael Reese (2016). Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. 350 S. EUR 34,95. ISBN: 978-3-86321-314-5**

### Impressum

Herausgeberin



Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Repsoldstr. 4 | 20097 Hamburg

Telefon: 040 2880364 0 | Fax: 040 2880364 29

E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Internet: www.hag-gesundheit.de

V.i.S.d.P.: Petra Hofrichter

**Redaktion:** Kerstin Andresen | Silke Bornhöft | Katharina Ehmann | Dörte Frevel | Maria Gies | Petra Hofrichter  
Christine Ortl | Heidi Panhorst

**Beiträge:** Dr. Jenny Block | Dr. Johanna Buchcik | Andreas Geis | Prof. Dr. Monika Habermann | Dr. Christine Hagen | Dr. Birgitt Höldke | Petra Hofrichter | Line Kippes | Christina Kühnemund | Prof. Dr. Susanne Kümpers | Miguel Nemelka | Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert | Ulrike Petersen | Elisabeth Rahn | Dr. Antje Richter-Kornweitz | Marion Theisen

**Koordination:** Dörte Frevel

**Satzstellung:** Christine Ortl

**Druck:** Drucktechnik

**Auflage:** 2500

**ISSN:** 1860-7276

**Erscheinungsweise:** 2 x jährlich (Mai und November)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des/der Autor\_in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Fotos/Grafiken: S. 5, 10: HAG, S. 3: Heike Günther, S. 11, 12: Aktion Mensch e. V., S. 13: Körber-Stiftung, S. 15: Stattbau Hamburg, S. 17: Koops Design (Sabrina Koops)

**Sie können StadtpunkteThema kostenlos bestellen: per Telefon, Fax oder E-Mail.**

## In Hamburg aktiv und gesund

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) macht sich für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stark. Sie arbeitet auf Grundlage der Ottawa Charta. Ihr Ziel ist, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Hamburger Bevölkerung zu stärken. Als landesweites Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung organisiert sie Netzwerke, koordiniert fachlichen Austausch, berät Institutionen, Einrichtungen und Initiati-

ven, bietet Qualifizierungsangebote, unterstützt Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, informiert zu aktuellen Fragen und fördert Projekte von Dritten. Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) sowie aus Projektmitteln von Krankenkassen (GKV) und anderen Trägern.

[www.hag-gesundheit.de](http://www.hag-gesundheit.de)