

Den Alltag im Stadtteil bewegen – Potenziale der Bewegungsförderung im Alter

Mittwoch, 26. Oktober 2011
9.30 Uhr – 15.30 Uhr

Nachbarschaftshaus Urbanstraße e.V.
Urbanstraße 21, 10961 Berlin



© matchka, pixelio



© Bardewyk, pixelio



**Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.**
Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung



GesundeStadtBerlin



Editorial	3
Eröffnung und Begrüßung	
Dr. Katharina Graffmann-Weschke, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse	4
Wissenschaftliche Impulse	
Bewegung und Teilhabe fördern: Anforderungen an das Wohnumfeld	
Dr. Birgit Wolter, Institut für Gerontologische Forschung e.V., Berlin	6
Nicht nur für uns, sondern mit uns! Partizipation als Erfolgsfaktor der Gesundheitsförderung im Alter	
Dr. Susanne Kümpers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.....	13
Workshop-Runde	
Workshop 1: Den Stadtteil in Bewegung bringen	
Stadtteilbegehung – Den Stadtteil mit den Augen Älterer sehen	
Nicole Tempel, Zentrum für Bewegungsförderung Bremen	23
Den Alltag bewegen durch angeleitete Spaziergangsgruppen	
Stefan Pospiech, Zentrum für Bewegungsförderung Berlin	26
Schöneberg bewegt sich	
Michael Häfelinger/Verena Kupilas, Berliner Institut für Public Health.....	29
Diskussion	31
Workshop 2: Bewegungsräume im Stadtteil gestalten	
Seniorenaktivplätze	
Katja Sotzmann, Landessportbund Berlin.....	33
Bewegungsparcours Gropiusmeile	
Heike Thöne, Quartiersmanagement Lipschitzallee/Gropiusstadt.....	35
Diskussion	37
Workshop 3: Sicherheit in den Alltag bringen: Sturzprävention wirkt	
Wirksame Sturzprävention im ambulanten Bereich	
Bettina Schubert, AOK Nordost Marion Welz, Villa Albrecht, DRK Landesverband, Berliner Rotes Kreuz e.V.	39
Trommeln für das innere und äußere Gleichgewicht	
Ricarda Raabe, ajb GmbH Selbsthilfezentrum Eigeninitiative	42
Diskussion	44
Literaturnachweis	45
Bildnachweise	46
Impressum	47

Editorial

Ein grüner Park in der Nähe, der zum gemeinsamen Spaziergehen einlädt, ein Sportverein mit altersgerechten Bewegungsangeboten, das Stadtteilzentrum, in dem neben sozialen Aktivitäten auch Angebote zur Sturzprävention angeboten werden: All dies sind Beispiele, die dazu einladen den Alltag aktiv zu gestalten. Bietet der Stadtteil vielfältige Möglichkeiten dazu, ist es wahrscheinlicher, dass ältere Menschen sich bis ins hohe Alter regelmäßig bewegen.

Bewegungsförderung ist eines der zentralen Handlungsfelder in der Prävention und Gesundheitsförderung. Die nachgewiesenen gesundheitlichen Effekte von regelmäßiger Bewegung sind vielfältig: Unter anderem kann Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes vorgebeugt, das Sturzrisiko gesenkt und Mobilität erhalten oder verbessert werden. Regelmäßige körperliche Aktivität bewegt jedoch nicht nur den Körper, sondern auch den Geist, beispielsweise indem das Gehirn aktiviert oder die Stimmung verbessert wird.

Vieles spricht für eine bewegungsförderliche Gestaltung des Stadtteils. Der Stadtteil stellt insbesondere im fortgeschrittenen Alter oder bei bestehenden Mobilitätseinschränkungen die zentrale Lebenswelt älterer Menschen dar. Zugleich bildet die gesundheitsförderliche Entwicklung der Lebenswelt Stadtteil einen diskriminierungsfreien Zugang zu Menschen in schwierigen Lebenssituationen. Ein Blick auf den Schichtgradienten im Bewegungsverhalten zeigt, wie wichtig die zielgruppenorientierte Ansprache ist. Beispielsweise sind Männer mit hohem sozialem Status zu knapp 40 Prozent sportlich inaktiv, in der Gruppe mit niedrigem sozialem Status sind es hingegen 65 Prozent. Diese haben ein besonderes Potenzial, von Bewegungsförderung zu profitieren.

Im Stadtteil ist eine Vielzahl von Akteuren vereint, die zusammen lokale Strategien der Bewegungsförderung im Alter planen und umsetzen können. Dazu bedarf es einer gemeinsamen Orientierung im Sinne von integrierten Handlungskonzepten. So können die eigenständigen Ziele und Aufgabenstellungen der Einrichtungen und Akteure im Stadtteil koordiniert werden. Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin bietet eine landesweite Plattform, damit kommunale Lernprozesse angeregt, lokale Lösungen entwickelt und gute Beispiele übertragbar werden.

Land, Kommunen und Krankenkassen können gemeinsam Ressourcen für die sozillagenbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil erfolgreich bündeln. Der Fachtag „Den Alltag im Stadtteil bewegen – Potenziale der Bewegungsförderung im Alter“ wurde daher in Kooperation des Zentrums für Bewegungsförderung Berlin mit dem Regionalverbund Berlin des Gesunde-Städte-Netzwerkes sowie der AOK Nordost durchgeführt.

Die vorliegende Dokumentation bildet ein breites Spektrum an erprobten Maßnahmen der Bewegungsförderung im Stadtteil ab. Ein besonderes Augenmerk legen die Beiträge auf die Partizipation der älteren Menschen bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen. Diese ist ein maßgeblicher Erfolgsfaktor für die Akzeptanz der Angebote.

Wir wünschen Ihnen eine anregende und spannende Lektüre.

Zentrum für Bewegungsförderung

Eröffnung und Begrüßung

Dr. Katharina Graffmann-Weschke, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Sehr geehrte Damen und Herren,
Sehr geehrter Herr Mildner-Spindler, lieber Herr Pospiech,

ich freue mich, Sie zu dem heutigen Fachtag „Den Alltag im Stadtteil bewegen – Potenziale der Bewegungsförderung im Alter“ zu begrüßen. „Bewegung“ ist eines der vier großen Präventionsthemen für Krankenkassen. Die AOK bietet zum einen jährlich hunderte Bewegungskurse kostenlos für Versicherte an. Zum anderen werden Angebote im Setting durchgeführt, beispielsweise in Kindertagesstätten, Schulen, Senioreneinrichtungen oder am Arbeitsplatz. Auf diese Weise sollen auch diejenigen Menschen erreicht werden, die von herkömmlichen Angeboten wie Gesundheitskursen oder Fitnessstudios nicht angesprochen werden. Die Erfahrung zeigt jedoch,



Dr. Katharina Graffmann-Weschke

dass viele Menschen dennoch nicht erreicht werden. Als Kranken- bzw. Gesundheitskasse haben wir auch ein wirtschaftliches Interesse daran, durch Förderung eines gesunden Lebensstils die Gesundheit jedes Einzelnen zu unterstützen. Bewegung im Alltag außerhalb der bereits genannten Möglichkeiten zu fördern fällt uns als Krankenkasse schwer, da dies in unseren gesetzlichen Aufgaben nicht beinhaltet ist. Dafür gibt es andere Professionelle oder Möglichkeiten und die AOK Nordost ist begeistert, wie beispielsweise die Organisation von ehrenamtlichen Spaziergangsgruppen Menschen aktiv zusammenbringen kann. Eine Verknüpfung der gemeinsamen Möglichkeiten im Rahmen der heutigen Veranstaltung sehen wir daher als sinnvolle Ergänzung.

Stürze und die Angst vor Stürzen sind ein zentrales Problem im Alter. Aus dem gemeinsam mit dem Zentrum für Bewegungsförderung entwickelten Leitfaden „Schritt für Schritt zu mehr Gesundheit im Alter – Ein Leitfaden zum Aufbau von begleiteten Spaziergangsgruppen und zur Initiierung

von Trainingsgruppen zur Sturzprävention im Stadtteil“ (S.14) zitiere ich folgende Worte:

„Ein Drittel der älteren Menschen ab 65 Jahren stürzen mindestens einmal pro Jahr, bei den Hochbetagten ab 80 Jahren ist es sogar die Hälfte. Auf die deutsche Bevölkerung bezogen entspricht dies schätzungsweise mindestens fünf Millionen Menschen. Jeder fünfte bis zehnte Sturz führt dabei zu Verletzungen und der größte Teil der Unfälle (80 Prozent) älterer Menschen mit folgenschweren Verletzungen sind sturzbedingt. Die Folgen von Stürzen können weitreichend sein, besonders bei Hüftfrakturen: Jeder oder jede Dritte mit einer Hüftfraktur erlangt den ursprünglichen Gesundheitszustand nicht zurück und ein Fünftel kommt in ein Pflegeheim. Etwa 30 Prozent der älteren Menschen sterben innerhalb eines Jahres nach einer Hüftfraktur.“

Stürze sind jedoch kein „Schicksal“, sondern Stürzen und sturzbedingten Verletzungen kann entgegengewirkt werden. Das Programm der AOK Nordost zur wirksamen Sturzprävention schult und unterstützt Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Einrichtungen bei der eigenverantwortlichen Durchführung von Trainingsgruppen zur Sturzprävention. Ziel ist die Verringerung des Sturzrisikos und die Erhaltung der Mobilität. Die Übungseinheiten beruhen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen des Geriatriischen Zentrums in Ulm, dem sogenannten „Ulmer Modell“. Neben der Vermeidung von Stürzen und deren Folgen ist ein weiteres entscheidendes Argument für gemeinsam in der Gruppe durchgeführte Sturzprävention der Erhalt von Teilhabe im Alltag. Wie dies durch regelmäßiges Kraft- und Balancetraining ermöglicht werden kann erfahren Sie in Workshop 3.

Im Rahmen des Programms der AOK Nordost zur stationären Sturzprävention wurden seit 2006 bereits 954 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer eigenverantwortlichen Umsetzung von Trainingsgruppen geschult. Dadurch konnte in 296



Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern Sturzprävention durchgeführt werden. Evaluationen lassen abschätzen, dass durch diese Maßnahmen in Berlin rund 15 hüftnahe Frakturen und 27 Krankenhaus-Einweisungen vermieden werden konnten. Durch bezirkliche Vermittlungen der verantwortlichen Stadträtinnen und Stadträte konnten Kontakte zu Berliner Senioreneinrichtungen hergestellt werden. Angebote zur ambulanten Sturzprävention unterstützen wir seit 2009 in 37 Einrichtungen. Teilnehmende Seniorinnen und Senioren sind Besucher und Besucherinnen von Begegnungsstätten, Tagespflegeeinrichtungen und Kirchengemeinden.

Im Vordergrund des Angebots zur Sturzprävention stehen nicht alleine das Bewegen an sich, sondern vor allem auch das gesellige Beisammensein, die Möglichkeiten sich auszutauschen und damit ein besonderes Maß an Lebensqualität. Dies wünsche ich uns auch für die heutige Veranstaltung.

*Hinweis:
Dr. Birgit Wolter wurde am Veranstaltungstag von Thorsten Stellmacher, Informations- und Auskunftssystem Mobidat der Albatros Barrierefrei Leben gGmbH, vertreten.*

Wissenschaftliche Impulse

Bewegung und Teilhabe fördern: Anforderungen an das Wohnumfeld

Dr. Birgit Wolter, Institut für Gerontologische Forschung e.V., Berlin

Einleitung

„Langsam durch belebte Straßen zu gehen, ist ein besonderes Vergnügen. Man wird überspült von der Eile der anderen, es ist ein Bad in der Brandung. Aber meine lieben Berliner Mitbürger machen einem das nicht leicht, wenn man ihnen auch noch so geschickt ausbiegt. Ich bekomme immer misstrauische Blicke ab, wenn ich versuche zwischen den Geschäftigen zu flanieren...“

(Hessel, 2011, S.19).

Qualität der Bewegung hängen nicht nur von dem individuellen Vermögen ab, sondern auch von den räumlichen und sozialen Gegebenheiten, innerhalb derer man sich bewegt. Wie muss die räumliche und soziale Umwelt beschaffen sein, damit Bewegung (oder Beweglichkeit) und soziale Teilhabe eines jeden Menschen gefördert werden? Vor diesem Hintergrund stehen die Anforderungen an das Wohnumfeld.

Bewegung ist, unabhängig vom Alter, eine grundlegende Bedingung der physischen und psychischen Gesundheit. Das bekannte Sprichwort „wer rastet, der rostet“ meint nicht nur das „Rosten“ der Gelenke, sondern auch das Ein- oder Verrosten des Denkens und des Bewusstseins. Regelmäßige Bewegung wirkt präventiv gegen zahlreiche Alterserkrankungen, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes oder Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Außerdem stellt Bewegung die einfachste (und kostengünstigste) Form der Sturzprophylaxe dar.

Dabei kommt es gar nicht darauf an „Hochleistungssport“ zu treiben. Viel wichtiger ist die mäßige, aber regelmäßige Bewegung. Diese Form der Bewegung ist eine Art „Alltagsbewegung“ oder „Alltagsmobilität“. Sie ist der Weg zum nächsten Supermarkt, das Gassigehen mit dem Dackel, die Begleitung der Enkelkinder auf den Spielplatz oder der Spaziergang um den Block. Diese Formen der Alltagsbewegung fördern nicht nur die Gesundheit, sie erfüllen auch weitere, sehr zentrale Aufgaben: Sie sind eine Bedingung für ein selbstständiges Leben im Alter und für die Teilhabe am sozialen, öffentlichen Leben. Wer aus der Tür geht, trifft die Nachbarinnen und Nachbarn, sieht, was im Quartier vor sich geht, hört die neuesten Gerüchte, kann sich gemeinsam mit anderen über die Politik ärgern etc. Zugleich kann man



© Günter Havlena, pixello

Dieses Zitat stammt aus dem Buch „Spazieren in Berlin“, in dem Franz Hessel seine Beobachtungen als Spaziergänger durch das Berlin der 20er Jahre notiert. Er beschreibt poetisch die Situation, in der man sich als sich bewegendes Mensch im öffentlichen Raum befindet. Ob langsam, schnell oder sportlich, man wird in jedem Fall mit der Umwelt und den anderen Personen im öffentlichen Raum konfrontiert. Bewegung im öffentlichen Raum ist fast immer auch eine Begegnung mit anderen Menschen und eine Gelegenheit für soziale Teilhabe und Austausch. Soziale Teilhabe und Bewegung bedingen sich gewissermaßen gegenseitig. Die Möglichkeit sich zu bewegen und die

seinen Bekannten von den alltäglichen Sorgen und Nöten berichten, Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags suchen oder Anderen Hilfe anbieten. Die Teilnahme am öffentlichen Leben im Quartier hat einen wesentlichen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit und die Selbstwirksamkeit.

Es sollte hierbei nicht der Eindruck entstehen, Sport sei überflüssig oder nicht förderungswürdig. Natürlich ist sportliche Bewegung in jedem Alter wünschens- und förderungswert. Joggen im Park, Aquafitness in der Schwimmhalle oder Wandern im Umland sind gesundheitsfördernde Aktivitäten, die jede Unterstützung verdienen. Im Gegensatz zur „Alltagsbewegung“ werden diese Unternehmungen meistens bewusst geplant, man verabredet sich mit Anderen, schließt sich einer Gruppe an oder sucht einen besonderen Ort auf. Menschen, die auf diese Weise aktiv sind, zeichnen sich häufig auch in ihrem Alltag durch eine Mobilität und Vernetzung aus. Sie haben Freunde und Zugang zu Informationen, über die sie von den Aktivitäten erfahren.

Die Teilnahme an Sport- und Bewegungsangeboten ist daher gerade für die Zielgruppe der älteren Menschen, die bislang wenig aktiv sind, von großem Interesse. Damit im Sinne eines langfristigen Zieles auch diese Zielgruppen entsprechende Angebote wahrnehmen und in größere soziale Netzwerke und Aktivitäten eingebunden werden können, muss der Zugang niedrigschwellig sein und an die Lebenswelt der Zielgruppe anknüpfen. Erleichtert wird diese Strategie, wenn Bewegung bereits ein Teil des individuellen Alltags ist.

Der Blick richtet sich im Folgenden daher vor allem auf die Förderung der Alltagsbeweglichkeit und die daraus abgeleitete Anforderung an die räumliche Umwelt. Das heißt, es geht um die alltäglichen Gänge außer Haus, die für viele Menschen mit zunehmendem Alter erst beschwerlicher, dann seltener und schließlich in nicht wenigen Fällen zur Ausnahme werden. Die Folge solcher Immobilität ist häufig eine Vereinsamung in der eigenen Wohnung, vor allem, wenn vielleicht auch noch langjährige Nachbarinnen und Nachbar ausziehen oder gar der Partnerinnen und Partner stirbt. Der Kontakt zur Welt erfolgt nicht selten fast ausschließlich durch den Fernseher (oder inzwischen natürlich auch durch den Computer). Und, da

brauchen wir uns nichts vormachen, es ist ja auch bequemer! Die eigene Wohnung ist meistens warm und gemütlich, der Fernsehsessel steht an der richtigen Stelle, man braucht sich nicht über seine Mitmenschen oder die BVG zu ärgern...



© Capgras, sxc

...und plötzlich erscheint die Welt da draußen fremd, nicht mehr vertraut. Vielleicht wurde die Haltestelle, an der man immer in den Bus gestiegen ist, verlegt. Der alte Bäcker hat seinen Laden aufgegeben. Die Lieblingsbank im Park steht nicht mehr an ihrer Stelle. Dazu kommen die Schmerzen in der Hüfte, die Unsicherheit im Gang, leichte Schwindelattacken... und langsam zieht man sich aus dem öffentlichen Raum zurück.

Zum Glück erfreuen sich sehr viele Menschen bis ins hohe Alter bester Gesundheit, sind mobil und bestreiten aktiv ihren Alltag. Allerdings bedarf es für diese Menschen vielleicht auch nicht unbedingt einer besonderen Förderung der Alltagsbeweglichkeit. Sie können sich besser mit einer Umwelt arrangieren, die sich stetig ändert und manchmal eher bewegungsblockierend als bewegungsfördernd ist. Viele Menschen benötigen mit zunehmendem Alter jedoch starken Willen und Hartnäckigkeit sowie unter Umständen auch die Inkaufnahme von Unbequemlichkeiten, um sich trotz mancher Gebrechen auf den Weg zu machen. Ein Wohnquartier, dessen räumliche Gestaltung bewegungsfördernd und dessen Angebote attraktiv sind, kann hier eine großartige Unterstützung darstellen.

Die Pflicht und die Kür des Wohnumfeldes

Welche Anforderungen stellen sich an ein bewegungsförderndes Wohnumfeld und warum wird hier vor allem das Wohnumfeld betrachtet? Im Alter spielt für die meisten Menschen die eigene Wohnung eine zunehmend wichtige Rolle. Damit wird das umgebende Wohnumfeld, das Quartier, der wesentliche äußere Bezugsraum. Wir wissen, dass sich die sogenannten „Mobilitätskenngrößen“ ab einem Alter von ca. 74 Jahren deutlich verändern: die durchschnittliche Anzahl der Wege nimmt erkennbar ab, die Zeit des Unterwegsseins verkürzt sich ebenso wie die Tagesstrecke um fast ein Viertel im Vergleich zu den Wegen der unter 74-Jährigen. Die Aktionsräume werden enger und konzentrieren sich mit dem Zentrum der eigenen Wohnung bei vielen älteren Menschen auf die nähere Wohnumgebung (Heusinger & Wolter, 2011).



Was sollte von einem guten, bewegungsfördernden Wohnumfeld zu erwarten sein? Ein gutes Wohnumfeld animiert dazu, aus dem Haus zu gehen, sich zu bewegen, am Leben teilzuhaben. Dazu gehören sichere Gehwege und Überwege, angenehme Orte, Plätze oder Grünanlagen, an oder in denen man sich gerne aufhält und verweilt, Annehmlichkeiten, wie Bänke oder nahe Einkaufsmöglichkeiten, und nicht zuletzt eine lebendige, die Sinne anregende Gestaltung. Eine attraktive, schöne Umgebung verführt zu außer-

häuslichen Aktivitäten und fördert das physische und psychische Wohlbefinden.

Wir wissen, dass der Spaziergang im Wohnumfeld für den überwiegenden Teil der älteren Menschen die bevorzugte Freizeitbeschäftigung darstellt. Ein aktivierendes Wohnumfeld kann diese Neigung unterstützen und dadurch die Mobilität fördern und zur Teilhabe am öffentlichen Leben ermutigen. Das Wohnumfeld kann die Bewegung und damit auch die Teilhabe älterer Menschen erschweren oder fördern.

Daher stellen sich folgende Fragen:

- Ist die Bewegung, z.B. der geplante Spaziergang, überhaupt möglich?
 - Kann er sicher und orientiert erfolgen?
- Und schließlich:
- Regt der Raum zum Spazierengehen an, animiert er dazu?
 - Bringt es Spaß, im Wohnumfeld spazieren zu gehen?

Hierbei geht es gewissermaßen um die Pflicht und die Kür, denen sich der öffentliche Raum stellen muss. Damit man sich trotz abnehmender Gesundheit gut im Quartier bewegen kann, muss der öffentliche Raum barrierearm und sicher sein. Das ist gewissermaßen die Grundvoraussetzung, die allen Menschen mit eingeschränkter Mobilität zugute kommt, sei es der Rollstuhlfahrerin, dem Vater mit Kinderwagen oder der älteren Dame mit Rollator. Darüber hinaus sollte der öffentliche Raum aber auch zum Aufenthalt einladen, er sollte komfortabel und anregend sein. Das ist die Kür und sie kommt allen Menschen, unabhängig von ihrer Mobilität, zugute.

Alter und Mobilität

Grundsätzlich lässt sich festhalten:

- sich zu bewegen wird im Alter für viele Menschen beschwerlicher,
- die Anlässe für das Verlassen der Wohnung nehmen im Alter häufig ab und
- das Gefühl von Unsicherheit und Angst vor Übergriffen nimmt mit dem Alter oft zu.

Im Folgenden werden von einigen spezifischen Beeinträchtigungen, unter denen viele Menschen

im Alter – nicht nur im Alter, dann aber häufig mehrfach – leiden, beispielhaft die Anforderungen an die räumliche Umwelt abgeleitet:

1. Abnahme von Beweglichkeit und Kraft: Forderung nach Barrierearmut

Mit zunehmendem Alter nimmt die Beweglichkeit oft ab, man verfügt über weniger Kraft und Ausdauer, wird langsamer und benötigt vielleicht eine Gehhilfe oder einen Rollator. Damit spielt die Barrierearmut eine zentrale Rolle bei der Gestaltung eines Wohnumfeldes. Öffentliche Räume werden nie vollkommen barrierefrei sein, das wäre eine Illusion. Wichtig ist aber, auch mit Mobilitätseinschränkungen vorhandene Barrieren überwinden zu können, z.B. durch

Abbau von Barrieren:

- abgesenkte Bordsteine, Rampen und Rolltreppen, die zusätzlich zu Treppen errichtet werden,
- ausreichend breite Türöffnungen,
- leicht zu öffnende Türen oder Tore.

Gestatten von Langsamkeit:

- ausreichend lange Grünphasen an Ampeln,
- ausreichend lange Türöffnungszeiten von Bussen und Bahnen,
- ausreichend lange Öffnungszeiten von Automattüren in Gebäuden,
- sichere Gehwege und Übergänge durch eine eindeutige Trennung der Verkehrsarten.

Gelegenheit zum Kraftschöpfen:

- Bänke, Stühle, Hocker,
- Griffe, Haltestangen, Gelegenheiten zum Anlehnen.

2. Sinnesbeeinträchtigungen: Anforderung an Lesbarkeit und Hörbarkeit

Auch die Sinneswahrnehmung ist bei manchen Menschen im Alter beeinträchtigt, sei es das Seh- oder das Hörvermögen. Damit entstehen weitere Anforderungen an das räumliche Umfeld.

Lesbarkeit:

- schriftliche Informationen, z.B. Straßenschilder oder Hinweistafeln müssen gut leserlich und verständlich sein,
- räumliche Situationen, z.B. Wegführungen, Stufen oder Raumbegrenzungen (beispielsweise Mauern oder Blumenrabatten) sollten klar gekennzeichnet, übersichtlich und eindeutig sein.

Hörbarkeit:

- akustische Signale sollten deutlich sein und sich nicht überlagern (Bahnhof).

Diese Aspekte beeinflussen zudem maßgeblich die Orientierung im öffentlichen Raum und sind daher auch für die Menschen von besonderer Bedeutung, die fremd an einem Ort sind oder unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden, also beispielsweise einer dementiellen Erkrankung.

3. Angst: Anforderungen an die Sicherheit

Angst und Unsicherheit sind Begleiter vieler älterer Menschen im öffentlichen Raum, in unterschiedlicher Ausprägung: die Angst vor Stürzen, die Angst vor Kriminalität, die Angst vor Hilflosigkeit. Es ist bekannt, dass die Angst vor Kriminalität und Übergriffen sehr häufig eine subjektive Angst ist, die nicht unbedingt auf objektiven Daten beruht. Trotzdem wird diese Angst von den Betroffenen als Realität empfunden und beeinträchtigt ihren Alltag. So geben in manchen Regionen Ostdeutschlands dem Deutschen Alterssurvey (DEAS, 2010) zufolge über 40 Prozent der älteren Frauen an, sich im Dunkeln nicht sicher zu fühlen. Unabhängig von der tatsächlich existierenden Kriminalitätsrate sollte der öffentliche Raum daher nicht nur für alle Menschen, unabhängig von Geschlecht, Alter und Hautfarbe, sicher sein, sondern auch sicher wirken.

Von großer Bedeutung ist bei diesem Punkt der Eindruck, den der öffentliche Raum macht: Gibt es unübersichtliche, dunkle Ecken? Sieht man Spu-



ren von Vandalismus? Wirkt der Ort ungepflegt, liegt Müll herum? All dies signalisiert, dass sich niemand für den Ort verantwortlich fühlt. Dadurch entsteht schnell das Gefühl, dass sich auch niemand kümmern würde, wenn man selbst in Gefahr gerät, stürzt oder hilfebedürftig ist.

Daher sollten:

- öffentliche Orte gepflegt, sauber und im Dunkeln gut beleuchtet sein,
- öffentliche Orte belebt sein: die Erdgeschoßzonen der Gebäude sollten öffentlich genutzt werden, in den Straßen und auf den Plätzen sollten sich Menschen aufhalten,
- potentielle Gefahrenstellen gekennzeichnet sein und beseitigt werden, z.B. Löcher im Bodenbelag oder lose Gehwegplatten.

4. Rückzug aus öffentlichem Leben: Anforderungen an Angebote

Eine weitere Veränderung im Alltag mancher älterer Menschen besteht darin, dass die Anlässe abnehmen, das Haus zu verlassen: man geht nicht mehr zur Arbeit, trifft sich seltener mit Freunden oder gibt die Vereinsmitgliedschaft im Sportverein auf. Vielleicht fühlt man sich zum Teil auch nicht mehr so erwünscht und empfindet sich als Belastung für andere Menschen, die es eiliger haben und vermeintlich wichtiger sind. Darüber hinaus sind manche ältere Menschen nicht in der Lage, mit ihrer begrenzten Rente kommerzielle Angebote wahrzunehmen. Laut der Berliner Zeitung vom 24.10.2011 beziehen nach aktueller Berichterstattung der Sozialverwaltung 10,3 Prozent der Menschen in der Altersgruppe 65+ in Friedrichshain-Kreuzberg Grundsicherung. Eine weitere Forderung an das Wohnumfeld, gerade auch unter dem Aspekt der Teilhabe, lautet daher:

- es sollte ausreichend viele nicht-kommerzielle, zielgruppenübergreifende und niedrigschwellige Angebote im Quartier geben, die im öffentlichen Raum angesiedelt sind. Das beginnt mit der Bank, von der aus man das Treiben auf einem Platz beobachten kann, über eine öffentliche Sportanlage für alle Generationen im Park oder regelmäßige Spaziergangsgruppen bis hin zu Nachbarschaftstreffen und Straßenfesten,
- es sollte „Möglichkeitsräume“ geben, die nicht schon eindeutig definiert und zweckge-

bunden sind oder von bestimmten Gruppen beansprucht werden, sondern die allen Menschen aus der Nachbarschaft für unterschiedliche, nicht kommerzielle Aktivitäten zur Verfügung stehen.

5. Bewegungs(un)lust (1): Anforderung an Annehmlichkeiten und Komfort (Kür)

Während die Barrierearmut, Lesbarkeit und Sicherheit zu den grundlegenden Anforderungen an öffentliche Räume zählen, gehören die attraktiven, niedrigschwelligen Angebote fast schon in den Bereich der Kür, zu den Annehmlichkeiten. Außerdem sollten öffentliche Räume komfortabel sein, d.h.:

- es sollte ausreichend viele (saubere) öffentliche Toiletten geben,
- es sollte Bänke zum Ausruhen und für den gemeinsamen Plausch geben (d.h. nicht nur zum notwendigen Kraftschöpfen, sondern auch zum Niederlassen, Sitzenbleiben und sich Wohlfühlen,
- es sollte Möglichkeiten geben, sich bei Regen geschützt aufhalten zu können,
- es sollte unterschiedliche, interessante und „alltagstaugliche“ gewerbliche Nutzungen in den Erdgeschoßzonen der Häuser geben. Eine benachbarte Nutzung von drei Spielhallen mit verklebten Scheiben, eine Autolackierei oder ein Handyladen gehören nicht in diese Kategorie.



© M. E., pixelio

6. Bewegungs(un)lust (2): Anforderungen an Attraktivität und Verlockung (Kür)

Schließlich sollte der öffentliche Raum attraktiv sein. Niemand kann gezwungen werden, die eigenen vier Wände für einen Spaziergang oder gar sportliche Übungen zu verlassen. Das Wohnumfeld sollte daher so schön und interessant sein, dass es „in den Beinen juckt“ und man das Gefühl hat,

man verpasst etwas, wenn man nicht hinaus geht. Die Attraktivität öffentlicher Räume wird von sämtlichen Kriterien, die bislang aufgezählt wurden, beeinflusst. Darüber hinaus sind Schönheit, Vielfaltigkeit und Lebendigkeit unentbehrlich. Diese werden realisierbar, wenn der öffentliche Raum barrierearm, lesbar, sicher und komfortabel ist. Ein attraktiver öffentlicher Raum entsteht, wenn er sorgfältig gestaltet ist, gepflegt wird und sich die unterschiedlichsten Menschen dem Raum aneignen, ihn (be-)nutzen und so die Stadt mit Leben erfüllen. Daraus leitet sich die letzte Forderung ab, nämlich

- die Förderung von vielfältigen, generationsübergreifenden und interkulturellen Angeboten, mit denen Menschen aller Altersstufen für das öffentliche Leben gewonnen und zur Aneignung des öffentlichen Raumes aufgefordert werden.

Exkurs

Besondere Aufmerksamkeit verdienen vor diesem Hintergrund benachteiligte Wohnquartiere. Ungünstige Bedingungen, wie starker Verkehr, Luftverschmutzungen, wenig Grünflächen, Müll im öffentlichen Raum, tatsächliche oder gefühlte Kriminalität, wenig attraktive oder ungünstig gelegene Angebote, aber auch monotone Bebauung oder einseitige gewerbliche Nutzungen führen dazu, dass man im Alter (nicht nur im Alter) nicht gerne vor die Tür geht.

Zusätzlich können schädliche Umweltbedingungen, wie Smog, Lärm, hohe Ozonbelastung oder starke Temperaturschwankungen gerade im Alter zu körperlichen Belastungen und Stress führen, und damit nicht nur Bewegung verhindern, sondern auch Erkrankungen auslösen. Eine sorgfältige Gestaltung öffentlicher Räume, gezielte Ansiedlungsstrategien für gewerbliche und nicht-gewerbliche Nutzer und die Förderung nachbarschaftlicher Strukturen sollten daher gerade in benachteiligten Quartieren mit großem Engagement betrieben werden. Manchmal besteht ein erster Schritt darin, den öffentlichen Raum für die Bewohnerschaft zurückzuerobern, um ihn dann wieder für Bewegung und Teilhabe nutzen zu können.



Fazit

Die Ziele bewegungsfördernder Stadtgestaltung, gerade auch in benachteiligten Quartieren, sollten daher sein:

- den öffentlichen Raum barrierearm, lesbar und sicher zu gestalten,
- attraktive, niedragschwellige Angebote im Quartier anzusiedeln,
- den Komfort und die Attraktivität des öffentlichen Raumes zu erhöhen,
- Menschen unterschiedlicher Generationen und Kulturen auf die Straße holen,
- Straßen und Nachbarschaften lebendig erhalten, für alle Menschen und
- Gesundheit und soziale Teilhabe älterer Menschen fördern.

Die Gestaltung des öffentlichen Raumes scheint meistens nur schwer beeinflussbar und dem Planungsalltag einer Stadtverwaltung, vor allem der Abteilung für Stadtentwicklung, vorbehalten zu sein. Welche Handlungsmöglichkeiten bestehen für andere Akteure im Quartier?

- Als professionelle Akteure, aber auch als Bürgerinnen und Bürger, sollten Sie eine „humane“ (altersgerechte) Stadtgestaltung einfordern bzw. initiieren, z.B. Verkehrsberuhigungen, schön gestaltete öffentliche Plätze oder angenehme Möblierungen im öffentlichen Raum, denn die Stadt entsteht durch die Menschen, die in ihr leben.

- Lernen Sie die Quartiere Ihrer Zielgruppen kennen, z.B. durch Stadtteilbegehungen, in denen Sie sich einen „touristischen Blick“ gönnen. Lassen Sie sich das Quartier dabei erklären. Vor allem: gehen Sie selbst spazieren. Wer nur mit dem Auto oder der BVG zum Arbeitsplatz fährt, den ganzen Tag im Büro sitzt, weiß nichts über das Quartier und kann andere Menschen nur schwer zu einem bewegten Leben animieren.
- „Bespielen“ Sie mit Ihrer Einrichtung den Außenraum, schaffen Sie neue Angebote im Quartier, bewegen Sie sich und das Wohnumfeld.

Anmerkung zum Schluss

Die Gestaltung des öffentlichen Raumes bildet eine wichtige Strategie zur Förderung von Bewegung und Teilhabe älterer, aber nicht nur älterer,

Menschen im Quartier. Darüber hinaus gibt es aber natürlich weitere wichtige Handlungsfelder. Die WHO Checklist of Essential Features of Agefriendly Cities (siehe Link) listet übersichtlich zahlreiche weitere Kriterien für „altersfreundliche Städte“ auf, wie zum Beispiel Partizipation und Empowerment.

Link: www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf

Kontakt

*Institut für Gerontologische Forschung e.V., Berlin
Dr. Birgit Wolter
Torstraße 178, 10115 Berlin
Tel.: (030) 85 94 908
E-Mail: wolter@igfberlin.de*

Nicht nur für uns, sondern mit uns! – Partizipation als Erfolgsfaktor der Gesundheitsförderung im Alter

Dr. Susanne Kümpers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Einleitung

Die demografischen Entwicklungen lassen einen erhöhten Druck auf die medizinische und pflegerische Versorgung erwarten, während die Zahl der potentiellen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den kommenden Jahrzehnten zurückgeht (Rosenbrock und Gerlinger, 2006). Daraus ergibt sich die Dringlichkeit zweier gesellschaftspolitischer Ziele: die Gesundheit der Älteren zu erhalten sowie ihre Potentiale zu nutzen. Derzeit wird an Strategien gearbeitet, die Potentiale der Älteren in der nachberuflichen Phase besser zu nutzen und das Aufgreifen neuer Aufgaben zu stimulieren, beispielsweise durch neuartige Formen der Freiwilligenarbeit (z.B. EFI – Erfahrungswissen für Initiativen) oder durch generationsspezifische und -übergreifende Modelle kollektiver Alltagsorganisation (z.B. Seniorenwohngemeinschaften, oder das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser²) (Bundesministerium für Familie, 2006; Schelling, 2006). Solche Modelle können dazu beitragen, dass die darin einbezogenen Älteren aktiv bleiben, ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fortsetzen, und dadurch Teilnehmende an reziproken sozialen Netzwerken bleiben bzw. werden.

Teilhabemodelle leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung bzw. zum Erhalt der Potentiale der Selbsthilfe. Dies umfasst gegenseitige Hilfe sowie die Prävention von Einsamkeit, Exklusion und den damit einhergehenden sozialen Folgen. Von allen diesen Faktoren ist nachgewiesen, dass sie die Eintrittswahrscheinlichkeit von v.a. chronischen Erkrankungen senken, bzw. ihre Manifestation verzögern.

Die Entwicklung partizipativer Strukturen ist so ein wichtiger Beitrag zur Primärprävention bzw. Gesundheitsförderung. Andererseits ist (relative) Gesundheit Voraussetzung für Beteiligung. Der



vorliegende Beitrag beleuchtet Wechselwirkungen zwischen Partizipation und Gesundheit insbesondere bei Zielgruppen sozioökonomisch benachteiligter Älterer². Gleichzeitig werden Tendenzen zur Normierung und Wiederverpflichtung Älterer kritisch kommentiert.

Aktives Altern – Gesundes Altern: Altersbilder und ihre Problematik

Aktive Teilhabe entspricht aktuell verbreiteten Altersbildern: Baltes und Baltes (1989) haben ihr bekanntes und anhaltend einflussreiches Modell individuellen erfolgreichen Alterns vorgestellt. Die von ihnen beschriebenen Gestaltungs- und Anpassungsprozesse, die ‚erfolgreiches Altern‘ ermöglichen, werden auch durch Umweltbedingungen gefördert oder behindert. Sinngemäß ähnlich wie Baltes und Baltes (1989) formuliert die WHO den Ansatz des ‚aktiven Alterns‘, als: „den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Ge-

1 www.mehrgenerationenhaeuser.de/coremedia/generator/mgh/de/Startseite.html

2 I.e. ältere Frauen und Männer, deren problematische Lebenslagen sich aus Kombinationen unterschiedlicher Vulnerabilitätsfaktoren wie geringes Einkommen, geringe Bildung, alleine lebend, soziale Isolierung, spezifische Gender-Aspekte, unterschiedliche Migrationshintergründe etc. ergeben.

sundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (World Health Organization, 2002, S.12).

Als ein zentrales Ziel gilt der Erhalt von Autonomie und Unabhängigkeit. Dieses umfassende Konzept schließt ‚gesundes Altern‘ mit ein – und verweist damit gleichzeitig sowohl auf das ganzheitliche Gesundheitsverständnis der WHO als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden, als auch auf ihre Strategien zur Gesundheitsförderung (WHO 1986; 2005).

Altersbilder entstehen und wirken mittels diskursiver, d.h. wissenschaftlicher, politischer, medialer, professioneller Praxis. Sie beeinflussen den gesellschaftlichen ‚Blick‘ auf ältere Menschen, etwa durch Vorstellungen über ‚gutes Altern‘ oder über alte Menschen als Hilfe- und Pflegebedürftige. Damit beeinflussen sie – jeweils zeit-, milieu- und kultur-, also kontextgebunden – spezifische ‚Altershabitus‘ (Köster, 2002) und damit Werthaltungen, Lebensstile, und Muster des Wahrnehmens, Fühlens und Denkens.

Diskurse sind interessengeleitet und mit Macht verbunden; sie werden wesentlich von denen gestaltet, die ‚das Sagen haben‘. Wer über Macht verfügt, kann so auch definieren, „welche Lebensweisen sozial- und gesundheitsverträglich sind und welche nicht“ (Schmidt, 2010, S.57). Altersbilder können so Möglichkeiten des Selbstverständnisses älterer Menschen prägen. Ihren emanzipatorischen Charakter verlieren ‚positive‘ Altersbilder tendenziell dann, wenn sie mit einem differenzierteren Blick auf Potentiale im Alter nicht mehr nur neue Optionen eröffnen, sondern bestimmte Lebensweisen älterer Menschen als normative Leitbilder proklamieren – häufig ohne die konkreten Verwirklichungschancen dabei zu berücksichtigen – und damit die Räume für autonome Lebensgestaltung eher begrenzen. Plakativ sichtbar bleiben die Forderungen an ‚die‘ Älteren. Sie leisten damit einer impliziten (Selbst-) Stigmatisierung denjenigen Vorschub, die hinsichtlich solcher Lebensweisen nicht mithalten können oder wollen.

Beispielsweise reflektiert der Sechste Altenbericht (BMFSFJ, 2010) die Wirkung einseitig normierender Altersbilder, auch mit Blick auf die gegebene Diversität der Lebenslagen im Alter, wiederholt kritisch und warnt, dass die „Betonung der Potentiale des Alters keineswegs immer unschuldig“ (ebd. S. 138) sei. Die Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht (Bundesregierung, 2010) geht hingegen auf Unterschiede zwischen den Lebenslagen im Alter nur am Rande ein und formuliert zugleich Anforderungen an die Älteren umso selbstverständlicher und unverblümt.

Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – sozioökonomische Perspektiven

Die Zusammenhänge zwischen ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen und schlechterer Gesundheit bis ins hohe Alter sind durch viele nationale und internationale Studien – im Hinblick auf Krankheit, Behinderung und Tod – empirisch belegt, und zwar sowohl im Zusammenhang mit



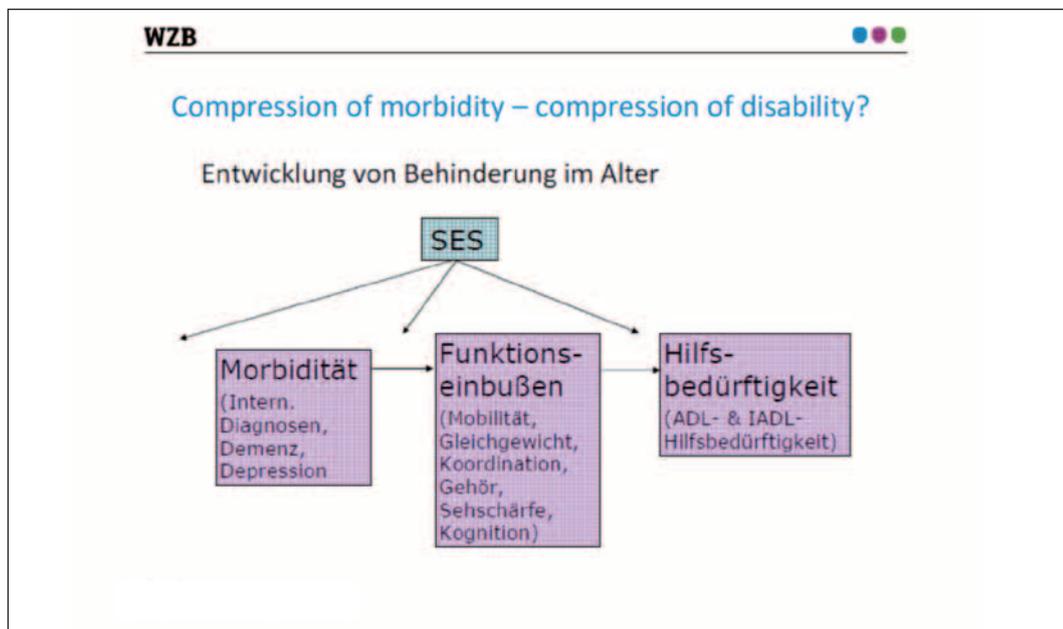
aktuellen Lebensbedingungen im Alter, als auch mit den akkumulierten, sozioökonomisch bedingten Ressourcen und Belastungen im Verlauf eines Lebens (life course approach) (Avlund et al., 2003; Bacon und Wilbur, 2000; Berkman und Gurland, 1998; Breeze et al., 2001; Marmot und Shipley, 1996; Rehfeld in Mielck, 2001; Nicholson et al., 2005; Olausson, 1991; Thorslund und Lundberg, 1994). Sozial benachteiligte Ältere sind früher von Multimorbidität betroffen (Robert und House, 1996) und selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevantem Verhalten stärker in ihrem Funktionieren eingeschränkt als besser gestellte Gruppen (Rautio et al., 2005; Rautio et al., 2001).

Als Einflüsse, die die Effekte des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit älterer Menschen moderieren, konnten etwa individuelles soziales Kapital (Kroll und Lampert, 2007), ziviles Engagement (unter der Voraussetzung der zielgruppenspezifischen Unterstützung) (Fried et al., 2004) identifiziert werden. Ebenso stellen aber auch soziale und physikalische Eigenschaften von Wohnquartieren (Day, 2008), z.B. die Existenz von attraktiven Grünflächen im Nahraum (Maas et al., 2006) oder die Qualität sozialer Netzwerke, wirksame moderierende Faktoren dar (Walker und Hiller, 2007).

Altersarmut hatte sich in Deutschland in den letzten 20 Jahren deutlich verringert. Während die Armutsrate der Gesamtbevölkerung gestiegen ist, war sie bei den über 65-Jährigen gesunken, betraf aber hochaltrige Frauen weiter überdurchschnittlich (Böhnke, 2006). Während aber nun Jahrgänge mit gebrochenen Berufsbiographien das Rentenalter erreichen, hat eine Vergrößerung der Einkommensunterschiede im Alter und ein erheblicher Wiederanstieg der Altersarmut bereits begonnen und wird sich fortsetzen³.

Bildung und gesellschaftliche Partizipation im Alter

Nationale und internationale Befunde belegen, dass Partizipationschancen älterer Menschen insbesondere durch ihren Bildungsstatus beeinflusst werden. Bukov (2000) hat im Zusammenhang mit der Berliner Altersstudie (BASE) eine Hierarchie sozialer Beteiligungsformen entwickelt, die zwischen ‚kollektiven Aktivitäten‘ (Freizeitbeschäftigungen), ‚produktiven Aktivitäten‘ (Tätigkeiten, durch die Leistungen für andere, in der Familie oder in der Öffentlichkeit erbracht werden), und ‚politischen Aktivitäten‘ (mit denen Einfluss auf soziale Sachverhalte genommen werden) unterscheidet. Dabei sind für zunehmend komplexere Aktivitäten größere Kompetenzen erforderlich – gleichzeitig tragen komplexere Aktivitäten auch stärker zu Lebensqualität, Selbstbewusstsein und auch zur besseren Gesundheit bei (Bukov et al., 2002). Wie erwartet, zeigten die Befunde einen deutlichen Gradienten zwischen der Bildung und dem beruflichen Status einerseits und der gesellschaftlichen Partizipation im (jungen) Alter andererseits⁴ (vergl. auch Kohli et al., 2000).



³ Insbesondere in Ostdeutschland, wo die Altersrente ganz wesentlich die Alterseinkünfte bestimmt, wird für viele Menschen in den genannten Kohorten eine Durchschnittsrente unter dem Niveau der Grundsicherung erwartet (Geyer und Steiner, 2010). Laut Statistischem Bundesamt (2011) erhöhte sich die Zahl der GrundsicherungsempfängerInnen in den letzten Jahren bereits deutlich.

⁴ Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten durch die Unterschiede in Bildung und beruflichem Status erklärt werden (Bukov et al., 2002).



Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsindikatoren wichtiger, die aber ihrerseits einen sozioökonomischen Gradienten aufweisen (siehe unten). Diese Befunde sind auch international bestätigt: Hank et al. (2006) fanden bei der Erfassung ehrenamtlichen Engagements in zehn europäischen Ländern – bei relevanten Unterschieden der Beteiligungsniveaus zwischen den Ländern – eine deutliche und länderübergreifende Abhängigkeit vom Bildungsniveau. Pankoke (2002) beschreibt für Deutschland, dass sich eine Spaltung zwischen ‚hochaktiven Eliten‘ und ‚sozial und politisch verdrossenen kleinen Leuten‘ in dem Maße vertieft, in dem früher bindungsmächtige Organisationen wie Gewerkschaften, Kirchen, Volksparteien und Vereine ihre Anziehungskraft verloren haben⁵. Dabei empfiehlt er, niedrige Beteiligung nicht moralisierend zu beklagen, sondern „nach den gesellschaftlichen Umständen zu fragen, durch welche sich viele Menschen in die Passivität getrieben sehen.“ (Pankoke, 2002, S. 75). Auch Naegele (2001) warnt vor einer unkritischen „Wiederverpflichtung des Alters“ (S. 416), verweist u. a. auf negative sozioökonomische Bedingungen als Barrieren für eine gesellschaftliche Produktivität Älterer und fordert entsprechende spezifische Förderstrategien. Ebenso postuliert Barnes (2005) für Großbritannien, „dass sachkundige und aktive Unterstützung, anstatt vollständiger Autonomie in der Regelung dieser

Dinge manchmal hilfreich, wenn nicht sogar erforderlich sein kann, um die Beteiligung derjenigen zu sichern, die mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden“⁶ (Barnes, 2005, S. 257).

Auch aus der Public-Health-Perspektive sind – auf Grund des Zusammenhangs von gesellschaftlicher Teilhabe einerseits und Gesundheit und Lebensqualität andererseits (auch und gerade im Alter) – die Zugangsbarrieren für ein gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Gruppen in den Blick zu nehmen⁷.

Gesundheit und ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital

Im Rahmen der internationalen wissenschaftlichen Diskussion zu sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit wird diskutiert auf welchen Wegen sozioökonomische Bedingungen zu ungleichen Gesundheitschancen führen. Ein wichtiger Teil dieser Debatte, verknüpft mit dem Thema der sozialen Teilhabe, betrifft Konzepte des sozialen Kapitals, zurückgehend auf Bourdieu, Coleman und Putnam. Innerhalb des Public-Health-Diskurses hat Kawachi (2004) Interpretation des Konzepts des sozialen Kapitals für die Gesundheit von Populationen Einfluss gewonnen. Er differenziert soziales Kapital in (a) Partizipation in zivilgesellschaftlichen Netzwerken, (b) generalisiertes soziales Vertrauen und (c) den Glauben an Reziprozitätsnormen. Diese Dimensionen können als Eigenschaften von Individuen oder Kollektiven (Gemeinschaften wie z.B. Nachbarschaften oder Kommunen, aber auch Staaten) verstanden und auf ihre Wirkungen untersucht werden (Kroll und Lampert, 2007). Auf allen Ebenen sind Effekte auf Gesundheit nachgewiesen worden. Für Deutschland haben Kroll und Lampert (2007) – auch und gerade für ältere Menschen – anhand von Daten

5 Putnam (2002) beschreibt für OECD-Länder im Allgemeinen einen Abwärtstrend für das soziale und politische Engagement.

6 „... that skilled and active facilitation, rather than complete autonomy in conducting affairs can sometimes be helpful if not necessary in ensuring the participation of those most likely to be excluded ...“.

7 So konzipierte z.B. ein US-amerikanisches Projekt in Baltimore ein ehrenamtliches Modell (Unterstützung von benachteiligten Grundschulkindern) explizit als Gesundheitsförderungsprojekt für (auch) benachteiligte Ältere (Fried et al. 2006) – mit positiven Gesundheitsergebnissen.

des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) nachgewiesen, dass soziales Kapital neben Einkommen und Bildung einen eigenständigen Effekt auf Gesundheit hat. Gleichzeitig ist es aber auch selbst sozial ungleich verteilt und bildet insofern eine „wichtige vermittelnde Ressource zwischen dem sozioökonomischen Status und der individuellen Gesundheit“ (Kroll und Lampert, 2007).

Anders als Putnam und Coleman hat Bourdieu den Kapitalbegriff umfassender erweitert und ökonomisches⁸, soziales (s.o.) und kulturelles⁹ Kapital miteinander in Beziehung gesetzt und die Reproduktion gesellschaftlicher Ungleichheit mit diesem umfassenden Kapitalbegriff erklärt. Danach sind spezifische gesellschaftliche Lebensbedingungen mit einer bestimmten Ausstattung an ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital verbunden – wobei die Kapitalformen „untereinander in vielfältigen Akkumulations- und Übertragungsprozessen“ (Abel et al. 2006, S. 192) beeinflussen. Die drei Kapitalformen prägen den ‚Habitus‘ von Personen und Gruppen, der gewissermaßen eine Internalisierung gesellschaftlicher Bedingungen darstellt und durch zusammenhängende Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata gekennzeichnet ist. Hieraus entstehen u.a. hinsichtlich gesellschaftlicher Teilhabe und Gesundheit relevante gruppenspezifische Lebensstile und Verhaltensweisen, die soziale und gesundheitliche Ungleichheiten (re-)produzieren. Damit wird ein weiterer Versuch gemacht, das Verhältnis von Lebenslage und individuellem sowie gruppenspezifischem Verhalten zu konzeptionalisieren, und z.B. scheinbar selbstschädigendes Verhalten zu erklären (Bauer, 2005).

Es ist deutlich, dass für eine erweiterte gesellschaftliche Teilhabe von Zielgruppen wie sozial benachteiligter Älterer solche Beteiligungsansätze gefördert werden müssen, die ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital nicht in hohem Maße voraussetzen, sondern die Entwicklung von – zumindest sozialem und kulturellem – Kapital unterstützen.

8 materielle Mittel

9 Wissen, soziale, kulturelle und technische Fertigkeiten (inkorporiert); Bilder, Bücher, Instrumente etc. (objektiviert); Bildungs- und Berufsabschlüsse (institutionalisiert)



© absolut, fotolia

Selbstbestimmung im Sozialraum

Da Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen stets in konkreten sozialen, räumlichen und zeitlichen Lebenszusammenhängen verwirklicht werden, müssen ihre Voraussetzungen von den jeweiligen Subjekten und ihren Lebenswelten aus gedacht und erschlossen werden. Das Leben älterer Menschen mit Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf, zumal wenn sie aufgrund funktionaler Einschränkungen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, konzentriert sich häufig auf die Wohnung und den umliegenden Stadtteil. Dort werden Alltagswege beschränkt, Besorgungen gemacht sowie soziale Kontakte geknüpft und gepflegt (Friedrichs, 2001; Marbach, 2008). Durch geringe finanzielle Spielräume wird diese Beschränkung nahezu zwingend. Insofern stellen die eigene Wohnung und das unmittelbare Wohn- und Lebensumfeld – das Quartier, die Nachbarschaft, das Dorf – entscheidende lebensweltliche Bezüge bzw. Ressourcen dar (Friedrichs, 2001; Friedrichs, 1990). Dies ist insbesondere dann folgenreich für die Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen der Betroffenen, wenn diese aufgrund von sozialer Benachteiligung

- über nur wenige individuelle Ressourcen verfügen und zudem
- in benachteiligten Quartieren leben, in denen verschiedene Problemlagen kumulieren (Franke, 2008) und die ihrerseits – „aufgrund der Überlagerung von sozialer Ungleichheit, ethnischer Differenz und räumlicher Verinsel-

lung“ (Häußermann und Siebel, 2001) – benachteiligende Wirkungen entfalten (ibid.).

Auf welchem Wege sich solche benachteiligenden Wirkungen entfalten, ist jedoch nur ansatzweise erforscht. In der sogenannten NEIGHBOURHOOD-Studie wird eine Vielzahl möglicher Wirkmechanismen untersucht. Galster (2010) unterscheidet vier verschiedene Formen des Einflusses von Quartierseigenschaften auf ihre Bewohnerinnen und Bewohner: in der Umwelt liegende, geographische, institutionelle und sozial-interaktive.

Im sozialraumbezogenen Teil der NEIGHBOURHOOD-Studie lautete die Frage: Welche Merkmale von Quartieren haben in welcher Weise Einfluss auf die Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen ihrer sozial benachteiligten, pflegebedürftigen, älteren Bewohnerinnen und Bewohner? Dazu wurden folgende Quartierseigenschaften in die Untersuchung einbezogen:

- Physische Wohnumgebung (Barrieren, Entfernungen)
- Infrastruktur für Mobilität (ÖNV, Mobilitätshilfedienste)
- Infrastruktur für Alltagsversorgung (Einkauf, Mittagstische, Gaststätten, Essen auf Rädern etc.)
- Infrastruktur für Beratung (Zugang zu Information)
- Infrastruktur für Medizin und Pflege
- Soziokulturelle Infrastruktur (Freizeit-, Bildungsangebote)
- Nachbarschaft (soziale Netzwerke, Sicherheit)

Stadtteil und Nachbarschaft als Orte für Partizipation und Gesundheitsförderung

Die Lebenswelt der älteren Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, aber noch selbständig leben, ist im Wesentlichen ihre Wohnumgebung. Das gilt insbesondere für schlechter gestellte ältere Menschen, deren Mobilität (Reisen, überregionale Kontakte) auch finanziell bedingt, tendenziell geringer ist als die besser gestellter älterer Menschen. Die Mobilität und damit das erreichbare Umfeld wird durch entstehende Behinderungen weiter eingeschränkt und das zu Fuß erreichbare Wohnviertel zunehmend zentral. Die ‚Lebenswelt‘ – die Gesamtheit der räumlichen

und sozialen Bezüge eines Einzelnen oder einer Gruppe – und der ‚Sozialraum‘ – ein geographisch, administrativ und sozial als Einheit definierbares Gebiet – stimmen so für benachteiligte Ältere stärker überein (Institut für soziale Arbeit, 2001)¹⁰ als für andere Bevölkerungsgruppen. Im Projekt wird der Stadtteil zunächst als Einheit definiert, die von den Bewohnern als ‚ihr‘ Quartier wahrgenommen wird, und innerhalb derer sich soziale Teilhabe und kollektive Aktivitäten entwickeln lassen.

In den letzten 15 Jahren hat sich in Deutschland der Begriff der ‚Sozialraumorientierung‘ aus der Perspektive von Sozialarbeit und Stadtentwicklung für eine soziale Stadtteilentwicklung herausgebildet, die die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten prinzipiell mit einschließt, und dem Begriff des Settingansatzes aus der Public-Health-Perspektive entspricht (Bär et al., 2004). Das Konzept der Sozialraumorientierung wurde auf breiter Ebene im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ umgesetzt, das seit 1999 implementiert und bis heute fortgesetzt wird. Zentrales Instrument ist das Quartiersmanagement, das der „Organisation von Interessen, der Initiierung und Begleitung von Aktivitäten und auch der Befähigung der Bürgerinnen und Bürger, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Gestaltungsideen umzusetzen“ (Löhr, 2004, S.4) dient. Der Setting-Ansatz der Primärprävention wiederum bezeichnet dies als partizipativen Prozess der Organisationsentwicklung bzw. der Selbstorganisation in den Lebenswelten, bei denen die Nutzer oder Bewohner ihr Setting – i.d.R. mit professioneller Unterstützung – nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und so zum Abbau gesundheitlicher Belastungen und Aufbau gesundheitlicher Ressourcen beigetragen wird (vergl. Rosenbrock und Kümpers, 2006; Sachverständigenrat, 2007).

Stadtteile, Nachbarschaften und soziale Brennpunkte sind weder selbstverständlich mit ihren Grenzen definiert, noch verfügen sie über klare organisationelle oder institutionelle Strukturen, durch die wesentliche Abläufe oder auch nur der Zugang zu den Bewohnern geregelt ist. Zudem muss – wenn man nicht von sehr kleinen Einheiten

¹⁰ Das ist außer für Ältere auch besonders für Kinder, und damit tendenziell für Familien, der Fall.

wie einem Wohnblock oder wenige Straßenzüge ausgeht – von einer Vielfalt der Interessen und der Zielgruppen ausgegangen werden. Gesellschaftliche Teilhabe als Gesundheitsförderung bedeutet an dieser Stelle Anregung und Verstärkung von Selbstorganisationsprozessen der (älteren) Bewohnerinnen und Bewohner, bei Bedarf mit Unterstützung institutioneller Akteure bzw. in Kooperation mit ihnen.

Voraussetzungen, Arbeitsweisen und Wirkmechanismen partizipativer Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind aber noch nicht ausreichend erforscht und evaluiert, ihre spezifischen Erfolgsfaktoren nicht erfasst (Kümpers, 2006). Dennoch lassen sich einige Aussagen (mit allerdings noch vorläufiger bzw. anekdotischer Evidenz) bzw. bereits erprobten Ansatzpunkten und Inhalten zu Fragen der Wirksamkeit und zu Erfolgs- und Misserfolgsk Faktoren zusammenfassen (Kümpers, 2008).

Ansatzpunkte und Inhalte

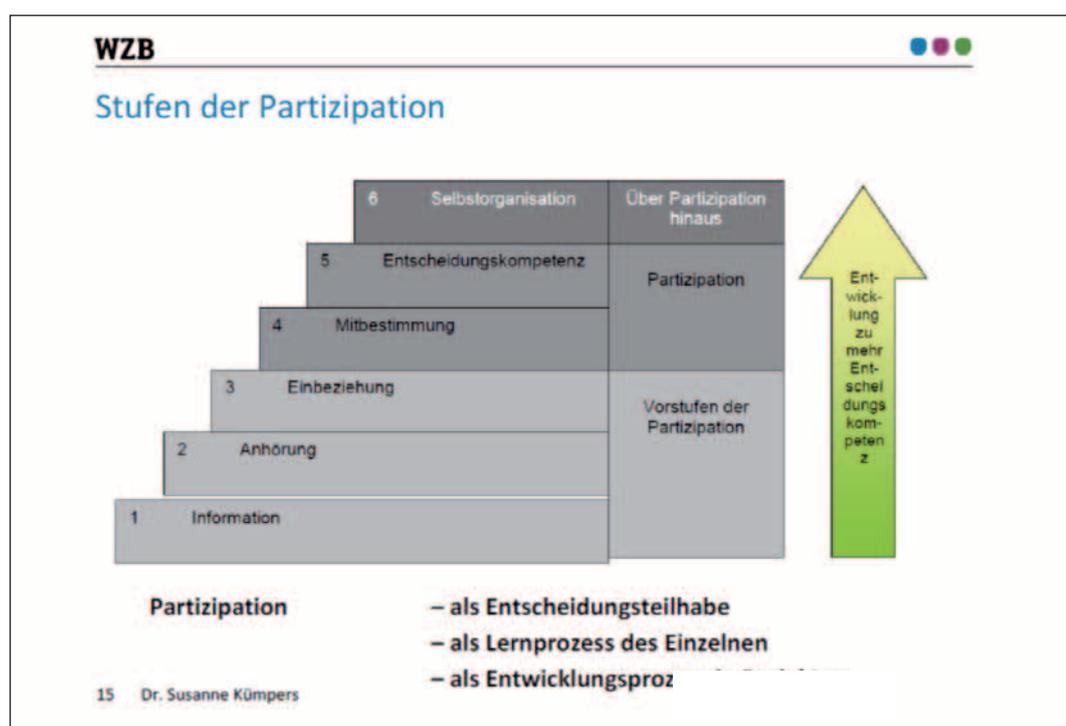
Innerhalb von Projekten und über Projekte hinweg werden vielfältige direkte und indirekte gesundheitsrelevante Themen oder Aktivitäten genannt, die bereits von Initiativen und Gruppen realisiert wurden, z.B. Seniorengymnastik, gemeinsames Wandern oder Radfahren, Kochgruppen für Män-

ner, Witwen- oder Trauergruppen, Chöre, Ausflüge etc. Aktivitäten können unmittelbar gesundheits- oder auch versorgungsbezogen sein (z.B. Informationsveranstaltungen zu spezifischen Gesundheitsproblemen wie etwa Diabetes). Andere zielen in ihrer primären Zielsetzung auf Verbesserung von Partizipation und/oder Lebenszufriedenheit.



© Lutz Reimann, pixelio

Ein Schlüsselthema und Zugang zu (fast allen) anderen Themen, aber auch Folge der Bearbeitung anderer Themen, ist der Aufbau sozialer Netzwerke. Dieser findet aber nicht „an sich“ statt, sondern eben in Verbindung mit anderen Themen, geht aber in seiner Bedeutung weit darüber hinaus: Abwendung von Einsamkeit, Förderung von



Quelle: Vergl. Wright, M.T., von Unger, H. & Block, M. (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Göpel E. (Hrsg.), Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten (S.185-199). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.



© Piccolo, Fotolia

Heimatgefühl, Sinnstiftung, Unterstützung in Krisen, verbesserter Zugang zu Informationen und Hilfe, auch bezogen auf Gesundheitsversorgung.

In vielen Projekten und Aktivitäten überschneiden sich Selbsthilfe, Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement. Wichtig sind zunächst aber die direkten Interessen und Probleme derjenigen, die erreichbar sind. Dies sind Menschen, die noch über wesentliche Ressourcen verfügen – daraus können sich Initiativen ergeben und diejenigen die – in Grenzen – auch stärker hilfsbedürftige Ältere mit einbeziehen können. Es existieren auch explizit auf die Unterstützung anderer gerichtete Aktivgruppen, wie z.B. Hausaufgabenhilfe für Kinder (s.u.) oder Beratung älterer Migranten durch ältere Migranten.

Hinsichtlich des Wohnens, Wohnumfelds und der Stadtteilentwicklung werden immer wieder bekannte Probleme genannt: unzureichender und unerreichbarer Nahverkehr, mangelnde Einkaufsmöglichkeiten, mangelnde Erholungsmöglichkeiten. Insbesondere für Ältere wurde z.B. der Bedarf an sinnvoll verteilten Sitzgelegenheiten als mögliche Ruheplätze beim Einkaufen genannt. Generationsübergreifende Themen beinhalten Großeltdienste, Hausaufgabenbetreuung, Computerkurse von Jugendlichen für Ältere etc.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass Seniorenarbeit schon in sich generationsübergreifend ist: In der Altersspanne zwischen 60 und 100 finden sich viele ‚junge Alte‘, die ihre hochaltrigen Verwandten pflegen.

Als spezifische Themen von älteren Migrantinnen und Migranten gilt der Umgang mit Alter und Alterskrankheiten, da manchen Familien die Modelle dafür fehlen (die ersten Migrantengenerationen werden alt). In Migrationsfamilien sind kulturelle Festlegungen über den Umgang zwischen den Generationen nicht immer thematisierbar, so dass z.B. die Inanspruchnahme von externer Pflege ein hochheikles Thema sein kann. Das Versorgungssystem ist häufig noch nicht interkulturell sensibilisiert. Es wird versucht, kulturelle Barrieren im und zum Versorgungssystem auf beiden Seiten anzugehen. Angebote müssen spezifische Situationen verschiedener Migranten-Gruppen berücksichtigen.

Wirksamkeit bei den Zielgruppen

Die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Nachbarschaften lässt sich hinsichtlich des Erreichens, der Aktivierung, des Wohlbefindens, der sozialen Integration, der Gesundheit und Inanspruchnahme von Versorgung betrachten.

- Zielgruppen werden unterschiedlich erfolgreich erreicht. Dabei spielen zielgruppenspezifisch geplante Zugangsstrategien eine wichtige Rolle.
- Aus vielen Projekten werden vielfältige und nachhaltige Aktivierungen der Zielgruppen berichtet. Das Erreichen und Aktivieren (Teilnahme an Initiativen) lässt sich relativ leicht quantitativ erheben.
- Veränderungen des Wohlbefindens sind schwer zu erfassen. Aussagen von Beteiligten in Projekten wie „das Klima im Stadtteil hat sich verändert“ und „mir macht es mehr Spaß zu leben“ können Hinweise geben, diesen muss jedoch weiter nachgegangen werden.
- Die deutlichsten Veränderungen in Nachbarschaftsprojekten werden im Hinblick auf soziale Integration geschildert. So bilden sich häu-

fig gruppenspezifische wie gruppenübergreifende Netzwerke. Dies illustriert sich mit Aussagen wie „wenn ich in den Supermarkt gehe, treffe ich drei Leute mit denen ich ein Schwätzchen halte“, „wenn ich krank bin, weiß ich, ich muss nur jemanden anrufen und jemand besorgt mir etwas aus der Apotheke“ und „ich habe meinen Mann aus Füßen, der hat jetzt eine sinnvolle Aufgabe“.

- Auch lokale Akteure können von einer gewachsenen sozialen Integration profitieren bzw. zu ihr beitragen, indem sie für die Situation älterer Menschen sensibilisiert und über vorhandene Möglichkeiten im Stadtteil besser informiert werden.
- Angaben zu möglichen Verbesserungen hinsichtlich der Gesundheit der Zielgruppen können kaum ohne ausgefeilte methodische Strategien erhoben werden. Damit wird selten zu rechnen sein, da sich gesundheitliche Veränderungen kaum als Effekte einzelner Aktivitäten oder Projekte identifizieren lassen.
- Auch zum Versorgungsverhalten können selten genauere Angaben gemacht werden. Allerdings lässt sich häufig beobachten, dass sich bei wachsender sozialer Vernetzung das Versorgungswissen verbessert, welches zu einem besseren Versorgungszugang beiträgt.

In diesem Bereich handelt es sich noch weitgehend um individuell beobachtete und nicht wissenschaftlich validierte Wirksamkeiten. Über eine zahlenmäßige Erfassung der Teilnahme an bestimmten Initiativen hinaus gibt es bisher wenig Konzepte und Ansätze in der Praxis (der hier befragten Projekte), Qualitätsindikatoren zu entwickeln und die Arbeit der Projekte zu evaluieren. Ein möglicher Lösungsansatz wird in partizipativer Qualitätsentwicklung gesehen, die die Zielgruppen selbst wie auch die professionellen Praktiker mit einbezieht (Wright, 2010). Dieses Konzept ist für das Feld der Prävention mit benachteiligten Älteren nutzbar zu machen.

Erfolgs- und Misserfolgskriterien

Bei Diskussionen über Erfolgs- und Misserfolgskriterien der Projektarbeit werden immer wieder strukturelle Voraussetzungen, Prozess- sowie Kontextfaktoren benannt, wobei diese nicht immer eindeutig voneinander zu trennen sind.

Dazu gehört ‚ausreichende‘ und nachhaltige (d.h. nicht an kurze Projektzeiträume gebundene) Finanzierung, die bei weitem nicht immer gegeben ist. Ebenso zu nennen sind an dieser Stelle zur Verfügung stehende Räumlichkeiten: diese sollten



© Tyler Olson, fotalia

durch ihre Lage, Anbindung und Funktionalität einen Anlaufpunkt für die Zielgruppen bieten, damit sie als Treffpunkt dienen und unterschiedliche Initiativen beherbergen können.

Als Erfolgsfaktoren im Rahmen der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterkompetenz gelten deren kommunikative Fähigkeiten – sowohl auf der Ebene der Zielgruppen wie auf der der lokalen Akteurinnen und Akteure, aber auch ihre Fähigkeit zur Zurückhaltung. Hier stellt sich jedoch auch die Frage, in welcher Relation das Ausmaß der Belastungen bzw. die Abwesenheit von Ressourcen in bestimmten Zielgruppen mit der für erfolgreiche Interventionen notwendigen Betreuungsintensität und -dauer stehen.

Der Partizipation der Zielgruppen soll konzeptionell und in der Umsetzung eine große Bedeutung gegeben und dies auch im Diskurs über die notwendigen Mitarbeiterqualifikationen verankert



© Chris74, fotolia

Bedeutungen für die Initiierung kollektiver Prozesse haben.

Neben der erfolgreichen Vernetzung zwischen den Mitgliedern der Zielgruppen wird eine zweite Ebene der Vernetzung als essentiell beschrieben, um vorhandene Ressourcen des Stadtteils für die Älteren zu erschließen: die Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen. Solche Vernetzungen gelingen nicht immer. Überwiegen kompetitive Handlungsmuster, kommt es nicht zu tragfähigen Bündnissen zwischen den lokalen Akteuren und es werden wichtige Synergien und Unterstützungen für die Projekte nicht entwickelt.

werden. Um eine Partizipation der Zielgruppen in der Breite und die Steigerung ihrer Selbsthilfepotentiale überhaupt erreichen zu können, müssen informelle Multiplikatoren eingebunden werden. Als ‚Präventionsdilemma‘ (Bauer, 2005) zeigt sich immer wieder, dass auch in auf benachteiligte Stadtteile bezogenen Projekten, immer wieder die eher ‚Fittern‘ erreicht werden, die selbst noch mehr Ressourcen haben. Weniger gut werden hingegen die am stärksten (gesundheitlich und/oder sozial) benachteiligten Gruppen erreicht.

Runde Tische und Stadtteilkonferenzen gelten mancherorts als wesentlich für das Funktionieren von Projekten. In manchen Fällen scheinen sie eher für die gegenseitige Information (Vermittlung des ‚Stadtteilwissens‘) wichtig. In anderen Kontexten können diese aber durchaus zentrale

Schluss

Partizipative Gesundheitsförderung mit älteren Menschen, insbesondere mit sozial Benachteiligten, bedarf weiterer konzeptioneller und strategischer Entwicklung, wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation sowie politischer und finanzieller Unterstützung!

Kontakt

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung gGmbH (WZB)
Forschungsgruppe Public Health
Dr. Susanne Kümpers
Reichpietschufer 50, 10785 Berlin
Tel.: (030) 25 49 15 67
E-Mail: kuempers@wzb.eu

Workshop-Runde

Workshop 1: Den Stadtteil in Bewegung bringen

Stadtteilbegehung – Den Stadtteil mit den Augen Älterer sehen

Nicole Tempel, Zentrum für Bewegungsförderung Bremen

Gemeinsame Spaziergänge durch den Stadtteil fördern nicht nur die Bewegung und leisten einen Beitrag zur physischen Gesundheit, sie können ebenfalls das soziale Miteinander sowie die Identifikation mit dem eigenen Stadtteil und somit auch das psychische Wohlbefinden fördern. Das Konzept „Stadtteilbegehungen“ beinhaltet neben dem Spaziergang selbst die gezielte Auseinandersetzung mit „Stolpersteinen“ im Stadtteil sowie die Einflussnahme auf bewegungsfördernde Strukturen. Bedeutsamer Aspekt ist die Gewinnung von Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern für die Begehung, um auf verschiedene seniorengerechte und -ungerechte Orte im Stadtteil und in der Nachbarschaft aufmerksam zu machen. Während der Begehungen bzw. Spaziergänge geht es u.a. um die Fragen: Wo gehen Ältere gerne hin? Wie müssen Plätze oder Orte gestaltet sein, damit sie auch von älteren Menschen genutzt werden? Welche Strukturen im Stadtteil wirken bewegungsförderlich bzw. -hinderlich? Welche Bewegungsangebote gibt es im Stadtteil?

Für die Durchführung von Stadtteilbegehungen ist es jedoch nötig, die Möglichkeiten vor Ort abzuwägen und ggf. Anpassungen des Konzepts vorzunehmen. So kann es z. B. zunächst lediglich darum gehen, überhaupt für das Thema Bewegung und für die Auseinandersetzung mit dem Stadtteil zu motivieren. Im Zuge des partizipativen Gestaltungsprozesses sollte deshalb eine Offenheit gegenüber neuen, zuvor nicht erahnten Wegen bestehen.

Grundsätzlich setzt sich das Konzept aus den folgenden fünf Bausteinen zusammen:

- 1. Analyse der vorhandenen bewegungsförderlichen und -hinderlichen Strukturen im Stadtteil**
In einem ersten Schritt geht es darum, sich einen Überblick über den Stadtteil zu verschaffen. Für die weitere Planung ist es z.B. hilfreich zu wissen, wo es Treffpunkte für ältere Menschen, Vereine, Kirchengemeinden oder schön angelegte öffentliche Plätze und Parks gibt. Es hat sich bewährt, die Orte in einen Stadtplan einzutragen und diesen als Grundlage für die später angesetzten Gruppeninterviews zu nutzen.
- 2. Gruppeninterviews mit Seniorinnen und Senioren**
Für eine gemeinsame Routenentwicklung werden daraufhin Gruppeninterviews mit älteren Menschen geführt. Die Interviews können in schon bestehenden Gruppen durchgeführt werden oder es werden verschiedene Gruppen sowie Interessierte





aus dem Stadtteil zusammengeführt. Auf Grundlage des bereits angelegten Stadtplans werden verschiedene Orte und Plätze diskutiert bzw. ergänzt. Dabei stehen bewegungsfreundliche bzw. -unfreundliche Strukturen im Fokus der Interviews. Oftmals ist es nötig, ein weiteres Vorbereitungstreffen durchzuführen, um die Routenplanung zu präzisieren. So muss nicht allein die Strecke festgelegt werden, sondern es sollte ebenfalls überlegt werden, an welchen Orten sich „Zwischenstopps“ eignen, um die Anliegen der Seniorinnen und Senioren an die Entscheidungsträgerinnen und -träger weiterzutragen. Dabei sollten zum einen positive Orte im Stadtteil besucht werden, um darauf aufmerksam zu machen, welche Strukturen älteren Menschen wichtig sind. Zum anderen sollten die identifizierten Stolpersteine – z.B. fehlende Bänke, unzureichend abgesenkte Bordsteine – in den Blick genommen sowie Wünsche geäußert werden.



3. Durchführung der gemeinsamen Stadtteilbegehung unter Einbindung von Entscheidungsträgerinnen und -trägern

Die Termine für die gemeinsamen Begehungen sollten frühzeitig festgelegt werden, um Entscheidungsträgerinnen und -träger für eine Teilnahme zu gewinnen. In Bremen beteiligten sich z.B. der Bürgermeister, Ortsamtsleiter, Quartiersmanager, Kommunalpolitik, Seniorenbeirat, Stadtplanung, Polizei und Wohnbaugesellschaften. Vor Ort erfahren diese von den Seniorinnen und Senioren etwas über bewegungsfreundliche und -hinderliche Strukturen im Stadtteil. Die Meinungen und Eindrücke sollten während der Begehungen protokolliert werden. Die Begehungen dauern ungefähr eineinhalb Stunden. Im Anschluss bietet sich ein gemeinsamer Abschluss, z.B. in einer Begegnungsstätte an. Auf diese Weise können die Ergebnisse des Spaziergangs reflektiert und der Austausch untereinander gefördert werden.

4. Öffentliche Präsentation der Ergebnisse bzw. Öffentlichkeitsarbeit

Um auch die Öffentlichkeit für bewegungsfreundliche und -hinderliche Strukturen zu sensibilisieren, wurde eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt. Neben der Pressearbeit sind aber auch andere Formen der Bekanntmachung denkbar, so wurden die Ergebnisse einer Begehung im Rahmen einer Stadtteilveranstaltung präsentiert und diskutiert – auch hier unter Einbindung von Entscheidungsträgerinnen und -trägern.

5. Durchführung einer Nachbegehung und/oder erneute Kontaktaufnahme zu Entscheidungsträgerinnen und -trägern

Im Anschluss an die Begehungen geht es darum, dass die gewünschten Veränderungen entsprechend Berücksichtigung finden. Eine enge Zusammenarbeit mit bzw. eine erneute Kontaktaufnahme zu Entscheidungsträgerinnen und -trägern ist für diesen Schritt erforderlich. Aber auch das Interesse der Seniorinnen und Senioren, sich aktiv für ihre Anliegen einzusetzen, ist hierfür nötig. In Bremen wurde z.B. ein Anschreiben sowie eine Prioritätenliste erstellt und an die Entscheidungsträgerinnen und -träger gesendet. Darüber hinaus hat sich auf Stadtteilebene eine Arbeitsgruppe gebildet. Die Arbeitsgruppe setzt sich da-

für ein, die in der Stadtteilbegehung identifizierten „Stolpersteine“ zu beseitigen und plante hierfür einen Aktionstag, an dem z. B. Bänke im Stadtteil ausgebessert wurden. Um gemeinsame Erfolge aufzuzeigen, sollte schließlich eine Nachbegehung eingeplant werden.

Die Begehungen konnten bisher – nicht zuletzt auch über den Weg der Öffentlichkeitsarbeit – zu einer Sensibilisierung für das Thema Bewegung allgemein und für seniorenfreundliche und -unfreundliche Strukturen im Speziellen beitragen. Ebenfalls konnten die Begehungen einen Beitrag zur Vernetzung von Trägerinnen und Trägern im Stadtteil leisten. Nicht zuletzt war es für die Seniorinnen und Senioren von großer Bedeutung,

ihre Anliegen direkt an politische Entscheidungsträgerinnen und -träger weiterzutragen und auch das Spazierengehen selbst bereitete den Gruppen große Freude. So wurde die Idee des Spazierengehens zum Teil von den Trägerinstitutionen aufgegriffen und in das bestehende Angebot integriert.

Kontakt

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

Nicole Tempel

Ansgarhaus Horner Straße 70, 28203 Bremen

Tel.: (0421) 36 11 84 94

E-Mail: info@lvgb.de

Den Alltag bewegen durch angeleitete Spaziergangsgruppen

Stefan Pospiech, Zentrum für Bewegungsförderung Berlin



Warum Spaziergehen?

„Als alltägliche Übung ist gemäßigtes Laufen im städtischen Bereich für ältere Menschen wahrscheinlich die ratsamste Form körperlicher Aktivität. Auf der Grundlage vorliegender Studien wird dazu ein Minimum von 30 Minuten empfohlen. Es muss betont werden, dass es sich dabei um einen angenehmen Spaziergang (zum Vergnügen) handeln soll, bei dem keine Lasten getragen werden und ein geeignetes Tempo eingehalten wird.“
(Expertengruppe unter der Leitung des Referates Sport der Generaldirektion Bildung und Kultur der Europäischen Kommission, 2008, S.36)

Spaziergehen stellt eine beliebte körperliche Aktivität älterer Menschen dar. Dies belegen Umfragen bei älteren Menschen aus den Berliner Bezirken:

- In der 2008 veröffentlichten Studie der Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin zum Sportverhalten der Berliner Bevölkerung gehört das Spaziergehen bei den über 65-Jährigen zu einer der beliebtesten Bewegungsaktivitäten.
- In der Studie „50 und älter in Friedrichshain-Kreuzberg 2009“ im Auftrag des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg wurde aufgezeigt,

dass an der Spitze der beliebtesten Freizeitaktivitäten Spaziergänge, Stadtbummel, Familienunternehmungen und Besuche bei Freunden und Bekannten stehen.

- Im Rahmen des „Lichtenberger Handlungskonzeptes für Seniorinnen und Senioren“ wurde 2008 die Studie „Sturzprävention für Senioren – Ergebnisse einer Fragebogenerhebung im Bezirk Lichtenberg“ durchgeführt. Die Studie zeigte, dass zwar 44 Prozent der 400 befragten Seniorinnen und Senioren Angst vor einem Sturz haben, jedoch sehr an körperlicher Bewegung interessiert sind. Fast 90 Prozent gehen gern spazieren.

Neben der körperlichen Gesundheit kann Spaziergehen auch die soziale Teilhabe fördern. Gemeinsames Spaziergehen in einer Gruppe bietet Gelegenheit mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, neue Freundschaften zu schließen und soziale Netzwerke zu pflegen. Dies ist für ältere Menschen ein wichtiger Bestandteil von Lebensqualität.

Spaziergänge zeichnen sich durch weitere Vorteile aus, denn Spaziergehen:

- ist überall möglich,
- ist kostenlos,
- kann (fast) jede und jeder,
- ist ohne Ausstattung und Training möglich und
- ist extrem flexibel.

Die Berliner Spaziergangsgruppen

Bei den Berliner Spaziergangsgruppen handelt es sich um ehrenamtlich begleitete, regelmäßige Spaziergänge im Stadtteil. Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin hat dazu ein Konzept entwickelt und unterstützt seit 2010 den Aufbau von Spaziergangsgruppen in den Berliner Bezirken. Die Spaziergangsgruppen richten sich an (ältere) Menschen mit und ohne Mobilitätseinschränkung. Das gemeinschaftliche Erleben

Kapitel 2 - Berliner Spaziergangsgruppen

Berliner Spaziergangsgruppen

„Die Erwachsenen im Alter von über 65 sollten im Prinzip die gleichen Ziele wie für gesunde (jüngere) Erwachsene erreicht werden. (...)“

Schritt für Schritt zu mehr Gesundheit

In diesem Kapitel gehen wir Anregungen, was in den einzelnen Phasen beim Aufbau von begleiteten Spaziergangsgruppen beachtet werden sollte. In Kapitel 1 haben wir bereits einige Aspekte angeführt, die bei der Planung bewegungsförderlicher Maßnahmen im Stadtteil helfen können. Die nachfolgenden Ausführungen sind als Hinweise zu verstehen, die auf die individuellen Gegebenheiten vor Ort angepasst werden sollten. Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin hat den Aufbau durch die Planung und Moderation gemeinsamer Treffen, die Erstellung von Informationsmaterialien sowie Schulungen für die Dienstleistungsanbieter. Ziel war es, nach einer Testphase den lokalen Partnern die weitere Koordination und Durchführung zu überlassen.

Warum Spaziergehen? – Zur Idee der Berliner Spaziergangsgruppen

Spaziergehen stellt eine beliebte körperliche Aktivität älterer Menschen dar. Dies belegen Umfragen bei älteren Menschen aus den Berliner Bezirken.

- In der 2006 veröffentlichten Studie der Senatsverwaltung für Inneren und Sport Berlin zum Sportverhalten der Berliner Bevölkerung gehört das Spaziergehen bei den über 65-Jährigen zu einer der beliebtesten Bewegungsaktivitäten.
- In der Studie „50 und älter in Friedrichshain-Kreuzberg 2009“ im Auftrag des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg wurde aufgezeigt,

dass an den Spitzen der beliebtesten Freizeitaktivitäten Spaziergänge, Stadtbummel, Familienunternehmungen und Besuche bei Freunden und Bekannten stehen.

- Im Rahmen des „Lichtenberger Handlungskonzeptes für Seniorinnen und Senioren“ wurde 2008 die Studie „Sturzprävention für Seniorinnen – Ergebnisse einer Fragebogenerhebung im Bezirk Lichtenberg“ durchgeführt. Die Studie zeigte, dass zwar 44 Prozent der 400 befragten Seniorinnen und Senioren Angst vor einem Sturz haben, aber sehr an körperlicher Bewegung interessiert sind. Fast 90 Prozent gehen gern spazieren.

Wohin wir alle haben Spaziergänge

- überall möglich
- kostenlos
- (fast) jede und jeder kann es
- keine Ausrüstung notwendig
- kein Training erforderlich
- extrem flexibel
- ermöglicht Teilhabe und Austausch

Ein Leitfaden zum Aufbau von begleiteten Spaziergangsgruppen und zur Initiierung von Trainingsgruppen zur Sturzprävention im Stadtteil

8 Schritt für Schritt zu mehr Gesundheit im Alter

Schritt für Schritt zu mehr Gesundheit im Alter



Ein Leitfaden zum Aufbau von begleiteten Spaziergangsgruppen und zur Initiierung von Trainingsgruppen zur Sturzprävention im Stadtteil

Logo: Senatsverwaltung für Inneren und Sport Berlin

Logo: Berlin | Zentrum für Bewegungsförderung Berlin

Logo: AOK

steht dabei im Mittelpunkt – nicht sportliche Betätigung. Dauer der Spaziergänge und Strecken werden ausschließlich nach den Wünschen und körperlichen Möglichkeiten der Teilnehmenden ausgesucht. Organisiert und koordiniert werden die Gruppen durch soziale Einrichtungen vor Ort, die meist auch Ausgangspunkt für die Spaziergänge sind.

Der Aufbau von begleiteten Spaziergangsgruppen

Von wem der Impuls zum Aufbau von Spaziergangsgruppen ausgeht ist unterschiedlich. Klar ist – am besten geht dies mit Partnern.

- In Lichtenberg wurden die Spaziergangsgruppen durch das Bezirksamt initiiert und werden nun durch den Verein Lebensmut e.V. weitergeführt.
- In Neukölln wurden Spaziergangsgruppen gemeinsam mit einer Stadtteileinrichtung, dem Haus des älteren Bürgers, aufgebaut.
- In Steglitz-Zehlendorf hat sich unter Koordination des Bezirksamtes Steglitz-Zehlendorf, Gesundheit 21, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit, ein Kreis von Partnern zu-

sammen gefunden, um dezentral Spaziergangsgruppen aufzubauen. Dazu gehören die Villa Donnersmarck, das Mehrgenerationenhaus Phoenix, das „Café Markus“ – Diakoniestationen Steglitz und Lankwitz gGmbH sowie der Pflegestützpunkt Steglitz-Zehlendorf.

- In Friedrichshain-Kreuzberg hat sich ebenfalls unter Koordination des Bezirksamtes ein Kreis von Partnern gefunden, die gemeinsam Spaziergangsgruppen aufbauen. Dazu gehören: das Nachbarschaftshaus Urbanstraße, der Kotti-Familiengarten und das AWO Begegnungszentrum.

Das Vorgehen und die Erfahrungen zum Aufbau von Spaziergangsgruppen wurden durch das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin in einem Leitfaden zusammengefasst.

Der Leitfaden „Schritt für Schritt zu mehr Gesundheit im Alter“ beinhaltet praxisorientierte Informationen und Hinweise zum Aufbau von Spaziergangsgruppen, zur Bewegungsförderung im Alter und beschreibt das Angebot der AOK Nordost zur ambulanten Sturzprävention im Stadtteil. Der Leitfaden ist kostenfrei über das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin erhältlich.

Erste Ergebnisse aus den Spaziergangsgruppen

Erste Evaluationen und Erfahrungen aus den Gruppen zeigen, dass ein „Funktionieren“ der Gruppen von den Ressourcen der koordinierenden Einrichtung vor Ort, aber auch von dem Engagement der ehrenamtlichen Spaziergangsbegleiterinnen und -begleitern abhängt.

Mit den Berliner Spaziergangsgruppen wurde das Ziel, die Gemeinschaft und die Bewegung älterer Menschen zu fördern, erreicht. Erfahrungsberichte aller Aktiven zeigen, dass der niedrigschwellige und wohnortnahe Zugang positiv bewertet werden.

Das Interesse aller Teilnehmenden am weiteren Fortbestehen des Angebotes ist groß und von Seiten der Koordinatorinnen und Koordinatoren besteht der Wunsch und die Bereitschaft weiterhin Ressourcen zur Förderung des Angebotes einzusetzen. Neben den schon bestehenden Angeboten bekunden derzeit weitere Berliner Bezirke Interesse.

Die ersten Auswertungen zeigen, dass viele Menschen gerne gemeinsam mit den Spaziergangsgruppen spazieren gehen. Es ist jedoch eine Herausforderung, für die Aufgabe der Begleitung der Gruppen zu begeistern. Dazu müssen die zu übernehmenden Aufgaben für die ehrenamtlichen Spaziergangsbegleiterinnen und -begleiter klar definiert sein. Es muss deutlich werden, dass Ehrenamt auch im Zusammenhang mit Verantwortung steht und die Rolle als Begleiterin oder Begleiter der Gruppen zuverlässig und mit Freude übernommen wird.

Das Zentrum für Bewegungsförderung unterstützt die Schulung interessierter Begleiterinnen und Begleiter für die Spaziergangsgruppen. Es hat sich gezeigt, dass dies wichtig ist, um Unsicherheiten abzubauen und gegenseitige Erwartungshaltungen klären zu können, aber auch um Vertrauen und Kontinuität aufzubauen und die Erfahrungen und Ideen der Begleiterinnen und Begleiter einzubeziehen.



Deutlich wurde, dass die Scheu Verantwortung zu übernehmen schwindet, wenn sich eine Gruppe aus Teilnehmenden und Begleiterinnen und Begleitern gebildet hat. Vieles wird dann selbst organisiert. Dabei sind die kontinuierliche Gewinnung weiterer Teilnehmerinnen und Teilnehmer und damit die Bewerbung des Angebotes nicht zu vernachlässigen. Konnten einmal Spaziergangslustige gewonnen werden, zeigen die Erfahrungen, dass ihre Teilnahme regelmäßig ist und somit auf die gute Akzeptanz des Angebotes der begleiteten Spaziergangsgruppen hinweist.

Den koordinierenden Einrichtungen sollte bewusst sein, dass auch Schwierigkeiten auftreten können. Nicht immer findet sich eine homogene Gruppe. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe können sich beispielsweise hinsichtlich ihrer Mobilität und damit in ihrem Spaziergangstempo unterscheiden, aber auch hinsichtlich ihrer Persönlichkeit und individuellen Vorstellungen über das Spazierengehen. Werden solche und ähnliche Probleme berücksichtigt, kann entsprechend gehandelt und können gemeinsame Lösungsstrategien erarbeitet werden.

Kontakt

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Stefan Pospiech/Cornelia Wagner
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel.: 030/44 31 90 99
E-Mail: wagner@gesundheitbb.de

Schöneberg bewegt sich

Michael Häfeling & Verena Kupilas, Berliner Institut für Public Health

Projektziele

Das Projekt „Nachbarschaftssport für Ältere“ bietet für Menschen mit geringem Einkommen im Alter 50+ in den Jahren 2010 und 2011 niedrigschwellige sportliche und gesundheitsfördernde Angebote in der direkten Nachbarschaft. Ziele des Projekts waren:

1. Motivierung der Zielgruppe zu gesundheitsförderlicher Bewegung und Sporttreiben.
2. Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Zielgruppe.
3. Aktivierung und nachhaltige Verbesserung des Zusammenlebens der Bevölkerung durch die integrative Wirkung des Sports.
4. Lokale sowie überregionale Akteure in den Bereichen Sport und Gesundheit sollen durch das Projekt aktiviert und vernetzt werden.

Gesundheitsförderung durch Spaß an der Bewegung

Der „erhobene Zeigefinger“ vieler Gesundheits-sportangebote schreckt sehr viele Menschen ab. Alleine das Wissen von positiven Effekten auf Gesundheit, reicht nur in den seltensten Fällen aus, dass jemand tatsächlich nachhaltig aktiv wird.

Stehen hingegen Spaß an der Bewegung und die Geselligkeit eines Bewegungsangebots im Vordergrund, werden gesundheitsfördernde Maßnahmen „en passant“ wahrgenommen. An dieser Stelle sind z.B. Tanzangebote oder auch „Qigong im Kleistpark“ zu nennen, bei welchen die Freude an Bewegung in einer angenehmen Umgebung im Mittelpunkt steht.



Niedrigschwelligen Zugang finden

Der eigentliche „Flaschenhals“ besteht in den Zugängen zu den Menschen, die sich bisher (zu) wenig um ihre Bewegung gekümmert haben oder nicht (mehr) das Gefühl haben, für „Sport“ geeignet zu sein. In diesem Zusammenhang gilt es die sozial verbindende Wirkung des Sports für die Gesundheit zu nutzen. Zentraler Ansatzpunkt für neue Angebote ist die Arbeit mit Menschen, die in sozialen Bezügen „eben da“ sind. Ein sehr gutes Beispiel ist das Seniorenfrühstück, bei dem anschließend Gymnastik angeboten wurde. Die Möglichkeit erst einmal zuzuschauen und dann jederzeit einzusteigen bzw. auch wieder aussteigen zu können, hat viele Menschen aktiviert, die auf anderen Wegen niemals ein Kursangebot gesucht hätten. Wie das obige Beispiel zeigt, sind „Bewegungsferne“ am leichtesten zu Bewegung zu motivieren, wenn sie bereits in einer Gruppe eingebunden sind. Die Gruppe bietet auf der einen Seite Unterstützung, Wohlwollen und Einbindung, was die Angst sich zu blamieren reduziert. Gleichzeitig übt sie einen sozialen Druck aus, an den Gruppenaktivitäten teilzunehmen, Teil der Gruppe zu sein und sich nicht an deren Rand zu stellen.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren stärken

Eine erfolgversprechende Strategie ist es, die bestehenden Kontakte auf der persönlichen Ebene zu nutzen, um Menschen, die „latent“ an Bewegung interessiert sind, zum ersten Ausprobieren und dann zur regelmäßigen Teilnahme zu motivieren.

Ein wichtiger Bestandteil des Projekts war deshalb, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Angebote zu gewinnen. Einige der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von nachbarschaftlichen Einrichtungen konnten sofort zur Teilnahme an den Angeboten motiviert werden. Dies machte eine kompetente Information der Bewohnerinnen und Bewohner über diese Angebote sowie eine überzeugendere Motivation zur Teilnahme möglich. Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Angebote wurden verstärkt aufgefordert, die Angebote in ihrem Bekanntenkreis bekannt zu machen.

Ein weiterer Multiplikatoren-Ansatz richtet sich an die Bewohnerinnen und Bewohner des Gebiets. Geeignete Personen wurden für eine Qualifizierung zum „Kiezübungsleiter“ bzw. zur „Kiezübungsleiterin“ – offiziell „Multiplikatorin und Multiplikator im Gesundheitssport“ – gewonnen. Die gezielte Ausrichtung auf Migrantinnen und Migranten verschiedener Nationalitäten ermöglicht langfristig die Erschließung schwer erreichbarer Gruppen. Auch Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen konnten an dieser Stelle einbezogen werden.

Angeleitete Partizipation

Entscheidend für eine langfristige Teilnahme ist es, Angebote zu machen, die für die angesprochene Gruppe attraktiv sind, d.h. von einem Kern der Gruppe getragen werden. Dabei sind nicht nur passende Inhalte, sondern auch ein geeigneter Ort und eine geeignete Zeit entscheidend. Angebote werden vor allem dann angenommen und stoßen langfristig auf Interesse, wenn sie die Bedürfnisse der Gruppen aufnehmen und berücksichtigen. Deshalb steht eine partizipative Ge-



staltung und Weiterentwicklung der Angebote durch die Beteiligung der potenziellen Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer im Vordergrund.

Im Rahmen des Projekts wurde aber ebenfalls deutlich, dass Angebote erst einmal vorgestellt werden müssen. Den potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern fehlt teilweise ein Überblick über die Möglichkeiten von Bewegungsangeboten und damit die Fantasie, eigene Wünsche oder Ideen zu entwickeln. Insofern geht es darum, den potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern Angebote zu machen, und diese dann gemeinsam weiterzuentwickeln. Dieses Vorgehen bezeichneten wir als „angeleitete Partizipation“.

Kontakt

Berliner Institut für Public Health

Michael Häfeling

Akazienstraße 22

10823 Berlin

Tel.: (030) 76 76 55 95

E-Mail: michael.haefelingner@bihp.de

Diskussion

Im Anschluss an die Impulsvorträge des ersten Workshops – Den Stadtteil in Bewegung bringen – tauschten sich die Teilnehmenden mit den Referentinnen und Referenten zu den vorgetragenen Inhalten aus. Schwerpunktthemen der Diskussion waren zum einen das Thema der Erreichbarkeit spezifischer Zielgruppen für Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung, um diese Projekte auch langfristig erfolgreich konzipieren zu können. Partizipation als ein Qualitätsmerkmal von Angeboten wurde unter anderem vor dem Hintergrund der Berliner Spaziergangsgruppen thematisiert. Abschließend wurden auf die Frage der Bewerbung von Angeboten aufmerksam gemacht und Vorschläge diskutiert.

Die Erreichbarkeit spezifischer Zielgruppen wurde insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund diskutiert. Um jene spezifischen Gruppen zu erreichen ist es bedeutsam diese präzise zu beschreiben, beispielsweise unter den Aspekten Geschlecht, Alter, Bedürfnisse, Lebenssituation oder Einstellungen. Bei Menschen mit Migrationshintergrund spielen insbesondere ethnische und kulturelle Aspekte eine wichtige Rolle, die bei der Gestaltung von Angeboten berücksichtigt werden sollten. Auf diese Weise werden spezifische Bedürfnisse der Zielgruppe beachtet und eventuelle Barrieren für eine Teilnahme vermieden. Angebote, die Bewegung mit Musik verknüpfen zeigen beispielsweise eine hohe Inanspruchnahme von Zielgruppen mit Migrationshintergrund. Bewegungsangebote des Projektes „Schöneberg bewegt sich“ wurden von Migrantinnen und Migranten den Erwartungen entsprechend in Anspruch genommen, d.h. die Teilnahmequote dieser Zielgruppe entsprach der Quote in der zuvor definierten Zielgruppe.

Thematisiert wurde zudem, inwieweit die Zielgruppe der älteren Männer mit herkömmlichen Bewegungsangeboten erreicht wird. Die Diskussion der Teilnehmenden zeigt, dass ältere Männer im Vergleich zu Frauen deutlich seltener Bewegungsangebote mit präventivem Charakter in Anspruch nehmen. Um mit Bewegungsangeboten auch Männer zu erreichen, sollten bei der Gestaltung von Angeboten spezifische Bedarfe und Bedürfnisse berücksichtigt werden. In einem Austausch wird unter anderem die Verknüpfung eines Bewegungsangebotes mit handwerklichen und technischen Tätigkeiten angeregt. Dies kann beispielsweise in Form eines Ausfluges oder Spaziergangs gelingen, bei dem das Fotografieren und die anschließende Bearbeitung der Fotos im Vordergrund stehen. Um jedoch die tatsächlichen Bedürfnisse und Wünsche älterer Männer berücksichtigen zu können, ist es bedeutsam nicht ausschließlich auf pauschale Geschlechterrollen zurückzugreifen. Dies kann beispielsweise durch partizipative Verfahren gelingen, welche die Zielgruppe und ihre Wünsche bei der Gestaltung eines Angebotes einbinden.

In der Diskussion wird zudem angeregt, an bereits bestehende Angebote anzuknüpfen, die sich durch eine hohe Inanspruchnahme durch Männer auszeichnen. Nicht zwangsläufig muss das bestehende Angebot auf Bewegungsförderung ausgerichtet sein. Vielmehr gilt es, den Zugang zu Männern über bewegungsferne Angebote zu nutzen, um insbesondere auch bisher inaktive Männer niedrigschwellig zu erreichen. Dieses Vorgehen nutzt das sogenannte „Eben da“-Prinzip.

Ein weiterer Diskussionsschwerpunkt thematisierte die Partizipation von Zielgruppen.

Partizipation bedeutet nicht nur Teilnahme, sondern auch aktive Teilhabe an Entscheidungen. Indem Zielgruppen selbst Wünsche, Ideen und Vorstellungen formulieren, gelingt die Berücksichtigung von tatsächlichen Bedarfen und Bedürfnissen. Ein gelungener partizipativer Prozess fördert unter anderem die Identifikation mit der Maßnahme und deren Wirksamkeit. Bei einer kontinuierlichen Integration von partizipativen Verfahren im Projektverlauf kann so die Qualität von Angeboten bei der Planung, Umsetzung, Durchführung und Evaluation verbessert werden.

Im Rahmen der Diskussion wird die Ergänzung der Berliner Spaziergangsgruppen um den partizipativen Charakter der Stadtteilbegehungen ange-

regt. Erfahrungen aus dem Projekt „Stadtteilbegehungen – den Stadtteil mit den Augen Älterer sehen“ zeigen, dass nicht nur die Partizipation der Zielgruppe, sondern auch eine verbindliche Einbeziehung der Politik von Beginn an wichtig ist, um Strukturen nachhaltig zu verändern und Verantwortlichkeiten zu schaffen. Diskutiert wurde ebenfalls eine Erweiterung der Berliner Spaziergangsgruppen um die Zielgruppe der Demenzerkrankten und ihre Angehörigen. Die notwendige Betreuung dieser Form von Spaziergangsgruppen geht jedoch über die Kapazitäten ehrenamtlicher Spaziergangsbegleiterinnen und -begleiter hinaus und erfordert eine entsprechende Organisation.

Workshop 2: Bewegungsräume im Stadtteil gestalten

Seniorenaktivplätze

Katja Sotzmann, Landessportbund Berlin

Der öffentliche Raum bietet zahlreiche Möglichkeiten sich zu bewegen. Angefangen bei Spaziergängen, Walken und Joggen über Boule-, Federball- und Volleyballspielen bis hin zu Aktivplätzen. Doch was genau verbirgt sich hinter diesen Aktivplätzen?

2008 wurde im Preußenpark der erste „Seniorenspielplatz“ in Berlin eingerichtet. Der Begriff erntete schnell Kritik, schließlich würden Seniorinnen und Senioren auf den Aktivplätzen nicht spielen. Der Landessportbund Berlin verständigte sich daher gemeinsam mit dem Bezirksamt Wilmerdorf-Charlottenburg auf den Begriff „Aktivplätze“. Beide Einrichtungen arbeiten seit 2009 an der Etablierung von betreuten Bewegungsangeboten, die den älteren Bürgerinnen und Bürgern die Scheu vor der Bewegung im öffentlichen Raum nehmen sollen. Gemeinsam in der Gruppe erfahren die Seniorinnen und Senioren eine qualifizierte Anleitung. Die gewonnenen Erfahrungen können somit weitergetragen werden. Die Kooperation zwischen dem Sport(-verein) und dem Bezirksamt hat sich als sehr vorteilhaft herausgestellt.

Darüber hinaus sind in der Zwischenzeit zahlreiche Aktivplätze in Berlin entstanden, die von unterschiedlichen Geräteherstellern ausgestattet worden sind. In dieser Vielfalt spiegeln sich die verschiedensten Ansätze wieder, von einer Anlehnung an die traditionell chinesische Medizin (TCM), über einen klassischen Fitnessansatz bis hin zur Form des MotorikparksTM. Die Übungen erinnern einerseits an Bewegungsabläufe aus Qi Gong, die auf sanfte Art und Weise die „Beweglichkeit“ und „Koordination“ schulen. Andererseits

ähneln Geräte auf Aktivplätzen den Geräten aus Fitnessstudios, welche das Training von „Kraft“ und „Ausdauer“ fördern. Ein Exot unter den Aktivplätzen ist der MotorikparkTM, welcher sich durch vielfältige Bewegungsvariationen an jeder einzelnen Station auszeichnet.



Zusammengefasst können wir feststellen, dass Aktivplätze eine gute Möglichkeit der Bewegungsförderung für junge und ältere Erwachsene darstellen. Gemeinsam werden sie körperlich und geistig aktiv und haben einen Ort der Begegnung, an welchem soziale Kontakte geknüpft werden können. All diese Komponenten wirken positiv auf die Gesundheit, so dass die Lebensqualität im Alter steigt und die Selbständigkeit erhalten bleibt. „Gemeinsam statt Einsam“ lautet die Devise. Dazu empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit dem Sport(verein). Qualifizierte Übungsleiterinnen und Übungsleiter können Bewegungsangebote betreuen und Übungen erklären und korrigieren. Die Hemmschwelle, das Bewe-



gungsangebot im öffentlichen Raum anzunehmen, sinkt und gleichzeitig wird aktiv ein Beitrag für die eigene Gesundheit geleistet. In diesem Zusammenhang sind die gruppendynamischen Prozesse nicht zu unterschätzen, die sich

motivierend auf das gemeinschaftliche Bewegen auswirken. Es gilt, das (Gesundheits-)Bewusstsein

für ein aktives und bewegtes Leben zu stärken und die Aktivplätze als Interaktions- und Kommunikationsplattform zu nutzen.

Kontakt

*Landessportbund Berlin
Katja Sotzmann
Jesse-Owens-Allee 2
14053 Berlin
Tel.: (030) 30 00 21 27
E-Mail: k.sotzmann@lsb-berlin.de*

Zurzeit sind dem Landessportbund Berlin folgende Aktivplätze in Berlin bekannt:	Motorikpark – Park am Buschkrug; U-Bhf. Zwickauer Damm
Charlottenburg/Wilmersdorf: Preußenpark – Fehrbelliner Platz SeniorenTreff am Lietzensee – Wundtstraße	Mitte: Nauener Platz – U-Bhf. Nauener Platz
Friedrichshain/Kreuzberg: Am Spreeufer/Heckmannufer – Schlesische Straße Bethanien – Bethanienstraße	Reinickendorf: Seniorenfreizeitstätte – Berliner Straße 105-107 Märkisches Viertel – Senftenberger Ring
Lichtenberg: Der Aktivspielplatz – Dolgenseestraße Quartierspark – Mellenseestraße	Steglitz/Zehlendorf: Phoenix Mittelhof – Teltower Damm 228 Villa Mittelhof – Königsstraße
Neukölln: Aktivplatz Britz – Bürgerstraße Gropiusmeile – U-Bhf. Zwickauer Damm und U-Bhf. Lipschitzallee Aktivplatz Neukölln – Boddinstraße	Tempelhof/Schöneberg: Yorkstraße – U-Bhf. Yorkstraße
	Weitere Aktivplätze sind in Planung. Nähere Informationen finden Sie auch in der neuen Broschüre „Senioren sport“ 2012/2013 oder auf folgender Internetseite: www.lsb-berlin.de .

Bewegungsparcours Gropiusmeile

Heike Thöne, Quartiersmanagement Lipschitzallee/ Gropiusstadt

Hintergrund des Projektes „Gropiusmeile bewegt“

Die Gropiusstadt ist eine fast 50jährige Großsiedlung mit rund 35.000 Einwohnern. Der Stadtteil ist geprägt durch einen hohen Anteil älterer Menschen. Viele der Bewohnerinnen und Bewohner leben in wirtschaftlich schwierigen Verhältnissen und oft sehr zurückgezogen. Die Förderung von Nachbarschaften und die Initiierung von generations- und herkunftsübergreifenden Projekten sind Hauptanliegen der Arbeit des seit sechs Jahren tätigen Quartiersmanagements.

Das Projekt „Gropiusmeile“ wurde von dem Wohnungsunternehmen degewo initiiert und gemeinsam mit dem Quartiersmanagement Lipschitzallee/Gropiusstadt, dem Bezirk und fünf weiteren Wohnungsunternehmen aus der Gropiusstadt umgesetzt. Eröffnet wurde die Gropiusmeile im Frühjahr 2009. Die Gropiusmeile ist ein Bewegungs-Parcours und bietet insbesondere Seniorinnen und Senioren sowie Erwachsenen Möglichkeiten in ihrem Wohnumfeld körperlich aktiv zu werden. Mit dem aus Mitteln des Programms „Soziale Stadt“ geförderten Projekt wurde das Ziel verfolgt – unabhängig von Alter, sportlichem Leistungsstand und finanziellem Hintergrund – Bewegung wohnortnah ins alltägliche Leben zu bringen. Gleichzeitig sollten kommunikative Orte für Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers geschaffen werden.

Der Bewegungsparcours Gropiusmeile

Der neun Kilometer lange Lauf- und Fitnesspfad führt durch die Gropiusstadt. Ein farbiges Leitsystem für die unterschiedlich langen Laufstrecken und große Schautafeln mit Übersichtskarten bieten Orientierung. An zwei zentralen Fitnesspunkten

sowie neun weiteren Fitnessstationen entlang des Parcours stehen spezielle Trainingsgeräte. Die Geräte wurden so ausgesucht, dass sie leicht zu bedienen sind und dazu animieren, die Benutzung auch in Spaziergänge und tägliche Wege zu integrieren. Auch wenn das Gesamtkonzept generationenübergreifend ausgerichtet ist, wurden die beiden an der Strecke liegenden Fitnessplätze zielgerichtet mit seniorenrechten Bewegungsgeräten, Sportgeräten, Sitzmöglichkeiten und Pavillons ausgestattet. Darüber hinaus wurden Bänke entlang der Strecke aufgestellt, ergänzende Wegstrecken angelegt sowie Stauden gepflanzt.

Mit zusätzlichen Programmen wie dem Gropius-Lauf, Nordic Walking auf der Gropiusmeile oder Einführungen zu den Geräten wurden weitere attraktive Möglichkeiten zur Nutzung der Gropiusmeile geschaffen. Angebote durch verschiedene Vereine, Interessensgruppen oder Einzelsportler sollen auch diejenigen – vor allem ältere Bewohnerinnen und Bewohner – zum Mitmachen bewegen, die lieber in angeleiteten Gruppen unterwegs sind.



Bisherige Erfahrungen mit der Gropiusmeile

Obwohl die Anlage gut erreichbar im Wohngebiet und größtenteils im Grünen liegt, gepflegt wird, überwiegend ausreichend beleuchtet und mit Bänken ausgestattet ist, wird sie wenig genutzt. Zu Beginn wurde versucht, die Bewegungsmeile über Aktivitäten von Sportvereinen zu beleben. Eine zu geringe Teilnehmerzahl führte dazu, dass sich die Sportvereine zurückzogen. Auch eine spätere Aktivierung über Projekte der Arbeitsförderung führte nicht zum Erfolg, da ohne eine entsprechende Qualifikation das Aufgabenfeld der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht klar definiert war. Zurzeit wird die Bewegungsmeile von drei im Kiez ansässigen Einrichtungen regelmäßig aufgesucht, die dort gezielt gemeinsame sportliche Aktivitäten organisieren.



Die Probleme bei der Aktivierung der Anlage liegen unter anderem in ihrer Weiträumigkeit begründet. Zwischen den Geräten bestehen große Entfernungen. Gemeinsame Gruppenerlebnisse mit motivierender Funktion kommen dadurch selten

zustande. Die Benutzer fühlen sich oft auf dem Präsentierteller, eine ungestörte Atmosphäre ist nicht gegeben. Insbesondere für ältere Menschen ist zudem die Benutzung schwierig: Anders als ursprünglich gedacht erklären sich nicht alle Geräte von selbst. Die Benutzung wird jedoch nicht auf Schildern, sondern nur auf einer Webseite erklärt. Die Nutzung des Internets als Informationsplattform wird jedoch von älteren Menschen nur zu Teilen in Anspruch genommen. In einem Wohngebiet mit vielen Sprachen ist zudem die Beschilderung in mehreren Sprachen vorteilhaft.

Besonderheiten

Die örtlichen Wohnungsbaugesellschaften haben sich für 10 Jahre zu Pflege und Wartung der Gropiusmeile verpflichtet. Neben Einrichtungen, Initiativen und Vereinen sind sie wichtige Kooperationspartner, um gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern die Möglichkeiten zu erproben, die die Gropiusmeile bietet.

www.gropiusmeile.info

Kontakt

S.T.E.R.N. Gesellschaft der behutsamen Stadterneuerung mbH

Heike Thöne

Schwedter Straße 263

10119 Berlin

Tel.: (030) 44 36 36 30

E-Mail: thoene@stern-berlin.de

Diskussion

Im Anschluss an die Beiträge zum Thema des Workshops 2 – Bewegungsräume im Stadtteil gestalten – ging es in der Diskussion zunächst um die Wahl eines geeigneten Titels, der auf die Zielgruppe ausgerichtet ist, die es mit einem Angebot der Bewegungsräume im Stadtteil zu erreichen gilt. Außerdem wurde diskutiert, welche Aspekte bei der Planung und Gestaltung eines Bewegungsparcours oder eines Aktivplatzes Berücksichtigung finden sollten, um eine bestmögliche Akzeptanz des Angebotes zu erreichen. Die in diesem Zusammenhang bedeutungsvolle Partizipation der Zielgruppe bildete ebenfalls einen thematischen Schwerpunkt in der Diskussion. Eine zielgruppengerechte Gestaltung und die sachgerechte Handhabbarkeit der Geräte sind von großer Bedeutung. Abschließend wurde die Zusammenarbeit mit Kooperationspartner und die daraus resultierenden Vorteile in einem Projekt thematisiert.

Nicht unerheblich bei der Gestaltung eines Bewegungsparcours oder Aktivplatzes ist die Frage nach dem passenden Titel. Katja Sotzmann verweist in der Diskussion darauf, dass es wichtig ist, bei der Suche nach einem geeigneten Titel die Zielgruppe „vor Augen“ zu haben, die angesprochen werden soll. Ist eine generationsübergreifende Nutzung des Platzes geplant, bietet sich ein neutraler Titel wie beispielsweise „Aktivplatz“ an, während sich der Titel „Seniorenaktivplatz“ an die Zielgruppe der älteren Menschen wendet.

Diskutiert wurden Aspekte, die bei der Gestaltung eines Bewegungsparcours oder Aktivplatzes Beachtung finden sollten. Die Reflexion folgender Fragen wurde bei der Planung als wichtig erachtet:

- Welche Barrieren, Befürchtungen und Wünsche bestehen in der Zielgruppe?
- Ist die Zielgruppe lieber „unbeobachtet“ bei der Nutzung des Aktivplatzes? Soll der Aktivplatz entsprechend durch Bäume oder Bepflanzung abgeschirmt sein bzw. in einem weniger frequentierten Teil eines Parks liegen?

- Fühlt sich die Zielgruppe sicherer, wenn der Aktivplatz direkt an stark frequentierten Wegen liegt, damit im Notfall schnell Hilfe verfügbar ist? Oder entstehen dadurch Barrieren und das Gefühl auf dem „Präsentierteller“ zu sein?
- Ist die Gefahr für Vandalismus geringer, wenn der Aktivplatz gut einsehbar ist?
- Wie gelangen ältere Menschen zu dem Aktivplatz? Ist der Weg barrierefrei (gut begehbare Wege, gute Beleuchtung)?
- Wie kann eine saubere und gepflegte Instandhaltung gewährleistet werden? (bspw. ist in Charlottenburg-Wilmersdorf das Grünflächenamt für die Pflege der Aktivplätze zuständig)

Um einen Einblick in die Barrieren und Wünsche der Zielgruppe zu erhalten wird eine frühzeitige Einbeziehung der Zielgruppe bei der Planung des Aktivplatzes bzw. Bewegungsparcours als sinnvoll erachtet. Auf diese Weise kann unter anderem der Bekanntheitsgrad sowie die Akzeptanz und Inanspruchnahme bei der Zielgruppe erhöht werden. Die Attraktivität des Aktivplatzes kann zudem gesteigert werden, indem eine kostenfreie Nutzung möglich ist, das Erscheinungsbild gepflegt und anregend ist – beispielsweise durch Bepflanzung – oder weitere Anreizsysteme für die Nutzung geschaffen werden. Vorgeschlagen wird bspw. ein Anreizsystem in Form von Gutscheinen.

Weiteres Themenfeld der Diskussion stellte die sachgerechte Nutzung der Geräte dar. Kritisiert wird unter anderem die Schriftgröße der Hinweisschilder bei bereits bestehenden Aktivplätzen und Bewegungsparcours, welche insbesondere bei schwindender Sehkraft im Alter kaum identifizierbar sind. Ein Vorschlag besteht in der Gestaltung von Piktogrammen und Fotos zur Ergänzung der Benutzungshinweise. Durch bildliche Darstellungen können unter anderem auch sprachliche Probleme kompensiert werden. Bei

Hinweisschildern wie auch bei Geräten sollte bei der Gestaltung die Gefahr von Vandalismus berücksichtigt werden.

Diskutiert wurde zudem, inwieweit eine persönliche Anleitung im Umgang mit den Geräten sinnvoll ist. Insbesondere im Alter bestehen oft Befürchtungen, sich zu überanstrengen oder zu verletzen, sodass ein zwangloses Ausprobieren von neuen Bewegungsformen häufig nicht der Fall ist. Fachkundige Anleitung durch eine Trainerin erfolgt beispielsweise auf den Seniorenaktivplätzen im Lietzenseepark und Preußenpark in Kooperation mit dem Landessportbund. Hierbei müssen jedoch der Koordinationsaufwand oder eventuelle finanzielle Vergütungen der Trainer und Trainerinnen eingeplant werden.

Mögliche Kooperationspartner für fachliche Informationen hinsichtlich der Gestaltung eines Aktivplatzes oder Seniorenparcours sind beispielsweise Sportvereine oder der Landessportbund. Diese können einerseits einen Beitrag zu der Gestaltung der Geräte und des Aktivplatzes leisten, da sie in Kontakt mit der Zielgruppe stehen und eventuelle Befürchtungen und Barrieren kennen. Zum anderen ist diese Kooperation im Hinblick auf ein Betreuungsangebot an den Geräten hilfreich, beispielsweise in Form einer Kontaktvermittlung von Übungsleiterinnen oder Übungsleitern. Weitere mögliche Kooperationspartner sind Träger oder Einrichtungen in direkter Nachbarschaft der Aktivplätze oder im Quartier. Diese können beispielsweise Seniorenheime sein, die den Aktivplatz als ein Angebot für Bewohnerinnen und Bewohner nutzen und eventuell fi-

nanzielle Unterstützung bieten können. Darüber hinaus kann diese Kooperation der Bewerbung und Bekanntmachung des Aktivplatzes zuträglich sein. So nutzt der Verein Lebensherbst e.V. zum Beispiel den Seniorenparcours am Lietzensee für einen Seniorentreffpunkt, welcher Begegnungen von Seniorinnen und Senioren im öffentlichen Raum ermöglichen soll.

Finanzielle Kooperationspartner können unter anderem auch die Herstellerfirmen der Geräte sein. Beispielsweise erhielt das Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf finanzielle Unterstützung, indem die Herstellerfirma die Geräte zur Testung des Marktes sponserte.

Beim Kauf der Geräte wird empfohlen, auf die Qualität der Geräte zu achten. Ein niedriger Anschaffungspreis revidiert sich schnell, wenn hohe Kosten für die Wartungen der Geräte entstehen oder Verdruss bei Benutzerinnen und Benutzern folgt.

Weiterführende Informationen

Das Zentrum für Bewegungsförderung Rheinland-Pfalz und Saarland entwickelte einen Leitfaden und eine Checkliste.

Diese stellen Informationen bereit, die bei der Planung und Einrichtung eines Aktivplatzes zu beachten sind. Leitfaden und Checkliste sind unter folgendem Link abrufbar:

www.diebewegung.de/bewegung-im-alter/senioren-spielplaetze/

Workshop 3

Sicherheit in den Alltag bringen: Sturzprävention wirkt

Wirksame Sturzprävention im ambulanten Bereich

Bettina Schubert, AOK Nordost &
Marion Welz, Villa Albrecht, DRK Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V.

Das Zunehmen der Lebensjahre wird insbesondere im Alter durch körperliche Veränderungen begleitet. Folgen davon können unter anderem Stürze sein. Ein Drittel der Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren stürzen mindestens einmal pro Jahr. Häufig bleibt dies nicht folgenlos: 5 Prozent der Stürze führen zu Frakturen, 1-2 Prozent verursachen eine hüftnahe Oberschenkelhalsfraktur und etwa 20 Prozent der Gestürzten kommen anschließend in ein Pflegeheim. Die Angst der Betroffenen erneut zu stürzen führt zu motorischen Selbstbeschränkungen und zum Abbau der lokomotorischen Fähigkeiten.

Diese Daten bilden den Hintergrund und die Ausgangslage des ambulanten Angebots „Sicher- und Aktivsein im Alter“ der AOK Nordost. Gesetzliche Grundlage des Angebots der AOK Nordost zur Förderung von Interventionen in der ambulanten Sturzprävention ist §20 Abs. 1 SGB V. Die Kerninhalte basieren auf der Grundlage der evaluierten Programme des Geriatrischen Zentrums Ulm (GZU) (weitere Informationen unter www.aktiv-in-jedem-alter.de). Das Angebot ist wesentlicher Bestandteil der WHO-Zertifizierung 2009 des Landes Brandenburg als „Safe Region“.



Ziele des Angebots der AOK Nordost sind die Senkung des Sturzrisikos im häuslichen Umfeld sowie die Erhaltung und Förderung von Mobilität und Selbstständigkeit in der zweiten Lebenshälfte. Zudem sollen die Lebensqualität gesteigert und die ärztlichen Behandlungskosten verringert werden. Schwerpunkt des Angebots ist die professionelle Anleitung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Stadtteileinrichtungen. Diese können auf Grundlage einer Schulung, welche im Rahmen des AOK-Angebots stattfindet, als Trainingsgruppenleiterinnen und -leiter das Angebot für Seniorinnen und Senioren anschließend in Eigenregie durchführen.

Praktisches Beispiel hierfür ist die DRK geriatrische Tagespflege Villa Albrecht in Tempelhof. Erste praktische Erfahrungen zeigen hier, dass die Leistungsfähigkeit, die Selbstständigkeit und das Selbstbewusstsein der teilnehmenden Seniorin-

Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für teilnehmende Einrichtungen:

- Die Einrichtungen sollten eigene Räumlichkeiten zur Durchführung des Angebots besitzen.
- Das AOK-Angebot ist kostenfrei für die Einrichtung.
- Das in der Einrichtung durchgeführte Angebot ist kostenfrei und offen für Senioren und Seniorinnen aus der Region/ dem Stadtbezirk.



nen und Senioren gestiegen sind. Bewegungseingeschränkte Tagesgäste sind wieder selbständig mit dem Rollator unterwegs und nicht mehr auf den Rollstuhl angewiesen, sie trauen sich im Alltag wieder mehr zu und heben beispielsweise wieder selbstständig Heruntergefallenes auf. Erfolg ist auch, dass regelmäßig am Kraft- und Balancetraining teilnehmende Seniorinnen und Senioren seitdem nicht mehr gestürzt sind. Im Rahmen des Balance-Tests nach Berg konnte zudem festgestellt werden, dass sich die Testergebnisse in den ersten sechs Monaten regelmäßiger Trainingsteilnahme um rund 35 Prozent verbessert haben.

Das Angebot für Seniorinnen und Senioren besteht aus zwei zentralen Modulen:

- Beratung zur Prävention von Sturzgefahren
- Kraft- und Balancetraining



Erforderliche Rahmenbedingungen für das Kraft- und Balancetraining:

- Es besteht mindestens eine Trainingsgruppe in der Einrichtung mit maximal 12 teilnehmenden Seniorinnen und Senioren.
- Es finden zwei Einheiten à 60 Minuten pro Woche statt. Die 60 Minuten bestehen jeweils aus 30 Minuten Kraft- und 30 Minuten Balancetraining, wobei spezifische Trainingsgeräte eingesetzt werden.

Folgende Fördermaßnahmen bietet die AOK im Rahmen des Angebots:

Professionelle Schulung von Multikatoren als Trainingsgruppenleiter und -leiterinnen.

An dieser Schulung können pro Einrichtung zwei Teilnehmerinnen oder Teilnehmer sich beteiligen, beispielsweise Mitarbeitende der Einrichtung oder Ehrenamtliche. Die Schulung besteht aus acht Unterrichtseinheiten à 45 Minuten. In diesen Unterrichtseinheiten werden Informationen und Kenntnisse zur ambulanten Sturzprävention vermittelt und in Bezug auf die Vermeidung von Sturzgefahren beraten. Weiterer Bestandteil ist die Schulung zu trainingsmethodischen Inhalten des Kraft- und Balancetrainings. Darüber hinaus werden altersspezifische Besonderheiten der Seniorinnen und Senioren thematisiert sowie weitere Kenntnisse und die Befähigung zur Durchführung des Trainings vermittelt.

Information und Beratung zur Sturzvermeidung im Wohn- und Lebensumfeld

Ein Beispiel für diesen Bestandteil ist eine Checkliste mit dem Titel „Das Zuhause unter der Lupe“.

Bereitstellen von angebotsbegleitenden Informations- und Trainingsmaterialien.

Die AOK stellt zu dem angebotsbegleitende Informationsmaterialien zur Verfügung und bezuschusst die Kosten für Trainingsmaterialien.

Kontakt

AOK Nordost

Bettina Schubert

Potsdamer Straße 20

14510 Teltow

Tel.: 0800/26 50 80 32 934

E-Mail: bettina.schubert@nordost.aok.de

DRK Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V.

Marion Welz

Bachestraße 11,

Besucheradresse: Bundesallee 73

12161 Berlin

Tel: 030 / 85005-251

Mail: welzm@drk-berlin.de

Tipp:

Weitere Informationen zu dem Angebot der AOK Nordost enthält der kostenfreie Leitfaden „Schritt für Schritt zu mehr Gesundheit im Alter. Ein Leitfaden zum Aufbau von begleiteten Spaziergangsgruppen und zur Initiierung von Trainingsgruppen zur Sturzprävention im Stadtteil.“ Der Leitfaden wurde in Kooperation des Zentrums für Bewegungsförderung Berlin mit der AOK Nordost entwickelt. Der Leitfaden kann kostenfrei über Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. bezogen werden.

Ansprechpartnerin: Cornelia Wagner,

Tel.: 030 44 31 90 99,

Email: wagner@gesundheitberlin.de

Praxisbeispiel zum wirksamen Kraft- und Balancetraining in der Villa Albrecht unter folgendem

Link: www.aok.de/nordost/die-aok/bleib-gesund-tv-august-2011-183802_183817.php

Trommeln für das innere und äußere Gleichgewicht

Ricarda Raabe, Eigeninitiative Selbsthilfzentrum Köpenick & Treptow

Ausgangssituation

Fast 30 Prozent ältere Menschen über 60 Jahre leben heute in Treptow-Köpenick. Dieser Anteil wird sich bis zum Jahre 2020 unwesentlich verändern. Was sich verändern wird, ist der Anteil der über 75-Jährigen. Dieser wird im Jahre 2020 von derzeit 8,8 Prozent auf 12,4 Prozent ansteigen. Mit einem Anteil von 29,4 Prozent der über 60-Jährigen im Jahr 2006 verzeichnet der Bezirk Treptow-Köpenick im berlinweiten Vergleich den zweithöchsten Anteil älterer Menschen. Basierend auf diesen Fakten wurde für den Bezirk das kommunale Gesundheitsziel „Gesund älter werden in Treptow-Köpenick“ entwickelt.¹¹ Ein Teilaspekt dieses Zieles ist Bewegung. Bewegung bis in das hohe Alter ist wichtig und gesundheitsfördernd. Es steigert das Wohlbefinden und die Zufriedenheit. Bewegung soll aber vor allen Dingen Spaß und Freude bringen und nicht nur eine klassische „Bewegungseinheit“ darstellen.

Idee

An den genannten Aspekten knüpft der Ansatz und die Grundidee des Konzeptes „Drum Circle: Rhythmus – Trommeln – Bewegung“ an und versteht sich als Ergänzungsangebot. Neben ärztlicher Betreuung, Sportangeboten und therapeutischer Unterstützung besteht eine vierte Säule im Angebotsspektrum für ältere Menschen, welche die Stärkung der Hand-Fuß-Koordination und des Gleichgewichts sowie die Förderung der motorischen Fähigkeiten im Vordergrund steht. Diese Art der Bewegung wirkt auch als Sturzprophylaxe. Ausgeübt in Form von Trommeln ist diese Art der Bewegung eine niedrigschwellige Einladung zu lustvollem Training, sich „ganz nebenbei“ aktiv zu bewegen und dabei Spaß zu haben. Es geht um die Verbindung von Rhythmus-Trommeln-Bewegung.

Trommelforschung

Eine Studie belegt: Trommeln fördert Bewegung sowie Gleichgewichtsorientierung und hilft gegen Depressionen, Übergewicht. Darüber hinaus können durch das Trommeln die Nebenwirkung einer Chemotherapie verringert werden. „Ich habe in den Trommeln ein Instrument gefunden, welches nicht nur Krach macht, sondern auch bei der Behandlung psychischer und physischer Erkrankungen gute Dienste leisten kann“ (Peter Wright, Leiter des weltweit ersten Forschungsprojekts „Drums Alive“ des sportmedizinischen Fakultät TU Chemnitz).

Forscher verschiedener Fakultäten der TU Chemnitz beschäftigen sich im Projekt „The Drum Beat – Chemnitz Drumming Project“ mit den Wirkungen und Effekten verschiedener Arten des



¹¹ www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/presse/archiv/20080624.1455.103553.html

Trommeln auf Fitness, Gesundheit und Verhalten. In verschiedenen Teilprojekten werden folgende Probandengruppen untersucht:

- Seniorinnen und Senioren
- Menschen mit Depressionen
- Menschen mit Burnout
- Menschen mit Übergewicht
- Menschen mit Krebs
- Kinder mit ADHS
- Schülerinnen und Schüler

Nennenswerte Verbesserungen sind zu verzeichnen bei:

- Herzfrequenz
- Blutlaktatwerten
- Subjektive Belastungs- und Spaßempfinden
- Kognitive + motorische Leistungsfähigkeit
- Konzentrationsfähigkeit + Vigilanz (Aufmerksamkeitsfähigkeit)
- Koordinationsfähigkeit
- Gleichgewichtsfähigkeit
- Interkulturelle Kompetenz

Sturzprophylaxe

Aufgrund der Ergebnisse in der Trommelforschung kann eine gewagte – aber dennoch überzeugende These – aufgestellt werden: Trommeln fördert das innere und äußere Gleichgewicht und kann folglich als ein sturzprophylaktisches Angebot begriffen werden.

Mit zunehmendem Alter lässt die Hand-Fuß-Koordination nach. Einer der schwerwiegendsten Folgen: Ältere Menschen haben häufiger Probleme mit dem Gleichgewicht. Die nachlassende Koordination und die Zunahme der Gangunsicherheit führen unweigerlich zu Stürzen!

Trommeln in einem Drum Circle ist sehr komplex und gehört zu den grundmotorischen Bewegungen des Menschen. Trommeln, Rhythmus und Bewegung verbindet hohe Konzentration mit sehr viel Spaß und hat positive Auswirkungen auf das Gleichgewichtsempfinden, die Sensorik, Körpergeschwindigkeit und Koordinationsfähigkeit.

So können „Drum Circles“ als offenes Trommel- und Bewegungsangebot in Seniorenfreizeitstätten,



Stadtteil- und Selbsthilfezentren, Reha- und Kurkliniken, Tagesstätten und Pflegeheimen als sturzprophylaktisches Programm etabliert werden.

Fazit

Der kürzeste Weg von der Seele zur Musik führt über die Trommel und kein Instrument kommt dem Herzschlag näher. Noch heute, wenn wir eine Trommel schlagen hören oder selber schlagen, fühlen wir, wie sich etwas tief in uns rührt... die Magie der Trommel.

Ein Drum Circle ist offen für alle und macht dieses Erlebnis unmittelbar spürbar. Eine Teilnahme am Drum Circle fördert das Wohlbefinden und die Gesundheit.

Ich wünsche mir für die Zukunft, dass sich Drum Circles in Berliner Einrichtung etablieren, damit möglichst vielen Menschen diese positive Erfahrung ermöglicht wird, denn: Trommeln macht glücklich!

Kontakt

Eigeninitiative Selbsthilfezentrum Köpenick & Treptow

Ricarda Raabe

Genossenschaftsstraße 70

12489 Berlin

Tel.: 030/63 22 41 11

E-Mail: eigeninitiative@ajb-berlin.de

Diskussion

In der Diskussion wurden in Anlehnung an ein Angebot der Sturzprävention Fragen hinsichtlich der Aufgaben und Verantwortlichkeiten von ehrenamtlichen Gruppenübungsleiterinnen und -leitern thematisiert. Gegenstand der Diskussion bildete das Thema Erreichbarkeit der Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren. So wurden Empfehlungen und Ideen für die Bewerbung von Angeboten sowie für die Einbeziehung von Angehörigen und die Kooperation mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren diskutiert. Abschließend wurden für die Wahl des Titels unter Berücksichtigung der Zielgruppe sowie für die spezifische Ausgestaltung von Präventionsangeboten Vorschläge präsentiert und erörtert.

In der Diskussion wurde das Angebot der AOK zur ambulanten Sturzprävention im Stadtteil thematisiert. Aufkommende Fragen bezogen sich dabei unter anderem auf den Versicherungsschutz von Ehrenamtlichen bei der Durchführung von Angeboten. Bei Ehrenamtlichen besteht häufig Unsicherheit bzgl. der Verantwortung als Trainingsgruppenleiterin oder -leiter, wenn diese die Übernahme einer Übungsgruppe erwägen. Marion Welz berichtet im Hinblick auf diesen Aspekt über das Vorgehen in der Villa Albrecht. Hier übernahmen zunächst ausgebildete Physiotherapeuten die Verantwortung für eine Übungsgruppe, bis Ehrenamtliche sich sicher genug fühlten das Angebot selbstständig durchzuführen.

Ein weiterer Themenschwerpunkt der Diskussion bezog sich auf die Erreichbarkeit von Seniorinnen und Senioren, die bislang keine Angebote der Kiezclubs etc. aufsuchen.

Für das Angebot des gemeinsamen Trommelns in Adlershof konnten nach Angaben von Ricarda Raabe die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beispielsweise durch Bekanntmachungen in Apotheken, Arztpraxen oder Koordinierungsstellen gewonnen werden. Ein weiterer Vorschlag zur Erreichbarkeit von isoliert lebenden älteren

Menschen ist die Ansprache und Schulung von Angehörigen sowie der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bei verschiedenen Öffentlichkeitsaktionen. Empfohlen wird zudem die Kooperation mit Kontaktstellen für Pflegeengagement.

Wichtig bei der Etablierung von Angeboten der Sturzprävention ist ebenfalls die Wahl eines geeigneten Titels. Beispielsweise findet der Begriff „Sturzprophylaxe“ häufig wenig Anklang bei Zielgruppen oder Multiplikatoren. Ältere Menschen bevorzugen eher „Gymnastik“ und können sich darunter etwas Konkretes vorstellen. Auch der von der AOK gewählte Begriff „Kraft- und Balancetraining“ ist für ältere Menschen verständlich und zugänglich. Auch hier ist ein Bezug zur Zielgruppe wichtig. Sollen mit dem Angebot explizit Männer angesprochen werden, ist es ratsam den Titel entsprechend anzupassen.

Für eine mögliche Erweiterung des AOK-Angebotes zur Sturzprävention wird die Durchführung von Übungen zu zweit oder in Kleingruppen empfohlen, um so Gelegenheiten für soziale Kontakte zu schaffen. Ein weiterer Vorschlag ist ein Schulungsangebot für die richtige „Technik“ beim Fallen sowie für Vorkehrungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld, um Stürze zu vermeiden.

Seit dem 1. Januar 2005 gibt es eine Haftpflicht- und Unfallversicherung für ehrenamtlich Aktive und freiwillig Engagierte in Berlin. Vertiefende Informationen finden Sie unter folgenden Links:

www.berlin.de/buergeraktiv/be/versicherung/index.html
www.sekis-berlin.de/Versicherungsschutz.217.o.html

Literaturnachweise

- Abel T, Abraham A, Sommerhalder K. Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag, 2006; 185-198.
- Avlund K, Holstein BE, Osler M, Damsgaard MT, Holm-Pedersen P, Rasmussen NK. Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003; 31: 126-136.
- Bacon WE, Wilbur CH. Occurrence of hip fractures and socioeconomic position. *Journal of Aging and Health*, 2000; 12: 193-203.
- Baltes PB, Baltes MM. Optimierung durch Selektion und Kompensation: Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 1989; 35: 85-105.
- Baltes M, Kohli M, Sames K. *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen*. Bern: Huber, 1989.
- Bär G, Buhtz M, Gerth H. Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A, editors. *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“*. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2004; 233-294.
- Barnes M. The same old process? Older people, participation and deliberation. *Ageing & Society*, 2005; 25: 245-259.
- Bauer U. *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005.
- Berkman CS, Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health*, 1998; 10: 81-98.
- BMFSFJ. *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010.
- Böhnke P. *Am Rande der Gesellschaft – Risiken sozialer Ausgrenzung*. Opladen: Budrich, 2006.
- Breeze E, Fletcher AE, Leon DA, Marmot MG, Clarke RJ, Shipley MJ. Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. *American Journal of Public Health*, 2001; 91: 277-283.
- Bukov A. Individuelle Ressourcen als Determinanten sozialer Beteiligung im Alter. In: Backes GM, Clemens W, editors. *Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen*. Opladen: Leske + Budrich, 2000; 187-214.
- Bukov A, Maas I, Lampert T. Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 2002; 57B: P510-P517.
- Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend. *Potenziale der Älteren in Kommunen nutzen – Ergebnisse des Bundesmodellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“*. Berlin: 2006.
- Bundesregierung. *Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den Sechsten Altenbericht „Altersbilder in der Gesellschaft“*. Berlin: Deutscher Bundestag, 2010.
- Day R. Local environments and older people's health: Dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health & Place*, 2008; 14: 299-312.
- Expertengruppe unter der Leitung des Referates Sport der Generaldirektion Bildung und Kultur der Europäischen Kommission (2008, 10. Oktober). *EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung*. Zugriff am 10.10.2011 unter http://ec.europa.eu/sport/library/doc/c1/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_de.pdf.
- Franke T. Wo kann sich die „Soziale Stadt“ verorten? In: Schnur O, editor. *Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis*. Wiesbaden: VS Research, 2008; 127-144.
- Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass JH, McGill S, Rebok GW, Seeman TE, Tielsch J, Wasik BA, Zeger S. A Social Model for Health Promotion for an Aging Population: Initial Evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health*, 2004; 81: 64-78.
- Fried LP, Frick KD, Carlson MC, Rebok GW. Experience Corps: Ein Gesellschaftsmodell für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. *Gesundheit und Gesellschaft, Wissenschaft*, 2006; 1: 23-35.
- Friedrich K. *Altengerechte Wohnumgebungen*. In: Flade A, Limbourg M, Schlag B, editors. *Mobilität älterer Menschen*.
- Friedrichs F. Politische Partizipation älterer Menschen am Beispiel kommunaler Seniorenbeiräte. In: Akademie E, editor. *Bürgerschaftliches Engagement im Alter Mühlheim*: 2001; 54-69.
- Friedrichs J. Aktionsräume von Stadtbewohnern verschiedener Lebensphasen. In: Bertels L, Herlyn U, editors. *Lebenslauf und Raumerfahrung*. Opladen: Leske + Budrich, 1990.
- Galster GC. The Mechanism(s) of Neighbourhood Effects. Theory, Evidence, and Policy Implications, ESRC Seminar: „Neighbourhood Effects: Theory & Evidence“. St. Andrews University, Scotland, UK 2010.
- Geyer J, Steiner V. *Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten*, Wochenbericht des DIW Berlin pp. 2-11). Berlin: DIW, 2010.
- Godfrey M, Randall T. *Developing a locality-based approach to prevention with older people*. Leeds: Nuffield Institute for Health, 2003.
- Hank K, Erlinghagen M, Lemke A. *Ehrenamtliches Engagement in Europa: Eine vergleichende Untersuchung am Beispiel von Senioren*. Sozialer Fortschritt, 2006; 6-11.
- Häußermann H, Siebel W. *Integration und Segregation – Überlegungen zu einer alten Debatte*. Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, 2001; 68-79.
- Hessel F. *Spazieren in Berlin*. Berlin: Verlag für Berlin Brandenburg, 2011; 19.
- Heusinger H, Wolter B. *Die jungen Alten. Expertise zur Lebenslage der älteren*
- Menschen zwischen 55 und 65 Jahre. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 2011; 38, 103ff.
- Institut für soziale Arbeit. *Expertise Sozialraumorientierte Planung – Begründungen, Konzepte, Beispiele*. Münster: ISA, 2001.
- Kawachi I, Kim D, Coutts A, Subramanian SV. Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33: 682-690.
- Kohli M, Künemund H, Motel A, Szydlik M. *Soziale Ungleichheit*. In: Kohli M, Künemund H, editors. *Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Opladen: Leske + Budrich, 2000; 318-336.
- Köster D. *Kritische Geragogik: Aspekte einer theoretischen Begründung und praxeologische Konklusionen anhand gewerkschaftlich orientierter Bildungsarbeit*. Dortmund: Universität Dortmund, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, Philosophie und Theologie, 2002.
- Kroll LE, Lampert T. *Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitswesen, 2007; 69: 120-127.

- Kümpers S. Stadtteilbasierte Prävention mit benachteiligten älteren Menschen: Erkenntnisstand und Forschungsbedarf, 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG): „Altern im Fokus der Wissenschaften“, 29.-30.09.2006. Freiburg 2006.
- Kümpers S. Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozioökonomisch benachteiligten Menschen – Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In: Richter A, Bunzendahl I, Altgeld T, editors. Dünne Rente – Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung Frankfurt am Main: Mabuse, 2008; 133-148.
- Löhr R-P. Gesundheit, Armut und Stadtentwicklung. impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung, 2004; 4.
- Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP, de Vries S, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2006; 60: 587-592.
- Marbach JH. Aktionsraum und Netzwerk im höheren Lebensalter: Empirische Befunde und Schlussfolgerungen für die Praxis. *Forum Gemeindepsychologie*, 2008; 13.
- Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *British Medical Journal*, 1996; 313: 1177-1180.
- Mielck A. Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits-Chancen als Aufgabe für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2001; 44: 804-812.
- Naegele G, Rohleder C. Bürgerschaftliches Engagement und Freiwilligenarbeit im Alter. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 2001; 415-421.
- Nicholson A, Bobak M, Murphy M, Rose R, Marmot M. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. *Social Science & Medicine*, 2005; 61: 2345-2354.
- Olausson PO. Mortality among the elderly in Sweden by social class. *Social Science and Medicine*, 1991; 32: 427-440.
- Pankoke E. Freies Engagement, zivile Kompetenz, soziales Kapital. Forderung und Förderung aktivierender Netzwerke und Lernprozesse. In: Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ des Deutschen Bundestages, editor. Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft Opladen: Leske + Budrich; 2002. pp. 73-87.
- Putnam R. Soziales Kapital in der Bundesrepublik Deutschland und den USA. In: Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ Deutscher Bundestag, editor. Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft. Opladen: Leske + Budrich, 2002; 257-271.
- Rautio N, Heikkinen E, Heikkinen R-L. The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2001; 33: 163-178.
- Rautio N, Heikkinen E, Ebrahim S. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. *Social Science & Medicine*, 2005; 60: 2405-2416.
- Robert S, House JS. SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journal of Aging and Health*, 1996; 8: 259-388.
- Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber, 2006.
- Rosenbrock R, Kümpers S. Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag, 2006; 371-388.
- Schelling ARB. „Erfahrungswissen der Älteren – Ein Gewinn für alle Generationen“. Bericht zur 5. Fachtagung des Bundesmodellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“. Köln: ISAB, 2006.
- Schmidt B. Die Sanierung der Eigenverantwortung. Oder: Vom Gesundheitsgehorsam zur Gesundheitsermächtigung. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 2010; 51-68.
- SVR. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 2007. Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007.
- Thorslund M, Lundberg O. Health and Inequalities among the oldest old. *Journal of Aging and Health*, 1994; 6: 51-69.
- Walker RB, Hiller JE. Places and health: A qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods. *Social Science & Medicine*, 2007; 65: 1154-1165.
- WHO. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986/2005.
- World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO, 2002.
- Wright MT. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber, 2010.

Bildnachweise

- Seite 4: AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- Seite 5: Cornelia Wagner, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Seite 6: Günter Havlena, pixelio
- Seite 7: Capgros, sxc
- Seite 8: Bettina Riegel
- Seite 9: Alexander Tarasov, fotolia
- Seite 10: M. E., pixelio
- Seite 11: Bettina Riegel
- Seite 13: Cornelia Wagner, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Seite 14: Cornelia Wagner, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Seite 16: Capgro, sxc
- Seite 17: absolut, fotolia
- Seite 19: Lutz Reimann, pixelio
- Seite 20: Piccolo, Fotolia
- Seite 21: Tyler Olson, fotalia
- Seite 22: Chris74, fotolia
- Seite 23: Rolf Diehl
- Seite 24: Rolf Diehl (2)
- Seite 26: Jan Röhl
- Seite 27: Jan Röhl
- Seite 28: Annika Peters, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Seite 29: Annika Peters, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Seite 30: Verena Kupilas
- Seite 33: Cornelia Wagner, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Seite 34: Cornelia Wagner, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Seite 35: Quartiersmanagement Lipschitzallee / Gropiusstadt
- Seite 36: Cornelia Wagner, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- Seite 39: AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- Seite 40: Olivia Baier, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.(2)
- Seite 42: Friedricke Eden
- Seite 43: Cornelia Wagner, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Impressum

Fachtag

Den Alltag im Stadtteil bewegen – Potenziale der Bewegungsförderung im Alter

Herausgeber und Fachliche Auskunft:

Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstraße 231, 10960 Berlin
Tel. 030/ 44 31 90 60
E-Mail: post@gesundheitberlin.de

Redaktion:

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P)
Cornelia Wagner, Henrieke Franzen, Annika Peters

Der Fachtag wurde organisiert durch das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin und dem Gesunde-Städte-Netzwerk, Regionalverbund Berlin. Das Zentrum für Bewegungsförderung wird finanziert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und befindet sich in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg



Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung



Danksagung:

Wir danken der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse herzlich für die freundliche Unterstützung des Fachtages!



Satz und Layout:

Connie Wolf, www.connye.com

Fotos der Umschlagseite:

Jan Röhl und www.pixelio.de: matchka und Bardewyk

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
Unerlaubte Vervielfältigung ist nicht gestattet.

