

GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur
Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen

ERGEBNISBERICHT



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT

Impressum

Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen

Ergebnisbericht

Bearbeitungszeitraum: 01.11.2016 – 05.07.2017

Autoren: Thorsten Stellmacher, Dr. Birgit Wolter
Institut für Gerontologische Forschung e.V., Torstraße 178, 10115 Berlin

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4.

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: Fink & Fuchs AG
Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

Berlin, 2018

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.



Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen

Über das **GKV-Bündnis für GESUNDHEIT**:

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

Weitere Informationen: www.gkv-buendnis.de

Inhalt

1	Zusammenfassung	6
2	Einführung	7
2.1	Vorbemerkung.....	7
2.2	Theoretischer Hintergrund.....	7
2.2.1	Strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen	7
2.2.2	Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen.....	9
2.2.3	Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit und Alter	9
2.2.4	Gesundheitliche Ungleichheit und Geschlecht.....	10
2.2.5	Gesundheit in Lebenswelten	11
3	Bestandsaufnahme	12
3.1	Systematik der Bestandsaufnahme	12
3.2	Kriterien guter Praxis.....	15
3.2.1	Projektplanung und -management	15
3.2.2	Inhalt und Ausgestaltung der Intervention	16
3.2.3	Wirkung der Intervention	17
3.3	Vorgehen bei der Bestandsaufnahme.....	18
4	Ergebnisse der Recherche	20
4.1	Überblick über Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Älteren in Deutschland.....	24
4.2	Beispiele guter Praxis	27
4.2.1	Cluster Bewegung und Aktivierung.....	27
4.2.2	Cluster Ernährung und Alltagsunterstützung.....	37
4.2.3	Cluster Lotsen, Begleitdienste, Besuchsdienste	44
4.2.4	Cluster Qualifizierung und Beratung.....	53
4.2.5	Cluster Wohnen und Quartier	64
4.2.6	Cluster Integrierte Konzepte.....	70
4.2.7	Cluster Besondere Zielgruppe „Langzeitarbeitslose“	77
5	Diskussion der Ergebnisse	78
5.1	Vielfalt in der deutschen Präventionslandschaft.....	78
5.2	Blinde Flecken, weiße Landschaften.....	79
5.3	Potenziale und Hürden.....	80
6	Strategische Handlungsempfehlungen	83
7	Fazit	86
8	Literatur und Datenquellen	87
9	Anhang	89

1 Zusammenfassung

Das 2015 vom Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz rückt die Lebenswelten der Menschen bei der Ausgestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention deutlich stärker als in der Vergangenheit in den Mittelpunkt. Eine ganzheitliche Perspektive auf die Voraussetzungen für und den Erhalt von Gesundheit sind, gerade auch bezogen auf die Zielgruppe der älteren Menschen, angezeigt. Diese Gruppe ist in sich heterogen, sie umfasst die, die noch im Erwerbsleben stehen, ebenso wie alte Menschen nach Eintritt in den Ruhestand, Hochaltrige und Pflegebedürftige. Neben verschiedenen altersbedingten Einflussfaktoren führen sozioökonomische und kulturelle Voraussetzungen gerade unter den älteren Menschen zu einer großen Vielfalt und zum Teil zu komplexen Problemlagen. Die Akteure der Gesundheitsförderung sowie Kommunen und Bundesländer stehen damit vor zahlreichen Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die hier vorliegende „Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen“ beauftragt.

Erfasst worden sind durch das Institut für Gerontologische Forschung e.V. Interventionen, die sich an die Zielgruppe „Ältere Menschen“ (55 Jahre und älter) richten, ein gesundes Altern stärken sowie unterstützen und gegenwärtig durchgeführt werden oder innerhalb der letzten fünf Jahre durchgeführt worden sind. Wesentlich für die Erfassung von Interventionen war die Qualität der Maßnahmen und ihre Vorbildlichkeit für die Praxis. Zur Feststellung der Qualität im Sinne der Bestandsaufnahme ist ein Raster von Kriterien zugrunde gelegt worden, das auf Grundlage der Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, den Förderkriterien und Grundsätzen des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes und den Grundsätzen und Zielen der Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz und der verabschiedeten Landesrahmenvereinbarungen basiert. Die Qualität der Interventionen leitet sich unter anderem aus der Adressierung spezifischer Zielgruppen, der differenzierten Perspektive (z. B. Berücksichtigung von Genderaspekten, kulturellen Besonderheiten etc.), der inhaltlichen Ausrichtung und Komplexität, dem lebensweltlichen Bezug, einem intersektoralen Vorgehen, einer internen Qualitätssicherung (z. B. im Rahmen der Partizipation der Zielgruppe) und der nachhaltigen Verankerung im Setting ab. Begleitet worden ist die Entwicklung der Qualitätskriterien durch eine für diesen Zweck zusammengestellte Expertengruppe.

Die Interventionen sind im Rahmen einer internetbasierten Datenrecherche von November 2016 bis April 2017 ermittelt worden. Erfasst und in einem standardisierten Format (Steckbrief) zusammengestellt wurden jene Interventionen, die entsprechend der zuvor erarbeiteten Qualitätskriterien von besonderer Relevanz für die Bestandsaufnahme waren. In leitfadenorientierten, telefonischen Hintergrundgesprächen mit Akteuren, Initiatoren oder Zielgruppenvertretern wurden stichprobenartig Voraussetzungen, Hürden und Gelingensfaktoren der jeweiligen Intervention ermittelt.

Abschließender Teil dieses Berichts ist eine Diskussion der Ergebnisse der Bestandsaufnahme und eine Ableitung von Empfehlungen an Akteure, Initiatoren, Kommunalvertreter/innen und Mittelgeber/innen zur zukünftigen Ausgestaltung von Interventionen.

2 Einführung

2.1 Vorbemerkung

Das 2015 vom Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz rückt Lebenswelten stärker in den Mittelpunkt und verfolgt dabei das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Alltag von Menschen zu verknüpfen (Kraushaar 2016, 2–4). Damit besteht zugleich die gesetzlich gerahmte Chance, soziale und gesundheitliche Ungleichheit als Risikofaktoren deutlicher zu adressieren und zu bekämpfen. Die Akteure der Gesundheitsförderung sowie Kommunen und Bundesländer stehen hier vor zahlreichen Herausforderungen. Mit dem Blick auf ältere Menschen als spezifische Zielgruppe zählen hierzu unter anderem das Risiko der Altersarmut und der Vereinsamung in einer zunehmend individualisierten Gesellschaft sowie eine wachsende Anzahl alter und hochaltriger Menschen mit Migrationshintergrund oder Fluchtbiografie. Gleichzeitig bestehen Unterschiede in den kommunalen Möglichkeiten und den Voraussetzungen in städtischen und ländlichen Regionen, um eine alter(n)sgerechte Umwelt zu schaffen, auf Armut und Einsamkeit einzuwirken und Ungleichheit zu vermeiden. Sozialräumliche und zielgruppenorientierte, auf Vernetzung und sektorenübergreifenden Kooperationen basierende Interventionen können förderliche Voraussetzungen für individuelle Gesundheit und den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit schaffen. Im Rahmen einer Bestandsaufnahme sollen in diesem Sinne beispielgebende Interventionen zusammengestellt werden. Recherchiert werden Maßnahmen, die sich an die Zielgruppe „Ältere Menschen“ (55 Jahre alt und älter) mit dem Ziel richten, ein gesundes Altern zu fördern und zu unterstützen. Die Interventionen sollen neben der Verhaltensprävention vor allem der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Verhältnisprävention dienen.

2.2 Theoretischer Hintergrund

2.2.1 Strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen

Seit dem Jahr 2000 formuliert der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, ein Zusammenschluss von unterschiedlichen Akteuren aus Gesundheitswesen und Politik (beteiligt sind Verantwortliche aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen, Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen und Wissenschaft), nationale Gesundheitsziele. Die Gesundheitsziele stellen Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem dar. 2012 wurde das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ formuliert. Darin wird u. a. gefordert, die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zu stärken, gesundheitliche Risiken zu mindern und gesundheitliche Ressourcen zu stärken. Körperliche Aktivität, Mobilität und eine ausgewogene Ernährung sollen gefördert und der Pflegebedürftigkeit soll vorgebeugt werden. Zudem wird eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der Gesundheitsdienste angemahnt.¹ Im Einklang damit steht auch das Programm „Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region“ (2012–2020) vom europäischen Regionalbüro der WHO. Benannt werden dort als zentrale strategische Handlungsfelder bis 2020 das gesunde Altern im Lebensverlauf, die Stärkung des unterstützenden Umfelds, die Entwicklung personenzentrierter Gesundheits- und Pflegesysteme für eine alternde Bevölkerung und der Ausbau der Evidenzbasis und die Erhöhung der Forschungsanstrengungen in diesem Bereich.²

¹ Vgl. www.gesundheitsziele.de [letzter Zugriff am 23.3.2017]

² Vgl. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/176118/RC62wd10Rev1-Ger.pdf (letzter Zugriff am 12.04.2017)

2015 wurde das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) als Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verabschiedet. Es verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Diese Leistungen sollen nach §20 Abs. 1 SGB V insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Das vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de beschriebene Gesundheitsziel „gesund älter werden“ stellt auch im Präventionsgesetz ein explizit benanntes Ziel dar (§20 Abs. 3 SGB V). Im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie (§20d SGB V), von Kranken- und Pflegekassen mit den Trägern von Renten- und Unfallversicherungsträgern entwickelt, wurden bundeseinheitliche und trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung vereinbart.

Die Bundesrahmenempfehlungen wurden in der nationalen Präventionskonferenz (§20e SGB V) mit dem Ziel beschlossen, die Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Zusammenarbeit von Trägern und Stellen zur Erbringung von Leistungen weiterzuentwickeln. Leitziele sind die Stärkung von Menschen bei der Ausschöpfung ihrer Gesundheitspotenziale und die Förderung des Auf- und Ausbaus gesundheitsförderlicher Strukturen.

Eine Anforderung an die Prävention, die in den Bundesrahmenempfehlungen besonders betont wird, ist die Lebensweltbezogenheit von Maßnahmen, durch die eine größere gesundheitliche Chancengleichheit erreicht werden kann. Das Präventionsgesetz verankert die Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention im § 20 (4) SGB V und versteht nach §20a SGB V Lebenswelten als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“³ Dabei sind die Kommunen wichtige Lebenswelten, die andere Lebenswelten (z. B. Freizeiteinrichtungen, stationäre Einrichtungen) beinhalten und in denen die Zielgruppe der Älteren erreicht werden kann.

Auch die Berücksichtigung von Genderunterschieden in der Gesundheitsförderung wird im Präventionsgesetz und in den Rahmenempfehlungen gefordert. Bei der Bedarfsermittlung sowie der Planung und Erbringung von präventiven Angeboten sollten geschlechtsbezogene Unterschiede berücksichtigt werden. Schließlich wird eine Bereitschaft zum ressortübergreifenden Handeln angemahnt. Ein die Ressort- und Sozialversicherungszweige übergreifendes Handeln und die Bereitschaft zur Implementierung und Verzahnung von effektiven und erfolgreichen Maßnahmen können förderliche Lebenswelten für die Gesundheit schaffen.

Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie verpflichtet das Präventionsgesetz mit dem § 20f SGB V die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und die Ersatzkassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene abzuschließen. Zum Beginn der Bestandsaufnahme (November 2016) lagen die Landesrahmenvereinbarungen der Bundesländer Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen vor. Die Landesrahmenvereinbarungen unterscheiden sich in ihrer Detailliertheit und Konkretheit, vertreten aber die gleichen übergeordneten Ziele, die im Wesentlichen die Forderungen der Bundesrahmenempfehlungen wiederholen. In fast allen Landesrahmenvereinbarungen sind dies als Präventionsschwerpunkte neben dem Lebenswelt-

³ Vgl. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17.7.2015, veröffentlicht am 24.7.2015 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I S.1368)

bezug der Abbau sozialer und geschlechtsbezogener Ungleichheit sowie die Qualitätssicherung und Evaluation von Maßnahmen.

2.2.2 Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Ältere Menschen stellen eine heterogene mit dem demografischen Wandel in Deutschland zunehmend größer werdende und zum Teil sehr vulnerable Zielgruppe für präventive und gesundheitsförderliche Interventionen dar. Vor dem Hintergrund des komplexen Gesundheitsbegriffes der WHO, wonach unter „Gesundheit“ nicht (nur) die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu verstehen ist ⁴, sollten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für älterer Menschen darauf abzielen, Individuen zu stärken und ihre Lebenswelten und Lebensbedingungen zu verbessern. Diese Zielsetzung bildet sich auch im Präventionsgesetz, den Bundesrahmenempfehlungen und in den meisten Landesrahmenvereinbarungen ab.

„Das Alter“ ist allerdings eine unscharfe Dimension, die sowohl gesunde und aktive Menschen als auch Pflegebedürftige, Menschen im frühen Rentenalter sowie Hochbetagte umfasst. Dabei ist das kalendarische Alter nur von begrenzter Aussagekraft (van Dyk 2015). Personen, die langjährigen Belastungen ausgesetzt sind und über geringe Ressourcen verfügen, sind häufiger schon frühzeitig von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität betroffen. Besonders aus der Perspektive von Gesundheitsförderung und Prävention ist es daher sinnvoll, unter dem Begriff „Ältere Menschen“ auch Personen deutlich vor dem Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters zu verstehen. Damit wird die Zielgruppe von gesundheitsförderlichen und präventiven Aktivitäten aber größer und heterogener, als sie ohnehin schon ist. Eine genaue, zielgruppen- und bedarfsorientierte Ausrichtung von Interventionen ist daher unbedingt geboten.

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen dienen zum einen dazu, ein gesundes, aktives und selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen und hierfür die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen. Sie zielen aber auch darauf ab, besonders vulnerable und zum Teil schwer erreichbare Zielgruppen wie benachteiligte, besonders belastete oder bereits erkrankte ältere Menschen zu unterstützen, Risiken zu mildern und kritische Verläufe zu vermeiden. Verhaltens- und Verhältnisprävention gehen dabei im Idealfall Hand in Hand und knüpfen an die jeweiligen Ressourcen und Kompetenzen der älteren Menschen sowie die Gegebenheiten in den Settings und Lebenswelten an. Ein differenziertes Vorgehen berücksichtigt hierbei sowohl milieu- als auch geschlechtsspezifische sowie regionale Unterschiede.

2.2.3 Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit und Alter

Der Siebte Altenbericht weist darauf hin, dass benachteiligende Lebenslagen und die damit verbundenen größeren Gesundheitsbelastungen und geringeren Gesundheitsressourcen langfristige negative Effekte auf die physische und psychische Gesundheit haben (BMFSFJ 2016, 59). Menschen mit geringem Einkommen, geringer Bildung und einem niedrigen beruflichen Status haben eine deutlich unterdurchschnittliche Lebenserwartung (Lampert und Kroll 2014; Siegrist und Marmot 2008) und einen schwierigeren Zugang zu Gesundheitswissen (Razum und Spallek 2009, Richter und Hurrelmann 2006) und Unterstützungsangeboten (Soom Ammann und Salis Gross 2011). Zudem sind Menschen mit niedrigem sozialem Status eher belastenden Umweltbedingungen ausgesetzt, die ihre Gesundheit zusätzlich beeinträchtigen, wie unzureichenden Wohnverhältnissen, Umweltemissionen oder problematischen Nachbarschaften (Hornberg und Pauli 2012).

⁴ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

In der Literatur wird diskutiert, ob sich die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit mit zunehmendem Alter verstärkt (Divergenz), verringert (Konvergenz) oder fortsetzt (Kontinuität). Eine Auswertung der aktuellen Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) von 2016 unterstützt sowohl die Kontinuitäts- als auch die Konvergenzthese, nicht aber die Divergenzthese (Lampert et al. 2016, 8). Demnach setzt sich der Einfluss der sozialen Lage auf die gesundheitliche Ungleichheit nach dem Übergang in den Ruhestand zunächst fort. Mit fortschreitendem Alter verringern sich aber die sozial bedingten gesundheitlichen Unterschiede, während „biologische“ Einflussfaktoren auf die Gesundheit an Gewicht gewinnen. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass aufgrund der geringeren Lebenserwartung Menschen mit niedrigem sozialem Status grundsätzlich seltener ein höheres Lebensalter erreichen. Lampert et al. sprechen hier von „selektivem Überleben“ (a.a.O., 9). Vor diesem Hintergrund erscheint es von wesentlicher Bedeutung, Menschen mit niedrigem sozialem Status gerade im sogenannten „jungen Alter“ zu stärken und ihre Lebens- und Umweltbedingungen zu verbessern.

2.2.4 Gesundheitliche Ungleichheit und Geschlecht

Gesundheitliche Ungleichheit bildet sich nicht nur entlang sozialer Dimensionen, sondern auch bezogen auf geschlechtsspezifische Unterschiede und Herausforderungen ab. Die Literatur unterscheidet hierbei konzeptionell zwischen dem biologischen Geschlecht (sex → Gene, Hormone etc.) und dem sozialen Geschlecht (gender → Geschlechterrollen, Identität) (Kolip und Hurrelmann 2016). In den Leitbegriffen zur Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird im Hinblick auf eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung die Herstellung horizontaler und vertikaler Chancengleichheit unterschieden (Altgeld et al. 2017). Unter horizontaler Chancengleichheit wird die Chance verstanden, unabhängig vom jeweiligen Geschlecht bei gleichen Bedürfnissen auf gleiche Angebote zugreifen zu können. Die vertikale Chancengleichheit zielt hingegen auf die Gestaltung spezifischer Angebote für unterschiedliche geschlechtsbezogene Bedürfnisse ab. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich in beiden Dimensionen benachteiligende Faktoren identifizieren lassen, sowohl hinsichtlich der Anzahl, inhaltlichen Gestaltung und der Rahmenbedingungen von Angeboten der Gesundheitsförderung als auch bei der Ansprache der Zielgruppen oder einem geschlechtsspezifischen Zugang zu Angeboten.

Betrachtet man die gesundheitliche Lage älterer Menschen, so fallen zahlreiche Aspekte der geschlechtsbezogenen gesundheitlichen Ungleichheit auf. Gesundheitsdaten (im Überblick bei Lange und Kolip 2016) zeigen eine geschlechtsspezifische Prävalenz für bestimmte Krankheiten bei Männern und Frauen. Während beispielsweise ältere Frauen häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen sind, treten bei älteren Männern öfter Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf (a.a.O. mit Verweis auf Fuchs et al. 2012 und Größwald et al. 2013). Ein weiteres Beispiel ist die wesentlich häufigere Diagnose einer depressiven Erkrankung bei älteren Frauen als bei Männern, während Letztere allerdings eine deutlich höhere Suizidrate aufweisen. Auffällig ist, dass sich bei älteren Frauen im Gegensatz zu Männern bis ins höhere Alter (75 Jahre und älter) der soziale Status in der berichteten Gesundheit abbildet (Lampert et al. 2016, 6–7).

Ein anderer, häufig beschriebener Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht in der geringeren Lebenserwartung der Männer gegenüber Frauen (Lange und Kolip 2016; Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin 2016, 30–31). Die „Übersterblichkeit“ von Männern wird unter anderem mit „vermeidbaren Sterbefällen“ (Unfälle, riskantes Verhalten) in Verbindung gebracht und hier ein hohes Präventionspotenzial gesehen (Lange und Kolip 2016, 138). Die Übersterblichkeit wird u. a. mit dem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen, etwa bezogen auf sportliche Aktivitäten, Alkohol- oder Tabakkonsum (Spuling et al. 2016) oder Medikamenten-

konsum (Wolter 2012, 164), erklärt. Mit zunehmendem Alter nähert sich die verbleibende Lebenserwartung von Männern und Frauen sukzessive an, um bei hochaltrigen Menschen nahezu gleich zu sein. Lange und Kolip schlussfolgern daraus, dass vor allem „die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Lebenswirklichkeiten von Männern und Frauen (...) einen entscheidenden Einfluss auf die Lebenserwartung haben“ (Lange und Kolip 2016, 139).

2.2.5 Gesundheit in Lebenswelten

Eine ganzheitliche Strategie zur Prävention und Gesundheitsförderung nimmt nicht nur die physische und psychische Gesundheit von Menschen und ihr Gesundheitsverhalten in den Fokus und bietet Interventionen zur Stärkung von Ressourcen und zur Minderung von Risiken des Individuums an. Gerade wenn es darum geht, Prävention und Gesundheitsförderung mit Blick auf geschlechtsspezifische oder sozialogensensible Aspekte zu gestalten, geraten rein verhaltenspräventive Maßnahmen rasch an ihre Grenzen. Die Weltgesundheitsorganisation verweist bereits in ihrer Charta von Ottawa des Jahres 1986 auf den Zusammenhang von Lebenswelt und Gesundheit: „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love.“ (WHO 1986: Ottawa Charter for Health Promotion). Gesundheitsfördernde Lebenswelten leisten, ebenso wie gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die darauf abzielen, benachteiligende Bedingungen zu verändern, einen entscheidenden Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit.

Im Abschnitt zu sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit wurde bereits darauf hingewiesen, dass sozial benachteiligte Menschen häufig in unzureichenden, belasteten Wohnsituationen leben. Zudem sind sie häufig weiteren, die Gesundheit beeinträchtigenden Belastungen ausgesetzt, wie gesellschaftlicher Ausgrenzung, materieller Armut oder offener Diskriminierung (Ziegler und Beelmann 2009). Vor diesem Hintergrund bedeutet eine Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten nicht nur die Gestaltung sauberer, sicherer und aktivierender (Wohn-)Umwelten, sondern auch die Stärkung von kulturellen und materiellen Ressourcen (z. B. niedrigschwellig zugängliche, partizipativ entwickelte Bildungsangebote oder Möglichkeiten der Selbstorganisation durch Zurverfügungstellung von Räumen) von Menschen in benachteiligenden Lebenslagen sowie die Ermöglichung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe, z. B. durch den Abbau von Barrieren oder Diskriminierung.

Mit zunehmendem Alter und dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben wächst für die meisten Menschen die Bedeutung von Wohnung und Wohnumfeld (Oswald et al. 2013; Saup 1999). Vor allem für ressourcenstarke Ältere führt der Eintritt in den Ruhestand zunächst zu einer Zunahme von (Freizeit-) Aktivitäten oder Reisen. Für die meisten Menschen findet ein großer Teil des Alltags im Alter jedoch im Wesentlichen in einem begrenzten Radius um die eigene Häuslichkeit bzw. in vertrauten „Satelliten“ (z. B. Wohnort der Kinder, Einkaufszentrum, Wochenmarkt, Ärztehaus) statt, die an die eigene Wohnung „angedockt“ sind.

Der Abbau sozial- und geschlechtsbedingt ungleicher Gesundheitschancen sowie die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten sind gesetzlich verankerte Ziele der Prävention und sollten damit Schwerpunkte präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen darstellen. Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Bestandsaufnahme darauf ab, Beispiele guter Praxis zu identifizieren, die die Umsetzung dieser Anforderungen vorbildlich operationalisieren. Zudem sollten sich die Beispiele durch eine hohe Qualität, beschrieben durch Kriterien guter Praxis, auszeichnen. Die Auswahl der Kriterien und das methodische Vorgehen bei der Bestandsaufnahme werden im folgenden Kapitel erläutert.

3 Bestandsaufnahme

3.1 Systematik der Bestandsaufnahme

Die Recherche knüpft an die inhaltlichen Schwerpunkte der Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz⁵ und der zum Zeitpunkt der Bestandsanalyse verabschiedeten Landesrahmenvereinbarungen an.

Auf dieser Grundlage wurde ein Rechercheraster entwickelt, das drei Ebenen umfasst (vgl. Anlage 1). Die erste Ebene beschreibt die Voraussetzungen, die eine Intervention erfüllen muss, um in der Bestandsaufnahme erfasst zu werden. Die Kategorien ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung der BZgA: (1) Sie muss Prävention oder Gesundheitsförderung zum Inhalt haben, (2) sich primär (aber nicht ausschließlich) an ältere Menschen (55 Jahre alt und älter) richten, (3) im deutschsprachigen Raum durchgeführt werden und (4) nicht länger als fünf Jahre zurückliegen. Auf der nächsten Ebene (Recherche-Ebene 1) werden die Interventionen danach gefiltert, wie differenziert ihr Ansatz ist. Dabei wird danach gefragt, ob sie eine oder mehrere Zielgruppen innerhalb der Gruppe „Ältere Menschen“ adressieren (bspw. Menschen mit Migrationshintergrund, Pflegebedürftige, Bewohner/innen stationärer Einrichtungen), ob sie einen expliziten Raumbezug haben (bspw. ländlicher Raum, Quartier, Pflegeeinrichtung) und ob sie ein bestimmtes Handlungsfeld thematisieren (bspw. Mobilität/Bewegung, Teilhabe, Qualifizierung). Die dritte Ebene (Recherche-Ebene 2) erfasst, ob die Interventionen Ziele der Bundesrahmenempfehlungen oder der Landesrahmenvereinbarungen verfolgen: den Abbau sozialer Ungleichheit, den lebensweltlichen Bezug und den Abbau geschlechtsbezogener Ungleichheit.

Der Auftrag der Bestandsaufnahme bestand darin, Interventionen zu erfassen, die vorbildlich für die Praxis der Gesundheitsförderung sein können und von hoher Qualität sind. Zur Beurteilung der Qualität wurden die Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015) und die Förderkriterien und Grundsätze des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband 2014, 25) herangezogen. Die Kriterien des Kooperationsverbundes und des GKV-Spitzenverbandes stimmen teilweise miteinander überein oder ähneln sich, teilweise ergänzen sie sich. Im Zuge der Vorbereitung der Recherche wurden sie daher einander gegenübergestellt und eine Synthese aus den beiden Kriterienkatalogen erstellt (vgl. Tab. 1).

In der Synthese werden die Kriterien den Projektdimensionen „Projektplanung und -management“, „Inhalt und Ausgestaltung der Intervention“ sowie „Wirkung der Intervention“ zugeordnet. Die Dimension „Projektplanung und -management“ beinhaltet die Kriterien C1 „Konzeption“ und C2 „Qualitätsmanagement“. Diese Kriterien erfassen, ob der Intervention ein in sich kohärentes, logisches und an den Bedarfen orientiertes Konzept zugrunde liegt und ob die Qualität der Intervention durch entsprechende Maßnahmen überprüft wird. Die Dimension „Inhalt und Ausgestaltung der Intervention“ wird durch fünf Kriterien operationalisiert, nämlich den Zielgruppenbezug, den Settingansatz, eine niedrigschwellige Arbeitsweise, die Partizipation und ein integriertes Handlungskonzept (C3-C7). Die Dimension „Wirkung der Intervention“ besteht aus den Kriterien Nachhaltigkeit, Empowerment und Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis (C8-C10), die Aspekte der Verstetigung und Wirksamkeit einer Intervention beschreiben.

⁵ Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach §20d Abs. 3 SGB V vom 19.2.2016

In einem Expertengespräch am 5.1.2017 in Berlin wurden die Systematik der Recherche und das Kriterienraster vorgestellt und diskutiert. An dem Treffen nahmen folgende Expert/innen teil:

- Prof. Dr. Susanne Kümpers (Hochschule Fulda, Lehrstuhl Qualitative Gesundheitsforschung; Mitglied der 7. Altenberichtscommission)
- Chris Behrens (AOK Nordost, Bereich Pflege und Pflegestützpunkte)
- Rudolf Herweck (BAGSO e. V., Mitglied im Vorstand)
- Holger Kilian (Gesundheit Berlin-Brandenburg, Bereich Gesundheitsförderung bei Älteren)
- Sabine Schweele (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit)
- Laura Linden (BZgA)

In der Expertenrunde wurde empfohlen, bei der Bestandsaufnahme das Augenmerk auf komplexe Interventionen zu legen und insbesondere die Zielgruppe „Alte Menschen in Armut“ in den Fokus zu nehmen. Gerade bei komplexen Interventionen sind allerdings „Gesundheits-Outcomes“ oft nicht messbar, da Ursache und Wirkung nicht so eindeutig wie in einer Laboranordnung gemessen werden können. Damit wurde deutlich, dass die Operationalisierung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses (Kriterium A12 für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung) problematisch ist. Die Kosten einer Maßnahme lassen sich häufig nur schwer beziffern, oft werden zusätzliche Ressourcen eingesetzt, die keine Haushaltstitel darstellen. Trotzdem wurde betont, dass Kosten konkret beziffert und in Relation zu den geplanten Zielen dargestellt werden müssen, wenn eine Maßnahme initiiert wird. Vor allem für Fördermittelgeber bzw. Haushaltsstellen in den Kommunen ist eine plausible (und überprüfbare) Darstellung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses wichtig.

Ein wichtiges Qualitätskriterium, das in der Expertenrunde diskutiert wurde, ist die Nachhaltigkeit einer Maßnahme. Es wurde festgehalten, dass diese wesentlich von den Strukturen vor Ort und insbesondere von einer professionellen, gut ausgebauten Infrastruktur in der Kommune abhängig sei. Bewährt hätten sich mit Geld, Räumen und qualifiziertem Personal gut ausgestattete Stadtteilzentren als Orte, an denen Zielgruppen erreicht und Interventionen durchgeführt bzw. „angedockt“ werden könnten. Dabei müssten auch finanzielle und personelle Ressourcen für die Koordinierung von Interventionen und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure eingeplant werden. Aus Sicht der Expert/innen wäre es wünschenswert, wenn die Bestandsaufnahme Interventionen mit schwer erreichbaren, vereinsamten älteren Menschen finden könnte, da der Zugang zu dieser Zielgruppe ein zentrales Problem – nicht nur in der Gesundheitsförderung – sei.

Diskutiert wurde auch über die Rolle von stationären Einrichtungen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung. Es wurde angemerkt, dass ein selbstbestimmter und aktivierender Alltag in stationären Einrichtungen häufig nur eingeschränkt möglich sei, da viele Einrichtungen nach wie vor recht konservativ an der Verrichtung von Pflege ausgerichtet und teilweise streng hierarchisch organisiert seien. Für partizipativ angelegte Entwicklungsprozesse von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten gäbe es dadurch in stationären Einrichtungen oft wenig Raum. Dennoch würden stationäre Einrichtungen (auch im Zusammenhang mit dem PSG III) zunehmend als wichtige Settings für Prävention und Gesundheitsförderung gesehen. Wenn sie sich als Akteure im Quartier verstehen und stärker öffneten, bestünden hier vielversprechende Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung. Die Expertenrunde empfahl, den Schwerpunkt bei der Bestandsaufnahme auf den nicht stationären Bereich zu legen, aber stationäre Settings zu berücksichtigen. Im Anschluss an die Expertenrunde wurde das Raster entsprechend den Anregungen aus dem Gespräch überarbeitet.

Tabelle 1: Zusammenführung der Qualitätskriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit und der Förderkriterien des GKV-Spitzenverbandes

Good-Practice-Kriterien Gesundheitliche Chancengleichheit		Bestandsaufnahme InGe: Qualitätskriterien		
A1	Konzeption			
A2	Zielgruppenbezug			
A3	Settingansatz			
A4	Multiplikatorenkonzept			
A5	Nachhaltigkeit			
A6	Niedrigschwellige Arbeitsweise			
A7	Partizipation			
A8	Empowerment			
A9	Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung			
A10	Qualitätsmanagement			
A11	Dokumentation/Evaluation			
A12	Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis			
		Projektplanung und -management		
A1, B1/ 6/7/9		C1	Konzeption inkl. Bedarfsermittlung, Finanzierungskonzept, Zieldefinition Ausrichtung der Intervention	
A10/11, B8/11		C2	Qualitätsmanagement inkl. Qualitätssicherung, Dokumentation, Evaluation, Transparenz	
		Inhalt und Ausgestaltung der Intervention		
A2, B2/3		C3	Zielgruppenbezug inkl. Zielgruppenbestimmung, Vielfalt und Diversität	
A3/4		C4	Setting-Ansatz inkl. Multiplikatoren-Konzept	
A6		C5	Niedrigschwellige Arbeitsweise	
A7, B5		C6	Partizipation	
A9, B4		C7	Integriertes Handlungskonzept inkl. Vernetzung, Partnerschaften	
		Wirkung der Intervention		
A5, B10		C8	Nachhaltigkeit	
A8		C9	Empowerment	
A12		C10	Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis	

3.2 Kriterien guter Praxis

3.2.1 Projektplanung und -management

C1 Konzeption und Ausrichtung

Das Kriterium „Konzeption und Ausrichtung“ beschreibt eine zentrale Qualität einer Intervention. Konzeption und Ausrichtung eines Vorhabens bilden eine Voraussetzung für ein qualitätsgestütztes und zielorientiertes Vorgehen. Der Aspekt „Ausrichtung“ stellt ein Förderkriterium des GKV-Spitzenverbandes im Bereich der Prävention dar und bedeutet, dass die jeweilige Maßnahme über eine Krankheitsvermeidung hinaus die gesundheitsfördernden und -schützenden Ressourcen der älteren Menschen stärken sowie die Rahmenbedingungen verbessern sollen. Mit Bezug auf das Präventionsgesetz sollte zudem mindestens einer der Schwerpunkte „Adressierung sozialer Ungleichheit“, „Lebensweltbezug“ oder „Adressierung gesundheitlicher Ungleichheit“ thematisiert werden. Der Aspekt „Konzeption“ bezieht sich auf die Planung einer Intervention, deren Inhalt(e), Ziel(e), Vorgehen und Finanzierung transparent und überprüfbar vor Beginn einer Maßnahme in einem Konzept dargelegt werden. Das Konzept sollte auf einer Bedarfsanalyse (Bedarfe der Zielgruppe und im Setting) basieren.

C2 Qualitätsmanagement

Für das Qualitätsmanagement sind bei vielen Trägern von Interventionen interne Qualitätsmanagementmodelle als kontinuierliche und systematische Reflexions- und Lernprozesse etabliert. Dabei werden Potenziale der Qualitätsentwicklung innerhalb von Organisationen bei der Planung, den Strukturen, den Prozessen und den Ergebnissen identifiziert. Zeitlich begrenzte Interventionen können in diese Qualitätsmanagementstrukturen eingebunden sein. Im Zuge des Qualitätsmanagements sollten das Vorgehen und die Ziele einer Intervention in regelmäßigen Abständen überprüft und die Konzeption vor diesem Hintergrund weiterentwickelt werden. In den Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung wird darauf verwiesen, dass dieser Prozess in einem partizipativen Prozess und mit einer klar verankerten personellen Zuständigkeit erfolgen sollte. Zu diesem Zweck müssen die Aktivitäten einer Intervention dokumentiert und evaluiert werden. Dokumentation und Evaluation bilden denn auch weitere ausdrücklich benannte Qualitätsanforderungen in den meisten Rahmenvereinbarungen der Länder. Während die Dokumentation eines Projektes häufig im Zusammenhang mit der Berichterstattung gegenüber einem Fördermittelgeber erfolgt, werden für systematische Evaluationen meist keine oder nur geringe Mittel bereitgestellt. In der Folge fehlen gesicherte Erkenntnisse über Effekte, vermeidbare Fehler und das geeignete Vorgehen einer Intervention. Eine Evaluation kann als Selbst- oder Fremdevaluation erfolgen. Eine Selbstevaluation kann durch die Projektakteure mit überschaubarem Aufwand selbst durchgeführt werden. Allerdings müssen die Verantwortlichen über das nötige methodische Handwerkszeug sowie über die Bereitschaft zu Selbstkritik verfügen. Eine Fremdevaluation erfolgt durch externe Einrichtungen, oft durch wissenschaftliche Institute. Hierfür entstehen deutlich höhere Kosten, allerdings ist eine methodisch einwandfreie und objektive Evaluation zielführender. Evaluationen werden in formative und summative Evaluationen unterschieden. Eine summative Evaluation überprüft rückblickend, welche der zu Beginn gesetzten Projektziele zum Ende einer Maßnahme erreicht worden sind. Eine strategische Korrektur der Intervention ist damit nicht möglich. Die formative Evaluation begleitet eine Intervention während des Umsetzungsprozesses. Die Evaluationsergebnisse werden unmittelbar zurückgespiegelt und ermöglichen somit inhaltliche oder methodische Anpassungen während der Umsetzung.

3.2.2 Inhalt und Ausgestaltung der Intervention

C3 Zielgruppenbezug

Die Zielgruppe(n), an die sich eine Intervention richtet, sollte(n) in der Konzeption präzise benannt werden. In den Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung wird darauf hingewiesen, dass gesundheitsförderliche Aktivitäten darauf ausgerichtet sein sollten, die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (durch Empowerment) und die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Zielgruppe nachhaltig zu verbessern. Dabei sollten ihre besonderen Bedarfslagen und Möglichkeiten berücksichtigt werden. Diese Anforderungen können nur dann erfüllt werden, wenn die Zielgruppe klar definiert, ihre Lebenslage in dem jeweiligen Setting bekannt und ihre Bedarfe und Probleme sorgfältig erhoben und analysiert werden. Ein solches Vorgehen ermöglicht es, wie vom GKV-Spitzenverband gefordert, die Vielfalt und Diversität einer Zielgruppe (z. B. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund) zu beachten. Im besten Fall wird die Zielgruppe an der Entwicklung und Umsetzung einer Intervention beteiligt. Sowohl der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit als auch der GKV-Spitzenverband mahnen an, sozial benachteiligte Menschen bei der Gestaltung von Maßnahmen besonders zu berücksichtigen. Dazu gehört vor allem die niedrigschwellige Ausrichtung einer Intervention (vgl. C5), z. B. durch eine einfache Sprache, muttersprachliche Übersetzungen, geringe oder keine Kosten/Teilnahmegebühren und das Anknüpfen an milieu- oder lebensweltspezifische Gepflogenheiten.

C4 Settingansatz

Der Settingansatz folgt dem oben zitierten Konzept der WHO zur settingbezogenen Gesundheitsförderung und knüpft an die Bedingungen in Settings bzw. Lebenswelten an, um diese gesundheitsförderlich zu gestalten. Zugleich reagiert der Settingansatz auf Barrieren und Ressourcen in den jeweiligen Settings und kann Interventionen niedrigschwellig und bedarfsgerecht gestalten. Außerdem ermöglicht es die lebensweltliche oder settingbezogene Perspektive, umweltbezogene Risikofaktoren für Gesundheit und Lebensqualität zu identifizieren und darauf zu reagieren. Der Settingansatz dient nicht nur dazu, Maßnahmen der Gesundheitsförderung in einer Lebenswelt zu verankern, sondern, unter der Beteiligung der Zielgruppen, gesunde Lebenswelten zu entwickeln. Damit können sowohl auf der Verhältnisebene gesundheitsfördernde Strukturen geschaffen als auch auf der Verhaltensebene individuelle Kompetenzen und Ressourcen gestärkt werden. Der Kooperationsverbund weist ausdrücklich darauf hin, dass eine kontinuierliche und professionelle Begleitung und Koordination in diesem Prozess von zentraler Bedeutung ist. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Ansatz außerdem Multiplikator/innen, die oft detaillierte Kenntnisse über die Gegebenheiten vor Ort und einen guten Zugang zur Zielgruppe haben. Diese Personen an Interventionen zu beteiligen stellt einen wichtigen Aspekt einer niedrigschwelligen Arbeitsweise dar.

C5 Niedrigschwellige Arbeitsweise

Eine niedrigschwellige Arbeitsweise zielt darauf ab, Zugangshürden zwischen einer Intervention und der jeweiligen Zielgruppe zu erkennen, zu vermeiden und abzubauen. Zugangshürden können durch eine sorgfältige Analyse des Settings und eine genaue Beschreibung der Zielgruppe identifiziert werden. Eine Beteiligung der Zielgruppe an der Entwicklung einer Intervention ermöglicht die frühzeitige Vermeidung von Zugangshürden. Eine niedrigschwellige Arbeitsweise gründet auf der Bereitschaft, die Lebenswirklichkeiten, Gepflogenheiten und Werte der Zielgruppe ernst zu nehmen und ihnen respektvoll zu begegnen. Die Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen erleichtert oft sowohl für Akteure als auch für die Zielgruppen einer Intervention den Zugang zueinander. Auch eine Verankerung von Interventionen an relevanten Orten des jeweiligen Settings kann dazu beitragen und einen einfacheren Zugang zur Zielgruppe zu finden. Neben zentralen Orten, wie

dem Nachbarschaftszentrum oder dem Ärztehaus, kann es sich auch um Alltagsorte, wie Einkaufszentren oder Marktplätze, handeln.

C6 Partizipation

Die Beteiligung der Zielgruppen an der Entwicklung und Umsetzung von Interventionen bzw. an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Settings ist ein wesentliches Element einer niedrigschwelligen, settingbezogenen und zielgruppenorientierten Arbeitsweise. Die Stufen der Partizipation, die Wright bspw. bei den Leitbegriffen der Gesundheitsförderung beschreibt (Wright 2016), unterscheiden zwischen den Vorstufen der Partizipation (Information, Anhörung, Einbeziehung) und die Partizipation selbst (Mitbestimmung, teilweise Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht). Damit eine Partizipation der Zielgruppe möglich ist, muss diese hierzu befähigt sein. Sie muss sowohl über Sachkenntnisse verfügen, um Entscheidungen treffen zu können, als auch über (sprachliche, physische, kulturelle) Kompetenzen, um aktiv an einem partizipativen Prozess teilnehmen zu können. Mit einer erfolgreichen Partizipation muss daher unter Umständen ein Prozess der Befähigung (Empowerment) der Zielgruppe einhergehen, in dem die Voraussetzungen und Ressourcen für Partizipation geschaffen werden. In einem partizipativen Prozess werden die Beteiligten als Expert/innen in eigener Sache anerkannt, was eine wertschätzende Haltung der Akteure voraussetzt.

C7 Integriertes Handlungskonzept

Interventionen, die zielgruppenspezifisch, settingbezogen, niedrigschwellig und partizipativ ausgerichtet sind, sollten auf integrierten Handlungskonzepten beruhen. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass sie unterschiedliche Sachebenen und Sektoren, die Pluralität der Einflussfaktoren auf Gesundheit, verschiedene räumliche und gesellschaftliche Ebenen und ihre jeweiligen wechselseitigen Abhängigkeiten berücksichtigen. Ein wesentliches Element eines integrierten Handlungskonzeptes besteht in einem sektorenübergreifenden, vernetzten Handeln. Dieses Vorgehen ermöglicht es, bspw. im Rahmen von projektbezogenen Partnerschaften, unterschiedliche Ressourcen und Strukturen zu nutzen. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit sieht in einer integrierten Strategie die Chance, über Einzelprojekte hinaus kommunale Gesundheitsförderungsstrukturen zu gestalten.

3.2.3 Wirkung der Intervention

C8 Nachhaltigkeit

Die Nachhaltigkeit einer Intervention ist daran erkennbar, dass dauerhaft Ressourcen und Kompetenzen von Individuen gestärkt und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen geschaffen werden. Wichtige Merkmale sind hierbei die Verlässlichkeit und Kontinuität von Angeboten und Strukturen, was im Allgemeinen eine gesicherte Finanzierung und strukturelle Verankerung über eine Projektlaufzeit hinaus voraussetzt. Eine nachhaltige Wirkung einer Intervention kann zudem nur dann erzielt werden, wenn die Voraussetzungen im Setting und bei der Zielgruppe berücksichtigt werden und vorhandene Ressourcen langfristig eingebunden werden können. Ein Aspekt der Nachhaltigkeit ist die regelmäßige Überprüfung eines Konzeptes hinsichtlich der Angemessenheit und Wirkung und gegebenenfalls eine Weiterentwicklung und Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen. Nachhaltigkeit kann außerdem entstehen, wenn die Beteiligten einer Intervention durch einen Empowermentprozess (vgl. C9) zum eigenmächtigen Handeln befähigt werden.

C9 Empowerment

Den Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zufolge befähigen

Empowermentprozesse dazu, das eigene Leben bzw. die eigene Lebenswelt „selbsttätig und selbstbestimmt“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015: 35) zu gestalten. Die individuellen und gemeinschaftlichen Ressourcen können identifiziert, weiterentwickelt und strategisch genutzt werden. Empowerment ist eine Voraussetzung für Partizipation, sie ist aber auch zugleich eine Folge von (gelungener) Partizipation. Erfolgreiche Empowermentprozesse können zu einer nachhaltigen Wirksamkeit einer Intervention in einem Setting und einer Zielgruppe führen. Empowerment setzt allerdings Bedingungen im Setting und in der Gesellschaft voraus, die Selbstbestimmung und Selbsttätigkeit der Zielgruppen zulassen.

C10 Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis

Das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis ist ein Kriterium für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Es beschreibt das „angemessene“ Verhältnis zwischen der Wirksamkeit einer Intervention und den verursachten Kosten (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015: 51) und sollte im Rahmen einer Evaluation erhoben werden. Damit das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis dargestellt werden kann, muss die Wirksamkeit der Intervention „gemessen“ und die Kosten realistisch ermittelt werden. Abgesehen davon, dass sich die Wirksamkeit einer Intervention, welche die oben angeführten Kriterien erfüllt, kaum messen lässt, stellt die Definition von „Angemessenheit“ ein schwer zu objektivierendes Kriterium dar. Die Problematik, vor allem bei komplexen Interventionen, das Verhältnis von Kosten und Wirksamkeit abzubilden, wurde auch in der Expertenrunde thematisiert. Vor diesem Hintergrund wird das Kriterium „Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis“ in der vorliegenden Bestandsaufnahme nicht weiterverfolgt.

3.3 Vorgehen bei der Bestandsaufnahme

Für die systematische Bestandserfassung wurde eine Datenmaske erarbeitet, mit deren Hilfe die wesentlichen Projektdaten sowie Informationen zu Präventionsschwerpunkten und Qualitätskriterien erfasst werden können.

Die Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung Älterer wurden mithilfe einer Datenrecherche in folgenden Datenbanken und Quellen erfasst:

- Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank)
- Preisträger des vdek-Zukunftspreis 2016 (www.vdek.com/ueber_uns/vdek-zukunftspreis/zukunftspreis_2016.html)
- Datenbank des Projektes „Innovative Gesundheitsmodelle“ des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt (www.innovative-gesundheitsmodelle.de)
- Demografie-Portal des Bundes und der Länder, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (www.demografie-portal.de)
- Portal der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) (www.projekte.bagso.de)
- Datenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) (www.dbp.zqp.de)
- Sowie Internetseiten einzelner Bundesländer

Zusätzlich wurden gezielt einzelne Interventionen einbezogen, die in der Literatur oder bei Veranstaltungen als Beispiele genannt worden sind.

Die Suche nach Interventionen erfolgte in einem ersten Rechenschritt durch eine Filterung der in den Datenbanken erfassten Projekte nach Altersgruppen (bspw. „50 bis 65 Jahre“, „66 bis 79 Jahre“ oder „ab 80 Jahre“) und übergeordnetem Handlungsfeld (bspw. „Prävention“ oder „Gesundheitsförderung“). Dieser Rechenschritt ergab ca. 1200 Treffer. In einem zweiten Schritt wurde die Suche weiter verfeinert und Interventionen, deren Abschluss länger als fünf Jahre zurücklag (vor 2012), sowie Interventionen, die einem rein verhaltensorientierten Ansatz folgten, aussortiert. Im Ergebnis wurden so ca. 200 Interventionen für die detailliertere Bestandsanalyse ausgewählt.

In der Detailrecherche wurden online verfügbare Informationen (Homepage, Verweise auf andere Datenbanken, Flyer, Konzepte oder Ergebnisberichte) zu den ausgewählten Interventionen recherchiert. Projekte, zu denen keine aussagekräftigen Informationen online vorlagen, die sich als inhaltlich unspezifisch erwiesen oder sich nicht explizit an ältere Menschen wendeten, wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Es verblieben 59 Projekte, die entsprechend ihrer Projekthinhalte in sieben Handlungsfeld-Clustern zugeordnet wurden. Sämtliche Projektbeschreibungen wurden hinsichtlich der Verwendung von Schlüsselbegriffen und Beschreibungen untersucht, die eine Zuordnung zu Präventionsschwerpunkten und Qualitätskriterien erlaubten.

In den Clustern wurden stellvertretend Projekte, die durch die Projektbeschreibungen beispielhaft wirkten, für eine weitergehende Datenerhebung ausgewählt. Mit Vertreter/innen des jeweiligen Projektträgers wurden leitfadengestützte Telefoninterviews geführt, in denen Voraussetzungen, Hürden und Gelingensfaktoren der Intervention erfragt wurden. Die auf Basis der Internetrecherche identifizierten Präventionsschwerpunkte und Qualitätskriterien konnten dadurch für diese Projekte detaillierter beschrieben werden. Teilweise wurden in den Interviews Hürden bei der Umsetzung und Verstetigung benannt, die bei der Internetrecherche unsichtbar blieben. Insofern muss davon ausgegangen werden, dass robuste Aussagen zu den Interventionen nur durch Vorortbesuche und Gespräche mit Nutzer/innen und weiteren Akteuren gewonnen werden können. Dieser Schritt war nicht Auftrag und Bestandteil der vorliegenden Analyse. Somit dient die folgende Darstellung von Beispielen guter Praxis vor allem als Überblick über die Vielfalt der präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen für ältere Menschen und als Anregung für die Entwicklung von künftigen Interventionen. Deutlich wurden durch die Recherche aber auch „blinde Flecken“ und „weiße Landschaften“, die in Kapitel 5 näher beschrieben werden.

4 Ergebnisse der Recherche

Bei der Bestandsaufnahme handelt es sich nicht um eine Vollerfassung. Auf Basis der Sichtung von rund 1200 Dateneinträgen sind mit dem beschriebenen Analyseraster und damit entsprechend den Qualitätskriterien insgesamt 59 Projekte ausgewählt und näher analysiert worden. Die nachfolgenden Angaben, z. B. zur regionalen Verteilung der Interventionen oder zur Häufigkeit von Themen, Akteuren etc., beziehen sich ausschließlich auf das vorliegende Sample von 59 Interventionen und erlauben keine Aussagen über die Angebotslandschaft in Deutschland insgesamt.

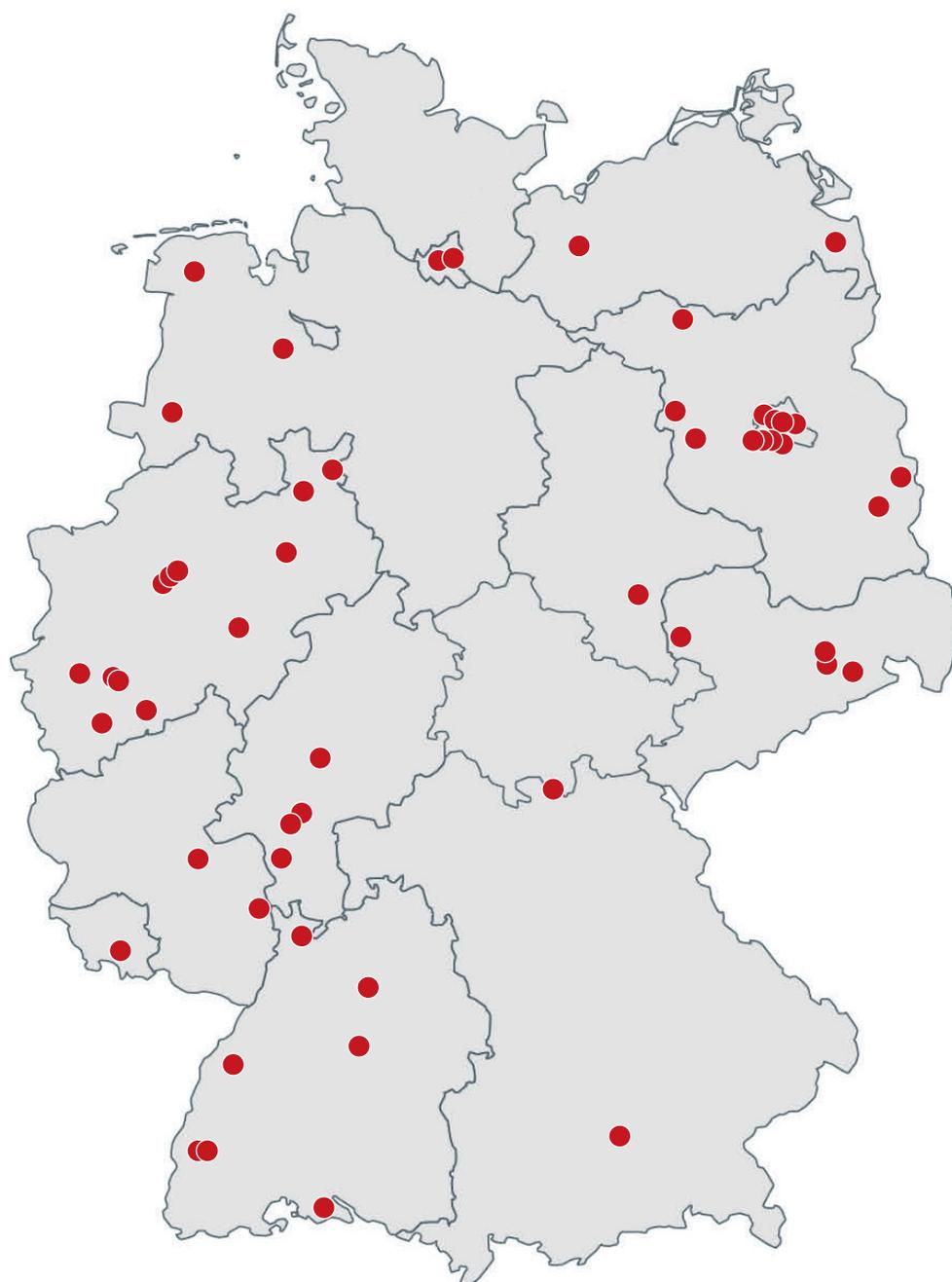
Eine Häufung von Interventionen gibt es in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Brandenburg. 17 Interventionen sind in Ostdeutschland (ohne Berlin) verortet. Keine Interventionen sind aus den Bundesländern Bremen, Schleswig-Holstein und Thüringen ausgewählt worden (vgl. Tab. 2 u. Abb. 1).

Tabelle 2: Anzahl der in den Bundesländern ausgewählten Interventionen

BUNDESLAND	ANZAHL DER AUSGEWÄHLTEN INTERVENTIONEN
Bundesweit	2
Baden-Württemberg	9
Bayern	2
Berlin	6
Brandenburg	8
Hamburg	2
Hessen	4
Mecklenburg-Vorpommern	1
Niedersachsen	3
Nordrhein-Westfalen	12
Rheinland-Pfalz	2
Saarland	2
Sachsen	4
Sachsen-Anhalt	2

Der deutlich größere Teil der ausgewählten Interventionen (n = 42) ist im städtischen Raum (Stadt/Großstadt/Metropole) angesiedelt. Demgegenüber stehen 17 Interventionen, die im ländlichen Raum (Dorf/Gemeinde/Kleinstadt/Landkreis/Region) umgesetzt werden.

Abbildung 1: Verteilung der recherchierten Projekte in Deutschland



Als Akteur bzw. Kooperationspartner sind bei Ausgestaltung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen die Länder/Kommunen (35 Interventionen) und sozialen Träger⁶ (33 Interventionen) am stärksten vertreten. An 15 Projekten sind Kranken- oder Pflegekassen und einmal die die Rentenversicherung als Mittelgeber und/oder direkter Kooperationspartner beteiligt. Insbesondere bei Interventionen im Bereich „Bewegungsförderung“ treten neben (lokalen) Sportvereinen zusätzlich z. T. auch Dachverbände, wie der Landessportbund (LSB) des jeweiligen Bundeslands, der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB), der Deutsche Turnerbund (DTB) o. Ä. als Kooperationspartner auf. Relativ viele Interventionen (22 Interventionen) kooperieren mit klein- und mittelständischen Unternehmen (KMU), die als Sponsoren oder Praxispartner auftreten. Eine Beteiligung der Zielgruppe wird bei 18 Projekten realisiert, vor allem über die Beteiligung von Seniorenbeiräten oder Selbsthilfeorganisationen. 16 Interventionen wurden entweder beim Aufbau oder bei der Evaluation der Intervention durch wissenschaftliche Einrichtungen begleitet. Hierbei handelt es sich um Interventionen, die im Rahmen von Förderprogrammen finanziert werden. Weitere Kooperationspartner an einzelnen Interventionen sind Akteure aus dem Gesundheitsbereich, Bildungseinrichtungen, ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen, die Wohnungswirtschaft oder Kirchengemeinden (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Häufigkeit der Beteiligung unterschiedlicher Akteurstypen an den Interventionen

AKTEUR/KOOPERATIONSPARTNER	ANZAHL DER INTERVENTIONEN MIT BETEILIGUNG
Bildungseinrichtung	5
Gesundheitsbereich (Ärzte, Kliniken, etc.)	15
Kirchengemeinden	5
Unternehmen (KMU)	22
Kranken-/Pflegekasse/Rentenversicherung	16
Land/Kommunen	35
Pflegeeinrichtung (ambulant/stationär)	8
Seniorenbeirat/Selbsthilfe	18
Sozialer Träger	33
Vereine (u. A. Sport)/Verbände	22
Wissenschaftliche Einrichtungen	16
Wohnungswirtschaft	8

Am häufigsten werden bei den erfassten Interventionen Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf (35 Interventionen), mit Mobilitätseinschränkungen (33 Interventionen) und sozial isolierte oder vereinsamte ältere Menschen (26 Interventionen) als Zielgruppen benannt. Wichtige Zielgruppen sind auch ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (16 Interventionen), mit Migrationshintergrund (elf Interventionen), demenziell erkrankte ältere Menschen (19 Interventionen) und pflegende Angehörige (14 Interventionen). Wenige Projekte und Interventionen richten sich explizit an Hochaltrige (vier Interventionen) oder sind gezielt an geschlechtsspezifischen Anforderungen und Bedürfnissen (vier Interventionen) ausgerichtet

⁶ Gemeinnützige Mitglieder der Wohlfahrtsverbände und freie, nicht gewinnorientierte Träger sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen

(vgl. Tab. 4). 32 der insgesamt 59 eingehender betrachteten Interventionen richten sich an drei oder mehr der in Tab. 4 dargestellten vulnerablen Gruppen älterer Menschen. 17 Interventionen adressieren dagegen sehr zielgerichtet eine dieser Gruppen. Aufgenommen wurden außerdem einige ausgewählte Interventionen, die sich an spezielle Gruppen, wie ältere Inhaftierte, traumatisierte ältere Menschen oder ältere arbeitslose Menschen, richten.

Erreicht werden die Zielgruppen überwiegend über Mund-zu-Mund-Propaganda, die institutionelle Bekanntmachung von Angeboten, ein breites öffentliches Bewerben oder durch die Kombination verschiedener Strategien. Bei 13 Interventionen wird der Kontakt über Vertrauens- und Schlüsselpersonen, beispielsweise aus der Nachbarschaft, über Hausmeisterdienste oder über Kirchengemeinden hergestellt.

Tabelle 4: Anzahl der Interventionen, die sich an die jeweilige Zielgruppe richten

ZIELGRUPPEN	ANZAHL DER INTERVENTIONEN
Ältere Menschen in medizinischen Versorgungseinrichtungen	2
Ältere Menschen in stationären Wohneinrichtungen	7
Ältere Menschen mit Migrationshintergrund	11
Ältere Menschen mit geringem sozioökonomischem Status	16
Ältere Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf	35
Gezielt geschlechtsspezifisch ausgerichtet	4
Demenziell erkrankte ältere Menschen	19
Explizit an Hochaltrige gerichtet	4
Mobilitätseinschränkte ältere Menschen	30
Pflegende Angehörige	14
Sozial isolierte oder vereinsamte Ältere	26
Weitere Zielgruppen (z. B. ältere Inhaftierte, traumatisierte Ältere, ältere Arbeitslose, etc.)	12

Die erfassten Interventionen lassen sich unterschiedlichen Handlungsfeldern zuordnen. Ein großer Teil der Projekte fokussiert auf die Stärkung von Bewegung und Aktivität älter Menschen (14 Interventionen). Recht häufig sind Interventionsaspekte auch Ernährung und Alltagsunterstützung (zehn Interventionen), Lotsen-, Besuchs- und Begleitdienste (elf Interventionen) sowie Qualifizierung und Beratung (elf Interventionen). Weniger Interventionen beziehen sich auf die Anpassung von Wohnraum und Quartieren (fünf Interventionen) oder nehmen die jeweiligen Lebenswelten der Zielgruppen mit Integrierten Konzepten als komplexes Ganzes in den Blick (sieben Interventionen). Ein Projekt bezieht sich als Beispielprojekt auf die besondere Zielgruppe älterer Langzeitarbeitsloser (eine Intervention) (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Häufigkeit der durch die Interventionen adressierten Handlungsfelder

HANDLUNGSFELDER	ANZAHL DER INTERVENTIONEN
Bewegung und Aktivität	14
Ernährung und Alltagsunterstützung	10
Lotsen-, Besuchs- und Begleitdienste	11
Qualifizierung und Beratung	11
Wohnen und Quartier	5
Integrierte Konzepte	7
Besondere Zielgruppe „ältere Langzeitarbeitslose“	1

4.1 Überblick über Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Älteren in Deutschland

Die recherchierten Interventionen dieser Dokumentation wurden sieben in der Analyse explorativ herausgearbeiteten Clustern zugeordnet. Die meisten Interventionen verfolgen nicht ausschließlich ein Ziel bzw. „bedienen“ nicht nur ein Handlungsfeld. Die Zuordnungen zu einem Cluster bleiben daher zwangsläufig unscharf und dienen vor allem der Übersichtlichkeit. Im Folgenden werden die ausgewählten 59 Interventionen, nach den Clustern sortiert, in kurzen Beschreibungen vorgestellt. Ausgewählte Projekte werden ausführlicher präsentiert, weil sie auf Grundlage der im Internet verfügbaren Informationen und der Telefoninterviews besonders vorbildlich oder interessant in der Umsetzung eines oder mehrerer Präventionsschwerpunkte und Qualitätskriterien erscheinen. In der Beschreibung jeder Intervention werden die Präventionsschwerpunkte und Qualitätskriterien benannt, die nach einer ersten Analyse das jeweilige Projekt auszeichnen. Grundlage der Auswertung sind die online verfügbaren Unterlagen zu Interventionen; zugänglich sind überwiegend Selbstdarstellungen oder ältere, teils zu Beginn einer Maßnahme formulierte Beschreibungen. Wenn möglich, wurden weitere Unterlagen, wie z. B. Wettbewerbsunterlagen oder öffentlich zugängliche Evaluationen, berücksichtigt. Eine detaillierte Überprüfung der jeweiligen Angaben zu den Projekten konnte aber im vorgegebenen Rahmen dieser Bestandsanalyse nicht geleistet werden. Daher müssen die Beschreibungen als erste Annäherungen an die Projekte verstanden werden.

Cluster Bewegung und Aktivierung

Unter dem Cluster „Bewegung und Aktivierung“ sind gesundheitsfördernde Interventionen zusammengefasst, die im Ergebnis zwar auf eine Stärkung von physischer Leistungsfähigkeit und die Erhaltung von Mobilität und Selbstständigkeit von älteren Menschen abzielen, jedoch vor allem geeignete Rahmenbedingungen für körperliche Betätigung und Bewegung im Alter schaffen. Zugeordnet sind diesem Cluster die Interventionen:

- Willst du mit mir geh'n? – Spazierengehen im Stadtteil (Essen/Nordrhein-Westfalen)
- AUF (Aktiv und Fit) Leben (Berlin und verschiedene Beispielkommunen bundesweit; in drei Ausprägungen im Sample berücksichtigt)
- Berliner Spaziergangsgruppen (Berlin)
- Förderung körperlicher Aktivität (Dresden/Sachsen)
- Gesund und fit 50+ (Freiburg/Baden-Württemberg)

- Gesund und mobil im Alter (Köln/Nordrhein-Westfalen)
- Männer-Werkelecke (Lieberose, Brandenburg)
- Mach mit, bleib fit (Hamburg)
- Netzwerk „Lange mobil und sicher zu Hause“ (Land Brandenburg)
- Netzwerk „Mehr Bewegung lebenslang“ (Heidelberg/Baden-Württemberg)
- Was geht! Sport, Bewegung und Demenz (Stuttgart/Baden-Württemberg)
- Zugewandert und Geliebt (bundesweit)

Cluster Ernährung und Alltagsunterstützung

Der Cluster Ernährung und Alltagsunterstützung beinhaltet Interventionen, bei denen Aspekte der Ernährung oder Alltagsunterstützung im Kontext der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes stehen. Manche der Interventionen zielen zudem darauf ab, die Selbständigkeit der älteren Menschen länger zu erhalten. Zugeordnet sind diesem Cluster die Interventionen:

- Gemeinsam – nicht einsam (Lingen/Niedersachsen)
- Betreuung mal anders ... – Technik unterstützt Integration (Heilbronn/Baden-Württemberg)
- Iss gemeinsam (Achern/Baden-Württemberg)
- Mittagstisch (Bad Kreuznach/Rheinland-Pfalz)
- Mobile Senioren – MoSe (Herford/Nordrhein-Westfalen)
- Mobia – Mobil bis ins hohe Alter (Saarland)
- Patientenmobil (Leer/Niedersachsen)
- Senioren-Busbegleiter Lippstadt/Nordrhein-Westfalen)
- SeniorenEinkaufsMobil (Eisenhüttenstadt/Brandenburg)
- Urlaub ohne Kofferpacken (Frankenthal/Rheinland Pfalz)

Cluster Lotsen-, Besuchs- und Begleitdienste

In unterschiedlichen Konstellationen und Zusammenhängen stellen Lotsen-, Besuchs- und Begleitdienste für Senior/innen eine zentrale gesundheitsfördernde Unterstützung im Alltag dar, insbesondere wenn familiäre, freundschaftliche oder nachbarschaftliche Hilfen nicht ausreichend Unterstützung anbieten können. Dem Cluster Lotsen-, Besuchs- und Begleitdienste werden z. B. jene Angebote zugeordnet, die bei Fahrten zum Arzt oder beim Übergang in oder aus dem Krankenhaus entlasten. Dazu gehören aber auch aufsuchende Angebote zum Unterhalten, Vorlesen oder Spielen oder Angebote, die zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beitragen. Zugeordnet sind diesem Cluster die Interventionen:

- Patientenbegleiter (Freiburg/Baden-Württemberg)
- 17/70 Junge Paten für Senioren (Essen/Nordrhein-Westfalen)
- Brandenburg besucht und bewegt (Brandenburg an der Havel/Brandenburg)
- Ehrenamtliche Pflegelotsen im Landkreis Konstanz (Konstanz/Baden-Württemberg)
- Kontaktstelle Seniorenbegleitung (Pirna/Sachsen)
- Kümmerer (Region Prignitz-Ruppin/Brandenburg)
- MiMi – Mit Migranten für Migranten (München/Bayern)
- NASCH DOM – Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker (bundesweit)
- Netzwerk „Anders Altern“ und Besuchsdienst „Mobiler Salon“ (Berlin)
- +P – Poststationäre Laienunterstützung für Patienten (Saarbrücken/Saarland)
- Radeln ohne Alter (Essen/Nordrhein-Westfalen)

Cluster Qualifizierung und Beratung

Sensibilisierung und Informationsvermittlung zu gesundheitlichen Themen stellen einen Kernbereich der Prävention dar. Im Cluster Qualifizierung und Beratung sind Interventionen zusammengefasst, die vor allen auf die Entwicklung von strukturellen Rahmenbedingungen zur Sensibilisierung, Information, Qualifizierung oder Beratung von älteren Menschen, Angehörigen oder Multiplikator/innen zielen. Zugeordnet sind diesem Cluster die Interventionen:

- GeroMobil Uecker-Randow (Mecklenburg-Vorpommern)
- Migration und Demenz – Häusliche Unterstützung für Menschen mit Demenz aus dem Herkunftsland Türkei (Köln/Nordrhein-Westfalen)
- Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung (Berlin)
- ALTER UND TRAUMA – Unerhörtem Raum geben (Minden/Nordrhein-Westfalen)
- Betreute Urlaube für Menschen mit Demenz (Brandenburg)
- Demas – Demenz anders sehen (Sachsen-Anhalt)
- Drehscheibe Alter – Beratung zu altersspezifischen Fragen im Strafvollzug und bei der Entlassung (Berlin)
- Für Sie ins Quartier/Mobile Demenzberatung – Ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (Bergheim/Nordrhein-Westfalen)
- Interkultureller Seniorentreff „Migrantinnen aktiv im Alter und Alltag“ (Frankfurt/Hessen)
- Licher Gemeindefrauentreff (Lich-Muschenheim/Hessen)
- PfiFf – Pflege in Familien fördern (Brandenburg)

Cluster Wohnen und Quartier

Die Mehrheit älterer Menschen möchte im Alter in der eigenen Wohnung und in der vertrauten Wohngegend bleiben, auch, wenn Betreuung oder Pflege nötig werden. Dies zu ermöglichen und damit Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter zu fördern ist eng an eine bedarfsgerecht angepasste Ausgestaltung des eigenen Wohnraums und der Wohnumwelt gebunden. Im Cluster Wohnen und Quartier sind Projekte aufgenommen, die sich diesem Aspekt zuwenden. Zugeordnet sind diesem Cluster die Interventionen:

- „Aktion Augen auf!“ Mehr Aufmerksamkeit für ein Altern in Würde (Hamburg)
- Chemnitz+ „Zukunftsregion lebenswert gestalten“ (Chemnitz/Sachsen)
- Die besitzbare Stadt (Griesheim/Hessen)
- Lebensort Vielfalt (Berlin)
- Stadtteilanalyse Weinheim-West (Weinheim/Baden-Württemberg)

Cluster Integrierte Konzepte

Über die meist baulich orientierte bedarfsgerechte Anpassung von Quartieren gehen integrierte Konzepte deutlich hinaus. Sie fördern die Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Sektoren (z. B. hausärztliche und fachärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen), sind inhaltlich breiter aufgestellt und nehmen die jeweiligen Lebenswelten der Zielgruppen als komplexes Ganzes in den Blick. Häufig bündeln sie innerhalb eines Programms oder einer übergeordneten Maßnahme unterschiedliche Teilprojekte. Zugeordnet sind diesem Cluster die Interventionen:

- Demografielinitiative Kreis Euskirchen (Kreis Euskirchen/Nordrhein-Westfalen)
- Demografie-Projekt Havelland (Landkreis Havelland/Brandenburg)
- GeriNet Leipzig (Leipzig/Sachsen)
- Gesund und aktiv älter werden (Stuttgart/Baden-Württemberg)
- Gesundheits- und Pflegenetzwerk (Plettenberg/Nordrhein-Westfalen)
- Prävention bei Hochbetagten in der Kommune (Rödental/Bayern)
- Wi helpt di (Dötlingen/Niedersachsen)

Besondere Zielgruppe „Ältere Langzeitarbeitslose“

Ältere Langzeitarbeitslose werden häufig gar nicht oder nur sehr schlecht erreicht. Die Zielgruppe der arbeitslosen/erwerbslosen Menschen ist nicht Thema dieser Bestandsaufnahme. Da der Übergang in den Ruhestand aber für einen Teil der Älteren aus der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit erfolgt, stellen ältere Langzeitarbeitslose eine wichtige Zielgruppe für präventive und gesundheitsförderliche Interventionen dar. Exemplarisch wird daher ein Projekt in diesem Kontext vorgestellt.

- Alpha 50+ (Halle/Sachsen-Anhalt)

4.2 Beispiele guter Praxis

Die anhand des Untersuchungsrasters recherchierten Beispiele guter Praxis werden in diesem Abschnitt vorgestellt. Ausgewählte Projekte werden mit einem Steckbrief ausführlicher beschrieben (vgl. hierzu auch S. 23). Die Steckbriefe beinhalten neben einer Kurzbeschreibung der Intervention Angaben zum hauptverantwortlichen oder koordinierenden Träger, zur Laufzeit, zur Finanzierung, zu Kooperationen und ggfs. zur wissenschaftlichen Begleitung. Zusätzlich wird in jedem Steckbrief angegeben, welchen Präventionsschwerpunkten die Intervention im Rahmen dieser Untersuchung zugeordnet wird und welche Qualitätskriterien sich jeweils besonders stark abbilden. Alle in den Steckbriefen zusammengestellten Angaben sind auch Bestandteil einer zusätzlich zu diesem Bericht erstellten tabellarischen Übersicht.⁷ Weitere Projekte werden, alphabetisch nach dem Projekttitel sortiert, in Kurzbeschreibungen vorgestellt.

4.2.1 Cluster Bewegung und Aktivierung

Willst du mit mir geh`n? – Spaziergehen im Stadtteil (Essen/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	Stadt Essen – Amt für Soziales und Wohnen – Seniorenreferat
Laufzeit:	seit 2012
Finanzierung:	Neben der Stellenfinanzierung für die Koordinierung durch die Stadt werden finanzielle Mittel nur in geringem Umfang benötigt und über Sponsoring eingeworben.
Kooperation:	Seniorenbeirat, Gesundheitskonferenz, Essener Sportbund, Lokalpresse, div. lokale Seniorenbegegnungs- und freizeitstätten/ Nachbarschaftszentren Essens
Wissenschaftliche Begleitung:	Fachhochschule für öffentliche Verwaltung Essen
Präventionsschwerpunkte ⁸ :	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C8

Die Intervention „Willst du mit mir geh`n? – Spaziergehen im Stadtteil“ wurde 2012 auf Initiative der AG gesundheitliche Prävention der Gesundheitskonferenz Essen, des Seniorenreferats der Stadt Essen und des Seniorenbeirats gestartet. Ziel ist es, Senior/innen zu mehr Bewegung im Alltag einzuladen und darüber ihre Gesundheit zu fördern, soziale Kontakte zu ermöglichen und die Nachbarschaft im Stadtteil zu stärken.

Umgesetzt werden die Stadtspaziergänge mit freiwilligen Pat/innen, die anfangs über den Seniorenbeirat gefunden wurden. Ein Patenteam aus mindestens zwei ehrenamtlichen Senior/innen bietet einmal wöchentlich in (s)einem Stadtteil einen begleiteten ca. einstündigen Spaziergang an. Die geworbenen Pat/innen können an einem Erste-Hilfe-Kurs teilnehmen, erhalten einen Stadt-

⁷ Excel-Tabelle: Bestandsaufnahme Interventionen für Ältere 2017

⁸ Vgl. S. 7 ff.

plan, Handzettel und Plakate für ihre Werbung im Stadtteil, einen Patenbutton, ein Notfallpäckchen und Materialien sowie Informationen zur Weitergabe an die Teilnehmer/innen der Spaziergangsgruppen. Die Werbung im Stadtteil (z. B. mit Postkarten und Plakaten) übernehmen die Patentteams selbst. Die Presse unterstützt die Intervention durch regelmäßige Berichte und durch die Bekanntgabe von Treffpunkten für die Spaziergänge. Koordiniert wird die Intervention durch zwei Mitarbeiterinnen des Seniorenreferats der Stadt Essen.

Neben der Finanzierung der Personalstellen in der Verwaltung werden Spenden für Werbematerialien, die Finanzierung von Erste-Hilfe-Kursen und für Räumlichkeiten und Catering für die Patentreffen über kleinere öffentlichkeitswirksame Kampagnen vor allem bei örtlichen Unternehmen eingeworben.

Die Initiative hat am Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016 teilgenommen, erhielt für ihr Engagement im Jahr 2014 den Klimaschutzpreis von RWE und der Stadt Essen in der Rubrik „Mobilität“ und wurde Anfang 2015 für den Engagementpreis NRW nominiert.

<p>Präventionsschwerpunkt: Adressierung sozialer Ungleichheit</p> <p>Die Teilnahme an den Spaziergängen ist kostenlos und wird insbesondere von Menschen mit geringen finanziellen Mitteln und von allein lebenden älteren Menschen genutzt. Auch beim gemeinsamen Kaffeetrinken nach dem Spaziergang wird nach Angabe der Koordinator/innen darauf geachtet, dass dies erschwinglich bleibt.</p>
<p>Präventionsschwerpunkt: Verbesserung der sozialen Gegebenheiten eines spezifischen Settings</p> <p>Die Initiative bildet eine Plattform, um „Nachbarschaft“ zu stiften. Über die Stadtspaziergänge wird den Senior/innen das gegenseitige Kennenlernen erleichtert, es werden soziale Kontakte und nachbarschaftliche Netze geschaffen und damit Nachbarschaftshilfe erleichtert.</p>
<p>Qualitätskriterium C1: Projektplanung – Konzeption</p> <p>Das Konzept der Spaziergangsgruppen wurde in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Seniorenbeirat, Seniorenreferat und Gesundheitskonferenz „Gesundheitsförderung für Senioren im Stadtteil“ entwickelt und mit den Bezirksseniorenvertreter/innen beraten. Es reagiert auf Angebotsdefizite im Bereich der Bewegungsförderung für ältere Menschen und auf Probleme im Zugang zu schwer erreichbaren Älteren. Die Umsetzung erfolgte mit ehrenamtlichen Pat/innen und Paten unter dem Motto „Für sich mit anderen etwas tun“.</p>
<p>Qualitätskriterium C2: Qualitätsmanagement</p> <p>Mithilfe der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung wurden die Erfahrungen der ersten fünf Projektmonate wissenschaftlich ausgewertet. Durch die Koordination über das Seniorenreferat wird eine professionelle Begleitung des Projektes gesichert. Vierteljährlich finden Patentreffen statt, bei denen sich die Pat/innen austauschen und das Projekt weiterentwickeln können. Erfahrene Pat/innen unterstützen den Aufbau von Seniorensparziergängen in weiteren Stadtteilen.</p>
<p>Qualitätskriterium C3: Zielgruppenbezug</p> <p>Die Spaziergänge werden von älteren Menschen, die sich als Pat/innen zur Verfügung stellen und qualifiziert werden, organisiert. Sie achten darauf, dass die Spaziergänge sich an den Bedarfen und Fähigkeiten der „schwächsten“ Teilnehmer/innen orientieren.</p>
<p>Qualitätskriterium C4: Settingansatz und Multiplikatorenkonzept</p> <p>Die Spaziergänge finden in ausgewählten Quartieren statt. Zusammen mit den Essener Spaziergangsgruppen und dem Institut für Stadtplanung der Universität Duisburg-Essen wurden vier Stadtteile bezüglich ihrer „Spaziergangsfreundlichkeit“ (Barrierefreiheit) untersucht.</p>

<p>Qualitätskriterium C5: Niedrigschwellige Arbeitsweise</p> <p>Die Spaziergänge sind kostenlos. Durch eine gute Pressearbeit und Mund-zu-Mund-Propaganda sind sie in der Bevölkerung bekannt. Über regionale Zeitungen werden Treffpunkte wöchentlich bekannt gemacht und teilweise auch neue Pat/innen rekrutiert.</p>
<p>Qualitätskriterium C6: Partizipation</p> <p>Der Seniorenbeirat war von Anfang an am Aufbau der Spaziergangsgruppen beteiligt. Die Gruppen werden durch die Pat/innen, die selber Senior/innen sind, organisiert. Sie planen auch die Routen und die Werbung für das Angebot im Stadtteil eigenverantwortlich. Bei der Übertragung des Konzepts auf weitere Stadtteile wird auf ihre Erfahrungen zurückgegriffen.</p>
<p>Qualitätskriterium C8: Nachhaltigkeit</p> <p>Das Projekt ist innerhalb von vier Jahren gewachsen. Es startete zunächst in zwölf Essener Stadtteilen. Inzwischen (2017) bieten rund 100 Pat/innen in 33 Stadtteilen wöchentliche Spaziergänge angeboten. Nach Einschätzung der Koordinator/innen werden darüber wöchentlich rund 1.000 ältere Menschen mobilisiert. Ziel ist es, in Zukunft in allen 50 Essener Stadtteilen Spaziergangsgruppen anbieten zu können. Einen wichtigen Beitrag für den Erfolg stellt, nach Einschätzung der Koordinator/innen, die Anerkennungskultur gegenüber den Pat/innen dar. Alter und neuer Bürgermeister sind Ehrenpaten und haben die Pat/innen offiziell empfangen. In der lokalen Presse wird positiv und kontinuierlich über das Projekt berichtet. Die Stadt Essen ist mittlerweile sehr am Erfolg der Stadtpaziergänge interessiert. Über die Pat/innen gelingt aus Sicht der Stadtverwaltung der Zugang den älteren Menschen in den Stadtteilen sehr erfolgreich. Die Pat/innen fungieren zunehmend als Multiplikator/innen, über die z. B. auf Beratungsangebote hingewiesen, für Veranstaltungen geworben oder Informationsmaterial verteilt werden kann.</p>

Weitere Projekte im Cluster Bewegung und Aktivierung

„AUF (Aktiv und Fit) Leben“ (Berlin und verschiedene Modellkommunen bundesweit)

Träger:	Landessportbund Berlin e. V. (LSB Berlin); Deutscher Turner-Bund e. V. (DTB)
Laufzeit:	2013–2015
Finanzierung:	Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Kooperation:	von DTB mit Kommunen, Seniorenbüros, Sportvereinen, Kirchengemeinden
Kooperation:	von LSB Berlin mit Sportvereinen und kleinen bis mittelständischen Betrieben
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt, geschlechtsspezifische Ungleichheit
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C7, C9

In zwei Teilprojekten wurden Bewegungsangebote entwickelt und erprobt. Die Teilprojekte wurden vom Deutschen Turner-Bund (DTB) und dem Landessportbund (LSB) Berlin durchgeführt. Das DTB-Teilprojekt „Fit und aktiv bis ins hohe Alter – Gut für sich sorgen“ richtete sich an hochaltrige und demenziell erkrankte Menschen sowie pflegende Angehörige. An verschiedenen Standorten (Diez und Ingelheim/Rheinland-Pfalz, Düsseldorf/Nordrhein-Westfalen, Henstedt-Ulzburg/Schleswig-Holstein, Malchow/Mecklenburg-Vorpommern, Stuttgart/Baden-Württemberg) wurden kommunale Netzwerke aufgebaut, die Bewegungsangebote für die Zielgruppe implementierten.

Das Teilprojekt des LSB Berlin „Übergänge gestalten – Neue Zugangswege für Ältere zu Sport und Bewegung“ richtete sich an ältere Arbeitnehmer/innen. In Kooperationen von Betrieben und

Sportvereinen wurden zielgruppengerechte, gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote für Menschen gestaltet, die sich in der Übergangsphase von der Erwerbstätigkeit zum Ruhestand befinden. Die Weiterentwicklung von Sportarten unter Berücksichtigung alters- und geschlechtergerechter Aspekte spielte hierbei eine wichtige Rolle. Zusätzlich zu den sportlichen Aktivitäten wurden Anregungen zur Gestaltung des Ruhestandes (Ruhestandsberatung) vermittelt. Der DOSB steuerte und koordinierte die beiden Teilprojekte und war für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig.

Berliner Spaziergangsgruppen (Berlin)

Träger:	Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. – Zentrum für Bewegungsförderung
Laufzeit:	seit 2010
Finanzierung:	unterschiedlich und abhängig davon, wer die jeweilige Spaziergangsgruppe initiiert (z. B. ob Aufwandsentschädigungen seitens des Trägers für die ehrenamtlichen Begleiter/innen vorgesehen sind)
Kooperation:	gemeinsame Initiative verschiedener Partner, z. B. kommunalen Verwaltung; Einrichtungen im Stadtteil (Nachbarschafts- oder Mehrgenerationenhäuser, Seniorenbegegnungs- und Freizeistätten, Sportvereine); ehrenamtlich Engagierte
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C4, C5, C7

Die Berliner Spaziergangsgruppen organisieren ehrenamtlich begleitete, regelmäßige Spaziergänge für Ältere im Stadtteil. Neben Bewegung an frischer Luft geht es vor allem um Austausch, Gespräche und Geselligkeit. Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin (ZfB) entwickelte, anknüpfend an Vorschläge älterer Menschen, ein Konzept und unterstützt seit 2010 den Aufbau der Spaziergangsgruppen. Ziel ist es, soziale und nachbarschaftliche Einrichtungen im Stadtteil (z. B. Nachbarschaftshäuser, Pflegestützpunkte, Seniorenwohnhäuser, Seniorenfreizeistätten oder Kirchengemeinden) zu unterstützen, ihre bewegungsförderlichen Angebote niedrigschwellig auszubauen. Für eine Spaziergangsgruppe sind keine/n speziellen Trainer/in, Räumlichkeiten oder Materialien nötig. Die jeweilige Einrichtung dient als Treff- und Ausgangspunkt der Gruppe und ein/e hauptamtliche/r Mitarbeiter/in übernimmt eine koordinierende und begleitende Rolle. Das Angebot gemeinsamer Spaziergänge zielt darauf ab, besonders jene älteren Menschen zu regelmäßiger Bewegung zu motivieren, die „unsicher auf den Beinen sind“, unter Mobilitätseinschränkungen leiden oder gerne gemeinsam unterwegs sind. Die Teilnahme ist kostenlos und ohne Anmeldeformalitäten. Spezielle Fähigkeiten oder (Sport-)Bekleidung sind nicht erforderlich und ein Einstieg ist jederzeit möglich. Wie lange, wie oft und in welchem Tempo spaziert wird, entscheidet die Gruppe gemeinsam. Jede/r Teilnehmer/in kann sich an der Routengestaltung beteiligen.

Förderung körperlicher Aktivität (Dresden/Sachsen)

Träger:	Landeshauptstadt Dresden; Geschäftsbereich Soziales
Laufzeit:	seit 2008
Finanzierung:	Eigenmittel der Stadt Dresden, EU-Mittel, AOK Plus und Spenden
Kooperation:	mit Seniorenbegegnungsstätten („Stadtspaziergänge“); Fachämter der Stadt Dresden (u. a. Eigenbetrieb Sportstätten, Gesundheitsamt, Stadtplanungsamt, Amt für Grünflächen, Presseamt), AOK Plus,

Wohnbaugenossenschaften, Sportbund Dresden; Quartiersmanagement („Walking People“)

Präventionsschwerpunkt: Setting/Lebenswelt

Qualitätskriterien: C1, C4, C6, C7, C8

Auf Basis des Sportentwicklungsplans (2005, Fortschreibungen 2008/2013) und des Aktionsplans „Aktives Altern“ (2008) wurde ein strategisches Gesamtkonzept zur Förderung körperlicher Aktivität erstellt. In dem Konzept wird Verhältnisprävention (Schaffung von Lauf- und Bewegungstrecken, Einrichtung von Arbeitsgruppen zur Planung der Stadtteilspaziergänge) mit Verhaltensprävention (Anregung zur alltagsbezogenen Bewegung direkt im Stadtteil) verknüpft. Der Sportentwicklungsplan und der Aktionsplan „Aktives Altern“ wurden partizipativ in Planungsrunden bzw. in Gesundheitskonferenzen mit Bürger/innen entwickelt. In dem Projekt „Stadtspaziergänge“ planten ältere Menschen für ältere Menschen Stadtspaziergänge in insgesamt drei sozial benachteiligten Stadtteilen Dresdens. Im Projekt „Walking People – It’s never too late to start“ wurden wohnortnahe Lauf- und Bewegungstrecken für Ausdauerlauf, Nordic Walking und Gehen geschaffen. Eine Wohnbaugenossenschaft wurde dafür gewonnen, die Strecken zu betreuen und zu pflegen. 3. Platz unter den kreisfreien Städten für das Gesamtkonzept im Rahmen des Bundeswettbewerbes „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016.

„Gesund und fit 50+“ (Freiburg/Baden-Württemberg)

Träger: Quartiersarbeit Weingarten-West des Forum Weingarten e. V.

Laufzeit: seit 2011

Finanzierung: durch die Stadtbau GmbH und Sponsoren

Kooperation: Sportverein Weingarten und Kommune (Sozialdezernat, Gesundheitsamt)

Präventionsschwerpunkte: soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt

Qualitätskriterien: C1, C4, C6, C7, C9

Das Projekt entstand in Kooperation der Quartiersarbeit Weingarten (Stadt Freiburg) mit dem örtlichen Sportverein Weingarten. Das Rahmenkonzept „Gesund und fit 50+“ wurde von einer Planungsgruppe aus Quartiersarbeit, Bewohnerschaft und örtlicher Sportgruppe unter Beteiligung eines Lehrers für Gesundheitssport erarbeitet. Durch soziale Begleitmaßnahmen zielt das Projekt darauf ab, eine gelingende Nachbarschaft von Jung und Alt zu fördern. Sogenannte „Wohnverwandtschaften“ ergänzen bzw. ersetzen familiäre Netzwerke. Für ältere Bewohner/innen werden niedrigschwellige Bewegungsangebote geschaffen (Aufbau Aktivplatz), jüngere Bewohner/innen werden als Sportmentor/innen geschult.

In der Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit ist das Projekt in den Bereichen Partizipation, Settingansatz, Multiplikatorenkonzept als Good Practice gekennzeichnet. Unter dem Titel „Generationendialog in der Praxis – Bürger initiieren Nachhaltigkeit“ haben die Bundesregierung und der Rat für Nachhaltige Entwicklung 2009 die „Wohnverwandtschaften“ als Leuchtturmprojekt ausgezeichnet. Im Jahr 2012 wurde das Projekt „Gesund und fit 50+“ im Rahmen des Großen Präventionspreises des Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familien und Senioren des Landes Baden-Württemberg und der Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg mit dem Sonderpreis Senioren ausgezeichnet.

Gesund und mobil im Alter (Köln/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	Stadt Köln – Gesundheitsamt
Laufzeit:	seit 2008
Finanzierung:	kommunale Mittel der Stadt Köln; finanzielle Beteiligung der Krankenkassen (AOK, Barmer GEK, mhplus BKK und Pronova BKK) im Projekt „fit für 100“
Kooperation:	div. Akteure aus Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung (Sozialamt, Sportamt, Seniorenbeauftragte, Seniorenvertretung Köln); Demenz-Servicezentrum Region Köln und lokale Tanzschule (Flashmob „Generationen bewegen“)
Wissenschaftliche Begleitung:	durch das Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln (Gesund und mobil „fit für 100“:)
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C7

2008 hat der Rat der Stadt Köln im Gesundheitsamt eine Stelle „Gesundheitsförderung im Alter“ eingerichtet. Gesundheitsförderung bei älteren Menschen wird dabei als Querschnittsaufgabe verstanden, die eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Strategie erfordert. Unter dem Leitgedanken „gesund und mobil im Alter“ ist es das Ziel, einen umfassenden Interventionsansatz zur Erhaltung von Gesundheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im Alter zu entwickeln und in den bestehenden kleinräumigen Stadtteilstrukturen und -netzwerken zu verankern. Gleichzeitig orientiert sich die Gesundheitsförderung der Stadt an den Lebenslagen und Bedürfnissen der Zielgruppen: Männer und Frauen ab ca. 60 Jahre, die selbstständig zu Hause leben und nicht pflegebedürftig sind. „Gesund und mobil im Alter“ ist strukturell auf vier Ebenen verankert: a) Bundesweit: Köln ist seit 1991 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk; 2012 wurde Köln zum Kompetenzzentrum „Gesundheit im Alter“ ernannt. b) Gesamtstadt: Seit 2007 treffen sich 22 Mitglieder einer Arbeitsgruppe „Gesundheit im Alter“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln (KGGK) vierteljährlich im Gesundheitsamt. c) Gesundheitsamt: Das 2007 gegründete „KompetenzTeam Gesundheit im Alter“ besteht derzeit aus acht Personen aus unterschiedlichen Fachgebieten des Amtes und trifft sich monatlich zur Zusammenführung der verschiedenen Erfahrungen und Ansätze, leistet interne Fortbildungen zu Themen der Gesundheitsförderung im Alter und arbeitet z. B. bei den Aktionstagen „gesund und mobil im Alter“ zusammen. d) Sozialraum: Dazu gehören stadtteilbezogene Veranstaltungen und Angebote der im Gesundheitsamt angesiedelten Stelle „Gesundheitsförderung im Alter“, ihre Teilnahme an Stadtteilkonferenzen sowie die Kooperation mit Sozialraumkoordinator/innen, Seniorenetzwerken etc.

Im Zuge der gesamtstädtischen Strategie wurden u. a. die drei folgenden Teilprojekte umgesetzt:

- 1) Gesund und mobil „fit für 100“: ein niederschwelliges und kostengünstiges Bewegungsangebot für Menschen ab 60 Jahre. Das Bewegungstraining soll gezielt die Kraft- und Gleichgewichtsfähigkeiten steigern und auf diese Weise Stürze verhindern. Zwei Mal pro Woche wird das Programm in der Gruppe durchgeführt. Die Gruppe trainiert das Programm zweimal pro Woche à 60 Minuten. Zu Beginn des Trainings werden Koordinations- und Gleichgewichtsübungen durchgeführt. Das Bewegungsprogramm richtet sich an alle Kölner Senior/innen. Da die Trainingsintensität auf die Fähigkeiten jedes Einzelnen abgestimmt wird, können auch Personen mit Einschränkungen daran teilnehmen.

- 2) „Rundgang mit Tiefgang“ – Stadtteilrundgänge: Hierbei handelt es sich um Broschüren, die über Sehenswürdigkeiten, Besonderheiten und Eigentümlichkeiten des Stadtteils informieren. In der Stadtteilkarte ist ein Rundgang dargestellt mit Informationen, Wissenswertes, Geschichten zu einzelnen Stationen. Pausen- und Sitzmöglichkeiten sowie öffentliche Toiletten sind vermerkt. Die Rundgänge sind max. drei Kilometer lang. Mittlerweile gibt es in sechs Stadtteilen einen „Rundgang mit Tiefgang“.
- 3) Flashmob „Generationen bewegen“: Gemeinsam mit dem Demenz-Servicezentrum Region Köln hat das Gesundheitsamt Köln den Flashmob entwickelt und im Juli 2011 und Juni 2015 in Kölns Fußgängerzone mit ca. 100 Personen durchgeführt. Der Flashmob wurde von demenziell Erkrankten, begleitet durch eine Seniorenband, gestartet. Die zuvor vereinbarte Bewegung wurde von weiteren Personen (Kinder/Jugendliche/jüngere Erwachsene) aufgegriffen, bis der ganze Platz „in Bewegung“ geriet. Die Aktion dauerte ca. 15 Minuten und sollte Zuschauer/innen ein unkonventionelles Bild vom Alter und insbesondere demenziell Erkrankten präsentieren.

1. Platz unter den kreisfreien Städten für das Gesamtkonzept im Rahmen des Bundeswettbewerbes „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016.

Mach mit, bleib fit (Hamburg)

Träger:	Hamburger Sportbund e. V.
Laufzeit:	seit 2013
Finanzierung:	je nach Akquise, bspw. durch das Land Hamburg, DOSB, Spenden mit Senioreneinrichtungen; in Aufbauphase: Land Hamburg (Behörde für Gesundheitsförderung und Verbraucherschutz, Landessportamt), Verband Norddeutscher Wohnungsunternehmen, Hamburger Inline-Skating Schule, Hamburger Abendblatt
Kooperation:	
Wissenschaftliche Begleitung:	Universität Hamburg/Institut für Bewegungswissenschaften
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C3, C4, C5, C7

Im Rahmen des Gemeinschaftsprojektes „Mach mit - bleib fit!“ vom Hamburger Sportbund und dem Hamburger Abendblatt wurden Kooperationsmodelle zwischen Sportvereinen und Senioreneinrichtungen entwickelt. Hierbei bieten Sportvereine aus den Stadtteilen in den Räumlichkeiten von Wohnungsunternehmen, Senioreneinrichtungen etc. Bewegungsangebote für ältere Menschen an. Ziel ist es, die Mobilität, die soziale Teilhabe und die Gesundheit von Senior/innen zu fördern. Vor allem in sozial schwachen Stadtteilen soll für isoliert lebende Senior/innen ein Treffpunkt etabliert werden, um ihnen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erleichtern. Durch die Kooperation entsteht für alle Beteiligten eine Win-win-Situation: Senioreneinrichtungen erhalten ein niedrigschwelliges und qualifiziertes Bewegungsangebot und die Sportvereine erreichen neue Zielgruppen und gewinnen darüber hinaus weitere „Sportstätten“ hinzu.

Teilnahme am Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016.

Männerwerkecke (Lieberose/Land Brandenburg)

Träger:	DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e. V.
Laufzeit:	seit 2016
Finanzierung:	mit Eigenmitteln des DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e. V.
Kooperation:	keine Angaben
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, geschlechtsspezifische Ungleichheit
Qualitätskriterien:	C3, C9

Die Männer-Werkecke ist aus einer Betreuungsgruppe (für ältere Menschen mit Demenz) entstanden, an der auch Männer mit handwerklichem Hintergrund und Geschick teilnahmen. Sie richtet sich vor allem an ältere Männer mit Pflegebedarf, die sich von etablierten Angeboten zum Basteln und Malen oft nicht angesprochen fühlten. Über die Männer-Werkecke sollen bestehende Fähigkeiten erhalten, Wertschätzung vermittelt und das Selbstwertgefühl gestärkt werden. Die Werkecke wurde in einem Raum des Mehrgenerationenhauses „Familie im Zentrum“ Lieberose mit Werkbank, Schraubstock, Band- und Handsäge, Raspeln, Bohrer, Hammer, Nägeln und Schrauben als Erstausrüstung aufgebaut. In der Werkecke bestimmen die Senioren in Absprache mit einem ehrenamtlichen Anleiter, was angefertigt werden soll. Jeder bringt sich dabei individuell nach seinen Vorlieben und Fähigkeiten ein. Die erarbeiteten Gegenstände der Männer-Werkecke werden im Rahmen von Veranstaltungen des Mehrgenerationenhauses in Lieberose ausgestellt. Über die Werkecke werden soziale Kontakte gepflegt und der Vereinsamung vorgebeugt. Langfristig ist das Projekt generationsübergreifend angelegt.

Netzwerk „Lange mobil und sicher zu Hause“ (Land Brandenburg)

Träger:	Akademie 2. Lebenshälfte
Laufzeit:	seit 2015
Finanzierung:	Förderung der AOK Nordost und des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg
Kooperation:	mit der Europäischen Sportakademie und der AOK Nordost
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C3, C4, C5, C7, C9

Ziel des Projektes ist der Aufbau eines Netzwerks von Ehrenamtlichen im Land Brandenburg, die mit alten und hochaltrigen Menschen Bewegungsförderung in ihrer jeweiligen Häuslichkeit durchführen. In dem Projekt werden lokale Gruppen von ehrenamtlich Engagierten in einem einheitlichen Rahmencurriculum fachlich geschult. Bei den Besuchen in den Wohnungen/Häusern der alten Menschen werden die Aspekte der Bewegungsförderung und Sturzprävention mit Fragen der Kontaktpflege, sozialen Teilhabe, Aktivierung und Unterstützung bei Alltagsfragen miteinander verbunden. Zur konkreten Umsetzung vor Ort sind Kooperationen mit verschiedenen Praxispartnern geplant (z. B. Agentur für bürgerschaftliches Engagement – Kompetenzzentrum Havelland, Volkssolidarität Uckermark, Besuchsdienst der Freiwilligenagentur der Caritas in Brandenburg an der Havel) und zunächst eine Umsetzung der Intervention in zwei bis drei Landkreisen. geplant. Die regionalen Gruppen organisieren ihre Arbeit unter Leitung der Projektinitiatoren selbstständig. Sie bauen enge Kontakte zu den Partnern vor Ort auf und werben für ihr Angebot. Sie tauschen regelmäßig ihre Erfahrungen aus und entwickeln ihr Angebot weiter.

Netzwerk „Mehr Bewegung lebenslang“, (Heidelberg/Baden-Württemberg)

Träger:	Stadt Heidelberg - Amt für Soziales und Senioren
Laufzeit:	seit 1999
Finanzierung:	kommunale Mittel der Stadt Heidelberg
Kooperation:	Stadt Heidelberg (Amt für Sport und Gesundheitsförderung der Stadt Heidelberg; Ausländer- und Migrationsrat der Stadt Heidelberg) mit Bethanien-Krankenhaus; Geriatisches Zentrum; Gesundheitsamt Heidelberg; TSG Rohrbach e. V.; Turngau Heidelberg; Sportkreis Heidelberg, aktivijA e. V.
Wissenschaftliche Begleitung:	Institut für Gerontologie der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C5, C6, C7, C8

Das Netzwerk „Mehr Bewegung lebenslang“ dient der Vernetzung von Akteuren in Heidelberg aus dem öffentlichen, gemeinnützigen und wissenschaftlichen Sektor, um günstige Rahmenbedingungen für die Motivierung und Befähigung älterer Menschen zu Sport und Bewegung zu schaffen. Das Netzwerk hat seit 1999 vielfältige Aktivitäten durchgeführt (Fachtagungen, repräsentative Befragung Heidelberger Senior/innen, Etablierung niederschwelliger Bewegungsangebote, Begleitung der Errichtung/Nutzung eines Geräteparcours). Ziel ist es, mit niedrigschwelligen Angeboten auch diejenigen Senior/innen zu erreichen, die wenig sport- und bewegungsaffin sind. Teilprojekte des Netzwerkes sind (1) die Einrichtung von Bewegungsparcours in allen Heidelberger Stadtteilen. Dafür wurden Wege im Quartier, die Fachleute in Zusammenarbeit mit älteren Ehrenamtlichen für geeignet hielten, zu ca. drei Kilometer langen Rundkursen ausgeschildert. Start/Ziel sind meist lokale Seniorenzentren, die auch Betreuung und Bewerbung der Parcours übernehmen. 2010 wurde dieses Angebot um regelmäßige „Gehgruppen“, ehrenamtliche Gehbegleiter und angeleitete Übungen zur Verbesserung der Gehfähigkeit erweitert. (2) der Geräteparcours „Sport im Park“, für den in einem Park ein Sportbereich durch sechs Outdoorfitnessgeräte und zwei Bouleflächen ergänzt wurde. (3) „Der kostenlose Bewegungstreff“: ein halbstündiges Fitnesstraining auf niedrigem Anforderungslevel als offenes, ganzjähriges, wöchentliches Angebot an einem öffentlichen Ort (vorzugsweise Park), angeleitet von geschulten Übungsleiter/innen.

2. Platz unter den kreisfreien Städten für das Gesamtkonzept im Rahmen des Bundeswettbewerbes „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016.

Was geht! Sport, Bewegung und Demenz (Stuttgart/Baden-Württemberg)

Träger:	Demenz Support Stuttgart gGmbH
Laufzeit:	2013–2016
Finanzierung:	Förderung durch Robert Bosch Stiftung; Erich und Liselotte Gradmann-Stiftung; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Kooperation:	u. a. mit Sportvereinen; Alzheimergesellschaft BW; Deutsche Rentenversicherung BW; Caritas
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C7

Das Projekt „Was geht“ sollte Menschen, die mit Gedächtnis- und Orientierungsproblemen bzw. einer Demenzdiagnose leben, zeigen, wie durch Sport und Bewegung die Gesundheit, Lebensfreude und gesellschaftliche Teilhabe gestärkt werden können. „Was geht!“ begleitete vor allem Übungsleiter/innen und Trainer/innen bei ihrer Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen. Zusammen mit Partner/innen auf Vereins- und Verbandsebene wurden Qualifizierungspakete für den Sport erarbeitet. Zentrale Ziele der Intervention waren die Identifizierung geeigneter Aktivitäten für Menschen mit kognitiven Veränderungen im Rahmen „normaler“ und gemischter Angebote, Entwicklung spezifischer Angebote und die gezielte Sensibilisierung von Vereinen für die Belange demenziell erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen.

„Zugewandert und Geblieben“ (bundesweit)

Träger:	Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)
Laufzeit:	2013–2016
Finanzierung:	Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit
Kooperation:	mit Quartiersmanagements, Wohlfahrtsverbänden, Interkulturellen Seniorenbüros, Ärzt/innen
Wissenschaftliche Begleitung:	Institut für Sportwissenschaft und Sport (ISS) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU)
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C7

Ältere Migrant/innen sollten für Bewegungsangebote gewonnen und darüber zu einem aktiven, gesunden Lebensstil ermuntert werden. Das Projekt wurde von fünf Mitgliedsorganisationen des DOSB und jeweils mindestens drei Vereinen vor Ort in verschiedenen Bundesländern umgesetzt. Nach Abschluss der Förderung wurden die Aktivitäten in bestehende Sportangebote überführt. Ein Verband erprobte mit seinen Vereinen die Zusammenarbeit mit Ärzt/innen mit und ohne Migrationshintergrund.

4.2.2 Cluster Ernährung und Alltagsunterstützung

Gemeinsam – nicht einsam (Lingen/Niedersachsen)

Träger:	Wabe e. V.
Laufzeit:	seit 2014
Finanzierung:	Unkostenbeitrag der Teilnehmenden; Räume durch Kirchengemeinde
Kooperation:	mit Cateringunternehmen, katholischer Kirchengemeinde und Ehrenamtlichen
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C2, C3, C4, C5, C6, C8

Koordiniert über den Selbsthilfeverein Wabe e. V. veranstaltet eine Gruppe ehrenamtlich Tätiger seit September 2014 im Ortsteil Holthausen-Biene der Stadt Lingen (Ems) viermal wöchentlich den „Mittagstisch für Seniorinnen und Senioren sowie allein Lebende“ in einem kostenfrei zur Verfügung gestellten örtlichen Gemeinschaftshaus. Regelmäßig kommen über dieses Angebot 15 bis 25 ältere Menschen zusammen, um in Gemeinschaft zu essen und zu klönen. Zusätzlich hat sich, gewissermaßen als „Ableger“ des Mittagstisches, ein Stammtisch für ältere allein Lebende gebildet, der sich einmal in der Woche trifft. Ab Sommer 2017 ist einmal monatlich ein Mittagsgespräch vor dem eigentlichen Mittagstisch geplant, zu dem Gäste aus dem Ort eingeladen werden, um über Aktivitäten und Neuigkeiten zu berichten. Das Angebot besteht das ganze Jahr über. Ausgenommen sind drei Wochen im Sommer und die Tage zwischen Weihnachten und Neujahr.

Der Speiseplan hängt an markanten Stellen im Dorf aus und wird, soweit rechtzeitig bekannt, auch über Facebook bekanntgegeben. Die Gäste des Mittagstisches kommen eigenständig zum Gemeinschaftshaus. Weniger mobile Teilnehmer/innen werden von Nachbarn und Verwandten gebracht oder von selbst organisierten Fahrgemeinschaften mitgenommen.

Es ist möglich, Essensgutscheine, z. B. als Geschenk, zu erwerben. Der Ortsbürgermeister nimmt zu Gratulationsbesuchen anstatt eines Blumenstraußes gerne Essensgutscheine mit.

Das Mittagessen wird von Köchen eines lokalen Cateringunternehmens ehrenamtlich zubereitet und frisch gekocht. Eine Mahlzeit, bestehend aus Hauptgericht und Dessert, wird zum Selbstkostenpreis von 3,50 € abgegeben. Jeder Mittagstisch wird durch zwei Ehrenamtliche als Tagsteam betreut. Sie kümmern sich insbesondere um mobilitätseingeschränkte Personen. Es wird darauf geachtet, dass sich ein Team immer aus einem Mann und einer Frau zusammensetzt. Insgesamt sind an der Umsetzung des Mittagstisches 29 ehrenamtlich Engagierte beteiligt. Durch die hohe Zahl der Beteiligten bleibt die Belastung der einzelnen Ehrenamtlichen sehr gering. Mehrmals im Jahr treffen sie sich zur Ideenbörse, zum Erfahrungsaustausch und zum Feiern.

Präventionsschwerpunkt: Verbesserung der sozialen Gegebenheiten eines spezifischen Settings

Im dörflich geprägten Ortsteil Holthausen-Biene der Stadt Lingen (Ems) leben rund 3.000 Einwohner/innen. Viele ältere Menschen leben alleine in ihren Häusern und Wohnungen. Sie kaufen alleine ein, kochen nur für sich und essen allein. Der Mittagstisch setzt gezielt an dieser Stelle an und bringt die Menschen über das Thema „Essen“ zusammen. Durch das Angebot sollen Schwellen- und Berührungängste abgebaut und der nachbarschaftliche Zusammenhalt gefördert werden. Der Mittagstisch wird außerdem für die unkomplizierte Weitergabe von Informationen und den gegenseitigen Wissensaustausch genutzt. Die Entwicklung eines Stammtisches aus dem Mittagstischangebot zeigt, dass soziale Beziehungen gefördert worden sind, die zu neuen sozialen Aktivitäten im Ortsteil führen.

Qualitätskriterium C2: Qualitätsmanagement

Die Herstellung der Mahlzeiten wird durch professionelle Köche ehrenamtlich überwacht und durchgeführt. Nach rund zweieinhalb Jahren ist der Mittagstisch für Senior/innen durch seine Verlässlichkeit und einen stabilen günstigen Preis für ein Essen etabliert.

Qualitätskriterium C3: Zielgruppenbezug

Der Mittagstisch richtet sich an alle älteren Menschen im Ort, allerdings werden gezielt ältere Alleinstehende angesprochen. Das Angebot sorgt bei einigen allein lebenden älteren Menschen dafür, dass sie überhaupt aufstehen, sich duschen, anziehen und (auf dem Weg zum Mittagstisch) bewegen. Eine unerwartete Erfahrung der Initiator/innen war, dass vor allem alleinstehende ältere Frauen zunächst nicht durch das Angebot erreicht werden konnten. Nach Einschätzung der Projektvertreter/innen lag der Grund darin, dass sie lebenslang selbst gekocht haben und sich dafür auch zuständig fühlten. Sich bekochen zu lassen empfanden sie als Eingriff in ihre Autonomie. Erst mit persönlicher Ansprache und Überzeugungsarbeit wurden die Vorbehalte überwunden.

Qualitätskriterium C4: Settingansatz und Multiplikatorenkonzept

Der Selbsthilfverein Wabe e. V. versteht sich als „dörfliches Netzwerk“, das Menschen miteinander in Kontakt bringt, ehrenamtliches Engagement koordiniert und sich kümmert. Ziel ist es, die Dorfgemeinschaft zu stärken. Bei der Zusammensetzung des Freiwilligenteams wurde darauf geachtet, dass die für den Mittagstisch Zuständigen aus unterschiedlichen dörflichen Zusammenhängen kommen. Als Multiplikator/innen erreichen sie über ihre eigenen familiären und sonstigen Netzwerke auch schwer Erreichbare, werben immer wieder gezielt für das Angebot und sensibilisieren in der Nachbarschaft für die Integration und Bedürfnisse alleinstehender Älterer.

Qualitätskriterium C5: Niedrigschwellige Arbeitsweise

Das Angebot ist mit 3,50 € für ein Mittagessen relativ günstig. Die Teilnahme ist unkompliziert, manche Gäste melden sich für jeden Tag an und sagen ggfs. ab, andere nehmen nur an einem oder zwei Tagen regelmäßig teil oder melden sich spontan je nach „Speiseplan“ an. Bekannt ist der Mittagstisch in der Bevölkerung vor allem durch Mund-zu-Mund-Propaganda und die Multiplikator/innen.

Qualitätskriterium C6: Partizipation

Unter der Leitung einer im Ort gut vernetzten, im Ruhestand befindlichen Person wird der Mittagstisch ausschließlich von ehrenamtlich Engagierten des Selbsthilfvereins koordiniert, umgesetzt und getragen. Für die Qualität des Mittagstischs spielt nach eigener Aussage vor allem die Wertschätzungs- und Kommunikationskultur der Ehrenamtlichen untereinander, gegenüber den Senior/innen und gegenüber den Köch/innen eine zentrale Rolle.

Qualitätskriterium C8: Nachhaltigkeit

Der Mittagstisch ist auf einer rein ehrenamtlichen Basis seit rund über zwei Jahren etabliert und wird als verlässliche Einrichtung gut angenommen. Innerhalb des Ortes erfährt das Projekt u. a. durch den Bürgermeister und die Verteilung der Geschenkgutscheine viel Wertschätzung. Auch eine positive Berichterstattung in der Presse war hilfreich. In zwei benachbarten Ortsteilen gibt es inzwischen ähnliche Projekte, die von den Erfahrungen des Mittagstischs in Holthausen-Biene profitieren.

Weitere Projekte im Cluster Ernährung und Alltagsunterstützung

Betreuung mal anders... – Technik unterstützt Integration (Heilbronn/Baden-Württemberg)

Träger:	Johanniter Heilbronn
Laufzeit:	seit 2015
Finanzierung:	keine Angaben
Kooperation:	keine Angaben
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C3, C4, C5, C9

In dem Projekt wird die Nutzung von Tablets durch Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung umgesetzt. Ziel ist es, der (mit steigender Gebrechlichkeit oder Demenz oft wachsenden) „Sprachlosigkeit“ von älteren Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu begegnen und ihnen die Kommunikation und Integration zu erleichtern. Die Mitarbeiter/innen im Johanniter-Haus, die selbst häufig über einen Migrationshintergrund verfügen, entwickelten für vorhandene hauseigene Tablets kulturspezifische Inhalte in den unterschiedlichen Landessprachen der Bewohner/innen. In einer Projektgruppe, in der Mitarbeiter/innen aus allen Bereichen des Hauses vertreten sind, wurden Länderprofile angelegt und mit kulturspezifischen Inhalten in der jeweiligen Sprache gefüllt: Filme, Rätsel, Spiele, Volkslieder, landestypische Bilder und Symbole. Außerdem finden sich Informationen über die Einrichtung, etwa der aktuelle Speiseplan, in den unterschiedlichen Sprachen. Die Inhalte werden ständig ergänzt und angepasst.

Johanniter-Förderpreis 2015 der Johanniter-Stiftung und Sonderpreis im Rahmen des vdek-Zukunftspreis 2016.

Iss gemeinsam (Achern/Baden-Württemberg)

Träger:	Privatinitiative (im St. Josefs Haus)
Laufzeit:	seit 2009
Finanzierung:	Unkostenbeitrag der Teilnehmenden und Sponsoring einer Bäckereikette.
Kooperation:	mit katholischer und evangelischer Kirchengemeinde; Stadt Achern; Regionalverband VdK Achern; Caritas Achern und Ehrenamtlichen.
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C3, C6, C8, C9

Das Projekt Mittagstisch „Iss gemeinsam“ wird von zwei Kirchengemeinden (katholisch und evangelisch), der Stadt Achern, dem Regionalverband VdK Achern und der Caritas Achern angeboten und organisiert. Das Projekt basiert auf einer Privatinitiative. Mithilfe der Jugend-, Familien- und Seniorenbeauftragten der Stadt Achern wurden die Kooperationspartner gewonnen. Das Iss-gemeinsam-Team in Achern hat sich zum Ziel gesetzt, über die gemeinsame Aktivität des Kochens und Essens älteren Menschen einen Weg aus der Einsamkeit zu ermöglichen. Allein lebende Ältere werden eingeladen, gemeinsam mit einem ehrenamtlichen Kochteam eine Mahlzeit zuzubereiten und sie gemeinsam zu essen. Der Mittagstisch findet alle zwei Wochen statt, die Eigenbeteiligung pro Mahlzeit beträgt 5,00 €. Dem Beispiel in Achern folgen inzwischen zwei benachbarte Gemeinden. Dort findet der Treff zum Essen jeweils einmal im Monat statt, wobei in Önsbach die örtlichen Vereine sowie eine Oberklasse der örtlichen Schule mit ihrer Hauswirtschaftslehrerin abwechselnd das Kochteam stellen, während in Renchen das dortige DRK die Organisation trägt. Aus dem Ursprungsprojekt heraus haben sich auch unterschiedliche weitere Entwicklungen ergeben, wie gemeinschaftliche

Ausflüge oder der „Heiligabend für Alleinlebende und Einsame“, der jetzt jährlich vier Tage vor Heiligabend ebenfalls im Gemeindehaus der katholischen Gemeinde stattfindet.

Die Aktion „Iss gemeinsam“ hat den dritten Platz beim Wettbewerb „Soziales Miteinander im Ortenaukreis“ des Landratsamts Ortenaukreis gewonnen. Außerdem waren sie 2013 unter den zehn Besten des bundesweit ausgeschriebenen Wettbewerbs „Wege aus der Einsamkeit“.

Mittagstisch (Bad Kreuznach/Rheinland-Pfalz)

Träger:	Haus der SeniorInnen/Stadtverwaltung Bad Kreuznach
Laufzeit:	seit 2011
Finanzierung:	kommunale Mittel der Stadt Bad Kreuznach; Einnahmen aus Veranstaltungen; kostenpflichtige Mahlzeiten; Sponsoren
Kooperation:	mit Seniorenbeirat (Koordination) und Ehrenamtlichen
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C3, C6, C8

Im Haus der SeniorInnen wird an den beiden Wochenmarkttagen in Bad Kreuznach ein Mittagstisch für ältere Menschen angeboten. Der Mittagstisch findet am gleichen Tag wie die Seniorenberatung im Haus statt. Gekocht wird von ehrenamtlich tätigen Senior/innen unter Anleitung eines professionellen, ebenfalls ehrenamtlich tätigen Küchenchefs. Auf eine ausgewogene Ernährung wird Wert gelegt. Der Mittagstisch richtet sich an ältere Menschen und bietet für 5,00 € ein frisch zubereitetes Drei-Gänge-Mittagessen an, unter Verwendung saisonaler, regionaler Produkte. Die Zutaten werden frisch eingekauft, teils vom benachbarten Wochenmarkt, und direkt verarbeitet.

Mobile Senioren - MoSe (Herford/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	Diakonisches Werk Herford e. V.
Laufzeit:	2013–2016
Finanzierung:	Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Unkostenbeiträge der Nutzer/innen
Kooperation:	mit der Trägergemeinschaft „Netzwerk Diakonie“, bestehend aus der Ev. Diakoniestiftung Herford, den Diakoniestationen im Kirchenkreis Herford gGmbH und dem Seniorenbeirat der Stadt Herford
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C3, C4, C5

Im Rahmen der Trägergemeinschaft „Netzwerk Diakonie“ entstand als Ergänzung zum ÖPNV der ehrenamtliche Fahrdienst „MoSe“. Der Fahrdienst „MoSe“ diente der Verbesserung der Mobilität von Senior/innen und damit ihres Zugangs zu Beratungsleistungen, Begegnungszentren und kulturellen Veranstaltungen. Einsamkeit und Isolation sollten so vorgebeugt werden. Der Fahrdienst wurde vor allem durch ehrenamtliches Engagement getragen. Das Diakonische Werk Herford e. V. suchte gezielt über Aushänge, Flyer, Internetwerbung etc. nach Ehrenamtlichen, die Fahrdienste zu Veranstaltungen in der Stadt Herford übernehmen wollten. Die Fahrten wurden durch das Stadtteilzentrum „Böckmanns Laden“ koordiniert. Ein Dienstfahrzeug wurde durch die Diakonie gestellt, die zudem die Fahrtkosten für die Ehrenamtlichen zum Stadtteiltreff übernahm, wo das MoSe-Fahrzeug bereitstand. Individuelle Schulungen für die ehrenamtlich Tätigen sowie Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch für die engagierten Bürger/innen wurden durch die Diakonie organisiert.

Mobia - Mobil bis ins hohe Alter (Saarland)

Träger:	Saarbahn GmbH
Laufzeit:	2011–2016
Finanzierung:	Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung; Finanzierung der Mobilitätslots/innen mit Mitteln der Bundesagentur für Arbeit
Kooperation:	B2M Software AG Karlsruhe; Zentrum für Bildung und Beruf SaargmbH Burbach; Landeshauptstadt Saarbrücken
Wissenschaftliche Begleitung:	Deutsches Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz GmbH Saarbrücken; iso-Institut Saarbrücken
Präventionsschwerpunkte:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4

Mit der Intention, Service und Infrastruktur an die Bedürfnisse älterer, zum Teil mobilitätseingeschränkter Menschen anzupassen, hat sich die Saarbahn GmbH 2011 an dem Forschungsprojekt „Mobia – Mobil bis ins Alter“ beteiligt. Das Projekt verfolgte drei Ziele: die Förderung der Mobilität älterer Menschen durch Nutzung des ÖPNV; die Entwicklung eines Dienstleistungsmodells zur Akzeptanz- und Einnahmesteigerung im ÖPNV; die Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten im Bereich der niedrigschwelligen Dienstleistung. Zielgruppe waren ältere Menschen, die aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht oder nur noch sehr schwer den ÖPNV nutzen können. Im Verlauf des Projektes wurde die Zielgruppe erweitert auf alle Altersgruppen nach dem Motto „Was alten Menschen nutzt, nutzt auch jüngeren.“ Die technische Innovation besteht in der Entwicklung einer Fahrgast-App, mit der die Verbindung zwischen Fahrgast und dem sogenannten Mobia-System hergestellt wird. Mit der Fahrgast-App können Reiseinformationen abgerufen und Fahrten geplant werden. Hat man sich für eine Route entschieden, wird dem Fahrgast gemeldet, ob an den Haltepunkten Mobilitätslots/innen einsatzbereit sind. Ein Foto der Lots/innen wird übermittelt. Falls der Fahrgast im System ein Passfoto hinterlegt, wird dieses an die Lots/innen weitergegeben. Nach Projektende im November 2014 hat die Saarbahn GmbH das Angebot zunächst befristet auf ein Jahr und als kostenlosen Service für alle Fahrgäste weitergeführt. Das Projekt wurde durch die beteiligten Forschungseinrichtungen fachlich begleitet und evaluiert.

Gewinner des Deutschen Alterspreises 2015 der Robert Bosch Stiftung. Teilnahme am Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016 als Teilprojekt der gesamtstädtischen Strategie „Saarbrücken macht sich fit für Ältere“.

Patientenmobil (Leer/Niedersachsen)

Träger:	Weser-Ems Busverkehr GmbH (WEB), Niederlassung Aurich
Laufzeit:	2016–2017
Finanzierung:	Förderung durch die Landesregierung Niedersachsen, gesetzliche Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.
Kooperation:	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, (Bezirksstelle Aurich), Landkreis Leer, DB Regio Bus
Präventionsschwerpunkte:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C3, C4, C7

Mit dem Pilotprojekt Patientenmobil soll die Versorgungsstruktur im ländlichen Raum gestärkt werden. Ein großer Teil der Haus- und Facharztpraxen im Landkreis konzentriert sich in der Stadt Leer. Ziel ist es, mobilitätseingeschränkte und ältere Patient/innen aus dem ländlichen Raum zum

Arztbesuch nach Leer zu bringen. Die Mitnahme von zusammenklappbaren Rollstühlen oder Rollatoren ist möglich. Der Fahrpreis beträgt 4,60 €. Als Fahrzeuge stehen sowohl Pkw als auch Kleinbusse mit sieben bis acht Sitzplätzen bereit. Örtliche Taxiunternehmen erledigen die Fahrten. Die Fahrten werden vormittags von 9 bis 12 Uhr an 200 Betriebstagen im Jahr angeboten. Die Fahrten müssen am Vortag bis spätestens 17:00 Uhr angemeldet werden. Die Fahrgäste werden von zu Hause abgeholt und zur Arztpraxis gebracht. Mehrere Anfragen an das Patientenmobil aus einer Gemeinde werden, wenn möglich, gebündelt bedient. Zudem sieht das Konzept eine Mobilitätsgarantie für Patient/innen vor, falls die Warte- oder Behandlungszeit in der Praxis eine Rückfahrt mit dem Patientenmobil im geplanten Zeitfenster nicht ermöglicht. In diesem Fall wird die Rückfahrt mit einem anderen Taxiunternehmen organisiert. Die Weser-Ems-Busverkehr GmbH übernimmt das Management der Patientenfahrten. Erforderlich ist, aus Sicht der umsetzenden Akteure, dass sich die Arztpraxen in Leer auf das System einstellen und bspw. die Wartezeiten für Patient/innen des Patientenmobils verkürzen, um damit eine Rückfahrt im vorgesehenen Zeitfenster zu ermöglichen. Dazu könnten automatische Benachrichtigungen der Praxis bei Abholung der Patient/innen beitragen. Für den Erprobungszeitraum im Rahmen des Modellprojektes sollen ausgewählte Praxen für die Teilnahme gewonnen werden.

2016 als eins von vier Leuchtturmprojekten in der niedersächsischen Gesundheitsversorgung für die Förderung ausgewählt.

Senioren-Busbegleiter (Lippstadt/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	Stadt Lippstadt – Fachbereich Familie, Schule und Soziales, Fachdienst Soziales und Integration
Laufzeit:	seit 2009
Finanzierung:	Sponsoring, überwiegend durch die RLG GmbH (Regionalverkehr Ruhr-Lippe)
Kooperation:	Büro für bürgerschaftliches Engagement der Stadt Lippstadt; Seniorenbeirat; RLG GmbH (Regionalverkehr Ruhr-Lippe); lokale Medien
Präventionsschwerpunkte:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C3, C4, C5, C8

Ältere Ehrenamtliche (ab 60 Jahren) fahren an den Lippstädter Markttagen, jeweils mittwochs und samstags, sowie einmal monatlich am Donnerstag in den fünf Stadtbuslinien mit. Sie helfen beim Ein- und Aussteigen, geben Fahrplanauskünfte und sind u. a. in Erster Hilfe geschult. Sie achten zudem darauf, wann die gewünschte Haltestelle erreicht ist, und sorgen ggf. für das Anhalten des Busses. Das Projekt startete, in Kooperation der Regionalverkehr Ruhr-Lippe GmbH sowie mit ehrenamtlich Engagierten, nach wenigen Wochen Vorbereitungszeit im Dezember 2009 mit zunächst sechs Ehrenamtlichen. 2015 waren in diesem Projekt bereits 19 Engagierte (18 Männer, eine Frau) aktiv. Die Busbegleiter/innen werden auf ihre Aufgabe durch Schulungen vorbereitet: a) Vermittlung von Grundkenntnissen in Erster Hilfe; b) Teilnahme an Fahr- und Sicherheitstrainings in den Bussen; c) Teilnahme an Deeskalationstrainings und d) Schulungen zu Fahrplanauskünften. Busbegleiter/innen bekommen eine blaue Weste mit einer entsprechenden Aufschrift, damit sie für die Fahrgäste zu erkennen sind. Ein/e ehrenamtliche/r Koordinator/in ist erste/r Ansprechpartner/in für die Busbegleiter/innen und organisiert die Einsatzpläne. Das Projekt wird vom Seniorenbüro/Büro für bürgerschaftliches Engagement der Stadt Lippstadt begleitet.

Teilnahme am Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016.

SeniorenEinkaufsMobil (Eisenhüttenstadt/Brandenburg)

Träger:	ENGEL e. V. – Engagiert Ehrenamt Leben
Laufzeit:	seit 2011
Finanzierung:	bis Ende 2014 Förderung durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie Brandenburg und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Unterstützung durch die Eisenhüttenstädter Wohnungsunternehmen GEWI und EWG für notwendige Reparaturen am Kleinbus; Spenden
Kooperation:	Stadt Eisenhüttenstadt; Seniorenbeirat; Stadtteilbüro offis
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C3, C4, C5, C8

Das Projekt SeniorenEinkaufsMobil – SEM verbindet bürgerschaftliches Engagement mit der Sicherung eines selbstständigen Lebens im Alter. Auf ehrenamtlicher Basis wird ein Einkaufsservice für ältere Bürger/innen in Eisenhüttenstadt und Fürstenberg angeboten („Einkaufen mit, nicht für Ältere.“). Vorrangige Zielgruppe sind ältere Bürger/innen, die allein nicht mehr mobil sind, kein Auto besitzen und die aus ihrem Familienkreis oder der Nachbarschaft keine oder nur unzureichende Unterstützung haben. Für Einkaufsfahrten steht ein Kleinbus zur Verfügung. Zur Deckung der Betriebskosten wird eine Spende von 2,50 € je Fahrt erbeten. Nach telefonischer Anmeldung werden die älteren Menschen zur verabredeten Zeit zu Hause abgeholt, am Einkaufszentrum abgesetzt und nach dem Einkauf wieder nach Hause zurückgebracht. Die ehrenamtlichen Fahrer/innen werden durch die Agentur für Engagement gewonnen und durch Hospitation und ein individuelles Verkehrssicherheitstraining in Zusammenarbeit mit einer ortsansässigen Fahrschule für den Kleinbus geschult. Die Stadt Eisenhüttenstadt ermöglicht der Agentur für Engagement die Raumnutzung des Stadtteilbüros.

Gewinner des Preises „Bärenstark für unsere Region“ 2014 (gestiftet durch den Landtagsabgeordneten Detlef Baer).

„Urlaub ohne Kofferpacken“ (Frankenthal/Rheinland-Pfalz)

Träger:	Stadtverwaltung Frankenthal – Seniorenbüro
Laufzeit:	seit 2005
Finanzierung:	Haushaltsmittel des Seniorenbüros; Stiftungsgelder; Beiträge der Teilnehmenden
Kooperation:	keine Angaben
Präventionsschwerpunkt:	soziale Ungleichheit
Qualitätskriterien:	C1, C3, C9

Das städtische Seniorenbüro bietet Senior/innen jährlich eine mehrtägige Freizeit von montags bis freitags an. Die Freizeit wird im Schullandheim der Stadt Frankenthal durchgeführt und richtet sich an ältere, betagte und hochbetagte Personen. Die Teilnehmerzahl beträgt ca. 30 Personen pro Urlaub. Urlaub ohne Kofferpacken ist ein Teilprojekt der gesamtstädtischen Strategie „Senioren bewegen (was)...!“. Ziel der Intervention ist die Stärkung der sozialen Ressourcen von älteren eingeschränkten und sozial benachteiligten Menschen und die Vermeidung von Vereinsamung. Daneben erfahren die Teilnehmer/innen während desurlaubes, wie sie selbst durch bestimmte Aktivitäten „in Bewegung“ bleiben können, auch wenn sie oder ihr Partner körperlich eingeschränkt sind. Das Seniorenbüro übernimmt die Organisation der Maßnahme, das Einwerben von Spenden und die Absprache mit den Mitgliedern des Seniorenbeirates, die den Tagesablauf vor Ort gestalten. Die Teilnehmer/innen werden von Montag bis Freitag am Morgen mit dem Bus zu Hause abgeholt und am

Abend zurückgebracht. Der Teilnehmerbeitrag für fünf Tage beträgt 125,00 Euro pro Person. Personen mit monatlichem Einkommen in Höhe der Grundsicherung sowie Inhaber/innen der Frankenthaler Ermäßigungskarte zahlen einen niedrigeren Beitrag.

Teilnahme am Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016 als Teilprojekt der gesamtstädtischen Strategie „Senioren bewegen (was)...!“.

4.2.3 Cluster Lotsen, Begleitdienste, Besuchsdienste

Patientenbegleiter (Freiburg/Baden-Württemberg)

Träger:	Freiburger Freiwilligen-Agentur
Laufzeit:	seit 2011
Finanzierung:	Förderung durch Sozialministerium Baden-Württemberg; Abrechnung der Maßnahme über Pflegekassen gem. §45d SGB XI teilweise möglich
Kooperation:	Volkshochschule Freiburg, Freiburger Freiwilligen-Agentur, versch. Freiburger Kliniken. Studierende der Sozialen Arbeit (Projektseminar Caring Community) waren in die Entwicklung des Curriculums, Öffentlichkeitsarbeit und Begleitung der Freiwilligen eingebunden.
Wissenschaftliche Begleitung:	Katholische Hochschule Freiburg
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C7, C8

Durch die Veränderung familiärer Strukturen leben in Deutschland immer mehr ältere Menschen allein. Für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilitätsfähigkeit und ohne Unterstützung aus dem sozialen Umfeld kann sich ein bevorstehender Arztbesuch oder ein Krankenhausaufenthalt leicht zu einer kritischen Lebenssituation entwickeln. Oft kommt der Gang ins Krankenhaus unerwartet und viele Dinge müssen geregelt werden. Insbesondere der Übergang vom Krankenhaus zurück in den Alltag wird von vielen alten Menschen als besonders kritisch empfunden. Gerade nach dem Krankenhausaufenthalt ist die Situation sehr belastend und kann von Versorgungsproblemen und dem Verlust von Autonomie gekennzeichnet sein. Erforderlich ist an dieser Schnittstelle eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Das Entlassungsmanagement des Krankenhauses reicht alleine meist nicht aus, um den Bedarfen der Patient/innen begegnen zu können.

An dieser Schnittstelle unterstützen professionell geschulte ehrenamtliche Patientenbegleiter/innen der Freiburger Freiwilligen-Agentur als persönliche Bezugsperson und „Bindeglied“ ältere Menschen, insbesondere bei der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit. Als freiwillige Vertrauenspersonen und Gesprächspartner/innen nehmen sich die Patientenbegleiter/innen die notwendige Zeit für die älteren Menschen, gehen auf ihre individuellen Anforderungen und Bedürfnisse ein und organisieren die erforderlichen Schritte auf dem Weg zum Arzt, ins Krankenhaus und auch wieder zurück in die heimische Wohnung. Diese Unterstützung bietet den älteren Menschen zwischenmenschlichen Rückhalt und hat vor allem nach Krankenhausaufenthalten positiven Einfluss auf die individuelle Lebensqualität, die Organisation des Alltags und die Wiedererlangung von Autonomie. Die Vermittlung von Patientenbegleiter/innen erfolgt über die Freiburger Freiwilligen-Agentur und die Ansprechpartner/innen in den kooperierenden Kliniken.

Das Projekt ist in der Modellphase durch das Sozialministerium Baden-Württemberg gefördert worden und war 2015 für den KKV Sozialpreis nominiert. Bei einer Pflegebedürftigkeit der begleiteten älteren Person ist eine individuelle Abrechnung der Maßnahme über die Pflegekassen gem. §45d SGB XI möglich.

<p>Präventionsschwerpunkt: Adressierung sozialer Ungleichheit</p> <p>Das Angebot steht allen älteren Menschen offen. Allein lebende ältere Menschen, denen in Wohnortnähe ein familiäres oder nachbarschaftliches Unterstützungsnetzwerk fehlt, werden mithilfe der Patientenbegleiter/innen unterstützt. Damit werden an der Schnittstelle zum medizinischen System die Autonomie und Selbstbestimmungsmöglichkeiten der älteren Menschen gestärkt, insbesondere von Menschen mit geringen sozialen oder ökonomischen Ressourcen.</p>
<p>Präventionsschwerpunkt: Adressierung eines spezifischen Settings</p> <p>Ziel der Intervention ist es, die Schnittstelle zwischen medizinischem System und privater Häuslichkeit zu gestalten.</p>
<p>Qualitätskriterium C1: Konzeption und Ausrichtung</p> <p>Die Intervention 2011 entstand aus einem von der Katholischen Hochschule Freiburg konzipierten und durch das Sozialministerium Baden-Württemberg finanzierten Modellprojekt. Nach zweijähriger Modellphase wird das Projekt bis heute durch die Freiburger Freiwilligen-Agentur fortgeführt. Die Qualifizierung der Freiwilligen knüpft unter anderem an das Modell der Salutogenese an und sensibilisiert dafür, wie durch geeignete Formen der Unterstützung das Kohärenzgefühl der alten Menschen gestärkt werden kann.</p>
<p>Qualitätskriterium C2: Qualitätsmanagement</p> <p>Die Freiwilligen treffen sich regelmäßig zum gegenseitigen Austausch und kollegialen Fallberatungen. Für die Vorbereitung der Freiwilligen auf ihre Tätigkeit haben Mitarbeiter/innen der Katholischen Hochschule Freiburg mit Studierenden ein spezielles Fortbildungsprogramm entwickelt. Das Curriculum basiert auf dem Konzept des selbstbestimmten Lernens: die Teilnehmenden gestalten ihre Lerninhalte selbst. Themen sind u. a. Alterserkrankungen, Strukturen im Krankenhaus oder Fragen zur ethischen Grundhaltung.</p>
<p>Qualitätskriterium C3: Zielgruppenbezug</p> <p>Die Intervention richtet sich an alleinstehende Ältere in Übergangssituationen und bei der Begleitung zum Arzt. Etwa ein Drittel der im Jahr 2016 begleiteten Personen lebt alleine in der eigenen Wohnung, etwa ein Drittel lebt in Pflegeheimen und etwa ein Drittel in betreuten Wohneinrichtungen.</p>
<p>Qualitätskriterium C4: Settingansatz und Multiplikatorenkonzept</p> <p>Die Patientenbegleiter/innen sind nicht im medizinischen Bereich bzw. im Krankenhaussystem verankert. Sie leisten einen Beitrag zu einer präventiven Sozial- und Gesundheitspolitik im kommunalen Raum und verstehen sich als ein das professionelle medizinische System ergänzendes Angebot.</p>
<p>Qualitätskriterium C5: Niedrigschwellige Arbeitsweise</p> <p>Die Patientenbegleiter/innen stammen aus Freiburg und Umgebung. Sie können über die Freiburger Freiwilligen-Agentur oder über Ansprechpartner/innen in den kooperierenden Kliniken angefragt werden. Die Inanspruchnahme des Angebots ist kostenlos.</p>
<p>Qualitätskriterium C7: Integriertes Handlungskonzept</p> <p>Das Projekt basiert auf einer regionalen, netzwerkübergreifenden Kooperation zwischen Ausbildungsstätten (Hochschule und Volkshochschule), Vermittlungsstellen, ortsansässigen Kliniken und ehrenamtlich engagierten Personen.</p>

Qualitätskriterium C8: Nachhaltigkeit

Aktuell arbeitet ein fester Stamm von sieben Freiwilligen als Patientenbegleiter/innen. 2016 wurden rund 260 Begleitungen durchgeführt. Erfolgsfaktoren der Intervention sind die steigende Bekanntheit und Verlässlichkeit des Projektes. Das Vorgehen wird von den Projektvertreter/innen als flexibel, schnell und leicht erreichbar und unbürokratisch beschrieben. Ein ähnliches Projekt „Patientenbegleitung“ führte das Forschungsinstitut Geragogik e. V. von 2012 bis 2015 in Nordrhein-Westfalen durch. Dort entstand das Netzwerk Patientenbegleitung NRW (www.netzwerk-patientenbegleitung.de) und eines zum Aufbau von Initiativen zur Begleitung alleinstehender Älterer in Übergangssituationen (Forschungsinstitut Geragogik e. V. 2015).

Weitere Projekte im Cluster Lotsen, Begleitdienste, Besuchsdienste

17/70 Junge Paten für Senioren (Essen/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	Ehrenamt Agentur Essen e. V.
Laufzeit:	seit 2006
Finanzierung:	Brost Stiftung, Alfred-Krupp- und Friedrich-Alfred-Krupp-Stiftung, Richter-Grau-Stiftung
Kooperation:	div. Fachkräfte (Sozialpädagog/innen, Pflegedienstleitungen, Psycholog/innen etc.) für die Ausbildung der Jugendlichen; versch. Altenpflegeeinrichtungen der Stadt Essen
Präventionsschwerpunkte:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C8

Mit der Intervention „17/70 – Junge Paten für Senioren“ wird der Dialog der Generationen gefördert. Ehrenamtliche Pat/innen zwischen 14 und 25 Jahren knüpfen Kontakte zu älteren Menschen in Senioreneinrichtungen. Sie unterstützen und bieten Vorlesebesuche, Gespräche oder die Begleitung bei Einkäufen, Behördengängen oder bei Veranstaltungen an. Die jungen Pat/innen werden von Fachkräften für ihre Aufgabe geschult und sind insgesamt zehn bis zwölf Monate in Senioreneinrichtungen tätig. Die Schulung findet an vier Wochenenden in Workshops statt. Erfahrene Dozent/innen vermitteln den Pat/innen Schlüsselkompetenzen, wie z. B. Akzeptanz, Empathie, Eigeninitiative und Teamfähigkeit sowie Fachkompetenzen wie z. B. der Umgang mit demenziell veränderten Menschen. Ein anschließendes Coaching mit der Ausbildungsleitung rundet die Schulung ab. Während ihres Einsatzes in den Senioreneinrichtungen nehmen die Pat/innen an Supervisionen teil.

1. Platz beim NRW-weiten Wettbewerb Kooperation Ruhr „Demografischer Wandel als Fortschrittmotor“. 2007 Auszeichnung mit dem bundesweiten Innovationspreis durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (bagfa).

Brandenburg besucht und bewegt (Brandenburg an der Havel/Brandenburg)

Träger:	Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.
Laufzeit:	seit 2013
Finanzierung:	kommunale Mittel der Stadt Brandenburg sowie Mittel der Aktion Mensch, der Gretchen- und Werner-Neumann-Stiftung, der Caritas-Gemeinschaftsstiftung und der Christel Wasiek Stiftung
Kooperation:	Stadt Brandenburg; Seniorenbeirat; Behindertenbeirat; Freiwilligenzentrum; Pflegestützpunkt; je nach Stadtteil ergeben sich zusätzlich weitere Netzwerkpartner und quartiersbezogene Vernetzungen

Präventionsschwerpunkte: soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
 Qualitätskriterien: C1, C3, C4, C5, C6, C8, C9

Der ehrenamtliche Besuchsdienst „Brandenburg besucht“ kümmert sich um ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen, die von Vereinsamung und Isolation betroffen sind. Die Ehrenamtlichen besuchen ältere Menschen in ihrer Häuslichkeit und regen sie mit Gesprächen, kleinen Bewegungsübungen, Techniken zur Sturzprävention oder durch Begleitung bei Erledigungen (z. B. Behörden- oder Arztbesuche) zur Bewegung sowie zur körperlichen und geistigen Aktivität an. Der/die Ehrenamtliche kann zudem über professionelle Angebote, wie Beratungsstellen und weitere Dienste, informieren bzw. dorthin vermitteln. Der Besuchsdienst ist für die Nutzer/innen kostenlos. Er steht vor allem den Menschen zur Verfügung, die unter schwierigen Lebensbedingungen leben (oftmals am Existenzminimum) und private Dienstleistungen nicht nutzen können. Der ehrenamtliche Besuchsdienst ist an das Freiwilligenzentrum der Stadt Brandenburg angegliedert. Es wird angestrebt, Ehrenamtliche an ältere Menschen aus dem gleichen Stadtteil zu vermitteln, um zugleich die Nachbarschaften zu stärken. Die Idee des Besuchsdienstes entstand 2011 im Rahmen eines Workshops mit verschiedenen Akteuren der Stadt, u. a. Mitarbeiter/innen regionaler Seniorenangebote, verschiedener Pflegeheime und Pflegedienste, der Kirchengemeinden, der ansässigen Kliniken und des Mehrgenerationenhauses sowie ehrenamtlichen Vertreter/innen, z. B. von Bürgervereinen. Ergebnis war ein Konzept für einen überwiegend ehrenamtlich organisierten Besuchsdienst sowie die Bildung von Netzwerken, welche die weitere Arbeit erleichterten.

Teilnahme am Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016.

Ehrenamtliche Pflegelotsen im Landkreis Konstanz (Konstanz/Baden-Württemberg)

Träger: Pflegestützpunkt Landkreis Konstanz
 Laufzeit: seit 2012
 Finanzierung: kommunale Mittel und Mittel aus der gesetzlichen Pflegeversicherung
 Kooperation: Mehrgenerationenhaus der Diakonie Radolfzell; Kommit-Selbsthilfenetzwerk; Kreissenorenrat; Fachstelle für Bürgerschaftliches Engagement des Landkreises
 Präventionsschwerpunkte: soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
 Qualitätskriterien: C1, C2, C3, C4, C5, C8, C9

Die ehrenamtlichen Pflegelots/innen unterstützen Pflegebedürftige und deren Angehörige. Sie besuchen diese nach vorheriger Absprache, führen Gespräche, zeigen ihnen Entlastungsmöglichkeiten auf und ermutigen sie zur Selbstsorge. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige werden durch die Gespräche mit den ehrenamtlichen Pflegelots/innen in ihrer Autonomie und Selbstbestimmung gestärkt (Empowerment). Die Pflegelots/innen sind Vertrauenspersonen auf Zeit und schenken Zuwendung und Stabilität. Damit steuern sie der sozialen Vereinsamung der häufig zurückgezogen lebenden Menschen entgegen. Die Vorbereitung für die Einsätze der Ehrenamtlichen erfolgt durch die Fachstelle für Bürgerschaftliches Engagement des Landkreises gemeinsam mit dem Pflegestützpunkt Landkreis Konstanz. Fachlich begleitet werden die Pflegelots/innen vom Pflegestützpunkt Landkreis Konstanz und einer ehrenamtlichen Einsatzkoordinatorin. Eine Ereignis- bzw. Ergebniskontrolle erfolgt über die Eigenevaluation: klare Zieldefinition vor den Einsätzen in gemeinsamer Absprache mit allen Beteiligten und Erfolgskontrolle durch Abschlussgespräche.

Preisträger des DM-Helfer-Herzen Preises 2016.

Kontaktstelle Seniorenbegleitung (Pirna/Sachsen)

Träger:	Zentrum für Begegnung, Beratung und Bildung e. V.
Laufzeit:	seit 2009
Finanzierung:	Förderung durch die Stadt Pirna und den Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge; bei Vorliegen einer Pflegestufe kann die Begleitung als Kassenleistung abgerechnet werden
Kooperation:	keine Angabe
Präventionsschwerpunkte:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C5, C8, C9

Die Kontaktstelle für Seniorenbegleitung hat das Ziel, ältere Menschen in ihrer individuellen Lebenssituation zu unterstützen, um diesen ein möglichst selbstbestimmtes und eigenständiges Leben zu Hause oder im Heim zu ermöglichen. Die Schulung als Seniorenbegleiter/innen umfasst einen 60-Stunden-Kurs, eine Praxisphase, eine ausführliche Dokumentation und ein Abschlussgespräch. Die von der Kontaktstelle vermittelten Seniorenbegleiter/innen orientieren sich an den persönlichen Bedürfnissen der Senior/innen. Sie bieten Zeit für Gespräche, Beratung oder Unterstützung bei allgemeinen Problemen, Begleitung zu Behörden und Ärzt/innen, Spaziergänge und Entlastung für pflegende Angehörige. Für Menschen mit Demenz werden speziell geschulte Seniorenbegleiter/innen vermittelt. Die Intervention stärkt die sozialen Ressourcen der Zielgruppe und verbessert die Zugänge zur Infrastruktur. Die Intervention fokussiert lebensweltlich auf die Verbesserung und Entwicklung der haushalts- und pflegebezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung, auf die Förderung der Mobilität und Freizeitaktivitäten sowie auf die Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung (Empowerment). Die Seniorenbegleiter/innen nehmen regelmäßig an Weiterbildungsveranstaltungen und Praxisberatungen teil.

Kümmerer (Region Prignitz-Ruppin/Brandenburg)

Träger:	Regionalverband Prignitz-Ruppin der Volkssolidarität Brandenburg e. V.
Laufzeit:	seit 2013
Finanzierung:	bis Ende 2014 Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; anschließend überwiegend Finanzierung durch kommunale Mittel und Spenden
Kooperation:	Kommunen; Volkssolidarität; Seniorenbeiräte; Unternehmen der Wohnungswirtschaft
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C5, C8, C9

Kümmerer stellen eine Lotsenfunktion dar, die es ermöglicht, Hilfen bei der Alltagsbewältigung zu geben und den Verbleib im vertrauten Sozialraum/im Wohnumfeld zu ermöglichen. Im Rahmen des Projektes werden Kümmerer kontinuierlich geschult und erhalten die Möglichkeit, untereinander regelmäßig Erfahrungen auszutauschen. Ziele der Maßnahme sind: Kontakte und Begegnung älterer Menschen stärken, Netzwerke in Nachbarschaft und direktem Wohnumfeld unterstützen, Beweglichkeit und Mobilität sichern, bedarfsgerechte und passgenaue Hilfen bei der Alltagsbewältigung anbieten. Teil des Projektes ist eine Evaluation, durch die Ergebnisse ausgewertet, zusammengefasst und in Amtsblättern Flyern oder Infoblättern veröffentlicht und die Beratungs- und Informationsangebote angepasst werden.

MiMi – Mit Migranten für Migranten (München/Bayern)

Träger:	Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e. V.
Laufzeit:	seit 2008
Finanzierung:	Förderung durch den Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK LV Bayern), das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Rahmen der Initiative „Gesund.Leben.Bayern.“, Unternehmen (Sanofi Pasteur MSD GmbH und MSD SHARP & DOHME GMBH) und Eigenleistungen der Projektträger (Ethno-Medizinisches Zentrum e. V. Hannover; MiMi-Projektbüro Bayern)
Kooperation:	Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e. V.; Bayerisches Rotes Kreuz; Kreisverband Augsburg-Stadt; Kreisverband Coburg; Haus international e. V. Landshut; Interkulturelles Begegnungszentrum für Frauen e. V. Schweinfurt; Landeshauptstadt München – Referat für Gesundheit und Umwelt; Landkreis Kitzingen; Netzwerk für Arbeit- und Sozialbelange e. V. (NefAS); Stadt Bamberg; Stadt Ingolstadt; Stadt Regensburg; Stadt Würzburg
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C8, C9

Um das Gesundheitswissen von Migrant/innen zu verbessern, wurde 2003 das bundesweite Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ entwickelt. Ziel ist es, gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren und Migrant/innen (aller Altersgruppen) den (gleichberechtigten) Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Damit soll langfristig die Integration auch auf sozialgesellschaftlicher Ebene gefördert werden. In dem Projekt werden bilinguale (größtenteils weibliche) Migrant/innen mobilisiert, geschult und zertifiziert, mit dem Ziel, für ihre jeweilige Community eigenständig und in ihrer Muttersprache Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen durchführen zu können. Träger des Bundesprojektes ist das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. in Hannover, das standortabhängig Kooperationen mit verschiedenen Projektpartnern eingeht – inzwischen an 61 Standorten in Deutschland und in Österreich. Seit 2008 wird „MiMi“ in Bayern als Landesprojekt im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege und der Betriebskrankenkassen in Bayern durchgeführt. Die Durchführung des Projektes wird auf lokaler Ebene, angepasst an die Bedingungen vor Ort, entwickelt und umgesetzt.

Das Projekt basiert auf einem interkulturellen Settingansatz. MiMi bildet in einem ersten Schritt erfolgreich integrierte, engagierte Migrant/innen, die über sehr gute Deutschkenntnisse und ein hohes Bildungsniveau verfügen, zu interkulturellen Gesundheitslots/innen, sogenannten Mediator/innen aus. Nach dieser Ausbildung, in der sie zum deutschen Gesundheitssystem und zu Themen im Bereich „Gesundheit und Prävention“ geschult werden, führen die Mediator/innen selbstständig Informationsveranstaltungen durch. Sie suchen ihre Zielgruppen, d. h. ihre Landsleute, in deren jeweiligen Communitys auf und vermitteln ihnen Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention in der jeweiligen Muttersprache. Die Mediator/innen bilden Brücken zwischen (noch) wenig integrierten Migrant/innen und dem deutschen Gesundheitssystem.

Durch die Kombination von Basisschulung und Fortbildungen erweitern und vertiefen die Mediator/innen beständig ihre Expertise. Das MiMi-Projekt bezieht lokale und regionale Netzwerke mit ein. Die Mediator/innen werden als Repräsentant/innen ihrer Community gestärkt. MiMi-Mediator/innen werden dafür geschult, Veranstaltungen entweder eigenständig oder im Tandem mit professionellen Gesundheitsakteuren durchführen zu können. Ihre Arbeit wird auf lokaler Ebene koordiniert.

Die Ausbildung folgt festgelegten Qualitätsstandards. Die Unterrichtsmaterialien (Wegweiser und Leitfäden, Foliensätze, Powerpointpräsentationen, Evaluationsinstrumente, Aktualisierungen, Übersetzungen) werden vom Ethno-Medizinischen Zentrum zur Verfügung gestellt und mittlerweile von Partnern in ganz Europa verwendet. In Bayern ist das Projekt inzwischen an den Standorten München, Augsburg, Bamberg, Coburg, Ingolstadt, Landshut, Nürnberg, Regensburg, Schweinfurt und Würzburg aktiv.

1. Platz des European Health Award (Europäischer Gesundheitspreis) in Österreich.

NASCH DOM – Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranke (bundesweit)

Träger:	BAGSO e. V.
Laufzeit:	2013–2015
Finanzierung:	Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Kooperation:	Kultur und Integrationszentrum PHOENIX-Köln e. V.; Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte NRW
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C7, C9

Russischsprachige Migrant/innen sind mit über 500.000 Personen bundesweit – derzeit noch vor Menschen türkischer Herkunft – die größte Migrantengruppe unter den über 65-Jährigen. Im Projekt NASCH DOM („Unser Haus“) geht es um die Schaffung von Informations-, Beratungs- und Hilfsangeboten für russischsprachige Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Die Hauptzielgruppe waren engagierte Multiplikator/innen aus Migrant*innenvereinen der russischsprachigen Gemeinde bundesweit, die mithilfe des Projektpartners PHOENIX-Köln e. V. gewonnen werden konnten. Diese wurden im Rahmen einer Schulungsreihe zu relevanten Aspekten rund um das Thema „Pflege“ und den Möglichkeiten des SGB XI qualifiziert und bei der Vernetzung mit den etablierten Akteuren sowie bei der Initiierung und Etablierung von kultursensiblen Angeboten fachlich und methodisch unterstützt. Fünf der NASCH-DOM-Initiativen gehören zwischenzeitlich zu den vom BMFSFJ geförderten Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz. Ziele des Projektes sind die Stärkung der Kooperation von Migrant*innenorganisationen der russischsprachigen Gemeinde mit den Akteuren der Seniorenarbeit und Pflege, die Eröffnung neuer Beschäftigungsfelder für Migrant*innenorganisationen im Bereich Seniorenarbeit und Pflege sowie die Einbindung von muttersprachlichen Ehrenamtlichen und die Schaffung von kultursensiblen und bedarfsgerechten Versorgungs-, Beratungs- und Entlastungsangeboten in ausgewählten Kommunen. Das Projekt besteht aus drei Projektbausteinen: 1) bundesweite Vernetzung, Information und Öffentlichkeitsarbeit. Im Projekt findet eine gezielte Vernetzung von Akteuren statt, die an der Verbesserung der Versorgung demenzkranker Migrant/innen interessiert sind, bereits erfolgreiche Projekte und Initiativen gestartet haben oder dies planen. 2) Qualifizierung von Multiplikator/innen aus den Migrant*innenorganisationen. Multiplikator/innen in den Migrant*innerselbsthilfeorganisationen werden geschult und qualifiziert, um bei der konkreten Angebotsgestaltung in den eigenen Kommunen erfolgreich mitwirken zu können. Die Multiplikator/innen sollen damit in die Lage versetzt werden, an ihren Standorten selbstständig Vernetzungsarbeit zu leisten und passende Initiativen zu starten, mit dem mittel- bis langfristigen Ziel, die lokalen Versorgungsstrukturen zu verbessern. 3) Vernetzung und Aufbau von Versorgungsstrukturen in Kommunen. Nach der Qualifizierung und mithilfe gezielter Vernetzung werden neue Angebote für demenzkranke Migrant/innen und ihre Angehörigen aufgebaut. Dazu zählen Beratungs-, Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie ambulant betreute Wohngruppen.

Netzwerk „Anders Altern“ und Besuchsdienst „Mobiler Salon“ (Berlin)

Träger:	Schwulenberatung Berlin gGmbH
Laufzeit:	seit 2003
Finanzierung:	Eigenmittel
Kooperation:	Lebensort Vielfalt; Pflegedienst CuraDomo
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt, geschlechtsspezifische Ungleichheit
Qualitätskriterien:	C3, C4, C5, C6, C8, C9

Die Berliner Schwulenberatung organisiert professionelle, ehrenamtliche und nachbarschaftliche Unterstützung für schwule und bisexuelle ältere Männer. Seit 2003 bietet die Schwulenberatung dem Netzwerk „Anders Altern“ Raum für ältere schwule und bisexuelle Männer, um sich zu vernetzen und Kontakte zu Menschen in ähnlichen Lebenssituationen zu knüpfen. Diskutiert, entwickelt und umgesetzt werden in diesem Zusammenhang Wohn-, Pflege-, Beratungs- und Freizeitangebote für ältere schwule Männer. Zentral sind dabei immer auch gesundheitlich präventive Aspekte. Gemeinsam mit dem Lebensort Vielfalt und in Kooperation mit dem Pflegedienst CuraDomo werden Innovationen in der kommunalen Altenhilfe und der pflegerischen Versorgung angestoßen. In diesem Kontext ist für ältere schwule Männer, die nicht mehr alleine aus dem Haus gehen können oder wollen, der „Mobile Salon“ als Besuchsdienst entstanden. Ehrenamtliche Mitarbeiter der Schwulenberatung Berlin besuchen die Männer zu Hause, in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, gehen mit ihnen ins Café, Theater, Kino oder in Ausstellungen. Der Besuchsdienst trägt dazu bei, die Lebensqualität isoliert lebender oder immobiler schwuler Männer im Alter zu verbessern und deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern.

+P – „Poststationäre Laienunterstützung für Patienten“ (Saarbrücken/Saarland)

Träger:	Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) des Saarlandes
Laufzeit:	seit 2011
Finanzierung:	Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderlinie SILQUA FH)
Kooperation:	mit der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Krankenhäuser Saarland, CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia, Marienkrankenhaus St. Wendel, CaritasKlinikum Saarbrücken St. Josef Dudweiler, Krankenhaus Hetzelstift Neustadt/Weinstraße, Vinzentius-Krankenhaus Landau/Pfalz, Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis
Wissenschaftliche Begleitung:	Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) des Saarlandes
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C8, C9

Durch die Veränderung familiärer Strukturen leben immer mehr ältere Menschen allein. Insbesondere bei und nach Krankenhausaufenthalten ist diese Situation sehr belastend und kann von Versorgungsproblemen und dem Verlust von Autonomie gekennzeichnet sein. Im Rahmen der Intervention +P werden ältere Menschen während und nach einem Krankenhausaufenthalt durch ehrenamtliche Pat/innen über einen Zeitraum von drei Monaten unterstützt. Die Pat/innen begleiten zu Nachsorgeuntersuchungen, helfen bei organisatorischen Fragen, führen Gespräche, gehen gemeinsam mit den älteren Menschen zum Einkaufen, spazieren oder kochen gemeinsam. Durch die praktische Unterstützung und den Rückhalt, den die Pat/innen bieten, wird die Rückkehr in den Alltag erleichtert. Die Pat/innen werden in einer zweitägigen Schulung auf ihre ehrenamtliche Tätigkeit vorbereitet. Zudem steht ihnen während der gesamten Laufzeit der Patenschaft in jeder kooperierenden Klinik ein/e Ansprechpartner/in zur Verfügung, um bei Problemen im Rahmen der Patenschaft zu unter-

stützen. Für die weitere Unterstützung der Pat/innen findet in den Kliniken einmal pro Monat ein Patenstammtisch statt. An diesem Termin können sie sich fachlichen Rat holen und mit anderen Ehrenamtlichen austauschen. Nach Abschluss des Forschungsprojektes wird das Patenmodell in drei der beteiligten Krankenhäuser weitergeführt.

2011 der 2. Preis des Landeswettbewerbs „Blickpunkt: Demographischer Wandel“ des Saarländischen Ministeriums für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Radeln ohne Alter (Essen/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	NEUE ARBEIT der Diakonie Essen arbeitshilfe-und berufsförderungsgemeinnützige GmbH
Laufzeit:	seit 2016
Finanzierung:	Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung; Essener Allbau AG
Kooperation:	Klimaagentur Essen, JobCenter Essen, Umweltamt der Stadt Essen, Essener Allbau AG
Wissenschaftliche Begleitung:	Kulturwissenschaftliches Institut Essen
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C7

Im Projekt „Radeln ohne Alter“ werden Rikschatouren für Senior/innen angeboten, um Natur und Kultur (wieder) erfahrbar zu machen. Das Projekt, das seinen Ursprung in Kopenhagen hat, ermöglicht es alten und hilfsbedürftigen Menschen, ihre Lieblingsplätze oder unbekannte Orte mit dem Fahrrad zu besuchen – trotz körperlicher Einschränkungen. Unter der Woche werden täglich Seniorenzentren und Altenheime angefahren, um von dort mit den Senior/innen die Rikschatouren zu starten. Bei den Fahrten, die immer in Kolonne stattfinden, nimmt das neu ausgebaute Essener Radwegenetz eine zentrale Rolle ein. Während das Projekt in der ursprünglichen Form auf ehrenamtlicher Basis beruht, wird „Radeln ohne Alter“ in Essen erstmals als Teil einer Beschäftigungsmaßnahme in Kooperation mit dem JobCenter Essen durchgeführt. Acht ALG-II-Empfänger/innen werden als Rikschafahrer/innen mit 30 h/Woche beschäftigt. Die Fahrer/innen werden auf die Bedarfe älterer Menschen vorbereitet und für den Fahrbetrieb vor allem unter Sicherheitsaspekten geschult. Außerdem werden sie durch eine pädagogische Begleitung berufsperspektivisch gecoacht. Die Umsetzung der ursprünglichen Projektidee wird in Essen so zugleich mit arbeitsmarktpolitischer Förderung verknüpft. Aufgrund der Essener Topologie wurde es außerdem als Modellprojekt der Elektromobilität aufgesetzt. Das Umweltamt der Stadt Essen hat mit der Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der Klima-Initiative Essen vier E-Rikschas beschafft. Die Essener Allbau AG übernimmt die Kosten für den Umbau und die Bereitstellung der Räumlichkeiten in exponierter Lage an den zwei Projektstandorten. Ebenfalls im Rahmen des Forschungsprojektes Klima-Initiative Essen – durch das BMBF gefördert – untersucht das Kulturwissenschaftliche Institut Essen das Projekt zum Aspekt des nachhaltigen Verkehrsverhaltens.

In der Kategorie Kommunikation den 2. Platz des Deutschen Fahrradpreises 2017.

4.2.4 Cluster Qualifizierung und Beratung

GeroMobil Uecker-Randow (Torgelow/Mecklenburg-Vorpommern)

Träger:	Volkssolidarität Uecker-Randow e. V.
Laufzeit:	seit 2012
Finanzierung:	2012–2014 zu 80 % aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und zu 20 % aus Eigenmitteln; reduzierte Finanzierung nach Ablauf der Förderphase durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern und weiter mit Eigenmitteln
Kooperation:	Volkssolidarität Uecker-Randow e. V., Institut für Sozialpsychiatrie M-V e. V., Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V., Landkreis Vorpommern-Greifswald, Haffnet GbR „Ärztenez“, AMEOS Klinikum Ueckermünde/Anklam, Pflegekassen, Pflegestützpunkte des Landkreises
Wissenschaftliche Begleitung:	Institut für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald
Präventionsschwerpunkte:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C8, C9

Das „GeroMobil“ ist ein aufsuchendes, kostenloses Angebot für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen im Landkreis Vorpommern-Greifswald/Mecklenburg-Vorpommern. 2012 wurde ein Kleinbus für die mobile Beratung im ländlichen Raum ausgestattet. Eine Mitarbeiterin der Volkssolidarität informiert zu Krankheitsbildern von Demenz, dem Umgang mit demenziell Erkrankten, Hilfsangeboten in der Region, Wohnungsanpassungsmaßnahmen, Leistungen der Pflegeversicherung sowie Vorsorge und führt Diagnostiktests bei Betroffenen durch. Die Tour führt pro Monat durch ca. 37 Ortschaften, pro Tag werden etwa fünf Orte angefahren. Die Stationen werden über Internet, lokale Schaukästen, Amtsblätter der Dörfer, regionale Tages- oder Wochenpresse und über die Ortsgruppen der Volkssolidarität angekündigt. Bevorzugte Haltepunkte sind die lokalen Wochenmärkte. Um Vertraulichkeit zu gewährleisten, ist das Mobil nicht von außen einsehbar. Nach Absprache sind individuelle, ebenfalls kostenlose Hausbesuche möglich.

Das Projekt wurde von 2012 bis 2014 aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Eigenmitteln als Modellprojekt finanziert. Kooperationspartner des Modellprojektes waren das Institut für Sozialpsychiatrie M-V e. V., der Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V., der Landkreis Vorpommern-Greifswald, das Haffnet GbR „Ärztenez“, das AMEOS Klinikum Ueckermünde/Anklam, Pflegekassen sowie die Pflegestützpunkte des Landkreises. 2013 wurde ein Beirat gegründet, dem die Projektbeteiligten und Vertreter/innen der Kooperationspartner angehörten. Nach Ablauf der Bundesförderung wird das Projekt durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern gefördert und von der Volkssolidarität Uecker-Randow e. V. weitergeführt.

2015 wurde das GeroMobil mit dem 2. Platz des Gesundheitspreises Mecklenburg-Vorpommern geehrt.

Präventionsschwerpunkt: Adressierung sozialer Ungleichheit
Das kostenlose Angebot kann auch von Menschen mit geringen finanziellen Mitteln genutzt werden.
Präventionsschwerpunkt: Adressierung eines spezifischen Settings/Räumliche Ungleichheit
Der Zugang zu Informationen und Unterstützung ist im ländlichen Raum häufig problematisch. Das Internet ist einerseits in ländlichen Regionen teilweise nur eingeschränkt nutzbar, andererseits bevorzugen ältere Menschen oft konventionelle Medien (Zeitung, TV, Radio) oder die direkte Beratung. Durch das mobile Angebot wird der Zugang zu Informationen wesentlich erleichtert.
Qualitätskriterium C1: Konzeption und Ausrichtung
Das Konzept wurde auf Basis einer Bedarfsanalyse der Volkssolidarität entwickelt. Es zielt auf die Vermittlung individueller, passgenauer Hilfen für Leistungsberechtigte der Kranken- und Pflegeversicherung, einen längeren Verbleib älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit und die Verhinderung von Überlastung pflegender Angehöriger ab.
Qualitätskriterium C2: Qualitätsmanagement
Von 2012 bis 2014 erfolgte eine wissenschaftliche Begleitung des Projektes durch das Institut für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald. Gegenwärtig findet einmal im Monat eine Fortbildung des GeroMobil-Teams durch einen Chefarzt a. D. der Universität Greifswald statt. Dieser war Mitinitiator des Modellprojektes, ist inzwischen emeritiert und begleitet das Projekt ehrenamtlich weiter. Die Aktivitäten des GeroMobils werden laufend dokumentiert und in aufbereiteter Form online veröffentlicht.
Qualitätskriterium C3: Zielgruppenbezug
Das Angebot des mobilen Beratungszentrums richtet sich gezielt an Menschen mit Demenz und deren Angehörige, um ihnen Unterstützung in der Bewältigung des Pflegealltags zu bieten und durch dieses Hilfsangebot die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern.
Qualitätskriterium C4: Settingansatz und Multiplikatorenkonzept
Im Projektverlauf wurde rund um das GeroMobil ein Netzwerk u. a. mit regionalen Kostenträgern, Leistungserbringern, Kommunen, Institutionen, Betroffenen und deren Angehörigen aufgebaut.
Qualitätskriterium C5: Niedrigschwellige Arbeitsweise
Das GeroMobil verfolgt einen zugehenden, niedrigschwelligen Ansatz. Die Beratung erfolgt anonym und vertraulich, bei Bedarf als Hausbesuch. Der Beratungsbus ist neutral gestaltet und von außen nicht einsehbar, sodass eine Beratung möglichst unauffällig verlaufen kann. Die Dörfer werden bevorzugt an Markttagen aufgesucht, um eine große Öffentlichkeit zu erreichen. Durch die gute Kooperation mit den Bürgermeister/innen wird dem Bus i. A. die Standgebühr erlassen. Der Zugang zu Hausärzt/innen gelang allerdings bislang nicht. Das Angebot einer kostenlosen Demenzsprechstunde in den Arztpraxen der Region wurde von den Ärzt/innen nicht angenommen.
Qualitätskriterium C8: Nachhaltigkeit
Das GeroMobil wird auch nach Ablauf der Förderung als Modellprojekt mit Mitteln des Landes weitergeführt. Die relativ hohe Bekanntheit des Angebotes führt inzwischen dazu, dass Hausbesuche aktiv angefragt werden. Das Modellprojekt war zudem Auslöser weiterer Entwicklungen. So entstand eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige, die sich monatlich in Torgelow zum Erfahrungsaustausch trifft, gemeinsam Ausflüge unternimmt und Referent/innen für Vorträge einlädt. Zudem wurde eine Therapieküche eingerichtet, in der Angehörige und Betroffene theoretische und praktische Grundlagen für gesunde Ernährung erfahren und erproben (Vorträge, gemeinsames Kochen mit Zutaten aus dem speziell für Demenzerkrankte angelegten „Garten der Sinne“).
Qualitätskriterium C9: Empowerment
Das Projekt zielt darauf ab, demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen in ihrer Alltagsbewältigung nachhaltig zu stärken und ihre Kompetenzen und ihr Wissen über den Umgang mit Demenz zu erweitern.

Migration und Demenz – Häusliche Unterstützung für Menschen mit Demenz aus dem Herkunftsland Türkei (Köln/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	AWO Köln e. V.
Laufzeit:	seit 2013
Finanzierung:	Gefördert von der Stadt Köln – Amt für Soziales und Senioren. Netzwerkförderung über das Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“. 2016 zusätzlich ein Preisgeld von 10.000 € über den vdek-Zukunftspreis.
Kooperation:	AWO Beratungs- und Beratungsprojekte BAUSTEIN und Veedel für alle/Semtimiz Ehrenfeld
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C3, C4, C5, C7, C8, C9

Im Hinblick auf das Altwerden und den Umgang mit Erkrankungen wie Demenz existieren für die erste Migrantengeneration in Deutschland kaum Vorbilder. Diese Generation greift weder auf Erfahrungen im Herkunftsland noch auf die im Aufnahmeland direkt zu. Steigende Anfragen von betroffenen Familien mit türkischem Hintergrund veranlassten die Koordinator/innen der beiden AWO-Dienste „BAUSTEIN – Häusliche Unterstützung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige“ und „Veedel für Alle/Semtimiz Ehrenfeld“ dazu, im Jahr 2013 das Gemeinschaftsprojekt „Migration und Demenz“ ins Leben zu rufen. Unter diesem Titel ist zunächst ein Schulungsangebot konzipiert und umgesetzt worden, das zweisprachige Ehrenamtliche (deutsch/türkisch) dafür qualifiziert, eine kultursensible häusliche Betreuung zu leisten. Im Zentrum stehen dabei Aspekte der Kommunikation und Biografiearbeit. Vermittelt werden aber auch Kenntnisse über das Krankheitsbild Demenz, Leistungen der Pflegeversicherung und weitere Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten.

Die in dem Projekt gemachten Erfahrungen waren Auslöser für die Entwicklung und Implementierung weiterer niedrigschwelliger, kultursensibler Entlastungs- und Beratungsangebote für Menschen türkischer Herkunft. Dazu gehören ein Schulungskurs für pflegende Angehörige türkischer Herkunft, die Einrichtung einer Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige und ein Betreuungscafé für Menschen mit Demenz. Zusätzlich ist mit einer Förderung über das Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ zwischen 2015 und 2017 mit dem „Ehrenfelder Demenznetz für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“ eine professionelle lokale Unterstützungsstruktur entstanden. Darüber werden verschiedene externe Akteure aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern im Bereich „Demenz und Migration“ in Köln für eine kultursensible Versorgung vernetzt.

Die beiden Beratungsstellen „BAUSTEIN“ und „Veedel für Alle/Semtimiz Ehrenfeld“ sind durch die Stadt Köln eingerichtet und finanziert. Bis auf die Netzwerkförderung über das Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ erhält die Intervention „Migration und Demenz“ keine zusätzliche finanzielle Förderung. Teilweise werden für den Einsatz von Dozent/innen kleinere Beträge für Honorare eingeworben.

Das Projekt war im Jahr 2016 bundesweiter Hauptsieger des vdek-Zukunftspreises.

Präventionsschwerpunkt: Adressierung sozialer Ungleichheit

Die unterschiedlichen Schulungs- und Betreuungsangebote sind kostenlos und richten sich insbesondere an sozial schwache und wirtschaftlich schlecht gestellte ältere Menschen mit türkischer Zuwanderungsgeschichte.

Präventionsschwerpunkt: Adressierung eines spezifischen Settings

Die Intervention „Migration und Demenz“ wird von zwei Beratungsstellen umgesetzt, die einem Seniorenzentrum angegliedert sind. Das Gemeinschaftsprojekt zielt darauf ab, auf Bedarfe im Stadtteil Köln-Ehrenfeld zu reagieren. Neben den Angeboten in den Beratungsstellen und dem Café erfolgt auch eine aufsuchende häusliche Betreuung in den Wohnungen der Zielgruppe. Mit dem Café wurde im Quartier ein neuer Ort/ein neues Angebot etabliert.

Qualitätskriterium C1: Konzeption und Ausrichtung

Der Bedarf und die Erfahrungen der beiden Beratungsstellen gaben den Anstoß für die Entwicklung des Schulungskonzeptes, das türkischstämmigen älteren Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen einen besseren Zugang zum deutschen Hilfesystem ermöglichen soll. Im Rahmen eines Gesamtkonzeptes wurden die Versorgungsstruktur für ältere türkische Menschen mit Zuwanderungsgeschichte untersucht und Versorgungslücken beschrieben.

Qualitätskriterium C3: Zielgruppenbezug

In Köln-Ehrenfeld werden mit der Intervention gezielt demenziell erkrankte Menschen mit türkischer Zuwanderungsgeschichte und ihre Angehörigen angesprochen. Durch Sprachbarrieren, Unkenntnis von Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten oder aus Scham sind sie bisher nicht im deutschen Hilfesystem angekommen oder werden nur schwer erreicht.

Qualitätskriterium C4: Settingansatz und Multiplikatorenkonzept

Durch die Intervention und die Vernetzung von Akteuren werden verlässliche Strukturen im Stadtteil aufgebaut und häusliche Pflegearrangements unterstützt. Die muttersprachliche Betreuung der ehrenamtlichen Multiplikator/innen fördert das Wissen zum Krankheitsbild Demenz und zu möglichen Unterstützungsleistungen bei den Betroffenen. Das Gemeinschaftsprojekt setzt gezielt an einer Versorgungslücke an und trifft im Stadtteil Köln-Ehrenfeld auf einen großen Bedarf.

Qualitätskriterium C5: Niedrigschwellige Arbeitsweise

Mit den muttersprachlichen Multiplikator/innen und den Schulungskursen für pflegende Angehörige türkischer Herkunft wird Ängsten entgegengewirkt und vorhandene Hemmschwellen gegenüber den Angeboten der Altenhilfe werden abgebaut. Über die Schulungen, Betreuungsgruppen und Helfer/innen besteht die Möglichkeit, andere Familien kennenzulernen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden.

Qualitätskriterium C7: Integriertes Handlungskonzept

Das seit 2015 bestehende Demenznetz trifft sich regelmäßig und treibt die Einrichtung von bedarfsgerechten, kultursensibel ausgerichteten Angeboten für Menschen mit Demenz türkischer Herkunft im Stadtteil aktiv voran.

Qualitätskriterium C8: Nachhaltigkeit

Mit der Intervention „Migration und Demenz“ erfolgte ein gezielter Aufbau von häuslicher Unterstützung für Menschen mit Demenz. Durch die kontinuierliche Entwicklung des Beratungs- und Betreuungsspektrums konnten sich die beteiligten Beratungsstellen seit 2013 als verlässliche Ansprechpartner etablieren. Neben der häuslichen Betreuung durch zweisprachige Ehrenamtliche wurden weitere kultursensible Betreuungs- und Unterstützungsangebote auf Türkisch etabliert.

Qualitätskriterium C9: Empowerment

Über die Schulungsangebote für zweisprachige ehrenamtliche Betreuer/innen und für pflegende Angehörige türkischer Herkunft, genauso wie über die Einrichtung der Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige, werden die Kenntnisse und Handlungskompetenzen von Familien mit türkischer Zuwanderungsgeschichte gefördert und gestärkt.

Weitere Projekte im Cluster Qualifizierung und Beratung

Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung (Berlin)

Träger:	Feministisches FrauenGesundheitsZentrum e. V.
Laufzeit:	seit 2004
Finanzierung:	AOK Berlin-Brandenburg (heute AOK Nordost)
Kooperation:	Treffpunkte bzw. Beratungs- und Anlaufstellen für Frauen, Migrantinnen und Seniorinnen in den jeweiligen Stadtteilen; Akteure aus den Bereichen Frauen, Gesundheit und Migration (z. B. interkulturelle Frauenzentren, Netzwerk Frauengesundheit, Plan- und Leitstellen für Gesundheit der Bezirke, Seniorinneneinrichtungen, Nachbarschaftsheimen, Quartiersmanagement, Beratungs- und Informationsdienste für Spätaussiedler, Wohlfahrtsverbände, Gemeinde-Dolmetschdienst)
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt, geschlechtsspezifische Ungleichheit
Qualitätskriterien:	C1, C3, C4, C5, C7, C8, C9

Das Projekt „Älterwerden und Gesundheit“ des Feministischen FrauenGesundheitsZentrums Berlin e. V. (FFGZ) wendet sich an sozial benachteiligte Frauen zwischen 40 und 70 Jahren deutscher und nicht deutscher Herkunft. Das Projekt hat das Ziel, diese Frauen über gesundheitliche Themen zu informieren, um Erkrankungen vorzubeugen und das Selbsthilfepotenzial für den Umgang mit Beschwerden, gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen zu stärken. Ferner sollen die Frauen befähigt werden, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und als kompetente und eigenverantwortliche Personen mit Gesundheitsakteuren zu kommunizieren. Hierfür wurde ein mehrwöchiges kostenloses Schulungsprogramm mit acht Modulen entwickelt, das sich am kulturellen, sozialen und individuellen Hintergrund der Frauen orientiert. Das Schulungsprogramm ist auf maximal zwölf Teilnehmerinnen ausgerichtet. Die Kurse mit Migrantinnen finden immer zweisprachig mit einer muttersprachlichen Dolmetscherin statt und werden von den Mitarbeiterinnen des FFGZ durchgeführt. Je nach Themenbereich werden weitere Fachkräfte wie zum Beispiel Pharmazeut/innen, Therapeut/innen oder Heilpraktiker/innen hinzugezogen. Die Teilnahme ist kostenlos, aber verbindlich und erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten. Themen sind z. B. „Körperliche Veränderungen und gesundheitliche Risiken in der zweiten Lebenshälfte“, „Die Wechseljahre“ oder „Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Depressionen“, die Rolle der Frau im Gesundheitssystem, Kommunikation in der ärztlichen Sprechstunde und im Krankenhaus, der Umgang mit Medikamenten sowie die Angebote und Möglichkeiten in Bezug auf Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Der Zugang zu potenziellen Teilnehmerinnen erfolgt durch die Vorstellung des Kursangebotes direkt bei Trägern, Treffpunkten oder Beratungsstellen in den jeweiligen Stadtteilen. Bei Bedarf werden gruppen- oder altersspezifische Schwerpunkte gesetzt. Begleitend zu den meisten Modulen gibt es Merkblätter in Deutsch und der jeweiligen Muttersprache, sodass die Teilnehmerinnen zum Abschluss des Kursprogramms eine Sammelmappe erhalten. Aktivitäten, wie gemeinsame Besuche bei Einrichtungen des Gesundheitswesens, tragen dazu bei, die Frauen, die Kooperationspartner und die Gesundheitseinrichtungen im Bezirk miteinander in Kontakt zu bringen. Insgesamt fanden inzwischen 19 Kurse statt, von denen 16 ausschließlich von Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund besucht wurden.

In der Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit ist das Projekt in den Bereichen niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment, integriertes Handlungskonzept/Vernetzung als Good Practice gekennzeichnet.

ALTER UND TRAUMA – Unerhörtem Raum geben (Minden/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	PariSozial – gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialdienste mbH in den Kreisen Minden-Lübbecke und Herford
Laufzeit:	2013–2016
Finanzierung:	gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW und vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
Kooperation:	Institut für soziale Innovationen e. V. (ISI)
Wissenschaftliche Begleitung:	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung dip e. V.
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C7, C8, C9

Kriegserlebnisse, sexualisierte Gewalt, andere schreckliche Erfahrungen und andauernder Stress können zu Traumata im Alter führen. Fachkräfte der Altenhilfe beobachten in der Pflege und Begleitung alter Menschen, welche Wucht Traumafolgen im Alter haben und wie schmerzhaft Erinnerungen durch scheinbar banale Alltagssignale wie Blaulicht oder Donner ausgelöst werden können. Sie erleben aber oft ebenso, aus welchen Quellen die Betroffenen selber Kraft schöpfen konnten. Mehr Wissen um die Zusammenhänge und eine behutsame Erinnerungsarbeit können dabei helfen, erneute Traumatisierungen zu verhindern. Dies ist die Kernbotschaft des NRW-Verbundprojektes ALTER UND TRAUMA, das sich mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten an die Betroffenen, ihre Angehörigen, Ehrenamtliche und professionelle Mitarbeiter/innen der Altenhilfe wendet. Auf der institutionellen Ebene der Altenhilfe sensibilisiert und vernetzt die Intervention in den Schwerpunktregionen Rhein-Ruhr und in der Region Ostwestfalen. In dem Projekt werden Qualifizierungsprogramme, Handlungsleitfäden und Qualitätsstandards für Netzwerkpartner und Mitwirkende auf Basis von eLearning entwickelt.

Betreute Urlaube für Menschen mit Demenz (Land Brandenburg)

Träger:	Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V.
Laufzeit:	seit 2004
Finanzierung:	Kostenübernahme durch Pflegekassen (Urlaubs- und Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI); Teilnehmerbeiträge zur Deckung der Unterkunfts- und Verpflegungskosten
Kooperation:	Pensionen/Hotels und medizinische Einrichtungen in den jeweiligen Urlaubsorten
Wissenschaftliche Begleitung:	Institut für Gerontologische Forschung e. V.
Präventionsschwerpunkt:	soziale Ungleichheit
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C8, C9

Die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V. führt jedes Jahr zwei zehntägige betreute Urlaube für Menschen mit Demenz und deren Angehörige im Land Brandenburg durch. Reiseziele sind Bad Saarow und Burg (Spreewald). An den betreuten Urlauben können jeweils bis zu zehn Demenzerkrankte (unabhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung) mit je einer/m pflegenden Angehörigen teilnehmen. Entlang eines von der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg organisierten Rahmenprogramms werden Freizeitaktivitäten (z. B. Ausflüge, Kultur- und Musikveranstaltungen), die einzeln oder gemeinsam wahrgenommen werden können, sowie Beratungen und Schulungen zu speziellen Themen (z. B. zu möglichen Entlastungsangeboten) für die pflegenden Angehörigen angeboten. Durch die Urlaube wird den Urlaubsteilnehmer/innen die Möglichkeit zur Erholung und Entspannung mit- und voneinander geboten. Die pflegenden Angehörigen werden für die Dauer des Urlaubs von der herausfordernden Aufgabe des Pflegealltags in der eigenen Häuslichkeit entlastet und durch

die anwesenden Fachkräfte beraten. Durch das Reisen in der Gruppe bietet sich vor allem auch die Gelegenheit, mit anderen Menschen in ähnlichen Lebenssituationen Erfahrungen auszutauschen. Mit Freizeit- und Beschäftigungsangeboten vor Ort werden zudem die vorhandenen Fähigkeiten der Demenzerkrankten gefördert und deren Selbstwertgefühl gestärkt.

Die Betreuung im Urlaub erfolgt durch ein Team von sechs bis acht ehrenamtlichen und professionellen Mitarbeiter/innen (Pflegefachkräfte, Pflegehelfer/innen, Sozialarbeiter/innen, Krankenschwestern etc.). Sie tragen zur Entlastung der Angehörigen durch die Übernahme pflegerischer Verrichtungen bei, betreuen die Menschen mit Demenz ganztätig und bieten, je nach Möglichkeit und Bedarf, individuelle Beratung und Unterstützung an. Die An- und Abreise wird durch die Urlaubsteilnehmer/innen selbst organisiert. Bei mehreren Tandems aus einer Region ist jedoch auch eine Abholung durch die Alzheimer-Gesellschaft möglich. Das Projekt wird seit 2016 durch das Institut für Gerontologische Forschung e. V. evaluiert. Vergleichbare Projekte werden deutschlandweit durch unterschiedliche Alzheimer-Gesellschaften durchgeführt.

Demas – Demenz anders sehen (Sachsen-Anhalt)

Träger:	Delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH
Laufzeit:	2013–2015
Finanzierung:	Förderung im Rahmen des Modellprogramms nach §8 Sozialgesetzbuch XI durch den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
Kooperation:	mit dem rehabilitationspsychologischen Beratungs- und Informationsdienst „Flechtwerk Demenz“ der Hochschule Magdeburg-Stendal
Wissenschaftliche Begleitung:	Hochschule Magdeburg-Stendal
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C9

„Demas“ ist eine Onlineplattform für die Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten. Pflegende Angehörige können sich im Rahmen eines internetbasierten Schulungs- und Beratungsprogramms in virtuellen Gruppen via Videochat über den Umgang mit Demenzerkrankten informieren und untereinander austauschen. Das übergeordnete Ziel von „Demas“ liegt in der Erweiterung der Pflegekompetenz von Angehörigen demenzerkrankter Menschen und in der Reduktion ihrer subjektiven Pflegebelastungen. Entsprechend dem Titel „Demenz anders sehen“ wird versucht, den Teilnehmer/innen eine andere Sicht auf die Erkrankung, die Betroffenen und die Pflegesituation zu vermitteln. Das Ziel ist ein verstehender Umgang mit sich selbst und der zu pflegenden Person. Die Schulung besteht aus zehn Sitzungen über jeweils 90 Minuten, die wöchentlich zu einer festgelegten Zeit stattfinden. Handreichungen zu den einzelnen Sitzungen werden den Teilnehmer/innen im Loginbereich der Programmwebsite als PDF-Dateien zur Verfügung gestellt. Das Programm sieht eine maximale Gruppengröße von sieben pflegenden Angehörigen vor, da bei der Gruppengröße noch auf individuelle Bedürfnisse eingegangen werden kann. Um die Vertrauensbildung zu erleichtern, handelt es sich um geschlossene Gruppen.

Die Leitung des Schulungs- und Beratungsprogramms wurde von Absolvent/innen des Studiengangs der Rehabilitationspsychologie B. Sc.) der Hochschule Magdeburg-Stendal übernommen. Sie sind im Rahmen verschiedener Fortbildungen für die Schulung und Beratung von Angehörigengruppen qualifiziert worden und waren zum Teil bereits seit einigen Jahren im rehabilitationspsychologischen Beratungs- und Informationsdienst „Flechtwerk Demenz“ tätig. Die Gruppenarbeit wurde kontinuierlich von einer erfahrenen Fachkraft (Dipl.-Psych.) begleitet.

Drehscheibe Alter – Beratung zu altersspezifischen Fragen im Strafvollzug und bei der Entlassung (Berlin)

Träger:	Humanistischer Verband Deutschlands – Landesverband Berlin-Brandenburg
Laufzeit:	seit 2016
Finanzierung:	Mittel der Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz von Berlin
Kooperation:	keine Angaben
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C3, C4, C9

Der Demografische Wandel schlägt sich im Strafvollzug nicht nur in der Alterung der Häftlinge nieder, sondern es ist in den letzten Jahren auch ein Anstieg von Verurteilten im Alter über 60 Jahre zu verzeichnen. Damit ist die Gruppe der Älteren eine „wachsende Minderheit“ im Rahmen der Strafverfolgung und -vollstreckung. Außerhalb des Strafvollzugs gibt es eine Vielzahl von Projekten, die zur Verbesserung der Lebensqualität und der gesundheitlichen Situation älterer Menschen beitragen. Für inhaftierte ältere Menschen gibt es derartige Hilfen bisher kaum. Das Projekt „Drehscheibe Alter“ bietet nicht nur Beratung zu altersspezifischen Fragen während der Inhaftierung und nach der Entlassung an, sondern gleichzeitig werden Bedienstete der Haftanstalten hinsichtlich der besonderen Probleme und Bedürfnisse älterer Inhaftierter sensibilisiert. Geplant ist, in jeder JVA für den Bereich „ältere Gefangene“ eine/n Ansprechpartner/in abzustellen. Mit dem Projekt wird zudem speziell auf die Gesundheitsbedingungen im Setting „Haftanstalt“ eingegangen.

Das Projekt ging aus der fachlichen Diskussion in einer Arbeitsgruppe mit Vertreter/innen der Anstalten des Berliner Männervollzugs, des Kriminologischen Dienstes für den Berliner Justizvollzug und der Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz hervor. Zunächst gab es Schwierigkeiten, einen Träger zu finden, der zum einen die erforderliche Expertise im Bereich Alter und Pflege aufwies und gleichzeitig bereit war, sein Beratungsangebot unter den Bedingungen des Strafvollzugs umzusetzen. Mittlerweile konnte trotz relativ geringer Mittel in fast allen Berliner Vollzugsanstalten eine feste Beratungsstruktur aufgebaut werden.

Für Sie ins Quartier/Mobile Demenzberatung – ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (Bergheim/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	Rhein-Erft-Kreis, Landrat – Amt für Familien, Generationen und Soziales
Laufzeit:	seit 2013
Finanzierung:	Förderung durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und die Pflegekassen; Sponsoren: Marga und Werner Boll - Stiftung, Kerpen, in Kooperation mit der Stiftung St. Martin, Bergheim (Überlassung des Beratungsfahrzeugs), Sozialstiftung der Kreissparkasse Köln, Barmer Ersatzkasse GEK (Aus- und Fortbildung der ehren- und hauptamtlichen Berater/innen)
Kooperation:	Kommune Bergheim; Demenz-Servicezentrum Region Köln und das südliche Rheinland; kreisangehörige Kommunen; Wohlfahrtsverbände; Landesstelle Pflegende Angehörige; Marga und Werner Boll - Stiftung; Stiftung St. Martin; Sozialstiftung der Kreissparkasse Köln; Barmer GEK

Wissenschaftliche Begleitung: TU Dortmund und die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./
 Institut für Gerontologie
 Präventionsschwerpunkte: soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
 Qualitätskriterien: C1, C2, C3, C4, C5, C7, C8, C9

Unter dem Titel „Für Sie ins Quartier“ bieten multiprofessionelle und trägerübergreifende Teams, bestehend aus haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen, in einem speziell ausgestatteten Fahrzeug eine kostenlose mobile gerontopsychiatrische Beratung mit dem Schwerpunkt „Demenz“ an festen Standorten im Kreis Rhein-Erft an. Das Projekt richtet sich an pflegende Angehörige, Begleiter/innen und Betroffene. Inzwischen haben sich sieben Kommunen dem Projekt angeschlossen.

Interkultureller Seniorentreff „Migrantinnen aktiv im Alter und Alltag“ (Frankfurt/Hessen)

Träger: infrau e.V.
 Laufzeit: seit 2006
 Finanzierung: Mittel des Jugend- und Sozialamtes Frankfurt am Main
 Kooperation: FTV 1860 (Turnverein); Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF)
 Präventionsschwerpunkt: soziale Ungleichheit, geschlechtsspezifische Ungleichheit
 Qualitätskriterien: C2, C3, C5, C6, C8, C9

Zielgruppe des interkulturellen Seniorentreffs sind ältere Migrantinnen über 50 Jahre, die miteinander über ihre speziellen Bedürfnisse und Themen reden und ihre Freizeit gemeinsam verbringen. Angeboten werden Gesprächskreise zu verschiedenen Themen (z. B. Migration, Ernährung, eigene Biografie, eigene Bedürfnisse, gesunde Ernährung), Gedächtnistraining, Bastel- und Gestaltungsangebote, Selbsterfahrung durch meditative Entspannungsübungen wie Yoga, Malen etc., generationsübergreifende Aktivitäten mit den Mädchen- und Frauengruppen von infrau e.V. und anderen Einrichtungen sowie Besuche von Informationsveranstaltungen und Projekten verschiedener sozialer Einrichtungen und kultureller Institutionen in Frankfurt am Main und Umgebung. Mit dem Angebot sollen ältere Migrantinnen über niederschwellige Angebote informiert werden, um ihre Kompetenzen zu stärken und ihre Lebensqualität zu verbessern. Bei Bedarfserhebungen in Deutsch- und Alphabetisierungskursen wurden Wissensdefizite zu Gesundheitsthemen deutlich. Schwerpunktthemen im Bereich der Gesundheitsbildung des Interkulturellen Seniorentreffs sind daher beispielsweise Gesundheitsvorsorge, gesunde Ernährung, Zahnpflege im Alter, Sport und Bewegung, Gedächtnistraining sowie Leistungen des Gesundheitswesens. Das Programm für jedes Halbjahr wird mit den Frauen zusammen entwickelt, um die spezifischen Belange der Teilnehmerinnen zu berücksichtigen. Regelmäßig werden Bedarfserhebungen (auch in den Deutschkursen des Trägers) durchgeführt. Die Teilnehmerinnen der Seniorinnengruppe bewerten am Ende jedes Jahres das Angebot über Feedbackbögen.

1. Preis im Rahmen des Bundeswettbewerbs „Im Alter IN FORM – Gesunde Lebensstile fördern“ der BAGSO 2012.

Licher Gemeindeschwestern (Lich-Muschenheim/Hessen)

Träger:	Gemeindeförderverein Muschenheim e. V.
Laufzeit:	seit 2012
Förderung:	Investor; Bürgerspendsen; Kommune Muschenheim; Land Hessen (Finanzierung wissenschaftliche Begleitung)
Kooperation:	Ehrenamtliche; Bürgermeister von Lich; Vorsitzender des Hausärzte- verbands Gießen; Apotheken; Optiker; einer Ernährungsberaterin; einer Kognitionstrainerin; oberhessisches Diakoniezentrum und lokaler Sportverein
Wissenschaftliche Begleitung:	Universität Marburg
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C7, C8, C9

Das Projekt entstand als Reaktion darauf, dass es in der Gemeinde Muschenheim keinen Hausarzt mehr gab. Dadurch war insbesondere die medizinische Versorgung der Muschenheimer Senior/innen mit einem hohen mobilen und zeitlichen Aufwand verbunden. Das Projekt wurde von einem Arzt und Dorfvorsteher initiiert. Der als gemeinnützig anerkannte Gemeindeförderverein Muschenheim e. V. wurde speziell für das Projekt gegründet und finanziert sich aus Spenden der Bürger/innen. Die Räumlichkeiten werden durch die Kommune kostenfrei zur Verfügung gestellt. Um dem Versorgungsproblem zu begegnen, wurden eine Krankenschwester und eine medizinische Fachangestellte zu Gemeindeschwestern fortgebildet und in dem Verein angestellt. Sie bieten dreimal wöchentlich eine Sprechstunde im Kommunikationszentrum der Gemeinde an. Auf Wunsch werden auch Hausbesuche durchgeführt. Die Gemeindeschwestern sind bei diesem Verein als geringfügig Beschäftigte eingestellt, außerdem engagieren sich vier Bürger/innen ehrenamtlich im Verein.

In enger Kooperation mit den Hausarzt/innen der Patient/innen überwachen die Gemeindeschwestern den Gesundheitszustand und die Medikamenteneinnahme und dokumentieren die Befunde in einem von dem/der Hausarzt/in ausgehändigten „Gesundheitscheckheft“. Abweichungen von den eingetragenen Zielwerten werden sofort an den/die Hausarzt/in übermittelt und ggf. ein Arztbesuch vereinbart. Neben der Befunderhebung und Therapiekontrolle (z. B. Blutzuckerkontrolle) motivieren die Gemeindeschwestern die Bürger/innen zu sportlichen und sozialen Aktivitäten, gesunder Ernährung und Lebensführung. Außerdem organisieren sie Fortbildungsveranstaltungen und Präventionsangebote. Mittlerweile besuchen fast 300 Menschen regelmäßig die Gemeindeschwestern in Muschenheim. Aus dem Projekt „Licher Gemeindeschwestern“ entwickelte sich darüber hinaus ein umfangreiches Dorfnetzwerk, es gibt Sportgruppen, Vorträge zu Themen wie Ernährung im Alter sowie spezielle Beratungen zum Thema Demenz und Kognitionsschulungen.

Die wissenschaftliche Evaluation des Pilotprojekts erbrachte positive Ergebnisse, sodass ab 2014 in weiteren Orten der Region Gemeindeschwestern eingeführt wurden. Das Projekt ist Preisträger SilverStar – Aktiv für ältere Patienten 2012 (Förderpreis von BERLIN-CHEMIE).

PfiFf – Pflege in Familien fördern (Land Brandenburg)

Träger:	AOK Nordost
Laufzeit:	seit 2014
Finanzierung:	AOK Nordost
Kooperation:	AOK Nordost, Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e. V., diverse Krankenhäuser in Brandenburg
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C3, C4, C8, C9

Häufig fehlt pflegenden Angehörigen praxisrelevantes, pflegefachliches Wissen für die alltäglichen Verrichtungen der Pflege, aber auch Kenntnisse zu entlastenden Hilfen und kompetenten Anlaufstellen. Die Intervention PfiFf – „Pflege in Familien fördern“ will Familien während einer familialen Pflegeverantwortung stabilisieren und ihre Kompetenzen erweitern. In dem Projekt werden Pflegefachkräfte in Krankenhäusern geschult, die gezielt die praktische Umsetzung von Pflege in Familien und zu Hause unterstützen. Nach der Kontaktaufnahme mit Familienangehörigen, bei der es zunächst um die Aufteilung der Pflegeaufgaben in der Familie geht, besteht die Möglichkeit einer ersten praktischen Anleitung am Krankenbett in der Häuslichkeit. Darüber hinaus findet ein monatlicher Pflegekurs im Krankenhaus statt, der praktische Handgriffe vertieft, aber auch Informationen zu Unterstützungsangeboten vermittelt. Nach Teilnahme der Angehörigen an einem Pflegekurs im Krankenhaus können die PfiFf-Pflegefachkräfte bedarfsweise an bis zu sechs Terminen in sechs Monaten eine praktische Anleitung zu Hause anbieten.

In vier Modulen erfolgt die praktische Anleitung und theoretische Wissensvermittlung bereits im Krankenhaus und später in der Häuslichkeit: 1. Individuelle Pflegeanleitung im Krankenhaus, 2. Pflegekurs im Krankenhaus (praktische Tipps für die häusliche Pflege und Vorstellung von Pflegehilfsmitteln). Die Teilnahme am Pflegekurs ist unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit und einer erteilten Pflegestufe möglich. Die Teilnahme ist die Voraussetzung dafür, durch die PfiFf-Mitarbeiter/innen im Anschluss eine Pflegeanleitung in der Häuslichkeit zu erhalten. Der Pflegekurs ist in drei Blöcke mit jeweils drei Unterrichtsstunden unterteilt. 3. Pflegeanleitung in der Häuslichkeit (maximal sechs Termine innerhalb von sechs Monaten). 4. Praktische Anleitung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in der Häuslichkeit (häusliche Einzelschulungen durch die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V, maximal drei Termine innerhalb von sechs Monaten).

4.2.5 Cluster Wohnen und Quartier

„Aktion Augen auf!“ Mehr Aufmerksamkeit für ein Altern in Würde (Hamburg)

Träger:	AWO Stiftung Aktiv für Hamburg
Laufzeit:	seit 2010
Finanzierung:	AWO Stiftung Aktiv und weitere Stifter; Sponsoren
Kooperation:	Schirmherrschaft durch den ehemaligen „Tagesschau“-Sprecher Wilhelm Wieben, zudem zahlreiche Kooperationen mit Institutionen, u. A. Bezirksämtern, Pflegestützpunkten, Seniorenberatungen, Deutschen Hausärzterverband, Kirchengemeinde, Wohnungsbau-gesellschaften
Wissenschaftliche Begleitung:	Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW)
Präventionsschwerpunkt:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C5, C7, C8

Die Intervention „Aktion Augen auf! Mehr Aufmerksamkeit für ein Altern in Würde“ wirkt der Vereinsamung alter Menschen in sozial schwachen Hamburger Stadtteilen entgegen. Damit Einsamkeit und prekäre Lebenslagen frühzeitig erkannt und einer kritischen Entwicklung entgegengesteuert werden können, sollen mit der Intervention der Zugang zur Zielgruppe, der nachbarschaftliche Gemein-sinn und der generationenübergreifende Dialog in den ausgewählten Quartieren gestärkt werden. Für die Umsetzung hat die AWO Stiftung Aktiv in vier Hamburger Stadtteilen Anlauf- und Ver-netzungsstellen mit je einer Koordinator/in (mit beruflichem Hintergrund im Gesundheitsbereich) geschaffen. Eine zentrale Herausforderung für die Koordinator/innen besteht darin, Vertrauen in den Stadtteilen aufzubauen und einen Zugang zu älteren Menschen in prekären Lebenslagen zu ge-winnen. Ist der Kontakt hergestellt, wird den Betroffenen eine kostenlose individuelle Hilfestellung zur Verbesserung ihrer Lebenssituation angeboten.

Die Koordinator/innen informieren zu Unterstützungsmöglichkeiten im pflegerischen, sozialen und hauswirtschaftlichen Bereich, unterstützen bei der Beantragung von gesetzlichen Leistungen oder einer Pflegestufe und vermitteln ehrenamtliche Besucher/innen aller Altersstufen. In die Fallarbeit werden insbesondere die Pflegestützpunkte und bezirklichen Seniorenberatungen, aber auch andere stadtteilbezogene Netzwerkpartner einbezogen.

Gegenwärtig wird das Projekt ausschließlich mit Spenden finanziert. Dies wird von den Projektver-treter/innen einerseits als mühsam, andererseits aber auch als Chance bewertet. Das Projekt bleibt dadurch nach ihrer Einschätzung flexibel und unabhängig und muss laufend in der Öffentlichkeit präsent sein. Durch die kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit wird zugleich die Bevölkerung in den Stadtteilen sensibilisiert, das Projekt und sein Inhalt bleiben im Gespräch. Zugleich steht das Projekt gegenüber privaten Spendern unter einem stetigen Rechtfertigungsdruck, was als Anreiz für ziel-orientiertes Handeln gewertet wird.

<p>Präventionsschwerpunkt: Adressierung sozialer Ungleichheit</p> <p>Das Angebot richtet sich gezielt an ältere Menschen, die von Armut betroffen sind und aus Scham oder Unkenntnis keine Unterstützung suchen, von Verwahrlosung bedroht sind oder wegen ihrer gesundheitlichen Situation ihre Wohnung nicht verlassen können. Das Projekt vermittelt kostenlos und zugehend Beratung, Unterstützung und Weitervermittlung an zuständige Institutionen.</p>
<p>Präventionsschwerpunkt: Adressierung eines spezifischen Settings</p> <p>Durch die Aktivierung der Nachbarschaft, von Hausmeistern, Akteuren im Stadtteil usw. wird ein Netzwerk aus professionellen Leistungsanbietern und ehrenamtlich Engagierten geknüpft. Ziel ist es, möglichst viele Menschen aus den jeweiligen Stadtteilen zu sensibilisieren.</p>
<p>Qualitätskriterium C1: Konzeption und Ausrichtung</p> <p>Vorangegangen war eine Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf von 2009, der zufolge mehr ältere Hamburger/innen als angenommen in prekären Zuständen leben und von Altersarmut, Isolation, Verwahrlosung und dramatischer Unterernährung betroffen sind. Zentrale Ziele des Projektes sind die Vermeidung von Einsamkeit und Verwahrlosung und dem Verlust der Würde älterer Menschen durch den Aufbau von Quartiersnetzwerken mit Fachleuten und Bürger/innen entgegenzutreten, sowie die Sensibilisierung der Bevölkerung. Die Aktion wird durch eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit, zielgerichtetes Fundraising und prominente Unterstützer/innen begleitet.</p>
<p>Qualitätskriterium C2: Qualitätsmanagement</p> <p>Zu Beginn erfolgte eine wissenschaftliche Begleitung durch die Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW). Inzwischen begleitet ein wissenschaftlicher Beirat das Projekt. Die öffentliche Präsenz des Projektes und das Einwerben von Spenden erfordern eine regelmäßige Qualitätssicherung. Die Professionalität der aus dem Gesundheitsbereich stammenden Koordinator/innen stärkt die Qualität des Projektes.</p>
<p>Qualitätskriterium C3: Zielgruppenbezug</p> <p>Zielgruppe sind ältere Menschen, die an der Armutsgrenze leben, einsam, krank und/oder pflegebedürftig sind.</p>
<p>Qualitätskriterium C4: Settingansatz und Multiplikatorenkonzept</p> <p>Die „Aktion Augen Auf!“ ist am Setting „Quartier“ orientiert. Hausmeister/innen werden im Rahmen eines regelmäßigen Hausmeisterfrühstücks sensibilisiert und aufgeklärt. Ein ehrenamtlicher Besuchsdienst ist mit einem wöchentlichen Stundenaufwand von zwei bis drei Stunden auch für berufstätige Freiwillige attraktiv. Mehrmals im Jahr findet der Kurs „Besuchs- und Begleitdienste für ältere Menschen“ statt, der sich, wie die regelmäßigen Stammtische, an neue Engagierte richtet.</p>
<p>Qualitätskriterium C5: Niedrigschwellige Arbeitsweise</p> <p>Verfolgt wird ein zugehender und niedrigschwelliger Ansatz. Bewohner/innen, Hausmeister/innen und Akteure eines Quartiers werden aufgerufen, die Koordinator/innen anzusprechen, wenn sie sich um eine ältere Person in ihrer Nachbarschaft sorgen. Die Aufgabe der Koordinator/innen besteht darin, das Vertrauen der Bewohner/innen in den Stadtteilen zu gewinnen. Ist das Vertrauen vor Ort erreicht, entstehen viele Kontakte über den „Schneeballeffekt“.</p>
<p>Qualitätskriterium C7: Integriertes Handlungskonzept</p> <p>Im Projektverlauf wurde in den Quartieren ein Netzwerk von regionalen Kostenträgern, Leistungserbringern, der Kommune, Besuchsdiensten, Nachbar/innen, Betroffenen und deren Angehörigen aufgebaut. Ziel ist u. a., Angebote der Leistungsanbieter im Stadtteil, auch anderer Wohlfahrtsverbände, neutral und fachübergreifend zu bündeln.</p>
<p>Qualitätskriterium C8: Nachhaltigkeit</p> <p>Seit Beginn des Projektes 2010 sind rund 800 „Fälle“ bearbeitet worden. Erforderlich sind Präsenz, Zeit (die Etablierung der Koordinator/innen vor Ort dauerte durchschnittlich ca. ein Jahr.), gute Fachlichkeit und Erfahrung. Die Verknüpfung von Hilfsangeboten und die breite Mobilisierung bzw. Sensibilisierung der Bevölkerung erzeugen einen hohen Grad an Unterstützung und Zustimmung.</p>

Weitere Projekte im Cluster Wohnen und Quartier

Chemnitz+ „Zukunftsregion lebenswert gestalten“ (Chemnitz/Sachsen)

Träger:	Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG)
Laufzeit:	seit 2009
Finanzierung:	Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Programms „Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen“
Kooperation:	mit ACX GmbH; ATB Arbeit – Technik und Bildung gGmbH; Begleitetes Wohnen e. V.; Chemnitzer Siedlungsgemeinschaft eG; IHD Institut für Holztechnologie Dresden gGmbH; Klinikum Chemnitz gGmbH; SFZ Förderzentrum gGmbH; Kommune Chemnitz (Sozialamt); TU Chemnitz; Wohnungsgenossenschaft „Fortschritt“ Döbeln eG; weitere regionale und nationale Transferpartner aus den Bereichen Politik, Sozial- und Gesundheitswirtschaft, Finanzwesen, Wohnungswirtschaft
Wissenschaftliche Begleitung:	ATB Arbeit – Technik und Bildung gGmbH; IHD Institut für Holztechnologie Dresden gGmbH; TU Chemnitz
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C7, C8, C9

Ziel des Projektes Chemnitz+ „Zukunftsregion lebenswert gestalten“ ist, dass ältere Menschen trotz körperlicher Einschränkungen in der vertrauten häuslichen Umgebung bleiben und dort selbstständig und selbstbestimmt leben können. Die Wohnung wird als zentraler Gesundheitsstandort gesehen, an dem Prävention, Rehabilitation und Pflege stattfinden, als Stätte der sozialen Lebensvollzüge und als zentraler Kommunikationsort. Die Wohnraumanpassung und die Vernetzung der Wohnung mit einer effektiven regionalen Dienstleistungsstruktur stehen im Zentrum der Aktivitäten, die sich in vier Projektsäulen gliedern: 1) Sensibilisierung und Befähigung relevanter Akteure der Gesundheits- und Dienstleistungsregion durch vernetzte Informations- und Kommunikationsstrukturen vor Ort. 2) Entwicklung, Gestaltung und Implementierung von Dienstleistungen in Serviceketten zur Erhaltung und Sicherung der sozialen Teilhabe und physischen Mobilität von Menschen in der Region. 3) Begleitung von erkrankten Menschen aus der stationären Betreuung zurück in ihr vertrautes Wohnumfeld. 4) Barrierefreie Gestaltung der Wohnung und Ausstattung mit technischen Assistenzsystemen zur Unterstützung von Gesundheit und Selbstständigkeit. Drei Arbeitsgruppen dienen als Plattformen für Kommunikation und aktorsübergreifende Vernetzung: Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit, Arbeitsgruppe Informations- und Arbeitsmaterialien und Arbeitsgruppe Überleitung. Über die Arbeitsgruppen und die Kooperation der unterschiedlichen Partner sollen mittelfristig finanzierbare Serviceketten und Geschäftsmodelle für eine zukunftsgerichtete gesundheitliche, mobile und soziale Versorgung in einer alternden Gesellschaft entwickelt werden.

Das Projekt erhielt den Anerkennungspreis im Rahmen der Vergabe des Sächsischen Altershilfepreises 2016.

Die besitzbare Stadt (Griesheim/Hessen)

Träger:	Stadt Griesheim; Fachbereich IV Soziales und Sport
Laufzeit:	seit 2011
Finanzierung:	Eigenmittel der Stadt Griesheim und der Evangelischen Hochschule Darmstadt. Spendenmittel (örtliche Unternehmen, Gruppen und Vereine sowie Privatpersonen) und Sponsoren (Vereinigte Volksbank Griesheim-Weiterstadt, Stiftung Flughafen Frankfurt/Main, Stadt- und Kreissparkasse Jubiläumsstiftung, Lionsclub Darmstadt-Castum, Stadt- und Kreissparkasse Darmstadt, HSE Stiftung, Barmer Ersatzkasse)
Kooperation:	Seniorenbeirat; Wohlfahrtskommission; örtliche Parteien; Kirchengemeinden; Griesheimer Senior/innen; Vereine; Verbände der freien Wohlfahrtspflege; drei Unternehmen aus Kiel, Hannover und Winnenden (Produktentwicklung Sitzgelegenheiten)
Wissenschaftliche Begleitung:	Evangelische Hochschule Darmstadt
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C6, C8

In dem Projekt „Die besitzbare“ Stadt wurde für die hessische Stadt Griesheim ein Sitzkonzept erarbeitet und umgesetzt. Auf Initiative einer Kooperationsgemeinschaft verschiedener Akteure der Stadt und zusammen mit älteren Menschen sowie der Hochschule Darmstadt wurde ein Plan entwickelt, um an strategischen Wegen und Orten der Stadt Sitzgelegenheiten aufzustellen. Objekte zum (Kurzzeit-)Sitzen wurden an ausgewählten Orten installiert mit dem Ziel, die Aufenthaltsqualität des öffentlichen Raumes für ältere Menschen zu verbessern. Die Umsetzung verlief in drei Phasen: 1) Identifikationsphase: Identifikation wichtiger Orte und Wege für ältere Menschen gemeinsam mit sachkundigen Bürger/innen (aus Vereinen, Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbänden, Seniorentreffs, Frauentreffs usw.) und Hochschule. 2) Konkretisierungsphase: Abgleich mit vorhandenen Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum. Prüfung der Umgestaltungsmöglichkeiten von Straßen und Plätze. Produktentwicklung für Kurzzeit-Sitzen (mangels geeigneter Produkte auf dem Markt) durch Unternehmen. 3) Umsetzungsphase: Umgestaltung des öffentlichen Raumes. Evaluation durch Griesheimer Bürger/innen.

Teilnahme am Wettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016. Teilnahme am Deutschen Alterspreis 2015. 2. Platz beim Hessischen Demographiepreis 2014.

Lebensort Vielfalt (Berlin)

Träger:	Schwulenberatung Berlin gGmbH
Laufzeit:	seit 2012
Finanzierung:	Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin; Stiftung Deutsches Hilfswerk („Ein Platz an der Sonne“); private und öffentliche Kredite; Spenden und Sponsoring
Kooperation:	Pflegedienst CuraDomo
Wissenschaftliche Begleitung:	Alice Salomon Hochschule Berlin (Evaluation im Rahmen des Forschungsprojektes GLESA – „Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Selbstbestimmung im Alter – Milieusensibles und selbstbestimmtes Wohnen im Alter als Beitrag innovativer kommunaler Altenhilfe?“)
Präventionsschwerpunkt:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt, geschlechtsspezifische Ungleichheit
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C8

„Lebensort Vielfalt“ ist ein Projekt des Netzwerks „Anders Altern“, das Wohn-, Pflege-, Beratungs- und Freizeitangebote für ältere homosexuelle Männer organisiert. 2012 wurde das generationenübergreifende Wohnhaus, das sich vor allem, aber nicht ausschließlich, an homosexuelle Ältere richtet, in Berlin Charlottenburg eröffnet. Etwa 60% der Bewohner/innen sind schwule Männer über 55, rund 20% sind Frauen und weitere 20% sind jüngere schwule Männer. Insgesamt verfügt das Haus über 24 Wohnungen unterschiedlicher Größe. Die kleineren Wohnungen haben einen reduzierten Mietpreis und sind für Menschen mit geringem Einkommen vorgesehen. Zusätzlich beherbergt das Gebäude ein Restaurant mit Veranstaltungsbetrieb („Wilder Oscar“), eine Ausleihbibliothek, Büros der Schwulenberatung Berlin sowie eine betreute Wohngemeinschaft für schwule Männer mit Pflegebedarf. In der WG leben Männer mit einer demenziellen Erkrankung zusammen mit anderen, die z. B. infolge einer HIV-Erkrankung oder eines Schlaganfalls pflegebedürftig geworden sind. Um die pflegerische Versorgung der Bewohner zu gewährleisten, kooperiert die Schwulenberatung Berlin mit einem externen Pflegedienst. Gezielt wurden vorwiegend homosexuelle, männliche Pfleger eingestellt, um Akzeptanz und Verständnis für die Bedarfe der Pflegebedürftigen zu ermöglichen.

Der „Lebensort Vielfalt“ wurde mit dem Deutscher Bauherrenpreis Modernisierung 2015 ausgezeichnet.

Stadtteilanalyse Weinheim-West (Weinheim/Baden-Württemberg)

Träger:	Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis (Gesundheitsamt)
Laufzeit:	2013–2014
Finanzierung:	Haushaltsmittel der kommunalen Gesundheitskonferenz KGK
Kooperation:	Amt für Soziales, Jugend, Familie und Senioren der Stadt Weinheim; Kreisrat; Psychiatrisches Zentrum Nordbaden; Stadtseniorenrat Weinheim; Deutsches Rotes Kreuz; Compass Pflegeberatung; aktive Bürger/innen aus dem Stadtteil (insbesondere Mitglieder des runden Tisches Demographie, Mitglieder eines Stadtteilvereins sowie ehrenamtlich engagierte Personen)
Wissenschaftliche Begleitung:	Pädagogische Hochschule Heidelberg (BA Gesundheitsförderung), Universität Heidelberg (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung)
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C6, C7, C8, C9

In der Stadtteilanalyse Weinheim-West wurde der Frage nachgegangen, wie ein Stadtteil gestaltet sein muss, um seinen älteren Bürger/innen möglichst lange ein selbstständiges Leben im Alter zu ermöglichen. Das Projekt beinhaltete kartografische Darstellungen der Alters- und Infrastruktur im Stadtteil, eine intensive Netzwerkarbeit vor Ort, Stadtteilbegehungen sowie qualitative Interviews mit zurückgezogen lebenden älteren Menschen. Die Stadtverwaltung in Weinheim sprach mit den Bürger/innen als „Expert/innen vor Ort“. Im Stadtteil entstanden neue ehrenamtliche Initiativen, z. B. Sitzbankspenden oder Bustrainings für Rollatornutzer/innen. Mittlerweile werden in weiteren Weinheimer Stadtteilen Begehungen geplant. Die strategische Planung der Analyse erfolgte in der Arbeitsgruppe „Altersfreundliche Kommune – Stadtteilanalyse Weinheim-West“. Die Aktivitäten wurden durch das Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises und das Amt für Soziales, Jugend, Familie und Senioren der Stadt Weinheim koordiniert. Bausteine der Analyse waren 1) Untersuchung und Dokumentation der demografischen und soziostrukturellen Gegebenheiten, 2) Stadtteilbegehungen, 3) Netzwerkarbeit, 4) Pilotgesundheitsdialog. Aus den Ergebnissen der Stadtteilanalyse gingen u. a. folgende Aktivitäten hervor: ein Bustraining für Rollatornutzer/innen, fünf Bänke (gespendet durch Vereine und Parteien), erste bauliche Maßnahmen in der Weinheimer Weststadt zum Abbau von Barrieren.

In der Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit ist das Projekt in den Bereichen integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Settingansatz, Innovation/Nachhaltigkeit als Good Practice gekennzeichnet.

4.2.6 Cluster Integrierte Konzepte

Demografielinitiative Kreis Euskirchen (Kreis Euskirchen/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	Kreis Euskirchen (Geschäftsbereich IV Bauen, Umwelt, ÖPNV und Abfall)
Laufzeit:	seit 2007
Finanzierung:	kommunale Mittel; Eigenmittel des Kreissportbundes Euskirchen (Pedelec-Schulungen); Beteiligung der Kreissparkassen-Bürgerstiftung an der „Aktionswoche der Generationen“; Fördermittel, z. B. Programm LEADER (EU-Mittel), Förderung Elektromobilität, Programm „Kommunales Mobilitätsmanagement“ in Nordrhein-Westfalen
Kooperation:	mit diversen Akteuren aus Kommunalpolitik und -verwaltung; Aktionswoche der Generationen: Koordination durch Zentrales Informationsbüro Pflege (Z.I.P.) und Pflegestützpunkt; Entwicklung generationsübergreifender Projekte: Schulen, Kindergärten, Pflegeeinrichtungen, Tagespflegestätten, ambulante Pflegedienste; Pedelec-Schulungen: Kreissportbund Euskirchen, ortsansässige Firmen (Movelov & EifelOnBike)
Präventionsschwerpunkte:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C5, C7, C8, C9

Um den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen, hat der Kreis Euskirchen 2007 seine „Demografielinitiative“ gestartet. In Arbeitsgruppen und Workshops wurde ein Handlungskonzept mit sechs Handlungsfeldern formuliert. Das Konzept dient als Grundlage für die Umsetzung zahlreicher Projekte im Kreis Euskirchen, vor allem im Fachbereich Mobilität.

Drei (z. T. bereits abgeschlossene) Projekte, die aus der Demografielinitiative entsprungen sind:

- 1) „Aktionswoche der Generationen“: Zur Verstetigung eines nachhaltigen Generationendialogs wird ein Veranstaltungskalender zusammengestellt und kreisweit verteilt. Während der seit 2011 jährlich im Spätsommer durchgeführten Aktionswochen der Generationen finden regelmäßig über 40 generationenübergreifende Veranstaltungen statt, die auf unterschiedliche Weise den Zusammenhalt der Generationen thematisieren. Darunter sind auch Bewegungsspiele, gemeinsame Spaziergänge („3.000 Schritte extra“), Ausflüge oder ein „sportlicher Generationentag“. So soll das Verständnis für die Belange, Wünsche und Probleme der anderen Generation(en) wachsen und Vereinsamung von älteren Menschen entgegengewirkt werden. Im Rahmen der jährlichen Evaluation wurde festgestellt, dass während der bisherigen Aktionswochen viele generationenübergreifende und nachhaltige Kooperationen und Kontakte entstanden sind (beispielsweise zwischen Kindergärten, Schulen und Pflegeeinrichtungen).
- 2) „Pedelec-Schulungen für Senioren“: Der Kreissportbund Euskirchen veranstaltete im Rahmen des Projektes „Kommunales Mobilitätsmanagement für Senioren im Kreis Euskirchen“ in Kooperation mit dem Kreis und zusammen mit einem Pedelec-Verleih und einer Tourenguidefirma 2012 und 2013 insgesamt sechs Pedelec-Schulungen für Senior/innen. Mithilfe einer Sicherheitseinweisung konnten sich die Teilnehmenden mit dem Pedelec vertraut machen. Durch Kooperationspartner wurden pro Tour 20 Pedelects sowie zwei Guides zur Verfügung gestellt. Die Touren wurden jeweils von Mitarbeiter/innen des Kreissportbundes bzw. des Kreises Euskirchen begleitet.

3) „thürneMobil“ – Dorfauto mit ehrenamtlichen Fahrer/innen: Hintergrund dieses Projektes ist die Lage von sieben Dörfern im Bereich des Thürne-Bergs im Bad Münstereifeler Höheengebiet. Die Idee zum „thürneMobil“ – bestehend aus „thürneDorfauto“ und „thürne-Dorfhüpfer“ (Dorfauto mit ehrenamtlichem/r Fahrer/in) – entstand im Zuge einer Dorfwerkstatt und soll die Mobilität der älteren Menschen in den Dörfern verbessern. Die Umsetzung erfolgte als eines von fünf Modellprojekten im Rahmen des LEADER-Projektes „Eifel mobil“. Für eine einjährige Testphase bekam der örtliche Bürgerverein „Dörfergemeinschaft am Thürne e. V.“ von den Projektpartnern kostenfrei ein Elektroauto zur Verfügung gestellt und organisierte mit zwölf jüngeren ehrenamtlichen Fahrer/innen den Fahrdienst. „thürneDorfauto“ und „thürne-Dorfhüpfer“ wurden vor allem von älteren Menschen genutzt und stellten ein Angebot in Ergänzung zum öffentlichen Personennahverkehr dar. Am 24.04.2015 musste das Fahrzeug wieder abgegeben werden.

2. Platz unter den Landkreisen für das Gesamtkonzept im Rahmen des Bundeswettbewerbes „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016. Die Aktionswoche wurde im Ideenwettbewerb „Land der demografischen Chancen“ 2013 als ein innovatives Projekt zur Lösung der demografischen Herausforderungen ausgezeichnet.

Demografie-Projekt Havelland (Landkreis Havelland/Land Brandenburg)

Träger:	Landkreis Havelland (Amt für Kreisentwicklung und Wirtschaft)
Laufzeit:	seit 2013
Finanzierung:	Förderung der Robert Bosch Stiftung (2011–2014); Beiträge der Kooperationspartner in Fonds
Kooperation:	Stadt Nauen; Stadt Falkensee; Stadt Rathenow; Amt Nennhausen; Amt Rhinow; Amt Friesack; Havelland Kliniken Unternehmensgruppe; darüber hinaus projektbezogene Kooperationen mit verschiedenen lokalen Akteuren (z. B. Vereine, Verbände, Ehrenamtliche, Stiftungen, AOK Nordost)
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C4, C5, C7, C8, C9

Mit dem Demografie-Projekt sollten die Vorteile eines gemeinschaftlichen und verwaltungsübergreifenden Handelns erkannt und die Lebensbedingungen der Älteren durch konkrete lokale Lösungsansätze nachhaltig verbessert werden. Über einen Demografie-Fonds, in den die Kooperationspartner einzahlen, werden lokale Projekte initiiert, die in den einzelnen Modellregionen realisiert und anschließend mit Akteuren vor Ort verstetigt werden. Das Demografie-Projekt bildet ein lernendes System, d. h., neue Ideen werden entwickelt und bewährte Ansätze werden adaptiert, um konkrete Einzelvorhaben umzusetzen und Synergien zu bilden. Mit flexiblen und spezifischen Handlungskonzepten sollen nachhaltige Anpassungsstrategien entwickelt werden. In den Bereichen „Gesundheit & Pflege“, „Mobilität“ sowie „Wohnen und Wohnumfeld“ werden Handlungskonzepte und Strategien entwickelt.

Aus dem Demografie-Fonds geförderte Projekte:

- 1) Sturzprävention in Nauen: Kooperationsprojekt zwischen der AOK Nordost und der Stadt Nauen zur Minderung des Sturzrisikos von Älteren. Ausbildung von Trainer/innen durch die Krankenkasse. Bis Ende 2013 erfolgten Einzelvereinbarungen mit 16 Sportgruppenleiter/innen. Ausbildung in Kooperation mit bestehenden Sportgruppen.

- 2) Schulungsserie „Gesundheit und Pflege“: Projekt der Begegnungsstätte „Mieterinsel Nennhausen“ zu Themen wie „Wohnen im Alter“, „Pflege in der Familie“ oder „Vorsorgerecht und Patientenverfügung“. Expert/innen (z. B. von Sozialamt, Pflegestützpunkt, Diakonisches Werk, Wohnraumanpassungsberatung, Demenzberatungsstelle, Sanitätshaus) informieren zum Thema. Das Basiskonzept der Schulungsserie besteht aus sechs unterschiedlichen Modulen, die in den vier amtsangehörigen Gemeinden des Amtes Nennhausen durchgeführt werden. Ein wichtiger Aspekt des Projektkonzeptes ist die Durchführung der Schulung an unterschiedlichen Orten im ländlichen Raum (Erreichbarkeit). Die Schulungsserie ist eine kostenlose Veranstaltungsreihe für alle Bürger/innen. Im Vordergrund stehen die Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema „Pflege“.
- 3) Familiencafé Falkenhorst/Falkensee: In Kooperation mit den örtlichen Wohnungsunternehmen und dem Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) wurde ein generationenübergreifendes Familiencafé eingerichtet. Die Gestaltung des nahen Bewegungsparks ist Bestandteil des Projekts. Die Partner haben einen Nutzungsvertrag über 20 Jahre geschlossen, der eine anteilige Übernahme der Betriebskosten durch die Wohnungsunternehmen regelt. Gleichzeitig wird das Haus dem ASB kostenfrei zum Betreiben des Familiencafés zur Verfügung gestellt. In einem Vertrag zwischen der Wohnungsgenossenschaft Falkenhorst (WGF) und der Stadtverwaltung wird für zehn Jahre die Aufstellung und Wartung der Geräte im Bewegungspark geregelt.

Das Demografie-Projekt Havelland hat den 1. Platz unter den Landkreisen für das Gesamtkonzept im Rahmen des Bundeswettbewerbes „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016 erhalten.

GeriNet Leipzig (Leipzig/Sachsen)

Träger:	HELIOS Geriatriezentren GmbH
Laufzeit:	seit 2009
Finanzierung:	zwischen 2011 und 2015 Förderung durch das Sächsische Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Finanzierung der 1,5 festen Stellen durch eine Mischfinanzierung. Weitere zusätzliche Anträge auf Drittmittel (z. B. beim BMBF) werden gestellt.
Kooperation:	ca. 250 aktive Netzwerkpartner in Leipzig
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C7, C8

Das GeriNet Leipzig verfolgt im Landkreis Leipzig im pflegerisch-medizinischen Bereich den Aufbau vernetzter gesundheitlicher Versorgungsstrukturen für hochaltrige Menschen und geriatrische Patient/innen. Über diese Struktur werden Versorgungsbedarfe identifiziert, eine trägerneutrale, individuelle Beratung mit Hinterlegung von Beratungsstandorten angeboten und regionale Versorgungspfade für einen leichteren Zugang und eine Zuordnung von Patient/innen etabliert („zur rechten Zeit am rechten Ort“). Damit sollen eine Entbürokratisierung von Versorgungsabläufen ermöglicht und Doppeluntersuchungen bzw. überflüssige Krankenhauseinweisungen verhindert werden. In regionalen Arbeitsgremien (AG) bearbeiten verschiedene Netzwerkpartner praxisrelevante Themen, um Defizite in der geriatrischen Versorgung aufzudecken und systematisch zu beheben. Das GeriNet Leipzig arbeitet mit Expert/innen aus verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungssektoren zusammen. Patient/innen werden anhand eines 3-Säulen-Prinzips (regionaler Versorgungspfad, Behandlungspfad, Beratungspfad) versorgt. Weitere Elemente sind ein Case- und Care-Management in Haus- und Facharztpraxen sowie das Erstellen einer umfassenden Projektdatenbank mit allen bereits bestehenden Projekten und Aktivitäten in der geriatrischen Versorgung.

Gesund und aktiv älter werden (Stuttgart/Baden-Württemberg)

Träger:	Landeshauptstadt Stuttgart (Amt für Sport und Bewegung)
Laufzeit:	seit 2012
Finanzierung:	kommunale sowie Landes-/Bundesmittel; Spenden; Stiftungsgelder
Kooperation:	Sozialamt; Amt für Stadtplanung und Stadterneuerung; Tiefbauamt; Landesgesundheitsamt (Zentrum für Bewegungsförderung); runder Tisch zur Bewegungsförderung Älterer (übergeordnetes Gremium aus Experten des sozialen, medizinischen und Sportsektors der Landeshauptstadt Stuttgart); Apotheken in den jeweiligen Stadtteilen; div. lokale Sportvereine
Präventionsschwerpunkte:	soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C4, C5, C6, C7, C8, C9

Gesundheitsförderung und Prävention sind Leitziele der Landeshauptstadt Stuttgart. Bewegungsförderung älterer Menschen ist eines von zwölf Handlungsfeldern der Sportentwicklung in Stuttgart. Konzeptionelles Dach ist der Stuttgarter Aktionsplan zur Bewegungsförderung, der mit dem „Runden Tisch zur Bewegungsförderung älterer Menschen“ entwickelt und unter Federführung des Amts für Sport und Bewegung im Rahmen des „Fit ab 50“-Programms umgesetzt wurde. Die Gesundheitskonferenz Stuttgart bildet die übergreifende Struktur im Bereich Bewegungsförderung älterer Menschen mit dem Ziel der Entwicklung und Umsetzung einer kommunalen Gesamtstrategie zur Förderung der Gesundheit unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Der „Runde Tisch zur Bewegungsförderung Älterer“ bildet ein Steuerungsgremium, das gleichzeitig thematischer Arbeitskreis der Gesundheitskonferenz und der partizipativen Altersplanung ist. Die Entscheidungen des runden Tisches werden durch das Amt für Sport und Bewegung in die lokalen Netzwerke der Stadtbezirke getragen, welche wiederum als Motor für die Umsetzung fungieren sollen. Drei Maßnahmenfelder stehen im Zentrum: 1) Information über vorhandene Bewegungsangebote; 2) Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung rund um das Thema „Bewegung im Alter“; 3) Initiierung niederschwelliger Angebote, z. B. „Bewegte Apotheke“ (Bewegungsangebote vor Apotheken).

Beispiele für Teilprojekte:

- 1) Bewegungsförderung für Ältere – „Fit ab 50“: Bewegungsförderungsprogramm für Ältere mit einem stadtteilorientierten Ansatz. Aufstellung von Bewegungsgeräten im öffentlichen Raum; Broschüre, die Bewegungsangebote übersichtlich darstellt; Bürgerforen und Aktionstage in ausgewählten Stadtteilen sowie Maßnahmen zur Stärkung der Bewegungskompetenz („Bewegte Apotheke“).
- 2) Soziale Stadt Neugereut – Mobilität und Bewegungsförderung für Senior/innen: Verbindung der Mobilitäts- und Bewegungsförderung älterer Menschen in dem Soziale-Stadt-Gebiet Neugereut. Seit 2014 Netzwerk runder Tisch „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Stadtteil. Konkrete Umsetzungen: Masterplan Grün- und Freiflächenkonzept Neugereut, Bewegungsparcours für Erwachsene sowie Informationsangebote, Bürgerforen und ein Markt der Möglichkeiten.
- 3) „Heslach im Blick“ – Barrierefreiheit und Mobilität im öffentlichen Raum: Gründung der Arbeitsgruppe „Barrierefreiheit und Mobilität im öffentlichen Raum“ mit jungen Eltern, Rollstuhlfahrer/innen und Senior/innen. Regelmäßige Begehungen des Stadtteils, bei denen Barrieren, z. B. hohe Bordsteinkanten, kurze Ampelphasen sowie zu kurze Haltezeiten von Bussen und Bahnen, identifiziert und dokumentiert werden. Außerdem werden Videos zur Hauptverkehrszeit gedreht und Befragungen und Beobachtungen an Zebrastreifen durchgeführt sowie ca. 30 Sitzbänke an ausgesuchten Standorten im Stadtteil aufgestellt.

Die Intervention „Gesund und aktiv älter werden“ hat den 2. Platz unter den kreisfreien Städten für das Gesamtkonzept im Rahmen des Bundeswettbewerbes „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016 erhalten.

Gesundheits- und Pflegenetzwerk (Plettenberg/Nordrhein-Westfalen)

Träger:	Stadt Plettenberg
Laufzeit:	seit 2013
Finanzierung:	Förderung durch Bundesministerium für Bildung und Forschung zwischen 2013 und 2015, seitdem weitergeführt durch die Kommunen
Kooperation:	Aufbau durch TU Dortmund in Kooperation mit der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e. V.
Wissenschaftliche Begleitung:	TU Dortmund
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C7, C8

Ziele des Netzwerks sind die Vernetzung relevanter Akteure, die Optimierung von Abläufen, die Sicherstellung der Versorgung sowie die Bündelung von Informationen über vorhandene Angebote insbesondere für ältere Menschen in der Region. Die Aktivitäten stehen unter dem Motto: „Gemeinsam für mehr Lebensqualität“. Das Gesundheits- und Pflegenetzwerk bietet relevanten Akteuren den Rahmen zum Austausch und zur professionsübergreifenden Kooperation auf Augenhöhe. Dank guter Resonanz gelingt es, zahlreiche wichtige (sowohl haupt- als auch ehrenamtliche) Institutionen einzubinden. Das Netzwerk gliedert sich in zwei Steuerkreise sowie drei runde Tische mit den Schwerpunkten „Zufrieden zu Hause – gegen Einsamkeit und Isolation im Alter“, „Begleiten beim Vergessen - Angebote zur Demenzversorgung“ und „Brücken nach Hause - Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung“, die jeweils weitere Projektgruppen beinhalten. Erste konkrete Ergebnisse der Arbeit sind die Ende 2014 vorgestellten Handlungsempfehlungen (mit dem Ziel der Stärkung der kommunalen Gesundheits- und Pflegestrukturen), der Wegweiser „Gut informiert älter werden in Plettenberg und Herscheid“ und das Demenz-Netzwerk Plettenberg-Herscheid. Dem Steuerkreis des Netzwerkes gehören die Bürgermeister von Plettenberg und Herscheid, der Koordinator Pflegeberatung des Märkischen Kreises, die Demografiebeauftragte der Stadt Plettenberg, die Leiterin der Freiwilligenzentrale Plettenberg, die Sozialdienstleitung, die Kämmerin und die Beauftragte für altengerechte Quartiersentwicklung Herscheid sowie eine Leiterin eines Altenpflegeheims, eine Krankenhausvertretung und ein ehrenamtlicher Berater an.

Prävention bei Hochbetagten in der Kommune (Rödental/Bayern)

Träger:	Stadt Rödental
Laufzeit:	seit 2009
Finanzierung:	Grundfinanzierung zu je einem Drittel durch die Kommune Rödental, das Bayerische Gesundheitsministerium und das Bayerische Sozialministerium. Teilprojekte auch durch Spenden, Preisgelder, teilweise Teilnehmergebühren für Seniorenfitnessstudio und „Häusliche Hilfen“.
Kooperation:	Allgemein: Kommunalverwaltung; Wohnungsbaugesellschaft des Landkreises Coburg; ehrenamtlich tätige Bürger; 1) Teilprojekt Seniorenfitnessstudio: AWO Seniorenheim; 2) Teilprojekt Präventive Hausbesuche: Rödentaler Hausärzte
Wissenschaftliche Begleitung:	Hochschule Coburg
Präventionsschwerpunkte:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C7, C8

Schwerpunkt des Projektes ist die Gesundheitsprävention für ältere Menschen über 65, insbesondere für Hochaltrige, durch Fitnesstraining und aufsuchende ehrenamtliche Arbeit. Hochbetagten soll Bewegungsselbstständigkeit weiterhin ermöglicht werden. Das Projekt fasst mehrere Einzelprojekte Rödentals zusammen: 1) Seniorenfitnessstudio mit Sportgruppen, Galileo-Kursen, Gruppen für Sturzprophylaxe; 2) Präventive Hausbesuche – Risikoindikatorenerkennung – Verhinderung unnötiger stationärer Einweisungen; 3) „Häusliche Hilfen“ – häusliche Versorgung von Hochbetagten mit motorischem Training. Die Unterstützung individueller Selbstständigkeit bis ins hohe Alter findet zudem ihre Entsprechung in einer seniorenrechtlichen Gestaltung des Stadtraumes. Auf Basis einer partizipativ angelegten Bedarfsanalyse wird der öffentliche Raum in der Kommune zunehmend barrierefrei gestaltet – beispielsweise durch die Beseitigung von „Stolperfallen“, die farbliche Markierung von Stufen, die Einrichtung einer geeigneten Straßenquerung im Stadtzentrum, abgesenkte Bürgersteige, Fahrbahnverengungen und Geschwindigkeitsbegrenzungen, Einbau selbst öffnender Türen an Geschäften und die Verbesserung des Rödentaler Stadtbus-Konzeptes (Anschaffung neuer Busse, Veränderung der Schriftgröße von Fahrplänen etc.).

Teilprojekte:

- 1) Seniorenfitnessstudio: Seit 2004 werden in einem Pflegeheim Kurse für Senior/innen (Sportgruppen, Galileo-Kurse, Gruppen für Sturzprophylaxe) in zwei Fitnessräumen angeboten. Das größere Studio ist mit seniorenrechtlichen Übungsgeräten ausgestattet, an denen unter anderem Gehen, Wiedererlangen von Kraft und Koordination nach Schlaganfällen, Sturzprävention und allgemeine Steigerung von Muskelleistung und Muskelkraft trainiert werden. Teil dieses Einzelprojektes ist zudem das im Jahr 2009 entwickelte kommunale Programm „Fit für den Alltag!“. Jüngere Senior/innen – mittlerweile rund 130 Personen – besuchen nach einer entsprechenden Ausbildung sturzgefährdete und/oder schon einmal gestürzte Hochaltrige in ihrem Zuhause und führen hier mit ihnen für die Dauer von zehn Wochen Gleichgewichts- und Kraftübungen durch. Hauptziel des Programms „Fit für den Alltag!“ ist es, (weitere) Stürze bei älteren Menschen zu vermeiden und dadurch einen Beitrag für ein selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden zu leisten. Nach einer zehnwöchigen Übungsphase wird das Einzeltraining in einer Gruppe weitergeführt. Bei Bedarf steht den Teilnehmenden ein Fahrdienst zur Verfügung.
- 2) Präventive Hausbesuche – Risikoindikatorenerkennung – Verhinderung unnötiger stationärer Einweisungen: Geschulte Ehrenamtliche sammeln im Rahmen von Hausbesuchen bei Hoch-

altrigen Gesundheitsdaten und informieren bei Gefahr bzw. einer Gesundheitsverschlechterung den/die jeweilige/n Hausarzt/in.

- 3) „Häusliche Hilfen“ – häusliche Versorgung von Hochbetagten mit motorischem Training: 17 Mitarbeiter/innen versorgen etwa 60 Hochbetagte auf Anfrage und gegen Bezahlung zu Hause und kombinieren hierbei häusliche Versorgung mit motorischem Training. Ziel der präventiven Hausbesuche ist die Verhinderung von unnötigen stationären Einweisungen.

Die „Prävention bei Hochbetagten in der Kommune“ hat den 3. Platz unter den kreisangehörigen Kommunen für das Gesamtkonzept im Rahmen des Bundeswettbewerbes „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016 erhalten.

Wi helpt di (Dötlingen/Niedersachsen)

Träger:	Gemeinde Dötlingen (Sozialamt)
Laufzeit:	seit 2012
Finanzierung:	kommunale Mittel; Sponsoren und Spendengelder
Kooperation:	vor allem Bürger/innen der Gemeinde; Politiker/innen aller Fraktionen; andere Verwaltungsbereiche; Vereine und gemeindenaher Einrichtungen
Wissenschaftliche Begleitung:	Institut für partizipatives Gestalten (IPG)
Präventionsschwerpunkt:	Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C4, C6, C7, C8

2012 initiierte die Gemeinde einen breiten Beteiligungsprozess mit Bürger/innen, Politiker/innen, Verwaltung sowie Vereinen und Einrichtungen zum Thema Zukunft der Gemeinde und Generationengerechtigkeit. Der Prozess wurde durch das Institut für partizipatives Gestalten (IPG) begleitet. Ein Arbeitskreis aus ca. 50 Bürger/innen erarbeitete zu den Themen „Wohnen und Leben im Alter in der Gemeinde Dötlingen“ verschiedene Vorschläge. Daraus entstand das Konzept „wi helpt di“ mit den drei Säulen „Nachbarschaft leben“, „Wohnen gestalten“, „Pflege organisieren“. Zur Koordination der Maßnahmen stellte die Gemeinde Dötlingen für die Dauer von zwei Jahren eine Halbtagskraft ein. Zur Umsetzung der Angebote wurden der „wi helpt di“-Verein und die „wi helpt di“-Genossenschaft gegründet, die sich jeweils eigenverantwortlich um spezifische Aufgaben kümmern. Der Verein wi helpt di e. V. ist die zentrale Anlaufstelle und organisiert Unterstützung im Alltag (z. B. bei der Gartenarbeit, Mitfahrgelegenheiten, beim Einkauf) und Teilhabeangebote. Die ehrenamtlichen Hilfeleistungen werden durch Mitglieder des „wi helpt di“-Vereins erbracht, der (Stand September 2015) 95 Mitglieder aufweist, und können nur von Vereinsmitgliedern in Anspruch genommen werden (tw. mit Aufwandspauschale). Geplant ist ein Tauschsystem mit einer fiktiven Zeiteinheit (Dötlinger Stunde) als „Währung“, um nachbarschaftliche Hilfen zu vergüten.

Ein weiteres Projekt ist „Dötlinger Bank – nimm mich mit“. Dötlinger Bänke sind markierte Bänke für Bürger/innen, die eine Mitfahrgelegenheit suchen (September 2015: zwei Standorte in der Gemeinde). 2015 fand außerdem die Umgestaltung eines Kinderspielplatzes zu einem Mehrgenerationenspielplatz im Rahmen der „72-Stunden-Aktion“ der Niedersächsischen Landjugend statt. Zur Aktion gehörte die Akquise des Baumaterials, der Pflanzen und der Outdoor-Fitnessgeräte als Spenden von (ortsansässigen) Firmen. Der „wi helpt di“-Verein bietet zu festen Terminen einen gemeinsamen Spaziergang durch das Dorf zum neuen Mehrgenerationenspielplatz an, der mit einer „Spiel- und Klönrunde“ beendet wird (neben Bewegung auch Förderung des sozialen Miteinanders). Im Bereich „Wohnen gestalten“ arbeitet die „wi helpt di“-Genossenschaft z. Zt. an ihrem ersten Wohnprojekt,

das in Dötlingen nachbarschaftliches Zusammenleben ermöglichen soll. Die Genossenschaft berät zudem Menschen, die ihr Haus/ihre Wohnung barrierefrei gestalten möchten.

1. Platz unter den kreisangehörigen Kommunen für das Gesamtkonzept im Rahmen des Bundeswettbewerbes „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ 2015/2016.

4.2.7 Cluster Besondere Zielgruppe „Langzeitarbeitslose“

Alpha 50+ (Halle/Sachsen-Anhalt)

Träger:	INQUA Arbeitstherapeutische Beschäftigungsgesellschaft gGmbH
Laufzeit:	2010–2015
Finanzierung:	Jobcenter Halle; Mittel aus dem Bundesprogramm „Perspektive 50plus“
Kooperation:	Euro-Schulen Halle (ESO); Kompetenzteam des Jobcenters Halle (Saale); div. Praktikumsbetriebe
wissenschaftliche Begleitung:	Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung (isw) Halle
Präventionsschwerpunkte:	Soziale Ungleichheit, Setting/Lebenswelt
Qualitätskriterien:	C1, C2, C3, C4, C6, C7, C8, C9

Das Teilprojekt „Alpha 50+“ war dem „Kompetenzteam Perspektive 50plus“ angegliedert. Im Fokus standen Langzeitarbeitslose ab 50 Jahren, die durch multiple Vermittlungshemmnisse einen erschweren Zugang zum Arbeitsmarkt haben und der besonderen Förderung bedürfen. Dazu zählen insbesondere körperlich und seelisch Behinderte, psychisch Kranke sowie Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Das Projektleitbild beinhaltet eine auf Nachhaltigkeit und Ganzheitlichkeit basierende Arbeitsweise innerhalb des Förder- und Vermittlungsprozesses, die die individuelle Spezifik der Arbeitssuchenden berücksichtigt sowie informativ und integrativ wirkt. Unter dieser Prämisse wurden im Projekt bewusst gesundheitsrelevante, berufspraktische sowie soziale Aktivitäten im Integrationsprozess miteinander kombiniert. Zu den gesundheitsrelevanten Angeboten gehörten Sport- und Bewegungsmodule, gesunde und ausgewogene Nahrungsangebote sowie Workshops zum Thema gesunde Lebensführung. Gemeinsam mit den Teilnehmer/innen wurden in persönlichen Gesprächen die individuellen Fähigkeiten und Stärken festgestellt und passende Vermittlungsstrategien erarbeitet. Diese orientierten sich an den persönlichen, fachlichen und sozialen Kompetenzen der Teilnehmenden. Das intensive Coaching wurde für eine zielgerichtete personenbezogene Entwicklung und die angestrebte Integration genutzt. Die Teilnehmer/innen von ALPHA 50+ rekrutierten sich aus den Personen, die durch das Jobcenter dem Beschäftigungspakt „Jahresringe“ zugeteilt wurden. In Absprache mit der zuständigen Integrationsfachkraft trafen die Langzeitarbeitslosen eine freiwillige Entscheidung, ob sie an den Angeboten von ALPHA 50+ teilnehmen wollten. War diese Entscheidung getroffen, galt sie als bindend.

Die Gesamtkapazität von ALPHA 50+ betrug 60 Plätze. Das Jobcenter Halle (Saale) wählte die Teilnehmer/innen aus und informierte sie umfassend über die Bestandteile und Chancen des Projektes. Die Teilnahme war freiwillig. Die Teilnehmenden durchliefen vier Phasen (1. Erfassung ihrer Schlüsselqualifikationen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Erstellung eines individuellen Aktions- und Integrationsplanes; 2 und 3. Arbeiterprobung und Praktika mit eingebetteter Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten; 4. abschließende individuelle Fallbesprechung mit Anschlussempfehlung). Die Phasen zwei bis vier mussten dabei nicht immer nacheinander ablaufen, sondern konnten auch ineinandergreifen. Die Betreuung erfolgte

te u. a. durch Werkstattpädagog/innen, Sozialpädagog/innen, Psycholog/innen, Gesundheits- und Bewegungscoachs.

In der Datenbank Gesundheitliche Chancengleichheit ist das Projekt in den Bereichen Empowerment, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Dokumentation/ Evaluation als Good Practice gekennzeichnet. 1. Platz beim NBCC Deutschland Award 2011 für erfolgreiche und innovative Strategien der Arbeitsvermittlung. 2. Platz beim Bundeswettbewerb 2010 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) für die fundierte Gesundheitsförderung bei älteren Menschen.

5 Diskussion der Ergebnisse

5.1 Vielfalt in der deutschen Präventionslandschaft

Die Bestandsaufnahme macht die große Vielfalt von verhaltens- und verhältnisorientierten Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in Deutschland sichtbar. Vertreten sind dabei räumlich und inhaltlich breit angelegte Gesamtkonzepte (Wi helpt di, Demografie-Projekt Havelland, GeriNet Leipzig) genauso wie kleine spezifische Interventionen, die ältere Menschen zielgerichtet in bestimmten Lebenssituationen stärken und zum Erhalt ihrer gesundheitlichen Situation beitragen (Patientenbegleiter, Urlaub ohne Kofferpacken).

Eine große Zahl von Projekten zielt auf die Förderung der Bewegung (Willst du mit mir geh'n?, AUF, Berliner Spaziergangsgruppen, Mach mit – bleib fit) und die Unterstützung der Mobilität (Patientenmobil, Mobia) ab. Begleit- und Besuchsdienste (17/70 Junge Paten für Senioren, Mobiler Salon) dienen der Förderung von Mobilität und der Vermeidung von Einsamkeit. Die Ermöglichung von als sinnvoll erlebter Tätigkeit (Männerwerkelecke, Gemeinsam – nicht einsam) und die Alltagsunterstützung (SeniorenEinkaufsMobil) von älteren Menschen sind weitere wichtige Inhalte von Interventionen, die Selbstständigkeit und soziale Teilhabe stärken und Möglichkeiten der Selbstbestimmung erhalten. Über Qualifizierungen werden ältere Menschen selbst (Älterwerden und Gesundheit, Migrantinnen aktiv im Alter und Alltag), aber auch Fachkräfte (Altern und Trauma), pflegende Angehörige (GeroMobil, PfiFf, Mobile Demenzberatung) und ehrenamtlich Tätige (Patientenbegleiter, Migration und Demenz, Aktion Augen auf!) in ihren Kompetenzen gestärkt und für die Bedarfe von bestimmten Zielgruppen (z. B. demenziell Erkrankte) sensibilisiert. Vor allem im Rahmen der Quartiersentwicklung erfolgen Interventionen zur baulichen Anpassung und Gestaltung einer alter(n)sgerechten und gesundheitsförderlichen Umwelt (Stadtteilanalyse Weinheim-West, Die besitzbare Stadt).

Die Umsetzung der Interventionen erfolgt meist über freie und gemeinnützige Träger der Wohlfahrtsverbände oder durch die Kommunen. Viele Projekte greifen zusätzlich auf ehrenamtliches Engagement zurück. Eine ganze Reihe der Projekte und Initiativen wurde anfangs über Bundesprogramme und -mittel finanziert und angeschoben. In vielen Fällen sind aber auch die Länder oder die Kommunen Mittelgeber der Interventionen. Die Kranken- und Pflegekassen treten bei der Finanzierung, Umsetzung oder Begleitung der Projekte deutlich seltener in Erscheinung, was daran liegen mag, dass die Projektinhalte bisher nicht Auftrag der GKV war. Für die finanzielle Unterstützung und Förderung von Interventionen spielen teilweise Stiftungen und Sponsoren eine Rolle.

Einige Projekte setzen gezielt Strategien ein, um als schwer erreichbar geltende Zielgruppen mit ihren Angeboten zu erreichen (z. B. vereinsamte Ältere bei der „Aktion Augen Auf!“, Hochaltrige bei

„Lange mobil und sicher zu Hause“, türkische Migrantinnen bei „Migration und Demenz“). Die Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen und bei der Zielgruppe bekannten Kooperationspartnern ist dabei ein bewährtes Vorgehen. Insgesamt ist an der Ausgestaltung der Interventionen ein breites Spektrum von unterschiedlichen Kooperationspartnern beteiligt.

Viele der über öffentliche Mittel geförderten Projekte werden wissenschaftlich begleitet. Insbesondere bei einer Förderung in Zuwendungsverfahren der öffentlichen Hand (Länder, Bund) ist eine laufende inhaltliche und finanzielle Berichterstattung (Monitoring) üblicherweise auch gefordert. Die Ergebnisse der Evaluationen und der Einfluss einer wissenschaftlichen Begleitung auf die Entwicklung und Ausgestaltung einer Intervention, werden über das öffentlich zugängliche Material nur im Ausnahmefall deutlich. Ob bei Interventionen die eine Evaluation nicht explizit benennen, auch tatsächlich keine stattgefunden hat, muss im vorgegebenen Rahmen dieser Bestandsaufnahme offenbleiben.

Über die Selbstdarstellung im Internet und die Beschreibung in Datenbanken hinaus konnten bei einigen Projekten, die in Wettbewerben oder Förderprogrammen ausgezeichnet wurden, Wettbewerbsunterlagen und Juryberichte als Unterlagen für die Bestandsaufnahme hinzugezogen werden. Letztendlich kann die Qualität einer Intervention aber nur durch Vorortbesuche, Interviews mit unterschiedlichen Beteiligten und eine umfassende Auswertung von Evaluationsergebnissen erschöpfend erfasst werden.

5.2 Blinde Flecken, weiße Landschaften

In der Gesamtschau fällt auf, dass für den ländlichen Raum deutlich weniger präventive und gesundheitsfördernde Interventionen für ältere Menschen gefunden wurden als in urbanen Räumen (Städten oder Metropolregionen). Auch wenn die Vermutung naheliegt, dass im ländlichen Raum auf Grund geringer personeller und finanzieller Ressourcen tatsächlich weniger Aktivitäten umgesetzt werden, sollten auch andere Gründe in Betracht gezogen werden. Denkbar ist beispielsweise, dass lokale Initiativen im ländlichen Raum kleiner und spezifischer, informeller und überregional schlechter vernetzt sind. Dies und eine geringere (weil evtl. auch nicht erforderliche) Präsenz im Internet können dazu führen, dass sie nicht bundesweit sichtbar sind. Möglich ist aber auch, dass die webbasierten Datensammlungen, die der Recherche zugrunde liegen, ihren Fokus stärker auf (ausgewählte?) Ballungsräume richten und ländlichen Projekten weniger Aufmerksamkeit schenken.

Viele Interventionen sind relativ komplex angelegt und bedienen mehrere Themen gleichzeitig, z. B. werden häufig Bewegung, soziale Teilhabe und Steigerung der Alltagskompetenz verknüpft. Dieses Potenzial scheint im Themenfeld „Ernährung“ zumindest bei den wenigen gefundenen Projekten nicht ausgeschöpft zu werden. Die Interventionen in diesem Bereich gehen kaum über gesellige Mittagstischangebote hinaus. Potenziale für Empowerment könnten noch mehr genutzt werden, wie z. B. Kochen lernen, gemeinsames Einkaufen gesunder Produkte, gemeinsames Gärtnern, die Weitergabe von Information zu altersgerechter und gesunder Ernährung oder zu Themen wie Mundgesundheit. Eine Ausnahme im Cluster „Qualifizierung und Beratung“ stellt in dieser Hinsicht das Projekt „GeroMobil Uecker-Randow“ dar. Das Modellprojekt war Auslöser für die Bildung einer Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige und für die Einrichtung einer Therapieküche, die heute genutzt wird, um Angehörigen und Betroffenen über Vorträge und gemeinsames Kochen mit Zutaten aus dem speziell für Demenzerkrankte angelegten „Garten der Sinne“ theoretische und praktische Grundlagen für eine gesunde Ernährung zu vermitteln.

Durch die Recherche wurde deutlich, dass bestimmte Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen gar nicht oder nur vereinzelt konzeptualisiert oder operationalisiert werden. So greifen nur wenige Projekte gezielt geschlechterspezifische Fragen auf oder sprechen Männer und Frauen differenziert an. Nur einige, zugehende Projekte versuchen offensiv isolierte, vereinsamte, schwer erreichbare oder hochaltrige Menschen zu erreichen.

Die Suchtprävention für ältere Menschen scheint trotz unterschiedlicher Kampagnen zum Thema eine geringe Rolle zu spielen: Zu diesem Thema wurde, zumindest in den verwendeten Datenbanken, keine Intervention gefunden. Auch das Thema „Vorbeugung psychischer Erkrankungen im Alter“ trat kaum in Erscheinung. Es wurden weder Interventionen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen, etwa Depressionen, noch zu seelischer Gesundheit gefunden. Lediglich das Projekt „Trauma und Alter“ konnte diesem Themenfeld zugeordnet werden.

Trotz der „blinden Flecke“ bietet die Vielfalt der Interventionen mit den unterschiedlichen Zielstellungen und Herangehensweisen zahlreiche Anregungen für die Entwicklung und Ausgestaltung von neuen Maßnahmen. Inwieweit Ansätze übertragbar sind, kann im Rahmen dieser Bestandsaufnahme nicht beantwortet werden. In einigen bundesweiten Projekten (MiMi, AUF, NASCH DOM) ist ein Transfer bereits angelegt. In manchen Interventionen wurden Handreichungen und Dokumentationen erarbeitet, die eine Übertragbarkeit ermöglichen und fördern können (Patientenbegleiter).

Die Bestandsaufnahme und insbesondere die telefonischen Interviews mit Vertreter/innen der Projekte ermöglichen einen ersten Eindruck von den unterschiedlichen Potenzialen und Hürden, die einzelne Inhalte, Strategien und Akteurskonstellationen begleiten. Im folgenden Abschnitt werden einige Aspekte näher ausgeführt, wobei es sich zunächst um eine Annäherung handelt. Valide Aussagen zu den Gelingensbedingungen erfolgreicher Interventionen erfordern eine wesentlich umfangreichere, tiefer gehende Analyse.

5.3 Potenziale und Hürden

Die erfolgreiche Implementierung von Interventionen zur Gesundheitsförderung älterer Menschen wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Neben den zur Verfügung stehenden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen ist vor allem die inhaltliche und qualitative Ausgestaltung der einzelnen Intervention relevant. Zielt eine Intervention eher auf kurzfristig angelegte Effekte, bleiben diese Faktoren zumeist überschaubar und handhabbar. Sollen dagegen langfristig förderliche Rahmenbedingungen entwickelt oder neue Angebote geschaffen werden, nehmen die Anforderungen und die zu überwindenden Hürden deutlich zu. Projekte, die zeitlich befristet finanziert werden, können nur selten langfristige Strukturveränderungen erzeugen. Gelingt diesen Projekten die wirtschaftliche Anschlussfähigkeit oder die Überführung in eine Regelfinanzierung nicht, werden die Erwartungen nicht nur aufseiten der handelnden Akteure, sondern auch bei der Zielgruppe oft enttäuscht. Nachhaltige Effekte sind so schwer zu erreichen.

Der Einfluss der finanziellen Ausstattung einer Intervention wird vor allem dann deutlich, wenn es um den Abbau sozialer Benachteiligung geht. Manche Mittagstische, Sport- und Bewegungsangebote wenden sich gezielt an sozial und ökonomisch benachteiligte ältere Menschen. Gleichzeitig sind aber nur wenige Angebote kostenfrei. Um die Kosten decken zu können, werden teilweise Preise kalkuliert, die deutlich über dem liegen, was ärmere ältere Menschen ausgeben können.

Um Projekte und Interventionen wirtschaftlich anschlussfähig zu machen, werden stellenweise auch privatwirtschaftlich organisierte klein- und mittelständische Unternehmen (KMU) in die Umsetzung von Interventionen eingebunden. Im Hinblick auf die Multiprofessionalität und eine gerne unterstellte Effektivität ist dies sehr zu begrüßen. Andererseits handeln Unternehmen immer in erster Linie betriebswirtschaftlich und nicht altruistisch. Selbst dann, wenn sich ihre Zweckbestimmung ausschließlich auf die Lösung sozialer Probleme bezieht, erwarten sie im Sinne der Win-win-Strategie für sich einen Nutzen.

Viele Interventionen werden durch Kommunen initiiert, finanziert, umgesetzt oder ideell unterstützt. Kommunen spielen eine zentrale Rolle bei der nachhaltigen Verankerung und Sicherung einer Intervention: Sie können mit Haushaltsmitteln, Fachwissen aus den Verwaltungsbereichen, Öffentlichkeitsarbeit und Räumlichkeiten unterstützen und Kooperationen im Sinne des Gemeinwohls steuern. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist außerdem die öffentliche Wertschätzung einer Intervention, etwa durch die Würdigung von ehrenamtlich Engagierten durch politische Repräsentant/innen. Für die nachhaltige und verlässliche Umsetzung von Interventionen scheint eine feste Anbindung an gemeinwesenorientierte Einrichtungen von Vorteil zu sein. Stadtteil- und Beratungszentren, Mehrgenerationenhäuser, Nachbarschafts- und Seniorenzentren oder Kirchengemeindezentren bieten durch ihre Grundfinanzierung einen stabilen institutionellen Rahmen und verfügen im Allgemeinen über professionell ausgebildetes Personal. Die Einrichtungen sind in den Regionen und Quartieren als Anlaufstellen häufig bekannt, gut vernetzt und können, da sie meist unterschiedliche Zielgruppen und Themen bedienen, Synergieeffekte erzielen.

Häufig hängt der Erfolg einer Intervention an dem persönlichen Engagement einer einzelnen Person, die u. U. auch die Ideengeberin eines Projektes ist. Eine zu starke Abhängigkeit der Interventionen von einzelnen Personen sollte allerdings vermieden werden, denn ein (bspw. krankheits- oder altersbedingter) Ausfall bedeutet dann möglicherweise das Ende des Projektes.

Im Vergleich der einzelnen Cluster zeigt sich, dass bei den Themen „Bewegung und Aktivierung“, „Wohnen und Quartier“ und „Integrierte Konzepte“ teilweise sehr unterschiedliche Partner (Kommunen, Vereine, Verbände, Gesundheits- und Wohnungswirtschaft etc.) Kooperationen eingehen und die Interventionen damit auf eine breite Basis stellen. Eine interessante Kooperation findet z. B. im Projekt AUF statt, wo Sportvereine und Kirchengemeinden kooperieren.

Die Interventionen im Cluster „Ernährung und Alltagsunterstützung“ werden eher durch „kleine“ Kooperationen oder von einzelnen Trägern umgesetzt. Auffällig häufig engagieren sich (evangelische/katholische) Kirchengemeinden bei dem Thema „Mittagstisch“. Krankenkassen, Ärzt/innen oder Kliniken treten in dem Bereich Ernährung und Alltagsunterstützung kaum in Erscheinung, zumindest in den hier recherchierten Projekten. In diesem Kontext fällt auf, dass sich andere Glaubensgemeinschaften (bspw. islamische Glaubensgemeinschaften) bislang nicht (sichtbar) im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen zu engagieren scheinen.

Krankenkassen und andere Leistungsträger (z. B. Rentenversicherung) sind relativ häufig an Interventionen im Cluster „Qualifizierung und Beratung“ beteiligt, vor allem als Mittelgeber. Auch im Bereich der Bewegungsförderung treten sie als finanzierende oder kooperierende Partner auf, während sie bislang kaum in Quartiersprojekten kooperieren. Ärzt/innen, Arztverbände und vor allem Kliniken sind in Projekten fast aller Cluster als Partner beteiligt (außer „Ernährung/Alltagsunterstützung“). Die Kliniken sind dabei oft Ort für Interventionen, etwa für die „Patientenbegleiter“ oder „PfiFf“. Andere

stationäre Einrichtungen, z. B. Pflegeheime, bilden als Kooperationspartner die Ausnahme, wie in dem Projekt „Betreuung mal anders... – Technik unterstützt Integration“, das in und von einer Einrichtung entwickelt und umgesetzt wurde.

Im Sinne der Partizipation und für die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote ist es wichtig, ältere Menschen an der Entwicklung und Umsetzung der Angebote zu beteiligen. Während relativ häufig ehrenamtlich Engagierte in den Interventionen, vor allem bei der Umsetzung, mitarbeiten, sind Seniorenbeiräte als formale Vertretungen der älteren Menschen einer Kommune eher selten in Projekten vertreten. Beteiligungen von Seniorenbeiräten finden sich im Bereich „Ernährung/Alltagsunterstützung“ und „Lotsen/Begleitung/Besuchsdienste“, selten in den Clustern „Bewegung/Aktivierung“ und „Wohnen/Quartier“. Es ist allerdings anzunehmen, dass Mitglieder von Seniorenbeiräten teilweise informell, z. B. als ehrenamtlich Engagierte, an Interventionen beteiligt sind.

In der Vielfalt der Kooperationen liegt ein großes Potenzial für die Gesundheitsförderung und Prävention, bietet sich hier doch die Chance, Fachwissen zu verschränken und Kompetenzen zu bündeln. Vor allem jene Interventionen mit Kooperationspartnern aus sehr unterschiedlichen Bereichen können inspirierend für die Gestaltung künftiger Projekte sein. Zugleich verweisen die hier skizzierten Potenziale und Hürden, ebenso wie die im vorangegangenen Abschnitt dargestellten blinden Flecken und Leerstellen, auf Handlungsbedarfe und Möglichkeiten für strategische Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen.

6 Strategische Handlungsempfehlungen

Aus der vorliegenden Bestandsaufnahme lassen sich erste strategische Handlungsempfehlungen ableiten. Angesichts der Vielfalt der Präventionslandschaft sollten diese jedoch eingehend geprüft und, unter Einbeziehung älterer Menschen, im Expertenkreis weiter diskutiert und ausgearbeitet werden. Präventive und gesundheitsförderliche Interventionen sollten daher in der Wohnumwelt der älteren Menschen bzw. in der Nähe von wichtigen „Satelliten“ (vgl. S. 9) angesiedelt werden. Darüber hinaus sollten sie die Stärkung und (gesundheitsförderliche) Gestaltung der Lebenswelten älterer Menschen zum Ziel haben, um ein gesundes und selbstbestimmtes Altwerden zu ermöglichen. Das kann erreicht werden bspw. durch einen Abbau von Barrieren, die Vermeidung von Risiken oder die Förderung von nachbarschaftlichen Strukturen. In städtischen und ländlichen Räumen gehören dazu auch barrierearme und verfügbare Mobilitätsangebote, um wichtige „Satelliten“ überhaupt erreichen zu können.

Region „Ländlicher Raum“:

Auffällig ist die relativ geringe Anzahl von Interventionen im ländlichen Raum. Einige mögliche Erklärungen wurden weiter oben angeboten (wenige Akteure, geringe Sichtbarkeit, informelle Projekte). Hier lohnt es mit Sicherheit, nach den Ursachen weiter zu forschen. Gerade im ländlichen Raum werden sich künftig die Versorgungsprobleme älterer Menschen eher verstärken als vermindern. Die möglichst lange Aufrechterhaltung von Mobilität und Selbstständigkeit ist in vielen Regionen angesichts eines wachsenden Abbaus von Infrastruktur von hoher Bedeutung.

Thema „Sucht“:

In der Bestandsaufnahme wurden keine Projekte zum Thema „Sucht“ gefunden. Die Zahlen des aktuellen Deutschen Alterssurveys (Mahne et al. 2016) zeigen aber, dass sowohl riskanter Alkoholkonsum als auch Medikamentenmissbrauch wichtige gesundheitsrelevante Thema bei älteren Menschen sind. Hier zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede: Während Männer im Alter eher einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, ist der Missbrauch von Medikamenten eher bei Frauen anzutreffen. In Zukunft sollten sich Interventionen auch mit diesem Thema auseinandersetzen.

Thema „Psychische Gesundheit“:

Zum Thema „Psychische Gesundheit“ wurde nur ein Projekt gefunden, das sich mit Traumatisierungen älterer Menschen befasst. Vor dem Hintergrund, dass zunehmend Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung das Rentenalter bzw. die Hochaltrigkeit erreichen, besteht hier mit Sicherheit weiterer Handlungsbedarf. Auch psychische Erkrankungen wie Depressionen sind im Alter weit verbreitet. Weiterhin wären im Hinblick auf kritische Lebensereignisse (z. B. Verlust des Partners/der Partnerin) und deren Folgen präventive und gesundheitsförderliche Interventionen sinnvoll (vgl. Franke et al., im Druck).

Abbau geschlechtsbedingter Ungleichheit:

Das ausdrückliche Ziel des Präventionsgesetzes, der Abbau geschlechtsbedingter Ungleichheit bei Gesundheitschancen, findet in der Recherche kaum eine (sichtbare) Entsprechung bei der Gestaltung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Die geschlechtssensible Ansprache älterer Menschen und die Adressierung geschlechtsspezifischer Bedarfe stellen eindeutige Desiderate in der Angebotslandschaft dar. Themen könnten bspw. gesunde Ernährung für ältere Männer, Suchtmittelkonsum/Medikamentenmissbrauch und psychische Gesundheit sein.

Zielgruppe „Einsame, isolierte und schwer erreichbare Menschen“:

Nur wenige Projekte richten sich explizit an isolierte, vereinsamte oder schwer erreichbare Menschen. Hier sollte häufiger mit zugehenden Ansätzen gearbeitet werden. Bei der Recherche fiel auf, dass ältere Menschen oft als einheitliche Zielgruppe verstanden werden und der Heterogenität von Lebenssituationen, Ressourcen und Bedürfnissen unterschiedlicher Zielgruppen älterer Menschen nicht weiter Rechnung getragen wird. Erfolgreiche und passgenaue Präventionsmaßnahmen lassen sich aber vor allem dann umsetzen und ausgestalten, wenn zielgruppenspezifische Bedarfslagen, Bedürfnisse und Risikofaktoren erfasst und dementsprechende Angebote entwickelt werden (Pohlmann, 2016, 27).

Zielgruppe „Ältere Menschen mit Migrationshintergrund“:

Die Interventionen, die sich explizit an ältere Menschen mit Migrationshintergrund richten, dienen überwiegend der Qualifizierung und Beratung, z. B. zu bestimmten Krankheiten (Demenz) oder zum Zugang zum deutschen Gesundheitssystem. Diese Themen sind weiterhin von hoher Bedeutung und entsprechende kultursensible Projekte sollten weiter gefördert werden. Zugleich wäre eine Ausdehnung der Aktivitäten auf Handlungsfelder, wie Bewegung oder Ernährung, wünschenswert. Eine Kooperation bspw. mit muslimischen Gemeinden könnte den Zugang zu muslimischen Älteren möglicherweise erleichtern.

Kooperationspartner stationäre Einrichtungen:

Stationäre Einrichtungen, wie z. B. Pflegeheime, treten bislang kaum als Ort oder Kooperationspartner von Interventionen in Erscheinung. Hier bestehen Entwicklungspotenziale, z. B. bei der Öffnung von Einrichtungen im betreffenden Quartier. Diskutiert werden könnte beispielsweise, ob ein Pflegeheim nicht eine ähnlich zentrale Rolle wie ein Nachbarschaftszentrum einnehmen könnte.

Qualitätssicherung durch Professionalität:

Zahlreiche Interventionen werden in Kooperation mit ehrenamtlich Engagierten durchgeführt. Das ist im Sinne der Stärkung eines Gemeinwesens zu begrüßen. Allerdings wurde in der Bestandsaufnahme auch deutlich, dass Professionalität und Fachwissen zentrale Gelingensfaktoren sind, um eine Intervention solide und kontinuierlich umzusetzen und das Vertrauen der Zielgruppe zu gewinnen. Anzustreben ist daher die professionelle Leitung und Umsetzung der Interventionen mit einer Beteiligung von ehrenamtlich Engagierten.

Qualitätssicherung durch Evaluation:

Nach dem Eindruck in der Bestandsaufnahme erfolgen Evaluationen vor allem dann, wenn sie in Förderrichtlinien verlangt werden oder wenn eine Intervention durch einen wissenschaftlichen Partner begleitet wird. Eine gute Evaluation kann Aussagen über Wirkung, Nachhaltigkeit und Empowerment ermöglichen. Ohne Evaluation bleibt in Bezug auf die Umsetzung von Interventionen vieles spekulativ. Dennoch scheint die Evaluation von Interventionen beim Blick auf das öffentlich zugängliche Material der recherchierten Projekte zumindest zum Teil weiterhin ein schwieriges Themenfeld zu sein. Grund für die seltene Durchführung von Evaluationen kann einerseits sein, dass für eine angemessene Evaluation keine oder nicht ausreichend Zeit und Mittel kalkuliert bzw. zur Verfügung gestellt werden. Stellenweise scheint den Akteuren einer Intervention aber auch das nötige methodische Handwerkszeug zu fehlen, um fachgerecht, rechtzeitig und nachvollziehbar zu evaluieren und zu dokumentieren. Für kleine Projekte oder Träger, die keine Erfahrung mit wissenschaftlicher Evaluation haben, könnte eine einfache und übersichtliche Handreichung bzw. Vorlage für die Durchführung einer Selbstevaluation hilfreich sein.

Nachhaltigkeit durch Verstetigung:

Die Absicherung der Finanzierung einer Intervention über die erste Projektförderung hinaus ist für die Nachhaltigkeit von elementarer Bedeutung. Hier wäre es sinnvoll, Projektträger schon bei der Beantragung von Projekten dabei zu unterstützen, einen Zugang zu Finanzierungsmöglichkeiten für die Zeit nach der unmittelbaren Förderung zu finden. Auch ein Beratungsangebot zu Nachfolgefinanzierungen ist in diesem Kontext vorstellbar. Gegenwärtig scheint eine nachhaltige Finanzierung einer Intervention vor allem von dem Geschick, den Ressourcen und der Vernetzung der Träger abhängig zu sein.

Nachhaltigkeit durch Kontinuität:

Interventionen benötigen häufig eine relativ lange „Anlaufzeit“, bis sie im Setting etabliert sind oder von der Zielgruppe angenommen werden. Gerade bei zeitlich befristet finanzierten Projekten wird diese Zeit oft nicht realistisch einkalkuliert. Dem Ankommen und Bekanntmachen einer Intervention sollte daher ausreichend viel Zeit (auch durch die Mittelgeber) zugestanden werden. Hilfreich ist eine Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit durch lokale Autoritäten, etwa den/die Bürgermeister/in, die Lokalpresse oder wichtige Multiplikator/innen.

7 Fazit

Die vorliegende Bestandsaufnahme hatte zum Auftrag, beispielgebende Interventionen zu recherchieren, die sich an die Zielgruppe „Ältere Menschen“ (55 Jahre alt und älter) mit dem Ziel richten, ein gesundes Altern zu fördern und zu unterstützen. Vor dem Hintergrund der Vorgaben des Präventionsgesetzes standen besonders die Ziele „Adressierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit“, „Adressierung geschlechtsbedingter Ungleichheit“ und „Gesundheit in Lebenswelten“ im Fokus der Recherche. Mithilfe unterschiedlicher Datenbanken und weiterer Quellen konnten zahlreiche, bemerkenswerte Projekte identifiziert werden. Auf Basis der Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit und der Förderkriterien und Grundsätze des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes wurde ein Raster von Qualitätskriterien abgeleitet, das auf die recherchierten Projekte angewendet wurde.

Aus dem Sample von ca. 1.200 Interventionen wurden 59 Projekte ausgewählt und einer genaueren Betrachtung unterzogen, weil sie spezifische Präventionsschwerpunkte umsetzen, die Vielfalt der Projektlandschaft besonders interessant oder vorbildlich – im Sinne der Umsetzung von Qualitätskriterien – repräsentieren und darauf zielen, nicht nur das Gesundheitsverhalten von Individuen und Gruppen positiv zu beeinflussen, sondern auch Lebenswelten älterer Menschen gesundheitsförderlich zu entwickeln und zu gestalten. Mit der Bestandsaufnahme wird die Heterogenität und Kreativität von Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen sichtbar. Deutlich werden aber auch Handlungsbedarfe bei der Entwicklung künftiger Projekte. Diese liegen insbesondere in einer stabilen Finanzierung sowie konsequenten Zielgruppenorientierung.

8 Literatur und Datenquellen

Altgeld, T. (2016): Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: P. Kolip; K. Hurrelmann (Hrsg.) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. 2. Aufl. Hogrefe, Bern. S. 300–311

Altgeld, T.; Maschewsky-Schneider, U.; Köster, M. (2017): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter: www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=188 [letzter Zugriff: 7.4.2017]

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin

v. Dyk, S. (2015): Soziologie des Alters. Transcript Verlag, Bielefeld

Forschungsinstitut Geragogik e. V. (Hrsg.) (2015): Patientenbegleitung. Handbuch zum Aufbau von Initiativen zur Begleitung alleinstehender Älterer in Übergangssituationen, Pabst Science Publishers, Lengerich

Franke, A.; Heusinger, J.; Konopik, N.; Wolter, B. (im Druck): Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2017

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin

Hornberg, C.; Pauli, A. (2012): Soziale Ungleichheit in der umweltbezogenen Gesundheit als Herausforderung für Stadtplanung. In: C. Böhme et al. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Verlag Hans Huber. Bern. 129–138

Kolip, P.; Hurrelmann, K. (2016): Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung. In: P. Kolip; K. Hurrelmann (Hrsg.) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. 2. Aufl. Hogrefe, Bern. S. 8–17

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2015): Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Berlin

Kraushaar, R. (2016): Das Präventionsgesetz – Motor für eine nachhaltige Förderung der Gesundheit. In: Impulse für Gesundheitsförderung, Heft 91, Juni 2016, S. 2–4

Lampert T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Fuchs, J.; Scheidt-Nave, C.; Nowossadeck, E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 7(1)

Lampert, T.; Kroll, L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 5 (2)

Lange, C.; Kolip, P. (2016): Geschlechtsunterschiede in Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität. In: P. Kolip; K. Hurrelmann (Hrsg.) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. 2. Aufl. Hogrefe, Bern. S. 136–151

Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2016): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey. Springer VS, Wiesbaden

Oswald, F.; Kaspar, R.; Frenzel-Erkert, U.; Konopik, N. (2013): „Hier will ich wohnen bleiben!“ Ergebnisse eines Frankfurter Forschungsprojekts zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern. Frankfurt a. M. Online verfügbar unter: <https://www.uni-frankfurt.de/54421039/Oswald-et-al-2013-Hier-will-ich-wohnen-bleiben.pdf> [letzter Zugriff am 10.4.2017]

Pohlmann, S. (2016): Prävention im Alter verstehen – eine Einführung. In: S. Pohlmann (Hrsg.): Alter und Prävention. Springer VS, Wiesbaden. S. 11–37

Saup, W. (1999): Alte Menschen in ihrer Wohnung. In: H.-W. Wahl; H. Mollenkopf; F. Oswald (Hrsg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie. Wiesbaden, S. 43–51

Siegrist, J.; Marmot, M. (2008): Einleitung. In: J. Siegrist; M. Marmot (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Verlag Hans Huber, Bern. S. 15–44

Razum, O.; Spallek, J. (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. In: focus Migration. Kurzdossier. Nr. 12, April 2009. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/57300/flucht-migration-und-gesundheit> [letzter Zugriff am 8.6.2017]

Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden. S. 11–32

Soom Ammann; Salis Gross, C. (2011): Alt und schwer erreichbar. Best Practice Gesundheitsförderung im Alter bei benachteiligten Gruppen. AVM Akademische Verlagsgemeinschaft, München.

Spuling, S. M.; Ziegelmann, J. P.; Wünsche, J. (2016): Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne et al. (Hrsg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey. Springer VS, Wiesbaden. 139–156

Statistisches Bundesamt; Wissenschaftszentrum Berlin (Hrsg.) (2016): Datenreport 2016. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17.–21. November 1986. Online verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

Wolter, D. K. (2012): Sucht im Alter. Zentrale Themen, Kontroversen und künftige Entwicklungen. In: Zeitschrift Psychotherapie im Alter 9(2), S. 161–180

Wright, M. (2016): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=178> [letzter Zugriff am 11.4.2017]

Ziegler, P.; Beelmann, A. (2009): Diskriminierung und Gesundheit. In: Beelmann, A.; Jonas, K. J. (Hrsg.): Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Springer VS, Wiesbaden. S. 357–378

9 Anhang

- Anlage 1: Recherchekategorien
- Anlage 2: Die Excel-Tabelle mit der Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Prävention und Gesundheitsförderung (Dateiname: Bestandsaufnahme_BZgA_Interventionen_Ältere_final.xlsx) ist nicht Bestandteil des Berichtes, kann auf Anfrage aber gerne zur Verfügung gestellt werden.

Voraussetzungen		Inhalt der Intervention: Prävention + Gesundheitsförderung	
	<p>Zielgruppe: Ältere Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> • AG 55+ → prüfen! • Nicht erwerbstätig oder arbeitslos 	<p>Rahmenbedingungen der Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Deutschland • Nicht älter als 5 Jahre • Abgeschlossen (?) → prüfen 	
	→	→	→
Recherche-Ebene 1	→ Differenzierter Ansatz	<p>Differenzierung nach Zielgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altersgruppe innerhalb 55+ • Männer/Frauen • Sozioökonomisch Benachteiligte • Personen in belastenden Über- gängen • Pflegende Angehörige • Pflegebedürftige • Bewohner/innen stationärer Einrichtungen • Personen mit Migrationshinter- grund • Weitere (im Prozess ergänzen) 	<p>Differenzierung nach Raumbezug</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ost-/Westdeutschland • Bundesland • Städtischer/ländlicher Raum • Peripherer/nicht peripherer Raum • Stationäre/nicht stationäre Einrichtung
		<p>Differenzierung nach Handlungsfeld/Thema (im Prozess herausarbeiten) (Agefriendly cities domains)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Community support + health services • Outdoor spaces + buildings • Transportation • Housing • Social participation • Respect + social inclusion • Civic participation + employ- ment • Communication + information 	
Recherche-Ebene 2	→ Präventionsschwerpunkte lt. Präventionsgesetz und Landesrahmenvereinbarungen	<p>Adressierung sozialer Ungleichheit</p> <p>Auf individueller Ebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der ökonomischen Ressourcen von sozial Benachteiligten • Stärkung der sozialen Ressourcen von sozial Benachteiligten • Stärkung der kulturellen Ressourcen von sozial Benachteiligten <p>Auf überindividueller Ebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Infrastruktur für sozial Benachteiligte • Verbesserung der Zugänge zu Infrastruktur und Unterstützung (incl. Gesundheitsinfrastruktur) für sozial Benachteiligte • Abbau von sozialer Ausgrenzung 	<p>Settingbezug/Lebensweltbezug</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adressierung eines spezifischen Settings/einer spezifischen Lebenswelt zur Umsetzung einer Maßnahme • Verbesserung der räumlichen/sozialen Gegebenheiten in einem spezifischen Setting, z.B. Abbau von Barrieren, Stärkung von Nachbarschaft • Stärkung peripherer/benachteiligter/benachteiligender Räume • Abbau räumlicher Ungleichheit und räumlicher Grenzen
		<p>Adressierung geschlechtsbezogener Ungleichheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschlechtsspezifische Gesundheit • Geschlechtsspezifischer Zugang zu Infrastruktur (z. B. Frauen sind besser in soziale Netzwerke eingebunden) • Geschlechtsspezifische Belastungen (z. B. durch Angehörigenpflege) 	



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT



Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

