

*Gesund und aktiv älter werden*

# „DAS KANN DOCH NICHT ALLES GEWESEN SEIN!“

*Dokumentation der Fachtagung am 25. Oktober 2010 in Hannover*



CILLicht / photocase.com



# Inhaltsverzeichnis

## Grußwort

## Vorträge

**„A little Help from my Friends“ oder „Wenn ich 64 bin...“** – Wohnen und Teilhabe im Alter  
*Bürgermeister a. D. Dr. Henning Scherf*, Bremen

**Nichts gewesen außer Spesen? Lebensbilanzen! Hürdenläufe zu unbekanntem Zielen im Alter**  
*Prof. Dr. Annelie Keil*, Bremen

**Alter, Armut und Gesundheit – „Das Problem ist der graue Alltag...“**  
*Dr. Antje Richter-Kornweitz*, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

**Alter und Gesundheit – aktuelle Datenlage in Niedersachsen**  
*Dr. Elke Bruns-Philippis*, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

## Workshops

**Workshop 1: Neues Altern in der Stadt** –  
Partizipation fördern und Lebenswelten vor Ort gemeinsam gestalten  
*Volker Falkenstein*, Amt für Familie, Schulen und Sport, Bruchsal  
*Rolf Freitag*, Leiter des Kreissenorenrats Bruchsal

**Workshop 2: Bewegung im Alltag**  
Bewegt ins / im Alter – warum, wie und wo?  
*Wiebke Sannemann*, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.

Der Norden bewegt sich  
*Sabine Erven*, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Stadtteilbegehung – Mit den Augen der Älteren sehen  
*Nicole Tempel*, Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.

Stadtteilspaziergänge – die Älteren einbeziehen  
*Annemarie Hellwig*, Stadt Wilhelmshaven  
*Annett Jochens*, Gesundheitsamt Stadt Wilhelmshaven

**Workshop 3: Prävention und Gesundheitsförderung im Alter**  
Das Beispiel Impfungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen  
*Dr. Elke Bruns-Philippis*, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

**Workshop 4: Selbstbestimmt älter werden**  
Politische Mitwirkung und gesellschaftlicher Beitrag von Seniorinnen und Senioren  
*Dr. Christoph Steinbach*, Landessenorenrat Niedersachsen e. V.

Rahmenbedingungen für politisches Engagement von Seniorinnen und Senioren in kommunalen Seniorenbeiräten  
*Dr. Jan Steinhaußen*, Landessenorenvertretung Thüringen e. V.

**Workshop 5: Wie war das noch damals? Generationendialog und erzählte Historie** –  
Stadtarchiv und Jugendparlament Hilden dokumentieren Geschichte der Zuwanderung  
*Michael Krambrock*, Stadtarchiv Hilden

**Workshop 6: Wie geht es den Angehörigen?**  
Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung: Gesundheit trotz Pflegebedarf und/oder Behinderung  
*Tania-Aletta Schmidt*, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
*Sandra Krenz*, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt Hannover  
*Lisa Oermann*, Hochschule Osnabrück

## Kontaktinformationen Referentinnen und Referenten



Sehr geehrter Herr Altgeld,  
sehr geehrte Frau Dr. Richter-Kornweitz,  
sehr geehrter Herr Dr. Scherf,  
sehr geehrte Frau Prof. Keil,

meine sehr geehrten Damen und Herren,  
ich freue mich sehr, heute in Hannover zu Ihnen zu sprechen. Die heutige Konferenz ist – nach der Regionaltagung in Berlin Ende 2009 – die zweite Regionalkonferenz im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungsreihe der BZgA „Gesund und aktiv älter werden“. Tagungen in den anderen Bundesländern werden folgen. Sie haben insofern eine wichtige Vorreiterrolle. Ich freue mich sehr auf das spannende Programm und den fachlichen Austausch zu den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention, bezogen auf älter werdende und ältere Menschen.

„Das kann doch nicht alles gewesen sein“ ist der Titel unserer Tagung. Diese Aussage spricht schon viele Aspekte an, über die wir heute diskutieren wollen.

Wir wissen um den demografischen Wandel. Die Menschen werden älter, die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich. Bereits im Jahr 2005 überstieg bundesweit die Zahl der über 60-Jährigen (mit ca. 20 Millionen) deutlich die der unter 20-Jährigen (ca. 16 Millionen). Bis zum Jahr 2050 wird die Anzahl der über 60-Jährigen weiter zunehmen auf circa 28 Millionen.

D.h., dass viele Menschen eine lange Lebensphase des Alterns und Altseins erleben. Diese Tatsache sollte Berücksichtigung in der regionalen Planung finden.

Nun stellt sich die Frage: Wer sind eigentlich „die“ älteren Menschen? Eine entsprechend feststehende Altersgrenze existiert nicht. Älter werden ist ein Prozess, der bei den Menschen sehr unterschiedlich verlaufen kann.

Wir haben es mit einer großen und äußerst heterogenen Zielgruppe zu tun, mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Lebenslagen. Zu den Zielgruppenmerkmalen gehören Geschlecht, Alter, soziale Lage, Migrationshintergrund, Bildungs- und beruflicher Hintergrund, Freizeitverhalten, Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten.

Das Ziel ist nicht allein, ein hohes Lebensalter zu erreichen. Es geht vielmehr darum, die zusätzlichen Lebensjahre mit einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben. Gerade im mittleren und höheren Lebensalter können Frauen und Männer – gut informiert und selbstbestimmt – aktiv die eigene Gesundheit stärken, ihr Wohlbefinden fördern sowie zur Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten beitragen. Die Erhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit ist von zentraler Bedeutung für die individuelle Lebensqualität.

Dass ältere Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten, ist zudem auch von hoher gesellschaftspolitischer und ökonomischer Bedeutung, betrachten wir z.B. die Bereiche Arbeit und Wirtschaft, die finanzielle Lage und Absicherung im Alter, den Bereich der Gesundheitsversorgung und Pflege oder auch die Familie und die soziale Einbindung, die gesellschaftliche und politische Partizipation. Das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ wird zunehmend bedeutender.

Bei älteren Menschen sind die Prävalenz- und Inzidenzraten bei den meisten behandlungsbedürftigen Krankheitsgruppen höher, als bei jüngeren. Im Vordergrund stehen:

- Herz-Kreislaufkrankheiten.
- Krankheiten des Bewegungsapparates, hierdurch funktionale Einschränkungen und Einschränkungen der Mobilität
- Sturzunfälle: Fast ein Drittel der 65jährigen und Älteren stürzt mindestens einmal jährlich
- bösartige Neubildungen
- Psychische Erkrankungen

Das Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) nimmt ab dem mittleren Lebensalter stark zu, damit auch die entsprechende Einnahme zahlreicher Medikamente. Hinzu kommt bei vielen älteren Menschen, vor allem bei älteren Frauen, die spezielle Belastung durch die Pflege von Angehörigen. In Deutschland werden 1,5 Millionen pflegebedürftige Personen zu Hause versorgt. Ein Großteil der pflegenden Angehörigen fühlt sich durch die Pflege belastet und weist Krankheitssymptome auf.

Auch diese Fakten sollten im Blick regionaler Aktivitäten sein. Ein Teil der Probleme kann durch entsprechend geeignete Maßnahmen günstig beeinflusst werden.

Präventionsrelevante Strategien müssen Aspekte des individuellen Älterwerdens, der Übergänge zwischen den Lebensphasen berücksichtigen, z.B. den Übergang von der Erwerbstätigkeit in die Rente. Hier spielt das persönliche Empfinden eine Rolle. Von Bedeutung für die Menschen ist die individuelle Lebenssituation, sind die persönlichen Lebensumstände wie familiäre Einbindung, soziale Kontakte, der Erwerbstätigkeitsstatus, die finanzielle Absicherung, der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Freizeitinteressen und natürlich die regionalen Rahmenbedingungen und Besonderheiten.

Die Menschen sollen dort angesprochen und erreicht werden, wo sie leben. Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen muss eng entlang der regionalen Bedarfe erfolgen. Dies ist eine der großen Herausforderungen für die Regionen.

Zu den Voraussetzungen einer Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der Kommune gehört es, zunächst einmal die speziellen Bedarfe vor Ort zu ermitteln (lokale Gesundheitsberichterstattung) und Transparenz über die bestehenden Angebote herzustellen. Welche Möglichkeiten und Angebote gibt es? Wo gibt es Versorgungsengpässe? (Stadt-Land-Gefälle, strukturelle Unterschiede)

Zur Verbesserung der Angebotssituation ist es wichtig, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure vor Ort zu stärken, Angebote entsprechend zu vernetzen, die Qualität und Nachhaltigkeit von Angeboten zu sichern. Hierbei geht es zum einen um die Vernetzung von Wissenschaft und Praxis, aber insbesondere auch um die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Sektoren.

Welche Akteure können Ansprechpartner sein? Z. B. die Sportvereine, die Bildungsträger (Beispiel VHS), die Krankenkassen, Altenhilfeeinrichtungen, die Sozialdienste, die Seniorengruppen, die Seniorenbüros, die Bürgerzentren, kirchliche Träger, die Wohlfahrtsverbände, die Ärzteschaft, Apothekerinnen/Apotheker, Krankenhäuser, physio-/ergotherapeutische Praxen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Reha-Zentren, die Gesundheits- und Sozialämter, aber auch Stadtplanungs-, Grünflächen- Ordnungsämter, Wohnungsbaugesellschaften, ebenso die Schwimmbäder, Fitness-Studios, Tanzschulen, auch der Einzelhandel, ortsansässige Firmen mit älteren Beschäftigten. Hier gilt es, zu interessieren und zu sensibilisieren. Wir müssen die Themen „Älter werden“ und „Alter“ positiv besetzen, die Chancen und Potentiale des demografischen Wandels aufzeigen. Es stellt sich hier natürlich auch die Frage nach den Interessen und Bedarfslagen der Akteure, die unter ihren jeweiligen Zielsetzungen und Maßgaben arbeiten.

Und: Zu den Erfolgsvoraussetzungen gehört es auch, das gemeinsame Vorgehen sehr genau festzulegen. Hierzu gehören verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit klarer Aufgaben- und Kostenteilung und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe (Wertschätzung, –abbau von Vorurteilen, gemeinsames Verantwortungsgefühl, Anerkennung anderer Kompetenzen, offene Kommunikation, –abgeben können, Vertrauen).

Gemeinsam müssen wir uns Gedanken machen über die Erreichbarkeit älterer Menschen mit Angeboten der Gesundheitsförderung. Um viele Menschen vor Ort zu erreichen, muss unser Ansatz Lebenswelt bezogen sein. Wir müssen die Menschen dort ansprechen, wo sie leben. Wir müssen ihren Alltag und ihre Lebensräume berücksichtigen. Wir müssen auch ihre Interessen und Unterstützungsbedarfe einbeziehen, wir müssen sie motivieren. Die Nutzung geeigneter Zugangswege und Angebotsformen ist von besonderer Bedeutung, wenn wir z.B. auch ältere Migrantinnen und Migranten erreichen wollen, sozial benachteiligte ältere Menschen, bildungsferne Zielgruppen.

Glücklicherweise können wir bereits auf verschiedene erfolgreiche Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen zurückgreifen. Es gibt einige Modelle, die sich in der Praxis vor Ort bewährt haben und die auch schon als „Gute Praxis“ ausgezeichnet wurden. Auf verschiedene Ansätze, z.B. „Neues Altern in der Stadt (NAIS), das Beispiel aus der Stadt Bruchsal, werden wir ja am Nachmittag im Rahmen der Workshops eingehen.

Ich wünsche uns allen eine interessante und ergebnisreiche Veranstaltung, einen guten Austausch, der uns in der gemeinsamen Sache weiter bringt und Perspektiven sowie auch schon konkrete Umsetzungsmöglichkeiten aufzeigt.

---

## *Vorträge*

---

## „A little Help from my Friends“ oder „Wenn ich 64 bin...“ – Wohnen und Teilhabe im Alter

Bürgermeister a. D. Dr. Henning Scherf

*In seinem lebendigen Vortrag schildert Dr. Henning Scherf auf welche Weise er lernt, mit Freude alt zu werden. Er berichtet über sein Leben in einer „Greisenkommune“, die er vor über 2 Jahrzehnten mit gegründet hat und über seine Erfahrungen mit älteren Menschen, denen er unter anderem auf seiner Rundreise durch Pflegewohngemeinschaften in der Bundesrepublik begegnet ist.*



Foto: Veronika Weithe

Das Nachdenken darüber, wie meine Frau und ich alt werden wollen, ging los, als wir mit Mitte vierzig unsere drei Kinder verabschiedet haben. Damals haben wir uns mit unseren Freunden zusammengesetzt, die in ähnlicher Lage waren und haben darüber nachgedacht: „Gibt es eine Form, unser verbleibendes Lebens so zu strukturieren und zu organisieren, dass wir bis zum Tod zusammen sein können?“ Das war unsere Zielvorstellung. Dann haben wir auch noch frech gesagt: „Wir wollen eine Greisenkommune gründen“, obwohl wir ja erst Mitte vierzig waren und alles andere als Greise waren. Wir wollten das perspektivisch sagen und nichts tabuisieren, nichts schönfärben, nicht zu diesen komischen Chirurgen gehen. Wir haben dann überlegt: „Wie muss das sein, wie geht das zu?“ Vier Jahre haben wir diskutiert. Bis wir endlich zehn Leute waren und dann haben wir uns ein altes Haus in der Innenstadt gekauft. Finanziert hatten wir das dadurch, dass drei von uns, wir auch, ein kleines Häuschen hatten. Die haben wir verkauft, die anderen hatten gar nichts und sind als Mieter eingezogen. Dieses Startkapital mit den drei verkauften Häusern, das brachte uns Unabhängigkeit. Wir brauchten keine Behörde und kein Amt zu fragen. Wir haben das alles alleine gemacht und wollten auch alleine durch damit. Wir sind ohne öffentliche Begleitung gut über die Runden gekommen. Da leben wir nun seit 23 Jahren zusammen. Das ist die Ausgangslage dessen, was ich jetzt alles erzählen will über „wie ich lerne alt zu werden“.

Ich fange mit dem Sport an. Bis heute mache ich gemeinsam mit einem aus unserem Haus regelmäßig ehrgeizige Unternehmungen mit dem Rennrad. Wir fahren bei der Hamburger Cycclassics mit. Dort traue ich mich mit vielen jungen Leuten auf den Wettbewerb und das geht, ich bin gar nicht der Älteste, sondern um mich herum sind jede Menge Leute, die sagen: „Das können wir noch, das machen wir noch“. Wie wir überhaupt beobachten, dass das Fahrradfahren für viele leichter ist als das Rumlaufen. Die an Hüften operiert sind, die kommen mit dem Fahrrad besser klar, als wenn sie zum Laufen losgeschickt

werden. Meine Fahrradbeweglichkeit ist bis heute eine meiner Hauptkommunikationserfahrungen. Und ich rate allen: „Kauft Euch keine Dinger für zu Hause, wo Ihr dann rumstrampelt.“ Die zweite sportliche Sache geht jetzt nicht mehr gut, wir haben lange miteinander zusammen Langlauf trainiert. Ich bin auch ein paar Mal Marathon gelaufen, das traue ich mich jetzt nicht mehr. Aufgegeben habe ich es aber auch nicht! Also das Laufen gerade jetzt im Herbst, je feuchter es ist, umso besser kann man laufen, bei heißer Sonne ist es anstrengend, aber jetzt ist es wunderbar. Wenn man durch die Laubwälder laufen kann, ist es traumhaft schön und man kann das ja so machen, dass man sich nicht überfordert. Alles geht übrigens viel besser, wenn man es nicht alleine macht, sondern wenn man es mit mehreren anderen zusammen macht. Dabei redet, sich anregt und Mut macht, wenn es nicht mehr so klappt mit der Puste oder mit dem Kreislauf. Wir haben beobachtet, dass das auch eine Hilfe ist, die wenig Geld kostet, wenig Aufwand macht und die uns mobiler hält. Aber Sport ist nicht die Hauptsache mit der wir uns beschäftigen und die uns mobil hält. Viel wichtiger sind andere Sachen, die will ich Ihnen jetzt nacheinander erzählen. Das Altwerden benötigt eine Verbindung zu einem anspruchsvollen Hintergrund. Zu Hause alleine vorm Fernseher kann man das nicht schaffen, das ist langweilig, das ist nicht interkommunikativ. Ich rate immer, sich was aktives Kommunikatives zu erschließen. Eine wunderbare Erfahrung ist das Chorsingen. Ich bin Vorsitzender des deutschen Chorverbands geworden. Im Chor singen ist etwas Tolles! Früher wurden wir Alten raus geschmissen, beim Chorsingen war man mit 60 Jahren nicht mehr erwünscht. Heute werben wir um jeden bis ins hohe Alter und wir können das auch. Es ist nicht wahr, dass man im Alter nicht mehr singen kann. Ich singe in einem der ambitioniertesten Chöre, die wir in Bremen haben, dem Bremer Ratschor. Wir üben jetzt gerade mit der Deutschen Kammerphilharmonie, das ist eines der besten Orchester, die ich auf der Welt kenne. Wir sind so was von gut und das geht so ab, das ist so lebendig. All diese Wellnessunternehmer und diese, die mit Ölträufeln die Leute

bei Laune halten, die wissen überhaupt nicht, wie gut es sein kann, wenn man Zugang zu einem Chor gefunden hat, die einen wirklich mitnehmen, auch über die Generationen hinaus. Es singen auch junge Leute mit, Studenten aus der Hochschule für Musik, es ist hinreißend. Die beiden Filme, die ich dazu immer gerne zitiere, um zu zeigen, was man alles damit bewirken kann, heißen „Young@heart“ und „Wie im Himmel“. „Young@heart“ ist ein amerikanischer Film über einen Chor, der ab 80 erst so richtig die Türen auf hat.

Ich habe auch angefangen zu aquarellieren. Wir sitzen jede Woche im Bürgerpark. Das kostet im ganzen Jahr dreißig Euro und die Anleiterin ist 89 Jahre alt, eine wunderbare Malerin. Unsere Bilder werden anschließend ausgestellt. Eine Sache, die ich jetzt erst entdeckt habe, bei der ich merke, das ist etwas Anregendes, Kreatives und dies gemeinsam zu machen, ist viel besser, als irgendwo alleine zu tuschen. Und man lernt ja immer noch, regt sich an, kriegt was mit und wird angestoßen. Das Bücherschreiben ist so etwas Ähnliches. Bücher schreiben und darüber reden, hält mich jung und ist sehr angenehm. Es ist eine lebendige Kommunikation, ein Sichselbst Ausprobieren. Im Vergleich zu dem, was ich als Politiker gemacht habe, ist das ein Qualitätssprung. Manchmal denke ich sogar ein Quantensprung. Der Politikalltag ist so schlicht, so wenig kreativ und so wenig anregend. Da geht man immer bis an die Grenze. Sie sitzen noch sonntags abends dort und halten sich mit Kaffee lebendig oder manche futtern ohne Ende, weil sie es in den Sitzungen gar nicht aushalten ohne ständig etwas reinzustopfen. Das ist alles sehr gewöhnungsbedürftig. Das, was ich jetzt erlebe, das ist etwas total Gutes, also etwas anregendes, was mich lebendig macht, was mich mobil hält. Ich fühle mich jetzt fitter, fünf Jahre, nachdem ich aus dem Beruf ausgeschieden bin. Die beste Zeit meines Lebens kriege ich jetzt mit.

Das nächste Kapitel ist: Unsere Enkelkinder. Die anderen Singles bei uns im Haus nehmen lebhaft an unseren Enkelkindern teil, so dass ich die Erfahrung gemacht habe, dass dies eine Lebenshilfe sondergleichen ist. Die Möglichkeit mit Kindern, am besten unter einem Dach, zusammen alt zu werden, das ist unschlagbar gut. Kein Pharmaziekonzern kann dies mit seinen Psychopharmaka und seinen Stimmungsmachern so, wie die Kurzen das können. Das gilt eben in unserem Haus auch für die, die ohne Kinder geblieben sind. Die alleine sind, viele Jahre ohne es zu wollen, weil es unglücklich verlaufen ist oder weil die Beziehungen kaputt gegangen sind oder weil das mit dem Kinderkriegen nicht geklappt hat. Ich kenne viele die gegen ihren Willen Singles sind. Trotzdem Wege zu finden, nicht alleine zu sein, das ist ganz grundlegend. Das ist eine Erfahrung die man gar nicht hoch genug schätzen kann, wenn dies gelingt. Ich habe eine ältere 90-jährige Freundin, die seit mehreren Jahren

nichts mehr sagt. Die Ärzte sagen, sie ist so dement, dass sie nicht mehr reden kann. Mit ihr habe ich ausprobiert, wie sie auf Kinder reagiert. Ich habe sie mit ihrem Rollstuhl auf einen Kinderspielplatz gefahren und wir haben uns dort hingesezt. Dann kam zufällig ein Ball auf sie zugerollt und ein kleiner Junge hinterher gelaufen, der seinen Ball wieder haben wollte. Sie dachte, er möchte mit ihr spielen und sie hat sich gebückt, den Ball genommen und angefangen zu reden. Ist das nicht unglaublich, dass dieser kleine Kerl so ein Wunder bei dieser alten Frau angeschoben hat. Die Pastoren sagen immer: „Das schafft nur Jesus“. Ich habe es erlebt, dass ein kleiner Junge das schafft. So etwas Ähnliches habe ich auch mit einem richtig gratzigen, dementen, unzufriedenen, schimpfenden, anstrengenden alten Mann erlebt. Mit mir ist er wenigstens spazieren gegangen, das war schon viel wert. Wir sind dabei an einem Bolzplatz vorbei gekommen, auf dem Jungs Fußball spielten. Plötzlich hat dieser alte und wirklich anstrengende Wutkopf angefangen mit den Jungs Fußball zu spielen. Später habe ich erfahren, dass er Fußballtrainer war. Er hat den Jungs viel erzählt, als wenn nichts mit Demenz war, der war wie verwandelt, sie hatten ihn wieder mobil gemacht. Solche Erfahrungen sind für mich grundlegend, um die Generationen möglichst zusammenhalten. Kein Altenghetto mit noch so schöner Pflege, irgendwo ein Kinderzentrum, die Arbeitslosen in die dritte Ecke und die Ausländer in die vierte Ecke. Nein, das ist alles furchtbar! Ich weiß nicht, wer sich so etwas ausdenkt, dies hat jedenfalls überhaupt nichts mit meiner Lebenserfahrung und mit meinem Leben zu tun. Ich bin dafür, dass wir Plätze und Orte suchen und finden, ausbauen sowie immer wieder neu erfinden, an denen wir uns treffen, etwas miteinander ausprobieren können, voneinander lernen, anregen und austauschen können und an denen wir uns auch anlehnen können. Davon kann ich gar nicht genug reden. Es kann nicht nur ein Projekt geben, es muss an jeder Ecke wachsen.

Wir waren in unserem Haus die Ausgangsposition für ein christlich-jüdisches Lehrhaus. Das ist so etwas wie eine Akademie ohne Geld vom Staat und von Kirchen. Alles selbst finanziert. Das ist auch eine starke Erfahrung, dass alt werdende Leute mit ihrer Freizeit und ihrer Lebenserfahrung nicht einfach nur bei sich bleiben, sondern dass sie sich auf gemeinsame Herausforderungen einlassen und dann wirklich richtig arbeiten. Woche für Woche sitzen wir dort zusammen und arbeiten Texte durch, machen gemeinsame Veranstaltungen, öffnen uns auch immer wieder neu. Wir schaffen es, auch Leute einzubeziehen, die gar nichts mit Kirche zu tun haben. Gerade deswegen ist es wahrscheinlich hoch lebendig, weil das nicht nur Leute sind, die immer nur bestätigen, sondern weil diese Leute auch schwere Fragen haben und diese nicht einfach verdrängen, sondern auf den Tisch bringen. Es ist eine große Anregung. Wir gehen auch gemeinsam auf Reisen. Bei diesen Reisen wird uns aber nicht alles nur



vorgesetzt, sondern wir erarbeiten uns vieles selber. Wir sind in Syrien, Ostanatolien und Ägypten gewesen. Immer auch an Plätzen, wo es schwierig ist und immer auf eigene Weise und auf eigene Faust. Wir haben dabei viel voneinander gelernt und die vielen Anregungen von außen haben uns lebendig und mobil gehalten.

Einer von uns ist katholischer Priester. Ich hätte nie gedacht, dass ich Protestant mit einem katholischen Priester so vertraut und so eng unter einem Dach zusammen leben kann: Aber es geht, gerade die Mischung macht es. Mit Geschwistern hätte ich das nicht hingekriegt. Wir sind mit sechs Geschwistern aufgewachsen und hätten uns doch immer nur die alten Geschichten erzählt. Dass wir alle sehr unterschiedliche Geschichten haben, das macht die Würze aus. Darum bin ich auf die Idee gekommen, je bunter umso besser. Je bunter, umso anregender, lebendiger und mobilisierender. Keiner soll glauben, dass unsere Birne das nicht mehr aufnehmen kann. Ich habe mir inzwischen von den Fachleuten sagen lassen, dass wir bis ans Ende unseres Lebens immer wieder neue Zellen produzieren, die entscheidende Frage ist, ob wir die strapazieren. Wenn man immer nur vor sich hin döst, dann können die da oben Zellen produzieren wie sie wollen, da wird nichts mehr draus, aber wenn man sie beansprucht und anregt, dann können tolle Sachen passieren. Dieses Gerede ab 60 oder 70 Jahren kann man nicht mehr lernen, das ist alles Quatsch. Ich habe manchmal das Gefühl, ich kriege ein imaginäres Tor im Kopf weiter auf als vorher. Ich habe das Gefühl gehabt, ich bin jahrzehntelang in meinem Politikbetrieb immer in vorgetretenen Pfaden gerannt, wie ein Hamster in seinem Rad. So wirkt das im Nachhinein für mich, was ich die Jahrzehnte davor gemacht habe. Jetzt bin ich aus dem Hamsterrad raus, in der Freiheit angekommen und kann wirklich in der Freiheit neu entdecken und neue Erfahrungen machen, die mich selbst verändern.

Zentral ist unsere Erfahrung geworden als die ersten bei uns in der Wohngemeinschaft todkrank wurden. Beide an Krebs erkrankt, haben sie sich gewünscht, bei uns wohnen zu bleiben. Wir waren damals noch alle berufstätig und haben gedacht: „Na vielleicht klappt es, mal sehen“. Und es ist ganz erstaunlich gewesen, wie wir das miteinander geschafft haben. Rund um die Uhr haben wir sie arbeitsteilig betreut. Wir haben sie nicht allein gelassen und ihnen organisiert was sie sich wünschten: „Wir wollen da sterben, wo wir gelebt haben, wir wollen da unsere Gebrechen, unsere Pflegebedürftigkeit erleben, wo wir gelebt haben. Wir wollen das bitte mit euch zusammen machen“. In einer Gruppe geht so etwas, da man arbeitsteilig vorgehen kann in einer Art Schichtbetrieb. Man muss nicht Nacht für Nacht Wache halten, das hält ja der Stärkste nicht aus, sondern man hat auch mal frei und kann ausschlafen. Es hat uns alle zusammen geschweißt. Das ist die Basis meiner Perspektive, wenn ich auch mal

pflegebedürftig bin, dann hoffe ich natürlich, dass es mir so ähnlich geht, wie den beiden, die das in unserer Mitte erlebt haben. Ich möchte dort gerne bleiben. Ich fantasieiere, falls wir in unserer Wohngemeinschaft irgendwann alle pflegebedürftig sein sollten, definieren wir uns als Pflegewohngemeinschaft um und docken uns an die Bremer Heimstiftung an. Diese ist bei uns in der Nähe und wir sagen dann: „Wir könnten eigentlich ein Teil von Euch werden.“

Ich mache seit Monaten eine Rundreise durch Pflegewohngemeinschaften in der Bundesrepublik. Rundreise heißt, dass ich dort Quartier mache, 14 Tage richtig wohnen und rund um die Uhr dabei bin. Die Bewohner denken, ich bin einer von ihnen. Gut, denn so hat man keine Kommunikationsschwierigkeiten. Ich erlebe dabei die verschiedensten Erfahrungen. Als Schüler mit 16 Jahren bin ich in Bremen ins Theater gegangen, um eine besondere Schauspielerin zu bewundern. Ich habe sie ange-



Foto: Veronika Weithe

himmelt, aber ich habe mich nicht getraut, ihr einen Liebesbrief zu schreiben und ihr Blümchen auf die Bühne zu werfen. Ich habe sie jetzt in so einer Pflegewohngemeinschaft wieder getroffen und habe ihr alles erzählt, was ich mich als Schüler nicht getraut habe. Sie konnte gar nicht genug kriegen, sie war wie aufgedreht, dass da nun wirklich jemand aus ihrer schon weit versunkenen Geschichte heraus auftaucht und ihr das alles wiedergeben kann. Das hat sie begeistert. Ich habe ihr Artikel über sie von damals vorgelesen. Sie traute sich alleine auch keinen Schritt mehr vor die Tür, aber mit mir gemeinsam ist sie raus gegangen. Sie hat geredet, ihre alten Geschichten, die wuchsen förmlich, man konnte zugucken, was ihr alles wieder einfiel. Obwohl der Arzt abgeraten hat, bin ich mit ihr auch ins Theater gegangen. Er befürchtete, sie würde dort in eine große dramatische Krise kommen

und schreien. Nichts von alledem ist passiert, sie hat sich gefreut wie nichts: „Mensch, hier habe ich ja früher gearbeitet und bin jeden Tag hier gewesen.“ Jetzt duzen wir uns, ich kann sie in den Arm nehmen, mich mit ihr verabreden. Alles was ich mich früher nicht getraut habe, das traue ich mich jetzt und ihr tut es gut. Eine wunderbare Geschichte für mich. Ich habe mich nicht nur zugewandt, sondern ich habe auch eine Zuwendung zurück gekriegt, es ist ein neues Begegnen. Diese Demenz hat etwas möglich gemacht, was ich als Schüler mir nie hab denken können. Eine so herzliche Nähe. Ich bin darüber ins Nachdenken gekommen, ob das mit unserer Form von Normalität eigentlich das „Gelbe vom Ei“ ist oder ob es nicht auch Normalitäten geben kann, die man von demenzerkrankten Menschen lernen kann. Sie steuern nicht alles über den Kopf, aber irgendwo sind noch Erfahrungen gespeichert und wenn man die abrufen kann, dann können Dinge passieren, die ganz wunderbar sind.

Die zweite Erfahrung handelt von einer Dame, einer ehemaligen Schulmeisterin und SPD-Frau. Ich habe sie auch in einer Pflegegemeinschaft wieder gefunden. Mann tot, Sohn tot, sie wusste überhaupt nicht mehr, wie sie alleine über die Runden kommen sollte. Von ständigen Schwindelanfällen geplagt ist sie als Pflegestufe 2 in diese Pflegegemeinschaft gekommen. Nun bringt sie den Hauswirtschaftsschülerinnen bei, wie man kocht. Sie fragen immer: „Was sollen wir machen?“ Dann erzählt sie ihnen, was sie kochen und einkaufen sollen und geht auch gemeinsam mit ihnen los und macht den Wochenplan. Jeden Tag backt sie mit Begeisterung eine neue Torte von ihren handgeschriebenen Rezepten und sie freut sich darüber, dass sie unsere Gastgeberin sein kann. Außerdem hat sie Spiele mitgebracht, die sie früher mit ihrem Mann gespielt hat. Die spielt sie nun mit den anderen Bewohnern, die viel verwirrter sind als sie. Sie haben zu ihr mehr Vertrauen als zu den Professionellen, welche nur stundenweise kommen und ihre Animationsprogramme machen. Sie ist ja immer da und kann das auch. Sie sitzen da und machen gemeinsam anspruchsvolle Sachen, ich bin aus dem Staunen nicht raus gekommen. Mit ihr habe ich Nachbarschaftsbesuche zu ihren alten alleinlebenden Nachbarn unternommen und sie hat so spannend über die Einrichtung erzählt, dass alle sofort bei uns einziehen wollten. Sie war die beste und glaubwürdigste Vermittlerin dieser Idee, dass man gemeinsam sogar bis in die Zeit in der man Pflegestufe 2 hat und eigentlich gar nicht mehr richtig klar kommt, doch noch mobil sein kann. Ich habe mit ihr und den Kindern der benachbarten ganztägigen Grundschule zusammen Mittag gegessen und auch noch andere Bewohner der Einrichtung mitgenommen. Die Alten und die Kinder saßen schön bunt durcheinander. Da kann man wunderbare Erfahrungen machen! Die Kinder mochten diese Alten und die Alten waren glücklich, dass sie das Gefühl kriegten: „Wir werden noch gemocht!“

Eine weitere Geschichte ist von meiner Freundin, einer 90-jährigen Diakonissin. Sie hat in Brasilien gelebt und jetzt spricht sie ein Kauderwelsch aus Brasilianisch und ostfriesischem Platt. Man versteht eigentlich nichts. Das Mutterhaus hat sie nicht halten können. Das muss schon dramatisch gewesen sein, denn Mutterhäuser können eigentlich alles, besonders mit ihren alt gewordenen Diakonissen. Sie muss schon schwierig gewesen sein. Die Wohngemeinschaft in Lauenbrück hat sie aufgenommen. In so einer „Omihütte“, da hatte sie etwas zu tun, da konnte sie sich wieder neu ausprobieren und da war sie glücklich. Sie strahlt, wenn sie anderen helfen kann, wenn man ihr etwas zu tun gibt. Das ist ihr Leben. Nur in der Ecke zu sitzen, das macht sie unglücklich, dann wird sie griesgrämig und fängt an, dummes Zeug zu machen. Wenn sie jedoch etwas zu tun hat, wenn sie kocht, Leute füttert und in den Arm nimmt, auf- und abdeckt und als kleine zierliche Person die kranken Rollstuhlfahrer spazieren fährt, dann blüht sie auf. Am Anfang wollte sie von Männern nichts wissen, aber nach einer Woche hab ich sie ständig im Arm gehabt, wir waren gut vertraut miteinander und je länger ich ihr zuhörte, desto mehr verstand ich von ihrem Kauderwelsch. Wir redeten z. B. darüber, dass es für sie ein großes Unglück in ihrem Leben gewesen sei, keine eigenen Kinder zu haben und nun würde sie am liebsten immer mit Puppen spielen. Ich habe ihr daraufhin eine Puppe besorgt und dann hat sie die Puppe immer angezogen, umgezogen, gewärmt, gefüttert und hat sie rundum versorgt. Es ging ihr immer darum, anderen zu helfen.

Wenn ich einen Rat geben kann, wie Sie mit dem Alter umgehen, mit Ihrem eigenen oder dem Ihrer Eltern oder Ihrer Freunde, Verwandten oder wen immer Sie gerade vor Augen haben: Lassen Sie die Leute was tun, ziehen Sie ihnen nicht die Arbeit weg! Klaus Dörner sagt: „Einem Menschen die Arbeit weg zu nehmen, ist das Größte, was man ihm antun kann.“ Das er nicht mehr gefragt wird und nichts mehr um die Ohren hat. Bitte denken Sie sich aus, wo eine Beteiligung möglich ist. Lassen sie möglichst viele Erfahrungen mit anderen zusammen machen und lassen Sie die Menschen nicht einfach alleine. Suchen und finden oder erfinden Sie neue Gelegenheiten, wo man miteinander zusammen kommen kann. Probieren Sie etwas Neues aus, wiederholen Sie nicht immer nur die alten Geschichten. Der Buchhalter soll nicht immer nur die Buchhaltung machen und der Lehrer nicht immer nur den Lehrer spielen, sondern auch sie sollen etwas Neues machen. Damit sie sich in ihrem Altwerden neu erfinden und neu ausprobieren können und ihre vielleicht zum Teil zugeschütteten oder vergessenen oder gar nicht mobilisierten Kompetenzen entdecken können. Wenn der Beruf nicht mehr jeden Tag fordert, kann die Freiheit gestaltet werden. Und wenn das gelingt, dann ist Alter eine Chance, eine große Chance. Ich freue mich, dass ich alt werden kann.

# Nichts gewesen außer Spesen? Lebensbilanzen! Hürdenläufe zu unbekanntem Zielen im Alter

Prof. Dr. Annelie Keil



Photo by Markus Stecher

*In diesem Beitrag wird das Älterwerden als biografischer und ganz individueller Prozess des Lebens gesehen. Leben wird als „Uraufführung“ gesehen, als eine ständige Inszenierung auf den Bühnen und Brettern, die für die Menschen die Welt bedeuten. Das „sozialbiografische Gesicht“ des demografischen Wandels steht im Mittelpunkt der Diskussion, die zu Thesen zur Gesundheitsversorgung im Alter führt.*

Älter werden ist die Grundstruktur allen Lebens, ein biografischer Prozess vom ersten bis zum letzten Atemzug, dem sich der Mensch – solange er lebt – nicht für eine Sekunde entziehen kann. Unbekannt ist der Zeitrahmen, in dem der Mensch den aufrechten Gang üben kann und unbekannt sind auch die konkreten Herausforderungen und Aufgaben, die jeder für sich und zusammen mit anderen Menschen unter jeweils ganz spezifischen historischen gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen zu bewältigen haben wird und hat.

Mitten durch gelebtes, ungelebtes und erhofftes Leben hindurch entsteht auf diese Weise durch Gestaltung, Erfindungsreichtum, durch Erfahrungen und Selbstverantwortung, aber auch durch die Täler von Verzweiflung, Rückzug und Resignation eine einzigartige wie sehr spezifische Biografie. Leben ist eine tägliche Uraufführung, die angereichert von Akten der Wiederaufführung und überlagert von Wiederholungen wie Fremdeinflüssen das Original, jenes einzigartige Subjekt mit seinen Talenten, Wünschen und Hoffnungen nicht immer sichtbar machen und manchmal sogar verschwinden lässt. Wir werden als menschliche Originale geboren und sind genetisch urheberrechtlich geschützt, aber manchmal ohne Unterstützung und Förderung, oft voller Zweifel, angstverloren und unsicher, versuchen wir immer wieder eine Kopie dessen zu werden, was von anderen erwünscht, anerkannt und durch entsprechende Dressurakte herstellbar erscheint.

Leben ist eine ständige Inszenierung auf den Bühnen und Brettern, die für die Menschen die Welt bedeuten. Hier kommen Tragödien und Komödien zur Aufführung, Opern und Operetten, Romane aller Schattierungen. Manches Leben scheint im Wettbewerb mit andern Leben zu den TOP TEN zu gehören, andere verklingen wie der Abgesang in einem Requiem. Wie sicher und festgelegt sich unsere Lebenspläne und biografischen Lebens-

abschnitte auch darstellen mögen, in der Kreuzungslinie zwischen Vergangenheit und Zukunft hat die Gegenwart des Lebens nur Augenblickscharakter. Wandel und Veränderung sind die rhythmische Gangart des Lebens, auch wenn wir dieser Vergänglichkeit alles Lebendigen immer wieder zu entrinnen versuchen. Aber gleichzeitig entsteht inmitten dieser ständigen Bewegung des Lebens das, was wir den roten Faden eines Lebens, den Leitfaden der Biografie nennen können. Aber wie im großen Mythos vom Labyrinth ist dieser rote Faden ein Instrument für die Suchbewegungen des Lebens, keine Sicherungsleine für die Bewältigung des Alltags, kein Wegweiser zu einem „richtigen Leben“, das es nicht gibt. Und dennoch so etwas wie eine charakteristische Struktur, mit der der biografische Auftrag in die Erfüllung hineinwächst.

Der demografische Wandel hat ein biografisches Gesicht. Es gibt nicht „die älter Gewordenen“, denn das sind wir alle, die jeden Tag vom Augenblick der Geburt an und in jedem Augenblick auf ganz individuelle Weise älter werden. Es gibt im Spiegel des biologischen Alters „Die Ältesten“, also eine Verdünnung der Gesamtgruppe jenseits des statistischen Durchschnittalters. Aber auch darüber müsste man nicht so viel nachdenken, denn was sind die Hundertjährigen gegenüber den vielen Kindern, die weltweit nicht einmal das erste Lebensjahr erreichen.

Warum denken wir also so viel über die selbstverständlichste Tatsache der Welt, das „Älterwerden“ nach? Im Grunde ist es immer ein Nachdenken über den Tod und die Endlichkeit des Lebens. Die Angst, diese Welt zu verlassen, begleitet den Menschen seit er auf der Erde wandelt. Die gegenwärtige, oft dramatisch zugespitzte Debatte um den demografischen Wandel hat aber deutlich mit der Tatsache zu tun, dass der demografische Wandel nicht nur ein biografisches, sondern vor allem ein sozialbiografisches Gesicht hat und unseren Blick neben dem „Älterwerden als Ausdruck von Langlebigkeit“ auf

das Verhältnis zwischen den Generationen und ihre jeweiligen Lebensansprüche richtet. Die einen treten ins Rentenalter ein, haben ein Arbeitsleben hinter sich und Anspruch auf eine Rente, die anderen sind schon in den besten Jahren zu alt für den Arbeitsmarkt und das Erreichen einer Rente steht für sie schon sehr früh in den Sternen! Männer und Frauen werden in den sozialen Verhältnissen, die sie umgeben, höchst unterschiedlich älter, bekommen ihre Chancen nicht nach Talent und Ausbildung, sondern nach „Zuteilung“. Wer auf die Alterssicherung „Ehe“ gesetzt hat, erlebt die Trennung oder die Scheidung anders als der oder die, die sich ökonomisch unabhängig gemacht haben. Der junge Mann, der mit 20 Jahren eine Psychose erlebt und chronisch krank wird, ist vielleicht mit 25 Jahren ein Rentner oder ein Fall der Fürsorge und für seine Eltern lebenslang ein zu „versorgendes“ Kind.

Es sind die Erfahrungen, die Lebensumbrüche und Einbrüche, die Arbeitsverhältnisse, die Krankheiten, die Abschiede, die Verluste von Kräften zu allen Lebenszeiten und ihre jeweilige biografische wie gesellschaftliche Bedeutung, die das Älterwerden als biografischen und gesellschaftlichen Auftrag sichtbarer machen als der berühmte Blick in den Spiegel, in die Statistik oder die Lehrbücher der Epidemiologie, so wichtig diese auch für eine Gesamtorientierung sind.

„Altern ist nichts für Feiglinge“, bemerkte die amerikanische Schauspielerinnen Mae West. Es ist etwas, das jedem passiert, aber jedem anders, Frauen und Männern anders, den Verheirateten und den Singles unterschiedlich, den Armen und den Reichen wieder anders und auch den gesunden Menschen anders als den kranken Menschen. Auch das Leben erträgt keine Feiglinge, wenn es frei und selbst bestimmt sein soll, auch wenn viele Drückeberger manchmal leichter durchs Leben zu kommen scheinen, denn was ein erfülltes Leben ist, liegt nicht fest. Wie merkt jeder von uns, dass er oder sie älter wird? Dass wir nach Barrierefreiheit nicht nur bei Wohnungen suchen? Dass wir nicht mehr auf Stehparties gehen? Sind wir älter geworden, wenn wir für Konzerte Sitzplatzkarten statt Stehplätze buchen? Oder wenn das Bedürfnis zunimmt, mehr Zeit für sich zu haben? Wenn wir vergesslicher werden oder registrieren, dass eine bestimmte Rockkürze für uns nicht mehr in Frage kommt? Wird man alt, wenn einem die neuste Musik auf die Nerven geht? Oder ist man alt, wenn man wieder oder überhaupt einmal betet oder sich die Tür öffnen lässt?

Wir reden von der alternden Gesellschaft, vom Zusammenprall der Generationen! Die demografische Welle scheint die Gesundheitskosten ins Unermessliche zu treiben und gleichzeitig stellen sich Kosmetik-, Möbel-, Reise- und Autokonzerne auf das wirtschaftlich potente Klientel der Generation der über 50-Jährigen ein, die

über eine halbe Billion Euro Geldvermögen verfügt, von dem 90 Milliarden Euro jährlich verfügbar sind. Die Gemeinschaft bereitet sich auf die Zunahme an pflegebedürftigen und kranken Menschen vor, mehr Lebenszeit bedeutet auch mehr altersspezifische Erkrankungen wie Demenz, Schlaganfälle, Herzerkrankungen und Krebs. Das war zu früheren Zeiten nicht viel anders und jeder wusste ganz offenbar – ob es ihm gefiel oder nicht – dass wo Kinder versorgt und gepflegt werden, sich irgendwann der Spieß umdreht und alte Menschen versorgt werden müssen. Wie sehen soziale Netze aus, die für alle Seiten befriedigend funktionieren? Wie kommen Geist und Seele dem Körper zur Hilfe, wenn er versagt? Menschen wollen im Alter weniger allein sein, aber sie fürchten das Leben in Gemeinschaften immer noch wie die Pest? Welche Heimbewohner braucht ein Alten- und Pflegeheim, damit es die Würde wahren kann und welche braucht die berühmte WG? Die Generation der heutigen Alten verfügt über so viel Zeit wie keine zuvor! Ist das Segen oder Fluch? Geben sie ihre Erfahrungen an die junge Generation weiter und wollen diese überhaupt davon hören? Ist Älterwerden immer ein Verlustgeschäft? Und wird man weise, nur weil man älter geworden ist? Warum fragen wir alle so wenig danach, was man im Alter gewinnt? Margarete Mitscherlich, die alte Dame der Psychoanalyse sagt im Interview: „Das Angenehme am Alter ist, dass man weiß, wer man ist!“ Führt die Zunahme von Erfahrungen beim Älterwerden zum Verlust von Spontaneität und Offenheit oder zur bewussteren Wahrnehmung von Erfahrungen, Gelassenheit, Souveränität, Liebe und Freundschaften? Wie ändern sich mit dem Anstieg der Lebenserwartung auch die Lebensträume, die Sexualität, Wohnkonzepte oder Familienansprüche? Ist man wirklich so alt wie man sich fühlt und ist Altern für alle wirklich so bunt oder doch eher schwarz / weiß, wenn man wie viele am unteren Rand der Gesellschaft angekommen ist und beispielsweise „alt, arm und weiblich“ zu einem Gleichklang werden?

## Thesen zur Gesundheitsversorgung im Alter – zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang

1. Leben ist nicht gerecht. Es ist auch nicht solidarisch. Es ist, was es ist. Gesundheit ist nicht gerecht. Krankheit auch nicht. Auch sie sind, was sie sind. Kein göttlicher und auch kein irdischer Richterspruch über Fehlverhalten, kein Ausgleich für irgendetwas, nichts, was man solidarisch verteilen könnte. Gesundheit und Krankheit sind qualitativ unterschiedene Zustände, in die das Leben eines Menschen geraten kann, weil Unvorhersagbarkeit, Verletzlichkeit und Endlichkeit zur existenziellen Ausstattung allen Lebens gehören. Menschen sind keine logischen, sondern lebendige Beispiele des Lebens, schreibt V. v. Weizsäcker – das gilt auch für ihre Gesundheit und Krankheiten.

2. Gesundheit ist ein vielfarbiges, fragiles, höchst subjektives Gut, das in einem komplementären Verhältnis zur menschlichen Krankheit steht, durch sie herausgefordert, lebenslang entwickelt und in ihrer Verborgenheit (Gadamer) erst durch Erfahrung und Erleben des Lebens bewusst wird. Gesundheit und Krankheit sind die zwei Seiten der Medaille, die Leben heißt, untrennbar über Körper, Geist und Seele ineinander verwoben. Ihre Trennung, die Aufhebung ihrer Vieldimensionalität und die Leugnung ihrer Subjektivität haben uns dazu verführt, von der autopoetischen Komplexität des Lebens und seiner Fähigkeit zur Selbstorganisation abzusehen und das Ganze der Einseitigkeit spezifischer Krankheits- und Gesundheitslehren zu opfern. Aus dem erkrankten Menschen wurde ein „Patientengut“ mit objektivem Befund! Wir nennen unser Krankheitsverwaltungssystem Gesundheitssystem und Gesundheitsversorgung, was mit der Verteilung von Leistungen im Fall von Krankheit zu tun hat. Nur so konnte überhaupt der Irrtum entstehen, Krankheit sei vermeidbar, Gesundheit aber planbar und als Ware auf den Märkten der Gesundheitsversorgung käuflich zu erwerben oder solidarisch zu verteilen.

3. Leben gefährdet Gesundheit – vom ersten bis zum letzten Atemzug. Es ist an der Zeit, den Umgang mit Alter, mit Krankheit und Gesundheit älterer Menschen, mit Sterben und Tod im Alter zu überdenken. Vorherrschend ist die Überzeugung, dass der Eintritt in das letzte Drittel des Lebens ein hochriskanter Vorgang ist, der offenbar die „Medizinisierung“ und „Medikalisierung“ einer ganzen Lebensphase verlangt. Das Modell ist vom Anfang des Lebens schon bekannt: auch der Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wird als Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind von Mutterschaftsrichtlinien mit mindestens 120 Tests begleitet, deren Nutzen zumindest offen bleibt, aber deutlich machen soll, wie gefährlich Leben für die Gesundheit ist! Diagnostische Tests, Trainingsprogramme und Reparaturangebote aller Art umstellen auch den älter werdenden Menschen. Körper, Geist und Seele scheinen mehr in Gefahr als früher, „Pensionstod“, „Seelenfinsternis“, „Demenz“, Armut, Isolation, Generationskriege – die Katastrophendidaktik hat die Alten am Wickel. Ab welchem Alter sollen Menschen eigentlich noch älter werden wollen? Pathologisierung tritt an die Stelle differenzierter Einschätzung der unterschiedlichen Lebenslagen, gesellschaftlicher Wertschätzung des Alters und der spezifischen wie zeitgemäßen Lebenskunst, die viele Menschen beim Älterwerden als ihre Lebensergebnisse an den Tag legen.

4. „Gesundheit“ kann nicht versorgt werden. Sie muss sich als Lebenskompetenz entwickeln und ist eine wichtige Trostpille im Verteilungskampf. Die Verpflichtung, gemessen an vorgegebenen Daten, gesund, funktionsfähig und bis in den unvorhersagbaren Tod hinein fit, kreativ und gut gelaunt zu bleiben, kann trotz gut ge-

meinter Vor- und Fürsorge zu einer neuen Gesundheitsgefährdung der besonderen Art werden. Sie gefährdet das Vertrauen zu sich selbst und zu dem Leben, das man wie auch immer begründet eigentlich ganz gut hinkommen hat. Im Rasterblick der Gesundheitspostulate bleibt nichts unbefragt und meistens zeigt der Bewertungsdauern nach unten. Wer morgens schon fragt, was er noch kann, früher konnte oder bald nicht mehr können wird, sinkt abends erschöpft von kleinen Siegen und vielen Niederlagen ins Bett. Wer abends nach 18 Uhr noch zur Butterstulle greift und nicht begriffen hat, dass die Viererbande Kartoffel, Nudel, Reis und Brot in den Knast gehören, kann nicht auf andere Altersweisheiten pochen! Wer sein bisheriges Leben lang Mühe hatte, sich glücklich zu fühlen, kommt im Alter ganz offenbar noch mehr unter Druck, glücklich sein zu müssen, denn schließlich hat er doch überlebt – seine Krankheiten, seine Abschiede, seine Armut und mehr! Wer kann, geht als kritischer Patient ins Internet, um den Stand der neusten Behandlungskonzepte mit dem Angebot vor Ort zu vergleichen, soll das Ergebnis aber gelassen und sportlich nehmen, weil Wohnorte nicht nach Gerechtigkeit zugeteilt werden. Die Angst, wie gute und angemessene Versorgung finanzierbar sei, führt bei einzelnen Menschen zu unterschiedlichen Panikattacken und in Politik und Gesellschaft zu politischen Lähmungserscheinungen oder Wirklichkeitsverzerrungen. Der Kampf um Medikamente, die der Schlaflosigkeit vorbeugen, Schmerzen schnell lindern, das Immunsystem auf Trab bringen, die Seele aufhellen, das Gehirn zum Joggen verführen, das Altern aufhalten und Schweine-, Vogel- oder sonstige Grippe vor allem bei chronisch Kranken und älteren Menschen verhindern, beherrscht den Lebensalltag vieler alter Menschen. „Tausche Leben gegen Gesundheit“ – könnte auf der Rückseite vieler Flaschen mit „Doppelherz“ und Co stehen. Aber: „Die Gesundheit des Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank.“ (Viktor von Weizsäcker).

5. Gesundheit – nein danke? Unser gesellschaftliches und professionelles Wissen ist nicht an der Frage orientiert, wie das Leben lebt und jene fließende Lebensqualität erzeugt, die dem Begriff eines körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und spirituellen Wohlbefindens (WHO) entspricht, das wie beim Stoffwechsel eine ständige „Selbstintegration im tätigen Vollzug“ (Hans Jonas) verlangt. Der Vollzug von Lebensjahren zählt und die Fragen richten sich darauf, wie die „Krankheit zum Tode“ aufzuhalten, zu reparieren oder über eine Gesundheitsförderung gegen spezifische Risikofaktoren zu verhindern ist. Hinter der diagnostizierten Krankheit, ihren pathologischen Auffälligkeiten und ihrer Geschichte bleiben nicht nur die Geschichte des kranken Menschen und dieser selbst verborgen, sondern auch die Grundlagen der

menschlichen Gesundheit. Im gegenwärtigen System medizinischer und gesundheitspolitischer Intervention ist weder das „Subjekt eingeführt (v. Weizsäcker)“, noch spielt das Geistig-Soziale als ständiger Bezugspunkt des Wandels und Werdens im Prozess von Gesundheit und Krankheit eine ernstzunehmende Rolle. Gesundheit, die zentrale Kategorie des Gesundheitswesens, existiert auch weiter nur als leere Floskel und nicht als umfassender Begriff einer Qualität von Leben, die die Frage des menschlichen Zusammenlebens, der menschlichen Lebens- und Arbeitsverhältnisse, aber auch die anthropologischen Bedingungen von Verletzbarkeit und Endlichkeit des Menschen einschließt. Als Restgröße folgt Gesundheit damit den inzwischen ebenfalls brüchig gewordenen Kategorien einer Erwerbs- und Arbeitsgesellschaft und setzt auf eine allgemeine Leistungs- und Funktionsfähigkeit, deren Störung zum entscheidenden Kriterium für die Feststellung von Gesundheit oder eben Krankheit wird. Im Namen der Gesundheit wird das Subjekt in die Pflicht genommen, seine Lebensweise so zu strukturieren, dass gesundheitliche Gefährdungen normalerweise vermieden werden können. Der Zugriff auf das Verhalten und die Entscheidungen der Menschen über einen normierten Wert Gesundheit wird immer unausweichlicher.

6. Die Pflicht zur Gesundheit übersteigt das Recht, geschweige denn die Lust auf Gesundheit in einem umfassenden Sinn.

Das Gesundheitsmotiv und Lebensinteresse der Menschen wird für seine einseitige Instrumentalisierung und

Maße für eine Gesundheitsversorgung im Alter: die „Einführung des Subjekts“ (v. Weizsäcker) in die Gesundheitsversorgung und Krankheitsverwaltung steht noch aus. Es ist aber das Subjekt, der junge wie der alte Mensch, die Frau oder der Mann, der Patient mit oder ohne Migrationshintergrund, der Mensch in sicherer oder prekärer Lebenslage, die als Gestalter von Gesundheit auf die Bühne des Lebens treten und dort bis in die Minuten des Todes bleiben. Neugier und Erkenntnis – also fühlen, wahrnehmen, denken und die daraus resultierende Fähigkeit, bewusst in Beziehung zur Welt zu treten – sind Kinder der Freiheit und Werkzeuge des Menschen, sich selbst und die Welt, in die er hineingeboren wird, mit allen Sinnen zu gestalten, mitzugestalten und auch auszuhalten. Biografie ist immer auch Sozialbiografie, Vermittlungsinstanz zwischen Individuum und Gesellschaft, Subjekt und objektivem Befund.

Wer mit der Geburt zum Leben erwacht, muss auch zur Sorge für sich selbst, zur Gesundheitsvorsorge erwachen, wird zur Neugier gezwungen, herauszufinden, wie die Aufgabe zu leben, zu lösen ist.

8. Leben ist Koexistenz. Gesundheitsversorgung ist eine Art Garant dieser Koexistenz, indem Selbstsorge und Fremdsorge ineinander greifen und die Balance halten müssen. Die Welt, in der wir leben, ist notwendigerweise eine Welt, die wir zusammen mit anderen Menschen hervorbringen und mit ihnen teilen. Leben ist immer Leben in Koexistenz, vom ersten Augenblick der Zeugung an – und dies will auf allen Ebenen und durch alle Lebensphasen hindurch immer wieder neu gelernt sein.

Leben ist und bleibt ein Leben zwischen Freiheit und Selbständigkeit auf der einen Seite und Notwendigkeit und Abhängigkeit auf der anderen Seite, ein Leben zwischen Wir und Ich und Ich und Wir. „Wir sind Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will“, heißt es bei Albert Schweitzer. Jeder Mensch

schreibt mit seiner Existenz ein Stück dieser Auftragsgeschichte mit. Um einen bewussten Akt daraus zu machen, müssen wir uns entscheiden und eine Wahl treffen. Das große Alphabet der Lebenskunst besteht in der Wanderung zwischen dem, was möglich ist, werden kann oder was uns verschlossen bleibt. Die entscheidende Frage ist, herauszufinden was wir müssen, sollen, können, dürfen oder wollen. Jedes Gesundheitshandeln und jede Gesundheitsversorgung bewegt sich in diesen Dimensionen menschlichen Lebens und Zusammenlebens, die v. Weizsäcker das „pathische Pentagramm“ nennt, in dem der „Karfreitag des Müssens“ dem Ostermorgen des „Dürfens“ vorausgeht.

Beherrschung durch Experten restlos freigegeben. Iwan Illich hat das vor langer Zeit, die systematische „Enteignung“ von Gesundheit genannt. Von diesem Beherrschungsinteresse sind so genannte Gesundheitsexperten weiß Gott nicht ausgenommen, denn schließlich geht es um ihre Existenzsicherung. Von Selbstgestaltung, Selbstorganisation und Lebenskompetenz der Menschen in Sachen Gesundheit ist allenfalls in Präambeln und dann die Rede, wenn es um eine Art Kostenersparnis geht.

7. Gesundheit anders denken. Was Viktor von Weizsäcker in seinem Konzept für eine anthropologische biografische Medizin verlangt hat, gilt auch und in besonderem



9. Gesundheitsversorgung braucht ein Menschenbild, sonst kann sie nicht bestimmen, für wen, warum und wie sie für die menschliche Gesundheit Sorge tragen will. Das Wissen, die Bildung und die Aktivitäten, die für ein solches Vorhaben verlangt und abgerufen werden müssen, stehen auf keinem „Lehrplan“ und in keinem medizinischen Lehrbuch, sondern entstehen vor Ort und mitten im Leben der Menschen, sind eine Mischung aus dem, was der Mensch bisher gelernt hat, aus Erfahrungen, aus Verzweiflung und dem gemeinsamen Aufbäumen gegen das, was den Menschen zugemutet wird. Leben wird lebenslang und erfahrungsbezogen gelernt, macht vor keiner Ausbildung, Qualifikation, Titel oder Karriere halt. In kollektiven ökonomischen, politischen wie in den individuellen Lebenskrisen, in denen wir Tod, Trennungen, Abschiede, Krankheiten, Arbeitslosigkeit, Vertreibung, aber auch den schlichten Lebensalltag durch die verschiedenen Lebensphasen hindurch erleben, wird die Kunst, das Leben zu lernen und Gesundheit zu fördern, jeden Tag herausgefordert. Es geht in der Entwicklung und Strukturierung von Maßnahmen zur Gesundheit um einen Menschen, der nicht nur in der Lage ist, zu wissen, zu leisten, sich durchzusetzen und zu funktionieren, sondern fähig wird, unter den jeweiligen historischen Umständen und Lebensbedingungen seine spezifische Biografie autonom, selbstbestimmt, aber im Kontakt mit den anderen Menschen zu gestalten und dabei

- Wissen umzusetzen und widersprüchliche Informationen zu verarbeiten;
- in Freiheit und Mitverantwortung schöpferisch zu leben, andere mit ins Boot zu holen und sinkende Boote rechtzeitig zu verlassen;
- sich im richtigen Moment zu verweigern und am Widerstand zu wachsen;
- zu begreifen, zu verstehen, zu verzweifeln, sich ermutigen zu lassen;
- sich in der Fremde zu verorten und Heimaten zu gründen;
- zu lieben, zu genießen, zu arbeiten, zu streiken, zu denken, zu fühlen
- und in umfassender Weise immer wieder Welten zu bilden, die dem Menschen Sinn und Bedeutung verleihen.

10. Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft sollte im Auge behalten, was die Menschen brauchen, deren Selbstsorge man anregen und für die man wichtige Fremdsorge zur Verfügung stellen will. Und sie sollte wissen, wie Menschen bisher an ihr Gesundheitswissen gelangt sind:

- als Forscher und Abenteurer auf Wanderschaft;
- als Jäger und Sammlerin von Erfahrungen;
- als Arbeiter und Arbeiterin in und an der Welt mit Kopf und Hand;
- als Lehr- und Lernperson in einer Hand;

- als Unternehmer, Stifter und Anstifter, als Erfinderin;
- als Buchhalter, als Anwalt, als Wächterin des Lebens;
- als Mutter oder Vater, Bruder oder Schwester, als Großelternpaar, als Nachbarn.

Leben ist eine Zukunftswerkstatt, ausgestattet mit Werkzeugen, die der Mensch als mögliche Lebensinstrumente bei der Geburt schon bei sich hat, aber einsetzen und gestalten muss, um sie zu besitzen.

Leben gefährdet Gesundheit, dessen kann man sicher sein. Aber niemand hat ein Interesse daran, das Leben wegen der Gesundheit abzuschaffen. Die Frage, wie man sein Leben führen kann, enthält die Grundfrage der Lebenskunst. Wie lerne ich mit Widersprüchen zu leben, wie den Umgang mit Mangel oder Abhängigkeit, ohne den eigenen Rhythmus zu verlieren? Wie bleibe ich offen und aufmerksam für Erfahrungen, die mir Angst machen? Kann ich im richtigen Augenblick tief durchatmen oder halte ich gleich die Luft an, wenn ich im Gespräch mit meinem Arzt oder meiner Ärztin eine kritische Nachfrage habe? Wie lerne ich zu lieben und wie geliebt zu werden, wenn mich die Verletzungen meines Körpers oder meiner Seele, meine bohrenden Gedanken, die Folgen einer Diagnose oder die Angst vor meiner Zukunft aus dem Rhythmus bringen? Was heißt Leben in eigener Verantwortung, wenn ich besser die Verantwortung für andere geübt habe? Wie verbinde ich den Rhythmus meines Herzschlags mit dem der anderen, wie lerne ich für mich Sorge zu tragen und andere Sorgen zurückzustellen? Wie gebe ich meinem Leben mit der Krankheit einen neuen Sinn, wenn der alte sinnlos erscheint? Welche Gewohnheiten schützen mich und wie hilft mir der Rhythmus der Routine? Welche Routinen muss ich aufgeben, weil sie die neuen Lebensbewegungen behindern? Wie lerne ich neu den Rhythmus der Zeit, wie meine Zeit einteilen, wie lerne ich Zeit zu vergeuden? Welchen Lebensraum gebe ich meinen Gefühlen, welche Gestaltungsmöglichkeiten meiner Intuition? Wie ernst nehme ich meinen Körper und wie lerne ich mit den Symptomen sprechen? Wie lerne ich Schmerz und Enttäuschungen zu akzeptieren und wie gehe ich mit ihnen um? Wie lerne ich die Kunst der Gelassenheit, ohne sie mit Gleichgültigkeit zu verwechseln? Wie lerne ich, den Platz, an dem ich lebe, meinen Bedürfnissen anzupassen und was heißt es eigentlich, einen Platz zu hüten und Heimat zu haben? Wie werde ich eine kritische Patientin, die weiß, dass sich die Kunst zu leben nicht nur in der Pflege des privaten Gartens erschöpft?

Älter werden ist ein lebenslanger Prozess. Neu werden und nicht alt bleiben, um nicht alt auszusehen, ist der Arbeitstitel. Möge die Übung gelingen.

*Literaturangaben bei der Verfasserin*

## Alter, Armut und Gesundheit – „Das Problem ist der graue Alltag...“

Dr. Antje Richter-Kornweitz

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



Foto: Veronika Weithe

Ist Armut im Alter mittlerweile wieder ein Thema? Die Meinungen darüber gehen noch auseinander, doch für die Statistik ist diese Frage bereits entschieden. Die Armut bei Älteren ist in Deutschland ebenso präsent wie die in der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2008 lag die Armutsrate der über 65-Jährigen bei 15 % und war damit ebenso hoch wie die Armutsquote der deutschen Gesamtbevölkerung (Eurostat PM 2010, Joint Report 2010). Für Frauen (20 %) war das Risiko im Jahr 2007 höher als für Männer (14 %) in dieser Altersgruppe.

Weitere Angaben zur sozialen Lage der Älteren in Deutschland lassen sich den Rentenhöhen und den Zahlen zur Grundsicherung entnehmen. Die Grundsicherung im Alter umfasst den Regelsatz sowie die Kosten für Unterkunft und Heizung, evtl. anfallende Beiträge für Kranken- und Pflegekasse und Mehrbedarf.

Die durchschnittliche Versichertenrente lag 2006 für Frauen bei 519,- Euro, für Männer bei 964,- Euro (Destatis Datenreport 2008). Leistungen in Form von Grundsicherung bezogen 2007 in Deutschland 2,4 % (371.000) aller über 64-Jährigen; davon 2,8 % der Frauen und 1,9 % der Männer im Rentenalter. Die Höhe der Grundsicherung im Alter lag in der Bundesrepublik Deutschland 2006 bei Personen im Alter von 65+ bei durchschnittlich 607,- Euro Bruttobedarf. Davon wird das anzurechnende Einkommen von durchschnittlich 274 Euro abgezogen. Der Nettoanspruch lag 2006 in dieser Altersgruppe bei 433 Euro (Informationsdienst für Altersfragen 2009).

### Einkommen der Älteren in Niedersachsen

Im Jahr 2008 erhielten in Niedersachsen 42.444 über 64-Jährige die Grundsicherung im Alter. Insgesamt lebten im Jahr 2009 hier 12 % der Rentnerinnen und Rentner sowie der Pensionäre unter der Armutsrisikogrenze von 60 % des durchschnittlichen Nettoeinkommens sowie 14,6 % der niedersächsischen Gesamtbevölkerung (LSKN 2010a, LSKN 2010b).

Das verfügbare Einkommen pro Kopf der Gesamtbevölkerung lag im Jahr 2007 in Niedersachsen bei durch-

schnittlich 1.474,- Euro/Monat (3,9 % unter Bundesdurchschnitt). Das niedrigste Einkommen der privaten Haushalte war mit 1.401,- Euro in der Region Weser-Ems verfügbar, das höchste Einkommen in der Region Lüneburg. Größere Unterschiede bestehen außerdem auf Kreisebene, wobei mit monatlich verfügbaren 1.273,- Euro der Landkreis Aurich am unteren Ende der Skala steht; gefolgt von Wittmund mit 1.297,- Euro und dem Emsland mit 1.304,- Euro. Die höchsten Einkommen stehen im Landkreis Verden (1.653,- Euro) in Celle (1.684,- Euro) und in Harburg (1.825,- Euro) zur Verfügung (LSKN 2010b). Interessant ist ein Blick auf die Streuung der Einkommen nach Altersgruppen:

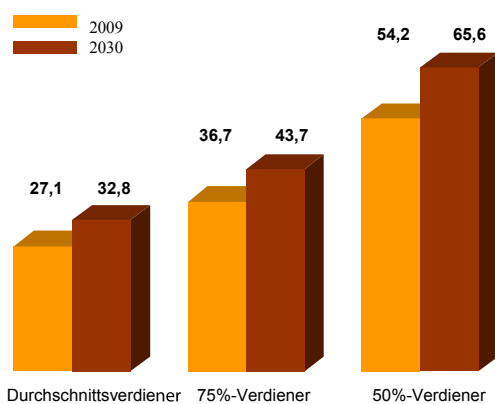
- Etwa ein Viertel der über 59-Jährigen Bevölkerung verfügt über ein monatliches Nettoeinkommen von mehr als 1.500,- Euro.
- Fast die Hälfte dieser Altersgruppe hat monatlich zwischen 700,- und 1.500,- Euro.
- Ein monatliches Nettoeinkommen von unter 700,- Euro hat das restliche Viertel der über 59-Jährigen.

### Zukünftige Entwicklung

Für die Zukunft ist jedoch zu vermuten, dass sich die Einkommensunterschiede erheblich verstärken werden und damit die Einkommensverteilung im Alter deutlich ungleicher wird. In den letzten Jahren haben die Älteren im Vergleich zur allgemeinen Einkommensentwicklung in Deutschland bereits relative Einkommensverluste hinnehmen müssen. Ihre Einkommenszuwächse lagen unter den Zuwächsen im gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt. Diese Anzeichen für eine Abkopplung des Einkommens der Älteren von der durchschnittlichen Einkommensentwicklung (Tesch-Römer/Wurm 2009) wurden bereits von der Sachverständigenkommission für den 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland im Jahr 2005 für die Zukunft prognostiziert (BMFSFJ 2005). In die gleiche Richtung gehen Berechnungen der OECD, die eine Veränderung der künftigen Altersarmut wegen der ansteigenden Zahl der Niedrigeinkommen vorhersagen. Die Bremer Arbeitnehmerkammer prog-



nostiziert in diesem Zusammenhang bis zum Jahr 2030 auch eine erhebliche Erhöhung der Beitragsjahre, die erforderlich sein werden, um eine Rentenhöhe auf Grundversicherungsniveau zu erreichen (vgl. Abbildung).



Erforderliche Anzahl an Beitragsjahren zur Deckung des Grundsicherungsbedarfs (2009: 663,- Euro) mit der Nettorente (Single, Wertebasis 2009)  
(Quelle: Steffen 2011)

Das Risiko heutiger und künftiger Altersarmut tragen vor allem Menschen, denen es aus gesundheitlichen Gründen und/oder auf Grund der Arbeitsmarktlage nicht möglich ist, lange genug im Erwerbsleben zu bleiben. Die seit den 1990er Jahren ansteigende Zunahme von atypischen Beschäftigungen wie Teilzeitbeschäftigungen, geringfügigen und befristeten Beschäftigungsverhältnissen – die im Übrigen für 54 % der weiblichen Arbeitnehmerinnen die Regel sind – führt in dieser Gruppe bereits heute zu prekären Lebenssituationen und wird künftig ihre Alters Einkünfte mindern, u. a. da sie kaum finanziellen Spielraum für private Vorsorge haben. Künftig besteht ein erhöhtes Armutsrisiko für Personen, die

- über längere Phasen teilzeiterwerbstätig waren,
- ein Niedrigeinkommen bezogen haben,
- erwerbslos waren,
- Phasen der Selbständigkeit mit Einkünften im unteren Bereich aufweisen.

Frauen werden zukünftig wegen dieser Teilzeiterwerbstätigkeit sowie der noch immer geringeren Lohnzahlungen im Vergleich zu Männern und wegen Kindererziehungs- und Pflegezeiten zu den besonders Betroffenen gehören (AVID 2007, Bogedan/Rasner 2008).

Darüber hinaus sind bereits jetzt besonders hohe Armutsquoten bei älteren Migrantinnen und Migranten zu finden, da sie unter anderem während der Erwerbszeiten weitaus geringere Einkünfte haben als Nicht-Migranten. Im Alter beziehen sie daher bis zu sechsmal häufiger (ergänzende) Sozialleistungen. Besonders hart trifft es auch in dieser Bevölkerungsgruppe wiederum alleinstehende ältere Frauen. Da Frauen in Deutschland nach wie vor vom Alterseinkommen ihres Mannes abhängig sind, ist Altersarmut auch als Folge einer Familienpolitik anzusehen, die vor allem auf die Berufstätigkeit des Ehemannes setzte.

## Der graue Alltag...

Für Menschen, die in Armut leben, verengen sich die eigenen Handlungsspielräume und die Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Daher ist ein zentrales Merkmal der Armut in unserer Gesellschaft das Gefühl der Ausgrenzung und das Empfinden „nicht dazuzugehören“, „ganz unten zu sein“ und alle anderen „über sich“ zu sehen. Diese subjektive Wahrnehmung von sozialer Ausgrenzung bestimmt wesentlich das Gefühl „arm zu sein“, mit allen Implikationen. In der Armutsforschung ist dieses Phänomen – erhöhte Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen bei gleichzeitigem Mangel an Ressourcen – bekannt. Gefühle von persönlichem Versagen, Ohnmacht oder Hilflosigkeit, Schuld und Schamgefühle werden gesteigert durch fehlende Perspektiven zur Veränderung der Situation und können zu Demoralisierung und zur psychischen Destabilisierung führen. Eine 74-jährige Frau, die auf Basis der Grundsicherung lebt, beschrieb ihre Gefühle in dieser Situation während eines Workshops zur „Partizipation sozial benachteiligter Älterer“, an dem sie sich gemeinsam mit anderen Betroffenen beteiligte: „Der graue Alltag – das Problem ist der graue Alltag. Es gibt keine Höhen und Tiefen und alles verläuft immer gleich. Das ganze Jahr und darüber hinaus auch. Ich könnte mir vielleicht sogar einmal eine Karte für ein Konzert von meinen Kindern schenken lassen, aber ich käme gar nicht dorthin. Vielleicht hätte ich noch das Geld für die Hinfahrt, aber ich käme nicht mehr zurück. Also bin ich immer hier.“

Existenzielle Absicherung, wie ausreichende Ernährung und das Geld für die Miete ist kein ernstes Problem für sie, unter anderem, weil sie auf dem Land lebt und sich mit ihrem Garten selbst versorgen kann. Aber aus Mangel an Geld kann sie sich an allem anderem nicht beteiligen. Verschärfend wirkt, dass im ländlichen Raum kaum eine Infrastruktur im öffentlichen Nahverkehr besteht, und sie selbst nicht motorisiert ist. Damit ist sie praktisch isoliert.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist in vielen Regionen bereits ein deutlicher Abbau von Infrastrukturen, z. B. im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, der Freizeitaktivitäten, Einkaufsmöglichkeiten und des öffentlichen Nahverkehrs erfolgt. Dies und die Zersiedelung von Familien und Veränderungen von Familienformen – unter anderem als Folge der Forderungen nach Flexibilität und Mobilität im Arbeitsmarkt – verstärkt die Problematik erheblich.

## Alter, Armut und Gesundheit

Wie gesund Menschen sind und bleiben, wird maßgeblich durch ihre soziale Lage beeinflusst. Dieser Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und Gesundheit ist bis ins hohe Alter belegt und betrifft

sowohl die aktuellen Lebensbedingungen im Alter wie auch die angehäuften Belastungen im Verlauf eines Lebens (life course approach), die sich wiederum auf den gesundheitlichen Status auswirken (SVR 2009). Dabei spielen die sozial bedingten Unterschiede bei Ressourcen und Belastungen (materielle und psychosoziale Wohn- und Arbeitsumgebung, soziale Netzwerke, psychosoziale Kompetenzen) ebenso eine Rolle wie unterschiedliche Chancen beim Zugang zu medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen.

Sozial benachteiligte Ältere sind von Mehrfacherkrankungen früher betroffen und – selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevantem Verhalten – stärker gesundheitlich eingeschränkt. Sie erleiden früher im Lebensverlauf Einschränkungen in ihrer Mobilität sowie chronische Erkrankungen und Behinderungen und sind außerdem häufiger von dauerhafter Pflegebedürftigkeit, akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes betroffen. Liegt Multimorbidität vor – und circa zwei Drittel der über 65-Jährigen haben mindestens zwei chronische Erkrankungen – entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen für Ältere, die sich auf ihre Fähigkeiten den Alltag zu bewältigen, auswirken (SVR 2007). Sozialstatusbedingte Unterschiede finden sich auch beim Auftreten starker Schmerzen und bei der subjektiven Wahrnehmung von Gesundheit und Wohlbefinden. Sie führen zu messbaren Unterschieden in Morbidität und Mortalität, die laut Robert-Koch-Institut Berlin (2009) in Deutschland zu einer um mehr als zehn Jahre kürzeren Lebenserwartung bei Männern und mehr als acht Jahre kürzeren Lebenserwartung bei Frauen der untersten im Vergleich zur obersten Statusgruppe führen.

## Ursachen für gesundheitliche und soziale Ungleichheit im Alter

Neben den Auswirkungen von materieller Armut und Faktoren wie Wohnen oder sozialer Teilhabe wird die Situation am Arbeitsplatz als Ursache für diese gesundheitliche Ungleichheit diskutiert. Daraus resultierende Belastungen wie schwere körperliche Arbeit, monotone Arbeitsabläufe, Nacht- und Schichtarbeit sowie psychische Belastungen am Arbeitsplatz, aber auch Arbeitsplatzunsicherheit und Umgang mit krankheitserregenden Stoffen summieren sich im Lebensverlauf. Dazu kommen höhere Umweltbelastungen am Wohnort, denen Angehörige statusniedriger Gruppen eher ausgesetzt sind als andere.

Außerdem bedeuten die prinzipiell gleichen Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung bereitstellt, nicht zwangsläufig eine gleiche Inanspruchnahme trotz vergleichbarem Bedarf oder auch ein vergleichbares Vorsor-

geverhalten. Dahinter stehen die ungleiche Leistungsvergabe durch die Versorgungsinstanzen, Mentalitäts- und Kompetenzunterschiede im Umgang mit den Instanzen der pflegerischen Versorgung sowie Unterschiede in der Inanspruchnahme aufgrund mangelnder Nutzungskompetenzen, Nicht-Wissen oder sozialer Scham (Büscher 2010).

Daneben wirken sich – relativ gesehen – höhere finanzielle Belastungen durch Zuzahlungen aus; das heißt der Anteil an privaten Ausgaben für Gesundheit, der zusätzlich zu den Krankenkassenbeiträgen gezahlt wird, ist für untere Statusgruppen besonders hoch. Sie werden von unteren Statusgruppen siebenmal häufiger als belastend empfunden als von höheren (Mielck / Helmert 2005) und Arztbesuche werden in unteren Statusgruppen aufgrund der Praxisgebühr häufiger vermieden als in höheren (Streich 2004a, 2004b, Gebhardt 2005, Mielck/Helmert 2005). Gleichzeitig gehören sozial benachteiligte Ältere neben älteren Menschen mit Migrationshintergrund und nicht-mobilen Älteren zu den Zielgruppen, die von kommunalen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung besonders selten erreicht werden.

Chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranke sowie Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen gehören im Alter somit neben Niedrigeinkommensbeziehern und Menschen mit fragmentierten Erwerbsbiografien und Frauen, die in ihrem Erwerbsleben viel in Teilzeit gearbeitet haben, zu den besonders Armutsgefährdeten. Besondere Belastungen entstehen beispielsweise, wenn zu knappen materiellen Ressourcen Einschränkungen in der Mobilität aus gesundheitlichen (gesundheitliche oder behinderungsbedingte Einschränkungen), infrastrukturellen (öffentlicher Transport, Strukturschwäche im ländlichen Raum, etc.) oder wohnraumbedingten (Schwellen, Barrieren in Wohnung und Haus etc.) Gründen dazu kommen. Dies stellt für die Betroffenen eine besondere organisatorische und finanzielle Herausforderung dar. Schon für die Alltagsversorgung wie Einkauf und Hauswirtschaft können Unterstützungsleistungen erforderlich sein, auch ohne dass bereits ein offiziell festgestellter Pflegebedarf vorliegt. Die vorhandenen materiellen, sozialen und personalen Ressourcen reichen in den unteren Statusgruppen zur angemessenen Alltagsbewältigung in dieser Situation für viele Betroffene nicht mehr aus (SVR 2009). Konzepte zur Bewältigung dieser Situationen fehlen vielerorts völlig. Es ist eine Aufgabe der Kommunen, die Teilhabe Älterer und die Gesundheitsförderung in diesem Bereich unter Beteiligung dieser Zielgruppen zu sichern und der jeweiligen lokalen Situation anzupassen (Altgeld/Richter-Kornweitz 2011).

*Literatur bei der Verfasserin*

# Alter und Gesundheit – aktuelle Datenlage in Niedersachsen

Dr. Elke Bruns-Philipps

*Wie hoch ist unsere Lebenserwartung? Woran erkranken wir im Alter und woran sterben wir? Übersichten über die aktuelle Datenlage und Grafiken zu den häufigsten Erkrankungen zeigen, wie es in Niedersachsen aussieht. Sie zeigen auch, wie notwendig es für eine differenzierte Einschätzung des Hilfs- und Versorgungsbedarfs älterer Menschen ist, die vorhandenen Datenquellen noch besser und gezielter zu vernetzen und Datenerhebungen zu koordinieren.*



Foto: Veronika Weithe

Gesund alt zu werden ist etwas, was sich die Meisten von uns wünschen, was aber nur den Wenigsten unter uns vergönnt sein wird.

Ob wir erkranken und in welchem Alter wir dauerhaft erkranken, hängt zum einen von der Disposition, – also den mitgebrachten genetischen Eigenschaften – ab, der Exposition, den Lebensstil- und Umwelteinflüssen, sowie dem Alter das wir erreichen. Dadurch, dass unsere Gesellschaft und damit auch jeder Einzelne von uns immer älter wird, „erleben“ wir auch immer mehr Erkrankungen.

Lag die Lebenserwartung zu Beginn des 19. Jahrhunderts im Durchschnitt noch bei 45 Jahren, so liegt die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt heute bei 82,7 Jahren und für Männer bei 77,6 Jahren. Die Verlängerung der Lebenszeit war zunächst durch die Verringerung der Säuglings- und Müttersterblichkeit und die mit verbesserter Hygiene und Ernährung ebenfalls verknüpfte Abnahme von tödlich verlaufenden Infektionskrankheiten bedingt. Erst in den 1960er Jahren kam es durch verbesserte medikamentöse Therapien zu einer Abnahme der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zu einem Anstieg der „ferneren Lebenserwartung“ in den höheren Altersstufen. Dies wurde durch die Zunahme der Therapieoptionen im Alter insgesamt – auch bei Stoffwechsel- und Krebserkrankungen – weiter verbessert. Dabei lassen sich drei Effekte beobachten: Zum einen konzentrieren sich die Erkrankungen stärker auf die letzten Lebensjahre, zum anderen leiden wir, je älter wir werden, immer häufiger an chronischen Erkrankungen und in der Folge an mehreren Erkrankungen gleichzeitig. Wir sind also „multimorbide“.

## Die Datenlage

Die Datenlage zu Gesundheit im Alter orientiert sich überwiegend an der Erfassung von Krankheiten, nicht an den Ressourcen und der Lebensqualität älterer Menschen. Als Datenquellen stehen amtliche Statistiken, wie die Krankenhausdiagnosestatistik, die Todesursachenstatistik und die Mikrozensuserhebung, zur Verfügung. Die-

se zeichnen sich aufgrund der Regelmäßigkeit und der Vollständigkeit der Erhebung durch eine hohe Datenqualität aus, können aber auch nur bestimmte Fragestellungen beantworten. Daneben gibt es krankheitsbezogene Register, wie z. B. Herzinfarkt- und Schlaganfallregister und die bundesweit vorhandenen, flächendeckenden epidemiologischen Krebsregister. Zunehmend werden Versorgungsdaten der Krankenversicherungen und der kassenärztlichen Vereinigungen für Auswertungen herangezogen, da gerade für den ambulanten medizinischen Versorgungsbereich nur eingeschränkt etablierte Datenflüsse existieren. Hier versucht man z. B. über so genannte „Beobachtungspraxen“ eine kleinräumigere und aktuelle Datenlage zu erreichen.

Die Auswertungen von Datenquellen zur Krankheitslast im Alter zeigen ein Überwiegen somatischer Erkrankungen, insbesondere der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Erkrankungen des Bewegungsapparats. Bei den Todesursachen dominieren ebenfalls die Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor den Krebserkrankungen.

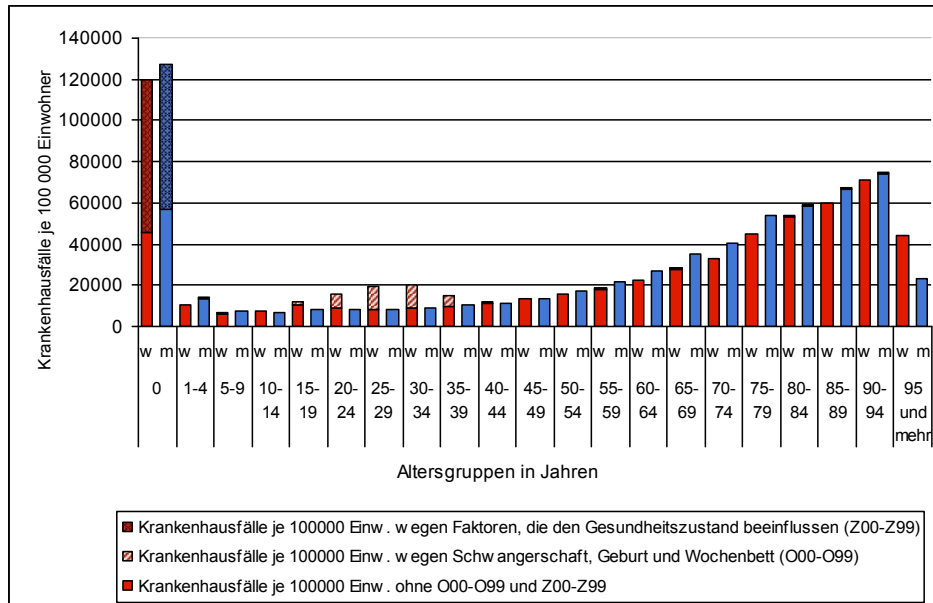
## Wie erkranken wir im Alter?

Das somatische Krankheitsspektrum von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates dominiert im Alter.

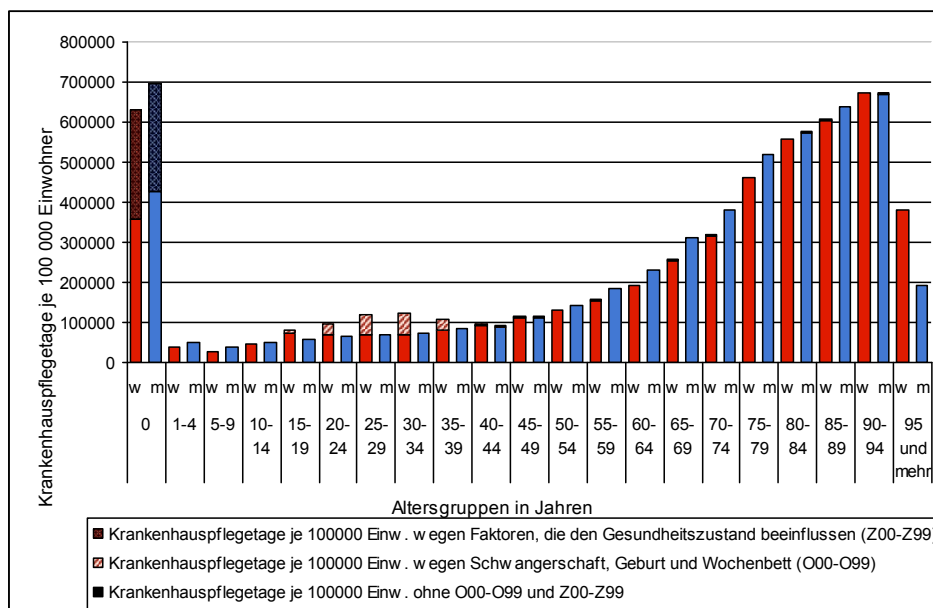
Die Häufigkeit und die Dauer von Krankheitsphasen und funktionellen Einschränkungen steigen im höheren und höchsten Alter deutlich an. So waren in der Mikrozensuserhebung in der Gruppe der über 75-Jährigen 28 % zum Erhebungszeitpunkt, bzw. in den vier Wochen davor, krank oder unfallverletzt.

Neben der höheren Prävalenz ändert sich auch die Krankheitssymptomatik, die bei älteren Menschen häufiger uncharakteristisch ist, die Genesungsphase nach einer Krankheit dauert länger und der Anteil chronischer Erkrankungen nimmt zu. Dies führt in der Summe dazu, dass der Anteil älterer Menschen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (sogenannte Multimorbidität)

mit dem Alter stark ansteigt. Das spiegelt sich auch in der Krankenhausdiagnosestatistik wider. Die Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen hatte 34.260/100.000 stationäre Behandlungsfälle im Jahr 2008, die Gruppe der über 80-Jährigen wies 57.954/100.000 stationäre Behandlungsfälle auf. Dabei entfallen in beiden Altersgruppen auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen ca. 25 % der Fälle und der Krankenhauspflegetage.



Krankenhausfälle je 100.000 Personen einer Altersgruppe 2008 in Niedersachsen (Quelle: LSKN)



Krankenhauspflegetage je 100.000 Personen einer Altersgruppe 2008 in Niedersachsen (Quelle: LSKN)

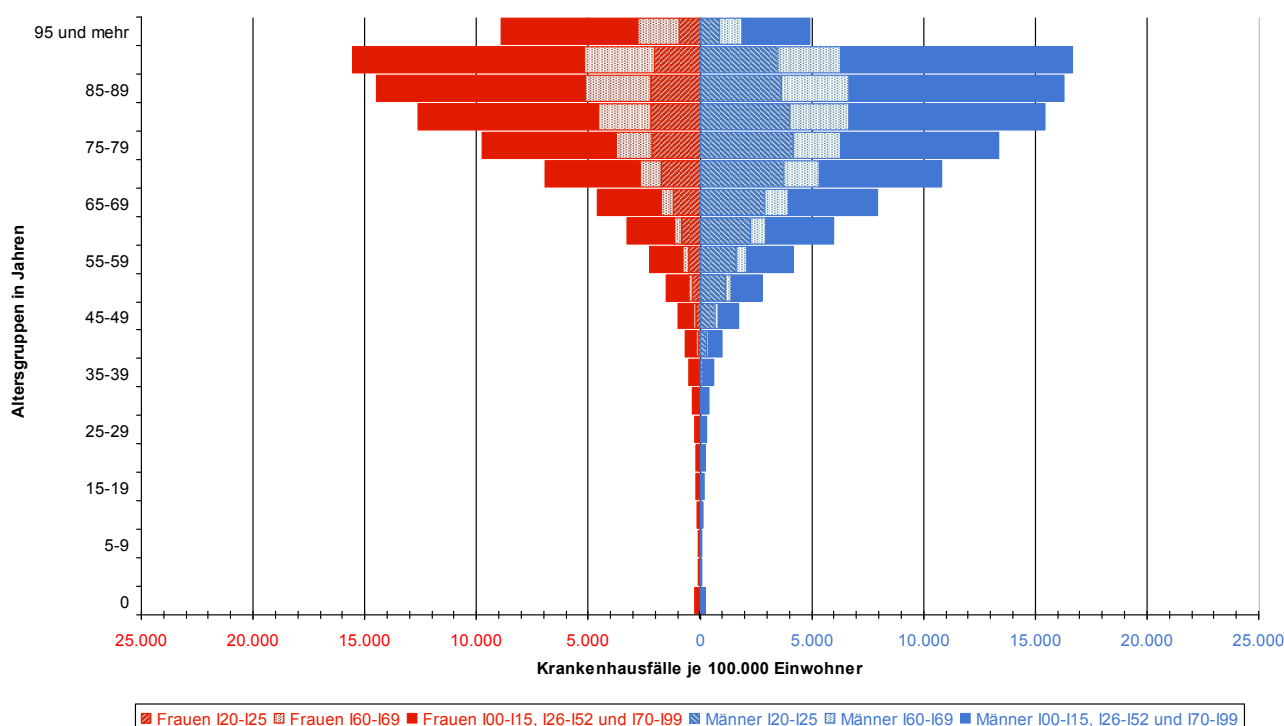
## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen in der Regel auf Grundlage von arteriosklerotischen Veränderungen, also Verhärtungen und Verengungen der Arterien, die das sauerstoffreiche Blut in die Organe transportieren. Diese sogenannten Plaques bilden sich durch Einlagerungen von Blutfetten, Thromben, Bindegewebe und Kalk in die Gefäßwände. Begünstigend für die Entstehung der Arteriosklerose sind Tabakkonsum und andere Grunderkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus.

In der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen hatten die Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2008 einen Anteil von 22,5 % an allen stationären Behandlungsfällen und von 21,8 % an den Krankenhauspflegetagen. In der Gruppe der über 80-Jährigen waren die Anteile mit 25,5 % und 26,5 % noch höher.

Die größte Bedeutung haben dabei die ischämischen Herzkrankheiten (z. B. Herzinfarkt) und die cerebrovaskulären Krankheiten (z. B. Schlaganfall). Von allen stationär behandelten Herzinfarktpatientinnen und -patienten waren 82 % älter als 65 Jahre. Ab dem 70. Lebensjahr verläuft bei beiden Geschlechtern die Hälfte der Herzinfarktereignisse tödlich.

Bei Menschen über 65 Jahre sind Veränderungen der Hirndurchblutung für etwa 15 % der stationären Aufenthalte verantwortlich, vermutlich sind fast 80 % davon Schlaganfälle, die auf eine schwerwiegende Minderdurchblutung wichtiger Hirnareale zurück zu führen sind. Die Wahrscheinlichkeit nimmt mit dem Alter zu, nahezu 85 % aller Schlaganfälle treten jenseits des 60. Lebensjahres auf. Größter Risikofaktor ist ein zu hoher Blutdruck. Nach dem Ereignis finden sich bleibende neurologische Schäden bei rund 60 % der Betroffenen, dies ist besonders für die weitere Lebensqualität, Pflege und Unterbringung im Alter relevant.



Stationäre Krankenhausfälle wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Niedersachsen 2006 (ischämische Herzkrankheiten ICD-10: 120-125; cerebrovaskuläre Krankheiten ICD-10 160-169; sonstige Diagnosen IDC-10 110-115 sowie 170-199) (Quelle: LSKN, Krankenhausdiagnosestatistik und eigene Berechnungen)

## Erkrankungen des Bewegungsapparats

Bevölkerungsrepräsentative Daten liegen zu diesem Bereich nur punktuell vor. Grundsätzlich werden bei den Erkrankungen des Muskel- und Bewegungsapparats zwei verschiedene Formen unterschieden: Chronisch degenerative Gelenkerkrankungen (Arthrose) und primär entzündliche Gelenkerkrankungen des rheumatischen Formenkreises.

Im ambulanten wie stationären Versorgungsbereich verursachen besonders die altersassoziierten, chronisch degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates wie Hüft- und Kniegelenksarthrosen einen erheblichen Anteil der ambulanten und stationären Behandlungskosten insbesondere durch den operativen Gelenkersatz. Dieser ist auch die häufigste Ursache für eine stationäre Rehabilitation.

Kontinuierlich erfasst werden die Erkrankungen, die zu einer stationären Versorgung geführt haben – z. B. Knie- und Hüftgelenkersatz, Stürze mit Frakturen und stationärer Versorgung – im Rahmen der Krankenhausdiagnosestatistik. Diese belegt einen altersassoziierten Zuwachs in der stationären Versorgung, welcher insbesondere durch Verletzungen bedingt ist (Stürze mit Frakturen). Der Anteil der stationären Aufnahmen wegen einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems in Niedersachsen beträgt bei

den 60- bis 80-Jährigen 12,1 % der Krankenhausfälle und 13,3 % der Krankenhauspflegetage. Frauen sind mit einem Anteil von 15,3 % der Fälle und 16,7 % der Pfelegetage stärker betroffen als Männer (9,2 % der Fälle und 10 % der Pfelegetage). Ursache ist der bei Frauen häufiger und stärker auftretende Abbau der Knochenmasse (Osteoporose). Die Inzidenz der Oberschenkelhalsfraktur liegt in Deutschland bei 140,9/100.000 Personen. In der Folge von Oberschenkelhalsfrakturen zeigt sich eine erhöhte Sterblichkeit. Als Risiken für eine erhöhte Sturzgefahr gelten Mehrfacherkrankungen, frühere Stürze, Inkontinenz, Schwindel und eine schlechte selbst eingeschätzte Gesundheit.

## Krebserkrankungen

Die Häufigkeit von Krebserkrankungen wird in der Bevölkerung eher unterschätzt. Durchschnittlich jeder Dritte erkrankt im Laufe seines Lebens an Krebs, jeder Vierte verstirbt daran. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken stark altersassoziiert. Drei Viertel aller Krebserkrankungen betreffen Menschen, die älter als 60 Jahre sind. Das mittlere Erkrankungsalter für alle Krebsarten liegt aktuell bei Frauen bei 68 und bei Männern bei 69 Jahren.

In Niedersachsen erkrankten 2006 / 2007 jährlich 40.791 Menschen neu an Krebs – 21.896 Männer und 18.895 Frauen – und circa 21.000 Menschen verstarben daran. Dabei entsprechen die Neuerkrankungs- und Sterblichkeitsraten für Krebs insgesamt dem Bundesdurchschnitt. Für den weiblichen Brustkrebs liegt die Neuerkrankungs-

rate etwas über dem Bundesdurchschnitt, dies ist auf das 2005 begonnene Mammographie-Screening zurückzuführen, welches zunächst nicht bundesweit erfolgte. Die Sterblichkeit an Brustkrebs geht jedoch seit Mitte der 1990er Jahre zurück. Auch die Neuerkrankungsrate für Prostatakrebs zeigte kurzfristig erhöhte Werte für Niedersachsen, diese haben sich jedoch dem Bundesdurchschnitt wieder angenähert.

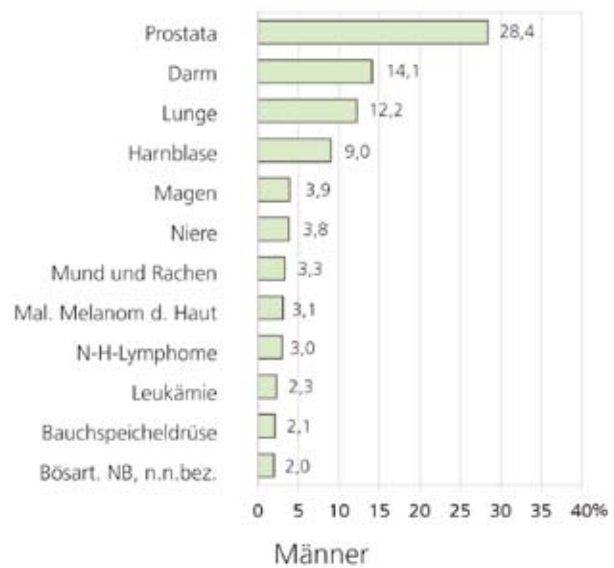
Die häufigsten Krebserkrankungen der Männer sind der Prostatakrebs (6.219 Fälle/Jahr; 28,4 % der Neuerkrankungen); der Darmkrebs (3.091 Fälle; 14,1 %) und der Lungenkrebs (2.664 Fälle; 12,2 %), dieser ist noch bedingt durch das geschlechterdifferente Rauchverhalten bei den Männern höher als bei den Frauen. Die häufigsten Krebserkrankungen der Frauen sind der Brustkrebs (6.467 Fälle/Jahr; 34,2 % der Neuerkrankungen), der Darmkrebs (2.769 Fälle, 14,7 %) und der Lungenkrebs (1.118 Fälle; 5,9 %).

Ausschlaggebend für die Krebssterblichkeit ist die Prognose der Erkrankung und weniger die Häufigkeit. Bei den Männern ist Lungenkrebs mit 26 % die häufigste Krebstodesursache gefolgt vom Darmkrebs mit 11,6 % und vom Prostatakrebs mit 10,4 %. Bei Frauen dominiert der Brustkrebs mit 18,1 %, gefolgt vom Darmkrebs mit 14,2 %. Lungenkrebs verursacht bei Frauen 12,1 % der Krebstodesfälle, der Anteil steigt jedoch aufgrund des zunehmenden Anteils an Raucherinnen in den 80er und 90er Jahren an, in den USA hat die Sterblichkeit an Lungenkrebs bei Frauen bereits die Sterblichkeit an Brustkrebs überholt.

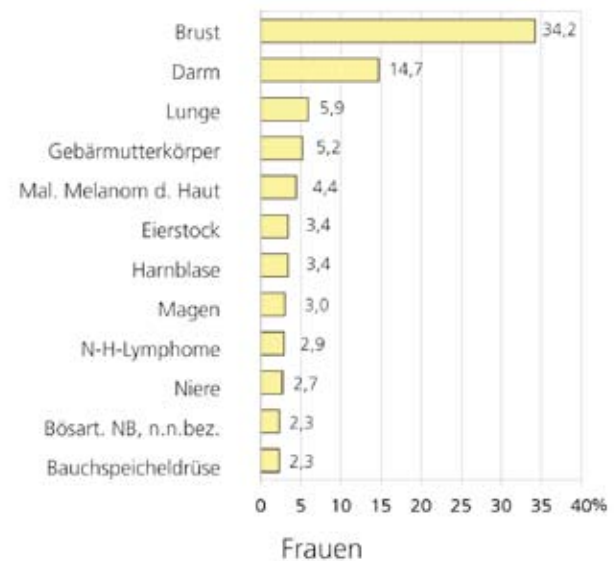
Für die besonders gut erfassten Krebsneuerkrankungen in Niedersachsen lassen sich Hochrechnungen für unsere älter werdende Gesellschaft machen. Danach gehen wir von einer Zunahme der Krebsneuerkrankungen von 1999 bis 2016 um 15,4 % bei den Frauen und um 35,7 % bei den Männern aus. Umso wichtiger werden Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen, die bis in das hohe Alter positive Effekte haben können. Wesentlich für die Prognose einer Krebserkrankung, und damit auch für die weitere Lebenserwartung, die Lebensqualität und den Versorgungsbedarf, ist das Erkrankungsstadium bei der Diagnosefeststellung.

## Psychische Erkrankungen

Etwa ein Viertel der 65-Jährigen und älteren Bevölkerung leidet unter einer psychischen Beeinträchtigung. Dabei sind Demenzen und Depressionen die häufigsten Störungen im Alter. Die Daten der Berliner Altenstudie zeigten für 14 % der untersuchten 70-Jährigen eine Demenz, 9 % litten an einer Depression und 2 % an einer Angststörung. Etwa 4 % der Männer und 6 % der Frauen leiden an einer schweren Depression, das zeigt sich auch in der



Häufigste erfasste Krebsneuerkrankungen in Niedersachsen 2006 – 2007, Männer (Quelle: Jahresbericht des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen 2006/2007)



Häufigste erfasste Krebsneuerkrankungen in Niedersachsen 2006 – 2007, Frauen (Quelle: Jahresbericht des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen 2006/2007)

Suizidhäufigkeit, diese ist bei älteren Menschen deutlich erhöht, bei den Männern steigt sie ab 75 exponentiell an. Es gibt aber auch Untersuchungen, die vermuten lassen, dass es insgesamt weniger schwer verlaufende Depressionen, dafür jedoch mehr leichte Formen im Alter gibt. Demenzerkrankungen nehmen im Alter deutlich zu. Die Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen zeigt eine Erkrankungsprävalenz von 1,5 %, diese verdoppelt sich in etwa alle 5 Jahre, so dass bei den 90-Jährigen und älter etwa 30 % der Menschen betroffen sind. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 1,4 % und 3,3 % der über 65-Jährigen innerhalb eines Jahres erstmals an einer Demenz erkranken. Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren sind in Deutschland etwa eine Million Menschen von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen und in der Regel nicht mehr zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage. Etwa zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen leiden an einer Demenz, aber 60 % der Demenzkranken leben in einem Privathaushalt.

## Infektionskrankheiten

Bezogen auf die Infektionskrankheiten finden sich bei älteren Menschen über 65 Jahren besonders häufig stationäre Aufnahmen wegen einer akuten (infektiösen) Bronchitis oder einer Lungenentzündung. Begünstigend dafür sind eine bereits bestehende chronische Bronchitis, ein Lungenemphysem oder eine chronische Atemwegsobstruktion (COLD).

Die wichtigsten Erreger für solche Infektionen sind neben Viren (z. B. Grippeviren), Bakterien (z. B. Pneumokokken), gegen die für Menschen über 60 Jahre eine Impfung empfohlen wird.

Lungenentzündungen sind die siebthäufigste Einzeldiagnose bei den Todesursachen (2,5 %). Andere im Alter häufige Infektionen sind Harnwegsinfektionen und Infektionen von Hautdefekten (Erysipel), z. B. bei offenen oder schlecht heilenden Wunden im Rahmen eines Diabetes oder einer Durchblutungsstörung der Beine.

Die Auswertungen der Krankenhausdiagnosestatistik zeigen eine Zunahme der stationären Aufenthalte der Menschen ab 60 Jahren aufgrund einer Infektionskrankheit. Den größten Anteil machen die stationären Aufnahmen kleiner Kinder und Säuglinge aus. Die Darstellung der Krankenhauspflegetage zeigt jedoch, dass die Kinder in der Regel nur kurz (wenige Tage) stationär behandelt werden, wohingegen mit zunehmendem Alter die Dauer der stationären Versorgung im Rahmen einer Infektionskrankheit deutlich ansteigt. (s. h. Seite 23)

## Woran sterben wir?

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen dominieren mit 43 % aller Sterbefälle das Todesursachenspektrum in Deutschland. Ab dem 80. Lebensjahr entfällt über die Hälfte aller Sterbefälle auf diese Krankheiten. Jeder dritte Mensch stirbt an einer Krebserkrankung.

Die Todesursachenstatistik erfasst lediglich die zum Tod führende Erkrankung, dadurch wird der Aspekt der Multimorbidität im Alter nicht widerspiegelt. Erkrankungen wie die Demenz, die mit dem Alter massiv an Häufigkeit zunimmt (Verdoppelung der Prävalenz alle fünf Jahre), die die Lebenssituation eines älteren Menschen massiv beeinträchtigen kann, aber nur selten zum Tode führt, werden in der Todesursachenstatistik nicht abgebildet.

## Die häufigsten Todesursachen (für beide Geschlechter)

Chronisch ischämische Herzkrankheit	9,3 %
Akuter Myokardinfarkt	7,0 %
Herzinsuffizienz	6,0 %
Bösartige Neubildung der Bronchien und Lunge	5,0 %
Schlaganfall (nicht als Blutung oder Ischämie bezeichnet)	3,3 %
Sonstige chronisch obstruktive Lungenkrankheit	2,6 %
Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	2,5 %
Hypertensive Herzkrankheit (Bluthochdruck)	2,2 %
Bösartige Neubildung des Dickdarms	2,2 %
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	2,1 %

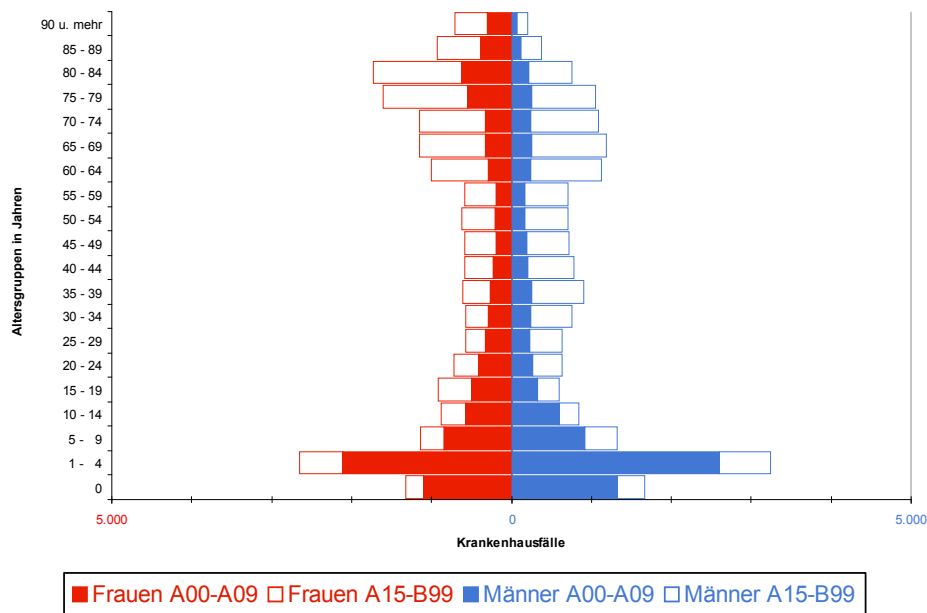
(Quelle: LSKN 2008)

## Fazit

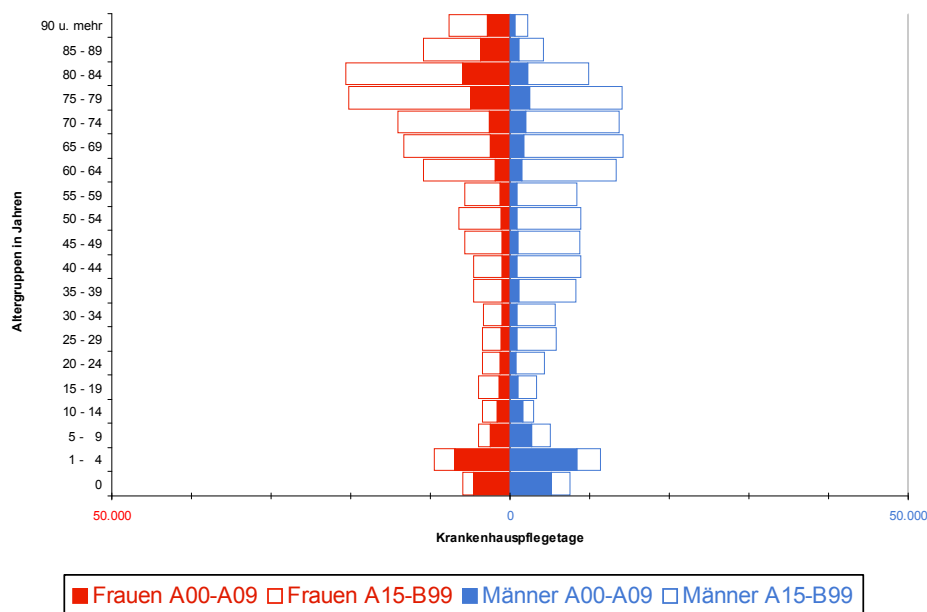
Für eine prognostische Bedarfseinschätzung bedarf es bevölkerungsrepräsentativer Daten zur Prävalenz und Inzidenz altersassoziierter Erkrankungen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Arteriosklerose und Bluthochdruck), die muskuloskelettalen Erkrankungen und Verletzungen (Arthrose, Brüche in Folge einer Osteoporose) sowie neuropsychiatrische Krankheitsbilder (Demenz).

Die erforderlichen Informationen für eine differenzierte Einschätzung des Hilfs- und Versorgungsbedarfs sowie der Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen älterer Menschen werden bislang nicht zufriedenstellend abgebildet. Die vorhandenen Datenquellen müssen dafür noch besser und gezielter vernetzt und Datenerhebungen koordiniert werden.

Für die Voraussage der Mortalität ist laut einer Untersuchung im Alter die subjektive Gesundheitseinschätzung entscheidender, als offensichtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insofern müssen wir uns fragen, ob die derzeit erhobenen Daten tatsächlich die Aussagekraft haben, die wir uns erhoffen. Zumindest scheinen sie die Bedürfnisse und die Relevanz im Hinblick auf die Lebens Einschränkungen Betroffener (noch) nicht zufriedenstellend widerzuspiegeln.



Krankenhausbehandlungen wegen Infektionskrankheiten für Männer und Frauen nach Altersgruppen; Stationäre Aufnahmen (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des LSKN und eigene Berechnungen)



Krankenhausbehandlungen wegen Infektionskrankheiten für Männer und Frauen nach Altersgruppen; Krankenhauspflege tage (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des LSKN und eigene Berechnungen)



---

## *Workshops*

---

## Neues Altern in der Stadt – Partizipation fördern und Lebenswelten vor Ort gemeinsam gestalten

Volker Falkenstein, Rolf Freitag

*Das Pilotprojekt Neues Altern in der Stadt (NAIS) soll Kommunen bei der Entwicklung einer demografisch verantwortungsvollen Politik unterstützen, sodass Kommunen zukunftsfähiger und die Lebensqualität für die Einwohner nachhaltig verbessert werden. Neues Altern in der Stadt wurde von der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit wissenschaftlichen Experten entwickelt und von Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., begleitet.*

Bruchsal ist eine Kreisstadt in Baden-Württemberg, in Nordbaden, in der Nähe von Karlsruhe. Die Ziele von NAIS sind:

- Die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema,
- die Erhöhung der Planungskompetenz der Kommune,
- die Förderung der Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Kommunen und auch der Kommunen im Landkreis,
- die Entwicklung und Vermittlung eines Leitbildes,
- die Beteiligung Älterer an Planungsprozessen,
- die Verbesserung des bürgerschaftlichen Engagements, das in unserer Kommune schon sehr breit gefächert vorhanden ist,
- die Aufwertung der kommunalen Seniorenpolitik, vor allem im Gemeinderat,
- die Verbesserung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation und
- die Fortsetzung der Prozesse über das Projektende hinaus, um Nachhaltigkeit zu schaffen und Ziele und Maßnahmen nachhaltig in die Fläche transferieren, also die Betroffenen, die Bürgerinnen und Bürger, zu erreichen, die es wirklich brauchen, die sich selber nicht melden und die förmlich eigentlich darauf warten, mitzuarbeiten.

Bruchsal hat zurzeit eine Bevölkerungszahl von 43.000 Einwohnern, 8.500 Menschen sind über 65 Jahre. Der Anteil der Bevölkerung über 80 Jahren wird bis zum Jahr 2025 um 48,1 % zunehmen. Vor diesem demografischen Hintergrund steht Bruchsal vor wichtigen Herausforderungen – nicht nur im Pflegebereich:

- Die starke Zunahme der Menschen über 80 Jahren geht mit einem höheren Risiko von Krankheit oder Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigkeit einher.
- Die Zunahme der Singles ist ein potenzielles Problem, wenn diese Singles pflegebedürftig werden.
- Die klassischen Familienstrukturen lösen sich auf und das familiäre Hilfs- und Pflegepotenzial sinkt.

- Die Heterogenität der Einkommen wird größer und es besteht die Gefahr der sozialen Segregation.

Nach dem Gemeinderatsbeschluss (2005) gab es drei Projektphasen: Die Analysephase (2006), die Aktionsphase (2007/2008) und die Transferphase (2008). In der Analysephase wurde zu Projektbeginn in jeder Kommune ein Initiativkreis NAIS (in Bruchsal mit 35 Personen) gegründet. Die in der kommunalen Seniorenpolitik und -arbeit relevanten Akteure sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger waren eingeladen, daran aktiv mitzuarbeiten und Maßnahmen umzusetzen. Auf einer breiten kommunalen Datengrundlage erarbeitete der Initiativkreis Handlungsempfehlungen, um Chancen und Möglichkeiten, aber auch die Felder mit hohem Handlungsbedarf zu ermitteln. In der Aktionsphase wurden die Themen, die in der Analysephase als lokal ermittelte Problem- und Handlungsfelder herausgearbeitet wurden, in Kooperation mit externen Institutionen in konkrete Projekte umgesetzt. In Bruchsal kristallisierte sich das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ heraus. In der Abschluss- und Transferphase wurden die Projektergebnisse zusammengefasst, ausgewertet und veröffentlicht. Jetzt haben wir eine eigenständige kommunale Projektsteuerung, auch getragen durch kommunale Mittel.

In der Analysephase (2006) wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Bildung eines Initiativkreises im Dezember 2005,
- Durchführung der Szenariotechnik,
- Datenerhebung und Fragebogenaktion,
- Expertenhearing,
- Bürgerveranstaltung am 30.11.2006 mit Vorstellung eines Seniorenleitbildes und ausgearbeiteter Projektschwerpunkte.

Ein entscheidender Schritt war die Zukunftswerkstatt: Hier haben die Bürgerinnen und Bürger mit der Szenariotechnik an ihrer eigenen Zukunft („Das Mögliche“) ge-

arbeitet. Wir haben im Prinzip den „worst case“ und den „best case“ dargestellt und in verschiedenen Gruppen ausformuliert. Unter Moderationsanleitung sind die Beteiligten visionär an die Fragen herangegangen: Wie stellen wir uns Bruchsal 2020 vor? Wo wollen wir hin? Daraus ist das Seniorenleitbild entstanden. Dieses ist inzwischen im Stadtleitbild von Bruchsal verankert und stellt einen verbindlichen Maßstab für den Gemeinderat dar: „Bruchsal – eine innovative Stadt mit Wirtschaftskraft, in der sich Alt und Jung wohlfühlen und füreinander da sind.“ Bei der Projektrealisierung („Das Machbare“) entwickelte sich dann „Gesundheitsförderung und Prävention“ zu einem Schwerpunktthema.

Für die Umsetzung des Projekts „Gesundheitsförderung und Prävention“ gab es 2007 eine Auftaktveranstaltung. Ganz wichtig war, dass die Vielzahl der bereits vorhandenen Angebote in Bruchsal erfasst, aufbereitet und dargestellt wurden, um vorhandene Ressourcen aufzubereiten, darzustellen und für Transparenz zu sorgen, z. B. auch die Angebote der Krankenkassen zu berücksichtigen. Das WHO-Ziel, an dem sich die Stadt Bruchsal orientiert, lautet: Bis zum Jahr 2020 soll Menschen über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen. Die fünf Arbeitsgemeinschaften (Bewegung und Ernährung; Pflege; Geistig fit und aktiv; Präventive Hausbesuche/Quartiersmanagement und Wegweiser) spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Dazu nun einige Beispiele: Ich habe das große Glück mit 55 Ehrenamtlichen aus verschiedenen Funktionen zusam-

menarbeiten zu dürfen. Das Netzwerk erstreckt sich von Krankenkassen, Ärzteschaft über kirchliche Träger, Sportvereine und politische Vereinigungen. Beteiligt sind auch eine ganze Bandbreite an Firmen aus der Kooperation mit der Wirtschaftsförderung, Wohlfahrtsverbände und Pflegedienste. Nicht zu vergessen die ehrenamtlich entwickelte Homepage [www.neues-altern.de](http://www.neues-altern.de). Das alles soll auch in der lokalen Presse unter dem Synonym NAIS zu finden sein, so dass bei den Bürgerinnen und Bürgern der Fokus der Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird und dann neue Angebote kreiert werden. Und ein Paradebeispiel dafür, wie es uns gelungen ist, zurückgezogen lebende Menschen zusammenzubringen, ist das Projekt mit dem örtlichen Kino, dem Cineplex. Es wurde ein Eintrittspreis von drei Euro vereinbart und es werden einmal im Monat aktuelle Filme gezeigt. Mit Kaffee und Kuchen kostet das Ganze sechs Euro fünfzig. Mit Erfolg: Vor einem Jahr mit 80 Personen gestartet, füllen wir jetzt schon zwei Säle.

Zusammenfassend einige wichtige Erfahrungen aus dem NAIS-Projekt: Wichtig ist, Politik, Akteure und Bevölkerung zu sensibilisieren und einen Handlungsdruck zu erzeugen. Gemeinsam mit meinem „ehrenamtlichem Tandem“ Rolf Freitag, dem Leiter des Kreisseniorerats, arbeite ich sehr vertraut Hand in Hand. Wir sind ständig im Austausch und haben auch die kommunalpolitische Unterstützung. Wichtig ist dieses Zusammenspiel vom Sozialdezernenten über den Rat, die Glaubwürdigkeit und die sehr enge Verbindung mit Ehrenamtlichen. Dann kann man die Menschen für ihre Zukunft gewinnen und das Ganze strategisch angehen. Der partizipative Prozess muss nachhaltig fortgesetzt und umgesetzt werden.



## Bewegung im Alltag

*Bewegung im Alltag von älteren Menschen steht im Mittelpunkt des länderübergreifenden Kooperationsprojekts „Zentrum für Bewegungsförderung Nord“. Es will Maßnahmen zur Förderung der Bewegung für ältere Menschen unterstützen, initiieren und vernetzen und dabei den Blick besonders auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen setzen. Nach einer grundlegenden Einführung werden zwei Konzepte der „Stadtteilbegehungen“ vorgestellt.*

## Bewegt ins / im Alter – warum, wie und wo?

Wiebke Sannemann

### WARUM?

Gesundheitsförderung und Prävention haben eine große Bedeutung für ein gesundes Alter. Gerade für Ältere sind sie zentrale Größen für das Wohlbefinden, zum Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität, als auch zur Begrenzung des Anstiegs von Pflegebedürftigkeit. Dabei spielt der Aspekt „Bewegung im Alltag“ bei älteren Frauen und Männern eine wichtige Rolle. Findet sie regelmäßig statt, wirkt sie sich positiv auf folgende gesundheitliche Bereiche aus:

- Schutz vor Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes II, Rückenschmerzen, Osteoporose)
- Effekte auf die Psyche (u. a. Erhöhung der Stresstoleranz, Verminderung von Depressionen)
- Gesteigerte Lebensqualität und Wohlbefinden (Steigerung der Mobilität, Autonomie etc.)
- Gutes Gesundheitsverhalten (aktive Personen neigen zu weniger Übergewicht durch gesündere Ernährung)
- Sekundärprävention und Rehabilitation – d. h. nach Verletzungen oder Operationen des Bewegungsapparates wirkt sich Bewegung günstig auf die Heilung aus.

Menschen, die sich regelmäßig bewegen, weisen einen besseren Gesundheitszustand auf als Menschen, die nur selten körperlich aktiv sind. Jede Art körperlicher Aktivität (von Hausarbeit bis Vereinssport) beeinflusst die Gesundheit, die subjektive Lebensqualität und die Alltagskompetenzen.

### WAS ist Bewegung im Alter?

Beschäftigt man sich mit dem Thema Bewegung, Sport oder körperliche Aktivität, so ist es wichtig die Begrifflichkeiten im Vorfeld zu klären, um auf ein gemeinsames Verständnis zurückzugreifen.

Bewegung wird in der Literatur häufig mit dem Begriff körperliche Aktivität gleichgesetzt. Körperliche Aktivität umfasst jede Form der Bewegung, die mit Muskelanspannungen und einem erhöhten Energieverbrauch einher geht.

Körperliche Aktivität wird dann noch einmal in verschiedene Bereiche untergliedert:

- Basisaktivitäten (Aktivitäten mit geringer Intensität, die zur Bewältigung täglicher Routinen erforderlich sind z. B. Stehen, langsames Gehen, Tragen geringer Lasten)
- Gesundheitswirksame körperliche Aktivität d. h. alle Bewegungsformen, die die Gesundheit fördern und das Verletzungsrisiko nicht unnötig erhöhen. Sie haben einen höheren Energieverbrauch als Basisaktivitäten.
- Sportliches Training ist auf eine Steigerung einzelner Komponenten der Leistungsfähigkeit ausgerichtet z. B. Verbesserung der Laufzeit über eine bestimmte Distanz. Sportliches Training verfolgt meistens ein Ziel und eine gewisse Planmäßigkeit oder besitzt einen Wettkampfcharakter.

Im Fokus dieses Workshops steht die gesundheitswirksame körperliche Aktivität; das heißt einmal die freizeitbezogene Bewegungsaktivität (alle in der Freizeit ausgeführten körperlichen Aktivitäten, inklusive Gesundheitssport bzw. der Gesundheit dienenden Übungs- und Trainingseinheiten) und die alltags- und arbeitsbezogene Bewegungsaktivität. Das heißt Bewegung im Kontext von Erwerbstätigkeit oder Arbeiten im Haushalt und in der Familie sowie Aktivitäten zum Zwecke der Fortbewegung, z. B. Fahrradfahren, Treppensteigen.

### WIE und WO?

Gesundheits- und Bewegungsförderung sollten an der Lebenswelt älterer Menschen anknüpfen bzw. in ihrer

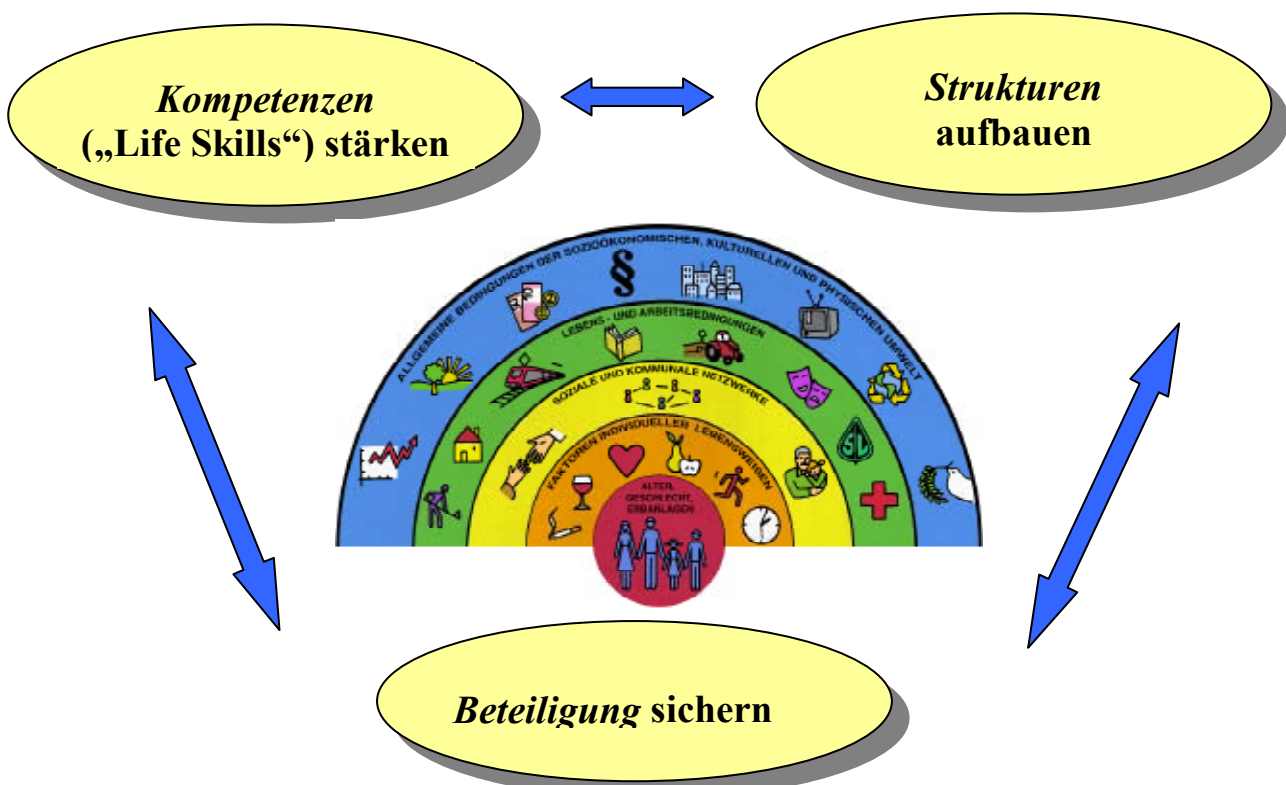
Lebensumwelt stattfinden. Das Setting Stadtteil – oder noch kleinräumiger gefasst – das Setting Nachbarschaft, bieten durch eine direkte und kleinräumig angelegte Ansprache vor Ort, entscheidende Möglichkeiten im Zugang zu älteren Menschen.

Insbesondere ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität sind auf unterstützende Netzwerke und Angebote in ihrem unmittelbaren Umfeld angewiesen, da ihr Aktionsradius oftmals eingeschränkt ist. Die Betonung liegt dabei auf den Faktoren „soziale Beziehungen“, „Partizipation“ und „lokale Intervention“ und in der Annahme, dass der unmittelbare Raum von älteren Menschen eine soziale Relevanz für Wohlbefinden und Gesundheit – in diesem Fall Bewegung – darstellt. Der Stadtteil und die Nachbarschaft sind zentrale Settings, um ältere Menschen für das Thema Bewegung zu sensibilisieren, über Bewegungsangebote zu erreichen und die körperliche Aktivität zu erhöhen.

Um verhaltens- aber auch verhältnisbezogene Interventionen für ältere Menschen zu entwickeln und nachhaltig umzusetzen, ist eine direkte Ansprache und Beteiligung älterer Menschen vor Ort sehr wichtig. Zusätzlich ist eine Kooperation verschiedener Akteure im Bereich Gesundheit, Pflege, Politik, Medien, Personen aus dem Bildungs- und Sportbereich und kommunalen Akteuren, aber auch im Quartier (Stadtteilebene) eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg.

Die Abbildung fasst die Komponenten, die für das Thema „Bewegung im Alltag älterer Menschen“ wichtig sind, noch einmal zusammen:

- Kompetenzen (Stärkung von „Life Skills“ über Angebote auf der Verhaltensebene)
- Strukturen, das heißt Veränderung der Verhältnisse im Umfeld älterer Frauen und Männer, so dass mehr Bewegung möglich wird
- Beteiligung älterer Menschen, um Bedarfe zu ermitteln und mit diesen zusammen auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Angebote und Strukturen zu entwickeln.



(Quelle: Dalgren & Whitehead, 1991)

## Der Norden bewegt sich

Sabine Erven

### Hintergrund

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert im Rahmen von IN FORM – Deutschlands Initiative für mehr Bewegung und gesunde Ernährung, für zwei Jahre Zentren für Bewegungsförderung. Das Zentrum für Bewegungsförderung Nord ist ein Kooperationsprojekt der Landesvereinigung Bremen e.V., der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V. Eine Besonderheit dieses Zentrums stellt die länderübergreifende Kooperation dar, die insbesondere den Austausch von Erfahrungen im städtischen und ländlichen Raum ermöglicht.

Ziel dieser Zentren ist es, Angebote und Maßnahmen zur Förderung der Bewegung für ältere Menschen zu unterstützen, zu initiieren und zu vernetzen.

Dabei sollen besonders sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in den Fokus der Ansätze rücken, die z. B. aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen bestehende Angebote seltener in Anspruch nehmen bzw. deren Wohnumfeld ungünstigere Voraussetzungen für einen bewegungsanregenden Lebensstil bietet (BMELV/BMG 2008, S. 29 ff.). Bewegungsförderung bezieht sich hier sowohl auf verhältnis- als auch auf verhaltensbezogene Ansätze. Dabei geht es im Wesentlichen darum, Bewegung im Alltag umzusetzen und bewegungsfördernde Voraussetzungen zu schaffen.

Die einzelnen Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung, die im Zentrum für Bewegungsförderung Nord kooperieren, haben sich unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. In Niedersachsen geht es beispielsweise um unterschiedliche Strukturen im städtischen und ländlichen Raum und die Einbeziehung entsprechender Akteurinnen und Akteure, z. B. Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften. In Schleswig-Holstein geht es vor allem um die Prävention von Mobilitätsabbau bei Krankheit und Pflege. Wesentliche Aufgabe dabei ist die Vernetzung von Ansätzen und Angeboten sowie die Initiierung und Unterstützung von Aktivitäten vor Ort. Dementsprechend spielen Ansätze auf kommunaler Ebene eine besondere Rolle.

### Partizipation

Im Rahmen des Projektes wurden modellhaft Ideenwerkstätten oder Ideenkisten durchgeführt, zu denen sowohl die Zielgruppe als auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingeladen wurden.

Ausgehend von der Vorstellung, dass Gesundheitsförderung nur durch gemeinsames Handeln und ressortübergreifende Aktivitäten erfolgreich umgesetzt werden kann, gilt es auch für das Thema Bewegungsförderung, die relevanten Akteurinnen und Akteure einzubeziehen und sie bereits an der Vorbereitung und Planung zu beteiligen.

Vernetzung und Kooperation ist sowohl im Setting als auch bezüglich der Planung einzelner Angebote relevant. Sie eröffnen auch die Möglichkeit, bisher nicht oder nicht ausreichend genutzte Ressourcen auszuloten.

Betont wurde in Workshops und Ideenwerkstätten das oftmals fehlende Wissen über geeignete Räumlichkeiten, Plätze oder Sportstätten. Gefordert ist hier eine stärkere Transparenz. Diskutiert wurde auch die Kooperation zwischen dem pflegerischen und dem Bewegungsbereich z. B. hinsichtlich des Einsatzes von Übungsleiterinnen und Übungsleitern im stationären Bereich.

Das Spektrum der relevanten Personen, Interessenvertretungen und Einrichtungen ist breit. Im kommunalen Bereich ist die Einbindung der verschiedenen Fachbereiche wie z. B. Gesundheitsämter, offene Altenhilfe, Stadtplanung etc. zu berücksichtigen.

### Zielgruppenorientierte Vorgehensweise

Wesentliche Voraussetzung für die Erreichbarkeit und Akzeptanz von Interventionen ist eine zielgruppenorientierte Vorgehensweise. Es ist jedoch kaum möglich, von „der Zielgruppe“ zu sprechen, weil sie sehr heterogen ist. Ältere Menschen sind eine schwer eingrenzbare Gruppe mit unterschiedlichen soziodemografischen Merkmalen, verschiedenen Lebenssituationen und individuellen Bedürfnislagen. Unterschiedliche gesundheitliche Bedingungen und Lebenslagen erfordern ausdifferenzierte Zugangswege, Beteiligungsformen und Angebote. Bei der Entwicklung eines Angebots muss dies Beachtung finden.

### Zugangswege

- Niedrigschwellige und wohnortnahe Angebote
- Beteiligungsmöglichkeiten schaffen und aufzeigen (→ Partizipation)
- Aufsuchende Angebote, insbesondere für bereits mobilitätseingeschränkte und sozial isoliert lebende Menschen
- Einbeziehung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, sowohl aus der Zielgruppe selbst als auch von beruflich Tätigen mit Kontakt zur Zielgruppe

- Zielgruppenorientierte Zugänge schaffen, d. h.. auch individuelle Besonderheiten, insbesondere von Subgruppen beachten (→ Diversity)
- Nutzung bereits vorhandener und anerkannter Strukturen, um Angebote und Projekte zu initiieren (z. B. Seniorenbegegnungsstätten, Kirchengemeinden, Mehrgenerationenhäuser, Seniorenservicebüros, ehrenamtliche Besuchsdienste, Pflegeeinrichtungen etc.)
- Zugänge über andere Themen schaffen bzw. Verknüpfung mit anderen Aktivitäten (z. B. soziale Kontakte in Begegnungsstätten, beim Seniorenfrühstück, generationenübergreifende Aktivitäten, Gesprächskreise etc.)
- Nutzung unterschiedlicher Medien und Methoden der Ansprache, z. B. zielgruppengerechte Flyer/ Handzettel (gut lesbar und übersichtlich, Vermeidung

- von Anglizismen, angepasste Wortwahl, positive Konnotationen, mehrsprachig etc.), Presse (beispielsweise Erfahrungsberichte), Patenschaften, persönliche Ansprache durch beispielsweise Ehrenamtliche oder Hauptamtliche
- Dem Angebot/der Aktivität einen ansprechenden Namen geben, Ressourcen und Kompetenzerhaltung betonen

Aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe und der Breite des Themas steht einer Vielzahl von Aktivitäten und engagierten Akteurinnen und Akteuren jedoch noch ein großer Bedarf gegenüber, für das Thema zu sensibilisieren und bewegungsfördernde Strukturen zu initiieren, was insbesondere für sozial benachteiligte Zielgruppen gilt.

## Stadtteilbegehung – Mit den Augen der Älteren sehen

Nicole Tempel

Gemeinsame Spaziergänge durch den Stadtteil fördern nicht nur die Bewegung und leisten einen Beitrag zur physischen Gesundheit, sie können ebenfalls das soziale Miteinander sowie die Identifikation mit dem eigenen Stadtteil und somit auch das psychische Wohlbefinden fördern. Im Rahmen des Konzepts „Stadtteilbegehungen“ stehen neben dem Spaziergang selbst die gezielte Auseinandersetzung mit „Stolpersteinen“ im Stadtteil sowie die Einflussnahme auf bewegungsfördernde Strukturen im Fokus. Während der Begehungen bzw. Spaziergänge geht es unter anderem um die Fragen: Wo gehen Ältere gerne hin? Wie müssen Plätze oder Orte gestaltet sein, damit sie auch von älteren Menschen genutzt werden? Welche Strukturen im Stadtteil wirken bewegungsförderlich bzw. -hinderlich? Welche Bewegungsangebote gibt es im Stadtteil?

„Stadtteilbegehungen“ wurden im Rahmen des „Regionalen Knotens Bremen“ entwickelt und werden innerhalb der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. vom „Zentrum für Bewegungsförderung Bremen“ weitergeführt. Hier wird das Konzept der Begehungen weiterentwickelt und setzt sich aus den folgenden fünf Bausteinen zusammen:

- Analyse der vorhandenen bewegungsförderlichen und -hinderlichen Strukturen im Stadtteil
- Gruppeninterviews mit Seniorinnen und Senioren
- Gemeinsame Stadtteilbegehungen sowie Spaziergänge mit jeweils unterschiedlichen Zielorten

- Öffentliche Präsentation der Ergebnisse bzw. Öffentlichkeitsarbeit
- Durchführung einer „Nachbegehung“ und/oder erneute Kontaktaufnahme zu Entscheidungsträgerinnen und -trägern

In Bezug auf die Umsetzung des Konzepts ist es wichtig, die Möglichkeiten vor Ort abzuwägen. Es zeigte sich bisher, dass das Konzept jeweils eine flexible Anpassung an die Bedürfnisse vor Ort erfordert. So kann es z. B. zunächst allein darum gehen, überhaupt für das Thema Bewegung und für die Auseinandersetzung mit dem Stadtteil zu motivieren. Im Zuge des partizipativen Gestaltungsprozesses sollte insofern eine Offenheit gegenüber neuen, zuvor nicht erahnten Wegen bestehen.

### Ähnliche Praxisbeispiele

Die Stadtteilbegehungen lehnen sich zum einen an bereits bestehende Angebote zu Spaziergängen an. So wurden z. B. in Berlin Spazierganggruppen zur Sturzprävention aufgebaut und in Köln wurden vom Gesundheitsamt bereits vier Broschüren zu Spaziergangrouten erstellt. In diesen werden Sehenswürdigkeiten der jeweiligen Route beschrieben, aber auch Hinweise zu Pausen- und Sitzmöglichkeiten sowie zu Standorten von Toiletten gegeben.

Zum anderen zeigen sich Parallelen zum Good-Practice Projekt „Kiezdetektive“, welches in Berlin entwickelt wurde. In diesem Projekt setzen sich Kinder mit ihrem Kiez

auseinander und erstellen eine Liste mit positiven und negativen Aspekten des Bezirks. Im Rahmen einer Kinderversammlung stellen die Kinder ihre Ergebnisse politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern aus dem Bezirk vor, mit dem Ziel Veränderungen hervorzurufen. Nach ungefähr einem halben Jahr findet ein erneutes Treffen statt, um zu überprüfen, inwieweit die negativen Aspekte behoben werden konnten.

## Ziele der Stadtteilbegehungen

Mit den Stadtteilbegehungen werden die folgenden Ziele verfolgt:

- Förderung von Bewegung im Alltag und im Freien
- Förderung sozialer Kontakte und nachbarschaftlicher Netzwerke
- Auseinandersetzung und Identifikation mit dem Stadtteil
- Kennenlernen bisher unbekannter Orte und Institutionen (Bewegungsmöglichkeiten im Stadtteil)
- Reduzierung von Schwellenängsten durch gemeinsames Aufsuchen und Kennenlernen der Angebote
- Förderung der aktiven Mitgestaltung im Stadtteil
- Schaffung bewegungsfreundlicher Strukturen im Stadtteil

## Ausblick

Die Begehungen konnten bisher – nicht zuletzt auch über die Öffentlichkeitsarbeit – zu einer Sensibilisierung für das Thema Bewegung allgemein und für seniorenfreundliche und unfreundliche Strukturen im Speziellen beitragen. Ebenfalls konnten die Begehungen einen Beitrag zur Vernetzung von Trägerinnen und Trägern im Stadtteil leisten. Nicht zuletzt war es für die Seniorinnen und Senioren von großer Bedeutung ihre Anliegen direkt an politische Entscheidungsträgerinnen und -träger weiterzutragen und auch das Spaziergehen selbst bereitet den Gruppen große Freude. So wurde die Idee des Spazierengehens zum Teil von den Trägerinstitutionen aufgegriffen und in das bestehende Angebot integriert. Weitere Stadtteilbegehungen sind derzeit sowohl in Bremen als auch in Bremerhaven geplant. Für diese wie auch für die bisher durchgeführten Begehungen gilt es, den letzten Baustein der Nacherfassung – auch im Sinne der Nachhaltigkeit – vermehrt in den Blick zu nehmen. So wurden beispielsweise auf einer Route stark beschädigte und zu enge Gehwege identifiziert, darüber hinaus haben sich die beteiligten Seniorinnen und Senioren Outdoor-Fitnessgeräte für Erwachsene für ihren Stadtteil gewünscht. Auf einem Nachtreffen wird jetzt unter Einbindung der Politik geplant, wie die identifizierten Stolperstellen beseitigt bzw. die Wünsche der Seniorinnen und Senioren berücksichtigt werden können.





# Stadtteilspaziergänge – die Älteren einbeziehen

Annemarie Hellwig, Annett Jochens

In Wilhelmshaven wurde im Jahre 2008 eine Arbeitsgruppe zum Thema Sport und Bewegung im Alter eingerichtet, an der neben der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V. (LVG & AFS) und dem LandesSportBund auch das Gesundheitsamt, die Altenhilfe, die Migrationsberatung, der Seniorenbeirat, der Stadtsportbund sowie einige Pflegeheime in unterschiedlicher Trägerschaft beteiligt waren.

Über eine Befragung der Sportvereine wurde ermittelt, welche Vereine in Wilhelmshaven bereits Angebote für ältere Menschen durchführen. Weiterhin konnte über eine Fragebogenaktion in Senioreneinrichtungen und Pflegeheimen eine Bedarfsanalyse zu Sport- und Bewegungsangeboten für Seniorinnen und Senioren erstellt werden. Es gingen 130 ausgefüllte Fragebögen ein, die Mehrheit der Antwortenden war weiblich. Ein Drittel der Befragten gehörte zu der Gruppe der „Jungen Alten“ zwischen 50 und 65 Jahren. Die am meisten genannten Wünsche: keine Vereinsmitgliedschaft, Angebotszeiten am Vor- bzw. Nachmittag, kurze Wege, gute Busanbindung, barrierefreie Zugänge, Räume gut ausgeleuchtet, organisierte Touren: Fahrrad fahren und Wanderungen. Im November 2009 organisierte die Arbeitsgruppe eine Ideenwerkstatt zum Thema Sport und Bewegung im Alter, die von der LVG & AFS moderiert wurde. Ziel der Veranstaltung war es, die Bedarfe und Interessen der Teilnehmenden zu erfassen, Handlungsperspektiven zu erarbeiten und Kooperationen zu fördern.

Eingeladen waren alle Seniorinnen und Senioren, die in Wilhelmshaven tätigen Institutionen wie Sportvereine, Wohlfahrtsverbände, Senioreneinrichtungen und Kirchen sowie Organisationen des Gesundheitsbereiches. Es meldeten sich circa 70 Personen an.

Ein Ergebnis der Ideenwerkstatt war die Bildung von zwei Arbeitsgruppen zu den Themen Transparenz/Vernetzung und Motivation/Praxisnah mit jeweils 4 Teilnehmenden. Es zeigte sich jedoch, dass die Gruppen für eine effektive Arbeit zu klein waren. Es bestand schnell Konsens, sich zusammen zu schließen. Die jetzt bestehende Projektgruppe nennt sich „Bewegtes Altern“ und Teilnehmende sind Personen aus dem Seniorenbeirat, Besuchsdienst/Wohnberatung, SV Concordia, Altenpflegeheim, Alzheimer SHG. Die Projektgruppe wird von Annemarie Hellwig (Altenhilfebesuchsdienst) und Annett Jochens (Gesundheitsförderung/Gesundheitsamt) geleitet. Aufgegriffen wurde zuerst, als Ergebnis der Ideenwerkstatt, die Organisation von geführten Wanderungen durch die Stadtteile.

Der erste Spaziergang fand im Mai 2010 statt. Erkundet werden sollte der Stadtteil Siebethsburg mit seiner historischen Gartenstadt, der sehr gut geeignet ist um Alter, Bewegung, Gesundheit und Spaß unter einen Hut zu bringen. Der Treff „Auf Siebethsburg“ – eine Einrichtung des Bauvereins Rüstringen – eignete sich hervorragend als Anlaufstelle für diese Veranstaltung und die 60 Teilnehmenden wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgte über die lokale Presse und die Verteilung von Flyern in Geschäften, verschiedensten Institutionen, Arztpraxen, Apotheken sowie Anlaufstellen für Ältere. Die Verteiler der Altenhilfe und der Pflegekonferenz wurden genutzt. Eine Ehrenamtliche des Besuchsdienstes der Stadt Wilhelmshaven, aufgewachsen in Siebethsburg, bereitete den Spaziergang vor und führte eine Gruppe. Viele Anekdoten von früher machten das ganze kurzweilig. Einigen Teilnehmenden fielen dann noch weitere Geschichten oder Ereignisse ein. In gemütlicher Runde bei Kaffee und Kuchen, gesponsert vom Bauverein Rüstringen, wurden die Eindrücke noch einmal nach besprochen. Dieser Spaziergang soll unter der Federführung des Bauvereins Rüstringen aufgrund der großen Resonanz in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.

Im Oktober 2010 führte die Projektgruppe „Bewegtes Altern“ einen weiteren Stadtteilspaziergang durch. Diesmal ging es durch die am Großen Hafen gelegene Südstadt. Treffpunkt war das Altenwohntzentrum Pauline-Ahlsdorff-Haus (P-A-H) der Arbeiterwohlfahrt. Auch diesmal war das Interesse sehr groß, es meldeten sich 64 Personen an. Für den Rundgang konnten wir den „Hafenschnaker“ Jörg Hinrichs gewinnen, der Vergessenes wieder auffrischte, Bekanntes vertiefte und Neues entdecken ließ. Der Rundgang endete wieder in gemütlicher Runde bei Kaffee und Kuchen und wie die Teilnehmenden hoffen wir auf eine Wiederholung des Spazierganges.

## Stolpersteine und Tipps

- Mobilitätseinschränkungen, einige Teilnehmer überschätzen sich: Eventuell Mitnahme eines Rollstuhls
- für ausreichende Ausruhmöglichkeiten (Bänke) sorgen
- Flexibel sein, notfalls Einzelne zurück begleiten
- Schwerhörigkeit
- Stadtführer und Sponsoren finden
- Gruppengröße mit 20 Personen wäre optimal
- Anregungen kommen aus der Gruppe und neue Kontakte können sich entwickeln
- Ehrenamtliche/Professionelle: Gemeinsame Ziele finden, keine Überforderung der Ehrenamtlichen sowie Wertschätzung der ehrenamtlichen Tätigkeit

## Prävention und Gesundheitsförderung im Alter Das Beispiel Impfungen und Krebsfrüherkennungs- untersuchungen

Dr. Elke Bruns-Philipps

*Impfungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehören zu den wichtigsten Vorsorgemaßnahmen. Nach einem Überblick über den Impfplan und die Krebsfrüherkennungsmaßnahmen folgen Ergebnisse einer Diskussion um die Inanspruchnahme von Impfungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch Seniorinnen und Senioren.*

### Impfungen

Impfungen sind die wichtigste und erfolgreichste Vorsorgemaßnahme im Kampf gegen gefährliche Infektionskrankheiten. Sie erzeugen eine körpereigene Immunität, die verhindert, dass man sich selber ansteckt aber auch, dass man den entsprechenden Krankheitserreger weiter trägt und andere ansteckt (individuelle und kollektive Vorbeugung).

Impfungen führen in unterschiedlicher Weise (aktive Impfungen mit abgeschwächten Erregern, passive Impfungen, Erzeugung einer Immunität gegen Erregertoxine) zu einer belastbaren Krankheitsimmunität und Senkung der Morbidität, das heißt der Schwere des Erkrankungsverlaufs und der Erkrankungskomplikationen.

Im Säuglings- und Kleinkindesalter wird heute regelhaft eine „Grundimmunisierung“ angeboten, im Erwachsenenalter erfolgen „Auffrischimpfungen“ zur Aufrechterhaltung der Immunität. Im höheren Alter ist das körpereigene Immunsystem weniger leistungsstark. Das kann dazu führen, dass Erkrankungen, gegen die man in jungen Jahren geimpft wurde, ohne Auffrischungsimpfung auftreten würden bzw. dass man zu einem „symptomlosen Überträger“ wird und andere ansteckt. Die heute eingesetzten Impfstoffe sind in der Regel sehr gut verträglich. Impfhindernisse bzw. Kontraindikationen für eine Impfung sind:

- Akute behandlungsbedürftige Erkrankungen insbesondere mit Fieber über 38,5°C
- Bekannte Allergien (Hühnereiweißallergie, Allergien auf Bestandteile des Impfstoffs)
- Gelegentlich chronische Erkrankungen (Asthma, Ekzeme), hier bedarf es einer Einzelfallentscheidung der Ärztin/des Arztes

### Vereinfachter Impfplan für Seniorinnen und Senioren (STIKO 2010)

- Tetanus: Grundimmunisierung in der Kindheit, Auffrischung alle 10 Jahre.

- Diphtherie: Grundimmunisierung in der Kindheit, Auffrischung alle 10 Jahre.
- Poliomyelitis: Grundimmunisierung in der Kindheit, wenn versäumt im Erwachsenenalter nachholen. Mindestens eine Auffrischung. Reisen!
- Keuchhusten: Alle Erwachsenen (Kombination Diphtherie + Tetanus/D+T+Polioimmunisierung). Alle Personen mit engem Kontakt zu Säuglingen. Einmalige Auffrischung.
- Pneumokokken: Alle Personen über 60 Jahre
- Saisonale Influenza: Alle Personen über 60 Jahre

Weitere Informationen können von der ständigen Impfkommission (STIKO) [www.stiko.de](http://www.stiko.de) abgerufen werden. Einen Impfberater für Seniorinnen und Senioren hat das Niedersächsische Landesgesundheitsamt unter [www.nlga.niedersachsen.de](http://www.nlga.niedersachsen.de) eingestellt.

### Krebserkrankungen

In Niedersachsen erkranken jährlich circa 41.000 Menschen neu an Krebs. Damit betrifft die Erkrankung jeden Dritten bis Vierten im Laufe seines Lebens. Etwa 21.000 Menschen versterben in Niedersachsen jährlich an Krebs, jeder Dritte verstirbt damit an einer Krebserkrankung.

Bei Frauen steht Brustkrebs mit 6.500 neuen Fällen/Jahr an erster Stelle. Bei Männern ist es der Prostatakrebs mit 6.200 Neuerkrankungen/Jahr. 26 % der Krebssterbefälle bei Männern sind auf Lungenkrebs zurück zu führen, 18 % der Krebssterbefälle bei Frauen auf Brustkrebs. Insgesamt ist die Krebssterblichkeit seit den 90er Jahren jedoch deutschlandweit kontinuierlich rückläufig.

Bereits 1971 wurde für alle gesetzlich Versicherten ein (inzwischen modifiziertes) Krebsfrüherkennungsprogramm etabliert. Es umfasst Untersuchungen des Gebärmutterhalses, der Brust, der Haut, des Darms und der Prostata.

Für alle Formen des Screenings gilt, dass es nur dann wirksam sein kann, wenn eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung besteht. Die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist in Deutschland insgesamt

gering. Allerdings bestehen geschlechts-, alters- und schichtspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme.

Frauen bis zum Alter von 50 Jahren nehmen die Untersuchungen (aufgrund regelmäßiger Besuche beim Gynäkologen) zu über 50 % wahr, in den höheren Altersklassen sinkt die Beteiligung wieder. Nur 26 % der Männer nehmen an der jährlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil, dabei steigt die Teilnahmerate erst nach dem 60. Lebensjahr auf über 20 %. Laut einer Umfrage wissen 42 % der Bevölkerung nicht, welche Früherkennungsuntersuchungen ihre Kasse anbietet und nur 2 % der angesprochenen Bevölkerungsgruppe nimmt die Möglichkeit der Darmspiegelung bisher in Anspruch.

## Überblick über die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (GKV-Leistung)

- Früherkennung Gebärmutterhalskrebs und Krebserkrankungen des Genitales (Frauen)
- Früherkennung Brustkrebs (Frauen)
- Früherkennung Brustkrebs – Mammographiescreening (Frauen)
- Check-up 35: Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Nierenerkrankungen (Frauen und Männer)
- Früherkennung Hautkrebs (Frauen und Männer)
- Früherkennung Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales (Männer)
- Früherkennung Darmkrebs (Frauen und Männer)

Weitere Informationen zu Früherkennungsuntersuchungen finden sich bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de), bei den Krankenkassen, der Deutschen Krebsgesellschaft unter [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) und beim Bundesministerium für Gesundheit unter [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de).

## Ergebnisse der Kleingruppendiskussion zur Inanspruchnahme bzw. Hinderungsgründen für die Inanspruchnahme von Impfungen

Bereits bei der Vorstellung der für Menschen ab 60 empfohlenen Impfungen und den dadurch vermeidbaren Erkrankungen zeigte sich, dass die Erkrankungen und insbesondere ihre möglichen schweren Verläufe und Komplikationen nicht bzw. zum Teil nicht bekannt sind. Als Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme von Impfungen wurden von den Teilnehmenden angeführt:

- Unwissenheit. Eine zu geringe Aufklärung über notwendige Impfungen, aber auch über die fortgesetzte Notwendigkeit von Impfungen im Alter.
- Unterschätzung der Krankheiten und möglicher Komplikationen

- Angst vor Kosten (Praxisgebühr bzw. Inrechnungstellung der Impfleistung)
- Misstrauen hinsichtlich der Wirksamkeit einer Impfung und Angst vor Nebenwirkungen
- Misstrauen gegenüber der Pharmaindustrie. Die Sorge, dass Impfeempfehlungen von der Pharmaindustrie gesteuert sind und die Impfstoffe zu wenig getestet werden (als Beispiel wurde die neue Influenza „Schweinegrippe“ angeführt)



Als Gründe für die Inanspruchnahme von Impfungen wurden genannt:

- Die Motivation des individuellen Schutzes, aber auch das durch den Bildungs- und sozialen Stand beeinflusste Wissen um die Erkrankungen
- Die Verfügbarkeit und die Möglichkeit der kostenlosen Inanspruchnahme
- Die routinemäßige Inanspruchnahme, wie z. B. bei der Influenzaimpfung
- Auslandsreisen, die eine eigeninitiative Auseinandersetzung mit dem eigenen Impfstatus erfordern
- Berufliche oder andere, besondere Expositionen
- Aufgeführt wurde auch die Impfpflicht als ein förderndes Instrument, obwohl es in Deutschland keine Impfpflicht gibt.

## Ergebnisse der Kleingruppendiskussion zur Inanspruchnahme beziehungsweise Hinderungsgründen für die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

In gleicher Weise erfolgte die Auseinandersetzung mit dem Spektrum an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

gen. Hier zeigte sich im Eingangsvortrag, dass insgesamt Krebserkrankungen sehr präsent sind, dass jedoch die Häufigkeit unterschätzt wird und dass Unsicherheiten hinsichtlich der Kostenübernahme bestehen. Als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurden angeführt:

- Scham- und Angstgefühle vor der Untersuchungssituation, aber auch im Bezug auf das Untersuchungsergebnis, Verdrängung
- Angst vor den Konsequenzen, die eine Krebsdiagnose nach sich zieht
- Unzureichender Informationsstand über das Angebot und die Kostenübernahme durch die Kassen.

Auch das Alter wurde als „Hinderungsgrund“ angeführt, zum einen weil Untersuchungen mit zunehmendem Alter als belastender empfunden werden, zum anderen, weil man die Notwendigkeit der „Prävention“ im höheren Alter als weniger gegeben ansieht. Als motivierend hinsichtlich der Inanspruchnahme wurden folgende Gründe genannt:

- Das Wissen darum, dass es ein kostenloses Angebot ist (keine Praxisgebühr)
- Eine familiäre Vorbelastung, das damit verbundene erhöhte persönliche Risiko, aber auch das Wissen um das Leid, das man seinen Angehörigen ersparen möchte
- Die besseren Heilungschancen insbesondere bei früher Tumordiagnose
- Die persönliche Aufforderung durch einen betreuenden Arzt/eine betreuende Ärztin bzw. die enge persönliche Anbindung z. B. im Rahmen der jährlichen gynäkologischen Untersuchungen.

Im Weiteren waren alle Teilnehmenden aufgefordert, Vorschläge und Wünsche an das medizinische Versorgungssystem aber auch an die Politik zu formulieren, die nach ihrer Einschätzung zu einer verbesserten Inanspruchnahme von Impfungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen führen könnten.

- Von allen Gruppen wurde die Forderung nach mehr und vor allem unabhängiger und neutraler Aufklärung gestellt.
- Die Rolle der Ärztin/des Arztes mit Hausarztfunktion wurde dabei besonders hervorgehoben, hier wurde der Wunsch nach direkter Ansprache der Untersuchungen und Impfungen durch den Arzt/die Ärztin im Sinne der „Lenkungsfunktion“ geäußert (z. B. regelmäßige Vorlage des Impfausweises).

- Erinnerungsverfahren durch die Krankenkassen und Verwendung der Patientenchipkarte, um Impfungen und Präventionsmaßnahmen zu dokumentieren.
- Die Altersgrenzen für die Früherkennungsuntersuchungen sollten gesenkt werden, die regelmäßige Teilnahme sollte ebenso wie die Inanspruchnahme von Impfungen mit Boni unterstützt werden.
- Die „Werbung“ für diese Präventionsmaßnahmen dürfte durchaus offensiver sein und z. B. Medien wie das Fernsehen stärker nutzen.

## Fazit

Obwohl die durch Impfungen vermeidbaren Erkrankungen bekannt sind, scheinen die derzeitigen Informationsstränge die Generation 60+ nicht oder nur begrenzt zu erreichen. Insbesondere die altersbedingte Abnahme der Funktionsfähigkeit des Immunsystems, die Schwere möglicher Erkrankungsverläufe und Komplikationen sowie die Gefährdung z. B. von Säuglingen im eigenen Umfeld durch die Möglichkeit der Übertragung bei eigener Symptommfreiheit sind nicht ausreichend bekannt. Erwünscht ist vor allem die persönliche und direkte Ansprache durch den betreuenden Arzt/die betreuende Ärztin im Sinne einer Lotsen- und Wächterfunktion. Den Informationen in den Medien oder in pharmaindustriellen Broschüren wird misstraut.

Ähnlich stellt sich die Motivationslage für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen dar. Hier führen die Kenntnisse über Therapiemöglichkeiten und Heilungschancen bei einer frühzeitigen Diagnose zur Teilnahme, wobei die Motivation noch stärker davon beeinflusst wird, wie unangenehm die Früherkennungsuntersuchung empfunden wird, als davon, wie unangenehm die Erkrankung verlaufen kann (Darmspiegelung und Darmkrebs).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen, dass bei Männern und Frauen in unterschiedlichen Lebensaltern Motivation betrieben werden muss. Während die Männer in der Phase der Erwerbstätigkeit stärker motiviert werden müssen, am Früherkennungssystem teilzunehmen, muss bei den Frauen über 50 der „Ausstieg“ aus dem System verhindert werden. Ein automatisches Erinnerungsverfahren durch die Kassen, wie bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, wird dabei gewünscht, ebenso die noch frühzeitigere Möglichkeit der Inanspruchnahme der Untersuchungen, um zu einer frühen „Gewöhnung“ an das System zu kommen.



## Selbstbestimmt älter werden

*Wie ist eine politische Mitwirkung von Seniorenvertretungen in Niedersachsen möglich? Welche Probleme und Schwierigkeiten, sich in die Gestaltung der Gesellschaft einbringen zu können, tauchen dabei auf? Die Autoren stellen konkrete Forderungen auf und plädieren für eine Öffnung der Politik auf allen Ebenen.*

## Politische Mitwirkung und gesellschaftlicher Beitrag von Seniorinnen und Senioren

*Dr. Christoph Steinbach*

Bevor ich auf die politische Mitwirkung von Seniorenvertretungen eingehe, möchte ich zunächst etwas über die Seniorenvertretungen selbst sagen. Immer wieder hört man ja die Frage: „Was oder wer seid Ihr und was macht Ihr?“ Seniorenvertretungen sind also für viele noch unbekannte Wesen und deshalb schicke ich auch hier ein paar Informationen über die Seniorenvertretungen vorweg.

Die Zahl der Seniorenvertretungen in Niedersachsen ist in den vergangenen sechs Jahren von 117 auf 165 gestiegen. Dazu kommen noch einige wenige, die es gibt, die sich aber dem Landesseniorenrat nicht angeschlossen haben. Niedersachsen ist danach, soweit ich weiß, das Land mit den meisten Seniorenvertretungen in der Bundesrepublik Deutschland. Diese Zahlen besagen nichts anderes, als dass es immer mehr ältere Menschen gibt, die sich bei der seniorenfreundlichen Gestaltung ihres Umfeldes, also der Kommune oder des Landkreises mit einbringen wollen. Aus diesen Zahlen ließe sich also der Schluss ziehen, dass in Niedersachsen die politische Mitwirkung der Älteren auf einem guten Wege sei und wir uns mit dem Erreichten zufrieden geben könnten. Dem ist aber nicht so. Doch dazu später. Zunächst ein paar Worte über die Seniorenvertretungen und was sie tun.

Die örtlichen Seniorenvertretungen sind als Gründungen der Kommunen bzw. der Landkreise sehr verschieden. Zwar haben sie alle die zentrale Aufgabe, die Interessen der älteren Generation gegenüber Rat und Verwaltung zu vertreten, aber darüber hinaus entscheiden sie ganz eigenständig, wo sie sich engagieren.

Fast alle Seniorenvertretungen unterhalten einen intensiven Kontakt zu den Pflegeeinrichtungen in ihrer Kommune, lassen sich in die Heimbeiräte wählen oder benennen Kontaktpersonen aus der Seniorenvertretung für jedes Pflegeheim.

Viele Seniorenvertretungen entsenden ein Mitglied in den Sozialausschuss des Rates, manche sind mit Ausnahme des Finanz- und Verwaltungsausschusses in fast

allen Ausschüssen des Rates vertreten. Einige haben in den Ausschüssen Antrags- und Rederecht, andere können nur als interessierte Bürgerinnen und Bürger in der Bürgerfragestunde das Wort ergreifen. Auch die Bildung der Seniorenvertretungen ist sehr verschieden. Einige werden in Urwahl von allen über 60-Jährigen gewählt, die meisten aber von Delegierten aus den Vereinen und Verbänden, die Altenarbeit in der Gemeinde leisten. In einigen wenigen Seniorenvertretungen sitzen Vertreterinnen und Vertreter der Ratsfraktionen, in den meisten aber nicht.

### Nun zu den Problemen

In vielen Gemeinden stoßen unsere Bemühungen, uns in die Gestaltung unserer Gesellschaft mit einzubringen, noch auf große Schwierigkeiten. Zwei Auffassungen, die von Politikerinnen und Politikern immer wieder vertreten werden, erschweren unsere Arbeit als Seniorenvertretungen. Die eine lautet: Wenn wir Seniorenvertretungen gründen und ihnen Mitspracherecht, ohne Stimmrecht natürlich, in den Ausschüssen des Rates oder der Kreistage gewähren, dann kommen auch viele andere und wollen das gleiche Recht. Und die Folge davon wäre, dass die Ausschüsse schließlich nicht mehr arbeitsfähig wären.

Dieses Argument ist bereits durch die Wirklichkeit widerlegt. In Göttingen etwa sind wir in fünf Ausschüssen als beratende Mitglieder vertreten und es gibt kein Problem, dass nun viele andere in die Ausschüsse drängten und damit deren Arbeit unmöglich machten. Und aus keiner der 165 Kommunen, in denen es Seniorenvertretungen gibt, sind mir solche Probleme bekannt. Auch im Landtag im Zusammenhang mit der Diskussion über ein neues Kommunalverfassungsgesetz wurde diese Meinung erst kürzlich vertreten und damit abgelehnt, den Begriff Seniorenvertretung im neuen Kommunalverfassungsgesetz überhaupt zu erwähnen.

Das zweite Argument lautet: In den Räten oder Kreistagen und im Landtag sitzen doch sowieso schon viele

Ältere, die die Interessen der Seniorinnen und Senioren wahrnehmen können. Auch dieses Argument ist falsch. Zwar ist es wichtig, dass die Interessen von Seniorinnen und Senioren von denselben wahrgenommen werden. Aber das Alter allein macht ein Ratsmitglied noch nicht zu einer kompetenten Vertreterin, einem kompetenten Vertreter von Seniorinnen- und Senioreninteressen. Der fitte Ratsherr mit 65 Jahren, der noch mit dem eigenen Auto fährt, sieht nicht automatisch, wo in der Gemeinde Barrieren sind, die von Älteren nur schwer oder gar nicht zu bewältigen sind. Man wird zur kompetenten Seniorenvertretung nicht allein aufgrund seines Alters, sondern auch aufgrund des oft über viele Jahre erworbenen Blicks für die Bedürfnisse und Wünsche von Seniorinnen und Senioren.

Die in den beiden Argumenten zum Ausdruck kommende Abwehrhaltung gegenüber einem Mitspracherecht für Seniorenvertretungen ist, so meine ich, heute nicht mehr angemessen.

Schauen wir uns einmal die Aufgaben einer Ratsvertreterin, eines Ratsvertreters an, dann sehen wir: Er oder sie müssen in sehr vielen Bereichen über Kompetenzen verfügen, um gute und angemessene Entscheidungen zu treffen. Denn der Rat oder Kreistag entscheidet über so unterschiedliche Bereiche wie Schulentwicklung, Integrationsfragen, Stadtplanung, Wirtschaftsförderung, Kulturförderung und vieles andere. Bei so vielen und so unterschiedlichen Bereichen ist es nicht verwunderlich, dass eine Ratsfrau oder ein Ratsherr nicht in allen Bereichen kompetent sein kann. Vergessen wir dabei nicht, dass Rats- und Kreistagsmitglieder in der Regel noch berufstätig sind und auch noch eine Familie haben. Rats- und Kreistagsmitglieder bedürfen also der Beratung durch kompetente Sachverständige. Die über Jahre hindurch erworbenen Kompetenzen von Seniorenvertretungen sind sachdienlich und letztlich unverzichtbar.

Die dritte Schwierigkeit ist die ausreichende finanzielle Ausstattung der bestehenden Seniorenvertretungen. Zwar gibt es einige wie Hannover, die gut ausgestattet sind, aber sehr viele müssen doch mit wenigen hundert Euro im Jahr auskommen. Der Hintergrund dafür ist natürlich, dass die Kommunen, die ja finanziell für ihre Seniorenvertretungen verantwortlich sind, im Vergleich zu ihren Aufgaben heute unterfinanziert sind. Seniorenvertretungen wollen Fortbildung, weil sie nur so ihr Ehrenamt kompetent ausfüllen können. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die finanziellen Rahmenbedingungen gegeben sind.

Ich komme zu den Folgerungen. Aus meiner Sicht brauchen wir einen grundlegenden Wandel in unserer politischen Kultur. Bisher haben wir es den parlamentarischen Gremien also den Räten, den Kreistagen, den Landtagen, dem Bundestag und den Verwaltungen weitgehend



Foto: Veronika Weithe

überlassen, die Entscheidungen für uns zu treffen. Nun aber gibt es immer mehr Bürgerinnen und Bürger, die sich damit nicht mehr zufrieden geben. Stuttgart 21 und der Protest dagegen sind nur ein Beispiel dafür. Bürgerinnen und Bürger wehren sich gegen eine zweifellos rechtmäßige politische Entscheidung, weil sie sie nicht mehr als in ihrem Interesse empfinden.

Und im Seniorenbereich – die Steigerung der Seniorenvertretungen auf 165 in Niedersachsen macht das deutlich – gibt es immer mehr Menschen, die sich nach dem Eintritt in den Ruhestand bei der Gestaltung ihrer Gemeinde im Sinne eines auch für Ältere lebenswerten Umfeldes einbringen wollen. Sie können das auch, denn sie sind im Durchschnitt länger gesund und geistig fit als früher und empfinden es als ihre Pflicht, einen Teil ihrer Freizeit zum Nutzen der Gemeinschaft zur Verfügung zu stellen. Und dass unsere Gesellschaft das braucht, steht für mich außer Zweifel. Angesichts zerfallender Familienstrukturen, des finanziell bedingten Rückzuges der öffentlichen Hand und auch der Kirchen aus der sozialen Versorgung, des Pflegenotstandes in Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen, der Probleme in sozialen Brennpunkten in vielen Gemeinden und der notwendigen zusätzlichen Sprachförderung von Kindern im Vorschulalter braucht unsere Gesellschaft den vermehrten Einsatz ehrenamtlicher Helfer. Und viele Seniorinnen und Senioren sind dazu bereit. Aber Seniorinnen und Senioren sind, wie viele Ehrenamtliche aus anderen Altersgruppen auch, nicht mehr bereit, ein Ehrenamt zu übernehmen, ohne sich zugleich mit ihren Vorstellungen einbringen zu können. Das heißt sie wollen mitreden und die Bedürfnisse und Wünsche der Bürgerinnen und Bürger in die Politik einbringen, weil sie zu Recht den Eindruck haben, dass die Politik die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger nicht mehr wahrnimmt und an ihnen vorbei regiert. Seniorenvertretungen auf der kommunalen und Landkreisebene brauchen für ihre Arbeit, wenn sie denn erfolgreich sein soll, Rede- und Antragsrecht in den Ausschüssen, und zwar nicht nur im Sozialausschuss, und eine ausreichende Finanzierung ihrer Arbeit.

Auf der Landesebene brauchen wir institutionalisierte Verfahren, um unsere Vorstellungen zu Gehör bringen zu können. In Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern gibt es Altenparlamente und in Mecklenburg-Vorpommern zusätzlich ein Seniorenmitwirkungsgesetz, das nicht nur die Landesseniorenvertretung auf eine solide finanzielle Basis stellt, sondern ein Recht auf Anhörung in allen seniorenrelevanten Themen vorschreibt.

Und die Politik hierzulande? Noch schottet sie sich allzu sehr ab. Ein Beispiel ist die Geschäftsordnung des niedersächsischen Landtages. Sie besagt, dass die Öffentlichkeit bei den Ausschusssitzungen des Landtages ausgeschlossen bleibt. Lediglich gezielte Anhörungen von Verbänden und Fachleuten sind möglich. Zwar gibt es im Landtag seit längerem eine Diskussion über die Öffnung der Ausschusssitzungen für die Öffentlichkeit, aber vorläufig ist mit der Verwirklichung dieses Zieles wohl nicht zu rechnen. Und damit entfällt die Möglichkeit, dass ein Mitglied des Landesseniorenrates an den Ausschusssit-

zungen teilnimmt, wie es ein mit überwältigender Mehrheit beschlossener Antrag unserer Mitgliederversammlung fordert.

Ich fasse zusammen: Wenn wir eine Politik wollen, die sich wieder stärker an den Bedürfnissen der Menschen orientiert und wenn wir eine Gesellschaft wollen, die für alle Altersgruppen der Gesellschaft lebenswert gestaltet ist, dann brauchen wir eine Öffnung der Politik auf allen Ebenen für die Vorstellungen derer, die wie die Seniorenvertretungen Verantwortung übernehmen wollen und sich einbringen.

## Rahmenbedingungen für politisches Engagement von Seniorinnen und Senioren in kommunalen Seniorenbeiräten

*Dr. Jan Steinhaußen*

Seit Jahren wird darüber diskutiert, welche Rahmenbedingungen ehrenamtliches Engagement im Allgemeinen, politisches Engagement von Seniorinnen und Senioren in Seniorenbeiräten im Besonderen benötigt. Mit dieser Diskussion hängen verschiedene weitere Fragestellungen zusammen: Benötigen Seniorinnen und Senioren eigene und sich von anderen Altersgruppen unterscheidende Rahmenbedingungen? Wie kann man solche Rahmenbedingungen überhaupt näher bestimmen? Und wer ist dafür verantwortlich?

Das Selbstverständnis des modernen Staates ist nicht obrigkeitstaatlich, sondern emanzipatorisch. Zivilgesellschaftliche Selbststeuerung steht im Mittelpunkt. Die aktivierende Sozialgesetzgebung erfordert heute mehr Selbstverantwortung und mehr Bürgerbeteiligung. Ohne Bürgerbeteiligung funktioniert ein demokratisches System nicht. Ohne Bürgerbeteiligung delegitimiert sich ein demokratisches System.

Dieses Selbstverständnis eines Staates, das eine aktive Bürgerschaft voraussetzt, wird dadurch relativiert, dass es konstitutive Rahmenbedingungen für das Engagement von Menschen gibt, die man gesetzlich im engeren Sinne nicht regeln kann. Sie hängen mit der sozialen Lage, der Lebenszufriedenheit, dem Bildungsstand, der Sozialisierung von Menschen und verschiedenen anderen gesellschaftlichen Faktoren zusammen.

Einig kann man sich darin sein, dass man komplexe Rahmenbedingungen für ehrenamtliches Engagement und Bürgerbeteiligung nicht in einem Gesetz regeln kann. In der Praxis gibt es zahlreiche Gesetze, die Beteiligungsrechte garantieren und ehrenamtliches Engagement regeln. Maßgebend ist die Garantie von Freiheitsrechten im

Grundgesetz, insbesondere die Versammlungs-, Vereinigungs-, Meinungs- und Pressefreiheit. Ansonsten hat das Recht mit Bezug auf ehrenamtliche Tätigkeit verschiedene Funktionen: Es muss Ehrenamtliche in Bezug auf ihre Tätigkeit insbesondere vor Unfall- und Haftpflichtrisiken schützen, es muss einen Nachteilsausgleich gewährleisten, insofern durch ehrenamtliches Engagement Kosten



und andere Aufwendungen entstehen, es muss Anreize und Förderungsbedingungen formulieren, sowie Strukturen begünstigen, die ehrenamtliches Engagement ermöglichen. Insofern agiert Ehrenamt nicht in einem rechtsfreien Raum. Bedarfe und fehlende Rahmenbedingungen müssen auf konkrete Anwendungsbereiche bezogen werden.

Vor dem Hintergrund eines Wandels des Sozialstaates, der Reduktion von sozialen Leistungen, der kommunalen

Haushaltssituationen und des demografischen Wandels erscheint jedoch ein Ausbau von Partizipationsmöglichkeiten und –rechten geboten.

Über politisches Engagement (von Seniorinnen und Senioren) kann man folgendes konstatieren. Das Gemeinwesen lebt vom politischen Engagement. Ohne freiwilliges politisches Engagement gäbe es in Gemeinden und Städten keine politische Eigenständigkeit und kein politisches Leben. (Politisches) Engagement etwa in Seniorenbeiräten reduziert sich nicht nur auf Beratung, sondern ist generell aktivitätsauslösend. Es wirkt der Entpolitisierung, einem Rückzug ins Private und rechtsradikalem Gedankengut auch von Älteren entgegen. Es artikuliert authentische Wahrnehmung von Älteren. Zudem ist Selbstvertretung für ausdifferenzierte Gesellschaften ein effizientes Steuerungsinstrument, das Selbsthilfepotentiale stärkt. Sie ist Voraussetzung dafür, dass der Sozialstaat, der nicht mehr fürsorglich ist, funktioniert. Zudem benötigen globale Gesellschaften regionale Identitäten und lokales Engagement. Ehrenamtliches politisches Engagement von Seniorinnen und Senioren ist eine humane Interventionsmöglichkeit, die ein Korrektiv gegen die Ökonomisierung der sozialen Arbeit sein kann.

Die rechtlich garantierten Mitwirkungsrechte für Ältere müssten differenziert untersucht werden. Eines scheint jedoch auffällig: Die wesentlichen Sozialrechte für Ältere beziehen sich nicht auf Partizipationsrechte, sondern auf die Inanspruchnahme von Hilfen und Versicherungsleistungen.

Aus den Gemeindeordnungen ergibt sich eine Allzuständigkeit der Kommunen für die örtlichen Belange. Seniorenarbeit ist in diesem Sinne kommunale Angelegenheit im Rahmen der Daseinsvorsorge und mit ihren offenen Angeboten grundsätzlich eine freiwillige Leistung. Eine verbindliche Pflicht zur Altenplanung und zur Vorhaltung von Leistungen, die Partizipation ermöglichen, besteht aber im Unterschied zur Kinder- und Jugendhilfeplanung und zum Leistungsrecht nach SGBV nicht. Das heißt, auch die direkte politische Mitwirkung von Seniorinnen und Senioren ist nicht geregelt. Gesetzliche Regelungen zur Planungsverantwortung gibt es lediglich im Bereich der Pflege. Darüber hinaus formuliert der § 71 SGB XII, dass ältere Menschen außer den Leistungen nach SGB XII Altenhilfe gewährt werden soll, die dazu beiträgt, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern. Ältere Menschen sollen die Möglichkeit erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. In diesem Zusammenhang wird auf Leistungen Bezug genommen, die zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement beitragen sollen.

Eine gesetzliche Pflicht zur Gründung von Seniorenbeiräten gibt es bisher nur vereinzelt, etwa in Berlin oder

Mecklenburg-Vorpommern. In den Kommunalordnungen der meisten Bundesländer gibt es allerdings den Passus, dass Seniorenbeiräte gegründet oder berufen werden können. Ansonsten sind die Mitwirkungsrechte und -möglichkeiten von Älteren, die über das Mitwirken in Parteien und Vereinen hinausgehen, nicht vergleichbar mit den Partizipationsrechten von anderen Alters- und sozialen Gruppen.

Das Fehlen von gesetzlichen Regelungen der politischen Partizipation von Älteren in Seniorenbeiräten hat Auswirkungen: Die Bedingungen für das politische Wirken in Seniorenbeiräten sind sehr unterschiedlich. Ganz generell gibt es eine Vielfalt und Ausdifferenzierung der Seniorenarbeit. Damit verbunden ist, dass es kaum Standards, vergleichbare Strukturen und Hauptamt gibt. Der rechtliche Status von Seniorenbeiräten ist unterschiedlich. Es gibt berufene Seniorenbeiräte und Beiräte, deren Mitglieder gewählt oder abgeordnet werden. Damit sind Seniorenbeiräte auch völlig unterschiedlich besetzt und legitimiert. Außerdem sind die Mitwirkungsrechte unterschiedlich. Zum Teil besitzen sie Rede- und Mitwirkungsrechte in Stadt- oder Gemeinderatsratssitzungen und/oder in Ausschüssen. Vielerorts sind solche Rechte aber nicht formuliert. Mit der unterschiedlichen Besetzung, Legitimation und den unterschiedlichen Mitwirkungsrechten hängt die spezifische Profilierung der jeweiligen Seniorenbeiräte zusammen. Auch die Ausstattung und personelle Unterstützung durch die Kommunen sind sehr unterschiedlich. Es bestehen dort Seniorenbeiräte, wo es Traditionen gibt, wo es ein starkes politisches Engagement von Seniorinnen und Senioren, wo es Hauptamt in der Seniorenarbeit und wo es ein politisches Interesse am politischen Engagement von Senioren seitens von kommunalen Verantwortungsträgern gibt. In vielen Regionen gibt es aber noch keine Seniorenbeiräte, weil Engagement und Interesse fehlen oder die Bedingungen zu schlecht sind.

Braucht man gesetzliche Regelungen, damit Ältere direkte Mitwirkungsrechte wahrnehmen und sich politisch engagieren? Das wird kontrovers diskutiert. Gegner einer Festschreibung von Mitwirkungsrechten von Älteren, die über das Vereins- und Parteienleben hinausgehen, vermuten, dass gesetzliche Regelungen mehr Bürokratie für den Ehrenamtssektor mit sich bringen und selbst noch kein Ehrenamt generieren. Zumal scheuen sie sich davor, für Kommunen noch mehr Verpflichtungen zu formulieren. Die Befürworter sehen die Chancen und Potentiale einer älter werdenden Gesellschaft. Sie argumentieren, dass gesetzliche Regelungen etwa in der Form eines Mitwirkungsgesetzes die Chancen zur Verstetigung des (politischen) Engagements verbessern und dass über bessere Rahmenbedingungen Aktivität, Beteiligung, Engagement und schließlich mehr Solidarität, Lebenszufriedenheit und soziale Netzwerke generiert werden.



# Wie war das noch damals? Generationendialog und erzählte Historie – Stadtarchiv und Jugendparlament Hilden dokumentieren Geschichte der Zuwanderung

Michael Krambrock

*Was haben Zuwandernde der ersten Generation erlebt? Wie kann ihr Wissen weiter gegeben werden? „Anhand von „Oral History“, Videoaufzeichnungen und Dokumenten wurde dieses Wissen in der Stadt Hilden für nachfolgende Generationen erhalten und zugänglich gemacht. Im Vordergrund stehen der lokale Bezug zur Stadt Hilden und Fragen der Integration. Die Älteren wurden von Jugendlichen des Jugendparlamentes interviewt.*

Als Mitte 2008 das Integrationsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen zur Beteiligung am Wettbewerb „Integrationsidee 2009“ aufrief, entwickelte das Stadtarchiv Hilden eine Konzeption, wie man sich an diesem Wettbewerb beteiligen könnte. Unter dem Titel „Wie war das noch damals“ – Wie war es für die Männer, wie aber auch für die Frauen? – sollten Hildener Zuwanderinnen und Zuwanderer der ersten Generation sogenannte Gastarbeiter ihre Geschichte(n) erzählen. Aus 88 Einsendungen wurde das Hildener Projekt als eines von drei Projekten ausgewählt und im darauf folgenden Jahr finanziell unterstützt.

Das Stadtarchiv ist das „Gedächtnis“ einer Kommune. Schon in wenigen Jahren wird man so gut wie nichts mehr darüber wissen, was die erste Generation ausländischer Zuwanderinnen und Zuwanderer erlebt hat, als sie als Arbeitskräfte nach Deutschland kamen und wie ihnen

- Wo kaufe ich ein?
- Wo erhalte ich die gewohnten Nahrungsmittel?
- Was mache ich, wenn ich krank bin?
- Was bedeutet für diese Menschen der Begriff „Integration“ – damals und heute?

Die beste Möglichkeit, dieses Wissen zu bewahren und nachfolgenden Generationen zur Verfügung zu stellen besteht durch „Oral History“; zumal sich die Zielgruppe der ersten Zuwanderinnen und Zuwanderer bereits im Rentenalter befindet. Dabei geht es vor allem um den lokalen Bezug; konkret, was geschah in Hilden? Das Projekt begibt sich mit den älteren Migrantinnen und Migranten auf Spurensuche und will die Entwicklung ihrer Identität als „Hildener“ nach verfolgen.

Die Gespräche werden nicht von Profis, sondern von jungen Leuten mit geschichtlichen Interessen geführt und



Foto: Veronika Weithe

die Integration in Hilden gelang. Die Aktenlage der städtischen Behörden ist zum Alltag der „Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter“ nicht aussagekräftig, und gibt nicht wieder, wie es für die Betroffenen tatsächlich war, hier in der Fremde anzukommen und sich zu Recht zu finden.

aufgezeichnet. Begleitet wird das Projekt von einer medienpädagogischen Fachkraft des Stadtarchivs.

Es gibt in Hilden über den Integrationsbeirat und die Vereine der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger

hinaus ein hervorragendes Netzwerk, um mit der Zielgruppe ins Gespräch zu kommen. Das Stadtarchiv selbst hat bereits Erfahrungen damit, junge Leute „ins Boot zu holen“, um mit älteren Menschen Interviews über deren Biografie zu führen (zur Zeit laufende Ausstellung im Wilhelm-Fabry-Museum: „In Hilden angekommen – Geschichten des Zuzugs, eine Mitmachausstellung“). So wird erreicht, dass wertvolles Wissen um die Integration (und die damit verbundenen Probleme) ausländischer Mitbürgerinnen und Mitbürger nicht verloren geht. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die Biografien von Frauen gerichtet.

Das Neue dieses Projektes besteht darin, mit Hilfe der Videoaufzeichnung die Integrationsgeschichten, aber auch Erinnerungsstücke, Fotos, amtliche Dokumente der Zuwanderinnen und Zuwanderer zu konservieren und sie der jetzigen und nachfolgenden Generationen zur Verfügung zu stellen. Kernpunkt ist dabei, den Bezug zur Stadtgeschichte Hildens herzustellen. Als Ausgabemedium ist an eine DVD gedacht, die z. B. den örtlichen Schulen zur Verfügung gestellt werden kann. Nachhaltigkeit erfährt das Projekt zusätzlich durch das nicht auf der DVD enthaltene Videomaterial, das im Stadtarchiv für die historische Forschung zum Thema „Migration und Integration“ archiviert und erschlossen wird.

Die erste Phase der Umsetzung bestand in der Qualifizierung und Sensibilisierung der acht jungen Menschen, die in den anstehenden Interviews alle Aufgaben eigenständig übernehmen sollten. Diese Aufgaben reichten von der technischen Durchführung der Interviews (Aufbau der Ausrüstung, Kamerabedienung, Tonaufnahme, Ausleuchtung) bis hin zu den inhaltlichen Überlegungen, z. B. wie führe ich ein Interview mit älteren Migran-

tinnen und Migranten, wie schaffe ich eine freundliche, gelöste Atmosphäre oder wie stelle ich eine emotionale Beziehung zu Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern her. Um diese anspruchsvollen Ziele zu erreichen, fanden 14-tägige Treffen und ein Wochenendseminar in einer Bildungsstätte statt. Alle Treffen und Seminare wurden angeleitet von der medienpädagogischen Fachkraft des Stadtarchivs. Zu einzelnen Themen wurden externe Fachleute (z. B. ein Zeitungsredakteur) eingeladen.

Die Recherche nach Interviewpartnern gestaltete sich schwieriger als erwartet. Trotz der guten Kontakte und des engen Netzwerkes in unserer Stadt dauerte es bis zum Anfang 2010 bis alle vorgesehenen Interviews geführt waren. Da die jungen Partnerinnen und Partner aus dem Jugendparlament – neben ihren dortigen Aufgaben – auch in das normale Schulleben eingebunden sind, war die Teamkonstellation bei den einzelnen Drehterminen ganz unterschiedlich. Alle bereiteten sich auf ihre unterschiedlichen Rollen bei den Dreharbeiten sorgfältig vor, so dass vorher immer geklärt war, wer für Technik, für Script oder für das Interview zuständig war. Zum Teil musste auch von Teammitgliedern während der Interviews übersetzt werden. Die Gespräche wurden in der Form der lebensgeschichtlichen Interviews geführt.

Einen nicht zu unterschätzenden Arbeitsaufwand bereitete die Postproduktion des Videomaterials. Insgesamt wurden ca. 9 ½ Stunden aufgezeichnet. Für die DVD Produktion mussten alle Interviews gesichtet und mit inhaltlichen Markern versehen werden. Nur so war eine sinnvolle Kürzung der Gespräche möglich. Die Endfassung der DVD dauert 130 Minuten, ist unterteilt in sieben Kapitel (nach den Ursprungsländern der Interviewpartner) und 13 Personen kommen zu Wort. Türkische und marokkanische Interviewteile wurden unterteilt.

Zum Abschluss des Projektes fand – während der Phase der Postproduktion – ein weiteres Wochenendseminar statt. Neben dem Sichten und Bearbeiten der Interviews hatten alle Jugendlichen aus dem Team Gelegenheit, ihre Entwicklung während des Projektes zu reflektieren und aufzuschreiben.



Foto: Veronika Weithe

# Wie geht es den Angehörigen? Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung: Gesundheit trotz Pflegebedarf und / oder Behinderung

Tania-Aletta Schmidt, Sandra Krenz, Lisa Oermann

Der Beitrag illustriert das Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung, in dem sich Angehörige von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und/oder Behinderung befinden. Kernthema des Workshops ist die Balance zwischen dem Anspruch der Angehörigen zu pflegen bzw. zu unterstützen sowie ihre eigene Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe zu erhalten und zu stärken.

## Gesundheit pflegender Angehöriger

Die Übernahme der Pflege von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen stellt die Angehörigen oftmals vor große Herausforderungen und kann mit unterschiedlichen Belastungen einhergehen. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, pflegende Angehörige zu unterstützen, damit sie dieser Aufgabe unter Erhalt der eigenen Gesundheit und des eigenen Wohlbefindens gerecht werden können.

Knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden ambulant zu Hause gepflegt. Dabei wird die Pflege vielfach von Angehörigen erbracht. Im Jahr 2009 haben von den insgesamt 2.271.445 Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen aus der Pflegeversicherung 1.034.561 Personen Pflegegeld, 179.795 Pflegesachleistungen und 284.670 Kombinationsleistungen in Anspruch genommen (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Die pflegenden Angehörigen sind eine heterogene Gruppe. Es handelt sich dabei um (Ehe-) Partnerinnen und Partner, Kinder und Schwiegerkinder, insbesondere Frauen, wenngleich der Anteil pflegender Männer steigt. Sie befinden sich in unterschiedlichen Altersstufen mit spezifischen Lebenssituationen. Beispielsweise kümmern sich Frauen sowohl um noch schulpflichtige Kinder als auch um die Pflege der Eltern. Pflegende Angehörige der Kindergeneration befinden sich in der Regel im mittleren Lebensalter, während die Ehepartner meistens selbst im hohen Alter sind (BMFSFJ 2002). Weiterhin differieren die Lebenslagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit, finanzielle Möglichkeiten, soziale Netzwerke etc. Auch die Motivation zur Übernahme der Pflege, familiäre Beziehungen und Bedingungen sowie Rollenerwartungen und -konstellationen sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung.

*„All I want is to know that he will be safe, happy, well looked after and able to do the things he likes. If I felt sure that would happen I could die in peace.“*

*(Aussage eines älteren Angehörigen, der mit einem Menschen mit Behinderung zusammenlebt und ihn im Alltag unterstützt, Magrill/Sanderson & Short 2005, 13)*

Abhängig von der Lebenssituation und dem subjektiven Erleben der pflegenden Personen wird die Hilfe- oder Pflegeleistung als unterschiedlich belastend empfunden. Sie werden teilweise als Stressoren mit Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Pflegepersonen betrachtet, andererseits verfügen die Pflegepersonen auch in unterschiedlichem Maße über Ressourcen (Schneekloth/Wahl 2005). Untersuchungen zur Belastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken haben gezeigt, dass die Belastung im Vergleich zu Pflegenden von Pflegebedürftigen ohne demenzielle Erkrankung höher ist, insbesondere aufgrund der emotionalen Belastung

durch die Veränderung der Persönlichkeit und das Verschwinden der gemeinsamen Biografie (BMFSFJ 2002). Laut einer Repräsentativerhebung fühlen sich insgesamt 42 % der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen eher stark und weitere 41 % sogar sehr stark belastet (Schneekloth/Wahl 2005).

Die Pflegeversicherung bietet verschiedene Leistungen der ambulanten Versorgung sowie der teilstationären Pflege. Ergänzt werden diese Leistungen durch Angebote, die unter anderem auf die Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger abzielen, wie z. B. Beratungsbesuche (§ 37, 3 SGB XI), Schulungen für pflegende Angehörige (gem. § 45 SGB XI), zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI) sowie die Förderung von Selbsthilfe und ehrenamtlichen Strukturen (§ 45 d SGB XI). Eine weitere Ergänzung stellen Angebote im vorpflegerischen Bereich, z. B. in der offenen Altenhilfe, dar.

Die Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung ist oftmals zögerlich, weil dies z. B. mit Scham oder Ängsten der pflegenden Angehörigen verbunden ist. Dabei kann sie dazu beitragen, Teilhabe und Selbstbestimmung der Angehörigen zu ermöglichen, indem sie

Freiräume für eigene Aktivitäten schafft, aber auch unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten von Pflegesituationen bietet.

## Menschen mit Behinderung im Alter und ihre Angehörigen

Mit dem demografischen Wandel nimmt aufgrund des medizinischen Fortschritts, verbesserter Versorgungslage sowie förderlichen Lebensbedingungen auch die Lebenserwartung der Menschen mit Behinderung zu. Sie nähert sich der der nicht behinderten Menschen an. Das Recht auf eine volle und gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen sowie Inklusion und Empowerment ist insbesondere vor dem Hintergrund der für Deutschland verbindlichen UN-Behindertenrechtskonvention ein wichtiges Ziel.

## Definitionen von Behinderung

Behinderung lässt sich nicht eindeutig definieren und ist vom Kontext gesellschaftlicher Normvorstellungen, von Umweltbarrieren, von Möglichkeiten der Hilfesysteme, der Diagnostik, der Gesetzgebung sowie von der subjektiven Wahrnehmung des Individuums abhängig. Es bestehen Abgrenzungsschwierigkeiten zu chronisch Kranken und pflegebedürftigen Menschen oder zu Menschen mit länger andauernden psychischen und sozialen Problemen.

Sozialrechtlich wird der Begriff Behinderung im SGB IX § 2 geregelt: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

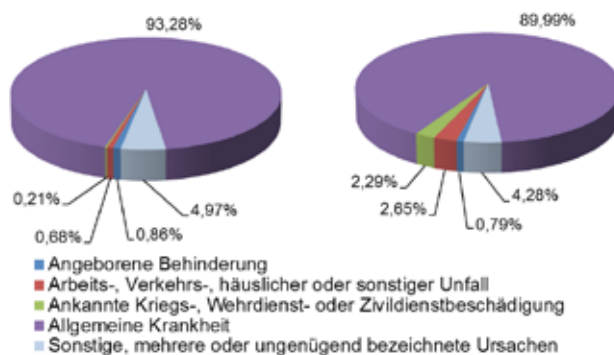
Das bio-psycho-soziale Modell der WHO (ICF) beschreibt Behinderung auf drei Ebenen – Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten sowie Partizipation – und fokussiert eine ressourcenorientierte Sichtweise. Eine Schädigung führt nicht zwangsläufig zu Partizipationseinschränkungen und damit zu einer Behinderung. Wesentlich sind die im Einzelfall wirkenden Umweltbedingungen und personenbezogenen Faktoren. Eine barrierefreie Umwelt kann z. B. Rollstuhlfahrerinnen und -fahrern eine uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen, ohne dass ihre Behinderung eine Einschränkung darstellt.

Oftmals verschwimmen die Zuständigkeiten und Bedarfslagen. So hat z. B. ein 80-jähriger Patient mit Demenz dieselben Ansprüche auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben wie ein Mensch mit einer angeborenen geistigen Beeinträchtigung im hochbetagten Alter. Um die Finanzierung der Betreuung und/oder der Pflege zu gewährleisten, sind die Zuständigkeiten der Leistungsträger für die Betroffenen sowie deren Angehörige nicht immer eindeutig und transparent. Nach § 31 SGB XI gilt Rehabilitation vor Pflege. Das Ziel der Rehabilitation ist es, Menschen mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen oder von Behinderung bedrohten Menschen die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

## Anzahl behinderter Menschen in Niedersachsen

Ende 2009 lebten in Niedersachsen 688.337 Menschen mit einer Schwerbehinderung, davon waren 47,5 % Frauen und 52,5 % Männer. Dies entspricht ca. 8,7 % der niedersächsischen Bevölkerung. Die meisten Schwerbehinderungen sind im Alter erworben und Folge einer Krankheit (siehe Grafik). Im Alter wächst das Risiko für chronische Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen oder Diabetes.

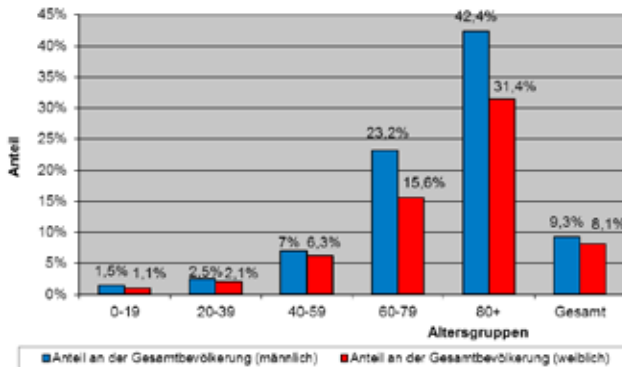
Ursachen von Schwerbehinderung im Alter 60 + in Prozent in Niedersachsen, Stand 31.12.2009



(Quelle: LSKN, eigene Berechnungen)

Im Alter wächst das Risiko für chronische Krankheiten und damit die Wahrscheinlichkeit eine Behinderung zu erwerben. Der Anteil der Personen mit einem Schwerbehindertenausweis steigt mit zunehmendem Alter. Im hochbetagten Alter von 80 Jahren und älter weist annähernd jeder zweite Mann und jede dritte Frau eine Schwerbehinderung auf (siehe Grafik). Auch die Anzahl der Menschen im Alter mit einer angeborenen Behinderung steigt. Ein Großteil dieser Menschen weist eine geistige Behinderung auf (Köhncke 2009).

Anteil der Menschen mit Schwerbehinderung an der Gesamtbevölkerung Niedersachsens, Stand: 31.12.2009



(Quelle: LSKN, eigene Berechnungen)

Alte Menschen mit einer angeborenen Behinderung, z. B. einer Trisomie 21, und ihre Angehörigen besitzen andere Lebensgeschichten und folglich andere Bedürfnisse als Menschen mit einer erst im Alter erworbenen Beeinträchtigung, beispielsweise durch die Folgen eines Schlaganfalls. Diese vielfältigen Erfahrungen und individuellen Biografien gilt es bei der Unterstützung der Familien ebenso zu berücksichtigen wie geschlechtsspezifische Unterschiede, z. B. bei der Pflege. Eine individuelle Balance zwischen Fürsorge und eigener Selbstbestimmung zu finden ist für Angehörige von Menschen, die im Alter eine Beeinträchtigung erwerben, ganz neu, während Eltern lebenslang behinderter erwachsener Kinder bereits über viel Erfahrung im Umgang mit dieser Situation verfügen.

## Anforderungen an pflegende Angehörige

Angehörige von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und/oder Behinderung sehen sich mit verschiedenen und zum Teil widersprüchlichen eigenen Ansprüchen und Anforderungen von Seiten der Umwelt konfrontiert. Zudem werden Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung von ihnen selbst, als Expertin bzw. Experte in eigener Sache, an die pflegenden bzw. betreuenden oder unterstützenden Angehörigen herangetragen. Für Angehörige von Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen kommt erschwerend hinzu, dass sich diese Anforderungen im Laufe ihres jahrzehntelangen Zusammenlebens immer wieder verändert haben.

Während früher eine starke Defizitorientierung vorherrschte, betonen Selbstvertretungsverbände behinderter Menschen, Gesellschaft und Politik heute Teilhabe und Selbstbestimmung sowie das Recht auf Inklusion. Gefordert wird ein Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung. Damit verbunden ist das angestrebte Recht von Menschen mit Behinderung, eigene Erfahrungen und

damit auch Fehler machen zu dürfen. Gerade für Angehörige bedeutet dies eine besondere Herausforderung, da sie in diesem Prozess eine eher unterstützende und begleitende Funktion einnehmen sollen/wollen. In dieser Aufgabe steckt die Schwierigkeit, ihren Angehörigen mit Behinderung das Recht auf „Scheitern“ zu gewähren und gleichzeitig dieses Recht mit dem Wunsch zu vereinbaren, sie vor „negativen“ Erfahrungen zu schützen.

## Zusammenleben mit erwachsenen Angehörigen mit Behinderung

Das Gleichgewicht, das Angehörige von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderung zwischen Fürsorge und einem eigenen, selbstbestimmten Leben finden müssen, ist keinesfalls eine einmalig gefundene und für immer stabile Balance. Es handelt sich vielmehr um ein Gleichgewicht, das in Auseinandersetzung mit äußeren und inneren Einflüssen ständig neu austariert werden muss. Von großer Wirkung ist dabei das Älterwerden der pflegenden/unterstützenden Angehörigen: Zunehmende eigene (Pflege-) Bedarfe schränken die Möglichkeiten ein, selbst Hilfe zu leisten.

Eine besondere Situation liegt in Haushalten vor, in denen ältere/alte Eltern mit ihren erwachsenen Kindern mit Behinderung leben: Sie wurden spätestens mit der Diagnosemitteilung mit der Aufgabe konfrontiert, ein Gleichgewicht zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung für sich zu finden. Erfahrungen der Eltern der jetzt alten Generation sind außerdem schon sehr früh geprägt worden von der Notwendigkeit, aus eigener Kraft und mit nur wenig Unterstützung den Alltag meistern zu müssen, da viele Hilfen und Angebote noch nicht oder nicht überall existierten, z. B. Frühförderung, Ergo- und Sprachtherapie, Heilpädagogik, sonderpädagogische Förderung, Werkstätten und gemeindenahе Wohnheime. Viele Eltern haben sich dabei als sehr kompetent und erfolgreich erlebt; einige haben zudem erfahren, dass sie sich auf andere außerhalb der Familie wenig verlassen konnten. Ihr Zusammenleben bis heute ist für sie das Symbol für diesen Erfolg, für ihre Stärke und das, was ihre Familie in ihren Augen im positiven Sinne zu etwas Besonderem macht. Das Zusammenleben ist für alle Familienmitglieder von höchstem Wert, den es so lange wie möglich zu bewahren gilt.

Mit dem Älterwerden der begleitenden Eltern wird dieser Lebensentwurf jedoch stetig fragiler: Immer dringender stellt sich die Frage nach der zukünftigen Lebenssituation der Söhne und Töchter mit Behinderung. Die Notwendigkeit, eine Antwort auf diese Frage zu finden, ist den Eltern in den meisten Fällen durchaus bewusst, dennoch vermeiden viele eine rechtzeitige Zukunftsplanung (Heller/Factor 1991), zu bedrohlich erscheint eine Veränderung eines über Jahrzehnte gut funktionierenden und

wertgeschätzten Lebensentwurfs. Stattdessen steht der Wunsch nach einer Stabilisierung der bisherigen Lebenssituation im Vordergrund (Bigby 2004). Anbieter von Hilfen sind aufgefordert, diesen Bedarfen nachzukommen. Nur so können sie dem Anspruch gerecht werden, passgenaue und niedrigschwellige Angebote für Familien zu offerieren.

Eine Zusammenarbeit, in der Eltern und Angehörige Anerkennung für ihre Lebensleistung erfahren und in der zugleich die Wünsche der Menschen mit Behinderung Raum erhalten, kann die Grundlage für die Planung eines zukunftsfähigen gemeinsamen Lebensweges bilden. Diese Aufgabe ist ein Thema im Projekt „Anders alt?! Lebensqualität für ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ der Hochschule Osnabrück. Verfolgt wird das Ziel, gemeinsam mit dem Praxispartner Heilpädagogische Hilfe Osnabrück ein an den aktuellen Erkenntnissen der Behinderten- und Altenhilfe orientiertes integriertes Gesamtkonzept zur besseren Begleitung und Unterstützung älter werdender und alter Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Das dreijährige Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.

## Fragen und Handlungsbedarfe

Die Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer berichten von eigenen Erfahrungen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen, z. B. Angehörigenberatung, Pflegedienst und Behindertenhilfe. Diese implizieren folgende Fragen bzw. Handlungsbedarfe.

Es existieren bereits breit gefächerte Leistungen und Angebote für Betroffene und Angehörige, die jedoch wenig vernetzt sind. Dies ist zurückzuführen auf eine starke Versäulung im Gesundheits- und Sozialwesen. Erstrebenswert ist eine stärkere Ressort übergreifende Perspektive, auch vor dem Hintergrund der Vermeidung von Doppelstrukturen. In diesem Zusammenhang sind Informationen und konkrete Hilfestellungen gefordert.

Aufgeworfen wird die Frage, wie Hilfen und Angebote konzipiert sein müssen, damit sie den individuellen Bedarfslagen gerecht und von der entsprechenden Zielgruppe in Anspruch genommen werden. Dies erfordert von der Anbieterseite eine stärkere Sensibilität für die individuelle Lebenssituation. Gefordert wird, den Blick stärker auf Inklusion zu richten, um gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung aller zu ermöglichen.

*Literatur bei den Verfasserinnen*

# Notizen

# Kontaktinformationen

## Referentinnen und Referenten

### *Bruns-Philipps, Dr. Elke*

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt  
elke.bruns-philipps@nlga.niedersachsen.de

### *Erven, Sabine*

Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
info@akademie-sozialmedizin.de

### *Falkenstein, Volker*

Amt für Familie, Schulen und Sport, Bruchsal  
volker.falkenstein@bruchsal.de

### *Freitag, Rolf*

ksr.ka@web.de

### *Hellwig, Annemarie*

Stadt Wilhelmshaven  
petra.boening@stadt.wilhelmshaven.de

### *Jochens, Annett*

Gesundheitsamt Stadt Wilhelmshaven  
annett.jochens@stadt.wilhelmshaven.de

### *Keil, Prof. Dr. Annelie*

annelie.keil@ewetel.net

### *Krambrock, Michael*

Stadtarchiv Hilden  
info@krambrock.de

### *Krenz, Sandra*

Medizinische Hochschule Hannover  
krenz.sandra@mh-hannover.de

### *Oermann, Lisa*

Hochschule Osnabrück  
oermann@wi.hs-osnabrueck.de

### *Pott, Prof. Dr. Elisabeth*

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
pott@bzga.de

### *Richter-Kornweitz, Dr. Antje*

Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
antje.richter@gesundheit-nds.de

### *Sannemann, Wiebke*

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für  
Gesundheitsförderung e. V.  
wiebke.sannemann@hag-gesundheit.de

### *Schmidt, Tania-Aletta*

Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
tania.schmidt@gesundheit-nds.de

### *Steinbach, Dr. Christoph*

Landesseniorenrat Niedersachsen e. V.  
chrisstein37@hotmail.com

### *Steinhaußen, Dr. Jan*

Landesseniorenvertretung Thüringen e. V.  
JSteinhaussen@gmx.de

### *Tempel, Nicole*

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.  
info@lvgb.de

## Impressum

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover  
Tel.: 05 11 / 3 50 00 52  
Fax: 05 11 / 3 50 55 95  
E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Redaktion: Claudia Kwirand und Dr. Antje Richter-Kornweitz  
Gestaltung: Eric Weidler  
Druck: Uni-Druck GmbH & Co.KG, Hannover

Gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.