

**Aktionsbündnis
„Gesund leben und älter
werden in Eving“**

Sachbericht
für den Zeitraum Januar 2010 bis Februar 2011

vorgelegt dem Bundesministerium für
Gesundheit (BMG)

Dortmund, im Mai 2011

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1. Titel und Verantwortliche.....	3
2. Zusammenfassung.....	4
3. Einleitung.....	4
3.1 Ausgangslage des Projektes.....	4
3.1.2 Merkmale ausgewählter Zielgruppen.....	6
3.1.3 Merkmale des Projektsettings.....	8
3.4 Ziele des Projektes in der Durchführungsphase.....	8
3.5 Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten).....	11
4. Arbeits- und Zeitplan.....	13
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	15
5.1 Operationalisierung von Zielen mittels Zielerreichungsskalen.....	15
5.2. Maßnahmen der Evaluation.....	16
6. Durchführung.....	17
7. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse.....	19
8. Gender Mainstreaming Aspekte.....	29
9. Gesamtbeurteilung.....	30
10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	31
11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotenzial).....	32
12. Publikationsverzeichnis.....	32
13. Literatur.....	33

1. Titel und Verantwortliche

Titel des Aktionsbündnisses	Aktionsbündnis „Gesund leben und älter werden in Eving“
Aktenzeichen des Aktionsbündnisses	A-098
Leitung	Prof. Dr. Gerhard Naegele
Projektmitarbeiterin	Dipl.-Päd. Katharina Lis
Kontaktdaten	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund Evinger Platz 13, 44339 Dortmund 0231/ 72 84 88 -10 0231/ 72 84 88 -55 orka@post.uni-dortmund.de
Laufzeit	01.03.2009 – 28.02.2011
Fördersumme	69.782 €
Erstellungsdatum	Mai 2011

2. Zusammenfassung

Ziel des Aktionsbündnisses „Gesund leben und älter werden in Eving“ war die Etablierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen für ältere Menschen mit hohen sozialen, personalen und gesundheitlichen Risikofaktoren, die von bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention bisher kaum erreicht werden. Als Zielgruppe wurden ältere Menschen mit niedrigen sozioökonomischen Status, mit Migrationshintergrund und mit Mobilitätseinschränkungen in dem Stadtbezirk Dortmund-Eving identifiziert.

Die bereits in der Aufbauphase des Projektes (August 2008 bis Februar 2009) entwickelte Struktur des Aktionsbündnisses (siehe Abbildung) bestehend aus dem Initiativkreis und zahlreichen Kooperationspartner/innen, wurde kontinuierlich weiterentwickelt. Durch Netzwerkarbeit wurden weitere Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner gewonnen, mit denen gemeinsam bereits bestehende Strukturen kontinuierlich weiterentwickelt wurden. Zugänge zu den Zielgruppen wurden durch bedürfnisorientierte Formen der Ansprache durch Vertrauenspersonen und niedrighschwellige Angebote zu den Themen „Bewegung“, „Gesunde Ernährung“ und „Stressbewältigung“ im Stadtteil geschaffen. Durch die aktive Beteiligung der Zielgruppen an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen wurden Selbsthilfeaktivitäten gefördert. Der Aufbau des lokalen Aktionsbündnisses zur Förderung gesunder Lebensstile und Lebenswelten konnte somit einen wichtigen und nachhaltigen Beitrag für eine bessere Gesundheit und mehr Lebensqualität für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Stadtbezirk Eving leisten.

3. Einleitung

3.1 Ausgangslage des Projektes

Der Altersstrukturwandel der Gesellschaft stellt auch neue Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und –systeme. So ist davon auszugehen, dass mit zunehmender Lebenserwartung, der sich erhöhenden Zahl Älterer und besonders mit dem Anstieg des Anteils Hochaltriger an der Bevölkerung¹ verstärkt Multimorbidität und chronische Erkrankungen auftreten werden. Gesundheitsförderung und Prävention als vierte Säule des Gesundheitssystems in Deutschland werden daher zukünftig insbesondere im Hinblick auf die Verringerung alterstypischer Gesundheitsrisiken, auf die Erhaltung von Selbstständigkeit und Lebensqualität, auf die Vermeidung des Anstiegs von Pflegebedürftigkeit und Demenzen aber auch als wichtige Voraussetzung für die Stärkung von Selbst- und Mitverantwortung älterer Menschen an Bedeutung gewinnen. Ziele von Gesundheitsförderung müssen deshalb 1) die

¹ Stat. Bundesamt 2006

Veränderung des Gesundheitsverhaltens älterer Personen sein, indem Anreize zu gesundheitsbelastenden Verhalten gesenkt und Gesundheitsressourcen gestärkt werden (Verhaltensprävention) und 2) die Verortung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen innerhalb bestimmter Settings bzw. Lebenswelten älterer Menschen, um diese in ihren Lebensbezügen zu erreichen und gleichsam eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebensverhältnisse zu erzielen (Verhältnisprävention).

Obwohl für viele weit verbreitete chronische Erkrankungen im Alter (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, kardiovaskulären und zerebrovaskulären Krankheiten, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes mellitus, Osteoporose) Risikofaktoren (wie z. B. Tabakkonsum, Bewegungsmangel, unangemessene Ernährung) und entsprechende Präventionsmöglichkeiten bekannt sind, werden bestehende Präventions- und Veränderungspotenziale der älteren Menschen oftmals unterschätzt und nur selten ausreichend genutzt². Während einerseits die Förderung der Gesundheit und die Vermeidung von Gesundheitsrisiken ab dem Kindes- und Jugendalter die beste „Langzeitstrategie“ für ein gesundes Altern zu sein scheint, wird andererseits die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention im gesamten Lebenslauf deutlich. Unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der heute älteren Menschen steigt die Bedeutung von Gesundheitsförderung mit zunehmendem Alter an. Nicht zuletzt aufgrund natürlicher Abbauprozesse und Verschleißerscheinungen ist es unerlässlich, die verbleibenden psychischen, physischen, kognitiven und sozialen Ressourcen zu erhalten und zu stärken³.

Im Hinblick auf den Gesundheitszustand ist die Lebensphase Alter durch hohe inter- und intraindividuelle Unterschiede gekennzeichnet. Entsprechend besteht ein Bedarf an einer Vielzahl von Maßnahmen der Gesundheitsförderung von älteren Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen⁴. Bei der Betrachtung gegenwärtiger gesundheitsfördernder Interventionen fällt auf, dass überwiegend „aktive“ und „gesunde“ Menschen adressiert werden, während ältere Menschen mit höheren sozialen, personalen und gesundheitlichen Risikofaktoren von bestehenden Angeboten nicht oder kaum erreicht werden⁵. Verstärkt wird dies noch durch die Tatsache, dass zukünftig die Risiken sozialer Ungleichheit je nach Ausbildungshintergrund, Beschäftigungsart, Einkommen, Familienstand und kulturellem Hintergrund zunehmen, so dass auch hier potenzielle Gesundheitsrisiken durch die insgesamt eher belastenden Lebens- und Arbeitsbedingungen entstehen⁶. Als Zielgruppen müssen daher insbesondere ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, ältere Men-

² Naegele 2004

³ Kruse 2002

⁴ Schröder & Schröder 2006

⁵ BZgA 2007

⁶ BMFSFJ 2006

schen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen mit Behinderungen stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken. Darüber hinaus erscheint für die Konzeption von Gesundheitsförderungsmaßnahmen die Berücksichtigung des Geschlechts sinnvoll und notwendig, da eine Vielzahl von Studien auf Geschlechtsunterschiede bei der Art und Prävalenz von Erkrankungen sowie bei Gesundheitsverhalten und -erleben im Alter hinweisen.

Differenzierte Aussagen zu Gesundheit und Krankheit vulnerabler älterer Bevölkerungsgruppen zu treffen, ist aufgrund der Datenlage zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen in Deutschland eher schwierig⁷. Es zeigt sich jedoch, dass gerade vulnerable ältere Bevölkerungsgruppen neben der nachlassenden Gesundheit unter weiteren Benachteiligungen leiden, die sich aus ihrer spezifischen Lebenslage (als eine Kombination aus materiellen und immateriellen Lebensverhältnissen und Ressourcen, wie z. B. Bildung, Gesundheit und soziale Netzwerke, und einer kumulativen Risikokonstellation) ergeben. Im Sinne des „double burden of disease“⁸ vermindert die erhöhte Vulnerabilität die Verfügbarkeit von Ressourcen, die für eine gesunde, persönlich zufriedenstellende und Selbstständigkeit erhaltende Lebensweise genutzt werden können. Obwohl die Vulnerabilität der Zielgruppen unterschiedlich ausgeprägt ist (s.u.), ist ihnen gemeinsam, dass sie häufig zu prekären Versorgungsszenarien und Benachteiligungen hinsichtlich Information, Zugang, vorgehaltenem Angebotspektrum und Qualität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung führt. Aus dieser jeweils spezifisch vulnerablen Ausgangssituation ergibt sich ein unterschiedlicher Bedarf, um protektive Ressourcen und Potenziale der einzelnen Zielgruppen zu stärken und zu fördern.

3.1.2 Merkmale ausgewählter Zielgruppen

Ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status

Bisherige Forschungserkenntnisse legen nahe, dass Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede im Alter auch weiterhin einen sozialen Gradienten aufweisen. Hinweise, dass sich dieser in den höheren Altersstufen abschwächt, gelten jedoch nicht bei der Betrachtung besonders belasteter Gruppen, wie z. B. von Einkommensarmut betroffenen Personengruppen (Beschäftigte im höheren Lebensalter mit geringem Einkommen, ältere (Langzeit-)Arbeitslose sowie Männer und besonders Frauen im Rentenalter mit geringen Rentenbezügen). Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede bleiben hier stabil oder nehmen im Alter sogar noch zu⁹. Die Nutzung von Angeboten gesundheitlicher Versorgung kann in Anlehnung an Maaz bei diesen Personengruppen durch funktionale Barrieren einerseits und Informationsbarrieren andererseits beeinträchtigt sein¹⁰. Funktionale Barrieren betreffen die (Un-)Fähigkeit des

⁷ Görres & Hassler 2008

⁸ Obrist et al. 2006

⁹ Bauer 2008

¹⁰ Maaz 2007

Einzelnen, aufgrund von alters- und krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen das eigene krankheits- bzw. gesundheitsrelevante Handeln zu verändern, was u.a. in Zugangsproblemen zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung resultiert. Informationsbarrieren entstehen durch die mangelnde Ausstattung mit ökonomischen und kulturellen Ressourcen. Dies führt in der Konsequenz ebenfalls dazu, dass vorhandene Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung der Gesundheit nicht bekannt sind oder nicht genutzt werden. Gesundheitsförderungsprogramme für sozialbenachteiligte ältere Menschen sollten deshalb die Beseitigung funktionaler Barrieren, als auch die Beseitigung von Informationsdefiziten, zum Ziel haben.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund

Obwohl auch für diese spezifische Gruppe älterer Menschen kaum repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation, Morbiditätsentwicklung und Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung vorliegen und es sich zudem um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe (hinsichtlich nationaler und ethnischer Herkunft, Sprache, Religionszugehörigkeit, ökonomischem Status, Wohnsituation, Aufenthaltsdauer und Integrationsgrad in Deutschland) handelt, lässt sich doch zeigen, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund häufiger und früher von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind als gleichaltrige Deutsche. Ältere Männer dieser Bevölkerungsgruppe weisen häufiger Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen sowie Krankheiten des Bewegungsapparates und der Atmungsorgane auf. Ältere Frauen mit Migrationshintergrund sind häufiger von psychischen Erkrankungen, Verhaltensstörungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates betroffen und schätzen auch ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein¹¹. Weiterhin wird sich – bundesweiten Prognosen zufolge – der Anteil 60-jähriger und älterer Menschen mit Migrationshintergrund bis 2030 von gegenwärtig ca. 1,3 Millionen auf ca. 2,8 Millionen erhöhen. Neben der zahlenmäßigen Zunahme älterer Menschen mit Migrationshintergrund werden spezifische Gesundheitsrisiken, die sich auch bei anderen sozial benachteiligten Gruppen finden, in der Regel durch den Migrationshintergrund noch verstärkt. Dazu gehören Informationsdefizite, ein kulturell bedingter unterschiedlicher Umgang mit Gesundheit sowie bestehende Sprachbarrieren.

Ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Eine weitere Zielgruppe bilden Personen, die aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und deshalb kaum an Angeboten zur Bewegungs- und Gesundheitsförderung teilnehmen können. Darüber hinaus besteht gerade bei diesen Personengruppen die Gefahr, dass sie aufgrund ihrer Mobilitätseinschränkungen soziale Bezie-

¹¹ Olbermann & Dietzel-Papakyriakou 2001

hungen, und hier besonders außerfamiliäre, nicht in dem von ihnen gewünschten Umfang aufrechterhalten können und somit auch das Risiko von Einsamkeitserleben und Depression erhöht ist¹².

3.1.3 Merkmale des Projektsettings

Setting für die Durchführung des Projektes war Dortmund-Eving, ein nördlicher Stadtbezirk mit 36.137 Einwohnern. Als ehemals stark industrialisierter, vom Bergbau und der Stahlindustrie geprägter Bezirk, befindet sich Eving heute in einer Phase des Strukturwandels. Der Stadtbezirk verfügt über eine vielfältige Infrastruktur, die jedoch im Hinblick auf Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für ein gesundes Älterwerden erhebliche Lücken und Entwicklungsbedarfe aufweist. Ein besonderer Handlungsbedarf besteht in der Einbeziehung von älter werdenden Menschen, die aus sozialen, ökonomischen, kulturellen und anderen Gründen ein überdurchschnittliches Risiko für Bewegungsmangel, Fehlernährung und Stresserleben und damit zusammenhängende Erkrankungen aufweisen und die in Eving einen durchaus beachtlichen Bevölkerungsanteil ausmachen. 20,1% der Bevölkerung sind über 65 Jahre alt. Der Anteil der Einwohner mit Migrationshintergrund beträgt 26,4% und liegt damit deutlich über dem städtischen Durchschnittswert von 22,9%. Eving hat mit 13,5% die dritthöchste Arbeitslosenquote unter den zwölf Dortmunder Stadtbezirken und mit 19,3% ebenfalls den dritthöchsten Anteil von SGB II-Leistungsempfängern¹³.

Im Rahmen der siebenmonatigen Aufbauphase wurden bereits erste Schritte zur Entwicklung von Strukturen und Maßnahmen einer zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung unternommen (siehe Abschlussbericht zur Aufbauphase), die in der anschließenden zweijährigen Durchführungsphase kontinuierlich fortgeführt und weiterentwickelt wurden.

3.4 Ziele des Projektes in der Durchführungsphase

Verhaltens- und Verhältnisprävention fördern

Das Hauptziel des Aktionsbündnisses „Gesund leben und älter werden in Eving“ war es, zu einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens älterer Personen in sozial benachteiligten Lebenslagen beizutragen, indem a) Anreize für gesundheitsbelastendes Verhalten gesenkt und Gesundheitsressourcen gestärkt wurden (Verhaltensprävention) und b) die Gesundheitsförderungsmaßnahmen in dem Setting bzw. der Lebenswelt älterer Menschen verortet wurden, um diese in ihren Lebensbezügen zu erreichen und gleichsam eine gesundheitsförderliche Gestaltung der (Lebens-)Verhältnisse zu erzielen (Verhältnisprävention). Das Akti-

¹² BMFSFJ 2002

¹³ Stadt Dortmund 2007

onsbündnis orientierte sich dabei an dem Konzept des „Active Ageing“¹⁴, das über das eher enge Verständnis gesunden Alterns hinausgeht und den Prozess zur Optimierung der Chancen für mehr Gesundheit, Partizipation und Sicherheit zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen bezeichnet. Wichtige Ansatzpunkte zur Stärkung aktiven Alterns sind das individuelle Gesundheitsverhalten (z. B. Bewegungsaktivitäten, Ernährung, Umgang mit Belastungen), persönliche Faktoren (z. B. Wissen, Motivation), die soziale Umwelt (z. B. soziale Unterstützung), die ökonomische Ausstattung (z. B. Einkommen) sowie das Sozial- und Gesundheitssystem (z. B. Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention auch im Alter, gesundheitliche und pflegerische Versorgung). Zudem ist die Berücksichtigung geschlechts- und kulturspezifischer Aspekte bei der Konzeption und Implementierung von Maßnahmen unerlässlich. Von herausragender Bedeutung ist weiterhin, dass besonders vulnerable Gruppen älterer Frauen und Männer, d.h. solche mit höheren sozialen, personalen und gesundheitlichen Risikofaktoren, von bestehenden Angeboten nicht oder kaum erreicht werden¹⁵. Szenarien künftiger Entwicklung des sozialen Gradienten gesundheitlicher Lebenschancen (z.B. Ausbildungshintergrund, Beschäftigungsart, Einkommen, Familienstand und kultureller Hintergrund) legen nahe, dass sich gesundheitliche Ungleichheit weiter in die höheren Altersstufen verlagert und dort nicht weiter abnimmt¹⁶. Das Aktionsbündnis „Gesund leben und älter werden in Eving“ rückte deshalb weiterhin als Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention folgende besonders vulnerable Personengruppen in den Fokus der Aufmerksamkeit: 1) ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, 2) ältere Menschen mit Migrationshintergrund und 3) ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen (eine ausführliche Beschreibung der Zielgruppen findet sich oben).

Erschließung von Zugängen zu Zielgruppen in sozial benachteiligten Lebenslagen

Zur Erreichung dieser Zielgruppen orientierte sich das Aktionsbündnis am Setting-Ansatz. Dabei sind mit dem Setting-Ansatz ausgewählte Sozialräume (im konkreten Fall drei Stadtteile des Stadtbezirks Dortmund-Eving) in den Mittelpunkt gerückt. Dies ermöglichte die Bestimmung konkreter Zielgruppen und Akteure sowie angemessener Zugangswege und die Nutzung vorhandener Ressourcen. Der Stadtteil als Setting der Gesundheitsförderung erweist sich insbesondere für ältere Menschen als besonders geeignet, da für ältere selbstständig lebende Menschen die unmittelbare Wohnumgebung als Lebenswelt zentrale Bedeutung besitzt. Dies gilt umso mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen beeinträchtigt ist¹⁷. Not-

¹⁴ WHO 2002

¹⁵ BZgA 2007

¹⁶ Bauer 2008

¹⁷ Kümpers & Rosenbrock 2010

wendig ist hier vor allem die Etablierung niedrigschwelliger Angebote und bedürfnisorientierter Formen der Ansprache.

Empowerment der Zielgruppen

Ziel war es zudem, Lebenskompetenzen zu vermitteln, um ältere Menschen zu befähigen, ihre Lebensbedingungen zu verstehen und Herausforderungen aktiv und positiv anzunehmen und zu bewältigen¹⁸. Neben der Vermittlung von Wissen zu Gesundheit und Krankheit sowie ihren Bedingungsfaktoren zählen dazu die Entwicklung von Ressourcen zur Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen in der konkreten Lebenswelt (Empowerment) sowie die Vermittlung eines positiven Altersbildes. Mit einer ressourcenorientierten Arbeitsweise sollen die oft verborgenen individuellen Fähigkeiten und Stärken, Ressourcen und Möglichkeiten aufgedeckt und gefördert werden. Neben der Fortführung eines Angebots an Vortragsreihen zur Vermittlung von Informationen zu Bedeutung von Bewegung, Ernährung und Umgang mit Belastungen sowie entsprechenden Kursangeboten, sollten im Rahmen des Aktionsbündnisses insbesondere die Vernetzung und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten und die Selbstorganisation von den Zielgruppen im Stadtteil eine hohe Priorität einnehmen. Ein wichtiger Schlüssel dazu ist die Partizipation der Zielgruppen. Diese umfasst neben der Formulierung von Bedürfnissen, Wünschen und Kritik die aktive Beteiligung an Entscheidungen sowie die Einbindung bei der Planung, Umsetzung und Evaluation der Angebote.

Weiterentwicklung von Strukturen

Weiterhin sollten im Stadtbezirk durch das Element der Strukturbildung gesundheitsfördernde Strukturen weiterentwickelt und gestaltet werden. Gesundheitsfördernde Strukturentwicklung zielt darauf, institutionelle Rahmenbedingungen für das Handeln und Verhalten der Akteure im Setting zu schaffen. In wenig bis nicht formalisierten Settings, wie sie in Bezug auf die Gesundheitsförderung des Stadtbezirks Dortmund-Eving sich darstellten, erforderte die Umsetzung entsprechender struktureller Veränderungen den kontinuierlichen Einbezug aller relevanten Akteure in den gesamten Entwicklungsprozess (Planung, Umsetzung, Erfolgskontrolle und Modifikation/Entwicklung der Intervention)¹⁹.

Qualitätssicherung

Zu den Zielen gehörte auch die Qualitätssicherung, die wie bereits in der Aufbauphase durch die Anwendung des Public Health and Action Cycle nach Rosenbrock gewährleistet werden

¹⁸ Kilian et al. 2004

¹⁹ Kilian et al. 2004

sollte. Mit diesem systematischen Vorgehen werden in einem fortlaufenden Prozess Ziele weiter differenziert und zunehmend konkretisiert.²⁰

Sicherung der Nachhaltigkeit und Förderung des Transfers

Schließlich zielte das Projekt auf die Sicherung der Nachhaltigkeit erprobter und bewährter Maßnahmen und Strukturen der Gesundheitsförderung im Projektsetting und den Transfer auf andere Stadtteile.

3.5 Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)

Bereits in der Aufbauphase wurde eine Projektstruktur entwickelt, die aus dem Initiativkreis und weiteren Koordinationspartnern bestand.

Der Initiativkreis bestand aus den folgenden Institutionen:

Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (IfG)

Das Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (IfG) war Initiator des Projektes und hauptverantwortlich für das Projekt zuständig. Zu seinen Aufgaben gehörte die Leitung und Koordination des Projekts, die wissenschaftliche Beratung, Begleitung, Dokumentation und Evaluation aller Projektabläufe sowie die Vertretung des Projektes gegenüber der Projektförderung und der Öffentlichkeit.

Seniorenbüro Dortmund Eving

Das Seniorenbüro im Stadtbezirk Eving ist eine Einrichtung in gemeinsamer Trägerschaft der Stadt Dortmund und der Arbeiterwohlfahrt und verfügt über zwei hauptamtliche Mitarbeiter/innen. Als wohnortnahe Anlauf- und Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige, für Fachkräfte und interessierte Bürger/innen im Stadtbezirk, umfasst das Aufgabenspektrum Informations- und Beratungsleistungen, Netzwerkarbeit, Einzelfallhilfe und die Förderung bürgerschaftlichen Engagements. Seit Herbst 2007 existiert – vom Seniorenbüro initiiert – im Stadtbezirk Dortmund-Eving der „Runde Tisch Seniorenarbeit“ als Netzwerkstruktur, in der alle ehrenamtlichen und professionellen Akteure/innen der Seniorenarbeit vertreten sind. Aufgrund der sehr guten Kenntnisse der Stadtbezirksstrukturen hat sich das Seniorenbüro im Rahmen des Projektes hauptsächlich der Netzwerketablierung und -förderung, der Vor- und Nachbereitung sowie Begleitung der Veranstaltungen, der Ansprache der Zielpersonen sowie der Gewinnung und Betreuung von bürgerschaftlich Engagierten und der lokalen Öffentlichkeitsarbeit gewidmet.

²⁰ Rosenbrock 2004

Städtisches Begegnungszentrum

Das Städtische Begegnungszentrum in Eving Mitte ist eine Einrichtung der offenen Seniorenhilfe der Stadt Dortmund und ein Ort der Begegnung, Kommunikation, Kultur und Information für Menschen ab 50 Jahren. Neben einer hauptamtlichen Mitarbeiterin sind dort regelmäßig acht ehrenamtliche Mitarbeiter/innen tätig. Das Städtische Begegnungszentrum diente zum einen als Veranstaltungsort für Maßnahmen und Angebote des Projektes, war aber auch bei der Netzwerketablierung, bei der Gewinnung von Zielpersonen sowie bei der Organisation von Veranstaltungen (z. B. Bürgerversammlung, Kurse, Vorträge) beteiligt.

Nachbarschaftshaus Fürst Hardenberg

Das Nachbarschaftshaus Fürst Hardenberg in Lindenhorst ist eine von engagierten Bürgern/innen betriebene Begegnungsstätte für Jung und Alt. Träger ist ein ehrenamtlich geführter Verein. Unterstützt wird die Arbeit durch einen sozialpädagogischen Mitarbeiter der TreuHandStelle für Bergmannswohnstätten im rheinisch-westfälischen Steinkohlenbezirk GmbH. Zu Beginn des Projektes war das Nachbarschaftshaus Fürst Hardenberg Mitglied des Initiativkreises, hat jedoch im Verlauf des Projektes die Rolle eines Kooperationspartners übernommen und sich vor allem bei der Organisation von Veranstaltungen und Treffen im Nachbarschaftshaus engagiert.

Präventionszentrum

GTP-System GmbH & Co. KG ist ein Koordinierungsdienstleister von Modellen der integrierten Versorgung und bietet u.a. Fortbildungen für Ärzte/innen und Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegebereich sowie Vorträge und Kurse zu Prävention und Gesundheitsförderung an. Das Präventionszentrum brachte in den Initiativkreis vor allem seine Expertise bei der Konzeption von Maßnahmen ein und war gleichzeitig Anbieter von Kursangeboten im Bereich Bewegungsförderung und Stressbewältigung.

Interkultureller Treff

Der Interkulturelle Treff ist eine selbstorganisierte Initiative von und für ältere zugewanderte und einheimische ältere Menschen und ihre Angehörigen, die sich regelmäßig im Städtischen Begegnungszentrum in Eving Mitte trifft. Der Interkulturelle Treff hat bei der Projektdurchführung die Aufgabe übernommen, Kontakte zu der Zielgruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund herzustellen, diese für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und anzuregen, ihre Bedürfnisse zu artikulieren sowie über die Angebote zu informieren.

Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Der Initiativkreis wurde temporär von einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin bei der Organisation und Abwicklung der Kurse (Planung von Kursen, Führen von Teilnahmelisten, Kontakte zu den Teilnehmer/innen, Ausstellung von Teilnahmebestätigungen) sowie bei der Gewinnung von Teilnehmer/innen unterstützt.

Der Initiativkreis fungierte als Steuerungsgruppe, die Verantwortung für Abläufe und Fortschritte im Projekt übernahm, Informationen zusammentrug und Entscheidungen zur weiteren Vorgehensweise traf.

Kooperationspartner

Zusätzlich stützte sich die Arbeit des Initiativkreises auf die bereits vorhandenen Strukturen und Aktivitäten von zahlreichen Kooperationspartnern aus den Bereichen Begegnung und Freizeit, Kirche, Medizin, Pflege, Sport und Kultur sowie Seniorenarbeit. Dazu gehörten z.B. Ärzte/innen, die sich im Evinger Ärztenetzwerk engagierten sowie Pflegedienste, die ihre Kunden/innen regelmäßig auf die gesundheitsfördernden Angebote im Rahmen des Aktionsbündnisses hinwiesen und wichtige Inputs für deren weitere Gestaltung sowie die Erreichbarkeit der Zielgruppen lieferten. Ein Pflegedienst hat darüber hinaus den Transport der mobilitätseingeschränkten Personen übernommen. Das Familienzentrum Externberg und das Evinger Hallenbad standen als Veranstaltungsorte zur Verfügung. Der Sozialverband fungierte als Multiplikator und Vermittler und unterstützte die Öffentlichkeitsarbeit.

4. Arbeits- und Zeitplan

Im Folgenden werden in Anlehnung an den ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan die von Januar 2010 bis Februar 2011 durchgeführten Aktivitäten und Maßnahmen aufgelistet. Abweichungen zur ursprünglichen Planung werden dargestellt und begründet. Ergänzend dazu werden Aktivitäten aufgeführt, die zusätzlich durchgeführt wurden. Aktivitäten und Arbeitsschritte, die vor Januar 2010 realisiert wurden, sind in dem Zwischenbericht zur Durchführungsphase ausführlich dargestellt.

Durchgeführte Aktivitäten und Maßnahmen entsprechend dem Arbeits- und Zeitplan von Januar 2010 bis Februar 2011

- Fortführung von ausgewählten Kursen zum Thema „Bewegung“ und „Gesunde Ernährung“

- Auswertung der teilstandardisierten Telefonbefragung der Kursteilnehmer/innen zum Gesundheitsverhalten
- Begleitung der Aktivitäten einer Interessensgruppe („Männer-Runde“)
- Vorbereitung, Organisation und Durchführung des „3. Evinger Senioren- und Gesundheitstages“
- Entwicklung eines tragfähigen Finanzierungsmodells zur Stärkung der selbsttragenden Strukturen im Sinne der Nachhaltigkeit
- Erstellung eines Handbuchs mit Handlungsempfehlungen zur praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei älteren Zielgruppen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Kommune
- Erstellung des Abschlussberichts

Abweichungen vom Arbeits- und Zeitplan gab es bei folgenden Aktivitäten und Maßnahmen

- Durchführung eines Kurses für bürgerschaftlich Engagierte zur Vermittlung wichtiger Schlüsselkompetenzen
- Durchführung von Werkstattgesprächen mit Interessengruppen zur Evaluation der Maßnahmen und Aktivitäten, gemeinsame Strategieentwicklung und Planung des weiteren Vorgehens

Obwohl im Jahr 2009 eine Ideenwerkstatt durchgeführt wurde, mit dem Ziel Personen für die ehrenamtliche Begleitung von Interessengruppen zu finden und auch durch verschiedene andere Bewerbungsstrategien (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, persönliche Ansprache) kontinuierlich Ehrenamtliche für den Aufbau von Interessensgruppen gesucht wurden, konnten keine Personen gefunden werden, die diese Aufgaben übernehmen wollten. Folglich fanden der Kurs zur Vermittlung wichtiger Schlüsselkompetenzen und die Werkstattgespräche mit Interessensgruppen nicht statt. Angesichts dieser Erfahrung beschloss der Initiativkreis für die Begleitung und Moderation der Männer-Runde, bürgerschaftlich Engagierte über Ausschreibungen beim Seniorenstudium der TU Dortmund, bei der Freiwilligenzentrale, beim Seniorbüro und beim Städtisches Begegnungszentrum zu suchen.

- Durchführung und Auswertung der 2. Ideenwerkstatt in zwei Stadtteilen zur Bewertung der bisherigen Aktivitäten, Erhebung weiterer Bedürfnisse, Wünsche und Barrieren hinsichtlich Gesundheitsförderung im Stadtbezirk Dortmund-Eving

Aufgrund der Erfahrungen bei der Durchführung der 1. Ideenwerkstätten im Jahr 2009 (zwei von drei geplanten Ideenwerkstätten konnten wegen mangelnder Teilnehmer/innen nicht realisiert werden) wurde auf die Durchführung von Ideenwerkstätten im weiteren Projektver-

lauf verzichtet. Feedbackgespräche mit verschiedenen Multiplikatoren und den Zielgruppen ergaben, dass diese Form der Beteiligung offenbar nicht den Bedürfnissen der Zielgruppen entspricht. Für die Eruierung von Wünschen und Bedürfnissen sowie von Barrieren wurden stattdessen Befragungen und persönliche Gespräche mit den Zielgruppen durchgeführt.

Zusätzlich durchgeführte Aktivitäten

- Kontinuierliche Bekanntmachung des Aktionsbündnisses durch Öffentlichkeitsarbeit (Information über das Projekt und die Projektziele an die lokale Presse, Plakate, Flyer)
- Regelmäßige Teilnahme beim Runden Tisch „Netzwerk Senioren“ im Stadtbezirk Eving zur Abstimmung und Koordination mit weiteren Kooperationspartnern (ca. alle drei bis vier Monate)
- Fachvorträge zum Thema „Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alter“
- Vorstellung des Projektes auf Fachtagungen (Vorträge, Posterpräsentationen)
- Entwicklung verschiedener Informationsmaterialien (z.B. Kursprogramm, Informationsflyer für Zielgruppen und potenzielle Akteure)
- Kontaktaufnahme und Verhandlungen mit potenziellen Förderern zur Sicherung der Nachhaltigkeit (z.B. Krankenkassen, Ministerien)
- Ausbau der Männer-Runde zu einem Dauerangebot
- Antragsstellung für das Projekt „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslage im Setting Stadtteil“ mit dem Ziel bewährte Strukturen nachhaltig fortzuführen

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Operationalisierung von Zielen mittels Zielerreichungsskalen

Um zuvor festgelegte Projektziele eindeutig und messbar zu formulieren, wurden Zielerreichungsskalen gebildet. Hierbei handelt es sich um ein offen konzipiertes Instrument, mit dem Ziele konkretisiert und anhand von Indikatoren überprüft werden können. Bei der Bildung einer Zielerreichungsskala wird ein erwartetes Ergebnis zu einem festgelegten Zeitpunkt formuliert. Davon ausgehend werden jeweils zwei Stufen nach oben („mehr als erwartet“ und „viel mehr als erwartet“) sowie zwei Stufen nach unten („weniger als erwartet“ und „viel weniger als erwartet“) gebildet. Der Vorteil der Zielerreichungsskalen ist, dass diese für die Formulierung von Zwischenzielen und damit prozessbegleitend eingesetzt werden können.

Da Zielerreichungsskalen möglichst von allen am Projekt beteiligten Verantwortungsträgern gemeinsam formuliert werden sollen, wurden zwei Workshops durchgeführt, in denen die

Mitglieder des Initiativkreises (Steuerungsgruppe) für ausgewählte Ziele realistische und überprüfbare Zielerreichungsskalen erarbeitet haben. Die Moderation der Workshops wurde vom IPP Bremen, das vom Projektträger mit der Gesamtevaluation und der Beratung der Aktionsbündnisse beauftragt war, übernommen.

Für das Ziel „Sicherung der Nachhaltigkeit“ wurden die Zielerreichungsskalen „Entwicklung eines tragfähigen Finanzierungsmodells“ und „Beantragung des Modellprojektes einer Anlauf- und Koordinierungsstelle zur Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Ältere im Setting Stadtteil“ formuliert. Mit der Zielerreichungsskala „Erstellung eines Handbuchs mit Handlungsempfehlungen“ wurde das Ziel „Nutzung von Transferpotenzialen“ strukturiert.

5.2. Maßnahmen der Evaluation

Datenerhebung und Auswertung

Ergänzend zu der Kursevaluation (Ergebnisse siehe Zwischenbericht) wurde mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der im Rahmen des Projektes angebotenen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionsangebote eine Befragung zum allgemeinen Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten durchgeführt. Statt qualitativer Tiefeninterviews wurde nach erfolgter Methodenberatung auf der Vernetzungstagung im Mai 2009 als Methode eine teilstandardisierte Telefonbefragung gewählt. Zum einen konnte dadurch der Zugang zu den Zielgruppen erleichtert werden und zum anderen sollte durch die Befragung die Wirksamkeit der Kurse auf die Gesundheit der Teilnehmer/innen untersucht werden.

Für die Eruiierung des allgemeinen Gesundheitszustandes und des Gesundheitsverhaltens wurde in enger Abstimmung mit dem Methodenberatungsteam des IPP Bremen das Befragungsinstrument entwickelt. Hierbei wurde auf die Kurzversion „Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF-12“ des SF-36 Health Survey²¹ zurückgegriffen. Die Kurzversion umfasst 12 Items zu folgenden Aspekten: Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, emotionale Rollenfunktion, Schmerz, psychisches Wohlbefinden und Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit sowie Aktivitätsniveau. Ergänzend dazu umfasste der Fragebogen des Projektes weitere Fragen zu folgenden Aspekten: Einflussnahme auf die Gesundheit, Ernährungsverhalten, Stressvermeidung, Ge-

²¹ Bei dem SF-36 handelt es sich um ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität von Patienten. Mittels subjektiver Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Patientengruppen lassen sich Therapieerfolge erfassen (Radoschewski & Bellach, 1999).

sundheitsverhalten und soziodemographische Merkmale. Die Daten wurden mit der Analysesoftware SPSS ausgewertet.

6. Durchführung

Ausgehend von einem ganzheitlichen Verständnis des gesunden Alters, wurden in der Abschlussphase des Projektes (Januar 2010 bis Februar 2011) aufbauend auf den bereits erreichten Ergebnissen und Zwischenzielen folgende Maßnahmen weiter- bzw. durchgeführt:

Maßnahmen zur Förderung der Verhaltens- und Verhältnisprävention

Zur Förderung der Verhaltensprävention wurde in der ersten Phase des Projektes (März bis Dezember 2009) ein niedrigschwelliges Kurskonzept der Gesundheitsförderung etabliert. Das Kurskonzept mit Angeboten zur Bewegung und Ernährung (z.B. Rücken-, Sitz- und Wassergymnastik, Schwimm- und Kochkurse sowie die Männer-Runde) wurde während des gesamten Projektes kontinuierlich fortgeführt. Um ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen tatsächlich in ihrer Lebenswelt zu erreichen, wurden die gesundheitsfördernden Maßnahmen im Stadtteil und somit in der unmittelbaren Lebenswelt der Betroffenen verortet. Als Veranstaltungsort wurden weiterhin bereits bekannte Räumlichkeiten wie z.B. Gemeinderäume, das Städtische Begegnungszentrum oder das Nachbarschaftshaus gewählt. Das bewährte Kurskonzept wurde durch zahlreiche Vorträge zu verschiedenen Gesundheitsthemen in den beteiligten Stadtteilen ergänzt.

Erschließung von Zugängen zu Zielgruppen in sozial benachteiligten Lebenslagen

Die Erreichbarkeit der Zielgruppen wurde weiterhin über einen breiten und niedrigschwelligen Zugang über die persönliche Ansprache durch verschiedene Multiplikatoren und Schlüsselpersonen gesichert. Für erste Kontaktaufnahmen wurden insbesondere Personen gewählt, die bereits über ein Vertrauensverhältnis zu den Zielgruppen verfügten. Neben den Mitgliedern des Initiativkreises (z.B. Seniorenbüro, Städtische Begegnungszentrum, Interkultureller Treff etc.) waren das auch verschiedene Kooperationspartner/innen (z. B. Ärzte/innen, Pflegedienste, Apotheker/innen, Seniorenorganisationen). Diese haben ältere Menschen zur Teilnahme an den angebotenen gesundheitsfördernden Maßnahmen des Aktionsbündnisses motiviert. Weiterhin wurden die Zielgruppen durch bürgerschaftlich engagierte Personen angesprochen, die als Multiplikatoren/innen für das Thema Gesundheitsförderung sensibilisiert und in ihrer Nachbarschaft auf Angebote aufmerksam gemacht haben.

Durch die Fortführung und Intensivierung von Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Flyer, Plakate, Zeitungsartikel) wurde zudem auf die Möglichkeiten zur Partizipation und auf die Angebote hingewiesen. Außerdem wurden durch den jährlich stattfindenden Evinger Senioren- und Gesundheitstag das Thema auf Stadtbezirksebene in die Öffentlichkeit getragen und im Rahmen von Bürgerversammlungen und Veranstaltungen Partizipationsmöglichkeiten eröffnet. Darüber hinaus wurden die Zielgruppen in ihrer alltäglichen Lebenswelt angesprochen. Dies ist z. B. durch Infostände an relevanten Quartiersstellen wie in Supermärkten geschehen.

Um insbesondere diejenigen älteren Menschen zu erreichen, die von gängigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung kaum angesprochen und folglich nicht erreicht werden, wurde eine partizipative Vorgehensweise gewählt. Hierzu wurden u.a. Vertreter der Zielgruppen in die Steuerungsgruppe involviert.

Zudem wurden Aspekte des Geschlechts und die kulturelle Zugehörigkeit der älteren Menschen bei der Konzeption und Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen berücksichtigt. Zur Förderung der Teilnahme von Frauen türkischer Herkunft zum Beispiel wurde das frauenspezifische Angebot fortgeführt (Wassergymnastik und Schwimmkurs an einem Frauentag).

Aufbau von Strukturen

In der Abschlussphase des Projektes wurde die bereits bestehende Struktur des Aktionsbündnisses bestehend aus dem Initiativkreis und den Kooperationspartner/innen fortgeführt. Der Initiativkreis traf sich regelmäßig alle zwei Wochen (Dauer ca. 1,5-2 Std.). Drei- bis viermal jährlich fand der Runde Tisch „Netzwerk Senioren“ statt, bei dem der Initiativkreis weitere Akteure aus dem Stadtbezirk als Kooperationspartner für das Projekt gewinnen konnte.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung wurde weiterhin auf den Public Health and Action Cycle nach Rosenbrock als Arbeitsmethode zurückgegriffen. Das Modell umfasst die Unterteilung in die Teilabschnitte „Problemdefinition“, „Strategieformulierung“, „Implementierung“ und „Evaluation“. Die Ergebnisse der Projektarbeit sowie die anstehenden Aufgaben wurden anhand von ausführlichen Protokollen dokumentiert und den Mitgliedern des Initiativkreises zugeleitet. Dies diente als Grundlage für eine erneute Problemdefinition, um so gesundheitsfördernde Maßnahmen und Präventionsangebote fortlaufend zu optimieren

Darüber hinaus wurden alle gesundheitsfördernden Maßnahmen evaluiert. Dazu wurde ein Feedbackbogen an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kurse und Vorträge verteilt und ausgewertet. Ergänzend dazu wurde die teilstandardisierte Telefonbefragung zum allgemeinen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten durchgeführt.

Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit

Um bewährte Strukturen und Strategien nach Projektabschluss aufrecht erhalten und fortführen zu können, wurden nachhaltige Finanzierungsmöglichkeiten eruiert und auf Umsetzbarkeit überprüft. Weiterhin wurde ein Konzept für die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtteil entwickelt.

Maßnahmen zur Übertragbarkeit der Projekterfahrungen

Es fand eine kontinuierliche Dokumentation der Projektfortschritte, der auftretenden Schwierigkeiten und der Maßnahmen zu ihrer Bewältigung statt, um diese für die Übertragbarkeit auf andere Stadtteile oder Settings nutzen zu können. Die Erfahrungen und Erkenntnisse des Projektes wurden in dem Praxishandbuch „Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtteilbezirk – Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen“ zusammengefasst und verbreitet. Das Praxishandbuch richtet sich an haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Praxis, die niedrigschwellige gesundheitsfördernde Maßnahmen und Präventionsangebote für ältere Menschen planen und durchführen. Es versteht sich als ein Leitfaden, an dem man sich orientieren kann, und bietet konkrete praktische Empfehlungen, die bei der Übertragung auf andere Projekte je nach Bedarf anzupassen sind.

7. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Ergebnisse zur Förderung der Verhaltens- und Verhältnisprävention

Für die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote wurden Befragungen und persönliche Gespräche mit Angehörigen der Zielgruppen und Multiplikatoren geführt. Diese haben ergeben, dass ältere Menschen sich Kurs- und Gruppenangebote wünschen, die

- (vor)mittags bzw. am frühen Nachmittag stattfinden,
- in der Nähe ihrer Wohnung angeboten werden,
- an Orten stattfinden, die bekannt sind,
- von Übungsleiter/innen durchgeführt werden, mit denen sie sich identifizieren können (z.B. im Hinblick auf Geschlecht),
- in ihrer Muttersprache

- und möglichst kostengünstig bzw. kostenfrei sind,
- zusammen mit vertrauten Personen (z.B. mit Freunden, Nachbarn, Bekannten) besucht werden können
- sowie zusätzliche „Aufmerksamkeiten“ bieten (z.B. Bereitstellung von Getränken, Sitzpolster, angenehme Raumtemperatur, usw.).

Bei der Entwicklung bedarfsgerechter Angebote für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen sollten diesen Kriterien zukünftig stärker berücksichtigt werden.

Die Projektergebnisse unterstreichen zudem die Bedeutung der kontinuierlichen Einbindung der Zielgruppen in Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse. Eine Möglichkeit der Beteiligung sind Stadtteilgespräche. Im Rahmen des Projektes konnten einige grundlegende förderliche und hinderliche Faktoren für die Teilnahme älterer Menschen an dieser Form der Partizipation identifiziert werden:

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Einladungen über Vertrauenspersonen aussprechen - Ziel und Zweck einer solchen Veranstaltung bereits bei der Einladung bekannt geben - Durchführung an vertrauten und bekannten Orten - Angemessene Uhrzeit wählen - Anmeldungen voraussetzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Überforderungen z.B. durch abstrakte Fragen - Zu große Erwartungen in Bezug auf Beteiligung - Verwendung von Fach- und Fremdwörter vermeiden

Eine weitere Form, ältere Menschen zu beteiligen, ist die Einbindung in eine Projekt- oder Steuerungsgruppe. Die Projekterfahrungen machen deutlich, dass die direkte Einbindung ehrenamtlich engagierter älterer Menschen in eine Projekt- und Steuerungsgruppe eine Reihe von Vorteilen mit sich bringt:

- Das Setting (z.B. der Stadtteil) wird aus der Perspektive der Betroffenen betrachtet.
- Handlungsbedarfe und Barrieren werden gemeinsam mit Älteren leichter und schneller identifiziert.
- Rahmenbedingungen, die mit Älteren gestaltet werden, sind nachhaltiger und wirkungsvoller, da diese oft bereit sind, selbst Aufgaben zu übernehmen.
- Gesundheitsfördernde Angebote können passgenauer und bedarfsgerechter entwickelt werden.

- Mit selbstentwickelten Angeboten können sich ältere Menschen stärker identifizieren. Dies hat zugleich einen motivierenden Effekt, was sich unter anderen in höheren Teilnehmerzahlen widerspiegelt.

Voraussetzung ist eine Partizipation auf Augenhöhe, d.h. die Älteren sind gleichberechtigte Mitglieder, nehmen Stimmrecht wahr und werden an Entscheidungsprozessen beteiligt.

Ergebnisse zur Erschließung von Zugängen zu älteren Zielgruppen in sozial benachteiligten Lebenslagen

Insbesondere der zugehende Ansatz zeigt sehr deutlich, dass die persönliche Ansprache durch Vertrauenspersonen eine erfolgreiche Methode ist, um tatsächlich ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen zu erreichen. Neben verschiedenen Multiplikatoren und Ehrenamtlichen kommt insbesondere den Hausärzten/innen eine bedeutende Rolle als Vermittler von Informationen zu. Über das Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten/innen können sie ältere Menschen für Gesundheitsförderung sensibilisieren und motivieren, an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionsangeboten teilzunehmen. Umso wichtiger erscheint es, die Zusammenarbeit mit ihnen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung auch weiterhin zu stärken – nicht nur, weil Hausärzte/innen eine einflussreiche Schlüsselfunktion ausüben – sondern auch weil sie die erste Anlaufstelle sind, die vor allem ältere Menschen bei gesundheitlichen Fragen und Problemen aufsuchen. Diese Zugangswege zu älteren Menschen über Hausärzte/innen können auch weiterhin dazu genutzt werden, schwer erreichbare Zielgruppen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen.

Eine weitere Möglichkeit, ältere Menschen persönlich anzusprechen, bieten z.B. Info-Stände in Supermärkten, Marktplätzen, usw., die in lockerer Atmosphäre und alltagsnahen Situationen Gelegenheiten schaffen, das Thema Gesundheitsförderung bei älteren Menschen ins Bewusstsein zu rufen und für eine Teilnahme an entsprechenden Angeboten werben. Ebenso sind stadtteilübergreifende Veranstaltungen bestens dafür geeignet, das Thema Gesundheit öffentlich anzusprechen und für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren.

Zwar ist die indirekte Ansprache über Medien wie z.B. Broschüren oder Presseartikel bei älteren Zielgruppen in sozial benachteiligten Lebenslagen alleine nicht sehr erfolgsversprechend, jedoch in Kombination mit einem zugehenden Ansatz kann es eine gute Ergänzung sein, um die Öffentlichkeit auf ein vielfältiges Angebotsspektrum aufmerksam zu machen.

Wichtig ist hierbei, dass Informationen vor allem in kostenlosen Stadtteilzeitungen veröffentlicht werden, um zu gewährleisten, dass tatsächlich alle erreicht werden.

Informationen alleine genügen jedoch nicht, um ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen bzw. mit besonderen Bedürfnissen zu erreichen. Hierzu müssen zusätzliche Anreize und geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Neben den bereits o.g. Merkmalen der Gestaltung von Angeboten, zeigen die Projektergebnisse, dass bezogen auf die Zielgruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund bzw. im Hinblick auf Seniorinnen und Senioren türkischer Herkunft folgende Aspekte zu beachten sind:

- Mundpropaganda ist viel wichtiger als der perfektste Flyer.
- Türkische Seniorinnen und Senioren verbringen in den Sommermonaten oft eine längere Zeit im Herkunftsland. Daher sollten Kurse überwiegend den Winter über zwischen Oktober und April stattfinden.
- Fastenzeiten (Ramadan) und Feiertage (z.B. Zucker- und Opferfest) sind zu berücksichtigen.
- Unsicherheiten insbesondere aufgrund von Sprachbarrieren sind häufig stark ausgeprägt. Daher ist es wichtig, muttersprachliche Vertrauenspersonen gezielt anzusprechen und für eine aktive Mitwirkung in dem Projekt zu gewinnen (z.B. als Vermittler).
- Bei Bewegungsangeboten sind muttersprachliche Übungsleiter/innen unabdingbar (z.B. Rücken- und Schwimmkurse).
- Informationsveranstaltungen sollten ebenfalls in Muttersprache oder zumindest mit Übersetzung angeboten werden.
- Türkische Seniorinnen und Senioren bevorzugen die Teilnahme an Angeboten in einer Gruppe, die sie bereits kennen. Am ehesten werden sie erreicht, wenn gesundheitsfördernde Maßnahmen für eine bestehende Gruppe organisiert werden.

Ergebnisse zur Strukturbildung

Die Projektstruktur des Aktionsbündnisses verdeutlicht, wie wichtig ist es, an bereits bestehende Strukturen vor Ort anzuknüpfen. Das können z.B. Runde Tische, Netzwerke oder verschiedene andere Gremien sein, deren bereits bestehende Kooperationen genutzt werden können. Des Weiteren werden dadurch meistens mehrere Akteure erreicht, die verschiedene Handlungsfelder abdecken. Vom Vorteil war ebenfalls, dass der Initiativkreis aus einer Mischung von Mitgliedern mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen bestand. Vertreten waren sowohl ehrenamtlich Tätige als auch Professionelle, die über gute Kenntnisse und langjährige Erfahrungen mit den Zielgruppen verfügen und erprobte Zugänge besitzen. Der relativ kleine Kreis von sechs Personen ermöglichte zwar kontrovers und ausreichend zu diskutieren, aber auch nach Bedarf rasch Entscheidungen zu treffen.

Die Einbindung weiterer Akteure aus dem Stadtbezirk als Kooperationspartner/innen erwies sich ebenfalls als vorteilhaft für den Projektverlauf. Diese haben je nach Bedarf den Initiativkreis bei verschiedenen Aufgaben unterstützt und waren mitentscheidend für die Sicherung der Nachhaltigkeit, denn die Einbindung und Beteiligung aller Akteure/innen im Sinne eines kollektiven Lernprozesses hat eine hohe Bedeutung insbesondere für die Akzeptanz von Interventionen. Außerdem werden gemeinsame Entscheidungen auch über Widerstände hinweg (z.B. Finanzierungslücken) von allen getragen.

Alle Mitglieder des Initiativkreises, aber auch alle ortsansässigen Akteure und die Ansprechpartner/innen der Kommune dokumentierten ihre Unterstützungsbereitschaft in Form von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen. Dieser höhere Grad der eingegangenen Verbindlichkeit stützte das Aktionsbündnis und ist auch für andere Projekte zu empfehlen.

Ergebnisse zur Qualitätssicherung:

Ergebnisse der teilstandardisierten Befragung zum allgemeinen Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten

Die teilstandardisierte Telefonbefragung zum allgemeinen Gesundheitszustand und zum Gesundheitserhalten ergibt ein überwiegend positives Bild. Obwohl keine eindeutige Kausalität nachgewiesen werden kann, spricht einiges dafür, dass durch die Teilnahme positive Effekte hervorgerufen wurden. Befragt wurden im Frühjahr 2010 insgesamt 55 Personen. Die Interviewdauer betrug zwischen 30 und 60 Minuten. Bei den Befragten handelte es sich um Teilnehmerinnen und Teilnehmer der gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionskurse, die im Rahmen des Projektes in den drei Dortmunder Stadtteilen Brechten, Eving und Lindenhorst durchgeführt wurden.

Darstellung der Stichprobe

Merkmale		Anteil in %
Geschlecht	Weiblich	85,5
	Männlich	9
	Keine Angabe	5,5
Alter	Unter 65	19,9
	66 bis 75	45,5
	Über 75	30,8
	Keine Angabe	3,8
In Partnerschaft lebend	Ja	45,5
	Nein	52,7
	Keine Angabe	1,8
Kinder	Ja	85,5
	Nein	12,7
	Keine Angabe	1,8
Anzahl der Kinder	1 Kind	34,5
	2 Kinder	27,3
	3 Kinder	20,0
	Mehr als 4 Kinder	3,6
	Keine Angabe	14,6
Haushaltsgröße	Einpersonenhaushalt	52,7
	Zweipersonenhaushalt	41,8
	Keine Angabe	5,5
Im Haushalt lebende Personen	Alleine	56,4
	(Ehe-)Partner	40,0
	Andere Personen	1,8
	Keine Angabe	1,8
Höchster Schulabschluss	Kein Schulabschluss	1,8
	Volkschulabschluss	80,0
	Mittlere Reife	14,5
	Keine Angabe	3,7
Zur Verfügung stehende finanzielle Mittel	Bis 900€	61,8
	900€ bis 1.500€	12,7
	Keine Angabe	25,5

Die Mehrheit von den befragten Personen waren Frauen. Die Altersgruppe der 66- bis 75-Jährigen war am stärksten vertreten. Das Durchschnittsalter betrug 71 Jahre. Über die Hälfte der befragten Personen lebt in einem Ein-Personenhaushalt und hat keinen Partner. Die Mehrheit hat Kinder, von denen jeweils ca. ein Drittel entweder ein oder zwei Kinder hat. Beinahe alle befragten Personen verfügen über einen Volkshochschulabschluss oder die Mittlere Reife. Was die finanzielle Situation angeht, so verfügt über die Hälfte nach Abzug von Miet- und Heizkosten über eine Summe von bis zu 900,00€.

Im Hinblick auf den allgemeinen Gesundheitszustand lässt die Auswertung der Befragung darauf schließen, dass mehr als die Hälfte über eine gute Gesundheit verfügt (ausgezeichnet 5,5%, sehr gut 9,1%, gut 45,5%). Lediglich ein Viertel beschrieb den eigenen Gesundheitszustand als weniger gut (25,5%). Über einen schlechten Gesundheitszustand berichteten 9,1% der befragten Personen. Obwohl mehr als die Hälfte über einen guten Gesundheitszustand berichtete, gaben jeweils nur 43,6% an, aufgrund ihres derzeitigen Gesundheitszustands tatsächlich keine Einschränkungen weder bei mittelschweren Tätigkeiten noch beim Steigen von mehreren Treppenabsätzen zu haben. Hingegen sagte deutlich die Hälfte, dass sie bei mittelschweren Tätigkeiten bzw. beim Steigen von mehreren Treppenabsätzen eingeschränkt ist (Einschränkungen bei mittelschweren Tätigkeiten: etwas 27,3%, stark 23,6%, Einschränkungen beim Steigen von mehreren Treppenabsätzen: etwas 25,5%, stark 23,6%).

In Bezug auf die körperliche Gesundheit und damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten, ist zwar deutlich über die Hälfte der befragten Personen (54,4%) frei von Schwierigkeiten. Jedoch gab auch ein beträchtlicher Anteil (43,6%) an, aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit weniger geschafft zu haben als sie wollten. Ebenso haben 41,8% der Befragten nur bestimmte Dinge verrichten können. Hingegen kommt es aufgrund seelischer Probleme weniger zu Schwierigkeiten. Hier gaben über zwei Drittel (63,3%) an, keinerlei Schwierigkeiten zu haben. Jeweils über ein Drittel hat aufgrund seelischer Probleme weniger geschafft (36,4%) bzw. konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten (34,5%).

Obwohl mehr als die Hälfte angab, dass deren gesundheitlicher Zustand gut sei, sind vier Fünftel der Befragten aufgrund von Schmerzen bei der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten eingeschränkt (Ausmaß der Einschränkung: ein bisschen 27,3%, mäßig 21,8%, ziemlich 20%, sehr 10,9%).

Bei der Beurteilung des Gemütszustands der vergangenen vier Wochen kommt es zu einem guten Ergebnis. Deutlich über die Hälfte der Befragten waren überwiegend ruhig und gelassen (immer 16,4%, meistens 30,9%, ziemlich oft 18,2%) bzw. voller Energie (immer 16,4%, meistens 23,6%, ziemlich oft 12,7%). Entmutigt und traurig sind die Befragten nur manchmal (25,5%) bzw. selten (25,5%). Rund ein Drittel (27,3%) gibt sogar an, nie entmutigt und traurig zu sein.

Die körperliche Gesundheit und seelische Probleme führen bei über der Hälfte der befragten Personen (52,7%) zu keinerlei Beeinträchtigungen ihrer sozialen Kontakte. Hingegen berichteten über 40%, dass sie aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Probleme selten (18,2%) bzw. manchmal (23,6%) in Bezug auf soziale Kontakte beeinträchtigt sind.

Die Befragung hat ergeben, dass alle Personen, die daran teilgenommen haben, davon überzeugt sind, dass man auch im Alter etwas für seine Gesundheit tun kann. Mit einer gesunden Lebensweise können gesundheitliche Risiken im Alter verringert werden, so die Meinung von nahezu allen befragten Personen (90,9%). Dass die Befragten auch tatsächlich etwas dafür tun, verdeutlicht die Tatsache, dass knapp 90% unterschiedlich stark auf eine gesunde Ernährung achten (mäßig 45,5%, stark 29,1%, sehr stark 14,5%). Ebenso legen über 80% Wert auf eine gute Qualität der Lebensmittel (sehr stark 16,4%, stark 40%, mäßig 27,3%). Hinzu kommt, dass etwa 65% der Befragten die Menge und die Kalorien der Nahrungsmittel im Blick behalten (sehr stark 5,5%, stark 18,2%, mäßig 41,8%). Neben den genannten Faktoren spielt auch der Preis von Lebensmitteln eine Rolle. Die überwiegende Mehrheit achtet auf den Preis sehr stark (10,9%), stark (25,5%) bzw. mäßig (38,2%).

Weiterhin bestätigt die Auswertung der Frage, an wie vielen der letzten sieben Tage die Befragten für mindestens 60 Minuten am Tag mindestens mäßig körperlich aktiv (leichtes Schwitzen, kaum außer Atem) waren, dass die überwiegende Mehrheit (78,4%) mindestens an einem Tag aktiv war und auch in einer normalen Woche sind 80% der Befragten für mindestens 60 Minuten am Tag mindestens mäßig körperlich aktiv. Dies deutet stark darauf hin, dass die befragten Personen von den gesundheitsförderlichen Effekten eines aktiven Lebensstils nicht nur überzeugt sind, sondern auch einen aktiven Lebensstil führen. Als Aktivitäten wurden verschiedene Sportarten wie Walken, Gymnastik, Fahrradfahren oder Schwimmen genannt. Daneben spielt auch die Vermeidung von Stress bei über 70% den befragten Personen eine sehr wichtige (49%) bzw. wichtige (32,7%) Rolle.

Bezogen auf das Ziel des Projektes, ältere Menschen für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Alter zu sensibilisieren, deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass bei den befrag-

ten Personen ein Bewusstsein für gesundheitsförderndes Verhalten vorhanden ist. Dies verdeutlichen vor allem die Ergebnisse in Bezug auf das Ernährungsverhalten der befragten Personen sowie die Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit regelmäßig körperlich aktiv ist. Die Befragungsergebnisse lassen zwar nicht erkennen, ob das Gesundheitsbewusstsein auf die im Rahmen des Projektes angebotenen gesundheitsfördernden Maßnahmen zurückgeführt werden kann oder bereits von der Teilnahme an den Angeboten vorhanden war, jedoch wird deutlich, dass durch die positive Einstellung zur Beeinflussbarkeit der Gesundheit weitere Handlungsspielräume eröffnet werden können. Insbesondere in Bezug auf das Hauptziel des Projektes, zu einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens älterer Menschen beizutragen, können bereits vorhandene Ressourcen und Potenziale genutzt und weiter ausgebaut werden (Empowerment).

Des Weiteren können ältere Personen, die ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein haben, eine Vorbildfunktion für andere ältere Menschen sein und diese motivieren, an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen und langfristig ihr Gesundheitsverhalten positiv zu verändern (Multiplikatorenfunktion).

Sicherung der Nachhaltigkeit

In Eving wurde strukturelle Nachhaltigkeit dadurch gewährleistet, dass das Thema Gesundheitsförderung im Alter als Handlungsfeld im Stadtbezirk beim Runden Tisch „Netzwerk Senioren“ verankert wurde. Gesundheitsfördernde Angebote in Form von Informationsveranstaltungen werden weiterhin durchgeführt: Zum einen finden auf Stadtteilebene Vorträge zu verschiedenen Gesundheitsthemen statt und zum anderen wird einmal jährlich stadtteilübergreifend der Evinger Senioren- und Gesundheitstag durchgeführt.

Neben der Entwicklung von Strukturen, wie dem Aufbau eines Netzwerks, wurden im Rahmen des Projektes auch zahlreiche Kurse entwickelt, die in das Regelangebot verschiedener Anbieter im Stadtbezirk implementiert werden konnten und somit auch nach Beendigung weiter bestehen bleiben. Folgende gesundheitsfördernde Kurs- und Begegnungsangebote sind verstetigt worden:

Das Hallenbad in Eving hat sich zum Beispiel entschieden, einen Wassergymnastik-Kurs für Senioren/innen anzubieten, der auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe abgestimmt ist und auch älteren Menschen mit geringem Einkommen eine Teilnahme ermöglicht. Zwei wesentliche Kriterien sind, dass der zehnwöchige Kurs am frühen Nachmittag stattfindet und mit 20,00 Euro Kursgebühr zzgl. 2,00 Euro Eintritt deutlich günstiger ist als sonstige Wassergymnastik-Kurse.

Weiterhin hat sich das Familienzentrum Externberg in Eving bereit erklärt, einen Teil seiner zur Verfügung stehenden Mittel für einen Kurs „Kochen für Menschen ab 50“ aufzuwenden. Da die eigenen Mittel zur Kostendeckung nicht ausreichen, wurde eine Mischfinanzierung gewählt. Für die Kursteilnehmer/innen bedeutet das, dass sie rund 20,00 Euro inkl. Verkostung für einen fünfwöchigen Kurs bezahlen. Für 2011 sind insgesamt drei Kurse vorgesehen.

Ein weiteres Angebot, das ebenfalls nach Beendigung des Projektes bestehen bleibt, ist die Männer-Runde. Hier sind bereits während der Projektlaufzeit – bis auf die Aufwandsentschädigung für den Moderator – keine weiteren Kosten angefallen. Der Moderator hat sich bereit erklärt, sich ehrenamtlich zu engagieren und unentgeltlich das Angebot fortzuführen.

Um darüber hinausgehende bewährte Strukturen und Strategien im Stadtbezirk auch nach Beendigung des Projektes aufrecht erhalten und fortführen zu können, wäre die Einrichtung einer koordinierenden Stelle hilfreich (siehe Anlage Konzeptbeschreibung). Diese sollte – in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren aus dem Stadtbezirk – folgende Aufgaben übernehmen und damit wesentlich zur Gesundheitsförderung, insbesondere von älteren Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen beitragen:

- Information und Beratung zu Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention
- Aufbau eines Kommunikationssystems für eine dauerhafte, niedrigschwellige zugehende Ansprache älterer sozial benachteiligter Zielgruppen
- Durchführung von verschiedenen Vernetzungsaktivitäten (Ausbau des Netzwerks, Netzwerkkonferenzen) mit dem Ziel der Ressourcenbündelung und fachübergreifenden Zusammenarbeit
- Mitarbeit in bestehenden Gremien (z.B. Runder Tisch „Netzwerk Senioren“)
- Koordination gesundheitsfördernder Maßnahmen von Netzwerkpartnern
- Durchführung übergeordneter Aktivitäten zur Gesundheitsförderung
- Kooperation und Austausch mit den Ärzten/innen des Stadtbezirks
- Öffentlichkeitsarbeit

Voraussetzung hierfür ist die Entwicklung eines neuen Finanzierungsmodells, in dem Mittel aus verschiedenen Finanzierungsquellen (z.B. Gesetzliche Krankenkassen, Kommunen, Spenden und Sponsoring, usw.) systematisch zusammengeführt werden.

8. Gender Mainstreaming Aspekte

Das Geschlecht ist eine zentrale Variable, die den Gesundheitszustand beeinflusst. Männer und Frauen weisen in Bezug auf ihre Gesundheit Unterschiede auf, die sich in ihrem Gesundheitsverhalten und gesundheitsbezogenen Einstellungen und Bedürfnissen widerspiegeln²². Daher ist es unerlässlich, bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen geschlechtsspezifische Aspekte zu beachten. Da die gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionsangebote im Rahmen des Aktionsbündnisses überwiegend von Frauen wahrgenommen wurden, sollte die Teilnahme von Männern an gesundheitsfördernden Angeboten erhöht werden. Dazu wurden ältere Männer gezielt nach ihren Wünschen und Bedürfnissen in Bezug auf gesundheitsfördernde Angebote befragt. Ergänzend dazu wurden die Erfahrungen von Multiplikatoren einbezogen. Die Befragungen haben ergeben, dass Männer Angebote favorisieren, die keinen typischen Kurscharakter haben. Die befragten Männer wünschten sich ein Angebot, das inhaltlich flexibel war und mitgestaltet werden konnte. Es sollte auch keinen Stammtischrunden gleichen, aber Begegnungsmöglichkeiten ausschließlich für Männer bieten. Insbesondere in der Anfangsphase wünschten sich die befragten Männer einen Moderator, der das Angebot begleitet.

Mögliche Teilnehmer der Männer-Runde wurden von den Mitarbeiterinnen des Seniorenbüros und des Städtischen Begegnungszentrums persönlich eingeladen. Dabei wurden insbesondere diejenigen Männer angesprochen, von denen bekannt war, dass sie alleine leben. Ziel war es, nicht nur durch ein bedarfsgerechtes Angebot die Gesundheit von Männern zu fördern, sondern auch Isolation zu vermeiden und soziale Kontakte zu knüpfen. Parallel dazu wurde das Angebot auch in der Presse und über Aushänge an verschiedenen Orten (z.B. Gemeinden, Begegnungszentren, Supermärkten, usw.) bekannt gemacht.

Es treffen sich etwa zehn Männer zwischen 50 bis 86 Jahren einmal wöchentlich für zweieinhalb Stunden in den Räumlichkeiten des Städtischen Begegnungszentrums zu gemeinsamen Unternehmungen. Die Teilnehmer machen abwechselnd Vorschläge für verschiedene Ausflugsziele. Dabei wird darauf geachtet, dass es für jeden auch bezahlbar ist und niemand ausgeschlossen wird. Neben einer Schifffahrt und Bowling, gab es auch Führungen in der Stadt- und Landesbibliothek und in der DASA²³.

Die Männer-Runde erhält hohe öffentliche Resonanz, neben zahlreichen Presseartikeln wurde auch in einer Radiosendung darüber berichtet. Es gibt bereits Anfragen aus anderen

²² Kolip & Hurrelmann 2002

²³ Deutsche Arbeitsschutzausstellung in Dortmund (http://www.dasa-dortmund.de/cln_137/dasa/de/Startseite.html)

Stadtbezirken an die Gruppe, beim Aufbau einer ähnlichen Männer-Runde behilflich zu sein. Diese öffentliche Anerkennung hat eine förderliche und motivierende Wirkung auf die Gruppe.

9. Gesamtbeurteilung

Insgesamt konnten die Ziele des Projektes in hohem Maße realisiert werden. Durch die zielgruppenorientierte Erweiterung des Angebotsspektrums an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Angeboten sowie die Erschließung neuer Zugangswege konnten die verschiedenen Zielgruppen älterer Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen erreicht werden. Das Projekt hat damit einen konkreten Beitrag zum Abbau sozialer Benachteiligung geleistet. Ausgehend von den Bedürfnissen und konkreten Lebensverhältnissen der Zielgruppen wurden nicht zuletzt auch neue, innovative Angebotsformate und Strategien der Gesundheitsförderung entwickelt, die geeignet sind, Potenziale der Selbsthilfe und Selbstorganisation zu stärken. Die Projekterfahrungen machen aber auch deutlich, dass die Förderung der Partizipation benachteiligter Zielgruppen einer gezielten und dauerhaften Unterstützung bedarf. Insbesondere die Gewinnung von Ehrenamtlichen für die Begleitung von Gruppen erfordert eine professionelle Unterstützung und die Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen.

Im Rahmen des Projektes ist es gelungen, ein Aktionsbündnis aufzubauen und die örtlichen Strukturen so zu festigen, dass das Thema Gesundheitsförderung für ältere Zielgruppen in sozial benachteiligten Lebenslagen auch nach Beendigung des Projektes als Handlungsfeld im Stadtbezirk verankert bleibt. Es ist ein tragfähiges Netzwerk entstanden, einige bewährte Kurse (Wassergymnastik für Senioren, Kochkurs, Männer-Runde) werden weitergeführt, Vorträge zu verschiedenen Gesundheitsthemen weiterhin angeboten und der Evinger Senioren- und Gesundheitstag wird weiterhin einmal jährlich stattfinden. Mit der Erstellung und Verbreitung des Praxishandbuchs ist zudem sichergestellt, dass die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen für die Initiierung und Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen in anderen Kommunen und Stadtteilen genutzt werden können.

Vor dem Hintergrund der Projekterfahrungen ist allerdings davon auszugehen, dass mit den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Ressourcen nur ausgewählte Maßnahmen zu realisieren sind. Die Umsetzung eines umfassenden und integrierten Gesamtkonzeptes zur Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen, die auch eine explizite Einbeziehung sozi-

al benachteiligter Gruppen gewährleistet, erfordert die Einrichtung einer örtlichen koordinierenden Stelle, die mit den dafür notwendigen Ressourcen auszustatten ist.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Veröffentlichungen

Beiträge auf Kongressen/ Tagungen/ Veranstaltungen:

Veranstaltung	Vortragstitel	Monat
Seminar für Studierende des Seniorenstudiums an der TU Dortmund	„Gesundheitsförderung im Alter“	Juni 2010
Posterpräsentation auf der DGGG-Tagung, Berlin	„Aktionsbündnis – Gesund leben und älter werden in Eving“	September 2010
Posterpräsentation auf der Fachtagung Bewegungsförderung 60+ Im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. 2. Regionalkonferenz des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen, Essen	„Gesund leben und älter werden in Eving“	Oktober 2010
Posterpräsentation auf dem 16. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin	„Gesund leben und älter werden in Eving“	Dezember 2010
Workshop Anspruch und Wirklichkeit bei der Qualitätsentwicklung am Beispiel von drei Ansätzen: quint-essenz, Zielerreichungsskalen und partizipative Qualitätsentwicklung auf dem 16. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin	„Zielerreichungsskalen: Von der Zielsetzung zur Überprüfung der Zielerreichung“	Dezember 2010
Vortrag auf der Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“, Düsseldorf	„Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen“	Februar 2011
Workshop „Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen“ auf der Fachtagung „Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung“, Düsseldorf	„Gesund leben und älter werden in Eving“	Februar 2011

Pressemitteilungen

Laufend Beiträge in der lokalen Presse (Westfälische Rundschau, Ruhr Nachrichten, Türkische Presse, Nordanzeiger).

11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotenzial)

Welche Erfahrungen/ Ergebnisse sind für den Transfer ggf. für die Vorbereitung und Begleitung der Gesetzgebung des BMG geeignet?

- Die im Projekt bewährten Zugangswege, die zielgruppenorientierte, geschlechtsspezifische und kultursensible Ausgestaltung von Kursen und anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen, die Strategien zur Partizipation der Zielgruppen und der Ansatz der Strukturbildung sind auch in anderen Stadtteilen umsetzbar.
- Die strikte Trennung von Primär- und Sekundärprävention bei den Finanzierungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen erweist sich in der Praxis als hinderlich und nicht effektiv und führt zu Benachteiligungen von einzelnen Gruppen, wie z.B. mobilitätseingeschränkte und hochbetagte ältere Menschen.
- Die Regelung der „Vorfinanzierung und Rückerstattung“ stellt eine Zugangsbarriere dar. Es werden andere handhabbare und wenig verwaltungsintensive Finanzierungsmodelle benötigt, um sozial benachteiligte Zielgruppen zu erreichen.
- Settingbezogene, ganzheitliche Ansätze der Prävention sollten stärker gefördert werden.

Wie wirken sich die Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/ Pflege aus?

- Potenzielle Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und ggf. Reduzierung der Folgekosten für gesundheitliche und pflegerische Versorgung

Weitere Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)?

- Die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen wäre noch genauer, z.B. in Form von Langzeitstudien, zu untersuchen.

12. Publikationsverzeichnis

- Lis, K. (2009). Aktionsbündnis Gesund leben und älter werden in Eving. *EinBlick, Gemeindebrief der Evangelischen Segenskirchengemeinde Dortmund-Eving*, Ausgabe April – September 2009, 22-23.
- Lis, K. (2009). Aktionsbündnis Gesund leben und älter werden in Eving. *Senioren Heute*, 35, 27.
- Lis, K. (2009). Aktionsbündnis Gesund leben und älter werden in Eving. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Dokumentation der Tagung „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“ am 26. Februar 2009 in Berlin (S. 51-53). Dortmund: Eigenverlag.

- Lis, K., Olbermann, E., von Koenen, C. & Wisniewski, G. (2011). Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Dortmund: Institut für Gerontologie.
- Lis, K. & Schaefer, I. (2011). Zielerreichungsskala: Von der Zielsetzung zur Überprüfung der Zielerreichung. Anforderungen an die Anwendung von Zielerreichungsskalen. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.). Dokumentation 16. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit (CD-ROM mit Beiträgen zum Kongress und der Satellitenveranstaltung), Berlin.

13. Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_2008_150908.pdf (Stand: 03/2011).
- Bauer, U. (2008). Erfordernisse zielgruppenspezifischer Prävention im Alter. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 276-293). Bern: Hans Huber Verlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). *Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung*. Workshop-Dokumentation. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft*. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Eine Bestandsaufnahme*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen*. Köln.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2009). *Gesundheit im Alter fördern – eine Zukunftsaufgabe der Kommunen*. Dokumentation Regionalkonferenz Berlin am 15.10.2009. Berlin.
- Gold, C., Bräunling, S., Geene, R., Kilian, H., Sadowski, U. & Weber, A. (2008). *Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier*. Heft 1. Berlin: Möller.
- Görres, S. & Hasseler, M. (2008). *Gesundheit und Krankheit vulnerabler älterer Bevölkerungsgruppen*. In A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.) (2008), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 175-190). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hubert, S., Althammer, J. & Korucu-Rieger, C. (2009). *Soziodemographische Merkmale und psychophysisches Befinden älterer türkischer Migrantinnen und Migranten in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Bd.39. Berlin: Pro BUSINESS.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2003). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München.

- Karl, F., Aner, K., Bettmer, F. & Olbermann, E. (2008). Perspektiven einer neuen Engagementkultur. Praxisbuch zur kooperativen Entwicklung von Projekten. Wiesbaden: VS.
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (2002). Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (13-31). Bern: Hans Huber.
- Kuhlmann, A. (2010). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Dortmund.
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/F-10002-gesundheitsfoerderung-aeltere-menschen-setting-kommune,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/F-10002-gesundheitsfoerderung-aeltere-menschen-setting-kommune.pdf
- Kilian, H., Geene, R. & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“* (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8) (S.151-230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NB.
- Kruse, A. (2002). *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 146. Baden-Baden.
- Kümpers, S. & Rosenbrock, R. (2010). Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In G. Naegele (Hrsg.), *Grundlagen einer sozialen Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden: VS.
- LIGA – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2010). *Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter*. LIGA. Praxis 6. Düsseldorf.
- Lis, K. & Schaefer, I. (2011). Zielerreichungsskala: Von der Zielsetzung zur Überprüfung der Zielerreichung. Anforderungen an die Anwendung von Zielerreichungsskalen. In: *Gesundheit Berlin-Brandenburg* (Hrsg.), *Dokumentation 16. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit* (CD-ROM mit Beiträgen zum Kongress und der Satellitenveranstaltung), Berlin.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. 1. Aufl. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Naegele, G. (2004). Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter - ein neues Handlungsfeld für die Sozial- und Altenpolitik, *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 4, 20-28.
- Naegele, G. (2008). Alter und Gesundheit – zu einigen Anknüpfungspunkten für Prävention, Gesundheitsförderung und darauf bezogener Gesundheitswirtschaft. In A.J.W. Goldschmidt & J. Hilbert (Hg.), *Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Die Zukunftsbranche* (S.148 – 163), Bd. 1 der Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft und Management. Wegscheid: WIKOM.
- Maaz, A., Nordheim, J., Winter, H.-J. & Kuhlmei, A. (2007). Chronische Krankheit im Alter. Versorgungsrealität aus Patientensicht. In C. Janßen, B. Borgetto & G. Heller (Hrsg.), *Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde* (S. 217-236). Weinheim: Juventa.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (2007). *Gesundheitsberichte Spezial. Bad 4: Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze*. Düsseldorf.

- Obrist, B. & van Eeuwijk, P. (2006). Einleitung. In P. van Eeuwijk & B. Obrist (Hrsg.), *Vulnerabilität, Migration und Altern* (S. 10-24). Zürich: Seismo.
- Olbermann, E. (2011). Relevanz und Perspektiven der Gesundheitsförderung bei älteren MigrantInnen. *Migration und Soziale Arbeit*, 1/2011.
- Özcan, V. & Seifert, W. (2006). Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland: Expertisen zum fünften Altenbericht der Bundesregierung*, Band 6 (S.7-77). Berlin.
- Radoschewski, M. & Bellach, B.- M. (1999). Der SF-36 im Bundes-Gesundheits-Survey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. In: *Das Gesundheitswesen*, 61 (1999), Sonderheft 2, S. 191-199.
- Reimann, B., Böhme, C. & Bär, G. (2010). *Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung*. Berlin.
- Richter, A., Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.) (2008). *Dünne Rente – Dicke Probleme: Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung*. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Rosenbrock, R. (2004). Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. In E. Luber & R. Greve (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung* (S. 59-73). Frankfurt a. M.
- Schaefer, Ina (2010): *Zielerreichungsskalen als Instrument für die Evaluation in der Gesundheitsförderung*. In: *Gesundheit Berlin-Brandenburg* (Hrsg.). Dokumentation 15. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit (CD-ROM mit Beiträgen zum Kongress und der Satellitenveranstaltung), Berlin.
- Schröder, C. & Schröder, H. (2006). Typen des Gesundheitsverhaltens in der deutschen Bevölkerung – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter dem Blickwinkel von Alter und Geschlecht. In A. Hinz & O. Decker (Hrsg.), *Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel. Alterspezifisch und Geschlechterrollen*. Gießen
- Stadt Dortmund (2007). *Sozialstrukturatlas 2005. Demographische und soziale Struktur der Stadt Dortmund, ihrer Stadtbezirke und Sozialräume*. Dortmund.
- Statistisches Bundesamt (2006). *Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden.

Weitere Quellen

- http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/reg_knoten/qualitaetsentwicklung/instrumente/zielerreichungsskalen/index.html [07.04.2011]
- http://www.lv-gesundheitbremen.de/wp-content/uploads/2009/12/beitrag_zielerreichungsskalen_lvgbremen1.pdf [07.04.2011]
- Leitfaden Goal Attainment Scaling - Zielerreichungsskalen (2010): Verfügbar unter: <http://www.evaluationstools.de/methodenkoffer/uebergreifende-instrumente.html> [17.01.2011]
- http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf [28.03.2011]