Alter, was geht?

Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern

GESUND & AKTIV ÄLTER WERDEN

DOKUMENTATION

Regionalkonferenz Hamburg

31. Januar 2011

HAG Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Hamburg

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Albertinen-Haus Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
albertinen in besten Händen

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Impressum

Redaktion
Karina Kalinowski
Wiebke Sannemann

Satz und Layout
ProjektBüroKöln
Ellen Sturm

Herausgeberin
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Repsoldstr. 4
20097 Hamburg
www.hag-gesundheit.de
Tel.: 040 6322220
E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Gefördert
von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Postfach 910152
51071 Köln
www.bzga.de

Fachliche Auskunft
Wiebke Sannemann
Tel.: 040 63647795
E-Mail: wiebke.sannemann@hag-gesundheit.de

Druck
Brinkmann DruckService
von-Ardenne-Straße 14
48703 Stadtlohn
www.brinkmann-druck.de

Fotos
Umschlagseite: Josef Martin, HAG
Innenteil: HAG
S. 5, Prof. Dr. Renteln-Kruse: Albertinen-Diakoniewerk e. V.
S. 6, Hildegard Esser: Heike Günther

Thematische Einleitung

„Alter, was geht? – Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern“
Karina Kalinowski/Wiebke Sannemann,
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Eröffnung und Begrüßung

Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse, Albertinen-Krankenhaus / Albertinen-Haus
Hildegard Esser, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)
Anette Borkel, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Fachvorträge

Älter werden – aktiv bleiben: Eine Herausforderung in einer Gesellschaft des langen Lebens
Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr, Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg

Selbstbestimmung vs. Lebensbeziehungen
Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

Fishbowl-Diskussion: Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern

Klaus-Peter Stender, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)
Inge Lüders, Landes-Seniorenbeirat Hamburg
Frank Krolak, Sozialmanagement, Altonaer Spar- und Bauverein eG
Anja Paehlke, Akademie BegegnungsCentrum Haus im Park, Körber-Stiftung
Dr. Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung

Ansätze aus der Praxis in parallel laufenden Fachforen

Forum 1: Bewegung als Zugang zur sozialen Teilhabe im Stadtteil

Vernetzt in Bewegung – aber wie und mit wem?
Katrin Gauler, Hamburger Sportbund e. V. (HSB)
Petra Schröder, Fachamt Sozialraummanagement, Bezirksamt Hamburg-Nord

Forum 2: Beteiligung älterer Menschen

Soziale Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten stärken
Annette Beyer, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)

Partizipation im demografischen Wandel
Brigitte Paetow, Landes-Seniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Forum 3: Von Stolpersteinen und Sprungbrettern

Darstellung der Arbeitshilfen-CD-ROM „Mehr Gesundheit im Alter“
Dr. med. Jennifer Anders/Dr. rer. nat. Ulrike Dapp, Forschung Albertinen-Haus

Forum 4: Psychosoziale Gesundheit fördern – auch im Alter!

Alter, Armut, Gesundheit – Tatsachen erfordern Taten
Dr. Antje Richter-Kornweitz, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Psychosoziale Gesundheit im gebrechlichen Alter? – Aspekte präventiver Hausbesuche im Rahmen der LUCAS-Altersforschung
Franz Pröfener, Hamburgische Pflegegesellschaft

Institutionen auf dem Markt der Möglichkeiten

Kontaktdaten

Thematische Einleitung

Alter, was geht?
Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern

Karina Kalinowski
wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Wiebke Sannemann
Referentin für Gesundheitsförderung, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Das Thema Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Frauen und Männern gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung bundes- und länderweit immer stärker an Bedeutung. Entsprechende Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention müssen sich daher mit den gesellschaftlichen Altersbildern auseinandersetzen und zu einem positiven und ressourcenorientierten Blick beitragen. Hierfür ist es notwendig, dass gesundheitsförderliche Ansätze an den Lebenswelten der Menschen anknüpfen und diese in Entscheidungsprozessen beteiligen.

Die Lebenswelten Stadtteil und Nachbarschaft haben für ältere Menschen – in Anbetracht abnehmender Mobilität – eine besondere Bedeutung, wenn es beispielsweise um aktive Teilhabe am sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben geht. So wie der demografische Wandel regionale Besonderheiten aufweist, so sind auch die Anforderungen an eine wirksame Gesundheitsförderung, die die sozialen Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen stärkt, höchst verschieden. Hinzu kommt, dass auch die Zielgruppe der älteren Menschen in sich sehr vielfältig ist. Es bringen z. B. gut situierte und gebildete Ältere andere Voraussetzungen mit als diejenigen, die einen geringeren Bildungsgrad haben oder über weniger Einkommen verfügen. Wichtig ist demnach, dass Gesundheitsförderung Konzepte und Strategien zusammen mit den Zielgruppen entwickelt.

Die vorliegende Dokumentation der Regionalkonferenz „Alter, was geht? Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern“ am 31. Januar 2011 in Hamburg zeigt auf, aus welchen Blickwinkeln heraus das Thema soziale Teilhabe im Alter betrachtet und in welchen Praxiskontexten dieses aufgegriffen werden kann. Die in diesem Band gesammelten Beiträge und Diskussionen bringen zum Ausdruck, dass Behörden, Institutionen, Vereine, Stiftungen und Initiativen das Thema soziale Teilhabe in verschiedenen Zusammenhängen und Arbeitskontexten aufgreifen. Trotzdem wird auch deutlich, dass es viele vernetzte Strukturen im Stadtteil braucht, um noch stärker Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Thema soziale Teilhabe im Alter zu sensibilisieren, in Angebotszusammenhänge zu integrieren und somit Teilhabechancen älterer Menschen zu verbessern und einen Beitrag zum gesunden Altern zu leisten.

Durch die Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) war es möglich, diese Regionalkonferenz in der Albertinen-Akademie durchzuführen und das Thema „Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern“ im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ aufzugreifen. In Kooperation mit der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), dem Albertinen-Haus und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg kamen rund 180 Akteure aus den Bereichen Gesundheit, Seniorenarbeit, Bewegung, Pflege, Selbsthilfe, Wohnungsbau, Verwaltung und bürgerschaftliches Engagement zusammen. Gute Ideen, Ansätze und Projekte sollten bekannt gemacht, Anregungen zur Umsetzung gegeben werden: Wie kann ich die Teilhabechancen älterer Menschen im Stadtteil verbessern und somit die Gesundheit fördern? Wie binde ich Zielgruppen in partizipative Prozesse und Projekte ein?

Zum Wissens- und Ergebnistransfer wurden im Anschluss an die Konferenz die Vorträge, Diskussionen sowie Inhalte und Ergebnisse aus den Foren für diese Tagungsdokumentation aufbereitet und ausgewertet. Wir hoffen, dass wir Ihnen einen guten Einblick in die Inhalte, Praxisbeispiele, aber auch Atmosphäre an diesem Tag geben können und Sie vielleicht einige interessante Anregungen für Ihre eigene Arbeit bekommen!
Viel Spaß beim Lesen!

Eröffnung und Begrüßung

Grußworte

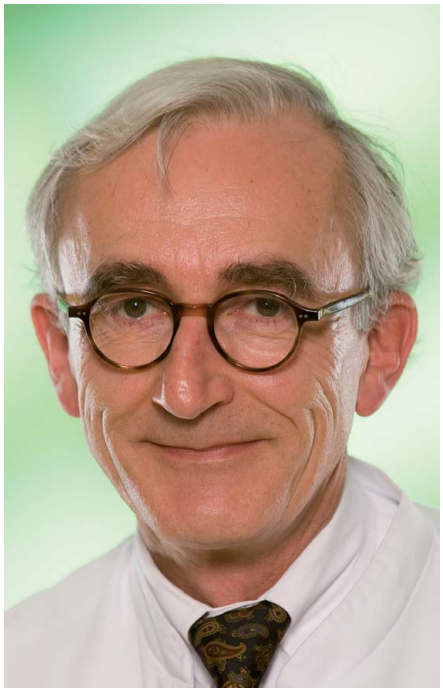
Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse
Chefarzt, Leiter der geriatrischen Forschungsabteilung des Albertinen-Krankenhauses / Albertinen-Haus

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus ärztlicher Sicht und aus alltagswissenschaftlicher Sicht ist das eine rhetorische Frage, soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern. Soziale Teilhabe ist einer der wichtigsten Faktoren für ein gesundes Altern. Auf der anderen Seite bedeutet gesundes, aktives Altern, dass diejenige oder derjenige sozial teilhaben kann.
Sie wollen sich am heutigen Tag mit drei wichtigen Fragen beschäftigen:
Was bedeutet Gesundheit im Alter?
Wie kann soziale Teilhabe älterer Menschen im Stadtteil – heruntergebrochen auf das Quartier, auf den Block, einzelne Straßen – gefördert werden?
Welche Rahmenbedingungen sind wichtig, um gesund und aktiv alt zu werden?

Dafür wünsche ich Ihnen sehr viel Input durch Fachvorträge und sehr viel Output in Ihren Diskussionen, die heute in ganz konstruktiven Einsichten, die Sie dann in Ihrem Arbeitsalltag umsetzen können, münden. Ich möchte einen besonderen Dank an alle Referentinnen und Referenten, die sich heute vorbereitet haben, die die Fachforen leiten, die Beiträge geben werden, aussprechen. Zwei Fachreferenten möchte ich besonders vorstellen: Frau Prof. Lehr, die das Hauptreferat zu dem Thema „Älter werden – Aktiv bleiben: Eine Herausforderung in einer Gesellschaft des langen Lebens“ und Herrn Prof. Dörner mit dem Vortragsthema „Selbstbestimmung vs. Lebensbeziehungen“.

Vielen Dank und ein gutes Gelingen!



Hildegard Esser
Leiterin der Abteilung Gesundheit der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich ganz herzlich für die Einladung zur heutigen Veranstaltung und freue mich, Ihnen die Grüße der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) überbringen zu können. Die Veranstaltung „Alter, was geht?“ findet hier im Albertinen-Haus statt. Ein Ort, geradezu prädestiniert für dieses Thema. Denn hier geht nicht nur das „Alter“, sondern hier wird uns auch vielfältig gezeigt, was im Alter alles noch geht.

Alte Menschen sind von Prävention und Gesundheitsförderung erst spät entdeckt worden. Die Weltgesundheitsorganisation weist 1999 der Prävention im Alter im Rahmen ihres Grundlagenpapiers „Gesundheit im 21. Jahrhundert“ zentrale Bedeutung zu und formuliert darin den Anspruch, älteren Menschen Gesundheit, Selbstwertgefühl, Unabhängigkeit und aktive Beiträge zum Gesellschaftsleben zu ermöglichen. Sie, verehrte Frau Prof. Lehr, haben in Ihrem Buch „Die Psychologie des Alterns“ schon 1972 all das aufgeschrieben, was wir heute diskutieren: die demografische Veränderung der Gesellschaft, die Vielfalt des Alterns in all seinen Ausprägungen sowie die Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung. Aber erst mehr als 30 Jahre später, im Jahr 2005, wurde der Deutsche Präventionspreis an Projekte vergeben, unter anderem auch an das Albertinen-Haus, die sich um die Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte kümmern.

Heute ist es wichtiger denn je, zu einer Neubewertung des dritten beziehungsweise vierten Lebensabschnitts zu kommen und den Seniorinnen und Senioren einen Platz nicht am Rande, sondern mitten in der Gesellschaft zu reservieren. Der Altersforscher Andreas Kruse hat es so formuliert: „Die Alterung unserer Gesellschaft geht nicht nur mit einem Mehr an Belastungen einher, sondern auch mit potentiellen Gewinnen aufgrund der zahlreichen Formen von Produktivität älterer Menschen, wobei diese Gewinne an die Bereitschaft der Gesellschaft gebunden sind, die verschiedenen Formen der Produktivität älterer Menschen zu erkennen, zuzulassen und aktiv zu nutzen.

Ca. ein Viertel der Hamburgerinnen und Hamburger sind heute 60 Jahre und älter. Aber ab wann sprechen wir von alten Menschen? Traditionell wird der Blick bei Fragestellungen zu alten Menschen auf die Altersgruppe ab 60 Jahre gerichtet. Aber ist man in Zeiten, in denen wir bis 67Jahre arbeiten sollen, mit 60 alt? Fühlt man sich dann alt, wenn man eigentlich noch voll im Berufsleben stehen soll? Oder muss nicht auch der Blick sehr viel differenzierter auf die Gruppe älterer Menschen gerichtet werden? Ich persönlich glaube nicht, dass Sie auf große Gegenliebe stoßen, wenn Sie jemandem Anfang 60 die Seniorentreffs zur Freizeitgestaltung vorschlagen! Alt sein wird nicht nur vom

biologischen Alter bestimmt, sondern ganz maßgeblich auch vom subjektiven Erleben. Bei einem Blick auf die höheren Altersgruppen zeigt sich, dass knapp 14 % der Hamburger Bevölkerung über 70 Jahre sind (ca. 238 000) und immerhin noch knapp 5 % (knapp 88 000) der Gruppe der über 80 Jährigen angehören. Und wir müssen uns immer wieder verdeutlichen, dass jemand gerade über 60 nicht die gleichen Bedürfnisse hat beziehungsweise haben kann wie jemand aus der Gruppe der über 80 Jährigen.

Die älteren Menschen in Hamburg sind keine homogene Gruppe. In keinem Lebensabschnitt gibt es so viele Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Situation wie im Alter; entsprechend differenziert müssen alle Angebote von Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung ausgestaltet werden. Der Altengesundheitsbericht der BSG, dessen erster Teil Anfang dieses Jahres veröffentlicht wird, wird darstellen, dass die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg insgesamt positiv zu bewerten ist. Für diesen Bericht wurden über 1 000 Hamburgerinnen und Hamburger über 60 Jahre befragt. Mehrheitlich berichten diese Personen zwar von gesundheitlichen Einschränkungen und Beschwerden, gleichzeitig sind sie größtenteils zufrieden mit ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität, sie sind überwiegend sozial integriert und engagiert und führen ein aktives Leben. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Teilgruppen. Frauen leben häufiger allein und sind in ihrer Mobilität häufiger eingeschränkt als Männer. Mehr Frauen als Männer erreichen das Alter, in dem das Risiko von Demenz und Pflegebedürftigkeit ansteigt. Deutliche Geschlechterunterschiede gibt es auch beim Auftreten verschiedener Krankheiten und Beschwerden. Außerdem sind Frauen gesundheitsbewusster als Männer, sie achten etwa häufiger auf gesunde Ernährung. Andererseits gibt es keine

bedeutsamen Unterschiede in der Lebensqualität, in der subjektiven Gesundheit und in der sozialen Integration. Hier spielt das Geschlecht offensichtlich keine Rolle. Viel bedeutender sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Wie wohl nicht anders zu erwarten verschlechtern sich mit zunehmendem Alter der gesundheitliche Allgemeinzustand und damit oftmals die Lebensqualität, Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigkeit nehmen zu. Das soziale Netz wird gleichzeitig kleiner und Aktivitäten werden seltener.

Allerdings dürfen diese Unterschiede nicht nur als Ergebnis der Alterung gesehen werden, ebenso müssen unterschiedliche Lebensbedingungen und Lebensläufe in den verschiedenen Generationen berücksichtigt werden. So haben die heute über 75 Jährigen den letzten Weltkrieg noch bewusst erlebt und sind in den Kriegs- oder in den ersten Nachkriegsjahren zur Schule gegangen. Diese Erfahrungen haben für viele das ganze weitere Leben geprägt.

Insgesamt gesehen werden bei den älteren Hamburgerinnen und Hamburgern unausgeschöpfte Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung sichtbar. Die zentralen Handlungsfelder sind im Wesentlichen die gleichen wie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene: Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit/soziale Integration sowie Gesundheitskompetenz. Hinzu kommen alterstypische Handlungsfelder wie die Erhaltung der Mobilität oder die Verringerung von Multimedikation. Die Situation ist also insgesamt erfreulich positiv zu bewerten, trotzdem gibt es einiges zu tun. Aktivitäten zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention müssen sich auf die sehr unterschiedlichen Zielgruppen (z. B. arme Menschen, isoliert lebende Menschen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Menschen mit Migrationshintergrund) einstellen. Ein gutes Beispiel für Gesundheitsförderung und Prävention ist unser Ansatz der Sturzprävention und Mobilitätsförderung, den wir zusammen mit Partnern in Hamburg vorbildhaft umsetzen. Gemeinsam mit der Forschungsgruppe Albertinen, dem Landesseniorenbeirat, dem Hamburger Sportbund – um nur einige hier zu nennen – werden Präventionsangebote in Seniorentreffpunkten durchgeführt.

Zum Schluss möchte ich noch auf zwei Vorhaben des Senates und der BSG verweisen, die für die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg von großer Bedeutung sind. Das sind das Konzept „Seniorenfreundliches Hamburg“ und der „Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!“. In beiden sollen auch die Ergebnisse des erwähnten Berichtes aufgegriffen werden.

Ich möchte an dieser Stelle nur kurz auf den „Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!“ eingehen. Im Sommer 2010 hat die BSG dieses neue Programm zur Weiterentwicklung von gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung in Hamburg gestartet. In einem längerfristig angelegten Prozess wird mit allen wesentlichen Akteuren ein Landesprogramm „Pakt für Prävention – Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!“ entwickelt. Mittlerweile haben über 60 Institutionen die Kooperationsvereinbarung unterschrieben und sich damit zur Mitwirkung bereit erklärt. Die vier thematischen Schwerpunkte des Paktes für Prävention

- gesundheitsfördernde Bewegung,
- gesunde Ernährung,
- psychosoziales Wohlbefinden,
- Förderung von Gesundheits- und Vorsorgekompetenz

sollen auch für ältere Menschen weiterentwickelt werden.

Ziel dabei ist, dem Gesundheitsgedanken in Hamburg einen neuen Stellenwert zu verleihen, die gesundheitliche Versorgung zu optimieren und die Gesundheit der Hamburger Bevölkerung mit ihr zusammen mittel- und langfristig zu verbessern. Ende Oktober diesen Jahres werden wir die Zielkonferenz zum Thema „Gesund alt werden in Hamburg“ durchführen, die sich ausschließlich der Verbesserung der Gesundheit älterer Hamburgerinnen und Hamburger widmen wird.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich bin der Meinung, „dass alles besser gehen würde, wenn man mehr ginge“ (Johann Gottfried Seume, 1763-1810). Der Mann muss es wissen, schließlich ist er zu Fuß von Grimma in Sachsen nach Syrakus auf Sizilien und zurück gewandert, auf dem Rückweg mit einem kleinen Umweg über Paris. Das Gehen war ihm so wichtig, weil er überzeugt war, dass nur so die Landschaften und Orte wirklich erfahren werden können und Menschen begegnet werden kann. Ich wünsche Ihnen heute neben vielen neuen Erkenntnissen interessante Begegnungen und dass Sie die Bewegung nicht vergessen.

Anette Borkel
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Sehr geehrte Frau Dr. Köster,
Herr Prof. von Renteln-Kruse,
Frau Esser,
liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,
liebe Akteure und Referierende,

ich begrüße Sie im Namen der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung sehr herzlich zu dieser Regionalkonferenz „Alter, was geht? – Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern“. Wir haben uns sehr gefreut über die große Nachfrage. Es wird vielleicht an der einen oder anderen Stelle sogar etwas voll werden, aber auf Tagungen ist es ja wie früher bei den WG-Partys: dort wo es am drängeligsten ist, ist es meistens auch am spannendsten. Auf Partys ist das immer die Küche, mal sehen, wo es sich heute ballen wird.

„Alter, was geht?“ lautet der Titel unserer Regionalkonferenz und als ich zur Vorbereitung ein bisschen im Internet gesurft habe, bin ich auf ein ganz erstaunliches Phänomen gestoßen: Es gibt nämlich eine ganz unglaubliche Anzahl von Hilferufen in Internetportalen, Bloggs und auf Beratungsseiten zu der Frage: „Hilfe, wie kann ich älter wirken?“ Das klingt vor dem Hintergrund unseres Themas heute wahrscheinlich ganz paradox, aber die Gründe für die wirklich ernst gemeinte Frage „Hilfe, wie kann ich älter und erwachsener wirken?“ sind ganz vielfältig und durchaus nachvollziehbar: angefangen natürlich von Eintrittsgrenzen für die Disco, über junge Mütter, die sich in ihrer Rolle dauernd von Außenstehenden herablassend behandelt fühlen, bis zu Berufseinsteigern, die das Gefühl haben, dass ihnen ihre Kompetenz gar nicht abgenommen wird. Es gipfelt in der Frage einer jungen Vermögensberaterin, die nach Tipps für eine seriöse Hormonbehandlung fragt, mit der sie schneller älter aussehen kann.

Das alles klingt für unsere Perspektive auf das Leben und das Thema, das wir uns heute vorgenommen haben, natürlich völlig verrückt. Aber ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, ich selber kann mich noch sehr gut an dieses Gefühl in den ersten Berufsjahren erinnern, als das schlimmste Adjektiv, mit dem man mich hätte bezeichnen können, „niedlich“ gewesen wäre. Denn es schwang bei beruflichen Kontakten immer ein bisschen die Angst mit, „nicht ernst genommen zu werden“, die Spielregeln der „Erwachsenenwelt“ vielleicht noch nicht richtig durchschaut zu haben, eben als nicht wirklich vollwertig eingestuft zu werden. Und dieses Gefühl, nicht mehr wirklich voll genommen zu werden und die Unsicherheit, die Regeln des professionellen Miteinanders nicht mehr wirklich zu durchschauen, stelle ich mir vor, haben auch viele ältere Menschen. Und diese Verunsicherung ist einer der Gründe, der sie dazu bringt, sich aus der Verantwortung und der Beteiligung im öffentlichen Raum zurückzuziehen.

Im Grunde genommen leisten wir uns als Gesellschaft einen unglaublichen Luxus, wir lassen die jungen Menschen erst ganz spät in die Verantwortung und schmeißen die Älteren ganz früh wieder raus. Damit verdichtet sich die gesellschaftlich aktive Phase der Menschen auf wenige, sehr stressige Jahrzehnte, in denen Familie, Beruf und öffentliche Verantwortung unter einen Hut gebracht werden müssen. Um gemeinsam zu überlegen, wie die soziale Teilhabe älterer Menschen gefördert werden kann, sind wir heute hier zusammen gekommen. Denn wir wissen, wie wichtig soziale Teilhabe für ein physisch und psychisch gesundes Älterwerden ist. Und wir wissen auch, dass wir es uns als Gemeinschaft auf Dauer nicht leisten können, auf den Erfahrungsschatz und die Einsatzbereitschaft älterer Menschen zu verzichten. Dass es eine große Bereitschaft von älteren Menschen gibt, hat gerade wieder vorletztes Wochenende Aktivoli gezeigt, die große Messe rund um das bürgerschaftliche Engagement, bei der sich 140 Projekte einem Besucherrekord von 6000 – überwiegend älteren – Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorgestellt haben.

Wir alle, die heute hier zusammen gekommen sind, aus Wissenschaft, aus Fachbehörden, aus vielen Initiativen, aus Pflege und Altenarbeit, aus der Erwachsenenbildung und dem Sport können „Ermöglicher“ sein, wenn es darum geht, Wege für ein gesundes und aktives Älter werden aufzuzeigen. Deswegen ist es wichtig, sich auszutauschen und zu vernetzen. Wenn es um das Thema „Ermöglichen“ geht, muss an dieser Stelle aber noch einigen Akteuren besonders gedankt werden. Denn ohne sie wäre diese Regionalkonferenz gar nicht möglich gewesen. Wir danken zuallererst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), denn sie hat nicht nur den Impuls gegeben, das Thema in bundesweiten Regionalkonferenzen aufzugreifen, sondern sie finanziert das Ganze auch noch, einschließlich der noch zu erstellenden Dokumentation.

Dann danken wir dem Albertinen-Haus, die uns hier so freundlich und professionell aufgenommen haben. Und natürlich der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) und der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), die uns als Kooperationspartner wieder einmal fachlich und inhaltlich beigestanden haben. Vielen Dank Ihnen allen für Ihr Kommen und ich wünsche uns einen anregenden Tag!

Dr. Monika Köster
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Sehr geehrter Herr Professor von Renteln-Kruse,
sehr geehrte Frau Esser,
sehr geehrte Frau Borkel,
sehr geehrte Frau Prof. Lehr,
sehr geehrter Herr Prof. Dörner,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, heute hier in Hamburg zu Ihnen zu sprechen. Die heutige Konferenz findet im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „gesund und aktiv älter werden“ statt. Diese Veranstaltungen führen wir – gemeinsam mit den Landesvereinigungen und Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit – in allen Bundesländern durch.

Die Menschen werden älter, die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich. Bis zum Jahr 2050 werden ca. 28 Millionen Menschen über 60 Jahre in Deutschland leben. Ziel ist es, die gewonnenen, die zusätzlichen Lebensjahre in einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben. Hierbei ist es wichtig, dass Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können, dass sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpfen können, dass sie teilhaben. Wie können wir hierzu beitragen? Hierzu sollten wir uns zunächst die Zielgruppe sehr genau ansehen. Die Voraussetzungen, Biografien und Lebensverläufe sind unterschiedlich. Wichtig sind die persönlichen Lebensumstände wie z. B. die familiäre Einbindung, soziale Kontakte, der Bildungs- und berufliche Hintergrund, der Erwerbstätigkeitsstatus, die finanzielle Situation, der kulturelle Hintergrund, der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten.

Familiäre Einbindung

Drei Viertel der 55-69 Jährigen sind verheiratet, 17 % leben alleine. 87 % haben Kinder, 54 % Enkelkinder. Das heißt in vielen Fällen ist in diesen Altersgruppen eine familiäre Einbindung gegeben, abhängig allerdings von der räumlichen Nähe zur Familie. Ansprechen möchte ich in diesem Zusammenhang zudem, dass Familie auch Belastungen mit sich bringen kann, denken wir insbesondere an die Pflege von Angehörigen: In Deutschland werden ca. 1,5 Millionen pflegebedürftige Personen zu Hause versorgt. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen fühlt sich durch die Pflege belastet und weist Krankheitssymptome auf.

Erwerbstätigkeit

37,5 % der 55-65 Jährigen in Deutschland sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Je niedriger der Qualifikationsgrad, desto geringer fällt die Erwerbsbeteiligung im Alter aus. Der DAK-Gesundheitsreport 2009 spricht von steigender Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung. Rund 28 % der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gehen aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand (Stat. Bundesamt 2010).

Gesundheitszustand

Über 60 % der 55-65 Jährigen Männer und Frauen bescheinigen sich selbst eine gute Gesundheit – eine gute Nachricht. Viele Menschen fühlen sich gesund, vieles geht noch – auch im mittleren und höheren Alter. Allerdings sind die Prävalenz- und Inzidenzraten bei den meisten behandlungsbedürftigen Krankheitsgruppen bei älteren Menschen höher als bei jüngeren. Im Vordergrund stehen

- Herz-Kreislauf-Krankheiten
- Krankheiten des Bewegungsapparates, hierdurch funktionale Einschränkungen, auch Einschränkungen der Mobilität
- Sturzunfälle: Fast ein Drittel der 65 Jährigen und Älteren stürzt mindestens einmal jährlich
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen (ein Viertel der über 65 Jährigen hat psychische Probleme/Störungen)

Ab dem mittleren Alter nimmt das Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) stark zu, ebenso die entsprechende Einnahme zahlreicher Medikamente.

Strategien der Gesundheitsförderung müssen die vielfältigen Aspekte des individuellen Älterwerdens berücksichtigen. Unsere Konzepte und Maßnahmen müssen zudem an den

Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken ansetzen. Unser heutiges Tagungsthema „Alter, was geht?" stellt gerade diese Frage nach den Möglichkeiten. Es geht uns heute hier insbesondere auch um die Frage der sozialen Teilhabe, es geht um Aktivität, es geht um Selbstbestimmung. Und es geht um die Frage, in welchen Bereichen und wie wir die soziale Teilhabe älterer Menschen fördern können.

Hier kommen die regionalen Bedingungen und Besonderheiten ins Spiel. Die Menschen sollen dort angesprochen werden, wo sie leben. Das heißt wir sprechen von regionaler, von kommunaler Gesundheitsförderung. Strukturen und Angebote adäquat auszurichten, ist natürlich eine große Herausforderung für die Regionen. Für die Akteure und Anbieter vor Ort stellen sich hier viele umsetzungsbezogene Fragen. Zunächst ist es wichtig, die jeweiligen Voraussetzungen vor Ort sehr sorgfältig zu analysieren: Welche Strukturen sind vorhanden? Welche Möglichkeiten und Angebote gibt es? Wo gibt es Versorgungsengpässe? Und: Wie sehen die Bedarfe aus? Aus Befragungen wissen wir, dass über 30 % der älteren Bürgerinnen und Bürger über nicht ausreichende Infrastruktur in ihrer Wohngegend klagen. Das betrifft z. B. Einkaufsmöglichkeiten, Bus-/Bahnverbindungen, Erreichbarkeit von Arztpraxen und Apotheken. Dies ist regional sehr unterschiedlich (Stadt-Land-Gefälle, strukturelle Unterschiede) und muss gerade auch zum Thema „Teilhabe" sehr sorgfältig analysiert werden.

Zur Verbesserung der Angebotssituation ist es in jedem Falle wichtig, die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure vor Ort zu stärken. Es geht hierbei insbesondere auch um die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Sektoren. Hier können verbindliche Kooperationsvereinbarungen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe eine zielgerichtete Umsetzung unterstützen. Es gilt, weiter zu sensibilisieren. Wir sollten uns die Sichtweisen auf das Alter und die herrschenden Altersbilder genau ansehen und dazu beitragen, das Thema „Alter" positiv zu besetzen. Wir sollten die Chancen und Potenziale aufzeigen, wir sollten generationenübergreifend denken. Und: Wir können und sollten uns an den zahlreichen vorhandenen Beispielen guter Praxis orientieren – daher freue ich mich, dass wir heute auch über verschiedene Ansätze und praktische Erfahrungen diskutieren werden.

Wir werden sehen, dass noch vieles geht, auch im Alter. In diesem Sinne wünsche ich uns eine interessante Tagung, einen guten, umsetzungsbezogenen, fachlichen Austausch zum Thema „Soziale Teilhabe älterer Menschen" und viele Impulse!

Vielen Dank!

Fachvorträge

Älter werden – aktiv bleiben: Eine Herausforderung in einer Gesellschaft des langen Lebens

Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr
Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg

Wir leben heute in einer alternden Welt. Immer mehr Menschen erreichen ein immer höheres Lebensalter – eine Tatsache, die zu begrüßen ist, wenngleich die zunehmende Langlebigkeit eine Herausforderung für jeden einzelnen, aber auch für die Gesellschaft bedeutet. Wie lässt sich ein Altwerden bei weitgehendem psychophysischem Wohlbefinden erreichen?

Die Zunahme der Lebenserwartung des Einzelnen

Wenn man heute in Rente geht, dann hat man noch mehr als ein Viertel seines Lebens vor sich – bei besserer Gesundheit und höherer Kompetenz, als dies vor Jahrzehnten der Fall war. Aber wir müssen selbst etwas dazu tun, um diese Kompetenz zu erhalten, zu stärken! „Älter werden, aktiv bleiben!“ – das sei die Devise.

Das Älterwerden unserer Gesellschaft

Der Anteil der über 60 Jährigen in Deutschland betrug um 1900 nur 5 %, heute sind es 25 % und für das Jahr 2030 rechnet man mit ca. 35-38 % der Bevölkerung, die das 60. Lebensjahr erreicht beziehungsweise überschritten hat. Und wir haben auch eine Zunahme des Anteils der über der über 70, 80, 90 und und 100 Jährigen. Die Gruppe der Hochbetagten oder Langlebigen, die der über 80 Jährigen, ist weltweit die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren.

Doch Altern muss nicht Abbau und Verlust bedeuten, sondern kann in vielen Bereichen geradezu Gewinn, Zunahme von Kompetenzen und Potenzialen sein und damit eine Chance für den Einzelnen und die Gesellschaft! Doch die interindividuellen Unterschiede sind groß; Altern hat viele Gesichter. Gleichaltrige zeigen oft größere Unterschiede als Menschen, deren Altersunterschied 20 Jahre und mehr beträgt.

Das Verhältnis zwischen den Generationen hat sich verändert. Kamen vor 100 Jahren auf einen über 75 Jährigen noch 79 jüngere Personen, so sind es heute nur noch knapp zehn. Und man hat berechnet, dass im Jahre 2040 ein über 75 Jähriger nur noch 4,4 Personen gegenüberstehen wird, die jünger als 75 Jahre sind.

Ein „gesundes Altwerden“ ist die Herausforderung unserer Zeit! Doch gesundes Altwerden – was ist das eigentlich? Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit. Gesundheit ist – der WHO-Definition entsprechend – „körperliches, seelisch-geistiges und soziales Wohlbefinden“. „Gesundheit“ schließt aber auch die Fähigkeit mit ein, mit etwaigen Belastungen, mit Einschränkungen, mit Behinderungen (im körperlichen, aber auch im geistig-seelischen und sozialen Bereich) sich auseinanderzusetzen und adäquat damit umzugehen. Diskutiert man heutzutage Gesundheit unter dem Aspekt der Prävention, der Vermeidung von Risikofaktoren, dann erwähnt man zuerst – mit Recht – gesunde Ernährung, Verzicht auf Drogen, Nikotin, Alkohol; man erwähnt sodann die Notwendigkeit körperlicher Bewegung, körperlicher Aktivität, Hygiene und Vorsorgeuntersuchungen. Darüber hinaus hat Wohlbefinden im Alter etwas mit „gebraucht werden“ mit dem „feeling of being needed“ zu tun.

Der Beitrag älterer Menschen für unsere Gesellschaft

Unsere Gesellschaft braucht die älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger. Eine Reihe von vorbildlichen und zukunftsorientierten Projekten macht eine Vielzahl von übernommenen Aufgaben, Funktionen, Rollen älterer Menschen deutlich. Durch bürgerschaftliches Engagement gelingt einmal eine Gestaltung des Alters für den Einzelnen selbst. Doch was wäre unsere Gesellschaft heute ohne das Engagement und den Einsatz der Seniorinnen und Senioren in vielen Bereichen unseres täglichen Lebens.

So sind ältere Menschen ein Gewinn für alle Generationen. Durch viele Aktivitäten ändert sich auch das Altersbild in der Gesellschaft. Anstatt Ältere als Risikofaktoren für die zukünftige Lebensqualität zu betrachten, werden sie als wertvolle Ressource geschätzt, die das Zusammenleben aller bereichert. Die Lebenserfahrung, die Kompetenz, das Wissen und die Zeit, die Älteren (meistens) zur Verfügung steht sind als Chance und Motor für gesellschaftliche Veränderungen zu begreifen.

Unsere Gesellschaft des langen Lebens braucht heute das bürgerschaftliche Engagement – nicht als Ersatzleistung für verschiedene Dienste, sondern als Ergänzungsleistung! Aber auch der Mensch – und nicht nur der ältere! – braucht eine Aufgabe und das Gefühl, gebraucht zu werden, für eine Lebensqualität in jeder Altersstufe! Doch auch das Ehrenamt braucht eine „begleitende“ Weiterbildung, braucht vor allem gegenseitige Aussprache, begleitendes „counceling“, Erfahrungsaustausch und oft gegenseitige Ermutigung. Das freiwillige Engagement älterer Menschen reicht von Unterstützungsleistungen in der Familie und der Nachbarschaft über freiwillige Aktivitäten in Sportvereinen, Kirchengemeinden und Politik und sonstige Formen bürgerschaftlichen Engagements bis hin zum traditionellen Ehrenamt. Zeigen wir die positiven Seiten eines bürgerschaftlichen Engagements auf, das das eigene Leben bereichern kann, in mancher Hinsicht Erfüllung bringen kann, Kompetenzen erhalten und steigern kann.

Wir brauchen den Kontakt zu anderen Menschen, über die Familie hinaus. Freilich, mit zunehmendem Alter schrumpft der Freundeskreis mehr und mehr, viele nahe stehende Menschen sterben weg, es können leicht Einsamkeitsgefühle auftreten. Man sollte versuchen, neue Kontakte zu knüpfen – was nicht jedem älteren Menschen leicht fällt.

Freuen wir uns über die zunehmende Langlebigkeit – doch versuchen wir alles, damit aus den gewonnenen Jahren erfüllte Jahre werden! Setzen wir uns für ein PRO-AGING ein, für ein Älterwerden bei möglichst großem körperlichen und seelisch-geistigen Wohlbefinden. Wir wollen ja gar nicht „ewig jung“ bleiben, wie es der Werbe-Slogan „forever young“ verspricht. Wir wollen gesund und kompetent alt werden! Wir Senioren wenden uns auch gegen eine heutzutage übliche „Anti-Aging-Kampagne“, denn „Anti-Aging“ setzt voraus, dass Altern etwas Schlimmes ist, gegen das man angehen muss, das man fürchten muss. Wir sind nicht gegen das Altern, das wir ohnehin nicht verhindern können und wollen, wir sind aber für ein möglichst gesundes und kompetentes Älterwerden!
Unsere Gesellschaft sollte das Augenmerk weit stärker auf die Ressourcen des Alters lenken und sollte – bei aller Akzeptanz der mit zunehmendem Lebensalter beziehungsweise mit veränderter Lebenssituation gegebenen Grenzen – immer auch nach den noch verbliebenen Möglichkeiten fragen.

Literatur: Lehr, U. (2007): Psychologie des Alterns. 11. überarbeitete Auflage. Heidelberg/Wiesbaden, Quelle & Meyer Verlag.

Fragen und Statements der Teilnehmenden zum Vortrag von Frau Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr

Sie sagen, dass Menschen lange aktiv und gesund bleiben werden. Dann wird es sicherlich auf uns zukommen, dass wir mit 65 Jahren und älter, vielleicht auch nicht ganz freiwillig, Dienst leisten müssen, wie heute Zivildienst, um Pflege zu garantieren?

Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr:
Da haben Sie recht. Zunächst einmal kommt die Verlängerung der Berufstätigkeit auf uns zu, wobei ich für die Flexibilität der Altersgrenze bin. Der Eine kann bis 68-70, vielleicht sogar auch länger (wenn auch mit reduzierter Stundenzahl) weiter arbeiten. Ein Anderer – nicht nur der berühmte „Dachdecker“ – muss schon früher aufhören, vor 65. Hier brauchen wir eine Flexibilität. Was dann hinterher die freiwilligen Tätigkeiten angeht, so kann man feststellen, dass über 60-Jährige durchaus bereit sind, etwas zu tun, sich für andere Menschen einzusetzen, wenn man genau sagt, was zu tun ist, wo sie gebraucht werden. Aber nicht unter dem Label „Freiwilligendienste“, wie sie unsere Bundesregierung zurzeit propagiert. Wenn man die heutige ältere Generation 60-, 70plus dazu befragt, dann bekommen Sie zu hören: „Dienst? Dienst mach‘ ich nicht. Ich kenne Arbeitsdienst, Pflichtjahr, Kriegsdienstverpflichtungen.“ Dann kommen alle diese negativen Erinnerungen aus deren Jugendzeit, so dass das Wort „Dienst“ für den Älteren abschreckend ist. Wenn Sie die Älteren direkt und mit konkreten Aufgaben konfrontieren: „Können Sie da und da helfen, oder dies konkrete Ehrenamt übernehmen, oder im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements sich einsetzen“ dann finden sie eine sehr, sehr große Zustimmung. Wir haben beispielsweise „Lesepaten“ für eine bestimmte Schule im Bonner Raum gesucht, da sollten sich Ältere bereit erklären, zwei oder dreimal die Woche jeweils eine Stunde mit dem Kind zusammen zu lesen. Sie glauben gar nicht, welche große Bereitschaft da war.

Sie haben die Meinung, dass die offizielle Berentungsgrenze flexibel gehandhabt werden kann. Sie sind auch eine erfahrene Politikerin. Halten Sie das auch für politisch opportun, dass die jetzige gesetzliche Altersgrenze mit 67 noch einmal verändert wird?

Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr:
Die „jetzige“ Altersgrenze, die wirkt ja erst richtig 2021. Was bis dahin kommt, können wir überhaupt nicht sagen. Vielleicht hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dafür gesorgt, dass wir alle dann so gesund sind, dass wir gerne weiter arbeiten wollen. Was dazu allerdings gehört, und das ist wieder ein Appell an Sie, sind berufsbegleitende Weiterbildung und betriebliche Gesundheitsfürsorge während des ganzen Berufslebens. Das ist eines der Themen, die die Bundeszentrale demnächst aufgreifen sollte, das ist notwendig.

Sie haben zum Beispiel gesagt, dass in Frankreich mehr Kinder geboren werden. Ich bin der Meinung, dass das die Sache der Familienpolitik ist, ob man jetzt dafür bereit ist und sich auch zutraut, Kinder zu bekommen.

Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr:
Ja, da haben Sie völlig Recht. Die Tatsache, dass in Frankreich mehr Kinder geboren wurden, liegt daran, dass man dort eine ganz andere Einstellung zur berufstätigen Mutter hatte und dass ein Kleinkind in einen Kindergarten geht. Als ich Familienministerin (mittlerweile vor 22 Jahren) wurde, habe ich eine Kindergartenausstellung eröffnet und gesagt: „Nach neuen Erkenntnissen kann man ein Kind mit zwei Jahren in außerhäusliche Betreuung geben.“ Es kamen tausende von Briefen, ein Aufstand in der ganzen Bundesrepublik: „Familienministerin macht die Familien kaputt! Sie will schon Zweijährigen in den Kindergarten schicken!“ Nicht als Pflicht, sondern als Möglichkeit, mittlerweile hat sich gottlob manches geändert. Dazu muss ich noch sagen, damals habe ich auch darauf hingewiesen: „Die Kindergärten müssen wir nicht nur diskutieren, um die berufstätigen Mütter zu entlasten, sondern Kinder brauchen Kinder für ihre Entwicklung.“ Früher war es so, da ging man auf die Straße, die war voller Kinder, die draußen spielten oder im Sandkasten waren. Heute findet man ja keine Kinder auf der Straße, weil es zu wenige Kinder gibt. Deswegen müssen sie schon von klein an zu anderen Kindern, denn „Kinder brauchen Kinder für ihre Entwicklung.“ Die Grundlagen wie „Geben und Nehmen“ lernt das Kind von gleichaltrigen Kindern; das kann eine pädagogisch noch so gut ausgebildete Mutter dem Kleinkind gar nicht beibringen, das lernt man nur unter seinesgleichen.

Wie erklärt sich diese Zunahme im Gegensatz zu Baden-Württemberg hier in Hamburg mit 3,8 plus? Können Sie da die Hintergründe erläutern?

Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr:
Die Hintergründe: Hamburg scheint Arbeitsplätze zu bieten und das ist das Allererste. Hamburg zieht junge Leute an. Das ist einmal die Arbeitsmöglichkeit, dann auch die Kultur, die schöne Stadt, das „Venedig des Nordens“ – und sie sind in manchen Dingen wirklich Vorbild.

Welche Chancen sehen Sie in einer Abgrenzungslogik, um generationsübergreifende Maßnahmen zu überwinden?

Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr:
Da gibt es ja schon viele Ansätze. Es gibt verschiedene Formen der Patenschaften oder der Ersatzgroßeltern. Es gibt Großelterndienste, die Kinder zur Schule begleiten. Es gibt Großeltern- oder Patendienste, die im Rahmen der Patenschaft Schularbeiten begleiten. Es gibt verschiedene Ansätze, in denen Jung und Alt zusammen arbeiten. Da muss ich Ihnen doch ganz zum Schluss ein Beispiel erzählen, von dem Seniorenbeirat der Stadt Ettlingen. Der hat vor schon 20 Jahren festgestellt, dass viele ältere Bürgerinnen

und Bürger für kleine Dienste Hilfe brauchen. Dann hat der Seniorenbeirat von Ettlingen Kontakt zum Gymnasium XY aufgenommen und hat gesagt: „Wer von Ihren 16-17 Jährigen Schülern ist bereit, für ein Taschengeld kleine Hilfsarbeiten zu machen?“ Der Seniorenbeirat hat offiziell eine Taschengeldbörse eingerichtet (können Sie im Internet unter „Taschengeldbörse“ nachschauen). Das Jugendamt versichert sogar die Jugendlichen. Dann hat einer vom Seniorenbeirat, ehrenamtlich die Bestellungen von Seniorinnen und Senioren wie: „Ich kann nicht auf die Leiter steigen und muss die Glühbirne ausgewechselt haben“, „Wer hilft mir beim Gardinen-Abhängen“, „Wer hilft mir, meinen Computer wieder in Gang zu bringen“ usw. aufgenommen. So hat sich ganz spontan ein toller Kontakt zwischen den 16-17 Jährigen und den Seniorinnen und Senioren entwickelt.

Selbstbestimmung vs. Lebensbeziehungen

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

Ich habe in einer Bürgerinitiative gefragt: „Warum tut ihr das? Warum setzt ihr euch für andere ein? Warum engagiert ihr euch für fremde andere? Ihr könnt doch in eurer Freizeit etwas für euch selber tun.“ Von deren Seite kam dann eine Formulierung, die hat sich mir eingebrannt und hat sich auch in den Jahren, die ich hinter mir beziehungsweise vor mir habe, sehr bewährt. Alle Menschen haben das Grundbedürfnis nach Selbstbestimmung, nach Gestaltung der Eigeninteressen. Aber jeder Mensch hat auch ein komplementäres Grundbedürfnis nach einer Tagesdosis an Bedeutung für fremde andere, nicht Mitglieder der Familie. Die Zuwendung kann auf ganz unterschiedlichen Ebenen, als emotionale Zuwendung, als soziales Engagenment geschehen. Jeder Mensch hat das Bedürfnis, sich um fremde andere zu kümmern, um Selbstbestimmung genussfähiger zu machen, denn Selbstbestimmung 24 Stunden, Tag und Nacht, ist für uns Menschen unerträglich.

Was mich am meisten interessierte war, wie sich bei dieser explosionsartigen Vermehrung von uns alten, später auch alterspflegebedürftigen und dementen Menschen, die Gesellschaft einstellt. Faktum ist, wir wachsen in eine Gesellschaft hinein mit dem größten Hilfebedarf der Menschheitsgeschichte, weil es noch nie eine Gesellschaft gab, die das so erlebt hat. Die Zunahme der im Alter pflegebedürftigen und chronisch kranken Menschen wird unsere Gesellschaft so verändern, dass kein Bürger davon unberührt bleiben wird. Früher sind die Menschen an Akutkrankheiten gestorben, heute ist die Medizin so fortgeschritten, dass kein Mensch mehr an Akutkrankheiten stirbt, die Menschen werden chronisch krank. Wir wachsen in eine Gesellschaft der psychisch und chronisch Kranken hinein.

Das Eine ist klar: Das bisherige Hilfesystem – die professionelle Pflege in der Wohnung oder im Altenpflegeheim – erweist sich zunehmend als unzureichend, da es in der eigenen Wohnung oft nicht mehr geht und in ein Pflegeheim wollen immer weniger alte Menschen. Spätestens seit 1980 lässt sich nicht mehr leugnen, dass alle Bürgerinnen und Bürger unserer Gesellschaft von diesem Problem betroffen sind. Wenn wir das Problem in der Zukunft lösen wollen, müssen wir in eine andere Gesellschaft hineinwachsen – wie gern oder ungern auch immer. Niemand kann von sich oder anderen erwarten, heute schon zu wissen, wie das Leben in der Zukunft aussehen wird. Aber einiges wissen wir doch:

- Das 100 Jahre alte Hilfesystem der Moderne mit seinen zwei Prinzipien der Professionalisierung und Institutionalisierung des Helfens ist – so tragfähig es in der Vergangenheit war – heute unbrauchbar oder zumindest unzureichend. Es muss in ein neues Hilfesystem überführt beziehungsweise umgekehrt werden.

- Die Institutionalisierung des Helfens muss einer Deinstitutionalisierung weichen. Zum einen sind wir dazu heute bereits gesetzlich verpflichtet und zum anderen kann praktisch niemand mehr das Heim wollen. Etwa ab 1980 fing es an uns bewusst zu werden: „Ins Heim gehe ich aber nicht!“ – und das in der Zeit, wo die Heime besser, menschlicher geworden sind. So gilt für die Zukunft: Statt die Menschen zur Hilfe zu bringen, muss die Hilfe zu den Menschen gebracht werden.

- Die Professionalisierung des Helfens muss zum einen quantitativ deprofessionalisiert werden, weil ihre weitere lineare Expansion dem Ziel der Integration entgegensteht und sich wegen der hohen Kosten als unmöglich erweist. Nur so lassen sich die wirklich segensreichen und unersetzlichen Kerne des professionellen Helfens dauerhaft finanzieren. Hinzu kommt eine qualitative „Umprofessionalisierung“: Die ausgebildeten Helfer können künftig nicht mehr alles selbst tun; stattdessen müssen sie andere – die Bürger – mobilisieren und beim Helfen begleiten.

- Daraus ergibt sich: Die einzige freie und verfügbare Ressource ist die Zeit der Bürgerinnen und Bürger; das heißt alle (nicht nur die Ehrenamtlichen) werden künftig in ihrem Wochenzeitbudget nicht nur Arbeitszeit und Freizeit, sondern auch Sozialzeit, Zeit zum Engagement für fremde Andere vorsehen müssen, wie dies bis zum Beginn der Moderne in allen Kulturen ohnehin der Fall war.

- Indem auf diese Weise zur Abdeckung des explodierenden gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarfs das Bürgerteilsystem des Helfens dem professionellen Teilsystem einen Teil des Helfens weg- und damit wieder zu sich zurücknimmt, kann das zu erfindende neue Hilfesystem zukunftsfähig werden: Es wird – als neues Prinzip – stets ein „Bürger-Profi-Mix“ sein, unabhängig davon, ob die Bürger oder die professionellen Helfer es wollen oder nicht.

Seit 1980 ist uns die Alterung unserer Gesellschaft bewusst geworden, daher der Anstieg der Freiwilligen und der Nachbarschaftsvereine, Hospizbewegung, Selbsthilfegruppenbewegung, Bürgerstiftungen, Wiederentdeckung der Familienpflege. Die generationsübergreifende Bewegung

für Gemeinwohl führt zur Wiederbelebung des mittleren Sozialraums, das ist der Raum zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sozialraum – das Stadtviertel, die Nachbarschaft – der sogenannte „Wir-Raum“.

Diesen mittlere beziehungsweise dritte Sozialraum gab es in allen Kulturen bis zum Beginn der Moderne, weil er lebensnotwendig für drei präzise Funktionen war:

- den Hilfebedarf, mit dem eine Familie überfordert ist,
- für Singles, die gar keine Familie haben,
- für alle Prozesse der Integration, nicht nur für Hilfsbedürftige, sondern auch für Migranten.

100 Jahre hatten wir gedacht, dass wir ihn Dank des Fortschritts, der Industrialisierung nicht mehr bräuchten, jetzt erkennen wir, dass dies ein Wunschtraumirrtum war. Denn das Wirkgeheimnis des dritten Sozialraums besteht darin, dass ich als Bürger die Aufforderung, für alle Hilfsbedürftigen da zu sein, als Überforderung ablehne und mich auf die Verantwortung für diese Menschen in meinem Wohnviertel einlassen kann. Der dritte Sozialraum ist der einzige Ort, wo Bürgerhilfe und Profihilfe synchronisierbar sind und das liefert gute, vitale Voraussetzungen für den Bürger-Profi-Mix. Wir müssen für die chronisch kranken, dementen, psychisch kranken und alten Menschen im Stadtteil Bedingungen schaffen, damit sie nicht in die Fremde gehen müssen.

Das ist für uns institutions- und profihelfensgewohnte Bürgerinnen und Bürger noch neu und fremd.

Ich schildere die wichtigsten Punkte einer ambulanten Stadtviertel-Wohnpflegegruppe für alle Beteiligten:

- Die Pflegebedürftigen: In der ambulanten Wohngruppe um die Ecke verliert der Mensch zwar die Vertrautheit seiner Wohnung, aber nicht seines Viertels. Auch die Wohngruppe ist als Haushalt zu führen, gemeinsam mit anderen, nicht mehr allein. Dort kommt der Hilfebedürftige auch zu seiner Tagesdosis an Bedeutung für andere und bekommt zwei-, dreimal mehr menschliche Zuwendung als im Heim.

- Die Angehörigen: Wenn es zu Hause nicht mehr geht, sollen die Angehörigen gemeinsam mit anderen, einen Wohnraum mieten. Außerdem wollen die Angehörigen ihre Verantwortung für das pflegebedürftige Familienmitglied nicht von 100 auf 0 % herunterfahren, sondern auf 50, 30 oder 10 %, das ist in der ambulanten Wohngruppe problemlos möglich.

- Die Pflege-Profis: Wenn der Pflegebedarf in der ambulanten Wohngruppe so groß ist, dass sich die 24-Stunden-Präsenz finanzieren lässt, dann muss im Viertel ein Pflegedienst eingerichtet werden, um nicht nur in der Wohngruppe Pflege zu garantieren, sondern im gesamten Stadtteil. Die Mitarbeiter können in der ambulanten Wohngruppe alle Pflegebesonderheiten kennenlernen, so dass sie nach ein paar Jahren zu Allround-Profis werden.

- Die Bürgerinnen und Bürger: Bisher wurde die Vollständigkeit der Kultur eines Viertels z. B. an der Zahl der Kindergartenplätze gemessen, künftig wird die Zahl der Pflegeplätze im Viertel wichtiger sein. Vorteil für die Bürgerinnen und Bürger ist die Versorgungssicherheit für alle nur denkbaren Pflegerisiken in der Familie, und zwar, wo ich hingehöre. Deshalb werden sich Bürgerinnen und Bürger in Zukunft z. B. an der Abdeckung der 24-Stunden-Präsenz oder bei der Hauswirtschaft mit oder ohne Geld beteiligen.

- Die Wohnungsbaugenossenschaften: Das Wohnangebot im Viertel soll architektonisch auf jeden zu erwartenden Pflegebedarf vorbereitet werden, so dass ein legenslanges Wohnen bis zum Sterben für alle Menschen im Stadtteil garantiert werden kann.

- Die Kommune: Die Gesamtkommune soll sich organisatorisch auf die einzelnen dritten Sozialräume umstellen, um Orte zum Helfen und für alle Integrationsprozesse zu beschaffen. Entsprechend soll die bürokratische Spezialisierung (Jugend-, Alten-, Behindertenhilfe, Pflege, Eingliederung) dem Sozialraumprinzip untergeordnet und so das Beratungssystem – dies auch kostensparend – umgestellt werden. Die Kommunalverwaltung soll um ein Amt für Nachbarschaft vervollständigt werden. Die wichtigste Aufgabe der Kommune ist, mindestens 20 % der WG-Wohnungen/Häuser selbst als Vermieter zu tragen; weil freie Träger zum Rosinenpicken neigen, garantiert die Kommune den Bürgern Chancengleichheit.

Die ambulanten Wohngruppen werden zu Recht „Pflegeherz“ genannt, weil sie nicht nach dem Markt-, sondern nach dem Gemeinwohlprinzip stets vom Bedürftigsten und Letzten her ausgehen, und weil sie alle für die Lebendigkeit und Menschenfreundlichkeit eines Viertels Verantwortlichen an einen Tisch und zum gemeinsamen Handeln bringen. Träger einer ambulanten WG können Angehörige, Nachbarschaftsvereine, Kirchengemeinden, die Wohnungswirtschaft, die Heime, sofern sie zukunftsfähig bleiben wollen, und die Kommunen sein.

Da wir erst am Anfang des Aufbruchs in die neue Gesellschaft und in das neue Hilfesystem sind, sind wir gut beraten, auch weiterhin zu experimentieren und diese Bewegung nicht durch allzu schnelle, wenn auch gut gemeinte Qualitätskontrollen zu lähmen. Zumal dieses Instrument vielleicht für Institutionen, jedoch kaum für die freie Bewegung der Bürger im dritten Sozialraum geeignet ist. Denn es könnte sein, dass wir schon morgen am Tag noch viel bessere dritte Wege zur Problemlösung des wachsenden Hilfebedarfs erfinden werden.

Lietratur: Dörner, K. (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster, Paranus Verlag.

Fishbowl-Diskussion

Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern

Die Akteure der Veranstaltung positionierten sich im Rahmen einer Fishbowl-Diskussion zum Thema „Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern“ und schilderten ihre Aktivitäten in diesem Bereich.

Die Methode „Fishbowl-Diskussion“

Die Methode des Fishbowls ermöglicht eine Diskussion auf Augenhöhe. Das heißt nicht nur die Moderation und die im Innenkreis sitzenden Akteure („Expertinnen und Experten“) sind für die Diskussion verantwortlich, sondern alle Teilnehmenden tragen Verantwortung für das Gelingen der Gesprächsrunde. Es wird bei der Fishbowlmethode zwischen verschiedenen Rollen unterschieden. Die im Innenkreis sitzenden Akteure haben eine aktive Rolle – hier können Fragen gestellt und Statements geäußert werden. Die Teilnehmenden in den äußeren Kreisen nehmen eine Beobachter- beziehungsweise reflektierende Rolle ein. Zum einen ist eine Beobachtung und Reflexion der Diskussion von den äußeren Kreisen viel besser möglich als im Innenkreis. Zum anderen können die Teilnehmenden direkt in den Gesprächsverlauf eingreifen, in dem sie von ihrer äußeren Position in den Innenkreis gehen und auf einem der freien Stühle Platz nehmen. Die freien Stühle bieten den Beobachterinnen und Beobachter die Möglichkeit die eigene Meinung und/oder einen Beitrag zur Diskussion zu leisten. Nach Abschluss des Statements im Innenkreis gehen die Akteure auf ihren alten Platz in einem der äußeren Kreise. Durch diesen Wechsel ist der Platz wieder für jemand anderen frei, der sich in die Diskussion einbringen möchte.

Die Fishbowl-Diskussion gliederte sich auf der Regionalkonferenz in drei Runden:

1. Runde: Vorstellung der Akteure im Innenkreis und Eingangsstatements

2. Runde: Öffnung der Diskussion

3. Runde: Abschlussstatements der Akteure im Innenkreis

1. Runde: Vorstellung der Akteure im Innenkreis und Eingangsstatements

Herr Stender, wie gehen Sie mit dem Thema einer immer älter werdenden Bevölkerung in Hamburg um? Welchen Zusammenhang sehen Sie zwischen sozialer Teilhabe und Gesundheit älterer Menschen?

Klaus-Peter Stender
Leiter der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)

Der Name der Behörde Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz umreißt bereits, dass wir auf vielfältige Weise mit dem Themenfeld zu tun haben. Die Unterstützung älterer Menschen bezieht sich auf die Versorgungsstruktur, beispielsweise Seniorenberatungsstellen, Seniorentreffpunkte, Pflegestützpunkte. Sie erstreckt sich über Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zur Gesundheitsversorgung, beispielsweise der Krankenhausplanung, wovon natürlich nicht nur ältere Menschen, sondern alle Bürgerinnen und Bürger profitieren. Dieses Themenspektrum begleitet uns schon seit vielen Jahren. In den letzten Jahren ist uns auf vielen Informationskanälen deutlich gemacht worden, dass wir uns mit dem demografischen Wandel und mit den Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens auseinandersetzen müssen. Ich vertrete hier den Bereich Gesundheitsförderung. Wir fangen erst an, uns mit dem Thema „Gesundheit älterer Menschen“ zu beschäftigen.

In den letzten Jahren haben wir andere Schwerpunkte bearbeitet, die für uns – aber auch andere – eine größere Rolle gespielt haben. Das Thema „Gesundheit und Jugendhilfe“, das Thema „Gesundheit von Kindern und Familien“ waren aufgrund unterschiedlicher Einflüsse bedeutsamer. Das Thema „Gesundheit älterer Menschen“ haben wir bis auf einige Maßnahmen etwas stiefmütterlich behandelt. Das wird jetzt anders! Heute Morgen hat Frau Esser in ihrem Grußwort schon deutlich gemacht, dass wir in den nächsten Tagen den ersten Gesundheitsbericht älterer Menschen herausbringen werden. In diesem Jahr werden wir noch einen zweiten Bericht „Gesundheit älterer Menschen“ veröffentlichen. Sie sehen, wir kommen in Gang.

Das Thema soziale Teilhabe wird auch in dem Gesundheitsbericht aufgegriffen: Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben zu haben bedeutet ganz wesentlich, in ein unterstützendes persönliches Netzwerk eingebunden zu sein. Wir haben in diesem Gesundheitsbericht herausgefunden, dass über Dreiviertel der von uns befragten Hamburgerinnen und Hamburger sich auf ein persönliches Netzwerk von mindestens drei Personen, auf die sie sich wirklich verlassen können, zurückgreifen. Das heißt noch nicht, im Sinne von Teilhabe am öffentlichen Leben, dass man deswegen ins Theater geht, in einem Sportverein ist, sich mit anderen trifft oder sonst wie am gesellschaftlichen Leben teilnimmt. Aber es bedeutet, und das finde ich wichtig,

dass die überwiegende Mehrzahl von Menschen von sich sagen kann: „Ich habe nicht nur Kontakte, sondern ich habe Menschen, die mir helfen." Das finde ich schon sehr positiv. Das Thema Alter ist zusätzlich sehr differenziert zu betrachten. Je älter die Menschen werden, desto brüchiger werden ihre sozialen Kontakte. Deshalb müssen wir umso mehr unser Augenmerk darauf richten, wie wir hochaltrige Menschen konkret unterstützen, dass sie eben weniger isoliert sind.

Wir haben auch nach dem freiwilligen Engagement gefragt. Es gibt eine ganze Reihe von Hamburgerinnen und Hamburger, die sich freiwillig engagieren. Dazu zählen auch viele ältere Menschen. Etwa 20 % unter den jüngeren und etwa 10 % unter den älteren Befragten engagieren sich in einem Ehrenamt, über 20 % der jüngeren Befragten pflegen und unterstützen Angehörige oder andere Personen. Die informelle Hilfe ist noch verbreiteter: Praktisch jeder Dritte der jüngeren und immer noch 20 % der älteren Befragten geben an, andere in ihrem Alltag zu unterstützen (z. B. Reparaturen oder Einkäufe oder Schularbeitenhilfe). Das sind Zahlen, die man vielleicht auch noch steigern könnte, weil es einem selber gut tut, sich sinnvoll zu engagieren. Wobei es natürlich auch völlig in Ordnung ist, nichts mehr zu machen, wenn man alt ist. Die letzte Zahl, die ich mitgebracht habe, weist aus, dass etwa 92 000 Hamburgerinnen und Hamburger über 60 Jahren in einem Sportverein Mitglied sind. Das sind knapp 20 % aller Mitglieder in Sportvereinen.

Ich glaube schon, dass das einen Blick darauf wirft, dass wir gute Voraussetzungen für soziale und persönliche Teilhabe in Hamburg haben. Wir werden uns zukünftig sicherlich mehr noch als heute um die älteren Menschen kümmern müssen, die zurückgezogen und isoliert leben, weil sie beispielsweise mobilitätseingeschränkt oder sehr krank sind. Dafür müssen wir in den nächsten Jahren sehr viel stärker aufsuchende und aktivierende Angebote mit unterstützen. Wie sich Wohnungsbaugenossenschaften hier engagieren, ist eine große Hilfe, weil sie mit ihren Angeboten unmittelbar am Wohn- und Lebensort der Menschen ansetzen und über kurze Wege auch Hochbetagte erreichen können. Außerdem können am Wohnort auch generationsübergreifende Kontakte geknüpft werden.

Der Landes-Seniorenbeirat Hamburg setzt sich speziell für die Anliegen, Belange und Wünsche, aber auch die Beteiligung älterer Menschen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen ein. Frau Lüders, wenn Sie die Entwicklung der letzten Jahre betrachten: In welchen Bereichen gibt es für ältere Menschen Beteiligungsmöglichkeiten oder auch nicht?

Inge Lüders
Vorsitzende des Landes-Seniorenbeirats Hamburg

Die Seniorenbeiräte engagieren sich auf den unterschiedlichsten Ebenen. Die Bezirksebene (Bezirks-Seniorenbeiräte BSB) ist am nächsten an der Wohnbevölkerung dran. Auf der Landesebene sind es eher übergreifende Themen. Ich denke, die Beteiligten, die im LSB oder BSB sind, sind alles sehr engagierte Leute, sonst wären sie dort auch nicht gelandet. Dazu trägt auch das Auswahlverfahren in den Bezirken über die Delegiertenversammlung bei. Es ist eine Selektion von Menschen, die sagen: „Ich will mitmachen, ich will mich kümmern, ich will Verantwortung übernehmen und ich möchte letztendlich das im gesellschaftspolitischen Rahmen tun. Ich denke, sie haben eine wichtige Multiplikatorenfunktion. Die benannte Zahl mit 20 % der Älteren, die sich in Hamburg ehrenamtlich engagieren, glaube ich nicht ganz. Ich denke, dass die Zahl sehr, sehr viel höher ist. Das mag sein, dass sich diese Zahl von 20 % nur auf die organisierten und über Vereine erfassten Älteren bezieht, aber es gibt eine unglaublich große Zahl von älteren Menschen, die sich z. B. in der Nachbarschaft engagieren, ohne dass sie einen formalen Titel haben. Ich denke, dass es insgesamt bezogen auf die Wohnbevölkerung ein unglaublich buntes Spektrum von Beteiligung gibt. Beteiligung heißt ja nicht jedes Mal, dass man Verantwortung übernimmt, sondern dass man mitmacht und Teil an irgendetwas hat. Da denke ich z. B. an die verschiedenen Formen von Wandergruppen, die sich bewegen oder Naturbeobachtung machen, es gibt unterschiedliche Musikgruppierungen, Chöre und Instrumentalkreise, Gymnastikgruppen, viele kulturelle Aktivitäten, Vereine und Zusammenkünfte aller Arten und Sorten. Das Angebot an Aktivitäten auch für Ältere ist in Hamburg unglaublich weit gefächert. Es gibt insgesamt ein weites Feld, in dem man sich als Älterer beteiligen kann. Wobei mein Eindruck ist, dass Aktivitäten dieser Art doch in der Tendenz mittelschichtorientiert sind. Das hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen, aber auch ganz schlicht damit zusammen, dass man Fahrgeld braucht und bei vielen Aktivitäten auch andere Kosten damit verbunden sind, die sich nicht jeder leisten kann.

Ich möchte bei der Frage der Beteiligung, der Partizipation, noch einen ganz anderen Aspekt aus Sicht des Landes-Seniorenbeirates hervorheben. Wenn man älter wird, hängt die Frage der Partizipation ganz, ganz, ganz eng mit der Frage der Mobilität zusammen. Solange in Hamburg die Mehrzahl der Hamburger U-Bahnen zwingend die Notwendigkeit beinhalten, dass man Treppen rauf und Treppen runter klettern muss, denke ich, ist die Frage der Teilhabe sehr kritisch zu bewerten. Denn im Grunde genommen, stellen Sie sich mal eine Viertelstunde an den Aufgang oder Abgang der U-Bahn Mundsburg und gucken Sie sich das Ganze mal an. Wenn man da sieht, wie sich da alte Menschen die Treppen herauf quälen und auch wieder runter kommen wollen, dann kann man sagen, für die ist die Einladung zur Partizipation und zur Teilhabe doch sehr gering. Ich möchte die Frage der Gesundheitsvorsorge einmal aus diesem Blickwinkel beleuchten. Wenn ich als alter Mensch nicht gut zum Arzt oder nicht gut zur Reha kommen kann, wenn ich wegen der Probleme auf den nicht barrierefreien U-Bahnhöfen zu Hause bleibe und sage: „Hat doch für mich keinen Zweck" – dann ist das keine gute Gesundheitsvorsorge. Ich denke, dass hier eine sehr problematische Selektion

stattfindet. Zum einen gibt es diejenigen, die frisch und fröhlich sind und die Treppen einfach hoch und runter kommen. Zum anderen diejenigen, die einfach zu Hause bleiben müssen, weil sie alleine nicht weit kommen. Prävention und innerstädtische Mobilität sind eng miteinander verknüpft. Deswegen hat sich der Landes-Seniorenbeirat als Jahresschwerpunktthema 2011 „Barrierefreiheit im ÖPNV“ vorgenommen, wir wollen versuchen, mit allem Nachdruck und allem Engagement, das wir aufbringen können, den barrierefreien Ausbau der U-Bahnhöfe etwas zu beschleunigen. Wenn die Barrierefreiheit in den U-Bahnhöfen in Hamburg weiter so umgesetzt wird wie zurzeit, dann werden sie erst in 75 Jahren barrierefrei sein. Es wird derzeit nur etwas mehr als ein halber Bahnhof pro Jahr umgebaut. Insofern finde ich, dass wir diese Frage der Verkehrssituation auch in das Thema Gesundheitsvorsorge in Hamburg hinein nehmen müssen. Ich denke, Gesundheitsprävention für Ältere in Hamburg betriff auch den Winterdienst auf den Straßen. Wenn speziell ältere Menschen bei Schnee und Eis stürzen und sich etwas brechen, weil z. B. auf den Gehwegen nicht richtig geräumt wurde, so das nicht präventiv gehandelt von den Verantwortlichen, denn Stürze im Alter haben meisten gravierende Folgen.

Die Wohnungsbaugenossenschaften sind zentrale Akteure im Stadtteil und haben direkten Kontakt zu verschiedenen Generationen. Herr Krolak, lässt sich auch bei Ihren Mitgliedern eine zunehmende demografische Entwicklung feststellen? Und wenn ja, wie reagieren Sie mit Ihren Angeboten und Wohnkonzepten darauf?

Frank Krolak
Leiter der Abteilung Sozialmanagement im Altonaer Spar- und Bauverein eG

Bei uns ist es so, und ich denke ich spreche auch für andere Wohnungsgenossenschaften sicherlich mit, wir beobachten natürlich sehr genau die demografische Entwicklung für Hamburg. Als Altonaer Spar- und Bauverein natürlich auch für den Bezirk, für den Stadtteil Altona und auch für unsere Mitgliederschaft. In dem Zusammenhang merken wir, dass sich auch gegenläufige Dynamiken bemerkbar machen. Zum Beispiel werden die Mitglieder in unserer Genossenschaft jünger. Der Anteil der 30-40 Jährigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich angewachsen, was sicherlich damit zu tun hat, dass Altona für viele ein sehr attraktiver Stadtteil ist – vor allem für junge Menschen. Nichtsdestotrotz gibt es auch sehr viele ältere Menschen bei uns in der Genossenschaft und die wird es immer geben und ihr Anteil wird sich vermutlich auch erhöhen. Mitbestimmung und soziale Teilhabe sind meiner Meinung nach zentrale Themen für eine Genossenschaft. Eine Genossenschaft verfügt über etliche Instrumente, um in diesem Bereich etwas auf den Weg zu bringen. Wir, und ich denke, dass betrifft die anderen Genossenschaften in ähnlicher Weise, setzen sehr viel auf das Thema Nachbarschaftsförderung im Sinne von Quartiersentwicklung. Dort trifft nämlich genau das zu, was Herr Dörner heute Morgen sagte, dass sich in diesem mittleren Sozialraum des Quartiers sehr viel bewegt. Die Leute identifizieren sich immer stärker mit ihrem Quartier, in dem sie leben, und versuchen dort etwas auf die Beine zu stellen. Wir als Genossenschaften versuchen den Rahmen zu schaffen. Das ist eigentlich relativ einfach und auch möglich, indem man so genannte Gemeinschaftsräume, die als Nachbarschaftstreffs genutzt werden können, zur Verfügung stellt. Hier können sich die Mitglieder, die dort wohnen, und andere Menschen aus dem Quartier an einem Ort treffen und ihren Hobbys nachgehen. Es wird so Raum für Austausch und soziales Miteinander geschaffen. Das ist für ältere Menschen noch einmal wichtiger, die aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität sehr stark auf das Quartier fixiert sind. Sie suchen dort ihre sozialen Kontakte oder auch, wie Frau Lüders gesagt hat, ihre Infrastruktur, ihre Ärztinnen und Ärzte und ihre Dienstleisterinnen und Dienstleister auf.

In diesen Gemeinschaftsräumen, in diesen Nachbarschaftstreffs wird also viel für das Aufbrechen der Anonymität getan. Es freut uns natürlich sehr, dass nicht nur die älteren Mitglieder diese Räume nutzen, sondern auch die jungen Menschen daran Interesse haben. Wir wollen keine reinen Seniorentreffs, sondern lebendige Orte für alle Generationen.

Daraus entwickelt sich natürlich auch, dass man sich gegenseitig in der Hausgemeinschaft hilft, weil man sich plötzlich mit Namen kennt oder eine stärkere soziale Verantwortung spürt. Was wir allerdings merken – da ist Altona sicherlich ein Stadtteil ist, der sich nicht beklagen kann, was die Infrastruktur anbetrifft – dass zum Beispiel die Dienstleistungsmöglichkeiten für ältere Menschen (u. a. Einkaufen), dramatisch abnehmen. Wir hören immer wieder von älteren Mitgliedern bei uns: „Das Blusengeschäft in der Großen Bergstraße, bei dem ich 20 Jahre die passende Kleidung bekommen habe, das gibt es nicht mehr. Diese Läden gehen alle weg." Wenn man in seiner Mobilität eingeschränkt ist, dann sind auch fünf Kilometer, auch wenn ich diese mit dem Bus bewerkstelligen kann, eine riesige Hürde. Dienstleistungen sollten in der Nähe und am besten fußläufig zu erreichen sein. Wir versuchen, uns auch mit den Akteuren im Stadtteil dafür einzusetzen, dass die Infrastruktur wieder gestärkt wird. Die älteren Menschen sind eine ganz wichtige Zielgruppe und dazu gehört es zum Beispiel, dass adäquate Einkaufsmöglichkeiten da sind, die es selbst in Altona in der Form nicht mehr gibt. Wir haben im November, um nur ein kurzes Beispiel zu nennen, eine mobile Modenschau bei uns ins Quartier geholt. Da sind unglaublich viele Menschen gekommen und haben eingekauft. Das ist ein Zeichen dafür, dass der Bedarf da ist. Gleichzeitig stärken wir den Handel und die Dienstleister vor Ort durch unsere „altoba-card", einer Servicekarte, die es unseren Mitgliedern erlaubt, günstiger einzukaufen.

Ich denke, wir als Genossenschaften bieten einen ganz guten Boden, um etwas in diesem Bereich zu machen. Es funktioniert letztlich aber nur in Kooperation mit den anderen Partnern im Stadtteil. Das wäre auch mein Appell hier: Man muss zusammen arbeiten, das kann keiner alleine machen.

Die Körber-Stiftung bietet u.a. mit dem Haus im Park ein umfangreiches Bildungs- und Freizeitprogramm für Menschen ab 50 Jahren an. Frau Paehlke, erzählen Sie doch bitte genau: Wie greift die Körber-Stiftung die Themen Gesundheit und soziale Teilhabe im Alter auf?

Anja Paehlke
Leiterin der Akademie BegegnungsCentrum Haus im Park, Körber-Stiftung

Ich freue mich sehr, dass ich den Bogen zu einer Referentin von heute Morgen, zu Frau Professor Lehr, schlagen kann. Sie hatte schon gesagt, Hamburg sei ganz vorn mit dem Haus im Park. Der Stifter Kurt Körber hat sich schon 1977 überlegt, was Alten fehlt und festgestellt, es fehlt ein Haus, in dem sich Menschen ab 50 begegnen, in dem sie sich engagieren, sich kulturell bilden, Theater spielen, Musik machen, physikalische Therapie genießen können, Projekte machen. Dann hat er sich überlegt, mit wem er ein solches Haus konzipieren könnte und da hat er sich Fachleute dazu geholt. Da war z. B. Frau Professor Lehr, die maßgeblich an der Konzeption des Haus im Park beteiligt war.

Das Haus im Park gibt es noch heute, es steht, wächst und entwickelt sich weiter. Wir bieten Menschen Malkurse, Seniorentheater, Chor, Englisch-, Computerkurse, physikalische Therapien, einen Haus- und Pflegedienst und ein Café, in dem man sich begegnen kann. Ca. 400 Leute kommen am Tag. Der größte Schatz des Hauses sind die 100 engagierten Ehrenamtlichen, ohne sie wäre das Haus im Park nicht, was es ist. Wir haben Ehrenamtliche, die an der Rezeption sitzen, im Café bedienen, Kurse anbieten, Gesprächskreise organisieren und mit Projekten nach draußen in den Stadtteil gehen. Alles, was Frau Prof. Lehr heute Morgen ausgeführt hat und auch was Herr Prof. Dörner gesagt hat, ist in diesem Haus verwirklicht und darauf sind wir sehr stolz – wir wirken in den Stadtteil und der Stadtteil wirkt in uns hinein. Wir greifen auch Metathemen auf, z. B. die Veränderung der Altersbilder in unserer Gesellschaft. Wir laden dazu Prominente und nicht Prominente ein, die abends in Gesprächsformaten den Zuschauern über ihre Erfahrungen berichten. Zum Beispiel am 22. und 23. Februar kommt Inge Jens und berichtet über ihr Leben mit ihrem Mann Walter Jens, der inzwischen an Demenz erkrankt ist. Sie berichtet über das Leben mit ihm und über ihre Erfahrungen. Auch diese Seite des Alters klammern wir nicht aus. Zusätzlich haben wir ein Projekt aufgelegt, das wir, nicht ohne Grund, Potenziale des Alters genannt haben. Das Projekt läuft in Kooperation mit dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Professor Andreas Kruse, dem Leiter der Altersberichtkommission der Bundesregierung. Dort versuchen wir, in jährlichen Symposien, jeweils im November, zu verschiedenen Unterthemen den Blick über den Tellerrand zu wagen. Das heißt, wir schauen, was in anderen Ländern zu den Themen demografischer Wandel und Potenziale des Alters an guter Praxis zu finden ist und präsentieren Entscheidungsträgern aus Deutschland diese guten Ansätze, die auch hier übernommen werden können.

Unser letztes Symposium im November 2010 hatte sich das Thema „Politische Partizipation von Älteren" gesetzt. Wir haben dort spannende Beispiele aus gesellschaftlichen Konzepten von Partizipation aus England, Schottland und Amerika gefunden. Das können Sie alles bei uns im Internet nachlesen. Dort sind die Projekte, die Kontaktdaten und eine Broschüre zum Herunterladen dargestellt. Ende Februar wird darüber hinaus die Dokumentation dieses Tages erscheinen. Das sind unsere Ansätze, wie wir soziale

Teilhabe sehen. Wir fassen das Ganze vor allen Dingen unter das Themenfeld „Potenziale des Alters“ und versuchen über diesen Weg das Bild des nur gebrechlichen, nur hilfsbedürftigen und nur hilfeempfangenden älteren Menschen zu drehen.

Ein langes Leben in guter Gesundheit und eine hohe soziale Teilhabe im Alter – schön, aber mit Blick auf das Thema Altersarmut und soziale und gesellschaftliche Benachteiligung im Alter: Frau Richter-Kornweitz, welche Teilhabemöglichkeiten haben sozial benachteiligte ältere Menschen? Und welche Auswirkungen hat die soziale Lage auf die Gesundheit älterer Frauen und Männer?

Dr. Antje Richter-Kornweitz
Fachreferentin in der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Welche Teilhabe haben sozial Benachteiligte? Ich kann mich anschließen an das, was wir hier schon gehört haben und sage wenig, oder weniger. Geld ist natürlich nicht alles, aber ohne Geld ist vieles weniger gut möglich. Man muss bedenken, wie leben Menschen, die wenig Geld haben, in welchen Stadteilen leben sie? Die Mobilität ist angesprochen worden, die individuelle Mobilität, also die eigene Situation, und die Situation vor der Haustür. Ob man die Möglichkeit beziehungsweise das Geld zu Verfügung hat, sich zum Beispiel Hilfsmittel zu organisieren, Dienstleistungen zu organisieren, oder die Wohnung entsprechend umbauen zu lassen. Das entscheidet sich immer am Geld, das zur Verfügung steht. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, der mit der sozialen Eingliederung beziehungsweise sozialen Integration zu tun hat. Hier wurde schon gesagt, wie viele Personen jemand durchschnittlich um Unterstützung bitten kann. Man weiß eben auch, dass Menschen, die sozial benachteiligt sind, vor allen Dingen diejenigen, die schon lange in dieser sozial benachteiligten Lage leben, sehr viel weniger Menschen und sehr viel weniger Unterstützung haben, auf die sie zurück greifen können. Wir bezeichnen das als soziales Kapital und Menschen, die mehr materielle Ressourcen zur Verfügung haben, haben in der Regel auch mehr soziales Kapital.

Man kann nicht alle Menschen über einen Kamm scheren, das ist ganz klar. Man muss genau differenzieren, mit wem habe ich jetzt zu tun, wer sitzt vor mir. Es ist sehr wichtig, sich die individuelle Lage, die persönliche Situation des Menschen anzuschauen. Wenn ein Mensch über seinen ganzen Lebensverlauf Tätigkeiten ausgeübt hat, die sehr schwer körperlich belastend waren. Zusätzlich zu diesen Arbeitsbedingungen kommt der Stadtteil, die Wohnung, die eben nicht die Infrastruktur und den Erholungswert bieten oder so komfortabel sind. Das führt dazu, dass sozial benachteiligte Menschen früher und häufiger krank werden, weniger gesunde Lebensjahre haben und auch früher sterben. Wir wissen, dass Männer ca. elf Jahre früher sterben, wenn sie sich in der untersten sozialen Lage befinden im Vergleich zu den obersten sozialen Lagen. Bei Frauen sind es mehr als acht Jahre. Die Lebensjahre, in denen sie wirklich gesund sind, da ist der Unterschied noch größer, 14-15 Lebensjahre, die sie weniger gesund leben. Man weiß, dass die soziale Lage sehr massive Auswirkungen auf die Gesundheit hat, und damit beschränkt sie natürlich die Teilhabemöglichkeiten, das ist ganz klar. Ob sich jemand aus der Wohnung bewegt, in guter Verfassung ist und sich selbst positiv wahrnimmt, darüber entscheidet auch das Geld, das zur Verfügung steht, entscheidet auch die schicke Bluse, die man anziehen kann oder eben nicht, wenn man zu einem Treffen gehen möchte. Da können wir nicht drum herum reden, das ist tatsächlich Fakt.

Nun gibt es Menschen, die Zeit ihres Lebens ihren Beruf ausgeübt haben, in ihrem Stadtteil verwurzelt sind, die haben ihre Handlungsstrategien, die haben auch da ihre Ressourcen, doch es kommt darauf an, wie mobil sie noch sind und ob sie ihre sozialen Kontakte überhaupt noch nutzen können. Das heißt, wir dürfen nicht verallgemeinern, wir müssen uns genau anschauen, wie ist die Situation, mit wem haben wir es zu tun, wenn der Mensch zum Beispiel kommt und Unterstützung braucht, was gibt es für Ressourcen, wo kann er Hilfe bekommen, wen können wir einbinden. Mir hat heute Morgen der Vortrag von Herrn Prof. Dörner sehr gut gefallen, der immer wieder auf diesen dritten Raum, diesen dritten sozialen Raum, ich nenne es immer Nachbarschaft, eingegangen ist, da gibt es jede Menge an Potenzialen.

2. Runde: Öffnung der Diskussion

Nach den Eingangsstatements der im Innenkreis sitzenden Akteure wurde die Diskussion für alle Teilnehmenden geöffnet. Die Teilnehmenden tauschten sich mit der Nachbarin und dem Nachbarn zu der folgenden Fragestellung aus:

Welche Potenziale sehen Sie in Ihren Einrichtungen, um soziale Teilhabe von älteren Menschen zu fördern?

Nach diesem Austausch zu zweit konnten die Diskussionsergebnisse oder entstandenen Fragen im Innenkreis eingebracht beziehungsweise an die im Innenkreis sitzenden Akteure gerichtet werden. Im Folgenden werden zentrale Aussagen und thematische Zusammenhänge aus der 2. Runde in Form von vier Kategorien dargestellt.

Verhältnisse im Stadtteil altersgerecht gestalten

Die Verhältnisse sind in Hamburger Bezirken, Stadtteilen und Quartieren in Bezug auf z. B. Infrastruktur, Einkaufsmöglichkeiten, Grünanlagen, Barrierefreiheit und Sicherheit verschieden. Um soziale Teilhabechancen für ältere Menschen überhaupt zu ermöglichen, müssen in einigen Stadtteilen zuerst die Infrastrukturen ausgebaut und seniorengerecht gestaltet werden.

Bedarfe und Bedürfnisse von älteren Menschen identifizieren

Alte Menschen sind eine heterogene Gruppe, die unterschiedliche Bedarfe- und Bedürfnisse hat. Zur Verbesserung der Teilhabechancen müssen auf der Grundlage von Analysen die Bedarfe der Zielgruppe im Stadtteil festgestellt werden. In dem Zusammenhang ist es zentral, die Zielgruppe selbst nach ihren Bedarfen und Bedürfnissen zu fragen beziehungsweise diese gemeinsam zu identifizieren.

Zielgruppenspezifische Angebote verstetigen, ausbauen und entwickeln

Es ist wichtig, bereits gut etablierte und genutzte Strukturen in Hamburger Stadtteilen wie z. B. Seniorentreffs, Tages- und Nachtpflege, Pflegestützpunkte und Beratungsdienste zu erhalten und zukünftig noch stärker als Orte der sozialen Teilhabe auszubauen. Darüber hinaus müssen neue Angebote in den Stadtteilen (u. a. Bewegungsangebote) sich an den Bedürfnislagen älterer Menschen orientieren, um so die Teilhabechancen zu verbessern. Damit zielgruppenspezifische Angebote entwickelt werden können, ist es unverzichtbar, die Zielgruppe bei der Entwicklung von Maßnahmen, Projekten oder Aktionen mit einzubeziehen.

Schwerpunktsetzungen, die in Zukunft noch stärker bei Angeboten zu berücksichtigen sind, liegen z. B. auf

- *Sozial benachteiligten älteren Menschen*
  Ein besonderer Fokus muss bei der Entwicklung von Präventions- und gesundheitsfördernden Angeboten auf der Zielgruppe der sozial benachteiligten älteren Menschen liegen. Aufsuchende Arbeit ist dabei ein wichtiger und nötiger Ansatz, um gerade sozial Benachteiligte zu erreichen. Seniorenberaterinnen und Seniorenberater, die einen guten Zugang zu älteren Menschen im Quartier haben und aufbauen können, stellen wichtige Partner zur Erreichung dar.

- *Alt und Jung*
  Es ist zentral, die Zielgruppe der älteren Menschen nicht als separate Gruppe zu betrachten, sondern diese in den Kontext zu anderen Generationen zu stellen. Generationsübergreifende Aktionen und Angebote (z. B. Mehrgenerationenhäuser) müssen demnach gefördert werden, ganz nach dem Ansatz: Von einander lernen! Neben diesen Angeboten ist es jedoch nötig, erst einmal Rahmenbedingungen (z. B. Mehrgenerationenplätze) zu schaffen, die Jung und Alt in einen gemeinsamen Dialog bringen.

Vernetzung und Zusammenarbeit von Stadtteilakteuren fördern

Damit die soziale Teilhabe älterer Menschen gefördert und dadurch ein Beitrag zum gesunden Altern geleistet werden kann, ist eine Zusammenarbeit und Vernetzung unterschiedlicher Akteure im Stadtteil aus den Bereichen Gesundheit, Seniorenarbeit, Bewegung, Bildung, Verwaltung, Pflege, Ehrenamt usw. bedeutend. Eine Verknüpfung von staatlichen und privaten Anbietern ist dabei in Zukunft noch stärker anzustreben, da so die Angebotsbreite und -vielfalt für ältere Menschen vor Ort vergrößert werden kann. Denn: Gerade in Nachbarschaften ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Schlüssel zu mehr Nachhaltigkeit. Als ein Beispiel, die Vernetzung und Zusammenarbeit von Stadtteilakteuren zu fördern, ist der Ausbau des Ehrenamtes zu nennen. Ehrenamtliche, die als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Zielgruppe stammen, kennen die Bedürfnisse älterer Menschen und können als „Vermittler“ zu den Älteren fungieren. Diese und weitere Potenziale sollten noch stärker im Stadtteil genutzt werden.

3. Runde: Abschlussstatements der Akteure im Innenkreis

Abschließend positionierten sich die im Innenkreis sitzenden Akteure zu folgenden Fragen:

Welche Chance sehen Sie für die Wohnungsbaugenossenschaften, wenn Sie in Zukunft ein noch stärkeres Gewicht auf den Bereich der sozialen Teilhabe Ihrer Mitglieder und speziell der älteren Menschen legen?

Frank Krolak
Leiter der Abteilung Sozialmanagement im Altona Spar- und Bauverein eG

Die demografische Entwicklung ist eine Realität. Wir haben eine Entwicklung dahingehend, dass wir in Zukunft sehr viele ältere Menschen in unserer Gesellschaft haben werden. Natürlich heißt das für uns als Wohnungsunternehmen, dass wir, um mehr adäquate Angebote für diese Zielgruppe machen zu können, auch entsprechende Wohnungen in unserem Bestand vorhalten sollten. Wobei wir keine Häuser anstreben, die ausschließlich von älteren Menschen bewohnt werden. Wir favorisieren ein Generationenwohnen, das es allen Altersgruppen ermöglicht, sich in ihren Wohnungen zu Hause zu fühlen. Wir sind dabei schon gut aufgestellt – im Bereich der Nachbarschaftsförderung hervorragend – aber wir werden das in Zukunft natürlich weiterentwickeln. Ich denke, keiner kann die Augen vor dem demografischen Wandel verschließen: Nutzen wir ihn als Chance und machen wir das Beste daraus!

Welche Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure wünschen Sie sich aus Sicht des LSB für die Zukunft, damit die Gesundheit älterer Menschen verbessert und die Teilhabemöglichkeiten gefördert werden?

Inge Lüders
Vorsitzende des Landes-Seniorenbeirats Hamburg

Das möchte ich ganz konkret beantworten. Wir planen im Landes-Seniorenbeirat für das Jahr 2011 eine übergreifende Aktion, um Beschleunigung für den barrierefreien Ausbau der U-Bahnen herbeizuführen. Dafür brauchen wir – wenn wir etwas bewirken wollen – unendlich viele Mitstreiterinnen und Mitstreiter. Wir haben z. B. die Idee, wir machen vor dem U-Bahnhof Mundsburg eine Art Rollatoren-Flashmob, um Öffentlichkeit zu erzeugen. Wir sind aber als Landes-Seniorenbeirat nicht so wahnsinnig versiert in solchen großen Aktionen, wir brauchen deshalb Unterstützung.

Ich bitte Sie herzlich sich zu melden, wenn Sie Interesse daran haben, uns dabei zu unterstützen. Wir brauchen auch Ideengeber, die sagen, was man dazu noch alles machen könnte, um das Thema zu bewegen. Wie kann man so etwas finanzieren und wie finden wir die richtigen Personen, die das dann an die Medien herantragen und unsere Aktionen so multiplizieren?

Da kann ich nur sagen, machen Sie doch mit!

Was würden Sie Projekten, Vereinen oder Initiativen als Anregungen mitgeben, die sich (noch) stärker im Bereich der sozialen Teilhabe älterer Menschen engagieren wollen? Was ist wichtig und bei der Umsetzung zu berücksichtigen?

Anja Paehlke
Leiterin der Akademie BegegnungsCentrum Haus im Park, Körber-Stiftung

Ein Gemeinwesen ist so gut, wie es die Teilhabemöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger sind – nur wenn alle Gruppen am Staat teilhaben, weckt dieser Vertrauen. In einer alternden Gesellschaft werden gerade die Potenziale und die Partizipation Älterer gebraucht. Sie müssen mitverantwortlich an der Gestaltung des öffentlichen Raums beteiligt sein. Wir haben Handlungsempfehlungen erarbeitet, hier wichtige Punkte. Der zentrale Handlungsraum für die Partizipation Älterer ist die Kommune. Die Mitgestaltung Älterer findet vor allem vor Ort statt. Ältere können dort am wirksamsten eingreifen, wo sie sich auskennen und direkt betroffen sind. Entscheidungsträger sind aufgerufen, Angebote zur Beteiligung Älterer in der Kommune zu schaffen und gewählten Seniorinnen- und Seniorenvertretungen Handlungsspielräume zu eröffnen. Sie sollten auch offen sein für neue Formen der Bürgerinnen- und Bürgerbeteiligung, z. B. die Erprobung von Bürgerinnen- und Bürgerhaushalten, Planungszellen oder Community Organizing. Die Partizipation Älterer kann nicht eine Lückenbüßerfunktion für gesellschaftliche Bruchstellen haben. Politik sollte die Verantwortungsübernahme Älterer nicht auf eine Lückenbüßerfunktion zur Übernahme staatlicher Aufgaben reduzieren, sondern ihre kreativen Ressourcen in gesellschaftliche Gestaltungs- und Reformprozesse einbeziehen.

Die Partizipation Älterer bedeutet für Entscheidungsträger, Macht abzugeben. Ältere an Planungs- und Gestaltungsprozessen zu beteiligen, bedeutet mehr als punktuelle Umfragen oder Anhörungen. Es geht auch darum, älteren Menschen Kontrollfunktion über den ganzen Prozess einzuräumen.

Wie müsste Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ansetzen, um die Teilhabemöglichkeiten zu fördern?

Dr. Antje Richter-Kornweitz
Fachreferentin in der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Unter anderem indem man die Menschen fragt, was sie wollen und brauchen. Indem man die erreicht, die man eben sonst nicht erreicht. Dafür müssen solche Orte, geschaffen werden, von denen hier gesprochen wurde: Nachbarschaftsorte, Orte wo Menschen sich mit anderen treffen können. Man muss Situationen schaffen, die zwischen den Menschen vermitteln können, das heißt, man braucht vermittelnde Personen, vermittelnde Situationen und Räume, über die man unproblematisch verfügen kann, das finde ich sehr, sehr wichtig. Unterstreichen möchte ich auch, dass Menschen wirklich zusammenarbeiten, Kooperation statt Konkurrenz, das ist ein ganz wichtiger Punkt. Ich denke, man muss zu oft noch vor Ort darauf drängen, dass die Akteure zusammenarbeiten. Dann finde ich auch sehr wichtig – wir haben über Struktur gesprochen – wir brauchen eine unterstützende Struktur. Ich habe mir viele Gedanken darüber gemacht, wie man so etwas aufbaut, ohne dass das Engagement der Menschen darunter erstickt wird. Wie man diese Balance schaffen kann, zwischen einer Struktur, professionalisierter Dienstleistung und dem Bürgerengagement, das „von unten nach oben wächst“, so wie Herr Prof. Dörner gesagt hat. Ich glaube, es ist für Menschen, die so etwas organisieren, sehr wichtig zu wissen, dass man am besten gar nicht merkt, dass die da sind. Dass sie als Organisatoren nicht zu viel selbst entwickeln, sondern entwickeln lassen, nicht zu sehr im Vordergrund stehen. Denn wenn es gut läuft, dann denken die Menschen, es selber gemacht zu haben und das bringt den Erfolg.

Man braucht außerdem den politischen Willen, das finde ich sehr wichtig. Der politische Wille, der auch explizit ausgesprochen wird, und man muss bereit sein, auch kleinste Handlungsspielräume für sich zu nutzen.

Wie wird das Thema „Gesund alt werden“ beziehungsweise „Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern“ in Zukunft von der BSG transportiert und bewegt?

Klaus-Peter Stender
Leiter der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)

Nachdem wir das ganze Thema jetzt verstärkt entdeckt haben, sind wir in unserem Tatendrang kaum noch zu stoppen. Die BSG plant im Februar die erste Tagung im Rahmen des Programms „Seniorenfreundliches Hamburg“. Dort sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Gelegenheit bekommen, ihre Vorstellungen zu dem ganzen Spektrum rund ums Alter mitzuteilen und zu diskutieren. Das Thema Gesundheit wird Schwerpunkt der Zielkonferenz „Gesund altern“ im Rahmen des Paktes für Prävention sein. Diese Zielkonferenz planen wir für Oktober dieses Jahres. Ich glaube schon, Sie können mitnehmen, dass – vielleicht nicht zu jeder Zufriedenheit, angesichts der heterogenen Interessenslage ist das ja auch nicht zu erwarten – wir in den nächsten Monaten und Jahren die Themen „Gesundheit älterer Menschen“ beziehungsweise „Versorgung älterer Menschen“ anpacken werden!

Ich persönlich möchte damit abschließen, dass ich für mich drei Punkte aus der Diskussion mitnehme. Erstens werden wir in den nächsten Jahren mit einer steigenden Zahl besonders hilfebedürftiger älterer Menschen zu tun haben, auf die wir uns mit unseren Angeboten einstellen müssen. Unter dem Brennglas der Teilhabe wird die Herausforderung zusätzlich deutlich. Zweitens müssen wir bei der Bewältigung der zukünftigen Aufgaben im Rahmen der Gesundheit älterer Menschen auf die vielen Ressourcen setzen, die wir in unserer Stadt haben. Das Engagement von medizinischen Einrichtungen und Fachpersonal, Wohlfahrtsverbänden, Bezirken und Behörden, freien Trägern, freiwillig Engagierten, Wohnungsbaugesellschaften, Sportverbänden usw. ist vorhanden. Notwendig ist es, und das gehört zu den Themen, die sehr viel leichter auszusprechen als umzusetzen sind, diese vorhandenen Ressourcen wahrzunehmen und stärker miteinander zu vernetzen. Diese Aufgabe muss organisiert werden, sonst funktioniert es nicht. Der dritte Punkt ist, dass wir, wo immer es geht, davon wegkommen müssen, in altersabhängigen Gruppen zu denken. Nach dem Motto die Jungen kämpfen für sich, die Alten für sich – und wenn´s dann ganz ungünstig läuft – die Jungen gegen die Alten. Ich wünsche mir, dass wir viel häufiger generationsübergreifend handeln, weil wir gemeinsame Anliegen verfolgen. Weshalb soll zum Beispiel Frau Lüders, wenn sie sich mit dem Seniorenbeirat für einen besseren Zugang zu HVV-Haltestellen einsetzen will, nicht auch von jüngeren Menschen unterstützt werden. So würden sich auch die Ressourcen für ältere Menschen gleich deutlich verstärken. Von diesem Miteinander profitieren auch Gesundheit und Wohlbefinden – nicht nur der älteren Menschen.

Ansätze aus der Praxis in parallel laufenden Fachforen

Forum 1: Bewegung als Zugang zur sozialen Teilhabe im Stadtteil

Vernetzt in Bewegung – aber wie und mit wem?

Katrin Gauler
Hamburger Sportbund e. V. (HSB)
Petra Schröder
Fachamt Sozialraummanagement Bezirksamt Hamburg-Nord

Bewegter Einstieg – soziale Teilhabe durch gemeinsame Bewegung

Zu Beginn des Workshops beschäftigten sich die beiden Moderatorinnen jeweils alleine mit einem Gymnastikball. Schnell wurde klar, dass durch gezielte Übungen zwar gesundheitliche Effekte zu erzielen sind, aber dass das „Alleine"-Sporttreiben nicht unbedingt mit „Spaß haben" verbunden ist. Anschließend einigten sich die Moderatorinnen darauf, es einmal gemeinsam mit dem Gymnastikball zu probieren. Hier fand erste Kommunikation und Austausch statt, aber es verlief noch in einem relativ „ernsten" Rahmen. Anschließend „entdeckten" die Moderatorinnen die Zuschauerinnen und Zuschauer als potenzielle „Mitmacher". Schnell entwickelte sich eine Gruppendynamik, es wurden gemeinsam die Aufgaben bewältigt, es wurde kommuniziert und vor allem wurde viel gelacht. Quasi als positiver Nebeneffekt stellte sich die körperliche Aktivierung ein.
Fazit: Diese praktischen Übungen vom „Alleine" zum gemeinsamen Sporttreiben haben für jeden erfahrbar gemacht, dass durch gemeinsame Bewegung (fast) automatisch soziale Teilhabe erfolgt.

Arbeitsphase I

In der Arbeitsphase haben wir uns gefragt, welche Bewegungsangebote für Seniorinnen und Senioren im Stadtteil gewünscht sind und wer diese unterstützen könnte. Dazu teilte sich die Gruppe in zwei Kleingruppen.

Gruppe I: Welche Akteure bewegen sich im Stadtteil?
Schulen, Sportvereine, Schwimmbäder, Musikschule, Tanzschule, BUND, ADFC, Bürgerhaus, Kirchengemeinde, Wohnungsbau, private Leute, Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Familienbildungsstätte, Heimatvereine, Service-Wohnen, kommerzielle Einrichtungen, Bezirks-Seniorenbeirat, lokale/informelle Treffen, Bezirksämter, Wohlfahrtsverbände, Alteneinrichtungen/Heime, Seniorentreffs, Selbsthilfegruppen.

Gruppe II: Wo liegen die Bedarfe und Wünsche?

Ziele

- Förderung der Sicherheit und Reaktion
- Stärkung von Haltung und Körperbewusstsein
- Förderung der Beweglichkeit

Angebote

- Sanfte Fitness, insbesondere für einen bewegungseingeschränkten Personenkreis
- Geselligkeit und Bewegung
- Tanz auf der Fläche und im Sitzen
- Musik und Bewegung

Arbeitsphase II

Nachdem die beiden Kleingruppen zum einen die Akteure und zum anderen die Bedarfe/Wünsche festgelegt hatten, folgte nun die Fragestellung „Wie können wir die Akteure im Stadtteil miteinander vernetzen, um Bewegungsangebote für ältere Menschen bedarfsgerecht zu gestalten?". In Kleingruppen sollte anhand eines vorab festgelegten Beispiels eine mögliche Umsetzung skizziert werden.

Gruppe A
Die Teilnehmer diskutierten zum Thema „Geselligkeit und Bewegung“. Grundsätzlich wünschten sich die Anwesenden, dass diese Angebote die Möglichkeit bieten, sich sportlich zu betätigen, Gemeinschaft zu erfahren und Kontakte zu knüpfen. Training/gesundheitsfördernde Maßnahmen und Spaß sollten miteinander verbunden werden. Angebote wie Bewegungsspiele, Wandern und Tanzen wurden genannt. Folgende Akteure im Stadtteil sollten sich miteinander vernetzen, um entsprechende Angebote zu gestalten: Bürgerhaus, Schule, Seniorentreff, Heimatverein, Sportverein. Der Bundesverband für Seniorentanz e. V. sowie Vertreter der Wohlfahrtsverbände sollten in die Planung mit einbezogen werden. Die Schaffung einer Plattform wurde als Voraussetzung angesehen, um Angebote und Ressourcen regional zu durchmischen.

Gruppe B:
Als Maßnahme wurde sich auf die Einführung eines Angebotes unter dem Titel „Musik und Bewegung für alle“ im Stadtteil Finkenwerder geeinigt. Definition von Voraussetzungen:

- Umsetzungsstätte sollte wohnortnah beziehungsweise im beruflichen Umfeld gelegen sein
- generationsübergreifend
- selbstständigkeitsfördernd

Im Weiteren wurde diskutiert, wer denn der Initiator für die Umsetzung ist. Wer hat den sogenannten „Hut auf“? Es wurde festgestellt, dass es zwei Wege zur Umsetzung geben kann.

Es gibt einen Impulsgeber, der die Idee nach seinen Interessen umsetzen möchte. Dieser sucht sich nach der Konzeption seines Angebotes weitere Partner und setzt mit diesen das Projekt um. Die Steuerung erfolgt immer von dem Impulsgeber.

Es gibt einen Initiator, der im Stadtteil gemeinsam mit anderen Einrichtungen ein Angebot umsetzen möchte, was noch vorab nicht näher definiert und konzipiert ist. Der Initiator lädt zu einem sogenannten „Initiativtreffen“ ein. Beteiligt sollten für den konkreten Fall in Finkenwerder folgende Akteure werden:

- Sportverein (Stellung des Übungsleiters)
- Schule (Fläche und Kontakte)
- Wohnungsbau (Fläche)
- Bezirk (öffentlicher Raum)
- Elternschule/VHS (Raum)
- Airbus (Finanzen)

Als Multiplikatoren und für die Bewerbung der geplanten Bewegungsmaßnahme „Musik und Bewegung für alle“ eignen sich insbesondere Elternschule, Kirchengemeinde, Volkshochschule, Seniorentreffs und Wochenblätter.

Als offene Fragen sind in der Umsetzung noch zu klären: Größe/Umfang der Maßnahme – entsprechend ist die Fläche zu planen.

- Bedarf es einer Vertragsform mit den Partnern? (Kooperationsvertrag)
- Was wird unternommen bei sehr starkem/sehr geringem Zulauf?
- Wie wird eine Kontinuität gesichert?

Ausblick

Das Projekt B soll in Finkenwerder umgesetzt werden. Generelles Ziel sollte sein, dass weniger parallele Aktivitäten von einzelnen Einrichtungen forciert werden, sondern vielmehr gemeinsame umgesetzt werden. Dies sollte flächendeckend erfolgen. Die Fortsetzung des Forums im Frühjahr 2011, zur weiteren Bearbeitung der Themen wurde von einigen Teilnehmern befürwortet. Interessierte trugen sich in eine Liste ein.

Forum 2: Beteiligung älterer Menschen

Moderation: *Petra Hofrichter, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)*

Soziale Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten stärken

Annette Beyer
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg)

Gesundheit im Sinne des biopsychosozialen Modells beziehungsweise eines ganzheitlichen Verständnisses beinhaltet und erfordert soziale Teilhabe: Wer (subjektiv gesehen) regelmäßig und ausreichend an gesellschaftlichen Austauschprozessen teilhat, also gleichermaßen die Möglichkeit zur Teilnahme und Teilgabe hat und wahrnimmt, kann sich auf der sozialen Ebene als gesund schätzen. Ein stabiles soziales Netz, das sich durch positive und stärkende Beziehungen auszeichnet, ist ein wichtiger und grundlegender Bestandteil für die gesundheitliche Lebensqualität. Soziales Wohlbefinden kann die körperliche und seelische Gesundheit fördern und unterstützen. Das bedeutet, dass auch die Gesundheitsförderung diese Perspektive aufgreifen und befördern muss. Gleichwohl wird das Ausmaß der Teilhabe häufig durch den sozialen und ökonomischen Status eines Menschen bestimmt und von den Rahmenbedingungen beeinflusst, die im jeweiligen Stadtteil beziehungsweise Quartier herrschen.

Verschiedene Studien geben zu der Vermutung Anlass, dass ältere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Bevölkerung derselben Altersgruppe eine hohe Prävalenz chronischer Krankheitsbilder aufweisen. Die Gründe sind vielfältig und liegen nicht ausschließlich in der Migration selbst, sondern primär in den daraus resultierenden Faktoren, wie zum Beispiel einer prekären materiellen Situation, schlechten Wohnverhältnissen oder einem hohen Maß an funktionalem Analphabetismus. Diese durch soziale Benachteiligungen geprägten Lebenslagen zeigen sich unter anderem in gesundheitlichen Problemen wie z. B. chronischen Erkrankungen. Zugleich ist der Zugang zum Gesundheitssystem für diesen Personenkreis in der Regel eher hochschwellig. So kommt der informellen Bildung durch die Aktivitäten in den ethnischen Netzwerken eine besondere Bedeutung zu. Ihre Aktivierung ist ein wichtiger Ansatzpunkt im Hinblick auf die Förderung sozialer Teilhabe am Gesundheits- und Altenhilfesystem.

Das Projekt SAĞLIK Gesundheitsförderung älterer türkischer Männer und Frauen in Hamburg“ möchte speziell dieser Zielgruppe den Rahmen bieten, Angebote in den Bereichen der gesunden Ernährung, Bewegung und sozialen Teilhabe mit zu entwickeln und/oder an diesen teilzunehmen. Die Intervention soll dabei den eventuell geringen Bildungszugang der Menschen berücksichtigen.

Die Zielgruppe des Projekts sind Männer und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund ab 60 Jahre beziehungsweise zwischen 50 und 60 Jahre, die in den Bezirken Altona und Mitte (Altona-Nord, Altona-Altstadt, Billstedt, Wilhelmsburg) leben. Hier besteht ein Bedarf an niedrigschwelligen, bedarfsorientierten und nicht-diskriminierenden Konzepten und Angeboten sowie die Forderung nach einer engen Vernetzung von Sozialer Arbeit, Selbstorganisationen und dem Altenhilfe- und Gesundheitssystem. Der konzeptionelle Zugang knüpft an die Kriterien zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte der BZgA an. Die zentralen Punkte sind zum einen die Stadtteil- beziehungsweise Sozialraumorientierung und der Settingansatz: Über einen aufsuchenden Zugang, z. B. über Moscheen, Kulturvereine, Gemeinden oder Seniorentreffs, werden Kontakte zur Zielgruppe hergestellt. Zum anderen liegt der Fokus auf der Netzwerkorientierung: Sowohl die persönlichen sozialen Netzwerke älterer türkischer Frauen und Männer im Hinblick auf ihre Gesundheit und soziale Teilhabe als auch die professionellen Netzwerke im Sozial- und Gesundheitswesen werden gestärkt beziehungsweise aufgebaut. Dabei zielt das Projekt auf die Aktivierung der Älteren für die sie selbst betreffenden Belange. Strukturelle Voraussetzungen und zielgruppenspezifische Bedingungen zur Ermöglichung von Selbstbestimmung, Eigeninitiative und Selbsthilfe in Bezug auf Gesundheitsfragen werden herausgestellt und stabilisiert. Der grundlegende Baustein für die Angebotsentwicklung besteht in der Mitwirkung der Zielgruppe. Teilhabe ist dabei Motor und Ziel gleichermaßen.
Darüber hinaus sollen türkische Migrantinnen und Migranten der Altersgruppe der 50-60 Jährigen einbezogen werden, um sie nach ihrer Sicht auf die gesundheitliche Lage der älteren Generation zu befragen und mögliche Unterstützungspotenziale zu identifizieren. Somit legt das Projekt eine generationsübergreifende Perspektive zugrunde – generationsübergreifende Solidarität und bürgerschaftliches Engagement im Stadtteil sollen gefördert und gestärkt werden. Die Basis für die Aufdeckung von bestehenden und fehlenden Ressourcen sowie für die Entwicklung der Angebote bilden

eine Bedarfsanalyse, in der insgesamt 100 Interviews mit der Zielgruppe geführt werden, sowie eine Bestandsanalyse, die eine Vollerhebung bestehender Angebote beinhaltet. Weiterhin dient eine Netzwerkanalyse, in der Netzwerkkarten von 60 älteren Migrantinnen und Migranten erstellt werden, dazu, Schlüsselpersonen und andere relevante Netzwerkmitglieder zu identifizieren, die als Mittler zwischen dem Gesundheitssystem und den alten Menschen aus der eigenen Community fungieren können. Die geplanten Tätigkeiten haben ganz wesentlich zum Ziel, über die verschiedenen Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe Transparenz zu schaffen, zu einer Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren beizutragen und die bestehenden Angebote zu vernetzen und weiterzuentwickeln.

Das Projekt SAĞLIK ist an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) angesiedelt und wird in Kooperation mit den Departments Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaften durchgeführt, was im Thema begründet ist: Soziale Teilhabe und Gesundheit sind (nicht nur) im Alter eng miteinander verknüpft, außerdem spiegelt die Zusammenarbeit den zukünftigen Bedarf an integrativen Ansätzen in der Hilfe und Versorgung älterer Menschen wieder. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderlinie SILQUA-FH (Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter, Forschung an Fachhochschulen) und bei einer Laufzeit von Mai 2010 bis April 2013 liegt ein Ziel der Arbeit darin, die Erkenntnisse auch über diesen Zeitraum hinaus verwertbar zu machen. Dazu werden neben der Intervention Fortbildungen für Hausärztinnen und -ärzte sowie Schulungskonzepte für Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren entwickelt, die Handlungsempfehlungen für die Beratung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Hinblick auf gesundheitsförderliche Angebote enthalten. Die Ergebnisse werden zudem in die bestehende Angebotsstruktur, aber auch in die geeigneten Module der Sozialen Arbeit und der Gesundheitswissenschaften an der HAW integriert.

Es bestehen intensive Kooperationen zur HAG, zu MiMi, den Bezirksämtern Hamburg-Mitte und Hamburg-Altona sowie einer türkischsprachigen Hausärztin und einem türkischsprachigen Hausarzt.

Partizipation und INCLUSage der älteren Generation

Brigitte Paetow
Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung sind für Deutschland und für andere Länder in Europa nichts Ungewöhnliches. Das Besondere an Mecklenburg-Vorpommern wie auch an anderen ostdeutschen Ländern aber ist: Hier vollziehen sich diese Veränderungen im Zeitraffer. Das Land hat damit eine Vorreiterfunktion bei der Gestaltung des demografischen Wandels und sieht dies auch als Chance, denn die heutigen und zukünftigen älteren Menschen sind besser ausgebildet, berufserfahren und meist gesünder als die vorhergehender Generationen und dadurch aktiver und interessierter. Sie können also ihre Potentiale für ein konstruktives Miteinander aller Generationen in vielen Bereichen einbringen. Dazu müssen allerdings die entsprechenden Rahmenbedingungen, welche Partizipation ermöglichen, gewollt sein und geschaffen werden.

Ausgehend von der Feststellung, dass die Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels eine gemeinsame Gestaltungsaufgabe für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft als Ganzes ist, haben auch alle Partner dazu ihre eigenen Strategien zu entwickeln. Handlungsansätze für die Politik sind z. B.:

- informieren und orientieren,
- gegensteuern,
- anpassen und modernisieren,
- ermöglichen und aktivieren.

Mit diesen Handlungsleitlinien wurden und werden durch die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommerns Handlungsschwerpunkte für die einzelnen Ressorts festgeschrieben. Im Rahmen von Ressortanhörungen werden dabei die „Betroffenen“ vor der Beschlussfassung einbezogen. Angesprochen sind dabei alle Generationen in einem vertrauensvollen Miteinander. Als derzeitige Vorsitzende des Landesseniorenbeirates möchte ich Ihnen das Ermöglichen und Aktivieren sowie das Wollen im Sinne einer Politik mit und nicht nur für Senioren (Partizipation) in unserem Bundesland erläutern. Als Beispiele werde ich das im Juli 2010 verabschiedete „Seniorenmitwirkungsgesetz“, die seit 1999 im Abstand von zwei Jahren durchgeführten Altenparlamente und die Kooperationsbeziehungen zwischen den Seniorenorganisationen in unserem Bundesland erläutern.

Mit dem Seniorenmitwirkungsgesetz wird die gewollte Partizipation der älteren Bevölkerung bei der Gestaltung des demografischen Wandels nicht in der Freiwilligkeit und Beliebigkeit belassen, sondern ein für beide Seiten (teilhabebereiter Bürgerinnen und Bürger in der Organisation eines Landesseniorenbeirates und teilhabefördernde Landesregierung) rechtlicher Rahmen geschaffen, der dies ermöglicht. Der Wortlaut des Gesetzes ist auf der Homepage des Landesseniorenbeirates unter www.landesseniorenbeirat-mv.de abrufbar. Voraussetzung für ein solches Gesetz waren die seit 1999 im zweijahresrhythmus in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführten Altenparlamente. Die Konzeption dafür finden sie auch auf unserer o. g. Homepage. Alle 71 Delegierten von den unterschiedlichsten Seniorenorganisationen aus Mecklenburg-Vorpommern forderten eine solche gesetzliche Regelung von Anfang an. In Vorbereitung der Altenparlamente stimmen Vertreter von mehreren Organisationen Themen für Leitanträge ab und erarbeiten diese in Arbeitsgruppen. Die damit definierten Handlungsfelder ermöglichen eine koordinierte Vorgehensweise bei der Benennung seniorenrelevanter Themen und erreichen in der Öffentlichkeit eine größere Aufmerksamkeit als Aktionen einzelner Vereine und Verbände.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit des Landesseniorenbeirates war 2008 bis 2010 im Rahmen eines EU-Projektes „INCLUSage“ die Durchführung von Workshops mit älteren Bürgerinnen und Bürgern in Mecklenburg-Vorpommern, die an beziehungsweise in der Armutsrisikoschwelle leben. Im Forum wurden deren Vorbereitung, Durchführung und Schlussfolgerungen beschrieben. In der Diskussion zeigte sich ein deutliches Interesse an der Methode zur Gewinnung von betroffenen Bürgern für solche Workshops. Wichtig ist, dass in Mecklenburg-Vorpommern die persönliche Ansprache von Betroffenen durch Seniorenbeiratsmitglieder in den Kommunen die erfolgreichste Methode war und auch eine Begleitung von Vertrauenspersonen ermöglicht wurde. Weitergehende Informationen dazu können Sie auch nachlesen in „Pro Alter“ (4/2009) eine Konferenz unter dem Titel „Ein Ja(hr) gegen Armut und soziale Ausgrenzung auch in Mecklenburg-Vorpommern“, organisiert vom Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern – unter Mitwirkung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit.

Forum 3: Von Stolpersteinen und Sprungbrettern

Moderation: *Christine Czerlitzki,* Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz

Darstellung der Arbeitshilfen-CD-ROM „Mehr Gesundheit im Alter“

Dr. med. Jennifer Anders/Dr. rer. nat. Ulrike Dapp
Forschung Albertinen-Haus

Im Zentrum des Forums 3 stehen die CD-ROM basierten Arbeitshilfen „Mehr Gesundheit im Alter“ (BSG 2009), die während der beiden Impulsreferate immer wieder genutzt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Bestandsaufnahme zur seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene (BZgA, 2007) die Entwicklung der Arbeitshilfen „Mehr Gesundheit im Alter“ für kommunale Gesundheitsförderer im Rahmen ihrer Kooperation mit dem Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland gefördert. Exemplarisch wird an den Aktivitäten des Hamburger Arbeitskreises Mobilität und Sturzprävention im Alter dargestellt, wie auf der Grundlage einer Ausgangsanalyse Konzepte zur Gesundheitsförderung im Alter geplant, umgesetzt und evaluiert werden können.

Der Hamburger Arbeitskreis hat lange diskutiert, in welcher Struktur die vielfältigen Informationen zusammengestellt werden können, die im Laufe der Arbeit mit selbständig in der Kommune lebenden älteren Menschen zusammengetragen wurden und die relevant sind für eine gelingende Gesundheitsförderung im Alter. Erstens orientieren sich die Arbeitshilfen an einem modifizierten Public Health Action Cycle (PHAC) in sechs Schritten, den viele kennen und nutzen. Zweitens fiel die Entscheidung – verglichen mit einer Schriftpublikation – für ein aktiveres Medium in Form einer CD-ROM basierten Publikation. Dies bietet allen Nutzergruppen die Möglichkeit, direkt aus der Zusammenstellung des kompakten Basismoduls heraus über entsprechend markierte Verweise (Hyperlinks wie aus dem Internet bekannt) direkt in weitere Module dieser Arbeitshilfen zu navigieren.

Modular aufgebaute, Hyperlink-basierte Arbeitshilfen:

- 1 Basismodul
  strukturiert anhand Public
  Health Action Cycle, PHAC
- 7 Vertiefungsmodule
- 12 Praxisbeispiele
- diverse Anhänge und Checklisten zur Umsetzung von Maßnahmen in der eigenen Kommune
- Literatur
- Internetlink-Sammlung
- Glossar

Ziel dieser CD-ROM-basierten Arbeitshilfen ist, dass aus einem Füllhorn relevanter Hintergrundinformationen und praktischer Beispiele zum Aufbau eines eigenen Arbeitskreises oder gesundheitsfördernder Aktionen nicht selber recherchiert werden muss, sondern die Inhalte dieser Arbeitshilfen direkt auf die Situation in der eigenen Kommune übertragen werden können. Hierzu finden Sie Anregungen in den Vertiefungsmodulen und Praxisbeispielen, die in den Impulsreferaten 3a und 3b gezeigt werden.

Impulsreferat 3a: Wie beeinflusst das Älterwerden die Möglichkeiten des Einzelnen zur Teilhabe?

Dr. med. Jennifer Anders
Forschung Albertinen-Haus

Jede Generation (er-)findet sich neu und mit ihr unsere Bilder vom Älterwerden. Nach Schlagworten wie sozialer Benachteiligung und Krankheit im Alter war in den letzten Jahren mehr die Rede von einem aktiven Altern. Doch was von diesen Bildern ist Mythos, was Tatsache? Gibt es überhaupt ein Altern in Gesundheit? Und kann eine verstärkte soziale Teilhabe Gesundheit fördern oder ist Gesundheit eine Bedingung dafür? Welche gesundheitlichen Beschwerden im Alter sind behandelbar? Brauchen alle älteren Bürgerinnen und Bürger „Alters-Hilfe“?

Im Forum werden die Bedingungen und Chancen für ein aktives Alter anhand von aktuellen Daten dargestellt. Als Basis dienen geriatrische (altersmedizinische) Untersuchungen von älteren und hochaltrigen Menschen, die biografische,

körperliche, geistige und seelische Merkmale von gesunden, kranken und gebrechlichen Personen vergleichen und Ursachen benennen. Es werden sich daraus ergebende, praktische Anforderungen an die medizinische Versorgung im 21. Jahrhundert diskutiert und es wird die persönliche Auseinandersetzung mit dem Älterwerden angesprochen.

Impulsreferat 3b: (Wie) sollen wir die Umwelt als Beitrag zum gesunden Altern anpassen?

Dr. rer. nat. Ulrike Dapp
Forschung Albertinen-Haus

In diesem Impulsreferat 3b wird die verhaltenspräventive Ebene des Impulsreferats 3a ergänzt um die verhältnispräventive Ebene. Im Zentrum steht die Einflussnahme auf Gesundheit und Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen und Umwelt von Personen durch die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Angebote.

Gesundheitsförderliche Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter haben sich auf kommunaler Ebene gut entwickelt. Anders sieht die Situation für ältere Menschen aus. Für die Erreichung gesundheitsfördernder Ziele wie die stärkere Teilhabe älterer Menschen, die Stärkung der Selbstständigkeit älterer Menschen sowie das Ermöglichen des Verbleibs in der eigenen Wohnung gibt es Verbesserungspotenziale. Eine repräsentative Bestandsaufnahme zur seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene (BZgA, 2007) zeigt hierzu Hindernisse und Schwierigkeiten aus Sicht der Kommunen auf:

- Was muss ich über Gesundheitsförderung und Prävention im Alter wissen?
- Wie wird die Zielgruppe identifiziert und wo finde ich Daten über sie?
- Wie verschaffe ich mir einen Überblick über Bedarfe und Angebote?
- Wie finde ich Kooperationspartner?

Diesen Fragen (Stolpersteinen) werden im Forum 3 Antworten (Sprungbretter) in Form von Beispielen aus Hamburg gegenüber gestellt wie z. B.:

- CD-ROM-basierte Arbeitshilfen „Mehr Gesundheit im Alter“
- Repräsentative Befragungen zu Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen z. B. über:
    - Longitudinale Urbane Cohorten-Alters-Studie LUCAS in Hamburg (gefördert vom BMBF),
    - Instrumente zur Schaffung von Transparenz über die vielfältige Akteurslandschaft,
    - bezirkliche Gesundheits- und Pflegekonferenzen /kommunal koordinierte Arbeitskreise.

Forum 4: Psychosoziale Gesundheit fördern – auch im Alter!

Moderation: *Tania-Aletta Schmidt*, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Alter, Armut, Gesundheit – Tatsachen erfordern Taten

Dr. Antje Richter-Kornweitz
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

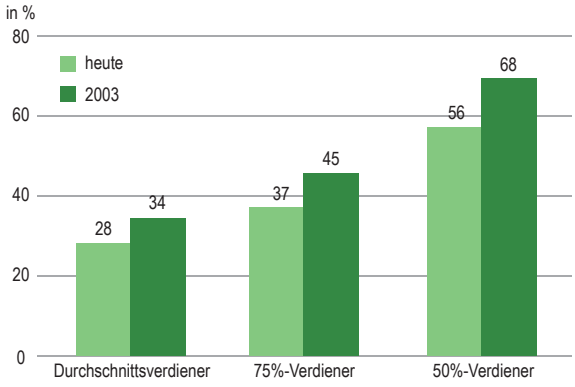
Wie präsent ist Armut im Alter, wer ist besonders vom Armutsrisiko betroffen und wie stellt sich die zukünftige Entwicklung dar? Neben der materiellen Lage wirken sich entscheidend die Wohnsituation, die soziale Einbindung oder auch die subjektive Wahrnehmung der Armut aus. Die meist erhöhten Belastungen bei gleichzeitigem Mangel an Ressourcen beeinflussen den Gesundheitszustand erheblich.

Ist Armut im Alter mittlerweile wieder ein Thema? Die Meinungen darüber gehen noch auseinander, doch für die Statistik ist diese Frage bereits entschieden. Die Armut bei Älteren ist in Deutschland ebenso präsent wie die in der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2008 lag die Armutsrate der über 65 Jährigen bei 15 % und war damit ebenso hoch wie die Armutsquote der deutschen Gesamtbevölkerung (Eurostat PM 2010, Joint Report 2010). Für Frauen (20 %) war das Risiko im Jahr 2007 höher als für Männer (14 %) in dieser Altersgruppe. Weitere Angaben zur sozialen Lage der Älteren in Deutschland lassen sich den Rentenhöhen und den Zahlen zur Grundsicherung entnehmen. Die Grundsicherung im Alter umfasst den Regelsatz sowie die Kosten für Unterkunft und Heizung, eventuell anfallende Beiträge für Kranken- und Pflegekasse und Mehrbedarf. Die durchschnittliche Versichertenrente lag 2006 für Frauen bei 519 Euro, für Männer bei 964 Euro (Destatis Datenreport 2008). Leistungen in Form von Grundsicherung bezogen 2007 in Deutschland 2,4 % (371 000) aller über 64 Jährigen; davon 2,8 % der Frauen und 1,9 % der Männer im Rentenalter. Die Höhe der Grundsicherung im Alter lag in der Bundesrepublik Deutschland 2006 bei Personen im Alter von 65 plus bei durchschnittlich 607 Euro Bruttobedarf. Davon wird das anzurechnende Einkommen von durchschnittlich 274 Euro abgezogen. Der Nettoanspruch lag 2006 in dieser Altersgruppe bei 433 Euro (Informationsdienst für Altersfragen 2009).

Einkommen der Älteren in Niedersachsen

Im Jahr 2008 erhielten in Niedersachsen 42 444 über 64 Jährige die Grundsicherung im Alter. Insgesamt lebten im Jahr 2009 hier 12 % der Rentnerinnen und Rentner sowie der Pensionärinnen und Pensionäre unter der Armutsrisikogrenze von 60 % des durchschnittlichen Nettoeinkommens sowie 14,6 % der niedersächsischen Gesamtbevölkerung (LSKN 2010a, LSKN 2010b). Das verfügbare Einkommen pro Kopf der Gesamtbevölkerung lag im Jahr 2007 in Niedersachsen bei durchschnittlich 1 474 Euro/Monat (3,9 % unter Bundesdurchschnitt). Das niedrigste Einkommen der privaten Haushalte war mit 1 401 Euro in der Region Weser-Ems verfügbar, das höchste Einkommen in der Region Lüneburg. Größere Unterschiede bestehen außerdem auf Kreisebene, wobei mit monatlich verfügbaren 1 273 Euro der Landkreis Aurich am unteren Ende der Skala steht; gefolgt von Wittmund mit 1 297 Euro und dem Emsland mit 1 304 Euro. Die höchsten Einkommen stehen im Landkreis Verden (1 653 Euro) in Celle (1 684 Euro) und in Harburg (1 825 Euro) zur Verfügung (LSKN 2010b). Interessant ist ein Blick auf die Streuung der Einkommen nach Altersgruppen:

- Etwa ein Viertel der über 59 Jährigen Bevölkerung verfügt über ein monatliches Nettoeinkommen von mehr als 1 500 Euro.
- Fast die Hälfte dieser Altersgruppe hat monatlich zwischen 700 und 1 500 Euro.
- Ein monatliches Nettoeinkommen von unter 700 Euro hat das restliche Viertel der über 59 Jährigen.



Erforderliche Anzahl an Beitragsjahren zur Deckung des Grundsicherungsbedarfs (hier: 684 Euro) mit der Nettorente (Single, nach heutigen Werten) (Quelle: Steffens 2008)

Psychosoziale Gesundheit auch im gebrechlichen Alter? Aspekte präventiver Hausbesuche im Rahmen der Longitudinalen Urbanen Cohorten-Alters-Studie (LUCAS, 2007-2010)

Franz Pröfener
Hamburgische Pflegegesellschaft LUCAS

Hintergrund

LUCAS ist ein interdisziplinärer Forschungsverbund zum Älterwerden in Hamburg. Ein für den differenzierten Begriff des kompetenten und gesunden Älterwerdens bedeutender Anteil (> 25 %) der LUCAS-Langzeitkohorte ist 2007 mittels Selbstausfüllerbögen als gebrechlich (FRAIL) eingeschätzt worden. Von Interesse sind jene trotz, vielleicht wegen Einbußen (ohne Pflegebedürftigkeit) in Hamburg kreativ-selbstständig zu Hause lebenden Personen. Zu untersuchen sind gesundheitliche, psychologische, soziale und stadträumliche Aspekte eines mehr oder weniger erfolgreichen Alterns.

Methoden

Die Rekrutierung der LUCAS-Startkohorte, 3 326 ältere Bürger, erfolgte 2001 über Hamburger Hausarztpraxen mit den Einschlusskriterien Mindestalter 60 Jahre, keine Pflegebedürftigkeit, keine demenziellen Erkrankungen. 2007 erschloss LUCAS Teilprojekt 1 noch lebende Personen als Langzeitkohorte. In Teilprojekt 5 wurden 2008 – nach Pretests – aus einer randomisiert gezogenen Stichprobe 65 Personen, 69-94 Jahre alt, vorwiegend weiblich und zu Hause allein lebend, besucht - das waren 15 % aller 2007 als FRAIL eingestufte Studienteilnehmende. Sie wurde befragt nach Aktivitäten des täglichen Lebens, nach ihrer sozialräumlichen Situation, nach Lebenszufriedenheit, Ernährungsverhalten, Schmerzen und Mobilität, nach Sinnesleistung, körperlicher und kognitiver Leistungsfähigkeit, nach lebensgeschichtlichen Stressoren, Erkrankungen, Medikamentenkonsum u.a.m.

Ergebnisse/Folgerungen

Hausbesuche bei gebrechlichen älteren Personen könnten durch Erfassung von Ressourcen, Präventions- und Rehabilitationspotenzialen sowie Unterstützungsbedarfen eine weitgehend selbstständige Lebensführung unterstützen. Ein multidimensionales Assessment gibt Einblick in die Lebenssituation der besuchten Seniorinnen und Senioren.

Diese zeigen sich (vor dem Hintergrund chronischer Erkrankungen) als FRAIL u. a. aufgrund nachlassender körperlicher Kraft, (noch) nicht aufgrund ungewollten Gewichtsverlustes. Fehlende Kraft kann oft noch ersetzt werden durch zunehmenden Einsatz „urbanisierter Weisheit“: das heißt im selten barrierefreien, aber lange vertrauten Wohnungsumfeld und Dank zumeist guter nahräumlicher Versorgung oder doch entlastender städtischer Infrastrukturen tragen die verbliebenen Fähigkeiten dieser Seniorinnen und Senioren, kluge Kompensationstechniken und ein zumeist familiär-nachbarschaftliches, oft von hauswirtschaftlicher Dienstleistung flankiertes Hilfenarrangement (Intimität auf Distanz) zum (vize-)erfolgreichen, relativ gesunden Alltag bei.

Gefährdet wird dieser durch Informations- und Motivationsdefizite bei Beratungs- (familiäre Krisen) und Trainingsbedarf (Sturzneigung), bisweilen auch durch monetäre Grenzen der Alltagsgestaltung, nicht selten des ansonsten überaus verantwortungsbewussten Gesundheitsverhaltens. Die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren wird insbesondere vermindert durch nicht zufriedenstellende oder nicht konsequent befolgte Behandlung andauernder Schmerzen. Zudem erscheinen (bei Distanzempfindlichkeit oder Unsicherheitsempfinden) Angebote, die die außerhäusliche Mobilität (Einkäufe, Ausflüge, Theater) unterstützen (z. B. ehrenamtliche Assistenzen, haushaltsnahe Dienstleistungen ambulanter Pflege) als noch nicht ausreichend zugänglich. Auch bei uneingeschränkter Mobilität, selbst bei vereinzelt beklagter Isolation, erscheinen alternsbezogene Angebote (Seniorentreffs, Kirchgang) als selten bedürfnisgerecht.

Diskussion

Für den Austausch wurden vorab Fragen aufgeworfen, anhand derer im weiteren Verlauf des Forum diskutiert wurde:

- Wie können Teilhabechancen ermöglicht werden?
- Was funktioniert vor Ort bereits gut (eigene Erfahrungen der Teilnehmenden)?
- Welche weiteren Rahmenbedingungen/Voraussetzungen sind noch notwendig (um soziale Teilhabe zu ermöglichen)?

Im Anschluss an die Vorträge wurden zunächst direkte Fragen gestellt und Anmerkungen insbesondere zur LUCAS-Studie abgegeben. So wurde danach gefragt, welche Personen bezüglich des sozioökonomischen Status in die Studie einbezogen wurden und inwieweit Menschen mit einem geringeren sozioökonomischen Status erreicht wurden. Es wurde darauf hingewiesen, dass diese Zielgruppe eher nicht Teilnehmende der Studie waren.

Aufgrund der Aussage, dass insbesondere Begleit- und Unterstützungsdienste nachgefragt werden, entwickelten sich Fragen und Diskussionen um das Thema Begleitdienste:

- Bietet z. B. der Hamburger Verkehrsverbund Begleitdienste an?
- Wie erfahren Menschen von diesen Begleitdiensten? Diskutiert wurden auch kurz Möglichkeiten und Grenzen von entsprechender Öffentlichkeitsarbeit.
- Gefragt wurde, ob und wie benachteiligte Menschen erreicht wurden. Betont wurde die Notwendigkeit einer zielgruppengerechten und aufsuchenden Information.
- Angemerkt wurde, dass kleinere Dienstleistungen oftmals in der Familie erbracht werden und dass ergänzend Pflegeleistungen abgerufen werden (sofern dies notwendig ist).
- Diskutiert wurde auch, dass die Inanspruchnahme von Leistungen möglicherweise mit dem Rollenverständnis der betroffenen Person zusammenhänge.
- Weiterhin wurde angemerkt, dass Selbstbestimmung auch von den finanziellen Möglichkeiten abhänge.

Zum Thema Armut und Gesundheit wurde in der Diskussion nochmals auf den Zusammenhang von Sterblichkeit und sozialer Lage hingewiesen. Kontrovers diskutiert wurde in diesem Zusammenhang das Thema Rentenversicherung. Festzuhalten ist aus dieser Diskussion, dass das Thema Rente nicht zu einem Gegeneinander der Generationen führen dürfe, sondern gemeinsam diskutiert und als Aufgabe für alle begriffen werden solle, da es verschiedene Lösungsansätze gebe.

Markt der Möglichkeiten

Institutionen auf dem Markt der Möglichkeiten

Auf dem Markt der Möglichkeiten stellten sich unterschiedliche Institutionen mit ihren Angeboten und Projekten zum Thema „Soziale Teilhabe als Beitrag zum gesunden Altern“ vor:

- Albertinen-Akademie/Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Hamburg e. V. (AWO)
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Diakonieverein Vormundschaften und Betreuungen e. V.
- Hamburger Inline Skating Schule e. V. (HIS)
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
- Die Informations- und Kontaktstelle Aktiver Ruhe-Stand e. V. (I.K.A.R.U.S.)
- Türkische Gemeinde Hamburg und Umgebung e. V. (TGH)

Kontaktdaten

Adler, Henrike
Hamburger Inline-Skating-Schule e. V.
Förderverein am Fachbereich Bewegungswissenschaft
Universität Hamburg
Tel.: 040 428383605
E-Mail: henrike.adler@uni-hamburg.de

Dr. med. Anders, Jennifer
Forschung Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg
Tel.: 040 5581-1682
E-Mail: forschung@albertinen.de

Beyer, Annette
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Projekt SAĞLIK
Fakultät Wirtschaft & Soziales - Department Soziale Arbeit
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)
Tel.: 040 42875-7082
E-Mail: annette.beyer@haw-hamburg.de

Borkel, Anette
stellv. Vorsitzende
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V./Hamburger Volkshochschule
Hamburger Volkshochschule
Tel.: 040 42841-2771
E-Mail: a.borkel@vhs-hamburg.de

Czerlitzki, Christine
Wandsbeker Gesundheits- und Pflegekonferenz
Tel.: 0152 07643213
E-Mail: ChristineCzerlitzki@gmx.net

Dr. rer. nat. Dapp, Ulrike
Forschung Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg
Tel.: 040 5581-1871
E-Mail: forschung@albertinen.de

Prof. Dr. Dr. Dörner, Klaus
Tel.: 040 46774042

Esser, Hildegard
Leiterin des Amts für Gesundheit
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)
Tel.: 040 42837-2715
E-Mail: hildegard.esser@bsg.hamburg.de

Hoffmann, Kerstin
Referentin Öffentlichkeitsarbeit/Fundraising
AWO Landesverband Hamburg e. V.
Tel.: 040 41402340
E-Mail: Kerstin.Hoffmann@awo-hamburg.de

Hofrichter, Petra
Referentin für Gesundheitsförderung und soziale Lage
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Tel.: 040 636477-91
E-Mail: petra.hofrichter@hag-gesundheit.de

Gauler, Katrin
Referat Breitensportentwicklung
Hamburger Sportbund e. V.
Tel.: 040 41908-225
E-Mail: k.gauler@hamburger-sportbund.de

Kalinowski, Karina
wissenschaftliche Mitarbeiterin/Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Tel.: 040 6322220

Karotki, Ingrid
Diakonieverein Vormundschaften und Betreuungen e. V.
Betreuungsverein für den Hamburger Westen
Tel.: 040 879716-13
E-Mail: karotki@diakonie-blankenese.de

Dr. Köster, Monika
Ref. 2-21, Fachdatenbanken/Marktanalysen
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Tel.: 0221 8992-345
E-Mail: monika.koester@bzga.de

Krolak, Frank
Leiter der Abteilung Sozialmanagement
Altonaer Bau- und Sparverein eG
Tel.: 040 389010-179
E-Mail: fkrolak@altoba.de

Prof. Dr. Dr. Lehr, Ursula
Bundesministerin a. D.
Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg
Vorsitz Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)
Tel.: 0228 352849
E-Mail: ursula.lehr@t-online.de

Lüders, Inge
Vorsitzende Landes-Seniorenbeirat Hamburg
Tel.: 040 64789455
E-Mail: inge.lueders@lsb-hamburg.de

Paehlke, Anja
Ansprechpartnerin Potenziale des Alters
Leiterin der Akademie BegegnungsCentrum Haus im Park Hamburg Bergedorf
Körber-Stiftung
Tel.: 040 808192-168
E-Mail: paehlke@koerber-stiftung.de

Paetow, Brigitte
Vorsitzende Landes-Seniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Tel.: 038 55557970
E-Mail: lsb@landesseniorenbeiratmv.de

Pröfener, Franz
LUCAS-Altersforschung
Hamburgische Pflegegesellschaft, Qualitätsentwicklung, Pflege- und Alternsforschung
Tel.: 040 23808788
E-Mail: franz.proefener@hpg-ev.de

Prof. Dr. med. von Renteln-Kruse, Wolfgang
Geriatrische Forschungsabteilung Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Medizinisch-Geriatrische Klinik
Tel.: 040 5581-0

Dr. Richter-Kornweitz, Antje
Fachreferentin/Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Tel.: 0511 3881189-33
E-Mail: antje.richter@gesundheit-nds.de

Sannemann, Wiebke
Referentin für Gesundheitsförderung
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Tel.: 040 636477-95
E-Mail: wiebke.sannemann@hag-gesundheit.de

Schmidt, Tania-Aletta
Fachreferentin/ Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Tel.: 0511 3881189-7
E-Mail: tania.schmidt@gesundheit-nds.de

Schröder, Petra
Fachamt Sozialraummanagement
Bezirksamt Hamburg-Nord
Tel.: 040 42804-2676
E-Mail: Petra.Schroeder@hamburg-nord.hamburg.de

Stender, Klaus-Peter
Leiter der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)
Tel.: 040 42837-2216
E-Mail: Klaus-Peter.Stender@bsg.hamburg.de

Warnholtz, Sylke
Die Informations- und Kontaktstelle Aktiver Ruhe-Stand – I.K.A.R.U.S. e. V.
Tel.: 040 335408
E-Mail: ikarus-wegweiser@gmx.de

Zimmermann, Ines
Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)
Tel.: 040 42837-2246
E-Mail: ines.zimmermann@bsg.hamburg.de