

**Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen -  
zwischen kommunaler Verantwortung und Selbstverpflichtung.**

Eine Untersuchung in ausgewählten kommunalen Gesundheitskonferenzen in  
Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen.

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) der  
Fakultät 12 für Erziehungswissenschaft und Soziologie der  
Technischen Universität Dortmund**

**Verfasserin: Andrea Kuhlmann**

**Gutachter/in:**

**Prof. Dr. Gerhard Naegele**

**Prof. Dr. Monika Reichert**

**Dortmund, im Februar 2012**

**Disputation 08. August 2012**

Für Robin und Anna

## **Danksagung**

Ich möchte mich bei allen Menschen bedanken, die mich in den letzten Jahren in vielfältiger Weise unterstützt und begleitet haben.

Ich danke an erster Stelle meinen Interviewpartnerinnen und -partnern aus den kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen für Ihre Unterstützung und für die Zeit, die mir von allen Befragten für die ausführlichen und konstruktiven Gespräche gewährt wurde.

Ich möchte mich bei Herrn Prof. Dr. Naegele insbesondere dafür herzlich bedanken, dass er meine Promotion in den letzten Jahren nicht nur fachlich unterstützt und begleitet hat; als mein Doktorvater ist er mir gleichsam mit sehr viel Verständnis für die Vereinbarkeit von Promotion, Beruf und Familie und Flexibilität begegnet. Auch Frau Prof. Dr. Reichert, die mich insbesondere darin bestärkt hat, dieses Thema zu wählen, möchte ich meinen herzlichen Dank für Ihre Begleitung und Unterstützung aussprechen.

Meinen herzlichsten Dank möchte ich meinem Mann Thomas, meinen Kindern Robin und Anna und meinen Eltern sagen, die mir immer zur Seite gestanden haben, mir den Rücken frei gehalten haben und meine Arbeit mitgetragen haben. Sie haben mir immer wieder die Kraft, den Mut und den Antrieb gegeben, diese Arbeit auch in zeitweise persönlich sehr belasteten Lebenssituationen zu Ende zu führen.

Ebenfalls mein herzlichster Dank geht an meine Freundin Christine, die mich mit viel Zeit, Geduld, konstruktivem Austausch und Beratungen unterstützt hat. Herzlich danken möchte ich auch Alexandra, Saskia und Christina aus der Doktorandinnen-Coaching-Gruppe. Unser Austausch und das gemeinsame Teilen von Höhen und Tiefen waren für mich immer eine besondere Stütze und Entlastung.

## **Inhalt**

<b>Inhalt .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>- 10 -</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>Teil I Hintergrund.....</b>	<b>- 14 -</b>
<b>Einleitung.....</b>	<b>- 14 -</b>
<b>1 Thematische Einordnung.....</b>	<b>- 16 -</b>
1.1 Demografische Entwicklung und kommunale Ebene .....	- 16 -
1.2 Trends in der Gesundheitsentwicklung.....	- 18 -
1.3 Relevanz des Themas und Gegenstand der Arbeit.....	- 20 -
<b>2 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.....</b>	<b>- 23 -</b>
2.1 Gesundheit und gemeindeorientierte Gesundheitsförderung – begriffliche, historische und programmatische Einordnung.....	- 23 -
2.1.1 Gesundheit .....	- 23 -
2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention.....	- 25 -
2.1.3 Gemeindeorientierte Strategien der Gesundheitsförderung .....	- 26 -
2.2 Gesundheitszustand und Präventionspotenziale der älteren Bevölkerung in Deutschland. .....	- 32 -
2.3 Gesetzliche Grundlagen, Strukturen, Themen und Handlungsfelder der (gemeindeorientierten) Gesundheitsförderung für ältere Menschen .....	- 35 -
2.4 Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung als Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes .....	- 42 -
2.4.1 Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst.....	- 43 -
2.4.2 Kommunale Gesundheitsberichterstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst...	- 45 -

2.4.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst und kommunale Gesundheitsämter in NRW .....	- 47 -
2.4.4 Kommunale Gesundheitskonferenzen und kommunale Gesundheitsberichterstattung in NRW - Umsetzungserfahrungen .....	- 50 -
2.5 Zusammenfassung .....	- 53 -
<b>3 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen - zwischen kommunaler Daseinsvorsorge und Kommunalpolitik .....</b>	<b>- 55 -</b>
3.1 Kommunale Daseinsvorsorge.....	- 55 -
3.2 Kommunale Seniorenpolitik .....	- 57 -
3.3 Kommunale Gesundheitspolitik .....	- 60 -
3.4 Zusammenfassung .....	- 66 -
<b>Teil II - Theoretische Bezugspunkte und Forschungsstand.....</b>	<b>- 68 -</b>
<b>4 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung.....</b>	<b>- 68 -</b>
4.1 Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung - theoretische Grundlagen .....	- 68 -
4.1.1 Die Schlüsselemente des Setting-Ansatzes .....	- 71 -
4.1.2 Überblick zur Rezeption des Settingansatzes in Bezug auf das Setting Kommune und die Zielgruppe ältere Menschen in Deutschland .....	- 73 -
4.2 Die Strategie des Community Capacity in der Gesundheitsförderung.....	- 78 -
4.2.1 Dimensionen des Community Capacity .....	- 80 -
4.2.2 Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Community Capacity .....	- 84 -
4.3 Ausgewählte Kernelemente gemeindeorientierter Gesundheitsförderung.....	- 90 -
4.3.1 Partizipation: Beteiligung, Mitwirkung und Mitentscheidung der Bürger .....	- 91 -
4.3.2 Gemeindeorientierte Kooperation und intersektorale Zusammenarbeit.....	- 95 -
4.4 Zusammenfassung .....	- 100 -
<b>5 Gesundheit und Aktivität im Alter .....</b>	<b>- 103 -</b>
5.1 Gesund und aktiv älter werden .....	- 103 -

5.2 Erfolgreiches, produktives und aktives Altern .....	- 106 -
5.3 Zusammenfassung .....	- 114 -
<b>6 Forschungsstand – Praxisberichte und empirische Befunde zur gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen.....</b>	<b>- 117 -</b>
6.1 Erfahrungen des (Inter-) nationalen Gesunde-Städte-Netzwerkes.....	- 117 -
6.2 (Inter-) nationale (Modell-) Projekte und Forschungsarbeiten .....	- 123 -
6.3 Zusammenfassung .....	- 135 -
<b>Teil III Empirische Untersuchung .....</b>	<b>- 139 -</b>
<b>7 Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>- 139 -</b>
7.1 Forschungsinteresse und Fragestellungen .....	- 139 -
7.2 Überlegungen zum qualitativen Forschungsansatz.....	- 141 -
7.2.1 Das Leitfadenterview .....	- 144 -
7.2.2 Das Experteninterview .....	- 146 -
7.3 Entscheidungen im Forschungsprozess - Fallauswahl, Zugang und Stichprobe.....	- 152 -
7.3.1 Fallauswahl.....	- 152 -
7.3.2 Kriterien für Fallauswahl .....	- 153 -
7.3.3 Feldzugang: Recherche, Kontaktaufnahme und Rekrutierung .....	- 156 -
7.3.4 Beschreibung der Stichprobe.....	- 157 -
7.4 Erhebungsinstrument .....	- 159 -
7.4.1 Durchführung der Interviews - Verfahrensdokumentation .....	- 160 -
7.5 Datenauswertung - Beschreibung der Vorgehensweise .....	- 161 -
7.5.1 Qualitative Textanalyse .....	- 162 -
7.5.2 Auswertungsschritte .....	- 163 -
<b>8 Präsentation der Ergebnisse .....</b>	<b>- 167 -</b>

8.1 Berufliche Qualifikation, Aufgabenbereich und organisatorische Anbindung.....	- 167 -
8.2 Motivation, Ziele, begriffliche Einordnung (Teil A).....	- 172 -
8.2.1 Bearbeitungsbeginn.....	- 172 -
8.2.2 Bearbeitungsgrund .....	- 173 -
8.2.3 Bearbeitungsziele .....	- 180 -
8.2.4 Begriffliche Einordnung.....	- 187 -
8.2.5 Zusammenfassung Teil A .....	- 191 -
8.3 Arbeitsweise und Umsetzungserfahrungen (Teile B und C).....	- 194 -
8.3.1 Arbeitsform und beteiligte Akteure .....	- 194 -
8.3.2 Aufgaben der Geschäftsstelle der kGK.....	- 204 -
8.3.3 Gesundheitsberichterstattung .....	- 208 -
8.3.4 Themenschwerpunkte und Umsetzungsstrategien.....	- 210 -
8.3.5 Alters- und Zielgruppen .....	- 217 -
8.3.6 Bezugsebenen in kreisfreien Städten und Kreisen.....	- 221 -
8.3.7 Finanzierung von Maßnahmen .....	- 227 -
8.3.8 Evaluation und Nachhaltigkeit.....	- 232 -
8.3.9 Zusammenfassung Teile B und C.....	- 237 -
8.4 Umsetzungserfahrungen Kernelemente der Gesundheitsförderung (Teil D).....	- 240 -
8.4.1 Kommunalpolitische Bedeutung.....	- 240 -
8.4.2 (Intersektorale) Kooperation .....	- 244 -
8.4.3 Partizipation.....	- 253 -
8.4.4 Zusammenfassung Teil D .....	- 260 -
8.5 Reflexion und Perspektiven (Teil E).....	- 265 -
8.5.1 Umsetzungsempfehlungen .....	- 265 -

8.5.2 Förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen .....	- 272 -
8.5.3 Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation .....	- 279 -
8.5.4 Zusammenfassung Teil E .....	- 288 -
8. 6 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	- 292 -
<b>9 Einordnung, Bewertung und Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>- 298 -</b>
9.1 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen - zwischen politischer Befürwortung, kommunaler (Planungs-) Verantwortung und gesundheitspolitischer Verankerung.....	- 305 -
9. 2 Bearbeitungsformen für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auf kommunaler Ebene .....	- 311 -
<b>10 Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>- 319 -</b>
<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>- 328 -</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>- 340 -</b>



## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Das Mandalamodell der Gesundheit von Hancock .....	- 27 -
Abbildung 2: Das „Gesundheitsgleichgewicht“ des sozialen Systems Gemeinde .....	- 29 -
Abbildung 3: Zielgruppen und Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung Älterer .....	- 38 -
Abbildung 4: Public-Health-Action-Cycle.....	- 44 -
Abbildung 5: Systematik der Gesundheitskonferenzen in NRW .....	- 48 -
Abbildung 6: Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen .....	- 58 -
Abbildung 7: Wechselwirkungen im Setting-Ansatz.....	- 73 -
Abbildung 8: Die Gemeindepartizipationsthese .....	- 79 -
Abbildung 9: Community Readiness .....	- 89 -
Abbildung 10: 12-stufige Leiter der Beteiligung von Bürgern .....	- 94 -
Abbildung 11: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung .....	- 95 -
Abbildung 12: Determinanten und Ansatzpunkte des Aktiven Alterns.....	- 110 -
Abbildung 13: Social-cultural Model of Successful Ageing .....	- 112 -
Abbildung 14: A Framework of Risk and Protective Factors in Securing Life Quality in Ageing .....	- 113 -
Abbildung 15: Einfluss- und Prozessfaktoren gesunden und aktiven Alterns.....	- 114 -
Abbildung 16: Interventionsebenen und Handlungsfelder der Gemeindeentwicklung.....	- 126 -
Abbildung 17: Programmaktivitäten .....	- 131 -
Abbildung 18: Gesundheitsförderung in der Kommune als Prozess .....	- 134 -
Abbildung 19: Beteiligte Akteure .....	- 197 -
Abbildung 20: Akteure der Maßnahmenumsetzung.....	- 199 -
Abbildung 21: Zuständigkeit für und Begleitung der Umsetzung .....	- 199 -
Abbildung 22: Themenschwerpunkte - geplante und realisierte Maßnahmen.....	- 210 -
Abbildung 23: Wichtige Kooperationspartner in der kGK.....	- 245 -
Abbildung 24: Interkommunale Zusammenarbeit .....	- 250 -
Abbildung 25: Bedarfslage und –ermittlung .....	- 259 -

## **Abkürzungsverzeichnis**

AG	Arbeitsgruppe
Anm. d. V.	Anmerkung der Verfasserin
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
AV-ÖGDG	Ausführungsverordnung zum Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
BauGB	Baugesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
CAB	community advisory board
EU	Europäische Union
GA/uGB	Gesundheitsamt/untere Gesundheitsbehörde
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GO	Gemeindeordnung
GSN	Gesunde-Städte-Netzwerk
HCP	Healthy City Project
Hervorh. i. O.	Hervorhebung im Original
IfG	Institut für Gerontologie
IfSG	Infektionsschutzgesetz
kfS	kreisfreie Stadt
kGBE	kommunale Gesundheitsberichterstattung
kGK	kommunale Gesundheitskonferenz
KISS	Kontakt- und Informationsstellen
KR	Kreis
kSG	kreisangehörige Städte und Gemeinden
LAbfG	Landesabfallgesetz
LAfA	Landesanstalt für Arbeitsschutz
LAG	Landesarbeitsgemeinschaften
LGK	Landesgesundheitskonferenz
LIGA	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
LOG	Landesorganisationsgesetz
Iögd	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
LOS	Modellprojekt „Lokales Kapital für Soziale Zwecke“
LV	Landesvereinigungen
MAGS NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bunde der Krankenkassen e.V.
MGSFF NRW	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW

MPH	Master of Public Health
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. J.	ohne Jahr
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
ÖPNV	Öffentlicher Personen Nahverkehr
PAS	Politisch-Administratives System
PHAC	Public-Health-Action-Cycle
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
QI	Qualitative Inhaltsanalyse
RKI	Robert-Koch-Institut
SBE	Sozialberichterstattung
SchulVerwG	Schulverwaltungsgesetz
SGB I	Sozialgesetzbuch Eins ( Allgemeiner Teil)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf (Krankenversicherung)
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neun (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehn (Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz)
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elf (Pflegeversicherung)
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölf (Sozialhilfe)
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
TK	Techniker Krankenkasse
VHS	Volkshochschule
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
WAZ	Wochenarbeitszeit
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vorausberechnung der Bevölkerung 2008 bis 2030/2050 in NRW.....	- 17 -
Tabelle 2: Politische Strategien der Gestaltung der Gesundheitsverhältnisse .....	- 29 -
Tabelle 3: Zur Rolle des ÖGD bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes .....	- 35 -
Tabelle 4: Settings der Gesundheitsförderung für ältere Menschen.....	- 39 -
Tabelle 5: ÖGD im Kontext kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung .....	- 45 -
Tabelle 6: Übertragung des Public-Health-Trias auf die Kommune.....	- 63 -
Tabelle 7: Dimensionen des Community Capacity .....	- 81 -
Tabelle 8: Rahmenbedingungen von Community Capacity .....	- 84 -
Tabelle 9: Zusammenhang zwischen WHO-Konzepten und Bezugsebenen .....	- 96 -
Tabelle 10: Theoretische Bezugspunkte und Untersuchungsbereiche.....	- 116 -
Tabelle 11: Ziele Gesund Altern Phase IV (2003-2008) des HCP .....	- 119 -
Tabelle 12: Prozesse der Gemeindeentwicklung.....	- 136 -
Tabelle 13: Untersuchungsbereiche und Erkenntnisinteresse.....	- 140 -
Tabelle 14: Aspekte qualitativer Forschung .....	- 141 -
Tabelle 15: Varianten des Experteninterviews .....	- 147 -
Tabelle 16: Expertenbegriff .....	- 149 -
Tabelle 17: Wissensdimensionen.....	- 151 -
Tabelle 18: Recherche- und Rekrutierungsverfahren .....	- 156 -
Tabelle 19: Bestandserhebung .....	- 157 -
Tabelle 20: Stichprobe.....	- 157 -
Tabelle 21: Realisierte und für die Auswertung berücksichtigte Interviews .....	- 158 -
Tabelle 22: Demografische Veränderungen in befragten kGKn und Landesdurchschnitt NRW .....	- 158 -
Tabelle 23: Themenbereiche Interview-Leitfaden .....	- 160 -
Tabelle 24: Auswertungsschritte .....	- 164 -
Tabelle 25: Berufliche Qualifikation.....	- 168 -
Tabelle 26: Beschäftigung im Gesundheitsamt.....	- 168 -
Tabelle 27: Zuständigkeit für die kGK .....	- 168 -
Tabelle 28: Wochenarbeitszeit und wöchentlicher Zeitaufwand für die kGK.....	- 169 -
Tabelle 29: Bearbeitungsbeginn.....	- 172 -
Tabelle 30: Bearbeitungsgrund Demografie.....	- 173 -
Tabelle 31: Bearbeitungsgrund Ältere als Zielgruppe der kGK.....	- 175 -
Tabelle 32: Bearbeitungsgrund Orientierung an gesundheitspolitischen Themen .....	- 177 -
Tabelle 33: Bearbeitungsgrund Ethische Aspekte .....	- 178 -
Tabelle 34: Bearbeitungsgrund Sonstiges .....	- 179 -
Tabelle 35: Bearbeitungsziele - bevölkerungsbezogene Ziele.....	- 181 -
Tabelle 36: Bearbeitungsziele Kommunale und akteursbezogene Ziele .....	- 185 -
Tabelle 37: Verständnis Gesundheitsförderung für ältere Menschen.....	- 188 -
Tabelle 38: Arbeitsform und Bearbeitungsdauer.....	- 195 -
Tabelle 39: Akteure in kSG und kfS .....	- 200 -

Tabelle 40: Bewertung der Arbeitsweise.....	- 202 -
Tabelle 41: Aufgaben Geschäftsstelle.....	- 204 -
Tabelle 42: Gesundheitsberichterstattung.....	- 208 -
Tabelle 43: Formulierung von Handlungsempfehlungen .....	- 215 -
Tabelle 44: Information, Vermittlung und Qualifizierung .....	- 216 -
Tabelle 45: Anbindung an einen Aufgabenbereich im Gesundheitsamt.....	- 216 -
Tabelle 46: Projektarbeit.....	- 217 -
Tabelle 47: Altersgruppen .....	- 218 -
Tabelle 48: Altersgruppen nach geplanten/realisierten Maßnahmen .....	- 218 -
Tabelle 49: Zielgruppen.....	- 219 -
Tabelle 50: Bezugsebene KR.....	- 221 -
Tabelle 51: Bezugsebene kfS .....	- 221 -
Tabelle 52: Umsetzungsstrategien/Finanzierung Maßnahmen.....	- 229 -
Tabelle 53: Evaluation .....	- 233 -
Tabelle 54: Nachhaltigkeit .....	- 234 -
Tabelle 55: Kommunalpolitische Bedeutung KR .....	- 240 -
Tabelle 56: Kommunalpolitische Bedeutung kfS.....	- 241 -
Tabelle 57: Kooperationspartner in der kGK.....	- 245 -
Tabelle 58: Interkommunale Zusammenarbeit KR.....	- 250 -
Tabelle 59: Interkommunale Zusammenarbeit kfS .....	- 251 -
Tabelle 60: Beteiligung älterer Menschen zum Thema Gesundheitsförderung in KR .....	- 253 -
Tabelle 61: Beteiligung älterer Menschen zum Thema Gesundheitsförderung in kfS .....	- 253 -
Tabelle 62: Partizipation – Bedarfslage und –ermittlung.....	- 259 -
Tabelle 63: Bearbeitungsempfehlungen KR und kfS .....	- 265 -
Tabelle 64: Empfehlungen – Hinweise zur Vorbereitung, Bearbeitung, Umsetzung .....	- 268 -
Tabelle 65: Förderliche Rahmenbedingungen .....	- 272 -
Tabelle 66: Hinderliche Rahmenbedingungen .....	- 275 -
Tabelle 67: Einschätzung aktuelle Versorgungssituation.....	- 279 -
Tabelle 68: Einschätzung zukünftige Versorgungssituation.....	- 282 -
Tabelle 69: Zukünftige Handlungsbedarfe für verschiedene Zielgruppen .....	- 287 -
Tabelle 70: Ergebnisse im Überblick I.....	- 293 -
Tabelle 71: Ergebnisse im Überblick II.....	- 294 -
Tabelle 72: Strukturbildung.....	- 299 -
Tabelle 73: Diskussion der Ergebnisse – Schwerpunkte .....	- 304 -
Tabelle 74: Zusammenarbeit mit politischen Vertretern.....	- 307 -

## Teil I Hintergrund

### Einleitung

In Deutschland ist eine nachhaltige Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung zu verzeichnen. Die zukünftig fortschreitende Alterung der Bevölkerung stellt eine langfristige und stabile Entwicklung dar, die auf den Rückgang der Geburten und die Zunahme der Lebenserwartung zurückzuführen ist (Deutscher Bundestag, 2002). Die „Alterung“ der Bevölkerung betrifft alle Regionen, Städte und Gemeinden in Deutschland gleichermaßen. Unterschiede ergeben sich hinsichtlich Ausmaß und Geschwindigkeit lokaler Alterungsprozesse, die sich jedoch in Deutschland in allen Bundesländern vollziehen (Menning, Nowossadeck & Maretzke, 2010). Die kommunale Ebene ist der Ort, an dem sich die Alterung der Bevölkerung konkret auswirkt. Die Kommunen, d.h. kreisfreie Städte, Kreise und ihnen angehörige Städte und Gemeinden, sind in erster Linie zuständig, wenn es um die Gestaltung der Lebensverhältnisse der Menschen vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen geht. Da der Einfluss der Kommunen auf die Wirkfaktoren demografischer Veränderungen insgesamt als gering zu bewerten ist, gewinnt eine frühzeitige Anpassung an zu erwartende oder bereits eingetretene Alterungsprozesse sowie die Entwicklung kommunaler Handlungsstrategien an Bedeutung, die u.a. die Bedürfnisse und Bedarfe einer in Bezug auf den Gesundheitszustand heterogenen älteren Bevölkerung, d.h. „gesunder“, chronisch kranker oder pflegebedürftiger Älterer, berücksichtigt (Menning, Nowossadeck & Maretzke, 2010).<sup>1</sup>

Obwohl mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von chronischen und demenziellen Erkrankungen sowie von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) steigt, ist die Lebensphase Alter nicht generell mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Für die Gesundheit im Alter sind einerseits die individuelle Lebensführung und die persönlichen Bewältigungspotenziale, andererseits eine angemessene medizinische und soziale Versorgung von Bedeutung. Neben kurativen Maßnahmen leisten rehabilitative und präventive Maßnahmen einen Beitrag zu Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden (BMFSFJ, 2001; Robert-Koch-Institut (RKI), 2002). Darüber hinaus kommt auch der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten (u.a. Städte und Gemeinden) Bedeutung zu. Für ältere selbständig lebende Menschen besitzt die unmittelbare Wohnumgebung, der Stadtteil in dem sie leben, als Lebenswelt zentrale Bedeutung. Dies gilt umso mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen beeinträchtigt ist. Der Stadtteil kann somit einen geeigneten Zugang für ältere Menschen im Allgemeinen und speziell auch für sozial benachteiligte ältere Menschen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bieten (Kümpers, 2008; Kümpers & Rosenbrock, 2010).

Nicht zuletzt in der Perspektive der kommunalen Daseinsvorsorge kann die Gestaltung von Lebenswelten und -bedingungen zu den ureigenen Aufgaben der Kommunen gezählt werden. „Gesundes Altern“ ist somit eine individuell wie gesellschaftlich zunehmend wichtige, aber auch voraussetzungsreiche Zielsetzung, für die Maßnahmen der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung einen Lösungsansatz darstellen können. Nach Einschätzung der Städte und Gemeinden selbst besitzt das Thema Prävention und Gesundheitsförderung in

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei der Benennung von Personen und Personengruppen auf eine beide Geschlechter ausweisende Formulierung verzichtet und vorzugsweise die männliche Form verwendet.

Kommunen im Allgemeinen wie auch in Bezug auf die Zielgruppe der älteren Menschen gegenwärtig mittlere Relevanz, wird jedoch zukünftig jedoch an Bedeutung gewinnen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Obwohl Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen bereits von einem Teil der Gesundheits- und Sozialämter als kommunale Gestaltungsaufgabe betrachtet werden (ebd.), ist eine systematische Auseinandersetzung damit einhergehender kommunaler Planungs-, Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse bislang nicht erfolgt. In NRW besetzen die kommunalen Gesundheitskonferenzen (kGK), die das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen in den letzten Jahren zunehmend bearbeitet haben, eine zentrale Schnittstelle zwischen Kommunalverwaltung und gesundheitsförderlichem Versorgungssystem. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgte deshalb eine Betrachtung der kGKn mit dem Ziel, kommunale Erfahrungen und Gestaltungsmöglichkeiten zu ermitteln, aufzubereiten und zu analysieren.

Im Folgenden wird zunächst in Teil eins eine thematische Einordnung vorgenommen und der Gegenstand der Arbeit dargelegt (Kap. 1). Im Anschluss erfolgen eine begriffliche Einordnung und Klärung sowie ein Überblick zu strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen der (kommunalen) Gesundheitsförderung in Deutschland, unter besonderer Berücksichtigung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der kommunalen Gesundheitsämter sowie der kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen (Kap. 2). Kapitel drei zielt auf eine kommunalpolitische Einordnung des Themas, wobei auf das Spannungsfeld von kommunaler Daseinsvorsorge, kommunaler Seniorenpolitik und kommunaler Gesundheitspolitik Bezug genommen wird. In Teil zwei werden zum einen theoretische Grundlagen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung beschrieben (Kap. 4); zum anderen werden theoretische Zugänge zur Gesundheit und Aktivität im Alter dargestellt (Kap. 5). In Kapitel sechs wird unter Bezugnahme auf Praxisberichte und empirische Befunde zur gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen ein Überblick zum Forschungsstand gegeben. Im dritten Teil werden Aufbau, Durchführung und Auswertung der empirischen Untersuchung zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext der kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW beschrieben (Kap. 7) und eine Zusammenfassung der Ergebnisse präsentiert (Kap. 8). Die Arbeit schließt mit einer Diskussion der Ergebnisse (Kap. 9) und einem Ausblick (Kap. 10).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Die Autorin hat als Mitarbeiterin des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund eine Kurz-Expertise erstellt, aus der Elemente für die vorliegende Arbeit verwendet wurden. Ausführungen einzelner Kapitel (Einleitung; Kap. 1.2; 2.2, 2.3; 4.1, 4.1.1., 4.1.2; 6.1, 6.2) dieser Arbeit sind in ähnlicher oder gekürzter Form veröffentlicht unter: Kuhlmann, A. (2009). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Unter Mitarbeit von Katrin Koch. Projektleitung: Prof. Dr. Gerhard Naegele & Dr. Marina Schmitt. Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund. Online verfügbar unter (11/2012) [https://www.in-form.de/nc/buergerportal/in-form-aktuell/downloads/stoebnern-sie-doch-mal-im-download-bereich.html?tx\\_drblob\\_pi1\[downloadUid\]=71](https://www.in-form.de/nc/buergerportal/in-form-aktuell/downloads/stoebnern-sie-doch-mal-im-download-bereich.html?tx_drblob_pi1[downloadUid]=71)

## 1 Thematische Einordnung

In Kapitel eins erfolgt eine thematische Einordnung des Untersuchungsgegenstandes; an eine Beschreibung der demografischen Entwicklung und ihrer Auswirkungen auf die kommunale Ebene, also die kreisfreien Städte, Kreise und kreisangehörigen Städte und Gemeinden, schließen eine Darstellung der gegenwärtigen Trends in der Gesundheitsentwicklung und ihre Relevanz für das Thema gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen sowie daraus folgend die Ableitung des Untersuchungsgegenstandes an.

### 1.1 Demografische Entwicklung und kommunale Ebene

Die Auswirkungen des demografischen Wandels zeigen sich in den Städten und Gemeinden an den Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur. Die „Alterung“ der Bevölkerung betrifft dabei alle Regionen, Städte und Gemeinden in Deutschland gleichermaßen; allerdings ergeben sich Unterschiede hinsichtlich Ausmaß und Geschwindigkeit regionaler und örtlicher Alterungsprozesse. Mit der Kurzformel „Weniger – Älter – Bunter“ werden die wesentlichen Dimensionen des demografischen Wandels prägnant zusammengefasst; gemeint ist damit (Naegele, 2010):

- die Abnahme der Gesamtbevölkerung,
- eine niedrige und stagnierende Geburtenrate,
- die Alterung der Gesamtbevölkerung, insbesondere die Zunahme der Hochaltrigkeit
- und eine weitere ethnisch-kulturelle Differenzierung der Bevölkerung.

Für die Beschreibung und Analyse regionaler Aspekte der demografischen Alterung sind insbesondere vier Ursachen zu berücksichtigen (Menning, Nowossadeck & Maretzke, 2010): nämlich Alterungsprozesse aufgrund bestehender Besonderheiten der Altersstruktur, das Geburtenniveau und die Lebenserwartung sowie Wanderungsbewegungen und ihre Auswirkungen. Betrachtet man die demografische Alterung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten in Deutschland, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. In Bezug auf das Durchschnittsalter ist im Allgemeinen seit 1991 in allen Bundesländern eine Erhöhung des Durchschnittsalters festzustellen; dabei zeigt sich, dass „(...) es *kein Bundesland [gibt], in dem sich die Bevölkerung verjüngt hätte.*“ (Menning et al., 2010, 10f).

Während das höchste Durchschnittsalter in den neuen Bundesländern zu verzeichnen ist (z.B. Thüringen mit einem Durchschnittsalter von 45,3 im Jahr 2008), kann die Bevölkerung in Baden-Württemberg und den Stadtstaaten als "jung" eingestuft werden (z.B. Baden-Württemberg mit einem Durchschnittsalter von 42,2 im Jahr 2008). Nordrhein-Westfalen rangiert hingegen mit einem Durchschnittsalter von 42,8 Jahren (2008) im Mittelfeld und liegt damit unterhalb des gesamtdeutschen Durchschnittsalters von 43,2 Jahren (2008). Im Hinblick auf den Anteil 65-Jähriger und Älterer sowie den Anteil der Hochbetagten liegt NRW im Bundesländervergleich ebenfalls im Mittelfeld (im Vergleich zur Bundesrepublik zeigt sich hingegen für 2008 eine fast vollständige Übereinstimmung). Im bundesdeutschen Vergleich ist für NRW - sowie für Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein - das geringste Alte-



rungstempo zu verzeichnen. Die Wirkungen der o.g. Einflussfaktoren sind hier durchschnittlich bis unterdurchschnittlich (Menning et al., 2010, 17). Im Einzelnen sind Stand und Entwicklung der Bevölkerung in NRW durch folgende Merkmale gekennzeichnet (Cicholas & Ströker, 2009): die Gesamtbevölkerung in NRW umfasste 2008 ca. 18 Mio. Menschen; davon waren 4,5 Millionen Menschen 60 Jahre und älter; der Anteil der 80-Jährigen und älteren Bevölkerung lag bei 4,8%. Perspektivisch wird für die kommenden Jahre eine Abnahme der Gesamtzahl der Bevölkerung in NRW erwartet; der Bevölkerungsrückgang wird sich dabei insbesondere bei den jüngere Altersgruppen zeigen. Im Gegensatz dazu werden sowohl in der Gruppe der jüngeren Älteren (60- bis unter 80-Jährige) als auch bei den Hochaltrigen (80 Jahre und älter) Zunahmen zu verzeichnen sein (vgl. Tab. 1).

**Tabelle 1: Vorausberechnung der Bevölkerung 2008 bis 2030/2050 in NRW**

Altersgruppe	Bevölkerung (in 1 000) am		
	01.01.2008	01.01.2030	01.01.2050
unter 3	454,5	418,7	349,9
3 – 6	482,1	437,4	353,4
6 – 10	707,4	599,7	476,2
10 – 16	1165,3	901,5	745,8
16 – 19	637,5	447,2	399,5
16 – 25	1250,1	952,5	898,6
25 – 40	3397,9	3128,9	2590,4
40 – 60	5404,2	4306,8	3992,7
60 – 80	3640,3	4739,9	3812,9
80 und mehr	857,3	1399,7	2309,2
<b>Gesamt</b>	17996,6	17332,3	15928,6

Quelle: IT.NRW (2010)<sup>3</sup>

Die demografische Entwicklung kann für die regionale Ebene (kreisfreie Städte, Kreise) in NRW als uneinheitlich bezeichnet werden; insbesondere für die zukünftige Entwicklung der Altersstruktur werden bedeutende regionale Unterschiede erwartet. Zwar werden alle Kreise und kreisfreien Städte von Wachstums-, Schrumpfungs- und Alterungsprozessen der Bevölkerung betroffen sein, aber in regional unterschiedlicher Ausprägung. Dabei zeichnet sich ab, dass Kreise zukünftig tendenziell stärker von Alterungsprozessen betroffen sein werden als kreisfreie Städte, was insbesondere durch den Fortgang von Familien und eine damit einhergehende Verringerung der jüngeren Bevölkerung verstärkt wird. Umgekehrt können einzelne kreisfreie Städte erwarten, dass Alterungsprozesse durch die Zuwanderung jüngerer Menschen abgemildert werden. Insbesondere im Ruhrgebiet werden sich gegenüber dem Landesdurchschnitt eine deutliche Bevölkerungsabnahme und Alterung der Bevölkerung abzeichnen (ebd.).

Zu einer ähnlichen Einschätzung für NRW kommen auch Menning, Nowossadeck & Marezke (2010), die im Rahmen einer Clusteranalyse Muster der demografischen Alterung für Kreise und kreisfreie Städte herausgearbeitet haben; die Alterungspioniere (Cluster 1), stabile Wachstumskreise (Cluster 2), langfristige gealterte Kreise (Cluster 3) und Durchschnittskreise (Cluster 4). Kreise und kreisfreie Städte aus NRW werden dabei den Clustern drei und vier zugeordnet. Langfristig gealterte Kreise weisen eine bereits weit fortgeschrittene Alterung der Bevölkerung auf, deren Alterungsprozess sich auch zukünftig weiter fortsetzt. Demgegenüber sind "Durchschnittskreise", zu denen in NRW mehr als zwei Drittel aller Kreise

<sup>3</sup> Online verfügbar unter (05/2010) [http://www.it.nrw.de/statistik/img\\_tabellen/r311prog4\\_tab.html](http://www.it.nrw.de/statistik/img_tabellen/r311prog4_tab.html)

gehören, durch eine mittlere Alterungsgeschwindigkeit gekennzeichnet; das Durchschnittsalter entspricht hier mit 43 Jahren nahezu dem Bundesdurchschnitt (43,5 Jahre) (Menning et al., 2010, 22ff).

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der Einfluss der Kreise und kreisfreien Städte auf Wirkfaktoren der demografischen Alterung minimal ist. Dementsprechend gewinnen eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Thematik sowie die Anpassung an die Veränderungen auch für die kommunale Ebene an Bedeutung. Für die Entwicklung von Umgangsweisen und Handlungsstrategien sind dabei (Menning et al., 2010) u.a. die flächendeckende Zunahme älterer aktiver und „gesunder“ wie pflegebedürftiger Menschen sowie eine Konzentration von Alterungsprozessen auf einzelne Regionen (z.B. westdeutsche, strukturschwache Regionen u.a. das Ruhrgebiet, ländliche Regionen und die neuen Bundesländer) zu berücksichtigen. Für Letztgenannte leiten sich aus den Folgen der Veränderung der Bevölkerungsstrukturen zudem u.a. Kostensteigerungen im Bereich der Absicherung von Grundleistungen der Daseinsvorsorge ab; der Kompensation finanzieller Einbußen, die auf unterschiedlichen Ebene aus dem Bevölkerungsrückgang resultieren (z.B. rückläufige Steuereinnahmen, zusätzliche Kosten für den Rückbau überflüssiger Infrastruktur) kommt deshalb hier besondere Bedeutung zu. Die weitere Zunahme des Bevölkerungsrückgangs im ländlichen Raum stellt dabei auch im Hinblick auf die Garantie der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den belasteten Regionen eine Herausforderung für die ländlichen Gebiete dar (Menning et al., 2010, 39f).

### 1.2 Trends in der Gesundheitsentwicklung

In den industrialisierten Länder bestimmen drei Trends die zukünftige Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung: 1) die steigende Lebenserwartung, 2) die Dominanz chronischer, vermeidbarer Erkrankungen und 3) die Ungleichheit der Gesundheitschancen (Altgeld et al., 2006, 9ff). Ausgehend von demografischen, epidemiologischen, sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit, rückte in den letzten Jahren zunehmend u.a. die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung als Lösungsansatz in den Mittelpunkt.

Mit dem Trend der steigenden Lebenserwartung ist die Frage verbunden, inwiefern damit ein Zugewinn an gesunden Lebensjahren einhergehen oder aber ein Anstieg der Häufigkeit und Dauer von Krankheit und Behinderung im Alter erfolgen werden. Diese (sozial-) politisch wie gesellschaftlich bedeutende Fragestellung ist bislang nicht eindeutig geklärt (Deutscher Bundestag, 2002, 184f). Auch wenn für die Bundesrepublik Deutschland bislang nur ansatzweise empirische Belege vorliegen, ist insgesamt auch hier ein Trend dahingehend zu verzeichnen, dass die Bevölkerung immer gesünder älter wird (vgl. BMFSFJ, 2001). Ein wesentliches individuelles, gesellschaftliches wie gesundheitspolitisches Interesse besteht deshalb darin, diesen Trend zu festigen und auszubauen. Mit anderen Worten geht es zukünftig darum, die „gesunde Lebenserwartung“<sup>4</sup> zu steigern (Kompression von Morbidität; vgl. SVR, 2009).

In den industrialisierten Ländern erfolgte in den letzten Jahren ein Wandel des Krankheitsspektrums von Akut- zu Langzeiterkrankungen und damit ein Trend zu „chronischen Krankheiten“ wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des

---

<sup>4</sup> Für die Berechnung der „Gesunden Lebenserwartung“ wird eine Gewichtung der Lebenserwartung nach beschwerdefreien Lebensjahren vorgenommen. Sie gibt das Ausmaß der Lebensjahre, die in Gesundheit verbracht werden, an (RKI, 2006, 15).

Bewegungsapparates und demenziellen Erkrankungen. Chronische Erkrankungen ziehen i.d.R. eine kostenintensive und lebenslange Behandlung nach sich. Sie sind durch kurative Maßnahmen wenig beeinflussbar und nach heutigem Forschungsstand nicht heilbar. Obwohl Alter(n) nicht generell mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen ist, steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintretens alterstypischer, chronischer Erkrankungen, die insbesondere im hohen Alter akkumulieren können (Multimorbidität), an (Walter & Schwartz, 2001, 170ff). Mit dem Anstieg chronischer Erkrankungen, nimmt auch die Bedeutung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Gesundheitswesen zu. Für das vorrangig kurativ ausgerichtete deutsche Gesundheitswesen leitet sich daraus die Notwendigkeit der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensverlauf ab, die bislang eher untergeordnete und vernachlässigte Versorgungsbereiche darstellen (Deutscher Bundestag, 2002; Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004; Hurrelmann & Laaser, 2006).

Obwohl in Deutschland formal betrachtet für die Bevölkerung gleiche Zugangsmöglichkeiten zu Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitssystems bestehen, sind auch hier sozial bedingte Unterschiede in der Morbidität und Lebenserwartung festzustellen. So ist im Kontext politischer, ökonomischer und demografischer Veränderungen in den letzten Jahren eine Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse zu verzeichnen (u.a. Einkommensarmut, Verschuldung, Arbeitslosigkeit, sozial ungleich verteilte Bildungschancen), die wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung nach sich zieht. Auch in einem modernen Sozial- und Wohlfahrtsstaat wie der BRD kann somit ein eindeutiger Zusammenhang zwischen sozialer Lage (Schichtzugehörigkeit, Einkommenslage, Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, Wohn- und Umweltbedingungen) und Gesundheit bzw. Krankheit festgestellt werden („Gesundheitliche Ungleichheit“; BMGS, 2005; Lampert et al., 2005; Mielck, 2005).

Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen prägen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und den Lebensstil und tragen dazu bei, dass der Gesundheitszustand je nach Bevölkerungsschicht variiert. Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel), Krankheitsvorkommen und Beschwerdeniveau weisen einen deutlichen Schichtbezug auf (Deutscher Bundestag, 2002, 403; Lampert et al., 2005, Mielck & Helmert, 2006). Bildung, Beruf und Einkommen wirken als Merkmale der vertikalen Ungleichheit indirekt auf den Gesundheitszustand ein. Die mit dem Sozialstatus verbundenen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen und ihr Einfluss auf die Gesundheit sind komplex und erlauben keine Rückschlüsse im Sinne einfacher Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Berücksichtigt man zudem die Entstehungsgeschichte von Krankheiten im Lebensverlauf, nimmt die Komplexität zu (Mielck, 2005).

Erst in den letzten Jahren wurde in der Diskussion um gesundheitliche Ungleichheit auch auf die Lebensphase Alter Bezug genommen und der Einfluss der sozialen Lage auf den Altersverlauf und die gesundheitliche Situation im höheren Lebensalter betrachtet. Erste Befunde geben Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem und gesundheitlichem Status auch im höheren Alter zu beobachten ist, wobei insbesondere dem Einkommen als Prädiktor der Morbidität und Mortalität Bedeutung zugeschrieben wird (BMGS, 2005; Lampert et al., 2005). Für die Zu- oder Abnahme der Bedeutsamkeit sozialer Unterschiede im Alter liegen bislang inkonsistente Befunden vor (Knesebeck, v. d., 2008, 121). Einigkeit besteht jedoch dahingehend, dass auch im Alter ein sozialer Gradient von Morbidität und Mortalität vorhanden ist, der jedoch im Vergleich zum mittleren Erwachsenenalter geringer ausgeprägt ist (ebd., 127). Zudem sprechen bisherige Forschungsergebnisse

dafür, dass sich der soziale Gradient im höheren Alter abschwächt und sich im sehr hohen Alter – wenn überhaupt – nivelliert. Als mögliche Begründung wird gegenwärtig die selektive Sterblichkeit angeführt, ein über den Lebensverlauf hinweg bestehender Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Mortalitätsrisiko. Gegenwärtig plausibel erscheint, dass gesundheitliche Unterschiede im Alter gleichermaßen auf im Lebensverlauf akkumulierte und aktuelle Unterschiede in den Lebensbedingungen zurückzuführen sind. Im Hinblick auf die Erklärung sozial bedingter Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede im höheren Lebensalter besteht jedoch weiterhin Forschungsbedarf (vgl. SVR, 2007, 689).

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass die Lebensbedingungen und das Gesundheitsverhalten auch der älteren Bevölkerung beeinflussbar sind. Neben der politischen Befürwortung der Überwindung gesundheitlicher Ungleichheit ist es von besonderer Bedeutung, dass Methoden und Strategien der (gemeindeorientierten) Gesundheitsförderung und Prävention auf die Zielgruppe (älterer) sozial benachteiligter Menschen abgestimmt werden. Wichtig sind in diesem Zusammenhang Angebote, die in der Lebenswelt und an den jeweiligen Lebensbedingungen ansetzen (Altgeld et al., 2006, 11).

### **1.3 Relevanz des Themas und Gegenstand der Arbeit**

In Deutschland ist eine nachhaltige und zukünftig fortschreitende Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung zu verzeichnen (Deutscher Bundestag, 2002). Die „Alterung“ der Bevölkerung betrifft alle Regionen, Städte und Gemeinden in Deutschland gleichermaßen, wobei sich Unterschiede hinsichtlich Ausmaß und Geschwindigkeit lokaler Alterungsprozesse ergeben (Menning et al., 2010). Die kommunale Ebene ist der Ort, an dem sich die Alterung der Bevölkerung konkret auswirkt. Da der Einfluss der Kommunen auf die Wirkfaktoren demografischer Veränderungen insgesamt als gering zu bewerten ist, gewinnt eine frühzeitige Anpassung an zu erwartende oder bereits eingetretene Alterungsprozesse sowie die Entwicklung kommunaler Handlungsstrategien an Bedeutung; diese müssen u.a. die Bedürfnisse und Bedarfe einer gesundheitlich heterogenen älteren Bevölkerung, d.h. „gesunder“, chronisch kranker oder pflegebedürftiger Älterer, berücksichtigen (Menning et al., 2010). Die Kommunen, d.h. kreisfreie Städte, Kreise und ihnen angehörige Städte und Gemeinden, sind in erster Linie zuständig, wenn es um die Gestaltung der Lebensverhältnisse der Menschen vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen geht; im Sinne der kommunalen Daseinsvorsorge kann die Gestaltung von gesundheitsfördernden Lebenswelten und -bedingungen dabei zu den ureigenen Aufgaben der Kommunen gezählt werden.

Obwohl mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) steigt, ist die Lebensphase Alter nicht generell mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Auch für die Lebensphase Alter bestehen erhebliche Präventionspotenziale (z.B. Sturzprävention; Zahnprophylaxe) (BMFSFJ, 2001; Kruse, 2002; RKI, 2002; Walter & Schwartz, 2001), die jedoch bislang nicht immer ausgeschöpft werden. Für die Gesundheit im Alter sind einerseits die individuelle Lebensführung und die persönlichen Bewältigungspotenziale, andererseits eine angemessene medizinische und soziale Versorgung von Bedeutung. Neben kurativen Maßnahmen leisten rehabilitative und präventive Maßnahmen einen Beitrag zu Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter (BMFSFJ, 2001; RKI, 2002). Für ältere selbstständig lebende Menschen besitzt zudem die unmittelbare Wohnumgebung, der Stadtteil in dem sie leben, als Lebenswelt zentrale Bedeutung für den Aktivitäts- und Gesundheitserhalt. Dies gilt umso

mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen beeinträchtigt ist. Der Stadtteil kann somit einen geeigneten Zugang für ältere Menschen im Allgemeinen und speziell auch für sozial benachteiligte ältere Menschen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bieten (Kümpers, 2008; Kümpers & Rosenbrock, 2010). Einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt „Kommune“ (bzw. „Stadt/Stadtteil/Quartier“) kommt folglich sowohl aus Sicht der älteren Bevölkerung wie im Interesse der Kommunen Bedeutung zu. Auch wenn empirisch fundierte Nachweise für die Wirksamkeit gemeindeorientierter gesundheitsfördernder Maßnahmen bislang ausstehen, ist davon auszugehen, dass auf diese Weise individuelle Gesundheitsgewinne erzielt werden können und auch die Finanzierung (vor-)pflegerischer kommunaler Versorgungsstrukturen positiv beeinflusst werden kann. „Gesundes Altern“ ist somit eine individuell wie gesellschaftlich zunehmend wichtige, aber auch voraussetzungsreiche Zielsetzung, für die u.a. Maßnahmen der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung einen Lösungsansatz darstellen können. Nach Einschätzung der Städte und Gemeinden selbst besitzt das Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen im Allgemeinen wie auch in Bezug auf die Zielgruppe der älteren Menschen gegenwärtig mittlere Relevanz, wird jedoch zukünftig jedoch an Bedeutung gewinnen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007).

Insbesondere die praktische Umsetzung „(gemeindeorientierter) Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ hat in den letzten Jahren eine nicht unerhebliche Ausweitung erfahren<sup>5</sup>. In NRW wurde dem Thema „Gesundheit im Alter“ und einer gemeindeorientierten Gesundheitsförderung insbesondere durch die Entschlüsse der Landesgesundheitskonferenz Bedeutung zugewiesen (MAGS NRW, 2007a; MAGS NRW, 2008); wobei diesbezüglich auch dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) Zuständigkeiten zugewiesen werden (MAGS NRW, 2008). Auch wenn Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen von einem Teil der Gesundheits- und Sozialämter bereits als kommunale Gestaltungsaufgabe betrachtet werden (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007), ist eine systematische Auseinandersetzung damit einhergehender kommunaler Planungs-, Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse jedoch bislang nicht erfolgt.

*„Hier muss intensiver geprüft werden, wie weit die dort abgelaufenen Prozesse auf andere Kommunen übertragbar sind. Die Darstellung und Kommunikation ‚guter‘ Beispiele kann dabei unterstützen.“ (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 63, Hervorhebung i. Orig.).*

Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, diese Lücke zu schließen. In NRW besetzen die kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK), die das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen in den letzten Jahren zunehmend bearbeitet haben, eine zentrale Schnittstelle zwischen Kommunalverwaltung und gesundheitsförderlichem Versorgungssystem. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgte deshalb - unter Rückgriff auf

---

<sup>5</sup> Beschreibungen „guter Praxis“ wurden in den letzten Jahren im Rahmen einschlägiger Projektdatenbanken systematisiert; beispielsweise zu nennen sind die internationale Projektdatenbank HealthProElderly, online verfügbar unter (09/2011) <http://www.healthproelderly.com/> oder die nationale Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, online verfügbar unter (09/2011) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>

gesundheitswissenschaftliche und gerontologische Wissens- und Forschungsbezüge<sup>6</sup> - eine Betrachtung der kGKn mit dem Ziel, kommunale Erfahrungen und Gestaltungsmöglichkeiten zu ermitteln, aufzubereiten und zu analysieren. Im Mittelpunkt stand dabei die Erfassung geeigneter Arbeits- und Vorgehensweisen und das Ziel, diese für andere Kommunen zugänglich zu machen. Dabei interessierten insbesondere die politische Unterstützung und Gestaltung des Themas, der Aufbau (intersektoraler) Kooperationsstrukturen und Möglichkeiten der Gestaltung von Beteiligungs- und Mitwirkungsprozessen für ältere Bürger.

---

<sup>6</sup> Die Möglichkeit einen verwaltungswissenschaftlichen Zugang zum Forschungsgegenstand zu wählen, der angesichts der innerorganisatorischen Prozesse und ggf. zukünftigen Handlungsbedarfe im Hinblick auf eine stärkere Berücksichtigung „gesunder“ Älterer in der gesundheitsbezogenen Kommunalverwaltung sicherlich fruchtbar wäre, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden.

## 2 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Im Folgenden wird zunächst eine Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes vorgenommen; nach einer historisch-programmatischen Einordnung von Gesundheit und (gemeindeorientierter) Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO), werden der Gesundheitszustand und bestehende Präventionspotenziale Älterer in den Blick genommen. Die Darstellung nationaler Strukturen, Themen und Handlungsfelder der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung berücksichtigt zum einen den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die kommunale Einrichtung des Gesundheitsamtes; zum anderen werden ältere Zielgruppen sowie Themenbereiche und präventive Strategien für ältere Menschen betrachtet. Das Kapitel schließt mit der Beschreibung des ÖGD in NRW; neben den landesspezifischen Gremien und Instrumenten (Landesgesundheitskonferenz und Landesgesundheitsberichterstattung) wird besonderes Augenmerk auf das kommunale Pendant – die kommunale Gesundheitskonferenz und die kommunale Gesundheitsberichterstattung – gerichtet.

### 2.1 Gesundheit und gemeindeorientierte Gesundheitsförderung – begriffliche, historische und programmatische Einordnung

#### 2.1.1 Gesundheit

„Gesundheit“ ist einerseits ein individuell erlebbares und alltäglich empfundenes Ereignis, andererseits stellt Gesundheit auch ein gesellschaftlich relevantes Konstrukt dar, das – in Abhängigkeit von den jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnissen und dem sich vollziehenden historischen Wandel – definiert werden muss. Bemühungen um eine Begriffsbestimmung erfolgten im Kontext unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen (z.B. Philosophie, Medizin, Jura, Soziologie, Psychologie, Gesundheitswissenschaften); darüber hinaus ist die „Gesundheit“ Gegenstand von Politik, Versicherungs- und Verwaltungswesen. Eine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit, die in allen damit befassten Disziplinen und Versorgungsbereichen gleichermaßen Verwendung findet, wurde bislang nicht formuliert (Franke, 2006, 27f). Für die Gesundheitsförderung stellt die wertorientierte Definition der Weltgesundheitsorganisation<sup>7</sup> einen wesentlichen Bezugspunkt dar:

*„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustands zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“* (WHO, 1946 in Hurrelmann & Franzkowiak, 2006, 53)

---

<sup>7</sup> Im Original (WHO, 1946) „Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Hurrelmann & Franzkowiak (2006, 53) weisen darauf hin, dass die WHO-Definition, ungeachtet ihrer grundlegend politischen Funktion, vielfach kritisiert wurde; unterstellt wird ein utopisch-dogmatischer Charakter (z.B. „Zustand des vollständigen (...) Wohlbefindens“). In den Gesundheitswissenschaften sei man dazu übergegangen, diese Wortwahl zu umgehen (z.B. werde das im Englischen formulierte „complete“ mit „umfassend“ anstelle von „vollständig“ übersetzt).

Mit dieser umfassenden Definition, die körperliche, seelisch-geistige und soziale Dimensionen und ihre wechselseitige Bedingtheit in den Mittelpunkt stellt, erfolgte eine Abkehr vom bio-medizinischen (Krankheits-) Verständnis (Gesundheit als „Abwesenheit von Krankheit“). Des Weiteren wird betont, dass Gesundheit als eine lebensgeschichtlich und alltäglich immer wieder neu und aktiv herzustellende „Balance“ zu verstehen ist. Die Verankerung von Wohlbefinden in allen Dimensionen des täglichen Lebens geht zudem mit der Forderung nach positiven politischen, kulturellen, ökonomischen und sozialen-ökologischen Grundvoraussetzungen zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Lebensstile/-weisen einher (Hurrelmann & Franzkowiak, 2006, 53).

Die erste Gesundheitsdefinition der WHO fokussierte Gesundheit vorwiegend auf individueller Ebene; in der weiteren Entwicklung und Verbreitung gesundheitsfördernder Ansätze durch die WHO in den 1980er Jahren erfolgte eine deutliche Bezugnahme auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ihren jeweiligen Einfluss auf die Gesundheit (Franke, 2006, 176).

*„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.“ (WHO, 1986 in Franke, 2006)*

Die Sichtweise der Gesundheitsförderung und –erziehung auf „Gesundheit“ ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass das Individuum (aktiv) zu ihrer Verbesserung und ihrem Erhalt beitragen kann<sup>8</sup>. In diesem Sinne wird Gesundheit als Leistung verstanden bzw. als Ergebnis *„der gelungen Auseinandersetzung mit den sie bedrohenden Risiken oder, (...), ihren natürlichen Einschränkungen. Gesundheit wird demnach als Folge eigenen Verhaltens verstanden, als eine gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.“ (Franke, 2006, 47).*

Nicht zuletzt mit der Forderung nach gesundheitlicher Chancengleichheit, die gegenwärtig auch im Mittelpunkt der aktuellen Diskussion steht, können nachfolgende Deklarationen der WHO als „politischer“ bezeichnet werden (Franke, 2006). Ausgehend von der internationalen WHO-Konferenz in Alma-Ata (1978) entwickelte sich die Forderung und Globalstrategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“; im Mittelpunkt stand dabei die Forderung nach einer gleichmäßigen Verteilung von Gesundheitsressourcen. Zugänglichkeit und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung für alle Menschen sollten insbesondere über den Ansatz der primären Gesundheitsversorgung (Primary health care) realisiert werden; dabei wurde die Gemeinde als wesentlicher Ort der Gesundheitssicherung benannt. Mit der Ottawa-Charta (WHO, 1986) wurde ein Aktionsprogramm zur Umsetzung dieser Globalstrategie vorgelegt, die seit dem Grundlage für alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist. Sie bildet gleichsam einen Orientierungspunkt für gesundheitspolitische Grundsätze und Strategien (Franke, 2006, 176f).

---

<sup>8</sup> Im Gegensatz dazu bestehen weitere Auffassungen und Wertvorstellungen zur Gesundheit. Beispielsweise wird im Kontext biomedizinisch geprägter Sichtweisen Gesundheit als „Geschenk“ betrachtet, das unter normalen Umständen den Menschen erhalten bleibt, im Falle widriger Umstände jedoch auch verloren gehen kann (Seedhouse, 1988 in Franke, 2006); für eine ausführliche Darstellung und Diskussion des Gesundheitsbegriffs vgl. Franke (2006).



*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern in allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“ (Ottawa-Charta, 1986 in Franke, 2006)*

### **2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention**

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden in der aktuellen Diskussion häufig synonym verwendet; die Interventionsformen der Gesundheitsförderung und Prävention sind komplex und vielfältig und aufgrund ihrer unterschiedlichen Entstehungsgeschichte und ihrer Verortung in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und verschiedenen Praxisbereichen in sich unklar und ihre Abgrenzung häufig nicht trennscharf (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004; Hurrelmann & Laaser, 2006, 750; Walter & Schwartz, 2003a; Werle et al., 2006, 29f).

Unter Rückgriff auf Kenntnisse zur Entstehung von Krankheiten (Pathogenese) sind präventive Interventionen darauf gerichtet, Ausgangsbedingungen und Risiken für Krankheiten (Risikofaktoren) zu identifizieren, zu verhindern oder abzumildern (Vermeidungsstrategie) (Hurrelmann Klotz & Haisch, 2004, 12; Hurrelmann & Laaser, 2006, 750ff). Neben verhaltensorientierten Ansätzen der individuellen Gesundheitserziehung (Verhaltensprävention), richtete sich die Aufmerksamkeit in den letzten Jahren zunehmend auf gesellschaftliche Determinanten von Gesundheit und Krankheit (Verhältnisprävention) (SVR, 2001).

Basierend auf Erkenntnissen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit (Salutogenese), zielen gesundheitsfördernde Interventionen auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Stärkung persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenzen und eine auf die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten gerichtete Politik (Promotionsstrategie) (Hurrelmann Klotz & Haisch, 2004, 12; Hurrelmann & Laaser, 2006, 750ff; Kickbusch, 2003, 182). Das gemeinsame Anliegen von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ist die Erzielung eines Gesundheitsgewinns für den Einzelnen oder die Bevölkerung. Unterschiede in der Herangehensweise bestehen darin, dass sich Krankheitsprävention auf die Verringerung von Krankheitslasten richtet, während Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen zielt. Eine strikte Abgrenzung der beiden Interventionsformen erscheint

im Sinne der notwendigen Interdisziplinarität und für die Umsetzung einer umfassenden Gesundheitsversorgung nicht wünschenswert; für die Erzielung eines nachhaltigen Gesundheitsgewinns erweist sich vielmehr eine komplementäre Anwendung als Erfolg versprechend (Hurrelmann & Laaser, 2006, 752; Kaba-Schönstein, 2006c, 106).

Die aus medizinischer Sicht übliche Unterscheidung präventiver Maßnahmen in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand der Zielgruppe (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention<sup>9</sup>) stellt für Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden keinen Bezugspunkt dar. Vielmehr liegt diesem gemeindeorientierten Ansatz die Annahme zugrunde, dass eine gesundheitsförderliche Ausgestaltung der kommunalen Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen an alle Bürger, unabhängig von ihrem jeweiligen Gesundheitszustand, gerichtet ist (Trojan, 2004, 305). In der vorliegenden Arbeit werden Prävention und Gesundheitsförderung deshalb als sich ergänzende Strategien der Belastungssenkung und Ressourcenförderung verstanden; im Mittelpunkt stehen dabei gemeindebezogene Ansätze der Gesundheitsförderung und die Zielgruppe der älteren Menschen.

### **2.1.3 Gemeindeorientierte Strategien der Gesundheitsförderung**

Die Ottawa-Charta umfasst fünf Strategien und jeweils darauf bezogene Handlungsebenen (WHO, 1986): Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, Schaffung gesundheitsförderliche Lebenswelten, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Neuorientierung der Gesundheitsdienste. Wesentlicher Akteure für die Gestaltung gesundheitsförderliche Lebenswelten befinden sich grundsätzlich auf allen politischen Ebenen, insbesondere ist dabei jedoch die kommunale Ebene mit dem ÖGD als potentielle koordinierende und stimulierende Instanz gem. ÖGDG-Ländergesetzen von Interesse (Trojan, 2002, 254ff).

Die Ottawa-Charta wird i.d.R. als wesentlicher Bezugsrahmen für Gesundheitsförderung benannt. Dabei ist für die Operationalisierung und Umsetzung – sowohl auf politischer wie praktischer Ebene - zu berücksichtigen, dass es sich um ein programmatisch-strategisches (internationales) Dokument der Weltgesundheitsorganisation handelt, das zunächst wenig handlungsleitend war. Mit der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung zwar als eigenständiges Handlungsfeld konzeptualisiert; es

*„war und ist immer noch kein Dokument, das mehr als vage Hinweise für operative Umsetzungen dieses komplexen Ansatzes liefert. Daran ändern auch die beschriebenen Handlungsstrategien nur wenig. Bei der Umsetzung lässt die Ottawa-Charta die Akteure allein.“ (Stender, 2003, 25).*

Ungeachtet dessen haben die Ottawa-Charta und daran anschließende Dokumente der WHO die gegenwärtige gesundheitspolitische Diskussion maßgeblich beeinflusst. Mit der Akzeptanz der Anforderungen und Zielsetzungen erfolgten – mehr oder weniger streng an den Grundsätzen orientierte – Versuche der Operationalisierung, insbesondere auf kommu-

---

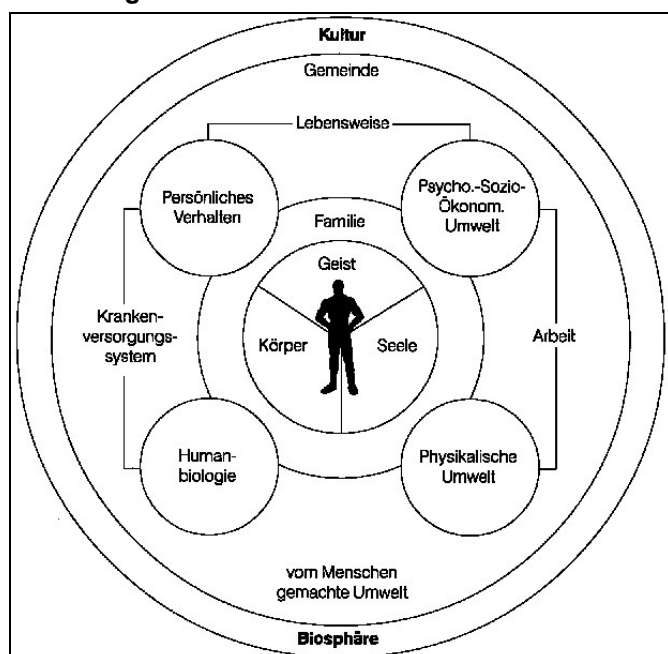
<sup>9</sup> Primärpräventive Interventionen zielen auf die Krankheitsverhütung/-vermeidung; die sekundäre Prävention umfasst die Krankheitsfrüherkennung (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Screenings) und frühzeitige Behandlung. Maßnahmen der tertiären Prävention adressieren bereits erkrankte Personen mit dem Ziel, eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine Chronifizierung zu vermeiden (Franzkowiak, 2006, 179).

naler Ebene (vgl. z.B. die nationale Entwicklung des „Gesunde-Städte-Netzwerkes“, Kap. 6.1). Gleichwohl muss berücksichtigt werden, dass der überwiegenden Befürwortung von Gesundheitsförderung als intersektorale Aufgabe auf programmatischer Ebene eine vergleichsweise langsame praktische Umsetzung und Veränderung „realer Verhältnisse“ gegenüberstehen (Stender, 2003). Im Hinblick auf diesen Widerspruch resümiert Stender (2003, 29)

*„Die Gesundheitsförderungs-Konzeption leidet gerade auch im Angesicht der wortgewaltigen Erklärungen an dem unauflösbaren Konflikt, ein Versprechen auf die umwälzende Verbesserung der Gesellschaft in sich zu tragen. Aber die „realen Verhältnisse“ lassen sich auch durch noch so gute Programme nur kurz beeindrucken. Das führt dazu, dass Gesundheitsförderung und mehr noch kommunale Gesundheitsförderung, weil hier auf engerem Raum dieser Widerspruch noch bedrückender erlebt wird, viele Enttäuschte hinterlassen hat.“ (Stender, 2003, 29).*

Basierend auf den Arbeiten der WHO entwickelte sich zunehmend die Sichtweise, dass die Gesundheit der Menschen einerseits durch das Gesundheitsversorgungssystem, andererseits aber auch durch andere Determinanten (Biologie, Lebensweise, Umwelt) beeinflusst wird. Das Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock (Hurrelmann & Franzkowiak, 2003, 55, vgl. Abb. 1), das Mitte der 1980er Jahren in Kanada entwickelt wurde, stellt die inneren und äußeren Gesundheitsdeterminanten sowie Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und –politik in den Mittelpunkt.

**Abbildung 1: Das Mandalamodell der Gesundheit von Hancock**



Quelle: Hurrelmann & Franzkowiak (2003, 55)<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Vgl. auch Labisch (1989, 154 in Waller, 2006, 30).

Dieses ökologische Gesundheitsmodell stellt eine Verbindung zwischen folgenden Bereichen her (Hurrelmann & Franzkowiak, 2003, 54f; Waller, 2006, 30):

- Humanbiologie (genetische Anlagen und Dispositionen; Immunsystem; menschliche Physiologie, Anatomie),
- Lebensstile/Lebensweisen (Gesundheitsorientierungen; Risikoverhalten; Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und –versorgung; Krankheits- und Krisenbewältigung; gesundheitsförderliches Verhalten z.B. Ernährung, Bewegung),
- Psychosoziale und kulturelle Umwelt (sozio-ökonomischer Status; Milieueinbindung; Peer-Kulturen; soziale Unterstützungsnetzwerke),
- Physikalische Umwelt/Biosphäre (Wohn-, Arbeitsbedingungen; natürliche und industrielle Umwelt, klimatische Bedingungen).

Kennzeichnend für das Mandala-Modell sind Dynamik und Interaktivität (Waller, 2006, 30). Das Modell beschreibt zum einen eine dynamische Wechselwirkung zwischen äußeren Faktoren, die auf die Gesundheit des Menschen einwirken und Möglichkeiten des Individuums, auf diese Faktoren Einfluss zu nehmen; Interaktivität bezeichnet zum anderen die Verbindung aller Faktoren untereinander, ihre gegenseitige Verstärkung oder Aufhebung. Im Rahmen des Mandala-Modells der Gesundheit werden zudem verschiedene Ebenen der Gesundheitspolitik unterschieden (Waller, 2006, 131): Gesundheitspolitik für die Gesellschaft (Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe unterschiedlicher Politikbereiche u.a. Gesundheits-, Energie-, Verkehrs-, Finanz-, Umweltpolitik), für das Individuum (Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen) und die Gemeinde. Letztgenannte wird als eine wesentliche gesundheitspolitische Ebene angesehen. Neben der Förderung und Sicherstellung ökologischer und struktureller Rahmenbedingungen (z.B. saubere Luft, sauberes Wasser, angemessene Nahrungsmittel, Wohnbedingungen, ausreichendes Einkommen, Sicherheit am Arbeitsplatz, Qualität von Arbeit, Ausbildung, Unterstützungssystemen, medizinischer und sozialer Dienste) stehen die Förderung und Sicherstellung der „Gesundheit“ der Gemeinde selbst im Mittelpunkt; verschiedene Gemeindemitglieder (z.B. Familien, Kirchen, gemeinnützige Organisation, Nachbarschaftsgruppen), die zwischen Individuum und gesellschaftlichen Institutionen vermitteln, leisten dazu einen Beitrag.

Gesellschaftliche Bedingungen wirken auf die Gesundheit und Krankheit einer Bevölkerung ein. Über die Gestaltung und Verbesserung der „Gesundheitsverhältnisse“, verstanden als politische Gestaltung der sozialen, ökonomischen, kulturellen und organisatorischen Strukturen, kann die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit des Einzelnen oder der Bevölkerung beeinflusst werden. Dafür stehen auf politischer Ebene verschiedene Strategien zur Verfügung (vgl. Tab. 2). Die Gestaltung gesundheitsförderlicher kommunaler Lebensräume zählt zu den bereichsspezifischen Strategien und richtet sich im Wesentlichen auf die Selbstorganisation und Befähigung der Gemeindemitglieder (Beteiligung an der Gestaltung einer gesundheitsfördernden Lebens-(um)welt) und auf den Aufbau sowie die Förderung sozialer Strukturen (Netzwerk-, Sozialkapitalbildung) (Hurrelmann, 2006, 178ff).

**Tabelle 2: Politische Strategien der Gestaltung der Gesundheitsverhältnisse**

Gesellschaftsweite Strategien		Bereichsspezifische Strategien	
<b>Gesundheitsorientierte Gestaltung der Sozialpolitik</b>	<b>Gesundheitsgestaltung</b>	<b>Gestaltung kommunaler und familialer Lebensräume</b>	<b>Gestaltung der Bedingungen für Arbeit und Bildung</b>
Abbau der Ungleichheit von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und gezielte Stärkung der für die Gesundheit relevanten personalen und sozialen Ressourcen benachteiligter Bevölkerungsgruppen	Ausrichtung des Gesundheits- und Krankheitsversorgungssystems auf eine Verzahnung von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege	Förderung von gesundheitsförderlichen Netzwerken im unmittelbaren Lebensmilieu, Unterstützung für gesundheitlich belastete Bevölkerungsgruppen	Gesundheitsförderung in den Settings von Betrieben und Bildungseinrichtungen, gezielte Hilfen für die Entwicklung von Kompetenzen des gesundheitlichen Selbstmanagements

Quelle: Hurrelmann, 2006, 153

Die Befähigung von Individuen („personales System“) zu Verständnis, Kontrolle und Gestaltung der persönlichen Lebenswelt kann auch auf die Prozesse auf der Gemeindeebene („soziales System“) übertragen werden. In vergleichbarer Weise geht es darum, Gemeindemitglieder dazu befähigen und daran zu beteiligen, entsprechende gesundheitsförderliche Strukturen in der Gemeinde aufzubauen (Hurrelmann, 2006, 178f) (vgl. Abb. 2).

**Abbildung 2: Das „Gesundheitsgleichgewicht“ des sozialen Systems Gemeinde**



Quelle: Hurrelmann, 2006, 180

Die Gesundheit einer Gemeinde kann – wie auf der personalen Ebene – ebenfalls als Herstellung eines Gleichgewichts zwischen Innen- und Außenanforderungen, die auf das soziale System einwirken, betrachtet werden. Die gegenwärtigen Außenanforderungen begünstigen auf der Gemeindeebene zunehmend prekäre Lebens- und Versorgungssituationen (individuelle Ebene, kommunale Haushalte). Nicht selten führt dies zum Ausschluss von Bevölkerungsgruppen im Hinblick auf kulturelle und ökonomische Lebenszusammenhänge und damit einhergehenden Konflikten. In der Folge begünstigen die Ausdünnung sozialer Netzwer-

ke, der Verlust informeller sozialer Kontrolle sowie der Verfall öffentlicher Infrastrukturen eine Abwärtsspirale der Verelendung von Stadtteilen und Quartieren. Damit einhergehender abnehmender sozialer Zusammenhalt begünstigt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Gemeindemitglieder (ebd.). An dieser Stelle setzt die Aktivierung systemeigener Gesundheitspotenziale der Gemeinde an. Wiederum vergleichbar mit dem personalen System gilt es auch für das soziale System der Gemeinde angesichts von Belastungen *„Risikofaktoren für eine kollektive Krankheitsdynamik zu minimieren und die Schutzfaktoren zur Wiedergewinnung einer Gesundheitsdynamik zu stärken.“* (Hurrelmann, 2006, 181).

Gemeindeorientierte Strategien der Gesundheitsförderung richten sich dabei insbesondere auf den Aufbau kollektiver Kompetenzen, die dazu beitragen, sowohl intern als auch extern begründete Probleme eigenständig zu bewältigen (Zusammenarbeit der Gemeindemitglieder, Austausch von Ressourcen, gemeinsame Problemlösung). Positive Erfahrungen wurden diesbezüglich mit folgenden Umsetzungsschritten gemacht (Hurrelmann, 2006, 181f):

- einvernehmliche Formulierung und Operationalisierung von Zielen; hervorzuheben ist, dass die Zieldefinition an die Erfahrungen der Gemeindemitglieder anknüpfen muss (verständliche Formulierung, Ansprache der Zielgruppe);
- zielgerichtetes und öffentlich wahrnehmbares integriertes Handeln der relevanten lokalen Akteure: im Mittelpunkt steht hier die Entwicklung oder Förderung von lokalen Kooperationsstrukturen (Netzwerkbildung; Aufbau von „sozialem Kapital“ in der Gemeinde).

Der Gemeindeorientierung liegt die Annahme zugrunde, dass die örtliche Umgebung eines Menschen einerseits Belastungsfaktoren aufweist, andererseits hier aber auch bedeutsame Unterstützungsfaktoren verortet sind (Trojan, 2004, 305). Beeinflusst durch anglo-amerikanische Entwicklungen („community-based interventions“) vollzog sich die Gemeindeorientierung in Deutschland zunächst in der Psychiatrie (gemeindenaher Psychiatrie, Sozialpsychiatrie) und im Folgenden in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen u.a. in der Sozialen Arbeit (Gemeinwesenarbeit) (Trojan, 2004). Der englische Begriff der „community“ (Gemeinde, Gemeinwesen) kann im Wesentlichen durch geographische, kulturelle und sozialstrukturelle Faktoren definiert werden; eng damit verbunden ist das Gefühl sozialer Zugehörigkeit oder sozialer Identität der Bürgerinnen in Bezug auf das jeweilige Gemeinwesen. Hervorzuheben ist, dass Menschen i.d.R. Mitglieder unterschiedlicher Gemeinwesen sind, denen sie unterschiedliche Bedeutung beimessen können (Naidoo & Wills, 2003, 197f).

Der Begriff *„Kommune“* (lat. communis, allgemein/gemeinschaftliche) wird im heutigen deutschen Sprachgebrauch auch für die politische Gemeinde verwendet und bezieht sich auf die Gemeindeebene. „Gemeinde“ bezeichnet

*„das vielfältige Leben der Menschen in ihrer örtlichen Gemeinschaft, sei es in kultureller, wirtschaftlicher oder politischer Hinsicht. Auf diese Grundform menschlichen Zusammenlebens ist auch die Gemeinde als Verwaltungseinheit bezogen.“*  
(Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, 2008, 12).

Mit der Bezeichnung „*Gebietskörperschaft*“ kommen funktionale Aspekte der Gemeinde gegenüber ihren Mitgliedern zum Ausdruck. Darunter wird einerseits die Zugehörigkeit der in einem Gebiet lebenden Personen verstanden; dies schließt ein, dass dieser Personenkreis der Hoheitsgewalt der Gemeinde unterliegt und die Gemeinde einseitig verbindliche Entscheidungen treffen kann. Andererseits kann der ortsansässige Personenkreis Leistungen der Gemeinde nutzen (z.B. gemeindeeigene Einrichtungen wie Schulen, Schwimmbad, Bibliothek) (Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, 2008). Darüber hinaus sind die Begriffe „*Gemeinde/Gemeinwesen*“ im Deutschen eher unscharfe Sammelbegriffe für kommunale Sozialräume unterschiedlicher Größenordnung z.B. Städte, Stadtteile, Quartiere oder Nachbarschaften (Trojan, 2004, 306).

Vorgehensweisen, die die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, der sozialen Bezüge und Erwartungen der Personen eines Lebensbereichs/einer Lebenswelt umfassen, zielen darauf, die Effektivität gesundheitsfördernder Maßnahmen zu erhöhen. Für die Lebenswelt Gemeinde werden diesbezüglich folgende Vorteile und Annahmen benannt (Hurrelmann & Laaser, 2003, 417):

- gesundheitsfördernde Maßnahmen können in (mehr oder weniger gut abgegrenzten) Sozialräumen wie z.B. Gemeinden gebündelt und wirksam präsentiert werden;
- über vorhandene Angebote der Gesundheitserziehung und –information in den Gemeinden können Anbieter einzelner gesundheitsfördernder Teilleistungen ihre Nutzer auf die jeweils anderen Maßnahmen verweisen;
- mithilfe der in der Gemeinde vorhandenen strukturellen, organisationellen und personellen Rahmenbedingungen (einschließlich vorhandener (Kooperations-) Beziehungen zwischen verschiedenen Institutionen oder Einzelpersonen) können gesundheitsfördernde Angebote gefördert werden;
- die Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten (Gebräuche, Normen, Orientierungen) kann eine Erhöhung der Akzeptanz für gesundheitsfördernde Maßnahmen bei den Adressaten – in Abhängigkeit vom Ausmaß der Identifikation der Adressaten mit der Gemeinde – befördern;
- auf der Gemeindeebene können gesundheitsfördernde Maßnahmen initiiert werden, die an die jeweilige Lebenssituation der dort ansässigen Personen anschlussfähig sind (einschließlich der Berücksichtigung gesundheitlicher Risiken und Veränderungsmöglichkeiten).

Obwohl die Vorzüge einer gemeindeorientierten Gesundheitsförderung immer wieder benannt werden, und unbestritten gültig sind, vollzog sich eine gemeindeorientierte Gesundheitsförderung bislang nur punktuell und blieb vorwiegend auf der programmatischen Ebene verhaftet (Hurrelmann & Laaser, 2003, 419). Für Deutschland erweisen sich dabei insbesondere Koordinations- und Kooperationsprobleme als wesentliche Hindernisse. Die Überwindung „*divergierender Interessenlagen wie auch wettbewerbsstrategischer Gegensätze*“ der verschiedenen Anbieter stellen eine wesentliche Herausforderung dar (Hurrelmann & Laaser, 2003, 419).

## 2.2 Gesundheitszustand und Präventionspotenziale der älteren Bevölkerung in Deutschland

Seit den 1990er Jahren erfolgte in der Bundesrepublik für beide Geschlechter eine stetige Zunahme sowohl der mittleren als auch der ferneren Lebenserwartung<sup>11</sup>. Die mittlere Lebenserwartung der Frauen lag im Jahr 2002/04 bei 82 Jahren, die der Männer bei 76 Jahren (RKI, 2006, 15ff). Für die Frauen war seit 1990 ein Anstieg um 2,8 Jahre, für die Männer um 3,8 Jahre zu verzeichnen. Betrachtet man im selben Bezugszeitraum die fernere Lebenserwartung der 65-Jährigen, lag diese bundesdurchschnittlich für Frauen bei 19,8 Jahren, für Männer bei 16,4 Jahren; auch hier erfolgte seit den 1990er Jahren ein Anstieg, der bei den Frauen 1,9 Jahre betrug; bei den Männern war eine Zunahme um 2,2 Jahre zu verzeichnen (ebd.). Betrachtet man die „gesunde Lebenserwartung“, also eine Gewichtung der Lebenserwartung nach beschwerdefreien Lebensjahren, wird deutlich, dass Frauen längere Zeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben als Männer. So lagen 2002 in der BRD die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre für Frauen bei 74 Jahren; Lebensjahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen umfassten durchschnittlich 7,6 Jahre. Bei den Männern waren es 69,9 gesunde und 5,9 durch Beschwerden beeinträchtigte Lebensjahre.

Der Gesundheitszustand im Alter wird durch funktionelle Veränderungen des gesamten Organismus und einzelner Organe beeinflusst, die mit Funktionseinbußen und zunehmender Vulnerabilität einhergehen. Beispielhaft zu nennen sind Veränderungen der Sinnesorgane (Alterssichtigkeit, Linsentrübung, Hochtounerverlust) oder des Bewegungsapparates (Abnahme der Skelettmuskeln, Abnahme der Elastizität von Sehnen, Bändern und Muskeln und der Gelenkbeweglichkeit sowie des Mineralgehalts der Knochen). Zwar besitzen diese für sich genommen nicht zwingend einen Krankheitswert, beim Eintreten von Erkrankungen können sie jedoch verstärkend wirken und einen längeren oder chronischen Verlauf begünstigen (BMFSFJ, 2001, 71; RKI, 2002, 8). Die durchaus erheblichen Unterschiede älterer Menschen im Gesundheitszustand können somit u.a. darauf zurückgeführt werden, dass zum einen eine Akkumulation gesundheitsschädigender Faktoren im Lebensverlauf auftritt, die im höheren Lebensalter einen Bedeutungszuwachs erfahren können. Zum anderen steigt mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens (mehrerer) alterstypischer, chronischer Erkrankungen (Multimorbidität) (Walter & Schwartz, 2001, 170ff). Im Alter überwiegen dabei Erkrankungen des kardio- und zerebrovaskulären Systems sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates. Herz-Kreislauf-Erkrankungen<sup>12</sup> gehen mit einer deutlich erhöhten Mortalität einher und stellen für Männer und Frauen auch im höheren Alter die häufigste Todesursache dar (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; SVR, 2001, 94; Walter & Schwartz, 2001, 197). Betrachtet man den subjektiv bewerteten Schweregrad, rangieren hingegen Erkrankungen des Bewegungsapparates<sup>13</sup>, die häufig mit chronischen Schmerzzuständen assoziiert sind, an erster Stelle (BMFSFJ, 2001; Steinhagen-Thiessen & Borchelt,

---

<sup>11</sup> Die mittlere Lebenserwartung weist die durchschnittlich zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse aus. Demgegenüber beziffert die fernere Lebenserwartung die durchschnittlich zu erwartenden Lebensjahre der Bevölkerung ab Erreichen eines bestimmten Lebensalters. International Verwendung finden dabei die Altersgrenzen ab dem 40., 60., 65. und 80. Lebensjahr (RKI, 2006, 15).

<sup>12</sup> Krankheitsbilder sind u.a. Hypertonie, Arteriosklerose, Myokardinfarkt und Apoplex (Walter & Schwartz, 2001, 197)

<sup>13</sup> Krankheitsbilder umfassen insbesondere Osteoarthrosen (Knie-, Hüftarthrose), Dorsopathien und Osteoporose (Walter & Schwartz, 2001, 174; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996)



1996). Schmerzen gehen oftmals mit Einschränkungen bei unterschiedlichen Verrichtungen und sozialen Kontakten einher. Sie wirken sich zudem in hohem Maße auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit und die Lebenszufriedenheit aus (RKI, 2002, 15f).

Von psychischen Störungen ist rund ein Viertel der über 65-jährigen Bevölkerung betroffen, wobei es sich vorwiegend um demenzielle und depressive Erkrankungen handelt (Helmchen et al., 1996, 195; RKI, 2002, 18). Demenzielle Erkrankungen stellen eine der bedeutendsten Ursachen für den Verlust von Selbständigkeit und das Eintreten von Pflegebedürftigkeit dar, was die Notwendigkeit der Entwicklung geeigneter präventiver sowie behandlungs- und versorgungsstruktureller Maßnahmen unterstreicht (Bickel, 2001, 42ff; Deutscher Bundestag, 1996; Schneekloth et al., 1996, 99ff).

Obwohl gegenwärtig davon auszugehen ist, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von chronischen und demenziellen Erkrankungen sowie von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) steigt, ist Alter nicht generell mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. So bewerten ca. zwei Drittel der 60-79-jährigen Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand als gut, sehr gut oder ausgezeichnet (RKI, 2002). Die subjektive Gesundheit der deutschen Bevölkerung stellt sich insgesamt positiv dar. Die Gesundheitszufriedenheit der Männer fällt dabei etwas höher aus als bei den Frauen. Mit zunehmendem Alter ist jedoch bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der positiven Gesundheitsbewertung zu verzeichnen<sup>14</sup> (RKI, 2006, 17f). Aktuelle Angaben zum Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung liefert zudem der Alterssurvey (Wurm & Tesch-Römer, 2006). Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutsamkeit einer Lebenslaufperspektive: Ein Großteil der Erkrankungen tritt nicht erst im Alter, sondern bereits in früheren Lebensphasen auf – in der Regel bereits ab dem mittleren Erwachsenenalter. In der Gruppe der 40-54-Jährigen ist zwar noch ein Drittel der Befragten nicht von einer Erkrankung betroffen; jeweils ein weiteres Drittel der Befragten berichtet jedoch bereits von mindestens einer oder von zwei und mehr Erkrankungen. Diese Befunde legen nahe, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bereits für ältere Arbeitnehmer anzubieten (Wurm & Tesch-Römer, ebd.; Walter, 2008, 250). Einerseits ist die Altersphase somit durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekennzeichnet, die sich häufig bereits in früheren Lebensphasen abzeichnet. Andererseits zeigt sich im Kohortenvergleich, dass die heute Älteren gesünder alt werden als früher Geborene. Dieser Trend wird insbesondere durch ein positiveres Gesundheitsverhalten und eine angemessene Gesundheitsversorgung begünstigt (Wurm & Tesch-Römer, 2006).

Auch wenn für viele weit verbreitete (chronische) Erkrankungen im Alter<sup>15</sup> Risikofaktoren und entsprechende Präventionsmöglichkeiten bekannt sind (BMFSFJ, 2001, 89; RKI, 2002, 13; Walter & Schwartz, 2001, 198f), werden bislang bestehende Präventionspotenziale nicht immer ausreichend genutzt. Neben dem individuellen Gesundheitsverhalten kann dies u.a. darauf zurückgeführt werden, dass Risikofaktoren oftmals nicht (frühzeitig) erkannt werden.

---

<sup>14</sup> Die subjektive Gesundheit der Bevölkerung wird in der BRD mit folgenden Methoden erhoben: 1) die Erfassung der Gesundheitszufriedenheit (Skala von 0 „sehr unzufrieden“ bis 10 „sehr zufrieden“, die die Zufriedenheit mit der allgemeinen gesundheitlichen Lage ermittelt) 2) die Selbsteinschätzung der Gesundheit (z.B. „Wie würden Sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“, i.d.R. fünf Bewertungsmöglichkeiten von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“). (RKI, 2006, 17).

<sup>15</sup> Walter & Schwartz (2001,197ff) benennen diesbezüglich folgende Krankheiten: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Erkrankungen der Atemwege, Osteoporose und Stürze, Infektionskrankheiten, Harninkontinenz und Psychische Erkrankungen (Demenz, Depression).

Kruse (2002, 104) beschreibt beispielsweise Präventionsmöglichkeiten für folgende Gesundheitsrisiken des hohen Alters: Stürze, Hör- und Seheinbußen, Erkrankungen des Gebissystems, kardiovaskuläre Erkrankungen und Harninkontinenz. Diese Erkrankungen können im frühen und mittleren Lebensalter und auch im höheren Lebensalter durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil und umweltbezogene Maßnahmen beeinflusst werden. Für eine Ausschöpfung bestehender Präventionspotenziale ist u.a. die Förderung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen von Bedeutung (Kruse, 2002).

Für die Gestaltung von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten auf kommunaler Ebene ist zudem eine Einschätzung zu Einstellungen und Inanspruchnahmeverhalten Älterer in Bezug auf die Themen Alter(n), Gesundheit und Gesundheitsförderung von Interesse. Dabei kommt einer kleinräumigen Bedarfsermittlung, die als Planungsgrundlage verschiedene kommunale Gremien und Verwaltungsbereichen zur Verfügung gestellt werden kann, wesentliche Bedeutung zu<sup>16</sup>.

*„Die Gesundheits- und Pflegekonferenz sowie der öffentliche Gesundheitsdienst können die Ergebnisse nutzen, wozu auch vergleichende Analysen der Stadtteile nach Alter (objektiv sowie subjektiv eingeschätzt), Geschlecht, selbst eingeschätzter Gesundheit, Lebensstandard und Einkommen herangezogen werden. Weitere Auswertungen, z.B. zur Profil-Erstellung der Nutzergruppe von Seniorentreffs oder der „Nicht-Erreichten“ für Gesundheitsförderung und Prävention sind geplant. Bedarfsorientierte Informationen können so mit Angebot orientierten Aktivitäten der Gesundheits- und Pflegekonferenz verknüpft werden.“ (Dapp et al., 2009, 254).*

Anhaltspunkte dafür bietet die Untersuchung<sup>17</sup> von Dapp et al. (2009). Die meisten älteren Befragten gaben an, gut über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen informiert zu sein, auch wenn sich bei der Einschätzung zu eigenen Bemühungen um den Gesundheitserhalt eine große Gruppe „Unentschlossener“ zeigte. Hohe Motivationspotenziale bestanden bei nicht-medizinischen Indikatoren für eine selbstverantwortliche Lebensweise (z.B. Pflege sozialer Kontakte 86%, gesund leben 83%, Bewegung 78%, Ernährung 67%, Ausruhen oder kulturelle Angebote 58%); eine geringe Motivation war hier jedoch für die Teilnahme an Sportangeboten der Vereine (31%) zu verzeichnen. Für die Annahme, dass Seniorentreffs einen geeigneten Zugangsweg zur Förderung der Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen darstellen, zeigte sich ein heterogenes Bild. Insgesamt nutzte nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Befragten dieses Angebot regelmäßig oder gelegentlich (11%). Für die Hälfte der Befragten war dieses Angebot unbekannt oder wurde aus verschiedenen Gründen nicht genutzt (z.B. schätzten sich diese Personen als zu aktiv (51%) oder zu jung ein (42%), Zeitmangel (21%)). Auch für den Bereich der Mobilität konnten wichtige Hinweise für die Ausgestaltung von Präventionsangeboten ermittelt werden; insbesondere Hinweise auf bereits eingetretene Sturzereignisse (30%) oder Sturzangst (27%) sowie die

---

<sup>16</sup> Für eine altengerechte Stadtentwicklungsplanung erweist sich zudem der Einsatz eines Geoinformationssystems als bedeutsam, da auf diesem Weg eine Darstellung und Nutzung (Informationssuche, -analyse) komplexer Daten möglich ist (Dapp et al., 2009).

<sup>17</sup> Repräsentative schriftliche Befragung älterer Bürger (n=950), die durch die Gesundheits- und Pflegekonferenz eines Hamburger Bezirkes (250.000 Einwohner) initiiert und durchgeführt wurde.

Aufgabe des Fahrradfahrens (35%), legen die Förderung und Verbreitung entsprechender Interventionen nahe.

### 2.3 Gesetzliche Grundlagen, Strukturen, Themen und Handlungsfelder der (gemeindeorientierten) Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Auf gesetzlicher Ebene bestehen gegenwärtig vielfältige Bezugspunkte zur Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. länderübergreifende rechtliche Regelungen zur Prävention in verschiedenen Sozialgesetzbüchern vgl. RKI, 2006, 126; Walter, 2004, 71ff; Walter & Bisson, 2006). Für den ÖGD sind länderspezifische Regelungen maßgeblich, auf die im Folgenden insbesondere am Beispiel des ÖGDG-NRW eingegangen wird (vgl. Kap. 2.4.2). Insgesamt entwickelt sich die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland dahingehend, dass eine Gleichstellung von Prävention und Gesundheitsförderung mit den Versorgungsbereichen Kuration und Rehabilitation angestrebt wird (vgl. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2003<sup>18</sup>). Dies soll auch in der Schaffung einer verbindlichen gesetzlichen Grundlage Ausdruck finden. Bemühungen zur Verabschiedung eines Präventionsgesetzes bestehen in Deutschland nunmehr seit mehreren Jahren. Bisher vorgelegte Gesetzesentwürfe beziehen alle Bevölkerungs- und Altersgruppen ein und sind darauf gerichtet, die Potenziale einer gesundheitsfördernden Gestaltung des Lebensumfeldes auszuschöpfen (Setting-Ansatz). Angestrebt wird, die Menschen in ihren direkten Lebensbezügen zu erreichen und durch verhaltens- wie verhältnisbezogene Maßnahmen Gesundheitsgewinne zu erzielen. Dabei wurde dem ÖGD im Rahmen des ersten Gesetzesentwurfes im Jahr 2005<sup>19</sup> grundsätzlich eine eigenständige Rolle zugewiesen; eine Zusammenfassung des damaligen Diskussionsstandes zu den für den ÖGD vorgesehenen Funktionen und Aufgaben geben Szagun & Walter (2006, 235ff; vgl. Tab. 3).

**Tabelle 3: Zur Rolle des ÖGD bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes**

	<b>Funktion</b>	<b>Aufgabe</b>
<b>Zielsetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderation und Koordination</li> <li>• Initiierung von Gemeinschaftsaktionen durch Bündelung regionaler Ressourcen (Träger, Personen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderation des Ziel setzenden Gremiums</li> <li>• Ziele und Programme kommunizieren</li> <li>• Information zur gesundheitlichen Lage und Versorgung</li> <li>• Kommunikation der reg. Ziele</li> </ul>
<b>Planung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrutierung von Projektträgern und Lebenswelten (Initiierung)</li> <li>• Planung von Projekten (in geeigneten Settings, z.B. Schule)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information von Projektträgern und Lebenswelten</li> <li>• Antragsberatung (Information, Beratung)</li> </ul>
<b>Durchführung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung von Projekten (in geeigneten Settings, z.B. Schule)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitarbeit in geeigneten Settings</li> <li>• Begleitende Projektberatung</li> </ul>
<b>Evaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Ergebnis-) Evaluation von Maßnahmen (in geeigneten Settings)</li> <li>• „Surveillance“ zur Umsetzung der Ziele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung zur Evaluation</li> <li>• Integration in überregionale Aktivitäten</li> <li>• Bereitstellung geeigneter Verfahren zur Evaluation (in geeigneten Settings)</li> <li>• Doku./Kommunik. von Maßnahmen</li> </ul>

Quelle: Szagun & Walter (2006, 235)

<sup>18</sup> Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_76&id=76\\_7.6](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_76&id=76_7.6)

<sup>19</sup> Der erste Gesetzesentwurf fiel 2005 aufgrund der vorgezogenen Bundestagswahlen der Diskontinuität anheim; auch der zweite Entwurf 2007 konnte bislang nicht verabschiedet werden.

Funktionen und Aufgaben für den ÖGD wurden diesbezüglich auf den Ebenen Zielsetzung, Planung, Durchführung und Evaluation präventiver Maßnahmen gesehen. Als Beispiele guter Praxis der Koordination wurden in dem Zusammenhang u.a. die kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW angeführt. Inhaltlich betrachtet bestand ein besonderes Anliegen darin, das Thema gesundheitliche Chancengleichheit aufzugreifen und in besonderem Maße lokale Brennpunkte (z.B. Schulen, Kindergärten) zu fokussieren. Vorgesehen war, dass der ÖGD vorzugsweise an „ihm traditionell nahe stehenden Settings (Lebenswelten) aktiv beteiligt wird“ (Szagun & Walter 2006, 236). Ausschlaggebend dafür waren, neben den in diesen Bereichen vorherrschenden Kompetenzen des ÖGD, auch die vorhandene eigene Datenbasis (z.B. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen), der insbesondere für die Evaluation von Maßnahmen Bedeutung zugeschrieben wird (ebd.).

Gesundheitsförderung und Prävention stellen eine gesamtgesellschaftliche und über die Gesundheitspolitik hinausgehende Querschnittsaufgabe dar. Diese tangiert verschiedene Politikbereiche und fällt in den Zuständigkeitsbereich der Kommunen, der Länder und des Bundes. Gesundheitsförderung und Prävention sind Gegenstand der Institutionen des Medizinsystems und reichen über die Gesundheitspolitik hinaus in die Arbeits-, Umwelt-, Wirtschafts- und Verkehrspolitik (Bäcker et al., 2000, 48). Gesundheitsförderung ist ein komplexer Ansatz und Prozess und erfordert die aktive Beteiligung der Bevölkerung sowie verschiedener Akteure, Sektoren und Berufsgruppen. Gesundheitsförderung ist keine vorrangige oder alleinige Aufgabe der Medizin oder des Gesundheitswesens, sondern bezieht alle gesundheitsrelevanten Ebenen ein (Intersektoralität). Gegenwärtig ist eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure und Institutionen mit der Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen befasst. Auf kommunaler Ebene finden sich verschiedene Anbieter präventiver Leistungen, wie z.B. Einrichtungen der medizinischen Versorgung (Gesundheitsämter, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Sozialstationen). Aber auch im Bildungs- (z.B. in Kindergärten, Schulen, Volkshochschulen) und Freizeitbereich (z.B. Vereine), in der Kommunalverwaltung, im Einzelhandel, in Religionsgemeinschaften, in Betrieben und Verbraucherberatungsstellen sind entsprechende Anbieter verortet (Walter & Schwartz, 2003a, 254ff). Die Beschreibung der Strukturen verdeutlicht, dass (kommunale) Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland einen heterogenen Versorgungsbereich bilden, der zudem durch verschiedene Probleme gekennzeichnet ist (Apitz & Winter, 2003, 68; Bäcker et al. 2000, 39; Kaba-Schönstein, 2006b, 103f; Trojan & Legewie, 2001, 167; Trojan, 2002, 258; SVR, 2001, 80):

- „organisierte Nichtverantwortlichkeit“ für Gesundheitsförderung;
- fehlende überregionale und regionale Angebotsübersicht und mangelnde Vernetzung der Vielzahl der Aktivitäten und Akteure;
- restriktive, z.T. unklare Finanzierungsregelungen (z.B. für öffentliche Steuermittel, für Beitragsmittel der Sozialversicherungszweige);
- Missverhältnis zwischen (unverbindlichen) Stellungnahmen/Entscheidungen verschiedener Diskussionsgremien, die den Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention befürworten, und der tatsächlichen Infrastruktur und Finanzierung;
- Zunahme von settingbezogenen Projekten und Netzwerken bei weiterhin vorherrschender, einzelprojektbezogener und zeitlich begrenzter Finanzierung von Gesundheitsförderung;

- Überschneidungen von Präventions- und Gesundheitsförderungsaufgaben i.d.R. zuungunsten komplexer Präventionsansätze (Vorzug von traditionellen Ansätzen);
- fehlendes Gesamtkonzept (Gesundheitsziele, -pläne) z.T. aufgrund föderaler Zuständigkeitsregelungen;
- Mängel der vertikalen Kooperation zwischen politischen Ebenen;
- Mängel der horizontalen Kooperation aller Ebenen, die für die Umsetzung von Gesundheitsförderung aufgefordert sind, zusammenzuarbeiten (z.B. intersektorale Zusammenarbeit über verschiedene politische Ressorts hinweg);
- unzureichende Förderung innovativer Impulse (z.B. der Selbsthilfeszusammenschlüsse, Gesundheitsberufe, Forschung) sowie fehlende Bündelung und Koordination vorhandener zukunftsweisender Konzepte und Forschungsergebnisse;
- geringer Stellenwert von Gesundheit im Gesamtsystem Kommune; schwache Funktion des Gesundheitsressorts innerhalb des politisch-administrativen kommunalen Systems sowie fehlende/scheiternde intersektorale Zusammenarbeit im Rahmen der Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung aufgrund der Abgrenzung der einzelnen kommunalen Fachbereiche gegeneinander.

Trojan & Legewie (2001, 146) resümieren, dass das politisch-administrative System der Kommune zwar grundlegend der Ort sei, um „*Gesundheitsförderung als Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen zu planen und umzusetzen.*“ Faktisch wird diese Aufgabe bislang jedoch vorwiegend im Rahmen staatlicher gesundheitsbezogener (Pflicht-) Aufgaben realisiert. Für Gesundheitsförderung im Sinne der WHO sind auf kommunaler Ebene zwar formal die Voraussetzungen gegeben, aber durch den Status als freiwillige kommunale Gestaltungsaufgabe erlangt sie nicht die erforderliche Durchsetzungskraft.

*„Als freiwillig übernommene Gestaltungsaufgabe der Kommune hat Gesundheitsförderung bisher keinen Stellenwert gewinnen können, obwohl die „Sachgebiete“ der Kommunen als zu beteiligende „Politik-Sektoren“ an der Gesundheitsförderung stets genannt werden und die meisten Settings für Gesundheitsförderung unmittelbar dem Einfluss kommunaler Politik unterliegen.“ (Trojan & Legewie, 2001, 146)*

Die Vielfalt von Gesundheitsförderung und Prävention zeigt sich nicht nur auf struktureller Ebene, sondern auch hinsichtlich ihrer Zielgruppen und Themenfelder. Dies gilt insbesondere, wenn ältere Zielgruppen adressiert werden, für die aufgrund großer interindividueller Unterschiede des Gesundheitszustandes (z.B. „gesunde ältere Menschen“, „ältere Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen“) eine an den jeweiligen Bedürfnisse und Bedarfen orientierte Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen erforderlich ist (Dean & Holstein, 1991, 343ff). Grundsätzlich ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, präventive und gesundheitsfördernde Angebote zu systematisieren (z.B. Individual- oder Gruppenmaßnahme, Fokussierung spezifischer Lebensphasen oder Kontexte/Settings) (SVR, 2001, 78).

Für die Lebensphase „Alter“ identifiziert Walter (2008, 251, vgl. Abb. 3) als wesentliche Zielgruppe gegenwärtig ältere Arbeitnehmer, für die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, aber auch die Vorbereitung auf den Ruhestand bedeutsam sind. Weitere Zielgruppen innerhalb der älteren Bevölkerung können nach Risikofaktoren, sozio-ökonomischen Status und/oder Orten ihrer Erreichbarkeit unterschieden werden. Hervorzuheben ist, dass ältere Menschen bislang nur vergleichsweise selten über institutionenbezogene Lebensweltansätze erreicht werden (z.B. innerhalb des Settings Betrieb). Darüber hinaus bieten Pflegeeinrichtungen prinzipiell einen Ansatzpunkt für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen (ebd.).

**Abbildung 3: Zielgruppen und Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung Älterer**

50+ Arbeitnehmer	→ Betriebliche Gesundheitsförderung, work ability, Vorbereitung auf den Ruhestand
50+ Rehabilitanden	→ Prävention in Reha, Schulungen, Training
60+ Patienten	→ Prävention durch den Arzt, Krankheitsfrüherkennung, fallbezogenes Risikomanagement
60+ Pflegende Angehörige	→ Psychosoziale Unterstützung
65+ Bürger	→ Altersgerechtes Wohnen/Wohnraumanpassung, Bildungs- und Kulturangebote, Seniorennetzwerke, Freiräume zur Kommunikation und Bewegung
70+ Nicht Pflegebedürftige	→ Präventive Hausbesuche
70+ Geriatrische Rehabilitanden	→ Funktionsverbesserung, Schulungen
80+ Pflegebedürftige	→ Prävention in der Pflege, Pflegeheim: körperliche und geistige Mobilität, Ernährung

Quelle: Walter, 2008, 251

Im Allgemeinen richtet sich Gesundheitsförderung an alle Menschen in allen Lebensphasen, ungeachtet ihrer Position auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum. Dies schließt ältere Menschen ebenso ein wie Personen, die in unterschiedlichen Lebensphasen mit Erkrankungen oder Behinderungen konfrontiert sind (Kaba-Schönstein, 2006a). Ungeachtet dieses Lebensphasen umfassenden Ansatzes, adressieren gesundheitsfördernde Maßnahmen in Deutschland bislang überwiegend Kinder und Jugendliche. Diese Orientierung gilt sowohl inner- als auch außerhalb von Settings. So zeigte sich lange Zeit auch für das Gesunde-Städte-Netzwerk (GSN), dass ältere Menschen bzw. das Thema „Alter und Gesundheit“ nicht (ausreichend) berücksichtigt wurden. Schwerpunkte der Arbeit wurden hier in folgenden Bereichen gesetzt (Nennung in absteigender Reihenfolge) (Plümer & Trojan, 2004, 204): Kinder- und Jugendgesundheit, Aktionstage, Selbsthilfe, Gesundheitskonferenz, Bürgerbeteiligung, Netzwerkarbeit, Armut und Gesundheit sowie Umwelt, Nachhaltigkeit, Gesundheit. Vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen erfolgte innerhalb des GSN<sup>20</sup>, aber auch im Allgemeinen, zunehmend der Hinweis auf die „*Notwendigkeit und Möglichkeit des gesunden Alterns und der Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen*“ (Kaba-Schönstein, 2006b, 97).

Im Gesundheitsamt ist traditionell ein systematischer Zugang zu Kindern und Jugendlichen stark entwickelt (Brand & Schmacke, 1998, 630); für die Zielgruppe älterer Menschen zeichnet sich dies in vergleichbarem Ausmaß und in Bezug auf das Themenfeld Gesundheitsförderung bislang (noch) nicht ab (vgl. Pimmer et al., 2003). So fokussiert die Gesundheitsversorgung Älterer innerhalb des Gesundheitsamtes vorrangig auf den Sozialpsychiatrischen

<sup>20</sup> In den letzten Jahren erfolgte auch im Kontext des GSN eine stärkere Berücksichtigung älterer Menschen, vgl. dazu ausführlich Kap. 6.

Dienst, die Begutachtungen für das Sozialamt und die Hygieneüberwachung für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe (Leidel, 1990, 117).

Betrachtet man die gegenwärtige Angebotslandschaft zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland<sup>21</sup> fällt auf, dass gegenwärtig überwiegend „aktive“, „gesunde“ und in Privathaushalten lebende ältere Menschen adressiert werden, andere ältere Zielgruppen jedoch häufig unberücksichtigt bleiben. So steht eine Ausrichtung von Maßnahmen auf die Bedürfnisse gesundheitlich stark beeinträchtigter älterer Menschen noch aus (Wiesmann et al., 2006). Aufgrund des Anstiegs chronischer Erkrankungen muss jedoch der Gesundheitsförderung und dem Ressourcenerhalt trotz und mit chronischer Krankheit zukünftig besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden (Garms-Homolova & Schaeffer, 2003, 685). Prävention und Gesundheitsförderung im Alter zielen vor allem auf die Gesundheitserhaltung, die Kompensation altersbedingter Beeinträchtigungen (einschließlich Ausschöpfung rehabilitativer Potenziale nach Krankheitseintritt) sowie den Erhalt der Selbständigkeit (SVR, 2001, 92). Daraus lassen sich vielfältige Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter ableiten. Dazu gehören altersunabhängige Bereiche wie Unfallverhütung, Ernährung, Mundprophylaxe, Grippeimpfungen und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse (SVR, 2001, 93). Stärker altersabhängige Handlungsfelder, die erst mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen, sind der Erhalt körperlicher und geistiger Gesundheit, Betreuung und (Selbst-) Management chronischer Erkrankungen, angemessene Medikation, die Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand, Ernährung, Bewegungskoordination, Erhalt der Selbständigkeit sowie psychosoziale Unterstützung und Betreuung in Alteneinrichtungen (SVR, 2001, 93; Walter & Schwartz, 2003b, 192).

Im Hinblick auf geeignete Kontexte/Settings der Gesundheitsförderung für ältere Menschen wird insbesondere der kommunalen Ebene Bedeutung zugewiesen. So zeigt sich im internationalen Vergleich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen häufig im Setting „Gemeinde/Stadtbezirk“ verortet sind (AT, DE, NL, SI, SK, UK) (vgl. Tab. 4).

**Tabelle 4: Settings der Gesundheitsförderung für ältere Menschen**

Settings	Häufigkeit	Prozent
Gemeindebezogene Ansätze (z.B. Städte, Regionen)	472	33,2
Häusliche Umgebung älterer Menschen	109	7,7
Alten-/Pflegeheim	98	6,9
Arbeitsplatz	36	2,5
Nachbarschaft	8	0,6
Schule	5	0,4
Andere	61	4,3
Kein Settingbezug	290	20,3
Nicht bekannt	346	24,3
Gesamt	1426	100

Quelle: Křížová, 2007<sup>22</sup>

Adressiert werden dabei insbesondere ältere Menschen, die mit oder ohne Unterstützung überwiegend zu Hause leben (AT, DE, NL, SI, UK). Als Anknüpfungspunkte innerhalb der

<sup>21</sup> Für eine Übersicht vgl. Kuhlmann & Schäfer (2007).

<sup>22</sup> Unveröffentlichte interne Präsentation anlässlich eines Projekttreffens im Rahmen des europäischen Projektes „HealthProElderly“ im Januar 2007.

Gemeinde werden verschiedene Kontaktsettings z.B. Apotheken, Gemeindezentren (UK) benannt<sup>23</sup>.

Auch für die deutsche Situation ist davon auszugehen, dass für ältere selbständig lebende Menschen die unmittelbare Wohnumgebung, der Stadtteil in dem sie leben, als Lebenswelt zentrale Bedeutung besitzt. Dies gilt umso mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen beeinträchtigt ist. Der Stadtteil kann somit einen geeigneten Zugang für ältere Menschen im Allgemeinen und speziell auch für sozial benachteiligte ältere Menschen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bieten (Kümpers, 2008; Kümpers & Rosenbrock, 2010). Um auch für vulnerable Gruppen Ältere ein „gesundes Altern“ sicherzustellen, werden gegenwärtig als geeignete und viel versprechende Strategien für sozial benachteiligte Zielgruppen kontextbezogene Ansätze diskutiert, die verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombinieren. Der Setting-Ansatz (vgl. Kap. 4.2) gilt insbesondere unter der Perspektive der Adressierung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen als viel versprechend: Vorteile des Ansatzes werden in der aufsuchenden Arbeitsweise gesehen, die in den Lebensbereichen der Zielgruppen ansetzt und auf die Befähigung der Zielgruppen zu gesundheitsförderndem Verhalten (Erkennen und Formulieren gesundheitsbezogener Interessen, Umsetzung konkreter Maßnahmen zur gesunden Gestaltung der jeweiligen Lebenswelt) gerichtet ist. Derart niedrigschwellige Interventionen in den Lebenswelten der Zielgruppen (z.B. am Arbeitsplatz, im Wohnumfeld usw.) verhindern eine „Vorsortierung“ der Adressaten und reduzieren somit die herkömmliche Mittelschichtorientierung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote (Kilian, Geene & Philippi, 2004, 155f).

Eine erste umfassende Untersuchung zur seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene bietet die bundesweite Befragung von Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze (2007). Nach Einschätzung der Städte und Gemeinden besitzt das Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen im Allgemeinen wie auch in Bezug auf die Zielgruppe der älteren Menschen gegenwärtig mittlere Relevanz, wird jedoch zukünftig jedoch an Bedeutung gewinnen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 53). Hinsichtlich der Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung zeigt sich in den Städten und Gemeinden ein breites Angebotsspektrum; häufig werden Wohnberatung und Kursangebote in den Bereichen Sport und Bewegung, Ernährung und Gedächtnis sowie Maßnahmen der aufsuchenden Sozialarbeit genannt. Neben risikogruppenbezogenen Maßnahmen nehmen u.a. auch die Gesundheit pflegender Angehöriger sowie die Stärkung des familiären Pflegepotenzials einen nicht unerheblichen Stellenwert ein. Präventive Hausbesuche werden nur von wenigen Städten/Gemeinden benannt (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 36).

Rund ein Drittel bis ein Viertel der Städte und Gemeinden spricht im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention spezifische Zielgruppen innerhalb der älteren Bevölkerung an; dabei handelt es sich an in absteigender Reihenfolge um mobilitätseingeschränkte Ältere, geschlechtsspezifische Angebote, Angebote für ältere Menschen mit Seh-/Hörbehinderung, ältere Migranten oder sozial Benachteiligte ältere Menschen. Obwohl für Letztgenannte der Einbezug in gesundheitsfördernde Maßnahmen immer wieder betont und gefordert wird,

---

<sup>23</sup> Datengrundlage: Literaturrecherche zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“; Quelle: (unveröffentlichte) nationale Zwischenberichte der Projektpartner im Rahmen des europäischen Projektes „HealthProElderly“; online verfügbar unter (05/2011) [www.healthproelderly.com](http://www.healthproelderly.com)



zeigt sich, dass nur ca. ein Zehntel der Kommunen entsprechende Angebote vorhält (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 46f).

Im Hinblick auf die Akteure und Kooperationsbeziehungen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern des Gesunde-Städte-Netzwerkes (GSN). Die Beteiligung kommunaler Fachbereiche (z.B. Amt für Soziales, Amt für Gesundheit) der GSN-Mitgliedskommunen ist wesentlich ausgeprägter als in anderen Städten/Gemeinden, was u.a. auf das Selbstverständnis der Ämter in GSN-Mitgliedskommunen zurückzuführen ist (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 49f). Gewichtet nach den „5 wichtigsten Akteuren“ zeigen sich noch deutlichere Unterschiede; in GSN-Mitgliedskommunen (n=26; Mehrfachnennungen) werden an den ersten beiden Stellen das Amt für Gesundheit (n=17; 65,4%) und das Amt für Soziales (n=15; 57,7%) benannt, gefolgt von Krankenkassen und Seniorenbegegnungsstätten (n= jeweils 10). Demgegenüber werden die beiden kommunalen Fachbereiche in anderen Städten (n=180) nur von wenigen zu den wichtigsten Akteuren gezählt, wobei das Sozialamt (n=40; 22,2%) noch vor dem Gesundheitsamt (n=19; 10,6%) rangiert. Im Vordergrund stehen hier Sportvereine (n=111; 61,7%), die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (n=85; 47,2%) und die Volkshochschule (n=83; 46,1%). Darüber hinaus können Aussagen zur Qualität der Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention getroffen werden. So bewerten zwei Drittel der Städte/Gemeinden die Zusammenarbeit als verbesserungsbedürftig oder beklagen die fehlende Zusammenarbeit. Formen der Zusammenarbeit bestehen überwiegend in gegenseitiger Information, gefolgt von Konferenzen und regelmäßigen Treffen; den beiden letztgenannten verbindlicheren Formen kommt in den GSN-Mitgliedskommunen größere Bedeutung zu. Formen der interkommunalen Zusammenarbeit bestehen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention nur in Einzelfällen und hier auch überwiegend in den GSN-Mitgliedskommunen. Verbesserungsmaßnahmen sehen sowohl GSN-Mitgliedskommunen als auch die anderen Städte in einer Erhöhung der Ressourcen und regelmäßiger gegenseitiger Information (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 51).

Bezüglich der allgemeinen inhaltlichen Ausrichtung seniorenbezogener Prävention stehen in GSN-Mitgliedskommunen und anderen Städten ebenso wie in Kreisen die Stärkung der Selbständigkeit älterer Menschen, die stärkere Teilhabe älterer Menschen und die Ermöglichung des Verbleibs in der eigenen Wohnung im Vordergrund. Möglichkeiten zur mittelfristigen Kosteneinsparung erhofft sich nahezu die Hälfte der Kreise (n=82; 37 Nennungen, 45,1%); dies trifft bei GSN-Mitgliedskommunen (n=31; 10 Nennungen, 32,3%) und anderen Städten/Gemeinden (n=199; 58 Nennungen, 29,1%) nur für knapp ein Drittel der Befragten zu. Als hinderliche Rahmenbedingungen wurden von allen Befragten fehlende finanzielle Mittel und eine unzureichende personelle Ausstattung benannt. Auch die unzureichende Beachtung der Thematik auf der politischen Ebene wird bemängelt. Ein mangelndes Interesse der Zielgruppe selbst wird jedoch nur vergleichsweise selten befürchtet. Im Hinblick auf die zukünftige finanzielle Ausstattung wird eine skeptische Grundhaltung deutlich: so befürchtet ein Drittel der Befragten, dass die Ressourcen in den nächsten fünf Jahren abnehmen werden; diese Einschätzung teilen mehr als die Hälfte der GSN-Mitgliedskommunen (55%) (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007, 55ff). Für eine seniorenbezogene Gesundheitsförderung in den Städten und Gemeinden bestehen zukünftig folgende Anforderungen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze 2007, 62ff):

- Prävention und Gesundheitsförderung als eigenständige Gestaltungsaufgabe erkennen,
- Ziel-, Maßnahmen- und Konzeptentwicklung,
- geeignete Akteure identifizieren und koordinieren,
- Sensibilisierung von Verwaltung und Politik (Fort-/Weiterbildung, Förderung entsprechender Kooperationen, Vorbildfunktion der GSN-Mitgliedskommunen),
- Kooperation der Akteure in den Bereichen Gesundheit und Pflege (Gesamtstadt, Stadtteilbezogen),
- Rolle der Kommune als Informations- und Kontaktpunkt für Anbieter überdenken und stärken (Einsatz entsprechender Koordinierungs- und Steuerungsinstrumente z.B. regelmäßige Informationsaustausch, regelmäßige Gesundheits-/Pflegekonferenz),
- Lokale, kleinräumige und zielgruppenorientierte Gesundheitsberichterstattung.

#### **2.4 Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung als Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

In Deutschland erfolgt die gesundheitliche Versorgung im Wesentlichen in drei Bereichen. Dies sind im Einzelnen die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte, die stationäre Versorgung (Krankenhäuser) und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit der kommunalen Einrichtung des Gesundheitsamtes. Unterschiede zwischen diesen Versorgungsegmenten ergeben sich hinsichtlich der personellen und finanziellen Ausstattung sowie der Aufgabenbereiche; dabei stellt der ÖGD die "schwächste Säule" dar (vgl. Brand, Schmacke & Brand, 2003, 367; Gostomzyk, 2006, 931; Waller, 2006, 107). Auf kommunaler Ebene sind die Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte eine zentrale Anlaufstelle. Hier besteht für die Bürger die Möglichkeit, direkt Leistungen des ÖGD in Anspruch zu nehmen (z.B. Einschulungsuntersuchung, medizinische Gutachten, Beratung z.B. über Selbsthilfegruppen, Umweltbelastungen). Entsprechend der Vielfalt der Aufgaben arbeiten in den kommunalen Gesundheitsämtern multiprofessionelle Teams. Gesundheit als Querschnittsthema wird neben Medizinern durch verschiedene Professionen bearbeitet z.B. Sozialpädagogen, Ingenieure, Biologen, Psychologen, Gesundheits- und Sozialwissenschaftler. Die Länder regeln Inhalte und Organisationsstrukturen des ÖGD durch Gesundheitsdienstgesetze. Die Gesundheitsämter gehören in der Regel zur Kommunalverwaltung, teilweise ist der Leiter des Gesundheitsamtes auch der dementsprechende Dezernent (politische Verantwortung) (Brand, Schmacke & Brand, 2003). Grundsätzlich besitzt der ÖGD innerhalb des Gesundheitssystems einen komplementären Versorgungsauftrag; dementsprechend verzichten die Gesundheitsdienstgesetze der Bundesländer auf eine Aufgabenzuweisung (Leistungskatalog) an den ÖGD, der dem Subsidiaritätsprinzip unterliegt. Damit sind z.T. nicht unerhebliche Probleme verbunden (Gostomzyk, 2006, 935). So erfolgte unter dem Deckmantel der Subsidiarität nicht selten ein Abbau von Leistungen des ÖGD oder die Übertragung ehemals öffentlicher Gesundheitsaufgaben an die niedergelassene Ärzteschaft (z.B. Impfungen); dies obwohl das Subsidiaritätsprinzip nicht generell als Aufforderung zur Privatisierung zuvor öffentlicher Aufgaben zu verstehen ist. Eine Übertragung ausgewählter Leistungen an andere An-

bieter erscheint jedoch sinnvoll, wenn es darum geht, Freiräume für neue Leistungen des ÖGD zu schaffen, wie sie im Rahmen der Diskussion zur Neuorientierung des ÖGD formuliert werden.

### **2.4.1 Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

Die nationale Diskussion zur Neuorientierung des ÖGD wird dabei wesentlich durch die europäische gesundheitspolitische Entwicklung geprägt, die auf die Prävention gesundheitlicher Risiken und die Gesundheitsförderung (gem. Ottawa-Charta) sowie die Qualitätssicherung gerichtet ist (Gostomzyk, 2006, 939). Die Ausrichtung am Konzept der Gesundheitsförderung wird dabei insbesondere als Chance für den ÖGD zur Umsetzung seines bevölkerungsbezogenen Versorgungsauftrags gesehen und umfasst folgende Bestandteile (ebd.): Gesundheitsberichterstattung (GBE), Befähigung/Beteiligung der Bevölkerung an ihrer Gesundheitsbildung, Förderung des Selbsthilfepotenzials der Bevölkerung und die Förderung der Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen bei sozial Benachteiligten (Präventions-, Bildungsprogramme). Problematisch erscheint eine Neuorientierung des ÖGD allerdings unter Bedingungen ausschließlich steuerfinanzierter Leistungen; sinkende Steuereinnahmen führen bei wachsenden Sozialaufgaben zum Rückzug der Länder und Kommunen aus der Verantwortung für öffentliche Gesundheit. Eine mögliche Alternative wird in der Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung durch die Versichertengemeinschaft (Kranken-, Renten-, Unfallversicherung) gesehen - wie es im Entwurf des Präventionsgesetzes vorgesehen war/ist. Auch hier bestehen jedoch Umsetzungsbarrieren: so erfolgt die Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention seitens der Krankenversicherung i.d.R. unter Eigenregie der Krankenkassen und mit Versichertenbezug (Gostomzyk, 2006).

Prävention und Gesundheitsförderung sind wesentliche und zentrale Aufgabenbereiche des ÖGD und umfassen (Brand, Schmacke & Brand, 2003, 371):

- die Koordination von Aktivitäten verschiedener Akteure, um einen fortwährenden Prozess der Gesundheitsplanung und -bildung in der Kommune zu erzielen,
- die Einflussnahme auf gesundheitsrelevante Politikbereiche, Programme und Planungen, um gesundheitliche Ziele und Prioritäten zu realisieren,
- eine allgemeine Gesundheitsberatung,
- die Selbsthilfe- und soziale Netzwerkförderung,
- die Koordination von Angeboten,
- die Bereitstellung von Infrastruktur/technischen Hilfsmitteln,
- die Kooperation mit Kontakt- und Informationsstellen (KISS),
- die Prävention und Gesundheitssicherung für Schwangere, Säuglinge, Kleinkinder und Jugendliche (insbesondere aufsuchende Angebote).

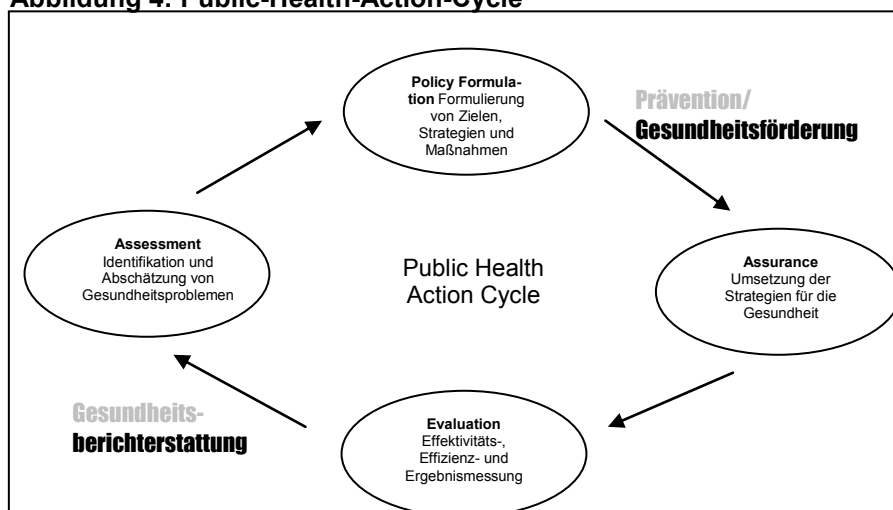
Bedeutung für Aufgaben der Gesundheitsförderung wird dem ÖGD u.a. durch die ÖGD-Ländergesetze zugewiesen.

*„Die Aufgabe. Lebensbedingungen zu gestalten (in Selbstverwaltung und Selbstbestimmung!) ist der Kommune von ihrer Entstehungsgeschichte „auf den Leib geschrieben“. Auch die Aufgabenbeschreibungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere in den neueren Landesgesetzen, lassen sich als Auftrag und Verpflichtung zur Gesundheitsförderung im umfassenden Sinne der WHO lesen.“ (Trojan & Legewie, 2001, 168, Hervorh. i. O.)*

Grundlegend zu unterscheiden sind dabei klassische Präventionsaufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes (Old Public Health) und umfassendere gesundheitsförderliche Ansätze (New Public Health). Während Aufgaben des Gesundheitsschutzes gegenwärtig bundesgesetzlichen Regelungen (z.B. Infektionsschutzgesetz) unterliegen und somit vereinheitlicht und standardisiert wurden, steht eine entsprechende inhaltliche und institutionelle Verankerung gesundheitsförderlicher Ansätze (z.B. ressourcenorientierte Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz) bislang noch aus (Szagun & Walter, 2006). Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Verankerung werden diese Aufgaben ÖGD-intern auch als „weiche“ Aufgaben angesehen, die, insbesondere vor dem Hintergrund prekärer kommunaler Haushalte, leichter zugunsten der Pflichtaufgaben zurückgestellt werden. Diese vergleichsweise unsichere Position verhindert den Aufbau (und Erhalt) flächendeckender Strukturen (Szagun & Walter, 2006, 221).

Gesundheitswissenschaftliche Konzepte und Instrumente (wie z.B. die Gesundheitsberichterstattung) können entscheidend zum Aufbau gesundheitsförderlicher Ansätze im ÖGD beitragen. Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Gesundheitsförderung stellen dabei idealerweise auf einander aufbauende Maßnahmen im Rahmen eines kontinuierlichen Qualitätsmanagementprozesses dar (Public-Health-Action-Cycle; vgl. Abb. 4) (Szagun & Walter 2006, 229ff).

**Abbildung 4: Public-Health-Action-Cycle**



Quelle: Szagun & Walter (2006, 230)

Der ÖGD weist dabei wesentliche Potenziale auf, die im Rahmen einer zukünftigen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene unverzichtbar sind. Szagun & Walter (2006, 233) sehen wesentliche Anknüpfungspunkte in den vorhandenen

fachlichen und strukturellen Stärken des ÖGD, die folgende Aspekte umfassen: präventiver Auftrag des ÖGD, Interessenneutralität, Nähe zur Kommunalpolitik, gemeinwohlorientierte Zielsetzung und informationelle Grundlagen (Kenntnis der regionalen gesundheitlichen Lage; Identifizierung und Erreichen gesundheitlich benachteiligter Zielgruppen; Kenntnis und Nutzung von Zugangswegen). Der ÖGD zeichnet sich in besonderer Weise dadurch aus, dass er auf allen Ebenen (Struktur-, Planungs-, Prozess-, Ergebnisqualität) zur Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen beitragen kann; dies zeigt sich insbesondere in den Bereichen der Planung und Evaluation, im Einzelfall bzw. in begrenztem Umfang auch in der Maßnahmenkonzeption und Umsetzung (vgl. Tab. 5).

**Tabelle 5: ÖGD im Kontext kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung**

Mögliche Funktionen und Entwicklungen des ÖGD im Kontext kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung

Planung: Ziel- und Bedarfsbestimmung Zielgruppenbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übernahme initiierender, moderierender und koordinierender Funktionen</li> <li>- Ziel- und Bedarfsbestimmung (z.B. Sozial- und Gesundheitsberichterstattung)</li> <li>- Einführung partizipativer Planungs- und Entscheidungsstrukturen inkl. Bürger-/Patientenbeteiligung</li> </ul>
Maßnahmenkonzeption und Umsetzung	<p>Beteiligung des ÖGD im Einzelfall</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z.B. bei vorhandenen Erfahrungen oder bekannten Zugangswegen in einem Themenbereich</li> <li>- z.B. als neutraler Moderator einer interdisziplinären Arbeitsgruppe</li> </ul>
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontinuierliche Prozessbegleitung und –bewertung (z.B. Sozial- und Gesundheitsberichterstattung)</li> </ul>

Quelle: Szagun & Walter (2006, 234); eigene Darstellung

#### 2.4.2 Kommunale Gesundheitsberichterstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung (kGBE) wird durch die kommunalen Gesundheitsämter, die als neutrale Instanzen agieren; ausgestaltet. Ausgangspunkt ist dabei die Vorstellung,

*„daß zur Bedarfsanalyse, zur politischen Bewertung und zur Definition vorrangiger gesundheitlicher Defizite entsprechende kommunale Analysen erstellt werden müssen. Erst dann können kommunale Prioritäten und Gesundheitsziele gesetzt, Programme oder Planungen initiiert und später entsprechend evaluiert werden.“ (Brand, Schmacke & Brand, 2003, 372).*

Für die kommunale Gesundheitsberichterstattung können drei Formen unterschieden werden: allgemeine Gesundheitsberichte („Basisberichte“) werden unter Rückgriff auf Indikatoren und eine festgelegte Struktur des Berichtswesens erstellt und beziehen sich selten auf die kleinräumige Ebene. Themenorientierte Spezialberichte („Teilberichte“, „modulares Berichtswesen“) werden zu unterschiedlichen Themenbereichen erarbeitet und ermöglichen in der Zusammenschau, ein Gesamtbild der kommunalen gesundheitlichen Situation Kommune zu erstellen. Die Aufgabenplanung weist demgegenüber eine stärkere thematische Begrenzung (z.B. auf einen Problembereich einer ausgewählten Zielgruppe) auf und umfasst die

Analyse einzelner Problemfelder sowie die Ableitung von Maßnahmenvorschlägen zur Zielerreichung (Trojan, 2006a, 64).

Für die kGBE zeigt sich eine Orientierung der Themen an den im Gesundheitsamt vorrangig wahrgenommenen Aufgaben, für die i.d.R. eigene Daten erhoben werden. Stockmann et al., (2008) berichten, dass die Mehrheit der Gesundheitsämter bei der kGBE auf amtsinterne, eigene Datenquellen zurückgreift (z.B. Schulreihenuntersuchungen (92%) und die amtliche Statistik (82%) sowie Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) (72%); mehr als die Hälfte bezieht sich auf eigens erhobenen Daten (59%). Weitere Quellen sind Länderindikatoren (39%), das Sozial-/Jugendamt (30%) und Bundesindikatoren (23%). Die präferierten Datenquellen schlagen sich auch im Themenspektrum der Spezialberichte nieder, die drei Viertel der Bericht erstattenden Gesundheitsämter erstellen. Dabei entfielen auf die Themen Kinder/Jugendliche (n=87) und Impfen/Infektionen (n=58) die meisten Nennungen, gefolgt von Sucht und Drogen (n=34); bedeutend weniger Gesundheitsämter greifen das Thema alte Menschen auf (n=21) (Stockmann et al., 2008, 681).

*„Erwartungsgemäß spielen thematisch jene Bereiche die Hauptrolle, in denen das Gesundheitsamt praktische Aufgaben wahrnimmt oder zu denen im Gesundheitsamt unmittelbar Daten vorliegen, z.B. weil sie aufgrund von gesetzlichen Vorgaben im Amt erhoben werden. Geht man davon aus, dass das Themenspektrum der Basisberichte nicht völlig anders ist, so lässt sich feststellen, dass die kommunale Gesundheitsberichterstattung mit ihrer Themenwahl zwar einerseits praxisrelevante Schwerpunkte gesetzt hat, andererseits die Aufgabe einer umfassenden Gemeindediagnose vermutlich nur eingeschränkt erfüllt.“ (Stockmann et al., 2008, 682)*

Gleichwohl schränken die Autoren ein, „dass viele Daten, die für eine solche Gemeindediagnose zielführend wären, auf kommunaler Ebene nicht bzw. nicht ohne besonderen Beschaffungsaufwand verfügbar sind.“ (ebd.)

Für die zukünftige Entwicklung der GBE ist es von Bedeutung, die Ergebnisse der GBE sowohl der Politik als auch der Öffentlichkeit zu vermitteln und auf dieser Grundlage konkrete Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen. Probleme der Gesundheitsberichterstattung bestehen gegenwärtig darin, dass diese zwar Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und zur Versorgungsstruktur bereit stellen kann, ihre Einbindung in die politische Diskussion und ihre praktische Umsetzung (z.B. Formulierung von Gesundheitszielen, Konkretisierung von Gesundheitsplänen, Maßnahmenumsetzung) jedoch nicht immer gewährleistet sind (Trojan, 2006a). Zu einer ähnlichen Einschätzung kommen auch Pimmer, Kuhn & Cartheuser (2003, 46); so zeigte sich, dass für rund Dreiviertel der Projekte (39 von 52 Projekten) lokaler Gesundheitsämter zwar der Bedarf aus der GBE abgeleitet wurde (Landes-GBE 30 Projekte, kommunale GBE 31 Projekte); diese jedoch nicht für eine bedarfsorientierte Ausgestaltung kommunaler Gesundheitsförderung zugrunde gelegt wurden. Die Autoren schließen daraus,

*„(...), dass eine echte Bedarfsorientierung der kommunalen Gesundheitsförderung über die Gesundheitsberichterstattung noch nicht hinreichend gelingt. Möglicherweise sind hierfür auch Defizite der Gesundheits- und Sozialberichterstattung verantwortlich, die eine Schwerpunktsetzung in der kommunalen Gesund-*

*heitsförderung noch nicht in hinreichender Weise zulassen.“ (Pimmer, Kuhn & Cartheuser, 2003, 46).*

Auch für die Integration und Nutzung der kGBE durch das kommunalpolitische System besteht weiterhin Verbesserungsbedarf (Stockmann et al., 2008, 681): so zeigte sich, dass seitens der Gesundheitsämter (n=195) zwar häufig eine aktive Vorstellung der kGBE innerhalb der kommunalen gesundheitspolitischen Diskussion (z.B. Kreistagsausschuss) erfolgt (75%), ohne dass damit grundsätzlich eine inhaltliche Auseinandersetzung im Rahmen politischer Gremien einhergeht oder eine Ableitung politischer Konsequenzen erfolgt. Letztgenanntes trifft aus Sicht der Gesundheitsämter für mehr als die Hälfte zudem selten (60%) oder nie (23%) zu. Ein deutliches Hindernis für die kGBE sieht ein Großteil aller befragten Gesundheitsämter in der fehlenden personellen Ausstattung (75%) und fehlenden finanziellen Ressourcen (47%); ein Teil der Befragten führt politisches Desinteresse (38%) sowie mangelnde Fachkenntnisse und Hilfestellungen (14%) an (Stockmann et al., 2008, 681).

#### **2.4.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst und kommunale Gesundheitsämter in NRW**

Der öffentliche Gesundheitsdienst in NRW befindet sich in Trägerschaft der Kreise, der kreisfreien Städte und des Landes. Dementsprechende Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind die Kreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden, die Bezirksregierungen als mittlere Landesgesundheitsbehörden, die für das Gesundheitswesen und für Umweltmedizin zuständigen Ministerien als oberste Landesbehörden und das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit.

Bis in die 1990er Jahre bildete das "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (1934)" (und seine Durchführungsbestimmungen) die Grundlage für die Aufgabenbestimmung des ÖGD. Das Vereinheitlichungsgesetz für den ÖGD (1934) besaß in einzelnen Bundesländern bis in die späten 1990er Jahr Gültigkeit, allerdings mit Streichungen. Die spätere Novellierung der Gesundheitsdienstgesetze kann auch als gesundheitspolitisches Desinteresse am ÖGD gewertet werden (Gostomzyk, 2006, 934ff). Mit der Novellierung der Gesundheitsdienstgesetze in den einzelnen Bundesländern stellen die Gesundheitsämter heute i.d.R. einen Teil der Kommunalverwaltung dar; ihnen obliegt prinzipiell die Zuständigkeit für staatliche Gesundheitsbelange auf kommunaler Ebene. Das „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)“<sup>24</sup> legt u.a. die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde (kommunale Gesundheitsämter) fest (§ 6). Die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde umfassen:

1. die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz,

---

<sup>24</sup> Im Zuge der Novellierung der Gesundheitsdienstgesetze in den einzelnen Bundesländern wurden in Nordrhein-Westfalen das "Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)" im November 1997 verabschiedet. Die letzte Gesetzesänderung wurde durch den Landtag NRW am 02.12.2009 verabschiedet. Neben der Änderung der Überschrift des Gesetzes erfolgten insbesondere redaktionelle Änderungen und Anpassungen aufgrund veränderter Zuständigkeiten infolge der Zusammenführung des Landesinstitutes für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) und der Landesanstalt für Arbeitsschutz (LAfA) durch Errichtungserlass als Einrichtung gem. § 14 des Landesorganisationsgesetzes (LOG) zum Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW).

2. die Mitwirkung an der Gesundheitshilfe,
3. die Dienste der Qualitätssicherung,
4. die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse und Gutachtertätigkeit,
5. die Gesundheitsberichterstattung,
6. die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung.

Die Mitwirkung der unteren Gesundheitsbehörden an Gesundheitsförderung und Prävention (§ 7 Grundsatz) stellt dabei keine Pflichtaufgabe dar; vielmehr handelt es sich um die Mitwirkung an einen umfassenden Aufgabenbereich, dessen Umsetzung in Kooperation mit anderen Beteiligten<sup>25</sup> angestrebt wird (vgl. § 7, Abs. 1 und 4 ÖGDG; MGSFF, 2003). Die Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen soll auf der Grundlage der Gesundheitsberichte (§ 21 ÖGDG) erfolgen. Der unteren Gesundheitsbehörde kommen im Zusammenhang mit der Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen koordinierende Funktionen zu; diese umfassen bei Bedarf auch die Anregung von zusätzlichen Aktivitäten der in der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen (vgl. § 7, Abs. 3 ÖGDG). Formal betrachtet erfährt der Themenbereich Gesundheitsförderung im Zuge der mit dem ÖGDG verbundenen neuen Aufgaben zusätzliche Beachtung und Aufwertung, insbesondere bei der Umsetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz (kGK).

Mit den in Nordrhein-Westfalen seit den 1990er Jahren etablierten Gesundheitskonferenzen (Landesgesundheitskonferenz (LGK) 1992; kommunale Gesundheitskonferenzen (kGK) 1995 bzw. 1998) erfolgte eine systematische Institutionalisierung der Zusammenarbeit der wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen auf Landes- wie kommunaler Ebene (vgl. Abb. 5).

**Abbildung 5: Systematik der Gesundheitskonferenzen in NRW**



Quelle: Wehrauch (o.J.) in Breitkopf (2005, 67); §§ 24 und 26 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25.11.1997

<sup>25</sup> Hierunter werden sowohl in der Gesundheitsförderung und Prävention tätige Einrichtungen und Organisationen als auch andere Behörden (insbesondere Arbeits- und Umweltschutz) zusammengefasst.



Gesundheitsförderung und Prävention stellen dabei wichtige Aufgaben- und Themenbereiche beider Konferenzsysteme dar (Breitkopf, 2005). Mit der Landesgesundheitskonferenz (LGK) wurde in NRW ein gesundheitspolitisches Gremium geschaffen, in das alle Akteure im Gesundheitswesen eingebunden sind (Sozialversicherungsträger, verfasste Ärzte- und Zahnärzteschaft, Apotheker, Krankenhausgesellschaft, Arbeitgeber und Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände, Kommunale Spitzenverbände, Landschaftsverbände, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, Gesundheitliche Selbsthilfe.). Neben einem regelmäßigen Austausch über gesundheitspolitische Themen zielt die LGK auf eine partnerschaftliche Abstimmung von gesundheitspolitischen Zielen und eine Vereinbarung gemeinsamer Konzepte auf Landesebene.

In diesem Zusammenhang entstandene Entschlüsse der LGK und ihre Umsetzung werden unter anderem über das Landesgesundheitsportal "Gesundheit.nrw" gebündelt.<sup>26</sup> Die LGK befasst sich mit verschiedenen Themen; Prävention und Gesundheitsförderung stehen dabei auch auf Landesebene im Mittelpunkt. In den letzten Jahren erfolgte in verschiedenen Bereichen auch eine Bezugnahme auf ältere Zielgruppen. Im Jahr 2008 wurde der landesweite Wettbewerb „Gesundheitspreis NRW“ zum Thema „Gesundheit im Alter - Innovative Gesundheitskonzepte“<sup>27</sup> ausgeschrieben. Unter Berücksichtigung des Innovationsgrades der Projekte und ihrer gesundheitswissenschaftlichen Bedeutung wurden folgende Projekte prämiert:

- „Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs“, St. Franziskus-Hospital in Münster / Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin;
- Projekt „Bis(s) ins hohe Alter“, Rhein-Kreis Neuss/Gesundheitsamt Grevenbroich;
- Projekt „Vermeidung von Pflegebedürftigkeit von hochaltrigen Menschen im Kreis Minden-Lübbecke“, Anna-Luise Altendorf-Stiftung, Minden;
- Projekt „Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung und zur Sicherung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung der älter werdenden Bevölkerung im Kreis Heinsberg – Älter werden im Kreis Heinsberg“, Kreis Heinsberg.

Die Landesinitiative "Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren" wurde im Oktober 2006 eingerichtet. Besonderes Interesse wurde in diesem Zusammenhang auf sturzpräventive Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen gerichtet. Unter Bezugnahme auf aktuelle Standards zur Sturzprävention für ältere Menschen befasst sich diese Landesinitiative mit der Erarbeitung stationärer Modelle (z.B. Vereinheitlichung von Trainingsmaßnahmen relevanter Modelle, Festlegung eines Qualitätsstandards für die Ausbildung von Trainern) und mit Fortbildungsmöglichkeiten für Ärzte. Im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard zur Sturzprophylaxe wurde 2009 das Projekt "Landesbutton Sturzpräventives Heim und Prämierung von Best-Practice-Einrichtungen in NRW" entwickelt. Es bietet statio-

---

<sup>26</sup> Online verfügbar unter (04/2010) <http://gesundheit.nrw.de/content/e19/e2803/e4570>

<sup>27</sup> Online verfügbar unter (05/2011)

[http://www.mags.nrw.de/03\\_Gesundheit/2\\_Versorgung/gesundheitspreis/2008/index.php](http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/2_Versorgung/gesundheitspreis/2008/index.php)

nären Pflegeeinrichtungen, die gemäß aktuellen sturzpräventiven Standards arbeiten, die Möglichkeit der externen Bewertung und Zertifizierung<sup>28</sup>.

In den Jahren 2007 bzw. 2008 erfolgte mit der 16. und 17. Entschließung der LGK NRW eine weitere Konzentration auf das Thema „Gesundheit im Alter“. Im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung<sup>29</sup> wurde dabei allgemein der Erhalt der Lebensqualität im Alter, insbesondere in Bezug auf die Erhaltung der Mobilität und der Zahngesundheit hervorgehoben. Mit den Umsetzungsempfehlungen wurden außerdem folgende Themenbereiche aufgegriffen: Nutzung und Ausweitung von Präventionsangeboten und Strukturen für ältere Menschen, das Landespräventionskonzept mit der Landesinitiative zur Sturzprävention bei Senioren, Zahngesundheit und betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Menschen (MAGS NRW, 2007a).

Die kommunale Gesundheitskonferenz stellt ein Instrument dar, das zur Verbesserung der Gesundheitsplanung und –steuerung im Sinne eines kommunalen Gesundheitsmanagements beitragen soll (MGSFF, 2003, 131). Die Kommunale Gesundheitskonferenz wird durch den Rat oder Kreistag einberufen; die Mitglieder umfassen Vertreter der an der Gesundheitsförderung und –versorgung der Bevölkerung Beteiligten, Selbsthilfegruppen, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes. Die Aufgaben der kGK bestehen in der Beratung interessierender Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung. Bei Bedarf spricht die kGK Empfehlungen aus, deren Umsetzung unter Selbstverpflichtung der Beteiligten erfolgt (§ 24, Abs. 1 und 2, ÖGDG). Die Entscheidungen der kGK weisen somit keine gesetzlich bindende Wirkung auf. Die Koordination wird als eigenständige Aufgabe angesehen, die neben der Geschäftsführung der kGK und ihrer Arbeitsgruppen folgende Bereiche umfasst (§ 23 ÖGDG): Kommunale Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Umweltmedizin, Psychiatrische und Suchtkrankenversorgung, Medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen und AIDS-Aufklärung, -Beratung, -Versorgung. Die „Ausführungsverordnung zum Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (AV-ÖGDG)<sup>30</sup> regelte die Zusammensetzung der Gesundheitskonferenz (§ 2), Vorbereitung, Inhalt und Kategorisierung der Empfehlungen (§§ 3-5), Beschlussfassungen (§ 6) und Vorlage der Berichte (§ 7).

#### **2.4.4 Kommunale Gesundheitskonferenzen und kommunale Gesundheitsberichterstattung in NRW - Umsetzungserfahrungen**

Im Rahmen der Reform des ÖGD und der Novellierung des ÖGDG-NRW erfolgte die modellhafte Erprobung der Instrumente kommunale Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstattung, denen für die Umsetzung eines modernen Gesundheitsmanagements Bedeutung zugeschrieben wird (Murza, Wersé, & Brand, 2005, 1163). Der Gesetzeseinführung war eine modellhafte Erprobung dementsprechender Instrumente vorgeschaltet. Der Aufbau einer kommunalen Gesundheitskonferenz und die Einführung einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung erfolgten im Zeitraum von 1995 bis 1998 in 28 von 54 Kommunen in NRW. Für das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen

---

<sup>28</sup> Online verfügbar unter (04/2010) <http://www.praeventionskonzept.nrw.de/index.php?id=4>

<sup>29</sup> Darüber hinaus wurden folgende weitere Handlungsfelder adressiert: Besondere Versorgungsformen und Bedarfslagen; Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe anpassen; Öffentlicher Gesundheitsdienst NRW; „Gesundheit im Alter“ für den Gesundheitspreis NRW 2008 ausschreiben (MAGS NRW, 2007a).

<sup>30</sup> Die Ausführungsverordnung wurde im August 1999 erlassen und zum 30.11.2006 aufgehoben.

Versorgung“ wurden durch das Land eine konzeptionelle, organisatorische und finanzielle Förderung sowie eine wissenschaftliche Begleitung<sup>31</sup> zur Verfügung gestellt.

Umsetzungserfahrungen zur kGK wurden im Rahmen der Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW (MGSFF, 2003) dokumentiert. Seit 2001 wurden in allen 54 Kreisen und kreisfreien Städten in NRW eine kGK eingerichtet, die im Durchschnitt ein bis zweimal pro Jahr tagen (MGSFF, 2003, 145). Drei Viertel der gemäß AV-ÖGDG aufgeführten Institutionen sind in fast allen kGKn vertreten. Unterrepräsentierte Gruppen waren Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes, die private Krankenversicherung, die gesetzliche Pflege-, Renten- und Unfallversicherung sowie stationäre Pflegeeinrichtungen. Unterschiede in der Repräsentanz einzelner Vertreter zeigten sich insbesondere zwischen Kreisen und kreisfreien Städten; so verfügten Kreise u.a. seltener über entsprechende Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge/des Patientenschutzes (MGSFF, 2003, 132ff). Mit der Zentralisierung der gesetzlichen Krankenkassen ging auch eine Verschiebung der Entscheidungsgewalt beispielsweise hinsichtlich der Umsetzung und Finanzierung lokaler Maßnahmen auf überregionale GKV-Gremien einher, was die Handlungsspielräume der GKV-Vertreter in den kGK begrenzte und die Arbeit der kGK erschwerte.

Die Leitung der Geschäftsstelle der kGK oblag den unteren Gesundheitsbehörden. Der Gesamtstellenaufwand der GA/uGB in NRW lag bei 72 Vollzeit-Stellenäquivalenten für die Geschäftsstellentätigkeit; davon entfielen 38 Vollzeit-Stellenäquivalente auf die Leitung. Unabhängig vom Kommumentyp nahmen von insgesamt 48 Kommunen 75% der Geschäftsstellen übergreifende koordinierende Tätigkeiten wahr. Hinsichtlich der Art der übergreifenden Koordinationsaufgaben zeigte sich in diesen 36 Kommunen, dass die Koordination der Gesundheitsförderung in 15 Kommunen (42%) wahrgenommen wurde und damit insgesamt an dritter Stelle rangierte. In den Kreisen wurde diese Funktion seltener wahrgenommen als in kreisfreien Städten (MGSFF, 2003, 143).

In den meisten Kreisen und kreisfreien Städten (n=49; Stichtag 30.06.2002) wurden im Zusammenhang mit der kGK Arbeitsgruppen eingerichtet. Im Durchschnitt wurden 4,2 Arbeitsgruppen gebildet; ca. 60% der kreisfreien Städte (< 500.000 Einwohner) bildeten vier Arbeitsgruppen und mehr; dies traf nur auf ein Drittel der Kreise zu. Dauerhaft eingerichtete Arbeitsgruppen bestanden zu den Themen Sucht, Psychiatrie, Pflege, Zahngesundheit, Umweltmedizin und AIDS; hierunter fielen auch personelle, fachliche und organisatorische Verknüpfung der kGK mit „älteren“ Kooperations- und Koordinationsgremien (wie z.B. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG), Psychiatriebeirat). In temporären Arbeitsgruppen wurden hingegen überwiegend abgegrenzte Themen wie z.B. „Impfen“, „Kinderunfälle“ oder „medizinische Versorgung von Wohnungslosen“ bearbeitet. Betrachtet man die Themenschwerpunkte der Arbeitsgruppen ist festzustellen, dass im Kontext der kGK durchaus Themen mit Bezug zu älteren Zielgruppen behandelt wurden (z.B. chronisch Kranke, Gerontopsychiatrie, Altenhilfe, -pflege, Geriatrie, Hospiz), allerdings zum damaligen Zeitpunkt nicht unter der Perspektive von Gesundheitsförderung und Prävention (MGSFF, 2003, 148ff). Für die Themengestaltung wurden auf lokaler Ebene auch die Ergebnisse der Landesgesund-

---

<sup>31</sup> Für eine ausführliche Darstellung vgl. Badura et al. (2000).

heitskonferenz NRW (z.B. Entschlüsseungen zu unterschiedlichen Themenbereichen<sup>32</sup>) herangezogen; mehr als drei Viertel der befragten Kommunen gaben an, die Ergebnisse der LGK als Anregung zu nutzen (MGSFF NRW, 2003, 165).

Mehr als die Hälfte der in den kGKn formulierten Handlungsempfehlungen bezogen sich auf eine Verbesserung des Versorgungsangebots und den Abbau von Angebotsdefiziten (spezifischer Ausbau/konzeptionelle Weiterentwicklung der Hilfeangebote 46,1%; übergreifende Erweiterung der Versorgung 16,9%)<sup>33</sup>. Die Handlungsempfehlungen wurden u.a. auch mit Bezug zu älteren Zielgruppen formuliert (z.B. Planungsverfahren in der Altenhilfe und –pflege; Altenhilfe- und -pflegesektor (13,4%) und Selbsthilfe (-gruppen) (11,0 %), allerdings zeigte sich zunächst keine Bezugnahme auf das Thema „Gesundheitsförderung/Prävention für ältere Menschen“ (MGSFF, 2003, 157ff).

Die Gremien Gesundheits- und Pflegekonferenz arbeiteten in mehr als der Hälfte (57,4%) der 47 Kommunen, die in die Auswertung einbezogen wurden, unabhängig voneinander. Hierin spiegelten sich langjährig gewachsene Strukturen, aber auch die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Kompetenzen z.B. zwischen Gesundheits- und Sozialamt wider. In 13 Kommunen bestanden kooperative Verknüpfungen der beiden Gremien; in sieben Kommunen erfolgte eine Zusammenfassung der Konferenzen (MGSFF, 2003, 163).

Mit der Novellierung des ÖGDG erfolgte zudem eine Aufwertung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und eine Zuweisung an die GA/uGB, die nunmehr für die regelmäßige Erstellung und Veröffentlichung zuständig sind (§6 Abs. 1 und § 21 ÖGDG). Die Schwerpunkte der kGBE umfassten folgende Maßnahmen (MGSFF, 2003, 177): Bestandsaufnahme und Situationsanalyse zu den jeweils durch die kommunale Gesundheitskonferenz festgelegten Schwerpunktthemen, Berichte zu (anderen) aktuellen Themen und die Darstellung von Gesundheitsdaten auf der Basis landesbezogener Indikatoren. Insgesamt 41 GA/uGB führten eine kGBE durch; dabei handelte es sich mehrheitlich um themenspezifische Berichte (n=147). Das Thema „Gesundheit im Alter“ wurde nur von wenigen Kommunen aufgegriffen; in zwei Kreisen und vier kreisfreien Städten wurden entsprechende Gesundheitsberichte erstellt. So genannte Basisberichte (Soziodemografische Daten, indikatorengestützte Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, Beschreibung vorhandener Einrichtungen, Dienste und Leistungen) wurden nur vereinzelt (n=11) erstellt<sup>34</sup> (MGSFF, 2003).

Aus Sicht der LGK NRW kommt der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsinformationen insbesondere auch auf kommunaler Ebene weiterhin Bedeutung zu. Die Gesundheitsberichterstattung wird dabei als wesentliche Grundlage für landes-, aber auch kommunalpolitische Entscheidungen angesehen. Außerdem ist der Ausbau von „niedrigschwelligen“ Aufklärungs- und Beratungsangeboten (z.B. adressatengerechte Aufbereitung und Vermittlung) für die Bevölkerung zu den Themen „Alterserkrankungen“ und „unterschiedliche Versorgungsformen“ notwendig. Diesbezüglich wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen (MAGS NRW, 2007a, 20):

---

<sup>32</sup> Das Thema „Gesundheit im Alter“ wurde mit der 16. und 17. LGK aufgegriffen; die 17. Entschlie-ßung bekräftigte dabei u.a. die Zuständigkeit des ÖGD auch für diesen Themenbereich (MAGS NRW, 2008).

<sup>33</sup> Spezifischer Ausbau/konzeptionelle Weiterentwicklung der Hilfeangebote (46,1%) und übergreifen- de Erweiterung der Versorgung (16,9%).

<sup>34</sup> Berücksichtigt wurden die Berichte, die im Untersuchungszeitraum 01.01.1998 bis 30.06.2002 ver- fasst wurden (MGSFF, 2003,179).

- Fortsetzung der Schwerpunktberichterstattung des Landes (Sonderberichte für das Land NRW z.B. Gesundheit und Alter);
- Ausbau der Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene;
- Rückgriff auf vorhandene Daten: z.B. Häufigkeit von Erkrankungen (Iögd), Bevölkerungsprognosen (LDS), zukünftig: Daten telefonischer Gesundheitsbefragungen;
- Weiterentwicklung des Netzwerks Patientenberatung NRW.

Murza, Werse & Brand (2005) resümieren, dass sich bereits mit der Evaluation des ÖGDG zeigte, dass die kGKn „vor Ort“ grundlegend auf positive Resonanz stoßen. Wenngleich auch Unterschiede in der Umsetzung bestehen, zeigte sich vielerorts, dass sich das Gremium der Gesundheitskonferenz auf kommunaler Ebene etabliert hat, seitens der lokalen Akteure akzeptiert und z.T. mit hohem Engagement begleitet wird. Angesichts zunehmend eingeschränkter kommunaler Haushalte besteht jedoch die Gefahr, dass lokale Koordinationsprozesse angesichts zunehmend knapper kommunaler Haushalte zukünftig ausgebremst werden; dies obwohl insbesondere mit Hilfe der Koordinationsleistungen der kGK und der Bereitstellung von Planungsgrundlagen durch eine kommunale Gesundheitsberichterstattung ein Beitrag zur Ressourcenoptimierung plausibel erscheint (Murza, Werse & Brand, 2005, 1169). Ungeachtet dessen spricht gegenwärtig jedoch vieles für eine fortwährende und auch dauerhafte Implementierung und die zukünftige Bedeutung der kGK (Werse, 2010, 149). Neben der Bestätigung des § 24 ÖGDG NRW „Kommunale Gesundheitskonferenz“ im Rahmen der Änderung des ÖGDG-NRW ist hervorzuheben, dass sich in den letzten Jahren beständige lokale Netzwerkstrukturen innerhalb der kGKn und tragfähige Netzwerke zwischen den Geschäftsstellen verschiedener kGKn etabliert haben (interkommunaler Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit).

## 2.5 Zusammenfassung

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention sind aufgrund ihrer unterschiedlichen Entstehungsgeschichte und ihrer Verortung in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und verschiedenen Praxisbereichen in sich unklar und ihre Abgrenzung häufig nicht trennscharf. Vereinigendes Moment beider Ansätze stellt jedoch die Erzielung eines Gesundheitsgewinns für den Einzelnen oder die Bevölkerung dar, der auch durch den komplementären Einsatz von Strategien der Krankheitsvermeidung (Prävention) oder Gesundheitsförderung erreicht werden soll. In der vorliegenden Arbeit werden beide Interventionsformen dementsprechend als sich ergänzende Strategien der Belastungssenkung und Ressourcenförderung verstanden.

Ursprung und zentraler Bezugsrahmen kommunaler Gesundheitsförderung sind die Arbeiten der Weltgesundheitsorganisation, insbesondere die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung, ein strategisch-programmatisches (internationales) Dokument, das Gesundheitsförderung als eigenständiges Handlungsfeld konzeptualisiert und als eine wesentliche Strategie u.a. die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, z.B. Städte und Gemeinden, fokussiert. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) wird - als potentielle koordinierende und stimulierende Instanz auf kommunaler Ebene dabei wesentliche Bedeutung für die ge-

sundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten zugeschrieben. Ein entsprechender Auftrag wird dem ÖGD im Rahmen der verschiedenen ÖGD-Ländergesetze zugewiesen.

Die Entwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren ist durch Ambivalenzen geprägt. Während die programmatische und (teilweise) rechtlich-strukturelle Verankerung einerseits positiv zu bewerten ist (z.B. WHO-Programmatik; Festschreibung von Prävention und Gesundheitsförderung in den ÖGD-Ländergesetze; Entstehung und Etablierung lokaler gesundheitsbezogener Gremien u.a. Gesundheitskonferenzen<sup>35</sup>), bleibt andererseits Kritik an dem Missverhältnis zwischen hohen Ansprüchen und tatsächlicher Umsetzung dieses komplexen Ansatzes, insbesondere auch auf kommunaler Ebene, bestehen. Im Hinblick auf den ÖGD erweist sich dabei die Nachrangigkeit des Gesundheitsressorts gegenüber anderen kommunalpolitischen Handlungsfeldern allgemein als hinderlich (Trojan, 2002). Obwohl für Gesundheitsförderung im Sinne der WHO auf kommunaler Ebene formal die Voraussetzungen gegeben sind, erlangt diese durch den Status als freiwillige kommunale Gestaltungsaufgabe nicht die erforderliche Durchsetzungskraft (Trojan & Legevie, 2001).

Insgesamt illustrieren die zuvor dargestellten Befunde, dass kommunale Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung in den Gesundheitsämtern/im ÖGD insbesondere im Zuge der Novellierung der ÖGD-Ländergesetze zwar stärkere Beachtung erfahren und sich seit Mitte der 1980er Jahre zunehmend etabliert haben. Dennoch erfolgen kommunale Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung nicht im Selbstlauf. Neben der organisatorisch-strukturellen und personellen Verankerung in den Gesundheitsämtern bestehen weiterhin Handlungsbedarfe z.B. im Hinblick auf die Bedarfsorientierung und die Einbettung kommunaler Gesundheitsförderung in übergreifende Planungen.

Alter(n) ist mit einer Zunahme von verschiedenen Beeinträchtigungen und Erkrankungen assoziiert, aber nicht grundsätzlich mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen; der Gesundheitszustand älterer Menschen variiert in Abhängigkeit von umweltbezogenen Einflüssen, Lebens- und Arbeitsbedingungen früherer Lebensphasen, was eine lebensverlaufsbezogene Sichtweise auf Gesundheit, Gesundheitsförderung und gesundes Alter(n) impliziert. Grundsätzlich erweisen sich Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in jeder Lebensphase, also auch und in besonderem Maße im Alter, als sinnvoll; bestehende Präventionspotenziale älterer Menschen wurden in verschiedenen Übersichtsarbeiten ausgewiesen (vgl. Kruse, 2002; Walter & Schwartz, 2001; SVR, 2001): neben individuellen verhaltensbezogenen Maßnahmen kommt insbesondere für ältere Menschen der Gestaltung der Lebenswelt (Verhältnisse) Bedeutung zu; diese schließt u.a. auch gemeindeorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung ein. Gegenwärtig ist jedoch festzustellen, dass ältere Menschen als Zielgruppe gesundheitsfördernder Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsämter, der kGKn in NRW ebenso wie in der KGBE bislang unterrepräsentiert sind.

---

<sup>35</sup> In diesem Zusammenhang ist auf weitere positive Entwicklungen hinzuweisen, die an anderer Stelle thematisiert werden (z.B. (Wieder-) Verankerung von Gesundheitsförderung in der GKV §20 SGB V vgl. insbesondere Kap. 4.2.5) oder die Entwicklungen innerhalb des nationalen Gesunde-Städte-Netzwerkes (vgl. Kap. 4.2.1 bzw. in Bezug auf die Zielgruppe ältere Menschen Kap. 6.1).

### 3 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen - zwischen kommunaler Daseinsvorsorge und Kommunalpolitik

Das Thema „Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ befindet sich auf kommunalpolitischer Ebene im Spannungsfeld zwischen kommunaler Daseinsvorsorge und den gesetzlichen Bezugspunkten der senioren- und gesundheitspolitischen Ressorts. Über die kommunale Daseinsvorsorge kann eine Zuständigkeit der Kommune für die örtlichen Lebensverhältnisse abgeleitet werden. Darin enthalten ist zum einen die Verantwortung für gesunde Lebensumstände; zum anderen kann unter Berücksichtigung einer demografie-sensiblen Perspektive besonderes Augenmerk auf ältere Menschen gerichtet werden. Gleichsam kann der Untersuchungsgegenstand insbesondere auch in den politischen Ressorts der kommunalen Senioren- und Gesundheitspolitik verortet werden. Für diese beiden Bereiche soll insbesondere der Frage nachgegangen werden, mit welchen Schwerpunkten Gesundheitsförderung und Prävention auch für ältere Menschen thematisiert werden. Im Folgenden wird die aktuelle Diskussion zu diesen Themenbereichen skizziert und in ihrer Bedeutung für die vorliegende Arbeit bewertet. Mit Blick auf den Untersuchungsgegenstand steht dabei die gesundheitspolitische Diskussion unter besonderer Berücksichtigung der kGKn im Mittelpunkt.

#### 3.1 Kommunale Daseinsvorsorge

Einen Bezugspunkt für kommunale Maßnahmen der „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ stellt die verfassungsrechtlich zugewiesene Zuständigkeit der Kommunen für Aufgaben der sozialen Daseinsvorsorge gem. Art. 28 II GG dar<sup>36</sup>, woraus eine besondere soziale Verantwortung der Kommunen für ältere Menschen abgeleitet werden kann. Die Bundestags-Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ fordert die kommunale Verantwortung dabei u.a. für die soziale Daseinsvorsorge insbesondere gegenüber chronisch kranken (älteren) Menschen, mit dem Ziel der Aufrechterhaltung ihrer selbständigen Lebensführung ein (Deutscher Bundestag, 2002). Damit wird den Kommunen eine eigenständige Rolle im gesundheitlichen Versorgungssystem, insbesondere im sog. vorpflegerischen Bereich, und zwar jenseits der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V und SGB XI), zugewiesen.

Im Sinne der Zuständigkeit der Kommune für die Gestaltung der örtlichen Lebensverhältnisse kann darunter auch die Sicherung „gesunder Lebensumstände“ gefasst werden (vgl. Grunow, 1999, 374). Dementsprechend kann für „Gesundheit“ als „Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft“ (Art. 28 II GG) ebenfalls ein eigenständiger kommunaler Versorgungsauftrag abgeleitet werden. In dem Sinne haben Kommunen nicht nur „*Voraussetzungen zu schaffen, dass Bürgerinnen und Bürger gesund leben können.*“ (Stender, 2006, 133). Vielmehr noch sind Kommunen als „*Akteure der Gesundheitsförderung*“ (ebd.) zu verstehen,

---

<sup>36</sup> Der Daseinsvorsorgeauftrag gilt auch für die Gestaltung von sozialen Lebensräumen für ältere Menschen und wird in verschiedenen Sozialgesetzen noch detaillierter interpretiert (so z.B. §§ 17 SGB I, 95 SGB X und 71 SGB XII). So legt z.B. das SGB I fest, dass die Leistungsträger – also zuvorderst die Kommunen – verpflichtet sind darauf hinzuwirken, dass die zur „Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienstleistungen ausreichend zur Verfügung zu stellen sind“. Dies wiederum soll – in Auslegung des Subsidiaritätsprinzips und - entsprechend jüngerer Bestimmungen im SGB XI und SGB XII zur „neuen“, d.h. „erweiterten“ Subsidiarität - in Zusammenarbeit mit frei-gemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern erfolgen.

denen Aufgaben der Gesundheitsförderung auch im Rahmen der Landesgesundheitsgesetze übertragen werden. Dabei handelt es sich einerseits um explizite Gesundheitsaufgaben, deren Bearbeitung den kommunalen Gesundheitsämtern obliegt. Andererseits fallen darunter auch Aufgaben mit implizitem Gesundheitsbezug z.B. Stadtentwicklung, Verkehrsplanung, Wirtschaftsförderung (Stender, 2006).

Während im Allgemeinen der mit dem Art. 28 II GG verbundene weit gefasste Aufgabenbereich durch übergeordnete Rahmengesetzgebungen eine Begrenzung erfährt, fehlen für die Gesundheitsförderung – mit Ausnahme der ÖGD-Ländergesetze – entsprechende gesetzliche Bezugspunkte. Aufgrund der bislang weitgehend fehlenden vertikalen politischen Verankerung von Gesundheitsförderung (über alle Ebenen hinweg: Bund, (Land), Kommune) findet sie innerhalb der Kommunalpolitik nicht die Beachtung, die ihr im Rahmen der WHO-Programmatik zugeschrieben wird (Trojan & Legewie, 2001, 143).

Vor dem Hintergrund demographischer, epidemiologischer und sozialer Veränderungen sind die Kommunen als „Orte der (sozialen) Daseinsfürsorge“ (Naegele, 2004) besonders aufgefordert, ihre Planung, ihr Handeln sowie ihre sozialen Dienste und Versorgungsstrukturen zu überprüfen. Auch wenn in vielen Kommunen Sozial- und Gesundheitsplanung vor dem Hintergrund einer finanziell problematischen Situation stattfinden muss, wird es angesichts der prognostizierten Entwicklungen künftig zusehends wichtig sein, die Belange der heterogenen Gruppe älterer Menschen zu berücksichtigen.

Neben der Ausgestaltung und Gewährleistung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und pflegeergänzender Hilfen („komplementäre Dienste“<sup>37</sup>), sind aus kommunaler Sicht zukünftig auch solche Maßnahmen zunehmend in die Planung einzubeziehen, die im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit - sowohl bei „gesunden“ als auch bei chronisch erkrankten, aber (noch) nicht pflegebedürftigen älteren Menschen - im Sinne der Gesundheits- und Autonomieerhaltung ansetzen. Gesundheits- und Autonomieerhaltung beziehen sich dabei auf eine Gestaltung der örtlichen Lebensbedingungen, die sich an den Zielen von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter orientieren und folgende Bereiche einschließen (Altgeld et al., 2006, 21): eine aktive und selbständige Lebensführung, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, die Vermeidung körperlicher und psychischer Erkrankungen und die Aufrechterhaltung/Schaffung angemessener Unterstützungsnetzwerke.

Ansatzpunkte müssen dabei sowohl verhaltensbezogene Maßnahmen (z.B. Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten, Bewältigungsmöglichkeiten) als auch verhältnisbezogene Interventionen sein (z.B. Gestaltung und Ausstattung der Wohnung/des Wohnumfeldes, Angebote zur Erhaltung psychischer und physischer Aktivität, Förderung und Aufrechterhaltung der Mobilität u.a. durch entsprechende Gestaltung des ÖPNV) (Altgeld et al., 2006, 22).

Die Ausbildung eines umfassenden lokalen Konzeptes zur Förderung von Gesundheitserhalt und Stärkung der Autonomie „gesunder“ wie gesundheitlich beeinträchtigter älterer Menschen liegt nicht nur im Interesse der älteren Menschen, sondern auch der Kommunen. Zum

---

<sup>37</sup> Unter komplementären Diensten wird die Gesamtheit ergänzender und präventiver Angebote, die dem Erhalt der selbstständigen Lebensführung in verschiedenen Lebenssituationen und -lagen dienen, verstanden. Dies umfasst die Bereiche des selbstständigen Wohnens ebenso wie Kommunikation und Begegnung, Bewegung und gesunde Lebensführung, Information, Bildung und Kultur, Mobilität, Gesundheit, hauswirtschaftliche Hilfen und psycho-soziale Angebote.



einen kann eine Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und damit einhergehender Inanspruchnahme stationärer Pflege, verstanden als Ende der „Versorgungskette“ im Verlauf von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, zu einer Reduzierung kommunaler Ausgaben führen. Allerdings muss dabei beachtet werden, dass für Länder und Kommunen aufgrund der segmentierten Leistungssysteme bislang nur wenige Anreize für die finanzielle Förderung präventiver Maßnahmen bestehen. Letztlich ergeben sich durch die Vermeidung oder zumindest Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit insbesondere Vorteile für die Pflegeversicherung<sup>38</sup> (Landtag NRW, 2005, 195; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2006a, Punkt 9). Zum anderen können jedoch nicht nur die vielerorts prekären Haushaltslagen der Kommunen zum Anlass für Veränderungen genommen werden. Angesichts der unaufhaltsamen demografischen Veränderungen müssen präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen für ältere Menschen im Sinne der Zukunftsfähigkeit alternder Städte und Stadtteile, Bestandteil der kommunalen Sozial- und Pflegeplanung werden (Landtag NRW, 2005, 195). Die Gestaltung der sozialen Infrastruktur in Kommunen mit einer alternden Bevölkerung, kann dabei auch einen Beitrag zur Vermittlung eines positiven Altersbildes leisten.

### 3.2 Kommunale Seniorenpolitik

In den letzten Jahren zeichnete sich in der kommunalen Seniorenpolitik ein Wandel von der Hilfeorientierung zu einer erweiterten sozial- und gesellschaftspolitischen Konzeptualisierung von Alter(n) und Altsein ab (Naegele, 2010, 98). Die traditionelle Altenhilfe bildet unter dieser Perspektive einen bedeutsamen Teilbereich moderner kommunaler Alten- und Seniorenpolitik, an die sich gegenwärtig und zukünftig jedoch weitere Anforderungen stellen. Im Mittelpunkt stehen

*„(...) eine **alle** Lebenslagen im Alter einbeziehende kommunalpolitische Gesamtverantwortung, (...) **die soziale Gestaltung der Gesamtheit der Lebensverhältnisse einer insgesamt alternden Bevölkerung (...) eine soziale Politik für das Alter und für ein Leben im Alter.**“ (Naegele, 2010, 99; Hervorh. i. O.).*

Wenngleich sich in einigen Kommunen bereits eine entsprechende Perspektiverweiterung vollzieht, ist die Betrachtung altersspezifischer Fragestellungen vielerorts weiterhin durch eine überwiegende Altenhilfe-Perspektive (§ 71 SGB XII) geprägt. Dabei legen verschiedene demografische wie gesellschaftliche Entwicklungen (vgl. Abb. 6) eine Neuausrichtung der kommunalen Alten- und Seniorenpolitik nahe.

*„Das kollektive und zunehmend sozial differenzierte Altern der Bevölkerung ist nicht mehr nur vornehmlich als (sozialpolitisches Versorgungs-) **Problem**, sondern als eine (gesellschaftspolitische Gestaltungs-) **Aufgabe** zu*

---

<sup>38</sup> Ähnlich verhält es sich mit den Anreizen der Krankenversicherung für die Umsetzung von Maßnahmen der Rehabilitation. Auch hier entstehen finanzielle Nutzen für andere Sozialleistungsträger wie z.B. die Pflegeversicherung. Aus betriebswirtschaftlichen Beweggründen werden dementsprechend vorrangig die Leistungen bewilligt und forciert, die dem jeweils eigenen System zugute kommen. Betrachtet man diesen Umstand aus der Nutzerperspektive und unter dem Blickwinkel der Sozialausgaben, erweist sich dieses Verhalten jedoch als unangemessen (Deutscher Verein, 2006b).

*begreifen, deren Lösung insbesondere auch in kommunaler Verantwortung liegt.“ (Naegele, 2010, 100; Hervorh. i. O.).*

#### **Abbildung 6: Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen**

- Veränderung der Altersphase (Hochaltrigkeit, Singularisierung, Feminisierung, Entberuflichung)
- Ökonomisch bedingte und/oder sozialstrukturelle Veränderungen des Lebenslaufs, der Lebens-, Wohn- Familien- und Arbeitsformen und ihre (Fern-) Wirkungen auf das Alter (z.B. Zunahme von Trennungen, Scheidungen; Situation älterer Arbeitnehmer, Folgen von Frühverrentungen; Migration)
- Ressourcen und Potenziale älterer Menschen (Niveauehöhungen bei Teilgruppen älterer Menschen z.B. gestiegene Alterseinkommen, besserer Gesundheitszustand, besserer Bildungsstand; Bereitschaft zu Aktivität, Engagement, Beteiligung)
- Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen

Quelle: Naegele, 2010, 99; Ottensmeier & Rothen, 2006, 126.

Nicht zuletzt aufgrund der Heterogenität des Alter(n)s und zukünftig zu erwartender Veränderungen im Hinblick auf diese Lebensphase, ist eine Reduktion der Politikgestaltung für ältere Menschen auf Fragen der kommunalen Altenhilfepolitik nicht zulässig (Pfützenreuther, 2006, 236). Neben gesamtgesellschaftlicher Politik sind des Weiteren folgende Bereiche zu berücksichtigen (ebd.): Landes-, Stadt-, Regionalplanung, Wohnungspolitik, Sozial- und Gesundheitspolitik, Familienpolitik, Altenpolitik, Altenhilfe (gem. § 71 SGB XII) und Altenpflegepolitik. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Notwendigkeit in der Praxis nicht unbedingt zu einer querschnittlichen Betrachtung führt:

*„Die Erkenntnis, dass es sich bei der Gestaltung der Gesellschaft des langen Lebens um eine Querschnittsaufgabe handelt, führt allerdings nicht automatisch zu einem fundierten und abgestimmten Handeln aller Beteiligten. Mitunter fallen Querschnittsaufgaben auch durch die Maschen der Ressortaufteilung oder gehen beim Versuch, Zuständigkeiten zu definieren, mehr oder weniger verloren.“ (Pfützenreuther, 2006, 236)*

Von besonderer Bedeutung ist zudem, dass ressortübergreifendes Handeln Unterstützung durch die Bürgermeisterebene erfährt. Auch eine Überprüfung kommunaler Entscheidungen (oder darüber hinaus strukturpolitische Fragen auf Landes- und Bundesebene) auf „*demografische Nachhaltigkeit*“ erscheint empfehlenswert (ebd.).

Wird das Altern der Bevölkerung als gesellschaftspolitische Aufgabe verstanden, gehen damit im Sinne einer modernen kommunalen Seniorenpolitik neue thematisch-inhaltliche Aspekte, neue Zielgruppen und neue Akteure einher. Neben klassischen Themen (z.B. Einkommen, Pflege) gewinnen folgende Bereiche an Bedeutung (Institut für Gerontologie, (IfG), 2008, 56): Arbeit und Beschäftigung; Freizeit, Kommunikation, Bildung und Kultur; Gesundheit, Vorsorge, Gesundheitsförderung; Wohnen, Wohnumfeld, Mobilität; Alltagsbezogene Dienstleistungen; Unterstützung von Familien- und Generationenbeziehungen und weiterer sozialer Netzwerke; Nutzung der Wirtschaftskraft Alter sowie Partizipation, Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement. Für die Bearbeitung und Umsetzung auf kommunalpolitischer

Ebene erscheint dabei ein ressortübergreifendes und interdisziplinäres Vorgehen empfehlenswert (IfG, 2008, 56).

Einen bedeutsamen Anknüpfungspunkt für die Modernisierung der örtlichen Alten- und Seniorenpolitik sieht Naegele (2010) zudem im Konzept des „active ageing“<sup>39</sup>. Ziele sind das bessere eigene Älterwerden („Für-sich-etwas-tun“) und die Förderung eines besseren Älterwerdens und Lebens im Alter in Gruppen (insbesondere sozial, gesundheitlich oder ethnisch-kulturell benachteiligter Gruppen) („Für-und-gemeinsam- mit- anderen-etwas-tun“).

Bedeutsam für die kommunale Ebene erscheint das Konzept dabei insbesondere deshalb, weil eine ausschließliche Orientierung am Leitbild des produktiven Alters (Ressourcen und Potenziale), insbesondere bei der Leitbildentwicklung auf kommunaler Ebene, Konzeptualisierungs- und Umsetzungsprobleme aufwirft. So gehe mit der (Über-) Betonung von Ressourcen und Potenzialen die Gefahr einher, dass kommunale Leitbilder lediglich Teilgruppen älterer Menschen adressieren (z.B. junge Alte, ältere Angehörige der Mittel-/Oberschicht) und vulnerable Gruppen Älterer (z.B. Hochaltrige, Pflegebedürftige, einkommensschwache Ältere) unberücksichtigt bleiben (Naegele, 2010, 100).

Ungeachtet aller Modernisierungsforderungen und –erfordernisse ist zu betonen, dass sich für „klassische“ Altersthemen in der kommunalpolitischen Diskussion kein Bedeutungsverlust abzeichnet; im Gegenteil ist davon auszugehen, dass für Teilgruppen älterer Menschen weiterhin (zukünftig ggf. sogar weiter ansteigend) Handlungsbedarf auf kommunaler Ebene besteht (z.B. Alleinlebende hochaltrige Menschen, demenziell erkrankte ältere Menschen, ältere Menschen mit Behinderung, ältere Menschen mit Migrationshintergrund). Zusammengekommen ergibt sich für die Kommunen die Notwendigkeit einer „doppelten Orientierung“, bei der gleichsam Modernisierungsbestrebungen (Aufgaben-, Zielgruppen-, Akteurserweiterung) und die Fortführung von Aufgaben der traditionellen Daseinsvorsorge für die Alten- und Seniorenpolitik handlungsleitend sind (Naegele, 2010, 101; IfG, 2008).

Auch Ottensmeier & Rothen (2006, 126) benennen für die zukünftige kommunale Altenplanung und Seniorenpolitik die Notwendigkeit einer doppelten Ausrichtung: während einerseits eine primär sozialpolitische Perspektive weiterhin Sicherheits- und Schutzfunktion der Kommunen bei besonderen Bedarfen im Alter impliziert (z.B. Krankheit, Hilfs-, Pflegebedürftigkeit), kann daneben mit der Förderung der Selbstbestimmung und des Erhalts der Selbständigkeit älterer Menschen gleichsam eine neue Perspektive aufgezeigt werden. Dabei stehen folgende Aspekte im Mittelpunkt (ebd.):

- die Selbst- und Mitverantwortung älterer Menschen für das (eigene) älter werden/ alt sein fördern;
- Bereitstellung von Angeboten durch die Kommune (Gesundheitsförderung, Prävention, Bildung, Kultur, Freizeit, Sport, generationenübergreifende Angebote);
- Partizipationsförderung: Bereitstellung von Strukturen, die es älteren Bürgern ermöglichen, sich einzubringen (Ressourcen, Kompetenzen).

---

<sup>39</sup> Zum Ansatz des active ageing vgl. Walker (2002) (vgl. auch Kap. 5.2).

Im Kontext der Neuausrichtung kommunaler Altenplanung und Seniorenpolitik sind Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention wichtige Teilbereiche und Handlungsfelder. Die Förderung und Gestaltung kommunaler Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen kann einerseits einen Beitrag zur Verbesserung und/oder Erhalt der individuellen Lebensqualität leisten. Der Erhalt und/oder die Verbesserung der Gesundheit im Alter stellt zudem eine wesentliche Grundlage für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar. Darüber hinaus lässt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Alter erwarten, dass Kosten der medizinischen und pflegerischen Versorgung vermindert werden (Ottensmeier & Rothen, 2006, 130). Die Anknüpfungspunkte für Maßnahmen auf kommunaler Ebene sind dabei vielfältig (ebd.):

- Kleinräumige Koordinierung und Vernetzung der Akteure (ambulante und stationäre Versorgung; Rehabilitation, Krankenkassen, soziale Dienste),
- Ausbau zielgruppenspezifischer Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention,
- Förderung, Unterstützung und Beratung von Selbsthilfeangeboten,
- Individuelle Gesundheitsberatung für ältere Menschen, Information und Beratung für Gruppen (Selbsthilfegruppen, Altenclubs) und Einrichtungen der Altenhilfe (Begegnungsstätten, stationäre Einrichtungen),
- Stadtplanung unter Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und ökologischer Gerontologie.

Der Frage ob, und wenn ja, inwiefern eine entsprechende Neuausrichtung kommunaler Seniorenpolitik bereits praktisch vollzogen wird, kann und soll an dieser Stelle nicht ausführlicher nachgegangen werden; Hinweise auf positive Entwicklungen bieten Erfahrungen aus Modellprojekten, die u.a. auf eine zukunftsweisende Seniorenpolitik gerichtet sind (z.B. „Neues Altern in der Stadt“ (NAIS), Bertelsmann Stiftung (2007)<sup>40</sup>).

### 3.3 Kommunale Gesundheitspolitik

Die kommunale Gesundheitspolitik steht im Spannungsfeld zwischen der ihr gesetzlichen zugewiesenen Zuständigkeit für die Ausgestaltung örtlicher Lebensverhältnisse (Art. 28 GG) und einer allgemeinen Gesundheitspolitik, die insbesondere auf Fragen der Krankenversorgung fokussiert ist (Rosenbrock & Gerlinger, 2009). Kommunale Gesundheitspolitik stellt ein unübersichtliches Handlungsfeld dar, dem die „*Rolle der Verwaltung von öffentlichen Restaufgaben zugeschrieben*“ wird (Grunow, 1999, 373), für die aufgrund länderspezifischer Regelungen einheitliche Zuständigkeiten fehlen. Einen Schritt weiter gehend kann sogar davon gesprochen werden, dass eine kommunale Gesundheitspolitik nicht vorhanden ist (Grunow, Grunow-Lutter & Mausberg, 2000, 17). Charakteristisch für die kommunale Gesundheitspolitik sind nach Trojan (1998) eine fehlende kommunale Gesamtverantwortung für Gesundheit und eine übermäßige Ausdifferenzierung der damit befassten Politikebenen (vertikal) und Interventionsfelder/-träger (horizontal). Er resümiert „*Kommunale Gesundheitspolitik, die von*

---

<sup>40</sup> Auf ein Praxisbeispiel aus diesem Projektkontext zum Thema „Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wird in Kap. 6 eingegangen.

*der Anlage her gerade ganzheitlich sein will, wirkt (...) überwiegend atomisiert und zersplittert.“ (Trojan, 1998, 780).*

Für die Entwicklung kommunaler Gesundheitspolitik erweisen sich verschiedene Faktoren als hinderlich, dabei kommt insbesondere das gegliederte Gesundheitssystem zum Tragen, das durch unterschiedliche Akteure und Ebenen (Bund, Land, Kommune) mit je spezifischen und divergierenden Interessen gekennzeichnet ist. Speziell im Hinblick auf den ÖGD ist zu erwähnen, dass sich das *„relative Desinteresse der Landesebene an einer landesspezifischen Gesundheitspolitik“* (Grunow, Grunow-Lutter & Mausberg, 2000, 18) auf kommunaler Ebene fortsetzt und kommunalpolitische Akteure wenig Interesse an der Gestaltung kommunaler Gesundheit(spolitik) zeigen.

Die staatliche Zurückhaltung in Bezug auf den ÖGD ist insbesondere im Zusammenhang mit seiner Instrumentalisierung durch den Nationalsozialismus zu sehen, die in der Nachkriegszeit in der Bundesrepublik zur Ablehnung einer Staatsmedizin führte. Diese Haltung spiegelte sich in der Beibehaltung der Landeszuständigkeit für den ÖGD und der Stärkung der Selbstverwaltungskörperschaften (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen) im Gesundheitssystem wider.

*„Dieses politische Desinteresse am ÖGD, das durch die Nicht-Zuständigkeit des Bundes verfestigt wird, setzt sich über die Landesebene (hier trotz Zuständigkeit) bis hin zur kommunalen Ebene fort, wo die Entwicklung einer kommunalen Gesundheitspolitik mit entsprechender Positionierung des örtlichen Gesundheitsamtes kaum ein Thema ist.“ (Grunow, Grunow-Lutter & Mausberg, 2000, 20)*

Für das Verständnis kommunaler Gesundheitspolitik sind eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte von Bedeutung (Grunow, Grunow-Lutter & Mausberg; 2000, 18f). Im Hinblick auf den *gesetzlichen Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik (Polity)* ist zu beachten, dass sich gesundheitsbezogene Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen von den Möglichkeiten der Bundes-/Landesebene unterscheiden und diese auf kommunaler Ebene unterschiedlich wahrgenommen werden (z.B. Ausgestaltungsmöglichkeiten gemäß Art. 28 GG). Die Gestaltung kommunaler Gesundheit ist zudem immer im Kontext der unterschiedlichen ÖGD-Landesgesetze zu betrachten. Darüber hinaus bestehen auf der kommunalen Ebene Kooperationsbeziehungen zum System der Krankenversorgung (z.B. § 20 SGB V). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung maßgeblich den Institutionen der Sozialversicherung übertragen wurde und somit Anreize zur kommunalpolitischen Gestaltung von Gesundheit in Frage gestellt werden können.

Für den Bereich *Netzwerke, Verhandlungsbeziehungen, Interessenslagen zwischen kommunalen Akteuren (politics)* ist zu beachten, dass verschiedene lokale Akteure (z.B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Schulen, örtliche Betriebe, Bevölkerungsgruppen in Stadtteilinitiativen usw.) mit ihren jeweils eigenen Interessenslagen potentielle und wichtige Partner der kommunalen Gesundheitsfachverwaltung und (gesundheitsbezogenen) Kommunalpolitiker sind. Für die Ausgestaltung von Kooperationen mit diesen Partnern bestehen unterschiedliche Möglichkeiten; zu berücksichtigen ist dabei u.a. inwiefern Kommunalpolitik und Gesundheitsfachverwaltung gemeinsam Kooperationen mit relevanten Akteuren eingehen oder ob jeweils eigene und voneinander unabhängige Kontakte aufgebaut werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob überhaupt Vernetzungen als notwendig erachtet werden und wenn

ja, in welchen Bereichen diese realisiert werden (z.B. außerhalb des politisch-administrativen Systems zwischen Beteiligten des sozialversicherungsbezogenen Krankenversorgungssystems; Kommunalverwaltungsintern: intersektorale Kooperationen zwischen verschiedenen Verwaltungsbereichen) (ebd.).

*Handlungsprogramme, Problemlösungsstrategien, Definitionen und Prioritäten (policy)* basieren auf einem definierten Gesundheitsbegriff und der Bestimmung prioritärer Handlungsbereiche (Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation). Ausschlaggebend ist hier, inwiefern sich das Verhalten der Gesundheitsfachverwaltung, aber auch der Kommunalpolitik an der Formulierung eigener Programme und Lösungsstrategien orientiert oder ob die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen den Ausgangspunkt kommunaler Gesundheitspolitik bilden. Außerdem sind die Selbst- und Fremdwahrnehmung des Gesundheitsamtes von Bedeutung (Alleinzuständigkeit des Gesundheitsamtes für die öffentliche Gesundheit vs. Fachbehörde im Sinne einer intersektoralen Vermittlungsinstanz (gesundheitsförderliche Gesamtpolitik)). Grunow, Grunow-Lutter & Mausberg (2000, 19) resümieren, dass *„für die Entwicklung einer kommunalen Gesundheitspolitik (...), (...) auf allen drei Dimensionen wenig förderliche Bedingungen für den ÖGD bestehen.“*

Zur Aufgabenwahrnehmung des ÖGD und der kGK in der kommunalen Gesundheitspolitik liegen unterschiedliche Einschätzungen vor, insbesondere zeigt sich eine Diskrepanz zwischen Ansprüchen, Potenzialen und tatsächlicher Umsetzung. Grundsätzlich argumentiert Trojan (2002, 260), dass der öffentliche Gesundheitsdienst *„als Teil der kommunalen Selbstverwaltung ein besonderes Mandat für alle GKV-externen Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention“* habe und auch *„besser als jeder andere Akteur“* für die Weiterentwicklung der kommunalen Gesundheit geeignet sei. Der ÖGD und die kommunalen Gesundheitsämter sind zentrale Akteure der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung; nicht zuletzt vor dem Hintergrund der damit verbundenen Gestaltungsfunktion kommt ihnen grundsätzlich eine zentrale Stellung in der kommunalen Gesundheitspolitik zu. Außerdem geht mit dem Ansatz der kommunalen Gesundheitsförderung allein durch die Begrifflichkeit bereits ein verhältnispräventiver Anspruch einher, der eng mit einer intersektoralen Gesundheitsförderungspolitik verknüpft ist.

*„Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene stellt schon von der Namensgebung her den Anspruch dar, umfassend Verhältnisprävention zu betreiben im Sinne eines Hineinwirkens in alle gesundheitsrelevanten Politiksektoren (intersektorale Gesundheitsförderungspolitik).“ (Trojan, 1998, 786).*

Auch wenn bislang in den Gesundheitsämtern Aufsichts- und Kontrollaufgaben (dezentrale staatliche Gesundheitsaufsicht) (Trojan, 1998, 781) und klassische Aufgaben überwiegen (vgl. Kap. 2), ist mit der tendenziellen Zunahme weitreichender gesundheitsbezogener Konzepte im Gesundheitsamt, wie Gesundheits- und Selbsthilfeförderung, auch ein Kompetenzgewinn im Umgang mit darauf bezogenen gesundheitspolitischer Instrumenten (z.B. Gesundheitsberichterstattung, lokale/regionale Kooperationsgremien der Gesundheitsförderung Gesundheitsberichterstattung, -planung, -ziele, -verträglichkeitsprüfungen) zu verzeichnen, die das Gesundheitsamt auch für eine Rolle innerhalb der kommunalen Gesundheitspolitik qualifizieren.

Brand, Schmacke & Brand (2003, 374) schätzen die zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten des ÖGD auch hinsichtlich seiner zukünftigen Rolle in der kommunalen Gesundheitspolitik positiv ein. Sie weisen darauf hin, dass die Übernahme von Steuerungs- und Koordinationsaufgaben im Kontext lokaler Gesundheitspolitik zukünftig weiter ausgebaut werden müssen. Die in NRW mit den kommunalen Gesundheitskonferenzen vorliegenden Strukturen und Erfahrungen können dabei in diesem Sinne als wegweisend bezeichnet werden. Vielmehr noch bildet sich hier eine „neue“ kommunale Gesundheitspolitik heraus (von Ferber, 2001 und Schmacke, 1998 in Brand, Schmacke & Brand 2003, 374). Der Public-Health-Trias (Fehr & Brand, 1998 in Brand, Schmacke & Brand 2003, 374) stellt dabei auch für die kommunale Ebene einen Orientierungspunkt dar. Die kGBE wird dabei als Instrument für die Analyse der Ausgangssituation dem Assessment, Aufgaben der Strategieentwicklung den lokalen Gesundheitskonferenzen zugeordnet (vgl. Tab. 6).

**Tabelle 6: Übertragung des Public-Health-Trias auf die Kommune**

Public-Health-Trias		Übertragung auf die Kommune
<b>assessment</b>	Lagebeschreibung	Kommunale Gesundheitsberichterstattung
<b>policy-development</b>	Strategieentwicklung, inkl. Identifizierung von Handlungsoptionen	Entwicklung von Gesundheitszielen und Handlungsoptionen durch lokale Gesundheitskonferenzen
<b>assurance</b>	Infrastrukturentwicklung und Implementierung von Maßnahmen	Sicherstellung der Implementierung, Durchführung von Maßnahmen durch die Kommune, auch durch Übertragung der Ausführung an Dritte

Quelle: Brand, Schmacke & Brand (2003, 374), eigene Darstellung

Auch Trojan (1998) nimmt eine Einschätzung kommunaler Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund der Stufen des Policy-Regelkreises<sup>41</sup> vor und kommt zu dem Ergebnis, dass wesentliche Erfolge bislang erst auf den ersten zwei Stufen zu verzeichnen sind: im Bereich der Problemeinschätzung (Definition, Wahrnehmung) und der programmatischen Äußerungen relevanter Akteure im Gesundheitsbereich. Die folgenden Stufen, Verabschiedung konkreter politischer Entscheidungen (inkl. finanzieller Budgets) und daraus abgeleitete Handlungen, sind hingegen eher durch Stagnation charakterisiert. *„Die wichtigsten Engpässe stellen die Umsetzung, Verstetigung und Generalisierung von bisher meist nur exemplarisch erprobten Interventionen dar.“* (Trojan, 1998, 799). Die überwiegend restriktive finanzielle Situation der Kommunen stellt zudem ein wesentliches Hindernis für die Leistungsfähigkeit kommunaler Gesundheitspolitik dar. Eine Stärkung und Absicherung der finanziellen Rahmenbedingungen könnte, so Trojan (1998, 799), auch durch eine Beteiligung der Krankenkassen an der Gestaltung und Finanzierung kommunaler Gesundheitspolitik erzielt werden; denkbar wäre beispielsweise, dass Krankenkassen nicht nur an lokalen Kooperationsgremien teilnehmen, sondern auch eine entsprechend der Mitgliederzahl gestaffelte finanzielle Beteiligung für gemeinschaftliche Aktivitäten erbringen.

<sup>41</sup> Der gesundheitspolitische Aktionszyklus (Rosenbrock 1995 in Trojan & Legewie 2001) umfasst die Phasen Assessment, Policy-Formulierung, Umsetzung und Evaluation.

Weitere Hindernisse für die praktische Umsetzung lokaler Kooperationsgremien beziehen sich auf fehlende Voraussetzungen, die für die Wahrnehmung der ihnen potentiell (und über die ÖGD-Ländergesetze mittlerweile auch faktisch) zugewiesenen Steuerungsfunktion und ihre zukünftige Weiterentwicklung von Bedeutung sind. Im Einzelnen werden benannt (Trojan, 2002, 259):

- Zuteilung eines politischen Mandats (Einbringen von Gesundheitsförderplänen/-prioritäten in das lokale Parlament),
- Stellungnahme zu Gesetzesvorhaben und Programmen im Hinblick auf ihre Gesundheitsverträglichkeit,
- gemeinschaftliche Verfügung über einen Gesundheitsförderungsfonds (Finanzierung gesundheitsförderlicher Gemeinschaftsaufgaben z.B. anwaltschaftliche Vertretung von Gesundheitsinteressen; befähigen, vermitteln, vernetzen),
- politische und materielle Unterstützung innovativer gesundheitsfördernder Ansätze
- Anreizsysteme für lokale Gesundheitsakteure und gesundheitsfördernde Aktivitäten schaffen (z.B. Auszeichnungen, Geldpreise, Gütesiegel/Zertifizierung, anteilige Finanzierungen der Übernahme von Verantwortlichkeiten lokaler Träger, die an der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprogrammen beteiligt sind).

Bei entsprechender zukünftiger gesundheitswissenschaftlicher Ausrichtung und Fortentwicklung des ÖGD könne diesem *„auf kommunaler Ebene eine Schlüsselfunktion bei der Organisation intersektoraler Politikprozesse zukommen“* (Boschek & Kügler, 2001). Von Bedeutung sei dabei jedoch die Berücksichtigung kleiner Städte und Kreise; die Diskussion um kommunale Gesundheitspolitik konzentrierte sich bislang auf Großstädte, die überwiegend bessere Voraussetzungen für eine kommunale Gesundheitsplanung aufweisen (z.B. einheitliche Verwaltung, kommunikationserleichternde Medienlandschaft, höhere Identifikation der Bürger mit dem Gemeinwesen). Eine bedeutsame Frage sei, wie Interessen und die Beteiligung der kreisangehörigen Städte wirksam in einen Abstimmungsprozess eingebunden werden können. Mögliche Ansatzpunkte für die Berücksichtigung lokalspezifischer Faktoren in Kreisen sehen die Autoren im Aufbau eines allen Bürgern zugänglichen Gesundheitsinformationssystems und wiederholten Befragungen zu Gesundheitsproblemen; zusammengenommen können damit eine Basis für die Diskussion von Zielen der kommunalen Gesundheitspolitik geschaffen werden (Boschek & Kügler, 2001).

Grundlegend bietet die kGK für entsprechende Kommunikationsprozesse und Kooperationen geeignete strukturelle Voraussetzungen, einschließlich der gesetzlich festgelegten gemeinsamen Zuständigkeiten von Politik (Einladung durch den Rat bzw. Kreistag; Vorsitz durch den Oberbürgermeister oder Landrat) und Verwaltung (Organisation der Geschäftsführung). Gleichwohl damit konzeptionell eine fachübergreifende Zusammenführung von Politikbereichen intendiert ist, zeigt sich in der bisherigen Praxis, dass sich die *„Beteiligungsoffenheit“* der Gesundheitskonferenz bislang auf Kooperationen der Akteure innerhalb des Gesundheitsbereichs konzentrierte (Ziener & Grunow-Lutter, 2007, 539). Für die kGK zeigt sich dabei, dass diese von Akteuren des Gesundheitswesens als *„Plattform für Prioritätensetzung und Herstellung von Verbindlichkeit für gemeinsame Maßnahmenumsetzung genutzt [wird]“*



(Ziemer & Grunow-Lutter, 2007, 535). Demgegenüber erfolgt jedoch nur selten eine politikfeldübergreifende Vernetzung im Sinne der Zusammenarbeit mit verwaltungsbezogenen Akteuren, die formal den "gesundheitsfernen" Verwaltungsbereichen zuzurechnen sind. An dieser Stelle sei - so die Autoren - die Gesundheitsfachverwaltung aufgefordert,

*„(...) den politischen und administrativen Entscheidungsträger noch nachdrücklicher als bisher zu verdeutlichen, dass die Gesundheitskonferenz eine organisatorisch-institutionelle Plattform zur Konsensbeschaffung für Problembewertungen und allgemein akzeptierte Aufgabendurchführung bietet vor allem auch für gesundheitsbezogene Aufgaben, die im Schnittstellenbereich von „kommunaler Gesundheit“ und anderen Politikfeldern liegen.“ (Ziemer & Grunow-Lutter, 2007, 535; Hervorh. i. O.)*

Ziemer & Grunow-Lutter (2007, 539) sehen in der dementsprechend unzureichenden Verantwortung und in dem fehlenden Engagement der Entscheidungsträger des PAS für die gesundheitsbezogene Daseinsvorsorge die Gefahr, dass die Gestaltung kommunaler Gesundheitspolitik durch Akteursinteressen dominiert wird und dies u.U. nicht immer mit dem Gemeinwohl einer Kommune im Einklang ist.

Die mit den kGKn und der kGBE geschaffenen gesundheitspolitischen Instrumente, die grundsätzlich und qua Gesetz Kooperationen mit dem PAS implizieren, bleiben bislang hinter den Erwartungen zurück. Die Untersuchung von Ziemer & Grunow-Lutter (2007, 537) bietet auch Erkenntnisse zur Beteiligung und Bewertung der kGK aus Sicht des PAS. Dabei zeigt sich, dass ein Großteil der befragten Vertreter des PAS (n=44) die kGK als sehr wichtig (41%) bis wichtig (43%) beurteilte. Für die dem Gremium zugeschriebene grundsätzlich hohe Bedeutung findet sich in der Praxis jedoch keine Entsprechung: eine Beteiligung an der kGK erfolgte lediglich durch drei Befragte persönlich, bei zehn Befragten durch Vertreter. Auch inhaltlich sind die Befragten nur selten involviert: Stellungnahmen, Handlungsempfehlungen und Projekte der kGK sind insbesondere bei den Befragten aus dem politischen Bereich häufig nicht bekannt (81%; Verwaltung: 33%). Gleiches gilt für die Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Themenwahl, die 58% der politischen Akteure nicht bekannt war (Verwaltung: 39%). Ein vergleichbares Missverhältnis zwischen positiver Gesamtbewertung und praktischer Erfahrung zeigt sich auch für die kGBE.

Im Rahmen der Aufgabendurchführung sei zudem eine Verhaftung in den bisherigen Diskussions- und Entscheidungsforen festzustellen; *„eine aktive Handhabung der beiden Steuerungsinstrumente GBE und KGK sei es durch gesundheitsbezogene Themenvorschläge oder durch die Teilnahme an den Diskussionen und Beschlussfassungen in der Gesundheitskonferenz“* (Ziemer & Grunow-Lutter, 2007, 535) erfolge (noch) nicht oder selten. Werden gesundheitsbezogene Themen von Führungskräften „gesundheitsferner“ Arbeitsbereiche bearbeitet, so erfolgt dies überwiegend in den Kommunikationsstrukturen, des jeweils eigenen Zuständigkeitsbereichs (Ausschüsse, Beiräte); eine Nutzung neuer Gremien, die inhaltlich wie fachlich angemessener wären (z.B. die kGK) erfolgt hingegen nicht oder nur selten (Ziemer & Grunow-Lutter, 2007, 539).

*„Für das Politikfeld „Gesundheit“ bedeutet dies, dass die Querschnittsfunktion von Gesundheit durch diesen Sachverhalt kaum zur Entfaltung kommen kann. Wie alle anderen Aufgaben auch verbleibt die Bearbeitung gesundheitsbezoge-*

*ner Themen in den etablierten Gremien des jeweiligen „gesundheitsfernen“ Politikfeldes, und es wird nicht der Versuch unternommen zusammen mit anderen zu einer gemeinsamen „Konvention der Problemsicht“ zu gelangen. Gerade aber für eine nachhaltige wirksame lokale Gesundheitspolitik wäre dies eine wesentliche Voraussetzung.“ (Ziemer & Grunow-Lutter, 2007, 539).*

### **3.4 Zusammenfassung**

Im Kontext demografischer Veränderungen gewinnt die kommunale Verantwortung im Sinne sozialer Daseinsvorsorge insbesondere auch für ältere Menschen zunehmend an Bedeutung. Für ältere Bevölkerungsgruppen stellen die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung und somit gleichsam der Gesundheits- und Autonomieerhalt wesentliche Ziele dar, die bereits im Vorfeld medizinisch-pflegerischer Versorgung im Sinne einer umfassenden gesundheitsförderlichen Versorgung auch auf kommunaler Ebene erstrebenswert sind. Problematisch und hemmend erweist sich dabei eine für die Gesundheitsförderung weiterhin fehlende übergeordnete Gesetzgebung, die zu einer Konkretisierung und stärkeren Beachtung „vor Ort“ beitragen könnte.

Im Verlauf der letzten Jahre wurde im Sinne einer zeitgemäßen kommunalen Seniorenpolitik eine Perspektiverweiterung gefordert, die auf eine Neuausrichtung der bisherigen traditionellen Altenhilfeausrichtung kommunaler Seniorenpolitik zielt. Mit einer modernen kommunalen Seniorenpolitik erfolgt gleichsam eine „doppelte Orientierung“; klassische und ungebrochen aktuelle Themen (z.B. Krankheit und Pflegebedürftigkeit) stehen dabei gleichberechtigt neben neuen Aufgabenbereichen. Letztgenannte sind insbesondere auf die Förderung von Selbständigkeit bis ins hohe Alter gerichtet, was u.a. die Bereitstellung von Angeboten der Gesundheitsförderung durch die Kommune einschließt.

Die kommunale Gesundheitspolitik weist Bezugspunkte zur kommunalen Daseinsvorsorge und zur allgemeinen Gesundheitspolitik auf; Letztgenannte ist dabei auf Bundes- wie kommunaler Ebene insbesondere auf Fragen der Krankenversorgung fokussiert. Neben der Unübersichtlichkeit des Handlungsfeldes der kommunalen Gesundheitspolitik wird eine fehlende kommunale Gesamtverantwortung für Gesundheit bemängelt, die sich in der Vielzahl der damit befassten Politikebenen und Interventionsfelder zeigt. Der ÖGD und die kommunalen Gesundheitsämter sind zentrale Akteure der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung; nicht zuletzt vor dem Hintergrund der damit verbundenen Gestaltungsfunktion nehmen sie auch eine zentrale Stellung in der kommunalen Gesundheitspolitik ein. Mit der tendenziellen Zunahme weiterreichender gesundheitsbezogener Konzepte im Gesundheitsamt, wie der Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung, ist auch ein Kompetenzgewinn im Umgang mit darauf bezogenen Instrumenten zu verzeichnen, die das Gesundheitsamt auch für eine Rolle innerhalb der kommunalen Gesundheitspolitik qualifizieren (z.B. Gesundheitsberichterstattung, lokale/regionale Kooperationsgremien der Gesundheitsförderung).

Legt man die Stufen des gesundheitspolitischen Aktionszyklus zugrunde, ist jedoch festzuhalten, dass bislang ein Verharren im Bereich der Problemeinschätzung und der Formulierung von Absichtserklärungen einzelner Akteure dominieren (Trojan, 1998). Eine Verabschiedung kommunalpolitischer Entscheidungen, einschließlich kommunaler Mittel und dementsprechende Umsetzung erfolgen häufig nicht. Auch wenn die kGKn in NRW im Hinblick auf Steuerungs- und Koordinationsaufgaben innerhalb kommunaler Gesundheitspolitik als

Erfolg versprechend anzusehen sind, zeigt sich auch hier, dass die grundsätzlich angelegte Zusammenarbeit mit dem politisch-administrativen System bislang nicht eingelöst wird. So wird die kGK in der Gruppe politischer Vertreter zwar durchaus als bedeutsames Gremium eingeschätzt; als Ersatz bisheriger Entscheidungsgremium wird diese jedoch nicht angesehen; vielmehr werden weiterhin traditionelle Kommunikationsstrukturen genutzt (Ziemer & Grunow-Lutter, 2007). Grundsätzlich wird dem Gesundheitsamt und den kGKn Bedeutung für die Gestaltung kommunaler Gesundheitspolitik zugeschrieben; damit geht jedoch bislang nur selten eine Beteiligung an der Verabschiedung kommunalpolitisch relevanter Entscheidungen einher.

## **Teil II - Theoretische Bezugspunkte und Forschungsstand**

Im Mittelpunkt von Teil II steht die Beschreibung theoretischer Bezugspunkte, wobei auf gesundheitswissenschaftliche und gerontologische Konzepte Bezug genommen wird. In Kapitel vier erfolgt zunächst eine Darstellung von Strategien und Ansätzen der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung. An Ausführungen zum theoretischem Hintergrund und zur bisheriger Rezeption des Settingansatzes in Bezug auf das Setting (die Lebenswelt) „Kommune“ sowie zum anglo-amerikanischen Ansatz des Community Capacity schließt die Beschreibung von Kernelementen der Gesundheitsförderung an (intersektorale Kooperation, Partizipation). Im Mittelpunkt von Kapitel fünf steht die Auseinandersetzung mit theoretisch-konzeptionellen Bezugspunkten zur „Gesundheit und Aktivität im Alter“: zum einen werden dabei Ansätze des erfolgreichen, produktiven und aktiven Alterns in den Blick genommen, zum anderen wird auf das sozial-kulturelle Modell erfolgreichen Alterns eingegangen. Abschließend werden Praxisberichte und empirische Befunde zur gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen präsentiert.

### **4 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung**

Die gemeindeorientierte Gesundheitsförderung besitzt eine lange Tradition und erlangte insbesondere im Rahmen der Entwicklungen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung mit Einführung der Ottawa-Charta in den 1980er Jahren Popularität (vgl. Kap. 2). Neben einer Vielzahl verschiedener Strategien und Ansätze gemeindebasierter Gesundheitsinterventionen bildete sich dabei mit dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung einer der prominentesten konzeptionellen Bezugspunkte aus. Außerdem entwickelte sich im anglo-amerikanischen Raum die Strategie des Community Capacity Building, die Bezüge zur Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation aufweist. Darüber hinaus besitzen u.a. normative Zielvorgaben der Ottawa-Charta (z.B. die Kernelemente (intersektorale) Kooperation und Partizipation) auch für die gemeindeorientierte Gesundheitsförderung Bedeutung. Im Folgenden werden konzeptionelle Bezugspunkte der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung und damit verbundene praktische Implikationen vorgestellt.

#### **4.1 Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung - theoretische Grundlagen**

Der Setting-Ansatz stellt eine Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung dar und markiert einen Wendepunkt in der Gesundheitsförderung von den individuen- und verhaltensbezogenen Interventionen zur Berücksichtigung sozialer Systeme und Organisationen. Mit der Formulierung der Ottawa-Charta (WHO, 1986) erfolgte ein Perspektivwechsel des gesundheitsförderlichen Handelns von der individuellen und bevölkerungsbezogenen Ebene (Mikro- und Makroebene) zur räumlich-sozialen Ebene (Meso-Ebene) (vgl. Rosenbrock, 2004a). Die Stärke des Setting-Ansatzes wird darin gesehen, dass verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze integriert werden; somit richtet sich Gesundheitsförderung gemäß dem Setting-Ansatz auf die Stärkung individueller Ressourcen zur Bewältigung belastender Lebenssituationen und die aktive Gestaltung gesundheitsfördernder Lebens(welt)en (Kilian, Geene, Philippi, 2004, 156; Rosenbrock, 2004b, 148).

In der ursprünglichen Definition der WHO (1998) steht die gegenseitige Wechselwirkung zwischen umweltbezogenen, organisatorischen und personalen Faktoren auf den Gesundheitszustand im Mittelpunkt. Das Setting wird dadurch charakterisiert, dass Menschen aktiv

auf ihre Umwelt Einfluss nehmen, mit dem Ziel, gesundheitsbezogene Probleme zu lösen oder zu bearbeiten. Ein Setting ist ein räumlich abgegrenztes Gebiet mit einer klaren Organisationsstruktur; innerhalb eines Settings agieren verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Rollen.

*„The place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and well-being. A setting is also where people actively use and shape the environment and thus create or solve problems relating to health. Settings can normally be identified as having physical boundaries, a range of people with defined roles, and an organizational structure.“ (WHO, 1998, 19)*

Die Umsetzung von Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings kann auf unterschiedliche Weise erfolgen; häufig handelt es sich um eine organisationsbezogene Entwicklung, die verschiedene Ebenen adressiert: die räumliche Umgebung, die Organisationsstruktur, die Verwaltung und das Management. Ein Setting kann auch dazu genutzt werden, eine bestimmte Zielgruppe zu erreichen oder ein Zugangsweg sein, der die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Diensten erleichtert (ebd.).

Eine Weiterentwicklung der praktischen Umsetzung des Setting-Ansatzes erfolgte insbesondere unter Rückgriff auf Organisations- und Managementtheorien (vgl. Baric & Conrad 1999, Grossmann & Scala, 2001). Mit Hilfe des Setting-Ansatzes soll das Thema Gesundheit insbesondere in die Strukturen, aber auch in das alltägliche Handeln primär nicht gesundheitsbezogener Organisationen und Institutionen (z.B. Schulen, Betriebe) integriert werden. Die Umsetzung des Setting-Ansatzes ist dementsprechend als langfristiger Prozess angelegt, innerhalb dessen „Gesundheit routinemäßig“ in der Lebenswelt verankert wird. Kernelemente der settingbezogenen Prozesse sind (Naidoo & Wills, 2003, 260):

- Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen durch systemisch angelegte Interventionen;
- Entwicklung einer settingspezifischen Gesundheitspolitik;
- Integration von Gesundheit in settingspezifische Verfahren des Qualitätsmanagements und der Evaluation (Hier soll ein Nachweis erfolgen, dass Gesundheit auch zu besseren Ergebnissen bezüglich der ursprünglichen Aufgaben des Settings beiträgt.).

Generell ist anzumerken, dass zwar verschiedene Settings definiert wurden und häufig separat betrachtet werden. In der Praxis hat diese analytische Trennung jedoch keinen Bestand. Vielmehr sind einzelne Settings ein Teil eines größeren übergeordneten Systems und die dort agierenden Menschen bewegen sich innerhalb und zwischen den einzelnen Settings (ebd.). Bislang liegt keine einheitliche und allgemeingültige Definition der Begriffe Setting, Lebensraum oder Lebenswelt vor. Das Begriffsverständnis variiert in Abhängigkeit von der jeweiligen wissenschaftlichen Disziplin und dem berufständischen Kontext<sup>42</sup>. Einigkeit besteht – über alle Definitionsversuche hinweg – jedoch dahingehend, dass „*ein Setting ein*

---

<sup>42</sup> Eine umfassende Übersicht ist in Engelmann & Halkow (2008) enthalten.

‘anerkanntes soziales System’ ist“ (Engelmann & Halkow, 2008, 31, *Hervorh. i. O.*). Drei weitere Aspekte fassen die Autoren „als kleinsten gemeinsamen Nenner“ zusammen (ebd.): die sozialen Systeme beeinflussen den Gesundheitszustand; soziale Systeme als Bedingungen für Gesundheit können gestaltet und beeinflusst werden und formalisierte Lebensbereiche, wie z.B. Organisationen, Betriebe oder Schulen, sind im Sinne eines gesundheitsfördernden Setting leichter zu entwickeln und zu gestalten als gering formalisierte Lebensbereiche (z.B. Stadtteile, Familien, Nachbarschaften). Rosenbrock (2004a) definiert „Setting“ wie folgt:

*„Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und /oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und auch den Nutzern/Bewohnern subjektiv bewusster sowie relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.“ (Rosenbrock, 2004a, 71)*

Rosenbrock (2004a, 71ff) unterscheidet zudem zwischen Primärprävention im Setting und Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings, wobei diese Abgrenzung in der Praxis nicht völlig trennscharf ist. Primärprävention im Setting zielt darauf, innerhalb eines Settings Zielgruppen zu erreichen und dann vor Ort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention umzusetzen (z.B. Angebote zu den Themen Bewegung, Ernährung, Stress, Drogen); dabei können die Interventionen im Setting von unterschiedlicher Komplexität sein (z.B. Bereitstellung und Hinterlegung von Informationen, partizipativ gestaltete Programme). Prinzipiell handelt es sich bei der Primärprävention im Setting um Verhaltensprävention, allerdings werden die Zielgruppen nach ihrer Zugehörigkeit zum Setting ausgewählt und dort aufgesucht; somit bieten sich gute Voraussetzungen für (ebd., S. 72): die Erreichbarkeit der Zielgruppen, die Anregung von Kommunikation und sozialer Unterstützung in der Zielgruppe und die Haltekraft von verhaltensmodifizierenden Präventionsprogrammen.

Maßnahmen der Verhältnisprävention – also Veränderungen zu einem gesundheitsfördernden Setting – können begleitend erfolgen und dazu beitragen die Verhaltensprävention zu stützen. Primärprävention im Setting kann auch als Vorstufe zu Interventionen platziert werden, die auf die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings zielen. Die Kernelemente der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings sind Partizipation und der Prozess der Organisationsentwicklung. Auch hier werden verhaltensbezogene Interventionen durchgeführt, allerdings sind diese das Ergebnis eines partizipativen Prozesses der Veränderung des Settings. Die Nutzer dieses Settings sind an den Veränderungen aktiv beteiligt, d.h. Veränderungsbedarf wird unter ihrer Mitwirkung ermittelt und Veränderungen werden von ihnen (mit-)gestaltet. Diese dezentralen Erneuerungsprozesse sollen idealerweise in den verschiedenen Bereichen des Settings kontinuierlich erfolgen, Verhaltens- und Verhältnisprävention sind miteinander verbunden (Kilian, Geene & Philippi, 2004).

#### 4.1.1 Die Schlüsselemente des Setting-Ansatzes

Kilian, Geene & Philippi (2004) beschreiben drei Schlüsselemente des Setting-Ansatzes; diese sind im Einzelnen die Befähigung zur Wahrnehmung der eigenen gesundheitsbezogenen Interessen (Vermittlung von life skills), die aktive Einbindung und Beteiligung der Zielgruppe an der Planung und Durchführung der Maßnahmen (Partizipation) sowie Empowerment und die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen im Sinne einer organisatorischen Festigung der gesunden Lebenswelt. Mit der Vermittlung von Lebenskompetenzen (Life skills, individuelle Befähigung der Zielgruppe) sollen die Zielgruppen dazu befähigt werden,

*„die Bedingungen des eigenen Lebens und der sozialen Lebenswelt zu verstehen, Problemlösungsstrategien zu entwickeln und Probleme durch die Mobilisierung individueller und sozialer Ressourcen aktiv bewältigen zu können.“ (Kilian et al., 2004, 159f).*

Gegenstand der individuellen Schulungen können dabei fachliche Themen sein (z.B. gesunde Lebensführung), aber auch die Vermittlung sozialer Kompetenzen (z.B. Informationsbeschaffung, Kommunikation, Vernetzung). Kilian et al. (2004) unterstreichen, dass die Vermittlung von Lebenskompetenzen im Sinne der Salutogenese eine Ressource darstellt, die der Zielgruppe die Möglichkeit eröffnet, belastende und gesundheitsgefährdende Lebenssituationen aktiv und konstruktiv zu bewältigen. Mit dem Setting-Ansatz bietet sich dabei insbesondere auch die Möglichkeit, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, weil die Maßnahmen der Kompetenzförderung direkt an ihren Lebenslagen, -weisen und -(um)welten anknüpfen.

Partizipation wird im Kontext des Setting-Ansatzes als eine grundlegende Bedingung für die aktive Beeinflussung der Gestaltung der eigenen Lebens(um)welt betrachtet und umfasst die aktive Einbindung Betroffener in die Planung und Umsetzung von Interventionen. Dabei geht es darum, im Rahmen der gegebenen Verhältnisse die eigenen Interessen aktiv zu vertreten und die Gestaltung der Verhältnisse zu beeinflussen. Partizipation in der Gesundheitsförderung schließt in dem Sinne emanzipatorische Elemente ein und ist darauf ausgerichtet, die Zielgruppe zur aktiven Gestaltung ihrer Lebens(um)welt zu befähigen. Wie auf der individuellen Ebene geht es darum, die vorhandenen Strukturen innerhalb der Lebenswelt zu erkennen, Handlungsbedarfe zu beschreiben und Veränderungen unter Beteiligung der Zielgruppe umzusetzen. Die individuelle Befähigung der Zielgruppe durch die Vermittlung von Lebenskompetenzen kombiniert mit partizipativen Verfahren zur aktiven Gestaltung der Verhältnisse kann auch als Empowerment<sup>43</sup> im Rahmen des Setting-Ansatzes verstanden werden. Die konsequente Umsetzung von Empowerment im Rahmen des Setting-Ansatzes führt dazu, dass die Ergebnisse der Interventionen zunächst offen sind und der Verlauf der Maßnahmen nicht im Vorfeld geplant werden kann. Kilian et al. (2004, 162) weisen darauf hin, dass diese Ergebnisoffenheit insbesondere für die professionellen Akteure eine Herausforderung darstellt. So müssen die Projektverantwortlichen diese Unwägbarkeiten mit den i.d.R. eindeutig

---

<sup>43</sup> Unter Empowerment (Selbstbefähigung, Stärkung von Autonomie und Eigenmacht) werden psychosoziale Arbeitsansätze verstanden, die Menschen dazu befähigen sollen, eigene Stärken und Fähigkeiten (wieder) zu entdecken. Darüber hinaus zielt Empowerment darauf, Menschen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie zu unterstützen. (Herriger, 2002, 262).

begrenzten Projektressourcen und den bezüglich der Ergebnisse bestehenden Erwartungen in Einklang bringen. Für die Zielgruppe besteht somit jedoch die Möglichkeit, individuelle Lösungsstrategien zu entwickeln und gemeinsam umzusetzen.

Der Setting-Ansatz zeichnet sich durch die Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen aus: Das Element der Strukturbildung (Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen zur organisatorischen Festigung einer gesunden Lebenswelt) umfasst verhältnisbezogene Maßnahmen. Ziel ist es, gesundheitsförderliche Strukturen im Setting zu entwickeln und zu gestalten. Dieses Kernelement wurde maßgeblich durch die Anwendung des Setting-Ansatzes in unterschiedlich stark formalisierten Organisationen (z.B. Betrieb, Schule, Krankenhaus) geprägt und deshalb häufig auch als „Organisationsentwicklung“ bezeichnet. Eine einfache Übertragung von Organisationsentwicklungsansätzen auf Settings, die keine oder nur geringe formale Strukturen aufweisen (z.B. Stadtteile, Nachbarschaften), erweist sich jedoch als problematisch. Kilian et al. (2004, 163) schlagen deshalb vor, dieses Kernelement in einer setting-übergreifenden Perspektive als „gesundheitsfördernde Strukturentwicklung“ zu bezeichnen. Gesundheitsfördernde Strukturentwicklung zielt darauf, institutionelle Rahmenbedingungen für das Handeln und Verhalten der Akteure im Setting zu schaffen und orientiert sich an dem Grundsatz *„Gesundheitsrisiken abbauen, gesundheitsförderliche Ressourcen stärken“*. (Grossmann & Scala, 1996, in Kilian et al., 2004, 163).

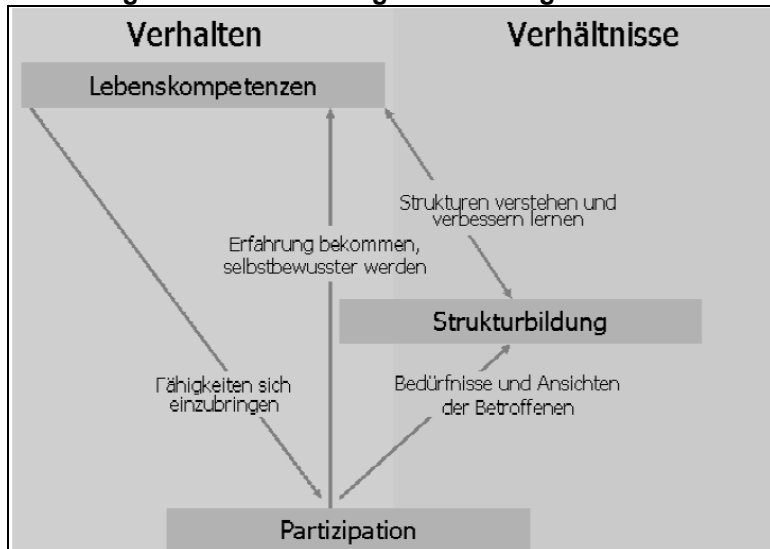
Die Umsetzung von entsprechenden gesundheitsförderlichen strukturellen Veränderungen variiert mit dem Formalisierungsgrad des Settings. Die Realisierung gesundheitsfördernder Strukturentwicklung gelingt dabei in stark strukturierten Settings wie z.B. Betrieben leichter. Förderlich erweisen sich hier die genau definierte und überwiegend beständige Anzahl der Mitglieder, anerkannte festgelegte Hierarchien und Zuständigkeiten, verbindliche Entscheidungen und eine starke Bindung der Beteiligten an das Setting (Kilian et al., 2004, 164).

In wenig bis nicht formalisierten Settings erfordert die Umsetzung entsprechender struktureller Veränderungen den kontinuierlichen Einbezug aller relevanten Akteure in den gesamten Entwicklungsprozess (Planung, Umsetzung, Erfolgskontrolle und Modifikation/Entwicklung der Intervention). (ebd.) Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Interventionen kommt der Einbindung und Beteiligung aller Akteure im Sinne eines kollektiven Lernprozesses jedoch in allen Settings Bedeutung zu, da somit die Akzeptanz der Interventionen gewährleistet werden kann und diese von allen Akteuren – auch über Widerstände hinweg (z.B. Finanzierungslücken) – getragen werden.

Kilian et al. (2004) betonen, dass sich die einzelnen Kernelemente des Setting-Ansatzes wechselseitig bedingen und sich im günstigsten Fall gegenseitig verstärken können. Die Vernachlässigung oder Auslassung eines Elementes hingegen kann die Nachhaltigkeit gefährden oder sogar gegenteilige Wirkungen erzielen (vgl. Abb. 7).

*„Durch die Verbindung einer aktiven Befähigung der Zielgruppe, ihre gesundheitsbezogenen Interessen zu erkennen, zu formulieren und entsprechend zu handeln, verbunden mit der aktiven Einbindung der Zielgruppe in die Konzeption und Umsetzung konkreter gesundheitsfördernder Maßnahmen (Partizipation) kann es gelingen, auch die lebensweltbezogenen Umwelten bedarfsorientiert und nachhaltig gesund zu gestalten (Strukturentwicklung).“ (Kilian et al, 2004, 166f)*



**Abbildung 7: Wechselwirkungen im Setting-Ansatz**

Quelle: Kilian et al. (2004) in Douma & Kilian (2007).

#### 4.1.2 Überblick zur Rezeption des Settingansatzes in Bezug auf das Setting Kommune und die Zielgruppe ältere Menschen in Deutschland

Vor dem Hintergrund einer anhaltenden Fokussierung auf verhaltenspräventive Maßnahmen und einer damit potentiell einhergehenden Vernachlässigung von Präventionspotenzialen, empfahl der Sachverständigenrat bereits in seinem Gutachten von 2001 die Umsetzung von Interventionen nach dem Setting-Ansatz (vgl. SVR, 2001, Bd. 1, Zf. 271). In einem folgenden Gutachten von 2005 (vgl. SVR, 2005, Zf. 330ff) wurde die Primärprävention im Setting Stadt fokussiert und die Bedeutung kommunaler Gesundheitspolitik für primärpräventive Strategien diskutiert. Auf kommunaler Ebene werden dabei verschiedene Ansatzpunkte für Primärprävention beschrieben. Neben der Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Themen in allen kommunalpolitischen Bereichen sind dies (SVR, 2005, Zf. 331):

- die Kooperation im Gesunde Städte-Netzwerk (GSN);
- primärpräventive Interventionen im Setting bzw. Gestaltung ‚gesundheitsfördernder Settings‘ unterhalb der Ebene ‚Stadt und Gemeinde‘;
- Stadtteilentwicklung, insbesondere an ‚sozialen Brennpunkten‘, z. B. durch ein ‚Quartiersmanagement‘;
- Integration von Gesundheits- und Sozialpolitik sowie der diesbezüglichen Berichterstattung;
- Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), z.B. schulärztlicher Dienst, Diagnostik und Beratung bei Infektionskrankheiten, Impfungen, Setzen krankheitsbezogener Schwerpunkte (z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten)<sup>44</sup>.

<sup>44</sup> Eine Bezugnahme auf die Berücksichtigung von „Gesundheitsförderung“ oder älterer Zielgruppen im Rahmen des ÖGD erfolgen in diesem Kontext nicht. Die durch den Sachverständigenrat im Gutachten 2009 (SVR, 2009) zuletzt formulierten Anforderungen an zukünftige Versorgungskonzepte fokussieren eine generationenspezifische, koordinierende und regionale Versorgungsplanung. Die

Die Vorteile des Settings Stadt bestehen darin, dass verschiedene Zielgruppen in vergleichsweise großer Anzahl einbezogen werden können. Im Unterschied zu deutlich abgrenzbaren Settings wie Betrieben oder Schulen, sind im Setting Stadt jedoch weniger verbindliche soziale Strukturen vorgegeben. Gleiches gilt für die Zuständigkeit für Aufgaben und Kommunikationsbeziehungen. An die Umsetzung einer partizipativen Gestaltung des Settings stellen sich deshalb andere Anforderungen als in anderen stärker formalisierten Settings (SVR, 2005, Zf. 333).

Der Setting-Ansatz stellt für die Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen in ausgewählten Sozialräumen (Settings) einen wesentlichen konzeptionellen Bezugspunkt dar. Dabei handelt es sich um einen komplexen und dynamischen Ansatz, der einen Idealtypus beschreibt. Es werden Inhalte und Bedingungen eines Prozesses beschrieben und ausgeführt, wie dieser Prozess sein sollte. An dieser Idealvorstellung gemessene praktische Projekte und Angebote erreichen dementsprechend in Bezug auf die drei konzeptionellen Kernelemente i.d.R. keinen vollständigen Umsetzungsgrad, sondern nähern sich einer mehr oder weniger idealen Realisierung des Settingansatzes an (Kilian, Geene & Philippi, 2004, 169). Dementsprechend zeigt sich, dass sich der Settingbegriff in den letzten Jahren zwar zunehmender Beliebtheit erfreut und auch außerhalb der Gesundheitsförderung in anderen Versorgungsbereichen Beachtung findet; dies jedoch häufig ohne den damit verbundenen theoretischen Hintergrund und damit einhergehende Implikationen zu rezipieren (Altgeld, 2004, 38). Diese z.T. inflationäre Bezugnahme auf den Settingansatz kann dabei u.a. auf die bislang unzureichende theoretische Entwicklung und Kommunikation des Ansatzes innerhalb der Gesundheitsförderung zurückgeführt werden. So kann in der Diskussion um Settings der Gesundheitsförderung leicht der Eindruck entstehen, dass Interventionen im Setting immer auch Interventionen nach dem Settingansatz darstellen. Die Realisierung von niedrigschwelligen zugehenden Angeboten in entsprechenden Settings stellt dabei allerdings bereits eine Verbesserung gegenüber der herkömmlichen „Kommstruktur“ dar; gleichwohl bleiben die

---

Diskussion von Versorgungskonzepten erfolgt dabei vorwiegend unter der Perspektive der Krankenversorgung sowie der Rehabilitation und Pflege. Im Hinblick auf ältere Bevölkerungsgruppen werden die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Vermeidung und Verzögerung des Eintretens von Pflegebedürftigkeit hervorgehoben. Betont wird, dass zukünftig „gesunde“ Ältere ebenso wie bereits gesundheitlich eingeschränkte ältere Menschen prioritäre Zielgruppen darstellen. Strategien zur Verminderung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit stellen dabei eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für den Gesundheits- und Autonomieerhalt im Alter dar, „(...) vielmehr bedürfen Maßnahmen zur Erhaltung bereits beeinträchtigter Gesundheit und Funktionsfähigkeit besonderer Beachtung, um Ausweitungsgefahren einer Pflegeabhängigkeit zu begrenzen.“ (SVR, 2009, 609). Neben verhaltenspräventiven Maßnahmen werden als weiterer Ansatzpunkt auch die Gestaltung der Verhältnisse des Gesundheitswesens angeführt (u.a. alters- und geschlechtersensible medizinische Versorgung und Arzneimittelversorgung) sowie der Nutzen präventiver Hausbesuche und einer integrierten wohnortnahen Versorgung älterer Pflegebedürftiger hervorgehoben (SVR, 2009, 610f). Infolge der Auseinandersetzung mit verschiedenen Konzepten der Gesundheitsversorgung wird im Hinblick auf die Versorgungsbereiche des deutschen Gesundheitswesens auch auf Möglichkeiten einer zukünftig veränderten Arbeitsteilung eingegangen. Dabei wird u.a. „das Zusammenwirken und die gemeinsame Verantwortung zwischen den verschiedenen Formen der Prävention und der Gesundheitsversorgung“ (SVR, 2009, 874) als bisherige Konfliktlinie benannt. Diesbezüglich wird „eine gemeinsame Übernahme der Verantwortung, die auch die immaterielle Unterstützung im Sinne der Schaffung einer positiven Einstellung und Bewertung der jeweils im anderen Sektor liegenden Maßnahmen umfasst“ (SVR, 2009, 875) als notwendig erachtet. Im Rahmen eines zukünftigen populationsorientierten und sektorübergreifenden Versorgungskonzeptes wird auf eine Annäherung zwischen Präventionsbereich und Gesundheitsversorgung hingewiesen, bei der jedoch die Eigenständigkeit dieser Versorgungsbereiche nicht aufgehoben wird (ebd.). Der ÖGD findet in diesem

eigentlichen Potenziale des Settingansatzes somit bislang häufig ungenutzt (Kilian et al. 2004, 171f).

Engelmann und Halkow (2008, 57) unterstreichen, dass es schwierig ist, ein umfassendes Bild der Gesundheitsförderungspraxis in Settings zu geben. Projekte, die nach der Selbstauskunft nach dem Settingansatz arbeiten, ordnen sich bei entsprechenden Erhebungen einem Setting zu; diese Information bietet jedoch keine Gewissheit darüber, ob der Settingansatz hier wirklich Anwendung findet. Eine Möglichkeit zur Stärkung des Settingansatzes sehen Engelmann und Halkow (2008, 61) darin, die Praxis detailliert zu beschreiben. Aufgrund der mangelnden konzeptionellen Grundlagen des Settingansatzes und fehlender Praxis-Leitlinien<sup>45</sup> oder Standards zur Umsetzung des Settingansatzes (Engelmann und Halkow, 2008, 61) bleibt gegenwärtig somit eine Ungewissheit bei der Beurteilung von Praxisprojekten bestehen.

Eine erste Annäherung zur Einschätzung des Umsetzungsgrades des Settingansatzes bieten die Fokusauswertungen der Datenbank <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>, die u.a. zum Thema „Die Praxis der Gesundheitsförderung mit Seniorinnen und Senioren“ durchgeführt wurde. Es zeigte sich, dass nur sehr wenige Projekte ausschließlich die Zielgruppe ältere Menschen adressieren: von ca. 2.800 Projekten wendeten sich 48 ausschließlich an Senioren. Zudem wurde deutlich, dass die Umsetzung des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung für Senioren nicht weit verbreitet war; vielmehr wurden überwiegend Kursangebote realisiert. Von den untersuchten 17 Projekten arbeitete lediglich ein Projekt nach einem settingorientierten Ansatz (Douma et al., 2007).

Ungeachtet vielfältiger Entwicklungen (z.B. im Rahmen des GSN) und einer gegenwärtig zu verzeichnenden Konjunktur kommunaler Gesundheitsförderung befindet sich dieser Bereich in Deutschland – insbesondere im Vergleich zum anglo-amerikanischen Raum – noch in der Entwicklung:

*„Im Vergleich zu vielen anderen Ländern, ist der Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung in Deutschland allerdings noch besonders gering entwickelt. Hier bestehen gravierende Defizite sowohl in den kommunalen Planungs- und Organisationskompetenzen, als auch in den Möglichkeiten der Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an Aktivitäten einer nachhaltigen Gesundheitsförderung und Daseinsvorsorge in ihren alltäglichen Lebensräumen.“ (Göpel, 2004, 11)*

Göpel (ebd.) sieht jedoch wertvolle Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung und Festigung kommunaler Gesundheitsförderung bei den Akteuren, die langjährige Erfahrung im Bereich „partizipativer Gemeinwesenarbeit im Setting Stadtteil“ haben, beispielsweise das Gesunde Städte-Netzwerk und das Programm „Soziale Stadt“.

---

Zusammenhang sowie in Bezug auf die gesundheitsförderliche Versorgung der Bevölkerung im Allgemeinen bzw. älterer Zielgruppen keine Erwähnung.

<sup>45</sup> Wegweisend ist in diesem Zusammenhang die Arbeitshilfe „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ (Gold et al., 2008). Die Arbeitshilfen richten sich an Akteure der Gesundheitsförderung „vor Ort“, das heißt an Aktive in den Stadtteilen und Quartieren, und bieten über die Darstellung guter Beispiele sowie die Formulierung von Standards und Aspekten der Qualitätssicherung Anregungen für die Projektplanung und –umsetzung sozialraumorientierter Gesundheitsförderung.

Die Rezeption des Settingansatzes der Gesundheitsförderung erfolgte in Deutschland in verschiedenen Programmen mit kommunalem Bezug (z.B. Gesunde-Städte-Netzwerk; Stadtentwicklungsprogramme); darüber hinaus wurde ein sozialraumbezogener Präventionsansatz auch seitens der gesetzlichen Krankenkassen aufgegriffen (§ 20 SGB V). In den letzten Jahren zeichnete sich eine Integration von Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung ab, die in verschiedenen Bereichen z.T. parallel doch jeweils unabhängig voneinander erfolgte. Dies sind zum einen Handlungskonzepte der „Sozialraumorientierung“ aus dem Bereich der Stadtentwicklung und der „Setting-Ansatz“ in der Gesundheitsförderung. Gemeinsam ist diesen Entwicklungen, dass sie ähnliche Steuerungsinstrumente nutzen und auf die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger gerichtet sind (Bär et al., 2004). Entsprechende Entwicklungen werden im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - Soziale Stadt“<sup>46</sup> beschrieben. Gesundheit und Gesundheitsförderung stehen bislang in den Programmgebieten der Sozialen Stadt zwar noch nicht im Mittelpunkt des Interesses. Es zeichnet sich jedoch eine zunehmende *„Sensibilisierung für das Thema und eine Annäherung zwischen den Akteurinnen und Akteuren der Stadtentwicklung, Jugendhilfe und Gesundheit (...)“* (Bär et al., 2004, 278) ab.

Prinzipiell bieten die bereits etablierten Strukturen in den Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ gute Anknüpfungspunkte für die Realisierung kommunaler Gesundheitsförderung. Die Weiterentwicklung eines Stadtteils zu einem gesundheitsfördernden Setting ist ein vielschichtiges und anspruchsvolles Vorhaben. Bär et al. (2009) formulieren folgende Qualitätselemente gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung:

- Stadtteilbezogene Bedarfsanalysen: kleinräumige Analyse, indikatorengestützte Daten zur allgemeinen und individuellen Gesundheitsbelastung, zum Gesundheitszustand der Stadtteilbevölkerung, zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitspotenzialen; ergänzend: qualitative Einschätzung lokaler Akteure und der Bewohner;
- Konzeptentwicklung: umfassender Gesundheitsbegriff und ein entsprechend breit angelegtes Handlungsfeld als Grundlage für die Formulierung von Zielen und Maßnahmen, Einschluss „klassischer“ Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung) sowie z.B. der Bereiche Umwelt und Städtebau, explizite Verankerung des Themas Gesundheit in lokale Handlungskonzepte;
- Strukturentwicklung: Vernetzung aller relevanten Akteure für eine nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturentwicklung im Stadtteil, Notwendigkeit fester Strukturen für die Zusammenarbeit der Beteiligten (z.B. Arbeitskreise, Netzwerke) sowie eine kontinuierliche Steuerung und Begleitung im Sinne einer Koordinierungsstelle (z.B. eingebunden in das Quartiersmanagement);
- Projektentwicklung durch Beteiligung und Zielgruppenorientierung: positive Auswirkungen von Beteiligung und Mitgestaltung von Angeboten, Verstärkung dieses As-

---

<sup>46</sup> Das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - Soziale Stadt“ (seit 1999) ist ein Investitionsprogramm der Städtebauförderung, das darauf zielt, die Lebensbedingungen in benachteiligten Stadtgebieten zu verbessern. Eine wesentliche Grundlage für die Programmumsetzung stellen folgende strategische Handlungsansätze dar: dezidierter Gebietsbezug, Ressourcenbündelung, Aktivierung und Beteiligung sowie der hierfür notwendige Aufbau geeigneter Management- und Organisationsstrukturen in Stadtverwaltungen und Quartieren (Quartiersmanagement) (BMVBS, 2008).

pekts durch Zielgruppenorientierung, Berücksichtigung von Herkunft, Alter und Geschlecht bei der Projektentwicklung;

- Nutzung vorhandener und Schaffung neuer Finanzierungsmodelle: Nutzung vorhandener Ressourcen (Förderung nicht-baulicher Vorhaben im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“, Mittel für Leistungen der settingbezogenen Primärprävention der gesetzlichen Krankenkassen (§20 SGB V), Akquise von Drittmitteln (z.B. Stiftungen), Bildung eines stadtteilbezogenen Verfügungsfonds.

Die Anwendung dieser Qualitätselemente wurde im Rahmen eines Modellprojektes erprobt. Dabei zeigt sich insbesondere, dass die Initiierung und Umsetzung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung ein komplexer und zeitintensiver Prozess ist. Weitere Anforderungen bzw. förderliche Rahmenbedingungen bestehen in der Bereitschaft zum Lernen und Experimentieren, in der Schaffung verbindlicher Kooperationsformen (Verträge, Vereinbarungen) und politischer Unterstützung (ebd.).

Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung hat in Deutschland auch im Zusammenhang mit der krankenkassenfinanzierten Gesundheitsförderung einen Bedeutungsgewinn erfahren. Seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 besteht eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu Leistungen der Primärprävention (§ 20 (1) SGB V). Diese sollen *„den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“* Für die Umsetzung primärpräventiver Maßnahmen werden zwei Strategien verfolgt, die auch in Kombination verwendet werden können (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, 8): dies sind zum einen Interventionen, die primär auf Lebensräume abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz); zum anderen wird ein verhaltensbezogener, individueller Ansatz verfolgt.

Seit 2001 ist eine stetige Zunahme settingbezogener Maßnahmen der Primärprävention, die seitens der GKV durchgeführt oder begleitet werden, zu verzeichnen (MDS, 2008b, 39). Ein Schwerpunkt der Primär-Prävention in nicht-betrieblichen Settings liegt auf den Lebenswelten Schule und Berufsschule sowie Kindertagesstätten. Im Jahr 2006 wurden 85% der gemeldeten Projekte in diesen Settings durchgeführt (MDS, 2008a, 21). Das Setting „Stadtteil/Ort“ rangiert hingegen mit weniger als zehn Prozent im Mittelfeld. Im Hinblick auf die Zielgruppen zeigte sich, dass überwiegend Lehrerinnen und Lehrer bzw. Erzieherinnen und Erzieher (69%) und Eltern (44%) als Multiplikatoren sowie Kinder und Jugendliche adressiert werden (< 15 Jahre und 15 - 19 Jahre). Ältere Menschen (60 Jahre und älter) sind mit weniger als zehn Prozent vergleichsweise selten Zielgruppe von Setting-Aktivitäten. Zwischen 2004 und 2006 zeigt sich hier sogar eine Abnahme (MDS, 2008a, 28). Diesbezüglich zeichnet sich auch im aktuellen Präventionsbericht für das Berichtsjahr 2007 keine Veränderung (MDS, 2008b, 39ff) ab. Betrachtet man zudem die verschiedenen Leistungsarten der kassenfinanzierten Primärprävention differenziert nach den jährlichen Ausgaben, ist für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz zwar eine deutliche Steigerung der Ausgaben zu verzeichnen (2006: 11,3 Mio. Euro; 2007: 17,6 Mio. Euro). Im Vergleich zu den anderen Leistungsarten der Primärprävention rangieren die Aufwendungen für settingbezogene Maßnahmen jedoch an letzter Stelle (Ausgaben für Maßnahmen nach dem Individualansatz 2007: 250 Mio. Euro;

Ausgaben für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 2007: 32,2 Mio. Euro) (MDS, 2008b).

Trojan & Legewie (2001, 168) resümieren, dass *„Beiträge der Krankenkassen zu Verhältnisprävention und kommunaler Gesundheitsförderung (...) immer noch die Ausnahme [sind].“* Darüber hinaus bietet der §20 SGB V keinesfalls eine angemessene gesetzliche Absicherung der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen (beitragsfinanziert) und dem ÖGD (steuerfinanziert).

## 4.2 Die Strategie des Community Capacity in der Gesundheitsförderung

Neben dem Settingansatz werden insbesondere im anglo-amerikanischen Raum weitere gemeindebasierte Strategien der Gesundheitsförderung diskutiert und praktisch erprobt. Eine Auseinandersetzung mit Community Capacity erfolgt im anglo-amerikanischen Raum im Kontext unterschiedlicher Fachrichtungen (z.B. Gemeinde- und Organisationsentwicklung) seitens der Finanzgeber und der ausführenden Organisationen (Goodman et al., 1998) ebenso wie in Wissenschaft und Praxis (Norton et al., 2002). Das Konstrukt der Community Capacity wird als wesentliche Voraussetzung für gemeindebasierte Gesundheitsförderung angesehen:

*„(...) community capacity is a necessary condition for the development, implementation, and maintenance of effective, community-based health promotion and disease prevention programs.“ (Goodman et al., 1998, 259)*

Gesundheitswissenschaftliche Definitionen von Community Capacity fokussieren auf Bearbeitungs- und Bewältigungsprozesse von Gemeinschaften im Hinblick auf gesundheitsbezogene oder soziale Probleme; so beschreibt McLeroy (1996) Community capacity als *„characteristics of communities that affect their ability to identify, mobilize, and address social and public health problems“* (McLeroy, 1996 in Norton et al., 2002, 205). Norton et al. (2002) heben insbesondere hervor, dass das Konzept der Community Capacity gleichermaßen auf Individuen und soziale Strukturen gerichtet ist:

*„(...), community capacity is regarded as a set of dynamic community traits, resources, and associational patterns that can be brought to bear for community building and community health improvement. Captured within the definition are structural networks and the processes to cultivate and maintain them, as well as the perceptions, skills, and resources of individuals that are channelled through these social structures. This definition makes clear a theoretical position of community capacity as a value-laden concept focused on the attributes of both individuals and social structures.“ (Norton et al., 2002, 205)*

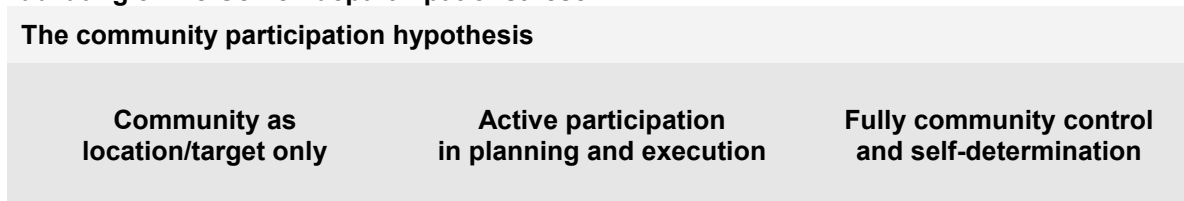
Neben dem Konzept der Community Capacity bestehen weitere vergleichbare Ansätze wie z.B. Community Empowerment, Community Competence oder Community Readiness, die häufig synonym verwendet werden. Obwohl alle Konzepte einen Beitrag zum Verständnis

von Community Capacity leisten, sprechen sich Goodman et al. (1998) gegen eine synonyme Verwendung aus, weil jedes Konzept in unterschiedlicher Weise und mit unterschiedlicher Akzentsetzung zur Entwicklung gemeindebezogener Gesundheitsinitiativen beiträgt. Diesen jeweiligen Besonderheiten sollte durch eine differenzierte Betrachtung Rechnung getragen werden; zu berücksichtigen sei, dass die unterschiedlichen Konzepte auf verschiedenen Ebenen verortet sind, die es zu unterscheiden gilt (Goodman et al., 1998, 260):

- Community Capacity ist beispielsweise im Vergleich zum Community Empowerment ein breiter gefasster Ansatz, Community Power wird hingegen von den Autoren als eine Dimension innerhalb des Community Capacity Konzeptes verortet;
- Community Capacity fokussiert auf Potenziale und Möglichkeiten, Gesundheitsthemen in einer Gemeinschaft zu adressieren (potential state: „a community’s potential for addressing presenting health issues“) und weniger auf die aktuellen Umsetzungsmöglichkeiten/-kompetenzen einer Gemeinschaft (active state: „competence signifies how skillfully capacity is applied“), wie es der Ansatz der Community Competence impliziert;
- Ähnlichkeiten sind hingegen zwischen Community Capacity und Community Readiness zu verzeichnen, da beide Konzepte gleichsam auf die Einschätzung der Potenziale und Möglichkeiten für gemeindebezogene Aktionen gerichtet sind.

Im Kontext der gesundheitsbezogenen (oder gesundheitsfördernden) Gemeindeentwicklung unterscheiden Raeburn & Corbett (2001) Interventionen zudem nach dem Grad der Gemeindebeteiligung (Partizipation): Gemeinde als Ort der gesundheitsfördernder Maßnahmen (Gemeinde als Interventionsort; Gemeindeorientierung), aktive Beteiligung der Gemeinde an der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen (Beteiligung von Mitgliedern der Gemeinde; Gemeindeaktivierung), vollständige Kontrolle und Selbstbestimmung der Gemeinde über Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Kontrolle durch die Gemeinde; Gemeindeentwicklung) (vgl. Abb. 8).

**Abbildung 8: Die Gemeindepartizipationsthese**



Quelle: Raeburn und Corbett, 2001, 15<sup>47</sup>

Letztgenanntes stellt die höchste Stufe dar, auf der sich wirkliche Gemeindeentwicklung vollzieht. Kennzeichnend für diese Stufe sind (ebd.):

- (ausschließlich) gemeindeeigene Kontrolle (community-controlled), (die Kontrolle obliegt mehrheitlich oder ausschließlich Personen aus der Gemeinde; gemeindeexterne Personen übernehmen beispielsweise unterstützende, beratende Funktion);

<sup>47</sup> Vgl. dazu auch die Erfahrungen aus dem steirischen Netzwerk der gesunden Gemeinden (Reisklingspiogl, 2009,176).

- Gemeinde-/Gemeinschaftsaufbau (community building) (Aufbau von sozialem Zusammenhalt, wechselseitige Unterstützung, Netzwerke, Kooperation, Lebensqualität);
- Entwicklung von Gemeindestrukturen und –stärken (community capacity and strength) (durch Befähigung der Personen, Förderung des Selbstvertrauens, Beeinflussung der Politik).

Vorteile des Gemeindebezugs sind darin zu sehen, dass diese lokalen Einheiten Veränderungsmöglichkeiten aufweisen und im Sinne der umfassenden Gemeindebeteiligung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung mobilisiert und aktiviert werden können. Damit einhergehend ist ein Rückgriff auf einen ökologischen Ansatz für Public Health Interventionen zu verzeichnen (Norton et al., 2002).

*„An ecological framework uses a systemic perspective regarding the interdependence of people, institutions, services, and the broader social and political environment. When used to examine the nature of social relationships that exist within communities and the presence of community factors that may affect the ability of communities to mobilize to address systemic problems, this approach is based on a theoretical concept known as community capacity.“ (Norton et al., 2002, 195).*

Obwohl es sich bei dem Konzept der Community Capacity streng genommen nicht um ein Gesundheitskonzept handelt, kann ein Bezug zur Gesundheitsdefinition der WHO hergestellt werden (z.B. Kontrolle der Gesundheitsdeterminanten, Einbezug sozialer und personaler Ressourcen). Die Frage, welchen Beitrag Community Capacity zur Gesundheit leisten kann, wird jedoch unterschiedlich konzeptualisiert; dabei zeichnet sich eine Spannweite ab zwischen Ansätzen, die eine Effektivitätssteigerung des kommunalen Sozial- und Gesundheitswesens anstreben (z.B. Planung, Entwicklung, Einführung und regelhafte Umsetzung von effektiven Gemeindeprogrammen) und einem befähigenden Ansatz, bei dem die Befähigung des Einzelnen, einer Gruppe oder Organisation innerhalb der Gemeinde zur Planung, Umsetzung und Umgang mit kommunalen Projekten im Mittelpunkt stehen (Norton et al., 2002, 198).

#### **4.2.1 Dimensionen des Community Capacity**

Um den Ansatz des Community Capacity in seiner Komplexität zu beschreiben und diesen für wissenschaftliche Fragestellungen zugänglich zu machen, haben verschiedene Autoren (u.a Goodman et al., 1998; Norton et al., 2002) Dimensionen des Community Capacity aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und unter Rückgriff auf verschiedene (sozial-) wissenschaftliche Konstrukte, zusammengetragen. Norton et al. (2002, 205ff) und Goodman et al. (1998) beschreiben sieben Dimensionen von Community Capacity: Fähigkei-



ten und Ressourcen, soziale Beziehungen, Strukturen und Mechanismen kommunalen Dialogs, Leitung und Führung, Bürgerbeteiligung, Wertesystem und Lernkultur<sup>48</sup> (vgl. Tab. 7).

**Tabelle 7: Dimensionen des Community Capacity**

	<b>Dimensions of Community Capacity - overview Norton et al. (2002, 205ff)</b>	<b>Community Capacity Goodman et al. (1998, 260f)</b>
skills	<ul style="list-style-type: none"> <li>– skills e.g. strategic planning, interpersonal communication, group process</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– the ability to engage constructively in group process, conflict resolution, collection and analysis of assessment data, problem solving and program planning, intervention design and implementation, evaluation, resource mobilization, and policy and media advocacy</li> <li>– the ability to resist opposing or undesirable influences</li> <li>– the ability to attain an optimal level of resource exchange (how much is being given and received)</li> </ul>
resources	<ul style="list-style-type: none"> <li>– internal community resources</li> <li>– access to external resources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>resources (e.g. financial, technological, other material)</li> <li>– access and sharing of resources that are both internal and external to a community</li> <li>– social capital, or the ability to generate trust, confidence, and cooperation</li> <li>– the existence of communication channels within and outside of a community</li> </ul>
nature of social relationships	<ul style="list-style-type: none"> <li>– communities as social networks, social ties</li> <li>– social capital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sense of community</li> <li>– high level of concern for community issues</li> <li>– respect, generosity, and service to others</li> <li>– sense of connection with the place and people</li> <li>– fulfilment of needs through membership</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sense of community, sense of commitment and harmony, social trust, norms of reciprocity, positive intergroup relations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>social capital/trust (listed as type of „resource“) see above</li> </ul>
structures and mechanisms for community dialogue (tangible assets that provide the structural framework for community capacity)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– social and interorganizational networks, especially voluntary associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>social and interorganizational networks</li> <li>– reciprocal links throughout the overall network</li> <li>– frequent supportive interactions</li> <li>– overlap with other networks within a community</li> <li>– the ability to form new associations</li> <li>– cooperative decision-making-processes</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mechanisms for prompting and conducting community planning and action</li> <li>– community spaces for socializing and problem solving</li> <li>– systems for communitywide communication</li> <li>– mechanisms for community dialogue (including catalytic organizations within communities and gathering spaces for interaction and public debate e.g. community foundations, community development corporations, chambers of commerce, citizen task forces or roundtables, and other community and voluntary organizations)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mechanisms for communication across the community and for citizen input (listed as type of „resource“) see above</li> </ul>

Quelle: Norton et al., 2002, 206ff, Goodman et al. 1998, 260f, eigene Darstellung

<sup>48</sup> Im Original: skills and resources, nature of social relationships, structures and mechanisms for community dialogue, leadership, civic participation, value system, learning culture (vgl. Norton et al., 2002).

**Forts. Tab. 7: Dimensionen des Community Capacity**

	<b>Dimensions of Community Capacity – overview Norton et al. (2002, 205ff)</b>	<b>Community Capacity Goodman et al. (1998, 260f)</b>
leadership	<ul style="list-style-type: none"> <li>– identifying problems</li> <li>– fostering community change activities</li> <li>– providing opportunities for citizen participation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– inclusion of formal or informal leaders</li> <li>– providing direction and structure for participants</li> <li>– encouraging participation from a diverse network or community participants</li> <li>– implementing procedures for ensuring participation from all during group meetings and events</li> <li>– facilitating the sharing of information and resources by participants and organizations</li> <li>– shaping and cultivating the development of new leaders</li> <li>– a responsive and accessible style</li> <li>– the ability to focus on both task and process details</li> <li>– receptivity to prudent innovation and risk taking</li> <li>– connectedness to other leaders</li> </ul>
civic participation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– breadth, depth and intensity</li> <li>– e.g. continuous conversation with all community segments</li> <li>– participation opportunities, widely and continually known</li> <li>– mediating structures</li> </ul>	(Citizen) Participation <ul style="list-style-type: none"> <li>– strong participant base</li> <li>– diverse network that enables different interests to take collective action</li> <li>– benefits overriding costs associated with participation</li> <li>– citizen involvement in defining and resolving needs</li> </ul>
Power structures/distribution	<ul style="list-style-type: none"> <li>– power structures/distribution of power and its effect on the extent to which community participation in decision making is encouraged and facilitated</li> </ul>	distribution of community power <ul style="list-style-type: none"> <li>– the ability to create or resist change regarding community turf, interests, or experiences</li> <li>– power with others, not control over them (non-zero-sum or win-win strategies)</li> <li>– influence across a variety of domains or community contexts</li> </ul>
value system	<ul style="list-style-type: none"> <li>– core values enhancing the capacity-building process include equity, democratic participation, collaboration, inclusion and social responsibility (Goodman et al., 1998 in Norton et al. 2002, 212)</li> </ul>	community values <ul style="list-style-type: none"> <li>– clearly defined norms, standards, and attributes</li> <li>– consensus building about values</li> </ul>
learning culture	<ul style="list-style-type: none"> <li>– a community's ability to think critically and reflect on assumptions underlying one's ideas and actions, consider alternative ways of thinking and doing, mine lessons from one's actions</li> <li>– high degree of self-awareness about a community's values and interests</li> <li>– a strong institutional memory</li> <li>– a community culture in which errors and failures are viewed as resources for learning</li> </ul>	understanding of community history <ul style="list-style-type: none"> <li>– awareness of important social, political, and economic changes that have occurred both recently or more distally</li> <li>– awareness of the types of organizations, community groups, and community sectors that are present</li> <li>– awareness of community standing relative to other communities</li> </ul> <hr/> critical reflection <ul style="list-style-type: none"> <li>– the ability to reflect on the assumption underlying our and others' ideas and actions</li> <li>– the ability to reason logically and scrutinize arguments for ambiguity</li> <li>– the ability to understand how forces in the environment influence both individual and social behaviour</li> <li>– the ability for community organizations to self-analyze their efforts at change over time</li> </ul>

Quelle: Norton et al., 2002, 206ff, Goodman et al. 1998, 260f, eigene Darstellung

Die Dimension „Fähigkeiten und Ressourcen“ bezieht sich auf persönliche Fähigkeiten einzelner Beteiligter (z.B. Planungskompetenz, Fähigkeiten zur Gestaltung von Kommunikations- und Gruppenprozessen) sowie auf gemeindebezogene interne und externe Ressourcen (z.B. finanzielle Mittel, technische Ausstattung); Goodman et al. (1998) fassen darunter auch soziales Kapital (einschließlich der Fähigkeit zum Aufbau von Vertrauen und Zusammenarbeit) sowie etablierte Kommunikationsstrukturen in der Gemeinde. Im Bereich „sozialer Beziehungen“ stehen der „Gemeindesinn“ und damit verbunden ein hohes Bewusstsein für gemeindebezogene Themen ebenso im Mittelpunkt wie gegenseitiger Respekt, Vertrauen und Verbundenheit der Beteiligten untereinander. Strukturelle Voraussetzungen für einen gemeindebezogenen Austausch und Dialog sehen beide Autoren im Rückgriff auf bestehende soziale und interorganisationelle Netzwerke (z.B. Organisationen freiwillig Engagierter).

Goodman et al. (1998) heben dabei insbesondere auch die Fähigkeit zur Bildung neuer Zusammenschlüsse und zu einem kooperativen Entscheidungsprozess hervor. Grundlegend für entsprechende gemeindebezogene Planungs- und Gestaltungsprozesse sind dabei etablierte Kommunikationsstrukturen. Norton et al. (2002) weisen außerdem auf Problemlösefähigkeiten und Raum für öffentliche Auseinandersetzungen hin.

Neben klassischen Leitungsaufgaben (z.B. Problemidentifizierung, Vorantreiben gemeindebezogener Veränderungsprozesse) sind mit der Leitungsrolle die Gestaltung, Begleitung und Sicherstellung von Bürgerbeteiligungsprozessen eng verbunden. Für die Gestaltung von Bürgerbeteiligung wird ein kontinuierlicher Austausch aller Beteiligten ebenso hervorgehoben wie die grundsätzliche Bereitstellung und Bekanntheit von Beteiligungsmöglichkeiten. Darüber hinaus wird auf die Notwendigkeit der Bürgerbeteiligung bei der Definition von gemeindebezogenen Bedarfen/Bedürfnissen hingewiesen, wobei nach Norton et al. (2002) bestehenden lokalen Einrichtungen Bedeutung für die Organisation von Beteiligungsprozessen zukommt:

*„Successful health improvement initiatives use existing institutions to organize and champion participation roles in their planning, implementing, and evaluating phases.“ (Norton et al. 2002, 212)*

Grundsätzlich ist dabei jedoch zu berücksichtigen, dass die bestehenden Machtverhältnisse einer Gemeinde die Beteiligung der Bürger an Entscheidungsprozessen maßgeblich beeinflussen und je nach Ausprägung befördern oder behindern. Community Capacity ist zudem immer auf die in einer Gemeinde zugrunde liegenden Werte und Normen bezogen.

*„Community capacity is not value free and must encompass the norms, standards, expectations, and desires of particular communities.“ (Norton et al. 2002, 213)*

Auf den Capacity-Building-Prozess wirken sich zudem demokratische Beteiligungsverfahren, Zusammenarbeit, Inklusion und soziale Verantwortung positiv aus (Goodman et al., 1998; Norton et al., 2002). Auch das Vorhandensein einer Lernkultur und damit verbunden die Fähigkeit zur kritischen Reflektion gemeindebezogener Aktionen sind für den Aufbau von

Community Capacity und die Nachhaltigkeit von Veränderungen und Verbesserungen sozialer und gesundheitlicher Bedingungen einer Gemeinde von Bedeutung.

*„Communities that can reflect on the outcomes of their actions and on new options available to them may be more effective in maintaining change and improvements in social and health-related conditions.“ (Norton et al. 2002, 213)*

Entsprechende Veränderungs- und Verbesserungsprozesse können dabei nach Goodman et al. (1998) nicht losgelöst von den vorangegangenen und aktuellen sozialen, politischen und ökonomischen Gegebenheiten einer Gemeinde betrachtet werden. Neben den bestehenden lokalen Organisationen, Gruppen und Gemeindebereichen mit ihrer je eigenen Vergangenheit ist zudem das Verhältnis der eigenen Gemeinschaft zu anderen Gemeinden zu berücksichtigen.

#### 4.2.2 Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Community Capacity

Eine wesentliche Herausforderung bei der Anwendung des Konzeptes des Community Capacity ist darin zu sehen, dass diese gleichsam als Voraussetzung und Ziel kommunaler Gesundheitsförderung angesehen werden kann. Für gesundheitswissenschaftliche Forschung und die praktische Umsetzung des Konzeptes erscheint es deshalb bedeutsam, Rahmenbedingungen von Community Capacity zu betrachten (vgl. Tab. 8, Penz, 2008, 68ff; Norton et al., 2002, 198ff).

**Tabelle 8: Rahmenbedingungen von Community Capacity**

Werthaltung	basis-demokratische Grundhaltung (Penz, 2008) vs. gemeindebezogene Werthaltungen, die damit nicht zwingend einher gehen müssen (Norton et al., 2002)
Analyseebene	Berücksichtigung und Unterscheidung der Analyseebenen (Individuum vs. kollektive Ebene) bei der Analyse vorhandener Kapazitäten und in der praktischen Umsetzung von Community Capacity (Penz, 2008)
Konsensorientierung und Konfliktlösungsfähigkeit in der praktischen Umsetzung	Konsensorientierung - konsensbasierte, partnerschaftliche Prozesse, Beteiligung und Interessenberücksichtigung möglichst aller Partner (Penz, 2008, Norton et al., 2002) vs. Konfliktlösungsfähigkeiten: Konflikte als grundlegender Bestandteil und ggf. Beitrag zur Entwicklung des Gemeindelebens (Butterfoss et al., 1996 in Norton et al., 2002, 200).
Abgrenzung von und Sichtweise auf Gemeinde/Gemeinschaft	Geographische, politisch-administrative oder relationale Abgrenzung (Ortschaften, politische Gemeinden, soziale Netzwerke) (Penz, 2002, 69).
Zusammensetzung und Stabilität der Gemeinde und ihrer Elemente	Homogene und heterogene Gemeinschaften Einfluss gesellschaftlicher Diversität auch auf die Entwicklung und Stabilität von Community Capacity (Norton et al., 2002, 202) Stabilität der Prozesse und Strukturen innerhalb der Gemeinschaft als Voraussetzung und Entwicklungsaufgabe (Penz, 2008, 70)
Berücksichtigung gemeindeinterner und -externer Perspektiven	Berücksichtigung der Sichtweisen der Gemeindemitglieder auf die community capacity und Beteiligungsprozesse (Norton et al., 2002, 203f)
Status des Community capacity und Themenschwerpunkte	Community Capacity als allgemein vorhandene Bedingung in Gemeinschaften vs. als Reaktion auf ein vorhandenes Problem (Norton et al., 2002, 204).

Quelle: Penz, 2008, 68ff; Norton et al., 2002, 198ff, eigene Darstellung

Dem Ansatz des Community Capacity liegt ein basis-demokratisches Konzept zugrunde, das neben dem Anspruch auf kommunale Selbststeuerung und Autonomie Vorstellungen von Gleichheit, Teilhabe, Zusammenarbeit, aktiver Inklusion und sozialer Verantwortung beinhaltet (Penz, 2008, 68). Eine wertfreie Konzeptualisierung von Community Capacity im Sinne der reinen Unterstützung für Gemeinden bei der Bearbeitung und Erreichung konsensueller Ziele wird kritisch bewertet (Norton et al., 2002, 198f); zu berücksichtigen sei, dass gemeindebezogene Werthaltungen bestehen, die dem Konzept des Community Capacity zuwiderlaufen können und nicht zwingend mit einer basis-demokratischen Grundhaltung einhergehen müssen (z.B. Ausschluss von Teilgruppen; fehlende freie Beteiligungsmöglichkeiten). Darüber hinaus sind bei der Analyse vorhandener Kapazitäten und in der praktischen Umsetzung von Community Capacity die Analyseebenen „Individuum“ bzw. „kollektive Ebene“ zu unterscheiden (Penz, 2008, 68): Wann und wie werden personen- und organisations-/gesellschaftsbezogene Daten (z.B. Selbstwirksamkeit; Sozialkapital) erfasst und wie werden die Ergebnisse beider Bereiche integriert? Welche Ansatzpunkte bestehen in der Praxis auf individueller und kollektiver Ebene? („(...) wo ansetzen und wie fördern?“ (Penz, 2008, 68)).

Tendenziell herrscht zudem in der Gesundheitsförderung eine Konsensorientierung vor, die von Penz (2008, 69) in zweierlei Hinsicht kritisiert wird: einerseits entstehen dadurch „*blinde Flecken für Veränderungsprozesse*“; andererseits erscheint dies insbesondere für Bestrebungen zum Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit unrealistisch, sofern man davon ausgeht, dass Ungleichheit mit ungleichen Machtverhältnissen und daraus resultierenden Konflikten verbunden ist. Norton et al. (2002, 200) unterstreichen ebenfalls, dass innerhalb des Community Capacity konsensbasierte, partnerschaftliche Prozesse geschätzt werden und die Beteiligung und Interessenberücksichtigung möglichst aller Partner intendiert ist. Gleichwohl sind Konflikte grundlegender Bestandteil des Gemeindelebens, die auch zum Aufbau von Capacity beitragen können. Gründe für das Festhalten an partnerschaftlichen Modellen sehen Norton et al. (2002) in der überwiegend staatlich-öffentlichen Public-Health Förderung und dem Festhalten an einer idealisierten Vorstellung von Gemeinde.

Um sicherzustellen, dass die Personen, die in den Prozess des community capacity eingebunden werden, sich mit der Gemeinde/Gemeinschaft identifizieren, kann es notwendig sein, Abgrenzungsmöglichkeiten zu nutzen z.B. geographische, politisch-administrative oder relationale Abgrenzung (Ortschaften, politische Gemeinden, soziale Netzwerke) (Penz, 2002, 69). Diese Einschätzung teilen auch Norton et al. (2002):

*„In defining community capacity, it is important to focus not only on geographical or geopolitical boundaries, but also on the nature of ties or connections that exist within communities, including network connections that exist within communities, including network connections among individuals and interorganizational relationships.“ (Norton et al., 2002, 202)*

Homogene und heterogene Gemeinschaften bieten dabei unterschiedliche Vorteile; während Erstgenannte die Entwicklung gemeinsamer Positionen fördern, besteht bei Letztgenannten ggf. der Vorteil darin, dass mehrere, unterschiedliche und u.U. innovativere Ansätze entstehen können. Norton et al. (2002, 202) sehen eine Herausforderung darin, dass die zunehmende gesellschaftliche Diversität auch auf die Entwicklung und Stabilität von Community Capacity Einfluss nimmt und dementsprechend berücksichtigt werden muss.

*„How we manage our increasing diversity will have a dramatic effect on our ability to develop community capacity and sustain the ability of communities to address local, regional, and national problems.“ (Norton et al., 2002, 202).*

Im Hinblick auf die Stabilität der Prozesse und Strukturen innerhalb der Gemeinschaft weist Penz (2008, 70) darauf hin, dass diese voraussetzungsreich ist: zum einen ist für Community Capacity die Existenz stabiler Strukturen notwendig, um Probleme auf lokaler Ebene zu bearbeiten und zu bewältigen; zum anderen müssen entsprechende Strukturen jedoch zunächst erst im Sinne des Capacity buildings aufgebaut werden. Diesbezüglich wirft Penz die Frage auf, inwiefern diese Strukturen nachhaltig und langfristig stabil sind (Bleiben neue Strukturen auch dann erhalten, wenn Fördermittel nicht mehr zur Verfügung stehen?) Capacity Building ist nach Penz (2008, 70) dann erfolgreich *„wenn die neu geschaffene Community Capacity auch über den Interventionszeitraum hinaus bestehen bleibt.“* Bislang sind die Erkenntnisse zur längerfristigen Auswirkung gemeindebezogener Gesundheitsförderung jedoch noch marginal:

*„Moreover, we know relatively little about what happens to communities in the long-term, once funding for infrastructure development is no longer available. As a result, interventions are constrained by deficits in community capacity even as they are directed at its amplification.“ (Norton et al., 2002, 203)*

Die Berücksichtigung der Sichtweisen der Gemeindemitglieder auf Community Capacity und Beteiligungsprozesse sind von großer Bedeutung für die Arbeitsergebnisse, die Lösungswege und Möglichkeiten produktiver Zusammenarbeit (Norton et al., 2002, 203f). Zu berücksichtigen ist außerdem, ob es sich bei Community Capacity um eine allgemein vorhandene Bedingung in Gemeinschaften handelt oder ob diese als Reaktion auf ein vorhandenes Problem entsteht. Letztgenanntes ist dabei davon anhängig, welche Bedeutung und Aktualität ein soziales Thema in der Öffentlichkeit einnimmt und ob Mitglieder der Gemeinschaft Bearbeitungs-/Bewältigungsprozesse in Gang setzen können oder Führungsrollen übernehmen können. Vor dem Hintergrund, dass i.d.R. eine Vielzahl unterschiedlicher lokaler Probleme um Aufmerksamkeit konkurriert, sind die Bearbeitungsintensität und –dauer häufig begrenzt (Norton et al., 2002, 204).

Crisp et al. (2000) identifizierten vier Zugangsweisen für die praktische Umsetzung von Capacity Building, die in unterschiedlichen Systembereichen und –ebenen ansetzen. Zwei Ansätze sind vorrangig auf innerorganisatorische Prozesse gerichtet („top-down & bottom-up organizational“) und beziehen sich insbesondere auf die Qualifizierung von Mitarbeitern und interne (Re-) Organisationsprozesse (z.B. Dezentralisierung von Diensten). Penz (2008, 64f), der die Ansätze „Partnerships & Community Organizing“ als Kernelemente von Community Capacity bezeichnet, legt eine prägnante Interpretation für den deutschsprachigen Raum vor. Im Mittelpunkt des Partnership-Ansatzes steht die Vernetzung vorhandener organisatorischer Ressourcen (Organisationen, einzelne Personen) innerhalb einer Gemeinde, wobei das Thema Gesundheit den Anknüpfungspunkt bildet. Grundannahme dieses Vorgehens ist dabei, dass innerhalb der Gemeinde bereits gewisse Kapazitäten vorhanden sind, die durch

Um- oder Neuorientierung für die Realisierung gesundheitsbezogener Ziele erweitert werden. Folgende Aspekte sind dabei von Bedeutung (Penz, 2008, 64)

- Vernetzung von Organisationen unterschiedlicher Größe und Einflussbereiche, Zusammenführung sich ergänzender Interessen,
- Etablierung von vorteilhaften Beziehungen für alle Beteiligten,
- Nutzung der neuen Partnerschaften für die Planung und Umsetzung von Gesundheitszielen und –aktivitäten,
- schrittweiser Aufbau und Erweiterung des Netzwerks,
- Einbindung relevanter Organisationen/Personen (z.B. öffentlichkeitswirksame Organisationen, politische Vertreter).

Bei dem Ansatz des Community Organizing steht die Entwicklung neuer Strukturen innerhalb einer Gemeinschaft im Mittelpunkt. Die Umsetzung ist als besonders anspruchsvoll einzuschätzen, weil damit i.d.R. die Entwicklung von Organisations- und Partizipationsmöglichkeiten für vulnerable, benachteiligte Zielgruppen (also bislang nicht organisierte Personengruppen) angestrebt wird (z.B. die Befähigung bisher passiver Empfänger von Gesundheitsleistungen zur aktiven Gestaltung ihres gesundheitlichen Umfelds). Penz (2008, 65) sieht hierin eigentlich eine Erweiterung des partnership-Ansatzes, weil der Rückgriff auf vorhandene Ressourcen als grundlegende Voraussetzung anzusehen ist. Eine neue und eigenständige Komponente ist dabei jedoch die „Neubildung von Organisationsformen für unorganisierte Personengruppen“ und die damit verbundene Notwendigkeit der Kompetenzentwicklung innerhalb der Zielgruppe. Kennzeichnend ist hierbei u.a. (Penz, 2008, 65), dass die Vernetzungstätigkeit durch Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung in verschiedenen Bereichen ergänzt wird (z.B. leadership, Entscheidungsfindung, Konfliktbewältigung, Entwicklung gemeinsamer Interessen, einschließlich ihrer öffentlich-politischen Artikulation). Eine Herausforderung ist darin zu sehen, dass das Vorhaben insgesamt weniger planbar und seine Ergebnisse weniger voraussehbar sind und die hohen Ansprüche nicht immer eingelöst werden können. Negative Erfahrungen und unerfüllte Erwartungen bergen insbesondere im Kontext knapper finanzieller Mittel die Gefahr, dass dieser Ansatz langfristig nicht weiter gefördert wird. Penz (2008, 67) leitet aus der Beschreibung von Umsetzungsmöglichkeiten von Capacity Building, die bislang zwar vorwiegend auf einer abstrakten Ebene formuliert werden, folgende Grundstrukturen ab: Öffentlichkeit schaffen und Unterstützung einfordern, individuelle Kompetenzen im Bereich Führung und organisatorischer Fähigkeiten entwickeln helfen sowie vorhandene Organisationen und Funktionsbereiche in einer Gemeinde miteinander vernetzen.

Capacity Building (“Strukturbildung”) ist ein Konzept, das auf internationaler Ebene bereits seit längerer Zeit als Nutzendimension und intermediärer Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung angeführt wird, in Deutschland allerdings bislang selten berücksichtigt wurde. Vor dem Hintergrund methodischer Probleme im Hinblick auf die Nachweisbarkeit gesundheitsbezogener Effekte im Kontext setting-/gemeindebezogener Maßnahmen der Gesundheitsförderung, kommt diesem Ansatz jedoch Bedeutung zu, weil auf diesem Weg die Dauerhaftigkeit von initiierten Maßnahmen eingeschätzt werden kann. Bezugspunkte

dieses neuen Indikators umfassen (Walter & Schwartz, 2003b, 205f; Mossakowski et al., 2009, 188):

- die Bereitschaft und Befähigung von Einrichtungen/Professionen, geeignete Strukturen zu entwickeln, um eine spezifische Maßnahme erfolgreich anzubieten und aufrechtzuerhalten;
- die Nutzung und Mobilisierung geeigneter Ressourcen und Kooperationsstrukturen;
- die Entwicklung adäquater Strategien zur Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen.

Capacity Building umfasst somit eine entwicklungsorientierte Gesamtstrategie, die auf unterschiedlichen Ebenen – d.h. von der Makroebene (EU, Bund, Länder) über die Mesoebene (Settings, Communities) bis zur Mikroebene (Individuen, Gruppen) – wirksam werden muss, um auf diesem Weg Gesundheitsgewinne für die Bevölkerung zu erzielen (Reis-Klingspiegl et al. 2005). Im Capacity Building werden strategische (Bildung, Forschung, Gesundheitsinformation, leadership, Management) und strukturelle (Gesundheitskultur, Partizipation, Qualitätsmanagement, Gemeinde-/Organisationsentwicklung, Finanzierung) Zielbereiche unterschieden (Noack, 2005 in Reis-Klingspiegl et al. 2005, 34). Für das regionale Setting kann auf dieser Grundlage die Entwicklungsfähigkeit unter Berücksichtigung folgender Bereiche bestimmt werden (Reis-Klingspiegl et al. 2005, 34f): Verankerung von Gesundheit in der politischen Kultur der Gemeinde, existierende Infrastruktur und ihr Grad der Vernetzung/Partnerschaften, Vorhandensein von Leadership- und Managementkompetenzen, Ressourcenlage/-allokation und Partizipation und Empowerment.

Reis-Klingspiegl et al. (2005) entwickelten im Rahmen eines Modellprojektes für jeden Bereich einen Fragenkatalog, der als Instrument zur Einschätzung der Ausgangssituation und für die Beschreibung von gesundheitsfördernden Gemeindeentwicklungsprozessen eingesetzt werden kann. Nach der Analyse der Antworten können für die Gemeinde Entwicklungsfelder und Zielbereiche formuliert werden; durch die Identifizierung von und Konzentration auf Schlüsselbereiche kann es gelingen, die Komplexität gesundheitsfördernder Gemeindeentwicklungsprozesse zu reduzieren (Reis-Klingspiegl et al., 2005). Auf diese Weise kann die Handlungsfähigkeit der Gemeinde aufrechterhalten werden. Das Instrument kann sowohl im Sinne des Benchmarking, aber auch zur Prozessdarstellung genutzt werden. Die Zielbereiche können entsprechend ihrer Bedeutung für das Gelingen gesundheitsfördernder Gemeindeentwicklungsprozesse hierarchisiert werden. Zu Beginn eines Projektes erweisen sich dabei die Verankerung in der Gemeindeskultur, das Vorhandensein von Leadership/Managementkompetenz und angemessene Ressourcen gleichsam als zentrale Entwicklungsbereiche und notwendige Voraussetzung. Vernetzung/Partnerschaften sowie Partizipation und Empowerment hingegen sind Bereiche, die auch im Projektverlauf – die Bereitschaft der Kommune vorausgesetzt - entwickelt werden können (Reis-Klingspiegl et al., 2005, 38) (vgl. Abb. 9).

Reis-Klingspiegl (2009, 183) betont, dass für gesundheitsbezogene Gemeindeentwicklungsprozesse einerseits die gesundheitspolitische Akzeptanz in der jeweiligen Gemeinde von Bedeutung ist. Andererseits schreibt sie auch der institutionalisierten, professionellen (Prozess-) Begleitung der Gemeinden erhebliche Bedeutung, insbesondere für die Sicherung der



Nachhaltigkeit der Investitionen, zu. Für lokale Projektteams, die überwiegend aus engagierten Freiwilligen bestehen, bietet die professionelle Unterstützung

*„(...) in guten Zeiten, in denen regionale Teams autonom arbeiten, Wertschätzung für diese und Ressourcen in Bezug auf Beratung, Coaching, Wissen und sein Management. In schlechten Zeiten bedeutet eine solche Begleitstruktur, (...), eine rasche Möglichkeit der Krisenintervention, (...). Die Kontinuität der Struktur ermöglichen Lernen und Entwicklung einer professionellen Praxis als Teil eines konzertierten „Capacity Buildings“, das dazu beiträgt, eine kritische Masse an Gemeinden für gesundheitsfördernde Gemeindeentwicklungsprozesse zu gewinnen.“ (Reis-Klingspiegl, 2009, 183)*

**Abbildung 9: Community Readiness**

Verankerung von Gesundheit in der politischen Kultur	Vernetzung und Partnerschaften von Strukturen	Verfügbarkeit von Leadership & Managementkompetenzen	Ressourcenlage und -allokation	Partizipation und Empowerment
Durchführungsbeschluss im Gemeinderat nach Meinungsbildungsprozess	Verfügbarkeit formeller und informeller Strukturen, z.B. Vereine, Pfarre	Person/en mit hoher Projektidentifikation, Zeit und Bereitschaft zur Mitarbeit	Eingebrachte Finanzmittel der Gemeinde	Vorerfahrung mit Beteiligungsprozessen in der Gemeinde und ihre Bewertung
Kultur verbindlicher überparteilicher Kooperation	Historische oder aktuelle Konfliktslagen zwischen bestehenden Strukturen	Akzeptanz der Projektleitung durch Gemeinderat, -verwaltung und Zielbevölkerung	Wissens- und Managementressourcen in der Gemeinde	Wille zur Veränderung und Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Widerstand
Nominierung von Kontaktperson mit hoher Projektidentifikation auf politischer und Verwaltungsebene	Historische oder aktuelle Partnerschaften zwischen bestehenden Strukturen	Durch-, Umsetzungs- und Mobilisierungskompetenz der Projektleitung	Ausreichend kompetente Personen für ein Projektteam	Ausreichend Zeit für Beteiligungsprozesse
Kommunikationsstruktur und Einfluss zwischen externer Projektbegleitung, interner Projektleitung und Gemeinderat	Nutzen und Mehrwert für einzelne Strukturen durch Vernetzung	Integrationskraft und Aktivierungskompetenz der Projektleitung	Räumlichkeiten, technische Infrastruktur, Medien, auf die Projekt zurückgreifen kann	Qualifizierungsmöglichkeiten für beteiligte Personen

Quelle: Reis-Klingspiegl (2005) in Reis-Klingspiegl (2008, 53)

Problematisch erweist sich, dass eine Anwendung dieses Konzeptes bislang dadurch begrenzt wird, dass die Messbarkeit von Community Capacity noch in den Anfängen begriffen ist:

*„Despite the current interest, effective application is limited because measurement of community capacity is still in its infancy. (...). We would like to believe that public health interventions always have positive and lasting outcomes. However, without a metric for measurement, it will remain a matter of conjecture whether community health interventions result in increased sustainability and capacity for future problem solving. Thus, the identification and assessment of community capacity, as both an input and an outcome, is important to those striving to develop healthy communities.“ (Norton et al., 2002, 196).*

Obwohl für die einzelnen o.g. Dimensionen durchaus je individuelle Erhebungsmöglichkeiten bestehen (z.B. Befragungen von Schlüsselpersonen in Gemeindeorganisationen im Sinne einer Netzwerkanalyse), stellt die Messung des Gesamtkonstruktes der Community Capacity aufgrund der Komplexität des Gegenstandes eine Herausforderung dar. Forschungsbedarf bezieht sich dabei beispielsweise darauf, welche Dimensionen des Community Capacity für welche Zielstellung von Bedeutung sind oder welche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen bestehen (Norton et al., 2002, 218f). Gegenwärtig bestehen Bemühungen zur Entwicklung eines standardisierten Erhebungsverfahrens (z.B. Entwicklung eines Community Capacity Index), das gleichermaßen zur Einschätzung der Ausgangssituation wie zur Bewertung der Ergebnisse eingesetzt werden kann<sup>49</sup>. Dieses anspruchsvolle Vorhaben befindet sich jedoch noch in den Anfängen und wird - nicht zuletzt aufgrund bislang fehlender theoretischer Grundlagen – noch weitere Zeit in Anspruch nehmen. Alternative Forschungszugänge bieten jedoch die Anwendung qualitativer Verfahren, wobei die Dimensionen des Community Capacity als allgemeiner Untersuchungsrahmen angelegt werden können (Norton et al., 2002, 222). Goodman et al. (1998, 273) betonen dabei jedoch, dass die Dimensionen weniger als Checkliste, sondern vielmehr einen Ausgangspunkt für einen gemeinschaftlichen Dialog, beispielsweise zwischen Mitarbeitern des Gesundheitswesens und gemeindebezogenen Gruppen, bilden.

*„We envision that community health professionals may share the table’s (table of dimensions of community capacity, Anm. d. V.) relevance and implications for community initiatives that are underway. Such discussions of capacity are best considered early in the community development process and may be viewed as a positive measure that reflects on a community’s preparedness to address public health and other societal issues.” (Goodman et al., 1998, 273)*

### 4.3 Ausgewählte Kernelemente gemeindeorientierter Gesundheitsförderung

Kooperation und intersektorale Zusammenarbeit sowie Bürgerbeteiligung sind nicht nur im Rahmen der zuvor beschriebenen Ansätze von Bedeutung; auch für die Arbeit der kGK in NRW können diese Kernelemente als handlungsleitend angesehen werden (vgl. Brandenburg et al., 1994); aus diesem Grund erfolgt an dieser Stelle eine ausführlichere Betrachtung dieser beiden Prinzipien.

Beteiligung und Selbstbestimmung der Bürgerinnen sowie Kooperation und intersektorale Zusammenarbeit gehören zu den normativ begründeten Prinzipien, die ebenfalls einen zentralen Stellenwert im Rahmen der Ottawa-Charta einnehmen. Für Erstgenanntes ist die Bedeutungszuschreibung dabei primär auf ein normativ begründetes Leitbild des aufgeklärten und informierten Bürgers zurückzuführen; d.h. für dieses Prinzip besteht (bislang) kein wissenschaftlicher Nachweis eines damit einhergehenden Gesundheitsgewinns. Vielmehr ist dieses Prinzip vor dem Hintergrund westlicher gesellschaftlicher und kultureller Strukturen wünschens- und erstrebenswert (Trojan, 2001, 54). Auch die Prinzipien der Kooperation und der intersektoralen Zusammenarbeit entsprechen normativen „Vorgaben“, die im Rahmen der

---

<sup>49</sup> Weiterführende Informationen zu methodischen Anforderungen vgl. Norton et al. (2002, 219ff).

Ottawa-Charta durch die WHO gesetzt wurden (ebd., 58). Diese Setzungen erfolgten unter der Annahme, dass diese Prinzipien den Erfolg von komplexen Gesundheitsförderungsprozessen und die Interessenvertretung für Gesundheit nach außen verbessern und unterstützen. Eine Überprüfung der „Alltagsplausibilität“ dieser Annahmen steht bislang jedoch noch aus, d.h. bislang ist noch nicht geklärt, ob und welchen Einfluss diese Prinzipien auf die Ziele und Ergebnisse von Gesundheitsförderung haben (ebd.).

#### **4.3.1 Partizipation: Beteiligung, Mitwirkung und Mitentscheidung der Bürger**

Partizipation (lat., Beteiligung, Teilhabe, Teilnahme, Mitwirkung, Mitbestimmung, Einbeziehung) ist ein sozialwissenschaftlicher Begriff, der insbesondere in der Demokratie-Theorie und Organisationssoziologie verwendet wird. Partizipation wird hier als Sammelbegriff für

*„sehr verschiedene Arten und Formen der Beteiligung, Teilhabe, Teilnahme, Mitwirkung und Mitbestimmung [verwendet], wobei auch Funktion, Umfang und Begründung der Partizipation sehr unterschiedlich sein können.“ (Pfaffenberger, 2007, 693).*

Partizipation findet im Kontext unterschiedlicher Prozesse statt z.B. Demokratisierung, bürgerschaftliches Engagement oder Emanzipation. Darüber hinaus kommt Partizipation auch innerhalb der Sozialpolitik und Sozialen Arbeit Bedeutung zu. Auf kommunaler Ebene bestehen Beteiligungsmöglichkeiten und Notwendigkeiten z.B. im Rahmen planerischer Aufgaben (Sozialplanung, soziale Infrastrukturplanung) (Pfaffenberger, 2007, 693). Auch innerhalb des Gesundheitswesens stellen die Berücksichtigung der Nutzerperspektive und die Auseinandersetzung mit der Rolle der Bürger, Versicherten und Patienten einen bislang vernachlässigten Bereich dar. Dies obwohl die Beteiligung der Nutzer als eine wesentliche Grundlage für das Gelingen gesundheitsbezogener Leistungen – auch im Bereich der Gesundheitsförderung – angesehen wird (Koproduktionsthese, vgl. Badura, 2001).

*„Für alle personenbezogenen Dienstleistungen – im Bildungswesen, im Bereich sozialer Dienste oder eben auch im Gesundheitswesen – gilt: Erfolgreiche Planung und Durchführung einzelner Kernprozesse ist nur bei physischer Präsenz und aktiver Mitarbeit der Schüler, Klienten und Patienten möglich.“ (Badura, 2001, 34f).*

Koproduktive Leistungen der Nutzer des Gesundheitswesens besitzen für unterschiedliche Bereiche des Versorgungsgeschehens Bedeutung: die direkte Leistungserbringung, die Verbesserung der Arbeitsorganisation und die bedarfsgerechte Gestaltung von Kapazitäten und Dienstleistungsangeboten. Ungeachtet der fachlichen und ethisch-normativen Notwendigkeit von Bürger-Beteiligungsverfahren im Gesundheitswesen, ist die faktische Beteiligung der Nutzer gegenwärtig gering oder nicht gegeben (Badura, 2001).

*„Die Bürger, Versicherten und Patienten haben kaum Einfluss und werden als Laien gering geachtet. Dies obwohl sie mit ihren Steuern und Sozialabgaben die Finanzierung der Aktivitäten ermöglichen, obwohl sie der eigentliche Nutznießer*

*der erbrachten Leistung sein sollten und obwohl ihre aktive Mitarbeit für den Erfolg dieser Leistungen mitentscheidend ist.“ (Badura, 2001, 35).*

Partizipation umfasst die Mitbestimmung und Bereitschaft zur Mitentscheidung und wird als ein mögliches Instrument zur Realisierung einer stärkeren Nutzerorientierung im Gesundheitswesens angesehen; Partizipation stellt eine „*Schlüsselqualifikation des Nutzers für eine optimale Beanspruchung des Gesundheitssystems und zur Steuerung der Versorgung*“ dar (SVR, 2001, 144). Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion hingegen ist geprägt durch Finanzierungsfragen und Verbändeinteressen; Beteiligung und Eigenständigkeit der Nutzer des Gesundheitssystems werden vorwiegend im Kontext einer finanziellen Selbstbeteiligung befürwortet und gefordert. Darüber hinaus bezieht sich die nationale und internationale Diskussion jedoch auch auf Fragen der Bürgerbeteiligung an Gestaltungsentscheidungen im Gesundheitswesen; darin werden Möglichkeiten gesehen, um auf verschiedene Aspekte des Gesundheitssystems Einfluss zu nehmen (SVR, 2001, 162):

- Korrektur von Fehlentwicklungen in Gesundheitssystem, die z.B. durch die vorherrschende Anbieterdominanz (insbesondere der medizinischen Professionen) im Gesundheitswesen entstehen;
- Förderung einer stärkeren Berücksichtigung von Gesundheitsbedürfnissen, Präferenzen und Qualitätsmaßstäben der Bevölkerung in Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens;
- Erhöhung der Akzeptanz von Gesundheitszielsetzungen und Gestaltungsentscheidungen in der Bevölkerung.

Möglichkeiten zur Partizipation sind auf verschiedenen Ebenen gegeben. Gemeinden und Kommunen werden der Meso-Ebene zugeordnet; im Mittelpunkt stehen hier die Beteiligung von (Patienten-) Interessenvertretungen an der Organisation der Leistungserbringung und die Leistungssteuerung. Auf internationaler Ebene werden Partizipationsmöglichkeiten in der gemeindenahen Versorgung insbesondere innerhalb des britischen Gesundheitsdienstes hervorgehoben; die Favorisierung von Beteiligungsmöglichkeiten wird hier mit der Möglichkeit zur Entwicklung bedürfnisgerechter und effektiver Versorgungsformen begründet (SVR, 2001, 162). Auch in Deutschland richtet sich in den letzten Jahren das Interesse zunehmend auf die gesundheitsbezogenen Gestaltungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene. Obwohl grundlegende Entscheidungen auf höheren Ebenen getroffen werden (korporatistische Strukturen), wird die eigentliche Leistungserbringung durch Entscheidungen auf kommunaler Ebene konkretisiert. Der kommunale Entscheidungsspielraum bezieht sich dabei auf (SVR, 2001, 167): die bedarfs-/bedürfnisgerechte Leistungsbereitstellung, die konkrete Ausgestaltung gesundheitlicher Angebote/Hilfen sowie die Qualität und Verlässlichkeit der Leistungen. Ein Ansatzpunkt für Bürgerbeteiligung besteht dabei z.B. im Kontext der Krankenhausplanung/-organisation (ebd.):

- Beteiligung im Rahmen struktureller Veränderungen z.B. Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgungsformen zur Sicherung der wohnortnahen und bedürfnisgerechten Versorgung;

- Beteiligung im Rahmen der Krankenhausorganisation z.B. Qualitätsentwicklung und Patientenorientierung;
- Beteiligung im Rahmen der Einführung von Konzepten integrierter Versorgung (gemeindenahe Verfügbarkeit und Vernetzung: stationär – ambulant; Medizin – Pflege – Soziale Betreuung).

Darüber hinaus ist eine Beteiligung der Bürger an allgemeinen gesundheitsrelevanten Entscheidungen der Kommunen denkbar z.B. Einbezug der Bürger in lokale Gremien (beratende Funktion). In diesem Sinne ist auch auf regionale Kooperationsformen hinzuweisen, die alle beteiligten Akteure des Gesundheitswesens, einschließlich (Patienten-) Interessenvertretungen und Bürger, zusammenführen (z.B. kommunale Gesundheitskonferenzen in NRW). Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass für Teilbereiche der gesundheitlichen Versorgung lediglich begrenzter Entscheidungsspielraum auf kommunaler Ebene besteht. Bedeutung kommt lokalen Kooperationsgremien jedoch für die Realisierung umfassender struktureller Veränderungen zu, an der mehrere lokale Akteure beteiligt werden sollen (z.B. Psychiatriereform) sowie in der regionalen Vernetzung spezifischer Versorgungsbereiche (z.B. regionale Rheumazentren) (SVR, 2001, 168).

Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass ein nicht unerheblicher Beitrag zur Förderung der Selbstbestimmung und Beteiligung der Bürgerschaft auf kommunaler Ebene durch lokale Selbsthilfezusammenschlüsse gegeben ist. Neben der Unterstützung der Bürgerschaft im Bereich des individuellen Krankheitsgeschehens besitzt die Selbsthilfe<sup>50</sup> auch Bedeutung für eine multisektorale Gesundheitsförderungspolitik. Zentrale Themenstellungen und Aufgaben sind dabei (Trojan, 1998, 798): die Beteiligung an lokalen Programmen der Gesundheitsförderung, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, soziale Beratung, Verbesserung der Lebensqualität und der Krankenversorgung im Stadtteil sowie ökologische und umweltbezogene Fragestellungen.

Komplexe Stufen-Modelle der Partizipation zielen darauf, die Abhängigkeit partizipativer Entwicklungsprozesse von den gegebenen Machtverhältnissen zu verdeutlichen. In diesem Sinne geht es darum zu klären

*„wie viel Entscheidungsmacht tatsächlich bei den beteiligten Bevölkerungsgruppen und ihren anwaltlichen Akteuren liegt, um von Partizipation, Vorstufen der Partizipation oder von Nicht-Partizipation zu sprechen.“ (Mossakowski et al., 2009, 186).*

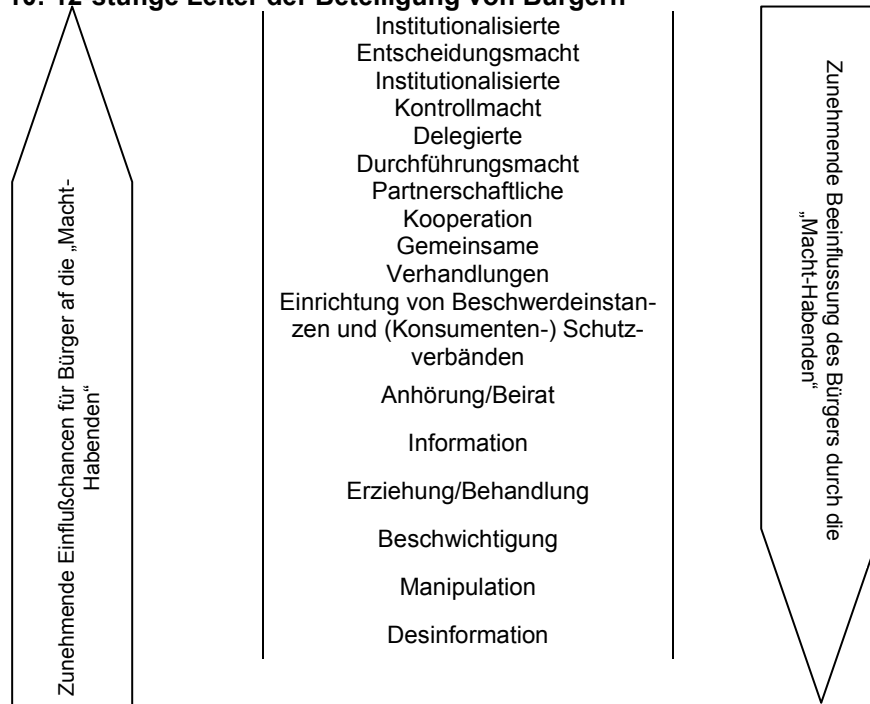
Die „12-Stufen-Leiter der Bürgerbeteiligung“ bezieht sich auf lokale Entscheidungsprozesse und differenziert Beteiligungsmöglichkeiten nach dem Grad der Einflussmöglichkeiten der

---

<sup>50</sup> Eine infrastrukturelle Absicherung der Selbsthilfe(-gruppen) erfolgt auf kommunaler Ebene durch die sog. Kontakt- und Informationsstellen, die für interessierte Bürger Aufgaben der Information, Beratung und Kontaktvermittlung übernehmen. Entsprechende Einrichtungen finden sich insbesondere in den Mitgliedsstädten des Gesunde-Städte-Netzwerkes oder in Kommunen, die sich durch eine aktive Gesundheitsförderungspolitik auszeichnen. Ihr wesentliches Verdienst ist insbesondere darin zu sehen, dass auf diese Weise das Prinzip der Bürgerbeteiligung einfach und umfassend realisiert werden kann (Trojan, 2006b, 204f).

Bürger bzw. dem Ausmaß der Beeinflussung der Bürger durch die „Machthabenden“ (vgl. Abb. 10). Neben partizipativen Elementen werden hier insbesondere auch das Ausmaß der Machtausübung (verstanden als Durchsetzung von Zielvorgaben und lokaler Programmatik) betrachtet (Mossakowski et al., 2009, 186). Gegenwärtig praktizierte und verbreitete Teilhabeformen sind in diesem Modell als „Teilnahme-Strategien“ in der unteren Hälfte der Leiter einzuordnen; tatsächliche Teilhabe (z.B. partnerschaftliche Verhandlungen) wird gegenwärtig nur vergleichsweise selten realisiert (ebd.).

**Abbildung 10: 12-stufige Leiter der Beteiligung von Bürgern**



Quelle: Trojan 1988 in Trojan & Legewie 2001, 324

Wright et al. (2007) entwickelten ein neun-stufiges Modell der Partizipation in der Gesundheitsförderung, mit dem Ziel, existierende partizipative Prozesse zu beschreiben, zu bewerten und diese ggf. weiterzuentwickeln zu können. Partizipation, verstanden als Beteiligung an Entscheidungsprozessen, stellt dabei einen Entwicklungsprozess dar, bei dem die einzelnen Stufen aufeinander aufbauen. Vorstufen von Partizipation bilden somit häufig die Grundlage für die auf der nächst höheren Ebenen angesiedelten direkten Beteiligungsprozesse (vgl. Abb. 11). Die letzte Vorstufe der Partizipation, die „Einbeziehung“, nähert sich durch die formale Beteiligung der Zielgruppe an Entscheidungsgremien dem Ideal bereits an, allerdings kann auf dieser Stufe noch kein Einfluss auf den Entscheidungsprozess genommen werden. In den folgenden Stufen der „echten“ Partizipation (Wright, et al., 2007) wird den Adressaten eine verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung zugewiesen, die sich vom Mitspracherecht über die teilweise Entscheidungskompetenz bis zur eigenständigen Entscheidungsmacht ausdifferenziert. Darüber hinaus gehend wird die selbständige Organisation benannt, die i.d.R. unabhängig von partizipativen Entwicklungsprozessen als selbstinitiierte und realisierte Maßnahmen oder Projekte entstehen.

Die Bedeutsamkeit von Partizipation und Bürgerbeteiligung für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen wird in der Ottawa-Charta mehrfach hervorgehoben. Dabei handelt es sich um eines der normativ begründeten Prinzipien (vgl. Trojan, 2001; Mossakowski et al.,

2009). Auch im Kontext weiterer gemeindeorientierter Programme wie z.B. dem Gesunde-Städte-Netzwerk und dem Agenda-21-Prozess stellen der Einbezug der Bürgerschaft und die Verbesserung von Partizipation, Chancengleichheit und Empowerment wesentliche Elemente dar, die zur gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebensverhältnisse in Gemeinden beitragen.

**Abbildung 11: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung**

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Quelle: Wright et al. (2007)

Partizipative Prozesse können immer nur in Abhängigkeit von Ressourcen, Projektlaufzeiten und unter Berücksichtigung der Kompetenzen der Beteiligungsadressaten realisiert werden (Mossakowski et al., 2009). Kennzeichnend für partizipative Verfahren in der gemeindenahen Gesundheitsförderung ist der Rückgriff auf aktivierende und beteiligende Techniken einerseits und die Adressierung der Bewohnerschaft der Gemeinde und der dort relevanten Akteure andererseits.

*„Partizipativ“ heißt dann, dass nicht nur der gemeine Bürger oder der Bewohner am Geschehen beteiligt werden und mitgestalten soll, sondern auch und gerade die Hauptakteure im jeweiligen Feld.“ (Mossakowski et al., 2009, 188, Hervorh. i. O.).*

Diese Erweiterung der Adressaten von Beteiligungsprozessen und die damit einhergehende Ausrichtung auf professionelle Akteure schließt an die ebenfalls normative Forderung der (intersektoralen) Kooperation an. In dem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern es gelingen kann, die Beteiligungsprozesse beider Gruppen aufeinander abzustimmen. Beteiligung lokaler Akteure durch Vernetzungsmöglichkeiten sollte dabei grundlegend die Beteiligung von Bürgern oder zumindest von Interessenvertretungen einschließen (ebd.).

### **4.3.2 Gemeindeorientierte Kooperation und intersektorale Zusammenarbeit**

Eine grundlegende Voraussetzung für die Umsetzung gemeindebasierter Interventionen ist die Gewinnung und Beteiligung unterschiedlicher lokaler Kooperationspartner. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene wird eine Vielzahl unter-

schiedlicher Akteure einbezogen (Trojan, 2004) (vgl. Kap. 2). Anders als in klar strukturierten Settings (z.B. Betrieben) sind die jeweils einzubeziehenden relevanten Akteure auf kommunaler Ebene i.d.R. nicht formal vorgegeben<sup>51</sup>. „Gesundheitsfördernde Lebenswelten“, „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ und „intersektorale Zusammenarbeit“ werden in der WHO-Programmatik als zentrale Konzepte bezeichnet; damit werden gleichsam Ziel, Instrument und praxisrelevante Strukturen benannt (Trojan & Legewie 2001, 249; WHO 1998; vgl. Tab. 9).

**Tabelle 9: Zusammenhang zwischen WHO-Konzepten und Bezugsebenen**

	Ziel	Instrument	Struktur und praktische Umsetzung
	Gesundheitsfördernde Lebenswelten	Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik	Intersektorale Zusammenarbeit - Potentielle Akteure für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
Definition gemäß WHO-Programmatik	„Gesundheitsfördernde Lebenswelten bieten Menschen Schutz vor Gesundheitsgefahren und befähigen Menschen, ihre Fähigkeiten auszuweiten und Selbstvertrauen in Bezug auf gesundheitliche Belange zu entwickeln. Gesundheitsfördernde Lebenswelten umfassen Orte, an denen Menschen leben, die Gemeinde, ihr Zuhause, Orte, an denen sie arbeiten, spielen und ihre Freizeit verbringen, einschließlich des Zugangs von Menschen zu Ressourcen für Gesundheit und von Möglichkeiten der Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln (empowerment).“ (WHO, 1998, 18)	„Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist gekennzeichnet durch eine ausdrückliche Sorge um Gesundheit und Gerechtigkeit in allen Politikbereichen und durch eine Verantwortlichkeit für ihre Gesundheitsverträglichkeit. Hauptziel von gesundheitsfördernder Gesamtpolitik ist es, unterstützende Lebenswelten/Umwelten zu schaffen, um Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben zu führen. Eine solche Politik macht die Wahl gesünderer Alternativen für Menschen möglich oder leichter. Sie macht soziale und physikalische Umwelten gesundheitsförderlich.“ (WHO, 1998, 17)	„Eine anerkannte Beziehung zwischen einem oder mehreren Teilen verschiedener gesellschaftlicher Sektoren, die zur Durchführung bestimmter Aktivitäten entwickelt wurde, um Gesundheitsergebnisse oder intermediäre Gesundheitsergebnisse zu erreichen, - und zwar in einer effektiveren, effizienteren oder nachhaltigeren Weise als es der Gesundheitssektor allein erreichen könnte.“ (WHO, 1998, 23)
Bezugsebene	- Setting z.B. Stadt	Gesundheitsverträglichkeit: - europäische bis lokale Ebene, z.T. gesetzlich verankert  Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik: - Bundes-, Landes-, kommunale Ebene - für Deutschland z.B. die EntschlieÙung der 64. GMK; die ÖGD-Ländergesetze	- interne Zusammenarbeit im politisch-administrativen System (z.B. zwischen Ministerien, verschiedenen kommunalen Ressorts) - externe Kooperation des politisch-administrativen Systems mit außerstaatlichen und kommunalen Akteuren (z.B. Krankenkassen, Berufsverbänden) - Zusammenarbeit zwischen staatlichem, marktwirtschaftlichem und sog. „Drittem Sektor“

Quelle: Trojan & Legewie, 2001; WHO, 1998; eigene Darstellung

Voraussetzungen für eine intersektorale Gesundheitspolitik sind geeignete Kooperationsstrukturen, die die verschiedenen Lebens- und Politikbereiche miteinander verbinden. Erforderlich sind dafür sowohl horizontale als auch vertikale Kooperationsbeziehungen. Auf hori-

<sup>51</sup> In Nordrhein-Westfalen wurden mit der Novellierung des ÖGD-Gesetzes und der flächendeckenden Einführung der kommunalen Gesundheitskonferenzen auch die damit verbundenen Kooperationspartner und -strukturen formal geregelt (vgl. Kap. 2).



zontaler Ebene sollen verschiedene Lebensbereiche und die dementsprechenden Politiksektoren zugunsten gesundheitsfördernder Maßnahmen verknüpft werden. Im vertikalen Bereich geht es darum, Verbindungen zwischen verschiedenen politischen Ebenen (von international bis lokal) und verschiedenen Organisationsstufen (formelle Großorganisationen z.B. Staat, Kommunen, Krankenkassen über mittlere Instanzen wie Wohlfahrtsverbände, kommunale Einrichtungen bis zur Ebene selbstorganisierter Zusammenschlüsse) herzustellen (Trojan, 1998).

Vorteilhafte Voraussetzungen für die Umsetzung kommunaler Kooperationsstrukturen beschreibt Trojan (2004, 309) wie folgt: Vorhandensein von Infrastruktur (z.B. Geschäftsstelle, engagiertes Gesundheitsamt); politischer Wille und definierter Auftrag (einschließlich Aufgaben- und Prioritätenfestlegung); personelle und materielle Ressourcen; Fähigkeiten zur Gesundheitsberichterstattung, neutraler Moderation sowie Public-Health-Grundlagenwissen. Strukturelle Rahmenbedingungen im Sinne von Kooperations- und Infrastrukturen auf der fachlichen und politischen Ebene sind für die Ausgestaltung einer intersektoralen Politik bedeutsam, müssen i.d.R. aber erst aufgebaut werden. Strukturen, die dazu beitragen, das Arbeitsprinzip der Ottawa-Charta „Vermitteln und Vernetzen“ zu realisieren, werden auch als intermediäre Kooperationsstrukturen bezeichnet (Trojan & Legewie, 2001, 267). Trojan (1998, 796) beschreibt intermediäre Kooperationsstrukturen als *„freiwillige, zielgruppen-, gebiets- oder problembezogene, unterschiedlich stark formell organisierte Verbundsysteme, die zumeist Staat, marktwirtschaftliche Instanzen und die informelle Sphäre von Bürgerengagement und Selbsthilfe miteinander verknüpfen.“*

Ziele entsprechender Verbundsysteme sind die träger- und politikbereichsübergreifende Interessenwahrnehmung sowie die gemeinschaftliche Planung und Durchführung von Maßnahmen. Im Kontext der Ottawa-Charta kann hierin eine mögliche Operationalisierung multisektoraler Zusammenarbeit und der Bürgerbeteiligung gesehen werden.

Neben regionalen und lokalen Kooperationsstrukturen, die sich spezifisch unter der Überschrift „Gesundheitsförderung“ herausgebildet haben („Gesundheitsförderungskonferenzen“), können zu diesem Bereich auch die inhaltlich weiter gefassten kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW zugeordnet werden. Die aus dem Modellvorhaben „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung“ hervorgegangenen und nunmehr regelhaft etablierten lokalen gesundheitsbezogenen Zusammenschlüsse sind inhaltlich auf das gesamte Gesundheitswesen ausgerichtet („Gesundheitskonferenzen“). Auch wenn diese somit weit über das Themengebiet der Gesundheitsförderung hinaus reichen, zeigte sich, dass eine Integration von Gesundheitsförderung in den Kontext der allgemeinen Gesundheitsversorgung<sup>52</sup> gelungen ist (Zamora 1998 in Trojan & Legewie, 2001, 273). Im Hinblick auf die methodische Umsetzung stellen kommunale Gesundheitskonferenzen eine spezifische Dialogform auf kommunaler Ebene dar. Sie können als *„Gremium zur kooperativen Planung“* bezeichnet werden (Bischoff, Selle & Sinning, 1995, in Trojan & Legewie, 2001, 305ff). Dementspre-

---

<sup>52</sup> Auch Kölb-Keer & Werse (1996, 182) berichten, dass sich die Themenwahl in den einzelnen Kommunen an den je spezifischen lokalen Bedürfnissen und Problemlagen orientierte. Für den Zeitraum der Erprobungsphase der kommunalen Gesundheitskonferenzen benennen sie Gesundheitsförderung als eines der Schwerpunktthemen. Darüber hinaus standen folgende Themen im Mittelpunkt: Krankenhaus (Fokus Verzahnung von Pflege und medizinischer Rehabilitation); Geriatrie und Psychiatrie; ÖGD-Leitlinien; Fragestellungen im Grenzbereich zu anderen EU-Mitgliedsstaaten; neue und ergänzende Themen: Suchtprävention, Hilfeprojekt „Therapie sofort“, Rettungswesen.

chende lokale Gremien *„dienen der gemeinsamen Beratung – und Entscheidungsvorbereitung – aller von einer Planung, einem Konflikt oder Problem betroffenen Akteure“* (ebd.).

Trojan (2004, 314) zufolge ist die Steuerungsfunktion entsprechender lokaler Koordinations- und Kooperationsgremien bislang noch wenig ausgeprägt und *„organisatorisch und formalrechtlich noch zu wenig durchsetzungsfähig“*. Notwendig wären in diesem Sinne (Trojan, 2004, 314):

- ein Mandat, um dem lokalen Parlament Entwicklungspläne und Prioritäten in der Prävention und Gesundheitsförderung vorzuschlagen;
- eine Stellungnahme zu Gesetzesvorhaben und Programmen im Hinblick auf ihre Gesundheits-, Sozial- und Umweltverträglichkeit;
- die gemeinschaftliche Verwaltung eines Fonds zur Finanzierung von Gemeinschaftsaufgaben;
- die materielle und politische Unterstützung innovativer Ansätze der Gesundheitsförderung;
- eine Ausschreibung von Anreizsystemen für lokale Akteure (z.B. Preise, Gütesiegel, Zertifikate usw.) für die Durchführung von Schwerpunktprogrammen.

Die Forderung nach intersektoraler Kooperation wird innerhalb der kommunalen Gesundheitsförderung, aber auch in verschiedenen Stadtentwicklungsprogrammen (z.B. Agenda 21, Soziale Stadt) erhoben. Damit stellen sich für die sektoral organisierte kommunale Verwaltungslandschaft und –praxis neue Herausforderungen der Integration und Zusammenarbeit im Gesamtsystem „Kommune“. Intersektoralität ist somit *„zugleich größte Herausforderung wie auch Achillesferse dieser Ansätze.“* (Stender, 2006, 134).

Mit der kommunalen Gesundheitskonferenz steht in NRW prinzipiell ein Instrument zur Verfügung, das gleichermaßen dazu beitragen kann, die Vernetzung der Akteure und die Beteiligung der Bürger zu realisieren. Die kommunale Gesundheitskonferenz ist ein lokales Gremium, das alle Personengruppen, die im gesundheitlichen Versorgungssystem tätig sind, anspricht und ihre Zusammenführung unterstützt. Der adressierte Personenkreis umfasst dabei sowohl die professionell Tätigen als auch die Nutzer bzw. Bürger. Besondere Bedeutung kommt dabei Bürgern zu, die bereits in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe engagiert sind. Von Vorteil erweist sich dabei, dass diese über gesundheitliche Kompetenz verfügen und stellvertretend – zumindest für einen Teil - der „betroffenen“ Bürgerschaft sprechen. Innerhalb der Konferenz kann die Berücksichtigung der Nutzerperspektive den professionellen Blick erweitern, aber auch zur Bewertung der Arbeit lokaler Akteure beitragen. Nicht zuletzt sind Beteiligungsverfahren auch von gesundheitspolitischem Interesse, da auf diesem Weg Potenziale der Bürger und der Selbsthilfe erschlossen werden können. Gesundheitsbezogene Fragestellungen erfordern *„das gemeinsame und abgestimmte Engagement“* verschiedener Akteure; neben den gesundheitsbezogenen Leistungserbringern und kommunalpolitischen Vertretern sind das insbesondere interessierte Bürger und der Selbsthilfebereich (Brandenburg et al., 1994, 246).

Im Rahmen der Gesundheitskonferenz werden lokale gesundheitsbezogene Probleme thematisiert und gemeinsam, d.h. unter Einbezug aller Perspektiven, die städtische Versorgungssituation analysiert und bearbeitet. Die Analyse der Ausgangssituation und die Erarbeitung von Lösungsansätzen können auf diese Weise im Idealfall auf die je spezifische Situation der Stadt abgestimmt werden (Brandenburg et al., 1994, 246). Der Gesundheitskonferenz kommen in diesem Zusammenhang zwei Funktionen, die Vernetzung lokaler Akteure (verbändestaatliche Beteiligung) und die Unterstützung und Aktivierung der bereits aktiven Bürger (Partizipation) zu (Brandenburg et al., 1994, 246f). Vernetzungsarbeit und Gewinnung/Aktivierung von Multiplikatoren sind voraussetzungsreich; neben einer umfassenden Vor- und Nachbereitung der Konferenzen ist eine kontinuierliche Arbeit und Begleitung des Gremiums erforderlich, die idealerweise durch einen neutralen gesundheitsbezogenen Akteur wie das Gesundheitsamt wahrgenommen werden sollte. Eine aufgabenbezogene Vernetzung zielt darauf, die für bestimmte Teilbereiche zuständigen Einrichtungen, Organisationen und Berufe verbindlich zusammenzuführen, einschließlich der Vorbereitung und Abstimmung der Aufgabenplanung. Transparenz, Nachhaltigkeit und Verpflichtung sollen dabei durch offizielle und öffentliche Anmeldung der Akteure zur Gesundheitskonferenz, einschließlich Ankündigung der Übernahme von Gemeinschaftsaufgaben, sichergestellt werden. Voraussetzung dafür ist neben der Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kommune (z.B. durch die Gesundheitskonferenz) die Anerkennung durch Akteure der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik. Die Unterstützung und Aktivierung bereits aktiver Bürger (Partizipation) wird auch im Sinne der Gewinnung von Multiplikatoren für die weitere praktische Umsetzung von Aufgaben verstanden und bietet die Möglichkeit, „(...) *dem Erfahrungswissen und dem Engagement der BürgerInnen eine gesicherte, öffentlich wirksame Chance zu geben.*“ (Brandenburg et al., 1994, 247). Transparenz, Nachhaltigkeit und Verpflichtung werden hier gleichermaßen durch offizielle Anmeldung interessierter Bürger oder Interessenvertretungen gewährleistet.

Im Hinblick auf Verfahren der Bürgerbeteiligung innerhalb der kGKn in NRW ist einschränkend anzumerken, dass Schwerpunkte bei Beteiligung bereits aktiver Bürger bestehen, also Personen, die i.d.R. über eine institutionelle Anbindung im Bereich der selbstorganisierten Interessenvertretungen verfügen. Die Beteiligung der Bürgerschaft im Allgemeinen erfolgt hingegen seltener; sie ist auch für die kGK in NRW nicht eindeutig definiert. Die Beteiligung der Allgemeinbevölkerung und von Betroffenenengruppen ist für den Teilnehmerkreis der Gesundheitskonferenzen in NRW nicht verpflichtend festgelegt (Boschek & Kügler, 2002, 634). Gesetzlich geregelt ist lediglich die Beteiligung der Selbsthilfe, der Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes. Eine Möglichkeit der Einbindung der Bevölkerung, die auch im Kontext einzelner kGKn in NRW genutzt wird, besteht z.B. in der Durchführung von Bevölkerungsbefragungen (Boschek & Kügler, 2002). Die Durchführung von Bevölkerungsbefragungen stellt eine wichtige Ergänzung zum Instrument der Gesundheitsberichterstattung dar. Damit gehen sowohl eine Stärkung der Bürgerbeteiligung als auch eine positive Beeinflussung des gesundheitspolitischen Diskurses einher (Boschek & Kügler, 2002, 636).

Im Vergleich zu anderen Bundesländern bestehen für Nordrhein-Westfalen mit der gesetzlichen Verankerung von Bürgerbeteiligung im Rahmen des ÖGDG (§ 3) formal betrachtet positive Voraussetzungen. Vertretern von Patienteninteressen wird dabei das Beteiligungsrecht an Entscheidungen zugewiesen (§ 6); darüber hinaus sind sie an Kooperationsgremien auf kommunaler und Landesebene beteiligt (§§ 24, 26; kommunale Gesundheitskonferenzen,

Landesgesundheitskonferenz). Stellenwert und Erfolg der Beteiligungsmöglichkeiten im Rahmen der kGK werden jedoch aus Sicht der Patientenvertretung ambivalent eingeschätzt: neben der Gefahr der Instrumentalisierung der Selbsthilfe für Versorgungsaufgaben wird auch die Durchsetzungskraft der Patienten-Interessenvertretung gegenüber der zahlenmäßig größeren Gruppe der Leistungsträger und -erbringer in Frage gestellt. Bemängelt werden zudem fehlende finanzielle und personelle Ressourcen der Interessenvertretungen für eine kontinuierliche Präsenz und Mitarbeit und die Kommunikation und der Informationstransfer zwischen kGK, Arbeitsgruppen und Bürgern. Wesentliche Forderungen bestehen darin, die Anzahl der Vertreter des Patientenschutzes und der Selbsthilfe zu erhöhen und organisatorische Abläufe zu verbessern. Auch die Diskussion in laienverständlicher Sprache, ein verbesserter Zugang zu Experten und eine verbesserte Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit werden als notwendig erachtet (MAGS, 2003; Patientinnen-Netzwerk, 2003 in Dierks et al., 2006, 11).

#### **4.4 Zusammenfassung**

Die im Kontext der WHO beschriebenen Leitprinzipien zur Umsetzung von Gesundheitsförderung umfassen sowohl empirische als auch normativ begründete Kernelemente. Zu Letzgenannten zählen die Beteiligung und Selbstbestimmung der Bürgerinnen sowie Kooperation und intersektorale Zusammenarbeit, die als Bestandteile im Rahmen theoretischer Bezugspunkte wie dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung oder dem Ansatz der Community Capacity berücksichtigt und grundsätzlich auch für die Arbeit der kGKn in NRW als handlungsleitend erachtet werden (vgl. Brandenburg et al., 1994).

Der Settingansatz der WHO ist eine Kernstrategie zur Umsetzung von Gesundheitsförderung, die mit dem Aufbau des GSN erstmals die Implementierung von Gesundheitsförderungsansätzen konkretisierte. Kernelemente sind die Befähigung zur Wahrnehmung der eigenen gesundheitsbezogenen Interessen (Vermittlung von life skills), die aktive Einbindung und Beteiligung der Zielgruppe an der Planung und Durchführung der Maßnahmen (Partizipation) sowie Empowerment und die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen im Sinne einer organisatorischen Festigung der gesunden Lebenswelt. Die Vorgehensweise zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Strukturentwicklung variiert mit dem Formalisierungsgrad des Settings; im gering formalisierten Sozialraum „Städte und Gemeinden“ gestaltet es sich grundsätzlich schwieriger, Strukturentwicklungsprozesse zu initiieren, weil i.d.R. (zunächst) keine Vorgaben im Hinblick auf zu beteiligende Akteure, Zielgruppen und Bedarfe bestehen und darüber hinaus finanzielle Rahmenbedingungen fehlen. Kennzeichnend ist, dass für das Zusammenspiel der Kernelemente angenommen wird, dass diese sich wechselseitig bedingen und (günstigenfalls) verstärken können (Kilian et al., 2004). Die Anwendung des Settingansatzes wird insbesondere vor dem Hintergrund einer in Deutschland anhaltenden Fokussierung auf verhaltenspräventive Maßnahmen empfohlen (SVR 2001, SVR 2005). Grundsätzlich stellt der Settingansatz einen bedeutsamen konzeptionellen Bezugspunkt für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Lebenswelten dar, wobei bei der Betrachtung der bisherigen Umsetzung eine Diskrepanz zwischen programmatischem Anspruch und tatsächlicher Praxis – insbesondere für das Setting Kommune – zu verzeichnen ist. Bisher dokumentierte und analysierte Umsetzungserfahrungen deuten darauf hin, dass der Settingansatz nicht in Reinform umgesetzt wird, sondern vielmehr eine Annäherung an den „Idealtypus“ angestrebt wird (vgl. Kilian et al., 2004; Douma et al., 2007). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Zielgruppe ältere Menschen bei der settingorientierten

Gesundheitsförderung im Stadtteil (und in anderen Sozialräumen) bislang vernachlässigt wird (MDS, 2008a, b; Douma et al., 2007).

An das Kernelement gesundheitsförderlicher Strukturentwicklung anschließend sind anglo-amerikanische Ansätze des Community Capacity zu betrachten, die als wesentliche Voraussetzung für gemeindebasierte Gesundheitsförderung angesehen werden. Gesundheitswissenschaftliche Definitionen von Community Capacity fokussieren auf Bearbeitungs- und Bewältigungsprozesse von Gemeinschaften im Hinblick auf gesundheitsbezogene oder soziale Probleme; im Mittelpunkt stehen dabei die Potenziale und Möglichkeiten, Gesundheitsthemen in einer Gemeinschaft zu adressieren, wobei gleichermaßen Individuen und soziale Strukturen berücksichtigt werden (McLeroy, 1996 in Norton et al., 2002; Norton et al., 2002; Goodman et al., 1998). Obwohl es sich bei dem Konzept der Community Capacity streng genommen nicht um ein Gesundheitskonzept handelt, kann ein Bezug zur Gesundheitsdefinition der WHO hergestellt werden (z.B. Kontrolle der Gesundheitsdeterminanten, Einbezug sozialer und personaler Ressourcen). Die Frage welchen Beitrag Community Capacity zur Gesundheit leisten kann, wird jedoch unterschiedlich konzeptualisiert; dabei zeichnet sich eine Spannweite ab zwischen Ansätzen, die eine Effektivitätssteigerung des kommunalen Sozial- und Gesundheitswesens anstreben (z.B. Planung, Entwicklung, Einführung und regelhaften Umsetzung von effektiven Gemeindeprogrammen) und einem befähigenden Ansatz, bei dem die Befähigung des Einzelnen, einer Gruppe oder Organisation innerhalb der Gemeinde zur Planung, Umsetzung und Umgang mit kommunalen Projekten im Mittelpunkt stehen (Norton et al., 2002, 198). Kennzeichnend für den Ansatz des Community Capacity ist, dass dieser gleichsam als Voraussetzung und Ziel gemeindeorientierter Gesundheitsförderung angesehen wird.

Im anglo-amerikanischen Raum werden sieben Dimensionen von Community Capacity beschrieben, die für eine praktische und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit komplexen Gemeindeentwicklungsprozessen herangezogen werden können. Im Einzelnen sind dies Fähigkeiten und Ressourcen, soziale Beziehungen, Strukturen und Mechanismen kommunalen Dialogs, Leitung/Führung, Bürgerbeteiligung, Wertsystem und Lernkultur (Norton et al., 2002; Goodman et al., 1998). Für das regionale Setting kann die Entwicklungsfähigkeit der Gemeinde (Community Readiness) unter Berücksichtigung folgender Bereiche bestimmt werden (Reis-Klingspiegl et al. 2005, 34f): Verankerung von Gesundheit in der politischen Kultur der Gemeinde, existierende Infrastruktur und ihr Grad der Vernetzung/Partnerschaften, Vorhandensein von Leadership- und Managementkompetenzen, Ressourcenlage/-allokation und Partizipation und Empowerment.

Während der Settingansatz einen direkten Gesundheitsbezug aufweist und auf unterschiedliche Sozialräume/Lebenswelten, u.a. auf Städte und Gemeinden, ausgerichtet ist, beschreibt Konstrukt des Community Capacity Gemeindeentwicklungsprozesse, die u.a. auf die Bearbeitung und Bewältigung gesundheitlicher oder sozialer Probleme zielen. Gemeinsam ist beiden Ansätzen, dass folgenden Aspekten Bedeutung beigemessen wird: Gestaltung partizipativer Prozesse (Bürgerbeteiligung), befähigender Ansatz (Individuen, Gruppen, Gemeinschaften innerhalb eines Sozialraums bzw. innerhalb von Gemeinden/Gemeinschaften) und gesundheitsförderliche Strukturentwicklung (Entwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen innerhalb eines Sozialraums; gemeindeorientierte Planungs- und Gestaltungsprozesse, gesundheitsfördernde Gemeindeentwicklung). Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass beide Ansätze für eine standardisierte Erhebung der durch Komplexität gekennzeichneten gesundheitsfördernden Gemeindeentwicklungsprozesse noch nicht hinreichend opera-

tionalisiert sind. Dennoch bieten insbesondere die Dimensionen des Community Capacity einen qualitativen Forschungsrahmen, der eine dialogorientierte Erfassung gegenwärtiger Praxis der gesundheitsförderlichen Gemeindeentwicklung ermöglicht.

## 5 Gesundheit und Aktivität im Alter

Betrachtet man Bedingungen, die ein Älterwerden in guter Gesundheit ermöglichen, zeigt sich, dass in der gerontologischen Forschung insbesondere der Aktivität im Alter ein hoher Stellenwert für den Gesundheitserhalt zugeschrieben wird und viel mehr noch von einer wechselseitigen Beeinflussung von Aktivität und Gesundheitszustand im Alter ausgegangen wird. An die Beschreibung der „Aktivitätsthese“, die bereits in den 1950er Jahren formuliert wurde, schließt die Darstellung prominenter Konzepte der psychologischen und soziologischen Gerontologie (erfolgreiches und produktives Alter/n) an. Nach der Zusammenfassung der gegenwärtigen Diskussion der „Potenziale des Alters“ (BMFSFJ, 2006) und damit verbundener Implikationen für die kommunale Ebene, erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem WHO-Konzept des „Aktiven Alterns“, das als wesentlicher Anknüpfungspunkt für die Modernisierung der örtlichen Alten- und Seniorenpolitik angesehen wird (Naegele, 2010; vgl. Kap. 3.2). Das Kapitel schließt mit der Vorstellung des sozial-kulturellen Modells erfolgreichen Alterns (social-cultural model of successful ageing, Godfrey & Randell, 2003), das Annahmen der zuvor genannten Konzepte integriert. Die Bedeutung dieses Modells für die vorliegende Arbeit ist darin zu sehen, dass mit dessen Hilfe Risiken und Ressourcen auf lokaler Ebene für ein erfolgreiches Altern und somit Ansatzpunkte für die Entwicklung präventiver gemeindeorientierter Strategien identifiziert werden können.

### 5.1 Gesund und aktiv älter werden

Ein guter Gesundheitszustand im Alter ermöglicht das Aufrechterhalten von Alltagskompetenzen, die wiederum die Grundlage für eine selbständige Lebensführung bilden. Nicht zuletzt deshalb wird einer guten Gesundheit im Alter individuell wie gesellschaftlich eine hohe Bedeutung zugeschrieben (Tesch-Römer & Wurm, 2009). Eine selbständige, selbstverantwortliche und persönliche sinnerfüllte Lebensgestaltung wird auch als wesentliches Merkmal der Gesundheit im Alter bezeichnet. Gesundes Älterwerden kann dementsprechend verstanden werden als

*„komplexer, mehrdimensionaler Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten auch die aktive Lebensführung und eine positive Lebenseinstellung umfasst.“ (Kruse et al., 2005, 13).*

Ein gesundes Alter(n)<sup>53</sup> wird einerseits in vorherigen Lebensphasen begründet (Gesundheitserhaltung im Lebensverlauf); andererseits kann ein individueller Beitrag zur Gesundheitserhaltung in allen Lebensphasen geleistet werden (Tesch-Römer & Wurm, 2009). Im Sinne einer lebensgeschichtlichen bzw. lebenslaufbezogenen Betrachtung ist zu berücksichtigen, dass Gesundheit im Alter von vergangenen und aktuellen Einflüssen gleichermaßen geprägt wird:

*„Gesundes Altern ist insofern von Einflüssen des vergangenen Lebens (etwa sozioökonomischen Rahmenbedingungen) ebenso stark geprägt wie von erst im Alter auftretenden Ereignissen und deren sozial-kulturellem Kontext.“ (Kuhlmey, Mollenkopf & Wahl, 2008, 265).*

---

<sup>53</sup> Alter bezeichnet eine Lebensphase des Erwachsenenalters; Altern beschreibt einen Prozess (normales, physiologisches Geschehen) (Kuhlmey, Mollenkopf & Wahl, 2008, 265).

Altern ist ein physiologisch festgelegter, aber durchaus beeinflussbarer Prozess. Altersverlauf und alterstypische Veränderungen sind im Kontext der jeweiligen gesellschaftlichen, kulturellen Rahmenbedingungen, der medizinischen Wissenschaft und Gesundheitssysteme veränderbar (Kuhlmei, Mollenkopf & Wahl, 2008). Gesundes Altern unterliegt somit vielfachen Einflüssen, die sich sowohl positiv (verstärkend, synergiefördernd) als auch negativ auf die Gesundheit auswirken können. Einfluss auf die Gesundheit im Alter haben somit individuell-biografische Faktoren und soziale Ressourcen gleichermaßen (z.B. Zusammenhang zwischen Einkommen und subjektiver Gesundheit; Prävalenz von Krankheiten in Abhängigkeit von sozialer Schicht und/oder Bildungsstand; Einflüsse von biografischen Ereignissen wie z.B. Verwitwung als kritisches Lebensereignis) (Kuhlmei, Mollenkopf & Wahl, 2008).

*„Gesundes Alter(n) ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu zählen das persönliche Gesundheitsverhalten ebenso wie die Verhältnisse eines Gesundheitssystems und die gesellschaftlichen Leitbilder, die zu einer bestimmten historischen Zeit jeweils bezüglich Gesundheit bestehen, die sozialen Ressourcen, die im Lebenslauf erworben wurden, genauso wie biografische Ereignisse, die erst im Alter auftreten.“ (Kuhlmei, Mollenkopf & Wahl, 2008, 270).*

Für einen guten Gesundheitszustand im Alter kommen neben der Ernährung, dem Verzicht auf Genussmittel (Alkohol, Nikotin) und der körperlichen Aktivität insbesondere auch der sozialen Aktivität (soziale Netzwerke, soziale Unterstützung) wesentliche Bedeutung zu (Tesch-Römer & Wurm, 2009, 7ff). Körperliche Aktivität besitzt im gesamten Lebensverlauf präventive Funktion, deren Bedeutung im Alter weiter zunimmt (z.B. für die Krankheitsbehandlung, Rehabilitation). Neben der Vermeidung funktioneller Einschränkungen trägt körperliche Aktivität zur Vermeidung chronischer Erkrankungen (z.B. Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck usw.) bei. Darüber hinaus ist eine Verlangsamung/Verringerung biologischer Abbauprozesse (z.B. Ausgleich altersabhängiger Verluste der Muskelkraft) zu verzeichnen und auf weitere positive Einflüsse auf das Immunsystem und die seelische Gesundheit hinzuweisen. Ungeachtet dieser eindeutigen Vorteile körperlicher Aktivität für das Alter(n) zeigt sich jedoch, dass ältere Menschen, deren gesundheitliche Voraussetzungen zumindest gemäßigte Bewegung zuließen, häufiger körperlich inaktiv sind als jüngere Menschen (Tesch-Römer & Wurm, 2009, 15).

Soziale Aktivität verstanden als Einbindung in soziale Netzwerke und Möglichkeiten zur Inanspruchnahme sozialer Unterstützung kann sich direkt und indirekt auf die Gesundheit auswirken. Vorhandene soziale Netzwerke und Unterstützung können einerseits direkt den Gesundheitszustand positiv beeinflussen (erhöhtes Wohlbefinden, weniger Einsamkeit); andererseits kann der Gesundheitszustand älterer Menschen indirekt auch durch die von Angehörigen des sozialen Netzes erhaltene (Für-)Sorge positiv beeinflusst werden (z.B. im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme medizinischer Dienste) (Tesch-Römer & Wurm, 2009, 17).

In der gerontologischen Forschung besteht dahingehend Konsens, dass – unter Berücksichtigung interindividueller Unterschiede - körperliche und seelisch-geistige Aktivität im Lebensverlauf für die Aufrechterhaltung von Gesundheit, Selbständigkeit und Kompetenz im Alter von Bedeutung sind (Kruse et al., 2005, 7). Zwischen Gesundheitszustand und Aktivität(en) im Alter zeigt sich zudem eine wechselseitige Bedingtheit. So können einerseits Aktivität(en)



im Alter den Gesundheitszustand positiv beeinflussen; andererseits ist Gesundheit gleichsam Voraussetzung für ein aktives Leben im Alter (Schönknecht, 2003, 52; vgl. auch Tsouros, 2005, 8).

Zur allgemeinen Bedeutung der Aktivität für das Alter(n) besteht in der gerontologischen Forschung bereits eine langjährige Diskussion. Befürworter finden sich dabei in der psychologischen und soziologischen Gerontologie. Als gemeinsamer Ausgangspunkt kann die Aktivitätsthese benannt werden, die in den 1950er Jahren in der Altersforschung entwickelt wurde. Diese richtet sich einerseits gegen rein biologisch ausgerichtete Vorstellungen eines defizitären Alters; andererseits reflektiert die These deutlich den damaligen Zeitgeist, der durch die Arbeitsgesellschaft und damit verbundene soziale Normen geprägt war (Kolland & Rosenmayer, 2008). Ganz allgemein stellt die „Aktivitätsthese“ (Tartler, 1961; z.T. auch Havighurst, 1963, 1968 in Backes & Clemens, 2008) ein soziologisch begründetes Konzept dar, das eine mögliche Antwort auf die mit dem Alter verbundenen Rollenverluste (insbesondere infolge der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben) *„in einer größtmöglichen Aufrechterhaltung von **Aktivität** bzw. in einer **kontinuierlichen Fortführung** bisheriger Aufgaben und Beziehungen auf dem bislang praktizierten und gewohnten Aktivitätsniveau“* (Backes & Clemens, 2008, 124, Hervorh. i. O.) beschreibt. Kernaussagen des Ansatzes beziehen sich darauf, dass älteren Menschen eine Ausgliederung aus relevanten gesellschaftlichen Funktionszusammenhängen aufgezwungen wird und dieses nicht den Bedürfnissen älterer Menschen entspricht. Grundannahme ist, dass zur Zufriedenheit im Alter maßgeblich die Aufrechterhaltung von Aktivitäten der mittleren Lebensphase beiträgt, die in dieser Sichtweise idealisiert werden:

*„Die Tätigkeiten und Eigenschaften mittlerer Jahre werden idealisiert, sie gelten als das ‚Normale‘ und von allen Menschen Gewünschte. Aktivität wird mit Normalität und Zufriedenheit gleichgesetzt.“* (Backes & Clemens, 2008, 126, Hervorh. i. O.).

Wesentliche Kritik an dem Ansatz besteht darin, dass der Mensch und seine Aktivierung als alleiniger Orientierungspunkt zugrunde gelegt werden; man *„abstrahiert vor allem von sozialen Schicht-, Klassen-, Geschlechter- und Regionalunterschieden, von Generationen- und Kohorteneffekten wie auch kultur- und gesellschaftspolitischen Momenten.“* (Backes & Clemens, 2008, 127).

Darüber hinaus liegen zum Zusammenhang zwischen Aktivität und Zufriedenheit inkonsistente Befunde vor, weil Ursache und Wirkung beider Aspekte (Ist Lebenszufriedenheit Folge der Aktivität oder entsteht Aktivität aus einer Lebenszufriedenheit heraus?) sowie der Einfluss relevanter Faktoren (z.B. Gesundheit) bislang ungeklärt sind. Zudem weisen vorhandene Untersuchungen Bestätigungen für beide Annahmen aus. Aktuellen Befunden zufolge besteht zwischen Alter und Aktivität nur scheinbar ein Zusammenhang; vielmehr wird der Rückgang von Aktivitäten im höheren Lebensalter durch andere Faktoren determiniert (z.B. Gesundheit, sozio-ökonomischer Status) (Künemund, 2006, 290). Stärke und positive Aspekte der Aktivitätsthese sind jedoch in ihrem „appellativ-moralischen Charakter“ für die Praxis der Altenarbeit (Kolland & Rosenmayer, 2008, 205) zu sehen und teilweise auch darin begründet, bei Bedarf eine (wenn auch nur scheinbar wissenschaftlich legitimierte) Argumentation für das (Wieder-) Einsetzen Älterer zu bieten (Backes & Clemens, 2008).

In der Auseinandersetzung mit dem Aktivierungsprinzip ist generell zu berücksichtigen, dass zwischen Aktivitätsfähigkeit und tatsächlicher Aktivität zu unterscheiden ist. Kolland & Rosenmayer (2008) beschreiben außerdem folgende Kritikpunkte:

- die Aktivitätsthese weist eine kulturzentristische Perspektive auf, d.h. Ausgangspunkt ist ausschließlich die westliche Leistungstradition und –aufforderung;
- nicht das Ausmaß, sondern die Vielfalt, Kontinuität und Diskontinuität der Aktivitätsstile älterer Menschen sind entscheidend;
- die Höhe der Aktivitätsniveaus steht nicht in ursächlichem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Lebenszufriedenheit; sowohl ein hohes wie ein niedriges Aktivitätsniveau können zu einer hohen Lebenszufriedenheit führen; die Erfassung von Aktivität muss immer unter Berücksichtigung des individuellen Selbstkonzeptes (Relevanz der Aktivitäten für das Selbst) erfolgen;
- im Ausgangsmodell werden Wechselwirkungen unzureichend/nicht berücksichtigt: Menschen mit einem hohem Aktivitätsniveau neigen dazu, in vielen Lebensbereichen aktiv zu sein (kumulative Aktivitätssteigerung).

## 5.2 Erfolgreiches, produktives und aktives Altern

Die gerontologische Forschung hat in den letzten Jahren maßgeblich zu einer neuen Sicht auf den Alter(n)sprozess beigetragen: kennzeichnend dafür ist die Abkehr von der Vorstellung von Altern als biologischem Abbauprozess hin zu einem Verständnis, das Alter(n) als differenzierten und individuell unterschiedlichen Entwicklungsprozess charakterisiert (Schroeter, 2004, 52). Die Formulierung eines positiven Alter(n)sbildes ist insbesondere auf Beiträge der Psychologie (z.B. Havighurst, 1972, Theorie der Entwicklungsaufgaben in Bezug auf die Lebensphase Alter, z.B. Baltes & Baltes, 1992, Konzept „erfolgreiches Altern“) und der Soziologie (z.B. Kohli, 1996, Altern und Lebenslauf, „Produktives Leben im Alter“) zurückzuführen.<sup>54</sup>

Ausgangspunkt für Überlegungen zum erfolgreichen Altern war u.a. die Fragestellung, wie Erfolg im Allgemeinen und für das Alter(n) im Besonderen eindeutig definiert werden kann (Baltes & Baltes, 1992). Für eine Bestimmung von Kriterien eines erfolgreichen Alter(n)s müssen aus gerontologischer Perspektive quantitative und qualitative Aspekte des Lebens berücksichtigt werden, nämlich die Lebenslänge, die biologische und mentale Gesundheit sowie die psychosoziale Funktionstüchtigkeit, die Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit; dabei besteht bislang kein Konsens über den Zusammenhang oder die Gewichtung dieser Kriterien. Die Notwendigkeit, objektive und subjektive Indikatoren für die Definition erfolgreichen Alter(n)s heran zu ziehen, wird jedoch eindeutig als Voraussetzung benannt. Subjektive Indikatoren (z.B. Lebenszufriedenheit, Selbstkonzept) sind aufgrund der Anpassungsfähigkeit des Menschen (Fähigkeit zur „erfolgreichen“ Anpassung an objektiv sehr unter-

---

<sup>54</sup> Havighurst beschreibt Entwicklung als Folge der Auseinandersetzung mit „typischen“ Entwicklungsaufgaben. Eine angemessene und zeitgerechte Lösung dieser Aufgaben trägt zum Wohlbefinden des Individuums, zur Anerkennung der Gesellschaft und Bewältigung späterer Aufgaben bei. Entwicklungsaufgaben für das Alter umfassen: Auseinandersetzung mit abnehmender körperlicher Leistungsfähigkeit, mit der Berufsaufgabe und Einkommenseinbußen, mit dem Partnerverlust, mit der Rolle des älter werdenden und Flexibilität im Hinblick auf das soziale Rollengefüge (Kühnert & Niederfranke, 1993).

schiedliche, auch objektiv unangemessene Bedingungen) notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen beschreiben Baltes & Baltes (1992) einen Prozess der effektiven psychologischen Anpassung an die Bedingungen des Alter(n)s (Prinzip der selektiven Optimierung mit Kompensation), das folgende Aspekte umfasst (ebd.):

- Selektion: aktive oder passive Reduktion in Aktivitätsbereichen; Konzentration auf Bereiche hoher Priorität; Übereinstimmung von Umweltaforderungen, persönlichen Motiven, Fertigkeiten, persönlicher Leistungsfähigkeit; Spezialisierung in Inhalt und Form der Lebenswelt und der Handlungsräume;
- Optimierung: Anstrengungen, eine hohe Funktionstüchtigkeit möglichst aufrechtzuerhalten oder zu erreichen;
- Kompensation: substitutive oder kompensatorische Fertigkeiten, die notwendig werden, wenn die Funktionstüchtigkeit nicht länger aufrechterhalten werden kann.

Selektion, Optimierung und Kompensation werden im Allgemeinen zur Beschreibung von Adaptationsprozessen für die meisten Lebensprozesse verwendet; sie erweisen sich jedoch für die Lebensphase Alter aufgrund abnehmender biologischer, mentaler und sozialer Kapazitätsreserven als gewichtiger und dynamischer (als Extrembeispiel für das Modell benennen die Autoren die Gestaltung altersfreundlicher Umwelten z.B. Altenheime). Hervorzuheben ist, dass das Modell einen prototypischen Verlauf beschreibt; dem Vorgang an sich kann dabei Allgemeingültigkeit zugeschrieben werden, während im Hinblick auf die individuelle Ausgestaltung Unterschiede auftreten können, die u.a. auch durch den Gesundheitszustand beeinflusst werden. *„Die individuelle Ausgestaltung dagegen kann, je nach Interessen-, Gesundheits- und Umweltlage, beträchtlich variieren.“* (Baltes & Baltes, 1992, 9).

Gleichsam als Pendant erfolgte in der soziologischen Diskussion eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Produktivität im Alter“, wobei die von älteren Menschen ausgeübten Tätigkeiten und ihr Engagement in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen. Mit der Ausdehnung der Lebensphase Alter und des Anteils Älterer an der Gesamtbevölkerung, die diesen Lebensabschnitt erreicht (Anstieg der ferneren Lebenserwartung), geht auch ein vermehrtes Interesse an Möglichkeiten für Partizipation, Engagement und Produktivität im Alter einher. Die aktuelle Diskussion berücksichtigt dabei vereinfachend zwei einander entgegen gesetzte Stränge; neben der Thematisierung der Alterslast für die sozialen Sicherungssysteme wird zunehmend auf die – häufig ungenutzten – „Potenziale des Alters“ (vgl. auch fünfter Altenbericht BMFSFJ, 2006) hingewiesen (Künemund, 2006, 291).

Unbestritten ist, dass heute Ältere im Vergleich zu älteren Kohorten über eine bessere Bildung, Gesundheit und ökonomische Absicherung verfügen; somit sind gleichsam vergleichsweise gute Voraussetzungen für eine aktive und produktive Gestaltung der nachberuflichen Lebensphasen zu erwarten. Eine Einschätzung der „Produktivität“ im Alter ermöglichen Daten des Alterssurveys zu relevanten Tätigkeitsfeldern Älterer; einbezogen werden dabei neben der Erwerbstätigkeit ehrenamtliches Engagement, Pflegetätigkeit, Kinderbetreuung, informelle Hilfen und Transfers, Bildungsangebote und weitere Tätigkeiten (z.B. Hausarbeit, Hand-, Bastel-, Heimwerkerarbeit, Sport, Besuche im Freundeskreis usw.). All-

gemein zeigt sich im Vergleich der zwei Erhebungswellen des Alterssurveys (1996 und 2002) eine, wenn auch unterschiedlich stark ausgeprägte, Abnahme von Tätigkeiten bei zunehmenden Alter der Befragten:

*„Die gesellschaftliche Partizipation im Alter – verstanden als Teilhabe an für die Vergesellschaftung der Individuen relevanten Bereichen und Institutionen der Gesellschaft – und das gesellschaftliche Engagement – verstanden als aktive Partizipation, die z.B. über die medienvermittelte Rezeption gesellschaftlicher Veränderungen hinaus geht – fallen in den höheren Altersgruppen zunehmend geringer aus.“ (Künemund, 2006, 317)*

Ungeachtet dessen ist darauf hinzuweisen, dass ältere Menschen in verschiedenen Tätigkeitsfeldern in beträchtlichem Maße als produktiv bezeichnet werden können z.B. bei ehrenamtlichen Tätigkeiten, innerfamiliären Hilfe- und Transferleistungen und sozialen Netzwerken (z.B. Pflege- und Kinderbetreuungstätigkeiten) und im Hinblick auf die Weitergabe von Erfahrungswissen. Kennzeichnend für die Produktivität dieser Tätigkeiten ist dabei, dass diese nicht nur individuelle Bedeutung besitzen, sondern auch mit einem ökonomischen wie gesellschaftlichen Wert verbunden ist. Die zukünftige Entwicklung der nachberuflichen Aktivitäten muss sozial differenziert betrachtet werden. Vor dem Hintergrund einer hohen Wahrscheinlichkeit der Zunahme sozialer Ungleichheit im Alter ist einerseits eine negative Auswirkung auf Partizipation und Engagement Älterer zu erwarten. Andererseits kann, ausgehend von der stetigen Verbesserung der Lebenssituation Älterer, auch von einer Zunahme der Beteiligung ausgegangen werden. Auch hier gilt, dass erfolgreiches individuelles wie gesellschaftliches Altern voraussetzungsreich ist. Eine dementsprechende Ausrichtung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen wäre wünschenswert (z.B. rechtliche Rahmenbedingungen, altersgerechte Infrastruktur, realistisches Altersbild, Sicherheit der Alterseinkommen) (Künemund, 2006, 317f).

Ein weiterer Diskussionsstrang, der bis heute ungebrochene Aktualität besitzt (vgl. auch fünfter Altenbericht BMFSFJ, 2006), bezieht sich auf die Frage, inwiefern gesellschaftliche Belastungen infolge demografischer Veränderung durch Entwicklungen im Alter selbst bewältigt werden können. Die „Potenziale-Diskussion“ zielt dabei auf die stärkere Nutzung und Entwicklung der Ressourcen und Potenziale der (zukünftigen) Altersgenerationen. Fragen nach dem Beitrag älterer Menschen *„zum solidarischen Zusammenleben der Generationen“* (BMFSFJ, 2006, 47) und zur besseren *„Nutzung der Potenziale älterer Menschen“* (ebd.) besitzen weiterhin hohen Stellenwert und Aktualität, will man den Herausforderungen des demografischen Wandels in angemessener Weise begegnen. Im Mittelpunkt des Interesses stehen dabei insbesondere auch Fragen nach den Voraussetzungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Potenziale Älterer beitragen können (BMFSFJ, 2006). In diesem Zusammenhang wird „Potenzial“ im Sinne einer „noch nicht verwirklichten Möglichkeit“ definiert (ebd.); die *„Potenziale des Alters“* umfassen

*„sowohl vom Individuum oder der Gesellschaft präferierte Lebensentwürfe und Lebensformen, die zur Wirklichkeit werden können, als auch die den älteren Menschen für die Verwirklichung von Lebensentwürfen und Lebensformen zur Verfügung stehenden Ressourcen.“ (BMFSFJ, 2006, 47).*

Zu unterscheiden sind dabei die individuelle und gesellschaftliche Perspektive; während Erstgenannte auf die Verwirklichung persönlicher Ziele und Werte gerichtet ist, stellen sich aus gesellschaftlicher Sicht Fragen im Hinblick darauf, in welchem Ausmaß ältere Menschen Leistungen der Solidargemeinschaft in Anspruch nehmen und/oder inwiefern sie selbst zum Wohl der Gemeinschaft beitragen (ebd.) Diese Überlegungen gehen dabei jedoch über die reine Nutzung materieller Ressourcen Älterer hinaus; der „Potenziale“-Begriff schließt vielmehr darüber hinaus gehend Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Lernfähigkeit, Interesse, Zeit, Erfahrungen und Wissen ein.

Die Entwicklung der „Potenziale des Alters“ erfolgt nicht im Selbstlauf; vielmehr impliziert der Begriff individuelle wie gesellschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten. Das damit verbundene Ziel, Möglichkeiten eines „mitverantwortlichen, selbständigen und selbstverantwortlichen Lebens“ für die zunehmende Gruppe Älterer zu schaffen (BMFSFJ, 2006, 48), besitzt im Hinblick auf demografische Veränderungen nicht nur gesamtgesellschaftlich, sondern auch für die kommunale Ebene wesentliche Bedeutung. Die gesellschaftliche Nutzung der Potenziale des Alters wird dabei gegenwärtig überwiegend in Bezug auf die Erwerbsarbeit diskutiert (z.B. Erhöhung des Renteneintrittsalters, Flexibilisierung der Altersgrenze); außerhalb der Arbeitswelt fokussiert die Diskussion Möglichkeiten und Grenzen des bürgerschaftlichen Engagements (BMFSFJ, 2006, 49). Im Mittelpunkt stehen dabei das Engagement Älterer im Hinblick auf soziale Hilfeleistungen und traditionelles Ehrenamt; bei den neuen altersspezifischen Engagementformen dominieren Selbsthilfeaktivitäten, soziale Unterstützungsdienste und Bildungsaktivitäten. Weniger Beachtung finden Möglichkeiten zur politischen Partizipation; hier überwiegen traditionelle Möglichkeiten der Interessenvertretung (z.B. Seniorenvertretung). Zukünftig denkbar und bedeutsam wären weitere politische Beteiligungsformen für ältere Menschen insbesondere auch auf kommunaler Ebene (z.B. Beteiligung an Prozessen im Rahmen der Agenda 21) (BMFSFJ, 2006, 220).

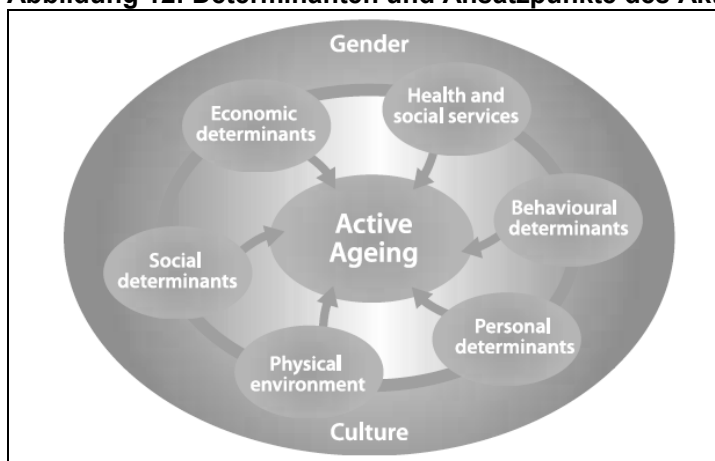
Die Aktivitätsthese und das Prinzip der Aktivierung Älterer werden auch durch die WHO aufgegriffen. Im Einklang mit den Diskursen zum erfolgreichen, produktiven und gesunden Altern, wurde von der WHO das Konzept des „Aktiven Alterns“ eingeführt. Vereinigendes Moment ist hier die Betonung einer aktiven Teilhabe älterer Menschen und die Berücksichtigung von fördernden und hemmenden Umwelteinflüssen (vgl. Kümpers, 2007; vgl. auch Kolland & Rosenmayer, 2008, 205). Die Bedeutung der Gesundheitsförderung auch für die ältere Bevölkerung wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals in der Deklaration von Jakarta (WHO, 1997) betont.

Vor dem Hintergrund kumulierender Gesundheitsrisiken im Lebensverlauf, richtete sich die Aufmerksamkeit dabei nicht nur auf die Lebensphase Alter, sondern auch auf den Alternsprozess. Gesundheitsförderung wurde dabei von der WHO als eine Schlüsselkomponente für gesundes Altern identifiziert. Im Rahmen der Strategie „Health for all in the 21st Century“ (WHO, 1998) wurde „Gesundes Altern“ zudem explizit als Ziel benannt. In der weiteren Auseinandersetzung um Möglichkeiten und Strategien eines gesunden Alter(n)s entwickelte die WHO das Konzept des „Active Ageing“ (Aktives Altern). Dieses Konzept geht über das enge Verständnis eines „gesunden Alterns“ hinaus und umfasst einen „*Prozess zur Optimierung der Chancen für mehr Gesundheit, Partizipation und Sicherheit, mit dem Ziel, die Lebensqualität alternder Menschen zu verbessern.*“ (WHO, 2002, 12).

Determinanten und Ansatzpunkte des Aktiven Alterns umfassen gesundheitsbezogene und soziale Dienste, verhaltensbezogene Determinanten, personenbezogene Determinanten, die

physikalische Umwelt, soziale und ökonomische Determinanten sowie geschlechterspezifische und kulturelle Aspekte (vgl. Abb. 12; WHO, 2002, 19). Bislang sind die Wirkungszusammenhänge dieser unterschiedlichen Gesundheitsdeterminanten, insbesondere ihr Beitrag zu einem aktiven Alternsprozess, nicht hinreichend geklärt. Einigkeit besteht jedoch dahingehend, dass diese Faktoren nicht erst im Alter, sondern im gesamten Lebensverlauf von Bedeutung für den Gesundheitszustand sind (Life-Course-Approach) und wichtige Ansatzpunkte für Interventionen darstellen.

**Abbildung 12: Determinanten und Ansatzpunkte des Aktiven Alterns**



Quelle: WHO, 2002, 19

Auch Walker (2002) weist darauf hin, dass der Ansatz des Aktiven Alterns bislang nicht in eine kohärente Strategie überführt werden konnte und häufig lediglich als Überschrift für verschiedenste Aktivitäten, die darunter subsumiert werden können, verwendet wird. Er beschreibt sieben Schlüsselprinzipien, die es bei der Umsetzung des Ansatzes zu berücksichtigen gilt (Walker, 2002, 114f):

- Aktivität umfasst alle Bemühungen, die zum Wohlbefinden des Einzelnen, seiner Familie, der Gemeinde oder Gesellschaft insgesamt beitragen und wird nicht auf Aktivität im Sinne bezahlter Beschäftigung oder Produktion reduziert („activity means more than paid work“)
- Einbezug aller Gruppen älterer Menschen, das heißt kein Ausschluß z.B. von Hochaltrigen oder einkommensschwachen Älteren („active ageing must encompass all older people“)
- Prävention und Lebenslauforientierung: Altern ist als Prozess zu verstehen, aktives Altern gilt es im Lebenslauf zu entwickeln („preventive concept – involving all age groups in the process of ageing actively across the whole of the life course“)
- Berücksichtigung von Rechten und Pflichten z.B. das Recht auf soziale Unterstützung oder lebenslanges Lernen geht mit der Pflicht zur Nutzung der daraus entstehenden Vorteile und zu einer aktiven Lebensweise einher („rights and obligations“)
- Aufrechterhaltung der Gerechtigkeit zwischen den Generationen („active ageing is inter-generational“)

- Beteiligung und Stärkung älterer Menschen: Schaffung von Möglichkeiten zur Befähigung und Motivation der Aktivität älterer Menschen (top-down) und von Möglichkeiten zur Förderung der Eigeninitiative Älterer (bottom-up) („a strategy on active ageing should be participative and empowering“)
- Berücksichtigung und Anerkenntnis nationaler und kultureller Unterschiede im Hinblick auf die Definition von Aktivität im Alter („active ageing has to respect national and cultural diversity“).

Die Umsetzung eines derart umfassenden, präventiven, partizipativen und flexiblen Ansatzes des Aktiven Alterns muss sowohl auf der individuellen wie auf der gesellschaftlichen Ebene ansetzen und beide Perspektiven integrieren. Für das Individuum kann daraus die Pflicht zur Förderung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens im Lebensverlauf abgeleitet werden. Als gesellschaftliche Aufgabe ist die Verbindung aller relevanten Politikbereiche, die zur Umsetzung Aktiven Alterns beitragen können, zu benennen (Walker, 2002, 118). Zu berücksichtigen ist dabei insbesondere die im Konzept des aktiven Alterns hervorgehobene Bedeutung von Gesundheit und Wohlbefinden im gesamten Lebensverlauf, der zufolge die Betrachtung von Alter(n)sprozessen und nicht die ausschließliche Auseinandersetzung mit der Lebensphase „Alter“ im Mittelpunkt steht.

*“An active ageing strategy should be ‘ageless’ in the sense that it should cover the whole of the life course. Of course it should not deny the realities of ageing, but active ageing is concerned with how everyone ages and not only with older people.” (Walker, 2002, 118; Hervorh. i. O.)*

Die Konzepte des erfolgreichen und produktiven Alterns sind zwar nicht identisch, aber auch nicht ausreichend trennscharf formuliert. Ihre Verdienste sind insbesondere darin zu sehen, dass damit positive Konnotationen zum Alter(n) hergestellt wurden, die sich langfristig auch auf ein zunehmendes positives gesellschaftliches Altersbild auswirken (können) (Schroeter, 2002). Für das erfolgreiche Altern ist grundsätzlich die Ambivalenz von Alter und Erfolg zu kritisieren. Individuelle wie kollektive Bewältigungsstrategien können erfolgreich sein (oder nicht), an den Alter(n)sprozess selbst kann dieser Maßstab jedoch nicht angelegt werden. *„Insofern ist der Terminus „erfolgreiches Altern“ irreführend, denn erfolgreich kann nur die Umsetzung der Interventionsstrategien sein.“ (Schroeter, 2002, 92)* Aber auch durch den Einbezug erfolgreicher Interventionen und Alterungsstrategien kann die damit immer einhergehende Möglichkeit des Nichterreichens von Interventionserfolgen nicht aufgehoben werden. Nach Schroeter bleibt ein Unbehagen bestehen, weil dann den „erfolgreich Gealterten“ die „nicht erfolgreich Gealterten“ gegenüberstehen. Darüber hinaus besteht für beide Konzepte und Begrifflichkeiten die Gefahr einer ideologischen Instrumentalisierung und unreflektierten Verwendung:

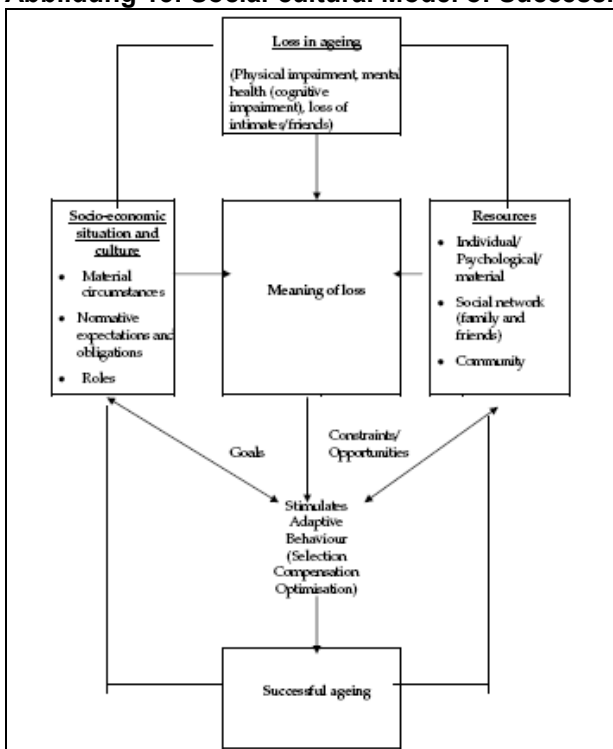
*„Wenn der Produktivitätsbegriff auf der einen Seite auf nahezu alle Aktivitäten angewandt und jedwede Form von Anpassung an die soziale Umwelt als Erfolg verstanden wird, oder wenn die „Produktivität im Alter“ zur normativen Verpflichtung erhoben wird, dann wird er entweder als inhaltsleere Floskel quasi als ideologisches Instrument im Kampf gegen negative gesellschaftliche Altersbilder einge-*

*setzt oder als unreflektierter Modebegriff für politische Programme nutzbar.“  
(Schroeter, 2002, 99)*

Auch für das Konzept des Aktiven Alterns liegen ambivalente Einschätzungen vor. Während dieses einerseits zur Beförderung eines positiven Altersbildes beitragen und gleichsam auch entdramatisierend auf gegenwärtig negativ geprägte Aspekte der gesellschaftliche Diskussion zur demografischen Entwicklung (z.B. „Alterslast“) einwirken kann, ist andererseits zu berücksichtigen, dass Konzepte dieser Art gegenwärtig nur für einen Teil der heute Ältere zutreffend und angemessen sind (Breithecker, 2008; Naegele, 2010).

Das sozial-kulturelle Modell erfolgreichen Alterns (Godfrey & Randall, 2003) führt die zuvor beschriebenen Ansätze und Einflußfaktoren für ein gesundes und aktives Altern zusammen. Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass der Alternsprozess durch unterschiedliche Verluste geprägt ist, deren Bewältigung in engem Zusammenhang mit den verfügbaren individuellen, interpersonalen, lokalen und sozialen Ressourcen zu sehen ist (vgl. Abb. 13; Godfrey & Randall, 2003, 49f).

**Abbildung 13: Social-cultural Model of Successful Ageing**



Quelle: Godfrey & Randall (2003, 16)

Darüber hinaus beeinflussen die sozio-ökonomische und kulturelle Situation und die den Verlusten zugeschriebene Bedeutung ein erfolgreiches Altern. Die Unterstützung und Förderung erfolgreichen Alterns im Rahmen präventiver Ansätze sollte folglich verschiedene Aspekte auf unterschiedlichen Ebenen (individuell, soziale Netzwerke, Gemeinschaft/Gemeinde) sowie die Beteiligung der Zielgruppe berücksichtigen (ebd.).

*„Developing a preventive approach that reduces risk and secures optimal adaptation to ageing, therefore, requires understanding and action at a number of differ-*



*ent levels; which at the same time engages older people in developing their own solutions.” (Godfrey & Randall, 2003, 49).*

Als viel versprechend sehen die Autorinnen dabei einen ortsbezogenen präventiven Ansatz an, der nicht nur auf Individuen gerichtet ist, sondern vielmehr ältere Menschen in ihren sozialen Bezügen – die sich häufig überschneiden – adressiert. Die „Community“ stellt dabei eine Ressource neben individuellen, psychischen und materiellen Ressourcen sowie sozialen Netzwerken dar. Die vorhandenen Ressourcen tragen dazu bei, Verluste im Alternsverlauf zu mildern oder zu kompensieren. Lokale Gegebenheiten, Nachbarschaften, Gemeinden und Gemeinschaften und ihre jeweiligen ökonomischen, sozialen, umweltbezogenen und räumlichen Dimensionen beeinflussen den Gesundheitszustand der Bevölkerung; für ältere Menschen ist außerdem davon auszugehen, dass die emotionale Bindung Älterer zur Wohnumgebung zunimmt und diese häufig als (alleiniger) Ort sozialer Interaktion an Bedeutung gewinnt. Dementsprechend finden sich u.a. auf lokaler Ebene, also innerhalb der Gemeinschaft/Gemeinde selbst, Risiken und Ressourcen, die zu einem „erfolgreichen Alter(n)“ und zur Lebensqualität im Alter beitragen können (vgl. Abb. 14).

**Abbildung 14: A Framework of Risk and Protective Factors in Securing Life Quality in Ageing**

Domain	Elements of Life Quality	Risk Factors	Protective Factors
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health (physical and mental health)</li> <li>• Self-esteem/self identify</li> <li>• Sense of purpose and meaning</li> <li>• Participation in social life</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loss of health</li> <li>• Disability and loss of functioning</li> <li>• Loss of role/purpose</li> <li>• Loss of place</li> <li>• Isolation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation toward the future</li> <li>• Continuity of place</li> <li>• Adaptive coping strategies</li> <li>• Sociability</li> <li>• Active participation</li> </ul>
Social Networks (including family, friends)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociability</li> <li>• Personal and emotional support</li> <li>• Instrumental support</li> <li>• Stimulation</li> <li>• Reciprocity (inter-dependence)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loss of intimates (bereavement, move)</li> <li>• Loss of place</li> <li>• Connection/belonging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure and composition of networks</li> <li>• Size of networks</li> <li>• Nature and quality of support</li> </ul>

Domain	Elements of Life Quality	Risk Factors	Protective Factors
Community	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation and engagement</li> <li>• Quality of social environment</li> <li>• Quality of physical environment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lack of engagement</li> <li>• Inter and intra-group mistrust</li> <li>• Poor physical/social environment</li> <li>• Inadequate/inaccessible service provision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nature of community networks (composition, linkages, density, heterogeneity)</li> <li>• Engagement in civic life</li> <li>• Civic identity</li> <li>• Normative ties (trust, reciprocity, co-operation)</li> <li>• Housing</li> <li>• Transport</li> <li>• Safety/crime</li> <li>• Services</li> </ul>

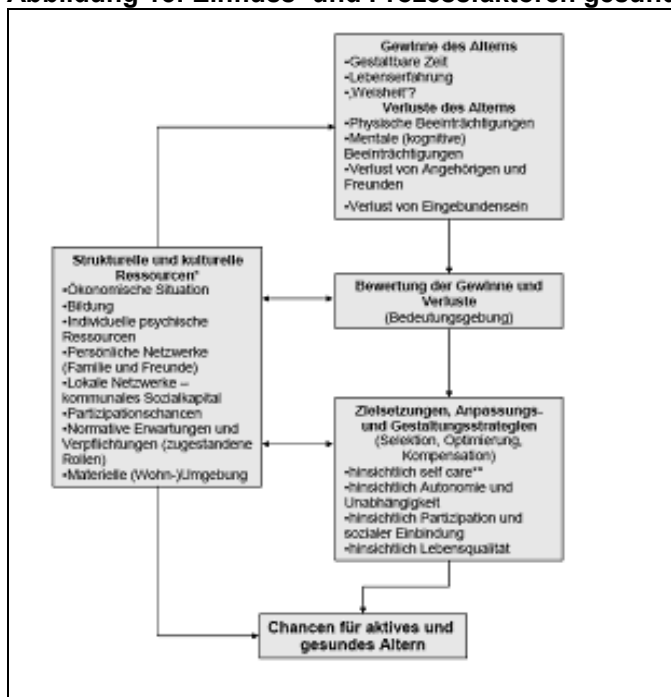
Quelle: Godfrey & Randall (2003, 50f)

Für die gemeindebezogene Ebene werden als Elemente der Lebensqualität Partizipation und Engagement sowie die Qualität der sozialen und physischen Umwelt benannt. Partizipation wird in diesem Zusammenhang nicht nur als Aspekt bürgerschaftlicher Identität (Zugehörigkeit/Eingebundensein in die Kommune) betrachtet, sondern als Möglichkeit zur Einflussnahme innerhalb entscheidungsbezogener Strukturen und Systeme, die das Leben der (älteren) Menschen beeinflussen. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass die Qualität der sozialen und physischen Umwelt auf kommunaler Ebene Aspekte der Lebensqualität auf individueller

wie netzwerkbezogener Ebene beeinflussen kann. Protektive Faktoren stellen Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen auf kommunaler Ebene dar, die sowohl strukturelle Aspekte (z.B. Wohnen, ÖPNV, Sicherheit, Dienste und Einrichtungen) als auch Bereiche des bürgerschaftlichen Engagements und der Netzbildung umfassen. Wesentliche Bedeutung wird dem Stellenwert älterer Menschen innerhalb der Gemeinde und intergenerationellen Beziehungen zugeschrieben.

Unter Bezugnahme auf das zuvor beschriebene Modell und Ansätze des „erfolgreichen“ und „aktiven“ Alterns entwickelte Kümpers (2007, 22f) ein umfassendes Modell der Einfluss- und Prozessfaktoren eines aktiven und gesunden Alterns in Bezug auf den deutschen Kontext weiter. Das Modell berücksichtigt gleichermaßen sozio-ökonomische und kulturelle Bedingungen und bietet die Möglichkeit sowohl Einschränkungen und Begrenzungen als auch Ressourcen älterer benachteiligter Menschen konzeptuell zu erfassen. Auf dieser Grundlage können Ansatzpunkte für präventive Interventionen in sozialen Settings abgeleitet werden (vgl. Abb. 15).

**Abbildung 15: Einfluss- und Prozessfaktoren gesunden und aktiven Alterns**



Quelle: Kümpers, 2007<sup>55</sup>, 24 (basierend auf Baltes & Baltes 1990, WHO 2002, Godfrey 2003)

### 5.3 Zusammenfassung

In der gerontologischen Diskussion werden Bedingungen für die Gestaltung eines „Gesunden Alter(n)s“ je nach Forschungsrichtung unterschiedlich konzeptualisiert. Gemeinsam ist den Ansätzen, dass der Aktivität im Alter Bedeutung für den Gesundheitserhalt zugeschrie-

<sup>55</sup>Erläuterungen zur Abbildung (Kümpers, 2007, 24): \*Stark ausgeprägte Ressourcen und positiv besetzte Ressourcen wirken gesundheitsfördernd und tragen zur Resilienz bei; umgekehrt wirken sie in geringer bzw. negativer Ausprägung gesundheitsbelastend. \*\*self care: aktive Teilnahme an gesundheitsbezogenen Aufgaben z.B. angemessene Medikation und Behandlung von Erkrankungen, gesunde Ernährung, Bewegung, Hygiene, Gebrauch moderner Technologien zur Information und Sicherheit (vgl. Burden of Disease in Old Age network project (BURDIS) and Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology 2004, in Kümpers, 2007, 24).

ben wird. Darüber hinaus wirken sich die individuelle Bewertung altersassoziierter Veränderungen und Verluste und die vorhandenen individuellen, sozialen und gemeindebezogenen Ressourcen auf „gesundes Altern“ aus. Bezugspunkte für die Verwirklichung „gesunden Älter werdens“ auf kommunaler Ebene leiten sich gegenwärtig zum einen aus der „Potenziale-Diskussion“ (BMFSFJ, 2006) ab, die neben individuellen Ansatzpunkt auch gesellschaftliche, einschließlich kommunaler Gestaltungsmöglichkeiten impliziert. Neben der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements Älterer, kommt auf kommunaler Ebene insbesondere der politischen Partizipation (z.B. seniorenbezogene Interessenvertretung) Bedeutung zu.

Auch das WHO-Konzept des „Aktiven Alter(n)s“ kann in dieser Perspektive für die kommunale Ebene handlungsleitend sein, wobei die Berücksichtigung einer lebensverlaufsbezogenen Sichtweise auf Gesundheit (Gesundheit und Gesundheitserhalt im Lebens-/Alternsverlauf) ebenso hervorgehoben werden wie die Förderung einer intersektoralen Zusammenarbeit (Walker, 2002). Das sozial-kulturelle Modell erfolgreichen Alterns von Godfrey und Randall (2003) strebt eine Integration verschiedener theoretischer Bezugspunkte an. Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass der Alternsprozess durch unterschiedliche Verluste geprägt ist, deren Bewältigung in engem Zusammenhang mit den verfügbaren individuellen, interpersonalen, lokalen und sozialen Ressourcen zu sehen ist. Folglich erfordert die Unterstützung und Förderung erfolgreichen Alterns im Rahmen präventiver Ansätze die Berücksichtigung verschiedener Aspekte auf unterschiedlichen Ebenen (individuell, soziale Netzwerke, Gemeinschaft/Gemeinde) sowie die Beteiligung der Zielgruppe. Favorisiert wird dabei ein ortsbezogener präventiver Ansatz, der ältere Menschen in ihren sozialen Bezügen – die sich häufig überschneiden – adressiert. Die „Community“ stellt dabei eine Ressource neben individuellen, psychischen und materiellen Ressourcen sowie sozialen Netzwerken dar.

Eine Zusammenführung theoretischer Bezugspunkte der „gemeindeorientierten Gesundheitsförderung“ und zur „Gesundheit im Alter“ wurde (bislang) nicht vollzogen. Mit anderen Worten: gesundheitswissenschaftliche Annahmen zur gemeindeorientierten Gesundheitsförderung verzichten i.d.R. auf die Spezifizierung von Zielgruppen; alternstheoretische Annahmen zum erfolgreichen, produktiven, gesunden und aktiven Altern berücksichtigen zwar durchaus umweltbezogene Faktoren und Anforderungen an die Gestaltung kommunaler Lebenswelten (z.B. sozial-kulturelles Modell erfolgreichen Alterns, Godfrey & Randall, 2003), jedoch ohne speziell auf Erfordernisse für eine kommunale gesundheitsbezogene Strukturentwicklung und eine strukturelle Verankerung des Themas auf kommunaler Ebene einzugehen.

Für die vorliegende Arbeit wurde deshalb für die Betrachtung und Erfassung von Vorhaben und Arbeitsweisen der kGK zur gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen eine Kombination unterschiedlicher theoretischer Bezugspunkte gewählt, die zu folgenden Untersuchungsbereichen zusammengefasst werden können (vgl. Tab. 10): Organisation und Arbeitsweise der kGK, Ressourcen, Kooperationsstrukturen, Kommunalpolitische Verankerung und Beteiligung und Mitwirkung älterer Bürger.

**Tabelle 10: Theoretische Bezugspunkte und Untersuchungsbereiche**

<b>Kernelemente der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung<sup>1</sup></b>	<b>Ausgewählte Dimensionen des Community Capacity<sup>2</sup></b>	<b>Community readiness<sup>3</sup></b>	<b>Social-cultural model of successful ageing<sup>4</sup></b>	<b>Untersuchungsbereiche<sup>5</sup></b>
	Leitung	Leistungs- und Managementkompetenzen		<b>Organisation und Arbeitsweise der KGK Arbeitsform/-schritte</b>
	Zugang zu und Verteilung gemeindeinterner und -externer Ressourcen	Ressourcenlage und -allokation		<b>Rahmenbedingungen und Ressourcen</b>
Kooperation und intersektorale Zusammenarbeit	Kommunikationsstrukturen	Vernetzung von Strukturen und Partnerschaften		<b>Intersektorale Kooperation</b>
Entwicklung einer gesundheitsfördernder Gesamtpolitik und		Verankerung von Gesundheit in der politischen Kultur		<b>Kommunalpolitische Verankerung</b>
Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten			Qualität sozialer und räumlicher Umwelten in der Gemeinde	<b>Praktische Umsetzung</b>
Beteiligung und Selbstbestimmung der Bürger	(Bürger-) Beteiligung bei der Ermittlung und Bearbeitung von Bedarfen	Partizipation und Empowerment	Partizipation und Engagement Gemeindeorientierte Netzwerke	<b>Partizipation, Beteiligung und Mitwirkung älterer Bürger</b>

Quelle: <sup>4</sup>Godfrey & Randall, 2003; <sup>2</sup>Goodman et al., 1998; <sup>3</sup>Reis-Klingspiegl, 2008; <sup>1</sup>Trojan 2001, Trojan 2004; Trojan & Legewie, 2001; WHO, 1986; <sup>5</sup>eigene Erhebung, 2009, eigene Darstellung

## **6 Forschungsstand – Praxisberichte und empirische Befunde zur gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen**

Für die anschließende Betrachtung des Forschungsstandes sind zwei wesentliche Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen wird der Kenntnisstand zur Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Setting „Kommune“ als „mindestens lückenhaft bezeichnet“ (Elkeles, 2006, 48). Evaluation und Qualitätsmanagement befinden sich hier erst im Aufbau (zum Stand von Evaluation und Qualitätsmanagement in settingbezogenen Projekten vgl. Kilian et al. 2004; Douma & Kilian 2007; Elkeles, 2006; Kuhlmann & Schäfer, 2007). Aufgrund der Vielfalt der Praxis- und Forschungsdesigns (z.B. Forschungsprojekte mit qualitativen und quantitativen Untersuchungsdesigns, Modellprojekte z.T. mit wissenschaftlicher Begleitung, Praxisberichte ohne Evaluation) wurden im Folgenden (Forschungs-) Arbeiten mit unterschiedlicher Aussagekraft berücksichtigt. Außerdem erwies es sich bei der Literaturrecherche und –analyse als Schwierigkeit, dass der Begriff der „Gemeinde/Kommune“ nicht eindeutig definiert ist. Darunter konnten sowohl ein räumlicher Bezugspunkt als auch die Zusammenarbeit unterschiedlicher, lokaler Akteure, Dienste und Einrichtungen für Ältere, aber auch Strukturen und Mitarbeiter der Kommunalverwaltung subsumiert werden. Recherche, Auswahl und Einordnung der Literatur in den für diese Arbeit gewählten Forschungskontext gestalteten sich somit aufwendiger als erwartet.

Zum anderen wurde – an das Forschungsinteresse und den zuvor aufgezeigten theoretischen Bezugsrahmen anknüpfend – ausschließlich die Literatur einbezogen, die Aussagen über das „kommunale Handeln“ beinhaltet<sup>56</sup>. Die Projektergebnisse und Forschungsbefunde wurden entsprechend ihres Entstehungskontextes systematisiert und eingeordnet; im Folgenden werden zunächst Arbeiten und Entwicklungen innerhalb des (inter-) nationalen Gesunde-Städte-Netzwerkes vorgestellt, für die vergleichsweise günstige Rahmenbedingungen angenommen werden können. Im Anschluss daran werden Erfahrungen und Ergebnisse (inter-) nationaler (Modell-) Projekte und Forschungsarbeiten im Überblick beschrieben.

### **6.1 Erfahrungen des (Inter-) nationalen Gesunde-Städte-Netzwerkes**

Das Thema „Gesund altern“ ist innerhalb des europäischen Healthy-Cities-Project (HCP, Gesunde-Städte-Projekt) seit Mitte der 1990er Jahre kontinuierlich präsent. Nach Angaben von Keller & Kalache (1997, 292) benannte ein Drittel der Mitgliedsstädte des HCP ältere Bürger als prioritäre Zielgruppe. Aktivitäten zur Förderung eines gesunden Alters in den Mitgliedsstädten fokussierten neben der Durchführung einzelner Aktivitäten (z.B. Seminare zu gesundheitsrelevanten Themen) auch umfassende planerische Vorhaben wie z.B. die Erstellung von (Gesundheits-) Profilen der älteren Bevölkerung für die Entwicklung eines Stadtgesundheitsplans und die Ableitung entsprechender Maßnahmen (u.a. Bewegungs-/Sturzpräventionsprogramme) (Keller & Kalache, 1997, 293ff). Auch in der vorletzten Phase

---

<sup>56</sup> Eine Darstellung der bevölkerungsbezogenen Effekte gemeindebezogener Gesundheitsförderung für ältere Menschen wurde an dieser Stelle bewusst zugunsten der Betrachtung „kommunaler“ Handlungsstrategien zurückgestellt. Dies ist mit Blick auf den Umfang dieser Arbeit einer formalen Begrenzung geschuldet und blendet nicht aus, dass insbesondere Nachweise für die Wirksamkeit gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen maßgeblich zu ihrer Akzeptanz und weiteren Verbreitung auch in Städten und Gemeinden beitragen können.

IV (2003-2008) des HCP erlangte das Thema Bedeutung, wobei ein umfassender, strategischer Ansatz des „gesunden Alterns“ gewählt wurde (Tsouros, 2005, 3), der neben der Gesundheitserhaltung älterer Menschen auch auf die Unterstützung pflegebedürftiger älterer Menschen und die Entwicklung von Strategien zur Sicherstellung eines gesunden Alter(n)s zukünftiger Generationen gerichtet ist. Kennzeichnend für diesen Ansatz sind (Tsouros, 2005; Green, 2008, 18):

- das WHO-Konzept des Aktiven Alterns (life-course-approach: Grundannahme ist, dass Interventionen im frühen und mittleren Erwachsenenalter gesundheitliche Beeinträchtigungen in späteren Lebensphasen reduzieren);
- das Konzept des dritten Lebensalters, das durch persönliche Gewinne und Unabhängigkeit gekennzeichnet ist (Ältere Menschen als Ressource für Wirtschaft und Gesellschaft, insbesondere auch für den kommunalen Lebensraum) sowie der Abbau von Vorurteilen im Hinblick auf die „Alterslast/-belastungen“ ('burden of older people') und die Ausrichtung auf die individuell und gesellschaftlich bedeutsamen Potenziale und Beiträge älterer Menschen;
- die Bedeutung der Kommune für die Ausgestaltung sozialer und physischer Lebenswelten, die zu gesunden Lebensweisen anregen (Förderung der Unabhängigkeit älterer Menschen, Empowerment), einschließlich einer gesundheitsverbessernden Gestaltung der Lebensbedingungen und Zugänge zu gesundheitsbezogenen Diensten für ältere Menschen, unabhängig von ökonomischen und/oder sozialen Rahmenbedingungen.

Für dieses Kernthema innerhalb des HCP wurden vier Ziele formuliert (Green, 2008), die zum Teil auch mit Instrumenten (WHO, 2007; WHO, 2008) hinterlegt werden können. Für die Erstellung lokaler Altersgesundheitsprofile, die die Einschätzung der Lebens- und Gesundheitssituation älterer Menschen auf kommunaler Ebene umfassen, kann beispielsweise das Instrument „Profile gesunden Alterns— Leitlinien zur Entwicklung lokaler Gesundheitsprofile für ältere Menschen“ („Healthy Ageing Profiles Guidance for producing local health profiles for older people“) eingesetzt werden. Das Instrument eignet sich sowohl vor Projektbeginn zur Beschreibung der Ausgangssituation und als Planungsgrundlage für die Ableitung von Zielen und Maßnahmen als auch zur kontinuierlichen Bewertung des Projektverlaufs (Monitoring) (WHO, 2008). Die Leitlinien umfassen 22 Indikatoren, die in drei Bereiche unterteilt sind: Bevölkerungsprofil, Zugang zu gesundheitlicher und sozialer Versorgung und sozio-ökonomische Daten. Zur Gestaltung eines aktiven Alterns auf kommunaler Ebene ist es notwendig, die positiven Aspekte des Alterns (z.B. Ressourcen und bürgerschaftliches wie familiäres Engagement älterer Menschen) adäquat abzubilden. Dabei sollte nach Möglichkeit auch die Perspektive der älteren Bevölkerung durch regelmäßige Bürgerbefragung erfasst werden. Im Gegensatz zu herkömmlichen Ansätzen, die eher eine defizitorientierte Analyse vornehmen und dabei auf Krankheiten fokussieren, eignet sich dieses Instrument einerseits dazu, die Stärken und Ressourcen der älteren Bevölkerung zu beschreiben, in dem auch soziale Determinanten der Gesundheit berücksichtigt werden. Andererseits können auch Versorgungslücken und sozio-ökonomische Defizite der älteren Bevölkerung ermittelt werden (WHO, 2008).

Ausgehend von der Annahme, dass eine altersfreundliche Stadt die Möglichkeiten für ein aktives Altern verbessert und einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität im Alternsverlauf leistet, ist zudem die Bedeutung einer auf die Vielfalt („diversity“) der (älteren) Bevölkerung ausgerichteten Stadtgestaltung hervorzuheben (WHO, 2007):

*„Within the WHO life course perspective for active ageing (...), design for diversity is the key to supporting optimal capacity among high-functioning individuals and enabling older people to function who would otherwise become dependent. According to the project participants, it should be normal in an age-friendly city for the natural and built environment to anticipate users with different capacities instead of designing for the mythical 'average' (i.e. young) person. An age-friendly city emphasizes enablement rather than disablement; it is friendly for all ages and not just 'elder-friendly'.“ (WHO, 2007, 72; Hervorh. i. O.).*

**Tabelle 11: Ziele Gesund Altern Phase IV (2003-2008) des HCP**

	Ziele	Instrumente
1	<b>Lokale Altersgesundheitsprofile erstellen:</b> Aufmerksamkeit herstellen, sensibilisieren für den Status und die Rolle älterer Menschen in der Stadt (Indikatoren: Bevölkerung, lokales Gesundheitssystem, Gesundheitsdeterminanten, Empowerment).	„Profile gesunden Alterns— Leitlinien zur Entwicklung lokaler Gesundheitsprofile für ältere Menschen“ („Healthy Ageing Profiles Guidance for producing local health profiles for older people“; WHO, 2008)
2	<b>Kommunen befähigen (Empowerment):</b> Förderung kollektiver Formen des Empowerments; Unterstützung seniorenbezogener Interessenvertretungen durch Kommunen; die Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen werden gehört und berücksichtigt.	
3	<b>Altersfreundliche Umwelten schaffen:</b> umweltbezogene Maßnahmen zur Förderung der Unabhängigkeit und Lebensqualität im Alter beziehen sich auf die Bereiche Wohnen, Barrierefreiheit (Straßen, Parks; Ampelschaltung), Nachbarschaftsentwicklung (Förderung sozialer Kontakte, intergenerationelle Solidarität), seniorenbezogene Programme (öffentlichen Transport, Stadtentwicklung).	Checkliste „Altersfreundliche Städte“ („Age Friendly Cities“, WHO, 2007)
4	<b>Zugang zum sozialen Leben verbessern:</b> Förderung sozialer Netzwerke und Verbesserung der psychischen Gesundheit (Vermeidung von Isolation und Einsamkeit), Bereitstellung/Einführung kultureller und sportlicher Aktivitäten (Verbesserung des physischen und emotionalen Wohlbefindens).	

Quelle: Green, 2008; WHO, 2007; WHO, 2008; eigene Darstellung

Die Checkliste „Altersfreundliche Städte“ („Age Friendly Cities“, WHO, 2007) bietet diesbezüglich Orientierungspunkte für entsprechende Gestaltungsprozesse. Dabei handelt es sich um ein Instrument zur Selbsteinschätzung und zur Bewertung geplanter und bereits umgesetzter kommunaler Maßnahmen für ältere Menschen. Die Checkliste ist partizipativ ausgerichtet, d.h. für ihre erfolgreiche Anwendung wird die gleichberechtigte Beteiligung älterer Menschen – sowohl im Rahmen der Bewertung als auch bei der Entwicklung und Umsetzung von Lösungs- und Änderungsvorschlägen sowie im weiteren Verlauf (Monitoring) – als notwendig erachtet. Für folgende städtische Lebensbereiche wurden Vorteile und Barrieren

aus Sicht der älteren Bevölkerung formuliert (WHO, 2007): Öffentlicher und bebauter Raum, Verkehr, Wohnen, Soziale Beteiligung (Zugang zu öffentlichen Veranstaltungen und Aktivitäten), Respekt und soziale Integration, Zivilgesellschaftliche Beteiligung und Beschäftigung, Kommunikation und Information und öffentliche Gesundheitsdienstleistungen.

Obwohl bereits bei der Rezeption des Setting-Ansatzes bzw. der Idee der „Gesunden Städte“ ältere Menschen als eine mögliche Zielgruppe benannt wurden (vgl. Hildebrandt & Trojan, 1987), war innerhalb des deutschen GSN lange Zeit eine Fokussierung auf die Bereiche „Kinder- und Jugendgesundheit“ zu verzeichnen (Plümer & Trojan, 2004). Für die deutsche Situation kommen Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze (2007, 63) zu dem Schluss, dass eine Sensibilisierung kommunaler Akteure für das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ noch in den Anfängen begriffen ist. Auch wird dieser Themenbereich noch nicht in allen Städten und Gemeinden als eigene Gestaltungsaufgabe gesehen. Hier zeigt sich jedoch ein „Entwicklungsvorsprung“ in den Mitgliedskommunen des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerkes (GSN). Prävention und Gesundheitsförderung werden hier seitens der zuständigen Verwaltungsbereiche zunehmend als kommunale Gestaltungsaufgabe angenommen (ebd.).

Auch der Gesunde Städte-Preis<sup>57</sup>, der im Rahmen des Symposiums 2007 verliehen wurde, befasste sich mit dem Thema „Gesund und aktiv ins Alter – Projekte und Angebote für eine neue Qualität des Älterwerdens in Städten und Regionen“. Es wurden drei Projekte prämiert, die ein gesundes Altern anregen und ermöglichen. Schwerpunkte der Projekte bezogen sich auf die lokale intersektorale Vernetzung und Kooperation sowie auf die Förderung von Partizipation und bürgerschaftlichem Engagement. Im Mittelpunkt der partizipativ ausgerichteten Projekte standen insbesondere die Anregung und der Aufbau ehrenamtlichen Engagements Älterer. Im „Bürger-Institut“ (Frankfurt, a. M.) ging es darum, Angebote für und mit älteren Menschen vorwiegend mithilfe von ehrenamtlich tätigen Älteren zu gestalten (z.B. medizinische, soziale und psycho-soziale Angebote, Sicherheitsberatung, Betreuungs- und Mobilitätsdienste). Darüber hinaus richtete sich das Vorhaben auch auf die Aktivierung älterer Bürger (z.B. generationsübergreifende Projekte, Beratung und Betreuung älterer Menschen in verschiedenen Lebenslagen wie Umzug, Demenz, Hospizarbeit). Hervorzuheben ist, dass den Maßnahmen auch von Seiten der Kommunalverwaltung Bedeutung zugeschrieben wurde; so wurde berichtet, dass die Finanzierung zu jeweils 50% durch Stadt- bzw. Landesmittel sowie Drittmittel (Stiftungen, private Spender) erfolgte<sup>58</sup>. Ausgangspunkt des Kompetenzzentrum Havelland (Rathenow) war das Bundesmodellprojekt „EFI – Erfahrungswissen für Initiativen“ (BMFSFJ). Im Landkreis Havelland wurden 28 seniorTrainer (Multiplikatoren und Projektleiter) ausgebildet, die ehrenamtlich 40 Projekte im Landkreis betreuten oder erfolgreich abgeschlossen haben. Nach der Verstetigung des Modellprojektes im „Kompetenzzentrum Havelland – Agentur für bürgerliches Engagement“ wurden folgende Ziele bzw. Aufgaben des Kompetenzzentrums benannt: die Förderung der Selbstorganisation bei Projektarbeiten, Beratung und Moderation bei Projektarbeiten, Sicherung der Bearbeitung von Grundsatfragen, Anpassung der Struktur des Kompetenzzentrums auf die Fachbereiche Infrastruktur, Organisation, Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit<sup>59</sup>. Das Kommunale „Netzwerk

---

<sup>57</sup> Online verfügbar unter (11/2008) <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/archiv/gesundestaedte-preis2007vergeben/89>

<sup>58</sup> Online verfügbar unter (06/2010) [http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio\\_frankfurt.doc](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio_frankfurt.doc)

<sup>59</sup> Online verfügbar unter (06/2010) [http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio\\_rathenow.doc](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio_rathenow.doc)



für Gesundheitsförderung und Lebensqualität im Alter“ (Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin) zielte auf die Zusammenführung der vielfältigen gesundheitlichen und sozialen Aktivitäten und die Koordination, Vernetzung und Steuerung der Aktivitäten der unterschiedlicher Akteure im Bezirk. Ausgangspunkt dafür war die Analyse der Ausgangslage unter Berücksichtigung der Ergebnisse der kommunalen Gesundheits- und Sozialberichterstattung und der Sozialstudie „50 und älter in Friedrichshain-Kreuzberg“. Darüber hinaus erfolgte die Erstellung der „Seniorenplanung 2005 – 2008“ durch den Seniorenrat des Bezirks; die Planung berücksichtigt die Leitlinien der Seniorenpolitik in Berlin sowie Überlegungen und Anregungen von Ämtern, der Plan- und Leitstelle und freier Träger. In dem initiierten „Kommunalen Netzwerk für Gesundheitsförderung und Lebensqualität“ finden sich eine Vielzahl verschiedenster lokaler Akteure und lokaler Zusammenschlüsse, die zur Umsetzung der Seniorenplanung beitragen<sup>60</sup>.

In der Stadt Dresden, die sich am europäischen und deutschen Gesunde-Städte-Netzwerkes beteiligt, wurde Ende 2005 das Projekt „Gesundes und aktives Altern“ initiiert. Ausgehend von einem umfassenden Stadtgesundheitsprofil für ältere Menschen und einer partizipativ angelegten Gesundheitskonferenz wurde in Dresden ein Aktionsprogramm „Gesundes und Aktives Altern“ entwickelt und mit einem detaillierten Ziel- und Maßnahmenplan unterlegt. Hervorzuheben ist, dass das Aktionsprogramm als dynamisches Instrument zur Umsetzung einer ressortübergreifenden und gesundheitsfördernden Seniorenpolitik angelegt ist. Eine Aktualisierung, Fortschreibung und damit verbunden die Möglichkeit zur Maßnahmenevaluation wird durch eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz sichergestellt. Von Bedeutung ist zudem die politische Unterstützung und der begleitende Prozess „*politischer Willensbildung für einen ressourcenorientierten Umgang mit älteren Menschen und zur Förderung ihrer Gesundheit*“ (Kasimir-Gläser et al. 2008, 129), in deren Folge das Aktionsprogramm einstimmig im Stadtrat verabschiedet wurde<sup>61</sup>. Grundlegende Arbeitsprinzipien sind Vernetzung, Ressourcenorientierung, Beteiligung, Integration und ein positives Altenbild. Als Maßnahmen werden auf Planungs- und Projektebene unter anderem Seniorensport, bewegungsfördernde Stadtentwicklung, altersgerechte Stadtplanung, Diabetes mellitus Typ 2-Prävention bei sozial Benachteiligten, Ehrenamts- und Tauschbörsen, Seniorenbildung und Mehrgenerationenprojekte benannt (Kasimir-Gläser, 2007). Im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen ist darauf zu verweisen, dass ein Großteil der Maßnahmen an bereits vorhandene Strukturen und Angebote anknüpft. Die Finanzierung ist laut Ziel- und Maßnahmenplan „*unter Haushaltsvorbehalt im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel und innerhalb der Budgets der Fachämter zu realisieren. Die Entscheidungen zu Prioritätensetzungen innerhalb der jeweiligen Ämterbudgets obliegen dem jeweiligen Beigeordneten.*“ (Kasimir-Gläser et al. 2008, 135). Die Kosten für die Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitskonferenzen und weitere (geplante) Maßnahmen im direkten Zusammenhang mit dem Thema Gesund Altern sind im Haushalt für das städtische WHO-Projekt berücksichtigt (Kasimir-Gläser et al. 2008, 135). Des Weiteren sind im Zuge der Realisierung der Maßnahmen auch kooperative und vernetzende Ansätze von Bedeutung.

Lindqvist, Timpka & Schelp (2001) berichten über ein Programm zur Unfallprävention für ältere Menschen, das in einer schwedischen Provinz im Kontext des "Safe Community Pro-

---

<sup>60</sup> Online verfügbar unter (06/2010) [http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio\\_berlin.doc](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio_berlin.doc)

<sup>61</sup> Weiterführende Materialien sind online verfügbar unter (02/2009) <http://www.dresden.de/de/03/13/01/schwerpunktthemen.php>

gram" der WHO umgesetzt wurde. Im Mittelpunkt standen dabei sturzpräventive Maßnahmen, die für ältere Menschen sowohl verhaltens- wie verhältnispräventive Maßnahmen umfassen sollten. Letztgenannte beziehen sich zum einen auf die Gestaltung der (kommunalen) Umwelt; zum anderen auf die individuelle Ebene (Informationsmaterial, Wohnraumüberprüfung und -anpassung). Das "Safe Community"-Modell basierte auf einer partizipativen Strategie zur Einbindung der Gemeinde. Es wurden insgesamt sechs Schritte beschrieben, die in einem Zeitraum von mehr als zwanzig Jahren vollzogen wurden. Ausgehend von einer Gemeindeanalyse (1983-1984) zur lokalen Epidemiologie von Verletzungen in der Gruppe der älteren Bevölkerung erfolgte im Zeitraum von 1985 - 1987 die Ausformulierung des Projektdesigns, einschließlich der Formulierung lokaler Planungsziele durch Verwaltungsmitarbeiter und politische Vertreter (Ziel: Reduktion der Inzidenz von Verletzungen innerhalb der älteren Bevölkerung um 25% bis zum Jahr 2000). Daran anschließend erfolgte die Programmimplementation (1987-1988) durch ein lokales Gremium zur Sicherheit älterer Bürger, an dem sich Vertreter unterschiedlicher lokaler Einrichtungen beteiligten. Die praktische Umsetzung unterschiedlicher verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen erfolgte in Zusammenarbeit mit städtischen Sozialarbeitern, bezirksbezogenen Krankenschwestern und seniorenbezogenen Non-Profit-Organisationen (z.B. allgemeine Maßnahmen wie Winterdienst, Instandsetzung von Bürgersteigen/Gehwegen; Veranstaltungen zur Sicherheitsinformation, einschließlich Information über lokale Massenmedien; individuelle Ebene: Sicherheitsinformation, Wohnraumberatung/-anpassung, Unterstützung täglicher Bewegungsmöglichkeiten, Checklisten, Angebote für unterschiedliche Zielgruppen Älterer, einschließlich Heimbewohner). Die Verstetigungsphase umfasste weitere sechs Jahre (1989-1995) und mündete in die Evaluationsphase (1995-1999; Auswertungsphase, Datenerhebungen erfolgten im Projektverlauf).

Im Projektverlauf zeigte sich, dass sich die Gesamtmorbidität infolge von Verletzungen zwar nur marginal verringerte, dabei aber insgesamt eine deutliche Reduktion schwerwiegender Verletzungen erzielt werden konnte. Die in den Interventionen fokussierte Vermeidung von Stürzen spiegelte sich in einer Reduktion sturzbedingter Verletzungen wider, allerdings stellten Stürze weiterhin die häufigste Verletzungsform dar. Sturzereignisse konnten nicht vollständig verhindert, im Hinblick auf die Schwere der damit verbundenen Folgen aber durch allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensumwelt und der physischen Konstitution Älterer deutlich vermindert werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit und Nützlichkeit der Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen:

*„(...) no sharp boundaries should be drawn between safety education, physical conditioning, environmental adjustments and secondary prevention measures when planning safety promotion among the elderly.“ (Lindqvist, Timpka & Schelp, 2001, 315).*

Darüber hinaus ermittelten die Autoren Unterschiede in der Reichweite des verwendeten inter-organisationalen Ansatzes für unterschiedliche Zielgruppen Älterer. So bestehen Einschränkungen für die Erreichbarkeit höherer Altersgruppen aufgrund stärkerer körperlicher Beeinträchtigungen und begrenzter ökonomischer Ressourcen in der pflegerischen Versorgung (Lindqvist, Timpka & Schelp, 2001, 311ff).

## 6.2 (Inter-) nationale (Modell-) Projekte und Forschungsarbeiten

Betrachtet man nationale und internationale Modellprojekte und Forschungsarbeiten im Hinblick auf die jeweils im Vordergrund stehenden konzeptionellen Bezugspunkte<sup>62</sup>, können die meisten Arbeiten dem Bereich „Intersektorale Zusammenarbeit/Vernetzung/lokale Partnerschaften“ zugeordnet werden, gefolgt von „Community readiness und Community Capacity“, der „Übertragung evidenzbasierter Programme auf ein gemeindebezogenes Setting“ und der „Anwendung des Prozessschemas betrieblicher Gesundheitsförderung auf ein kommunales Setting“. Bei einem Großteil der Arbeiten standen die intersektorale Zusammenarbeit und Vernetzung lokaler Akteure im Mittelpunkt. Einige internationale Arbeiten heben diesbezüglich insbesondere die Bildung von Partnerschaften mit ortsansässigen Universitäten hervor.

Beispielhaft für den deutschen Raum ist das Projekt „aktiv55plus – Gesundes und aktives Altern in Radevormwald“ zu nennen, das darauf zielte, die Lebensqualität der über 55-jährigen Bevölkerung durch Aktivierung und Mobilisierung zu verbessern. Basierend auf dem Konzept des „Aktiven Alterns“ sollten ältere Menschen zu mehr Eigenaktivität befähigt werden (Empowerment). Anbieter von Gesundheitsleistungen sollten sensibilisiert, bestehende kommunale Angebote miteinander vernetzt und für die Gesundheitsförderung älterer Menschen nutzbar gemacht werden. Ein Hauptziel des Projektes bestand darin, die Gesundheit der älteren Bürger einer Kommune im ländlichen Raum unter Rückgriff auf vorhandene (kommunale) Ressourcen nachhaltig zu verbessern und zu fördern. Im Mittelpunkt der gesundheitsfördernden Maßnahmen standen ältere Bürger (55+), die gegenwärtig von kritischen Lebensereignissen betroffen waren oder in naher Zukunft damit konfrontiert wurden (verwitwete Menschen, (früh-)verrentete Menschen oder Menschen, die sich im Prozess des Übergangs in den Ruhestand befinden). Interventionen wurden sowohl auf der individuellen Ebene der Bürger als auch auf der systemisch-strukturellen Ebene der Kommune durchgeführt. Das Projekt vereinte somit einen aufsuchenden klientenzentrierten Ansatz mit Maßnahmen der intersektoralen Zusammenarbeit (WHO, 2005). Der klientenzentrierte Ansatz umfasste präventive Hausbesuche zur Ermittlung individueller Bedürfnisse und zur Anregung der Aufnahme von Aktivitäten. Die Hausbesuche wurden durch ein multiprofessionelles gerontologisches Beratungsteam unterstützt, das im Rahmen wöchentlicher Fallbesprechungen zur Klärung offener Fragen und zur Ermittlung von Zugangs- und Inanspruchnahmebarrieren zusammen kam. Im Rahmen der Hausbesuche erfolgte beim Erstgespräch die Erfassung der Lebens- und Gesundheitssituation. Das Ziel bestand darin, mit den älteren Menschen Zielvereinbarungen zur Aktivierung zu erarbeiten. Die zugehende Arbeitsweise erwies sich als zielgerechter Zugang, um Schwellenängsten, die die Beteiligung bzw. die Teilnahme an Aktivitäten oft behindern können, abzubauen. Zudem konnte auf diesem Weg ein Vertrauensverhältnis zwischen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern und den älteren Menschen aufgebaut werden (Hikl & Bill, 2005, 32ff). Insgesamt beteiligten sich 341 Seniorinnen und Senioren, die von den Projektmitarbeitern besucht und beraten wurden. Nach einer Erfassung der Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten wurden die Teilnehmer bezüglich potentieller gesundheitsfördernder Angebote und bestehender Leistungsansprüche beraten. Auch Barrieren, die der Teilnahme an entsprechenden Angeboten im Wege standen, wurden erfasst und bearbeitet (Methode der aufsuchenden Aktivierung und Hilfe zur Selbsthilfe). Im zweijährigen Projektzeitraum erfolgten mindestens drei Hausbesuche; insgesamt waren es 2.750

---

<sup>62</sup> Eine Bezugnahme auf den Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung erfolgt bei den im Folgenden dargestellten Arbeiten nicht (vgl. dazu Kap. 4.2).

Besuche, die zu 1.192 Vereinbarungen zur Aufnahme und Ausübung gesundheitsfördernder Aktivitäten führten (Hickl & Bill, 2005).

Kennzeichnend für Radevormwald, eine Kleinstadt im ländlichen Raum, war eine bereits positive Ausgangssituation, die durch eine gut ausgestattete „soziale Infrastruktur“ (Vereine, Kirchengemeinden, Selbsthilfegruppen) und damit einhergehend ein hohes Maß an bürgerschaftlichem Engagement gekennzeichnet war. Darüber hinaus war auf der Seite der professionellen Anbieter bereits ein „Lokales Netzwerk der sozialen Kompetenz“ vorhanden, dem Hausärzte, die Arbeitsgemeinschaft Physiotherapie, die Diakoniestation und die Hospizbewegung angehörten (WHO, 2005). Die Ergebnisse der klientenzentrierten Beratungen wurden u.a. auch zur Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit eingesetzt, indem daraus angemessene Lösungs- und Verbesserungsstrategien abgeleitet wurden. Auch die ermittelten persönlichen Ziele, Erwartungen und Bedürfnisse der Klienten wurden einbezogen und zur Weiterentwicklung der lokalen Angebotsstruktur, die sowohl freiwillige Initiativen als auch professionelle Dienstleister im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich umfasst, genutzt. Im Rahmen einer lokalen Arbeitsgruppe wurde versucht, gemeinsame Lösungsstrategien zu entwickeln. Bei der angestrebten Anpassung der Angebotsstruktur an die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung wurden an verschiedenen Stellen Konflikte deutlich. Die Klärung finanzieller Zuständigkeiten gestaltete sich z.B. schwierig, da diesbezüglich im Allgemeinen einheitliche Regelungen fehlen. Einzelne Probleme konnten hingegen durch Selbstorganisation schnell überwunden werden (z.B. Verbesserung der Mobilität durch die Einrichtung eines Bürgerbusses) (Hickl & Bill, 2005, 41ff). Insgesamt positive Veränderungen wurden darin gesehen, dass Informationen über die Versorgungsangebote deutlich verbessert werden konnten. Zudem bot sich im Rahmen der Arbeitsgruppe die Möglichkeit zum gegenseitigen Kennenlernen der Akteure. Das Bewusstsein für die Gesundheitsthematik konnte in der Öffentlichkeit älterer Menschen geschärft und die Erweiterung der Angebotspalette realisiert werden. Eine Beeinträchtigung der lokalen Zusammenarbeit ergab sich allerdings aufgrund hoher Mitgliederfluktuation und mangelnder Teilnahme einzelner Mitglieder. Zudem wäre für ein nachhaltige und grundlegende Veränderungen eine engere Zusammenarbeit mit Vertretern der Politik sinnvoll gewesen (Hickl & Bill, 2005, 50f). Nach Abschluss der Modellprojektphase wurde das Angebot in den Trägerverein Aktiv55plus e.V. überführt und verstetigt.

Das Projekt „Anders Altern in Radenthein – Gesundheitsförderung im Alter“ zielte auf die Entwicklung, Erprobung und Verstetigung von gesundheitsfördernden Angeboten im Kärntner Raum. Als Zielgruppe wurden Frauen und Männer in der Lebensmitte, pflegende Angehörige und ältere Menschen in der Region adressiert. Schwerpunkte des Projektes umfassten die Beteiligung der Zielgruppe am Entwicklungsprozess sowie eine gender-sensible Angebotsentwicklung. Ein weiterer zentraler Projektbaustein bestand darin, die Vernetzung lokaler Akteure zu fördern und diese für das Thema „Gesundheitsförderung im Alter“ zu sensibilisieren. Vernetzungsaktivitäten setzten dabei auf verschiedenen Ebenen und bei unterschiedlichen Stakeholdern an: Neben der Vernetzung mit regionalen Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich wurden Kontakte mit anderen Projekten zur Gesundheitsförderung im Alter sowie mit anderen regionalen Vereinen und Initiativen aufgenommen. Auf der Ebene der regionalen Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich bestand neben einer fachlichen Diskussion und regelmäßiger Information über den Projektverlauf insbesondere auch der Abbau von Konkurrenzen im Mittelpunkt. Auf der politischen Ebene wurde die Vernet-

zung, aber auch die Gewinnung politischer Meinungsträger maßgeblich durch den Bürgermeister und den Sozialstadtrat unterstützt (Burgstaller et al., 2006, 62ff).

Saunders et al. (2003) setzen sich insbesondere mit der Frage auseinander, wie es im Rahmen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit unterschiedlicher gemeindebezogener Akteure gelingen kann, ältere Bürger für ein Gesundheitsförderungsprojekt<sup>63</sup> zu rekrutieren und für die Aufnahme gesundheitsfördernder Aktivitäten zu gewinnen. Ausgangspunkt des Projektes war, dass Projektentwicklung und -umsetzung durch einen externen Berater initiiert und begleitet wurde, der von der Stadt zuvor für diese Aufgaben eingestellt worden war. Der Berater eröffnete zunächst den Kontakt zu einem universitären Partner (Fachbereich Gerontologie) und ermittelte die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Kommune und Universität. Mit der Unterstützung eines interdisziplinären Teams konnte die Zusammenarbeit präzisiert und ein Arbeitsplan entwickelt werden. Durch die Beteiligung kommunaler Vertreter an der Planung und Entwicklung konnte das Projekt auf die Bedürfnisse der älteren Bürger zugeschnitten werden (ebd.). Für die Projektumsetzung wurde die Einrichtung eines kommunalen Beratungsgremiums als notwendig erachtet (community advisory board, CAB), in das lokale Schlüsselpersonen eingebunden wurden (z.B. Vertreter aus lokalen Einrichtungen sozialer Dienste, weitere professionelle Gruppen, örtliche Geschäftsleute, die sich aktiv mit Altersthemen auseinandersetzen).

Das CAB unterstützte den universitären Projektpartner somit dabei, Einblick in die Community zu gewinnen, Aktivierungspotenziale der Gemeinde zu identifizieren, das Projekt bei gemeindebezogenen Organisationen bekannt zu machen und zu verbreiten, Zugangswege zu älteren Bürgern zu eröffnen (z.B. zu Bewohnern von größeren lokalen Wohnanlagen), lokale Schlüsselpersonen für die Übernahme unterschiedlicher Funktionen im Rahmen des Projektes zu gewinnen (z.B. Rekrutierung, Interviewführung, Projektbüro) und mögliche lokale Hindernisse zu identifizieren (Saunders et al., 2003). Insgesamt war somit ein Großteil des Rekrutierungserfolges auf die Unterstützung und Leitung seitens des CAB zurückzuführen.

*„Overall, the experience of the SENIOR Project suggests that community-academic partnerships can enhance project design and aid in recruitment. Such partnerships, when rooted within the community itself and representative of the composition and needs of that community, can be of enormous importance in recruiting and retaining subjects. This is particularly the case with large-scale interventions that attempt to draw on a representative sample of the community.“*  
(Saunders et al. 2003, 201).

Für die Rekrutierung der älteren Projektteilnehmer erwiesen sich, neben der ethnischen Herkunft und dementsprechenden Sprachkompetenz der Projektmitarbeiter (portugiesisch, spanisch), die personelle Besetzung eines Projektbüros in der Interventionsgemeinde als erfolgversprechend; Letztgenanntes erhöhte die Präsenz des Projektes in der Gemeinde, verdeutlichte den Beitrag der Stadt und die aktive Einbindung und das Engagement der Gemeindeglieder (Saunders et al., 2003, 200).

---

<sup>63</sup> Randomisierte, gemeindebezogene Interventionsstudie mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung: Study of Exercise and Nutrition in Older Rhode Islanders, The SENIOR Project.

Erfahrungen zur kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen unter Berücksichtigung von Ansätzen der Community readiness und der Community Capacity wurden u.a. im Modellprojekt „Lebenswerte Lebenswelten“ (2003-2006) gemacht, das in ausgewählten Bezirken von Graz-Umgebung und Voitsberg realisiert wurde. Im Rahmen des Projektes wurde durch einen komplexen Gemeindeentwicklungsprozess mit dem Fokus Altern eine Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Menschen angestrebt. Auf der Grundlage einer Kohortenstudie und einer Befragung von Schlüsselpersonen wurden Ziele für die einbezogenen Regionen formuliert. Die Zielfelder umfassen die Kommunikation eines positiven Altersbildes, die Beförderung einer positiven Gesundheitskommunikation (Bedeutungsgewinn für Gesundheit und Wohlbefinden), die Vergrößerung sozialer Netze, die Vermehrung des sozialen Kapitals in den Gemeinden und die Entwicklung nachhaltiger Strukturen (Institutionalisierung der Ideen des Projektes). Dementsprechend wurden auf drei Ebenen Maßnahmen realisiert: 1) Angebot an Seminaren, Kursen und Workshops, 2) Einrichtung eines Projektfonds zur Umsetzung regionaler Projekte durch regionale Projektinitiatoren zu prioritären Themen und 3) begleitende Qualifizierungsmaßnahmen für die Projektinitiatoren vor Ort.<sup>64</sup>

Zusätzlich wurden regionale Strukturen aufgebaut, die die Nachhaltigkeit des Projektes sichern sollen. Dazu gehören das Seniorennetz (Organisationen und Personen, die mit oder für ältere Menschen arbeiten) und eine Senioreninitiative (interessierte Personen der Zielgruppe, die die Organisation des Projektes vor Ort übernehmen). Dem Seniorennetz oblag die bedarfsorientierte Planung, Organisation, Prozessevaluation und Steuerung vor Ort. Diese Gruppen waren mit verschiedenen lokalen Vertretern besetzt (u.a. auch aus der kommunalen Vereinsstruktur, Gemeinde, aber auch die Älteren selbst). Es fanden regelmäßige Treffen statt, die – je nach Bedarf – durch das Modellprojektteam extern moderiert, fachlich inhaltlich beraten oder in der Teamentwicklung unterstützt wurden. Diese Strukturen erweisen sich als relativ stabil (Reis-Klingspiegl, 2008). Im Rahmen des Projektes wurden verschiedene Interventionsebenen und Handlungsfelder gesundheitsfördernder Gemeindeentwicklung adressiert (vgl. Abb. 16).

**Abbildung 16: Interventionsebenen und Handlungsfelder der Gemeindeentwicklung**

Interventions- ebenen	Prozesskontrolle	Lebensweltgestaltung	Kompetenz- und Sozialent- wicklung
Handlungsfelder	Balance of Power zwischen externer Prozessbegleitung und interner Projektsteuerung durch aktive Menschen und Strukturen vor Ort	Agenda zur sozialen Vernetzung und Unterstützung, Kultur des Miteinander, Verankerung von Gesundheit als Wert im Lebensalltag, Lebensqualitätsentwicklung	Verankerung von Gesundheit als politischen Wert, Ressourcenallokation, Qualifizierung von Menschen, Entwicklung von Leadership, Partizipations- und Empowermentangebote
Konzepte	Projektmanagement	Sozialkapital	Capacity Building
Erhöht als Ergebnis	Empowerment	Partizipation	Lösungskompetenz

Quelle: Reis-Klingspiegl (2005) in Reis-Klingspiegl (2008).

<sup>64</sup> Online verfügbar unter (03/2009): <http://lebenswelten.meduni-graz.at/Konzept/konzept.html>

Capacity Building zielte auf die Ebene der Kompetenz- und Sozialentwicklung einer Gemeinde. Dabei ging es darum, Gesundheit als politischen Wert zu verankern, Ressourcen zu beschaffen, Qualifizierungsmaßnahmen anzubieten, Leitungsfähigkeit auszubilden und Angebote zu den Themen Partizipation und Empowerment zu platzieren.

Im Kontext dieses Modellvorhabens wurde zudem das Ergebnismodell der Community Readiness (Beurteilung der sozialen Reife einer Gemeinde für settingorientierte Gesundheitsförderungsinterventionen, Reis-Klingspiegl, 2008, 52) angewendet. Dabei wurden fünf Bereiche für gelungene Interventionen definiert. Die jeweils zugeordneten Kriterien können im Sinne eines Leitfadens, z.B. für die Befragung kommunaler Schlüsselpersonen, verwendet werden. Dieses Instrument wurde zu verschiedenen Zeitpunkten und mit unterschiedlicher Fragestellung angewendet, z.B. vor dem Projektstart als Diagnoseinstrument oder als begleitendes Raster zur Einschätzung des Entwicklungsverlaufs im Sinne eines Selbstbewertungsmodells, das auch als Monitoringinstrument eingesetzt werden kann (vgl. Kap. 4.3.2).

Die Finanzierung der Umsetzung von gesundheitsbezogenen Projekten wurde über einen überregionalen Projektfonds realisiert, ein Verfahren, das als sehr erfolgreich bewertet wurde. Der Fonds wurde zu zwei Dritteln durch den Auftraggeber, und zu einem Drittel durch die Budgets der teilnehmenden Projektgemeinden gespeist. Für zwei Jahre waren jeweils 30 Cent pro Einwohnerin bzw. Einwohner kalkuliert, insgesamt standen 45.000,- Euro zur Verfügung. Finanzielle Mittel konnten von den Projektverantwortlichen aus den Modellgemeinden beantragt werden. Über die Vergabe wurde durch eine Jury entschieden, die wie folgt besetzt war: Jurymitglieder der Auftraggeber, zwei gewählte Gemeindevertreter aus den beiden Bezirken und zwei Experten für die regionale Gesundheitsförderung bzw. für ältere Menschen. Die Verbindlichkeit der Projektumsetzung und der Einbezug der politischen Ebene wurden maßgeblich durch einen einstimmigen Gemeinderatsbeschluss und die Einzahlung in den Projektfonds gesichert (Reis-Klingspiegl, 2008). Folgende Ergebnisse und „Erfolgsfaktoren“ dieses Modellvorhabens sind zudem hervorzuheben (Reis-Klingspiegl, 2008):

- Settingorientierte Gesundheitsförderung trägt in hohem Maß zur sozialen Netzwerkbildung bei. Es zeigte sich, dass durch die Stärkung formeller Netze auf Gemeindeebene, die Einbindung älterer Menschen in Aktivitäten der Netzwerke gelingt und somit ein kommunaler Beitrag zum aktiven Alter geleistet werden kann.
- Die Investition in und Motivation von kommunalen Akteuren für entsprechende Gemeindeentwicklungsprozesse besteht im „Imagegewinn“ der Gemeinden.
- Eine kontinuierliche Begleitung der Gemeinden wirkt sich in verschiedenen Phasen der Projektumsetzung positiv aus: Begleitung in der Initiierungsphase; Prozessbegleitung (Zielarbeit, Rückmeldungen, Austausch und Wertschätzung der Freiwilligenarbeit, Option der Beratung).
- Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung im Setting Kommune ist vorraussetzungsreich: „(...) *settingorientierte Gesundheitsförderung (ist) eine potenziell wirksame, aber hochschwellige Intervention, die nicht verordnet werden kann, sondern die Bereitschaft und Reife (Readiness) der Menschen und Gemeinden als Voraussetzung braucht.*“ (Reis-Klingspiegl, 2008, 56 ). Die Readiness-Kriterien stellen ein handhabbares, hilfreiches und vielversprechendes Instrument zur prospektiven Einschätzung des Erfolgs von settingorientierter Gesundheitsförderung dar, das weiter erprobt und ausdifferenziert werden sollte.

Moyer et al. (1999) entwickelten ein Stufen-Modell<sup>65</sup> für die Anwendung von Capacity-Building-Strategien im Rahmen gemeindebasierter Gesundheitsförderungsprogramme. Im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Entwicklung individueller und gemeindebasierter Interventionen zur Reduktion von Einsamkeit für ältere, körperlich beeinträchtigte Menschen, konnten Faktoren und Prozesse des Capacity Building identifiziert werden. Das daraus abgeleitete Capacity-Building-Modell umfasst vier Stufen („Stufen des Aufbaus kollektiver Kapazität“, Moyer et al. 1999, 207ff) und beschreibt die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen gesundheitsbezogenen Fachkräften (practitioner) und Gemeinden (community).

Nachdem der practitioner der leitenden Einrichtung an die Gemeinde herangetreten ist, stehen die Informationssammlung, der Beziehungsaufbau sowie die Förderung der Zugänglichkeit und Erhöhung der Aufmerksamkeit für Gesundheitsthemen/-belange im Vordergrund (Stufe 1: Gemeinsamkeiten identifizieren („Identifying common ground“). Darüber hinaus ist zu Beginn die Ermittlung der gegenwärtigen kommunalen Kapazität relevant; dies umfasst die Ermittlung potentieller Zusammenarbeit und Unterstützung für ein gesundheitsbezogenes Programm innerhalb der Gemeinde, die Kontaktaufnahme und den Zugang zur Gemeinde über die agents<sup>66</sup> sowie die Ermittlung potentieller Partner und gemeinsamer Interessen/Nutzen (z.B. Absprachen bezüglich gemeinsamer Kosten-Übernahme, Identifizierung weiterer Ressourcen). Die zweite Stufe zielt auf die Etablierung der Zusammenarbeit und des Themas (Stufe 2 „Establishing Self as Community Player with an Issue-Based Agenda“); Aufgaben des practitioners umfassen die Kooperation mit Gemeindeguppen, die Identifikation leitender Personen innerhalb der Gemeinde sowie die Verbindung zu kommunalen Netzwerken, einschließlich Ermittlung kommunaler Ressourcen (Verständnis für die Gemeinde und ihrer Bedürfnisse, Ressourcen und Aktionspotenziale). Weitere Ziele umfassen den Aufbau von Akzeptanz („Insider“-Status) durch persönliche Präsenz in der Gemeinde und Beteiligung an gemeinsamen Aktivitäten, die steigende Bekanntheit des Gesundheitsprogramms in der Gemeinde sowie eine stärkere Vergegenwärtigung von Gesundheitsthemen bei den agents und ggf. eine dementsprechende Überprüfung der eigenen Angebote (ebd.).

Die Zusammenarbeit in einem gemeinsamen Projekt („Working on a Common Project“) ist Gegenstand von Stufe 3, die zum einen auf die Zusammenarbeit zwischen practitioner und agent gerichtet ist und die Vereinbarung gemeinsamer Zielsetzungen sowie die Planung und Bewertung von Aktivitäten umfasst. Der practitioner übernimmt Aufgaben des Projektmanagements und bemüht sich um die Etablierung verschiedener Kooperationsbeziehungen, die Entwicklung von Leitungsfunktion und Problemlösefähigkeit und die Erhöhung der Zustimmung/Beteiligung. Ressourcen der Beteiligten beziehen sich auf den Zugang zur Zielpopula-

---

<sup>65</sup> Einschränkung ist anzumerken, dass das Modell aus einer Fallstudie abgeleitet wurde und im Hinblick auf eine Verallgemeinerung der Annahmen des Modells (noch) keine Aussagen getroffen werden können. Hier sehen die Autoren weiteren Forschungsbedarf für die empirische Überprüfung theoretischer Annahmen zur community capacity:

*„Plainly, there is a need for further development of models integrating community capacity theory with practice knowledge and practice requirements. Such an integration will further empower public health practitioners as they in turn facilitate the empowerment of collectives. In this way, communities and health departments will be better able to respond to public health issues.“ (Moyer et al., 1999, 212).*

<sup>66</sup> Die innerhalb der Gemeinde vertretenen Organisationen, Einrichtungen und Dienste übernehmen unterschiedliche Aufgaben und vertreten unterschiedliche Interessen; dazugehörige einzelne Mitarbeiter (z.B. Sozialarbeiter) werden innerhalb des Modells als „agents“ bezeichnet; sog. „free agents“ gehören keiner speziellen kommunalen Gruppe an. Die agents zeichnen sich durch formelle und infor-



tion, die Verfügbarkeit einer Gruppe geschulter Freiwilliger sowie den Rückgriff auf bestehende Angebote und Dienste und bestehende Verbindungen zu anderen Organisationen. Im Verlauf der Projektbearbeitung ist zudem die Ausweitung gemeindebezogener Netzwerke möglich (Möglichkeit zum Kennenlernen neuer agents). Die vierte Stufe strebt die Zusammenarbeit in einem einrichtungs- und sektorenübergreifenden Projekt an („Working on a Multi-Agency, Multi-Sectoral Project“). Für die Ausweitung kommunaler Netzwerke und Nachhaltigkeit befördert der practitioner den Aufbau von Verbänden, eine schrittweise Verantwortungsübernahme seitens der Partner, die Erhöhung der Zustimmung/Beteiligung der Gemeinde durch geteilte Problemlösung und Handlungen und die Übertragung und Ausweitung des Ansatzes auf andere Themen. Ziel ist die Zusammenführung von zahlreichen Partnern aus unterschiedlichen kommunalen Bereichen im Kontext eines gemeinsamen Projektes (multi-agency-working-group) sowie die Stärkung der Verbindung zu kommunalen Netzwerken und die Erhöhung des Zugriffs auf kommunale Ressourcen (Moyer et al., 1999, 208f).

Gesundheitsbezogenen Fachkräften kommt dabei in allen Stufen eine herausragende Bedeutung zu. Die persönlichen Eigenschaften der Fachkraft beeinflussen die Implementation des Programms und umfassen (Moyer et al., 1999, 207) Erfahrungen im Bereich der Gemeindeentwicklung und –organisation, die Kenntnis der lokalen Situation, kommunikative Kompetenz im Hinblick auf kulturell unterschiedliche Gruppen sowie Vertrauen in und Fähigkeit zur Überwindung potentieller Barrieren in der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Partnern innerhalb der Gemeinde. Zentrales Moment für das capacity-building ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen practitioner und agent: *„Through these relationships, the practitioner implements the program and contributes to the development of community resources.“* (Moyer et al., 1999, 207).

Für den Prozess des schrittweisen Aufbaus kommunaler kollektiver Kapazität sind darüber hinaus folgende Aspekte kennzeichnend (Moyer et al., 1999, 210):

- Voraussetzung für den Aufbau kollektiver Kapazität ist die Zusammenarbeit mit den einzelnen Gemeindemitgliedern innerhalb der gegebenen kommunalen Strukturen;
- die Zusammenarbeit zwischen practitioner und agents kann sich für agents unterschiedlicher Organisationen auf verschiedenen Stufen vollziehen (stufenweiser Beziehungsaufbau);
- anzustrebendes Ziel sollte die einrichtungs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit sein, weil damit eine größere Reichweite und größerer Einfluss auf das Erreichen gesundheitsbezogener Ziele verbunden ist;
- das Ausmaß der Zusammenarbeit (bzw. das Erreichen höherer Stufen) ist jedoch an die vorhandenen und einsetzbaren Ressourcen der einzelnen Organisationen oder an deren jeweils spezifischen Versorgungsauftrag gebunden; die vollständige Einbindung von Organisationen in den Prozess ist deshalb ebenso möglich wie eine ausschließlich gelegentliche und anlassbezogene Zusammenarbeit;
- neben einer Ausweitung gemeindebezogener Netzwerke/Vernetzung kann eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit auch weitere Ressourcen o-

---

melle Arbeitsbeziehungen untereinander und ihre Zugehörigkeit zu bestehenden kommunalen Netzwerken oder kommunalen Ausschüssen aus (Moyer et al., 1999).

der Expertise erfordern, die auf vorherigen Stufen oder im Rahmen des Community-Assessments in dem Ausmaß nicht abzusehen waren (z.B. auch politische Kenntnisse).

Insgesamt betrachtet trägt jede Stufe dazu bei, die Fähigkeit der Gemeindegruppen/-organisationen für die Identifikation und Bearbeitung gemeindebezogener Bedarfe langfristig zu erhöhen und diese auch auf andere Themen zu übertragen. Mit dem Aufbau kollektiver Kapazität nimmt dabei auch die Fähigkeit der Gemeinde zur Förderung und Unterstützung gemeinsamer Aktionen zu, die zur individuellen Gesundheit und zum gemeindebezogenen Wohlbefinden beitragen (Moyer et al., 1999).

*„The health project provides a stimulus for involvement by raising awareness about a specific health issue. As organizations begin to address the issue within broader collectives, the practitioner is able to support and sustain initiatives that go beyond the mandates and objectives of individual partners. In itself, such collaboration indicates an increase in community capacity.“ (Moyer et al., 1999, 210).*

Einwände gegen die Realisierung von Gemeindeentwicklungsprozessen beziehen sich auf die dafür erforderlichen qualifikatorischen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen. Vorteile des stufenweisen Aufbaus kollektiver Kapazität sind aus Sicht der lokalen Akteure insbesondere darin zu sehen, dass eine Beteiligung an gesundheitsfördernden Maßnahmen im Einklang mit den organisationseigenen Zielen erfolgen kann, ohne dabei eine langfristige finanzielle oder personelle Verpflichtung eingehen zu müssen. Vielmehr noch bietet diese schrittweise Annäherung die Möglichkeit, gesundheitsbezogene Aspekte in zukünftige Planungen aufzunehmen und die eigene Organisation dementsprechend perspektivisch als unterstützenden Partner zu positionieren. Moyer et al. (1999, 211) weisen professionellen Akteuren wie z.B. kommunalen Gesundheitsverwaltungen für das capacity building nicht zuletzt deshalb besondere Bedeutung zu, weil der Ansatz auf unterschiedliche bedeutsame Gesundheitsbelange übertragen werden kann.

Auch im Rahmen des kanadischen Sturzpräventionsprogramms „Gemeinsam Stürzen vorbeugen“ („Preventing Falls Together“<sup>67</sup>, PFT), das sich an zu Hause lebende ältere Menschen und an Gemeinden richtet, wird - neben einem bevölkerungs- und gemeindebezogenen Ansatz der Gesundheitsförderung - auf ein gemeindebezogene Strukturentwicklungsmodell („Capacity building model“) Bezug genommen. Für den Aufbau gesundheitsfördernder Gemeindestrukturen wurden dabei folgende Ziele angestrebt (McAllister, o.J.): die Steigerung der Anzahl von Gruppen, Organisationen und Sektoren, die sich mit der Gefahr von Stürzen und der Sturzprävention beschäftigen; die Steigerung der Fähigkeiten von Individuen und Organisationen, Sturzpräventionsstrategien in ihre alltäglichen Aktivitäten bzw. Ihr Alltagsleben zu integrieren sowie die Steigerung der Anzahl und Auswahl gemeindebasierter Sturzpräventionsaktivitäten. Die Programmaktivitäten umfassen im Wesentlichen drei Ele-

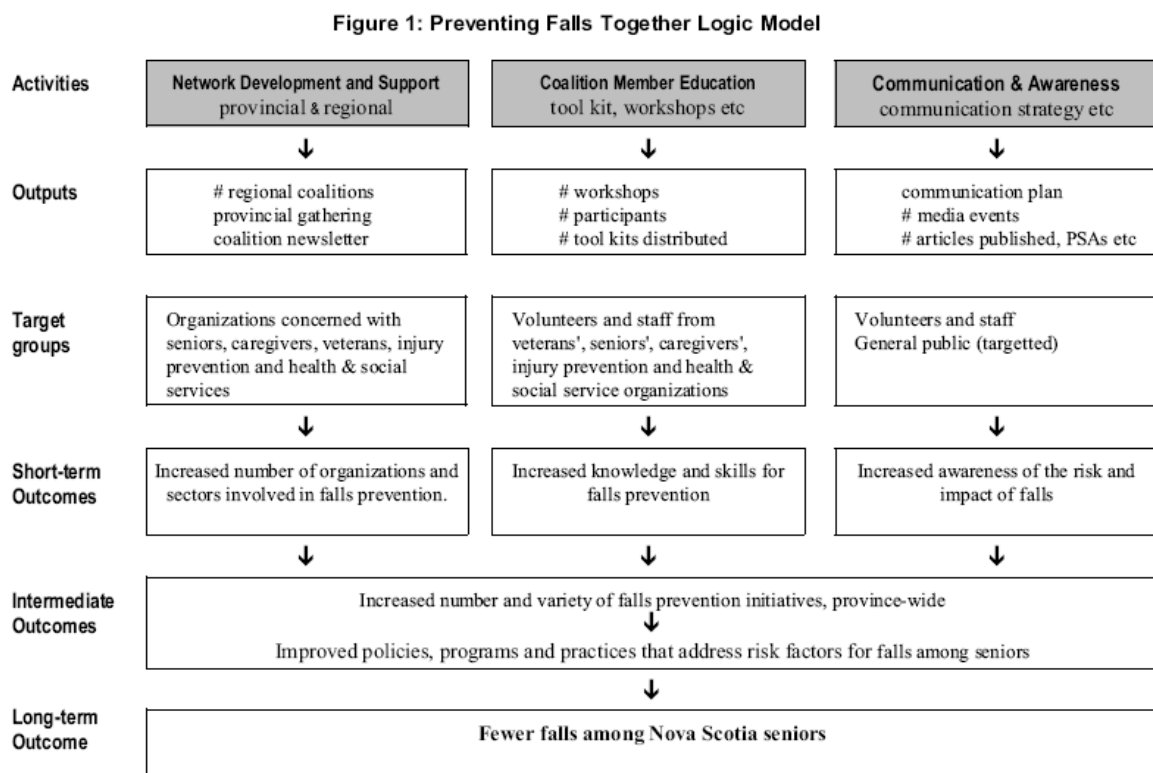
---

<sup>67</sup> Online verfügbar unter (02/2009)  
<http://www.acicr.ualberta.ca/documents/APopulationHealthApproachtoCommunity-basedFallsAwareness.pdf>

mente: Aufbau eines Netzwerkes „Entwicklung und Unterstützung“ (provinzweit auf regionaler Ebene), Schulungen und Information sowie Bewusstseinsbildung. Neben seniorenbezogenen Organisationen richten sich die Aktivitäten auch an freiwillig Tätige, Mitarbeiter von gesundheits-/seniorenbezogenen Einrichtungen und die Öffentlichkeit (vgl. Abb. 17)<sup>68</sup>.

Eine weitere Möglichkeit zur Etablierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen auf kommunaler Ebene besteht in der Übertragung evidenzbasierter Gesundheitsförderungsprogramme auf ein gemeindebezogenes Setting. Dabei ist hervorzuheben, dass diese neben der Angebotsentwicklung in der Gemeinde eine individuelle Ansprache und Begleitung älterer Teilnehmer umfassen.

**Abbildung 17: Programmaktivitäten**



Quelle: Lilley (2007, 3)

Stewart et al. (2006) berichten über Erfahrungen zur Einführung eines evidenzbasierten Bewegungsprogramms für unterversorgte Gruppen Älterer (z.B. sozial benachteiligte ältere

<sup>68</sup> Der Ansatz des Population Health Approach („bevölkerungsbezogener Gesundheitsansatz“) ist kanadischen Ursprungs und wird wie folgt definiert:

*“Population health refers to the health of a population as measured by health status indicators and as influenced by social, economic and physical environments, personal health practices, individual capacity and coping skills, human biology, early childhood development, and health services. As an approach, population health focuses on the interrelated conditions and factors that influence the health of populations over the life course, identifies systematic variations in their patterns of occurrence, and applies the resulting knowledge to develop and implement policies and actions to improve the health and well-being of those populations.” (Federal, Provincial, Territorial Advisory Committee on Population Health, (1997), online verfügbar unter (04/2010) <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/appr-eng.php>).*

Menschen), das in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen Universität und drei gemeindebezogenen Organisationen<sup>69</sup> realisiert wurde (academic-community partnership). Als besondere Herausforderung wurde dabei die Anpassung des Programms an die je individuellen organisationalen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen angesehen. Die Projektziele umfassten (Stewart et al., 2006, 2):

- Zusammenarbeit mit Mitarbeitern projektbeteiligter gemeindebezogener Organisationen und Gemeindemitgliedern mit dem Ziel, das Programm CHAMPS II<sup>70</sup> an die lokalen Gegebenheiten und Zielgruppen anzupassen (feasibility, sustainability);
- Verbreitung des modifizierten Programms durch die Mitarbeiter der gemeindebezogenen Einrichtungen und Freiwillige;
- Evaluation des Implementationsprozesses;
- Erhöhung der individuellen körperlichen Bewegung der älteren Teilnehmer;
- Verankerung der Maßnahmen in den Organisationen.

Im Rahmen des Adaptionprozesses zeigte sich eine Herausforderung insbesondere dahingehend, dass im Ursprungsprogramm vorgesehene medizinische Screening und die daran anschließende individuelle Beratung Älterer mit den Mitarbeitern der gemeindebezogenen Organisationen zu realisieren. So zeigte sich, dass in der alltäglichen Praxis die Teilnahme an bewegungsfördernden Maßnahmen in den Organisationen i.d.R. ohne entsprechende Voruntersuchungen und Empfehlungen erfolgte. Auch für weitere Bereiche des Ursprungsprogramms mussten im Rahmen der Anpassung an gemeindebezogene Organisationen Veränderungen vorgenommen oder einzelne Elemente ausgelassen werden.

Der Fitnesstest zu Beginn der Maßnahme wurde z.B. – je nach gemeindebezogener Organisation - von unterschiedlichen Personen durchgeführt; neben den Projektmitarbeitern der Universität erfolgte dies auch durch geschulte Mitarbeiter oder Freiwillige in den kommunalen Einrichtungen. Das Angebot der Gruppen-Workshops wurde ebenfalls modifiziert; neben der Anpassung von Inhalten und Format (z.B. interaktives Angebot, weniger Inhalte) wurde auch die Anzahl der Workshops reduziert. Eine kommunale Übersicht der Bewegungsangebote wurde z.T. auch für die gemeindebezogenen Einrichtungen erstellt und u.a. auch durch Fernseh- und Internetwerbung ergänzt. An anderen Standorten wurde hingegen auf eine

---

<sup>69</sup> Bei den gemeindebezogenen Organisationen handelte es sich um ein Netzwerk älterer Menschen (Freiwilligeninitiative), ein Seniorenzentrum und ein Gesundheitszentrum eines Krankenhauses.

<sup>70</sup> CHAMPS II ist ein Bewegungsförderungsprogramm für ältere Erwachsene, das auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe älterer Teilnehmer zugeschnitten werden kann und folgende Komponenten umfasst: Information, Training von Fähigkeiten, Unterstützung, Problemlösung im Rahmen persönlicher Planungssitzungen, regelmäßige telefonische Nachfassaktionen (follow-up), Gruppenangebote, Newsletter, Bewegungs-/Aktivitätstagebücher, Fitness-Assessments.

*„Using principles of social-cognitive theory, trained staff members assist participants to develop and maintain a PA (Physical Activity, Anm. d. V.) regimen of their choice, based on their health, preferences, readiness to increase activity, ability, and resources. Participants are encouraged to join existing community-based PA classes and programs, develop a regimen on their own, or both. They learn how to motivate themselves, overcome barriers, exercise safely, develop a balanced program (endurance, strength training, flexibility, balance, and coordination), and progress slowly.“* (Stewart et al., 2006, 2)

lokale Übersicht verzichtet; anstelle dessen wurde z.B. monatlich ein Terminkalender an die Teilnehmer versendet und die Übungsstunden in den Seniorenzentren täglich annonciert. Ein monatlicher projekteigener Newsletter, wie in CHAMPS II vorgesehen, wurde in den gemeindebezogenen Organisationen nicht eingesetzt; die Informationen und Ankündigungen wurden jedoch in bestehende kommunale Verteiler (z.B. bestehender Gemeinde-Newsletter) integriert oder über Aushänge in den Einrichtungen verbreitet. Auch ein Übungstagebuch, persönliche Planungen von Übungsstunden und eine kontinuierliche telefonische Unterstützung wurden im Rahmen von CHAMPS III nicht angeboten; neue Programmbestandteile umfassten hingegen u.a. eine wöchentliche Übungsstunde und einen Spazierclub, einschließlich Blutdruckkontrollen und Hinweisen auf kontraindizierte Übungen; an einem Standort wurden monatlich bilinguale Sprechstunden und Diskussionsrunden mit Ärzten offeriert (ebd.).

Im Rahmen der Projektumsetzung in verschiedenen gemeindebezogenen Settings für ältere, sozial Benachteiligte, wurden insgesamt 321 Personen erreicht; dabei handelte es sich überwiegend um Frauen. Befragungen der Projektleitungen und -mitarbeiter im Rahmen der Outcome-Evaluation zeigten, dass durch das neue Bewegungsförderungsprogramm auch jüngere Ältere angesprochen werden konnten, die eigentlich nicht zur typischen Zielgruppe der Organisationen gehörten. Neben einer größeren innerorganisatorischen Aufmerksamkeit für körperliche Bewegung, zeigte sich beispielsweise auch bei Ärzten in der Gemeinde eine größere Aufmerksamkeit für das Programm, die z.T. mit Überweisungen von Patienten einherging. Um die Erreichbarkeit insbesondere von älteren Männern zu erhöhen, erfolgten in einzelnen Organisationen entsprechende Konferenzen zur Ermittlung von Aktivierungspotenzialen (Stewart et al., 2006).

Nach Abschluss des Projektzeitraums (1,5 Jahre) konnte für alle Organisationen langfristige Effekte im Sinne der Nachhaltigkeit und weiteren Verfügbarkeit der Programme erzielt werden. Ungeachtet der nach dem Förderzeitraum z.T. offenen Finanzierungsfragen, bestehen in allen Organisationen weiterhin Fortsetzungsbemühungen. Im Allgemeinen wird der Übertragungs- und Verbreitungsversuch positiv bewertet, auch wenn durchaus umfassende Programmveränderungen im Rahmen der Anpassung an die lokalen Organisationen nicht realisiert werden konnten (z.B. Abschaffung der persönlich individuellen Programmplanung/-empfehlung, der telefonischen Unterstützung/Motivation und in zwei Fällen der spezialisierten Mitarbeiter). Die vergleichsweise geringen Erfolge im individuellen Trainingsbereich führen die Autoren auf das zum Teil höhere Ausgangsniveau der Teilnehmer zurück. So wurden - anders als bei CHAMPS II - in dieser Untersuchung auch bereits körperlich aktive Ältere in das Programm einbezogen. Den insgesamt erfolgreichen Umsetzungsverlauf in allen Organisationen schreiben die Autoren insbesondere den dort tätigen Mitarbeitern zu: *„Based on our experiences, this project succeeded because of at least one enthusiastic staff member at each organization committed to helping seniors with this program.“* (Stewart et al., 2006, 8).

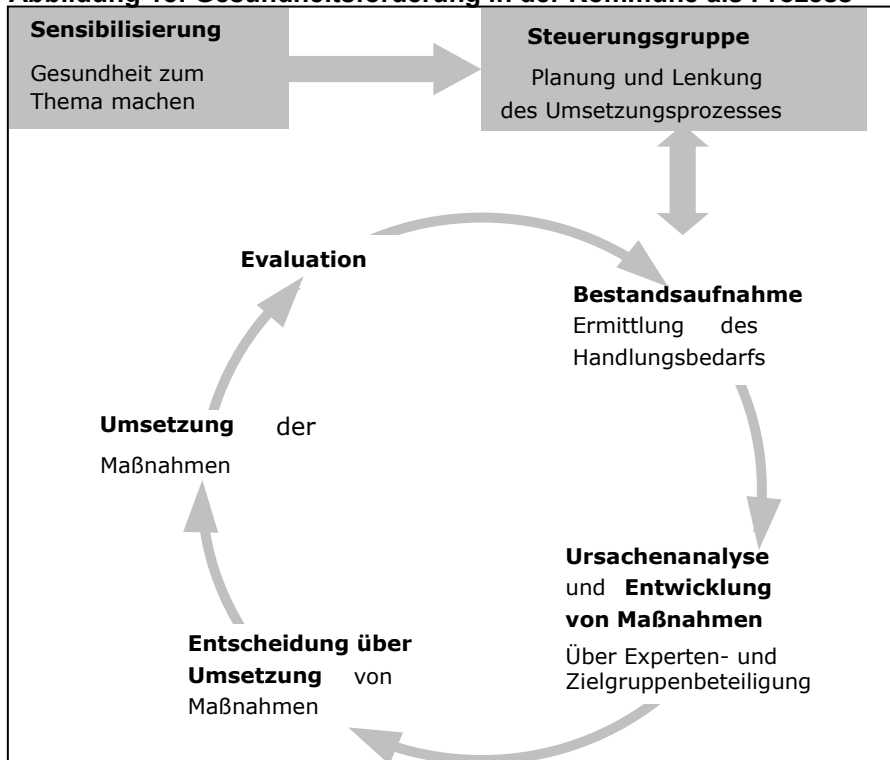
Erfahrungen zur Anwendung des Prozessschemas betrieblicher Gesundheitsförderung auf ein kommunales Setting wurden im Projekt „Neues Altern in der Stadt - NAIS<sup>71</sup>“ gesammelt.

---

<sup>71</sup> Das Projekt „Neues Altern in der Stadt“ (NAIS) unterstützte Kommunen bei der Entwicklung einer demographisch verantwortungsvollen Politik, die darauf zielte, die Zukunftsfähigkeit und die Lebensqualität der Einwohnerinnen und Einwohner nachhaltig zu verbessern. Das Projekt wurde von der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit wissenschaftlichen Experten sowie mit verschiedenen Institutionen entwickelt und in sechs Pilotkommunen praktisch erprobt. In den Pilotkommunen wurde eine Analyse-, Aktions-, und Abschlussphase durchgeführt, die im Prozess begleitet, gesteuert und evalu-

In einem moderierten partizipativen Szenarioverfahren wurde in Bruchsal, einer der Pilotkommunen, „Gesundheitsförderung und Prävention“ als Schwerpunktthema ermittelt<sup>72</sup>. Altgeld (2008) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass das Prozessschema der betrieblichen Gesundheitsförderung auch als Handlungsgrundlage für die Bearbeitung des Themas „Gesundes Altern in Kommunen“ genutzt werden kann. Aus der betrieblichen Gesundheitsförderung bewährte Maßnahmen der Prozessorganisation, der Aufbau von Strukturen und die Entwicklung von Maßnahmen können auch auf das kommunale Setting übertragen werden (vgl. Abb. 18).

**Abbildung 18: Gesundheitsförderung in der Kommune als Prozess**



Quelle: Altgeld, 2008, 213

Als bedeutsame Voraussetzungen können zum einen die Sensibilisierung für das Thema und die Einrichtung einer Steuerungsgruppe angesehen werden; Letztgenannte ist für die Planung und Steuerung des Umsetzungsprozesses zuständig, der folgende Phasen umfasst: Bestandsaufnahme (Handlungsbedarf ermitteln), Ursachenanalyse und Entwicklung von Maßnahmen über Experten- und Zielgruppenbeteiligung, Entscheidung über Umsetzung von Maßnahmen, Umsetzung der Maßnahmen und Evaluation.

In Bruchsal konnte auf eine große Gruppe interessierter und engagierter Anbieter, aber auch älterer Bürger zurückgegriffen werden, die an dem Plenum zur Steuerung der Prozesse be-

teilt wurde. Alle Projektphasen wurden durch eine interdisziplinär zusammengesetzte beratende Steuerungsgruppe begleitet. Die Kommunen stellten für die Projektdurchführung einen Mitarbeiter zur Verfügung (0,5 Personalstellen), der durch einen ehrenamtlichen Mitarbeiter unterstützt wurde. Gemeinsam bildeten sie das örtliche Projektteam, das so genannte Tandem, das die kommunalen Projektaktivitäten vorbereitete und für die Koordination und Umsetzung zuständig war.

<sup>72</sup> Projektflyer NAIS, NAIS ausführliche Projektbeschreibung, online verfügbar unter (03/2009) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>

teiligt waren. Die beteiligten Akteure ordneten sich nach der Auftaktveranstaltung fünf Arbeitsgruppen („Bewegung und Ernährung“, „Pflege ist mehr“, „Geistig fit und aktiv“, „Präventive Hausbesuche“ und „Wegweiser“) zu, die im Rahmen von bis zu zehn Treffen (innerhalb eines Zeitraums von acht Monaten) folgende Aufgaben übernahmen (ebd.): Analyse der Angebotsstruktur im jeweiligen Themenfeld; Ableitung von Defiziten und Handlungsbedarf und Entwicklung und Priorisierung von Maßnahmenvorschlägen (Kriterien der Priorisierung: Konsens in der Arbeitsgruppe, zeitnahe Umsetzbarkeit, Machbarkeit). Der Umfang der Analysephase variierte dabei je nach Themenfeld, z.B. aufgrund der heterogenen Angebotsstruktur, aber auch dann, wenn bevölkerungsbezogene Daten in die Analyse einbezogen wurden (z.B. wurde im Rahmen der AG „Präventive Hausbesuche“ die Bewohnerstruktur eines sozial benachteiligten Stadtteils berücksichtigt). Die im Kontext der AG Präventive Hausbesuche entstandene Verknüpfung von präventiven Hausbesuchen und Quartiersmanagement im Gebiet des Programms „Soziale Stadt“ ist in diesem Sinne bisher einmalig. Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass Programme und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention spezifisch auf die jeweilige kommunale Situation abgestimmt, entwickelt und umgesetzt werden müssen (Altgeld, 2008, 214).

### **6.3 Zusammenfassung**

Betrachtet man zunächst die Erfahrungen, die aus dem europäischen und deutschen Gesunde-Städte-Netzwerk der WHO vorliegen, so können insbesondere die auf internationaler Ebene vorliegenden konzeptionellen (Vor-) Arbeiten, good-practice-Beispiele und Erfahrungsberichte zur praktischen Umsetzung hervorgehoben werden, die grundsätzlich als Planungs- und Handlungsgrundlage für die kommunale Ebene herangezogen werden können. Im Sinne der darin ausgewiesenen kommunalen Planungs- und Handlungsverantwortung werden dabei Anregungen für die Analyse der Ausgangssituation und die Begleitung von Veränderungsprozessen ebenso gegeben (z.B. Erstellung von Stadtgesundheitsprofilen) wie Hinweise für die räumliche und inhaltliche Gestaltung von Maßnahmen. Die für Deutschland vorliegenden Erfahrungen aus Dresden verdeutlichen, dass es sich bei der Umsetzung des Healthy-Ageing-Konzeptes im kommunalen Kontext um einen langjährigen Prozess unter Beteiligung aller relevanten Akteure handelt, dem durch Verabschiedung eines kommunalpolitischen Beschlusses zusätzlich Bedeutung verliehen wurde. Grundsätzlich ist dabei hervorzuheben, dass innerhalb des (nationalen) Gesunde-Städte-Netzwerkes zumindest über die Einrichtung des Gesunde-Städte-Büros und dort zuständige (Verwaltungs-) Mitarbeiter ein Mindestmaß an kommunaler Verantwortung für das Thema „Gesundheit“ sichergestellt wird. Betrachtet man die prämierten nationalen Praxisbeispiele zum Thema „Gesund Altern“ kann kommunale Verantwortung in einem Fall über die Beteiligung des Bezirksseniorenrates und die Verbindung zur kommunalen Seniorenplanung abgeleitet werden, in einem anderen Fall zeigt sich kommunale Beteiligung über finanzielle Zuwendungen. Grundsätzlich können konzeptionelle (Vor-) Arbeiten (einschließlich praktischer Arbeitshilfen) der WHO zum Thema Gesundes Altern in Städten und Gemeinden als handlungsleitend angesehen werden; Auswirkungen auf das kommunale Handeln zeigen sich jedoch vorwiegend im europäischen Gesunde-Städte-Netzwerk. Für das deutsche Gesunde-Städte-Netzwerk liegen – mit Ausnahme von Dresden (die allerdings über das europäische Netzwerk eingebunden sind) - keine Hinweise zur Rezeption und Anwendung dieser Instrumente vor. Anzunehmen ist, dass Konzepte und Arbeitshilfen auf kommunaler Ebene durchaus bekannt sind und z.T. auch als Orientierungspunkt herangezogen werden. Aufgrund des damit verbundenen nicht unerheb-

lichen Zeit- und Arbeitsaufwandes ist ebenfalls zu vermuten, dass diese auf kommunaler Ebene jedoch nur selten ihre volle Wirkkraft erlangen.

Im (inter-)nationalen Überblick zeigt sich, dass gemeindebezogene/-basierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen bereits seit längerer Zeit als eine geeignete Möglichkeit zur Verbesserung und zum Erhalt der Gesundheit und Lebensqualität Älterer angesehen wird. Betont wird dabei insbesondere auch die Bedeutung verhältnispräventiver Ansätze im Sinne von Gemeindeentwicklungsprozessen/-organisation. Internationale Modellprojekte und Forschungsarbeiten zur kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind seit Ende der 1990er Jahre zu verzeichnen; kennzeichnend für diese Vorhaben sind eine Vielfalt methodisch-konzeptioneller Bezugspunkte und Vorgehensweisen sowie die Realisierung von Maßnahmen in unterschiedlichen gemeindebezogenen Settings (z.B. Stadtteil, Kleinstadt/ländlicher Raum, Großstadt).

Im Hinblick auf Prozesse der Gemeindeentwicklung zugunsten von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind insbesondere die Erfahrungen hervorzuheben, die auf die Verbesserung der Zusammenarbeit lokaler Akteure und die Verbesserung bzw. (Weiter-) Entwicklung lokaler Angebotsstrukturen zielen. Wegweisend im Sinne der Nachvollziehbarkeit und Nutzbarkeit für andere Kommunen erscheinen dabei diejenigen Arbeiten, die sich auf regelhafte Abläufe (z.B. Anwendung des Prozessschemas der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Kommune, Altgeld, 2008; vgl. auch Projektphasen bzw. -stufen bei Lindqvist, Timpka & Schelp, 2001) oder zuvor festgelegte Kriterien (z.B. Konzept der Community Readiness, Reis-Klingspiegl, 2008) beziehen (vgl. Tab. 12).

**Tabelle 12: Prozesse der Gemeindeentwicklung**

	Anwendung des Prozessschemas betrieblicher Gesundheitsförderung auf ein kommunales Setting (vgl. Altgeld, 2008)	Planung und Umsetzung eines umfassenden sturzpräventiven Programms auf kommunaler Ebene (vgl. Lindqvist, Timpka & Schelp, 2001)
<i>Voraussetzungen</i>	Sensibilisierung für das Thema und Einrichtung einer Steuerungsgruppe (Planung und Steuerung des Umsetzungsprozesses)	
<i>Phasen/Stufen</i>	Bestandsaufnahme (Handlungsbedarf ermitteln)	Gemeindeanalyse zur lokalen Epidemiologie von Verletzungen in der Gruppe der älteren Bevölkerung;
	Ursachenanalyse und Entwicklung von Maßnahmen über Experten- und Zielgruppenbeteiligung	Projektdesign (Kommunalverwaltung und politische Vertreter)
	Entscheidung über Umsetzung von Maßnahmen	Programmimplementation (lokales Gremium)
	Umsetzung der Maßnahmen	praktische Umsetzung unterschiedlicher verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen (kommunale und lokale Akteure)
	Evaluation	Verstetigungsphase Evaluationsphase (Auswertungsphase, Datenerhebungen erfolgten im Projektverlauf)

Quelle: Altgeld, 2008; Lindqvist, Timpka & Schelp, 2001; eigene Darstellung

Ziele im Rahmen der intersektoralen Zusammenarbeit sind die Sensibilisierung und Aktivierung lokaler Akteure - dies können sowohl professionelle gesundheitsbezogene Dienstleister als auch frei-gemeinnützige Einrichtungen oder Initiativen sein - für das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen und eine dementsprechende Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen (vgl. Hiki & Bill, 2005). Positive Wirkung auf diesen Prozess können dabei



durch die Unterstützung und Befürwortung politischer Vertreter erzielt werden (vgl. Burgstaller et al., 2006). Die Arbeitsform und Anzahl der beteiligten Partner kann dabei unterschiedlich gewählt werden z.B.

- Einbindung des Themas in vorhandene lokale Strukturen, Zusammenschlüsse, Arbeitskreise (vgl. Hikl & Bill, 2005),
- Einrichtung neuer Gremien wie z.B. ein kommunales Beratungsgremium (vgl. Saunders et al., 2003).

Eine Beteiligung lokaler Akteure an Arbeitsgruppen mit verschiedenen Themen erfolgt i.d.R. unter Berücksichtigung der organisationseigenen Interessen; die Arbeit in den Arbeitsgruppen kann folgende Aufgaben umfassen: Analyse der Angebotsstruktur im jeweiligen Themenfeld; Ableitung von Defiziten und Handlungsbedarf; Entwicklung und Priorisierung von Maßnahmenvorschlägen (Kriterien der Priorisierung: Konsens in der Arbeitsgruppe, zeitnahe Umsetzbarkeit, Machbarkeit) (vgl. Altgeld, 2008).

Für die Umsetzung der verschiedenen Projektphasen können unterschiedliche Akteure zuständig sein z.B. Projektplanung durch Verwaltungsmitarbeiter und politische Vertreter, Projektimplementation durch ein lokales Gremium, Projektumsetzung durch kommunale und lokale Akteure (vgl. Lindqvist, Timpka & Schelp, 2001).

Gemeinsam ist den Projekten, dass zu Beginn der Zusammenarbeit eine Analysephase und Bedarfsermittlung erfolgen, die z.T. unter Rückgriff auf Bedürfnisse und Bedarfe potentieller älterer Nutzer erfolgen. Gleichwohl variiert dabei das Ausmaß der (Bürger-) Beteiligung. Ausgangspunkt für die Angebotsgestaltung sollte eine regionale Bedarfsanalyse sein, die auf unterschiedliche Weise realisiert werden kann z.B. Befragung potentieller Teilnehmer im Rahmen individueller Beratung (vgl. Hikl & Bill, 2005), Beteiligung der Zielgruppe am Entwicklungsprozess durch Einbindung in lokale Arbeitskreise oder Bedarfsabfragen innerhalb der älteren Zielgruppe (Burgstaller et al., 2006), (Bürger-) Befragungen (in unterschiedlichem Ausmaß) (Burgstaller et al., 2006; Reis-Klingspiegl, 2008) sowie Einbindung (älterer) Bürger in kommunale Arbeitsgemeinschaften (vgl. Altgeld, 2008). Die Angebote können einen klientenzentrierten, individuellen und aktivierenden Ansatz einschließen z.B. aufsuchende Aktivierung (vgl. Hikl & Bill, 2005) oder die Erstellung individueller Interventionsempfehlungen umfassen (vgl. Saunders et al., 2003).

Erfahrungen im Kontext von Community readiness und Community Capacity weisen auf die Bedeutung der Einrichtung eines lokalen Gremiums für den Aufbau gesundheitsfördernder regionaler Strukturen hin. Hervorzuheben ist dabei die (externe) Moderation und Prozessbegleitung dieser Gremien z.B. durch ein Modelprojektteam (Reis-Klingspiegl, 2008) oder eine damit beauftragte Person (Moyer et al., 1999). Die Community-Readiness-Kriterien stellen ein handhabbares, hilfreiches und viel versprechendes Instrument zur prospektiven Einschätzung des Erfolgs von settingorientierter Gesundheitsförderung dar, mit dessen Hilfe z.B. relevante Schlüsselpersonen befragt werden können (Reis-Klingspiegl, 2008). Der Gemeindeentwicklungsprozess und eine einrichtungs-/sektorenübergreifende Zusammenarbeit können schrittweise erfolgen und sich bei und zwischen einzelnen Akteuren in unterschiedlichem Ausmaß vollziehen (Moyer et al., 1999). Die Beteiligung lokaler Akteure an entsprechenden Gemeindeentwicklungsprozessen erfordert den Einsatz einrichtungseigener Res-

ourcen, die in je unterschiedlichem Ausmaß von den einzelnen Beteiligten erbracht werden können. Von Vorteil erweist es sich somit, wenn Beteiligung entsprechend den je individuellen Möglichkeiten der lokalen Akteure gestaltet werden kann und somit auch eine partielle oder einmalige Beteiligung zulässig ist oder auf diesem Weg die Möglichkeit eröffnet wird, das Thema und eine Beteiligung bei zukünftigen Planungen zu berücksichtigen (Moyer et al., 1999).

Für die Übertragung eines evidenzbasierten Programms auf ein kommunales Setting ist die Gewinnung lokaler Akteure, die sich an der Umsetzung beteiligen, erforderlich; dies erweist sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Erfahrungen durchaus als praktikabel (vgl. Stewart et al., 2006). Erforderlich erscheint dabei jedoch die Anpassung an die je individuellen organisationalen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen der lokalen Akteure (vgl. Stewart et al., 2006). Außerdem zeigt sich, dass auch in diesem Kontext zwischen den beteiligten lokalen Akteuren neue Partnerschaften entstehen (vgl. Stewart et al., 2006) und über das Programm hinaus gehend die Angebotsstruktur positiv beeinflusst und deren Weiterentwicklung angeregt werden können (z.B. Entwicklung ergänzender Leistungen in den beteiligten Einrichtungen oder weiterer Ausbau bewegungsfördernder Maßnahmen in der Region) (vgl. Stewart et al., 2006).

Für alle Vorhaben gilt jedoch, dass diese i.d.R. unter modellhaften Bedingungen und unter Rückgriff auf zusätzliche finanzielle und/oder personelle Mittel realisiert wurden. Auch hier ist anzunehmen, dass diese Vorhaben zweifelsfrei Orientierungspunkte für andere Kommunen darstellen; diese aber angesichts der gegenwärtig verbreiteten wirtschaftlich angespannten kommunalen Rahmenbedingungen wahrscheinlich vergleichsweise selten oder lediglich anteilig von anderen Kommunen aufgegriffen werden.

## Teil III Empirische Untersuchung

Im dritten Teil der Arbeit erfolgt die Darstellung der eigenen empirischen Untersuchung, die darauf zielte, die Arbeitsweise sowie Planungs- und Gestaltungsprozesse der kGKn in NRW zur gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu erfassen. Nach der Beschreibung des methodischen Vorgehens (Kap. 7), erfolgt die Darstellung und Zusammenfassung der empirischen Befunde (Kap. 8) sowie die Bewertung und Diskussion der Ergebnisse (Kap. 9). Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick (Kap.10).

### 7 Methodisches Vorgehen

In Kapitel sieben werden zunächst - neben Forschungsinteresse und Fragestellungen - die Überlegungen zum qualitativen Forschungsansatz sowie Entscheidungen und Vorgehensweisen im Forschungsprozess dargelegt und das Erhebungsinstrument und seine Handhabung beschrieben (Kap. 7.1 bis 7.4). Im Anschluss daran erfolgt eine Darstellung des gewählten Auswertungsverfahrens und der vollzogenen Auswertungsschritte (Kap. 7.5).

#### 7.1 Forschungsinteresse und Fragestellungen

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung war die gegenwärtige Diskrepanz zwischen einer hohen Bedeutung kommunaler Gesundheitsförderung einerseits, die auch für die Zielgruppe älterer Menschen postuliert wird, und einem bislang geringen Wissen zu damit verbundenen kommunalen Planungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen andererseits. Um die kommunalen Erfahrungen im Umgang mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zu erfassen, wurde deshalb für die Untersuchung anstelle eines hypothesenprüfenden Verfahrens ein exploratives und qualitatives Vorgehen gewählt.

Im Mittelpunkt der Arbeit standen dabei Vorhaben der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen, die von kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW im Zeitraum von 2004 bis 2009 realisiert wurden. In der Auseinandersetzung mit den zuvor ausgeführten theoretischen Überlegungen wurden für die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfragen abgeleitet:

- I. Warum wird das Thema Gesundheitsförderung von den kommunalen Gesundheitskonferenzen in kreisfreien Städten und Kreisen in NRW für die Zielgruppe ältere Menschen aufgegriffen?**
- II. Wie wird in diesem Kontext die Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen inhaltlich und thematisch gestaltet?**
- III. Welche Anforderungen bestehen im Hinblick auf die Gestaltung von kommunaler Gesundheitsförderung für die Zielgruppe ältere Menschen?**
  1. Welche Arbeitsschritte werden im Kontext der kGK für die Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen vollzogen?
  2. Welche Umsetzungsmöglichkeiten werden gewählt?
  3. Wie wird die Arbeitsweise der kGK zu diesem Thema aus Sicht der Mitarbeiter der Geschäftsstelle ausgewählter kommunaler Gesundheitskonferenzen bewertet?
  4. Welche förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen sehen sie bei der Bearbeitung dieses Themas?
  5. Wie schätzen sie die aktuelle und zukünftige Versorgungssituation in ihren Kommunen im Bereich der Gesundheitsförderung für ältere Menschen ein?
  6. Was hat sich aus ihrer Sicht für die Bearbeitung des Themas bewährt?

**IV. Welche Erfahrungen werden bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der kGK im Hinblick auf die Umsetzung von Kernelementen der Gesundheitsförderung gemacht?**

1. Inwiefern wird das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen als kommunale Gestaltungsaufgabe wahrgenommen?
2. Wie äußert sich die Wahrnehmung kommunaler Verantwortung für den Bereich Gesundheitsförderung für ältere Menschen?
3. Welche Kooperationsbeziehungen zwischen lokalen Akteuren sind für die Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen von Bedeutung?
4. Inwiefern gelingt es, in den Kommunen in diesem Zusammenhang intersektorale Kooperationsbeziehungen aufzubauen?
5. Wie wird die Beteiligung und Mitwirkung älterer Menschen an der Bearbeitung des Themas kommunale Gesundheitsförderung gestaltet?

Bei der Betrachtung der einzelnen Untersuchungsbereiche richtete sich das Erkenntnisinteresse (vgl. Tab. 13) nicht darauf, die Verläufe einzelner Fälle nachzuzeichnen. Neben Bearbeitungsgründen und Zielsetzungen sollten Themenbereiche, Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die im Allgemeinen, das heißt fallübergreifend, für eine systematische Förderung der Bearbeitung des Themas in Kreisen und kreisfreien Städten relevant sind. Die Untersuchung zielte somit darauf, kommunale Erfahrungen und Gestaltungsmöglichkeiten aufzubereiten und zu analysieren, Empfehlungen für andere Kommunen für die Bearbeitung, Umsetzung oder Integration dieses Themas in bestehende kommunale Strukturen abzuleiten sowie weiterführende Hypothesen und Fragestellungen für zukünftige Forschungsvorhaben zu generieren.

**Tabelle 13: Untersuchungsbereiche und Erkenntnisinteresse**

Themenbereich	A	B	C	D		E	
	Hintergrund und Vorbereitung	Arbeitsform/-schritte und Rahmenbedingungen	Praktische Umsetzung	Kommunalpolitische Verankerung	Intersektorale Kooperation	Partizipation	Bewertung und Ausblick
Kurzbeschreibung	– Gesundheitsförderung für ältere Menschen als Thema der kGK	– Arbeitsform/-schritte bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen und finanzielle Rahmenbedingungen	– Umsetzung der Ergebnisse der kGK zum Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen	– Stellenwert des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext der kommunalen Gesundheitspolitik	– Intra- und interkommunale Kooperation und Zusammenarbeit mit externen Partnern zum Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen	– Beteiligung und Mitwirkung älterer Menschen bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen	– Bewertung der Versorgungssituation im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen aus Sicht der Geschäftsführungen der kGK
Erkenntnisinteresse	Bearbeitungsgrund, Zielsetzungen, Verständnis von Gesundheitsförderung für ältere Menschen	Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten zu o.g. Themenbereichen	Themenbereiche, Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten	Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten zu o.g. Themenbereichen		Reflektion der Umsetzungserfahrungen	

Quelle: eigene Erhebung, 2009, eigene Darstellung

## 7.2 Überlegungen zum qualitativen Forschungsansatz

Die qualitative Sozialforschung entwickelte sich u.a. als Kritik und Gegenentwurf zu quantitativen Forschungsrichtungen und Methoden (zur Abgrenzung qualitativer und quantitativer Verfahren vgl. Flick, 2009; Lamnek, 2005), wobei gegenwärtig – natürlich in Abhängigkeit von dem jeweiligen Forschungsgegenstand - eine Sichtweise favorisiert wird, die eine gewinnbringende gegenseitige Ergänzung der unterschiedlichen Herangehensweisen betont. Beide Forschungsansätze haben somit mit ihren je spezifischen Möglichkeiten und Zielen jeweils für sich genommen ihre Berechtigung, eignen sich aber auch für eine kombinierte Anwendung (vgl. Mayring, 2002). Unter dem Begriff der qualitativen Sozialforschung werden gegenwärtig unterschiedliche Forschungsansätze verortet, die im Wesentlichen auf folgende erkenntnistheoretische Positionen zurückzuführen sind (Flick, 2009, 82):

- Symbolischer Interaktionismus (subjektive Bedeutungen, individuelle Sinnzuschreibungen),
- Ethnomethodologie (Alltagsroutinen und ihre Entstehungszusammenhänge) und
- strukturalistische oder psychoanalytische Positionen (Ausgangspunkt: Prozesse des psychisch oder sozialen Unbewussten).

Für die vorliegende Arbeit kann eine Zuordnung zur Ethnomethodologie vorgenommen werden, die darauf gerichtet ist zu erklären, *„wie Menschen in interaktiven Prozessen soziale Wirklichkeit herstellen. Untersucht werden dabei die Methoden, mit denen solche Herstellung im Alltag realisiert wird.“* (Flick, 2009, 86). Das Forschungsinteresse dieses Ansatzes richtet sich auf Alltagshandlungen, ihren Vollzug und die Art und Weise der Herstellung ihres Vollzugskontextes.

Forschungspraktisch hat sich neben der Konversationsanalyse in den letzten 30 Jahren die Analyse von Arbeitsprozessen („Studies of Work“) etabliert. Durch den Einsatz unterschiedlicher Methoden wird eine genaue Beschreibung von Arbeitsabläufen angestrebt; Gesprächsanalysen bilden dabei einen Zugangsweg (Flick, 2009, 88f). Flick (2009, 26ff und 95ff) beschreibt folgende Aspekte qualitativer Forschung, die für die unterschiedlich begründeten Positionen und Forschungsansätze kennzeichnend sind. Die konkrete Ausgestaltung erfolgt jeweils in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden theoretischen Position (vgl. Tab. 14).

**Tabelle 14: Aspekte qualitativer Forschung**

Aspekte qualitative Forschung	
<b>Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bezugspunkt für die Auswahl der Methoden ist der Untersuchungsgegenstand, der in seiner Komplexität und Ganzheit untersucht wird</li> <li>– Untersuchungsfeld ist das <i>„Handeln und Interagieren der Subjekte im Alltag“</i> (Flick, 2009, 27)</li> <li>– Forschungsziel: Neues entdecken, empirisch begründete Theorieentwicklung</li> <li>– Die Bestimmung der Gültigkeit der Untersuchung erfolgt ebenfalls unter Bezugnahme auf den Gegenstand</li> </ul>

Quelle: Flick (2009, 26ff und 95ff), eigene Darstellung

**Fortsetzung Tab. 14 Aspekte qualitativer Forschung**

<b>Perspektiven der Beteiligten und ihre Vielschichtigkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualitative Forschung zielt darauf, die Unterschiedlichkeit von Perspektiven (z.B. Patient, Angehörige, Professionelle) auf einen Gegenstand zu verdeutlichen</li> <li>– Ansatzpunkt sind die mit dem Gegenstand verknüpften subjektiven und sozialen Bedeutungen z.B. Untersuchung von Wissen und Handeln der Beteiligten, Analyse von Interaktionen und Umgangsweisen, Beschreibung und Erklärung von Zusammenhängen im konkreten Kontext eines Falles</li> </ul>
<b>Reflexivität des Forschers und der Forschung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „Die <i>Subjektivität von Untersuchten und Untersuchern wird zum Bestandteil des Forschungsprozesses.</i>“ (Flick, 2009, 29; Hervorh. i. O.)</li> <li>– Reflexionen des Forschers (z.B. über Handlungen und Beobachtungen im Feld, persönliche Eindrücke, Irritationen, Einflüsse, Gefühle usw.) werden zu Daten, die dokumentiert und bei der Interpretation berücksichtigt werden.</li> </ul>
<b>Spektrum der Ansätze und Methoden qualitativer Forschung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die qualitative Forschungspraxis ist durch verschiedene theoretische Ansätze (und damit verbundene Methoden) geprägt.</li> </ul>
<b>Verstehen als Erkenntnisprinzip</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ziel qualitativer Forschung ist es, untersuchte Phänomene, Geschehenes von innen heraus zu verstehen z.B. Ablauf sozialer Situationen (Gespräche, Diskurse, Arbeitsabläufe).</li> </ul>
<b>Fallrekonstruktion als Ansatzpunkt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erster Ansatzpunkt ist zunächst der Einzelfall, erst im weiteren Verlauf werden z.B. vergleichende Aussagen getroffen.</li> </ul>
<b>Konstruktion von Wirklichkeit als Grundlage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „<i>Wirklichkeit, die in qualitativer Forschung untersucht wird, ist nicht vorgegeben, sondern wird von unterschiedlichen Instanzen konstruiert.</i>“ (Flick, 2009, 96) z.B. Subjekte, die über ihre Sicht auf ein bestimmtes Phänomen, einen Ausschnitt von Wirklichkeit konstruieren.</li> </ul>
<b>Text als empirisches Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Im Rahmen der Fallrekonstruktion werden Texte hergestellt, die die Grundlage für die empirische Analyse (Rekonstruktion und Interpretation) bilden</li> </ul>

Quelle: Flick (2009, 26ff und 95ff), eigene Darstellung

Nach Lamnek (2005, 20ff) können für die qualitative Sozialforschung zudem folgende zentrale Prinzipien benannt werden:

- **Offenheit des Forschers** gegenüber den Untersuchungspersonen, der Untersuchungssituation und der Untersuchungsmethode (Explorationsfunktion; Hypothesen generierendes Verfahren);
- **Empirische Forschung ist immer auch Kommunikation** (Beachtung alltäglicher Regeln der Kommunikation im Forschungsprozess);
- **Prozesscharakter:** empirische Forschung ist prozesshaft und in ihrem Ablauf veränderbar. Verhaltensweisen und Aussagen der Untersuchten sind prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität; Prozessualität wird zur wissenschaftlichen Erfassung des Entstehungszusammenhangs sozialer Phänomene eingesetzt;
- **Reflexivität empirischer Forschung im Hinblick auf Gegenstand und Analyse:** die Beziehung zwischen Forscher und Beforschtem ist kommunikativ und reflexiv (reflektierte Einstellung des Forschers; Anpassungsfähigkeit im Hinblick auf das Untersuchungsinstrumentarium);

- **Explikation:** darlegen und erklären der einzelnen Untersuchungsschritte. Erwartung an den Forscher, die Untersuchungsschritte weitestgehend offen zu legen, um die Nachvollziehbarkeit der Interpretation und die Intersubjektivität des Forschungsergebnisses sicherzustellen;
- **Flexibilität im gesamten Forschungsprozess** z.B. in Bezug auf die Situation und die Relation zwischen Forscher und Beforschten (einschließlich des Instrumentariums); Anpassung an veränderte Bedingungen und Konstellationen (Verwendung des bereits erzielten Erkenntnisfortschritts für nachfolgende Untersuchungsschritte).

Die in der quantitativen Forschung üblichen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) können nicht einfach auf den Bereich der qualitativen Forschung übertragen werden. Unter Berücksichtigung erkenntnistheoretischer Grundlagen und methodischer Verfahrensprinzipien quantitativer Forschung erfolgten jedoch in den letzten Jahren Versuche einer Analogisierung dieser Gütekriterien für die qualitative Forschung (Kruse, 2009, 220ff).

An Stelle des Kriteriums der Objektivität wird in der qualitativen Forschung das Prinzip der Intersubjektivität Bezug angewendet (übereinstimmender Nachvollzug mehrerer Forscher in Bezug auf den Verstehensprozess). Die Erläuterung und Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses stellt dafür eine grundlegende Voraussetzung dar. Die Forderung der Intersubjektivität besteht insbesondere für die Interpretation (Nachvollziehbarkeit der Lesart, die der Forscher für einen Textes angewendet hat). Die reflektierte Subjektivität stellt die Berücksichtigung der Kontextabhängigkeit der Subjektivität sicher. Das Kriterium der internen Validität (quantitativ: Kontrolle von möglichen Störvariablen für die Datengewinnung und –auswertung) wird in der qualitativen Forschung für den Auswertungsprozess angelegt. Die Konsistenzregel besagt, dass die Lesart eines Textes Gültigkeit besitzt, wenn diese mit dem gesamten Text konsistent ist und replizierbar ist. Replizierbarkeit meint hier, dass die Ergebnisse der Analyse (z.B. Deutungsmuster) sich konsistent im Datenmaterial zeigen (nicht einmalig oder zufällig) (Kruse, 2009, 220ff). Für die interne Validierung stehen in der qualitativen Forschung verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung wie z.B. die kollegiale Validierung (z.B. Analysearbeit in einer Gruppe) oder die kommunikative Validierung (Besprechung der Untersuchungsergebnisse mit den untersuchten Subjekten, Stimmigkeitsprüfung). Darüber hinaus werden weitere Validierungsverfahren beschrieben (Lamnek, 2005, 154) wie z.B. die argumentative Validierung (Offenlegung der Vorannahmen des Interpretieren und Überprüfung der Interpretation in Zusammenarbeit mit dem Leser; regelgeleitete und nachvollziehbare Argumentation) oder die prozedurale Validierung (regelgeleiteter Forschungsprozess einschließlich Dokumentation und Explikation der Arbeitsschritte).

Im Gegensatz zum Kriterium der Repräsentativität, das in der quantitativen Forschung zugrunde gelegt wird (statistische Repräsentativität), geht es in der qualitativen Forschung um die authentische Repräsentation eines Falles. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse wird teilweise auch in der qualitativen Forschung angestrebt. Voraussetzung für Verallgemeinerungen ist hier, dass die Stichprobe die Heterogenität des Feldes abbilden muss und dass auf dieser Grundlage der Fälle eine empirisch begründete Typenbildung möglich ist. Auffallend ist, dass die Anwendung der Gütekriterien vorwiegend auf den gesamten qualitativen Forschungsprozess oder lediglich auf die Auswertung fokussiert werden; eine Auseinandersetzung mit der Güte qualitativer Forschung für die Datengewinnung (z.B. Interviewführung)

wurde hingegen lange Zeit vernachlässigt (Kruse, 2009, 221). Mayring (2002, 144ff) beschreibt folgende Gütekriterien qualitativer Sozialforschung:

- **Verfahrensdokumentation:** mittels einer ausführlichen Verfahrensdokumentation wird die i.d.R. individuell an den Untersuchungsgegenstand angepasste Vorgehensweise beschrieben (Erläuterung des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentes, Durchführung/Auswertung der Datenerhebung) und der Forschungsprozess einer intersubjektiven Überprüfung zugänglich gemacht;
- **Argumentative Interpretationsabsicherung:** ausführliche Dokumentation der Interpretation zur Sicherstellung der intersubjektiven Überprüfbarkeit; Einbettung der Interpretation in das zuvor dargelegte Vorverständnis (theoriegeleitete Interpretation);
- **Regelgeleitetheit:** Regel geleiteter, systematischer Forschungsprozesses, z.B. durch schrittweises, sequenzielles Vorgehen (z.B. vorherige Festlegung von Analyseschritten, Strukturierung des Materials, systematische Analyse); um die Offenheit gegenüber dem Analysegegenstand zu wahren, schließt Mayring eine Modifikation vorheriger Festlegungen jedoch nicht aus;
- **Nähe zum Gegenstand:** Gegenstandsangemessenheit, Nähe der Forschung zum Untersuchungsgegenstand, die sich in der qualitativen Forschung in der Bezugnahme auf die Alltagswelt der in die Untersuchung einbezogenen Personen zeigt (einschließlich Interessenannäherung zwischen Forscher und Beforschten, „Forschung für die Betroffenen“);
- **Kommunikative Validierung:** eine Möglichkeit zur Überprüfung der Interpretation besteht in der Diskussion der Analyseergebnisse mit den Befragten; ein Hinweis zur Absicherung der Ergebnisse ist dabei darin zu sehen, dass sich die Befragten in den Ergebnissen wieder erkennen (Relevanz der Ergebnisse); zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass dies ein mögliches, wichtiges, aber nicht hinreichendes, ausschließliches Überprüfungsmerkmal sein kann, soll qualitative Forschung nicht in den Bedeutungsstrukturen der Befragten verharren;
- **Triangulation:** Versuch, eine Fragestellung über unterschiedliche Lösungswege zu beantworten, die Ergebnisse einem Vergleich zuzuführen und mögliche Schwächen der einzelnen Methoden auszugleichen; Anwendung verschiedener Methoden, Theorieansätze, Interpretieren, Datenquellen, um den Untersuchungsgegenstand detailliert zu erfassen.

Als Gütekriterium für die vorliegende Arbeit wird ein regelgeleiteter Forschungsprozess einschließlich Dokumentation und Explikation der Arbeitsschritte zugrunde gelegt. Von den Möglichkeiten der internen Validierung musste im Rahmen dieser Arbeit aus zeitlichen und ökonomischen Gründen abgesehen werden.

### 7.2.1 Das Leitfadeninterview

Für die empirische Untersuchung wurden in der vorliegenden Arbeit halboffene, leitfadengestützte Interviews mit Mitarbeitern der Geschäftsstellen ausgewählter kommunaler Gesund-



heitskonferenzen in NRW geführt. Grundsätzlich wird die Art der Interviewform in Abhängigkeit vom Forschungsdesign gewählt; handlungsleitend sind dabei das Erkenntnisinteresse, die Fragestellungen, die Zielgruppe der Befragung und die methodische Ausrichtung der Untersuchung. Generell ist hervorzuheben, dass die Art der Interviewform auf die Ergebnisse Einfluss nimmt und diese „vorstrukturiert“. Je nach Interviewform weisen die Aussagen, Themen und gewonnenen Daten eine spezifische Form auf, die darauf abgestimmte Auswertungsverfahren erfordern (Friebertshäuser & Langer, 2010, 438). Wenn die Ermittlung bereits im Vorfeld als relevant erachteter Themen im Vordergrund steht, bietet sich ein Leitfadenterview an. Sollen Sachinformationen und Fakten ermittelt werden kann u.a. das Experteninterview angewendet werden; für beide Interviewformen besteht die Möglichkeit einer inhaltsanalytischen Auswertung (vgl. Kruse, 2009, 62).

Die Anwendung von Leitfadenterviews ist weit verbreitet; mit dieser Erhebungsmethode ist die Erwartung verbunden, dass, im Vergleich zur standardisierten Befragung, im Rahmen einer offeneren Gestaltung der Interviewsituation die Ansichten der befragten Personen besser erfasst werden können (Flick, 2009, 194).

Leitfadenterviews können als vorstrukturierende Form der Befragung bezeichnet werden. Wesentliche Voraussetzung ist hier das Vorverständnis des Forschenden im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stehen dabei bereits als relevant ermittelte Themenbereiche, die zuvor im Rahmen der theoretischen Vorüberlegungen oder auf der Grundlage empirischer Befunde erschlossen wurden. Die Fragestellungen im leitfadengestützten Interview werden somit auf der Grundlage theoretischer und/oder empirischer Befunde verfasst. Für die Anwendung der vorstrukturierten Fragen bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, die ein mehr oder weniger festgelegtes Vorgehen umfassen können (z.B. festgelegte detaillierte Fragen und Reihenfolgen; Themenkomplexe zu verschiedenen Bereichen mit offen gehaltenen Erzählaufforderungen) (Friebertshäuser & Langer, 2010, 439).

Für die Ermittlung interner Abläufe einer Organisation – oder wie im Fall der vorliegenden Arbeit – eines kommunalen Gremiums, bietet sich somit ein halboffenes leitfadentorientiertes Vorgehen an. Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit bezieht sich dabei auf folgende Aspekte:

- die Ermittlung der Erfahrungen im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Kontext der kGK,
- die Ermittlung der Vorgehensweise und Abläufe innerhalb eines kommunalen Gremiums (die kommunalen Gesundheitskonferenzen) und daran angeschlossener Arbeitskreise,
- die Ermittlung diesbezüglicher Sachinformationen und Fakten.

Als Zielgruppe der Befragung wurden Mitarbeiter der Geschäftsstelle der kGKn in NRW, die über gebündelte Informationen zu den o.g. Aspekten verfügen, gewählt. Diese Zielgruppe kann auch als „Experte“ für die internen Abläufe der kGK bezeichnet werden. Mit der Entscheidung für ein leitfadengestütztes, halbstandardisiertes Interview wurden zudem wesentliche Spezifika, die mit der Zuweisung des Expertenstatus an die befragte Zielgruppe ver-

bunden sind (z.B. Kriterien für die Zuweisung des Expertenstatus an die Befragten, Auseinandersetzung mit der Wissensform des Expertenwissens, Anforderungen an die Rolle des Interviewers), berücksichtigt (vgl. Kruse, 2009, 58).

### 7.2.2 Das Experteninterview

Die Anerkennung des Experteninterviews als eigenständige Erhebungsmethode ist in der qualitativen Forschung nicht unumstritten. Ihm wurde in der Vergangenheit (und z.T. bis heute) eine nachrangige Rolle zugewiesen, was sich auch in der fehlenden bzw. marginalen Präsenz in den Lehrbüchern qualitativer Sozialforschung widerspiegelt (vgl. Bogner & Menz, 2005a, 16ff). Aus methodischer Sicht bestand im Vergleich zu standardisierten Verfahren ein wesentlicher Kritikpunkt am Experteninterview (und anderen qualitativen Verfahren) darin, dass diese als „*unreife Vorstufe zum „eigentlichen“ Forschungsprozess*“ (Bogner & Menz, 2005a, 18, Hervorh. i. O.) angesehen wurden. Insbesondere dem Experteninterview wurde vorgeworfen, dass es nahe an der Alltagskommunikation verbleibe und Ergebnisse in hohem Maß von Engagement, Fähigkeiten und Fertigkeiten des Interviewers abhängen (ebd.).

*„Experteninterviews gelten in dieser Perspektive bestenfalls als Steinbrüche von anekdotischen oder illustrativem Material: Nicht ausgefeiltes Erhebungsinstrument, sondern nicht mehr als ein irgendwie besonderes Alltagsgespräch bietet das Experteninterview in dieser Lesart eine intuitiv entworfene und kaum intersubjektiv überprüfbare Typizität anstelle der Repräsentativität, eine Illustration der Vorab-Theorie anstelle von Geltungsbegründung, Authentizität anstelle kontrollierter Abstraktion – und somit eine Theoriebildung, in welcher Genialität dominiert anstelle von Transparenz.“ (Bogner & Menz, 2005a, 18)*

Auch innerhalb der qualitativen Forschung selbst findet das Experteninterview (bislang) keine Anerkennung als eigenständige Erhebungsmethode; begründet wird dies u.a. darin (Bogner & Menz, 2005a, 20), dass

- im Experteninterview übliche „qualitative“ Anforderungen (z.B. Offenheit und Nichtbeeinflussung des Interviewpartners) nicht (ausreichend) berücksichtigt werden;
- keine einheitliche Definition des Experteninterviews vorliegt („Das Experteninterview gibt es nicht.“, Bogner & Menz, 2005a, 20, Hervorh. i. O.);
- bislang nur in geringem Maße eine theoretisch-methodologische Fundierung des Experteninterviews vorgelegt wurde und demgegenüber die Diskussion über praxis- und anwendungsfeldbezogene Probleme dominiert.

Das Experteninterview wird sowohl im Hinblick auf seine (unzureichende) methodische Fundierung als auch bezüglich seiner (häufig unreflektierten) forschungspraktischen Anwendung kritisiert (vgl. Kruse, 2009, 225; Meuser & Nagel, 1991, 441). Kennzeichnend für das Experteninterview ist, dass es in der Praxis flexibel gehandhabt wird: die Interviewführung kann sowohl offen-narrativ oder argumentativ-diskursiv gestaltet werden, für die Textanalyse wird auf rekonstruktiv-hermeneutische Verfahren ebenso zurückgegriffen wie auf fundiert-

inhaltsanalytische Vorgehensweisen oder „eher impressionistische“ Analysen und entsprechende Aussagekraft, mit anderen Worten: die praktische Anwendung bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen Strukturierung und Offenheit; die jeweilige Spezifizierung der Verfahrensweisen erfolgt durch den Forscher und seine Forschungsfragen und –ziele (vgl. Kruse, 2009).

Um diese Kritikpunkte wissend – und im Kontext einer weiterhin eher stagnierenden theoretisch-methodologischen Auseinandersetzung - hat sich das Experteninterview in den letzten Jahren dennoch in verschiedenen Fachgebieten (z.B. Industrie-, Bildungssoziologie, Politologie, Pädagogik) als Methode der Datengewinnung etabliert. Für ein besseres Verständnis dieser methodologisch umstrittenen Interviewform erscheint es daher von Bedeutung, sowohl Formen des Experteninterviews als auch den Expertenbegriff und damit einhergehende Wissensformen zu beschreiben (Bogner & Menz, 2005b). Bogner & Menz (2005b, 36ff) beschreiben drei grundlegende Varianten des Experteninterviews unter Berücksichtigung der Anwendungsmöglichkeiten sowie der Rolle des Experten und des Interviewers (vgl. Tab. 15).

**Tabelle 15: Varianten des Experteninterviews**

Variante	Anwendungsmöglichkeit	Rolle des Experten und Interviewers
<b>explorativ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Exploration unbekannter Wissensbestände, Forschungsgegenstände, -felder</li> <li>– thematische Sondierung</li> <li>– Erhebung von Sachinformationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Experte: Lieferant sachdienlicher Informationen und Fakten</li> <li>– Experteninterview: Informationsquelle vergleichbar mit einem wissenschaftlichen Artikel</li> <li>– Interviewführung: offen, nicht narrativ, grob leitfadenstrukturiert</li> <li>– Interviewrolle: offenzurückhaltend, Demonstration von Kompetenz</li> <li>– Zulassen spontaner Exkurse oder Themenwechsel des Experten</li> </ul>
<b>systematisierend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erhebung des aus der Praxis gewonnenen, reflexiv verfügbaren und spontan kommunizierbaren Handlungs- und Erfahrungswissens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Experte: Ratgeber im Hinblick auf den Forschungsgegenstand; objektiv-fachliches, sachdienliches Wissen</li> <li>– Interviewführung: sehr strukturierter, ausdifferenzierter Leitfaden</li> <li>– Interviewerrolle: „Ko-Experte“, argumentativ-diskursive Gesprächsführung</li> </ul>
<b>Theoriegenerierend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kommunikative Erschließung und analytische Rekonstruktion der „subjektiven Dimension“ des Expertenwissens</li> <li>– subjektive Handlungsorientierungen und implizite Entscheidungsmaximen des Experten eines fachlichen Funktionsbereiches als Ausgangspunkt der Theoriebildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Experte: implizites Wissen, Deutungsmuster und Handlungsroutinen</li> <li>– Problem: Rekonstruktion impliziter Wissensbestände</li> <li>– Interviewführung: offenzurückhaltend, grobleitfadenstrukturiert</li> <li>– Interviewerrolle: fachlich kompetenter Gesprächspartner, emergente Kommunikationsführung</li> </ul>

Quelle: Bogner & Menz 2005b, 36ff, Kruse, (2009, 231;237); eigene Darstellung

Das explorative Experteninterview kann u.a. dazu dienen, erste Orientierungen in einem neuen Untersuchungsfeld zu erschließen. Auf diese Weise können der Untersuchungsgegenstand inhaltlich-thematisch aufbereitet und strukturiert und Hypothesen für weitere Forschungsarbeiten generiert werden. Im Mittelpunkt steht dabei die thematische Sondierung mittels eines grob strukturierten Leitfadens, weniger die Vergleichbarkeit, Vollständigkeit und Standardisierbarkeit der Daten. Demgegenüber zeichnet sich das systematisierende Experteninterview insbesondere durch eine systematische und lückenlose Informationsgewinnung aus: Aufgabe des Experten ist die Erklärung „objektiver“ Tatbestände sowie die Vermittlung formal nicht zugänglichen Fachwissens an den Forschenden.

Mithilfe eines weitgehend standardisierten Erhebungsinstrumentes soll in erster Linie die thematische Vergleichbarkeit der Daten sichergestellt werden (ebd.). Das theoriegenerierende Experteninterview geht auf die Arbeiten von Meuser & Nagel zurück; Ziel ist dabei die

*„(...) kommunikative Erschließung und analytische Rekonstruktion der „subjektiven Deutungen“ des Expertenwissens. Subjektive Handlungsorientierungen und implizite Entscheidungsmaximen der Experten aus einem bestimmten fachlichen Funktionsbereich bezeichnen hier den Ausgangspunkt der Theoriebildung.“*  
(Bogner & Menz 2005b, 38, Hervorh. i. O.)

Die Vergleichbarkeit der Daten wird dabei durch einen halb-strukturierten Leitfaden und die organisatorisch-institutionelle Anbindung der Experten sichergestellt (Meuser & Nagel, 1991). Diese Variante kann der datenbasierten Theoriebildung zugeordnet werden (vgl. Glaser & Strauss, 1998 in Bogner & Menz, 2005b); angestrebt wird dabei

*„(...) eine theoretisch gehaltvolle Konzeptualisierung von (impliziten) Wissensbeständen, Weltbildern und Routinen [...], welche die Experten in ihrer Tätigkeit entwickeln und die konstitutiv sind für das Funktionieren von sozialen Systemen.“*  
(Bogner & Menz 2005b, 38)

Eine Besonderheit dieser Interviewform kann eindeutig in der Zielgruppe des „Experten“ selbst begründet werden, die häufig dahingehend kritisiert wird, dass sich allein über die Art des Gesprächspartners definiert werden und in dem Sinne keine eigenständige Methode darstellen (Bogner & Menz, 2005b, 39). Deshalb ist es bedeutsam zu klären, was ein „Experte“ ist (wie wird man zum Experten? welche Unterschiede bestehen bezüglich der Wissensrepräsentationen von „Experten“ und anderen Zielgruppen?) und welche Anforderungen können daraus für die Durchführung eines Interviews abgeleitet werden (Kruse, 2009). Versuche den Begriff des Experten zu definieren bestehen innerhalb unterschiedlicher Forschungsbereiche mit je unterschiedlichen Akzentuierungen. Der Expertenbegriff wird dabei einerseits weit gefasst (z.B. jeder Befragte ist Experte seiner Lebenssituation) oder an die Zuschreibung des Expertenstatus durch verschiedene Instanzen (z.B. der Forschende, die Gesellschaft) oder durch das Vorhandensein einer spezifischen Wissensstruktur („Sonderwissen“) geknüpft (vgl. Tab. 16).

Tabelle 16: Expertenbegriff

<b>Voluntaristischer Expertenbegriff</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- jeder Mensch verfügt über besondere Informationen für die Bewältigung des eigenen Alltags (Wissen bezüglich persönlicher Arrangements)</li> <li>- in dieser Perspektive erscheint prinzipiell jeder Befragte als Experte für seine Lebenssituation und Bedeutungsgelalte</li> </ul>
<b>Konstruktivistischer Expertenbegriff</b>	<i>Methodisch-relationaler Ansatz</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsfragestellung und methodischer Ansatz des Forschers begründen die Zuschreibung des Expertenstatus</li> <li>- Forschungsinteresse: „objektives“ Faktenwissen</li> <li>- Experten können innerhalb von Organisationen auch auf niederen Hierarchieebenen gefunden werden<sup>73</sup></li> <li>- das Expertentum ist keine personale Eigenschaft oder Fähigkeit</li> </ul>
	<i>Sozial-repräsentationaler Ansatz</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesellschaftliche Zuschreibung des Expertenstatus</li> <li>- Experte ist „(...), wer gesellschaftlich zum Experten gemacht wird, d.h., in der sozialen Realität als Experte angesehen wird.“ (Bogner &amp; Menz, 2005b, 41)</li> </ul>
<b>Wissenssoziologischer Expertenbegriff</b>	<i>Wissenssoziologie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuschreibung des Expertenstatus aufgrund der spezifischen Wissensstruktur des Befragten („Sonderwissen“; komplexe Wissensbestände innerhalb eines fachlich spezifischen Feldes)</li> <li>- Reflexive Präsenz des Expertenwissens</li> <li>- Implizite Wissensbestände (Routinehandeln, Gewohnheiten), die innerhalb der Befragung rekonstruiert werden müssen</li> </ul>

Quelle: Bogner & Menz, 2005b, 39ff; Kruse, (2009, 229; 237); eigene Darstellung

Unterschieden werden nach Bogner & Menz (2005b) der voluntaristische, der konstruktivistische und der wissenssoziologische Expertenbegriff. Der voluntaristische Expertenbegriff wird einerseits aus methodischer Sicht dahingehend kritisiert, dass für die Erfassung derartiger Wissensformen (Alltagswissen, der Experte ist als Gesamtperson von Interesse) andere Verfahren zur Verfügung stehen. Zum anderen erscheint eine derart starke Ausweitung des Expertenbegriffs nicht angemessen, da diese u.a. zu Abgrenzungsproblemen führt. Die Formen des konstruktivistischen Expertenbegriffs entsprechen einer analytischen Unterscheidung, sie stehen in der Praxis in einem „unauflöselichen Verweisungszusammenhang“ (ebd.):

*„Wer (der gesuchte) Experte ist, definiert sich in der Forschungspraxis immer über das spezifische Forschungsinteresse und die soziale Repräsentativität des Experten zugleich.“ (Bogner & Menz, 2005b, 41)*

Der wissenssoziologische Zugang zum Expertenbegriff nimmt in der methodischen Diskussion eine bedeutsame und einflussreiche Stellung ein. Auch wenn in dieser Perspektive ebenfalls kein einheitlicher Expertenbegriff formuliert wird, kennzeichnet die unterschiedlichen Positionen, dass der Experte über seine spezifische Wissensstruktur definiert wird (ebd.).

<sup>73</sup> So unterstreichen Meuser & Nagel (1991, 443), dass häufig nicht Personen aus der obersten Ebene einer Organisation als Experten gewählt werden, sondern vorzugsweise die darunter liegenden Ebenen eingebunden werden sollten, die u.a. für die Vorbereitung und Durchsetzung von Entscheidungen zuständig sind und Kenntnis über die Strukturen und Ereignisse besitzen.

Meuser und Nagel (2010) gehen im Rahmen der Beschreibung der wissenssoziologischen Diskussion des Expertenbegriffs insbesondere auf die Wissensformen und das „Sonderwissen“ des Experten ein. Kennzeichnend für das Sonderwissen sei dabei, dass es als „sozial institutionalisierte Expertise“ verstanden werden kann, die insbesondere an die Ausübung institutionalisierter Rollen (z.B. Berufsrolle, ehrenamtliche Rollen z.B. Übernahme von Partei-funktionen, Engagement in einer Bürgerinitiative) gebunden ist.

Dementsprechend ist der Wissenserwerb auf die mit dieser institutionalisierten Rolle verbundenen Relevanzen zurückzuführen (Sprondel, 1979 in Meuser & Nagel, 2010, 462). In diesem Verständnis wird, so Meuser & Nagel (2010, 462) *„der in einen Funktionskontext eingebundene Akteur zum Gegenstand der Betrachtung.“* Bei der Befragung von Experten ist somit nicht die Gesamtperson Gegenstand der Untersuchung, sondern lediglich die Person in ihrem spezifischen organisatorischen oder institutionellen Kontext, *„(...) der mit dem Lebenszusammenhang der darin agierenden Person (des/der Expertin, Anm. d. V.) gerade nicht identisch ist und in dem sie nur einen „Faktor“ darstellt.“* (Meuser & Nagel, 1991, 442, Hervorh. i. O.).

Gegenstand des Experteninterviews sind die mit dem jeweiligen Kontext verbundenen *„Zuständigkeiten, Aufgaben, Tätigkeiten und die aus diesen gewonnenen exklusiven Erfahrungen und Wissensbestände.“* (Meuser & Nagel, 1991, 444). Für die Forschungspraxis ist letztlich relevant, aufgrund welcher Kriterien die Zielgruppe der Befragten als Experte definiert wird; dabei ist zu berücksichtigen, dass für die Bestimmung des Expertenstatus i.d.R. mehrere Begründungszusammenhänge ausschlaggebend sind:

*„Der Expertenstatus bestimmt sich zum einen in Abhängigkeit vom jeweiligen Forschungsinteresse. Eine rein methodologische Fassung reicht freilich nicht aus, sie bietet letztlich keine Hilfe bei der Frage, wo die für das Forschungsinteresse relevanten Expertinnen zu suchen sind. Mit anderen Worten, die von der Forscherin vorgenommene Etikettierung einer Person als Experte bezieht sich notwendig auf eine im jeweiligen Feld vorab erfolgte und institutionell-organisatorisch zumeist abgesicherte Zuschreibung.“* (Meuser & Nagel, 2010, 463)

Bogner & Menz (2005b, 43ff) unterscheiden drei Dimensionen des Wissens, über die der Experte in Bezug auf sein professionelles oder berufliches Handlungsfeld verfügt (vgl. Tab. 17): technisches Wissen, Prozesswissen und Deutungswissen. Das technische Wissen zeichnet sich – insbesondere in Abgrenzung zum Alltagswissen – durch einen „Wissensvorsprung“ aus, d.h. das Expertenwissen ist durch Systematik und inhaltliche Spezifität gekennzeichnet. Demgegenüber besitzt das Prozesswissen weniger Merkmale formalen Fachwissens, *„sondern ist praktisches Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext.“* (Bogner & Menz, 2005b, 43). Das Deutungswissen ist insbesondere im Kontext des theoriegenerierenden Experteninterviews von Bedeutung, dessen Erkenntnisinteresse auf die Rekonstruktion impliziter Wissensbestände des Experten als Person in ihrem spezifischen organisatorischen oder institutionellen Kontext und als Privatperson gerichtet ist. Im Hinblick auf die Erfassung des Deutungswissens ist weniger die Erhebung eines exklusiven Wissensbestandes von Interesse, sondern vielmehr die Ermittlung der Wirkmächtigkeit von

Handlungsorientierungen und Wissen insbesondere auch auf die Handlungsbedingungen anderer Akteure („Gestaltungsmacht des Expertenwissens“, Bogner & Menz, 2005b, 45).

**Tabelle 17: Wissensdimensionen**

<b>Technisches Wissen</b>	<i>Formelles explizites Wissen, objektives Sachwissen, Fachwissen</i>	- z.B. Operationen und Regelabläufe, fachspezifische Anwendungsroutinen, bürokratische Kompetenzen
<b>Prozesswissen</b>	<i>Informelles Wissen, praktisches Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext, implizites Wissen</i>	- Einsichtnahme und Informationen über Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen, organisationale Konstellationen, vergangene/aktuelle Ereignisse
<b>Deutungswissen</b>	<i>Subjektive Wissensheuristiken, implizites Wissen</i>	- Subjektive Relevanzen, Regeln, Sichtweisen, Interpretationen des Experten - die Rekonstruktion des Deutungswissens erfolgt über die Datenerhebung und –auswertung

Quelle: Bogner & Menz, 2005b, 43ff, Kruse, (2009, 231; 237); eigene Darstellung

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Begriff des „Experten“ als relational anzusehen ist, d.h. im Kontext von Forschungsfrage und –feld konstituiert wird, kann dieser nach Bogner & Menz (2005,b) zusammenfassend wie folgt definiert werden:

*„Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- und Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- und Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen. Das Wissen des Experten, seine Handlungsorientierungen, Relevanzen usw. weisen zudem – und das ist entscheidend – die Chance auf, in der Praxis in einem bestimmten organisationalen Funktionskontext hegemonial zu werden, d.h. der Experte besitzt die Möglichkeit zur (zumindest partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. Indem das Wissen des Experten praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem Aktionsfeld in relevanter Weise mit.“* (Bogner & Menz, 2005b, 46)

Für die Zuschreibung des Expertenstatus in der vorliegenden Arbeit besteht einerseits Bezug zum methodisch-relationalen Ansatz, das heißt, die Forschungsfrage und die Entscheidung für die Durchführung persönlicher Interviews führten zu der Frage, welcher kommunale Akteur durch sein Wissen zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen kann. Aufgrund der Heterogenität der Akteure innerhalb des Untersuchungsfeldes der „Kommunalen Gesundheitsförderung“ war es von besonderem Interesse, eine Person zu identifizieren, die eine relevante Schnittstelle besetzt und über Einblick in das gesamte kommunale Versor-

gungsgeschehen verfügt. Aus wissenssoziologischer Perspektive kann argumentiert werden, dass die Mitarbeiter der Geschäftsstelle der kGK über umfassendes technisches und prozessbezogenes Wissen für den Bereich der kommunalen gesundheitsbezogenen Kooperation und Koordination verfügen und ihnen diesbezüglich somit der Expertenstatus zugewiesen werden. Aufgrund ihrer koordinierenden und vermittelnden Funktion innerhalb der Kommunalverwaltung und zwischen verwaltungsinternen und –externen Akteuren war bereits vor der Befragung anzunehmen, dass die Zielgruppe über ein hohes Maß an reflexiver Präsenz im Hinblick auf die interessierenden Wissensbestände verfügt.

Vor dem Hintergrund, dass kommunale Erfahrungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen bislang nur vereinzelt Gegenstand der Forschung waren, kann die in der vorliegenden Arbeit realisierte Vorgehensweise einerseits als explorativ bezeichnet werden. Andererseits bestand ein zentrales Anliegen der Untersuchung darin, Handlungswissen in Bezug auf die kommunalen Ausgestaltungsmöglichkeiten, einschließlich förderlicher und hinderlicher Rahmenbedingungen, zu erfassen, womit die Vorgehensweise auch systematisierenden Charakter erhält. Eine ausführliche Beschreibung der Fallauswahl, des Zugangs und der Stichprobe sowie der Durchführung und Auswertung der Interviews ist den folgenden Kapiteln zu entnehmen.

### **7.3 Entscheidungen im Forschungsprozess - Fallauswahl, Zugang und Stichprobe**

Während der Vorbereitung und im weiteren Verlauf der empirischen Erhebungen müssen viele Entscheidungen getroffen werden. Nach Festlegung der Zielgruppe der Befragung (Fallauswahl) beziehen sich weitere Entscheidungen, die in den folgenden Untersuchungsschritten getroffen werden müssen, auf die Dateninterpretation (Auswahl des Materials; Auswahl im Material) und die Darstellung der Ergebnisse (Präsentationsauswahl) (Flick, 2009, 154f). Im Folgenden werden die für die vorliegende Arbeit vorgenommenen Entscheidungen im Forschungsprozess (z.B. Fallauswahl, Feldzugang und Rekrutierung, Stichprobe) beschrieben und begründet.

#### **7.3.1 Fallauswahl**

Für die Durchführung der Erhebung ist zunächst festzulegen, welche Zielgruppe in die Befragung einbezogen werden soll. Die Fallauswahl, d.h. die Wahl der zu befragenden Personen, stellt eine wesentliche Entscheidung im Forschungsprozess dar. Darüber hinaus muss entschieden werden, ob mit der Auswahl das Untersuchungsfeld in seiner Breite (Abbildung der Vielschichtigkeit unterschiedlicher Fälle) erfasst werden soll oder einzelne Fälle in der Tiefe analysiert werden sollen (Flick, 2009, 167). In der qualitativen Forschung wird die Fallauswahl häufig im Verlauf der Erhebung konkretisiert. Diese schrittweise Festlegung der Samplestruktur im Forschungsprozess, das sog. „theoretical sampling“ wurde von Glaser & Strauss (1967/1998) entwickelt. Kennzeichnend ist, dass

*„Entscheidungen über die Auswahl und Zusammensetzung des empirischen Materials (Fälle, Untersuchungsgruppen, Institutionen etc.) im Prozess der Datenerhebung und –auswertung gefällt [werden]“ (Flick, 2009, 158f, Hervorh. i. O.).*



In der qualitativen Forschung findet das Grundprinzip des theoretischen Samplings auch in anderen Konzepten Anwendung, in denen die Fallauswahl überwiegend nach konkret-inhaltlichen Kriterien und nach der Relevanz der Fälle erfolgt (Flick, 2009, 136). Beispielsweise beschreibt Patton (2002, in Flick, 2009, 165) für die Evaluationsforschung Strategien des „gezielten“ (purposive) Samplings. Er unterlegt dies mit verschiedenen Beispielen und stellt u.a. das „Intensitäts-Samplings“ vor. Dabei erfolgt die Auswahl der Fälle *„nach der Intensität, mit der die interessierenden Eigenschaften, Prozesse, Erfahrungen in ihnen gegeben sind bzw. vermutet werden“* (ebd.). In diesem Sinne können Fälle mit der größten Intensität gewählt oder Fälle unterschiedlicher Intensität berücksichtigt und verglichen werden.

Die Kriterien von Morse (1998, in Flick 2009, 166) für die Auswahl von aussagekräftigen Fällen (Primärauswahl) beschreiben Merkmale eines „guten Informanten“. Die Entscheidung des Einbezugs eines Falls wird dabei anhand folgender Aspekte des potentiellen Interviewpartners geprüft: Wissen/Erfahrung zu dem jeweiligen Thema, das zur Beantwortung der Fragen notwendig ist, Fähigkeit zur Artikulation und Reflexion, Zeit und Bereitschaft für die Befragung. Personen, die sich zwar für ein Interview zur Verfügung stellen, aber nur Teilbereiche hinsichtlich Wissen/Erfahrung innerhalb des Themengebiets aufweisen, werden als Sekundärauswahl bezeichnet.

Auch wenn die Möglichkeit der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse nicht immer das Ziel qualitativer Untersuchungen ist, weist Flick (2009, 166) darauf hin, dass die Auswahlstrategie die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse beeinflusst. Im Vergleich zu einer Zufallsauswahl weisen die verschiedenen Möglichkeiten der schrittweisen Fallauswahl diesbezüglich mehr oder weniger starke Begrenzungen auf. Dennoch haben diese Samplingverfahren ihre Berechtigung, da sie häufig auch aus den mehr oder weniger begrenzten Zugangsmöglichkeiten zum Untersuchungsfeld entstehen.

In der vorliegenden Arbeit wurden diejenigen Gesundheitskonferenzen ausgewählt, die bereits über Erfahrungen zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ verfügten. Angestrebt wurde somit eine Auswahl der Fälle anhand der größten Intensität, verstanden als die größte Übereinstimmung mit den Auswahlkriterien (s. folgender Abschnitt). Die Entscheidung für die Mitarbeiter der Geschäftsstellen unterschiedlicher Gesundheitskonferenzen orientierte sich insbesondere daran, dass zu vermuten war, dass a) bei diesem Personenkreis umfangreiches und fundiertes Wissen zum Untersuchungsgegenstand vorlag und b) im Vergleich zu den vielzähligen Akteuren der kommunalen Gesundheitsförderung mit je unterschiedlichen Perspektiven dieser Personenkreis einen neutralen und gebündelten Einblick in die Gesamtsituation geben konnte.

### **7.3.2 Kriterien für Fallauswahl**

Für die Auswahl der Gesundheitskonferenzen, die in die Befragung und Analyse einbezogen wurden, wurden folgende Einschlusskriterien zugrunde gelegt:

- Das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen ist ein Schwerpunktthema der kGK, d.h. es gibt z.B. eine Arbeitsgruppe, die zu diesem Thema vertiefend arbeitet.
- Der inhaltliche Schwerpunkt der Arbeit liegt im Bereich der Gesundheitsförderung (s.u.), d.h. im Mittelpunkt stehen Vorhaben, die gesundheitsfördernde Themen aufgreifen z.B. Bewegung, Ernährung, soziale Kontakte/Netzwerke und/oder einen Sozi-

alraumbezug aufweisen (Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Ansätzen).

- Als Zielgruppe werden explizit ältere Menschen adressiert.
- Die Bearbeitung des Themas erfolgte in den letzten fünf Jahren (2004 bis einschließlich 2009); Vorhaben, die vor diesem Zeitraum bereits realisiert wurden, werden nur im Rahmen der Bestandsaufnahme im Überblick dargestellt.

Da der Begriff der Gesundheitsförderung unterschiedlich weit gefasst werden kann, wurde für die Recherche die zuvor beschriebene umfassende Definition von Gesundheitsförderung zugrunde gelegt (vgl. Kapitel 2). Einen weiteren Orientierungspunkt für die Definition von Gesundheitsförderung bildete die 16. Entschließung der LGK NRW "Gesundheit im Alter - Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen" (11/2007). Hier umfasst das erste Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung (Ausbau und Förderung) allgemein den Erhalt der Lebensqualität im Alter, insbesondere in Bezug auf die Erhaltung der Mobilität und der Zahngesundheit. Mit den Umsetzungsempfehlungen werden außerdem folgende Themenbereiche aufgegriffen: Nutzung und Ausweitung von Präventionsangeboten und Strukturen für ältere Menschen, Landeskonzept zur Sturzprävention, Zahngesundheit, betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Menschen (MAGS NRW, 2007).

Darüber hinaus war die Verortung des Themas im Versorgungsbereich der Gesundheitsförderung/Prävention ausschlaggebend; andere Versorgungsbereiche (Kuration, Rehabilitation, Pflege) wurden nicht berücksichtigt. Des Weiteren wurden seniorenbezogene Themen, die im Kontext kGK in nicht unerheblichem Maß bearbeitet werden (z.B. geriatrische, gerontopsychiatrische Versorgung, pflegerische Versorgung älterer Menschen, Palliativversorgung, Pflegenden Angehörige) ebenso wie krankheitsbezogene Themen (z.B. Schlaganfall, Demenz, Herzinfarkt) explizit nicht berücksichtigt.

Im Rahmen der Vorarbeiten zeichnete sich ab, dass die Themen „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ auf kommunaler Ebene auch durch andere Fachbereiche wie z.B. den Fachbereich „Soziales“ aufgegriffen wurden. Insofern bestand bei der hier vorgenommenen Fallauswahl die Gefahr eines möglichen „Datenverlustes“. Dieser konnte sich u.U. dadurch ergeben, dass gesundheitsfördernde Aktivitäten für ältere Menschen, die in einzelnen Kommunen z.B. ausschließlich im Fachbereich „Soziales“ angesiedelt sein konnten, mit dem oben beschriebenen Auswahlverfahren nicht erfasst wurden. Bei der Dateninterpretation ist somit zu berücksichtigen, dass nicht alle kommunalen Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Rahmen dieser Arbeit berücksichtigt wurden und in der Praxis u.U. mehr und andere Beispiele zu finden sind. Da u.a. auch die Kooperationsbeziehungen innerhalb der kGK Gegenstand der Befragung waren, konnte für die ausgewählten Kommunen zumindest mittelbar ein Eindruck über die Beteiligung und Aktivitäten anderer Fachbereiche gewonnen werden.

Die Konzentration auf die kGKn in NRW war einerseits forschungspraktisch begründet, weil auf diese Weise Zugang zu einem zentralen kommunalen Akteur eröffnet werden konnte, in dessen Zuständigkeitsbereich auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung fallen. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch die bislang unzureichende „Gerontologisierung“ (Naegele,

2004) dieses kommunalen Fachbereichs. Insofern wurde mit der Untersuchung auch die Möglichkeit genutzt, Einstellungen des Fachbereiches „Gesundheit“ zur Zielgruppe ältere Menschen und zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention im Alter“ zu gewinnen. Andererseits kann die Wahl der Interviewpartner dadurch begründet werden, dass das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ hinsichtlich der damit befassten kommunalen Akteure insbesondere auf der operativen Ebene komplex und interkommunal verschieden ist. Auch Umsetzungsgrad und –tiefe kommunaler Maßnahmen variieren. Zentrales Kriterium für die Auswahl der Interviewpartner stellte deshalb die größtmögliche inhaltliche und zeitliche Nähe zum Themenbereich dar.

Für die Auswahl der Gesprächsteilnehmer war somit ausschlaggebend, dass in Nordrhein-Westfalen die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) explizit als Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörden, also der Gesundheitsämter, formuliert ist<sup>74</sup>. Dieser Auftrag gilt „insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen“ (vgl. ÖGDG, Kap. 1 § 2, Abs. 2). Zu den Aufgaben gehören im Einzelnen u.a. die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz, die Gesundheitsberichterstattung sowie die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung<sup>75</sup>. Letztgenanntes soll durch die Einrichtung einer kommunalen Gesundheitskonferenz maßgeblich unterstützt werden<sup>76</sup>.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist diese Zuständigkeit und Aufgabenzuweisung an die Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen bislang einzigartig. Sie bot im Hinblick auf die geplante Befragung die Möglichkeit, einen konkreten Ansprechpartner für Fragen der Gesundheitsförderung in den Städten und Gemeinden in NRW vorzufinden. Die unteren Gesundheitsbehörden/Gesundheitsämter sind in NRW in den kreisfreien Städten (n=23) und auf der Ebene der Kreise (n=31)<sup>77</sup> verortet. In einzelnen kreisangehörigen Gemeinden sind zwar zum Teil Nebenstellen des Kreisgesundheitsamtes eingerichtet; diese agieren aber nicht autonom. Die inhaltliche Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und die organisatorische Steuerungs- und Koordinationsverantwortung wird somit auf der Ebene der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen (N=54) gebündelt und weist diese als geeignete Ansprechpartner für die Befragung aus.

Im Hinblick auf die Aktualität der Bearbeitung des Themas „Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ durch die kGK wurde außerdem festgelegt, dass nur diejenigen Mitarbeiter der Geschäftsstellen der kGKn interviewt wurden, die das Thema in der kGK innerhalb einer eigenständigen Arbeitsgruppe im Zeitraum von 2004 bis 2009 bearbeiteten oder bearbeitet haben. Einstellungen der anderen kGKn zu diesem Thema, Gründe für andere Bearbeitungsformen (z.B. einzelne Aktionstage) oder die Nichtbearbeitung des Themas wurden aus zeitlichen Gründen nicht systematisch erhoben.

---

<sup>74</sup> ÖGDG NRW, Online verfügbar unter (05/2007)  
<http://www.loegd.nrw.de/gesundheitspolitik/kommunen/frameset.html>

<sup>75</sup> Vgl. ÖGDG NRW, „Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde“ § 6 Abs. 1, Punkte 1, 5 und 6.

<sup>76</sup> Vgl. ÖGDG NRW, §§ 23,24.

<sup>77</sup> Zum Zeitpunkt der Recherche und Befragungen war der Zusammenschluss der kreisfreien Stadt Aachen und des Kreises Aachen zur Städteregion Aachen noch nicht vollzogen.

### 7.3.3 Feldzugang: Recherche, Kontaktaufnahme und Rekrutierung

Grundsätzlich empfiehlt es sich für die Durchführung von Forschungsvorhaben, die eine Befragung von Akteuren kommunaler Verwaltungsbereiche umfassen, eine Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden vorzunehmen. Eine entsprechende Anfrage wurde im Vorfeld dieser Arbeit sowohl an den Städtetag NRW als auch an den Landkreistag NRW gestellt. Da im Rahmen der vorliegenden Untersuchung geplant war, nur ausgewählte Kommunen vertiefend zu befragen, meldeten beide kommunalen Spitzenverbänden zurück, dass man von einer formalen Abstimmung der Befragung absehen könne.

Um die Interviewteilnehmer für die Befragung zu ermitteln, wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde eine Recherche der Internetpräsenzen der kreisfreien Städte (n= 23) und Kreise (n=31) in NRW durchgeführt. Gegenstand der Recherche waren Hinweise zur kommunalen Gesundheitskonferenz und ihren Arbeitsschwerpunkten, insbesondere Hinweise auf die Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext der jeweiligen kGK. Sofern entsprechende Informationen auf diesem Weg nicht verfügbar waren, erfolgte eine telefonische Nachfrage bei der Geschäftsführung der kGK.

Im Rahmen der Internetrecherche wurden zehn kreisfreie Städte und sieben Kreise ermittelt, deren Gesundheitskonferenzen zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gearbeitet haben oder arbeiteten. Die ermittelten Ansprechpartner der Gesundheitskonferenzen wurden postalisch für ein Interview angefragt und im Anschluss telefonisch kontaktiert. Über die ergänzende telefonische Anfrage der Geschäftsstellen der Gesundheitskonferenzen, zu denen über die Internetrecherche keine Hinweise zur Gesundheitskonferenz und zu den Arbeitsschwerpunkten ermittelt werden konnten, wurden zusätzlich zwei kreisfreie Städte und drei Kreise erfasst, die sich mit dem Thema befassen. Die Ansprechpartner wurden direkt telefonisch oder per E-Mail für ein Interview angefragt; weitere Informationen zur Erhebung wurden ebenfalls per E-Mail übermittelt. Das Recherche- und Rekrutierungsverfahren stellte sich im Überblick wie folgt dar (vgl. Tab. 18).

**Tabelle 18: Recherche- und Rekrutierungsverfahren**

**Suche über Internetpräsenzen** die jeweilige Internetpräsenz des KR oder der kfS wurde zu Hinweisen über die kGK untersucht (Themen, Arbeitsgruppen usw.)

**Frage:** Gibt es Hinweise darauf, dass das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Rahmen der kGK bearbeitet wird?

<b>Ja</b> , es sind Informationen über die Internetpräsenz zugänglich	<b>Nein</b> , es sind keine Informationen über die Internetpräsenz zugänglich	
- Auswahl unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien (s.o.)	- telefonische Nachfrage bei der Geschäftsführung der kGKn der KR und kfS	
- Postalisches Anschreiben mit der Anfrage für ein Interview	- <b>Frage:</b> Wurde/wird das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Rahmen der kGK bearbeitet?	
- Telefonkontakt für Klärung der Eignung und Bereitschaft zur Teilnahme sowie für die Terminabsprache	- Auswahl unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien (s.u.)	
	- direkte Klärung der Eignung und Bereitschaft zur Teilnahme sowie für die Terminabsprache	- postalisches oder elektronisches Anschreiben mit der Anfrage für ein Interview
		- weiterer Telefonkontakt für Klärung der Eignung und Bereitschaft zur Teilnahme sowie für die Terminabsprache

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

### 7.3.4 Beschreibung der Stichprobe

Die Frage "Wurde bzw. wird das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der kGK im Rahmen einer Arbeitsgruppe bearbeitet?", die sowohl für die Internetrecherche als auch für die telefonische Befragung zugrunde gelegt wurde, konnte für zwölf kreisfreie Städte (52%) und zehn Kreise (32%) mit ja beantwortet werden. In sieben kreisfreien Städten und 16 Kreisen wurde das Thema innerhalb des Befragungszeitraums nicht bearbeitet. In sechs Kommunen (zwei kfS, vier KR) war die Bearbeitung zukünftig geplant, aber noch nicht absehbar. Zwei kreisfreie Städte befanden sich in zeitnaher Vorbereitung des Themas, hatten die Arbeit aber noch nicht aufgenommen. Ein Kreis meldete zurück, dass die kommunale Gesundheitskonferenz gegenwärtig nicht aktiv sei (vgl. Tab. 19).

**Tabelle 19: Bestandserhebung**

Gesundheitsförderung für ältere Menschen als Thema der kGKn in NRW, eigene Erhebung, Stand Oktober 2009				
	kfS	%	KR	%
Ja, wurde/wird bereits im Rahmen einer Arbeitsgruppe der kGK bearbeitet	12	52,2	10	32,3
Nein, wurde/wird nicht bearbeitet	7	30,4	16	51,6
Bearbeitung ist zukünftig geplant (Zeitpunkt unklar)	2	8,7	4	12,9
Bearbeitung ist in Vorbereitung (zeitnahe Bearbeitung)	2	8,7	0	0
kGK nicht aktiv	0	0	1	3,2
Gesamt	23	100	31	100

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Unter Berücksichtigung der zuvor dargelegten Auswahlkriterien konnten aus der Gruppe der kGKn, die das Thema bereits im Rahmen einer Arbeitsgruppe der kGK bearbeitet haben oder hatten, die Gesundheitskonferenzen in neun kreisfreien Städten und neun Kreisen für die Befragung berücksichtigt werden. In zwei kreisfreien Städten erfolgte die Bearbeitung bereits vor dem für diese Arbeit zugrunde gelegten Bearbeitungszeitraum (2004-2009); in jeweils einer kreisfreien Stadt und in einem Kreis befand sich die Arbeitsgruppe im Planungs- und Vorbereitungsprozess; hier lagen zum Zeitpunkt der Interviewanfrage noch keine Erfahrungen vor. Von den insgesamt 18 angefragten Geschäftsführungen der kGKn haben sich alle für ein Gespräch zur Verfügung gestellt (vgl. Tab. 20).

**Tabelle 20: Stichprobe**

Stichprobe		
	kfS	KR
Ja, wurde/wird bereits im Rahmen einer Arbeitsgruppe der bearbeitet	12	10
<b><i>Davon nicht in die Befragung einbezogen</i></b>	3	1
<b><i>Begründung</i></b>		
Bearbeitung erfolgte im Vorfeld des für die Arbeit zugrunde gelegten Zeitraums (2004-2009)	2	0
die Arbeitsgruppe befindet sich noch im Planungs- und Vorbereitungsprozess, es liegen noch keine Erfahrungen vor	1	1

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Bei den kreisfreien Städten (kfS) wurden sieben von insgesamt neun Gesprächen im Rahmen der Auswertung berücksichtigt. Im Verlauf von zwei Gesprächen stellte sich heraus, dass der in diesen Fällen dargestellte Themenschwerpunkt nicht mit den für die Untersuchung zugrunde gelegten Kriterien übereinstimmte (z.B. Schwerpunkt in einem anderen Versorgungsbereich, d.h. außerhalb von Prävention/Gesundheitsförderung, krankheitsbezogene Themen). Eines der berücksichtigten Gespräche wurde abschnittsweise mit zwei Interviewpartnern geführt, so dass personenbezogene Angaben von acht Befragten vorliegen. In der Gruppe der Kreise (KR) wurden acht von insgesamt neun Gesprächen für die Auswertung zugrunde gelegt, da sich im Verlauf eines Interviews zeigte, dass die Person nicht in ausreichendem Maß über die für die Arbeit relevanten Informationen verfügte und eine andere Person nicht zur Verfügung stand (vgl. Tab. 21).

**Tabelle 21: Realisierte und für die Auswertung berücksichtigte Interviews**

Realisierte und für die Auswertung berücksichtigte Interviews	kfS	KR
Anzahl (angefragte) und realisierte Interviews	9	9
<b><i>Davon nicht in die Auswertung einbezogen</i></b>	2	1
<b><i>Begründung</i></b>		
Bearbeitung eines anderen Themenschwerpunktes	2	
Interviewpartner verfügte nicht über die gewünschten Informationen		1

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Die Hälfte der einbezogenen kreisfreien Städte und einzelne Kreise sind Mitglieder im Gesunde Städte-Netzwerk (kfS n=4; KR n= 2). Im Hinblick auf die Einwohnerzahlen wurden in der Gruppe der Kreise gleichermaßen kleine (< 300.000 Einwohner) und mittlere Kreise (> 300.000) sowie zwei große Kreise (> 500.000 Einwohner) berücksichtigt (vgl. Tab. 22).

**Tabelle 22: Demografische Veränderungen in befragten kGKn und Landesdurchschnitt NRW**

	Nr.	Einwohner	Anteil 60- bis 79-Jährige (%)	Anteil 60- bis 79-Jährige 2020 (%)	Anteil ab 80-Jährige (%)	Anteil ab 80-Jährige 2020 (%)
Befragte kGKn in Kreisen	1	> 500.000	<b>21</b>	<b>24,7</b>	<b>4,5</b>	<b>8,2</b>
	2	> 500.000	<b>22,7</b>	<b>24,3</b>	4,3	<b>8,6</b>
	3	> 300.000	<b>23,6</b>	<b>25,8</b>	4,0	<b>8,4</b>
	4	> 300.000	<b>22,2</b>	<b>24,8</b>	<b>5,0</b>	<b>8,8</b>
	5	> 300.000	<b>20,5</b>	<b>23</b>	4,1	7,6
	6	< 300.000	19,3	<b>22,7</b>	3,9	7,1
	7	< 300.000	18,9	22,6	3,8	7,1
	8	< 300.000	<b>20,8</b>	22,6	<b>5,1</b>	<b>8,1</b>
Befragte kGKn in kreisfreien Städten	1	> 500.000	19,2	20,1	4,1	6,6
	2	> 500.000	<b>22,3</b>	<b>23,7</b>	<b>5,3</b>	<b>8,4</b>
	3	> 500.000	<b>21,8</b>	<b>23,0</b>	<b>4,7</b>	<b>8,2</b>
	4	< 300.000	17,5	18,8	4,4	6,0
	5	< 300.000	<b>21,2</b>	<b>23,9</b>	<b>5,1</b>	<b>8,4</b>
	6	< 300.000	<b>21,3</b>	<b>23,8</b>	4,4	<b>8,0</b>
	7	< 300.000	<b>24,0</b>	<b>25,6</b>	<b>5,5</b>	<b>9,5</b>
NRW	18.058.105	20,3	22,6	4,4	7,6	

Quelle: Bertelsmannstiftung, 2007<sup>78</sup>; eigene Darstellung

<sup>78</sup> Für die demografischen Berechnungen ist das Bezugsjahr 2005 zugrunde gelegt.

Bei den kreisfreien Städten waren kleinere (< 300.000 Einwohner) und mittlere bis große Kommunen (> 500.000 Einwohner) gleichermaßen vertreten. Vergleicht man die demografische Situation und zukünftige Entwicklung in den befragten Kommunen im Hinblick auf die ältere und hochaltrige Bevölkerung mit den (Voraus-) Berechnungen für NRW, sind die meisten Kommunen oberhalb des Landesdurchschnitts einzuordnen. Das gilt sowohl für die Ausgangssituation als auch für die zukünftig erwartete Entwicklung bis zum Jahr 2020. Mit anderen Worten: die meisten der in die Untersuchung einbezogenen Gemeinden sind gegenwärtig und zukünftig überdurchschnittlich mit Alterungsprozessen konfrontiert<sup>79</sup>

### 7.4 Erhebungsinstrument

Der Leitfaden wurde von der Autorin erstellt und beinhaltet - entsprechend den theoretischen Vorüberlegungen und den daraus abgeleiteten Untersuchungsbereichen (vgl. Kap. 5.3) - acht Themenschwerpunkte (vgl. Tab. 23). Die Fragestellungen sollten die Interviewpartner dazu anzuregen, ihre Erfahrungen bei der Bearbeitung des Themas „Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zu berichten und zu bewerten sowie wahrgenommene förderliche und hinderliche Bedingungen und bewährte Vorgehensweisen zu beschreiben<sup>80</sup>. Des Weiteren wurden bei der Formulierung des Leitfadens die strukturellen Voraussetzungen der Kreise (Ebene Kreis und kreisangehörige Gemeinden) berücksichtigt. Eine entsprechende Unterscheidung nach kreisweiten Konzepten und Aktivitäten einzelner kreisangehöriger Kommunen wurde deshalb bei der Befragung der Kreise vorgenommen (vgl. Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007).

Der Entwurf des Gesprächsleitfadens wurde verschiedenen Personen zur Bewertung vorgelegt: neben einer Vorstellung und Diskussion im kollegialen Kreis (Promotionskolloquium<sup>81</sup>), erfolgte eine Beurteilung durch einen Mitarbeiter des (ehemaligen) Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd; jetzt LIGA). Der Leitfaden wurde auf der Grundlage der Rückmeldungen überarbeitet. Außerdem konnte ein Pretest des Leitfadens mit einem Mitarbeiter der Geschäftsstelle einer Gesundheitskonferenz in NRW realisiert<sup>82</sup> werden. Das telefonische Probeinterview dauerte 65 Minuten, womit der zeitliche Aufwand als akzeptabel bewertet werden konnte. Die Fragen und der Aufbau des Leitfadens erwiesen sich insgesamt als verständlich und nachvollziehbar. Darüber hinaus konnten bedeutende Hinweise zur Praxis der kGK (z.B. zur Organisation und Arbeitsweise und der Reihenfolge von Arbeitsschritten) gewonnen und der Gesprächsleitfaden entsprechend adaptiert werden. Deutlich wurde an dieser Stelle, dass mit der vorliegenden Arbeit nicht die Bewertung der Umsetzung einzelner Maßnahmen (z.B. eines Bewegungsangebotes) erfolgen, sondern die Arbeit des kommunalen Gremiums der kGK in den Blick genommen werden sollte.

---

<sup>79</sup> Wegweiser Kommune der Bertelsmannstiftung, Demografieberichte online verfügbar unter (03-04/2007) <http://wegweiserdemographie.de>

<sup>80</sup> Der vollständige Leitfaden ist als Anlage beigefügt (vgl. Anhang).

<sup>81</sup> Technische Universität Dortmund, Promotionskolloquium Prof. Dr. Gerhard Naegele, 22. Januar 2008.

<sup>82</sup> Für das Probeinterview konnte ein Mitarbeiter der Geschäftsstelle einer kommunalen Gesundheitskonferenz, die das Thema bereits vor dem für die Untersuchung festgelegten Bearbeitungszeitraum behandelt hatte, gewonnen werden. Das Gespräch wurde ausschließlich zur Erprobung des Leitfadens geführt und nicht in die Auswertung einbezogen.

Tabelle 23: Themenbereiche Interview-Leitfaden

Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen	<b>Einleitung</b>	– Fragen zur Person und Position in der Kommunalverwaltung
	<b>I Gesundheitsförderung für ältere Menschen als Thema der kGK</b>	– Bearbeitungsgrund; Verständnis Gesundheit/Gesundheitsförderung für ältere Menschen; Bearbeitungsziele, Alters-/Zielgruppen; Settings
	<b>II Organisation und Arbeitsweise</b>	– Organisation und Arbeitsschritte, Bewertung der Arbeitsweise der kGK
	<b>III Ergebnisse</b>	– erzielte Ergebnisse in der kGK, Umsetzung der Ergebnisse, Begleitung der Umsetzung durch die kGK, Bewertung der Umsetzung durch die kGK, Evaluation und Nachhaltigkeit der Umsetzung
	<b>IV Ressourcen</b>	– finanzielle Mittel der kGK, finanzielle Mittel der Gemeinde, weitere Ressourcen
	<b>V Kooperationsstrukturen</b>	– Zusammenarbeit innerhalb der kGK, wichtige Kooperationspartner innerhalb der kGK, fehlende relevante Akteure, Bewertung der Zusammenarbeit innerhalb der kGK; interkommunale Zusammenarbeit; Zusammenarbeit mit sonstigen Kooperationspartnern
	<b>VI Kommunalpolitische Verankerung</b>	– feste Ansprechpartner auf kommunalpolitischer Ebene ; Einbringen in kommunalpolitische Gremien z.B. Sozial-/ Gesundheitsausschuss
	<b>VII Beteiligung und Mitwirkung älterer Bürger</b>	– Erfahrungen mit Beteiligungsprozessen für ältere Bürger; Bewertung der Beteiligung und Mitwirkung älteren Bürger
	<b>VIII Abschließende Bewertung der bisherigen Erfahrungen</b>	– Empfehlungen, förderliche/hinderliche Faktoren, Einschätzung der gegenwärtigen lokalen Versorgungssituation und der zukünftigen Entwicklung
	<b>Ergänzungen und Anmerkungen</b>	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Die Betrachtung der Arbeitsweise der kGK erfolgte unter der Prämisse, dass das Gremium der kGK i.d.R. nicht selbst Anbieter von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist, sondern vielmehr die Umsetzung an Dritte delegiert. Zu berücksichtigen war somit, dass auch dann, wenn die kGK z.B. im Rahmen eines Modellvorhabens zunächst federführend involviert sein konnte, im weiteren Verlauf i.d.R. die Übertragung der Aufgaben an entsprechende lokale Akteure im Feld der Gesundheitsförderung erfolgt.

#### 7.4.1 Durchführung der Interviews - Verfahrensdokumentation

Die persönlichen Interviews wurden im Zeitraum von Juni bis Oktober 2009 von der Autorin geführt und die Interviewpartner „vor Ort“ in den Geschäftsräumen der kommunalen Gesundheitskonferenzen aufgesucht. Zur Einleitung des Gesprächs wurden von der Autorin Hintergrund und Zielsetzung der Befragung erläutert. Vor dem Gesprächsbeginn wurde das Einverständnis der Interviewpartner zur digitalen Aufzeichnung und schriftlichen Dokumentation der Gespräche eingeholt. Außerdem wurde ihnen die vertrauliche Behandlung und Anonymisierung des Gesprächs zugesichert (vgl. Anhang); die Interviewpartner stimmten dieser Vorgehensweise ausdrücklich zu. Insgesamt gestalteten sich der Zugang zu den Befragten und die Anbahnung der Interviews problemlos und es war eine überwiegende Offenheit und Aufgeschlossenheit der Interviewpartner gegenüber der Untersuchung zu verzeichnen.



Mit Ausnahme der Fragen zur Person, der einleitenden und abschließenden Frage(n) orientierte sich der Gesprächsablauf vorzugsweise an den von den Befragten eingebrachten Themen und nicht ausschließlich an der im Leitfaden vorgesehenen Reihenfolge der vorbereiteten Fragen (vgl. Flick, 2009, 221f). Im Bemühen darum, Redundanzen innerhalb der Gesprächssituation zu vermeiden, wurden die von den Befragten im Verlauf selbständig benannten Themen nicht mehr als eigenständige Frage gestellt, im Einzelfall jedoch um Verständnisfragen ergänzt. Mit diesem Vorgehen wurde auch eine Offenheit gegenüber der Gewichtung relevanter Themenbereiche durch die Befragten angestrebt (vgl. Lamnek, 2005, 388). Die abschließenden Fragestellungen (Empfehlung für andere Kommunen, Einschätzung aktueller und zukünftiger Versorgungsbedarfe) ermöglichten den Teilnehmern eine Zusammenfassung und Reflexion ihrer vorausgegangenen Aussagen.

Die Gesprächsdauer umfasste im Mittel 97 Minuten (Spannweite: 42 bis 144 Minuten). Auffallend häufig waren kurzweilige Gesprächsunterbrechungen zu verzeichnen. Während ein Teil der Gespräche durchgängig geführt werden konnten, ereigneten sich in den meisten Gesprächen mindestens eine und teilweise bis zu vier Unterbrechungen. Dabei handelte es sich vorwiegend um eingehende Telefonate oder persönliche Anfragen. Die Unterbrechungen erwiesen sich für den Gesprächsverlauf jedoch nicht als hinderlich; sie konnten vielmehr von der Autorin auch dafür genutzt werden, die bereits erhaltenen Informationen am Leitfaden zu überprüfen und ausstehende Themenbereiche zu identifizieren.

Deutlich wurde die Erfahrung und Routine der Befragten im Hinblick auf die Darstellung ihrer Tätigkeiten und Erfahrungen sowie im Hinblick auf die Reflexion ihrer eigenen Praxis. Anzunehmen ist, dass den Befragten entsprechende Situationen u.a. aus vorausgegangenen Interviews oder Präsentationen bekannt waren und ihre Motivation zur Teilnahme an der Untersuchung gegenüber möglichen anderen Zielgruppen vermutlich höher ausfiel (vgl. dazu auch Bogner & Menz, 2005a, 8).

*„Gerade die Professionalität des Experten, der es oftmals gewohnt ist, öffentlichkeitswirksam und –nah zu agieren; das stille Bewusstsein seiner wissenschaftlichen und/oder politischen Bedeutung aufgrund seines hervorgehobenen Tätigkeitsbereichs oder seiner persönlichen Leistungen; sein Wunsch, vermittels des Interviews – in wenn auch sehr beschränktem Ausmaß – zu „wirken“; seine professionelle Neugier an Thema und Fragestellung oder auch sein Interesse am Gedankenaustausch mit einem fachfremden Experten – das alles sind Faktoren der Sekundärmotivation, die die Interviewanbahnung und Gesprächsmotivation im Fall des Experteninterviews vergleichsweise einfach machen.“ (Bogner & Menz, 2005a, 8f)*

### **7.5 Datenauswertung - Beschreibung der Vorgehensweise**

Die Datenauswertung erfolgte unter Bezugnahme auf ein Verfahren der qualitativen Textanalyse; im Folgenden wird zunächst das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 2003) insbesondere im Hinblick auf seine Anwendung für Experteninterviews (vgl. Gläser & Laudel, 2006) beschrieben. Im Anschluss daran werden die vollzogenen Auswertungsschritte dargelegt.

### 7.5.1 Qualitative Textanalyse

In der vorliegenden Arbeit wurde für die Auswertung der Interviews ein inhaltsanalytisches Verfahren gewählt; wesentlicher Orientierungspunkt ist dabei das von Mayring (2003) entwickelte Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse. Dabei handelt es sich um eine systematische, theorie- und regelgeleitete Vorgehensweise zur Analyse sprachlichen Materials, die auf das Textverstehen und die Textinterpretation ausgerichtet ist. Innerhalb qualitativer inhaltsanalytischer Verfahrensweisen werden drei Grundformen der Textinterpretation unterschieden: Zusammenfassung (Reduktion des Textmaterials auf wesentliche Bestandteile), Erklärung (Erläuterung einzelner unklarer Textstellen) und Strukturierung (systematische Verfolgung einzelner Analyseaspekte innerhalb des Textmaterials). Die Entscheidung für eine dieser Verfahrensweisen erfolgt in Abhängigkeit von Forschungsgegenstand und –frage (welches Verfahren kann adäquat auf das vorhandene Textmaterial angewendet werden? mit welcher Technik kann die Fragestellung sinnvoll beantwortet werden?); dabei sind auch Kombinationen einzelner Techniken denkbar (Mayring & Brunner, 2010, 326).

Nach Gläser & Laudel (2006) stellt die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring für die Auswertung von Experteninterviews die Methode der Wahl dar, weil sich diese dazu eignet, „(...) aus Texten Beschreibungen sozialer Sachverhalte“ (Gläser & Laudel, 2006, 44) zu entnehmen, was für diesen Interviewtyp von zentraler Bedeutung ist. Die Qualitative Inhaltsanalyse (QI) zielt auf die Auswertung von Texten auf der Grundlage eines systematischen Vorgehens der Informationssammlung (Gläser & Laudel, 2006, 44). Bei dieser Vorgehensweise werden folgende Aspekte berücksichtigt (Gläser & Laudel, 2006, 44): die Erstellung eines Analyserasters, mit dem der Text auf relevante Informationen untersucht wird; die Entnahme der Informationen aus dem Text und Zuordnung zu den Kategorien des Analyserasters und die daran anschließende Weiterverarbeitung der Informationen, relativ unabhängig vom Ursprungstext. Im Unterschied zu herkömmlichen qualitativen Analyseverfahren zeichnet sich die qualitative Inhaltsanalyse dadurch aus (Gläser & Laudel, 2006, 44), dass

- relevante Information aus dem Text herausgezogen und unabhängig davon weiterverarbeitet werden (im Gegensatz dazu arbeiten andere Verfahren immer mit dem Ursprungstext),
- eine Bezugnahme auf den Text lediglich über Quellenangaben erhalten bleibt,
- die weitere Analyse mit den aus dem Text entnommenen Informationen erfolgt,
- das Kategoriensystem ex ante entwickelt wird (das Kategoriensystem für die im Text enthaltenen Informationen steht bereits vor der Analyse fest).

Weitere Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyse sehen Gläser & Laudel (2006, 197ff) darin, dass es sich um ein regelgeleitetes und systematisches Verfahren handelt, mit dessen Hilfe sichergestellt werden kann, dass das gesamte qualitative Material gleichberechtigt in die Auswertung einbezogen wird. Das bedeutet, dass alle Texte gelesen werden und dann erst entschieden wird, ob relevante Informationen enthalten sind und ausschließlich relevante Informationen Auswertungskategorien zugeordnet und extrahiert werden. Die QI ermöglicht dabei ein theoriegeleitetes Vorgehen, weil die Auswertungskategorien auf den aus den theoretischen Vorüberlegungen gebildeten Variablen basieren. Das heißt, für die Auswertung steht ein vorab gebildetes Kategoriensystem zur Verfügung, das aber dennoch dem Prinzip

der Offenheit gerecht wird, weil es während der Extraktion fortlaufend ergänzt werden kann und zwar immer dann, wenn relevante Informationen im Text gefunden werden, die (noch) nicht in das Kategoriensystem passen (ebd.)<sup>83</sup>.

Eine Anpassung des Kategoriensystems kann dabei entweder durch Bildung einer neuen Kategorie oder durch die Veränderung der Dimensionen bestehender Kategorien erfolgen. Hervorzuheben ist, dass jedoch in keinem Fall eine Kategorie gelöscht wird<sup>84</sup> und dass somit die theoretischen Vorüberlegungen im gesamten Verlauf erhalten bleiben. Ein weiterer Vorteil dieser Vorgehensweise besteht darin, dass die Informationsbasis nicht ausschließlich durch die theoretischen Vorüberlegungen strukturiert wird, sondern auch durch die im Material enthaltenen Informationen; Merkmalsausprägungen werden frei verbal beschrieben. Ein weiteres Kennzeichen der qualitativen Inhaltsanalyse ist, dass bereits mit der Extraktion die Interpretation des Materials beginnt. Ein Vorteil besteht dabei darin, dass die Interpretation durch ein systematisches Vorgehen transparent und nachvollziehbar ausgeführt wird, indem die Ergebnisse der einzelnen Interpretationsschritte festgehalten werden. Die qualitative Inhaltsanalyse ermöglicht somit, so Gläser & Laudel (2006, 199f), ein „*Mindestmaß an intersubjektiver Reproduzierbarkeit*“. Im Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse wird der Weg zur Beantwortung der Untersuchungsfrage durch das vorliegende Material beschrieben und nachvollziehbar dargestellt. Somit wird die Möglichkeit eröffnet, sowohl die einzelnen Schritte als auch die jeweils durch den Forscher geprägten Interpretationen mitzuteilen und der Diskussion zugänglich zu machen.

### 7.5.2 Auswertungsschritte

Die Auswertung der Einzelinterviews erfolgte unter Verwendung des computergestützten Programms für qualitative Interviews „MAXQDA“ (Version 2007 und 2010). Bei der inhaltsanalytischen Auswertung wurden das methodische Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) und die o.g. Modifikationen von Gläser & Laudel (2006) für die Auswertung von Experteninterviews zugrunde gelegt.

Die Strukturierung der Interviewtexte wurde durch den gemeinsamen institutionell-organisatorischen Kontext der Interviewpartner und die leitfadenorientierte Interviewführung, die eine Vergleichbarkeit ermöglichen, sichergestellt (vgl. Meuser & Nagel, 1991).

---

<sup>83</sup> Im Gegensatz zur ursprünglichen Vorgehensweise von Mayring, bei der das ex ante gebildeten Kategoriensystem in einer ersten Durchsicht an das empirische Material angepasst wird, halten Gläser & Laudel (2006) diesen Auswertungsschritt jedoch für „*methodologisch nicht begründbar und technisch zu aufwendig*“ (Gläser & Laudel, 1999 in ebd. 2006, 193). Sie modifizieren das Modell von Mayring dahingehend, dass eine Anpassung des Kategoriensystems nicht bei einer zusätzlich Sichtung eines Großteils des Materials erfolgt, sondern vielmehr im gesamten Verlauf der Auswertung möglich ist. Der ursprünglich vorgesehene „Probelauf“ entfällt somit; das Kategoriensystem kann „im gesamten Verlauf der Auswertung an die Besonderheiten des Materials angepasst werden“ (Gläser & Laudel, 2006, 195).

<sup>84</sup> Gläser & Laudel (2006, 199) weisen darauf hin, dass Mayring ursprünglich die Kategorien an das Material angepasst hat und dabei auch die Entfernung von Kategorien vorgenommen wurde, wenn diese dem Material nicht entsprechen. Im Gegensatz dazu sprechen sich Gläser & Laudel (2006, 199) dafür aus, dass „im Falle solcher Nichtentsprechung keine grundsätzliche Veränderung am Kategoriensystem vorgenommen (werden), sondern lediglich Ergänzungen.“ Auf diesem Weg wird sichergestellt, dass erst nach gründlicher Kenntnis des Materials eine Auseinandersetzung mit der u.U. bestehenden Diskrepanz zwischen Theorie und Daten erfolgen kann.

„Es ist der gemeinsam geteilte institutionell-organisatorische Kontext der ExpertInnen, der die Vergleichbarkeit der Interviewtexte weitgehend sichert; darüber hinaus wird Vergleichbarkeit gewährleistet durch die leitfadenorientierte Interviewführung. Der Leitfaden schneidet die interessierenden Themen aus dem Horizont möglicher Gesprächsthemen der ExpertInnen heraus und dient dazu, das Interview auf diese Themen zu focussieren.“ (Meuser & Nagel, 1991, 453)

Die Textinterpretation in der vorliegenden Arbeit zielte auf eine Reduktion des Textmaterials, wobei darauf geachtet wurde, einzelne Analyseaspekte innerhalb des Textmaterials systematisch herauszuarbeiten (Ebene Einzelinterview) und anschließend interviewübergreifend thematisch zu vergleichen (vgl. Meuser & Nagel, 1991). Mayring (2003, 53ff) beschreibt die einzelnen Schritte des Auswertungs- und Interpretationsverfahrens als mehrstufiges Ablaufmodell. Im Folgenden werden die einzelnen Stufen des Ablaufmodells im Überblick dargestellt, um die in der vorliegenden Arbeit gewählte Vorgehensweise zur Bearbeitung des durch die Interviews gewonnenen Datenmaterials nachzuvollziehen (vgl. Tab. 24).

**Tabelle 24: Auswertungsschritte**

Auswertungsschritte im Überblick	Stufen nach Mayring
– <b>Transkription</b> Erstellung anonymisierter Rohtexte (vgl. Transkriptionsregeln)	Stufe 3 formale Charakterisierung des Materials
– <b>Einlesen:</b> anonymisierte Interviews wurden in MAXQDA eingelesen und Textgruppen gebildet (kreisfreie Städte – Kreise) – <b>Bildung der Kodes:</b> orientiert an den Themenschwerpunkten des Leitfadens und den während der Auswertung induktiv erarbeiteten Kategorien (vgl. Gläser & Laudel, 2006), einschließlich Dokumentation des Kategoriensystems – <b>Kodierung<sup>85</sup> der Interviews:</b> Lesen der Einzelinterviews, thematische Zuordnung von im Forschungsinteresse relevanten Textstellen (d.h. Sätze, Absätze oder Einzelwörter) der Interviewpartner zu Kategorien; – berücksichtigt wurden alle im Forschungsinteresse relevanten Aussagen, die im Verlauf der Einzelinterviews genannt wurden	Stufe 7 Definition der Analyseeinheiten
– Textstellen, die sich nicht auf den Forschungsgegenstand bezogen, wurden nicht berücksichtigt	Stufe 1 Festlegung des Materials
– Informationen zur Erhebungssituation wurden in Gesprächsprotokollen dokumentiert	Stufe 2 Analyse der Entstehungssituation
– Aussagen über den Forschungsgegenstand und die von den Interviewpartnern berichteten kommunalen Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten (vgl. Kap. 7.1)	Stufe 4 Richtung der Analyse
– theoretische Anbindung der Fragestellung der Analyse an die bisherige Forschung über den Gegenstand – Konzentration auf die in diesem Zusammenhang abgeleiteten Forschungsfragen (vgl. Kap. 7.1)	Stufe 5 theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Quelle: Mayring, 2003 und eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

<sup>85</sup> Unter Kodieren versteht man das Markieren von Textstellen mit einem Kode, das heißt einem Stichwort oder einer Ziffernfolge. Textstellen eignen sich dann für eine Kodierung, wenn sie Informationen beinhalten, die für die Untersuchung des Themas relevant sind. Die Kodes werden vor dem Hintergrund der theoretischen Vorüberlegungen oder induktiv beim Lesen der Texte entwickelt. Mit Hilfe des Kodierens entwickelt sich „(...) ein System, von über den Text verteilten Kodes, die die inhaltliche Struktur des Textes repräsentieren.“ (Gläser & Laudel, 2006, 43). Dieses System bildet die Grundlage für die weitere Analyse, die darauf zielt, die Untersuchungsfragen zu beantworten und bei der alle zu einem Kode gehörigen Textstellen miteinander vergleichend betrachtet werden können (Ebene Einzelinterview) und danach gesucht werden kann, welche Themen gemeinsam in den Texten auftreten (interviewübergreifender Vergleich) (ebd.).

**Fortsetzung Tab. 24: Auswertungsschritte**

Auswertungsschritte im Überblick	Stufen nach Mayring
<ul style="list-style-type: none"> <li>- inhaltsanalytische Zusammenfassung und Strukturierung</li> </ul>	Stufe 6 Bestimmung der Analysetechnik(en) und Festlegung des Ablaufmodells
<p><b>Auswertung Ebene Einzelinterview</b> (vgl. Meuser &amp; Nagel, 1991)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevante Aussagen, die zu einer Kategorie zugeordnet waren, wurden auf der Ebene der Einzelinterviews, zunächst paraphrasiert;</li> <li>- paraphrasierte Aussagen der einzelnen Interviews stellen eine erste Verdichtung des Materials unter Berücksichtigung der relevanten Fragestellungen dar (Reduktion des umfangreichen Textmaterials vor dem Hintergrund der Themenschwerpunkte des Leitfadens)</li> <li>- um eine bessere Textübersicht zu den Themen und Informationen des Textmaterials zu erhalten, erfolgte die Bildung induktiver Kategorien (Überschriften) für die Paraphrasen der Einzelinterviews; anschließend wurden die Kategorien der Einzelinterviews vereinheitlicht</li> </ul> <p><b>interviewübergreifender Vergleich</b> (vgl. Meuser &amp; Nagel, 1991)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisse der Einzelauswertungen wurden in ein neues MAXQDA-Projekt eingelesen und einem interviewübergreifenden thematischen Vergleich zugänglich gemacht (Suche nach thematisch vergleichbaren Textpassagen aus verschiedenen Interviews);</li> <li>- Überprüfung des Textmaterials auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Abweichungen oder Widersprüche.</li> <li>- Bildung textnaher induktiver Kategorien und Kodierung der Aussagen unter Berücksichtigung der Forschungsfragen</li> <li>- weitere Selektion und Bündelung der Aussagen (Vereinheitlichung und Ordnung der Kategorien) und Zusammenfassung in Form von Zitaten und Paraphrasen</li> </ul>	Stufe 8 inhaltsanalytischen Zusammenfassung und Strukturierung des Textmaterials, Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strukturierung der Ergebnisse durch die zuvor gebildeten Kategorien</li> <li>- Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Forschungsfragen</li> </ul>	Stufe 9 Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung

Quelle: Mayring, 2003 und eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Die Stufen eins bis sieben umfassen inhaltliche und forschungsleitende Festlegungen, die der Vorbereitung der eigentlichen Analyse dienen und die daran anschließenden Auswertungsschritte charakterisieren. Hervorzuheben ist die bei der formalen Charakterisierung des Materials (Stufe 3) vollzogene Erstellung anonymisierter Rohtexte, für die folgende Transkriptionsregeln zugrunde gelegt wurden. Alle 18 geführten Gespräche wurden digital aufgezeichnet und verschriftlicht. Da vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses die Ermittlung und Auswertung von praxisbezogenen, fachlichen Informationen im Vordergrund stand und eine inhaltsanalytische Auswertung der Interviews vorgesehen war, erfolgte die Anfertigung der Transkripte als rein inhaltliche Niederschrift. Die Gespräche wurden - mit Ausnahme von Sprechpausen, Betonungen, parasprachlichen Elementen und Wiederholungen (vgl. Meuser & Nagel, 1991, 456f) - i.d.R. wortgetreu transkribiert. Passagen, die für das Thema eindeutig nicht relevant waren, wurden paraphrasiert. Für die Auswertung wurden 15 verschriftlichte Interviews (vgl. Kap. 7.3.4) und Textmaterial mit einem Umfang von 333 Seiten berücksichtigt. Zu jedem Interview wurden außerdem Informationen zur Gesprächsvorbereitung (z.B. telefonischer Kontakt, Terminfindung) sowie zu Gesprächsverlauf und -bewertung festgehalten. Informationen zur Erhebungssituation wurden in Gesprächsprotokollen dokumentiert (Stufe 2 Analyse der Entstehungssituation).

Nach der Anonymisierung wurden die Interviewtexte zur Auswertung in „MAXQDA“ (Version 2007 und 2010) eingelesen und Textgruppen gebildet (kreisfreie Städte – Kreise). Bei der Kodierung der Interviews wurden die im Forschungsinteresse relevanten Textstellen (Roh-textstellen, d.h. Sätze oder Absätze in den Einzelinterviews, z.T. Einzelwörter) der Inter-

viewpartner den zuvor gebildeten Kategorien zugeordnet; einbezogen wurden alle im Forschungsinteresse relevanten Aussagen, die im Verlauf der Einzelinterviews genannt wurden (Stufe 7, Definition der Analyseeinheiten). Passagen, die in dem Sinne nicht relevant waren, wurden nicht berücksichtigt (Festlegung des Materials, Stufe 1).

Die Analyse konzentrierte sich somit auf Aussagen der Interviewpartner über den Forschungsgegenstand und die berichteten Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten (Richtung der Analyse, Stufe 4). Durch die theoretische Anbindung der Fragestellung der Analyse an die bisherige Forschung über den Gegenstand erfolgte eine Konzentration auf die in diesem Zusammenhang abgeleiteten Forschungsfragen (vgl. Kap. 7.1). Eine theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung (Stufe 5) wurde mit der Orientierung der Auswertung an den Themenschwerpunkten des Leitfadens (vgl. Meuser & Nagel, 1991) vollzogen (vgl. Kap. 7.4). Bei der Bestimmung der Analysetechnik(en) und der Festlegung des Ablaufmodells fiel die Entscheidung für eine inhaltsanalytische Zusammenfassung und Strukturierung des Materials (Stufe 6).

Die Ergebnisse der Einzelauswertungen (vgl. Tab. 24 Auswertung Ebene Einzelinterview) wurden in ein neues MAXQDA-Projekt eingelesen und einem interviewübergreifenden thematischen Vergleich (vgl. Meuser & Nagel, 1991) zugänglich gemacht. Für diesen Analyseschritt erfolgte eine Suche nach thematisch vergleichbaren Textpassagen aus verschiedenen Interviews. Unter Einbezug aller Interviews erfolgte eine Überprüfung des Materials auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Abweichungen oder Widersprüche. Unter Berücksichtigung der Forschungsfragen wurden dabei neue, aber weiterhin textnahe Kategorien induktiv gebildet und die Aussagen kodiert. Die Aussagen wurden einer weiteren Selektion und Bündelung zugeführt (Vereinheitlichung und Ordnung der Kategorien) und in Form von Zitaten und Paraphrasen zusammengefasst (Stufe 8 inhaltsanalytische Zusammenfassung und Strukturierung des Textmaterials).

Die Auswertung wird durch die zuvor gebildeten Kategorien strukturiert und ermöglicht die Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Forschungsfragen (Stufe 9 Interpretation). Die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Zusammenfassung und Strukturierung sowie die Interpretation des Textmaterials werden in den folgenden Kapiteln (vgl. Kap. 8 und 9) präsentiert und diskutiert.

## 8 Präsentation der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse der 15 Gesprächsprotokolle vorgestellt, die unter Rückgriff auf das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden (vgl. Kap. 7, Darstellung der Auswertungsschritte). Die Analyse des Textmaterials erfolgte durch Kodierung, d.h. durch eine Zuordnung von Textstellen zu verschiedenen Themenbereichen bzw. Kategorien wurden die Aussagen der Texte zunächst auf der Ebene der Einzelinterviews und dann fallübergreifend zusammengefasst. Die Kategorien wurden anschließend Oberkategorien zugeordnet, die eine weitere Strukturierung des Materials ermöglichten. Die Ergebnisse wurden anhand der jeweils gebildeten Oberkategorien tabellarisch im Überblick, jeweils unterschieden nach Kreisen (KR) und kreisfreien Städten (kfS), ausgewiesen. Für die Erläuterung und Beschreibung der Ergebnisse wurden Paraphrasen oder prägnante Textstellen einzelner Interviews verwendet, um den Diskussionsstand der Interviewpartner zu illustrieren<sup>86</sup>. Ziel der Analyse war es insbesondere, Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen Kreisen und kreisfreien Städten herauszuarbeiten.

### 8.1 Berufliche Qualifikation, Aufgabenbereich und organisatorische Anbindung

Die Interviewpartner aus den kfS verfügten zum Teil über zwei und mehr Studien- bzw. Berufsabschlüsse. Betrachtet man die jeweils höchste berufliche Qualifikation, überwog ein geistes- oder sozialwissenschaftlicher Studienabschluss, gefolgt von (betriebs-)wirtschafts-, verwaltungs- oder gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen. Einzelne Teilnehmer berichteten über eine pflegerische Ausbildung oder Weiterbildungen in den Bereichen Gerontologie, Gesundheitsmanagement oder Organisationsberatung. In den Kreisen verfügten alle Befragten über mindestens einen Studienabschluss; hier überwogen die Geistes-/Sozialwissenschaften gefolgt von Gesundheitswissenschaften (MPH), naturwissenschaftlichen, betriebswirtschaftlichen, verwaltungswissenschaftlichen oder sonstigen Studiengängen. Einzelne Befragte verfügten über eine kaufmännische Ausbildung oder eine Weiterbildung im Gesundheitsmanagement oder der Psychotherapie (vgl. Tab. 25).

In den kfS war die Hälfte der Befragten seit den 1990er Jahren im Gesundheitsamt beschäftigt, von einem Teilnehmer lagen diesbezüglich keine Angaben vor. Zwei Befragte waren seit der Einführung und landesweiten Etablierung der kGKn in der Position der Geschäftsführung tätig; andere hatten erst im Verlauf des nunmehr seit zehn Jahren bestehenden Gremiums diese Position übernommen. Dabei gaben zwei Befragte an, dass sie bereits im Vorfeld aufgrund ihrer vorherigen beruflichen Position eine inhaltliche und/oder organisatorische Nähe zur kGK hatten. Bei den Geschäftsstellenleitungen in den KR zeigte sich ein ähnliches Bild: hier waren die Befragten ebenfalls zur Hälfte seit den 1990er Jahren im Gesundheitsamt tätig. In den KR waren drei Befragte seit der Einführung der kGKn in der Position der Geschäftsführung, die anderen haben diese Position zu einem späteren Zeitpunkt übernommen (vgl. Tab. 26 und 27).

---

<sup>86</sup> Im Mittelpunkt der Datenanalyse und Interpretation der Ergebnisse stehen ausschließlich die Erfahrungen der ausgewählten kommunalen Gesundheitskonferenzen zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“. Auf eine Auswertung der im Zusammenhang mit dieser Befragung gewonnenen Erkenntnisse zur allgemeinen Praxis der kommunalen Gesundheitskonferenzen wurde aus inhaltlichen und zeitlichen Gründen verzichtet.

**Tabelle 25: Berufliche Qualifikation**  
**Berufliche Qualifikation (Mehrfachnennungen)**

Studiengang	kfS (n=8)	KR (n=8)
Geistes- und Sozialwissenschaften z.B. <i>Pädagogik, Sozialwissenschaften, Politikwissenschaft, Sozialarbeit/-pädagogik, Sonderpädagogik</i>	9	4
(Betriebs-)Wirtschafts-, Verwaltungswissenschaften	2	1
Gesundheitswissenschaften (MPH)	1	3
Medizin z.B. <i>Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin, Umweltmedizin</i>	0	1
Naturwissenschaften z.B. <i>Biologie, Geographie</i>	0	2
Sonstige Studiengänge	0	1
<b>Berufsausbildung</b>		
Pflegerische Ausbildung z.B. Altenpfleger	1	0
Kaufmännische Ausbildung z.B. Betriebswirt	0	1
<b>Weiterbildung</b>		
Organisationsberatung	1	0
Gerontologie	1	0
Gesundheitsmanagement	1	1
Psychotherapie	0	1

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 26: Beschäftigung im Gesundheitsamt**

	Beschäftigung im Gesundheitsamt seit...	
	kfS (n=8)	KR (n=8)
vor 1990	1	-
1990 - 1999	4	4
seit 2000	2	3
k.A.	1	1

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 27: Zuständigkeit für die kGK**

	Zuständigkeit für die kGK seit...	
	kfS (n=8)	KR (n=8)
1995	-	1
1996	-	2
1998	1	1
1999	1	-
2000	2	1
2001	-	1
2002	1	1
2004	1	-
2005	-	1
2006	2	-

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung



Die Hälfte der befragten Mitarbeiter der Geschäftsstelle der kGKn in den kfS verfügte über eine Vollzeitstelle, bei drei Befragten umfasste der Stellenumfang 75 Prozent einer Vollzeitstelle. Die jeweilige Wochenarbeitszeit variierte je nach Tarifvertrag; sie wurde bei den Vollzeitstellen mit 39 bzw. 40 Stunden angegeben, bei den Dreiviertelstellen mit 28 bis 30 Stunden pro Woche. Von einem Teilnehmer lagen diesbezüglich keine Angaben vor. In den KR hatten mehr als die Hälfte der Befragten eine Vollzeitstelle (38,5 bis 41,5 Std./Woche), einzelne Befragte arbeiteten in Teilzeit (19,25 bzw. 24 Std./Woche).

Den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der kGKn stand innerhalb einer Arbeitswoche unterschiedlich viel Zeit für die kGK zur Verfügung. Bei drei Geschäftsstellenleitungen in den kfS entfielen bei einer Vollzeitstelle zwischen 55 und 80 Prozent der Wochenarbeitszeit (WAZ) (das entsprach 21 bis 32 Stunden pro Woche) auf die Gesundheitskonferenz. Einem Befragten stand bei einem Stellenumfang von 75 Prozent einer Vollzeitstelle die Hälfte der WAZ für die kGK zur Verfügung, dies entsprach 14 Stunden pro Woche. In den KR entfielen bei zwei Befragten bei einer Vollzeitstelle zwischen 5 und 50 Prozent der Wochenarbeitszeit auf die kGK (2 bis 19,25 Stunden); ein Befragter gab an, dass bei einem Stellenumfang von 50 Prozent einer Vollzeitstelle ein Viertel bis zu einer Hälfte der Wochenarbeitszeit (5 bis 10 Stunden pro Woche) für die kGK aufgewendet werde (vgl. Tab. 28).

**Tabelle 28: Wochenarbeitszeit und wöchentlicher Zeitaufwand für die kGK**

	Arbeitszeit (Std./Woche)	Zeit für die kGK (Std./Woche)	Übernahme weiterer Aufgaben außerhalb der kGK
<b>Kreisfreie Städte</b>			
1	28	14	ja
2	39	21	ja
3	39	27	ja
4	40	32	ja
5	30	30	nein
6	30	30	nein
7	39	39	nein
8	k.A.	k.A.	k.A.
<b>Kreise</b>			
1	38,5	k.A.	ja
2	19,25	ca. 5 bis 10	ja
3	39,5	ca. 2	ja
4	39	39	nein
5	38,5	38,5	nein
6	41,5	41,5	nein
7	24	k.A.	ja
8	38,5	19,25	ja

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Diese Angaben basieren auf Schätzungen der Interviewpartner und bieten eine grobe Orientierung. Allgemein ist anzumerken, dass der Arbeitsaufwand für die kGK in den kfS und den KR in Abhängigkeit vom Thema und dessen jeweils erforderlicher Bearbeitungsintensität variieren kann.

In den kfS umfasste die aktuelle Position der Befragten in der Kommunalverwaltung i.d.R. die Geschäftsführung der kommunalen Gesundheitskonferenz (kGK), ein Befragter war in leitender Funktion für einen Aufgabenbereich innerhalb des Gesundheitsamtes tätig (Sachgebietsleitung). Darüber hinaus wurden von einem Teil der Befragten regelmäßig zusätzliche Aufgaben übernommen. Im Vergleich zu den kfS zeigte sich in den KR, dass die Geschäfts-

führung der kGK nur einen Teilbereich der aktuellen Position in der Kommunalverwaltung darstellte; häufig wurden weitere zusätzliche Leitungsfunktionen auf unterschiedlichen Ebenen oder weitere Funktionen übernommen. Die Spannweite erstreckte sich dabei von der Amts- oder Fachbereichsleitung über die Abteilungsleitung, die Leitung unterschiedlicher Gremien und Arbeitsgemeinschaften bis hin zu Koordinationsaufgaben oder anderen Zuständigkeiten (z.B. für die Gesundheitsberichterstattung). Eine ausschließliche Übernahme der Geschäftsführung der kGK wurde hier seltener benannt.

In den kfS und den KR nahmen jeweils drei Befragte entsprechend der Stellenbeschreibung keine Aufgaben außerhalb der Geschäftsführung der kGK wahr; von einem Teil wurden nur punktuell weitere Aufgaben übernommen. Die anderen Befragten waren in unterschiedlichem Umfang mit weiteren Aufgabenbereichen betraut. In den kfS umfasste das Spektrum regelmäßiger zusätzlicher Aufgaben die Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Herausgabe von Broschüren, Betreuung des Internetauftrittes), die Mitarbeit an der Gesundheitsberichterstattung, die Übernahme weiterer koordinierender Tätigkeiten (z.B. Psychiatriekoordination) oder die Bearbeitung außerhalb der kGK angesiedelter Themenbereiche. Außerdem wurden z.T. aktuelle Aufgaben, für die es innerhalb des Gesundheitsamtes häufig keine klare personelle Zuweisung gibt, übernommen (z.B. Maßnahmen im Rahmen der Vorbereitung der Massenimpfung). In den KR wurden Leitungsfunktionen (z.B. Abteilungsleitung, stellvertretende Fachbereichsleitung Soziales und Gesundheit) sowie die Übernahme weiterer koordinierender Tätigkeiten (z.B. Psychiatriekoordination, Planungskonferenzen z.B. Wohnen, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften z.B. Sucht, Psychiatrie oder Arbeitsgemeinschaften mit Fachberufen z.B. Ärzten) als regelmäßige Aufgaben außerhalb der kGK benannt.

Von den Befragten wurde zum Teil auch auf die organisatorischen An- und Einbindung der kGK innerhalb der Kommunalverwaltung oder des Dezernates (z.B. Stabsstelle; gemeinsames Dezernat für die Bereiche Gesundheit und Soziales) oder auf besondere Organisationsformen der kGK (z.B. gemeinsame Gesundheits- und Pflegekonferenz) hingewiesen. Bei der Hälfte der kfS war die Gesundheitskonferenz als Stabsstelle eingerichtet, die i.d.R. direkt der Amtsleitung unterstellt war. Darüber hinaus berichteten einzelne KR und kfS über eine Anbindung der kGK an den Dezernenten. Dieser Organisationsform komme dabei, so die Argumentation der Befragten, innerhalb der hierarchischen Strukturen des Gesundheitsamtes durchaus strategische Bedeutung zu, weil die kGK darüber in Weisungsbefugnisse und Entscheidungsstrukturen eingebunden sei. Die folgenden Ausführungen veranschaulichen dies beispielhaft:

*„(...) Es ist immer die Frage, wo eine Person angesiedelt ist. Ob sie beim Dezernenten angesiedelt ist, was sinnvoll ist. Wenn sie in das Amt integriert ist, hat sie keine Weisungsbefugnis den anderen Kollegen gegenüber, die Amtsleitung kann immer entscheiden, was ihm wichtig ist oder nicht wichtig ist. Während, wenn es beim Dezernenten angesiedelt ist, bestehen ganz andere Möglichkeiten, über die Amtsleitung auch Dinge umzusetzen, wenn der Dezernent dahinter steht. Oder ein Bürgermeister in den kreisfreien Städten, es ist immer die Frage, wo das Thema angesiedelt ist. Und dementsprechend viel kann man auch erreichen.“  
(kfS9, 109)*

In einzelnen kfS und den KR wurde über ein duales Konferenzsystem, eine gemeinsame Gesundheits- und Pflegekonferenz, berichtet, wobei die Pflegekonferenz i.d.R. der inhaltlich breiter angelegten Gesundheitskonferenz untergeordnet war. So berichtete eine kfS beispielsweise, dass ein fortwährender Arbeitskreis „Pflege“ unterhalb der Ebene der Gesundheitskonferenz angesiedelt sei. Bei den Mitgliedern dieses Arbeitskreises handele es sich um Akteure des lokalen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungssystems; dementsprechend bearbeite man innerhalb dieses Arbeitskreises neben pflegerischen Themen auch andere Inhalte, u.a. das Thema „Gesundheit im Alter“. Die Entscheidung für eine Zusammenfassung der Gremien wurde in KR und kfS sowohl aufgrund inhaltlicher wie personeller Überschneidungen bereits bei der Einrichtung der kGK getroffen wie die Ausführungen aus einem KR verdeutlichen:

*„(...) Die Zusammensetzung der Gesundheitskonferenzen ist ja eigentlich vorgegeben durch das Gesetz [ÖGDG, Anm. d. V.]. Bei uns die Besonderheit, deshalb sage ich Gesundheits- und Pflegekonferenz, ist auch der Bereich Pflege mit hineingekommen, weil es einfach große Schnittmengen gibt und insofern hat der Kreis dann auch damals beschlossen, beide Gremien, das eine nach dem Landespflegegesetz, das andere nach dem ÖGDG, dass wir das zusammenführen.“  
(KR7, 3)*

Des Weiteren ist hervorzuheben, dass in mehr als der Hälfte der kfS und in einzelnen KR die Verwaltungsbereiche Gesundheit und Soziales in einem Dezernat angesiedelt waren. In diesen Städten waren somit auch die jeweiligen Ämter und angeschlossenen Gremien - Gesundheits- und Sozialamt sowie die Gesundheits- und Pflegekonferenz - zumindest formal betrachtet "unter einem Dach" verortet, was grundsätzlich als vorteilhaft für eine intersektorale und fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit angesehen werden kann.

## 8.2 Motivation, Ziele, begriffliche Einordnung (Teil A)

Ein wesentliches Forschungsinteresse bestand darin, Gründe und Zielsetzungen der kGKn für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zu ermitteln. Darüber hinaus wurde angestrebt, eine begriffliche bzw. konzeptionelle Einordnung zu erfassen, die für die Bearbeitung dieses Themas in der kGK im Einzelnen zugrunde gelegt wurde (vgl. Forschungsfragen, Kap. 7). Eine erste Annäherung an die Hintergründe für die Bearbeitung bietet eine Übersicht zum Bearbeitungsbeginn in der kGK Gesamtkonferenz. Im Anschluss daran wird auf die Bearbeitungsgründe und –ziele Bezug genommen. Das Kapitel schließt mit der Darstellung der begrifflichen Einordnung.

### 8.2.1 Bearbeitungsbeginn

Der Bearbeitungsbeginn<sup>87</sup> für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“, d.h. die Vorstellung des Themas in der kGK Gesamtkonferenz, erfolgte in den meisten KR und kfS in zeitlicher Nähe zu den Entschlüssen der 16. und 17. LGK, die 2007 bzw. 2008 zum Themenschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ formuliert wurden und seitens der Geschäftsstellenmitarbeiter der kGKn auch als handlungsleitend für die Auswahl von Themen auf kommunaler Ebene benannt wurden (vgl. Tab. 29; vgl. auch folgende Darstellung).

**Tabelle 29: Bearbeitungsbeginn**

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Kreisfreie Städte</b>			▶	▶	
		▶	▶	▶	
			▶		
<b>Kreise</b>	▶		▶		▶
			▶		
			▶	▶	
			▶		▶
					▶
			16. LGK		
				17. LGK	

▶ Bearbeitungsbeginn in der kGK Gesamtkonferenz    ■ Entschlüssen der LGK  
 Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

In Einzelfällen wurde von den Befragten ein früherer oder späterer Bearbeitungsbeginn benannt; während eine frühere Auseinandersetzung mit dieser Thematik insbesondere im Rahmen eines interkommunalen Austauschs der kGKn untereinander erfolgte, zeigte sich bei einem späteren Bearbeitungsbeginn, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema ebenfalls bereits im Vorfeld z.B. im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung

<sup>87</sup> Die grafische Darstellung bezieht sich ausschließlich auf den Bearbeitungsbeginn, d.h. die Vorstellung des Themas in der kGK Gesamtkonferenz; der Beginn und die Laufzeiten der im Zuge der Bearbeitung entstandenen Arbeitsgruppen und Maßnahmen wurden an dieser Stelle nicht berücksichtigt.

oder Kreisentwicklungsplanung stattgefunden hatte oder dass das Thema kontinuierlich im Rahmen anderer Zusammenhänge aufgegriffen worden war.

### 8.2.2 Bearbeitungsgrund

Von den Befragten wurde mindestens ein und bis zu vier Gründe für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ angeführt. Motive für die Bearbeitung dieses Themas in der kGK waren somit häufig vielschichtig, wobei insbesondere Folgen der demografischen Entwicklung als Begründung angeführt wurden. Auffallend selten wurden demgegenüber wirtschaftliche Aspekte (z.B. Einsparpotenziale) oder ein kommunalpolitischer Auftrag benannt. Mehrheitlich wurde von KR und kfS die demografische Entwicklung und ihre Folgen als Begründung für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ benannt (vgl. Tab. 30).

**Tabelle 30: Bearbeitungsgrund Demografie**

	Demografische Entwicklung	
	KR	kfS
Thema der Stadt-/Kreisverwaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „alte“ Kommunen: hohe Betroffenheit von demografischen Veränderungen</li> <li>– AG Stadt-/Kreisentwicklungsplanung (fachbereichsübergreifend)</li> <li>– Bericht zur Demografischen Entwicklung inkl. zukünftiger Handlungserfordernisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bearbeitung des Themas demografische Entwicklung/demografischer Wandel durch einzelne FB/Ämter (fachbereichsintern)</li> </ul>
kommunale Präsenz, Aktualität, Relevanz - Einfluss der demografischen Entwicklung und ihrer Folgen auf die Themenwahl in der kGK	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Demografische Entwicklung als eigenständiger Themenbereich in der kGK</li> <li>– Erweiterung der Perspektive von der Pflegebedarfsplanung zur Beschreibung von Anforderungen an die Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung auf Kreisebene (medizinisch, pflegerisch, sozial)</li> <li>– Anlass zur Erweiterung bisheriger Themenschwerpunkte und Zielgruppen innerhalb des Gesundheitsamtes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Präsenz des Themas</li> <li>– bestehende, regional unterschiedliche Handlungsbedarfe</li> </ul>
allgemeine Präsenz, Aktualität, Relevanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>– gesellschaftlich hohe Relevanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bundesweite Bedeutung des Themas</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Dabei zeigte sich in „alten“ Kommunen, die bereits in hohem Maße von demografischen Veränderungen betroffen waren (z.B. Abwanderung der jüngeren Bevölkerung in den KR), dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema demografische Entwicklung auf der Ebene der Stadt- oder Kreisverwaltung erfolgte, wobei sich in unterschiedlicher Weise Anknüpfungspunkte für die kGK und die Bearbeitung des Themas „Gesundheit/Gesundheitsförderung im Alter“ ergaben. In den KR wurde in diesem Zusammenhang zum einen über eine fachbereichsübergreifende Arbeitsgruppe zum Thema demografische Entwicklung berichtet, bei der die Beurteilung der demografischen Entwicklung aus den un-

terschiedlichen Perspektiven der jeweiligen Fachbereiche erfolgte. Für den Gesundheitsbereich bzw. die kGK bot sich auf dieser Ebene die Möglichkeit, sich mit ihrer Sichtweise und Kompetenz einzubringen. Damit war auch die Hoffnung bzw. der Wunsch verbunden, dass auf diesem Weg die Umsetzung von Maßnahmen z.B. zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen befördert werde. Zum anderen wurde in einem weiteren KR die Durchführung einer Untersuchung zur demografischen und pflegerischen Entwicklung der Kommune und Ableitung von Handlungsempfehlungen und zukünftigen Handlungserfordernissen für alle Fachbereiche/Ämter beschrieben, die eine Vorbereitung auf demografische Veränderungen nicht nur im Sinne der Pflegeverhinderung, sondern auch mit dem Schwerpunkt Gesundheit im Alter beinhaltete.

Aus den kfS wurde hingegen über eine fachbereichsinterne Auseinandersetzung mit demografischen Fragestellungen berichtet (demografischer Wandel als Gegenstand fachbereichs-/ämterbezogener Planungen und Projekte). So wurden beispielsweise in einer kfS die Alterung der Stadt und die Auswirkungen des demografischen Wandels unabhängig voneinander im Gesundheits- und Sozialbereich thematisiert. Im Sozialbereich wurden dabei – unabhängig von der kGK - Projekte zur seniorenbezogenen Stadtentwicklung durchgeführt, in deren Kontext ein Ratsbeschlusses zur Förderung einer stadtteilorientierten Versorgung älterer Menschen erwirkt werden konnte.

In KR und kfS wurde zudem die kommunale Präsenz, Aktualität und Relevanz demografischer Entwicklungen und deren unmittelbarer Einfluss auf die Themenwahl in der kGK hervorgehoben. Dabei zeigte sich zum einen, dass das Thema demografische Entwicklung als eigenständiger Themenbereich in der kGK bearbeitet wurde; zum anderen leiteten sich daraus weitere Themen und Fragestellungen ab, die letztlich zur Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK führten. In einem KR standen dabei beispielsweise die Forderung und der Wunsch im Mittelpunkt, das Thema für den Kreis systematisch aufzuarbeiten. Ausgehend von einer Pflegebedarfsplanung erfolgte in Zusammenarbeit zwischen Pflegekonferenz und kGK eine übergreifende Betrachtung des gesamten Versorgungsgeschehens (medizinisch, pflegerisch, sozial) und die Beschreibung von Anforderungen an die Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung auf Kreisebene:

*„(...) Wir haben eine Pflegebedarfsplanung, das ist ja das Gerüst, was nach dem Landespflegegesetz erforderlich ist, dazu genutzt, über den Tellerrand einer Pflegebedarfsplanung zu schauen und dann kommt die Zuständigkeit der Gesundheitskonferenz. Die Pflegekonferenz befasst sich ja vorwiegend mit dem Thema der medizinisch-pflegerischen Versorgung, mehr mit dem Schwerpunkt Pflege, und die Gesundheitskonferenz hat die Aufgabe, einen umfassenden Ansatz zu wählen, die Sicherstellung der Versorgung insgesamt: medizinisch, pflegerisch mit den Begleitaspekten des bürgerschaftlichen Engagements, der Ehrenämter und der vielen Kooperationspartner.“ (KR1,2)*

Aus einem anderen KR wurde berichtet, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema demografische Entwicklung im Gesundheitsamt und der kGK mit einer Erweiterung bisheriger Themenschwerpunkte einherging; so vollzog sich z.B. eine Aufgaben- und Zielgruppendifferenzierung von der Hygiene-, Kontrollfunktion und dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendge-

sundheit zu geriatrischen/gerontopsychiatrischen Themen und im weiteren Verlauf zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter.

In den kfS wurde ebenfalls die Präsenz des Themas demografische Entwicklung erwähnt und diesbezüglich jedoch bestehende, regional durchaus unterschiedliche Handlungsbedarfe (z.B. Anpassung des Stadtbildes oder der Angebotsstruktur für ältere Menschen) betont.

*„Das Thema ist ja eigentlich ein Thema, was im Moment auf der Hand liegt. Die demografische Alterung ist ja ganz offensichtlich, sie ist ja auch deutlich beschreibbar und sie ist ja vor allen Dingen für die Städte in unserer Region besonders deutlich jetzt auch schon zu beschreiben. Und von daher waren sich eigentlich alle einig, dass man diesen Punkt angehen muss.“ (kfS3, 13)*

*„(...) also in den Köpfen ist das schon so drin, das wird eine alte Stadt und da muss auch dementsprechend auch etwas im Stadtbild und in der Angebotsstruktur für ältere Menschen passieren.“ (kfS8, 12)*

Darüber hinaus wurden eine allgemeine Präsenz, Aktualität und Relevanz des Themas demografische Entwicklung als Begründungszusammenhang für die Themenwahl der kGK angeführt (z.B. bundesweite Bedeutung des Themas *„(...) wir [sind] alle vom demografischen Wandel betroffen“ (kfS1, 14)* oder gesellschaftlich hohe Relevanz demografischer Veränderungen).

Als weitere Begründung für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde in den befragten KR und kfS angeführt, dass ältere Menschen grundsätzlich als eine eigenständige, vorab festgelegte Zielgruppe der kGK angesehen wurden (vgl. Tab. 31).

**Tabelle 31: Bearbeitungsgrund Ältere als Zielgruppe der kGK**  
Ältere als Zielgruppe der kGK

	KR	kfS
Organisatorisch-konzeptionelle Ausrichtung der kGK: Festlegung von seniorenbezogenen Themen und älteren Zielgruppen in der kGK	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausrichtung auf neue und bisher vernachlässigte Themenbereiche im Rahmen der Konstituierung der kGK (z.B. Geriatrie, Gerontopsychiatrie)</li> <li>– Festlegung eines Themas oder einer Zielgruppe durch die Geschäftsstelle der kGK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Organisationsform der kGK (Gesundheits- und Pflegekonferenz)</li> </ul>
Nähe und Kontakte der Mitarbeiter der kGK zu seniorenbezogenen Themen und älteren Zielgruppen (innerhalb des Gesundheitsamtes und/oder der kGK)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nähe und Kontakte zu amtsinternen, unabhängig von der kGK bestehenden, Arbeitsgruppen, die ältere Zielgruppen berücksichtigen</li> <li>– Nähe und Kontakte zu verwaltungsexternen Stellen (z.B. zu seniorenbezogenen lokalen Einrichtungen, zu Anbietern von Bewegungsförderungsprogrammen für ältere Menschen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rückgriff auf vorhandene amtsinterne Themen/Themenschwerpunkte (z.B. Gerontopsychiatrie)</li> <li>– persönliche Nähe der Mitarbeiter der kGK zu seniorenbezogenen Themen und älteren Zielgruppen (z.B. beruflicher pflegerischer Hintergrund)</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Die Berücksichtigung älterer Zielgruppen in der kGK wurde dabei zum einen auf die organisatorisch-konzeptionelle Ausrichtung der kGK zurückgeführt, die in einigen KR und kfS eine grundlegende Ausrichtung auch auf ältere Zielgruppen und seniorenbezogene Themen implizierte. Eine entsprechende inhaltliche Ausrichtung erfolgte dabei in einem KR beispielsweise im Rahmen der Konstituierung der kGK; dieser Zeitpunkt wurde als gute Gelegenheit angesehen, neue – und bisher vernachlässigte – Themenbereiche aufzugreifen (z.B. Geriatrie, Gerontopsychiatrie). Außerdem wurde aus einem weiteren KR darüber berichtet, dass eine Festlegung eines Themas oder einer Zielgruppe auch durch die Geschäftsstelle der kGK erfolgte und die Bearbeitung des Themas in einer Arbeitsgruppe angeregt wurde.

In den kfS wurde, sofern ein duales Konferenzsystem, also ein Zusammenschluss von Gesundheits- und Pflegekonferenz vorlag, die Ausrichtung auf ältere Zielgruppen mit der Organisationsform der kGK begründet. Hier wurden seniorenbezogene Themen und die Zielgruppe der älteren Menschen in unterschiedlichen Facetten auch innerhalb der Gesundheitskonferenz berücksichtigt.

Aus den Berichten derjenigen Befragten, die diesbezüglich auf die Versorgungsbereiche Geriatrie und/oder Gerontopsychiatrie Bezug nahmen, ging hervor, dass über diese Themen i.d.R. erstmals Kontakte der kGK oder des Gesundheitsamtes zu älteren Zielgruppen entstanden sind; die Auseinandersetzung mit geriatrischen/gerontopsychiatrischen Themen wurde somit als Wegbereiter auch für präventive und gesundheitsfördernde Themen für ältere Zielgruppen angesehen. Zum anderen leitete sich in KR und kfS eine Fokussierung älterer Zielgruppen und seniorenbezogener Themen aus der beruflichen und/oder persönlichen Nähe der Mitarbeiter der Geschäftsstelle der kGK ab (z.B. individuell persönliche Nähe zu seniorenbezogenen Themen und älteren Zielgruppen aufgrund eines vorherigen beruflichen pflegerischen Hintergrunds des Mitarbeiters der kGK oder der aktuellen beruflichen Nähe zu älteren Zielgruppen z.B. aufgrund von Kontakten zu Altenheimen oder zu Anbietern von Bewegungsförderungsprogrammen für ältere Menschen).

Die Orientierung an gesundheitspolitischen Themen wurde von kfS und KR gleichermaßen als Begründung für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ angeführt. Hervorgehoben wurde, dass Beratungen und Empfehlungen bundes- und/oder landesgesundheitspolitischer Gremien für die Arbeit der kGK grundsätzlich wichtige Orientierungspunkte für die kommunale Ebene bilden, die Aufmerksamkeit für Themen schärfen und Handlungsbedarfe anzeigen (z.B. die 16. und 17. Entschließung der LGK NRW zum Thema Älter werden; Bundesgesundheitsziele; Entschließungen der Gesundheitsministerkonferenz) (vgl. Tab. 32).

Ausschlaggebend für die kommunale Themenwahl sei dabei aus Sicht eines KR die Aktualität eines Themas und dessen Verortung und Bedeutung im Gesamtkontext (Bund – Land – Kommune), die gleichsam als Begründung für die Auseinandersetzung mit Themen auf der kommunalen Ebene angeführt wurde.



**Tabelle 32: Bearbeitungsgrund Orientierung an gesundheitspolitischen Themen**  
Orientierung an gesundheitspolitischen Gremien

	KR	kfS
politisch-inhaltliche Relevanz potentieller kommunaler Themen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktualität eines Themas und dessen Verortung und Bedeutung im Gesamtkontext (Bund – Land- Kommune)</li> <li>– Begründung für die Auseinandersetzung mit Themen auf der kommunalen Ebene</li> </ul>	/
Umsetzung „vor Ort“	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Themenauswahl und – konkretisierung auf kommunaler Ebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Überprüfung , ob Themen bereits „örtlich zum Tragen kommen“</li> <li>– bei lokalem Bedarf Überprüfung der Umsetzungsmöglichkeiten für die Kommune</li> </ul>
Erschließung von Ressourcen	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– finanzielle Unterstützung (z.B. Landesförderung, Wettbewerbe, Modellvorhaben)</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

*„(...) Hinzu kommt, wir orientieren uns ein bisschen ja auch immer an den Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz und (...) da war auch das Thema „Älter werden“ ein Bestandteil (...), so dass wir also schon dort mit auf den Zug aufgesprungen sind, auch etwas für die Gesundheit von älteren Menschen zu machen.“ (KR5, 23)*

*„(...) Sicher, die Themenauswahl erfolgt kommunal, aber sicher orientiert am Gesamten, am Land oder auch an Bundesgesundheitszielen, einfach um auch im Gesamtkontext einen anderen Stellenwert zu haben, um auch sagen zu können, hier wir haben auch eine gute Basis, warum wir das machen. (...).“ (KR5, 78)*

Die Ausführungen aus einer kfS verdeutlichten zudem, dass entsprechende landespolitische Vorgaben im Kontext der kGK auch zur Überprüfung der eigenen kommunalen Angebotsstrukturen und Praxis genutzt werden.

*„(...) Und wir orientieren uns immer auch ein wenig an den Inhalten der Landesgesundheitskonferenz, soweit die dann nicht schon örtlich zum Tragen gekommen sind, bringen wir die dann in die örtliche Gesundheitskonferenz ein und überlegen dann auch, wie wir hier dann einzelne Schritte vorwärts gehen können.“ (kfS4, 20)*

Neben der politisch-inhaltlichen Begründung kommunaler Themen kommt der Orientierung an übergeordneten gesundheitspolitischen Gremien auch im Hinblick auf potentielle Fördermöglichkeiten Bedeutung zu. So wiesen beispielsweise kfS darauf hin, dass für aktuelle Themen gesundheitspolitischer Gremien auch eine finanzielle Unterstützung bereitgestellt

werde (z.B. Landesförderung, Wettbewerbe, Modellvorhaben), die für die kommunale Ebene und die Arbeit der kGK durchaus von Interesse sei.

*„Und der zweite Strang hat sich aus der politischen Situation entwickelt, ganz aktuell und der landespolitischen Unterstützung, (...), also danach gucke ich, und da gucken auch alle Kollegen der Gesundheitskonferenzen natürlich auch, welches Thema nimmt das Land im Moment, dann hat man u.U. Chancen durch Wettbewerbe usw. an Gelder zu kommen. (...)“ (kfS6, 61)*

Des Weiteren wurde insbesondere von kfS berichtet, dass ein interkommunaler Austausch die Entscheidung für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK befördert habe. Auch ethische Aspekte wurden von kfS und KR als Begründung für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ angeführt, dabei können eine allgemein hohe Bedeutung und der Wert der Gesundheit im Alter sowie das Ziel, den Eintritt von Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter zu verzögern oder zu vermeiden differenziert werden (vgl. Tab. 33).

**Tabelle 33: Bearbeitungsgrund Ethische Aspekte**

Ethische Aspekte	KR	kfS
allgemein hohe Bedeutung der Gesundheit im Alter	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesundheit im Alter als übergeordnetes Ziel</li> <li>– Hohes (bislang häufig ungenutztes) Aktivierungspotenzial</li> </ul>	/
Verzögerung und/oder Vermeidung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter	– „Gesundheitsförderung vor Pflege“	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Möglichst lange ein selbst bestimmtes, eigenständiges Leben führen</li> </ul>	/

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Die folgenden Erläuterungen der Befragten verdeutlichen diesen Begründungszusammenhang anschaulich:

*„Und Pflegeverhinderung ist eine Sache, aber Gesundheit im Alter sollte voran stehen.“ (KR4, 15)*

*„(...) neben der ethischen Perspektive, dass es natürlich wünschenswert ist, möglichst lange ein selbst bestimmtes, eigenständiges Leben führen zu können und dann (...) die Phase vor dem Tode möglichst verkürzen zu können, mit Krankheit und Siechtum und Pflegebedürftigkeit.“ (KR2, 21)*

*„(...), wir wollen ja auch Gesundheitsförderung betreiben und versuchen, dass die Menschen nicht krank werden oder pflegebedürftig.“ (kfS1, 15)*

Darüber hinaus wurden weitere Gründe benannt, die drei übergeordneten Kategorien zugeordnet werden können: neben themenspezifischen Begründungen (Aktualität und Handlungsbedarf; Themenwahl in der kGK), wurden wirtschaftliche Gründe (KR) und kommunal-

politische Entscheidungen (kfS) angeführt (vgl. Tab. 34). Betrachtet man die themenspezifischen Begründungen, wurde die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zum einen auf Aktualität und Handlungsbedarf zurückgeführt. Die Entscheidung für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erfolgte beispielsweise in einem KR u.a. deshalb, weil dieses Thema bislang vernachlässigt wurde.

*„(...) und ganz generell ist das Thema Gesundheitsförderung im Alter bei uns bisher stiefmütterlich behandelt worden. Man hätte ja auch schon vorher darauf kommen können, sich mit solchen Dingen zu beschäftigen, denn da gibt es einfach ein großes Aktivierungspotenzial, sowohl in ethischer als auch in finanzieller Hinsicht, so sehen wir das zumindest.“ (KR2, 15)*

**Tabelle 34: Bearbeitungsgrund Sonstiges**

Bearbeitungsgrund - Sonstiges		KR	kfS
Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen	Aktualität und Handlungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bisherige Vernachlässigung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“</li> <li>- Gesundheitspotenziale und Präventionsmöglichkeiten im Alter sind bekannt</li> </ul>	/
	Themenentwicklung/-wahl in der kGK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- konsequente Themenentwicklung: von (altersassoziierten) Krankheiten zur Prävention (im Alter)</li> <li>- Verbindung der Mitglieder der kGK über die Themenwahl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Themenvariation in der kGK</li> <li>- Zugang zum Thema über ein anderes Projekt</li> </ul>
wirtschaftliche Gründe		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finanzielles Aktivierungspotenzial z.B. Sturzprävention (Einsparungen durch Vermeidung von Frakturen)</li> </ul>	/
Kommunalpolitische Entscheidung		/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kommunalpolitischer Auftrag zur Bearbeitung des Themas</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Ähnlich argumentierte auch ein anderer KR, wobei hier hervorgehoben wurde, dass die Entscheidung für das Thema aus dem aktuell verfügbaren und hinreichend bekannten Forschungsstand zur Gesundheitsförderung und Präventionsmöglichkeiten für ältere Menschen abzuleiten sei.

Zum anderen wurden an dieser Stelle Aspekte der Themenentwicklung und –wahl innerhalb der kGK als Begründung benannt. Die Hinwendung zu einem gesundheitsfördernden und/oder präventiven Thema wurde von einem weiteren KR z.B. als Ergebnis einer konsequenten Bearbeitung und Weiterentwicklung krankheitsbezogener Themen bezeichnet; der Ansatzpunkt für Maßnahmen werde nunmehr früher gesetzt (z.B. Risikofaktoren sen-

ken/Ressourcen stärken). An anderer Stelle wurde die Entscheidung für das Thema auch dadurch unterstützt, dass dafür innerhalb der Mitglieder der kGK Interesse und Betroffenheit und somit ein gewisser „gemeinsamer Nenner“ vermutet wurde. Dies sei insofern von Bedeutung, weil die Mitglieder der kGK aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens kommen und dementsprechend bei der Themenwahl jeweils eine inhaltliche Grundlage geschaffen werden müsse, auf die sich alle Konferenzteilnehmer einlassen können.

In einer kfS wurde hingegen berichtet, dass nach dem Thema „Kindergesundheit“ und der Bearbeitung vorwiegend krankheitsbezogener Spezialthemen ein Themenwechsel in der kGK gewünscht wurde und dieser u.a. durch die Bearbeitung des übergreifenden Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erfolgte.

Demgegenüber benannte eine andere kfS als Zugang zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ Handlungsbedarfe, –möglichkeiten sowie Synergieeffekte, die sich in anderen Projekten der kGK gezeigt hatten (z.B. Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheit im Alter“ im Rahmen eines anderen Stadtteilprojektes).

Im Hinblick auf wirtschaftliche Begründungen zeigte sich in einem KR, dass das Thema Sturzprävention als ökonomisch bedeutsam eingestuft wurde und hier auch finanzielle „Aktivierungspotenziale“ gesehen wurden. In einer kfS wurde hingegen darüber berichtet, dass die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Auftrag der lokalen politischen Fraktionen erfolgte.

### **8.2.3 Bearbeitungsziele**

Die mit der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ verbundenen Zielsetzungen der kGK können differenziert werden in „bevölkerungsbezogene Ziele“ und „kommunale bzw. akteursbezogene Ziele“. „Bevölkerungsbezogene Ziele“ wurden von KR und kfS benannt und waren auf eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung oder allgemein auf eine Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der älteren Zielgruppe gerichtet. „Kommunale und akteursbezogene Ziele“ wurden seltener, aber von KR und kfS gleichermaßen formuliert und bezogen sich auf eine amtsinterne Förderung der „Gesundheit im Alter“, eine alter(n)sgerechte Versorgungsplanung, eine gesundheitsbezogene Strukturentwicklung, die Formulierung kommunaler Gesundheitsziele, das Hervorheben der kommunalen Bedeutung des Themas und die Sensibilisierung und Aktivierung lokaler Akteure. Unter Sonstigen Zielen wurden Einsparpotenziale für das kommunale Gesundheitswesen benannt.

Bei den bevölkerungsbezogenen Zielen wurden zum einen Zieldimensionen formuliert, die auf eine Sensibilisierung Älterer für gesundheitsfördernde Themen sowie die Förderung der Eigenaktivität, Motivation und Autonomie älterer Menschen gerichtet waren (vgl. Tab. 35).

Der Erhalt des Selbsthilfepotenzials im Alter wurde von KR als Zielbereich angeführt, der dazu beitragen soll, zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen zu begegnen. Vor dem Hintergrund einer abnehmenden Anzahl der Personen, die zukünftig Pflegearbeit leisten können, gewinnt die Erhaltung des Selbsthilfepotenzials im Alter und die Reduktion von Pflegebedürftigkeit an Bedeutung.

*„(...) wir wollen grundsätzlich daran arbeiten, die gesundheitsfördernden Potenziale, die im Alter vorhanden sind, auszuschöpfen, nach der Theorie der com-*

*pression of morbidity. Wir werden mal perspektivisch, in zwanzig, dreißig Jahren, immer weniger Menschen haben, die Pflegearbeit leisten können, wir werden aber zu Pflegende haben. Das wird nicht funktionieren, wir müssen gucken, dass wir (...) unser Selbsthilfepotenzial im Alter länger erhalten können, dass wir die Dauer der Pflegebedürftigkeit reduzieren, um einfach diesen gesellschaftlichen Herausforderung zu begegnen.“ (KR2, 21)*

**Tabelle 35: Bearbeitungsziele - bevölkerungsbezogene Ziele**

Bearbeitungsziele - bevölkerungsbezogene Ziele		
	KR	kfS
Sensibilisierung, Eigenaktivität, Motivation und Autonomie	– Erhalt des Selbsthilfepotenzials im Alter	Selbstbestimmung und Halt für ältere Menschen im Stadtteil durch Angebote der Gesundheitsinformation im Stadtteil fördern
	– Eigenständigkeit und Selbstbestimmung im Alter	
	– Erhalt des selbständigen Wohnens im Alter	
	– Motivation und Erreichbarkeit bewegungsabstinenten Menschen	
	– Eigenaktivität, Motivation, Alltagsfähigkeiten und Autonomie älterer Menschen zu fördern	
Gesundheit und Lebensqualität	– Sensibilisierung älterer Menschen für das Thema Prävention	
	– „informativer und weckender Ansatz“	
	– Gesundheit und Lebensqualität älterer Bürger erhalten oder verbessern (Gesund alt werden in der Stadt, Gesundes Leben im Alter durch Angebote der Gesundheitsförderung im Stadtteil)	
	– gesundheitsfördernde Potenziale im Alter ausschöpfen (Verlängerung "der gesunden und guten Jahre")	
	– Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheit im Lebensverlauf schaffen	/

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Die Zieldimensionen „Eigenständigkeit und Selbstbestimmung“ bezogen sich auf die Bereiche Wohnen (Wohnort, -umfeld) und Lebensgestaltung. Die folgenden Ausführungen unterstreichen dabei, dass die „Eigenständigkeit und Selbstbestimmung“ im Alter mit der Aufrechterhaltung des (selbständigen) Wohnens in der eigenen Häuslichkeit assoziiert wurde:

*„(...) Und wir versuchen das [die Lebensphase Alter, Anm. d. V.] natürlich auch mit Qualität zu füllen, sicher aber auch unter der Prämisse, dass wir feststellen, dass immer mehr Hochaltrige in die Pflege- und Altenheime kommen und die Verweildauer immer kürzer ist, dass wir natürlich versuchen, durch solche Maßnahmen Menschen auch langfristig noch im häuslichen Bereich halten zu können, so würde ich es mal formulieren. (...).“ (KR5, 26)*

Weitere bevölkerungsbezogene Ziele wurden von KR zur Förderung der Eigenaktivität, Motivation und Alltagsfähigkeiten älterer Menschen formuliert. So wurde hervorgehoben, dass man in der Förderung der Eigenaktivität (Motivation) und im Training bewegungsbezogener Alltagsfähigkeiten (z.B. Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer für Alltagsfähigkeiten wie Wasserkasten tragen, Gläser öffnen, Treppensteigen) wesentliche Ansatzpunkte für die Vermeidung oder Verzögerung von Krankheiten und oder Behinderungen sehe:

*„(...) Die [älteren Menschen, Anm. d. V.] sind zu einem gewissen Prozentsatz pflegebedürftig, weil sie schlichtweg zu unbeweglich und kraftlos sind und nicht aufgrund von Krankheit oder Behinderung. (...) Beispielsweise einen Kasten Wasser tragen, ein Glas aufmachen, die Treppe hochzugehen, das ist zu einem gewissen Prozentsatz ein Mangel an Kraft und Koordination und Beweglichkeit und kein Altersschicksal, sondern (...) man macht [im Alter, Anm. d. V.] immer weniger. Das ist aber zu einem gewissen Teil eine Frage der Motivation und nur zum geringeren Teil, dass sie einfach im Alter schwächer sind, das ist aber nur begrenzt so, wenn sie trainieren (...).“ (KR8, 23-24)*

Mit der Förderung des Autonomieerhaltes im Alter (z.B. mittels sturzpräventiver Maßnahmen), werde dabei auch versucht, den Wünschen Älterer gerecht zu werden:

*„(...) Und da setzt dann genau das an, Sturzprävention und Bewegungsförderung, um Kraft, Bewegungsfähigkeit, Ausdauer, also Alltagsfähigkeiten, wieder zu fördern und so lange wie möglich eine Autonomie der Menschen zu fördern, was ja auch von vielen [älteren Menschen, Anm. d. V.] ganz klar so formuliert wird.“ (KR8, 23)*

In KR wurde in diesem Zusammenhang auf die Gruppe der „bewegungsabstinenten“ älteren Menschen Bezug genommen, wobei bislang offen blieb, wie die Motivation insbesondere vulnerabler älterer Zielgruppen (z.B. Migranten) gelingen könne.

Zielsetzungen zur Sensibilisierung älterer Menschen bezogen sich darauf, den Blick Älterer auf präventive Maßnahmen zu richten. Dazu zählten - in Anlehnung an den Gesundheitsbegriff der WHO - z.B. sturzpräventive Maßnahmen (einschließlich Wohnraumberatung/-anpassung), körperliches Training, soziale Kontakte und freiwilliges Engagement.

*„(...) aber auch insgesamt, dass die älteren Menschen den Blick für Prävention tatsächlich für sich selbst auch öffnen und das für sich auch als Thema entdecken. Das hat ja ganz viele Facetten, je nachdem, wie selbständig ich noch bin, dass ich selbst in der Wohnung gucke, was sind Stolperfallen. Das sind so die einfachsten Dinge, darauf zu gucken, was kann ich für mich auch in körperlicher Hinsicht tun, (...), sie wissen, wir gehen ja immer vom Gesundheitsbegriff der WHO aus, also auch die soziale Komponente spielt da eine Rolle, (...), dass man dafür sensibilisiert, auch Ehrenamtsarbeit gehört im weitesten Sinne dazu, das sind so die groben Zielperspektiven.“ (KR7, 23)*

Weiteren Erfahrungen von KR zufolge stehe im Rahmen der Sensibilisierung jedoch nicht die Senkung der Erkrankungsraten im Mittelpunkt. Mit einem „informativen und weckenden“ Ansatz werde vielmehr versucht, immer wieder Anregung zu gesundheitsförderndem Verhalten zu geben. Dabei gehe es darum, zu informieren, aufmerksam zu machen und frühzeitig Symptome zu erkennen. Angebote müssen immer wieder platziert werden, um „wachzurütteln“ und insbesondere die Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Angebote zu befördern.

In den kfS wurden in diesem Zusammenhang die Sozialraumorientierung sowie die Notwendigkeit struktureller Veränderungen (einschließlich des medizinischen Versorgungsangebotes) im Stadtteil hervorgehoben. Durch Angebote der Gesundheitsinformation sollen Selbstbestimmung und der Verbleib älterer Menschen im Stadtteil gefördert werden. Die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen (z.B. Bewegungsförderung, niedrigschwellige Gesundheitsinformation) wurde dabei als Möglichkeit gesehen, älteren Menschen langfristig einen Verbleib im häuslichen Bereich zu ermöglichen und dem Wunsch älterer Menschen nach Autonomie im Alter zu entsprechen. Mögliche Maßnahmen, die dazu beitragen, dass ältere Menschen möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung im Stadtteil verbleiben können, umfassten nach Ansicht von kfS beispielsweise

- eine dezentrale und niedrigschwellige Gesundheitsinformationen für die Bevölkerung im Stadtteil (z.B. regelmäßiger Gesundheitstreff "kleine Volkshochschule");
- eine dezentrale Erstellung und Verteilung einer lokalen Angebotsübersicht (z.B. Friseur, Fußpflege usw. bis hin zu barrierefreiem Wohnen);
- Unterstützung und Angebote im Stadtteil (z.B. niedergelassene Ärzte, Einkaufsmöglichkeit auf dem Stadtteilwochenmarkt);
- die Einrichtung eines Gesundheitsladens im Stadtteil (einschließlich dauerhafter institutioneller Verankerung).

Die Zieldimension „Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen positiv beeinflussen“ wurde von KR und kfS gleichermaßen benannt. Dabei ging es in den kfS zum einen darum, auf kleinräumiger Ebene ein gesundes Leben im Alter durch Angebote der Gesundheitsförderung im Stadtteil (z.B. Sturzprävention: Förderung der Balance, Bewegung, Kraft, Koordination; Vermeidung von Sturzereignissen und damit einhergehenden Knochenbrüchen; Gesundheitsbildung; Angebote zur gesunden Ernährung), zu fördern, wie die Ausführungen von beispielhaft verdeutlichen:

*„Der Schwerpunkt bei dem Stadtteilprojekt ist, (...), gesundes Leben im Alter, (...). Da geht es ganz klar um kleinräumige, im Stadtteil verortete Angebote der Gesundheitsförderung im Alter, hier legen wir vor allen Dingen den Fokus auf Balance-, Bewegungs- und Krafttraining.“ (kfS4, 36-37)*

Außerdem gehe es des Weiteren darum, gesundheitsfördernde Potenziale im Alter auszuschöpfen und eine Verlängerung "der gesunden und guten Jahre" zu erzielen.

*„(...) und unser Ziel ist ja, dass durch die Verlängerung unsers Alters, unserer Lebenszeit, dass das auch eine Verlängerung in Anführungszeichen "der gesunden und guten Jahre" sind und nicht nur eine Verlängerung der Krankheitszeit. (...).“ (kfS9, 36)*

In diesem Zusammenhang wurde auch darauf verwiesen, dass die Lebensqualität im Alter in der Stadt, im Stadtteil oder im Kreisgebiet erhalten oder verbessert werden soll. Aus den Schilderungen wurde dabei deutlich, dass Lebensqualität im Alter auch mit der Vermeidung oder Verzögerung stationärer (Langzeit-) Versorgung assoziiert ist:

*„Ja, bei den Zielen geht es natürlich darum, im weitesten Sinne die Lebensqualität im Alter zu halten bzw. sogar zu verbessern, Lebensqualität ist ja auch ein ganz neuer Begriff, letztlich Krankenhausaufenthalte und das Pflegeheim solange wie möglich hinauszuzögern. (kfS2, 62)*

Darüber hinaus wurde eine lebenslaufbezogene Sichtweise betont, der zufolge Gesundheit über den Lebensverlauf hinweg Bedeutung zukommt. Dabei soll ein Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheit im Lebensverlauf geschaffen und hier insbesondere auch die ältere Bevölkerung explizit adressiert werden. Eine enge Verbindung bestehe dabei zwischen Gesundheit und Lebensqualität im Alter und der Zielsetzung, *„den Jahren Leben(squalität) zu geben“*. Die Einrichtung von kommunalen Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung im Alter wurde in diesem Sinne auch als Denkanstoß gesehen und sollte innerhalb der älteren Bevölkerung auch eine Reflexion bezüglich der eigenen Lebensqualität im Alter anregen.

*„(...), dass wir nicht nur den Schwerpunkt auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche setzen, sondern dass wir uns durchaus bewusst sind, dass Gesundheit durch das ganze Lebensalter hindurch einen Stellenwert hat. (...), und wir wollten das auch ein bisschen als Zusatzpunkt darstellen, dass es nicht nur um diese Zielgruppe [Kinder und Jugendliche, Anm. d. V.] geht, die sehr gut versorgt ist in vielen Bereichen, mit sehr vielen Ideen, mit sehr vielen Projekten, sondern wir denken einfach, dass die Menschen, die im Alter noch Möglichkeiten bekommen, Gesundheitsförderung zu betreiben, auch noch mal über ihre Lebensqualität nachdenken, nicht nur im Alter alt sein, sondern auch gesund sein und Lebensqualität genießen, was ja etwas anderes ist als früher, wo man im Prinzip um die Länge des Lebens mehr kämpfte und weniger um die Qualität. (...).“ (KR5, 26)*

„Kommunale und akteursbezogene Ziele“ bezogen sich auf die Ebene der einzelnen Kommunen bzw. auf die Akteure, die innerhalb der Kommune für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ von Bedeutung sind (vgl. Tab. 36). Unter der Kategorie „altersgerechte (gesundheitliche Versorgungs-) Planung und Politikentwicklung“ wurden verschiedene Aspekte, die für die kommunale Versorgungsplanung relevant sind, zusammengefasst. Dabei zeigte sich in KR zum einen eine allgemeine Notwendigkeit, sich auf demografiebedingte Veränderungen im Gesundheitswesen innerhalb der Institutionen des Gesundheitswesens und der Kommunalpolitik einzustellen und dementsprechend zu-



künftig zu planen; zum anderen wurde der Bedarf gesehen, im Rahmen seniorenbezogener Planungen über die Pflegebedarfsplanung hinaus zu gehen und weitere Facetten im Sinne einer altersgerechten gesundheitlichen Versorgungsplanung – einschließlich des Themas Gesundheit/Gesundheitsförderung im Alter - abzudecken.

**Tabelle 36: Bearbeitungsziele Kommunale und akteursbezogene Ziele**  
Kommunale und akteursbezogene Ziele

	KR	kfS
altersgerechte (gesundheitliche Versorgungs-) Planung	– Neben der Pflegebedarfsplanung auch weitere Facetten zu behandeln	– eine altersgerechte und gesundheitsbezogene Entwicklung der kommunalen Politik ernst nehmen und Institutionen des Gesundheitswesens darauf vorbereiten
Formulierung von kommunalen Gesundheitszielen	/	– Entwicklung von Gesundheitszielen und Handlungsempfehlungen für das Gesunde Älter werden in unserer Stadt
Gesundheit in bestehende Strukturen einbringen	– Netzwerkschaffung vor Ort – den gesundheitlichen Blick in den kSG implementieren	– Sensibilisierung und Aktivierung lokaler Akteure für ein gesundes Altwerden der Bevölkerung in der Stadt – Gesundheit in vorhandene Einrichtungen, Angebote und in die Stadtteile tragen und strukturell verankern (Gesundheitsamt als Impulsgeber, kein Anbieter)
Bedeutung des Themas auf kommunaler Ebene hervorheben	/	– Bearbeitung in einem kommunalen Gremium
Gesundheitsamtsintern: Auftrag zur Förderung der Gesundheit im Alter fortsetzen	/	– Ziel ist, dass die Erwachsenen, die älter werden, auch im Alter gesund sind und bleiben

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Aus Sicht von einer kfS gehe es dabei auch darum, dass sich die Institutionen des Gesundheitswesens auf die absehbaren Veränderungen durch die Zunahme des Anteils älterer Menschen einstellen und diese in ihre Planung einbeziehen. Voraussetzung dafür sei eine intensive Betrachtung und Bewertung der (Versorgungs-) Situation der älteren Menschen in der Stadt. Auch müsse man eine altersgerechte Entwicklung der kommunalen Politik im Bereich Gesundheit ernst nehmen und sich darauf vorbereiten.

*„Es geht im Wesentlichen darum, dass sich die Institutionen des Gesundheitswesens auf die Veränderungen, die auf sie zukommen einstellen. Es ist ja klar, dass der Anteil der älteren Menschen in den Krankenhäusern zunimmt, das sich die Pflegedienste und Psychotherapeuten darauf einstellen und das eben das, was jetzt schon absehbar ist, in die Planung mit einbezogen wird. Das ist die wesentliche Zielrichtung. (...). Aber es war dann eben klar, das ist eigentlich folgerichtig, dass wir genauso intensiv, wie wir uns noch einmal die Situation der Kinder in der Stadt angeguckt haben, dass wir uns auch die Situation der älteren Leute und der Stadt angucken und eben so etwas wie eine altersgerechte Ent-*

*wicklung der kommunalen Politik, vor allen Dingen auch im Bereich von Gesundheit ernst nehmen und uns darauf eben vorbereiten. (...).“ (kfS3, 25-26)*

Die Kategorie “Gesundheit in bestehende Strukturen einbringen” bezog sich darauf, dass in KR und kfS das Thema Gesundheit bzw. eine gesundheitsbezogene Perspektive in die kSG bzw. in Stadtteile der kfS eingebracht werden sollen. Von Bedeutung sei für die Struktur eines KR dabei zunächst die Netzwerkbildung „vor Ort“ in den kSG:

*„Also erst einmal Netzwerkschaffung vor Ort. Man muss immer berücksichtigen, wir sind ein Kreisgebiet. Ein Kreis hat immer die Besonderheit, dass der öffentliche Gesundheitsdienst praktisch auf Kreisebene angesiedelt ist. Wir haben hier X kreisangehörige Städte, auch mit ihren sozialen Bereichen, die durchaus auch in den unterschiedlichsten Themenfeldern tatsächlich tätig sind. Deshalb ist für uns die Vernetzung ganz wichtig (...).“ (KR7, 21)*

Darüber hinaus sei es, neben dem Zugang zu Multiplikatoren, in einem weiteren Schritt von Bedeutung, die inhaltliche Arbeit in und gemeinsam mit den kSG zu gestalten (z.B. zum Thema Vermeidung von Pflegebedürftigkeit infolge von Sturzereignissen im Alter).

In den kfS wurde insbesondere die Sensibilisierung und Aktivierung lokaler Akteure thematisiert. Die Plattform der kGK, über die eine übergeordnete verbandliche Ebene erreicht werde (z.B. Krankenkasse, Ärzterverband), biete dafür, so die Erfahrungen in kfS, einen geeigneten Rahmen. Hier könne gleichermaßen eine Sensibilisierung von Akteuren erfolgen und die kommunale Bedeutung des Themas hervorgehoben werden.

Darüber hinaus wurde in kfS als weitere Zielsetzung benannt, dass Thema „Gesundheit“ in vorhandene seniorenbezogene Einrichtungen, Angebote, Vereine einzubringen und dort auch strukturell zu verankern. Das Gesundheitsamt agiere dabei i.d.R. als „Impulsgeber“ und nicht als weiterer Akteur und Anbieter im Feld.

*„(...). Das heißt, es gibt in unserer Stadt eine gute Struktur, gerade auch was die Seniorenarbeit angeht, in Form von Seniorenorganisation im Stadtteil und verschiedenen Angeboten und Vereinen, also da das Thema Gesundheit mit unserem Blick, also umfassend gesund, in die Stadtteile zu tragen.“ (kfS9, 38)*

*„(...) und unser Hauptziel ist eben, Gesundheit in die Einrichtungen, in die Angebote, in die Stadtteile zu tragen. Also wir (das Gesundheitsamt, Anm. d. V.) wollen nicht da das hundertste Angebot anbieten, sondern dass das mit in die Struktur einfließt. (kfS9, 41)*

Mit der Fortführung des gesetzlichen Auftrages des Gesundheitsamtes zur Kinder- und Jugendgesundheit auch für ältere Zielgruppen wurde in den kfS eine weitere gesundheitsamtsinterne Zielsetzung benannt, der eine lebensverlaufsbezogene Sichtweise von Gesundheit und Gesundheitsförderung zugrunde lag. Nach Angaben von kfS sei es dabei das Ziel, die Nachhaltigkeit von gesundheitsfördernden Programmen für Kinder und Jugendliche sicher-

zustellen und mit Blick auf das (höhere) Erwachsenenalter auch eine Fortführung gesundheitsfördernder Angebote im Lebensverlauf anzustreben. Die Adressierung junger Altersgruppen werde somit als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen angesehen, wenn es darum gehe, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern.

*"Und um das auch auf die Zukunft gesehen umsetzen zu können, ist eben unser Blick so früh wie möglich. Das passt dann auch in die Landschaft des Gesundheitsamtes, wo dann der gesetzliche Auftrag bei Kindern und Jugend liegt und sich weiter fortführt, ich meine, ich sage immer wofür machen wir das? Damit nicht die Kinder, wenn sie erwachsen sind, dann vergessen wir sie, sondern das Ziel ist ja, dass durch die ganzen Prophylaxemaßnahmen, durch die ganzen Programme für Kinder und Jugendliche, dass die Erwachsenen, die älter werden, eben auch im Alter gesund sind, oder auch gesund bleiben." (kfS9, 36)*

Unter sonstigen Zielbereichen wurden ökonomische Aspekte benannt. So wurde in einem KR auch thematisiert, dass mit der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ die Hoffnung auf Einsparpotenziale verbunden sei, die z.B. durch die Vermeidung von Heimaufenthalten infolge von Pflegebedürftigkeit entstehen können.

#### **8.2.4 Begriffliche Einordnung**

Um sich dem Verständnis von „Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alter“, das innerhalb der kGK zugrunde gelegt wurde, anzunähern, wurde gefragt, ob es innerhalb der kGK Diskussionen zu einer begrifflichen Einordnung gegeben habe und wenn ja, zu welchem Ergebnis man gekommen sei. Die Entscheidung für diese Vorgehensweise und Fragestellung leitete sich aus dem Probeinterview und den Rückmeldungen zum Leitfaden ab. Eine Frage nach „Definitionen“ von „Gesundheit und Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde dabei als „hochschwellig“ bewertet und von der Verwendung abgeraten, weil diesbezüglich „Verständnisprobleme“ erwartet wurden und man davon ausging, dass über eine solche Frage lediglich eine Bezugnahme auf Grundsatzdokumente (z.B. Ottawa-Charta) erfolgen würde. Das Interesse richtete sich mit der Frage „Gab es in der kGK zum Bearbeitungsbeginn Diskussionen, was ist Gesundheit für ältere Menschen, was ist Gesundheitsförderung für ältere Menschen?“ somit auch an dieser Stelle vorrangig auf die Arbeitsprozesse und Vorgehensweisen der kGK.

Die Antworten der Befragten wurden in die Kategorien „Inhaltliche Auseinandersetzung in der kGK (Gesamtkonferenz)“ und „Inhaltliche Auseinandersetzung in der AG der kGK“ unterteilt. Eine weitere Differenzierung erfolgte mit den Unterkategorien „Inhaltliche Auseinandersetzung“, „Verständnis von Gesundheit/Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ und „keine Definition erfolgt“ (vgl. Tab. 37).

Im Hinblick auf eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK (Gesamtkonferenz) wurde von den Gesprächspartnern häufig auf die Vorgehensweise und Abläufe im Rahmen der Einführung zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ innerhalb der kGK-Gesamtkonferenz Bezug genommen.

**Tabelle 37: Verständnis Gesundheitsförderung für ältere Menschen**

Verständnis Gesundheitsförderung für ältere Menschen

		KR	kfS
Inhaltliche Auseinandersetzung in der kGK (Gesamtkonferenz)	Inhaltliche Auseinandersetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung einer kGK-Sitzung zu diesem Schwerpunktthema unter Beteiligung externer Referenten</li> <li>- Einführung in das Thema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorstellung des Themas, inkl. Begründung</li> <li>- Schwerpunktbildung und Festlegung der Bearbeitungsweise in der kGK</li> <li>- inhaltliche Einführung in das Thema (Inhalte und Zielsetzungen) durch externe Referenten in der kGK</li> <li>- Einstieg durch Fachvorträge und Ableitung verschiedener Themen</li> </ul>
	keine Definition erfolgt („was ist Gesundheit/Gesundheitsförderung für ältere Menschen“)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verschiedene Akteure haben jeweils ihre eigene Definition;</li> <li>- hinderlich für eine einheitliche Begriffsfindung: Schwammigkeit/Beliebigkeit der Begriffe Gesundheitsförderung/Prävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevanz und Notwendigkeit des Themas sind bekannt und unbestritten</li> <li>- offene Diskussion unter der Überschrift „Gesundheit und Alter“</li> </ul>
	Verständnis von Gesundheit/Gesundheitsförderung für ältere Menschen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ressourcenorientierter Ansatz; Verhaltens-/Verhältnisprävention; Keine besondere Sichtweise auf die ältere Zielgruppe</li> <li>- Vorgesehener Diskussionsansatz: Gesundheit im Alter außerhalb von Pflege</li> <li>- umfassendes Verständnis von Gesundheit/Gesundheitsförderung : z.B. Vermeidung von Isolation/Einsamkeit, Strukturbildung, Information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesundheitsförderung ist ein gesamter Blick: Orientierung an <b>B</b>ewegung, <b>E</b>rnährung, <b>S</b>oziale Teilhabe (<b>BEST</b>) als ein gesamter Blick</li> </ul>
Inhaltliche Auseinandersetzung in der AG der kGK	Verständnis von Gesundheit/Gesundheitsförderung für ältere Menschen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskussionsansatz: „Wann ist man alt?“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lebensumfeldbezogener Ansatz der Prävention und Gesundheitsförderung (Stadtteil- und Zielgruppenorientierung)</li> </ul>
	keine Definition erfolgt („was ist Gesundheit/Gesundheitsförderung für ältere Menschen“)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine grundlegende Diskussion, sondern eine konkrete Beschäftigung mit dem Thema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachliche Auseinandersetzung in der AG der kGK</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Aus der fallübergreifenden Betrachtung kann der Ablauf für KR und kfS wie folgt zusammengefasst werden

- Vorstellung des (Schwerpunkt-) Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Rahmen einer kGK-Sitzung,

- Beratung über die weitere Vorgehensweise,
- Inhaltliche Einführung in das Thema durch Fachvorträge kGK-interner oder externer Referenten, aktuelle Berichte (z.B. Gesundheitsberichterstattung des Bundes "Gesundheit im Alter", NRW-Spezialbericht "Gesundheit und Alter"); Ziel: einheitliche Information der Mitglieder der Gesundheitskonferenz, die aus unterschiedlichen Fachrichtungen kommen,
- ggf. daran anschließende Diskussion zur Schwerpunktbildung/Themenkonkretisierung für Kommune.

Aus KR und kfS wurde berichtet, dass in der kGK-Gesamtkonferenz keine Diskussionen zur Definition der Begriffe „Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alter“ geführt wurden; Begründungen dafür fielen unterschiedlich aus und bezogen sich beispielsweise darauf, dass

- eine begriffliche Annäherung auf der Ebene der Arbeitsgruppen der kGK erfolgte;
- davon abgesehen wurde, weil verschiedene Berufsgruppen in der kGK jeweils eigenen Definitionen haben und – nicht zuletzt aufgrund der Schwammigkeit und Beliebigkeit der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention - eine einheitliche Begriffsfindung nicht angestrebt wurde;
- keine Fachdiskussion über die unterschiedlichen Stufen der gesundheitlichen Versorgung geführt wurde und es keine grundsätzliche Diskussion dazu gab, was Gesundheitsförderung in dem Bereich ist.

Des Weiteren wurde aus kfS darüber berichtet, dass mit der Überschrift „Gesundheit im Alter“ bewusst ein breiter Diskussionsansatz gewählt wurde und „Gesundheitsförderung“ oder „gesundheitliche Versorgung“ älterer Menschen als mögliche Perspektiven aufgezeigt wurden. Zu Beginn der Diskussion in der kGK bestand somit Offenheit dahingehend, inwiefern eine inhaltliche Ausrichtung im Bereich der Gesundheitsförderung oder anderer Versorgungsbereiche erfolgen würde. Dementsprechend wurde keine formelle Definition von „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ vorgenommen. Dieser offene Diskussionsansatz führte zu unterschiedlichen Ergebnissen; während daraufhin in einer Kommune Gesundheitsförderung explizit als Themenschwerpunkt der kGK gewählt wurde, fiel die Entscheidung in einer anderen Kommune zugunsten anderer Versorgungsbereiche (z.B. Rehabilitation) aus.

Einige KR und kfS haben im Kontext der kGK oder im Rahmen der Arbeitsgruppe der kGK zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auch eine weitergehende Begriffsbestimmung vorgenommen. Beispielsweise berichtete ein KR, dass Gesundheitsförderung in Anlehnung an die Ottawa-Charta definiert wurde (z.B. Ressourcenorientierung, Verhaltens-/Verhältnisprävention). Im Hinblick auf die ältere Zielgruppe habe sich dabei jedoch keine besondere Sichtweise auf Gesundheitsförderung herausgebildet. Selbstkritisch wurde diesbezüglich zudem angemerkt, dass eine Diskrepanz zwischen grundlegendem Verständnis und praktischer Umsetzung von Gesundheitsförderung bestehe. So wurde z.B. Ressourcenförderung nicht immer konsequent realisiert, wie die folgenden Ausführungen illustrieren:

*„Ja unter Gesundheitsförderung verstehen wir generell das, was wir für alle Menschen verstehen, ein auf Ressourcen orientierter Ansatz, eine Mischung aus Verhältnis- und Verhaltensprävention, das ist so sinngemäß nach den Grundsätzen der Ottawa-Charta. Also das haben wir jetzt für ältere Menschen, da haben wir jetzt keine besondere Sichtweise darauf. Auch wenn man sicherlich kritisch sagen muss, dass das, was wir teilweise als Projektmaßnahmen umsetzen, (...), nicht unbedingt unter einem strengeren Sinne von Gesundheitsförderung, nicht immer den Blick auf Ressourcenförderung hat.“ (KR2, 18)*

Andere Befragte aus kfS betonten, dass ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung zugrunde gelegt wurde. Es gehe nicht darum, wie man eine Erkrankung verhindern, sondern wie man Gesundheitsförderung betreiben könne. Gesundheitsförderung beziehe sich somit nicht ausschließlich auf die physische Gesundheit und die Krankheitsvermeidung, sondern schließe mehrere Gesundheitsdimensionen ein. Schwerpunkte für Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurden dementsprechend z.B. in der Vermeidung von Isolation und Einsamkeit sowie der Förderung von Bewegung, Ernährung, sozialer Teilhabe, physischer und psychischer Gesundheit sowie der Mobilität gesehen.

*„Und ein ganz wichtiger Bereich ist, (...) Bewegung, Ernährung, Soziale Teilhabe, dass das im Grunde ein gesamter Blick ist. Nicht nur wie ich eine Erkrankung verhindern kann, sondern wie kann ich wirklich Gesundheitsförderung betreiben und was sind die Schwerpunkte innerhalb der Gesundheitsförderung und das ist Bewegung, Ernährung und auch die psychische Gesundheit. Und das ist im Grunde das, was wir an Vorgaben haben und wo in dieser Thematik auch unser Ziel hingeht. Also das man sagt, (...), Menschen, die vielleicht körperlich noch gesund sind, die aber in ihrer Wohnung vereinsamen, isoliert sind, die werden psychisch krank. Und von daher ist es auch nicht unser Ansatz von Gesundheit, dass es nur um die körperliche, sondern auch wirklich um die psychische Gesundheit geht und dazu gehören ganz viele Faktoren, dazu gehören auch die Mobilität, nicht nur meine Mobilität, sondern das auch Mobilität möglich ist, das heißt welche Verkehrsanbindung gibt es in einzelnen Stadtteilen. Es nützt nichts, wenn ich hier eine Maßnahmen in der Innenstadt mache, und meine Zielgruppe am Stadtrand wohnt und es keine adäquate Verbindung gibt, das Angebot wahrzunehmen. Oder dass wir sagen, unser Ziel ist es auch eben nicht zentrale Angebote zu machen, sondern in die Stadtteile zu gehen. Das heißt, es gibt in unserer Stadt eine gute Struktur, gerade auch was die Seniorenarbeit angeht, (...), also da das Thema Gesundheit mit unserem Blick, also umfassend gesund, in die Stadtteile zu tragen.“ (kfS9, 37-38)*

Grundsätzlich erfolgte auf der Ebene der Arbeitsgruppen der kGK eine inhaltliche Vertiefung der Themen, wobei damit jedoch nicht zwangsläufig eine Begriffsbestimmung einherging. Beispielsweise wurde berichtet, dass innerhalb der Arbeitsgruppe zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ keine grundlegende Diskussion erfolgte, sondern eine konkrete prakti-

sche Beschäftigung mit dem Thema im Vordergrund stand, wie diese Ausführungen illustrieren:

*„Gesundheit im Alter, das war ja gar nicht unser Thema, sondern wir sind gleich ein paar Levels weiter unter eingestiegen, haben gesagt, was können wir zur Sturzprävention machen u.a.“ (KR5, 124)*

In anderen KR erfolgte in der Arbeitsgruppe hingegen eine begriffliche Annäherung dahingehend, dass man sich über die Diskussion zur Definition der Lebensphase Alter („(...) ab wann ist man alt?“, KR7, 17) auch über die Art der gesundheitsfördernden Maßnahmen verständigte. Mit der Festlegung einer Altersgrenze von 55 und mehr Jahren („55+“) entschied man sich dabei dafür, auch die Versorgungsbereiche Früherkennung und Prävention einzubeziehen.

*„(...) Es fing schon damit an, dass wir eigentlich diskutiert haben, ab wann ist man alt. Es gibt ja ganz unterschiedliche Zugangswege. Wir haben uns dann hinterher darauf geeinigt, einfach aus praktischen Gründen, dass wir gesagt haben, interessant wird es schon für die Altersgruppe ca. ab 55 Jahren aufwärts. Es gibt ja durchaus Grauzonen und tatsächlich, wenn man unterschiedliche Menschen befragt, ab wann sind sie alt oder fühlen sie sich alt, da kann es auch einen 75-Jährigen geben, der sagt, ich fühle mich gar nicht alt, sondern ich bin noch körperlich einigermaßen fit. Also wir haben das dann irgendwann mal für uns definiert, dass wir gesagt haben, wir wollen das so langsam ab Alter 55 dann angehen im Sinne von Prävention. Dazu gehört ja auch der Bereich Frühuntersuchung usw.“ (KR7, 17)*

### **8.2.5 Zusammenfassung Teil A**

Der Themenbereich A befasste sich mit Motivation und Zielen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ sowie dem Begriffsverständnis, das in den befragten Gesundheitskonferenzen dabei zugrunde gelegt wurde. Der Bearbeitungsbeginn für das Thema bietet einen ersten Erklärungsansatz; hier zeigte sich, dass das Thema von KR und kfS überwiegend im Zeitraum 2007 und 2008 in der kGK aufgegriffen wurde und somit eine zeitliche Nähe zu den Entschlüssen der Landesgesundheitskonferenz gegeben war.

Als ein bedeutsamer Bearbeitungsgrund erwies sich insbesondere die demografische Entwicklung, was angesichts der Stichprobe, die vorwiegend „alte“ und „alternde“ Kommunen umfasst, nicht verwundert. So findet diese Begründung auch faktisch eine Entsprechung dahingehend, dass die meisten befragten Kommunen bereits gegenwärtig oder zukünftig überdurchschnittlich mit Alterungsprozessen konfrontiert sind (vgl. Kap. 7 Beschreibung der Stichprobe). Neben einer allgemeinen Präsenz, Aktualität und Relevanz der demografischen Entwicklung spielen insbesondere ihre Bedeutung und Auswirkungen auf kommunaler Ebene eine Rolle. Eine Auseinandersetzung mit den Folgen der demografischen Entwicklung vollzog sich zum einen innerhalb der kGK, zum anderen innerhalb einzelner Fachbereiche/Ämter. Bei Letztgenannten können darüber hinaus fachbereichsinterne oder – übergreifende Strategien unterschieden werden. Innerhalb der kGK ist in diesem Zusammenhang insbesondere eine damit verbundene „Perspektiverweiterung“ hervorzuheben, die

sich z.B. in der Erweiterung der Pflegebedarfsplanung zur „Planung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung für ältere Menschen“ zeigte oder in der Erweiterung von Themenschwerpunkten und Zielgruppen innerhalb des Gesundheitsamtes deutlich wurde (z.B. von der Zielgruppe Kinder/Jugendliche zu älteren Menschen).

Als weitere Begründung wurde angeführt, dass ältere Menschen grundsätzlich eine eigenständige, vorab festgelegte Zielgruppe der kGK darstellen. Neben der konzeptionell-organisatorischen Ausrichtung der kGK, mit der u.a. feste Themen und/oder Zielgruppen einhergehen können, waren dafür auch die Nähe und Kontakte der Mitarbeiter der Geschäftsstelle der kGK zu seniorenbezogenen Themen und älteren Zielgruppen ausschlaggebend. Darüber hinaus wurde mit der Orientierung an gesundheitspolitischen Gremien ein zusätzlicher Bearbeitungsgrund angeführt; Bedeutung kam diesem Aspekt deshalb zu, weil diese nicht zuletzt auch als Begründung für die Auseinandersetzung mit diesem Thema auf kommunaler Ebene angeführt und diese u.a. auch für die potentielle Erschließung von Ressourcen als relevant erachtet wurden.

Ein weiterer Begründungszusammenhang bezog sich auf ethische Aspekte, wobei einerseits Gesundheit im Alter als übergeordnetes Ziel mit hohem Aktivierungspotenzial benannt wurde; andererseits wurde auf die Verzögerung und/oder Vermeidung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter Bezug genommen („Gesundheitsförderung vor Pflege“). Weitere Gründe leiteten sich aus dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ selbst ab; dabei wurden, neben Aktualität und bestehendem Handlungsbedarf für die Bearbeitung dieses Themas, die Themenentwicklung in der kGK (z.B. von altersassoziierten Krankheiten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter) und die Themenwahl in der kGK angeführt. Den Angaben der Befragten zufolge stellte sich Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext der kGK deshalb als geeignetes Thema dar, weil darüber u.a. ein gemeinsames Interesse innerhalb der Mitglieder der kGK hergestellt werden konnte. Außerdem wurden wirtschaftliche Aspekte (z.B. Einsparpotenziale durch sturzpräventive Maßnahmen und die Vermeidung von Frakturen) und die kommunalpolitische Entscheidung für die Bearbeitung des Themas benannt.

Die Bearbeitungsziele können unterschieden werden in bevölkerungsbezogene und kommunale/akteursbezogene Ziele. Erstgenannte können weiter differenziert werden in die Bereiche „Sensibilisierung, Eigenaktivität, Motivation und Autonomie älterer Menschen“ (z.B. Verbesserung und/oder der Erhalt des Selbsthilfepotenzials, der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung und des selbständigen Wohnens im Alter; Motivation und Erreichbarkeit bewegungsabstinenter Menschen; Sensibilisierung älterer Menschen für das Thema Prävention) sowie „Gesundheit und Lebensqualität“ (z.B. Erhalt und/oder Verbesserung der Gesundheit und/oder Lebensqualität im Alter; Ausschöpfen gesundheitsfördernder Potenziale im Alter; Bewusstsein der älteren Bevölkerung für die Bedeutung von Gesundheit im Lebensverlauf schaffen; Verlängerung "der gesunden und guten Jahre"). Gemeinsam ist beiden Kategorien, dass damit eine Verzögerung und/oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und (stationärer) Langzeitpflege assoziiert bzw. der Verbleib älterer Menschen in der häuslichen Umgebung angestrebt wurde.

Kommunale und akteursbezogene Ziele umfassten eine altersgerechte (gesundheitliche Versorgungs-) Planung, die Formulierung von kommunalen Gesundheitszielen, das Einbringen von „Gesundheit“ in bestehende kommunale Strukturen für ältere Menschen und die Beachtung des Themas auf kommunaler Ebene. Auch hier ist wiederum die Perspektiverwei-



terung hervorzuheben (z.B. von der Pflegebedarfsplanung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für ältere Menschen), die auch für die Strukturen und Akteure „vor Ort“ angestrebt wurde („Gesundheit für ältere Menschen“ in bestehende lokale Strukturen für ältere Menschen einbringen). Bei Letztgenanntem verstand sich die kGK, aber auch das Gesundheitsamt, vorwiegend als „Impulsgeber“. Ein weiteres interessantes Bearbeitungsziel wurde mit der Fortsetzung des Auftrags des Gesundheitsamtes zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen benannt. Relevant erscheint dies vor allen Dingen deshalb, weil für ältere Zielgruppen innerhalb des Gesundheitsamtes i.d.R. bislang kein (gesetzlicher) Auftrag zur Gesundheitsförderung besteht, obwohl die aktuelle Bevölkerungssituation und zukünftige Entwicklung in den Kommunen eine entsprechende amtsinterne Differenzierung durchaus nahe legen.

Abschließend ging es innerhalb dieses Themenbereichs darum, das Verständnis von Gesundheitsförderung im Alter, das in den untersuchten kGKn zugrunde gelegt wurde, zu ermitteln. Dabei zeigte sich, dass die Auseinandersetzung in der kGK oder der AG der kGK vorwiegend durch inhaltliche Einführungen in das Thema gekennzeichnet war (z.B. Fachvorträge, Bezugnahme auf aktuelle Berichte). Ausführungen zu einem darüber hinaus gehenden Verständnis von Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der kGK beziehen sich u.a. auf einen ressourcenorientierten Ansatz, Verhaltens-/Verhältnisprävention, ein umfassendes Gesundheitsverständnis (einschließlich sozialer Aspekte wie die Vermeidung von Einsamkeit oder soziale Teilhabe). Begründungen für das Ausbleiben einer eigenen Definition von Gesundheitsförderung für ältere Menschen sind vielschichtig; neben allgemeinen Schwierigkeiten (z.B. aufgrund der Schwammigkeit und Beliebigkeit der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention) war dies auch darauf zurückzuführen, dass in der kGK beispielsweise eine breiterer und offener Diskussionsansatz gewählt wurde, der zunächst offen ließ, inwieweit eine inhaltliche Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen würde.

Insgesamt zeigte sich somit für kGKn in KR und kfS i.d.R. ein vielschichtiger Hintergrund für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“. Bearbeitungsgründe und -ziele sowie das Verständnis von „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ weisen eine große Bandbreite auf. Kennzeichnend sind demografische Begründungszusammenhänge und daraus abgeleitete Handlungsbedarfe sowie der Impuls zur Perspektiverweiterung kommunaler Gesundheitsversorgungsplanung für ältere Menschen.

### **8.3 Arbeitsweise und Umsetzungserfahrungen (Teile B und C)**

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ging es darum, die Arbeitsweise der kGK bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zu erfassen. Berücksichtigt wurden dabei die Aspekte Arbeitsformen, beteiligte Akteure und Zuständigkeit für die praktische Umsetzung, Aufgaben der Geschäftsstelle der kGK und das Instrument der kommunalen Gesundheitsberichterstattung. Darüber hinaus wurde eine Bewertung der Arbeitsweise aus Sicht der Mitarbeiter der Geschäftsstellen der befragten kGKn ermittelt. Im Rahmen der Gespräche wurden auch eine Betrachtung der inhaltlichen Ausgestaltung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ und damit eine Beschreibung der praktischen Umsetzungsmöglichkeiten vorgenommen. In Anlehnung an den Leitfaden wurden für die Darstellung der Ergebnisse die Kategorien Themenschwerpunkte und Stand der praktischen Umsetzung, Alters- und Zielgruppen, lokale Bezugsebenen in KR und kfS („Setting“), Finanzierung der praktischen Umsetzung, Evaluation und Nachhaltigkeit gewählt.

#### **8.3.1 Arbeitsform und beteiligte Akteure**

Die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erfolgte in den meisten KR und kfS im Rahmen einer Arbeitsgruppe (AG) der kGK, die mit Mitgliedern der kGK oder kGK-externen Personen besetzt war. Die AG wurde zum Teil für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ neu eingerichtet, zum Teil wurde das Thema in bestehenden AGn der kGK aufgegriffen. In einzelnen kfS wurden davon abweichende Arbeitsformen benannt, nämlich die Vorbereitung und Bearbeitung des Themas in der kGK-Gesamtkonferenz und die Durchführung zusätzlicher Workshops sowie projektbezogenes Arbeiten anstelle einer (dauerhaften) AG.

Außerdem wurden von einigen Befragten neue Bearbeitungsstrategien benannt, die innerhalb einer AG der kGK erstmals im Zusammenhang mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ angewendet wurden. Darunter fielen in kfS folgende Neuerungen:

- *Rückgriff auf ein bereits erstelltes Konzept:* das Konzept für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde im Vorfeld von der Geschäftsstelle der kGK und nicht grundlegend in der AG erarbeitet;
- *längerer Bearbeitungszeitraum:* für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde anstelle eines einjährigen ein mehrjähriger Bearbeitungszeitraum festgelegt;
- *Stadtteilorientierung:* anstelle der üblichen Ausrichtung der kGK auf die Gesamtstadt erfolgte bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ eine Konzentration auf ausgewählte Sozialräume (Stadtteile);
- *Anbindung der AG an gesundheitsamtsinterne Strukturen:* die AG der kGK zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde an einen hauptamtlich besetzten, amtsinternen Aufgabenbereich „Gesundheit im Alter“ angebunden.

In einem KR wurde über die Durchführung einer Erprobungsphase berichtet, d.h. die für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ vorgesehenen Maßnahmen wurden im Vorfeld der Einrichtung der AG der kGK praktisch erprobt (Pilotprojekt) (Tab. 38).

**Tabelle 38: Arbeitsform und Bearbeitungsdauer**

AK/AG		KR	kfS
		Einrichtung einer AG	
neue Bearbeitungsstrategien im Zusammenhang mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“		– Durchführung einer Erprobungsphase im Vorfeld der AG (Pilotprojekt)	– längere Bearbeitungszeit (> als ein Jahr) – Rückgriff auf bereits bestehendes Konzept – Konzentration auf ausgewählte Stadtteile anstelle des gesamten Stadtgebietes – Anbindung einer AG der kGK an einen Aufgabebereich „Gesundheit im Alter“ im Gesundheitsamt
Bearbeitungsdauer	Fortwährend	– dauerhafte AG, die immer wieder neuen Themen bearbeitet	– voraussichtlich Verstärkung der AG
		– dauerhafte AG mit zeitlich befristeten Unterarbeitsgruppen	
	– dauerhafte AG, aber Fortführung nach Abschluss der Praxisphase mit weniger Intensität	/	
	zeitlich begrenzt	zeitlich begrenzte AG, aber... – das Thema kann immer wieder aufgegriffen werden – tendenziell dauerhafte Beschäftigung mit dem Thema in der kGK	zeitliche begrenzte AG, aber... – tendenziell dauerhafte Beschäftigung mit dem Thema im Gesundheitsamt
– themenorientierte, temporäre AGn		– festgelegte Laufzeit (drei Jahre) – Jahresthema – Orientierung der Laufzeit am individuellen Bearbeitungsaufwand	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Vor dem Hintergrund, dass für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ ein langfristiger Bearbeitungszeitraum vermutet wurde, war zudem von Interesse, wie die Bearbeitungsdauer in den kGKn für dieses Thema veranschlagt wurde, d.h. ob es sich um eine fortwährende oder zeitlich befristete Bearbeitung des Themas handelte. In den KR zeigte sich dabei, dass fortwährende und zeitlich begrenzte AG gleichermaßen benannt wurden, in den kfS wurden mehr zeitlich begrenzte AG als Arbeitsform benannt.

Handelte es sich um fortwährende AGn der kGK wurden verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten benannt. Neben einer dauerhaften AG, die immer wieder zeitlich begrenzte Unter-AG bildet wurde aus einem KR über eine fortwährende AG berichtet, die „immer wieder neue Facetten“ eines Themas bearbeitet: im Allgemeinen (und so auch beim Thema „Ge-

sundheitsförderung für ältere Menschen“) werde ein Thema in der kGK innerhalb eines Dreijahreszeitraums bearbeitet. Im Anschluss daran werde i.d.R. nach der Berichterstattung in der kGK, der Arbeitsauftrag für dieses Thema erweitert oder neue Schwerpunkte eingebracht. Somit gelinge eine kontinuierliche Fortführung der Inhalte ebenso wie eine kontinuierliche Fortführung der AG, einschließlich Konstanz der Teilnehmer in der AG. In anderen KR war geplant, dass die AG zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ nach Abschluss der Praxisphase mit weniger Intensität (d.h. weniger Treffen) fortgeführt wird, um die weitere Entwicklung bei den beteiligten Projektpartnern zu verfolgen. In einigen kfS lag zum Befragungszeitpunkt keine zeitliche Befristung der AG vor und man ging davon aus, dass sich die AG zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ verstetigen werde, weil man für das Thema einen längeren Bearbeitungszeitraum benötige; die AG werde jedoch perspektivisch weniger projektinitiierende, sondern vielmehr steuernde Funktionen übernehmen.

In den kGKn, die eine zeitlich begrenzte AG als Arbeitsform für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gewählt hatten, war die Bearbeitung zum Befragungszeitpunkt z.T. bereits abgeschlossen. Tendenziell wurde von den Befragten zudem von einer strikten zeitlichen Begrenzung der AG zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ Abstand genommen. So wurde argumentiert, dass sich die Bearbeitungsdauer am jeweiligen Aufwand der Themen orientiere und in dem Sinne keine zeitliche Begrenzung der AG vorliege. Auch ein KR erläuterte, dass das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ nach Abschluss der AG der kGK weiterhin präsent sei und sich tendenziell zu einem Dauerthema für die kGK und das Gesundheitsamt entwickeln könnte. Dies nicht zuletzt deshalb, weil mit den bisherigen Projekten erst zwei Aspekte aus dem Themengebiet der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ relativ willkürlich ausgewählt wurden.

*„(...) Ich denke schon, dass es ein Dauerthema wird, weil wir damit einfach immer mehr zu tun haben. (...) Weil ich meine, wir haben jetzt mal punktuell zwei Themen raus gegriffen, (...), obwohl in diesem Bereich, wenn man sich näher damit beschäftigt, großer Handlungsbedarf besteht, aber letztendlich sind sie mit einer gewissen Willkürlichkeit ausgewählt, (...). Das Thema Gesundheitsförderung im Alter kann man noch sehr viel umfangreicher in Angriff nehmen, also insofern wird es da immer Bedarf geben.“ (KR2, 35)*

Auch sei bei einer zeitlich begrenzten AG zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ das regelmäßige Aufgreifen ausgewählter Themen (z.B. regelmäßige Aktionstage oder erneute Bearbeitung von Themen im Rahmen einer AG der kGK unter Berücksichtigung neuer Aspekte) nicht ausgeschlossen.

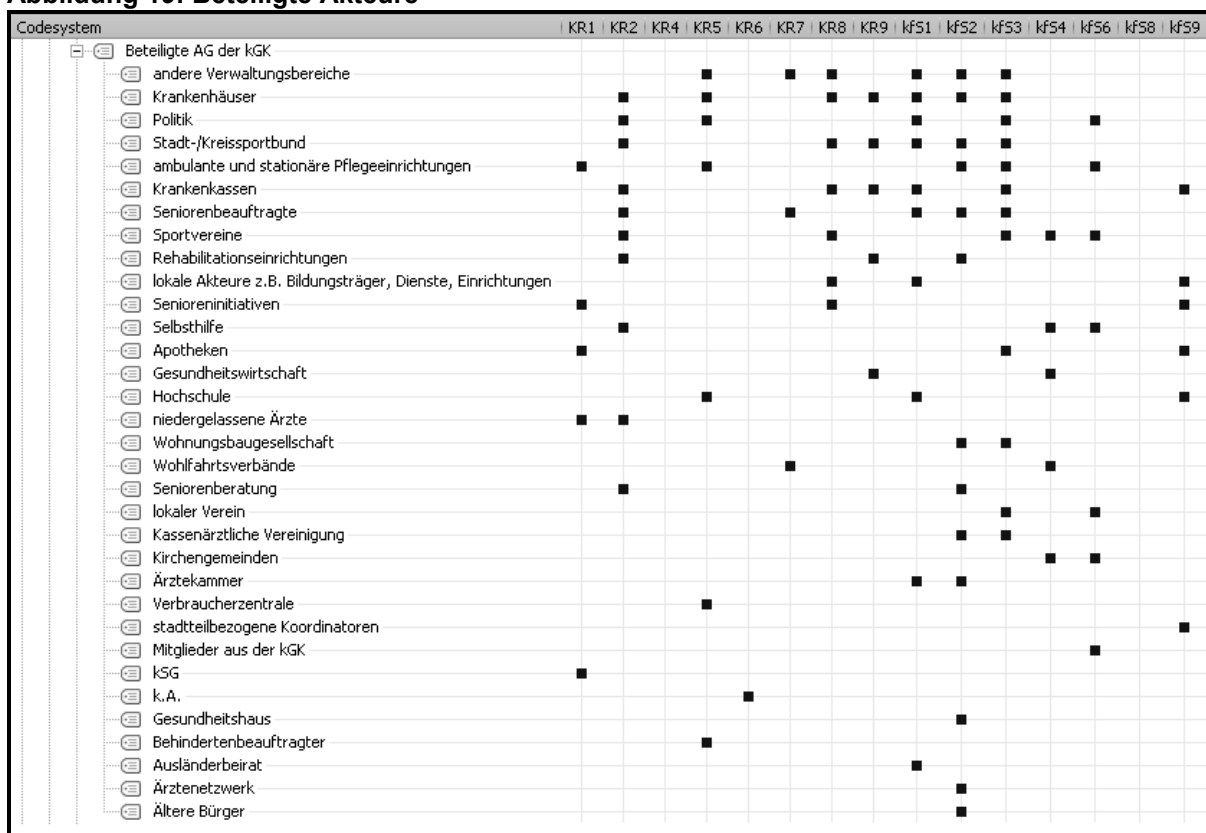
In kfS wurde zudem hervorgehoben, dass denkbar sei, dass sich das Gesundheitsamt zukünftig zunehmend und dauerhaft mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ beschäftigen werde:

*„Ich habe (...) das Gefühl, dass dieses ein Thema ist, was mich noch ein paar Jahre begleiten wird. Weil ich glaube, dass die Demografie immer mehr ein Thema sein wird und nicht aufhören wird. Und die krankheitsbezogenen Themen, das ist dann eben irgendwann nicht mehr mein Thema, sondern dann macht es jemand anderes. Weil es vielleicht auch so medizinisch ist. Das glau-*

*be ich schon, dass das deswegen nichts ist, was beim Gesundheitsamt bleiben muss. Aber so etwas wie Gesundheitsförderung für Senioren, das ist ja eher etwas Allgemeineres, das passt schon eher bei uns rein.“ (kfS1, 73)*

Die folgenden Angaben zur Zusammensetzung der AG der kGKn zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ basieren ausschließlich auf den Informationen der Interviewpartner. Da lediglich in Einzelfällen Teilnehmerlisten der AGn zur Verfügung gestellt werden konnten, wurde von einer Dokumentenanalyse abgesehen. Die vorliegenden Informationen erheben somit nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, zeigen jedoch in der fallübergreifenden Betrachtung die große Bandbreite der beteiligten Einrichtungen, Dienste und einzelnen lokalen Akteure auf (vgl. Abb. 19).

**Abbildung 19: Beteiligte Akteure**



Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

In KR und kfS zeigten sich bei der Zusammensetzung der AGn Schwerpunkte für einzelne Akteursgruppen wie Krankenhäuser, Krankenkassen, den Stadt-/Kreissportbund, Sportvereine, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen oder andere Verwaltungsbereiche. Bei Letztgenannten wurden von KR und kfS vorwiegend soziale und gesundheitliche Gremien, Verwaltungsbereiche oder Abteilungen genannt. In den KR wurden das Sozialamt (Kreisebene), das Amt für Altenarbeit und Niederlassungen des Sozialamtes in den kSG angeführt; in den kfS die Pflegekonferenz, die Gesundheits- oder Sozialplanung, das Referat Gesundheit, der ASD, die Betreuungsstelle, das Amt für Soziales und Wohnen oder das Jugendamt. Betrachtet man die Interessenvertretungen älterer Menschen insgesamt (z.B. Seniorenbeauftragte, Seniorenberatung, Senioreninitiativen) nahmen diese auch einen

deutlichen Stellenwert ein; ältere Menschen ohne institutionelle Anbindung wurden hingegen nur im Einzelfall benannt.

Hervorzuheben sind an dieser Stelle Bewertungen der Geschäftsstellenleitung zur Beteiligung der lokalen Akteure an den Arbeitsgruppen. So wurde aus KR und kfS berichtet, dass die Teilnahme an den AGn unterschiedlich motiviert war; es nahmen beispielsweise i.d.R. nicht alle Mitglieder der kGK, die aufgrund ihrer beruflichen Bezüge ein Interesse an einem Thema haben müssten, auch an der Arbeitsgruppe teil. Engagement zeigte sich in einem KR insbesondere bei den lokalen Akteuren, die bereits Angebote der Gesundheitsförderung für Ältere vorhielten. Auch in einer kfS wurde hervorgehoben, dass das Engagement der Mitglieder der AG sich im Verlauf der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ verändert habe; so waren z.B. bei der Durchführung einer gesundheitsbezogenen Informationsveranstaltung zunächst Akteure beteiligt (z.B. Apotheken, Krankenkassen), die sich nach Abschluss der Veranstaltung zurückgezogen haben und vermutlich keinen Nutzen für eine weitere Beteiligung sahen.

Als vorteilhaft erweise sich jedoch die freie Mitgliederwahl und –besetzung der Arbeitsgruppen der kGK, da diese nicht nur mit Mitgliedern der kGK, sondern auch mit den für ein Thema relevanten Vertretern besetzt werden können (themenspezifische Beteiligung unterschiedlicher Akteure).

*„Also das ist schon ein Vorteil der Arbeitsgruppen, dass die Arbeitsgruppen bestückt werden können von Mitgliedern, wo wir als Gesundheitsamt oder als für den Bereich Zuständige auch sagen können, dass es wichtig ist, dass da ein Vertreter der Krankenkassen ist, des Apothekerverbandes usw. Aber es können eben auch Fachleute dazu kommen in die Arbeitsgruppen, die nicht in der kGK sind, das sind dann eben aus Seniorenorganisationen der Stadtteile, aus den Einrichtungen oder der Ansprechpartner im Stadtteil, also dass man da guckt, was macht noch Sinn, welche Organisation oder welches Fachgebiet holen wir uns noch mit da rein, deswegen ist das offener als die kGK.“ (kfS9, 27)*

Die Planung der Besetzung der Arbeitsgruppe zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“, erwies sich durchaus als Herausforderung wie die folgenden Ausführungen illustrieren; dies insbesondere deshalb, weil das Thema „Gesundheit“ im Vordergrund stehen sollte und die Einbindung der älteren Zielgruppe angestrebt wurde:

*„Das ist unglaublich schwierig, weil das so groß ist, das Thema. Also Krankenkassen, klar, die hätte ich gerne mit im Boot. Ich denke, die sind auch bereit, wenn ich jetzt sage (...) die städtische Pflegeberatung, ist es schwierig, weil es dann schon wieder sehr pflegelastig wird, und ich möchte das Thema Gesundheit vorne haben. Selbstorganisationen, Seniorenbeauftragte, also da, wo man auch wirklich an Zielgruppen heran kommt, die hätte ich gerne mit im Boot, die sind nur meist ehrenamtlich und das wird schwierig.“ (KR4, 37)*

Erfahrungen aus einer kfS verdeutlichen hingegen, dass die Auswahl von potentiellen Beteiligten der AG durch die Geschäftsführung aktiv gesteuert wurde. Für die Bearbeitung des

Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ habe man einzelne Akteure (z.B. Krankenkassen) bewusst aus der AG ausgeschlossen, weil erfahrungsgemäß, und mit besonderem Blick auf dieses Thema, keine oder günstigstenfalls eine geringe Beteiligung (z.B. Beteiligung an der Finanzierung von Veranstaltungen sofern dies im Sinne des firmeneigenen Marketings als relevant erachtet wird) erwartet wurde. Der Einbezug anderer Mitglieder z.B. des Seniorenbeirats, wurde hingegen für die Bearbeitung dieses Themas intensiviert. Damit war u.a. die Hoffnung verbunden, dass das Thema über die Interessenvertretung Älterer (zusätzlich) Eingang in die verschiedenen politischen Ausschüsse erhalte und auf unterschiedlichen Ebenen vertreten werde. Die Bildung einer lokalen Projektgruppe im Stadtteil wurde in den kfS unterschiedlich gestaltet; neben der Einberufung relevanter Akteure und einer in dem Sinne formal gesetzten Gruppe, wurde an anderer Stelle auch ein offener Entwicklungs- bzw. Erweiterungsprozess gewählt, bei dem relevante Akteure sukzessive einbezogen wurden. (vgl. auch Kap. 8.4 Bezugsebenen und Zugang zu lokalen Akteuren im Stadtteil). Da es sich bei der kGK um ein übergeordnetes lokales Steuerungsgremium handelt, wurde auch die Frage danach gestellt, wer für die Umsetzung von gemeinsam beschlossenen Maßnahmen zuständig ist. Aus den Beschreibungen der Befragten konnten für das Thema Gesundheitsförderung folgende Zuständigkeiten abgeleitet werden (vgl. Abb. 20).

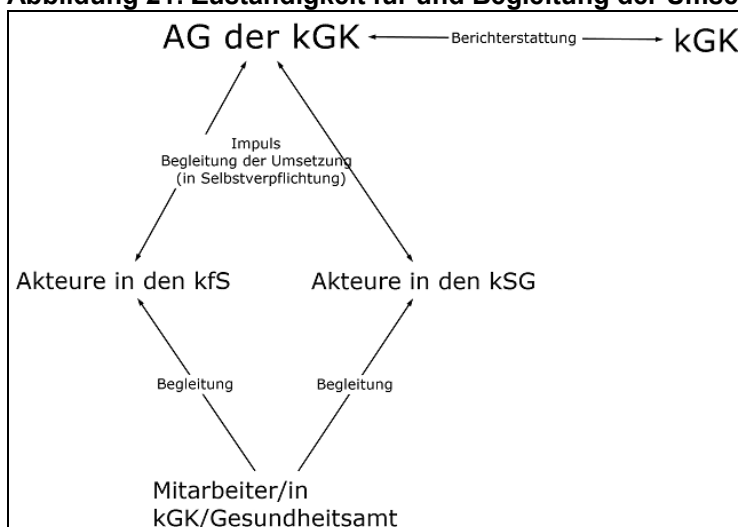
**Abbildung 20: Akteure der Maßnahmenumsetzung**

Codesystem	KR1	KR2	KR4	KR5	KR6	KR7	KR8	KR9	kfS1	kfS2	kfS3	kfS4	kfS6	kfS8	kfS9
Wer setzt Maßnahmen um?															
Schwerpunkt Impulssetzung				■	■			■		■	■	■			■
Akteure in den kSG	■	■		■	■		■	■							
Akteure in den kfS															
in Selbstverpflichtung der Akteure								■	■	■	■	■	■	■	■
Mitarbeiter des GA/der kGK						■							■		
Umsetzung noch nicht erfolgt			■											■	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Betrachtet man die Ausführungen der Befragten fallübergreifend, kann die Zuständigkeit für die Umsetzung von Maßnahmen in KR und kfS sowie die Begleitung der Umsetzung durch die kGK schematisch wie folgt dargestellt werden (vgl. Abb. 21).

**Abbildung 21: Zuständigkeit für und Begleitung der Umsetzung**



Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Grundsätzlich wurde hervorgehoben, dass seitens der kGK und des Gesundheitsamtes insbesondere die Funktion der Impulssetzung übernommen wurde, d.h. relevante und aktuelle Themen wurden in die kGK eingebracht und dementsprechende Impulse für die praktische Umsetzung an die lokalen Akteure und Einrichtungen gegeben.

In den KR und kfS erfolgte die Umsetzung von Maßnahmen, die in der kGK zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ beschlossen wurden, überwiegend durch lokale Akteure in den kSG bzw. in der kfS. Dabei handelte es sich i.d.R. um diejenigen Akteure, die an der AG der kGK zu diesem Thema beteiligt waren (vgl. auch Kap. 8.3.2, beteiligte Akteure). Je nach Themenschwerpunkt erwiesen sich dabei unterschiedliche lokale Akteure als relevant. Betrachtet man beispielhaft den Themenbereich der „Bewegungsförderung/Sturzprävention“ fallübergreifend, wurden von KR und kfS folgende Akteure – sowohl lokale Dienste und Einrichtungen als auch Einzelpersonen – benannt (vgl. Tab. 39).

**Tabelle 39: Akteure in kSG und kfS**

	Akteure in den kSG	Akteure in der kfS
Lokale Dienste und Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bildungsträger (z.B. VHS)</li> <li>– Gesundheitsamt</li> <li>– Gesundheitszentrum (Krankenhaus)</li> <li>– Kreissportbund</li> <li>– Pfarrgemeinden</li> <li>– Privatwirtschaftliche Anbieter z.B. Fitnessstudios</li> <li>– Sportverband für Senioren</li> <li>– Sportvereine</li> <li>– Städte und Gemeinden</li> <li>– Wohlfahrtsverbände</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gruppen für Senioren in den Stadtteilen</li> <li>– Hochschule</li> <li>– Lokale Sportvereine</li> <li>– Stadtsportbund</li> <li>– Stationäre Pflegeeinrichtung unterschiedliche Träger, die Gruppen für Senioren anbieten</li> <li>– Wohnungsgesellschaft</li> </ul>
Personengruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ärzte (Niedergelassene)</li> <li>– Apotheker</li> <li>– Bürger</li> <li>– Diplom-Sportlehrer</li> <li>– kommunale Vertreter</li> <li>– Mitarbeiter aus Pflegeeinrichtungen</li> <li>– Physiotherapeuten</li> <li>– Übungsleiter (mit spezieller Weiterbildung)</li> <li>– Zahnärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesundheitsmediatorinnen</li> <li>– „junge“ Ältere (freiwilliges Engagement)</li> <li>– Physiotherapeuten</li> <li>– stadtteilbezogene Ansprechpartner</li> </ul>
Mitarbeiter des GA/der kGK	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Geplant: Einsatz eines Mitarbeiters vor Ort im Stadtteil (aufsuchender Ansatz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Begleitung eines Stadtteilgremiums durch einen Mitarbeiter der kGK</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

In Einzelfällen wurde beschrieben, dass seitens der kGK (Projekt-) Mitarbeiter, zumindest für einen zeitlich begrenzten Rahmen, eingesetzt wurden oder deren Einsatz geplant sei. Die praktische Umsetzung von Maßnahmen orientierte sich am Grundsatz der „Selbstverpflichtung der Akteure der kGK“, einschließlich ggf. notwendiger finanzieller Beteiligung der Akteure, die i.d.R. im Einzelfall verhandelt wurde (vgl. Kap. 8.4.7).

Die Begleitung der Bearbeitung von Themen in den AGn der kGK und der Umsetzung von Handlungsempfehlungen, Maßnahmen oder Projekten der kGK erfolgte in den KR und kfS



überwiegend im Rahmen einer regelmäßigen Berichterstattung an die Gesamtkonferenz. Die Begleitung der Umsetzung auf der operativen Ebene (z.B. Begleitung eines Stadtteilprojektes „vor Ort“) wurde hingegen durch die jeweilige AG der kGK („Selbstevaluation“), durch die Geschäftsführung der kGK („Prozessbegleitung“) oder durch Mitarbeiter der Geschäftsstelle der kGK übernommen.

Andere Erfahrungsberichte bezogen sich auf Grenzen der Begleitung der Umsetzung durch die Geschäftsstelle der kGK. Dies gelte insbesondere für den Einfluss der Geschäftsstelle auf die Umsetzung von Handlungsempfehlungen und Maßnahmen durch lokale Akteure in „Selbstverpflichtung“. So berichtete eine kfS, dass der kGK zwar eine Kontroll- und Erinnerungsfunktion zukomme, es aber keine Weisungsbefugnis gäbe. Ein Weisungsrecht der kGK an die Akteure wäre für die Umsetzung grundsätzlich hilfreich, sei aber in Praxis nicht sinnvoll und nicht realisierbar. So könne eine „Kontrolle“ der Umsetzung durch die Geschäftsstelle der kGK aus zeitlichen Gründen und angesichts der Vielzahl der bearbeiteten Themen in der kGK nicht gewährleistet werden. Man sei letztlich auf den guten Willen der lokalen Akteure angewiesen.

Darüber hinaus wurde beschrieben, dass eine Begleitung der Umsetzung auch von der AG der kGK im Sinne der Selbstevaluation selbst übernommen werden kann. In diesem Zusammenhang habe man in einem KR Kontakt mit den kSG aufgenommen und diese eingeladen, sich an der Weiterentwicklung des Projektes zu beteiligen, wobei insbesondere die Etablierung quartiersbezogener Sichtweisen im Mittelpunkt stand.

Die Geschäftsstellenleitungen wurde auch um eine Bewertung der Arbeitsweise der kGK im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gebeten<sup>88</sup>. Positive Bewertungen bezogen sich in KR und kfS zum einen auf die „Beteiligung und Zusammenarbeit“ der lokalen Akteure, zum anderen auf die „praktische Umsetzung“ von Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“.

Negative Einschätzungen umfassten allgemein schlechte Rahmenbedingungen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“; aus Sicht der KR wurde zudem Nachteile, die sich aus der kommunalen Organisationsform der KR ergaben angeführt.

Des Weiteren wurden von KR und kfS hinderliche Rahmenbedingungen, die sich für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auf der Ebene der kGK bzw. des Gesundheitsamtes abzeichneten, benannt und negative Umsetzungserfahrungen beschrieben. Die fallübergreifende Zusammenfassung der Einschätzungen sind der tabellarischen Übersicht zu entnehmen (vgl. Tab. 40):

---

<sup>88</sup> Von einigen Befragten wurde auch eine Einschätzung allgemeiner Aspekte der Arbeitsweise der kGK vorgenommen. Im Folgenden wird auf die Präsentation der allgemeinen Einschätzungen aus inhaltlichen Gründen verzichtet.

**Tabelle 40: Bewertung der Arbeitsweise**

	KR	kFS
Beteiligung und Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement/hoher Beteiligungsgrad sowohl der Mitglieder der kGK als auch der lokalen Akteure in Bezug auf die konzeptionelle Vorarbeit und die praktische Umsetzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gutes Arbeitsklima</li> <li>- hohe Bereitschaft der Mitglieder der AG der kGK zum Erfahrungsaustausch</li> <li>- Veränderungsbereitschaft</li> <li>- Bereitschaft der Mitglieder der AG der kGK zur Weiterleitung der Ergebnisse und Arbeitsaufträge der AG der kGK in die jeweils eigenen beruflichen/institutionellen Bezüge (z.B. niedergelassene Ärzte im Rahmen von Qualitätszirkeln)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit</li> <li>- personelle Konstanz: Mitglieder der AG der kGK kennen sich untereinander („Kernteam“); bei Bedarf werden neue Mitglieder aufgenommen (z.B. Senioreninitiativen, die kSG)</li> <li>- Berücksichtigung der Interessen, Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen Akteure bei der Umsetzung von Maßnahmen (Was kann wer in welchem Umfang leisten?)</li> <li>- vertrauensvolle Kommunikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- neue Kontakte in der AG der kGK</li> <li>- Überwindung von Konkurrenzen durch die Zusammenarbeit an einem gemeinsamen Thema</li> <li>- Kooperation mit anderen Verwaltungsbereichen (z.B. Altenhilfe, -planung)</li> </ul>
Akzeptanz des Themas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akzeptanz des Themas Sturzprävention durch Mitglieder der kGK (z.B. Krankenkassen)</li> <li>- Einigkeit über Thema und Zielrichtung in der kGK und in der AG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zugang der Akteure der kGK zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ nicht nur über Fachwissen, sondern über „persönliche“ wie „fachliche“ Bezüge</li> <li>- Offenheit und hohe Bereitschaft sich mit diesen Fragestellungen auseinanderzusetzen, sowohl seitens der Mitglieder der kGK als auch der politischen Vertreter, z.T. einschließlich der Bereitstellung kommunaler Ressourcen</li> </ul>
praktische Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen am Projekt beteiligten Professionen (z.B. Pflege Mitarbeitern, Zahnärzten und Gesundheitsamt)</li> <li>- hohe Eigendynamik des Projektes („Selbstläufer“)</li> <li>- Vorzug eines eigenen Budgets der kGK und damit verbundene Handlungsspielräume bei der Themenbearbeitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die kGK (Gesamtkonferenz) gewährt den AGn der kGK einen hohen Handlungsspielraum</li> <li>- Verlängerung des Bearbeitungszeitraums für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“</li> </ul>
ungünstige Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- allgemein schlechte finanzielle Rahmenbedingungen für die Realisierung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“</li> <li>- grundsätzlich fehlende Möglichkeiten, Ressourcen für dieses Thema zu beschaffen</li> <li>- fehlende gesetzliche Zuständigkeiten für das Thema „Gesundheitsförderung“ für ältere Zielgruppen</li> <li>- fehlende Zuständigkeit für dieses Thema, insbesondere auch auf lokaler Ebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fehlende Zuständigkeit für „Gesunde Ältere“ z.T. verwaltungsintern und auch innerhalb des Gesundheitsamtes sowie fehlender Ansprechpartner, der sich für diese Zielgruppe zuständig erklärt</li> <li>- bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erweist es sich schwierig und langwierig, einen Bewusstseinswandel im Hinblick auf das vorherrschende Altersbild herbeizuführen</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Fortsetzung Tab. 40: Bewertung der Arbeitsweise

	KR	kfS
Organisationsform KR	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fehlende systematische Rückkopplungsprozesse zwischen der Ebene der KR und kSG</li> <li>– keine regelhafte Beteiligung der kSG an der kGK</li> <li>– mangelnde Transparenz seniorenbezogener Strukturen auf Gemeindeebene infolge der Eigenständigkeit der kSG</li> <li>– obwohl mit der kGK grundsätzlich die Chance zu einer kreisweiten Verbreitung und Umsetzung von Themen angelegt ist, sei eine fehlende/geringe Unterstützung der Mitglieder der kGK zu verzeichnen</li> <li>– fehlende Verbindung mit der politischen Ebene in den kSG</li> </ul>	/
verwaltungs-/kGK-interne hinderliche Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einschränkung der Umsetzung dadurch, dass einzelne Mitglieder langwierige Rückkopplungsprozesse in die jeweils eigene Organisation tätigen müssen, insbesondere im Hinblick auf Finanzierungsmöglichkeiten und die Beteiligung an der Umsetzung.</li> <li>– ältere Menschen stellen nicht für alle Mitglieder der kGK eine relevante Zielgruppe dar: im Gegensatz zur Pflegekonferenz, in der eine Verbindung der Mitglieder über den Themenkreis „Alter, Pflege und Behinderung“ und die damit assoziierten Zielgruppen gegeben sei, besetzen und bearbeiten Mitglieder in der kGK das Querschnittsthema „Gesundheit“ aus unterschiedlicher Perspektive und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Zielgruppen.</li> <li>– Diskrepanzen zwischen verschiedenen Verwaltungsbereichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– innerhalb des Gesundheitsamtes fehlt ein ärztlicher Ansprechpartner für die Zielgruppe der „gesunden“ älteren Menschen, obwohl eine solche Stelle u.a. auch hilfreich wäre, um Kooperationen mit anderen Ämtern anzubahnen (z.B. zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales).</li> <li>– Diskrepanzen zwischen verschiedenen Verwaltungsbereichen (z.B. Gesundheit und Soziales): beispielsweise keine oder nur erschwerte Zusammenarbeit zwischen der Gesundheits- und Pflegekonferenz, weil die traditionell länger bestehende Pflegekonferenz einen nahezu alleinigen Anspruch auf seniorenbezogene Themen, insbesondere pflegerische Fragestellungen, erhebe.</li> <li>– Fehlende gezielte, geplante, ämterübergreifende Vorgehensweise und Abstimmung, Maßnahmen im Kontext der Gesundheitskonferenz sind dementsprechend punktuell</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

### 8.3.2 Aufgaben der Geschäftsstelle der kGK

In der fallübergreifenden Betrachtung konnten in KR und kfS für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ sechs Aufgabenbereiche der Geschäftsstellenleitung der kGK identifiziert werden; dabei handelte es sich um „Prozessbegleitung und –steuerung“, „Netzwerken' und Impulse geben“, „Moderation“, „Administrative Aufgaben“, „Inhaltliche Vorbereitung“ und „Serviceleistungen“ (vgl. Tab. 41).

**Tabelle 41: Aufgaben Geschäftsstelle**

	KR	kfS
Prozessbegleitung/-steuerung	Koordination/Prozesssteuerung <ul style="list-style-type: none"> <li>– Absprachen mit allen beteiligten Akteuren</li> <li>– schriftliche Kontaktaufnahme mit potentiellen Multiplikatoren</li> <li>– Vermittlung zwischen potentiellen Akteuren, insbesondere Anbahnung der Beteiligung an Projektmaßnahmen</li> <li>– Kenntnis und Nutzung der vorhandenen Strukturen, um die Beteiligung potentieller Akteure zu befördern</li> <li>– Koordination von Veranstaltungen, Aktionen und der damit befassten Akteure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Klärung der Vorstellungen und Erwartungen der Mitglieder der AG im Vorfeld</li> <li>– Vermittlung zwischen den Versorgungsbereichen Soziales und Medizin</li> <li>– Prozessbegleitung in den aktuellen Projekten und Themen</li> <li>– z. T. Übernahme operativer Aufgaben zu Beginn eines Projektes und sukzessiver Rückzug aus der direkten Begleitung im Projektverlauf</li> </ul>
Netzwerken und Impulse geben	„Motorfunktion“ der Geschäftsstelle <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorgespräche mit lokalen Akteuren zur Konkretisierung von potentiellen Themen</li> <li>– Kontaktierung von Ansprechpartnern in den kSG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anfrage lokaler Akteure zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen</li> <li>– Impulse setzen: Verbreitung des Themas</li> <li>– potentielle Kooperationspartner kontaktieren</li> <li>– Koordination und Kooperation befördern</li> <li>– Zusammenführung relevanter Akteure (z.B. Sportverein und Stadtteilprojekt)</li> <li>– Verhandlungen mit den ortsansässigen Krankenkassen (z.B. Transparenz bei der Anerkennung von Gesundheitskursen gem. §20 SGB V und bei der Vorleistung der Eigenanteile für Gesundheitskurse)</li> </ul> Teilnahme an <ul style="list-style-type: none"> <li>– seniorenbezogenen Gremien in Stadtteilen</li> <li>– kommunalen Gremien, die Bezug zu einem anvisierten Stadtteil haben (z.B. aus der Stadtentwicklungsplanung)</li> <li>– persönliche Vorstellung und Vorstellung der Arbeit und Ziele im Stadtteil (Schneeballsystem)</li> </ul>
Moderation der AG	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vermittlung innerhalb der AG z.B. bei Konflikten zwischen Teilnehmern, in ausgeprägten Konkurrenzsituation zwischen Akteuren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Herstellung von guter Gruppendynamik und gutem Arbeitsklima</li> <li>– frühzeitiges Erkennen und Auflösen von Konflikten/Unstimmigkeiten</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Fortsetzung Tab. 41: Aufgaben Geschäftsstelle**

	KR	kfS
administrative Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Öffentlichkeitsarbeit, (Internet-) Veröffentlichungen (z.B. Broschüren, Handlungsempfehlungen, u.a.)</li> <li>- Organisatorisches z.B. Druck von Materialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einladungen, Protokolle, Informationen und Materialien erstellen und weiterleiten</li> </ul>
	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbereitung der kGK</li> <li>- Zeitmanagement, Koordination der Sitzungen der AG</li> <li>- Sicherstellung der Nachhaltigkeit bereits bei der Projektplanung z.B. Akquise von Projektmitteln</li> </ul>
inhaltliche Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inhaltliche und konzeptionelle Vorbereitung des Themas (Literaturrecherche; Konzepterstellung) und weitere Bearbeitung</li> <li>- Themenvor- und -aufbereitung für die Vorstellung in der kGK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenfassung der Vorschläge für Handlungsempfehlungen</li> <li>- Formulierung eines Entwurfs der Handlungsempfehlungen für die AG</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung von Informationen und einer Diskussionsgrundlage, Vorstellung erster Ideen und Möglichkeiten</li> </ul>	
Serviceleistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erstellung von Informationsmaterialien (z.B. kreisweite Projektübersicht)</li> <li>- Bereitstellung von Materialien im Zusammenhang mit entwickelten Maßnahmen (z.B. Flyer für ein niedrigschwelliges Bewegungsangebot)</li> </ul>	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass die Aufgaben der Geschäftsstellenleitungen der kGK sehr vielfältig und – je nach Themenstellung und –schwerpunkt - durch eine gewisse Offenheit gekennzeichnet waren, wie die folgenden Ausführungen illustrieren:

*„(...) Also ich tue alles, damit dies [die Arbeit der AG der kGK, Anm. d. V.] erfolgreich ist. Und dazu sind ganz unterschiedliche Dinge notwendig.“ (kfS3, 94)*

Die Prozessbegleitung und –steuerung umfasste verschiedene Aspekte wie z.B. Projektplanung, -leitung und -management, Klärung von Finanzierungsmöglichkeiten sowie die Motivation und Koordination der Beteiligten. Die Prozessbegleitung wurde von den Geschäftsstellenleitungen in KR und kfS wahrgenommen und wurde beispielsweise als ein Schwerpunkt der Aufgaben der Geschäftsführung der kGK hervorgehoben:

*„Wenn Sie so wollen, ich bin die Supervisorin von dem ganzen Prozess bzw. ich bin die Prozessbegleiterin (...). Also manchmal ist es so, dass ich natürlich, (...), mache ich dann auch die operative Ebene, klar, das geht gar nicht anders. Oder ich entscheide mich zu Anfang, so wie es in dem Stadtteil war, von Anfang an war ich immer bei allen Treffen mit dabei. Und ziehe mich dann aber sukzessive raus und das tue ich jetzt, also ich bin dabei, mich da raus zu lösen. Das heißt nicht, dass ich dann da ganz raus bin, nicht als Kontrollperson, sondern einfach tatsächlich als Begleiterin, (...).“ (kfS6, 43)*

Neben der Planung und Strukturierung von Prozessen komme der Geschäftsstelle der kGK insbesondere eine „Motorfunktion“ zu, wie die Ausführungen aus diesem KR zeigen:

*„Also das muss man ganz realistisch sehen, (...), wenn wir [die Geschäftsstelle der kGK, Anm. d. V.] nicht ständig (...) Motor spielen und auch Sitzungen vor-*

*strukturieren, ergebnisorientiert vorstrukturieren, dann (...) wird [es] dann nicht ergebnisorientiert weiterentwickelt, dass man dann auch mal zu einer konkreten Maßnahmen kommt, das passiert eher selten.“ (KR2, 45)*

Ähnlich argumentierte auch ein anderer KR:

*„Also im Grunde genommen bin ich der inhaltliche als auch organisatorische Akteur, der sich darum kümmert, dass die Referenten ihr Thema gut rüber bringen können, der auch dafür sorgt, dass, wenn sich eine Arbeitsgruppe organisiert, dass die auch noch mal organisatorischen und inhaltlichen Input bekommt, damit das Ganze überhaupt zum Laufen kommt, also man braucht einen Motor, ohne den läuft es gar nicht, (...), man kann nur das machen, wo keiner gegen ist, nicht das, wofür alle sind, weil das wird kaum funktionieren. (...) aber es ist so, wenn sie diese Aktivitäten etwas reduzieren, werden sie feststellen, dass sich auch solche Arbeitskreise nicht von alleine weiter führen lassen. (...).“ (KR5, 44-45)*

Zum Tätigkeitsbereich „Netzwerken und Impulse geben“ zählten beispielsweise die Teilnahme an anderen kommunalen (stadtteilbezogenen) Gremien, die Kontaktaufnahme zu potentiellen Kooperationspartnern und die Ermittlung von Synergiemöglichkeiten. In einer kfS umfasste dies auch die Förderung der Koordination und Kooperation, beispielsweise im Rahmen der Zusammenführung relevanter Akteure (z.B. Sportverein und Koordinatoren eines Stadtteilprojektes) sowie die Verhandlungen mit den ortsansässigen Krankenkassen (z.B. Transparenz bei der Anerkennung von Gesundheitskursen gem. §20 SGB V und bei der Vorleistung der Eigenanteile für Gesundheitskurse). Bei der Übernahme der Impulsfunktion ging es auf Stadtteilebene darum, Strukturen vor Ort aufzugreifen und das Thema Gesundheit einzubringen. Ein bedeutsamer Ansatzpunkt dafür sei die Teilnahme an seniorenbezogenen Gremien in den Stadtteilen. Diese bieten Gelegenheit zur persönlichen Vorstellung und zur Vorstellung der Arbeit und Ziele der AG der kGK.

*„Ich bin in den ersten Jahren dann oft also in die Stadtteile gegangen, in diese stadtteilbezogenen Sitzungen und habe erst mal mich vorgestellt, die Arbeit, das Ziel, das wir haben und das ist wie ein Schneeballsystem im Grunde. Ich mache das jetzt nicht mehr so häufig, weil da jetzt auch andere sind, aber in Stadtteilen, wo noch gar nichts gewesen ist in Bezug auf Seniorengesundheit, gehe ich auch immer noch mal hin und erzähle etwas (...). (...). Also insofern machen wir uns die Strukturen, die vor Ort sind, so greifen wir die auf, gucken, dass wir das Thema Gesundheit da mit einpflanzen können und dadurch entwickelt sich auch wieder etwas Neues, oder aber auch etwas, was eben so verstärkt wird.“ (kfS9, 44)*

Als eine weitere Aufgabe wurden Koordinationstätigkeiten innerhalb der kGK und zwischen kGK und Verwaltung/Politik benannt. Im Sinne eines Schnittstellenmanagements agiere die Geschäftsstellenleitung, so die Beschreibung einer kfS, dabei vermittelnd zwischen verwal-

tungsexternen und –internen Mitgliedern innerhalb der kGK, sowie zwischen kGK, angeschlossenen AG und Verwaltung und Politik z.B. bei der Weiterleitung von Arbeitsergebnissen der kGK.

Des Weiteren bildeten Absprachen mit allen beteiligten Akteuren einen wichtigen Arbeitsschwerpunkt, der z.B. die schriftliche Kontaktaufnahme mit potentiellen Multiplikatoren über den jeweiligen Vertreter in der kGK (z.B. Ansprechpartner der zuständigen Landesstelle der Apothekerkammer) umfassen konnte oder die Vermittlung zwischen potentiellen Akteuren, insbesondere bei der Anbahnung der Beteiligung lokaler Akteure an Projektmaßnahmen (z.B. individuelle telefonische Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Ärzten). Erfolgreiche Koordinationsarbeit setze zudem die Kenntnis und Nutzung der vorhandenen Strukturen voraus, um die Beteiligung potentieller Akteure zu befördern. Dies schließt auch Kenntnis darüber ein, welchen Nutzen einzelne Akteure von einer Beteiligung haben könnten oder wie dieser Nutzen hergestellt werden kann (z.B. Organisation von Presstereinen, Möglichkeiten zur Öffentlichkeitsarbeit).

Die Moderation und Leitung der AG der kGK wurde sowohl von KR als auch von kfS als Aufgabenbereich benannt. Dabei wurde von einer kfS betont, dass dies insbesondere in der Anfangsphase für die Gruppendynamik, das Arbeitsklima und das frühzeitige Erkennen und Auflösen von Konflikten oder Unstimmigkeiten in der Gruppe von Bedeutung sein kann. Auch in einem KR wurde darauf hingewiesen, dass die Vermittlung bei Konflikten zwischen Teilnehmern innerhalb der AG, z.B. bei ausgeprägter Konkurrenzsituation zwischen Akteuren, eine bedeutsame Aufgabe darstelle.

Darüber hinaus wurden auch administrative Aufgaben (z.B. Einladung, Protokollerstellung, Informationen und Materialien weiterleiten Koordination der Sitzungen der AG Zeitmanagement usw.) übernommen. Auch der Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zählte z.T. zum Aufgabengebiet und umfasste z.B. (Internet-) Veröffentlichungen (z.B. Broschüren, Handlungsempfehlungen, u.a.), den Druck von Materialien usw.

Die inhaltliche und konzeptionelle Vorbereitung des Themas beinhaltete neben der Literaturrecherche und Konzepterstellung die Themenvor- und -aufbereitung für die Vorstellung des Themas in der kGK (z.B. Bereitstellung von Informationen und einer Diskussionsgrundlage für die Gesamtkonferenz, Vorstellung erster Ideen und Möglichkeiten). Zur Themenvorbereitung gehörte dabei auch die Kenntnis der lokalen Versorgungsstrukturen und potentiellen Ansprechpartner, die Kontaktaufnahme mit potenziellen Akteuren, die beteiligt werden sollen, Vorgespräche mit lokalen Akteuren zur Konkretisierung von potenziellen Themen und die Prüfung der Möglichkeiten zur Bearbeitung eines potenziellen Themas in der kGK.

Letztlich übernahm die Geschäftsstelle der kGK auch „Serviceleistungen“ für die kGK und ihre Arbeitsgruppen, wie die Bereitstellung von Materialien im Zusammenhang mit entwickelten Maßnahmen (z.B. Flyer für ein niedrigschwelliges Bewegungsangebot, der von allen beteiligten Akteuren zur eigenen Verwendung genutzt werden kann), ebenso wie für lokale Akteure und die Bevölkerung (z.B. Erstellung einer kreisweiten Projektübersicht durch eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes). Letztgenanntes werde dabei aufgrund der Neutralität des Gesundheitsamtes auch von lokalen Akteuren gut angenommen:

*„Wir machen das von hier aus, das ist ja eine Aufgabe der Gesundheitskonferenz. Wir haben eine Mitarbeiterin, die das dann macht, wir haben auch Struktu-*

*ren dafür geschaffen in den 90er Jahren und die funktionieren dafür auch recht gut und es ist damit abfragbar und auch für jeden verfügbar, (...), wir sind eine neutrale Stelle, als Gesundheitsbehörde sind wir ja völlig neutral, wir haben mit keinem Anbieter einen Vertrag, sondern wir haben einfach das Ziel, für alle die gleichen Bedingungen zu erzielen. (...).“ (KR1, 10)*

### 8.3.3 Gesundheitsberichterstattung

Die meisten KR und kfS berichteten, dass es im Rahmen der kommunalen GBE keinen Einzelbericht zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gab; in Einzelfällen wurde von KR und kfS darauf hingewiesen, dass das Thema in den Rahmengesundheitsberichten, anderen themenspezifischen Berichten oder anderen Berichten (z.B. im Kontext der Kreisentwicklungsplanung) berücksichtigt wurde oder dies geplant sei (vgl. Tab. 42).

**Tabelle 42: Gesundheitsberichterstattung**

		KR	kfS
kein (Einzel) Bericht	Alternativen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hinweis auf das Thema im Gesundheitsrahmenbericht</li> <li>– anderer Bericht (z.B. Standpunktpapier Gesundheit und Alter)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Berücksichtigung des Themas Gesundheit im Alter im Kontext einer Bevölkerungsbefragung</li> <li>– geplant: Berücksichtigung im Gesundheitsrahmenbericht</li> </ul>
	Gründe	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vorhandene Ressourcen werden für die Umsetzung eingesetzt</li> <li>– gegenwärtig stehen andere Themen im Mittelpunkt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– keine direkte Verbindung der kGK zur Berichterstattung</li> </ul>
Bericht wird erarbeitet	Bericht in Bearbeitung, aber...	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– keine personellen Ressourcen für die GBE</li> <li>– Übernahme des Berichtswesens durch die Geschäftsstelle der kGK</li> <li>– Bedeutung des Themas auch unabhängig von einem formalen Bericht akzeptiert</li> </ul>
Bericht geplant		/	– Bericht geplant

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Als ein Hindernis für die Erstellung einer seniorenbezogenen kGBE benannten KR und kfS eine unzureichende Datenlage. Im Vergleich zur kGBE für die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“, die sich auf Daten amtsinterner Untersuchungen stützen könne, lagen in den Kommunen i.d.R. keine eigenen Daten zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen vor. Erschwerend wirkte sich dabei insbesondere aus, dass die Kommunen für ältere Zielgruppen selbst keine Daten erheben und man auf Daten anderer Organisationen (z.B. Krankenkassen) angewiesen sei. Die Zugänglichkeit zu externen Datenbeständen sei jedoch, nach Ansicht eines KR, begrenzt. Alternativ verweise man deshalb auf landesbezogene Berichterstattungen und Statistiken, die dann – zumindest tendenziell - auf die Kreisebene übertra-



gen werden können. Mit Hilfe dieser Belege könne zumindest auch eine Sensibilisierung der kommunalpolitischen Ebene und anderer Verantwortlicher erreicht werden.

In einem anderen KR argumentierte man hingegen, dass für die Zielgruppe ältere Menschen andere Inhalte bei der Berichterstattung relevant wären (z.B. Art der Selbsthilfestruktur), die in dem Sinne kein genuiner Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung sind, sondern vielmehr einer Sozialberichterstattung entsprechen. Während die klassische Gesundheitsberichterstattung die Daten der Schuleingangs- und Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen nutze, könne man für ältere Zielgruppen hingegen nicht auf vergleichbare Untersuchungen und Datenerhebungen zurückgreifen.

In einer kfS wurde hingegen hervorgehoben, dass eine kleinräumige Berichterstattung zwar gewünscht sei, und eine Handlungsempfehlung zur regelmäßigen Erstellung einer Seniorengesundheitsberichterstattung mit besonderem Augenmerk auf die Stadtteile und Quartiere verabschiedet wurde, diese aber gegenwärtig aufgrund fehlender kleinräumiger Daten noch nicht umgesetzt werden könne. Auch fehlende personelle Ressourcen für die kommunale Gesundheitsberichterstattung wurden als hinderlich beschrieben. Hier führte ein KR aus, dass es beispielsweise in der Kreisverwaltung keine Stelle für die KGBE gäbe und diese zeitintensive Aufgabe auch nicht von der Geschäftsstelle der kGK übernommen werden könne. Anstelle dessen investiere man vorhandene Ressourcen in die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung. Außerdem sei die Arbeit der kGK, auch wenn keine lokale Berichterstattung erfolge, nicht losgelöst von der aktuellen Datenlage und dem aktuellen Wissensstand. So werde im Rahmen der Themenvorbereitung eine umfangreiche Aufbereitung von relevanten Daten (z.B. Prävalenz, Inzidenz, aktuelle Versorgungssituation) und der aktuellen Literatur vorgenommen.

Im Hinblick auf eine bessere Übertragbarkeit und Nutzung der Landesberichterstattung für die kommunale Ebene wurde von den Befragten zudem der Wunsch geäußert, die Landesgesundheitsberichterstattung stärker als Strukturierungsvorlage für die Bearbeitung aktueller Themen auf kommunaler Ebene zu konzipieren. Neben der inhaltlich-strukturellen Themengestaltung wären dabei auch Hinweise auf Förderstrukturen (z.B. themenspezifische Stiftungen) von Interesse.

In einer weiteren kfS wurde hingegen hervorgehoben, dass aufgrund fehlender personeller Ressourcen für die Gesundheitsberichterstattung auch die grundsätzlich angestrebte inhaltliche Verknüpfung zwischen Berichterstattung, Arbeitsgruppen und der Umsetzung von Handlungsempfehlungen und Projekten in der kGK nicht immer dauerhaft gewährleistet sei. Seitens des Gesundheitsamtes gäbe es nur krankheitsbezogene Berichte (z.B. Gerontopsychiatriebericht), die auf die Zielgruppe ältere Menschen eingehen. Im Sozialwesen dominiere hingegen die Darstellung der pflegerischen Situation älterer Menschen; einen „Gesundheits“-Bericht zur Situation älterer Menschen gäbe es nicht.

*“Es gibt einen Gerontopsychiatriebericht, aber es gibt keinen Bericht für die gesundheitliche Lage der älteren Menschen, leider nicht, das hätte ich gerne. Einen Seniorenbericht gibt es, den hat aber das andere Amt [das Sozialamt, Anm. d. V.] gemacht. Da sind halt Zahlen überwiegend wie die Pflegesituation ist, aber es gibt leider keinen Gesundheitsbericht. Das ist das Problem, es gibt nicht, so wie ich mir das vorstelle, die direkte Verbindung zur Berichterstattung, so wie es auch angedacht ist an sich vom Gesetz.” (kfS6, 49)*

Darüber hinaus gaben einzelne kfS an, dass ein Bericht zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gegenwärtig erstellt werde oder die Erstellung geplant sei. In einer kfS erfolgte die Übernahme des Berichtswesens durch die Geschäftsstelle der kGK, die z.T. durch den Bereich der Sozialberichterstattung unterstützt wurde. Zum Thema „Gesundheit im Alter“ war ein Bericht geplant, der auch quartiersbezogene Aspekte umfassen sollte. Der Berichterstattung komme aber insbesondere bei diesem Thema weniger Legitimationsfunktion zu, weil die Bedeutung dieses Themas auch unabhängig von einem formalen Bericht akzeptiert sei.

Auch in anderen kfS war die Erstellung eines Gesundheitsberichtes geplant, der Prozess jedoch unterschiedlich weit voran geschritten. Hier standen z.B. in einer kfS Planungen für eine interkommunale Berichterstattung zum Thema „Alter und Gesundheit“ im Mittelpunkt, wobei zum Befragungszeitpunkt die Beantragung von Fördermitteln noch nicht abgeschlossen war. In einer anderen kfS war die Vorbereitung zu einem Gesundheitsbericht „Senioren und Gesundheit“ schon weiter vorangeschritten. Die Bearbeitung des Gesundheitsberichtes „Senioren“ erfolgte durch einen Mitarbeiter der kGK, der für die kGBE zuständig ist. Obwohl der Erstellung eines Seniorengesundheitsberichtes grundsätzlich ein hoher Stellenwert zugeschrieben wurde, bestanden auch hier offene Fragen im Hinblick auf die Verfügbarkeit und/oder die Erhebung eigener lokaler Daten für die ältere Zielgruppe. Für die Erhebung eigener Daten überlegte man, welche Kooperationspartner einbezogen werden könnten; dabei wurde u.a. über eine mögliche Unterstützung durch verschiedene Hochschulen berichtet. Während man über gute Zugänge zu fachlich kompetenten Partner verfüge, erweise sich diesbezüglich jedoch als hinderlich, dass die Vergabe entsprechender Projekte und Aufträge i.d.R. Investitionen erfordere. Auch hier wurde zudem der Zugang zu verwaltungs-externen Datenhaltern wie z.B. Krankenkassen durchaus kritisch eingeschätzt.

### 8.3.4 Themenschwerpunkte und Umsetzungsstrategien

Die in den kGKn für die Umsetzung von Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gewählten Themen umfassten folgende Schwerpunkte: Bewegung, Ernährung, gesundheitsbezogene Veranstaltungen und Gesundheitsinformation sowie soziale Integration. Unter Sonstiges wurden folgende Einzelnennungen zusammengefasst: konzeptionelle Grundlagen, Prävention von Hirnleistungsstörungen, gesundheitsamtsinterne Gesundheitsberatung, Qualifizierung von Multiplikatoren, lokale (medizinische) Infrastruktur (vgl. Abb. 22).

**Abbildung 22: Themenschwerpunkte - geplante und realisierte Maßnahmen**



Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

In den befragten Kommunen wurden mindestens ein und bis zu fünf Themen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gewählt. Der Schwerpunkt „Bewegung/Bewegungsförderung“ wurde in kfS und KR nahezu gleichermaßen berücksichtigt. In den untersuchten Kommunen wurden diesbezüglich folgende Ausprägungsmöglichkeiten unterschieden: ambulante und/oder stationäre Sturzprävention (z.B. Umsetzung sturzpräventiver Trainingsprogramme oder Bewegungsangebote; Information und Schulung von Trägern und Mitarbeitern ambulanter/stationärer Einrichtungen) und niedrigschwellige Bewegungsangebote (z.B. Spazier-, Laufangebote für ältere Menschen; Sensibilisierung und Aktivierung lokaler Sportvereine; Bewegungsgeräte für ältere Menschen im öffentlichen Raum); unter Sonstiges wurden eine (ärztliche) Bewegungsempfehlung und ein umfassender Ansatz der Gesundheitsförderung (z.B. kreis-/stadtweite Gesundheitsförderungsprogramme mit dem Schwerpunkt Bewegung) zusammengefasst<sup>89</sup>.

Während in den KR Angebote der ambulanten und stationären Sturzprävention überwogen, war in den kfS ein Schwerpunkt bei niedrigschwelligem Bewegungsangebot zu verzeichnen. Letztgenannte wiesen dabei – neben einer allgemeinen Aktivierung und Mobilisierung Älterer und Möglichkeiten zum Aufbau sozialer Kontakte – grundsätzlich auch einen sturzpräventiven Charakter auf und wurden vorwiegend auf Stadtteilebene realisiert (z.B. Spazierangebote). Bei den Angeboten ambulanter und stationärer Sturzprävention zeigten sich in den KR verschiedene Ausprägungsmöglichkeiten. Hier wurden – in Abhängigkeit von der Art der Bewegungsförderungsmaßnahme – verschiedene Umsetzungsstrategien gewählt. Beispielsweise erfolgte in einigen Fällen die Entscheidung für spezielle (evidenzbasierte) Trainingsprogramme zur Sturzprophylaxe. Um diese Programme in lokalen Einrichtungen für Senioren umzusetzen, waren der Einsatz entsprechend geschulter Übungsleiter und/oder eine Schulung von Multiplikatoren erforderlich. Qualifizierungsmaßnahmen für lokale Anbieter oder Mitarbeiter seniorenbezogener Dienste erfolgten in den KR sowohl einrichtungsübergreifend als auch einrichtungsbezogen. Eine andere Möglichkeit bestand darin, bereits vorhandene lokale Bewegungsangebote (z.B. von Sportvereinen) für ältere Menschen nutzbar zu machen und die Verbreitung dieser Angebote in bestehenden Seniorengruppen (z.B. Seniorenbegegnungsstätten, Seniorengruppen unterschiedlicher Trägerschaft) anzuregen. Um auch hier eine weitere Verbreitung entsprechender Angebote zu erzielen, wurde ebenfalls eine Qualifizierungsmaßnahme für ältere Menschen und Mitarbeiter unterschiedlicher Einrichtungen (z.B. Volkshochschule, Seniorenbegegnungsstätte) angeboten. Maßnahmen zur Etablierung von Angeboten der stationären Sturzprävention umfassten in KR neben Qualifizierungsmaßnahmen (z.B. Schulung der Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen) auch die Information und Sensibilisierung von Einrichtungsträgern oder die Formulierung von Handlungsempfehlungen.

Auch in den kfS wurden Maßnahmen beschrieben, die die Umsetzung sturzpräventiver Programme beinhalteten. Dabei handelte es sich um (evidenzbasierte) Programme, die im ambulanten und stationären Bereich umgesetzt oder angestrebt wurden. Hier wurde beispielsweise in einer kfS ein Kursangebot für ältere Menschen auf Stadtteilebene in Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden und Moscheevereinen organisiert. Diese Kurse umfassten ca. sechs wöchentliche Übungseinheiten, die durch unterschiedliche Personen geleitet wurden (z.B. geschulte Mitarbeiter physiotherapeutischer Praxen, interkulturelle Ge-

---

<sup>89</sup> An dieser Stelle wird auf eine ausführliche Darstellung der einzelnen Maßnahmen verzichtet, da das Erkenntnisinteresse der Arbeit vorwiegend auf die Art und Weise der Bearbeitung, die Strukturen und Prozesse in der AG kGK gerichtet war.

sundheitsmediatorinnen<sup>90</sup>). Die Gruppenbildung oblag den jeweiligen Mitarbeitern der Kirchengemeinden und orientierte sich z.B. am Grad der Beweglichkeit der Teilnehmer.

Neben sturzpräventiven Trainingsprogrammen wurden in KR und kfS außerdem niedrigschwellige Bewegungsangebote realisiert. In den kfS erfolgte dies vorwiegend auf Stadtteilebene; dabei konnte die Zusammenarbeit mit Sportvereinen, der Aufbau von Bewegungsgeräten für Senioren an öffentlichen Plätzen und die Einrichtung von Lauf- und Spaziergruppen/-möglichkeiten für ältere Menschen unterschieden werden. Die Zusammenarbeit mit lokalen Sportvereinen war in den untersuchten kfS zum Befragungszeitpunkt unterschiedlich weit entwickelt. Hier zeigten sich gleichermaßen erste Sensibilisierungs- und Aktivierungsversuche ebenso wie die Planung und Umsetzung gemeinsamer Maßnahmen (Kooperation von kGK und Sportverein) oder das Anknüpfen an bereits bestehende Vereinangebote für Senioren. In anderen kfS wurde die Idee aufgegriffen, Bewegungsgeräte für Senioren an öffentlichen Plätzen (z.B. in Parkanlagen, in Neubaugebieten) aufzustellen. Diese Möglichkeit ist vergleichsweise neu und nicht unumstritten. Aus Sicht der kGKn, die sich dafür entschieden haben bzw. entsprechendes planten, wurden folgende Vorteile benannt:

- Aufgreifen der alten „Trimm-Dich-Idee“, einschließlich aktiver Kommunikation an die ältere Zielgruppe und einer Institutionalisierung der Betreuung der Geräte z.B. durch Sportvereine;
- Beitrag zur Sturzprophylaxe im öffentlichen Raum;
- Eignung der Geräte für alle Bürger (generationenübergreifender Ansatz);
- einfache und sichere Handhabung;
- Training unterschiedlicher Bewegungen und Körperbereiche.

Bedenken und mögliche Hindernisse wurden von den Befragten u.a. darin gesehen, dass Ungewissheit in Bezug auf die Akzeptanz und tatsächliche Inanspruchnahme der Geräte durch ältere Menschen bestehe, da Bewegung im öffentlichen Raum in Deutschland, insbesondere für ältere Menschen, im Gegensatz zu asiatischen Ländern (z.B. „Tai-Chi“ im Park) bislang wenig verbreitet sei. Neben Hemmungen zur Inanspruchnahme öffentlicher Bewegungsgeräte („die älteren Leute trauen sich nicht“) wurden weitere Begrenzungen für die Nutzung der Geräte durch das hiesige Wetter gesehen. Ungünstige Wirkungen auf die Inanspruchnahme von Bewegungsgeräten wurden auch infolge einer nicht angemessenen und damit u.U. abschreckenden Bezeichnung der Geräte (z.B. „Seniorenspielplatz“) vermutet. Außerdem stellte die Finanzierung der Geräte eine Herausforderung dar, wobei insbesondere Fragen einer „generationengerechten“ Verteilung kommunaler Mittel angeführt wurden (Mittelleinsatz für Kinder oder ältere Menschen).

---

<sup>90</sup> Im Rahmen des Projektes "Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Nordrhein-Westfalen" (MiMi-NRW) wurden an unterschiedlichen Standorten sog. Gesundheits-Mediatorinnen ausgebildet, die mehrsprachige und kultursensible Informationsveranstaltungen für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte aus verschiedenen Herkunftsländern durchführen. Ziel des Projektes ist es, Menschen mit Zuwanderungsgeschichte für die Themen der Gesundheitsförderung und Präventi-

Die Förderung niedrigschwelliger Bewegungsangebote im Stadtteil umfasste in den kfS häufig die Einrichtung und Förderung von Lauf- und Spaziergruppen/-möglichkeiten; dabei zeigte sich, dass eine gezielte Zusammenarbeit mit freiwilligen Bürgern in unterschiedlicher Weise angestrebt wurde, die z.B. als Gruppenleitungen eingesetzt wurden. In einem anderen Fall bezog sich die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und älteren Bürgern auf die Planung und Ausarbeitung von stadtteilbezogenen Spazierwegen. Diesbezüglich wurden aus Sicht der kfS folgende förderliche Faktoren angeführt:

- offene Angebote wie die Bewegungsparks und Stadtspaziergänge können - im Vergleich zu Kursangeboten der Krankenkassen - leichter realisiert werden;
- Synergieeffekte: Kombination von Bewegungsförderung und Förderung sozialer Kontakte; Kombination von Bewegung und geistiger Anregung (z.B. durch Hinweise auf örtliche Gegebenheiten im Rahmen von stadtteilbezogenen Wegbeschreibungen);
- Differenzierung der Gruppen nach unterschiedlichen Laufniveaus;
- Rundgangprinzip (individueller Start- und Endpunkt).

Unter Sonstiges wurden die (ärztliche) Bewegungsempfehlung („Bewegungsempfehlung per Rezept“; „Rehasportverordnung“<sup>91</sup>) und umfassende Gesundheitsförderungsangebote für ältere Menschen (kreis-/stadtweite Gesundheitsförderungsprogramme) zusammengefasst.

Maßnahmen zur „Gesundheitsinformation und gesundheitsbezogene Veranstaltungen“ wurden von KR und kfS aufgegriffen. Dabei wurden in den kfS verschiedene Vorgehensweisen der Gesundheitsinformation kombiniert z.B. lokale Angebote der Gesundheitsinformation/-bildung (lokale Veranstaltungen) und schriftliche Angebotsübersichten für den Stadtteil oder die Gesamtstadt, zentrale und stadtteilbezogene Informationsangebote (Veranstaltungen für Senioren zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen). Bei der Ausgestaltung von Gesundheitsinformationen zeigten sich zudem folgende Unterschiede:

- Bezugsebene: bei der Erstellung von Angebotsübersichten wurden unterschiedliche regionale Bereiche/Ebenen berücksichtigt z.B. gesamtes Kreisgebiet, kSG eines Landkreises, Gesamtstadt, ausgewählter Stadtteil;
- Zielgruppen: es wurden unterschiedliche Zielgruppen adressiert z.B. ältere Menschen im Kreis/Stadtgebiet, ältere Arbeitnehmer, ältere Bürger in ausgewählten Stadtteilen;

---

on zu sensibilisieren und aufzuklären, online verfügbar unter (12/2010) <http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/118.0.html>

<sup>91</sup> Der Rehabilitationssport ist eine ergänzende Maßnahme nach §44 Abs.1 Nr.3 und 4 SGB IX und umfasst „ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen“ sowie „ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung“.

- Aussagekraft/Informationstiefe: die Art der Übersicht variierte zwischen einfacher Auflistung, Unterscheidung der Angebote nach Themenbereichen und Übersichten, die eine Bewertungen der Angebote enthalten;
- Verteiler: schriftliche Übersichten zur allgemeinen Auslage, internetgestützte Angebote, Weitergabe an ältere Bürger eines Stadtteils, aktive Weitergabe der Übersichten an ältere Bürger durch lokale Akteure (z.B. niedergelassene Ärzte, Apotheker usw.);
- Themenbereiche: verschiedene gesundheitsfördernde Themenbereiche vs. ausgewählte Themenbereiche z.B. Bewegungsangebote.

Hervorzuheben ist, dass in einer kfS eine stadtteilbezogene Übersicht für Bewegungsangebote erstellt wurde, die auf Wunsch des Seniorenbeirates eine Bewertung der Angebote und Maßnahmen umfasste. Für die Bewertung wurden die Bewegungsangebote von Experten aus den Bereichen Medizin, Soziales und Sport gesichtet und in die Kategorien Sturzprophylaxe, Rehabilitation, Prävention und offenes Bewegungsangebot unterteilt.

Angebote zum Thema „Ernährung“ wurden ebenfalls von KR und kfS bearbeitet; Schwerpunkte umfassten dabei

- die Formulierung von Handlungsempfehlungen, die überwiegend lokale Akteure und Einrichtungen adressierten z.B. Schulungen lokaler Anbieter und Einrichtungen zu seniorengerechter Ernährung und entsprechenden Angeboten in der Gastronomie; Schulungen zum Thema Zahngesundheit;
- die Durchführung eines Projektes zur Zahngesundheit in stationären Pflegeeinrichtungen;
- Gesundheitsinformation: Erstellung von Informationsmaterialien und Kochbüchern für ältere Bürger in Zusammenarbeit mit einer ortsansässigen Hochschule;
- die Einrichtung ernährungsbezogener Gruppenangebote im Stadtteil.

Der Bereich der „Sozialen Integration“ wurde ebenfalls von KR und kfS benannt; neben der Formulierung von Handlungsempfehlungen waren hier niedrigschwellige Betreuungsangebote und die Konzeption von Angeboten für ältere von Isolation bedrohte oder bereits betroffene Zielgruppen zu nennen.

Sonstige Themenbereiche umfassten in KR medizinische Hilfestellungen (z.B. Telekommunikation medizinischer Daten, Hausnotrufdienste). Einen weiteren Schwerpunkt in KR und kfS bildete die Konzeptentwicklung (z.B. Konzept zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung für ältere Menschen oder die Formulierung von Gesundheitszielen und Handlungsempfehlungen „Gesundes älter werden in der Stadt“). Darüber hinaus wurden in kfS folgende Themen adressiert: Prävention/Früherkennung von Hirnleistungsstörungen, neue Kooperationen (z.B. Aufbau von Kooperationen zu Wirtschaftsverbänden), Strukturentwicklung im Stadtteil (u.a. Anpassung (medizinischer) Strukturen und Erhalt lokaler Infrastruktur),

Qualifizierungsmaßnahmen und Gesundheitsberatung (z.B. Erprobung und Einrichtung einer offenen Beratungssprechstunde für ältere Menschen im Gesundheitsamt).

In der fallübergreifenden Betrachtung zeigten sich in KR und kfS in den AGn der kGK verschiedene Vorgehensweisen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“. Dabei wurden in KR und kfS die Formulierung von Handlungsempfehlungen oder die Planung und Durchführung von Projekten („Projektarbeit“) zum Thema „Gesundheitsförderung für Ältere“ fokussiert. In einzelnen KR wurde für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zum einen die Information und Qualifizierung lokaler Akteure im Bereich der Bewegungsförderung gewählt (z.B. Schulung für die Umsetzung (evidenzbasierter) Bewegungsprogramme oder Maßnahmen zur Sturzprophylaxe), zum anderen richteten sich die Aktivitäten der AG der kGK auf die Vermittlung vorhandener Bewegungsangebote an bestehende Seniorengruppen.

In einer kfS wurde die Arbeit der AG der kGK an einen bereits eingerichteten Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes zum Thema „Gesundheit im Alter“ angebunden und in diesem Kontext sowohl Handlungsempfehlungen und kommunale Gesundheitsziele zum Thema „Gesund älter werden in der Stadt“ formuliert als auch Projekte und Veranstaltungen geplant und umgesetzt. Unterschiede zwischen den verschiedenen Vorgehensweisen ergaben sich hinsichtlich der gewählten Bezugsebenen, Themenbereiche und Arbeitsschritte in der AG. Die räumliche Bezugsebene bezog sich in KR auf den Gesamtkreis, auf die Ebene der einzelnen kSG, Stadtteile einer kSG oder auf einzelne Einrichtungen in kSG. In den kfS wurde auf das gesamte Stadtgebiet, ausgewählte Stadtteile oder einzelne Einrichtungen im Stadtgebiet oder Stadtteil Bezug genommen (vgl. Kap. 8.3.6). Die Bearbeitungs- und Umsetzungsstrategien wurden fallübergreifend systematisiert und sind der tabellarischen Darstellung zu entnehmen (vgl. Tab. 43 bis 46).

**Tabelle 43: Formulierung von Handlungsempfehlungen**

	KR	kfS
Strategie	Formulierung von Handlungsempfehlungen	
Bezugsebene	- kreisweite Umsetzung	- stadtweite oder stadtteilbezogene Umsetzung
Themenschwerpunkte	Bewegung, Ernährung, Soziale Integration, Gesundheitsinformation	
Arbeitsschwerpunkte der AG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs (inkl. Zeitplan, (kurz-, mittel-, langfristige Umsetzung) für das Kreisgebiet und die Ebene der kSG</li> <li>- Begleitung der systematischen Umsetzung des Ziel- und Maßnahmenkatalogs, insbesondere der Übertragung des Programms auf die einzelnen kSG</li> <li>- Einladung der kSG: Vorstellung und Weiterentwicklung des Programms auf lokaler Ebene (kleinräumiger Ansatz, Fokus Stadtteilebene, Anknüpfen an vorhandene Strukturen, Adressierung sozial benachteiligter älterer Zielgruppen)</li> <li>- Befürwortung der Beteiligung der kSG durch den Landrat</li> <li>- Information und Werbung für die Beteiligung an der Umsetzung in den einzelnen kSG</li> <li>- regelmäßige Berichterstattung in der Gesundheits- und Pflegekonferenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stadtgebiet</li> <li>- Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für das Stadtgebiet zu verschiedenen Themenbereichen (z.B. Bewegung, Ernährung, soziale Integration) in der AG</li> <li>Stadtteil</li> <li>- Formulierung von stadtteilbezogenen Handlungsempfehlungen zu einem ausgewählten Themenbereich (z.B. Bewegung) in der AG,</li> <li>- Bestandsaufnahme der Angebote im Stadtteil</li> <li>- Diskussion wünschenswerter und erforderlicher Qualitätsstandards</li> <li>- Umsetzung der Handlungsempfehlungen in Zusammenarbeit mit verschiedenen engagierten Akteuren aus dem Stadtgebiet bzw. Stadtteil realisiert werden</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 44: Information, Vermittlung und Qualifizierung**

	KR	
Strategie	- Information und Qualifizierung	- Information, Vermittlung und Qualifizierung
Bezugsebene	- Kreisgebiet	- mehrere kSG
Themenschwerpunkte	- Qualifizierungsangebot für lokale Anbieter (z.B. Bildungsträger, Gesundheitszentren, ambulante/stationäre Pflegeeinrichtungen) zum Thema Bewegungsförderung/Sturzprävention	- Vermittlung zwischen lokalen Bewegungsanbietern (z.B. Sportvereine) und bestehenden Seniorengruppen in unterschiedlicher Trägerschaft
Arbeitsschwerpunkte der AG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktaufnahme und Kooperation mit dem Fachbereich einer Hochschule, die ein Trainingsprogramm für Ältere entwickelt hat</li> <li>- Vorstellung des Themas in der kGK, inkl. Vorstellung des Programms durch eine Hochschule</li> <li>- Aufforderung der Mitglieder der kGK, zu prüfen, ob das Programm in ihren institutionellen Bezügen umgesetzt werden kann</li> </ul> Umsetzung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung einer Informations- und Auftaktveranstaltung in Zusammenarbeit mit der Pflegekonferenz und der Hochschule (Information und Gewinnung von Trägern und Mitarbeitern für die Teilnahme an Qualifizierungsangeboten)</li> <li>- Durchführung von Qualifizierungsangeboten in Kooperation mit der Hochschule</li> <li>- Einrichtung von qualifizierten Bewegungsangeboten in den jeweiligen organisationalen Bezügen in einzelnen kSG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorstellung und Entscheidung für das Thema in der kGK</li> <li>- Neuausrichtung der praktischen Umsetzung vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der praktischen Erprobung in der AG</li> </ul> Umsetzung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktaufnahme zu bestehenden Seniorengruppen, die im Kreisgebiet von verschiedenen Trägern angeboten werden, durch die Geschäftsstelle der kGK</li> <li>- Vorstellung der Maßnahme und Abfrage von Interesse</li> <li>- bei Zusage der Beteiligung durch die Seniorengruppen wurden die Anbieter der Bewegungsangebote dann jeweils vor Ort aktiv, d.h. die Gruppen konnten das Angebot im Rahmen einer Praxisvorführung in ihrer Einrichtung „testen“ und bei positiver Bewertung für ihre Gruppe „einkaufen“ oder perspektivisch eigene Trainer ausbilden für Mitarbeiter oder Besucher der Seniorengruppen, die zukünftig selbst entsprechende Maßnahmen anbieten wollen, war eine Qualifizierung durch die jeweiligen Anbieter möglich</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 45: Anbindung an einen Aufgabenbereich im Gesundheitsamt**

	kfS
Strategie	Anbindung an einen Aufgabenbereich im Gesundheitsamt
Bezugsebene	Gesamtes Stadtgebiet und Stadtteile
Themenschwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungsförderung</li> <li>- Gesundheitsinformation</li> <li>- Qualifizierung</li> <li>- Gesundheitsberatung</li> </ul>
Arbeitsschwerpunkte der AG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inhaltliche Vorstrukturierung des Themas</li> <li>- Rückkopplung in die AG und die kGK</li> <li>- Entwicklung Kommunalen Gesundheitsziele</li> <li>- Planung und Durchführung von (Modell-) Projekten (z.B. Entwicklung eines niedrigschwelligen Bewegungsangebotes: Stadteilspaziergänge; Entwicklung eines Modellprojektes in Zusammenarbeit mit einer Hochschule; Themen: Bewegung, Gesundheitsinformation und –beratung)</li> <li>- Planung und Durchführung von Veranstaltungen</li> <li>- Information und Beratung für bestehende seniorenbezogene Strukturen im Stadtgebiet (Impulsfunktion)</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung



**Tabelle 46: Projektarbeit**

	KR	kfS
Strategie	Projektarbeit	
Bezugsebene	Kreis, kSG, Stadtteil in einer kSG Seniorenbegegnungsstätten, stationäre Pflegeeinrichtungen in einzelnen kSG	Stadtteil, Seniorengruppen unterschiedlicher Träger im Stadtteil
Themenschwerpunkte	Bewegung, Ernährung, gesundheitsbezogene Veranstaltungen	
	Zahngesundheit, soziale Integration, zugehender Ansatz der Gesundheitsförderung im Stadtteil	Gesundheitsinformation, Strukturentwicklung
Arbeitsschwerpunkte der AG (fallübergreifend)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sichtung bestehender Projekte u.a. Maßnahmen von einem bundesweiten Wettbewerb</li> <li>- Vorbereitung von Konzeptbausteinen</li> <li>- Ziel- und Maßnahmenentwicklung innerhalb der AG</li> <li>- Planung und Umsetzung von Projekten (z.B. Zahngesundheit für Bewohner in Alten- und Pflegeheimen, ambulante und stationäre Sturzprävention, niedrigschwelliger Bewegungsangebote z.B. Spaziergruppe) oder lokalen gesundheitsbezogenen Veranstaltungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswahl des Stadtteils</li> <li>- Kontaktaufnahme mit Vertretern unterschiedlicher Institutionen, Verbänden, Vereinen innerhalb des ausgewählten Stadtteils („Schlüsselpersonen“)</li> <li>- Vorgespräche mit Schlüsselpersonen (Einzelgespräche)</li> <li>- Aufbau einer lokalen Projektgruppe mit Unterstützung der „Schlüsselpersonen“ oder Einrichtung eines lokalen Gremiums (Steuerung)</li> <li>- zielgruppenbezogene Bestandsaufnahme, d.h. Sichtung ausgewählter bestehender Angebote im Stadtteil</li> <li>- Themenentwicklung und Ableitung verschiedener Projektgruppen</li> <li>- Planung und Umsetzung von Projekten (z.B. Kurse zur Sturzprävention in Seniorengruppen unterschiedlicher Träger; Erstellung einer stadtteilbezogenen Angebotsübersicht zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen; Durchführung gesundheitsbezogener Veranstaltungen im Stadtteil; niedrigschwelliges Bewegungsangebot; Erhalt der lokalen Infrastruktur z.B. ärztliche Versorgung, Wochenmarkt)</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

### 8.3.5 Alters- und Zielgruppen

Für die Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurden in KR und kfS Vorgaben zu Alters- und Zielgruppen gemacht. In KR und kfS wurden z.T. Altersgruppen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ festgelegt. Die Altersvorgaben wurden in der Praxis jedoch variabel gehandhabt, d.h. das Alter wurde nicht als Ausschlusskriterium betrachtet, sondern als Orientierungspunkt. In einzelnen KR und kfS wurden andere Kriterien zugrunde gelegt, wie die Orientierung an vorhandenen Risiken (z.B. Sturzrisiko) oder am Grad der Mobilität der Teilnehmer (vgl. Tab. 47). Dabei zeigte sich z.B. in einem KR, dass das kalendarische Alter eigentlich keine oder eine nachrangige Rolle spielte.

*„Wir haben uns jetzt dafür gar nicht interessiert also mit welchem Alter, uns geht es eher um die Sache, in dem Fall geht es um Sturzprävention. Und da wurde der Blick darauf gerichtet, wer hat ein erhöhtes Sturzrisiko und diese Personen sind gemeint, ob die nun 65 sind oder 75 oder 85 spielt eigentlich keine Rolle.“  
(KR2, 25)*

**Tabelle 47: Altersgruppen**

	KR	kfS
festgelegte Altersgruppe	– 45+ „früh anfangen“ (mittleres Erwachsenenalter) 50+ 60+	
	Themen-/Angebotsbezogene Konkretisierung der Altersgruppen: z.B. Bewegung > 60 Jahre; Sturzprävention: 70+; z.B. Ernährung: bis 75 Jahre (Fokus Übergewicht), älter als 75 Jahre (Fokus Mangelernährung)	
	– 55+ – weiterer Orientierungspunkt: Grad der Mobilität der Teilnehmer – Kein Ausschluss jüngerer Altersgruppen	/
Keine festgelegte Altersgruppe	– weiterer Orientierungspunkt: vorhandene Risiken z.B. Sturzrisiko	– Weiterer Orientierungspunkt: Grad der Mobilität der Teilnehmer
noch nicht festgelegt	Geplant: – < 65 (berufstätige Ältere) – 70+ (von gesundheitlichen Beeinträchtigungen Betroffene)	– bedarfsorientierte Ermittlung im Stadtteil

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

In der fallübergreifenden Betrachtung zeigte sich im Hinblick auf die Altersgruppen eine große Bandbreite. Setzt man dazu die jeweiligen geplanten oder realisierten Maßnahmen in Bezug, zeigte sich ein früher Ansatzpunkt mit Maßnahmen der (betrieblichen) Gesundheitsförderung im mittleren Erwachsenenalter (45+) mit unterschiedlichen Abstufungen bis zum höheren Alter (70+) und Maßnahmen zur Ernährung sowie zur ambulanten und stationären Sturzprävention (vgl. Tab. 48).

**Tabelle 48: Altersgruppen nach geplanten/realisierten Maßnahmen**

Altersgruppen/-grenzen	geplante/realisierte Themen und Maßnahmen
45+	– (Betriebliche) Gesundheitsförderung
50+	– Ernährung, (betriebliche) Gesundheitsförderung, niedrigschwellige Bewegungsangebote, Gesundheitsförderungsprogramm (Bewegung), soziale Integration, stadtteilbezogene Gesundheitsförderung
55+	– Ernährung, Prävention; Früherkennung
60+	– Ernährung, ambulante und stationäre Sturzprävention, Bewegungsförderung, allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Gesamtstadt
70+	– Ernährung, ambulante und stationäre Sturzprävention

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Als Zielgruppen wurden in KR und kfS die „ältere Bevölkerung im Stadt-/Kreisgebiet“ und „Nutzer seniorenbezogener Institutionen“ benannt; in den kfS wurde außerdem ausschließlich auf die „ältere Bevölkerung eines Stadtteils“ Bezug genommen (vgl. Tab. 49). Die Adressierung der gesamten älteren Bevölkerung im Stadt-/Kreisgebiet erfolgte sowohl in KR als auch in kfS. In KR wurden darunter sowohl selbständig lebende ältere Menschen, die nicht pflegebedürftig sind, als auch pflegebedürftige ältere Menschen inner- und außerhalb stationärer Einrichtungen verstanden, wie die folgende Beschreibung verdeutlicht:

„Also im Grunde genommen den älteren Menschen per se, wir haben sowohl in stationären Einrichtungen Kurse mit etablieren und koordinieren können, aber auch (...) eine Kooperation mit einem lokalen Bildungsträger durchgeführt, wo ein ambulanter Kurs aufgebaut wurde, wo Menschen, die noch im häuslichen Bereich leben [teilnehmen, Anm. d. V.], der dann regelmäßig zweimal pro Woche trainiert hat, einfach als zusätzliches Angebot für Menschen, die vielleicht nicht im Verein organisiert sein wollen oder können, aber sicher auch trotzdem noch Interesse haben, für sich selber etwas zu machen.“ (KR5, 29)

Tabelle 49: Zielgruppen

	KR	kfS
ältere Bevölkerung im Stadt-/Kreisgebiet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ältere selbständig allein oder in Familien lebende Menschen</li> <li>– pflegebedürftige Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ältere Menschen in der Gesamtstadt, die nicht hilfe- oder pflegebedürftig sind („Zielgruppe der noch fitten Leute“)</li> </ul>
Ältere Bevölkerung eines Stadtteils	/	bislang nicht erreichte Zielgruppen z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>– von sozialer Benachteiligung betroffene/bedrohte Ältere</li> <li>– Hochaltrige</li> <li>– Migranten</li> <li>– alleinlebende Frauen und Männer</li> <li>– ältere Bevölkerung im Stadtteil (interkultureller Ansatz)</li> <li>– Stadtteile, die durch eine überwiegend prekäre soziale Lage der Bevölkerung gekennzeichnet sind (z.B. hohe Anteile an Grundsicherungsempfängern) („Gesundheitsförderung und Prävention, die nicht mittelschichtorientiert ist“)</li> </ul>
Nutzer seniorebezogener Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stationäre Pflegeeinrichtungen</li> <li>– Seniorengruppen unterschiedlicher Träger (z.B. Kirchengemeinde, Wohlfahrtsverband, Moscheeverein)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Altentagesstätten</li> <li>– Seniorenberatungsstellen</li> </ul>	/
noch nicht festgelegt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ggf. geschlechtsspezifische Maßnahmen</li> <li>– Berücksichtigung älterer Migranten</li> </ul>	/

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Im Gegensatz dazu zeigte sich bei den kfS, die alle älteren Menschen in der Gesamtstadt einbezogen, dass der Schwerpunkt ausdrücklich auf selbständig lebende und “gesunde” ältere Menschen”, also die „Zielgruppe der noch fitten Leute“ (kfS1, 25) gelegt wurde und ausschließlich ältere Menschen, die nicht hilfe- oder pflegebedürftig sind, berücksichtigt wurden. Diesbezüglich argumentierte eine kfS, dass Ältere mit Hilfe- oder Pflegebedarf eine andere Zielgruppe wären, für die andere Maßnahmen und ein anderer Ansatz der Gesundheitsförderung oder Prävention erforderlich wäre, den man nicht nebenher oder parallel leisten könne.

„Was vorgegeben war ist im Grunde, auf wen wir uns beziehen, also die Zielgruppe. Das hat auch natürlich etwas mit meinem Aufgabengebiet zu tun, also

*das deckt sich im Grunde, dass wir gesagt haben, unsere Zielgruppe sind Menschen ab 60 plus, die nicht hilfe- oder pflegebedürftig sind, das heißt (...) die selbständig in ihrer Wohnung leben, ob jetzt alleine, in der Partnerschaft oder Familie usw., aber die eben keinen großen Hilfe- oder Pflegebedarf haben. Weil das noch mal eine andere Zielgruppe ist, auf die andere Maßnahmen greifen oder auch der Ansatz da Gesundheitsförderung oder auch Prävention zu betreiben ein anderer sein muss.“ (kfS9, 35)*

Die kfS, die einen stadtteilbezogenen Ansatz gewählt haben, berücksichtigten alle dort lebenden älteren Menschen, wobei z.T. eine weitere Differenzierung zugunsten benachteiligter älterer Zielgruppen erfolgte.

So wurde beispielsweise in einer kfS entschieden, dass diejenigen älteren Menschen im Stadtteil angesprochen werden sollen, die bisher über bestehende Angebote nicht erreicht wurden und die nicht oder nur wenig motiviert sind, Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen (z.B. von sozialer Benachteiligung betroffene/bedrohte Ältere (fehlende Möglichkeiten), Hochaltrige (mit kleineren „Handicaps“ z.B. Einschränkung der Mobilität), Migranten, Alleinlebende Frauen und Männer). Diese Zielgruppen sollten durch entsprechende Zugänge und einen lebensfeldbezogenen Ansatz erreicht werden.

Die Bezugnahme auf vulnerable Zielgruppen konnte in kfS auch mittelbar durch die Auswahl von Stadtteilen nach sozio-demografischen Merkmalen erfolgen. Hier wurden ältere Bürger in ausgewählten Stadtteilen, die durch eine überwiegend prekäre soziale Lage der Bevölkerung gekennzeichnet waren (z.B. hohe Anteile an Grundsicherungsempfängern; hoher Anteil an Bürgern mit Migrationshintergrund), als Zielgruppe benannt. Man habe hier die Stadtteile bewusst unter der Perspektive der sozialen Lage gewählt und nicht aufgrund der Altersstruktur; Ziel sei es, „vor Ort“ Prävention und Gesundheitsförderung zu etablieren, die nicht mittelschichtorientiert ist.

Den Einbezug vulnerabler Zielgruppen Älterer (z.B. ältere Menschen mit Migrationshintergrund) strebten grundsätzlich auch andere KR und kfS an, zum Befragungszeitpunkt lagen dazu jedoch erst wenig Erfahrungen vor. So berichtete ein KR beispielsweise, dass mit der Weiterentwicklung des Gesamtkonzeptes zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ über eine kleinräumige Vorgehensweise auch der Zugang zu sozial benachteiligten älteren Menschen geschaffen werden sollte; Zugänge und Maßnahmen müssten dafür jedoch „vor Ort“, unter Berücksichtigung der jeweiligen Strukturen und Gegebenheiten, in den Gemeinden geschaffen werden. Auch in einer kfS bestanden Überlegungen dahingehend, schlecht erreichbare Zielgruppen älterer Menschen (z.B. Migranten, sozial Benachteiligte) einzubeziehen, allerdings schätzte man den Zugang zu diesen Gruppen als sehr schwierig ein. Die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen sei zwar grundsätzlich wichtig, stelle aber eine Herausforderung dar (u.a. Erreichbarkeit älterer Migranten, kulturell bedingte, andere Zugangsweise zum Thema Gesundheit) und sei in Bezug auf ältere Menschen bislang „nicht besonders gelungen“.

In KR und kfS wurden die Zielgruppen auch durch die Anbindung von Maßnahmen an bestehende seniorenbezogene Einrichtungen konkretisiert, wie es eine kfS beschrieb: *„(...) alle die, die auch zu den jeweiligen Altenclubs, Altentagesstätten usw. gehören, das ist auf jeden Fall auch unsere Zielgruppe.“ (kfS4, 58)*. Bei fallübergreifender Betrachtung waren

dies darüber hinaus im Einzelnen Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen im Kreis-/Stadtgebiet, Besucher von Altentagesstätten im Kreisgebiet, Klienten von Seniorenberatungsstellen im Kreisgebiet und ältere selbständig zu Hause lebende Menschen, die an einer seniorenbezogene Gruppen unterschiedlicher Träger (z.B. Kirchengemeinde, Wohlfahrtsverband, Moscheeverein) im Kreisgebiet/Stadtteil teilnahmen.

### 8.3.6 Bezugsebenen in kreisfreien Städten und Kreisen

Entsprechend der unterschiedlichen räumlichen Strukturen wurden in kfS und KR verschiedene Bezugsebenen für die Platzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen gewählt. In den kfS handelte es sich um die Gesamtstadt und/oder Stadtteile, in den KR wurden alle oder einzelne kSG und/oder Einrichtungen im Kreisgebiet einbezogen (vgl. Tab. 50 und 51).

In den kfS zeigte sich grundsätzlich, dass der aktuelle Trend zur stadtteilorientierten Gesundheitsförderung aufgegriffen wurde. Für Kommunen, die sich ausschließlich auf die Bezugsebene Stadtteil konzentrierten, zeigte sich, dass für die Auswahl von Stadtteilen unterschiedliche Kriterien zugrunde gelegt wurden z.B. Ausmaß von (Projekt- und Förder-) Aktivitäten in den einzelnen Stadtteilen, sozialstrukturelle oder sozioökonomische Merkmale eines Stadtteils (z.B. Altersstruktur „hochaltriger“ Stadtteil).

**Tabelle 50: Bezugsebene KR**

	KR
Kreisgebiet – alle kSG	– Verbreitung im Kreisgebiet in Bearbeitung
einzelne kSG und/oder Einrichtungen	– Umsetzung in einzelnen kSG und/oder Einrichtungen, aber Verbreitung im Kreisgebiet angestrebt/geplant
	keine Verbreitung im Kreisgebiet: – themenbezogene Ansprache einzelner kSG bzw. relevanter Akteure – unterschiedliche Voraussetzungen der kSG kennen und nutzen – gezielte Ansprache von lokalen Einrichtungen (z.B. Seniorengruppen)
noch nicht festgelegt	– Umsetzung und Verbreitung im Kreisgebiet angestrebt/geplant

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 51: Bezugsebene kfS**

		kfS	
		Auswahlkriterien	Zugang zu lokalen Akteuren im Stadtteil
Gesamtstadt und (alle) Stadtteil(e)	Stadtteilorientierung geplant	– gleichmäßige Verteilung von gesundheitsfördernden Angeboten in den Stadtteilen	– Platzierung des “Gesundheitsthemas” in vorhandenen, stadtteilbezogenen Gremien für die Zielgruppe ältere Menschen
	(De-) zentraler Ansatz	– „Gesundheit in alle Stadtteile bringen“	– Platzierung des “Gesundheitsthemas” in vorhandenen, stadtteilbezogenen Strukturen für die Zielgruppe ältere Menschen

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Fortsetzung Tab. 51: Bezugsebene kfS

		Auswahlkriterien	Zugang zu lokalen Akteuren im Stadtteil
Stadtteil	Stadtteil-orientierung in Vorbereitung/ Bearbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Auswahl eines Stadtteils nach Vorgabe von Förderrichtlinien</li> <li>– Stadtteile, wo bereits Stadtteilprojekte installiert sind</li> <li>– Merkmale der Sozialstruktur: ökonomische und soziale Lage, Anteil Menschen mit Migrationshintergrund, Altersstruktur („hochaltriger“ Stadtteil)</li> <li>– Stadtteile, die bislang bei (gesundheitsbezogenen) Projekten nicht berücksichtigt wurden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– lokale Strukturen innerhalb eines Förderprogramms</li> <li>– Aufbau neuer oder Nutzung vorhandener stadtteilbezogener Gremien unter Einbezug relevanter lokaler Akteure</li> </ul>
noch nicht festgelegt	Stadtteil-orientierung geplant	– Beschluss zur Stadtteilorientierung: kleinräumig und zentral vor Ort	noch nicht festgelegt

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

So wurde in einer kfS bewusst die Entscheidung für die Umsetzung soziallagenbezogener Gesundheitsförderung für ältere Menschen getroffen:

*„Und das sind Stadtteile, die eigentlich in ökonomischer und sozialer Hinsicht eben eine bestimmte Problemlage auch haben. Es gibt dort einen hohen Anteil an Grundsicherungsempfängern und es ist eher von der sozialen Lage ausgewählt worden, es ist nicht der Stadtteil, der die höchste Altersrate hat. Das ist es nicht, sondern wir wollten da eher gucken, wie können wir wirklich Prävention und Gesundheitsförderung machen, die nicht mittelschichtorientiert ist. (...)“ (kfS3, 33)*

Die Entscheidung für einen Stadtteil wurde auch durch externe Vorgaben (z.B. von Fördergebern) beeinflusst. Dies werde, so die Erfahrungen aus kfS, einerseits als Einschränkung gewertet, andererseits könne auf diesem Weg auch eine finanzielle Grundsicherung der Arbeit erzielt werden.

Von den Befragten wurden unterschiedliche Strategien gewählt, um im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ Zugang zu lokalen Akteuren im Stadtteil zu finden. Dabei stand insbesondere die Einrichtung stadtteilbezogener Gremien unter Einbezug aller relevanten lokalen Akteure, die an der Entwicklung, Verbreitung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen beteiligt wurden, im Mittelpunkt. Hier zeigten sich bei den Befragten unterschiedliche Herangehensweisen und Schwerpunkte, z.B. für die Rekrutierung und Besetzung dieser Gremien. Beispielsweise wurden in einer kfS alle relevanten Akteure im Stadtteil beteiligt (z.B. ASD, Amt für Soziales und Wohnen: Seniorenreferat, Apotheken, Krankenhaus, niedergelassene Ärzte, Stadtteilprojekte, Wohnungsbaugesellschaften, Sportvereine); darüber hinaus wurde hier auch gezielt eine In-

tegration der Bereiche Soziales und Medizin angestrebt. Aufgrund der Fokussierung von Bewegungsangeboten rückte zudem der Sportbereich, z.B. der Stadtsportbund und Sportvereine in den Stadtteilen, in den Mittelpunkt. In einer anderen kfS entschied man sich hingegen dafür, zunächst mit Schlüsselpersonen, die im Stadtteil einen größeren Wirkungsgrad haben, Kontakt aufzunehmen und gemeinsam die Einladung weiterer lokaler Akteure und Einrichtung einer lokalen Projektgruppe vorzubereiten. Aus einer weiteren kfS wurde berichtet, dass nach der Einrichtung eines lokalen Steuerungsgremiums die Besetzung sukzessive und entsprechend der Themenentwicklung und daraus abgeleiteten Projektgruppen erfolgte; das Stadtteilgremium und die Gruppen wurden hier durch einen Mitarbeiter der kGK betreut.

Zum Befragungszeitpunkt erfolgte die Umsetzung von Maßnahmen in kfS überwiegend in den ausgewählten Stadtteilen. Eine Übertragung der jeweiligen Ansätze auf weitere vergleichbare Stadtgebiete wurde – ein positives Ergebnis der Maßnahmen vorausgesetzt – dabei jedoch häufig angestrebt und gewünscht, wie die folgenden Ausführungen illustrieren:

*„Also wenn sich diese Struktur der Arbeitsgruppe [zum Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen, Anm. d. V.] bewährt, dann würden wir das natürlich gerne auch ausweiten. Es soll schon für die anderen Stadtteile auch beispielhaft sein, zumindest für die Stadtregionen, die von der Sozialstruktur her ähnlich sind. Für andere Stadtgebiete müsste man sicherlich noch mal etwas Neues überlegen, das kann ich mir auch vorstellen, dass man da noch mal neu überlegen müsste, aber da, wo denke ich der größte Bedarf ist und die größten Gesundheitsrisiken sind und die geringsten Ressourcen, da für glaube ich, versuchen wir jetzt ein Beispiel zu machen.“ (kfS3, 41-42)*

*„Damit [mit dem Stadtteilprojekt, Anm. d. V.] haben wir vor einigen Jahren begonnen und wir haben die Idee, ob das gelingen wird wissen wir nicht, weil das auch eine Finanzierungsfrage ist, dass wir diese [Zielsetzung, Anm. d. V.] demnächst auch auf andere Stadtteile mit einer ähnlichen Struktur übertragen.“ (kfS4, 39)*

*(...) und ich würde das [ein Spazierprojekt, Anm. d. V.] gerne auch irgendwie in einzelne Stadtteile bringen, weil es ja überall Strecken und Parks oder Spazierwege gibt, die man dann nutzen kann, aber da müssen wir noch mal dran.“ (kfS1, 46)*

In den KR konnte zwischen einer kreisweiten Umsetzung unter Einbezug aller kSG und der Umsetzung in einzelnen kSG und/oder Einrichtungen unterschieden werden. Eine kreisweite Umsetzung unter Berücksichtigung aller kSG war zum Befragungszeitpunkt beispielsweise in einem KR im Sinne einer Gesamtstrategie vorgesehen. Eine Möglichkeit zur Einbindung der kSG biete dabei – so die Erfahrung aus diesem KR – die Kontaktaufnahme zu den kSG im Rahmen regulärer Gesamttreffen (z.B. Dienstbesprechungen der Bürgermeister der kSG). Hier könne man über den Landrat die Erwartungen der kGK an die Bürgermeister der kSG richten und diese darum bitten, sich an dem Gesamtvorhaben der kGK zu beteiligen. Von Vorteil erweise sich dabei, dass die Schaffung gleicher Bedingungen für die Bürger auch im Einklang mit der Verantwortlichkeit des Landrates im Sinne der Daseinsvorsorge stehe.

*„(...) und jetzt wird es runter gebrochen auf die Gemeindeebene und es ist ganz spannend was da passiert, in allen Städte und Gemeinden. Die Bürgermeister sind über den Weg des Landrates in der Dienstbesprechung darauf hingewiesen worden, dass er erwarte, dass alle kreisangehörigen Städte und Gemeinden sich diesem Projekt anschließen, (...), dass es das Gesamtprojekt des Kreises ist, als Mantel sozusagen, um in allen Städten und Gemeinden gleiche Bedingungen für den Bürger zu schaffen. Das ist ja der Hintergrund, der Landrat ist für die Daseinsvorsorge verantwortlich, er muss dafür Sorge tragen, dass auch in seinen ihm anempfohlenen Teilgemeinden/-bereichen auch diese Dinge angeboten werden können.“ (KR1, 8)*

Die Organisation der praktischen Umsetzung des Gesamtprojektes verlaufe in den einzelnen kSG jedoch, entsprechend den örtlichen Gegebenheiten und Strukturen, unterschiedlich. Eine bewährte Strategie bestehe darin, vorhandene Strukturen in den kSG zu nutzen, mit neuen Impulsen anzureichern und dabei eigene Lösungswege und Schwerpunkte der kSG zuzulassen. Für den Zugang zu Akteuren vor Ort zeigten sich dabei in diesem KR unterschiedliche Möglichkeiten wie z.B.

- die Einrichtung eines Runden Tisches (Zusammenschluss der Senioreninitiativen) mit Anbindung an den Seniorenausschuss,
- die politische Anbindung über Ausschüsse z.B. Ausschuss für Sozialpolitik, Seniorenausschuss,
- der Austausch zwischen Senioreninitiativen und kommunalen Verwaltungsbereichen auf Ebene der kSG z.B. Sozialamt,
- die Anbindung der Organisation eines Gremiums bei einem Träger einer Pflegeeinrichtung unter Beteiligung eines kommunalen Verwaltungsbereiches (z.B. Sozialamt),
- der Zusammenschluss von einzelnen kSG für die Initiierung und Durchführung eines seniorenbezogenen Projektes (inkl. wissenschaftlicher Begleitung), das in das Gesamtkonzept des Kreises eingebunden war.

In den anderen KR wurden als Bezugsebene häufig einzelne kSG und/oder Einrichtungen gewählt. Eine kreisweite Umsetzung war auch hier z.T. geplant oder wurde als erstrebenswert angesehen, erwies sich aber zum Befragungszeitpunkt (noch) als ungewiss oder war aus verschiedenen Gründen nicht möglich. Hinderlich erwies sich dabei u.a., dass an der kGK i.d.R. keine Vertreter der Stadtverwaltung der einzelnen kSG beteiligt sind, sondern lediglich gesundheitsbezogene Akteure aus den kSG. Insofern bestehe, so die Kritik aus einem KR, (noch) keine „Passung“ zwischen kGK und kSG. Grundsätzlich wäre eine Rückkopplung zwischen kGK und kSG hilfreich; eine solche Vorgehensweise würde aber die zeitlichen und personellen Möglichkeiten der kGK sprengen. Hier wäre mehr Eigeninitiative der kSG wünschenswert, wobei die kGK eine beratende Funktion einnehmen könnte.



*„Sicher wäre es schön, wenn man eine Klammer oben drüber hätte, wie eine Gesundheitskonferenz, die vielleicht dann auch Tipps und Vorschläge geben kann, aber die Kommunen sind ja nicht alle in der Gesundheitskonferenz vertreten. Es gibt ja nicht den Bürgermeister, der da drin sitzt, es sind die Institutionen der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge vor Ort, und das hat mit Kommune gar nichts zu tun, das ist einfach der Kreis, (I.: Das sind die Akteure vor Ort...) Das sind die Akteure, aber die gucken nicht auf die einzelne Gemeinde und die Gemeinde selber hat ja nun wiederum auch ein eigenes Instrumentarium, etwas zu tun und die beiden passen noch nicht aufeinander. Mir wäre auch eine Rückkopplung in die Kommunen hinein noch mal sehr hilfreich, aber es sprengt den Rahmen, weil man dann noch mit den Kommunen im Einzelnen arbeitet, da ist jedes Problem ein anderes, das ist schwer, also da müssen die Kommunen auch selber mit ran und können uns sicher als Akteure ansprechen für den gesundheitlichen Part, aber wenn sie sich um Älter werden in ihrer Kommune Gedanken machen, dann müssen sie sich auch Gedanken machen, dass sie auch in ihren eigenen Bereichen prüfen, was geht und was nicht geht und dann aber auch durchaus gerne beraten lassen, aber sie müssen ihre eigene Zuständigkeit kennen.“ (KR5, 163)*

Planungen und Vorhaben der kGK wurden in den KR – im Gegensatz zu den kfS - somit auf der Metaebene des Kreises getroffen und dann unter Berücksichtigung der Strukturen vor Ort in den kSG realisiert. Diesbezüglich wurde betont, dass es von Bedeutung sei, die unterschiedlichen Voraussetzungen der kSG, die sich nicht zuletzt aufgrund ihrer Eigenständigkeit ergeben, zu kennen und zu nutzen und Kollegen aus den kSG gut einzubinden, wie die folgenden Ausführungen illustrieren:

*„Also die Besonderheit ist ja tatsächlich, dass häufig schon in den kreisangehörigen Städten Strukturen sind, die natürlich ganz unterschiedlich ausgeprägt sind. Das ergibt sich einfach aus der Gemeindeordnung. Die sind relativ selbstständig, die kreisangehörigen Städte, insofern finden wir auch ganz unterschiedliche Voraussetzungen vor und die muss man einfach erst mal nutzen und eigentlich im Vorfeld erst einmal kennen lernen. Und das wissen die Kolleginnen und Kollegen der kreisangehörigen Städte besser. Insofern versuchen wir, die ganz eng mit einzubinden (...).“ (KR7, 25)*

Die Erfahrungen aus einem weiteren KR unterstrichen hingegen eine Diskrepanz zwischen Anspruch und voraussichtlichen Realisierungsmöglichkeiten. Obwohl die kreisweite Umsetzung eines Projektes zwar grundsätzlich geplant sei, betrachtete man hier die Übertragbarkeit des Projektes auf andere kSG durchaus kritisch. Neben dem ungewissen Engagement lokaler Akteure (z.B. Fachärzte) in den anderen kSG, sei auch die Finanzierung von Materialien und mobiler Projektinfrastruktur (noch) ungewiss. Die Verbreitung der Projekterfahrungen sei ein Anliegen der kGK und es bestehe auch großer Handlungsbedarf; die Realisierungsmöglichkeiten hängen aber letztlich von personellen und finanziellen Rahmenbedingungen in den anderen kSG ab.

*„(...) Wir möchten das Projekt [Zahngesundheit in Altenheimen, Anm. d. V.] nach drei Jahren auf den restlichen Kreis ausdehnen, da wird dann jetzt auch demnächst die Planung für beginnen müssen. Ob das gelingt und wie das gelingen kann, das muss man sehr kritisch sehen und das sehe ich auch sehr kritisch, denn ich weiß nicht, ob es gelingen wird, in allen anderen Städten und Gemeinden des Kreises eine so engagierte Gruppe von Zahnärzten zusammen zu bekommen und zusätzlich jeweils eine solche mobile Behandlungseinheit bereit zu stellen, denn die braucht man schon. (...), also das sind so verschiedene Faktoren, die eine Übertragbarkeit dieses Projektes möglicherweise schwierig machen. Aber es ist schon das Anliegen, das das flächendeckend eingesetzt wird. Vielleicht wird es auch nur nach und nach gelingen, dass man wieder eine andere Stadt findet mit Akteuren, dann die nächste, aber der Handlungsbedarf ist da wirklich riesengroß, möglicherweise, das steht natürlich in den Sternen, werden sich das noch mal andere Akteure auf ihre Fahnen schreiben und dann kann das auch noch ein bisschen mehr Schlagkraft entwickeln.“ (KR2, 84-85)*

Auch ein anderer KR berichtete, dass man eine kreisweite Einführung eines Bewegungsprogramms zu Beginn angestrebt habe, letztendlich aber nur Maßnahmen in einzelnen kSG realisiert werden konnten. Als hinderlich für eine kreisweite Umsetzung erwiesen sich zudem oftmals langwierige Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse mit den kSG, die sich, im Vergleich zu den Aushandlungen in den kfS, in den KR schwieriger und langwieriger darstellen.

*„(...) Insofern versuchen wir, die [die kSG, Anm. d. V.] ganz eng mit einzubinden, aber das führt natürlich auch dazu, dass Prozesse deutlich länger dauern. In den kreisfreien Städten hat man praktisch alles unter einem Dach, wenn da der Oberbürgermeister sagt, ihr arbeitet jetzt zusammen, dann ist das so. In den Kreisen ist das manchmal etwas schwieriger, was die Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse anbetrifft.“ (KR7, 25)*

Als schleppend konnte sich auch die Anbindung des Gesamtprojektes der kGK auf der politischen Ebene in den kSG erweisen. In einem KR habe man deshalb entschieden, dass man die kommunalen Ausschüsse der kSG persönlich aufsuche, um die Beteiligung der kSG anzuregen. Weitere Hindernisse für eine kreisweiten Umsetzung bestanden darin, dass die Konzept- und Angebotsentwicklung in den Rahmen der jeweils eigenen kommunalen Zuständigkeit der kSG falle und dass die kGK als übergeordnetes Gremien an diesen lokalen Prozessen i.d.R. nicht beteiligt werde. In der Folge sehe sich die kGK in den KR mit mehreren kSG konfrontiert, für die jeweils eigene Konzepte und unterschiedliche Ansprechpartner bestehen können, und die dann in unterschiedlichem Ausmaß mit den Planungen der kGK in Einklang gebracht werden können. Außerdem sei zu berücksichtigen, dass die Reichweite der Impulse seitens der kGK und des Gesundheitsamtes gegenwärtig begrenzt sei und diese nur punktuell wirken können. Für ein flächendeckendes Gesundheitsförderungsprogramm fehle es gegenwärtig an Refinanzierungsmöglichkeiten, ebenso fehlen Ressourcen für die Umsetzung des Settingansatzes.

*„Und damit können es eigentlich nur kleine Ansätze sein, aber in die Fläche gehen mit Gesundheitsförderprogrammen können sie nicht. Settingansatz geht gar nicht, weil den finanzieren die Krankenkassen sowieso nicht, da haben sie ihre eigenen Programme für und freie Kursangebote kosten mehr Geld und sind schwieriger zu organisieren und werden u.U. nicht refinanziert.“ (KR5, 42)*

### **8.3.7 Finanzierung von Maßnahmen**

Betrachtet man zunächst die finanziellen Rahmenbedingungen der kGKn im Allgemeinen fällt auf, dass diese z.T. über ein eigenes Budget („Verwaltungsbudget“ der kGK) verfügten, das aber vorwiegend für organisatorisch-administrative Aufgaben der kGK zur Verfügung gestellt wurde und i.d.R. nicht für die inhaltliche Arbeit eingesetzt wurde. Neben der Erschaffung eigener Mittel (z.B. über Preisgelder aus Wettbewerben) kam deshalb in einigen KR und kfS der Beantragung von Drittmitteln bei unterschiedlichen Fördergebern Bedeutung zu. Eine finanzielle Unterstützung der Arbeit der kGK durch die Kreis- bzw. Stadtverwaltung bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erfolgte – in Abhängigkeit von der Haushaltslage der Kommunen – in KR und kfS durch Beantragung amts- bzw. verwaltungsinterner Mittel (z.B. Beantragung von Mitteln des Gesundheitsamtes) oder durch die Bereitstellung von Mitteln infolge kommunaler Beschlüsse des Kreistags/Stadtrats. Neben finanziellen Mitteln der Kommunen (z.B. Übernahme der Ausbildungskosten „Übungsleiter“ für amtsinterne Mitarbeiter, finanzielle Beteiligung an der Organisation von Veranstaltungen z.B. Referentenhonorare, ggf. Fahrtkosten) wurden auch personelle Ressourcen eingebracht (z.B. Freistellung von amtsinternen Mitarbeitern für Gesundheitsförderung).

*“Was wir als Amt positiv gestaltet haben, es gibt normalerweise kein eigenes Personal für den Bereich Prävention/Gesundheitsförderung, das wurde oft über Projekte abgedeckt. Wir haben Personal konkret für diese Aufgabe [Durchführung von Bewegungsförderung/Sturzprävention, Anm. d. V.] aus anderen Bereichen freigestellt und die gehen in Einrichtungen und die gehen auch z.B. mal in ein Behindertenheim, oder auch mal in ein Altenheim und machen da so einen Kurs, aber immer nur als Input, um denen zu zeigen, wie wichtig das ist und vielleicht dann auch in den Einrichtungen Multiplikatoren zu finden, die das weiter machen. (...) das ist natürlich Luxus pur. Aber das ist unsere einzige Möglichkeit, ohne jedes Mal wieder Ressourcen gewinnen zu müssen, auch schnell etwas umsetzen zu können und so kam das ja mit dem Programm für Ältere auch zustande, die Kollegin hatte das kennen gelernt, konnte sich ausbilden lassen, gut das Geld war da, aber dann hat sie auch selbst den Kurs erst mal aufgebaut, das war natürlich sehr gut.“ (KR5, 99)*

Auch in kfS wurden seitens des Gesundheitsamtes auf Anfrage geldwerte Leistungen (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Bereitstellung von Räumlichkeiten) oder im Einzelfall auch eine finanzielle Unterstützung bereitgestellt (z.B. Bereitstellung von Fördermitteln durch den Stadtrat, Beteiligung an Mischfinanzierungen zwischen Gesundheitsamt und Mitgliedern der kGK).

Außerdem signalisierten Kommunalverwaltungen in KR und kfS bei der Beantragung von Fördermitteln die Bereitschaft zur Kofinanzierung von Maßnahmen. Aus einem KR wurde z.B. darauf hingewiesen, dass die Kreisverwaltung – die erfolgreiche Akquise von Landes-/Bundesfördermitteln vorausgesetzt – grundsätzlich die Bereitschaft zur Kofinanzierung zugesagt habe (z.B. Übernahme von Eigenanteilen im Rahmen von Fördermaßnahmen); die Fördermittel wurden bislang jedoch nicht bewilligt. Aus Sicht anderer KR wurde die Aufwendung von Eigenanteilen durch die Kommune hingegen kritisch beurteilt; häufig beinhaltet die Förderstruktur eine anteilige Finanzierung durch den Projektnehmer; entsprechende Eigenanteile können von kommunaler Seite nur durch den Einsatz von Sach- und Personalmitteln erbracht werden. Der Einsatz von Eigenkapital sei - nicht zuletzt aufgrund der vorab festgelegten kommunalen Haushalte und entsprechend eingestellter Mittel - i.d.R. nicht oder nur mit entsprechender zeitlicher Verzögerung durch die Beantragung entsprechender Mittel im kommenden Haushaltsjahr möglich.

In den kfS wurde auch berichtet, dass politische Fraktionen die Arbeit der kGK durchaus unterstützen, wenn möglich erfolge dies auch finanziell. Umfang und Dauerhaftigkeit politisch gewollter finanzieller Unterstützung variierten jedoch und konnten, wie in einem Fall, durchaus auch weit reichender sein, setzen jedoch ein hohes Maß an politischer Bereitschaft voraus (u.a. Ratsbeschluss), wie diese Ausführungen verdeutlichen:

*„(...) Auch Politik, das ist wirklich eine sehr hohe Bereitschaft, ich habe das auch noch nie erlebt, also bis hin zu finanziellen Auswirkungen, wie gesagt, ich habe im Winter hier angefangen mit dem Aufgabengebiet und ich hatte innerhalb von einem Jahr (...) einen eigenen Haushaltstitel (...), was nicht viel ist, aber wenn man die finanzielle Situation sieht und dann eine neue Stelle, eine neue Aufgabe in der kurzen Zeit, städtische Gelder für ein Aufgabengebiet und nur für dieses Aufgabengebiet zur Verfügung gestellt zu bekommen vom Rat der Stadt, dann ist das unheimlich schnell gegangen.“ (kfS9, 58)*

*„Aber es ist im Rat beschlossen worden, dass meine Stelle mit dem Geld auch hier angesiedelt wird, das heißt, ich habe hier auch eine Planstelle, (...), wenn ich weggehe oder mich verändere oder aufhöre, dann ist damit dann nicht die Stelle weg, sondern die Stelle kann dann auch wieder neu besetzt werden, das ist ganz wichtig. Also insofern ist auch nach außen hin eine sehr hohe Bereitschaft da, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen.“ (kfS9, 60)*

Die Bereitschaft der Kommune, aber auch externer Fördergeber zur finanziellen Unterstützung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde an anderer Stelle durchaus kritisch betrachtet; aus Sicht von einer kfS sei dabei insbesondere zu bemängeln, dass aufgrund einer zunehmend prekären Haushaltslage eine kommunale finanzielle Unterstützung des Themas zunehmend undenkbar sei. Darüber hinaus sei weiterhin festzustellen, dass vorhandene Ressourcen vorzugsweise für jüngere Zielgruppen aufgewendet werden.

*„(...) das Ganze [die Bearbeitung des Themas Alter und Gesundheit, Anm. d. V.] wird Geld kosten, (...). Ich habe damals eigentlich gesagt, also ich mache das nicht im Rahmen der Gesundheitsförderung der Stadt, weil die finanzielle Situation immer als schwierig vorgegeben wird (...). Man findet auch oft für die-*

*ses Thema Alter und Gesundheit kaum Bündnispartner. Meiner Meinung nach ist das immer noch so ein Thema, das zwar (...) schon noch aktuell ist, aber oft hinter anderen Themen doch zurück steckt. Kindergesundheit ist z.B. auch ein hohes Thema, da fließt auch ganz viel Geld, also erstaunlich, wer sich da auch alles bemüht und sich damit identifiziert, (...), Alter und Gesundheit, na ja, das war ein bisschen schwierig.“ (kfS8, 19)*

Die Finanzierung von Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erfolgte in KR und kfS somit überwiegend durch Eigenmittel der daran beteiligten lokalen Akteure („Sponsoring“ des Einzelnen) und entsprach damit dem Grundsatz der kGK, die Umsetzung „in Selbstverpflichtung der Beteiligten“ zu realisieren. Des Weiteren wurde über Formen der Mischfinanzierung durch verwaltungsinterne und -externe Fördermittel (z.B. unterschiedliche Fördergeber: Krankenkassen, Sponsoren, Refinanzierung durch Teilnahmegebühren) berichtet, wobei finanzielle Mittel der Kommune nur eingeschränkt oder überhaupt nicht zur Verfügung standen (Tab. 52).

**Tabelle 52: Umsetzungsstrategien/Finanzierung Maßnahmen**

	KR	kfS
	„in Selbstverpflichtung der Beteiligten“	
Eigenmittel - Sponsoring des Einzelnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigenmittel der Projektnehmer (z.B. Anbieter von Sturzprävention)</li> <li>- Eigenleistung der Teilnehmer von Qualifizierungsmaßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- einzelfallbezogene Klärung beteiligter Akteure (Wer macht was?) und der Finanzierung</li> <li>- Rückgriff auf (finanziell potente) Mitglieder in der kGK</li> </ul>
Krankenkassen	Punktuell Finanzierung von Einzelveranstaltungen, Refinanzierung von Kursangeboten, Qualifizierungsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistung der GKV z.B. Zahngesundheit</li> <li>- keine Förderung durch Krankenkassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lokale Vereinbarung mit den ortsansässigen Krankenkassen</li> </ul>
Sponsoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewinnung ortsansässiger Sponsoren z.B. für Materialien und Infrastruktur</li> <li>- Sponsoring nur in begrenztem Rahmen</li> <li>- Suche nach/Offenheit für Sponsoren</li> </ul>	/
Teilnehmergebühren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- grundsätzlich keine Teilnehmergebühren</li> <li>- keine Teilnehmergebühren zu Beginn der Maßnahme („Anschubfinanzierung“)</li> <li>- grundsätzlich Teilnehmergebühren</li> </ul>	/
	Fördermittel beantragt	
Drittmittel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refinanzierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote über die Pflegeversicherung</li> <li>- Landesfördermittel (stationäre Sturzprävention)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ortsansässige Stiftungen</li> </ul>
Unterstützung durch kommunale Mittel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung von Übungsleitern, Räumlichkeiten und Übungsmaterial durch das Gesundheitsamt („Anschubfinanzierung“)</li> <li>- Eigenmittel der kGK</li> </ul>	/
keine/geringe finanzielle Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine kommunalen Mittel (GA, kGK, KR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kommunale Mittel (GA, kGK, kfS) stehen begrenzt zur Verfügung (z.B. Einsatz „geldwerter Leistungen“)</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Letztgenanntes bezog dabei auch "Eigenmittel" der kGK ein, wenn beispielsweise bei der Suche nach Referenten auf Mitglieder der kGK zurückgegriffen wurde, die dies ohne oder für eine geringe Aufwandsentschädigung übernahmen.

Vorteile des Einsatzes eigener Mittel wurden zum einen in der Unabhängigkeit von externen Fördergebern gesehen. In einem KR wurde dabei nahezu vollständig auf eine systematische Förderung<sup>92</sup> über Bundes-, Landes- oder sonstige Fördermittel verzichtet, um eine Unabhängigkeit in der Arbeit sicherzustellen.

*„Wir haben also jetzt für dieses Projekt „Älter werden“ keine Sponsoren. (...). Haben wir aber nicht gemacht, weil wie gesagt, das stemmen wir aus eigenen Mitteln und dann sind sie ja wieder von denen abhängig und ich wollte eigentlich eine Unabhängigkeit haben, weil wissen Sie, jeder bringt so viel Geld ein letztendlich, wenn er das in seinem Bereich verwirklicht, was im Grunde genommen ja das Sponsoring des Einzelnen ist. (...) aber das [Landesfördermittel, Anm. d. V.] sind ja auch begrenzte Mittel und wissen Sie, wenn dann die Mittel ausbleiben, dann kommen sie nämlich mit ihrer Arbeit nicht weiter (...).“ (KR1, 70)*

Der vorrangige Einsatz von Eigenmitteln der beteiligten Akteure wurde aus Sicht des Gesundheitsamtes in kfS zudem als wesentliche Voraussetzung für eine langfristige Umsetzung von Maßnahmen auch der Gesundheitsförderung für ältere Menschen benannt. Von Vorteil sei es, wenn beteiligte Akteure (z.B. Sportvereine, Selbsthilfegruppen) die praktische Umsetzung und Finanzierung unter Rückgriff auf die jeweils eigene bereits bestehende Infrastruktur (z.B. Übungsleiter, ehrenamtlich Tätige im Bereich der Selbsthilfe) übernehmen können. Auf diese Weise könne man Maßnahmen auch langfristig realisieren, *„weil die für uns [das Gesundheitsamt, Anm. d. V.] nicht unmittelbar Kosten verursachen.“ (kfS4, 46)*. Auch bei gesundheitsbezogenen Veranstaltungen im Stadtteil könne und müsse man darauf zurückgreifen, dass lokale Anbieter Aufwendungen (z.B. für ihre öffentliche Darstellung) selbst übernehmen. Dabei sei, so ein KR, hervorzuheben, dass die Bereitstellung von Eigenmitteln von lokalen Akteuren nicht ausschließlich negativ betrachtet werde, weil mit dem Einsatz eigener Ressourcen (z.B. Bereitstellung von Räumlichkeiten und Verpflegung für Veranstaltung) auch Werbemöglichkeiten verbunden sein können.

Einige KR und kfS berichteten zudem über eingeschränkte finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten der Kommunen; während Sachkosten i.d.R. übernommen werden können, fehle es insbesondere an finanziellen Ressourcen für die inhaltliche Arbeit. Beispielsweise berichtete ein KR, dass die kGK zwar ein Verwaltungsbudget besitze, das z.B. für Werbekosten, nicht aber für die inhaltliche Arbeit eingesetzt werden könne; Letztgenanntes werde u.a. über Teilnahmegebühren refinanziert. Auch aus einer kfS wurde berichtet, dass kommunale Mittel auf den Einsatz „geldwerter Leistungen“ (z.B. Räumlichkeiten, Werbung/Öffentlichkeitsarbeit) begrenzt waren.

Im Gegensatz dazu berichtete ein anderer KR, dass für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in begrenztem Rahmen kommunale Mittel aufgewendet wurden. Hier erfolgte im Rahmen der Kooperation mit einem lokalen Bildungsträger für den ersten Bewe-

---

<sup>92</sup> Diese Vorgehensweise schloss eine punktuelle finanzielle Unterstützung von größeren Veranstaltungen z.B. durch Sponsoren im Einzelfall nicht aus.

gungskurs eine „Anschubunterstützung“ durch das Gesundheitsamt, die die Bereitstellung von Übungsleitern, Räumlichkeiten und die Erstausrüstung mit Trainingsmaterial umfasste. Punktuell sei es zudem auch möglich, so die Erfahrung aus einer kfS, dass Aufwendungen aus dem Haushalt des Gesundheitsamtes bestritten werden, wie z.B. die Übernahme der laufenden Kosten für Räumlichkeiten, Verpflegung usw. Dabei handele es sich jedoch um eine einmalige Unterstützung, die beispielsweise im Rahmen eines Stadtteilprojektes als „Initial“ gesetzt wurde.

Auch wenn in den kGKn durchaus unterschiedliche Einstellungen zur Förderung durch Drittmittel geäußert wurden, und diese Finanzierungsform vielfach kritisiert wurde, zeigte sich, dass Drittmittel z.T. eine nicht unerhebliche Grundlage für die Finanzierung von Maßnahmen darstellten. Kontakte bestanden dabei zu verschiedenen Fördergebern (Bundesmittel z.B. städtebauliche Förderprogramme; Landesfördermittel z.B. stationäre Sturzprävention). Ungeachtet aller Kritik (z.B. Abhängigkeit der Umsetzung von Fördermitteln, zeitintensive Beantragungsverfahren, organisatorische oder inhaltliche Vorgaben) sei es von Vorteil, so die Erfahrung aus einer kfS, dass über Drittmittel – zumindest für einen vorgegebenen Zeitraum – der Handlungsspielraum der kGK erweitert werden könne. Die zeitlich begrenzte Unterstützung werde auch seitens der Mitglieder der AG der kGK sehr geschätzt, weil man darüber zusätzliche Handlungssicherheit erhalte. Ein Teil der Befragten berichtete zudem darüber, dass für das Thema „kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zwar an verschiedenen Stellen eine Bewerbung um Fördermittel (u.a. Bundes-/Landesmittel) erfolgt sei, bislang aber keine Zuschläge erteilt wurden.

Auch die ortsansässigen Krankenkassen spielten bei der Finanzierung von Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ eine nicht unerhebliche Rolle. So waren neben der Abrechnung von Regelleistungen (z.B. Leistungen der GKV zur Zahngesundheit wie die Durchführung regelmäßiger Kontrollen für Bewohner in Pflegeheimen) und der Finanzierung von Gesundheitsförderung im Rahmen der Kursangebote über die Krankenkassen auch punktuelle Finanzierungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit einzelnen Veranstaltungen gegeben, wobei Letztgenanntes vor Ort im Einzelfall verhandelt wurde. Kritisch wurde hingegen bewertet, dass eine regelhafte Finanzierung von Projekten und längerfristigen Maßnahmen der „Gesundheitsförderung auch für ältere Menschen“ gemäß den Richtlinien der Krankenkassen nicht möglich sei bzw. nur in Form von Einzelfalllösungen realisiert werden könne. So wurden in einem KR begrenzte bzw. fehlende Refinanzierungsmöglichkeiten für kontinuierliche und langfristige Angebote der Sturzprävention durch die Krankenkassen kritisiert. Obwohl man innerhalb der kGK mit den Krankenkassen in Verhandlung treten könne, sei es diesbezüglich nicht möglich, Veränderung herbeizuführen. Hier erfolgte ein Verweis auf die Beantragung von Einzelfallentscheidungen, die in der Praxis aufgrund des damit verbundenen administrativen Aufwands nicht realisierbar sind, wie die folgenden Ausführungen illustrieren:

*„(...) damit sind diese Kurse [zur Bewegungsförderung für ältere Menschen Anm. d. V.] letztendlich nicht förderwürdig durch die Kriterien der Krankenkassen, was eigentlich widersinnig ist, weil es ja nicht die „Muckibude“ der Alten ist, sondern letztendlich Lebensqualität und auch eine Pflegestufe vielleicht verhindert, das ist sicher ein Problem. (...). (...) aber da merkt man im Prinzip, in welchem Konsens und Kontinuum wir uns bewegen und wir haben die Krankenkassen am Tisch und wir schaffen es nicht innerhalb der Gesundheitskonferenz, diese Kriterien auszuhebeln, obwohl wir gute Argumente haben. Wir werden*

*immer auf Einzelfallentscheidungen verwiesen. Diese herbeizuführen kostet aber so viel Verwaltungsaufwand, dass es sich dann auf einer anderen Stelle nicht rechnet. Da werden uns echt Steine in den Weg geworfen oder Knüppel zwischen die Beine, was uns natürlich massiv einschränkt, ganz klar. (...).“ (KR5, 39; 41-42)*

Der Rückgriff auf Sponsoren war in den untersuchten Kommunen unterschiedlich etabliert und wurde z.T. auch kritisch bewertet. So berichtete ein KR, dass ortsansässige Sponsoren z.B. für die Finanzierung von Materialien und Infrastruktur (z.B. Trainingsmaterial, mobile Zahnbehandlungseinheit) erfolgreich gewonnen werden konnten. Neben den Mitteln der Sponsoren wurden für Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auch Eigenmittel der Projektnehmer (z.B. Altenheime, Altentagesstätte) und Leistungen der GKV einbezogen. Erfahrungsberichte aus einem weiteren KR hingegen verdeutlichten, dass die angestrebte Zusammenarbeit mit Sponsoren nur in begrenztem Rahmen erfolgreich war. Dabei sei der damit verbundene Aufwand sehr hoch und übersteige z.T. die zu erwartenden Einnahmen. Außerdem habe die kGK keinen Zugriff auf lokale Fördergeber; der Bereich Gesundheit sei bislang noch nicht berücksichtigt worden.

Die Möglichkeit Refinanzierung von Kurs- und Ausbildungsangeboten über Teilnehmergebühren wurde unterschiedlich gehandhabt; so wurde aus einer kfS z.B. berichtet, dass Kurse zur Sturzprophylaxe für die Teilnehmer kostenlos waren. Für die KR zeigten sich unterschiedliche Vorgehensweisen. Teilweise wurden für die Kursangebote keine Teilnehmergebühren erhoben, teilweise waren im Sinne einer Anschubfinanzierung nur die ersten Kurse gebührenfrei. In einem KR war es hingegen üblich, dass Kursangebote über Teilnehmerentgelte finanziert wurden, da i.d.R. keine zusätzlichen (kommunalen) Mittel eingebracht werden konnten.

In den KR, die auf eine Qualifizierungsmaßnahme im Bereich Bewegungsförderung/Sturzprävention zurückgegriffen haben oder diese selbst umgesetzt haben, wurden die Ausbildungskosten generell auf die Teilnehmer umgelegt. In einem KR habe man bei einem Ausbildungsangebot, das über das Gesundheitsamt organisiert wurde, allerdings darauf geachtet, dass die Ausbildung vor Ort erfolgte und für die Interessierten nur die reinen Ausbildungskosten anfielen. Hier war man der Ansicht, dass hohe Ausbildungskosten sowie hohe Kosten für das Trainingsmaterial ein Hindernis für eine stärkere Verbreitung entsprechend qualifizierter Angebote darstellen.

### **8.3.8 Evaluation und Nachhaltigkeit**

Sowohl in den KR als auch in den kfS überwogen für die Bewertung der Maßnahmen der kGK zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ Formen der Selbstevaluation; in einigen KR und kfS erfolgte hingegen keine Evaluation. In zwei Kommunen war eine Evaluation zum Befragungszeitpunkt geplant, dabei war in einem KR eine Selbstevaluation, in einer kfS eine externe Evaluation vorgesehen. In einem andern KR wurde von der Durchführung einer externen Evaluation berichtet (Tab. 53). Formen der Selbstevaluation umfassten unterschiedliche Aspekte. Dazu wurde u.a. eine regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung gezählt wie z.B. eine Arbeitsbewertung im Sinne des Public-Health-Action-Cycle; eine dar-



über hinaus gehende Outcome-Evaluation sei hingegen nicht realistisch und nicht finanzierbar.

*„Nicht in einem klassischen Modell, also auf gar keinen Fall eine Outcome-Evaluation (...), also eine hohe empirische Arbeitsleistung überhaupt nicht, das ist nicht realistisch. (...), das wäre überhaupt nicht bezahlbar. Es gibt eine [Evaluation, Anm. d. V.] insofern, wie ich das für dieses Modellprojekt beschrieben habe, dass man sich schon anguckt, was haben wir gemacht, was hat das genutzt oder auch nicht genutzt und darauf zieht man dann die Schlüsse, also klassisch dieser Public-Health-Cycle, (...), das ist eher eine Stehgreifevaluation. (...).“ (KR8, 70)*

**Tabelle 53: Evaluation**

	KR	kfS
Selbstevaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Begleitung der Umsetzung durch die AG der kGK (regelmäßige Berichterstattung)</li> <li>– regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung (Maßnahmenkatalog)</li> <li>– Maßnahmenevaluation durch Projektakteure</li> <li>– Abschlussbesprechung mit den Beteiligten</li> <li>– Arbeitsbewertung im Sinne des Public-Health-Action-Cycle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bewertung der Umsetzung in der kGK</li> <li>– Überprüfung der Umsetzung durch die Geschäftsstelle der kGK</li> <li>– Berichterstattung an die kGK: Dokumentation der Umsetzung (z.B. Anzahl der Teilnehmer, Alter, Geschlecht, Inanspruchnahme eines Angebotes)</li> <li>– schriftliche Teilnehmerbefragung (Programmbewertung)</li> </ul>
keine Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluation nicht erforderlich (evidenzbasiertes Programm)</li> <li>– Evaluation nicht vorgesehen</li> <li>– Maßnahme war einer Evaluation nicht zugänglich</li> <li>– i.d.R. keine Evaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– keine Evaluation aufgrund fehlender Mittel oder fehlender fachlicher Ressourcen</li> </ul>
externe Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– projekteigene Evaluation (Dissertationsvorhaben)</li> </ul>	/
Evaluation geplant	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geplant: Selbstevaluation: regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung durch die kGK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geplant: externe Evaluation im Rahmen eines Kooperationsprojektes mit einer ortsansässigen Hochschule</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Aus einer kfS wurde berichtet, dass durch die Geschäftsstelle der kGK eine “Anfrage“ zum Stand der Umsetzung der Handlungsempfehlungen an die Mitglieder der kGK gerichtet werde. Weitere Maßnahmen im Rahmen der Selbstevaluation umfassten in den anderen kGKn die Dokumentation von Angeboten und Maßnahmen (z.B. Erhebung von Teilnehmerzahlen), Teilnehmerbefragungen, Abschlussbesprechungen mit beteiligten Akteuren, Zwischen- und Abschlussberichte an die kGK oder die Bewertung der Umsetzung in der kGK (Resümee). Eine umfassende Evaluation erfolgte jedoch i.d.R. aufgrund fehlender Mittel nicht, wie diese Ausführungen zeigen:

*„Das [Kurse zur Sturzprophylaxe, Anm. d. V.] müsste man jetzt, wenn man könnte, alles vernünftig auch evaluieren. Das findet in dem Maße nicht statt, sondern unsere Evaluation ist eigentlich nur, (...), auf einem ganz einfachen Niveau, indem wir festhalten, wie viel Teilnehmerinnen und Teilnehmer wir hatten*

*und per Fragebogen eine ganz allgemeine Aussage darüber, wie sie das selber empfunden, erlebt haben, also eher eine Programmevaluation, (...). Die sagt nichts darüber aus, ob wir überhaupt auch dieses Ziel erreichen, weil dann müsste man ja die teilnehmenden älteren Menschen ja vorher untersuchen, auf ihren jeweiligen körperlichen Zustand hin und schauen, ob sich nach einer gewissen Zeit des Trainings etwas verbessert hat. Das können wir nicht, da haben wir überhaupt keine Möglichkeit, gar keine Chance, so etwas zu machen, also lassen wir das auch. (...). Und ein paar Aussagen bekommen wir natürlich, schon allein dadurch, dass wir nach den Geschlechtern trennen und feststellen müssen, das fast zu 90 Prozent nur Frauen an solchen Dingen [Kurse zur Sturzprophylaxe, Anm. d. V.] teilnehmen.“ (kfS4, 42-43)*

In einem KR wurde im Rahmen eines Projektes zur Zahngesundheit für Senioren eine externe Evaluation durchgeführt; dabei handelte es sich um ein Dissertationsvorhaben, das an das Projekt angebunden war. In einer weiteren kfS war zum Befragungszeitpunkt eine externe Evaluation im Rahmen eines geplanten Kooperationsprojekts mit einer ortsansässigen Hochschule vorgesehen.

Als Begründungen für eine fehlende Evaluation wurden neben fehlenden finanziellen und fachlichen Ressourcen in der kGK angeführt, dass eine Evaluation für die jeweils gewählten Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ aus unterschiedlichen Gründen häufig nicht geplant war. So wurde in einem KR beispielsweise bei einer Maßnahme zur Sturzprophylaxe ausdrücklich von einer Evaluation abgesehen, weil es sich um eine evidenzbasierte Maßnahme, also um ein erprobtes und bewährtes Verfahren, handelte.

Von den Befragten wurden verschiedene Möglichkeiten zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit von Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ benannt (vgl. Tab. 54).

**Tabelle 54: Nachhaltigkeit**

	KR	kfS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Themen vor Ort einbringen und verorten</li> <li>– langfristige Strukturen in der AG planen</li> </ul>	
Institutionelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Geschäftsstelle der kGK ist Motivator</li> <li>– Entwicklung eines Finanzierungskonzepts durch Teilnehmer</li> <li>– Fortführung in reduziertem Rahmen</li> <li>– Akteure für eigenständige Umsetzung gewinnen</li> <li>– keine personelle Kapazität, um die in der kGK abgeschlossenen Themen weiter zu verfolgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontrolle oder Evaluation</li> <li>– Mittelakquise im Vorfeld neuer Projekte</li> <li>– „Tauchsiederfunktion“ der kGK: thematisieren und Impulse setzen im Kontext der kGK - Erprobung und Verstetigung in der Praxis</li> <li>– Akteure für eigenständige Umsetzung gewinnen</li> </ul>
Individuelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nachfrage entscheidet über Fortsetzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– keine Kontrolle</li> </ul>
k. A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zum Befragungszeitpunkt waren noch keine Aussagen diesbezüglich möglich</li> </ul>	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Neben der „Institutionalisierung“ von Maßnahmen in den lokalen Bezügen („gesundheitsfördernde Themen für Ältere in den Strukturen vor Ort einbringen und verankern“) und der Planung langfristig tragfähiger Strukturen in den Arbeitsgruppen, wurde der Geschäftsstelle der kGK eine bedeutende Rolle als „Motivator“ zugeschrieben.

Aufgabe der Geschäftsstelle sei es, die lokalen Akteure immer wieder daran zu erinnern, entsprechende Angebote für ältere Menschen zu platzieren. Nachhaltigkeit im Sinne langfristiger Strukturen wurde hier außerdem bereits innerhalb der Arbeitsgruppen der kGK geplant. Eine Möglichkeit diese Erinnerungsfunktion zu institutionalisieren bestehe darin, ein Netzwerk der beteiligten Akteure einzurichten oder dieses Thema in die regelmäßige Berichterstattung in der kGK zu integrieren. Um die Nachhaltigkeit auf institutioneller Ebene sicherzustellen, wurde eine eigenständige Umsetzung durch lokale Akteure entweder direkt oder im Anschluss an eine Projektphase angeregt. Nahm die kGK bzw. die AG der kGK z.B. vorrangig eine Informations- und Impulsfunktion war, ging es darum, lokale Akteure direkt für die eigenständige Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zu gewinnen. Diese Vorgehensweise sei im Vergleich zu den weit verbreiteten „Projekten“ nachhaltiger, weil diese nach Abschluss der Projektphase eher Gefahr laufen, nicht mehr fortgeführt zu werden.

*„(...) und diese Nachhaltigkeit, das ist eben wichtig und das Problem. Nicht nur, wie wir es gerne nennen, Projektitis, das ist weit verbreitet, bevor ich etwas Nachhaltiges mache. Deswegen haben wir das Programm [zur Bewegungsförderung für ältere Menschen, Anm. d. V.] auch nicht als Projekt gemacht, sondern wir haben dafür gesorgt, dass die Akteure es kennen lernen und es vielleicht selber haben wollen und dann daraus etwas machen, was wir viel nachhaltiger empfinden als wenn wir jetzt für zwei Jahre lang das Programm machen und dann ist kein Geld mehr da, alles wird eingestampft und keine Übungsleiter mehr, alles weg. Und deswegen sind solche Aktionen finde ich nachhaltiger, (...), weil wir damit eher bei den Interessenten auflaufen und die vielleicht schon früh motivieren können, statt jetzt mit ein paar Ausgewählten etwas zu machen und wenn dann der Motor nicht mehr da ist, schläft es ein.“ (KR5, 165-166)*

Auch ein weiterer KR betonte, dass man Themen im Kontext der kGK i.d.R. nicht projekthaft bearbeite, sondern nachhaltig vor Ort implementieren wolle. Dies spiegele sich auch in der allgemeinen Arbeitsweise wieder: so werden beispielsweise zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit weniger Themen über einen längeren Zeitraum bearbeitet. Im Rahmen der geplanten stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung für ältere Menschen sei beabsichtigt, Nachhaltigkeit über einen festen Ansprechpartner für Senioren vor Ort sicherzustellen:

*„Das entspricht glaube ich auch ein Stück weit meiner Philosophie, (...), wir haben das eigentlich eher so, dass wir nicht so viele Themen projekthaft bearbeiten, sondern wenn mit der entsprechenden Tiefe und mit dem Versuch, das nachhaltig zu implementieren. Also das ist unser Anspruch hier im Kreis. Deshalb werden sie bei uns keine 30 unterschiedlichen Themen finden, sondern 5-6 Themen, die wir wirklich auch versuchen, über Jahre zu bearbeiten, in die kreisangehörigen Städte zu bringen und dann vor Ort dann auch tatsächlich zu verorten, im wahrsten Sinne des Wortes.“ (KR7, 71)*

Andere Erfahrungen bezogen sich auf die Sicherstellung von Nachhaltigkeit im Anschluss an eine Projektphase, wobei die Nachhaltigkeit als fester Bestandteil der Projektplanung angesehen wurde. So bestand in einem KR beispielsweise eine Aufnahmebedingung für die Projektnehmer (in dem Fall Anbieter von Sturzprävention) darin, innerhalb des Projektzeitraums ein eigenes Finanzierungskonzept zu entwickeln, um die Maßnahme eigenständig weiterführen zu können (z.B. Fortsetzung der Beschäftigung der Übungsleiter, Ausbildung eigener Mitarbeiter). Eine Alternative bestehe darin, nach Abschluss des Projektzeitraums Maßnahmen „in reduziertem Rahmen“ fortzuführen. Von Vorteil erweise sich dabei, dass auch nach Projektende auf geschulte Mitarbeiter (z.B. Pflegekräfte in Pflegeheimen) zurückgegriffen werden könne. Außerdem sei eine Fortsetzung der Betreuung durch Fachärzte (z.B. Zahnärzte) zumindest finanziell sichergestellt, weil es sich um eine regelhafte Kassenleistung handelt. Zudem bestehe die Möglichkeit, die im Projektzeitraum erworbenen Infrastruktur (z.B. Übungsmaterial, mobile Behandlungseinheit für Zahnärzte) auch weiterhin zu nutzen.

Die nachhaltige Fortsetzung der Maßnahmen hänge auch von der Nachfrage durch Senioren und Senioreneinrichtungen ab, so die Einschätzung eines anderen KR. Bei fehlender Nachfrage bestehe keine Möglichkeit, diese Angebotsstrukturen über zusätzliche Ressourcen der kGK, des Gesundheitsamtes oder des KR (Finanzierungsmöglichkeiten, Bereitstellung von Infrastruktur) aufrechtzuerhalten.

Darüber hinaus wurden in kfS als Möglichkeiten zur Sicherstellung nachhaltiger Maßnahmen die Bereitstellung von Finanzierungsmöglichkeiten für Maßnahmen sowie eine Kontrolle oder Evaluation der Umsetzung benannt. Einzelne Einschätzungen der Geschäftsstellenleitungen verdeutlichten zudem den begrenzten Handlungsspielraum der kGK im Hinblick auf die Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Maßnahmen. Obwohl versucht werde, Nachhaltigkeit durch die Verankerung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in bestehenden Angeboten lokaler Träger zu erzielen, fehle es in der kGK u.a. an personellen Kapazitäten, um den weiteren Verlauf der Maßnahmen, die häufig eine einjährige Laufzeit haben, zu verfolgen. Auch die i.d.R. einjährigen Förderzeiträume im Kontext des Landespräventionskonzeptes ermöglichten keine nachhaltige und langfristige Unterstützung von Gesundheitsförderung „vor Ort“.

Mehrfach wurde betont, dass die kGK bzw. das Gesundheitsamt nicht als zusätzlicher Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Menschen agieren könne und dies auch i.d.R. nicht anstrebe. Ziel sei es, „Gesundheit in die Stadtteile [zu] bringen“. Durch das Gesundheitsamt sollen dabei über einen gewissen Zeitraum Impulse gesetzt werden, die dazu beitragen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen für ältere Menschen in bereits bestehenden Strukturen im Stadtteil aufgegriffen werden.

*„Und das ist auch das, was wir mit Informationsveranstaltungen oder mit Projekten wollen, das ist in anderen Bereichen sehr ähnlich, dass das Gesundheitsamt nicht der tausendste Anbieter für etwas ist, sondern es sollen über einen gewissen Zeitraum Impulse gesetzt werden, um auch eine Bewusstseinsveränderung zu erreichen oder auch Informationen zu geben, und dass es dann aber in die Stadtteile getragen wird und da weiter umgesetzt wird, aufgegriffen wird. Das ist im Grunde das Prinzip. Auf Dauer könnte man das hier [im Gesundheitsamt, Anm. d. V.] nicht machen.“ (kfS9, 71)*

Die Strategie potentielle Maßnahmen „in Institutionen vor Ort“ einzubringen, setze jedoch voraus, so die Erfahrung einer kfS, dass bereits im Vorfeld die Machbarkeit in den vorhandenen lokalen Bezügen überprüft und lokale Anbieter für die Umsetzung gewonnen werden. Im Gegensatz zu einmaligen Angeboten seitens des Gesundheitsamtes, könne man somit eher davon ausgehen, dass Maßnahmen bei entsprechender Resonanz der älteren Zielgruppe fortgeführt werden. In einer anderen kfS plante man hingegen, eine institutionelle Verankerung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Stadtteil zu realisieren, indem eine gesundheitsbezogene Institution und Anlaufstelle für ältere Menschen im Stadtteil eingerichtet werden sollte.

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit auf individueller Ebene wurde von einer kfS angemerkt, dass die Kommune keine Kontrolle dahingehend habe, ob die Maßnahmen (z.B. Bewegungsförderung) auch auf individueller Ebene nachhaltig sind. So bestehe Unsicherheit, ob z.B. Gelerntes von den älteren Teilnehmern individuell fortgesetzt werde.

### **8.3.9 Zusammenfassung Teile B und C**

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Befragung umfasste die Beschreibung der praktischen Umsetzungsmöglichkeiten der kGK zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“. Dabei zeigte sich, dass Schwerpunkte in KR und kfS insbesondere im Bereich der Bewegung/Bewegungsförderung und Gesundheitsinformation/-veranstaltung bestehen. In den einzelnen Kommunen wurden mindestens ein und bis zu fünf Themenbereiche adressiert. Im Bereich der Bewegungsförderung können ambulante Sturzprävention und/oder stationäre Sturzprävention, niedrigschwellige Bewegungsangebote und Sonstiges (z.B. ärztliche Bewegungsempfehlung; umfassender Ansatz) unterschieden werden. Bei der Umsetzung von Maßnahmen der Bewegungsförderung zeigte sich, dass in den Kreisen Angebote der ambulanten und stationären Sturzprävention überwogen, während in den kreisfreien Städten ein Schwerpunkt bei niedrigschwelligem Bewegungsangebot zu verzeichnen war. Neben sturzpräventiven Maßnahmen wurden in KR und kfS niedrigschwellige Bewegungsangebote als weitere Möglichkeiten der Bewegungsförderung beschrieben. Darunter fielen „Spazier-, Lauf oder Wanderangebote“, „Bewegungsgeräte im öffentlichen Raum“ und „Sensibilisierung und Aktivierung lokaler Sportvereine“. Maßnahmen zur Gesundheitsinformation und gesundheitsbezogene Veranstaltungen wurden von KR und von den kfS aufgegriffen. Dabei wurden in den kfS verschiedene Vorgehensweisen der Gesundheitsinformation kombiniert z.B. lokale Angebote der Gesundheitsinformation/-bildung und schriftliche Angebotsübersichten für den Stadtteil oder die Gesamtstadt, zentrale und stadtteilbezogene Informationsangebote (z.B. Veranstaltungen für Senioren zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen). Im Hinblick auf Gesundheitsinformationen für ältere Menschen sind Erfahrungen zu einer „kommentierten“ Angebotsübersicht hervorzuheben; auf diese Weise soll die Auswahl von Bewegungsangeboten für ältere Menschen erleichtert werden.

Zum Thema Ernährung gehörten Qualifizierungsmaßnahmen zur seniorenrechtlichen Ernährung und eine dementsprechende Anpassung der lokalen Angebote, Zahngesundheit, Gesundheitsinformationen und Gruppenangebote. Der Bereich der sozialen Integration wurde ebenfalls von KR und kfS aufgegriffen; neben der Formulierung von Handlungsempfehlungen sind hier niedrigschwellige Betreuungsangebote und die Konzeption von Angeboten für unterschiedliche ältere Zielgruppen zu nennen. Sonstige Themenbereiche umfassten folgende Aspekte: medizinische Hilfestellungen, Konzeptentwicklung, Präventi-

on/Früherkennung von Hirnleistungsstörungen, neue Kooperationen, Strukturentwicklung, Qualifizierung und Gesundheitsberatung.

Angaben zur Alters- und Zielgruppe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen wurden in KR und kfS gemacht. Dabei zeigte sich, dass insgesamt betrachtet häufiger eine festgesetzte Altersgruppe benannt wurde; gleichwohl wurde aus den Berichten deutlich, dass diese Altersgrenzen nicht starr waren und in der Praxis variabel gehandhabt wurden; d.h. das Alter bzw. die Altersgrenze wurde nicht als Ausschlusskriterium gesehen, sondern als Orientierungspunkt. Während in den KR eher eine allgemeine Altersgrenze für die Bearbeitung des Themas genannt wurde, wurden in den kfS häufiger Altersgruppen in Bezug auf das jeweilige Thema oder Angebot benannt; d.h. für unterschiedliche Angebote wurden jeweils eigene Altersgruppen formuliert. In einzelnen KR und kfS wurde ausdrücklich keine Altersvorgabe gemacht; hier wurden andere Kriterien zugrunde gelegt wie die Orientierung an vorhandenen Risiken (z.B. Sturzrisiko) oder der Grad der Mobilität der Teilnehmer.

Bei der Beschreibung der älteren Zielgruppen zeigten sich für KR und kfS die Ausprägungen „ältere Bevölkerung im Stadt-/Kreisgebiet“ und „Nutzer seniorenbezogener Institutionen“. In kfS wurde außerdem ausschließlich auf die „ältere Bevölkerung eines Stadtteils“ Bezug genommen, wobei dabei u.a. aufgrund der soziostrukturellen Merkmale des Stadtteils insbesondere vulnerable Zielgruppen älterer Menschen in den Blick genommen wurden (z.B. von sozialer Benachteiligung betroffene/bedrohte Ältere, ältere Migranten). Die Adressierung der gesamten älteren Bevölkerung im Stadt-/Kreisgebiet erfolgte sowohl in KR als auch in kfS. In KR wurden darunter sowohl selbständig lebende ältere Menschen, die nicht pflegebedürftig sind, als auch pflegebedürftige ältere Menschen inner- und außerhalb stationärer Einrichtungen verstanden. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei den kreisfreien Städten, die alle älteren Menschen in der Gesamtstadt einbeziehen wollten, dass der Schwerpunkt ausdrücklich auf selbständig lebende und „gesunde“ ältere Menschen, gelegt wurde und ausschließlich ältere Menschen, die nicht hilfe- oder pflegebedürftig sind, berücksichtigt wurden.

Entsprechend der unterschiedlichen räumlichen Strukturen wurden in kfS und KR verschiedene Bezugsebenen für die Platzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen gewählt. In den kfS wurden dabei die Gesamtstadt und Stadtteile, überwiegend aber ein ausschließlich stadtteilorientierter Ansatz als Bezugsebene gewählt. Bei einer stadtteilorientierten Vorgehensweise wurden die Auswahl der Stadtteile, der Zugang zum Stadtteil, die Verortung von Maßnahmen im Stadtteil und die Übertragbarkeit der Angebote auf andere Stadtteile thematisiert. Dabei zeigte sich, dass ein Transfer von Maßnahmen auf weitere Stadtteile oder das Stadtgebiet i.d.R. grundsätzlich angestrebt wurde; zum Befragungszeitpunkt lagen diesbezüglich jedoch noch keine Erfahrungen vor.

In den KR wurde i.d.R. ein Gesamtkonzept für das Kreisgebiet erstellt und nach Abschluss der inhaltlichen Arbeiten die „Verortung“ des Konzeptes konkretisiert; dabei bestand die Möglichkeit alle oder einzelne kSG und/oder Einrichtungen im Kreisgebiet einzubeziehen. Bei Bezugnahme auf einzelne kSG/Einrichtungen wurde häufig eine kreisweite Umsetzung angestrebt; zum Befragungszeitpunkt war ein Transfer jedoch noch nicht oder nicht vollständig realisiert. Für eine kreisweite Umsetzung wäre eine Rückkopplung zwischen kGK und kSG sehr hilfreich; eine solche Vorgehensweise würde aber die zeitlichen und perso-

nellen Möglichkeiten der kGK sprengen. Hier wäre mehr Eigeninitiative der kSG wünschenswert, wobei die kGK eine beratende Funktion einnehmen könnte.

Da es sich bei der kGK um ein übergeordnetes, lokales Steuerungsgremium handelt, wurde auch die Frage danach gestellt, wer für die Umsetzung von gemeinsam beschlossenen Maßnahmen zuständig sei. In KR und kfS stand die Impulsfunktion der kGK bzw. der AG der kGK im Vordergrund und das Ziel, lokale Akteure für das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu sensibilisieren. Die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen, die in der AG der kGK beschlossen wurden, erfolgte somit vorwiegend durch lokale Akteure in den kSG oder in der kfS. Dabei wurde von den kreisfreien Städten insbesondere die Umsetzung in Selbstverpflichtung der Akteure hervorgehoben. Seltener kam es vor, dass ein Mitarbeiter des Gesundheitsamtes oder der kGK die Umsetzung von Maßnahmen unterstützte, begleitete oder vollständig übernahm.

Die Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen erfolgte in KR und kfS überwiegend durch Eigenmittel, d.h. das „Sponsoring“ des Einzelnen („in Selbstverpflichtung der Beteiligten“), und Formen der Mischfinanzierung durch verwaltungsinterne und -externe Fördermittel (z.B. unterschiedliche Fördergeber, Krankenkassen, Sponsoren, Refinanzierung durch Teilnahmegebühren); finanzielle Mittel der Kommune standen jedoch i.d.R. nur eingeschränkt oder überhaupt nicht zur Verfügung. Deutliche Kritik wurde an fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten für langfristige Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen (z.B. für ambulante sturzpräventive Maßnahmen) geäußert.

Bei der Bewertung der Maßnahmen überwogen in KR und kfS Formen der Selbstevaluation; in einigen KR und kfS erfolgte grundsätzlich kein oder keine über eine Selbstevaluation hinaus gehende Bewertung der Umsetzung. Gründe dafür wurden zum einen in fehlenden personellen und finanziellen oder in mangelnden fachlichen Ressourcen gesehen. Außerdem hänge die Möglichkeit der Evaluation vom jeweiligen Untersuchungsgegenstand ab, d.h. einzelne Maßnahmen der befragten kGK waren einer Evaluation nicht zugänglich. Vereinzelt wurde von der Planung oder Durchführung einer externen Evaluation berichtet; dabei handelte es sich z.B. um wissenschaftliche Qualifizierungsarbeiten (Promotion) oder Kontakte zu Fachbereichen ortsansässiger Hochschulen.

Die Nachhaltigkeit der Maßnahmen sollte in KR und kfS überwiegend durch die Verortung von Maßnahmen in den jeweiligen institutionellen Bezügen der lokalen Akteure gesichert werden. Allerdings wurde auch hervorgehoben, dass das individuelle Inanspruchnahmeverhalten älterer Menschen Einfluss auf die Fortführung von Angeboten nehme. Vereinzelt wurde die Nachhaltigkeit von Maßnahmen (z.B. der Bewegungsförderung) auf individueller Ebene thematisiert (z.B. wird das Gelernte von den älteren Menschen in den Alltag integriert?) und bemängelt, dass der Kenntnisstand und die Einflussmöglichkeiten der Kommunen diesbezüglich gering ausfalle.

## 8.4 Umsetzungserfahrungen Kernelemente der Gesundheitsförderung (Teil D)

Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung bezog sich auf die Umsetzungserfahrungen der kGKn in Bezug auf wesentliche Kernelemente der Gesundheitsförderung; im Einzelnen wurden dabei folgende Bereiche adressiert: die kommunalpolitische Bedeutung und Wahrnehmung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ als kommunale Gestaltungsaufgabe, der Aufbau und die Gestaltung (intersektoraler) Kooperationsbeziehungen und die Gestaltung von Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten für ältere Menschen.

### 8.4.1 Kommunalpolitische Bedeutung

Zur Einordnung der kommunalpolitischen Bedeutung der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde danach gefragt, ob zu diesem Thema kommunalpolitisch relevante Beschlüsse vorlagen und welche personellen Verbindungen zur kommunalpolitischen Ebene bestanden. Dabei zeigte sich für alle KR und kfS, dass ein Beschluss zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK vorlag. Zudem wurde im Allgemeinen eine direkte Verbindung zur kommunalpolitischen Ebene darüber hergestellt, dass Vertreter der politischen Fraktionen als Mitglieder an der kGK beteiligt waren und auf diese Weise für die kGK ein direkter Zugang zu Ansprechpartnern der politischen Ebene bestand. Für die politischen Fraktionen ergaben sich daraus zum einen Steuerungsmöglichkeiten in die KGK hinein (z.B. über die Beteiligung an der Beschlussfassung der kGK); zum anderen erfolgte auf diese Weise auch eine Berichterstattung und Verbreitung von Themen durch die politischen Vertreter in die eigenen Parteizusammenhänge und darüber hinaus in kommunale politische Ausschüsse hinein. Im Hinblick auf eine darüber hinaus gehende Einbindung des Themas in kommunalpolitische Zusammenhänge (z.B. Erwirkung kommunalpolitischer Beschlüsse und Beantragung/Bereitstellung kommunaler Ressourcen) zeigten sich Unterschiede (vgl. Tab. 55 und 56).

**Tabelle 55: Kommunalpolitische Bedeutung KR**

Kommunalpolitische Bedeutung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen in KR

kommunalpolitische Gremien und Beschlüsse	Beschluss der kGK zur Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen	regelmäßige Berichterstattung zur Arbeit der kGK im Fachausschuss und im Kreistag	Kreistagsbeschluss lag vor
		regelmäßige Berichterstattung zur Arbeit der kGK im Fachausschuss	kein Kreistagsbeschluss <ul style="list-style-type: none"> <li>– (noch) nicht angestrebt</li> <li>– Anbindung an Kreisentwicklungsplanung</li> <li>– hohe Akzeptanz bei politischen Vertretern</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung



**Tabelle 56: Kommunalpolitische Bedeutung kfS**

Kommunalpolitische Bedeutung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen in kfS

kommunalpolitische Gremien und Beschlüsse	Beschluss der kGK zur Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen	Ratsbeschluss lag vor
		kein Ratsbeschluss

– Einrichtung eines Sachgebietes

– nicht angestrebt

– Anbindung an andere Ratsbeschlüsse (z.B. demografische Entwicklung)

– Anbindung an kommunalpolitische Ziele (z.B. Förderung der Selbständigkeit im Alter)

– Auftrag politischer Fraktionen

– hohe Akzeptanz bei politischen Vertretern

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

In den Kreisen wurde über eine regelmäßige Berichterstattung der kGK in die jeweiligen politischen Fachausschüsse berichtet, worüber eine Verbindung mit der politischen Ebene sichergestellt wurde (z.B. zum Gesundheitsausschuss des Kreistages).

*„Und regelmäßig wird Bericht erstattet, sowohl in der Gesundheitskonferenz als auch in die Pflegekonferenz und - und das ist die wichtige Verbindung für ihre Arbeit - die Verbindung mit der politischen Ebene. (...). Durch eine regelmäßige Berichterstattung im Gesundheitsausschuss des Kreistages, haben wir es eigentlich gewährleistet, dass auch die Verbindung mit der politischen Ebene immer gegeben ist. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.“ (KR1, 4)*

Die Abstimmung der Vorhaben der kGK mit der politischen Ebene sei ein übliches Vorgehen, das nicht zuletzt deshalb sinnvoll sei, weil damit auch die Bereitstellung von Ressourcen verbunden sein könne.

*„Ja der Kreistag hat das dann, das war der Vorschlag der Gesundheitskonferenz an den zuständigen Gesundheitsausschuss, und das ist dann über den Kreistag mit als Beschlussvorlage gelaufen. Aber das machen wir eigentlich immer so, dass solche Dinge dann auch politisch abgesegnet sind. Das müssen sie nicht machen, aber man sollte es tun, weil es ja auch Ressourcen zur Folge hat.“ (KR1, 52)*

Berichte aus den anderen KR bezogen sich hingegen darauf, dass eine Beschlussfassung im Kreistag noch nicht angestrebt oder diese aus unterschiedlichen Gründen auch nicht immer verfolgt wurde. So wurde über „Hindernisse“ für eine Beschlussfassung berichtet, die sich zum einen auf die (prekäre) kommunale Haushaltslage bezogen, zum anderen erwiesen sich organisatorische Rahmenbedingungen als negativ. Erfahrungen aus einem dieser KR verdeutlichten beispielsweise, dass das Einbringen einer Beschlussvorlage i.d.R. auf die Beantragung von Kreismitteln ausgerichtet sei und immer im Zusammenhang mit der allgemeinen Haushaltslage stehe. Gegenwärtig werde einer Beantragung von Mitteln i.d.R. zwar entsprochen, aber das werde sich in den nächsten Jahren voraussichtlich ändern.

Eine entsprechende Zurückhaltung der politischen Ebene zeigte sich auch in einem anderen KR. Im Allgemeinen werde hier aufgrund der Haushaltslage keine politische Entschließung getroffen, die finanzielle Verpflichtungen nach sich ziehe. Es erfolge zwar eine wohlwollende Billigung der Vorhaben, aber keine finanzielle Unterstützung.

Eine Beschlussfassung könne auch deshalb nicht zustande kommen, weil die Tagungsrhythmen der Gremien (z.B. der kGK und der Fachausschüsse) i.d.R. unterschiedlich sind. Die kGK tage, so Hinweise aus einem weiteren KR, i.d.R. seltener, so dass es sein könne, dass beschlussrelevante Themen noch nicht oder nicht mehr relevant sind. Auch eine bereits bestehende hohe Akzeptanz eines Themas durch die Politik könne dazu führen, dass die Verbreitung und Information innerhalb eines Fachausschusses gegenüber der Beschlussfassung im Vordergrund stehe.

In den kfS wurde neben der Beschlussfassung der kGK nur vereinzelt über eine Berichterstattung im Fachausschuss berichtet und mehrheitlich darauf hingewiesen, dass kein Ratsbeschluss zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ vorlag. Auch hier wurden dafür unterschiedliche Begründungen angeführt. So wurde ein Ratsbeschluss z.T. nicht angestrebt oder auf andere Möglichkeiten einer weiteren politischen Einbindung Bezug genommen. Beispielsweise bestanden Anknüpfungspunkte an andere Ratsbeschlüsse oder allgemeine kommunalpolitische Zielsetzungen. So berichtete beispielsweise eine kfS über eine Arbeitsgruppe des Fachbereichs Stadtplanung zum Thema „Demografische Entwicklung“, an der alle städtischen Ämter beteiligt waren. Darüber ergebe sich für das Gesundheitsamt zumindest grundsätzlich die Möglichkeit, Vorarbeiten der kGK (z.B. Handlungsempfehlungen u.a. zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen) in die gesamtstädtischen Planungen einzubringen.

Ein stärker inhaltliche Positionierung wurde hingegen in einer kfS deutlich, in der die Arbeit der kGK im Kontext eines kommunalpolitischen Ziels zur Förderung der Selbständigkeit im Alter erfolgte, das von der Stadtpolitik im Allgemeinen und durch das Sozialdezernat im Besonderen vertreten wurde.

*„Also die Bereitschaft war in der Gesundheits- und Pflegekonferenz und im Dezernat, das ist ja ein gemeinsames Dezernat, durch den Dezernenten sicherlich ganz klar gefördert und es gibt ein ganz klares kommunalpolitisches Ziel, die Selbständigkeit im Alter zu fördern, auch aus finanziellen Gründen, alles zu tun, (...) und auf jeden Fall die Selbständigkeit und die Gesundheit im Alter, die ist ja sozusagen die Voraussetzung für die Selbständigkeit im Alter, das mit aller Kraft zu fördern, das wird jetzt (...) durch die Zusammenarbeit zwischen Seniorenreferat und uns gefördert, das ist ganz klar.“ (kfS3, 158)*

Darüber hinaus könne auch auf eine Aufforderung des Oberbürgermeisters zum demografie-sensiblen Handeln in allen Verwaltungsbereichen Bezug genommen werden.

*„(...). Es hat hier praktisch einen Impuls gegeben vom Oberbürgermeister, dass sich alle städtischen Ämter darum kümmern sollen, dass das [die demografische Entwicklung, Anm. d. V.] eine Herausforderung ist, die unsere Stadt auch besonders trifft. (...).“ (kfS3, 158)*

Eine politische Einbindung zeigte sich auch darin, dass die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ teilweise (un-)mittelbar im Auftrag politischer Fraktionen erfolgte. So war die Umsetzung eines Stadtteilprojektes zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in einer kfS letztlich auf die Anfrage einer Partei zur Erstellung eines Gesundheitsberichtes zurückzuführen. Auch in einer weiteren kfS wurde der Auftrag zur Bearbeitung des Themas ursprünglich durch die politischen Fraktionen erteilt. Aufgrund der darüber hinaus bestehenden hohen politischen Akzeptanz des Themas wurde dieses zwar in den politischen Fachausschuss eingebracht, ohne jedoch einen offiziellen Beschluss zu erwirken.

*„Wie gesagt, die Gesundheitskonferenz hat das beschlossen und die sozialpolitischen Sprecher der Fraktionen sitzen in der Gesundheitskonferenz und das Thema ist hinterher auch in den entsprechenden Ausschuss gegangen. Es hat keinen offiziellen Beschluss gegeben, aber das ist für gut befunden worden, und das reicht mir einfach aus und das ist auch nicht mehr an den Rat gegangen usw. Aber der Oberbürgermeister weiß, dass etwas hier läuft und das ist bei allen auch auf eine hohe Akzeptanz getroffen (...). Und ursprünglich gab es da auch einen Auftrag zu, da muss dann nicht noch mal doppelt einen Beschluss dazu gefasst werden und da habe ich dann auch keinen Wert darauf gelegt.“ (kfS2, 131)*

Eine kommunalpolitische Beschlussfassung, die sich beispielsweise auf die Erstellung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines Gesamtplans zur Förderung von Angeboten für die Zielgruppe Ältere Menschen (50 plus) über alle Verwaltungsebenen und Sachgebiete hinweg erstrecken sollte, wurde, wie die Erfahrungen aus einer anderen kfS verdeutlichten, durchaus gewünscht, jedoch unter den gegebenen Rahmenbedingungen als nicht praktikabel eingeschätzt.

*„(...), das was ich mir ja immer wünsche ist, dass wir im Grunde eine andere Organisationsverteilung haben. Der Oberbürgermeister müsste nach meiner Ansicht eine Art Koordinationsteam unter sich haben, wo ich z.B. auch dazu gehören würde, als Gesundheitskoordinatorin, Psychiatrie-, Behinderten-, Frauen-[beauftragte, Anm. d. V.] usw., die müssten sich im Grunde auch ein oder zweimal im Jahr treffen und die grobe Linie absprechen. Da müsste dann z.B. so eine Linie drin sein, wir wollen im Jahr 2010 etwas für Ältere "50 plus" tun, in dieser Stadt und das wollen wir auf allen Ebenen tun, was Behinderte angeht, was Frauen, was Männer, usw. So etwas vermisse ich, das gibt es leider nicht. Da arbeitet jeder vor sich hin, leider. (...). (...), weil ich denke auch, dass die Stadt sehr profitieren könnte, wenn man so etwas [machen würde, Anm. d. V.], Age friendly cities usw., (...), aber dass man da sozusagen ein gemeinsames Projekt von der ganzen Stadt ins Leben bringt, das ist ein solcher Kraftakt, dann könnte ich zwei Jahre gar nichts mehr [anderes, Anm. d. V.] machen, (...).“ (kfS6, 96 - 97)*

In einer kfS lag hingegen ein Ratsbeschluss mit explizitem Bezug zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ vor, der die Einrichtung eines Aufgabenbe-

reichs zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Gesundheitsamt umfasste und die hohe politische Bereitschaft, einschließlich finanzieller Auswirkungen, widerspiegelte. Die Politik erachte das Thema grundsätzlich als wichtig, wobei sich eine Akzeptanz des Themas und die hohe Bedeutung parteiübergreifend zeigen. Zukünftig werde eine thematische und personelle Ausweitung des Aufgabenbereichs angestrebt:

*„Aber es ist im Rat beschlossen worden, dass meine Stelle mit dem Geld auch hier [im Gesundheitsamt, Anm. d. V.] angesiedelt wird, das heißt, ich habe hier auch eine Planstelle, so das heißt, wenn ich weggehe oder mich verändere oder aufhöre, dann ist damit dann nicht die Stelle weg, sondern die Stelle kann dann auch wieder neu besetzt werden, das ist ganz wichtig. Also insofern ist auch nach außen hin eine sehr hohe Bereitschaft da, sich mit der Thematik auseinandersetzen.“ (kfS9,60)*

Darüber hinaus wurden weitere Aspekte zum Thema kommunalpolitische Einbindung und Bedeutung angeführt. Beispielsweise zeigte sich in kfS durchaus eine kritische Haltung, die sich insbesondere auf die Diskrepanz zwischen hohen Ansprüchen und dem vergleichsweise geringen Beitrag politischer Fraktionen zur Realisierung dieser Forderungen bezog. So spiegelte sich das hohe Ausmaß an Akzeptanz und die hohe Bedeutung, die dem Thema „Alter“ seitens der Kommunalpolitik entgegengebracht werde, nicht in der praktischen Umsetzung wider: beispielsweise bestünden keine Bemühungen dahingehend, für die vorhandenen kommunalen Mittel Möglichkeiten der Umsteuerung zugunsten des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zu überprüfen:

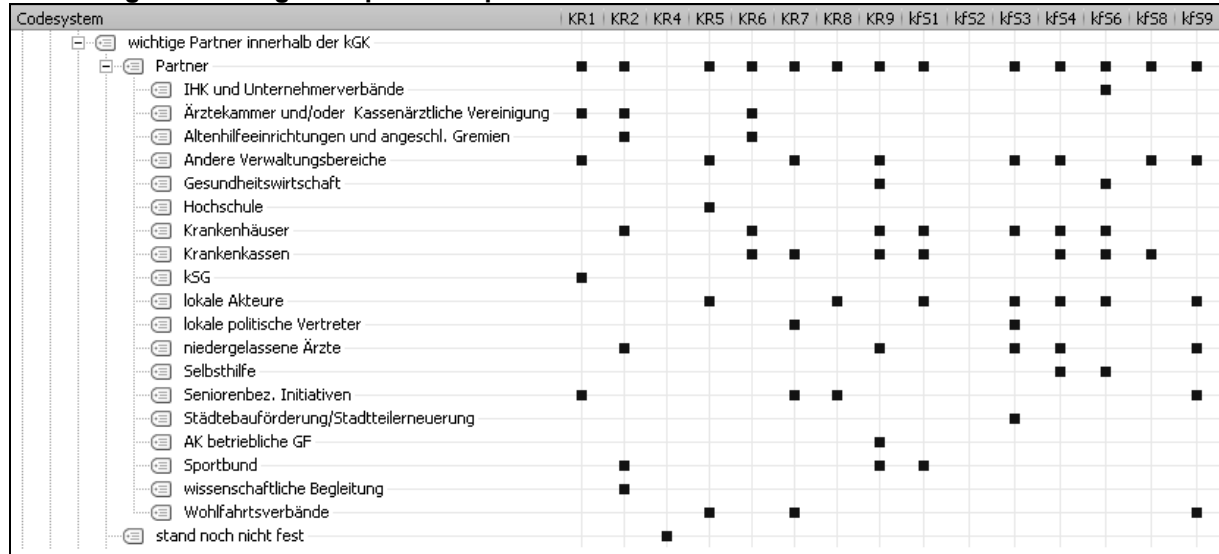
*„Es wäre ja auch denkbar, dass man in dem bescheidenen Rahmen, der kommunal zur Verfügung stehenden Mittel auch Umsteuerungen vornimmt zugunsten solcher Themen, die finden aber nicht statt. Das muss man ganz klar sagen, die finden einfach nicht statt. Und das ist ein Vorwurf, den würde ich ganz klar erheben. Die Ansprüche sind hoch, aber die Taten sind klein. So kann man das eigentlich zusammenfassen und das bezieht sich nicht nur auf Gesundheit im Alter, sondern auch auf andere.“ (kfS4, 157)*

#### **8.4.2 (Intersektorale) Kooperation**

Aus Sicht der befragten kGKn wurden in KR und kfS verschiedene wichtige Kooperationspartner benannt, die in der fallübergreifenden Betrachtung zu folgenden Versorgungsbereichen, Institutionen oder Organisationen zugeordnet wurden (vgl. Abb. 23 und Tab. 57): Bildung und Freizeit, Interessenvertretung älterer Menschen, Kommunen, Kommunalpolitik, Kommunalverwaltung, Medizin, Pflege, Selbsthilfe, Sozialversicherung, Unternehmen, Verbände und Körperschaften und Wissenschaft/Forschung.

Innerhalb der einzelnen Bereiche zeigten sich teilweise Überschneidungen zwischen KR und kfS: so wurden beispielsweise lokale Bildungsträger, Interessenvertretungen älterer Menschen, Vertreter lokaler Parteien, Krankenhäuser, Krankenkassen und der Kreis- bzw. Stadt-sportbund gleichermaßen benannt. Auch andere Verwaltungsbereiche, niedergelassene Ärzte, die Gesundheitswirtschaft und Wohlfahrtsverbände wurden von KR und kfS angegeben, allerdings zeigten sich hier z.T. leichte Differenzierungen (z.B. niedergelassene Fachärzte in den KR und niedergelassene „Hausärzte“ in den kfS).

**Abbildung 23: Wichtige Kooperationspartner in der kGK**



Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 57: Kooperationspartner in der kGK**

Kooperationspartner für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK		
	KR	kFS
	lokale Bildungsträger z.B. Volkshochschule	
Bildung und Freizeit	– Anbieter Bewegungsförderung z.B. Vereine	/
Interessenvertretung älterer Menschen	– Senioreninitiativen z.B. bürgerschaftliches Engagement, Ehrenamt – Seniorenrat – lokale Senioreninteressenvertretung	– Seniorenvertretung
Kommunen	– kreisangehörige Städte und Gemeinden	/
Kommunalpolitik	– Vertreter lokaler Parteien	
Kommunalverwaltung andere Verwaltungsbereiche z.B.	– Amt für Altenarbeit – Sozialamt – Abteilung Gesundheitsförderung	– Seniorenreferat – Sozialamt – ASD – Städtischer Senioren Dienst – AK Gesundheitsförderung
Medizin	– Krankenhäuser z.B. Geriatrie	
	– Krankenhäuser z.B. Rehabilitation	/
	– niedergelassene Fachärzte z.B. Zahnärzte, Sportmedizin	– niedergelassene Ärzte z.B. „Hausärzte“
	/	– Apotheken
Pflege	– Arbeitskreis der Heimleitungen – Pflegeeinrichtungen	/
Selbsthilfe	/	– Vertreter Selbsthilfegruppen – gerontopsychiatrische Selbsthilfegruppe
Sozialversicherung	– Krankenkassen	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Fortsetzung Tab. 57: Kooperationspartner in der kGK**

Kooperationspartner für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK		
	KR	kfS
Unternehmen	– Gesundheitswirtschaft z.B. Fitnessstudios, Ergo- und Physiotherapeuten	– Gesundheitswirtschaft z.B. geplante Zusammenarbeit mit Sanitätsfachgeschäften, niedergelassene Heilpraktiker, Physiotherapiepraxen
	/	– Wohnungsbaugesellschaften
Verbände und Körperschaften	– Wohlfahrtsverbände z.B. Einrichtungen und Dienste für ältere Menschen wie Seniorenberatungsstellen	
	– Kreissportbund bzw. Stadtsportbund	
	– Ärztekammer und kassenärztliche Vereinigung, (über-/regional)	– Industrie- und Handelskammer, Unternehmerverbände (Zusammenarbeit im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung für Ältere)
Wissenschaft/Forschung	– Hochschulen z.B. Zusammenarbeit mit einzelnen Fachbereichen, wissenschaftliche Begleitung von Projekten	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Andere Partner wurden jeweils ausschließlich von KR oder kfS benannt. Für die Kreise waren dies – neben kreisangehörigen Städten und Gemeinden - Anbieter der Bewegungsförderung (z.B. Vereine), Krankenhäuser (z.B. Bereich Rehabilitation), Arbeitskreise der Heimleitungen, Pflegeeinrichtungen, die Ärztekammer und kassenärztliche Vereinigung, wissenschaftliche Begleitung und Hochschulen. In den kfS wurde zusätzlich auf Selbsthilfevertreter und –gruppen Bezug genommen sowie auf Apotheken, Wohnungsbaugesellschaften, die Industrie- und Handelskammer und Unternehmerverbände.

Kooperationspartner aus dem Bereich Wissenschaft und Forschung bezogen sich zum einen auf Kontakte im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung. An anderer Stelle wurde hingegen über die Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl einer Hochschule im Rahmen der Projektvorbereitung und Umsetzung berichtet.

In einem KR wurde betont, dass die Kooperationspartner je nach Themenschwerpunkt variieren können und diese, insbesondere bei Projektarbeit, häufig nur für einen begrenzten Zeitraum für die kGK von Bedeutung sind. Für andere Partner, beispielsweise ortsansässige Krankenkassen, zeigte sich hingegen Konstanz und eine nahezu durchgehende Beteiligung. Wiederum Einschätzungen aus einem anderen KR verdeutlichten, dass einige Partner in der kGK grundsätzlich – unabhängig von seniorenbezogenen Themen - von Bedeutung sind (z.B. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Sozialamt, Lokalpolitik) und für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ ergänzend beispielsweise Interessenvertretungen älterer Menschen (z.B. Seniorenrat) als Multiplikatoren einbezogen wurden.

Der Einbindung lokaler Interessenvertretungen wurde auch Bedeutung für die Sicherstellung der Erreichbarkeit älterer Zielgruppen zugeschrieben; die Nutzung vorhandener Strukturen und Zugangswege zu älteren Menschen wurde dabei von einem KR als eine wesentliche Voraussetzung benannt. Auch in einem weiteren KR wurde die Berücksichtigung der Interessenvertretung als notwendig erachtet, allerdings erfolgte dies stärker mit Blick auf die Bedarfslagen Älterer. Darüber hinaus seien der Einbezug potentieller Akteure, die die Maßnahmen vor Ort umsetzen, und der Einbezug kommunalpolitischer Vertreter (Entscheidungskompetenz) von Bedeutung.

Die Zufriedenheit mit der Beteiligung der Kooperationspartner fiel in KR und kfS unterschiedlich aus. So wurde in den KR berichtet, dass sich an der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ alle wichtigen Akteure beteiligten. Ausschlaggebend dafür sei u.a., dass der Zugang zu den Akteuren über die kGK über lange Jahre etabliert und grundsätzlich Dialogbereitschaft vorhanden sei. Schwierigkeiten zeigten sich allerdings dahingehend, (ältere) Bürger- oder Patientenvertreter in die kGK einzubinden, weil dafür keine Vertreter „vor Ort“ vorhanden seien.

*„(...) und sicher jemand aus dem Bereich der Patientenvertreter, das ist aber schwer, da es dafür keinen idealen Vertreter gibt, das ist in der Natur der Sache, die Selbsthilfe ist eine, aber jetzt einfach so jemand, der die Bürger vertritt, Patienten vertritt, den gibt es so klassisch nicht und eine Verbraucherzentrale nimmt das sicher nur partiell war. Deswegen, da hätte ich mir ein bisschen mehr erhofft, einfach auch mal ein paar ältere Menschen gewünscht, die uns einfach sagen, wie sie es gerne hätten, das war aber nicht schlimm, aber da könnte ich mir noch ein bisschen mehr Input vorstellen. (...).“ (KR5, 107)*

Weitere Erfahrungen aus KR zeigten zudem, dass thematisch bedeutsame Kooperationspartner nicht immer für eine aktive Beteiligung, z.B. im Bereich der Bewegungsförderung, gewonnen werden konnten. Dies sei u.a. auf den hohen Organisations- und Vernetzungsgrad innerhalb des Sportbereichs zurückzuführen, der unabhängig von der kGK agiere:

*„(...), der Kreissportbund ist zwar formal eingebunden gewesen, wahrscheinlich weil er dachte, man kann sich nicht ganz rausziehen, aber es macht so deutlich, dass sich der Bereich Sport nicht unbedingt von Gesundheit koordinieren lassen will. Der Bereich Sport an sich scheint schon gut vernetzt und gut aufgestellt zu sein, aber nicht so sehr unter der Thematik wie kriege ich mehr Bewegungshaltung bei bewegungsabstinenten Menschen hin.“ (KR6, 29)*

Auch in den kfS lagen positive wie negative Erfahrungen vor. Beispielsweise wurde berichtet, dass alle angefragten Akteure sich auch an der Bearbeitung beteiligten und dass man themenbezogen weitere relevante Akteure ansprechen werde. Weitere Erfahrungen verdeutlichten, dass es nicht an einer Zusammenarbeit fehle, aber einige Kontakte, beispielsweise zu den Kirchengemeinden, noch ausbaufähig wären. Es komme jedoch auch vor, dass sich bereits beteiligte Akteure aus laufenden AG oder einzelne Mitglieder, die durchaus für ältere Zielgruppen relevant sind (z.B. Apotheker, niedergelassene Ärzte), aus der Gesamtkonferenz zurückziehen, wie die folgenden Ausführungen illustrieren:

*„Ja ich finde z.B. die Apotheker, (...), die sind Mitglied in der Gesundheitskonferenz, haben sich aber seit mehreren Jahren nicht mehr gerührt und da hatte ich noch mal nachgefasst. Ich finde, dass eben gerade die Apotheken für ältere Menschen echt gute Multiplikatoren sind, und die machen auch viel. Es ist ja auch so, dass die auch Informationsabende anbieten usw. und das würde ich gerne mit uns vernetzen. Ich hoffe, dass sich da noch mal jemand meldet (...). (...).“ (kfS1, 107)*

Auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Ärzten erhalte man nur wenig Unterstützung beispielsweise seitens der ärztlichen Interessenvertretungen; allerdings überlege man, zukünftig, Zugänge zu niedergelassenen Ärzten über andere Zusammenschlüsse zu realisieren:

*„Ich finde schon, dass die Ärzte wichtig wären, aber es ist nicht so, dass wir da jetzt von den ärztlichen Interessenvertretungen besonders viel Unterstützung bekommen. Da ist also mal jemand beim ersten Mal in unserem Arbeitskreis gewesen, aber dann nicht mehr gekommen, hat sich da wahrscheinlich nicht so angesprochen gefühlt. Aber ich hoffe, dass wir über eine Vereinigung niedergelassener Ärzte da noch näher rankommen, allerdings sind die nicht Mitglied in der Gesundheitskonferenz.“ (kfS1, 104)*

Aus kfS wurde auch Kritik an fehlenden ärztlichen Ansprechpartnern geäußert, die sich zum einen auf niedergelassene Ärzte, zum anderen auf den amtsinternen Bereich bezog.

*„Ja also es fehlen auf jeden Fall noch aktive niedergelassene internistische Hausärzte. Die haben wir zwar, aber die kommen eigentlich auch nur zum konsumieren. Also ich brauche da Leute, die auch von sich aus aktiv sind. (...). Also bei den Ärzten ist ziemlich Flaute, das ist unglaublich schwer, das Geschäft mit den Ärzten, finde ich in unserer Stadt, und ich brauche Partner, eigentlich brauche ich auch einen internen Partner, eine Amtsärztin o.ä., die in dem Bereich tätig ist für den älteren Menschen.“ (kfS6, 83)*

An anderer Stelle wurde in diesem Zusammenhang berichtet, dass neben dem i.d.R. gut etablierten geriatrischen Wissen insbesondere bei der Bearbeitung des Themas „Prävention und Gesundheitsförderung“ Bedarf für eine gerontologische Sichtweise bestehe, die dazu beitragen könne, den Blick auf die Zielgruppe der „gesunden“ Älteren zu erweitern:

*„Die Geriatrien spielen sicherlich eine große Rolle, wobei es natürlich noch schöner wäre, wenn wir gerontologisches Wissen hätten, also wenn wir über Prävention reden, also wenn wir nicht nur geriatrisches Wissen hätten, das merke ich an solchen Stellen, wie bei der Sturzprophylaxe-Diskussion, das die Medizin doch einfach Not gedrungen immer irgendwie da anfängt, wo ihre Arbeit und Arbeitsmöglichkeiten auch beginnen. Und das wäre natürlich mit einem gerontologischen Ansatz, den man eigentlich benötigt bei Gesundheitsförderung, das wäre natürlich noch schöner.“ (kfS3, 136)*

Auch bei der Bewertung der Zusammenarbeit mit den genannten Kontakten wurde aus KR und kfS über einen weitgehend problemlosen Umgang ebenso berichtet wie über weniger gelingende Kooperationen. Positive Bewertungen bezogen sich in KR z.B. auf langjährige Kooperationsstrukturen, die sich im Kontext der kGK mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens herausgebildet hatten und die auch für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ „aktiviert“ werden konnten. Erfahrungen aus einem anderen KR fokussierten hingegen erfolgreiche Kooperation mit verwaltungsexternen Partnern (z.B. einer



Hochschule). Auch wenn einzelne Aspekte der Zusammenarbeit durchaus problematisch sein können (z.B. Datenaustausch im Kontext der kommunalen Gesundheitsberichterstattung), zeichne die Kooperationsstruktur in der kGK im Allgemeinen aus, so die Erfahrungen eines weiteren KR, dass auch bei Konflikten immer ein offener Umgang der Mitglieder der kGK untereinander angestrebt werde. Weitere Erfahrungen richteten sich hingegen auf eine unterschiedliche Beteiligung einzelner Akteure. Während ein Großteil der Beteiligten in den Arbeitskreisen effizient arbeite, sei festzustellen, dass sich nicht alle Akteure in der kGK, für die es eigentlich von Interesse sein müsste, beteiligten; fehlende Beteiligung wirke sich dabei durchaus negativ auf die Handlungsfähigkeit der kGK und die Ergebnisse aus.

In den kfS wurde eine hohe Kompromissbereitschaft der Partner untereinander positiv bewertet und berichtet, dass die Kontakterschließung/-vermittlung auch auf der Ebene der AK (z.B. neue Kontakte zu Experten) sehr geschätzt werde. Grundsätzlich positiv werde die gute Kommunikation untereinander bewertet. Herausforderungen wurden jedoch im Hinblick auf die interdisziplinäre Arbeitsweise der kGK gesehen. Obwohl diese als unabdingbar betrachtet wurde, gehe die Verbesserung der Verständigung der Disziplinen untereinander mit einem nicht unerheblichen Arbeitsaufwand einher.

*„Aber das Interdisziplinäre ist absolut unabdingbar und dafür muss man immer etwas tun. Es ist leichter, in den eigenen Kästen zu denken und das ist schon sehr auffällig, die sozialen Bereiche, die Medizinbereiche, die Sportbereiche, wirklich auch ihre eigene Logik haben, das ist nicht einfach nur mit gutem Willen getan, dafür muss man richtig etwas tun, dass da die Verständigung auch passiert und man sich nicht gegenseitig frustriert.“ (kfS3, 140)*

Auch in den kfS wurde über eine gute Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Partner berichtet; diese zeigte sich z.B. mit Pflegeheimen, Pflegediensten, der Gesundheitswirtschaft und der Selbsthilfe. Hindernisse der Zusammenarbeit wurden beispielsweise, in den Konkurrenzen der Mitglieder untereinander (z.B. Krankenhäuser, Krankenkasse) gesehen oder in der mangelnden Unterstützung bei der praktischen Umsetzung von Vorhaben seitens der Kommunalpolitik. Es komme aber auch vor, so die Erfahrung einer kfS, dass verwaltungsintern wenig Interesse für die Belange älterer Menschen gezeigt werde:

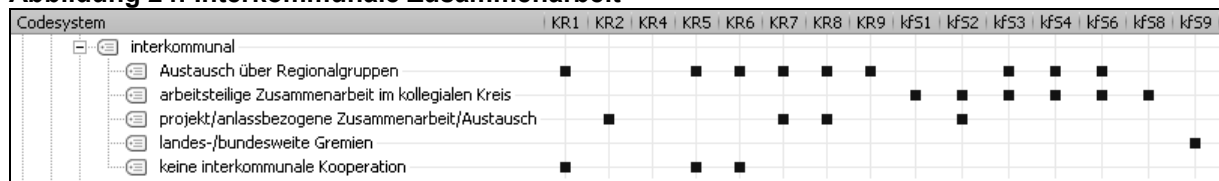
*„Ich finde hier in dieser Stadt können wir sehr viel mehr verwaltungsintern tun, was das Thema angeht, da ist bisher ganz wenig passiert, es gibt wenig Interesse an älteren Menschen in der Stadtverwaltung, (...).“ (kfS6, 86)*

Im Hinblick auf die verwaltungsinterne Zusammenarbeit wurde auch über Abgrenzungen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen berichtet. Dabei handele es sich um gewachsene Traditionen, in deren Folge die Zielgruppe ältere Menschen und damit assoziierte Themen vorrangig durch das Sozialamt bearbeitet werden. Dementsprechend wurden inhaltliche Impulse zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ der kGK seitens des Sozialamtes durchaus als gewöhnungsbedürftig angesehen; auch die Zugangsweise der kGK und der zugrunde liegende umfassende Gesundheitsbegriff standen im Kontrast zur vorwiegend pflegerischen Ausrichtung des Sozialamtes. Die folgenden Ausführungen veranschaulichen dies beispielhaft:

„Nein, eigentlich ist unser Hauptproblem die gewollte Abgrenzung im Grunde. (...), das ist gewachsen, der Bereich Soziales und dann auch die ganze Pflegeeinrichtung, die Finanzierung und alles ist dort angesiedelt und jetzt kommen wir, mit einem erweiterten oder nur für manche schwer verständlichem Gesundheitsbegriff, gerade weil wir sagen, unsere Aufgabe sehen wir nicht nur darin, bestimmte Krankheiten oder Erkrankungen irgendwie zu behandeln oder Tipps zu geben, sondern schon früh genug anzufangen. Und das bedeutet eben auch im Sozialleben mit einzusteigen. Das ist nicht spezifisch für unsere Stadt, ich höre das ja dann auch beim Gesunde-Städte-Netzwerk in allen Kommunen, die sich mehr jetzt auch mit der Gesundheit im Alter beschäftigen, kommen automatisch Konflikte mit der Sozialverwaltung. (...). Und da gibt es unterschiedliche Traditionen, aber das heißt ja nicht, dass es so bleiben muss, das ist dann halt nur u.U. ein längerer Prozess.“ (kfS9, 88)

In KR erfolgte zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zudem vorwiegend ein Erfahrungsaustausch im kollegialen Kreis (z.B. im Rahmen der Regionalgruppen der kGK in NRW oder mit einzelnen benachbarten Kreisen); eine interkommunale Zusammenarbeit sei zwar bereits zu anderen Themen erfolgt, zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ finde dies zum einen aus inhaltlichen, zum anderen aus organisatorischen Gründen, jedoch bislang nicht statt (vgl. Abb. 24 und Tab. 58 und 59).

**Abbildung 24: Interkommunale Zusammenarbeit**



Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 58: Interkommunale Zusammenarbeit KR**

Interkommunale Zusammenarbeit bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen in KR	
Austausch auf der Ebene der Regionalgruppen der kGKn	keine Zusammenarbeit in Bezug auf das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen, aber zu anderen Themen <ul style="list-style-type: none"> <li>– eigenständige Bearbeitung auf Kreisebene (individuelle Voraussetzungen/Rahmenbedingungen der KR)</li> <li>– hohe individuelle Arbeitsbelastung erschwert Zusammenarbeit</li> </ul> Erfahrungsaustausch <ul style="list-style-type: none"> <li>– auf der Ebene der Regionalgruppen der kGKn</li> <li>– mit benachbarten KR</li> <li>– bei Interesse auch bundesweit</li> </ul>
anlassbezogene Zusammenarbeit	– projektbezogene Zusammenarbeit bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu einzelnen Themen, keine systematische Kooperation über den gesamten Projektverlauf

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

So deuteten die Erfahrungen aus einem KR darauf hin, dass eine eigenständige Bearbeitung auf Kreisebene vorgezogen wurde, weil die spezifischen Bedingungen der Kreise unter-

schiedlich sind und die individuellen lokalen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen berücksichtigt werden müssen. Grundsätzlich, so hingegen die Argumentation aus einem anderen KR, sei es so, dass die hohe individuelle Arbeitsbelastung der Geschäftsführung der kGK eine interkommunale Zusammenarbeit erschwere.

**Tabelle 59: Interkommunale Zusammenarbeit kfS**

Interkommunale Zusammenarbeit bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen in kfS	
Austausch auf der Ebene der Regionalgruppen der kGKn	Erfahrungsaustausch – Erwartungen und Vorteile: <ul style="list-style-type: none"> <li>– von den Erfahrungen in anderer Städten lernen</li> <li>– hilfreiche Kontakte untereinander</li> <li>– Anregungen der eigenen Arbeit durch Projekte/Maßnahmen andere Städte</li> <li>– Informationsaustausch (z.B. aktuelle Arbeitsschwerpunkte)</li> <li>– nicht alles neu und selbst erfinden</li> <li>– eine Art der kollegialen Supervision</li> </ul>
Austausch über landes-/bundesweite Gremien	Erfahrungsaustausch zum Thema Gesundheitsförderung im Alter im Kontext unterschiedlicher landes-/bundesweiter Gremien
arbeitsteilige Zusammenarbeit im kollegialen Kreis	Erprobung arbeitsteiliger Zusammenarbeit in einem kollegialen Kreis zum Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erfahrungsaustausch, Wissenssammlung</li> <li>– arbeitsteilige Projektentwicklung und -umsetzung</li> <li>– individuelle Erprobung einzelner Elemente</li> <li>– ggf. Übertragung auf andere Städte unter Rückgriff auf die bereits bestehenden Erfahrungen</li> </ul>
anlassbezogene Zusammenarbeit	„kleinräumige“ projektbezogene Zusammenarbeit z.B. gemeinsames stadtteilbezogenes Projekt mit einer Nachbarstadt (Geplant) mit Projektstandorten in aneinandergrenzenden Stadtteilen der jeweiligen Kommune

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Ein Erfahrungsaustausch finde jedoch auf der Ebene der Regionalgruppen der kGKn statt. Auf dieser Ebene funktioniere der Erfahrungsaustausch gut und stelle eine übliche Vorgehensweise dar.

*„(...) Also das ist eigentlich auch ein übliches Verfahren, mit den Kollegen aus den anderen Ämtern [Gesundheitsämtern, Anm. d. V.] sich abzustimmen, wie funktioniert das, funktioniert das gut oder was brauchen wir, wir haben da auch Materialien geliehen, um eine Vorstellung dieses Kurses machen zu können usw., also das funktioniert gut.“ (KR8, 92)*

Aus einem KR wurde über eine anlassbezogene Zusammenarbeit bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ berichtet; dabei handelte es sich um eine projektbezogene Zusammenarbeit zu einzelnen Themen (z.B. gegenseitige Unterstützung bei der Ausbildung von Übungsleitern) und weniger um eine systematische Kooperation über den gesamten Projektverlauf.

Auch in den kfS wurde über den interkommunalen Erfahrungsaustausch, sowohl innerhalb der Gruppe der kGKn in NRW als auch über bundes- bzw. landesweite Gremien (z.B. Gesunde-Städte-Netzwerk), berichtet. Wie in den KR erfolgte der Erfahrungsaustausch auch hier über die Regionalgruppen. Vorteile wurden darin gesehen, dass man von den Erfahrungen anderer Städte lernen und profitieren könne und Anregungen erhalte. Der kollegiale In-

formationsaustausch (z.B. zu aktuellen Arbeitsschwerpunkten) erfolge zwei bis dreimal pro Jahr; dabei sei förderlich, dass nicht jeder alles neu und selbst erfinden müsse.

Aus Sicht von kfS wurde der interkommunale Informationsaustausch dabei auch als Möglichkeit der kollegialen Supervision innerhalb einer Gruppe von Geschäftsführungen der kGKn erlebt. An anderer Stelle wurde hingegen insbesondere auf die Austauschmöglichkeiten zum Thema „Gesundheitsförderung im Alter“ in unterschiedlichen landes- oder bundesweiten kommunalen Gremien (z.B. Gesunden-Städte-Netzwerk, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesgesundheitsministerium, Landesgesundheitskonferenz, Landes seniorenvertretung) hingewiesen. Auch in diesen Zusammenhängen können Themen und Kooperationen entstehen und ein themenbezogener Austausch und eine „Rückkopplung“ mit anderen Kommunen erfolgen (z.B. Kontaktaufnahme mit kommunalen Projekte der o.g. Gremien, die u.a. zum Thema „Sturzprophylaxe“ entstanden sind). Dennoch wurde betont, dass es sich überwiegend um einen Austausch, weniger um eine Zusammenarbeit, handle. Man berichte zwar über eigene Erfahrungen, im Vordergrund stehe jedoch die Tätigkeit im jeweils eigenen Stadtgebiet:

*„(...), Zusammenarbeiten ist ein großes Wort, weil wir auf kommunaler Ebene, also jeder in seinem Stadtgebiet tätig ist. Aber was es schon gibt, dass es über [verschiedene landes-/bundesweite Gremien, Anm. d. V.] Austausch gibt, gerade auch was das Thema Gesundheitsförderung im Alter angeht, (...). (...) das ist mehr auf der Ebene von Erfahrungsaustausch oder voneinander lernen oder Anregungen geben, was man machen könnte und wie man es machen könnte, aber nicht eine wirkliche konkrete Zusammenarbeit, das nicht.“ (kfS9, 90-91)*

Im Gegensatz dazu, und zu den Erfahrungen der KR, berichteten einige kfS auch über eine interkommunale Zusammenarbeit zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“. Dabei handelte es sich um die Erprobung einer arbeitsteiligen Projektentwicklung und -umsetzung im kollegialen Kreis. Vorgesehen war dabei, in jeder beteiligten Kommune die praktische Umsetzung eines Themas (z.B. Maßnahmen der Bewegungsförderung für ältere Menschen) zu realisieren und dieses – bei positiver Resonanz – auch auf die anderen Städte zu übertragen. Mit der gemeinsamen Bearbeitung eines Themas war, neben inhaltlich-praktischen Synergieeffekten, auch die Hoffnung auf eine gemeinschaftliche Finanzierungsgrundlage verbunden; zum Befragungszeitpunkt lagen für die gemeinsame Beantragung von Fördermitteln jedoch keine positiven Bescheide vor. Obwohl die Kommunen darüber berichteten, dass eine Unterstützung der interkommunalen Zusammenarbeit durch eine externe Begleitung erfolgte, die beispielsweise Hilfestellung bei der Konzepterstellung leistete und den gemeinsamen Prozess begleitet habe, wurden der damit verbundene hohe Zeitaufwand und der durchaus langwierige Prozess kritisiert.

Darüber hinaus wurde auch in den kfS über eine anlassbezogene interkommunale Zusammenarbeit berichtet; so war in einer kfS beispielsweise ein gemeinsames stadtteilbezogenes Projekt mit einer Nachbarstadt geplant, in das Projektstandorte von aneinandergrenzenden Stadtteilen der jeweiligen Kommune einbezogen werden sollten.

### 8.4.3 Partizipation

Bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ haben die befragten kGKn in KR und kfS in unterschiedlichem Ausmaß Erfahrungen zur Beteiligung älterer Menschen gesammelt. Während in einigen kGKn Beteiligungsprozesse nicht vorgesehen waren, wurde in anderen kGKn Beteiligung über unterschiedliche Akteure oder Maßnahmen organisiert (vgl. Tab. 60 und 61).

**Tabelle 60: Beteiligung älterer Menschen zum Thema Gesundheitsförderung in KR**

Partizipation – Erfahrungen zur Beteiligung älterer Menschen bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der kGK in KR		
keine Beteiligungsprozesse	war nicht vorgesehen	/
Beteiligung über...	Interessenvertreter	– Einbindung von Senioreninitiativen in den KSG – Seniorenvertreter
	Unterstützung des freiwilligen Engagements	– Selbstorganisation der Bürger
Beteiligungsprozesse geplant	Interessenvertreter	– Seniorenvertretung, Seniorenbeirat
	Bedarfsabfrage	– z.B. Bevölkerungsbefragung
	Unterstützung des freiwilligen Engagements	– Förderung der Ausbildung
	„Betroffene zu Beteiligten machen“	– Kommunikationswege erschließen und etablieren – Einbindung in die Maßnahmen

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 61: Beteiligung älterer Menschen zum Thema Gesundheitsförderung in kfS**

Partizipation – Erfahrungen zur Beteiligung älterer Menschen bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der kGK in kfS		
keine Beteiligungsprozesse	war nicht vorgesehen	/
Beteiligung über...	Kein Kontakt zum Seniorenbeirat	– Bezug zur Pflegekonferenz und pflegerischen Themen
	Interessenvertreter	– Seniorenvertretung, -beirat – Vorbereitung, Planung und Umsetzung von Projekten – politische Unterstützung – ältere Bürger – Verbraucherzentrale
Beteiligung über...	Unterstützung des freiwilligen Engagements	– Unterstützung einzelner Bürger, die sich für Gesundheitsförderung engagieren – Beteiligung älterer Bürger bei der Entwicklung von stadtteilbezogenen Bewegungsangeboten
	Bürgeranfragen/-interessen im Stadtteil	– ältere Teilnehmer eines stadtteilbezogenen Gremiums mit/ohne institutionelle Anbindung
Beteiligungsprozesse geplant	Konkretisierung von Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung auf Stadtteilbene	– „Betroffene zu Beteiligten machen“ – Beteiligung älterer Bürger vor Ort in einem stadtteilbezogenen Gremium

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Fehlende Beteiligungsprozesse waren in KR und kfS darauf zurückzuführen, dass diese bei der Konzeption und Planung von Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ nicht vorgesehen waren. Beispielsweise berichtete ein KR, dass die Projektentwicklung in der AG nicht partizipativ angelegt war und eine Beteiligung der Akteure oder der älteren Zielgruppe bei der Planung der Maßnahmen – mit Ausnahme der Seniorenvertretung – nicht erfolgte. Auch eine kfS führte aus, dass eine direkte Partizipation auf der Ebene der Projektgruppe nicht vorgesehen war; eine Beteiligung älterer Bürger im Stadtteil wäre prinzipiell seitens der AG der kGK nicht abgelehnt worden, sofern diesbezüglich Interesse seitens der älteren Zielgruppe signalisiert worden wäre. Letztlich sei es jedoch so, dass entsprechende Prozesse i.d.R. nicht ohne systematische Organisation im Selbstlauf entstehen.

*„(...) Ich würde mich da nicht gegen wehren [gegen Beteiligungsprozesse, Anm. d. V.], also wenn, ich würde die niemals ausschließen, wenn sich das in dem Stadtteil so entwickelt hätte, dass dann auf einmal zwei oder drei Bürger gekommen wären und gesagt hätten, das ist eine tolle Idee, wir wollen hier mitmachen, dann hätte ich das begrüßt, ich hätte die wahrscheinlich sogar gefördert, so gut ich könnte, aber es kommt auch gar nicht von alleine dazu, dann müsste man richtig darum werben, und auch entsprechend arbeiten, das haben wir nie gemacht. Noch nicht mal in der Projektgruppe und weiter nach oben sowieso nicht.“ (kfS4, 164)*

Die Organisation von Beteiligungsprozessen erfolgte in KR insbesondere durch den Einbezug von Interessenvertretungen älterer Menschen und dem bürgerschaftlichen Engagement. So wurde berichtet, dass Senioreninitiativen in den kSG als Interessenvertreter älterer Zielgruppen aktiv in die Bearbeitung eingebunden wurden, um somit auch vor Ort größtmögliche Transparenz über die Arbeit der kGK sicherzustellen. Mit dem Bezug auf das bürgerschaftliche Engagement wurde zudem auch auf die Selbstorganisation der Bürger zurückgegriffen. Aus einer kreisweit etablierten Senioreninitiative habe sich beispielsweise in einem KR eine Seniorengruppe gebildet, die verschiedene Dienste (z.B. Handwerkerdienste, Besuchsdienste, Kinderbetreuungsdienste, Vorlesedienste usw.) u.a. „von älteren Menschen für ältere Menschen“ anbiete. Diese Organisation im Bereich des sozialen und bürgerschaftlichen Engagements sei unabhängig von der Kreisverwaltung und der kGK gegründet worden und biete nun, im Kontext der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ innerhalb der kGK, einen guten Ansatzpunkt für Maßnahmen.

Auch in einem weiteren KR nahm man auf Möglichkeiten der Selbstorganisation der Bürger Bezug, allerdings ging es hier perspektivisch darum, Senioren für eine Ausbildung im Bereich der Bewegungsförderung zu motivieren und zu aktivieren. Die Förderung des Ausbildungsbereichs sei in der AG der kGK durchaus vorgesehen gewesen, nicht zuletzt deshalb, weil dies eine kostenneutrale Möglichkeit sei, Angebote zu etablieren und gleichzeitig Betätigungsfelder für engagierte Ältere zu schaffen. An anderer Stelle plante man hingegen neben der Einbindung von Interessenvertretern älterer Zielgruppen außerdem eine Bedarfsabfrage zum Thema „Gesundheitsförderung“ bei älteren Zielgruppen. Man habe bereits positive Erfahrungen mit Bevölkerungsbefragungen zu anderen Themen gemacht und sehe darin eine Möglichkeit, den tatsächlichen Bedarf der älteren Menschen zu erfassen. In einem KR sollte mit einem zugehenden Ansatz der Gesundheitsförderung im Stadtteil auch darauf hingewirkt werden, „Betroffene zu Beteiligten zu machen“; dabei gehe es im Vorfeld darum, Kommuni-

kationswege zu erschließen und zu etablieren und die (älteren) „Betroffenen“ eng in die Maßnahmenplanung einzubinden.

Auch in den kfS erfolgte eine Beteiligung Älterer über Interessenvertreter, wobei hier die Seniorenvertretung/-beirat, die Verbraucherzentrale und ältere Menschen ohne institutionelle Anbindung benannt wurden. Im Rahmen der konzeptionellen Vorarbeit (z.B. Entwicklung von Handlungsempfehlungen) sei es dabei, so die Einschätzung einer kfS, ausreichend und „letztlich das einzig Praktikable“, Interessenvertreter älterer Menschen einzubinden. Auf der Ebene der kGK und der AG stelle die Umsetzung „wirklicher Bürgerbeteiligung“ eine Herausforderung dar; bei der Umsetzung von Maßnahmen auf Stadtteilebene würden sich - auch für ältere Menschen ohne institutionelle Anbindung - mehr Spielräume für Beteiligungsprozesse ergeben. Beispielsweise unterstütze man im Stadtteil die Mitwirkung Älterer, die sich ehrenamtlich im Bereich der Gesundheitsförderung für Ältere engagieren (z.B. Initiierung und Durchführung eines Spazierangebotes). Dabei handele es sich jedoch gegenwärtig eher um zufällige Kontakte; eine systematische und gezielte Akquise Ehrenamtlicher erfolge gegenwärtig nicht.

In einer anderen kfS wurden Beteiligungsmöglichkeiten für ältere Menschen bereits bei der Angebotsentwicklung von stadtteilbezogenen Bewegungsangeboten (z.B. Ausarbeitung von Spazierwegen) geschaffen. Nach der Erstellung eines „Beispielangebotes“ durch das Gesundheitsamt sollten ältere Bürger dazu motiviert werden, in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt für ihren eigenen Stadtteil ein vergleichbares Spazierangebot zu entwickeln.

*„(...) von daher war die Idee, (...), wir bieten das [die Entwicklung von Spazierwegen, Anm. d. V.] an und haben gleich gesagt, dass, wenn jetzt Interesse ist bei Leuten, die in einem anderen Stadtteil wohnen, zu sagen, das können wir bei uns auch machen, dann sollen die mit mir Kontakt aufnehmen und wir besprechen das und das dann aber die Initiative, so etwas weiter fortzuführen auf den eigenen Stadtteil bezogen, von den Seniorinnen und Senioren kommt. Und so sind jetzt weitere Wege entstanden (...). Und das ist dieses Prinzip, durch Anregung Leute zu motivieren, (...), weil in fast jedem Stadtteil ist irgendjemand, der oder die (...) vielleicht selber schon Führungen gemacht hat oder Interesse hat, also das ist ganz unterschiedlich. (...) und das ist das Prinzip, durch Anregung wird es aufgegriffen und für die eigenen Belange im Grunde umgesetzt. (...). (kfS9, 125-126)*

In kfS wurde auch mit Interessenvertretungen älterer Menschen zusammengearbeitet; dabei erwies sich insbesondere der Kontakt zum Seniorenbeirat als hilfreich, weil dieser über eine aktive Teilnahme an verschiedenen relevanten kommunalen Ausschüssen als Multiplikator agiere und somit auch die politische Unterstützung der Vorhaben der AG der kGK verbessere. Der Seniorenbeirat zeige sich zudem an dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ sehr interessiert; durch die Beteiligung der Geschäftsführung der kGK an den Sitzungen des Seniorenbeirates erhalte man zudem auch gute Einsicht in die Bedarfe Älterer, wie die folgenden Erfahrungen verdeutlichen:

*„(...), dadurch, dass ich auch manchmal im Seniorenbeirat anwesend bin, bekomme ich bestimmte Rückmeldungen, was Senioren und Seniorinnen auf den Nägeln brennt und durch die Bürgerin, die auch politisch gar nicht so eingebun-*

*den ist, die ist auch Betroffene halt, die erzählt auch manchmal ganz konkret. Das ist aber eine sehr fitte Seniorin, die ist auch schon fast achtzig, was man ihr gar nicht anmerkt, also die hat sich persönlich sehr fit gehalten, ist hoch engagiert, ist ehrenamtlich tätig und die sagt auch mal, was vor Ort nicht gut läuft. Mit Wohnungsgesellschaften beispielsweise, wenn man beim Thema Förderung sozialer Kontakte ist, dann erzählt sie sehr konkrete und hilfreiche Beispiele, was Wohnungsgesellschaften falsch machen.“ (kfS2, 59)*

Es wurde auch darüber berichtet, dass Projekte zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in Zusammenarbeit mit den Seniorenvertretern oder anderen Interessenvertretern älterer Zielgruppen vorbereitet, geplant und umgesetzt wurden:

*„(...), wenn wir bestimmte Projekte anbieten, dann ist das i.d.R. so, dass wir das mit den Seniorenvertretern zusammen machen oder besprechen. Ich sage mal ganz praktisch: ich habe eine Idee oder es ergibt sich eine Notwendigkeit, dass wir sagen, die und die Idee ist jetzt da, und dann setze ich mich mit der Seniorenvertretung zusammen, mit einer Seniorenorganisation im Stadtteil oder mit Teilen davon und wir sprechen das durch und daraus entsteht dann im Grunde ein Programm oder ein Projekt.“ (kfS9, 123)*

Während Beteiligungsprozesse auf der Ebene der kGK Gesamtkonferenz und in der AG der kGK vorwiegend auf die Einbindung von Interessenvertretungen älterer Zielgruppen begrenzt waren, boten sich auf der Ebene von stadtteilbezogenen Gremien, die in kfS zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ eingerichtet wurden, auch für ältere Bürger ohne institutionelle Anbindung vermehrt Mitwirkungsmöglichkeiten. Gute Erfahrungen habe man in kfS mit der Einrichtung eines stadtteilbezogenen Gremiums gemacht, an dem sich Interessenvertreter, seniorenbezogene Akteure oder ältere Bürger ohne institutionelle Anbindung grundsätzlich beteiligen können. Das Gremium biete die Möglichkeit, Bürgeranfragen und -interessen aufzugreifen und im Rahmen von Projektgruppen zu bearbeiten (z.B. Barrierefreiheit im Stadtteil).

*„(...), also wenn uns da [im stadtteilbezogenen Gremium, Anm. d. V.] jemand über den Weg läuft, der sagt, das finde ich aber toll, da mache ich mit, klar, der soll auch mitwirken, dafür ist das Gremium denke ich da, dass dann da auch die speziellen Bedürfnisse ausgesprochen werden und die werden dann natürlich übernommen in Arbeitsaufträge, nicht alles in Gruppen, aber eben auch in Arbeitsaufträge. Wenn dann gesagt wird, wir würden uns wünschen, dass man mal wieder überlegt, die ganze Barrierefreiheit am Marktplatz in dem Stadtteil in den Blick zu nehmen, dann wird beim nächsten Treffen dann jemand vom Bauamt der Stadtverwaltung eingeladen und dann wird genau dieses Problem dann auch besprochen, also das versuchen wir schon hinzubekommen. (kfS6, 104)*



Vorteilhaft für die Zusammenarbeit älterer Menschen im Rahmen von Beteiligungsprozessen sei es, wenn man auf konkrete Themen und Fragestellungen Bezug nehmen könne und Möglichkeiten zur Lösung alltagsrelevanter Probleme der Zielgruppe geschaffen werden:

*„Das ist natürlich von den Menschen abhängig, aber grundsätzlich läuft die Zusammenarbeit dann gut, wenn die Leute tatsächlich konkret etwas profitieren für ihren Alltag für ihr Leben dort, dann läuft es eigentlich am besten, wenn das eher abstrakte Probleme sind, ja dann ist es eher schwierig und wie gesagt, möglichst konkret und projektbezogen, dann läuft das meistens ganz gut.“ (kfS6, 110)*

Eine weitere Konkretisierung von Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung war in einer weiteren kfS auf Stadtteilebene ebenfalls in einem lokalen Gremium geplant. Da es sich um einen offenen Entwicklungsprozess handelte, waren die möglichen Beteiligungsformen zum Befragungszeitpunkt jedoch noch relativ offen, letztlich ginge es aber darum, „Betroffene zu Beteiligten“ zu machen:

*„Und da, (...), wenn wir vor Ort sind und da ein Gremium ist, dann hat man die Möglichkeit auch (...) mit älteren Bürgerinnen und Bürgern oder diejenigen, die Interesse daran haben, ins Gespräch zu kommen und das macht dann ja auch Sinn und die kennen ja die Gegebenheiten vor Ort und können sagen, es muss auch mal Möglichkeiten geben, wenn ältere Leute aus dem Haus gehen. Vor allen sozial benachteiligte Ältere, die erledigen ihre Besorgungen zu Fuß, die haben auch kein Auto (...), die sind darauf angewiesen, ihre Besorgungen fußläufig zu machen und dann muss man sich mal da alles ansehen und analysieren (...) und da kann man die Bürgerinnen und Bürger vor Ort viel besser beteiligen, das schwebt mir vor. Wie das genau läuft, das wird sich entwickeln, da habe ich vollstes Vertrauen in diesen Prozess (...).“ (kfS2, 50)*

In den Kreisen erfolgte bei der Gestaltung von Beteiligungsprozessen überwiegend eine Bezugnahme auf Interessenvertreter; positiv wurde dabei die hohe Bereitschaft zur Beteiligung einzelner Akteure (z.B. Senioreninitiativen in den kSG; Selbsthilfegruppen) an der Umsetzung von Maßnahmen und Angeboten zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ bewertet. Auch der enge Austausch mit dem Seniorenrat, der häufig zusätzliche Fragestellungen und weitere Facetten in die Diskussion einbrachte, wurde als hilfreich und nützlich erlebt.

Hinderliche Faktoren bei der Organisation von Beteiligungsprozessen für ältere Menschen wurden in den KR zum einen in der Kommunikation, zum anderen in dem damit verbundenen höheren zeitlichen Aufwand gesehen. Beispielsweise wurde berichtet, dass sich bei der Einführung des Themas zunächst eine skeptische Haltung des Seniorenrates abzeichnete, woraufhin eine weitere Vertiefung des Themas erfolgte und ein guter Austausch mit dem Seniorenrat etabliert werden konnte. An anderer Stelle wurde hingegen darauf Bezug genommen, dass z.B. bei der Beteiligung von Selbsthilfegruppen Prozesse zum Teil verzögert wurden, wenn z.B. Themen ausführlicher erklärt werden mussten.

In den kfS wurden eine fehlende Beteiligung, die Kommunikation, der zeitliche Aufwand und die Einstellung Älterer als Hindernisse angeführt. So wurde berichtet, dass die Seniorenver-

tretung in der kGK „eher unsichtbar“ sei. Aufgrund zahlreicher Verpflichtungen in unterschiedlichen kommunalen Gremien und begrenzter personeller Kapazitäten könne die Seniorenvertretung gegenwärtig eine Beteiligung an der kGK nicht gewährleisten. Ähnliche Erfahrungen lagen auch aus anderen kfS vor; man wünschte sich mehr Engagement seitens des Seniorenbeirates, auch im Hinblick auf eine aktive Unterstützung der Maßnahmenumsetzung in der kGK. Auch Kommunikationsprobleme zwischen Interessenvertretungen und kGK wurden angeführt; neben Problemen bei der Informationsweiterleitung (z.B. Informationsfluss der Mitglieder der Gesamtkonferenz zu ihren jeweiligen Organisationen), zeigten sich auch auf der sprachlichen Ebene Herausforderungen, wie folgendes Beispiel verdeutlicht:

*„Das geht auch in die Richtung [Partizipation, Anm. d. V.], also wenn wir bei dem Seniorenbeirat zu einem Thema berichten, (...), da habe ich auch eingangs gesagt, dass das für mich immer eine Herausforderung ist, da zu berichten, weil man die Profisprache und -perspektive verlassen muss. (...), aber da merkt man das immer, dass man doch ziemlich in dieser Fachsprache und -kommunikation ist, und ich sehe das auch kritisch, das ist der schwächste Punkt, auch in der Gesundheitskonferenz, die Nutzerseite zu berücksichtigen, dass sie genauso sprachgewaltig sind, das ist aber natürlich nicht so.“ (kfS3, 167)*

*„Aber man darf sich nichts vormachen, das ist nicht so einfach. Weil der [ein Vertreter aus dem Seniorenbeirat, Anm. d. V.] natürlich nicht in die Fachdiskussion in der Weise einsteigt, sondern er steigt dann mit Beispielen ein. Das ist in so einem Diskussionszusammenhang manchmal schwer, das mit rein zu nehmen.“ (kfS3, 169)*

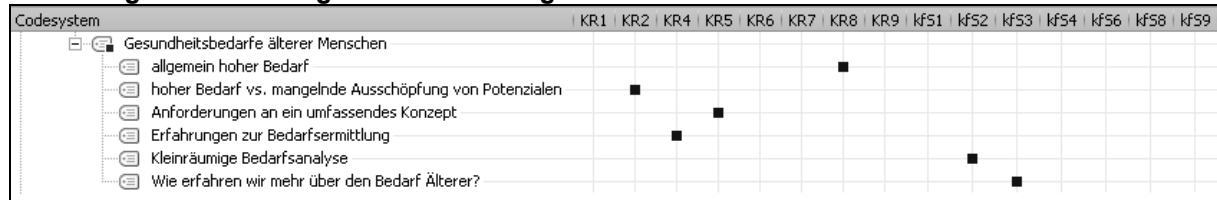
Darüber hinaus wurde der hohe zeitliche Aufwand für die Begleitung der Bürger im Rahmen von Beteiligungsprozessen als Schwierigkeit angesehen. Die Beteiligung von Bürgern würde eine kontinuierliche Begleitung (z.B. Kontaktpflege, Beratung, Einbindung) erfordern, die von der Geschäftsstelle der kGK aufgrund des damit verbundenen zeitlichen Aufwands nicht geleistet werden könne. „Wirkliche“ Partizipation - im Sinne von Mitbestimmung und Entscheidungskompetenz - sei politisch zudem i.d.R. nicht gewollt.

Hinderlich auch für Beteiligungsprozesse sei zudem eine eher ablehnende Einstellung Älterer gegenüber einer gesundheitsbewussten Lebensweise, die sich durch Rückzug, Inaktivität und fehlende Motivation Älterer für Verhaltensänderungen zeige („das brauche ich nicht mehr“, „das lohnt sich für mich nicht mehr“, „das habe ich schon immer so gemacht“):

*„(...), aber es hat auch etwas mit der Einstellung zu tun, dass einige Ältere sich ein Stück darauf (...) zurückziehen wie, ach, das brauche ich jetzt nicht mehr oder ich habe das schon immer so gemacht. Deswegen ist eine Aussage, die ich immer mache, egal wie alt man ist, es ist nie zu spät, sein Leben gesundheitsbewusster zu gestalten oder auch, dass es, auch wenn ich 80 oder 85 bin, noch lohnt, mal über Ernährung nachzudenken. Also da ziehen sich dann doch einige oder sagen wir mal die Hälfte ist das vielleicht, darauf zurück, ach ja, für mich lohnt das nicht mehr. Also die haben sich so eingerichtet und da die Beweglichkeit auch jetzt im Kopf, sich da erst mal mit neuen Sachen auseinander zu setzen, das ist schon eine Hürde.“ (kfS9, 135)*

Im Zusammenhang mit der Beteiligung und Mitwirkung älterer Menschen im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde von einigen befragten kGKn auch die Bedarfslage älterer Menschen sowie Möglichkeiten der Bedarfsermittlung thematisiert (vgl. Abb. 25 und Tab. 62).

**Abbildung 25: Bedarfslage und –ermittlung**



Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

**Tabelle 62: Partizipation – Bedarfslage und –ermittlung**

	KR	kfS
Bedarfslage	<ul style="list-style-type: none"> <li>– allgemein bekannt: hoher Bedarf vs. mangelnde Ausschöpfung gesundheitsförderlicher Potenziale</li> <li>– bestehender hoher Bedarf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wenig Wissen über den Präventionsbedarf älterer Menschen "vor Ort"</li> </ul>
Bedarfsermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– eine wesentliche Anforderung an ein umfassendes Konzept zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen (empfehlenswert)</li> <li>– Durchführung einer Bevölkerungsbefragung, um die Bedarfe der älteren Menschen zu ermitteln und die Akzeptanz der Angebote zu erhöhen (geplant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kleinräumige Bedarfsanalyse und Konkretisierung der Ziel-/Altersgruppen (geplant)</li> <li>– Durchführung einer Bedarfsabfrage und anschließende Maßnahmenentwicklung (geplant)</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Im Hinblick auf die Bedarfslage wurde in den KR auf den allgemein bekannten und als hoch eingeschätzten Bedarf älterer Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung eingegangen. Dabei wurde beispielsweise thematisiert, dass dem allgemein hoch eingeschätzten Bedarf häufig eine mangelnde Ausschöpfung gesundheitsförderlicher Potenziale gegenüberstehe. Unabhängig davon sei zu berücksichtigen, dass die Motivation älterer Menschen zur tatsächlichen Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen unterschiedlich sei und dass ein wesentliches Problem darin bestehe, ältere inaktive Menschen zur Aufnahme entsprechender Maßnahmen zu motivieren.

In einem anderen KR wurde hingegen darauf Bezug genommen, dass der hoch eingeschätzte Bedarf Älterer im Bereich der Gesundheitsförderung gesellschaftlich bekannt und akzeptiert sei, was sich auch förderlich auf die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auswirke. Gute Erfahrungen habe man damit gemacht, im Vorfeld der Maßnahmenentwicklung Möglichkeiten und Interessenlagen von Senioren zu erfassen. Eine Bedarfsermittlung sei, so ein weiterer KR, insbesondere dann empfehlenswert und unabdingbar, wenn man ein umfassendes Konzept zur Gesundheitsförderung erstellen wolle; die ältere Bevölkerung selbst müsse Gelegenheit erhalten, ihren Bedarf zu äußern und darstellen zu können.

In einem anderen KR war auch bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ die Durchführung einer Bedarfsermittlung durchaus vorstellbar, zumal man bereits Erfahrungen zur Bedarfsermittlung innerhalb der Bevölkerung gesammelt hatte. Bei einer Bevölkerungsbefragung zum Thema „Lebensphase Alter“ wurden dabei unterschiedliche Erwartungen der verschiedenen Altersgruppen deutlich (z.B. unterschieden sich die Einschätzungen jüngerer Befragter zu ihrem erwarteten Hilfebedarf im Alter deutlich von den Erwartungen älterer Menschen). Wenn eine Einbindung von Interessenvertretern älterer Menschen nicht möglich oder ausreichend wäre, sollte ggf. eine Bevölkerungsbefragung durchgeführt werden, um die Bedarfe der älteren Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung zu ermitteln und die Akzeptanz der Angebote zu erhöhen.

In einer kfS wurde darauf hingewiesen, dass eine kleinräumige Bedarfsanalyse im weiteren Verlauf geplant sei. Der Bedarf älterer Menschen sollte auf Stadtteilebene ermittelt werden und dementsprechend eine weitere Konkretisierung von Maßnahmen erfolgen. Außerdem gehe es auch darum, z.B. Ziel- und Altersgruppen zu präzisieren. An anderer Stelle wurde berichtet, dass man insbesondere an der lokalen Bedarfslage älterer Menschen interessiert sei und man mehr über den Bedarf älterer Menschen im Bereich Bewegung erfahren wolle. Dabei habe man sich u.a. dafür entschieden, eine Bedarfsabfrage und anschließende Maßnahmenentwicklung durchzuführen. Diesbezüglich zeichneten sich zum Befragungszeitpunkt jedoch neben Fragen des methodischen Vorgehens (z.B. schriftliche oder mündliche Befragung, persönlich oder telefonisch, erwartbarer Rücklauf) insbesondere Finanzierungsprobleme ab, in deren Folge von der Durchführung einer eigenen Erhebung wahrscheinlich Abstand genommen werden musste.

Eine weitere Alternative wurde in kfS jedoch darin gesehen, auf Rückmeldungen aus stadtteilbezogenen Projekten (z.B. Erfahrungen aus Gesprächen mit älteren Menschen) zurückzugreifen. Auf diesem informellen Weg könne man auch sehr wertvolle Hinweise erhalten; z.B. habe man aus Sicht älterer Teilnehmer eines Aktionstages erfahren, dass Unterschiede in der Akzeptanz von Bewegungsangeboten in Abhängigkeit von der Art der vorherigen Berufstätigkeit bestehen können.

*„(...) da [bei einem Aktionstag, Anm. d. V.] finden auch Gespräche statt und da kommen auch neue Erkenntnisse. Also dass z.B. Sport und körperliche Betätigung von vielen Leuten, die beruflich lange eine körperliche Arbeit gemacht haben, dass sie sagen, "lass meine Knochen jetzt mal in Ruhe", also die sagen, „ich will mich jetzt nicht mehr schinden“, das ist sicherlich ein Unterschied zu Leuten, die am Schreibtisch arbeiten, und die unterschwellig immer wissen, dass der Bewegungsanteil zu kurz kommt und ich tue mir auf jeden Fall etwas Gutes. Und solche Dinge mitzudenken, die man nicht nur über eine wissenschaftliche Befragung herausbekommt.“ (kfS3, 99)*

### **8.4.4 Zusammenfassung Teil D**

Als Kernelemente der Gesundheitsförderung wurden in der vorliegenden Arbeit die kommunalpolitische Bedeutung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“, die (intersektorale) Kooperation und die Partizipation der Zielgruppe identifiziert und untersucht. Die Erfahrungen der kGKn zu diesen Aspekten stellten sich für Erstgenanntes ähnlich, für die beiden letztgenannten Themen durchaus unterschiedlich dar.

Zur Einordnung der kommunalpolitischen Bedeutung der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde danach gefragt, ob zu diesem Thema kommunalpolitisch relevante Beschlüsse vorlagen und welche personellen Verbindungen zur kommunalpolitischen Ebene bestanden. Dabei zeigte sich für alle KR und kfS, dass ein Beschluss zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK vorlag. Zudem konnte im Allgemeinen eine direkte Verbindung zur kommunalpolitischen Ebene darüber hergestellt werden, dass Vertreter der politischen Fraktionen als Mitglieder an der kGK beteiligt sind. Auf diese Weise bestand für die kGK ein direkter Zugang zu Ansprechpartnern der politischen Ebene. Daraus ergaben sich zum einen für die politischen Fraktionen Steuerungsmöglichkeiten in die kGK hinein (z.B. über die Beteiligung an der Beschlussfassung der kGK); zum anderen erfolgte auf diese Weise auch eine Berichterstattung und Verbreitung von Themen durch die Vertreter in die eigenen Parteizusammenhänge und darüber hinaus in weitere kommunale politische Ausschüsse hinein.

Im Hinblick auf eine darüber hinaus gehende Einbindung des Themas in kommunalpolitische Zusammenhänge (z.B. Erwirkung kommunalpolitischer Beschlüsse und Beantragung/Bereitstellung kommunaler Ressourcen) zeigten sich Unterschiede. In KR und kfS lagen lediglich in Einzelfällen über die Beschlussfassung der kGK hinausgehende Kreistags- oder Ratsbeschlüsse vor. Gründe für das Fehlen weiterer kommunalpolitischer Beschlüsse bestanden in KR und kfS gleichermaßen darin, dass diese nicht oder zum Befragungszeitpunkt noch nicht angestrebt wurden, oder in der Anbindung des Themas an andere Beschlussvorlagen oder kommunalpolitische Ziele. Aber auch eine bereits bestehende hohe Akzeptanz des Themas durch die Politik konnte dazu führen, dass die Verbreitung und Information innerhalb eines Fachausschusses gegenüber der Beschlussfassung im Vordergrund standen. „Hindernisse“ für eine kommunalpolitische Beschlussfassung konnten sich zudem auch auf eine (prekäre) kommunale Haushaltslage beziehen und dazu führen, dass von einer Beschlussvorlage grundsätzlich abgesehen wurde. Aber auch organisatorische Rahmenbedingungen wirkten sich negativ aus wie z.B. unterschiedliche Tagungsrhythmen kommunaler Gremien und kommunalpolitischer Ausschüsse. Eine politische Einbindung zeigte sich in kfS auch darin, dass die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ (un-)mittelbar im Auftrag politischer Fraktionen erfolgte.

(Intersektorale) Kooperationen sind im Allgemeinen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung; im Rahmen der Untersuchung wurden in Bezug auf die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ die Zusammenarbeit innerhalb der kGK (wichtige und fehlende Partner, Bewertung der Zusammenarbeit), die interkommunale Zusammenarbeit und die Zusammenarbeit mit nicht-kommunalen Partnern betrachtet. Bei der Frage nach den fünf wichtigsten Kooperationspartnern bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK wiesen die Nennungen aus KR und kfS vielfältige Überschneidungen auf. So wurden beispielsweise lokale Bildungsträger, Interessenvertretungen älterer Menschen, Vertreter lokaler Parteien, Krankenhäuser (z.B. Geriatrie), Krankenkassen und der Kreis- bzw. Stadtsporthund von KR und kfS gleichermaßen benannt. Auch andere Verwaltungsbereiche, niedergelassene Ärzte, die Gesundheitswirtschaft und Wohlfahrtsverbände sowie wissenschaftliche Begleitung und Hochschulen wurden von KR und kfS benannt, allerdings zeigten sich hier z.T. leichte Differenzierungen (z.B. niedergelassene Fachärzte in den KR und niedergelassene „Hausärzte“ in den kfS). Andere Partner wurden jeweils ausschließlich von KR oder kfS angeführt. Für die Kreise waren dies – neben kreisangehörigen Städte und Gemeinden - Anbieter der Be-

wegungsförderung (z.B. Vereine), Krankenhäuser (z.B. Bereich Rehabilitation), Arbeitskreis der Heimleitungen, Pflegeeinrichtungen, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung. In den kfS wurde zusätzlich auf Selbsthilfevertreter und –gruppen Bezug genommen, Apotheken, Wohnungsbaugesellschaften und Industrie- und Handelskammer, Unternehmerverbände (Zusammenarbeit im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung für Ältere). Kennzeichnend für die Kooperationsbeziehungen innerhalb der kGK war, dass einerseits Kooperationspartner je nach Themenschwerpunkt variierten und diese, insbesondere bei Projektarbeit, häufig nur für einen begrenzten Zeitraum für die kGK von Bedeutung waren. Andererseits zeigten sich für andere Partner, beispielsweise ortsansässige Krankenkassen, Konstanz und eine nahezu durchgehende Beteiligung.

Auch bei der Bewertung der Zusammenarbeit mit den genannten Kontakten wurde aus KR und kfS über einen weitgehend problemlosen Umgang ebenso berichtet wie über weniger gelingende Kooperationen. Positive Bewertungen in KR bezogen sich z.B. auf langjährige Kooperationsstrukturen mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens, die sich im Kontext der kGK entwickelt hatten und auch für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ „aktiviert“ werden konnten. Das Ausmaß und die Kontinuität der Beteiligung an der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde – je nach Interessenslage der Kooperationspartner - unterschiedlich bewertet; hohes Engagement einzelner Kooperationspartner stand dabei der Nichtbeteiligung einzelner Akteure, auch wenn es für diese eigentlich von Interesse wäre, gegenüber.

Andere KR berichteten auch über erfolgreiche Kooperation mit verwaltungsexternen Partnern (z.B. Hochschule). Auch in den kfS wurde über eine gute Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Partner berichtet; diese zeigte sich z.B. mit Pflegeheimen, Pflegediensten, der Gesundheitswirtschaft und der Selbsthilfe. Hindernisse der Zusammenarbeit wurden beispielsweise in den Konkurrenzen der Mitglieder der kGK untereinander (z.B. Krankenhäuser, Krankenkasse) gesehen oder in der mangelnden Unterstützung bei der praktischen Umsetzung von Vorhaben seitens der Kommunalpolitik. Verwaltungsinterne Probleme wurden zum einen darin gesehen, dass wenig Interesse für die Belange älterer Menschen gezeigt werde. Zum anderen wurde auf Abgrenzungen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen Bezug genommen. Als Herausforderung erweise sich dabei die Überwindung der traditionell alleinigen Zuständigkeit des Sozialamtes für die Zielgruppe ältere Menschen und damit assoziierten Themen. Dementsprechend wurden inhaltliche Impulse zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen seitens der kGK durch das Sozialamt durchaus als gewöhnungsbedürftig angesehen; auch die Zugangsweise der kGK und der zugrunde liegende umfassende Gesundheitsbegriff standen im Kontrast zur vorwiegend pflegerischen Ausrichtung des Sozialamtes.

Im Hinblick auf die interkommunale Zusammenarbeit zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ berichteten KR vorwiegend über einen Erfahrungsaustausch im kollegialen Kreis (z.B. im Rahmen der Regionalgruppen der kGK in NRW oder mit einzelnen benachbarten Kreisen). Auch in den kfS wurde der interkommunale Erfahrungsaustausch sowohl innerhalb der Gruppe der kGKn in NRW als auch über bundes- bzw. landesweite Gremien angeführt; wie in den KR erfolgte der Erfahrungsaustausch vorwiegend über die Regionalgruppen der kGK. Eine anlassbezogene interkommunale Zusammenarbeit zeigte sich in KR wie kfS; dabei handelte es sich in KR um eine themenbezogene Zusammenarbeit (z.B. überregionale Fortbildungsveranstaltungen), in kfS um eine „kleinräumige“, projektbezogene Zusammenarbeit (z.B. gemeinsames stadtteilbezogenes Projekt mit einer Nachbarstadt). In den kfS lagen darüber hinaus Erfahrungen zur Erprobung einer arbeitsteiligen Zusammenarbeit

in einem kollegialen Kreis zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ vor. Neben dem Erfahrungsaustausch und der Wissenssammlung erfolgte hier die Erprobung einer arbeitsteiligen Projektentwicklung und –umsetzung.

Erfahrungen bei der Beteiligung älterer Menschen im Kontext der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ können für KR und kfS in drei übergeordnete Kategorien eingeordnet werden: keine Beteiligungsprozesse, Beteiligung über unterschiedliche Akteure oder Maßnahmen und geplante Beteiligungsprozesse. Fehlende Beteiligungsprozesse waren in KR und kfS darauf zurückzuführen, dass diese bei der Konzeption und Planung von Maßnahmen nicht vorgesehen waren und dementsprechend nicht berücksichtigt wurden. Beteiligung über unterschiedliche Akteure oder Maßnahmen bezog sich in den KR auf Interessenvertreter (z.B. Einbindung von Senioreninitiativen in den kSG, Seniorenvertreter) und die Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements (z.B. Selbstorganisation der Bürger). Geplante Beteiligungsmöglichkeiten umfassten ebenfalls den Einbezug von Interessenvertretern (z.B. Seniorenvertretung, Seniorenbeirat), eine Bedarfsabfrage (z.B. Bevölkerungsbefragung), die Unterstützung des freiwilligen Engagements (z.B. Förderung der Ausbildung) und den Grundsatz, „Betroffene zu Beteiligten machen“ (Kommunikationswege erschließen und etablieren, Einbindung in die Maßnahmengestaltung).

In kfS zeigte sich ein ähnliches Bild: hier erfolgte die Beteiligung über Interessenvertreter (Seniorenvertretung/Seniorenbeirat und deren Mitwirkung an Vorbereitung, Planung und Umsetzung von Projekten oder deren politische Unterstützung; ältere Bürger, Verbraucherzentrale). Auch die Unterstützung des freiwilligen Engagements spielte eine Rolle (z.B. Unterstützung einzelner Bürger, die sich im Bereiche der Gesundheitsförderung engagierten, Beteiligung älterer Bürger bei der Entwicklung von stadtteilbezogenen Bewegungsangeboten), ebenso wie die Aufnahme von Bürgeranfragen/-interessen im Stadtteil (ältere Teilnehmer eines stadtteilbezogenen Gremiums mit und ohne institutionelle Anbindung). Kommunen, die zum Befragungszeitpunkt Beteiligungsprozesse planten, sahen einen Weg darin, Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung auf Stadtteilebene zu konkretisieren; handlungsleitend sollte dabei auch der Grundsatz, „Betroffene zu Beteiligten machen“ sein (Beteiligung älterer Bürger vor Ort an einem stadtteilbezogenen Gremium).

Im Hinblick auf Beteiligungsprozesse wurde in den Kreisen insbesondere die hohe Bereitschaft zur Beteiligung einzelner Akteure (z.B. Senioreninitiativen in den kSG; Selbsthilfegruppen) an der Umsetzung von Maßnahmen und Angeboten zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ positiv bewertet. Rückmeldungen und Hinweise von Interessenvertretern (z.B. Seniorenrat, aber auch ältere Menschen ohne institutionelle Anbindung) wurden auch in den kfS geschätzt. Hinderliche Faktoren im Kontext von Beteiligungsprozessen bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurden in den KR zum einen in der Kommunikation gesehen, zum anderen in dem z.T. damit verbundenen höheren zeitlichen Aufwand. In den kfS wurden eine fehlende Beteiligung, die Kommunikation, der zeitliche Aufwand und die Einstellung Älterer angeführt. Eine fehlende Beteiligung konnte zum einen auf fehlende personelle Ressourcen, zum anderen auf fehlendes Engagement zurückgeführt werden. Kommunikationsprobleme bestanden bei der Informationsweiterleitung (z.B. Informationsfluss der Mitglieder der Gesamtkonferenz zu ihren jeweiligen Organisationen), aber auch auf sprachlichen Ebene („Laien“sprache und Fachbegriffe z.B. Integration von Beispielen eines Laien in den Diskussionszusammenhang und die Fachsprache/-wissen der kGK). Darüber hinaus wurde der hohe zeitliche Aufwand für die Begleitung der

Bürger im Rahmen von Beteiligungsprozessen als Herausforderung und Hindernis angesehen.

Eine Bedarfsermittlung wurde aus Sicht der KR als eine wesentliche und empfehlenswerte Anforderungen an ein umfassendes Konzept zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gesehen; zum Befragungszeitpunkt war hier vereinzelt die Durchführung einer Bevölkerungsbefragung geplant, um die Bedarfe der älteren Menschen zu ermitteln und die Akzeptanz der Angebote zu erhöhen. In den kfS waren zum Befragungszeitpunkt zum einen eine kleinräumige Bedarfsanalyse und Konkretisierung der Ziel-/Altersgruppen, zum anderen die Durchführung einer Bedarfsabfrage und anschließende Maßnahmenentwicklung auf Stadtteilebene geplant. Neben fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten erwiesen sich ragen des methodischen Vorgehens (z.B. schriftliche oder mündliche Befragung, persönlich oder telefonisch) und ein voraussichtlich geringer Rücklauf als Hindernisse für die Durchführung von Bevölkerungsbefragungen.



## 8.5 Reflexion und Perspektiven (Teil E)

Abschließend wurden die Geschäftsstellenleitungen der untersuchten kGKn darum gebeten, vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Erfahrungen Empfehlungen für die Arbeits- und Herangehensweise zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zu formulieren. Darüber hinaus wurden die Befragten um eine Bewertung förderlicher wie hinderlicher Rahmenbedingungen sowie um eine Einschätzung der gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungssituation im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen gebeten.

### 8.5.1 Umsetzungsempfehlungen

Von den befragten Geschäftsstellenleitungen wurden unterschiedliche Umsetzungsempfehlungen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ formuliert (vgl. Tab. 63).

**Tabelle 63: Bearbeitungsempfehlungen KR und kfS**

		KR	kfS
Unterschiede in den Verhältnisse „vor Ort“		/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– unterschiedliche kommunale Organisationsstrukturen (z.B. verwaltungsinterne Zuständigkeiten)</li> <li>– Bündnis- und Kooperationspartner</li> <li>– politische Unterstützung</li> </ul>
gleiche Ausgangsvoraussetzungen		/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– demografische Entwicklung</li> <li>– hohe Bedeutung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen für alle Kommunen</li> </ul>
Bearbeitung in der kGK	ungeeignete Organisationsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Thema nicht ausschließlich auf Füße der kGK stellen: Auswahl des geeigneten Gremiums daran orientieren, wo das Thema gut angenommen wird</li> <li>– längerfristige Bearbeitung in der kGK nicht realistisch</li> </ul>	/
	geeignete Organisationsstruktur	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kGK und AG bieten die Möglichkeit, das Thema gemeinsam mit allen relevanten Akteuren zu bearbeiten z.B. Bearbeitung des Themas in Kooperation mit dem Seniorenbeirat, der PK und relevanten Ämtern</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Fortsetzung Tab. 63: Bearbeitungsempfehlungen KR und kfS

		KR	kfS
Langfristiger und umfassender Arbeitsansatz  <i>empfehlenswerte, aber aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht realisierte Ansätze</i>	intersektorale Bearbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mehrjähriger Prozess der Konzeptentwicklung und Bearbeitung</li> <li>– Erstellung eines „Masterplans“, (Vorgehensweise, benötigte Ressourcen)</li> <li>– Einbezug unterschiedlicher Verwaltungsbereiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ansatz der Age-Friendly-cities</li> <li>– wir (Verwaltung und politische Vertreter) wollen unsere Stadt „age friendly“ machen und da ziehen wir alle an einem Strang“</li> </ul>
	Nutzerorientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Berücksichtigung der Bedarfe/Bedürfnisse älterer Menschen</li> </ul>	/
	generationenübergreifender Ansatz	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „Gesundheit von Kindern und älteren Menschen“ inkl. der Frage nach einer neuen Sinnstiftung für die Lebensphase Alter</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Obwohl in Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung und die damit verbundene hohe Relevanz des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in nahezu allen Kommunen gleiche oder zumindest ähnliche Ausgangsvoraussetzungen bestehen, wurde in kfS betont, dass man bei der Ausgestaltung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in den kommunalen Bezügen Unterschiede in den Verhältnissen „vor Ort“ berücksichtigen müsse und nur schwerlich (allgemeingültige) Empfehlung aussprechen könne. Neben unterschiedlichen kommunalen Organisationsstrukturen (z.B. verwaltungsinterne Zuständigkeiten), müssen auch weitere Rahmenbedingungen wie z.B. die politische Unterstützung der Vorhaben gegeben sein. Ebenso sei es bedeutsam, dass man „vor Ort“ über Bündnis- und Kooperationspartner für das Thema verfüge.

KR und kfS thematisierten zudem die Frage der Angemessenheit der kGK für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“; dabei wurden Vor- und Nachteile einer überwiegend punktuellen Bearbeitung, wie sie in kGK üblich sei, einem längerfristigen und umfassenden Arbeitsansatz außerhalb der kGK gegenübergestellt.

KR und kfS schätzten die Eignung der Organisationsstruktur der kGK für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ unterschiedlich ein. Dabei wurde die kGK in KR als weniger geeignet angesehen. Die kGK erweise sich u.U. deshalb als weniger geeignetes Gremium, weil das Thema Gesundheitsförderung sehr breit gefächert sei. Hier sei es für die Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit der kGK unbedingt erforderlich, die Bearbeitung vorzubereiten, einzugrenzen und zu strukturieren. Letztlich sollte man die Auswahl eines geeigneten Gremiums daran orientieren, ob das Thema gut angenommen werde. Beispielsweise sei es auch empfehlenswert, dass Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in verschiedenen lokalen Gremien zu platzieren und dieses „*nicht ausschließlich auf die Füße der Gesundheitskonferenz*“ (KR4, 110) zu stellen.

In anderen KR sah man hingegen weniger inhaltliche, sondern vielmehr organisatorisch zeitliche Rahmenbedingungen der kGK als hinderlich an, die gegenwärtig nur eine punktuelle

Bearbeitung von Themen in der kGK zuließen. Man habe damit lediglich einen Einstieg in das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ geschaffen; für eine angemessene Bearbeitung dieses Themas benötige man jedoch mehr Zeit und Ressourcen sowie eine entsprechende konzeptionelle Ausarbeitung.

Aus Sicht der kfS wurde die kGK hingegen als geeignete Plattform angesehen, um das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auf kommunaler Ebene zu bearbeiten. Die kGK und die AG boten die Möglichkeit das Thema gemeinsam mit allen relevanten Akteuren zu bearbeiten (z.B. in Kooperation mit dem Seniorenbeirat, der Pflegekonferenz und anderen relevanten Verwaltungsbereichen).

Vor dem Hintergrund, dass mit der Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderungsmaßnahmen grundsätzlich ein langfristiger Prozess zu verbinden sei, wurde in KR und kfS darauf hingewiesen, dass ein umfassender Ansatz gegenüber der punktuellen Bearbeitung in der kGK für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ angemessen und wünschenswert wäre. In diesem Zusammenhang wurden verschiedene Empfehlungen ausgesprochen, die aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen von den Befragten bislang jedoch nicht realisiert wurden. So wurde für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ z.B. empfohlen, einen mehrjährigen Prozess vorzusehen, der die Erstellung eines umfassenden kommunalen Konzeptes - unter Einbezug aller relevanten Akteure und einschließlich der Bereitstellung kommunaler Ressourcen – umfassen sollte.

*„(...) Und das ist immer das Problem, aber wir springen ja manchmal so von Thema zu Thema, das ist eigentlich obligatorisch für eine Gesundheitskonferenz, dass sie nicht über fünf Jahre planen kann, sondern immer wieder neue Themen kommen, so dass sich kurzfristig etwas ändert. Aber wenn man das außerhalb der Gesundheitskonferenz betrachten würde, dann müsste man im Prinzip als Gemeinde ein Konzept aufstellen mit vielen Beteiligten zusammen, was auch wirklich eine Chance hat, über mehrere Jahre durchgeführt zu werden, um dann auch tatsächlich zu sehen, was man damit erreichen kann.“ (KR5, 136)*

Zentral wäre dabei die Berücksichtigung eines intersektoralen Ansatzes, unterschiedlicher Aspekte der Gesundheitsförderung für Ältere (z.B. soziale Aspekte, vulnerable älterer Zielgruppen) sowie der Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen:

*„(...) ‚Älter werden‘ zieht sich durch alle Ämter, durch alle Bereiche, durch alle Verwaltungen und da muss so etwas mit einfließen, auch der soziale Aspekt muss mit einfließen. Armut im Alter ist der eine Punkt, wenn ich etwas anbiete, welche Zielgruppe erreiche ich überhaupt, wer kann sich das leisten, ich muss Kompensationsmöglichkeiten schaffen, das gehört in ein so großes Konzept hinein und dann hat es (...) Erfolg. Aber dann steht ja noch der alte Mensch da, der das auch annehmen müsste. Aber wir haben im Prinzip aufgrund des demografischen Wandels (...) auch eine ganz andere Klientel als vor zehn, zwanzig Jahren. (...). (...), heute sind die Menschen anders, (...), das ist vielleicht auch eine gewisse Eigendynamik durch die Älteren, die das auch einfordern. Und die [Älteren, Anm. d. V.] müssen sagen, was sie wollen und die müssen wirklich auch den Bedarf darstellen. Nicht wir müssen denken, was die vielleicht brauchen, sondern das sollte mit in ein solches Konzept rein.“ (KR5, 138-139)*

In kfS wurde ebenfalls eine intersektorale Bearbeitung des Themas als Idealvorstellung beschrieben. Besonders geeignet wäre dabei die Einrichtung eines Steuerungsgremiums auf höchster Ebene, an dem alle relevanten Akteure, einschließlich Politik und Dezernat, unter der Perspektive der gemeinsamen Erarbeitung einer Gesamtstrategie „altenfreundliche Stadt“ beteiligt werden. Ausgehend von der Entscheidungsebene würden dann nach und nach die für die Umsetzung der Gesamtstrategie relevanten Akteure und Träger angesprochen (z.B. Wohlfahrtsverbände) und um eine Beteiligung gebeten. Dabei sei es für die Gewinnung von Kooperationspartnern wichtig, entsprechende Anreize herauszustellen (z.B. daraus entstehende eigene Vorteile, kostenlose Qualifizierungsangebote) und Win-Win-Situation anzustreben. Zu berücksichtigen sei dabei jedoch, dass das ein langfristiger Prozess sei, für den, je nach Umfang der Themen, auch die Größe der Projektgruppe gewählt werden müsse. An anderer Stelle wurde ein generationenübergreifender Ansatz angeführt, worunter eine Kombination der Bearbeitung des Themas Gesundheit/Gesundheitsförderung für jüngere und ältere Zielgruppen (Kinder und ältere Menschen) verstanden wurde. In diesem Zusammenhang bestehe eine wesentliche Herausforderung darin, Sinnstiftung für die Lebensphase Alter zu schaffen.

*„Aber wenn eine Kommune meinetwegen weder Kindergesundheit noch Alter und Gesundheit bisher gemacht hat, könnte man es auch gleich intergenerativ angehen, das fände ich auch spannend (...) beide Themen zusammen zu behandeln. Und auch meinetwegen dann die Großelterngeneration zu berücksichtigen, das ist ja eine unterbelichtete Ressource, die übernehmen ja ganz wichtige Aufgaben und das ist eben neu. Das geht ja erst, seitdem diese Langlebigkeit für viele Menschen da ist und dass die jungen Alten und die ganze letzte Generation, in der eben auch kaum jemand bis 65 arbeitet, die übernehmen ja ganz wichtige Funktionen auch in den Familien, auch finanziell, von der Erziehungsleistung. Und es macht ja auch für viele eine ganz andere Sinnstiftung. Auch nicht für alle, aber für die, die Enkelkinder haben, (...). Insgesamt muss man, das wäre wohl das schwierigste, das werden wir auch nicht lösen, eine Sinnstiftung für diese Lebensphase, die ja viel länger geworden ist, schaffen. (...).“ (kfS3, 176-177)*

Darüber hinaus wurden weitere Empfehlungen benannt, die sich auf die Vorbereitung, Bearbeitung und Umsetzung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ bezogen (vgl. Tab. 64).

**Tabelle 64: Empfehlungen – Hinweise zur Vorbereitung, Bearbeitung, Umsetzung**

		KR	kfS
Bereitschaft zur Bearbeitung des Themas	„sich auf den Weg machen“	– anfangen, das Thema zu bearbeiten	/
	Sensibilität für das Thema herstellen	– Eingrenzung des Themas – gesellschaftlichen Konsens und Öffentlichkeit herstellen – Finanziars suchen	– z.B. über die Rückkopplung mit Themen gesundheitsbezogener Landesgremien und –organisationen

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Fortsetzung Tab. 64: Empfehlungen – Hinweise zur Vorbereitung, Bearbeitung, Umsetzung

		KR	kfS
(politische) Unterstützung	Thema auf eine höhere Ebene einbringen (Entscheidungsebene)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung von Ressourcen</li> <li>- finanzielle Unterstützung</li> <li>- unterstützte Aktivität</li> <li>- Fürsprecher auf den höchsten Ebenen der Institutionen (breiterer Kontext)</li> <li>- Überzeugung und Gewinnung lokaler Akteure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- politische Fürsprecher und unterstützte Aktivität</li> </ul>
Bearbeitung des Themas	Rückgriff auf Vorhandenes (Wissen, Erfahrungen, Material)	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- man muss nicht immer alles neu erfinden</li> <li>- Anpassung an eigene Bedürfnisse</li> <li>- Möglichkeiten um einen Anfangspunkt zu setzen</li> <li>- Überblick verschaffen: was machen andere Kommunen zu diesem Thema?- Was ist nützlich und kann relativ einfach (mit wenig Zeit- und Finanzaufwand) umgesetzt werden?</li> <li>- „das Rad nicht neu erfinden“</li> <li>- (über-) regionaler Austausch</li> </ul>
	Ist-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wo stehen wir in der Gemeinde?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestandsaufnahme in der eigenen Stadt</li> </ul>
	Erstellung eines Gesundheitsberichtes	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesundheitsbericht als möglicher Zugang zum Thema</li> </ul>
	Bedarfsermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedarfe älterer Menschen im Vorfeld klären</li> </ul>	/
	Zielformulierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulierung „realistischer“ Gesundheitsziele für die Kommune</li> </ul>	/
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- konkrete Teilziele formulieren</li> <li>- entscheiden, welche Aspekte von Gesundheitsförderung im Alter bearbeitet werden sollen (sozialer Bereich, somatischer Bereich, chronische Erkrankungen)</li> </ul>	/
	Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- frühzeitig personelle Ressourcen freistellen</li> </ul>	/
	Anbindung an bestehende Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zugang zu Senioren Gesundheit(sförderung) an bestehende Strukturen für Senioren anknüpfen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zugang zu Akteuren: auf bestehende Anbieter, Maßnahmen, Projekte zugehen, sich mit seinen Strukturen und seinem Thema vorstellen und dieses in Bestehendes einbringen („andocken“)</li> </ul>
Beteiligung lokaler Akteure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivation der Akteure der kGK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „richtige“ Akteure suchen – „wichtige“ Akteure nicht übersehen</li> <li>- lokales Steuerungsgremium einrichten, an dem alle relevanten Akteure beteiligt werden, die Interesse an dem Thema haben</li> </ul>	
Beteiligung der Zielgruppe	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Betroffene zu Beteiligten machen“</li> <li>- Einbindung Interessenvertreter älterer Menschen z.B. Seniorenbeauftragter, ältere Bürger</li> </ul>	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Als grundlegende Voraussetzungen wurden in KR und kfS die Sensibilisierung und bewusste Entscheidung lokaler Akteure für das Thema benannt. Als empfehlenswert wurde beispielsweise die Durchführung einer Auftaktveranstaltung angesehen, die Gelegenheit bietet, lokale Akteure mit dem Thema vertraut zu machen und gesellschaftlichen Konsens und Öffentlichkeit für das Thema herzustellen. Im Anschluss daran sei es bereits im Vorfeld wichtig, eine weitere Eingrenzung des Themas vorzunehmen und anschließend Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen. Neben weiteren Voraussetzungen wie z.B. Willen und Durchhaltekraft zur Bearbeitung des Themas, wurden die (politische) Unterstützung und die damit verbundene Auseinandersetzung mit dem Thema auf einer höheren (Entscheidungs-) Ebene benannt; Letztgenanntes zielt dabei insbesondere auf die Bereitstellung von Ressourcen. Dabei gehe es nicht allein um eine finanzielle Unterstützung; ebenso notwendig sei es, von höherer Ebene auch ideelle Unterstützung zu erfahren:

*„Ohne politische Unterstützung geht es nicht, wenn da also irgendwelche Leute meinen, sie könnten das alleine, ohne irgendeine Unterstützung, das muss nicht finanziell sein, sondern das muss ideell und im Sinne von unterstützter Aktivität sein, dann funktioniert es, sonst geht es nicht.“ (KR1, 78)*

Hinweise zur Bearbeitung des Themas können in der fallübergreifenden Betrachtung in eine inhaltlich aufeinander aufbauende Reihenfolge gebracht werden und umfassen im Einzelnen folgende Arbeitsschritte: Rückgriff auf Vorhandenes (Wissen, Erfahrungen, Material); Durchführung einer Ist-Analyse; Erstellung eines Gesundheitsberichtes; Bedarfsermittlung; Zielformulierung; Ressourcen; Anbindung an bestehende Strukturen; Beteiligung lokaler Akteure und Beteiligung der Zielgruppe.

Als geeigneter Einstieg in das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurden der Rückgriff auf vorhandenes Wissen, Erfahrungen und Materialien benannt. Neben der Berücksichtigung aktueller Veröffentlichungen zur grundlegenden Orientierung, wurde von kfS auch der Einbezug von Informationen aus (über-)regionalen Gremien (z.B. Gesunde-Städte-Netzwerk) hervorgehoben. Projekte und Ideen aus anderen Städten müsse man daraufhin prüfen, ob sie in der eigenen Stadt sinnvoll wären und diese ggf. an die eigenen Belange anpassen und nutzen.

Eine weitere Grundlage für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde darin gesehen, die Ausgangssituation (z.B. unter Berücksichtigung der Altersstruktur, spezieller Problemlagen) und die Angebotsstrukturen (z.B. welche lokalen Organisationen arbeiten an dem Thema?, welche Angebote liegen bereits vor?, welche Unterschiede bestehen zwischen Stadtteilen z.B. im Hinblick auf Strukturen, Qualität und Quantität) im KR bzw. in der Stadt zu analysieren (Ist-Analyse). Ein weiterer Zugang zum Thema könne auch über die Erstellung eines Gesundheitsberichtes erfolgen. Empfehlenswert seien dabei ein handlungsorientierter Bericht und die Formulierung von Handlungsempfehlungen. Dabei könne auch berücksichtigt werden, mit welchen (eigenen) Mitteln der ermittelte Bedarf bearbeitet werden soll. Auf diese Weise könne eine wichtige Diskussionsgrundlage geschaffen werden, die hohes Aktivierungspotenzial für die beteiligten Akteure biete. Ebenfalls im Vorfeld könne man sich bereits mit den Bedarfen der älteren Zielgruppen auseinandersetzen (z.B. Klärung von Interessen und Umsetzungsmöglichkeiten).

Darüber hinaus wurde die Formulierung kommunaler Gesundheitsziele für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ als sinnvoll erachtet. Diese Vorgehensweise sei allerdings vorzugsweise unabhängig von der kGK zu empfehlen, weil man dafür längere Bearbeitungszeiträume veranschlagen müsse. Wichtig sei es dabei „realistische“ und konkrete Ziele zu verabschieden, die in einen übergeordneten Kontext (z.B. Masterplan) gestellt werden, wie die folgenden Ausführungen veranschaulichen:

*„Ich würde denen [anderen Kommunen, Anm. d. V.] das, was wir nicht gemacht haben, raten, nämlich vielleicht wirklich mal Gesundheitsziele für die eigene Kommune zu formulieren, die aber realistisch sein müssen. Kein "wir verbessern bis 2020 die Gesundheit unserer Bürger", sondern sehr konkrete Inhalte, und mir wirklich einen Masterplan machen, wie ich das angehe und dafür auch Ressourcen zur Verfügung stelle. (...). Aber wenn man das außerhalb der Gesundheitskonferenz betrachten würde, dann müsste man im Prinzip als Gemeinde ein Konzept aufstellen mit vielen Beteiligten zusammen, was auch wirklich eine Chance hat, über mehrere Jahre durchgeführt zu werden, um dann auch tatsächlich zu sehen, was man damit erreichen kann.“ (KR5, 136)*

Aus Sicht der KR sei es bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ innerhalb der kGK zudem notwendig, schnell Schwerpunkte zu setzen und Teilziele zu formulieren, um handlungsfähig zu bleiben. Ebenfalls von Bedeutung sei es, frühzeitig personelle Ressourcen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ bereitzustellen, weil damit verbundene Tätigkeiten (z.B. Kontaktaufbau, -pflege) sehr zeitintensiv sind.

*„Relativ früh personelle Ressourcen frei zu stellen, die nichts anderes macht, als diesen Themenbereich zu bearbeiten; das kann man nicht mal eben so "by the way" mitmachen, weil das sehr zeitintensiv ist. Man muss einfach auch sehr viele Kontakte aufbauen teilweise und diese dann auch pflegen. Also das wäre mein Rat, wenn man das angeht, dass man das wirklich federführend mit ein oder zwei Personen ganz intensiv betreut.“ (KR7, 80)*

Weitere Empfehlungen bezogen sich auf die Anbindung des Themas an bestehende Strukturen für ältere Menschen (z.B. Anbieter von Seniorenbegegnungsstätten, -treffs), wodurch ein guter Zugang zur Zielgruppe erzielt werden könne. Für die Anbindung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in bestehenden Strukturen sei aus Sicht der kFS jedoch eine sensible Vorgehensweise erforderlich. Nachdem man alle relevanten Akteure ermittelt habe, sei es von Vorteil auf bestehende Anbieter aktiv zuzugehen und sich mit seinem „Gesundheitsthema“ einzubringen. Es gehe darum, das eigene Thema den bestehenden Organisationen nicht aufzuzwingen, sondern dieses als Ergänzung in bestehende Strukturen einzubringen („andocken“). Kooperationen seien dabei unerlässlich, weil das Thema innerhalb des Gesundheitsamtes oder der kGK i.d.R. von einer Person allein bearbeitet wird, die die Bearbeitung des Themas für das gesamte Stadtgebiet nicht alleine abdecken kann. Bei der Beteiligung von Akteuren im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ habe sich auch die Einrichtung eines lokalen Steuerungsgremiums, an dem alle relevanten Akteure beteiligt werden, die Interesse an dem Thema haben,

und eine gemeinsame Bearbeitung des Themas als hilfreich erwiesen. Auch die Beteiligung der Zielgruppe sei ratsam, wobei man für die Zielgruppe älterer Menschen darauf achten sollte, über die Selbsthilfe hinaus geeignete Interessenvertreter zu wählen z.B. Seniorenbeauftragter, ältere Bürger.

### 8.5.2 Förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen

Neben einer allgemein hohen Akzeptanz und Relevanz, die dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auch auf der Ebene der kGK zugewiesen wurde, benannten KR und kfS folgende förderliche Rahmenbedingungen, die sich auf interne Zusammenhänge der kGK bezogen (vgl. Tab. 65): Themenvorbereitung und –auswahl; Zusammenarbeit in der kGK; Relevanz und Akzeptanz; Interesse lokaler Akteure; Berücksichtigung bestehender Rahmenbedingungen; Zugang zu/Zugriff auf Senioren und politische Unterstützung.

**Tabelle 65: Förderliche Rahmenbedingungen**

		KR	kfS
kGK- intern	Themenvorbereitung und -auswahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wirksamkeitsnachweise und Plausibilität angestrebter Maßnahmen</li> <li>– thematische Eingrenzung: Festlegung eines Schwerpunktes der Gesundheitsförderung, inkl. Präsentation möglicher Lösungswege</li> </ul>	/
	Zusammenarbeit in der kGK	<ul style="list-style-type: none"> <li>– langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit</li> <li>– Kommunikation und kollegialer intersektoraler Austausch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– gutes Arbeitsklima</li> <li>– Treffpunkt für relevante Akteure</li> </ul>
	Relevanz und Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>– das Thema betrifft „alle“, (antizipierte) persönliche Betroffenheit</li> <li>– Anerkennung älterer Menschen als relevante Zielgruppe im Gesundheitssystem</li> </ul>	– hohe Akzeptanz dieses Themas
	Interesse lokaler Akteure	– Wettbewerbsvorteile	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Engagement</li> <li>– Berücksichtigung Älterer, den Blick auf Ältere verändern</li> </ul>
	Berücksichtigung bestehender Rahmenbedingungen	– z.B. eingeschränkte finanzielle Rahmenbedingungen	/
	Zugang zu/Zugriff auf Senioren	– einrichtungs-/gruppenbezogener Zugang	/
	politische Unterstützung	– Anbindung an den Dezernten	/

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Für die Themenvorbereitung und –auswahl war es aus Sicht der KR u.a. hilfreich, Wirksamkeitsnachweise für die angestrebten Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ (z.B. Rückgriff auf evidenzbasierte Bewegungsprogramme) innerhalb der kGK zu präsentieren und auf diese Weise die Akzeptanz für das Vorhaben innerhalb der Mitglieder sicherzustellen. Darüber hinaus wurde – insbesondere bei der Bearbeitung eines sehr umfassenden Themas wie der Gesundheitsförderung – eine gute Vorbereitung des Themas als sinnvoll erachtet. Neben der Vorbesprechung der Vorgehensweise mit ausgewählten Mit-



gliedern der kGK habe sich zudem eine Eingrenzung möglicher Themenfelder der Gesundheitsförderung, einschließlich der Präsentation möglicher Lösungswege, bewährt.

Ebenfalls förderlich wurde in KR und kfS eine vertrauensvolle langjährige Zusammenarbeit in der kGK bewertet, in deren Folge sich eine positive Grundhaltung der lokalen Akteure zu den Maßnahmen der kGK eingestellt habe. Ein gutes Kooperationsklima und der Rückgriff auf eine langjährige, vertrauensvolle Zusammenarbeit könne dabei auch die Freisetzung von Ressourcen befördern (z.B. fachliche Ressourcen, Bereitstellung von Räumlichkeiten) und auf diese Weise zu einer qualitativ hochwertigen Arbeit beitragen. Eine gute Kommunikation und ein kollegialer, intersektoraler Austausch (z.B. enger Austausch zwischen Fachämtern) wurde darüber hinaus von KR als eine Grundvoraussetzung benannt, um Projekte im Kontext der kGK erfolgreich durchführen zu können.

In den kfS wurde positiv bewertet, dass die kGK einen Treffpunkt für relevante Akteure darstelle. Die kGK sei ein zentrales Gremium für alle Akteure der Gesundheitsförderung und –versorgung; über die Plattform der kGK gelinge es, das Thema wichtigen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich nahe zu bringen und diese zur Mitarbeit zu motivieren. Von Vorteil sei, dass man auf diesem Weg die „Entscheidungsebene“ erreiche, also Personen die über Gestaltungsmöglichkeiten und Ressourcen verfügen.

Die kGK biete außerdem die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit einer Vielfalt an Organisationen, die sich mit ihren je unterschiedlichen Strukturen und Möglichkeiten für die Umsetzung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ einbringen und gegenseitig ergänzen können, wie die folgenden Erfahrungen beispielhaft verdeutlichen:

*„Und das eben durch diese Vielfalt der Organisationen, dass auch viele Sachen möglich sind, so dass (...) ich mich aus bestimmten Sachen auch wieder rausziehen kann, weil durch den Impuls, durch die Anregung, dadurch, dass da mehrere sind, die sagen, „darum können wir uns mal kümmern“, entwickelt sich das auch eigenständig weiter, ohne dass ich überall dabei sein muss. Und das ist eben der Vorteil auch der kGK, weil da unterschiedliche Leute sitzen von den Personen her und von ihrer Professionalität her auch, aber auch von den Organisationen her. Und jede Organisation hat ihre Strukturen und was wir nicht können, kann wieder jemand anderes und umgedreht, also dass sich das eben auch gut ergänzt.“ (kfS9, 144)*

Im Hinblick auf die Relevanz und Akzeptanz des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ habe sich zudem in den KR und kfS gezeigt, dass die hohe Wahrscheinlichkeit einer (antizipierten) persönlichen Betroffenheit (das Thema „betrifft alle“) z.B. im Rahmen der Sensibilisierung der (älteren) Mitglieder der kGK hilfreich sein kann. Positive Erfahrungen wurden in KR bei der Vorstellung des Themas in der kGK mit der Vermittlung einer persönlichen Bedeutung, im Sinne einer „qualifizierten Betroffenheitsbeteiligung“, gemacht:

*„(...). Und jeder merkt, dass er jeden Tag ein Stückchen älter wird, und dann sind solche Themen auch dankbar. Kindergesundheit, -prävention ist für viele schon sehr weit weg, da gibt es auch ganz viele Fachleute für und da sind so viele drin, aber diese Themen, ich glaube, das war hilfreich, dass das gut übergebracht wurde, welche Bedeutung das auch für einen selber sein kann, dass man selber*

*auch Zielgruppe sein kann. (...), qualifizierte Betroffenheitsbeteiligung. Im Grunde genommen, dass man selber auch durchaus daran partizipieren könnte, das hat einen ganz anderen Stellenwert, als wenn das ein Projekt ist, wo man selber keine Berührung zu hat in seinem normalen Leben, ich glaube das war sehr hilfreich.“ (KR5, 141-142)*

Vorteile einer (antizipierten) persönlichen Betroffenheit der Mitglieder der kGK bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“, die sich bei anderen Themen nicht (oder nicht in dem Ausmaß) zeigte, wurden auch von den kfS hervorgehoben:

*„Ja das alle [Mitglieder der kGK, Anm. d. V.] begreifen, dass sie etwas für ihre eigene Zukunft tun, das ist sicherlich förderlich für das Thema. Jeder hat damit etwas zu tun unmittelbar und das ist bei keinem anderen Thema so, (...). (...).“ (kfS3, 175)*

Ebenfalls begünstigend für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wirkte sich aus Sicht der KR aus, dass Senioren eine relevante Zielgruppe im Gesundheitssystem repräsentieren, was neben ökonomischen Gründen (z.B. teilweise hohe Kaufkraft älterer Haushalte) und (Präventions-) Bedarfen Älterer auf die zunehmend quantitative Bedeutung älterer Zielgruppen zurückzuführen sei.

Das Interesse lokaler Akteure an der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde ebenfalls von KR und kfS als förderlich angesehen. In den KR wurde diesbezüglich argumentiert, dass man Interessenlagen lokaler Akteure auch im Kontext individueller Wettbewerbsvorteile sehen müsse. Die Ausnutzung von Wettbewerbsvorteilen seitens lokaler Anbieter (z.B. Gesundheitszentren an Krankenhäusern, Altenheime) sei dabei nicht grundsätzlich negativ zu bewerten, solange auf diesem Wege Maßnahmen und ein konkreter Nutzen für die ältere Bevölkerung entstehen. In den kfS wurden das mit dem Interesse verbundene hohe Engagement lokaler Akteure als vorteilhaft angesehen, da es insbesondere für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ von Bedeutung sei, engagierte Personen zu gewinnen, die sich an der Realisierung von Maßnahmen beteiligen.

*„Und man weiß, es geht nicht ohne Motoren, man kann es nicht nur über die Sachebene machen, es muss auch Leute geben, die sagen, dass sie da Energie reinsetzen.“ (kfS3, 185)*

Da die Interessenlagen der Mitglieder der kGK im Hinblick auf eine Auseinandersetzung mit älteren Zielgruppen sehr unterschiedlich ausfalle, biete die kGK die Möglichkeit, Institutionen zu erreichen, die bisher nicht auf ältere Menschen ausgerichtet waren:

*„(...). Also im Rahmen der Gesundheitskonferenz ist das gut und auch wichtig, dass unterschiedliche Institutionen da sind, die erst mal auf den ersten Blick jetzt auch nicht der Zielgruppe Senioren zuzuordnen sind, die aber, ähnlich wie das hier bei uns bei den einzelnen Fachbereichen [im Gesundheitsamt, Anm. d. V.] war, wo sich nach und nach der Blick verändert oder der Blick auf die Älteren mit dazu kommt.“ (kfS9, 143)*

Grundsätzlich war es aus Sicht der KR von Bedeutung, die Planung und Umsetzung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ unter Berücksichtigung bestehender Rahmenbedingungen vorzunehmen (z.B. eingeschränkte finanzielle Rahmenbedingungen). Um Reibungsverluste zu vermeiden erweise es sich in dieser Perspektive als sinnvoll, von Anfragen nach Ressourcen abzusehen, sofern man unter den bekannten Rahmenbedingungen bereits von einem ablehnenden Bescheid ausgehen konnte. Darüber hinaus wurde in den KR erneut auf die Bedeutung eines einrichtungs-/gruppenbezogenen Zugangs zur älteren Zielgruppe und der politischen Unterstützung, z.B. über die Anbindung der kGK an den Dezernenten und damit einhergehende Unterstützung (z.B. intersektorale Kooperation mit anderen Fachbereichen), hingewiesen.

Hinderliche Rahmenbedingungen wurden in allgemeinen Rahmenbedingungen (z.B. fehlende Ressourcen, die vorherrschende Mittelschichtorientierung bei gesundheitsfördernden Angeboten und fehlende Alternativen oder neue Formen der Prävention und Gesundheitsförderung) und kGK-internen Prozessen gesehen. Letztgenanntes bezog sich auf die fehlende Beteiligung der Mitglieder der kGK, Mängel in der Zusammenarbeit, fehlende Ressourcen, Verzögerungen der internen Kommunikation und fehlendes Engagement. Aus den KR wurden außerdem hinderliche Aspekte der kommunale Organisationsstruktur benannt; darunter fielen die mangelnde Zusammenarbeit mit kSG, ein unterschiedlicher Stand der Themenbearbeitung zwischen Kreisebene und in den kSG und eine mangelnde Autonomie kreisorientierter Strukturen (vgl. Tab. 66).

**Tabelle 66: Hinderliche Rahmenbedingungen**

		KR	kfS
allgemein	fehlende Ressourcen	/	– fehlende Finanzierungsgrundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung
	Mittelschichtorientierung bei gesundheitsfördernden Angeboten	/	– Nicht-Inanspruchnahme wird „billigend in Kauf genommen“ – neue Formen der Gesundheitsförderung und Prävention werden nicht ernsthaft angegangen
kommunale Organisationsstruktur KR	Zusammenarbeit mit kSG	– fehlende Verzahnung Politik und Verwaltung (kSG) – mehr Koordinationsaufwand – Konflikte zwischen der KR-Ebene und einzelnen kSG – Abstimmung mit eigenständigen Verwaltungsbereichen in den kSG	/
	Stand der Themenbearbeitung auf Kreisebene und in den kSG	– (bisherige) Vernachlässigung des Themas „Älter werdende Gesellschaft“ auf Kreisebene	/
	mangelnde Autonomie kreisorientierter Strukturen	– fehlende Entscheidungs- und Finanzkompetenz	/
kGK-Intern	Beteiligung der Mitglieder	– fehlende Beteiligung an der Umsetzung vor Ort z.B. überregional organisierte Krankenkassen – Konkurrenz der Mitglieder untereinander (Konsensprinzip)	– „lückenhafte“ Besetzung der kGK - eingeschränkte Beteiligung der Gesundheitsfachberufe in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit übergeordneter AGn und Sprecher

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Fortsetzung Tab. 66: Hinderliche Rahmenbedingungen

		KR	kfS
kGK-Intern	Zusammenarbeit	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fehlende vertrauensvolle Zusammenarbeit</li> <li>– fehlende Kooperationsstrukturen z.B. mit anderen Verwaltungsbereichen</li> <li>– Vereinnahmung des Themas durch einen einzelnen Träger</li> </ul>
kGK-Intern	fehlende Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– potentielle Finanzgeber zeigen zurückhaltendes bis passives Verhalten</li> <li>– Ressourceneinsatz orientiert sich zunehmend an Markt und Ökonomie</li> <li>– verringerter Spielraum für freiwillige Leistungen</li> </ul>	/
	Interne Kommunikation	– lange Kommunikationswege	
	Engagement	– Abhängigkeit vom Engagement derjenigen Akteure, die sich an der Bearbeitung des Themas beteiligen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wenig Eigeninitiative der Mitglieder der kGK</li> <li>– unterschiedliches Interesse der Mitglieder</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Grundsätzlich bemängelten kfS, dass bislang keine regelhaften Finanzierungsgrundlagen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung bestehen. Insbesondere für das Setting „Stadtteil“, das eigentlich aus gesundheitspolitischer Sicht befürwortet werde (z.B. Präventionsleitlinien der Krankenkassen), habe man noch keine dauerhaft tragfähigen Finanzierungsmöglichkeiten gefunden.

Darüber hinaus wurde ein Hindernis in der mangelnden Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen, die einen hohen Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen haben, gesehen. Gesundheitsförderung und Prävention kommen „*nicht da an, wo sie dringend benötigt werden*“. Eine Nicht-Inanspruchnahme werde dabei jedoch von den Anbietern (z.B. Krankenkassen) „billigend in Kauf genommen“ und auf individuelle Probleme zurückgeführt (z.B. Mangel an Motivation und Durchhaltevermögen). Es bestehen in dem Sinne keine „ernsthaften“ Bemühungen um neue Angebots- und Finanzierungsformen in der Prävention und Gesundheitsförderung; vielmehr werde an der Mittelschichtorientierung gesundheitsfördernder Angebote weiter festgehalten. Finanziell bedingte Barrieren für die Inanspruchnahme von Präventionskursen der Krankenkassen (z.B. Festhalten der Krankenkassen an der Eigenanteilregelung, die von den Teilnehmern in Vorleistung bezahlt werden müssen), können, so die Erfahrungen aus kfS, im Setting „Stadtteil“ nicht überwunden werden. Insbesondere hier werde die Möglichkeit der sog. „Abtretungsregel“ aufgrund der unverbindlichen Strukturen auf Stadtteilbene nicht genutzt:

*„Ich weiß, dass es [für die Präventionskurse der Krankenkassen, Anm. d. V.] eine Abtretungsmöglichkeit gibt, die der einzelne machen kann, dass der Anbieter sofort an die Krankenkasse herangehen kann, so etwas gibt es, aber wenn jemand nicht regelmäßig teilnimmt, dann ist der Anbieter des Kurses derjenige, der das Risiko läuft. (...). Man hat das z.B. im schulischen Bereich machen können, meinetwegen bei Nichtraucherkursen, (...) aber auch da war es schwierig, (...) oder man kann sich so etwas noch in der betrieblichen Gesundheitsförderung vorstellen.“*

*len, wo also ein ganz klare Struktur ist, aber das Setting Stadtteil, was ja eigentlich auch gewollt ist und in diesem eigentlich sehr progressiv formulierten Präventionsleitlinien der Krankenkassen eben da ist, aber es löst trotzdem diese Punkte nicht.“ (kfS3, 152)*

Hindernisse in der kommunalen Organisationsstruktur der KR wurden u.a. in der Zusammenarbeit mit den eigenständigen kSG gesehen. Neben einer fehlenden Verzahnung zwischen Politik und Amtsleitungsebene bzw. Sachbearbeiterebene, wurden ein höherer Koordinationsaufwand (z.B. bei der Abstimmung mit eigenständigen Verwaltungsbereichen in den kSG) sowie Konflikte zwischen der KR-Ebene und einzelnen kSG angeführt, wie die folgenden Ausführungen veranschaulichen:

*„(...), also hinderlich ist grundsätzlich unsere Struktur als Kreis. Wenn sie mit Städten und Gemeinden zu tun haben, da gibt es oft Animositäten auf anderen Ebene [z.B. zwischen einer kSG und dem Kreis, Anm. d. V.] (...). Das ist generell hinderlich, das ist egal bei welchem Thema. Oder sie haben z.B. hier im Kreis mehrere Jugendämter [in den kSG, Anm. d. V.], wenn sie etwas in dem Bereich machen wollen, müssen sie sich mit allen Jugendämtern abstimmen, so haben sie hier auch mehrere Seniorenbeauftragte [in den kSG, Anm. d. V.]. Und wenn sie dann sagen, wo soll das Ganze jetzt stattfinden, dann wollen alle, dass es bei ihnen stattfindet. Also das sind natürlich Hindernisse, aber damit lässt sich umgehen.“ (KR2, 134)*

Außerdem erwies sich eine bisherige Vernachlässigung des Themas „Älter werdende Gesellschaft“ auf Kreisebene als nachteilig, weil – mit Ausnahme der kGK - innerhalb der Kreisverwaltung beispielsweise Ansprechpartner (z.B. Sozialplanung) und Zuständigkeiten für das Thema fehlten. Auch eine mangelnde Autonomie kreisorientierter Strukturen, insbesondere eine fehlende Entscheidungs- und Finanzkompetenz, wurden kritisiert.

Fehlende Ressourcen wurden – im Gegensatz zu den kfS – in den KR mit Blick auf die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK benannt. Als nachteilig erwies sich u.a., dass die Bearbeitung und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen aufgrund fehlender Ressourcen begrenzt gewesen sei. Als hinderlich wurde das Verhalten potentieller Fördergeber erlebt, das – je nach Bedeutung des Themas innerhalb der eigenen Bezüge – zurückhaltend bis passiv ausfiel. Erschwerend wirkte sich zudem aus, dass sich im Laufe der Jahre der Spielraum für freie Ressourcen bei lokalen Anbietern deutlich verringert habe und sich der Ressourceneinsatz zunehmend an „Markt und Ökonomie“ orientiere:

*„(...) und was grundsätzlich für alle freiwilligen Maßnahmen gilt, das ist prinzipiell erst mal ein Problem, für ganz viele Institutionen im Gesundheitssystem, wo man einfach merkt, je (...) straighter der Markt funktioniert, letztendlich auch aufgrund politischer Vorgaben, umso problematischer ist das für eine Struktur wie die Gesundheitskonferenz überhaupt, da es keine freien Ressourcen mehr gibt, die sich dann weniger am Markt oder der Ökonomie orientieren, sondern mehr vielleicht*

*am Patientenwohl oder der Volksgesundheit. Das merkt man schon, dass sich da im Laufe der Jahre der Spielraum deutlich verringert hat.“ (KR8, 119)*

Für die interne Kommunikation erwiesen sich aus Sicht der KR lange und z.T. zähflüssige Kommunikationswege in der Abstimmung mit den Mitgliedern der kGK als hinderlich. Auch das unterschiedliche Engagement der Mitglieder der kGK erschwere die Bearbeitung und Umsetzung des Themas. Beispielsweise beteiligten sich Krankenkassen, die keine regionale Vertretung haben, nicht an lokalen Aktionen, weil sie dafür keine personellen Ressourcen haben. Ebenfalls hinderlich sei die Konkurrenz der Mitglieder der kGK untereinander, die z.B. zu Schwierigkeiten bei der Themenwahl führe.

*„(...), man kann nur das umsetzen, wo eben keiner gegen ist und deswegen ist das manchmal mit der Themenwahl schwierig, es gibt brisantere Themen, die man anpacken müsste, aber dann kommt man sehr schnell in den Bereich Wettbewerb der Akteure untereinander und dann hört der Spaß auf. Dann wird man auch sehr schnell an den Stellen begrenzt in seinen weiteren Möglichkeiten, also das ist mit Sicherheit in der Gesundheitskonferenz das Hauptthema, die Konkurrenz der Teilnehmer untereinander. (...).“ (KR5, 143)*

Mängel in der internen Kommunikation wurden in den kfS ebenfalls in den z.T. langen Kommunikationswegen gesehen. Der Zeitaufwand für Abstimmungsprozesse mit den Akteuren der kGK wurde hier hoch eingeschätzt, weil z.B. im Sinne des Konsensprinzips langwierige Abstimmungen von Struktur und Vorgehensweise erfolgten (z.B. Rückkopplungsprozesse von der kGK in die jeweiligen Organisationen und wieder zurück). Positiv an dieser Verfahrensweise sei jedoch, dass damit ein guter Entwicklungsprozess entstehe, bei dem an der Sache gearbeitet werde und man miteinander im Gespräch sei.

*„Die lange Zeit, (...) ob es jetzt hier unsere Stadtverwaltung ist, ob das ein großer Krankenhausverband ist oder eine Krankenkasse, es dauert alles, es ist schwerer, zähflüssiger. (...), man muss die Struktur und Vorgehensweise abstimmen, man muss seine Hierarchie einhalten, (...), man muss es erst wieder zurück transportieren in seine Institution, man muss sich dann in der Institution damit auseinandersetzen, dann muss man das grüne Licht abwarten, dann wird es wieder eingereicht. (...), wenn man dann sagt, man will jetzt endlich mit der Arbeit beginnen, dann muss man ein bisschen Geduld haben, weil alles seine Zeit dauert. (...), weil das Prinzip ist, dass alle [Mitglieder der kGK, Anm. d. V.] damit einverstanden sein müssen, (...), da muss man einen langen Atem haben. Das ist eigentlich für mich der hauptsächlich negative Aspekt dabei, (...).“ (kfS9, 146-147)*

In den kfS wurde bei der Beteiligung der Mitglieder als hinderlich erlebt, dass in der kGK zwar ein Großteil, aber längst nicht alle Gesundheitsfachberufe aufgenommen werden können. Die Beteiligung einer möglichst breiten Gruppe unterschiedlicher Akteure werde z.T. dadurch erschwert, dass es nicht für alle Versorgungsbereiche übergeordnete AGn und

Sprecher gäbe, die als Mitglied in die kGK berufen werden könnten (z.B. nicht-medizinische Heilmittelerbringer: Ergo-, Physiotherapie; Logopädie), obwohl sie auch für ältere Zielgruppen durchaus relevant wären. Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit der Akteure wurden in kfS auch darin gesehen, dass einzelne Träger für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ eine Monopolstellung beanspruchten. Auch fehlende verwaltungsinterne Kooperationsstrukturen, die u.a. auf Desinteresse, Intransparenz und Konkurrenz zurückgeführt wurden, wirkten sich negativ aus, weil sich auf diese Weise doppelte oder gar fehlende Angebotsstrukturen ausbildeten.

Im Hinblick auf das Engagement der Mitglieder der kGK wurde zum einen auf die fehlende Eigeninitiative der Mitglieder der kGK hingewiesen. Zum anderen wurde auch hier darauf Bezug genommen, dass das Interesse der Mitglieder an dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ sehr unterschiedlich ausgeprägt sei und man auch darauf achten müsse, Mitglieder mit anderen Interessenlagen nicht zu verprellen, weil man diesen Themenschwerpunkt über einen längeren Zeitraum hinweg bearbeite.

### 8.5.3 Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation

Die Bewertung der aktuellen Versorgungssituation fiel in KR und kfS einerseits positiv aus: die aktuellen Angebote wurden – unter den gegebenen Rahmenbedingungen – von KR und kfS als gut, umfassend und umfangreich bewertet und die Vielfalt der Anbieter und Angebote für „mobile und motivierte“ Ältere hervorgehoben (vgl. Tab. 67).

**Tabelle 67: Einschätzung aktuelle Versorgungssituation**

	KR	kfS
gut	<ul style="list-style-type: none"> <li>– umfassendes Angebot unterschiedlicher Anbieter</li> <li>– gutes Angebot für mobile und motivierte Ältere</li> <li>– unter den gegebenen Rahmenbedingungen gut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– allgemein gutes und umfangreiches Angebot</li> </ul>
teils - teils	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Unterschiede in den kSG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „Engpässe“ in einzelnen Bereichen</li> <li>– unterschiedliche Angebote und Anbieter</li> </ul>
Lücken und (Handlungs-) Bedarfe	– „noch ausbaufähig“	
	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „nicht ausreichend, nicht flächendeckend, ungeplant, punktuell“</li> <li>– „da passiert zu wenig“</li> </ul>
	– geringes Angebot für bereits gesundheitlich stark eingeschränkte ältere Menschen oder vulnerable Zielgruppen Älterer	
	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „Barrieren“ für die Inanspruchnahme von Angeboten</li> </ul>
	– Sportvereine haben relativ wenige Angebote für ältere Menschen	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– regelhafte Finanzierungsmöglichkeiten für ambulante Sturzprävention</li> <li>– mangelnde Rekrutierung und Qualifizierung von Übungsleitern</li> <li>– Krankenkassen haben "Alter" noch nicht für sich entdeckt</li> <li>– qualitative Bewertung vorhandener Angebote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fehlende Ressourcen für qualitätsgesicherte Angebote</li> <li>– mangelnde Kooperation der Anbieter untereinander</li> <li>– Sensibilisierung der Anbieter für und Fokussierung der Angebote für ältere Menschen auf Gesundheitsförderung</li> <li>– unzureichende Bekanntheit bei älteren Menschen</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Lücken und Handlungsbedarfe wurden jedoch in KR und kfS für (bislang) schlecht erreichbare und vulnerable Zielgruppen Älterer, wie z.B. „bewegungsabstinente“ ältere Menschen, gesehen:

*„Ob wir da gut aufgestellt sind oder zu wenig? Schwer zusagen also ich denke, dass es eigentlich eine recht gutes Angebot schon gibt, allerdings setzt das voraus, dass Senioren auch mobil sind und sich auf den Weg machen und auch wollen, (...). Und Menschen, die jetzt ihr Leben lang nicht im Sport tätig gewesen sind, die fangen mit 70 nicht an in den Sportverein zu gehen. Also da ist eher das Problem, wie kann es gelingen, solche Menschen zur Ausschöpfung ihrer eigenen gesundheitsförderlichen Potenziale zu bringen, da hin, dass sie gewisse Dinge tun. (...), also da denke ich, müsste man noch mal gucken, wie man auch Zugangswege schaffen kann oder wie man Leute motivieren kann, stärker gesundheitsförderliche Leistungen in Anspruch zu nehmen.“ (KR2, 138)*

Auch fehlende oder unzureichende Angebote für bereits gesundheitlich stark eingeschränkte ältere Menschen (z.B. pflegebedürftige Heimbewohner) wurden beanstandet.

*„(...), da wo Menschen bereits eingeschränkt sind wie z.B. im Heim lebende Senioren, für die ist das Angebot noch zu gering, also ich denke, da müsste es mehr geben, das müsste zum Standard jedes Heimes gehören, dass die eine altersgerechte, bzw. je nach Einschränkung, die ich habe, eine passende Mobilisationsmaßnahme habe, so dass ich als älterer Mensch dort auch wenigstens zweimal die Woche ein regelmäßiges Bewegungsprogramm realisieren kann, genauso wie andere Angebote wie kulturelle, Musik und solche Sachen, das halte ich für wichtig, dass man da noch mehr macht.“ (KR2, 139)*

Unabhängig davon wurde die aktuelle Versorgungssituation in KR und kfS allgemein als „noch ausbaufähig“ bezeichnet; die Bedarfslage für Angebote der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ wurde dabei beispielhaft wie folgt auf den Punkt gebracht:

*„Nicht ausreichend, nicht flächendeckend, vor allen Dingen nicht geplant, mehr punktuell.“ (kfS6, 124).*

Ähnlich schätzten KR und kfS auch die gegenwärtigen Angebote der Sportvereine für ältere Menschen ein; bemängelt wurde, dass bisher kein flächendeckendes Angebot an Seniorensport durch lokale Sportvereine bereitgestellt werde. Fehlende Angebote wurden dabei nach Einschätzung der KR nicht nur auf mangelndes Interesse der Senioren und dementsprechend geringe Nachfrage zurückgeführt; vielmehr mangle es auch an der Motivation der Vereine. Auch in den kfS wurde - neben einer fehlenden Förderung und Unterstützung der Vereine (z.B. fehlende Finanzierungsgrundlage) – die mangelnde Eigeninitiative der Vereine (z.B. fehlende aktive Werbung um ältere Mitglieder) kritisiert, die sich sowohl bei großen wie kleinen Sportvereinen zeige. Während große Vereine ein verhältnismäßig geringes Angebot für Ältere vorhielten oder sich überhaupt nicht in der Zuständigkeit für diese Altersgruppe



sahen, fehlten kleineren Vereinen hingegen oft die Möglichkeiten, sich auf neue oder zusätzliche Zielgruppen einzustellen.

Weitere Handlungsbedarfe im Bereich der „Gesundheitsförderung für Ältere“ wurden in den kfS insbesondere für die Förderung der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten gesehen, u.a. in den Bereichen Bewegung, gesunde Ernährung, Zahnhygiene und Zahnprophylaxe. In KR wurden neben fehlenden regelhaften Finanzierungsmöglichkeiten für Maßnahmen der ambulante Sturzprävention Probleme bei der Rekrutierung und Qualifizierung von Übungsleitern angeführt. So erweise es sich gegenwärtig als schwierig, Ehrenamtliche zu gewinnen, die eine entsprechende Fortbildung absolvieren; erschwerend wirke sich in dem Zusammenhang aus, dass eine entsprechende Qualifizierung von Gruppenleitungen eine wesentliche Voraussetzung für die Refinanzierung von Kursen durch Krankenkassen darstelle. Außerdem wurde bemängelt, dass es nicht möglich sei, das Thema „Gesundheitsförderung und Alter“ bei ortsansässigen Krankenkassen einzubringen, weil diese insbesondere für settingorientierte Maßnahmen (z.B. in Schulen, Betrieben) weiterhin Schwerpunkte bei jüngeren Altersgruppen setzten. Außerdem wurde in KR die Notwendigkeit gesehen, eine qualitative Einschätzung der im Kreisgebiet vorhandenen Angebote zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Sinne einer Evaluation und der Bestimmung von Optimierungsbedarfen vorzunehmen.

In kfS wurde außerdem hervorgehoben, dass die vorhandenen Angebote qualitativ nicht einheitlich zu bewerten sind, da Angebote von guter wie schlechter Qualität gleichsam nebeneinander bestehen. Das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ werde von verschiedenen Anbieter zwar in irgendeiner Art und Weise adressiert, die Qualität der Angebote sei aufgrund fehlender Ressourcen jedoch z.T. gering entwickelt.

*„Es gibt aber niemanden mehr, der nicht auch irgendwie das Thema Gesundheit da in irgendeiner Art und Weise im Fokus hat, das haben sie [Anbieter z.B. Altagestagesstätten der Verbände, Anm. d. V.] alle, aber die Qualität eben der Angebote, die ist halt nicht so entwickelt, das muss man eben auch sehen, aber das mangelt an Ressourcen, nicht an gutem Willen. Ich denke schon, dass guter Wille schon da wäre, wenn die Ressourcen entwickelter wären.“ (kfS4, 195)*

(Handlungs-) Bedarfe wurde in kfS ebenfalls für eine stadtteilbezogene Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung der Angebote für ältere Menschen gesehen. Dabei wäre es zukünftig von Vorteil, ältere Zielgruppen im Stadtteil durch vertraute Personen (z.B. Apotheker, Friseur, Fußpflegepraxen usw.) im persönlichen Gespräch zu informieren und gleichzeitig zu motivieren („Wäre das nicht vielleicht etwas für Sie?“). Einschränkend erweise sich dabei, dass somit nur ein Teil der älteren Zielgruppen, die sich entsprechende Dienste leisten können, erreicht werde.

Neben der Verbesserung der Erreichbarkeit der älteren Zielgruppe und von Zugangswegen wurde ebenso auf die Notwendigkeit einer besseren Kooperation der Anbieter untereinander hingewiesen. Außerdem sei es von Bedeutung, die vorhandenen Angebote an den Bedarfen älterer Zielgruppen auszurichten und somit nicht zwangsläufig neue Angebote zu schaffen, sondern ggf. andere Prioritäten zu setzen.

Eine unentschiedene Haltung („teils – teils“) begründete sich in den KR insbesondere durch die unterschiedlichen Situationen in den kSG. Lokale Angebote der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ variierten in Abhängigkeit von Größe, finanzieller Situation und politischer Unterstützung in den einzelnen kSG. Ambivalente Einschätzungen der kfS bezogen sich auf einzelne Angebots-„Engpässe“ für bestimmte Themenbereiche oder in einzelnen Stadtteilen; die Angebotssituation in den Stadtteilen variierte in Abhängigkeit von den im Stadtteil vertretenen Einrichtungen der Gemeinden und Verbände und sei je nach Stadtteil z.T. unterschiedlich ausgeprägt. Des Weiteren wurde eine unterschiedliche Qualität von Angeboten und Barrieren für die Inanspruchnahme bemängelt. Ein Hauptproblem bestehe in der Erreichbarkeit älterer Zielgruppen, die die bestehenden Angebote nicht kennen und nicht wahrnehmen können oder wollen, weil sie sich nicht angesprochen fühlen, finanzielle Mittel fehlen oder Anbieter entsprechender Maßnahmen nicht bekannt sind. Auch für die zukünftige Versorgungssituation wurden in KR und kfS positive, ambivalente und negative Bewertungen abgegeben (vgl. Tab.68).

**Tabelle 68: Einschätzung zukünftige Versorgungssituation**

		KR	kfS
positiv	Visionen und Potenziale	– Institutionalisation im Gesundheitsamt – Gesamtstrategie	– Gesundheitsförderung als Perspektive im Umgang mit Älteren
	Bedeutungszuwachs	– positive Einschätzung bei Fortsetzung bisheriger Entwicklungen unter gegebenen Rahmenbedingungen – Umverteilung vorhandener Ressourcen zugunsten von Gesundheitsförderung – Konsens weiterhin und stärker aktiv werden – übergeordneter Blick der kGK – wichtiges und wichtiger werdendes Thema	– zunehmende Entwicklung
	Höherer Stellenwert	– erwartbare positive Veränderungen im individuellen Gesundheitsverhalten (gesundheitsaffine Haltung)	/
teils - teils	Abhängigkeit von Ressourcen	– Bereitschaft der Anbieter zur gesundheitsförderlichen Weiterentwicklung seniorenbezogener Angebote vs. geringe und weiter abnehmende Ressourcen – Angebote abhängig von zur Verfügung stehenden Mittel – Kompensation abnehmender kommunaler Ressourcen: den Stand halten und Strukturen verselbständigen	/
	/	– Unterschiede in den kSG	– es könnte noch viel mehr passieren
negativ „Hindernisse“	fehlende Rahmenbedingungen	/	– fehlende Ressourcen - Angebote abhängig von zur Verfügung stehenden Mittel – keine finanzielle Eigenständigkeit/Nachhaltigkeit – Verhaftung auf der Projektebene – fehlende gesetzliche Grundlage

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Fortsetzung Tab. 68 Einschätzung zukünftige Versorgungssituation

		KR	kfS
negativ „Hindernisse“	/	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fehlende Wirksamkeitsnachweise</li> <li>– Institutionalisierung im Gesundheitsamt</li> <li>– „Wir rennen den Problemen hinterher“</li> <li>– Gesundheitsförderung führt nicht unbedingt zu Einsparungen</li> </ul>
	Zunahme gesundheits-schädlicher Verhaltensweisen	– erwartbare negative Veränderungen im individuellen Gesundheitsverhalten (z.B. Alkoholkonsum, Medikamentenkonsum)	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Im Sinne von zukünftigen Entwicklungspotenzialen wurden in KR und kfS die Institutionalisierung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ innerhalb des Gesundheitsamtes und die Umsetzung einer Gesamtstrategie benannt.

So bestand innerhalb der kGK eines KR Konsens zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ weiterhin und noch stärker aktiv zu werden, einschließlich Überlegungen zur Einrichtung einer Abteilung mit Schwerpunkt „Gesundheitsförderung im Alter“ innerhalb des Gesundheitsamtes. Angesichts der demografischen Veränderungen könnte eine zukünftige Perspektive auch darin bestehen, weitere Angebote für ältere Menschen im Gesundheitsamt zu institutionalisieren (z.B. seniorenärztlicher Dienst im Gesundheitsamt).

Handlungsbedarf dafür leite sich schon allein daraus ab, dass es verschiedene Themen im Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen gäbe, die auch auf kommunaler Ebene transportiert und bearbeitet werden müssen (z.B. Mund- und Zahngesundheit in Pflegeeinrichtungen).

*„Ernährung im Alter ist ein ganz wichtiges Thema, gerade mit gewissen Grunderkrankungen, wo holen sich die älteren Leute ihre Informationen her und all das, wie werden sie beraten? Vielleicht haben wir ja auch demnächst einen seniorenärztlichen Dienst und nicht nur einen Kinder- und Jugendärztlichen Dienst am Gesundheitsamt, das ist auch eine Perspektive für die Zukunft, wenn die Gruppen sich in der Zusammensetzung oder der Quantität so ändern, wäre das auch sinnvoll, dass man speziell auch etwas für Senioren anbietet, Bedarf ist bestimmt da. (...).“ (KR5, 177)*

Auch in den kfS wurde die Möglichkeit der Institutionalisierung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Gesundheitsamt positiv bewertet, wobei hier diesbezüglich bereits im Einzelfall konkrete Erfahrungen vorlagen. Neben der Einrichtung eines gesundheitsamtsinternen eigenständigen Aufgabenbereichs „Gesundheit im Alter“ wurde eine abteilungsübergreifende Betrachtung des Themas angestrebt. Dafür wurde innerhalb des Gesundheitsamtes eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die darauf zielte, seniorenbezogene Themen in die Fachabteilungen hineinzutragen und die Lebensphase Alter aus fachlich unterschiedlichen Perspektiven (Ökotrophologie, Zahnmedizin, Pharmazie, Hygiene) zu betrachten. Dabei zeichnete sich beispielsweise ab, dass ältere Menschen in einzelnen Abteilungen des Gesundheitsamtes bereits eine Zielgruppe darstellten, die bislang aber noch nicht wahr-

genommen wurde (z.B. im Bereich der Hygieneüberwachung in Privathaushalten handele es sich in vielen Fällen um Haushalte älterer Personen).

Hindernisse für die Einrichtung entsprechender Stellen im Gesundheitsamt wurden in KR u.a. in den gegenwärtig überwiegend als prekär zu bezeichnenden Haushaltslagen der Kommunen gesehen. In den kfS wurde ähnlich argumentiert; zukünftig sei nicht zu erwarten, dass innerhalb des Gesundheitsamtes eine Planstelle zum Thema „Gesundheit und Alter“ eingerichtet werde, weil in den Gesundheitsämtern keine vergleichbare Infrastruktur- und Personalerweiterung stattgefunden habe, wie es im Sozialamt im Zuge pflegerischer Weiterentwicklung der Fall war. Ein weiteres Hindernis sei zudem in der traditionell schlecht entwickelten Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialamt und tradierten Konkurrenzen zu sehen.

Darüber hinaus wurde in KR die Umsetzung einer Gesamtstrategie zur Umsetzung von „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ unter Berücksichtigung aller Verwaltungsbereiche zwar als wünschenswert, aber gegenwärtig nicht praktikabel angesehen.

Ebenfalls positiv sei, dass auf kommunaler Ebene über den Ansatz der Gesundheitsförderung zukünftig eine weniger diskriminierende Perspektive im Umgang mit Senioren eröffnet werden könnte.

*„(...), und das gilt nach wie vor noch, (...), Altenhilfe und Gesundheitsförderung hängen ja sehr eng zusammen und Gesundheitsförderung ist ja noch ein viel umfassenderer Oberbegriff, damit kann man ja auch viel weniger diskriminierend auf Senioren zugehen (...), unter diesem Oberbegriff ist es vielfach leichter, etwas zu machen. (...).“ (kfS2, 155)*

Auch wenn in KR eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklung im Bereich der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ als schwierig bewertet wurde, sei insgesamt betrachtet ein Bedeutungszuwachs für dieses Thema hervorzuheben. Man sehe darin durchaus ein wichtiges und wichtiger werdendes Thema. Dabei zeichne sich eine zunehmende Bedeutung tendenziell bereits heute in der zunehmenden Präsenz des Themas und praktischer Angebote, einer höheren Nachfrage für entsprechende Angebote und einem zunehmenden Organisationsgrad der Senioren ab (z.B. zunehmende Berücksichtigung älterer Zielgruppen im Bereich der Gesundheitswirtschaft wie Fitnessstudios, Physio-, Ergotherapie, Ernährungsberatung). Als positive Entwicklung wurde in KR zudem hervorgehoben, dass die KGK auf kommunaler Ebene einen übergeordneten Blick für das Thema „Gesundheit im Alter“ eingenommen habe und diese Position bislang bei keinem anderen lokalen Akteur zu verzeichnen sei. Auch die zukünftige Fortsetzung der im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ begonnenen Handlungsansätze wurde in KR - die Beibehaltung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen vorausgesetzt - positiv bewertet. Zukünftig erwarte man allerdings nicht, dass zusätzliche Mittel für das Thema bereitgestellt werden, sondern eine Umverteilung von Ressourcen zugunsten des Themas „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ erfolgen werde.

Aus Sicht der kfS werde sich ein Bedeutungszuwachs darin zeigen, dass sich der ÖGD bzw. das Gesundheitsamt zukünftig stärker in der Gesundheitsförderung, insbesondere auch für benachteiligte (ältere) Zielgruppen, einbringen werde. Bislang habe man in kfS zudem die

Erfahrung gemacht, dass die Vorschläge zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ mit großem Wohlwollen aufgegriffen wurden. Zukünftig wurden dementsprechend einerseits positive Veränderungen und eine Angebotserweiterung erwartet, die durch eine Auseinandersetzung relevanter Akteure mit den Folgen der demografischen Entwicklung zusätzlich befördert werde (z.B. Überarbeitung und Anpassung einzelner Angebote, Stadtentwicklung).

Andererseits sei davon auszugehen, dass die Ausweitung von Angeboten weiterhin mit einer eingeschränkten Qualität einhergehen werde, weil qualitativ hochwertige Angebote auch einen entsprechenden Ressourceneinsatz (z.B. Geld, Fachpersonal) erfordern würden.

*„Also wenn ich das jetzt zusammenfasse, würde ich sagen, der Bereich ist nicht unterentwickelt, aber es könnte noch viel mehr passieren. Aber es sind auch viele da, die das in ihrem Fokus haben, und ich sage mal, mein Ausblick wäre, ich rechne damit, dass es besser wird. (...) der Bereich wird sich entwickeln, das glaube ich ganz bestimmt, (...). (...) Da würde ich jetzt mal erst mal sagen, da bin ich jetzt optimistisch, dass da Angebote so entstehen werden, nur eben die ganz hohe Qualität, da wäre ich nach wie vor immer pessimistisch, weil (...) das ohne Ressourcen nicht geht. Das geht nicht ohne Profis, das geht nicht ohne Geld und das kann man drehen und wenden wie man will, das wird nicht passieren.“ (kfS4, 197; 199)*

Eine positive wie negative Entwicklung wurde in den KR zudem darin zu gesehen, dass sich – in Abhängigkeit vom sozio-ökonomischen Status Älterer - zukünftig Veränderungen im individuellen Gesundheitsverhalten einstellen werden. Einerseits werde sich eine individuell höhere Bedeutung und stärkere Beachtung der eigenen Gesundheit auch in der Gruppe der älteren Menschen vollziehen (z.B. früher Behandlungsbeginn); andererseits werden sich auch im Alter gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (z.B. Alkoholkonsum, Medikamentenkonsum) zeigen, die weiter zunehmen werden. Auf der individuellen Ebene spiele zudem die persönliche Entscheidung für und die Motivation zur Aufnahme gesundheitsfördernder Aktivitäten eine Rolle. Bei den nachfolgenden Generationen werde sich durchaus eine Veränderungen der Einstellung im Sinne einer gesundheitsaffinen Grundhaltung vollziehen, woraus unter der Perspektive einer höheren Lebensqualität im Alter auch ein höherer Stellenwert von Gesundheitsförderung abgeleitet werden könne.

Ambivalente Einschätzungen bezogen sich in KR auf unterschiedliche Entwicklungen in den kSG und die Abhängigkeit der Angebotsentwicklung von Ressourcen. Obwohl in KR eine relativ positive Gesamtentwicklung für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erwartet werde, werden sich Art und Umfang der Angebote in Abhängigkeit von der individuellen Haushaltslage der kSG unterschiedlich entwickeln. Eine unterschiedliche Positionierung der kSG zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ werde durch die jeweiligen kommunalpolitischen Schwerpunkte beeinflusst (z.B. senioren- vs. familienfreundliche Ausrichtung); für einzelne kSG werde aus wirtschaftlichen Gründen beispielsweise eher eine „familienfreundliche“ Ausrichtung der Kommune erwartet.

Grundsätzlich sei aus Sicht der KR zu bedenken, dass die Bereitschaft der Anbieter zur Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Angebote für Senioren geringen und weiter abnehmenden Ressourcen gegenüber stehe. Perspektivisch könne man unter den begrenzten Rahmenbedingungen weniger leisten und sei letztlich dazu gezwungen, sich auf bestimmte

Bereiche zu konzentrieren. Vor dem Hintergrund haushaltsbedingter Kürzungen wurden in KR auch zunehmend Überlegungen zur Verselbständigung von Netzwerken und Kooperationsbeziehungen geäußert, um den Status quo auch unter Bedingungen zunehmend prekärer kommunaler Haushalte erhalten.

Darüber hinaus wurden in den kfS fehlende gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen als Hemmnisse für die zukünftige (Weiter-) Entwicklung benannt. Insbesondere fehlende gesetzliche Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung wurden dabei als wesentliches Hindernis u.a. auch für die Bearbeitung dieses Themenbereichs im Kontext des Gesundheitsamtes gesehen, weil dementsprechend für Maßnahmen der Gesundheitsförderung bislang kein verbindlicher kommunaler Auftrag aus bundes- der landesgesetzlichen Regelungen abgeleitet werden könne.

Auch fehlende Wirksamkeitsnachweise für Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen führten dazu, dass das Thema von der Kommunalpolitik nicht ernst genommen werde. Infolgedessen, und aufgrund fehlender Belege für mögliche Einsparungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen, sei es unwahrscheinlich, zukünftig eine finanzielle Förderung zu erhalten. Zudem sei zu berücksichtigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht unbedingt zu Einsparungen und Kostensenkung führen und einen gewissen Ressourceneinsatz erfordern. Eng damit verbunden war die Kritik an der Verhaftung auf der Projektebene. Gesundheitsförderung etablierte sich (bislang und auch zukünftig) nicht als Regelanbot. Die Umsetzung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene gelinge, so die Erfahrung der kfS, i.d.R. projektbezogen, aber nicht dauerhaft und werde voraussichtlich auch zukünftig nicht den Raum einnehmen, der ihr gebührt. Gesundheitsförderung werde sich wahrscheinlich nicht als finanziell eigenständiger und nachhaltiger Bereich entwickeln; vielmehr werden weiterhin projektbezogene Initiativen und das Engagement Einzelner im Vordergrund stehen. Ungeachtet kontinuierlicher Bemühungen um Verbesserungen, würden für diesen Versorgungsbereich in dem Sinne keine Fortschritte erzielt, weil wesentliche Kernelemente nicht zur Verfügung stehen (z.B. ein allgemeiner Koordinator für gesundheitsbezogene Themen und entsprechende kommunale Planungen).

*„Ja, es wird sukzessive an einer Verbesserung gearbeitet, aber ich vermute mal, dass wir den Problemen immer hinter her rennen, weil es eben keinen generellen Koordinator gibt, der so etwas mit im Blick hätte, das wäre schön, so eine Art Altenplan, wir haben ja einen Altenplan, aber die gucken sich nur die Pflege an und Alter ist nicht gleich Pflege.“ (kfS6, 126)*

In den KR und kfS wurden zudem verschiedene Zielgruppen älterer Menschen benannt, für die zukünftig im Bereich der Gesundheitsförderung Handlungsbedarf gesehen wurde. Grundsätzlich zeigte sich dabei, dass zum einen ausgewählte Zielgruppen adressiert werden sollen. Dabei wurden von KR und kfS gleichermaßen ältere Menschen mit Migrationshintergrund, selbständig lebende Pflegebedürftige, Alleinlebende und Hochaltrige benannt. In den KR wurden darüber hinaus ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, mit Behinderung und ältere Frauen angeführt; in den kfS sozial Benachteiligte Ältere, ältere Arbeitnehmer und pflegende Angehörige. Zum anderen wurde es in KR und kfS als sinnvoll erachtet zukünftig „alle“ älteren Menschen zu berücksichtigen. Diese Haltung wurde zum einen damit begründet, dass man frühzeitig präventiv und gesundheitsfördernd tätig werden müsse und

unter Berücksichtigung einer Lebenslaufperspektive alle Altersgruppen berücksichtigen sollte; zum anderen ging man davon aus, dass Gesundheitsförderung für alle ältere Menschen von Bedeutung sei (vgl. Tab. 69).

Weitere Erläuterungen der KR wurden für zukünftige Bedarfe spezieller Zielgruppen Äterer benannt: Bedeutungszuwachs erwarte man in KR insbesondere für ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Erforderlich wäre insbesondere die Entwicklung von Konzepten für den ländlichen Raum, weil in diesen Gebieten eine insgesamt geringere Anzahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund lebe. Erschwerend stelle sich dabei zusätzlich die z.T. hohe Diversität der Herkunftsländer dar. Auch sei eine Anpassung der Angebotsstrukturen erforderlich, weil man die Erfahrung gemacht habe, dass sich auch diejenigen Migranten, die bereits sehr lange hier leben, nicht von den üblichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Ältere angesprochen fühlen (z.B. Sportvereine, Seniorenbegegnungsstätten). Unklar sei, wie sich diesbezüglich Migrantorganisationen (z.B. Moscheevereine) zukünftig positionieren und ob sich ggf. Parallelstrukturen entwickeln werden.

**Tabelle 69: Zukünftige Handlungsbedarfe für verschiedene Zielgruppen**

	KR	kfS
„alle“ älteren Menschen	„vorher präventiv eingreifen“ – „man kann nicht früh genug anfangen“	
	– „ich würde keine ältere Zielgruppe davon ausnehmen wollen“	/
ausgewählte Zielgruppen	ältere Menschen mit Migrationshintergrund	
	selbständige lebende Pflegebedürftige	
	Alleinlebende	
	Hochaltrige	
	– ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen – ältere Menschen mit Behinderung – ältere Frauen	– sozial Benachteiligte Ältere – ältere Arbeitnehmer – pflegende Angehörige – ältere Männer

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Auch für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen gehe man von einem zunehmenden Bedarf an gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten aus. Neben demenziellen Erkrankungen bestehe insbesondere auch für das Krankheitsbild „Depression“ Bedarf an Aufklärungsarbeit und Entstigmatisierung. Weitere Bedarfe wurden in KR zudem für selbständige lebende Pflegebedürftige geäußert (z.B. Bewohner im Betreuten Wohnen): hier fehle es noch an Konzepten z.B. zur Umsetzung sturzpräventiver Maßnahmen in ambulanten Pflegesituationen. Für alleinlebende Ältere in Privathaushalten, die z.T. von Isolation bedroht oder betroffen sind, sehe man die Notwendigkeit, aufsuchende Konzepte wie präventive Hausbesuche oder eine Gemeindeschwester zu etablieren.

In den kfS bestehe durchaus weiterer Bedarf für spezielle Zielgruppen Äterer, nämlich allein lebende ältere Männer, die z.B. nach Verwitwung oder Scheidung tendenziell weniger soziale Kontakte haben, und Hochaltrige. Neben grundsätzlichen Fragen der Erreichbarkeit und der Förderung der Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Angebote bestehe ein Hauptproblem für beide Zielgruppen in der Gefährdung durch Isolation und Vereinsamung. Für die Hochaltrigen wurde darüber hinaus auch Bedarf für die Entwicklung angemessener Konzepte der Gesundheitsförderung gesehen. Dabei gehe es insbesondere darum, eine Balance zu

finden zwischen einem Höchstmaß an Sicherheit (z.B. Prävention von betrügerischen Vorfällen im Sinne der Gewalt-/Verbrechensprävention) und der Vermeidung von Isolation. Erforderlich sei es, sowohl bei der Gewaltprävention als auch im Bereich der gesundheitlichen Prävention, nicht zusätzliche Ängste zu schüren, sondern Sicherheit zu vermitteln. Neben Hochaltrigen in Privathaushalten wurden auch hochbetagte Heimbewohner als wichtige Zielgruppe benannt, die zukünftig bei der Gestaltung von gesundheitsfördernden und freizeitorientierten Angeboten im Kontext der Änderungen im Pflegeversicherungsgesetz zu berücksichtigen seien. Für selbständige lebende Pflegebedürftige bestehe hingegen eine wesentliche Herausforderung darin, Isolation und eine weitere Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands infolge zunehmender Immobilität zu verringern oder zu vermeiden. Für diese Zielgruppe wurde außerdem zukünftig Bedarf insbesondere für ambulante Maßnahmen der Sturzprävention geäußert.

### **8.5.4 Zusammenfassung Teil E**

Betrachtet man die Empfehlungen, die die Befragten an andere Kommunen richteten, können unterschiedliche Themenschwerpunkte unterschieden werden. Dabei wurde von einem Teil der Befragten angeführt, dass man – aufgrund der je unterschiedlichen lokalen Verhältnisse – keine (allgemeingültigen) Empfehlungen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ geben könne. Darüber hinaus wurde die Frage der Angemessenheit des Gremiums der kGK für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ aufgeworfen; dabei wurden Vor- und Nachteile einer überwiegend punktuellen Bearbeitung, wie sie in kGK üblich sei, einem längerfristigen und umfassenden Arbeitsansatz gegenübergestellt. Schwierigkeiten wurden dahingehend gesehen, dass man für die Ausgestaltung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in den kommunalen Bezügen nur schwerlich (allgemeingültige) Empfehlung aussprechen könne, weil Unterschiede in den Verhältnisse „vor Ort“ bestehen. Neben unterschiedlichen kommunalen Organisationsstrukturen (z.B. verwaltungsinterne Zuständigkeiten) müssten auch weitere Rahmenbedingungen (z.B. politische Unterstützung, Ermittlung von Bündnis- und Kooperationspartnern „vor Ort“) berücksichtigt werden.

In den KR wurde die kGK eher als wenig geeignete Organisationsstruktur für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ angesehen. Dabei erwies sich insbesondere die Tatsache, dass eine längerfristige Bearbeitung in der kGK nicht realistisch sei, als hinderlich. In den kfS hingegen schätzte man an dem Gremium der kGK und der AG, dass diese die Möglichkeit bieten, das Thema gemeinsam mit allen relevanten Akteuren zu bearbeiten (z.B. in Kooperation mit dem Seniorenbeirat, der Pflegekonferenz und relevanten Ämtern). Vor dem Hintergrund, dass mit der Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderungsmaßnahmen grundsätzlich ein langfristiger Prozess zu verbinden sei, wurde darauf hingewiesen, dass ein umfassender Ansatz gegenüber der punktuellen Bearbeitung in der kGK angemessen und wünschenswert wäre. KR und kfS schlugen alternativ zur Bearbeitung dieses Themas in der kGK auch langfristige und umfassende Arbeitsansätze vor (z.B. eine intersektorale Bearbeitung im Sinne eines „Masterplans“ oder des WHO-Ansatzes der „altersfreundlichen Stadtentwicklung“), die jedoch gegenwärtig aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht realisiert wurden.

Darüber hinaus verwiesen KR auf eine stärkere Nutzerorientierung und die Berücksichtigung der Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen auch in der Gesundheitsförderung. In den kfS wurde zudem auf einen generationenübergreifenden Ansatz hingewiesen; denkbar wäre



demzufolge auch, „Gesundheit von Kindern und älteren Menschen“ als gemeinsames Thema zu bearbeiten.

Außerdem wurden weitere Empfehlungen benannt, die sich auf die Vorbereitung, Bearbeitung und Umsetzung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ bezogen. Die Empfehlungen können für KR und kfS den übergeordneten Kategorien Bereitschaft zur Bearbeitung des Themas, (politische) Unterstützung und Bearbeitung des Themas zugeordnet werden. Bei der ersten Kategorie wurde zunächst auf grundlegende Voraussetzungen hingewiesen, die sich auf die Sensibilisierung und Entscheidung für das Thema und den Arbeitsbeginn bezogen. Neben weiteren Voraussetzungen, wie z.B. Willen und Durchhaltekraft zur Bearbeitung des Themas, wurden die (politische) Unterstützung und die damit verbundene Auseinandersetzung mit dem Thema auf einer höheren (Entscheidungs-) Ebene benannt. Hinweise zur Bearbeitung des Themas können in eine inhaltlich aufeinander aufbauende Reihenfolge gebracht werden und umfassen im Einzelnen folgende Arbeitsschritte: Rückgriff auf Vorhandenes (Wissen, Erfahrungen, Material); Ist-Analyse, Erstellung eines Gesundheitsberichtes, Bedarfsermittlung; Zielformulierung; Ressourcen; Anbindung an bestehende Strukturen; Beteiligung lokaler Akteure und Beteiligung der Zielgruppe. Außerdem wurde, unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Kontext der kGK, nach förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen gefragt. Neben einer allgemein gesellschaftlichen hohen Akzeptanz und Relevanz des Themas, wurden in KR folgende förderliche Aspekte benannt, die sich auf interne Zusammenhänge der kGK bezogen: Themenvorbereitung und –auswahl, Zusammenarbeit in der kGK, Relevanz und Akzeptanz, Interesse lokaler Akteure, Berücksichtigung bestehender Rahmenbedingungen, Zugang zu und Zugriff auf Senioren und politische Unterstützung. In den kfS wurde dabei ausschließlich auf die Themen Zusammenarbeit in der kGK, Relevanz und Akzeptanz und Interesse lokaler Akteure Bezug genommen.

Hinderliche Rahmenbedingungen wurden im Allgemeinen und mit Bezug auf kGK-interne Prozesse benannt. Die kGK-internen Hindernisse bezogen sich in KR und kfS auf eine fehlende Beteiligung der Mitglieder der kGK, Mängel in der Zusammenarbeit, eine Verschiebung des Themenschwerpunktes („Pflegerlastigkeit“), fehlende Ressourcen, Verzögerungen der internen Kommunikation und fehlendes Engagement. Aus den KR wurden außerdem hinderliche Aspekte der kommunalen Organisationsstruktur benannt; darunter fielen die mangelnde Zusammenarbeit mit kSG, ein unterschiedlicher Stand der Themenbearbeitung zwischen Kreisebene und den kSG und eine mangelnde Autonomie kreisorientierter Strukturen. Von den kfS wurden hingegen allgemeine Aspekte benannt; hinderliche Rahmenbedingungen bezogen sich auf fehlende Ressourcen, die vorherrschende Mittelschichtorientierung bei gesundheitsfördernden Angeboten und fehlende Alternativen oder neue Formen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Kommunen wurden auch um eine Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation im Bereich der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gebeten. Kennzeichnend für die aktuelle Versorgungssituation in den KR sei, dass ein unter den gegebenen Rahmenbedingungen gutes, umfassendes Angebot unterschiedlicher Anbieter bestehe, dass auf eine bestimmte ältere Klientel, nämlich „Mobile und Motivierte“ ausgerichtet ist. Ambivalent stellte sich die Situation jedoch aufgrund der Unterschiede in den einzelnen kSG dar. Handlungsbedarfe sah man hier generell darin, dass das Vorhandene „noch ausbaufähig“ sei, insbesondere im Hinblick auf die Erreichbarkeit und den Einbezug älterer Menschen, die bereits gesundheitlich stärker eingeschränkt sind. Darüber hinaus wurden das

geringe Angebot lokaler Sportvereine für ältere Menschen, fehlende regelhafte Finanzierungsmöglichkeiten für Maßnahmen der ambulanten Sturzprävention und die fehlende Qualifizierung von Übungsleitern angeführt; auch vorhandene Angebot der Krankenkassen (z.B. Präventionskurse) orientierten sich noch nicht ausreichend an den Bedarfen und Bedürfnissen älterer Teilnehmer.

In den kfS wurde das Gesamtangebot an Maßnahmen der „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ ebenfalls als gut und umfangreich angesehen; ambivalente Einschätzungen zeigten sich in Form von „Engpässen“ für einzelne Bereiche (z.B. Schwimmbäder) und in der großen Variation der Angebote unterschiedlicher Anbieter. Lücken und Handlungsbedarfe wurden hier in dem geringen Angebot für vulnerable Zielgruppen Älterer und in „Barrieren“ für die Inanspruchnahme von Angeboten (z.B. Zuzahlungen) gesehen. Auch hier wurde das unzureichende Angebot der Sportvereine bemängelt. Außerdem wurden fehlende Ressourcen für qualitätsgesicherte Angebote, die mangelnde Kooperation der Anbieter untereinander, eine unzureichende Sensibilisierung der Anbieter für und Fokussierung der Angebote für ältere Menschen auf Gesundheitsförderung und die unzureichende Bekanntheit entsprechender Angebote bei älteren Menschen benannt.

Auch für die Einschätzung der zukünftigen Versorgungssituation kann auf übergeordneter Ebene eine Unterscheidung in positive, ambivalente und negative Bewertungen vorgenommen werden. Positive Aspekte bezogen sich in KR auf die (Weiter-) Entwicklung unter gegebenen Rahmenbedingungen, in KR und kfS auf die Institutionalisierung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Gesundheitsamt, die Umsetzung einer „Gesamtstrategie“ unter Berücksichtigung aller Verwaltungsbereiche und einen weiteren Bedeutungszuwachs für das Thema. In den kfS wurde Gesundheitsförderung zudem grundsätzlich als eine zukünftige positive Perspektive im Umgang mit älteren Menschen betrachtet. Ein Bedeutungszuwachs wurde in KR und kfS bei der Bearbeitung des Themas durch lokale Akteure gesehen; in KR wurde dies aufgrund erwartbarer positiver Veränderungen im individuellen Gesundheitsverhalten nachfolgender Generationen (gesundheitsaffine Haltung) auch auf die individuelle Ebene bezogen. Allerdings wurde gleichermaßen auch eine Zunahme gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen älterer Zielgruppen antizipiert (z.B. Alkoholkonsum, Medikamentenkonsum).

Ambivalente Einschätzungen in KR bezogen sich wiederum auf die Entwicklungen in den kSG, die je nach den örtlichen Voraussetzungen, unterschiedlich ausfallen werden. Weitere Einschränkungen sah man in den KR in der Abhängigkeit von Ressourcen; dabei wurde die Frage aufgeworfen, inwiefern die Bereitschaft der Anbieter zur Weiterentwicklung seniorenbezogener Angebote im Sinne der Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund geringer und voraussichtlich weiter abnehmender Ressourcen gelingen könne. Letztgenanntes wurde in den kfS noch deutlicher mit fehlenden Rahmenbedingungen, insbesondere finanziellen Mitteln, benannt. Die fehlende finanzielle Eigenständigkeit dieses Versorgungsbereich wurde dabei auch im Hinblick auf die Angebotsentwicklung kritisiert; so könne über die anhaltende Verhaftung auf der Projektebene keine Nachhaltigkeit von Angeboten erzielt werden. Weitere Hindernisse wurden u.a. in fehlenden gesetzlichen Grundlagen, fehlenden Wirksamkeitsnachweisen (einschließlich Kosten-/Nutzen gesundheitsfördernder Maßnahmen) und einer fehlenden Institutionalisierung im Gesundheitsamt gesehen. In den KR und kfS wurden verschiedene Zielgruppen älterer Menschen benannt, für die zukünftig im Bereich der Gesundheitsförderung Handlungsbedarf gesehen wurde. Grundsätzlich zeigte sich dabei, dass zum einen ausgewählte Zielgruppen adressiert werden sollen. Dabei wurden von KR und kfS

gleichermaßen ältere Menschen mit Migrationshintergrund, selbständig lebende Pflegebedürftige, Alleinlebende und Hochaltrige benannt. In den KR wurden darüber hinaus ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, mit Behinderung und ältere Frauen angeführt; in den kfS sozial Benachteiligte Ältere, ältere Arbeitnehmer und pflegende Angehörige. Zum anderen bestehe eine zukünftige Strategie darin, "alle" älteren Menschen zu berücksichtigen. Diese Haltung wurde damit begründet, dass man frühzeitig präventiv und gesundheitsfördernd tätig werden müsse und unter Berücksichtigung einer Lebenslaufperspektive alle Altersgruppen berücksichtigen solle; außerdem gehe man davon aus, dass Gesundheitsförderung für alle älteren Menschen von Bedeutung sei.

## 8. 6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Betrachtet man die empirischen Befunde unter Berücksichtigung der Forschungsfragen (vgl. Kap. 7) im Überblick, können diese wie folgt zusammengefasst werden (vgl. Tab. 70 und 71). In der Zusammenschau der einzelnen Untersuchungsbereiche werden Überschneidungen deutlich, die einen ersten Anhaltspunkt für die Bewertung und Einordnung der Ergebnisse geben und Hinweise auf folgende mögliche Diskussionsschwerpunkte enthalten:

- Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen als Bestandteil einer zeitgemäßen kommunalen Altenplanung;
- Versorgungsplanung ohne Kenntnis lokaler Bedarfe und Bedürfnisse Älterer? Wie kann eine Bedarfsermittlung gestaltet werden?;
- Gesundheitsberichterstattung als Ausgangspunkt lokaler Planung – Möglichkeiten und Grenzen (einschließlich Bedarfslage und –ermittlung, „Nutzerperspektive“ in der GBE);
- Punktuelle Bearbeitung, Projektarbeit, Dauerthema der kGK oder Gesamtstrategie – wie wird man dem Thema auf kommunaler Ebene gerecht? Möglichkeiten und Grenzen einer sektorübergreifenden Planung und Bearbeitung des Themas („Gesamtstrategie“);
- Diskrepanz: hoher Handlungsbedarf vs. geringe kommunalpolitische Unterstützung?;
- Wie kann Beteiligung für ältere Menschen in der kGK bzw. der AG der kGK realisiert werden? (z.B. Berücksichtigung der Nutzerperspektive in der GBE oder kGK);
- Möglichkeiten und Grenzen eines generationenübergreifenden Ansatzes gemeindeorientierter Gesundheitsförderung;
- praktische Umsetzung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen: gute Praxis trotz fehlender/eingeschränkter Rahmenbedingungen?, Reduktion des Themas Gesundheitsförderung für Ältere auf Maßnahmen der Sturzprävention? Fehlende regelhafte Finanzierung ambulanter Sturzprävention; Möglichkeiten und Grenzen von Bewegungsparks; Fehlende Sensibilisierung der Sportvereine?

Tabelle 70: Ergebnisse im Überblick I

Forschungsfragen	„Schwerpunkte im Material“ (Repräsentanz, Relevanz, Innovationsgehalt) I., IV.1+2; IV.3+4
<p><b>A</b> <b>Hintergrund und Vorbereitung</b> Gesundheitsförderung für ältere Menschen als Thema der kGK</p>	<p><b>Bearbeitungsgründe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– demografische Entwicklung und Ältere als Zielgruppe der kGK vs. kommunalpolitische Entscheidung</li> </ul> <p><b>Ziele (Kommune/Kommunale Akteure)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– altengerechte (gesundheitliche Versorgungsplanung) (Perspektiverweiterung)</li> <li>– Einbringen von “Gesundheit” in kommunale Strukturen für ältere Menschen (Impulsfunktion)</li> <li>– Auftrag des Gesundheitsamtes zur Gesundheitsförderung auch für ältere Menschen (Institutionalisierung im Gesundheitsamt)</li> </ul>
<p><b>D</b> <b>kommunale Gesundheitspolitik</b> Stellenwert des Themas im Kontext der kommunalen Gesundheitspolitik</p>	<p style="text-align: center;"><i>Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten</i></p> <p><b>Verbindung zu Vertretern politischer Fraktionen über Mitgliedschaft im Gremium der kGK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Information in die politischen Fraktionen und kommunalpolitischen Ausschüsse</li> <li>– Einfluss politischer Fraktionen in der kGK über Beschlussfassung dieses Gremiums</li> </ul> <p><b>Erwirkung von Kreistags-/Ratsbeschlüssen im Einzelfall</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nicht angestrebt (grundsätzlich oder aufgrund der Haushaltslage)</li> <li>– Anbindung an andere kommunale Beschlüsse oder Zielsetzungen</li> <li>– gegensätzliche Tagungsrhythmen</li> <li>– Auftrag zur Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für ältere Menschen durch politische Fraktionen im Einzelfall</li> </ul>
<p><b>D</b> <b>Intersektorale Kooperation</b> Intra- und interkommunale Kooperation und Zusammenarbeit mit externen Partnern</p>	<p><b>Bewertung (intersektoraler) Kooperation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– KR: (Aktivierung) langjähriger Kooperationsstrukturen vs. Nichtbeteiligung einzelner Akteure, auch wenn es für diese von Interesse wäre</li> <li>– kfS: gute Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Partnern vs. Konkurrenz der Mitglieder der kGK untereinander</li> <li>– kfS: mangelnde politische Unterstützung bei der praktischen Umsetzung</li> <li>– kfS: verwaltungsinterne Probleme (z.B. wenig Interesse für Belange Älterer, Abgrenzung Gesundheits- und Sozialwesen)</li> </ul>
<p><b>D</b> <b>Partizipation</b> Beteiligung und Mitwirkung älterer Menschen</p>	<p><b>Bedarfslage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– KR: (allgemein) hoch eingeschätzter Bedarf vs. mangelnde Ausschöpfung gesundheitsförderlicher Potenziale (Herausforderung: Motivation bislang inaktiver Älterer)</li> <li>– kfS: wenig Wissen über den Bedarf Älterer “vor Ort”, insbesondere auf Stadtteilebene</li> </ul> <p><b>Bedarfsermittlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– KR: Bevölkerungsbefragung (geplant)</li> <li>– kfS: kleinräumige Bedarfsanalyse (Stadtteil), einschließlich Konkretisierung Ziel-/Altersgruppen</li> <li>– kfS: Bedarfsabfrage und Maßnahmenentwicklung im Stadtteil (geplant)</li> </ul>
<p><b>E</b> <b>Bewertung und Ausblick</b> Empfehlungen an andere Kommunen</p>	<p><b>Umsetzungsstrategie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– punktuelle, zeitliche begrenzte Arbeit in der kGK vs. längerfristige, umfassende “Gesamtstrategie” unter Einbezug aller Verwaltungsbereiche</li> </ul> <p><b>Intersektorale Bearbeitung<sup>93</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– KR: Erstellung eines Masterplans unter Einbezug unterschiedlicher Verwaltungsbereiche und der Bedarfe/Bedürfnisse Älterer</li> <li>– kfS: Age-friendly-cities; generationenübergreifender Ansatz (Gesundheit von Kindern und älteren Menschen)</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebungen, 2009

<sup>93</sup> Empfehlenswert, aber von den Befragten aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht realisiert.

## Fortsetzung Tab. 70: Ergebnisse im Überblick I

	„Schwerpunkte im Material“ (Repräsentanz, Relevanz, Innovationsgehalt)
<b>Forschungsfragen</b>	I., IV.1+2; IV.3+4 <i>Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten</i>
<b>Möglicher Diskussionsansatz</b>	<b>Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nur ein Thema "alter" und "alternder" Kommunen?</li> <li>- Bestandteil einer zeitgemäßen kommunalen Altenplanung? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perspektiverweiterung</li> <li>- Impulsfunktion</li> <li>- Institutionalisierung im Gesundheitsamt, inhaltliche/zielgruppenbezogene amtsinterne Differenzierung</li> </ul> </li> <li>- intersektorale Planung, insbesondere Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen</li> <li>- Möglichkeiten und Grenzen einer sektorübergreifende Planung und Bearbeitung ("Gesamtstrategie")</li> <li>- Versorgungsplanung ohne Kenntnis lokaler Bedarfe und Bedürfnisse Älterer? Wie kann eine Bedarfsermittlung gestaltet werden?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hoher Handlungsbedarf vs. geringe kommunalpolitische Unterstützung?</li> <li>- Möglichkeiten und Grenzen eines generationenübergreifenden Ansatzes</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebungen, 2009

## Tabelle 71: Ergebnisse im Überblick II

	„Schwerpunkte im Material“ (Repräsentanz, Relevanz, Innovationsgehalt)
<b>Forschungsfragen</b>	II., III., IV.5 Themenbereiche, Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten
<b>C Praktische Umsetzung Umsetzung der Ergebnisse der kGK zum Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen</b>	<b>Themen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewegung <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante/stationäre Sturzprävention;</li> <li>- niedrigschwellige Angebote z.B. Spazier-, Wander-, Laufgruppen, "Bewegungsparks"</li> <li>- Sensibilisierung Sportvereine</li> </ul> </li> <li>2. Ernährung</li> <li>3. gesundheitsbezogene Veranstaltungen und Gesundheitsinformation</li> <li>4. Soziale Integration</li> </ol> <b>Altersgruppe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- festgelegte, variable oder keine Altersgruppe</li> </ul> <b>Zielgruppe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ältere Bevölkerung im Kreis-/Stadtgebiet</li> <li>- KR: nicht pflegebedürftige und pflegebedürftige Ältere</li> <li>- kfS: explizit nicht pflegebedürftige Ältere</li> <li>- Nutzer seniorenbezogener Einrichtungen</li> <li>- ältere Bürger im Stadtteil</li> </ul> <b>Bezugsebene</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kfS: Gesamtstadt vs. Stadtteil</li> <li>- KR: Kreisgebiet vs. einzelne kSG oder Einrichtungen im Kreisgebiet</li> </ul> <b>Umsetzung durch...</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lokale Akteure in Selbstverpflichtung</li> </ul> <b>Finanzierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigenmittel der Akteure</li> <li>- Selten: kommunale Mittel</li> <li>- Mischfinanzierung (Krankenkassen, Sponsoren, Landesmittel, Teilnahmegebühren)</li> </ul> <b>Evaluation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstevaluation vs. externe Evaluation</li> </ul> <b>Nachhaltigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verortung von Maßnahmen in vorhandenen institutionellen Bezügen</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebungen, 2009

## Fortsetzung Tab. 71: Ergebnisse im Überblick II

Forschungsfragen	<p style="text-align: center;">„Schwerpunkte im Material“ (Repräsentanz, Relevanz, Innovationsgehalt) II., III., IV.5</p>
<i>Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten</i>	
<p style="text-align: center;"><b>B</b> <b>Arbeitsform/-schritte und Rahmenbedingungen</b> Arbeitsform/-schritte und finanzielle Rahmenbe- dingungen</p>	<p><b>Arbeitsebene AG der kGK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– KR: fortwährende vs. zeitlich begrenzte AG</li> <li>– kfS: vorwiegend zeitlich begrenzte AG</li> </ul> <p><b>Arbeitsschritte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Handlungsempfehlungen</li> <li>– Information, Vermittlung, Qualifizierung</li> <li>– Projektarbeit</li> <li>– Anbindung an ein Sachgebiet des Gesundheitsamtes</li> </ul> <p><b>Aufgaben der Geschäftsstellenleitungen der kGK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prozessbegleitung und –steuerung</li> <li>– Netzwerken und Impulse setzen</li> <li>– Moderation</li> <li>– administrative Aufgaben</li> <li>– inhaltliche Vorbereitungen</li> <li>– Serviceleistungen</li> </ul> <p><b>kGBE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kein Einzelbericht aufgrund unzureichender Datenlage, fehlender personeller Ressourcen</li> <li>– Planung und Erarbeitung eines Berichtes im Einzelfall</li> </ul> <p><b>Finanzielle Rahmenbedingungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– eigener Etat der kGK</li> <li>– kein Eigener Etat der kGK</li> <li>– Etat Gesundheitsamt</li> <li>– weitere kommunale Mittel (finanziell/personell)</li> <li>– Drittmittel</li> </ul> <p><b>Beurteilung der Arbeitsweise der kGK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– positiv Beteiligung und Zusammenarbeit der Akteure</li> <li>– negativ: allgemeine Rahmenbedingungen, Rahmenbedingungen der KR, der kGK, des Gesundheitsamtes; Umsetzung</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>D</b> <b>Partizipation</b> Beteiligung und Mitwir- kung älterer Menschen</p>	<p><b>Umgang mit Beteiligungsprozessen bei der Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung für Ältere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– keine Beteiligung (nicht vorgesehen)</li> <li>– Beteiligung über Interessenvertreter, Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements, Bürgeranfragen/-interessen im Stadtteil</li> <li>– Beteiligung geplant über Interessenvertreter, Bedarfsabfrage, Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements, „Betroffene zu Beteiligten machen“ (kfS Bezugsebene Stadtteil)</li> </ul> <p><b>Hindernisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kommunikation</li> <li>– hoher zeitlicher Aufwand</li> <li>– ablehnende Haltung Älterer</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>E</b> <b>Bewertung und Ausblick</b> Empfehlungen an ande- re Kommunen</p>	<p><b>Empfehlungen an andere Kommunen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bereitschaft zur Bearbeitung des Themas (z.B. Sensibilisierung und Entscheidung für das Thema und den Arbeitsbeginn)</li> <li>– (politische) Unterstützung</li> <li>– Rückgriff auf Vorhandenes (Wissen, Erfahrungen, Material)</li> <li>– Ist-Analyse</li> <li>– Erstellung eines kommunalen Gesundheitsberichtes</li> <li>– Bedarfsermittlung</li> <li>– Zielformulierung</li> <li>– Ressourcen</li> <li>– Anbindung an bestehende Strukturen</li> <li>– Beteiligung lokaler Akteure und der Zielgruppe</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebungen, 2009

## Fortsetzung Tab. 71: Ergebnisse im Überblick II

Forschungsfragen	„Schwerpunkte im Material“ (Repräsentanz, Relevanz, Innovationsgehalt) II., III., IV.5
	<i>Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten</i>
<p><b>E</b> <b>Bewertung und Ausblick</b> Förderliche/hinderliche Rahmenbedingungen</p>	<p><b>förderlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Themenvorbereitung und -auswahl</li> <li>- Zusammenarbeit in der kGK</li> <li>- Relevanz und Akzeptanz</li> <li>- Interesse lokaler Akteure</li> <li>- Berücksichtigung bestehender Rahmenbedingungen</li> <li>- Zugang zu/Zugriff auf Senioren</li> <li>- Politische Unterstützung</li> </ul> <p><b>hinderlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fehlende Beteiligung der Mitglieder der kGK,</li> <li>- Mängel in der Zusammenarbeit,</li> <li>- eine Verschiebung des Themenschwerpunktes („Pflegebelastigkeit“),</li> <li>- fehlende Ressourcen,</li> <li>- Verzögerungen der internen Kommunikation</li> <li>- fehlendes Engagement.</li> <li>- KR: hinderliche Aspekte der kommunalen Organisationsstruktur: mangelnde Zusammenarbeit mit kSG, unterschiedlicher Stand der Themenbearbeitung zwischen Kreisebene und in den kSG, mangelnde Autonomie kreisorientierter Strukturen</li> <li>- kfS: allgemeine Aspekte: fehlende Ressourcen, vorherrschende Mittelschichtorientierung bei gesundheitsfördernden Angeboten, fehlende Alternativen/neue Formen der Prävention und Gesundheitsförderung</li> </ul>
<p><b>E</b> <b>Bewertung und Ausblick</b> Aktuelle und zukünftige Versorgungssituation</p>	<p><b>Aktuelle Versorgungssituation KR</b></p> <p><b>Gut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- umfassendes Angebot unterschiedlicher Anbieter</li> <li>- gutes Angebot für Mobile und Motivierte</li> <li>- „unter den gegebenen Rahmenbedingungen gut“</li> </ul> <p><b>teils - teils</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterschiede in den kSG</li> </ul> <p><b>Lücken und (Handlungs-) Bedarfe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „noch ausbaufähig“</li> <li>- Geringes Angebot für bereits gesundheitlich stark eingeschränkte ältere Menschen</li> <li>- Sportvereine haben relativ wenige Angebote für ältere Menschen</li> <li>- regelhafte Finanzierungsmöglichkeiten für ambulante Sturzprävention</li> <li>- Qualifizierung der Übungsleiter</li> <li>- Krankenkassen haben "Alter" noch nicht für sich entdeckt</li> <li>- Bewertung vorhandener Angebote (Optimierungsbedarf)</li> </ul> <p><b>Aktuelle Versorgungssituation kfS</b></p> <p><b>gut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemein gutes und umfangreiches Angebot</li> </ul> <p><b>Teils - teils</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Engpässe“ in einzelnen Bereichen</li> <li>- unterschiedliche Angebote und Anbieter</li> </ul> <p><b>Lücken und (Handlungs-) Bedarfe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „noch ausbaufähig“</li> <li>- „nicht ausreichend, nicht flächendeckend, ungeplant, punktuell“</li> <li>- „da passiert zu wenig“</li> <li>- geringes Angebot für vulnerable Zielgruppen Älterer</li> <li>- „Barrieren“ für die Inanspruchnahme von Angeboten</li> <li>- Sportvereine haben relativ wenige Angebote für ältere Menschen</li> <li>- fehlende Ressourcen für qualitätsgesicherte Angebote</li> <li>- mangelnde Kooperation der Anbieter untereinander</li> <li>- Sensibilisierung der Anbieter für und Fokussierung der Angebote für ältere Menschen auf Gesundheitsförderung</li> <li>- unzureichende Bekanntheit bei älteren Menschen</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebungen, 2009



## Fortsetzung Tab. 71 Ergebnisse im Überblick II

	<b>„Schwerpunkte im Material“ (Repräsentanz, Relevanz, Innovationsgehalt)</b>
<b>Forschungsfragen</b>	<b>II., III., IV.5</b>
	<i>Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten</i>
<b>E</b> <b>Bewertung und Ausblick</b> Aktuelle und zukünftige Versorgungssituation	<p>–</p> <p><b>zukünftige Versorgungssituation KR</b> <b>positiv</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (Weiter-) Entwicklung unter gegebenen Rahmenbedingungen positiv</li> <li>– Institutionalisierung im Gesundheitsamt</li> <li>– Gesamtstrategie zur Umsetzung von Gesundheitsförderung für Ältere</li> <li>– Konsens weiterhin und stärker aktiv werden</li> <li>– immer wieder neue Themen</li> <li>– übergeordneter Blick der kGK</li> <li>– wichtiges und wichtiger werdendes Thema</li> <li>– erwartbare positive Veränderungen im individuellen Gesundheitsverhalten (gesundheitsaffine Haltung)</li> </ul> <p><b>teils - teils</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bereitschaft zur gesundheitsförderlichen Weiterentwicklung seniorenbezogener Angebote vs. geringe und weiter abnehmende Ressourcen</li> <li>– Kompensation abnehmender kommunaler Ressourcen: den Stand halten und Strukturen verselbständigen</li> <li>– Unterschiede in den kSG</li> <li>– erwartbare negative Veränderungen im individuellen Gesundheitsverhalten (z.B. Alkoholkonsum, Medikamentenkonsum)</li> </ul> <p><b>Zukünftige Versorgungssituation kfS</b> <b>positiv</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Institutionalisierung im Gesundheitsamt</li> <li>– Gesundheitsförderung als Perspektive im Umgang mit Älteren</li> <li>– zunehmende Entwicklung</li> </ul> <p><b>teils - teils</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– es könnte noch viel mehr passieren</li> </ul> <p><b>negativ „Hindernisse“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– fehlende Ressourcen - Angebote abhängig von zur Verfügung stehenden Mitteln</li> <li>– keine finanzielle Eigenständigkeit/Nachhaltigkeit Verhaftung auf der Projektebene Fehlende gesetzliche Grundlage</li> <li>– fehlende Wirksamkeitsnachweise</li> <li>– Institutionalisierung im Gesundheitsamt</li> <li>– „wir rennen den Problemen hinterher“</li> <li>– Gesundheitsförderung führt nicht unbedingt zu Einsparungen</li> </ul>
<b>Möglicher Diskussionsansatz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– gute Praxis trotz fehlender/eingeschränkter Rahmenbedingungen?</li> <li>– fehlende regelhafte Finanzierung ambulanter Sturzprävention</li> <li>– Reduktion des Themas Gesundheitsförderung für Ältere auf Maßnahmen der Sturzprävention?</li> <li>– Möglichkeiten und Grenzen von Bewegungsparks</li> <li>– fehlende Sensibilisierung der Sportvereine?</li> <li>– punktuelle Bearbeitung, Projektarbeit, Dauerthema der kGK oder Gesamtstrategie – wie wird man dem Thema auf kommunaler Ebene gerecht?</li> <li>– kommunale Gesundheitsberichterstattung als Ausgangspunkt lokaler Planung – Möglichkeiten und Grenzen (einschließlich Bedarfslage und –ermittlung, „Nutzerperspektive“ in der GBE)</li> <li>– Wie kann Beteiligung für ältere Menschen in der kGK bzw. der AG der kGK realisiert werden? (Nutzerperspektive in der GBE oder kGK)</li> </ul>

Quelle: eigene Erhebungen, 2009

## 9 Einordnung, Bewertung und Diskussion der Ergebnisse

Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stand eine Auseinandersetzung mit der Arbeitsweise der kGK<sup>94</sup>, die für die Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen gewählt wurde. Für eine Einordnung und Bewertung des umfangreichen empirischen Materials zur Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen in kGKn in NRW wurden als Analyse Kriterien die Stufen des Public-Health-Action-Cycle sowie die Dimensionen des Community Capacity und der Community Readiness zugrunde gelegt. Der Analyserahmen ermöglicht zunächst eine zusammenfassende Betrachtung der berichteten Erfahrungen und umfasst folgende Dimensionen (vgl. Altgeld, 2008; Brand, Schmacke & Brand, 2003; Goodman et al., 1998; Reis-Klingspiogl, 2008): Sensibilisierung, Steuerung, kommunalpolitischer Beschluss, Assessment und Lagebeschreibung, policy-development, Assurance, Umsetzung der Maßnahmen, Evaluation, Leitung und Führung sowie Bürgerbeteiligung. Für eine fallübergreifende Diskussion der berichteten Erfahrungen der kGKn wurden zudem folgende Fragestellungen zugrunde gelegt:

- Wie gestalten sich Strukturentwicklungsprozesse der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext der kGKn in KR und kfS?
- Was trägt zur Strukturentwicklung im Rahmen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen trotz eingeschränkter oder fehlender Rahmenbedingungen der kGKn in KR und kfS bei?
- Welche Herausforderungen stellen sich gegenwärtig und zukünftig für die Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Kontext der kGKn in KR und kfS?

Betrachtet man unter dieser Perspektive die Umsetzungserfahrungen der untersuchten kGKn, können fallübergreifend folgende Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt werden (vgl. Tab. 72).

Ausgangspunkt für die Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen in den untersuchten kGKn in KR und kfS war die Vorstellung des Themas innerhalb der kGK Gesamtkonferenz, die u.a. auch auf eine Sensibilisierung der Mitglieder zielte. Positiv hervorzuheben ist dabei, dass dem Thema seitens der Mitglieder der kGKn grundsätzlich eine hohe Relevanz und Akzeptanz zugeschrieben wurde, obwohl ältere Menschen nicht für alle lokalen gesundheitsbezogenen Akteure eine relevante Zielgruppe darstellten. Den im Auftrag der kGK-Gesamtkonferenz eingerichteten Arbeitsgruppen (AG) wurde zugleich die Planung und Steuerung der Umsetzung übertragen; charakteristisch ist, dass die AGn zwar weitgehend selbständig, immer aber in Abstimmung und Rückkopplung mit der kGK Gesamtkonferenz agierten.

---

<sup>94</sup> Auf eine Analyse der Projektinhalte und der praktischen Umsetzung von Maßnahmen wurde an dieser Stelle zugunsten der Auseinandersetzung mit der Arbeitsweise der kGK im Sinne der Strukturentwicklung auf kommunaler Ebene verzichtet.

Tabelle 72: Strukturbildung

Strukturbildung und kommunale Bereitschaft <sup>1</sup>		Erfahrungen der kGKn in KR und kfS <sup>2</sup>
Sensibilisierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesundheit zum Thema machen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorstellung des Themas in der kGK Gesamtkonferenz</li> </ul>
Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planung und Lenkung des Umsetzungsprozesses</li> <li>- Strukturen und Mechanismen kommunalen Dialogs</li> <li>- Kommunikationsstruktur und Information unter den Beteiligten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einrichtung (fortwährender/zeitlich begrenzter) AGn im Auftrag der kGK-Gesamtkonferenz</li> <li>- Rückkopplung der Arbeit der AG an die kGK-Gesamtkonferenz (vgl. Kommunikationsstruktur zwischen AG und kGK)</li> </ul>
Kommunalpolitischer Beschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kommunalpolitischer Beschluss</li> <li>- personelle Zuständigkeit auf politischer und Verwaltungsebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschluss der kGK</li> <li>- selten: Rats-/Kreistagsbeschluss</li> <li>- Geschäftsstellenleitung der kGK</li> <li>- Dezernat</li> <li>- politische Vertreter als Mitglieder der kGK</li> </ul>
Assessment/Lagebeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kommunale Gesundheitsberichterstattung</li> <li>- Bestandsaufnahme: Ermittlung des Handlungsbedarfs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vorwiegend: keine kGBE (unzureichende Datenlage, fehlende personelle Ressourcen)</li> <li>- alternativ: Rückgriff auf Vorhandenes (Wissen, Erfahrungen, Materialien, Literatur)</li> </ul>
policy-development	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursachenanalyse und Entwicklung von Maßnahmen über Experten- und Zielgruppenbeteiligung</li> <li>- Strategieentwicklung, inkl. Identifizierung von Handlungsoptionen; Entwicklung von Gesundheitszielen und Handlungsoptionen durch lokale Gesundheitskonferenzen</li> <li>- Bürgerbeteiligung bei der Definition und Bearbeitung von Bedarfen/Bedürfnissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategie- und Maßnahmenentwicklung innerhalb der AG der kGK, vorwiegend unter Beteiligung lokaler Experten/Akteure und Interessenvertreter älterer Menschen</li> <li>- vorwiegend: auf dieser Ebene erfolgte keine Bürgerbeteiligung bei der Definition und Bearbeitung von Bedarfen/Bedürfnissen</li> <li>- z.T. Beteiligung Älterer an der Angebotsentwicklung bzw. -umsetzung (z.B. Einrichtung von Spaziergruppen in Leitung ehrenamtlich engagierter Älterer)</li> <li>- unterschiedliche Bearbeitungsstrategien (Handlungsempfehlungen; Projektarbeit; Information, Vermittlung, Qualifizierung; Anbindung an einen Aufgabebereich im Gesundheitsamt)</li> </ul>
Assurance	<p>Fähigkeiten und Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intrakommunale und externe Ressourcen (u.a. finanziell, technische Ausstattung, Materialien)</li> <li>- eingebrachte Finanzmittel der Gemeinde</li> <li>- Wissens- und Managementressourcen in der Gemeinde</li> <li>- ausreichend kompetente Personen für ein Projektteam</li> </ul>	<p>intrakommunale und externe Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- selten: kommunale Mittel</li> <li>- Eigenmittel der Akteure</li> <li>- Mischfinanzierung (Krankenkassen, Sponsoren, Landesmittel, Teilnahmegebühren)</li> <li>- geldwerte Leistungen der Kommune (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Räumlichkeiten)</li> </ul> <p>Wissens- und Managementressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prozessbegleitung und -steuerung in der AG durch die Geschäftsstellenleitung der kGK</li> <li>- Rückgriff auf Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen der Mitglieder der kGK</li> <li>- Besetzung der AG mit interessierten, engagierten und fachlich angemessenen Mitgliedern der kGK und ggf. externen Experten</li> </ul>
	<p>Kommunikations- und Kooperationsstrukturen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verfügbarkeit in-/formeller Strukturen</li> <li>- historische/aktuelle Konflikte zwischen Strukturen</li> <li>- historische/aktuelle Partnerschaften zwischen bestehenden Strukturen</li> </ul>	<p>Kommunikations- und Kooperationsstrukturen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückkopplung der Arbeit der AG an die kGK-Gesamtkonferenz</li> <li>- überwiegend etablierte, vertrauensvollen Kontakte und Kooperationsbeziehungen innerhalb der Mitglieder der kGK, die auch für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ genutzt werden konnten</li> <li>- AGn der kGK zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“: Kontaktaufnahme und Vernetzung interessierter lokaler Gesundheitsakteure</li> <li>- z.T. einschließlich intersektoraler Kooperationsbeziehungen (insbesondere zu Einrichtungen des Sozialwesens);</li> <li>- vorwiegend: kein systematischer Einbezug aller Verwaltungsbereiche;</li> <li>- z.T. fehlende/misslingende intersektorale Kooperationsbemühungen</li> <li>- gute Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Gesundheitsakteuren, z.T. auch mit universitären Projektpartnern;</li> </ul>

Quelle: <sup>1</sup>Altgeld, 2008; Brand, Schmacke & Brand, 2003; Goodman et al., 1998; Reis-Klingspiegl, 2008; <sup>2</sup>eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

## Fortsetzung Tab. 72: Strukturbildung

Strukturbildung und kommunale Bereitschaft <sup>1</sup>		Erfahrungen der kGKn in KR und kfS <sup>2</sup>
Umsetzung der Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infrastrukturentwicklung und Implementierung von Maßnahmen,</li> <li>- Sicherstellung der Implementierung, Durchführung von Maßnahmen durch die Kommune, auch durch Übertragung der Ausführung an Dritte;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übertragung der Umsetzung an lokale Gesundheitsakteure in Selbstverpflichtung</li> <li>- Verortung von Maßnahmen in vorhandenen institutionellen Bezügen (Nachhaltigkeit)</li> </ul>
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Lernkultur“ u.a. die Fähigkeit gemeindebezogener Einrichtungen zur Selbsteinschätzung der eigenen Leistungen und Veränderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (vorwiegend) Selbstevaluation; u.a. Reflektion in der AG der kGK, Berichtspflicht der AG der kGK an die kGK-Gesamtkonferenz</li> </ul>
Leitung/Führung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung von Orientierung und Strukturen für Teilnehmer;</li> <li>- Ermutigung zur Teilnahme und Beteiligung; Sicherstellung gleichberechtigter Teilnahme während Arbeitstreffen und Veranstaltungen;</li> <li>- Unterstützung im Hinblick auf die Verbreitung von Informationen und die Verteilung von Ressourcen unter den Teilnehmer;</li> <li>- Verbindung zu anderen Leitungen;</li> </ul>	Geschäftsstellenleitung der kGK <ul style="list-style-type: none"> <li>- personelle Zuständigkeit für Vorhaben der kGK auf der Ebene der Kommunalverwaltung</li> <li>- Verbindung zwischen Kommunalverwaltung, -politik und lokalen Akteuren des Gesundheitswesens</li> <li>- Prozessbegleitung und –steuerung der AGn der kGK</li> <li>- regelmäßiger interkommunaler Austausch mit Geschäftsstellenleitungen aus anderen kGKn</li> </ul>
	Verfügbarkeit von Leadership & Managementkompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen mit hoher Projektidentifikation, Zeit und Bereitschaft zur Mitarbeit,</li> <li>- Durch-, Umsetzungs- und Mobilisierungskompetenz sowie Integrationskraft und Aktivierungskompetenz der Projektleitung</li> </ul>	Aufgaben der Geschäftsstellenleitungen der kGK (vgl. Kap. 8.3) <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Prozessbegleitung und –steuerung“</li> <li>- „Netzwerken' und Impulse geben“</li> <li>- „Moderation“</li> <li>- „Administrative Aufgaben“</li> <li>- „Inhaltliche Vorbereitung“</li> <li>- „Serviceleistungen“</li> </ul>
Bürgerbeteiligung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehungen zu verschiedenen Netzwerken, um verschiedene Interessen im Rahmen der Zusammenarbeit zu berücksichtigen;</li> <li>- Vorerfahrung mit Beteiligungsprozessen in der Gemeinde und ihre Bewertung</li> <li>- Ausreichend Zeit für Beteiligungsprozesse</li> <li>- Qualifizierungsmöglichkeiten für beteiligte Personen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beteiligungsmöglichkeiten auf der Ebene der kGK Gesamtkonferenz, aber auch in den AG der kGK durch die Einbindung von Interessenvertretungen älterer Menschen</li> <li>- keine (geplanten) Beteiligungsprozesse für ältere Menschen ohne institutionelle Anbindung auf Ebene der kGK oder der AG der kGK</li> <li>- z.T. Qualifizierungsmöglichkeiten auch für interessierte Ältere (z.B. Schulung zur Bewegungsförderung, Trainerausbildung)</li> </ul>

Quelle: <sup>1</sup>Altgeld, 2008; Brand, Schmacke & Brand, 2003; Goodman et al., 1998; Reis-Klingspiegl, 2008; <sup>2</sup>eigene Erhebungen, 2009; eigene Darstellung

Kennzeichnend für die kommunalpolitische Einbindung des Themas war zudem, dass zwar in allen befragten kGKn ein interner Beschluss für die Bearbeitung des Themas vorlag (Beschluss der kGK), aber nur selten ein darüber hinaus gehender Kreistags-/Ratsbeschluss angestrebt oder tatsächlich erwirkt wurde (vgl. folgende Ausführungen).

Ebenfalls vorteilhaft erwies sich in den untersuchten kGKn hingegen, dass i.d.R. eine bereits etablierte Kommunikations- und Kooperationsstruktur unter den relevanten lokalen Akteuren bestand, die für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ aktiviert werden konnte.

Bei der Zusammensetzung der AG zeigten sich Schwerpunkte für einzelne lokale Akteursgruppen des Gesundheitswesens (z.B. Krankenhäuser, Krankenkassen, Sportvereine, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen). Darüber hinaus wurde auch über Kontakte zu anderen Verwaltungsbereichen berichtet, wobei in KR und kfS vorwiegend soziale und gesundheitliche Gremien, Verwaltungsbereiche oder Abteilungen benannt wurden. Ebenfalls

hervorzuheben ist der Einbezug von Interessenvertretungen älterer Menschen (z.B. Seniorenbeauftragte, Seniorenberatung, Senioreninitiativen); eine Einbindung älterer Menschen ohne institutionelle Anbindung erfolgte jedoch nur vereinzelt auf der Ebene der AG der kGK. Ebenfalls eher selten wurde über Kontakte zu universitären Kooperationspartnern berichtet; diese umfassten z.B. die Unterstützung bzw. Zusammenarbeit bei der Implementation (evidenzbasierter) Gesundheitsförderungsprogramme auf kommunaler Ebene (z.B. sturzpräventive Programme) oder die gemeinsame Entwicklung eines lokalen Gesundheitsförderungsprogramms (z.B. (de-) zentrales Gesundheitsförderungsprogramm mit verschiedenen Schwerpunkten u.a. Bewegung, Gesundheitsinformation/-beratung).

Aus Sicht der kGKn wurde die Zusammenarbeit mit lokalen Gesundheitsakteuren in den Arbeitsgruppen unterschiedlich bewertet; positive Einschätzungen bezogen sich dabei auf den vorwiegend hohen Beteiligungsgrad sowohl der Mitglieder der kGK als auch der lokalen Akteure an der AG der kGK, ein gutes Arbeitsklima in der AG der kGK (z.B. konstruktiver Austausch, Veränderungsbereitschaft, hohe Bereitschaft zum Erfahrungsaustausch), eine hohe Akzeptanz des Themas („persönliche“ wie „fachliche Bezüge“ der Mitglieder der kGK), etablierte mehrjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit der Mitglieder in der kGK, die Eröffnung neuer Kontakte und die Überwindung von Konkurrenzen durch die Zusammenarbeit an einem gemeinsamen Thema. Hindernisse wurden in der fehlenden Unterstützung der Mitglieder der kGK bei der z.T. angestrebten kreis-/stadtweiten Umsetzung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen gesehen; darüber hinaus wurde eine fehlende (intersektorale) Zusammenarbeit (u.a. aufgrund von Diskrepanzen zwischen verschiedenen Verwaltungsbereichen z.B. Konkurrenz zwischen den Dezernaten Gesundheit und Soziales), eine fehlende ämterübergreifende Abstimmung und die mangelnde Zusammenarbeit mit einzelnen Akteursgruppen (z.B. niedergelassene Ärzte) bemängelt.

Bezeichnend für die Vorgehensweise der meisten untersuchten kGKn war zudem, dass eine Analyse der Ausgangssituation nicht über die kommunale Gesundheitsberichterstattung erfolgte, sondern vorwiegend auf Alternativen zurückgegriffen wurde (z.B. vorhandenes (lokales) Wissen und Erfahrungen sowie Sekundärliteratur und weitere Materialien).

Die Strategie- und Maßnahmenentwicklung innerhalb der AG der kGK erfolgte vorwiegend unter Beteiligung lokaler Experten/Akteure und Interessenvertreter älterer Menschen (z.B. lokale Selbsthilfe, Seniorenbeirat/-vertretung) in den AGn; eine Beteiligung älterer Menschen ohne institutionelle Anbindung war in den meisten Fällen auf der Ebene der AG (oder der Gesamtkonferenz) nicht vorgesehen. Ansatzweise wurde über eine Beteiligung Älterer an der Angebotsentwicklung bzw. -umsetzung berichtet (z.B. Einrichtung von Spaziergruppen in Leitung ehrenamtlich engagierter Älterer).

In der fallübergreifenden Betrachtung zeigten sich in KR und kfS in den AGn der kGK verschiedene Vorgehensweisen für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“. Dabei wurden in KR und kfS die Formulierung von Handlungsempfehlungen oder die Planung und Durchführung von Projekten („Projektarbeit“) zum Thema „Gesundheitsförderung für Ältere“ fokussiert. In einzelnen KR wurde für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zum einen die Information und Qualifizierung lokaler Akteure im Bereich der Bewegungsförderung gewählt (z.B. Schulung für die Umsetzung (evidenzbasierter) Bewegungsprogramme oder Maßnahmen zur Sturzprophylaxe), zum anderen richteten sich die Aktivitäten der AG der kGK auf die Vermittlung vorhandener Bewegungsangebote an bestehende Seniorengruppen. In kfS wurde die Arbeit der AG

der kGK an einen bereits eingerichteten Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes zum Thema „Gesundheit im Alter“ angebunden und in diesem Kontext sowohl Handlungsempfehlungen und kommunale Gesundheitsziele zum Thema „Gesund älter werden in der Stadt“ formuliert als auch Projekte und Veranstaltungen geplant und umgesetzt.

Die Umsetzung der in der AG der kGK geplanten Maßnahmen wurde – gemäß den Grundsätzen der kGK - i.d.R. an lokale Gesundheitsakteure „in Selbstverpflichtung“ übertragen; Letztgenanntes schloss i.d.R. auch die Finanzierung der Maßnahmen durch Eigenmittel der Akteure ein, die durch Mischfinanzierungsformen ergänzt wurde (z.B. Krankenkassen, Sponsoren, Landesmittel, Teilnahmegebühren); selten wurde darüber berichtet, dass kommunale Mittel eingebracht werden konnten.

Die Sicherstellung von Nachhaltigkeit wurde häufig durch eine Verortung von Maßnahmen in vorhandenen institutionellen Bezügen angestrebt; dies war aus dem vorliegenden Material zum Erhebungszeitpunkt jedoch nicht absehbar. Auch eine Verankerung des Themas in der kGK (z.B. als fortwährende AG) war zum Befragungszeitpunkt nur z.T. ersichtlich; auf Ebene der Kommunalverwaltung zeichnete sich eine (dauerhafte) „Verortung“ des Themas ansatzweise ab (vgl. folgende Ausführungen).

Eine Bewertung der Umsetzung erfolgte überwiegend in Form der Selbstevaluation (u.a. Soll-Ist-Vergleich in Bezug auf die Umsetzung von Handlungsempfehlungen, Bericht über die Arbeit der AG an die kGK-Gesamtkonferenz), eine externe Evaluation oder wissenschaftliche Begleitung von Vorhaben erfolgten lediglich in Einzelfällen.

Für das Gelingen von Prozessen der Strukturbildung ist darüber hinaus auch die Bedeutung der Geschäftsstellenleitung der kGK hervorzuheben, der auf Ebene der Kommunalverwaltung die personelle Zuständigkeit für Vorhaben der kGK oblag. Neben administrativen Aufgaben (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Einladungen, Protokolle erstellen und weiterleiten, Informationen und Materialien weiterleiten usw., Vorbereitung der kGK, Zeitmanagement, Koordination der Sitzungen der AG, Organisatorisches z.B. Druck von Materialien) und Serviceleistungen (z.B. Erstellung und Bereitstellung von Übersichten, Materialien) kamen dabei in KR wie kfS der inhaltlichen Vorbereitung, der Prozessbegleitung/-steuerung, einschließlich der Moderation der AG sowie dem „Netzwerken“ und der „Impulssetzung“ Bedeutung zu.

Für die Umsetzungserfahrungen und Arbeitsschritte der untersuchten kGKn sind im Vergleich zu den für die Analyse zugrunde gelegten Dimensionen gemeindeorientierter Strukturentwicklung weitgehend Übereinstimmungen zu verzeichnen. Die Befunde stehen grundsätzlich im Einklang mit den zuvor beschriebenen Möglichkeiten und Grenzen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung im Kontext des ÖGD (vgl. Kap. 2-4). Ungeachtet fehlender verbindlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen und begrenzter Ressourcen für die Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen, können für das Gelingen von Strukturentwicklungsprozessen der kGKn in KR und kfS folgende Aspekte hervorgehoben werden:

- vorhandene Strukturen, Kommunikations- und Kooperationszusammenhänge innerhalb des Gremiums der kGK;
- etablierte und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Mitglieder der kGK;
- hohes Engagement lokaler Akteure („Selbstverpflichtung“);

- hohes Engagement und Wahrnehmung von Koordinationsfunktionen durch die Geschäftsstellenleitungen der kGK;
- politische Unterstützung: ideelle Unterstützung im Sinne von grundsätzlicher Befürwortung des Themas und „Rückendeckung“ sowie Bereitstellung von Ressourcen (z.B. finanzielle, personelle oder materielle Ressourcen).

Wesentliche Abweichungen und Hindernisse zeigen sich hingegen in folgenden Bereichen:

- fehlende formale politische Verankerung des Themas über Rats-/Kreistagsbeschluss (vgl. folgende Ausführungen);
- fehlende Nutzung der kGBE als Analyseinstrument und Grundlage für das Monitoring und die Bewertung von Maßnahmen (vgl. folgende Ausführungen)
- i.d.R. begrenzte Möglichkeiten in der AG der kGK zum Einbezug und zur Beteiligung älterer Menschen ohne institutionelle Anbindung an der Bedarfsermittlung sowie Planung und Umsetzung von Maßnahmen;
- fehlende/begrenzte Möglichkeiten zur Bereitstellung kommunaler finanzieller Ressourcen;
- fehlende (externe) Evaluation;
- ansatzweise/fehlende intersektorale Kooperation zwischen kommunalen Verwaltungsbereichen (vgl. folgende Ausführungen).

Berücksichtigt man die von den befragten kGKn formulierten Empfehlungen zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“, wurden – unter Berücksichtigung ihrer bisherigen Erfahrungen – zudem folgende Aspekte als notwendig erachtet (eigene Erhebung, 2009):

- Bereitschaft zur Bearbeitung des Themas (grundlegende Voraussetzungen z.B. Sensibilisierung und Entscheidung für das Thema und den Arbeitsbeginn), einschließlich politischer Unterstützung;
- Ist-Analyse: Erstellung eines Gesundheitsberichtes, Bedarfsermittlung;
- Zielformulierung unter Beteiligung der älteren Zielgruppe;
- (frühzeitige und regelhafte) Bereitstellung von Ressourcen (finanziell, personell);
- Anbindung von Maßnahmen an bestehende Strukturen.

Außerdem benannten die untersuchten kGKn verschiedene Handlungsbedarfe, die für die gegenwärtigen und zukünftigen Möglichkeiten gemeindeorientierter Strukturentwicklungsprozesse relevant sind. Die KR formulierten diesbezüglich folgende Bedarfe: Überwindung von

Unterschieden der (Angebots-) Strukturen in den kSG; Koordination der Zusammenarbeit zwischen der Ebene des Kreises und der einzelnen kSG, Überwindung von Konflikten zwischen der KR-Ebene und einzelnen kSG, Abstimmung mit eigenständige Verwaltungsbereichen in den kSG und Berücksichtigung älterer Zielgruppen durch die Krankenkassen.

In den kfS wurden folgende Bedarfe aufgezeigt: Verbesserung und Strukturierung der Angebots- und Anbieterstruktur (z.B. Sensibilisierung der Anbieter für ältere Zielgruppen, Fokussierung der Angebote für ältere Menschen auf Gesundheitsförderung), Überwindung von „Engpässen“ in einzelnen Bereichen lokaler Angebote (ausreichendes, flächendeckendes, geplantes, dauerhaftes Angebot) sowie die Verbesserung der Kooperation der Anbieter untereinander. Für die zukünftige Versorgungssituation sprachen sich die kfS zudem für die Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen und die Institutionalisierung dieses Themas im Gesundheitsamt aus. Darüber hinaus wurde von KR und kfS gleichermaßen die Bereitstellung regelhafter Ressourcen und einer verbindlichen gesetzlichen Grundlage als notwendig erachtet, um zukünftig dauerhafte und qualitätsgesicherte Angebote gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu realisieren (u.a. für ambulante Maßnahmen der Sturzprävention) und die bisher vorherrschende „projekthafte“ Arbeit zu überwinden.

Vor dem Hintergrund dieser Bewertung zeichnen sich verschiedene Problemfelder und Innovationspotenziale ab; unter Berücksichtigung der Repräsentanz und Relevanz im Material und des Innovationsgehaltes werden für eine weitere Diskussion der Ergebnisse folgende Schwerpunkte gesetzt (vgl. Tab. 73).

**Tabelle 73: Diskussion der Ergebnisse – Schwerpunkte**

<b>Kommunalpolitische Bedeutung und Planungsverantwortung</b>	Akzeptanz und Befürwortung des Themas sowie hoher Handlungsbedarf vs. geringe kommunalpolitische Unterstützung?
	Gesundheitsförderung für ältere Menschen - Bestandteil einer zeitgemäßen kommunalen Versorgungsplanung für ältere Menschen?
<b>Bearbeitungsform</b>	Generationenspezifischer oder -übergreifender Ansatz der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung?
	Punktuelle Bearbeitung (Impulsfunktion der kGK), gesundheitsfördernde Gesamtstrategie oder Institutionalisierung im Gesundheitsamt?

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

Neben der Einschätzung der kommunalpolitischen Bedeutung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen steht die Auseinandersetzung mit Fragen zur Übernahme kommunaler Planungs- und Gestaltungsaufgaben und einer seniorenbezogenen ganzheitlichen kommunalen Versorgungsplanung im Mittelpunkt. Mit dem Schwerpunkt „Bearbeitungsform“ wird zudem eine Analyse der (bisherigen) Arbeitsweise der kGKn und möglicher Alternativen vorgenommen<sup>95</sup>.

<sup>95</sup> Von den Befragten wurde auch zu Beteiligungsmöglichkeiten für ältere Menschen in der kGK bzw. der AG der kGK Stellung genommen; die Gespräche fokussierten allerdings eher auf Möglichkeiten der Bedarfsermittlung (z.B. die Einbindung der Nutzerperspektive in der kGBE über Bevölkerungsbe-



### **9.1 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen - zwischen politischer Befürwortung, kommunaler (Planungs-) Verantwortung und gesundheitspolitischer Verankerung**

Die Wahrnehmung kommunaler Planungs- und Gestaltungsaufgaben liegt in hohem Maße in der Verantwortung kommunalpolitischer Vertreter. In den untersuchten Kommunen zeichnete sich dabei für die Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen ein Spannungsfeld zwischen (grundsätzlich vorhandener und postulierter) politischer Befürwortung, einer (zukünftig zunehmend erforderlichen) Wahrnehmung kommunaler (Planungs-) Verantwortung und einer (zumeist gering ausgeprägten oder nicht vorhandenen) gesundheitspolitischen Verankerung ab. In den folgenden Ausführungen wird – unter Berücksichtigung der im vorliegenden Material ermittelten Schwerpunkte – zum einen die kommunalpolitische Bedeutung dieses Themenbereichs betrachtet: Welche rechtlichen Bezugspunkte bestehen für die Bearbeitung dieses Themas in der kGK, aus denen sich lokale Verantwortlichkeiten ableiten lassen? Wie gestaltete sich in den untersuchten kGKn die Zusammenarbeit mit der kommunalpolitischen Ebene? Welche (gesundheits-) politischen Auswirkungen – im Sinne der lokalen (gesundheits-) politischen Verankerung dieses Themas - zeichneten sich ab?

Zum anderen wird auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung des Themas im Rahmen kommunaler Planungs- und Gestaltungsverantwortung und damit verbundene praktische Erfordernisse eingegangen: Muss der Themenbereich gegenwärtig/zukünftig im Sinne der Perspektiverweiterung lokaler Planungs- und Gestaltungsprozesse berücksichtigt werden? Welche Anforderungen stellen sich für die Umsetzung entsprechender Planungen angesichts bislang weitgehend fehlender kleinräumiger Bedarfsermittlungen für ältere Zielgruppen?

Kennzeichnend für Aufgaben der Kommunalverantwortung und der Gemeinden ist eine dualistische Aufgabenstruktur, die zwischen Selbstverwaltungsangelegenheiten der Gemeinden (Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft gem. Art. 28 Abs. II GG) und vom Staat übertragenen Aufgaben (Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung und Auftragsangelegenheiten) unterscheidet. Selbstverwaltungsangelegenheiten beziehen folgende Merkmale ein (Wüstenbecker, 1998, 48): Finanzierung durch die Gemeinde mit eigenen Mitteln, Beschränkung der staatlichen Aufsicht auf eine Rechtsaufsicht (§ 116 Abs. 1 GO) und Widerspruchsentscheidung durch die Gemeinde selbst (§ 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 VwGO).

Darüber hinaus werden Selbstverwaltungsaufgaben in pflichtige und freiwillige Aufgaben unterschieden. Pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben (z.B. die Errichtung verschiedenen Schulformen (§ 10 SchulVerwG), Aufgaben gemäß dem BauGB (z.B. Bauleitplanung § 1 Abs. 3 BauGB) oder die Abfallbeseitigung durch Kreise und kreisfreie Städte (§ 5 LAbfG)) müssen von den Gemeinden gemäß (landes-) rechtlicher Bestimmungen ausgeführt werden, Einfluss besitzt die Kommune diesbezüglich nur auf die Art der Durchführung (das „Wie“)<sup>96</sup>.

---

fragungen) und weniger auf die Organisation systematischer Beteiligungsprozesse. Auch wenn für die Realisierung von Beteiligungsprozesse für ältere Zielgruppen weiterhin Handlungsbedarf auf der koordinierenden wie operativen Ebene (also im Rahmen der Planung und praktischen Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in den lokalen Bezügen) besteht, wird an dieser Stelle auf eine weitere Vertiefung verzichtet. Ein Vorschlag der Interviewpartner für die systematische Beteiligung von Zielgruppen oder Betroffenen an den öffentlichen kGK-Sitzungen umfasste die Etablierung einer „Gastfunktion“ in der kGK für Personen ohne institutionelle Anbindung, die zur Perspektiverweiterung der Mitglieder der kGK beitragen könnte.

<sup>96</sup> Davon zu unterscheiden sind die Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung (z.B. Gefahrenabwehr, Denkmalschutz, Feuerwehr), für die - entsprechend dem jeweils geltenden Spezialgesetz – eine

Die freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben umfassen „alle übrigen Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“ (Art 28 Abs. II GG) wie Einrichtungen der Daseinsvorsorge (u.a. Energieversorgungsunternehmen, Sportplätze, Theater, Museen), die lokale Wirtschaftsförderung, Sparkassen und die Förderung lokaler Vereine. Die Gemeinde entscheidet hier über das „Ob“ und „Wie“ der Durchführung (Wüstenbecker, 1998, 48).

Betrachtet man die Übernahme „kommunaler Verantwortung“ für Maßnahmen der „kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Kontext der Aufgabenstruktur der Gemeinden, zählen diese somit zu den freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben im Sinne der Daseinsvorsorge. Für die Gestaltungsverantwortung und –möglichkeiten der Kommunen im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge (Art. 28 Abs. II GG), kann sowohl für den Bereich der Gesundheit im Allgemeinen (vgl. Grunow, 1999; Stender, 2006) als auch für die Gesundheitsförderung (Stender, 2006) und die gesundheitliche Versorgung chronisch kranker (älterer) Menschen (insbesondere im vorpflegerischen Bereich) (Deutscher Bundestag, 2002) ein eigenständiger kommunaler Versorgungsauftrag abgeleitet werden (vgl. Kap. 3). Im Kontext demografischer Veränderungen gewinnt die kommunale Verantwortung im Sinne sozialer Daseinsvorsorge somit insbesondere auch für ältere Menschen zunehmend an Bedeutung. Für ältere Bevölkerungsgruppen stellen die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung und somit gleichsam der Gesundheits- und Autonomieerhalt wesentliche Ziele dar, die bereits im Vorfeld medizinisch-pflegerischer Versorgung im Sinne einer umfassenden gesundheitsförderlichen Versorgung auch auf kommunaler Ebene erstrebenswert sind. Als freiwillige Selbstverwaltungsaufgabe obliegt die Entscheidung für die Durchführung und Ausgestaltung (also Art und Umfang) entsprechender Maßnahmen jedoch der einzelnen Gemeinde.

Gesundheitsförderung und Prävention stellen bislang aufgrund fehlender bundesgesetzlicher Regelungen keine Pflichtaufgabe der örtlichen Gesundheitsämter dar (vgl. Szagun & Walter, 2006). Betrachtet man die Aufgaben der Gesundheitsämter gemäß ÖGDG NRW (§§6, 7), werden u.a. die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz angeführt. Im Sinne der Mitwirkung nehmen die Gesundheitsämter koordinierende Funktionen im Bereich der Planung (z.B. kommunale Gesundheitsberichterstattung) und Umsetzung (z.B. Anregung von zusätzlichen Aktivitäten der in der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen) wahr; darüber hinaus wird auch auf intersektorale Kooperationen Bezug genommen (Zusammenarbeit mit anderen zuständigen Behörden, insbesondere mit denen für Arbeits- und Umweltschutz im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsschutz; vgl. § 7 Abs. 4 ÖGDG NRW).

In NRW erfährt das Thema Gesundheitsförderung auch im Kontext der kGK (vgl. § 24 ÖGDG NRW) Beachtung, die sich über die Zusammensetzung der Mitglieder der kGK – nämlich durch den Rat oder Kreistag einberufene Vertreter der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz (§ 24 Abs. 1 ÖGDG NRW) – ergibt. Gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag obliegen der kGK somit u.a. auch für den Versorgungsbereich der kommunalen Gesundheitsförderung beratende, koordinierende und mitwirkende Funktionen; im Einzelnen sind dies die Beratung gemeinsam interessierender Fragen

---

Sonderaufsicht (§ 116 II GO) besteht (Recht- und (beschränkte) Zweckmäßigkeitssaufsicht) (Wüstenbecker, 1998, 55).

der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und bei Bedarf die Formulierung von Empfehlungen (§ 24 Abs. 2 ÖGDG NRW); die Umsetzung von Empfehlung unter Selbstverpflichtung der Beteiligten (§ 24 Abs. 2 ÖGDG NRW) und die Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung<sup>97</sup> (§ 24 Abs. 3 ÖGDG NRW). Betrachtet man die Erfahrungen der untersuchten kGKn zur Zusammenarbeit mit politischen Vertretern vor dem Hintergrund des rechtlichen Bezugsrahmens der kommunalen Daseinsvorsorge und der gesetzlichen Regelungen, die sich für die kGK aus dem ÖGDG-NRW ableiten, können diese wie folgt zusammengefasst werden (vgl. Tab. 74).

**Tabelle 74: Zusammenarbeit mit politischen Vertretern**

Zusammenarbeit mit/Beteiligung politischer Vertreter an der kGK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beteiligung politischer Fraktionen an der kGK Gesamtkonferenz</li> <li>- vereinzelt Mitwirkung politischer Vertreter an der AG der kGK</li> <li>- hohe Akzeptanz für das Thema seitens politischer Vertreter</li> </ul>	
Formale (gesundheits-) politisch relevante Beschlüsse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschlussfassung in der kGK</li> <li>- Entscheidung für die Bearbeitung des Themas</li> </ul>	
	kein Kreistags-/Ratsbeschluss	- Kreistags-/Ratsbeschluss, z.T. einschließlich Bereitstellung von Ressourcen
(gesundheitspolitisch relevante) Aufträge und Maßnahmen	unmittelbar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs (inkl. Zeitplan) für den Gesamtkreis, der mit Unterstützung des Landrates auf die Ebene der kSG übertragen wird</li> <li>- Einrichtung eines Arbeitsbereichs „Gesundheit im Alter“ (Planstelle) im Gesundheitsamt (Zusammenarbeit mit der AG der kGK)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bearbeitung des Themas infolge eines Auftrags politischer Fraktionen an die kGK</li> </ul>	
	mittelbar	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anbindung des Themas der kGK an die Stadt-/Kreientwicklungsplanung (z.B. zum Thema demografische Entwicklung) oder an bestehende kommunalpolitische Ziele (z.B. Förderung der Selbständigkeit im Alter)</li> </ul>	
	gewünscht/empfohlen	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- politische Unterstützung, auch bei der Umsetzung von Maßnahmen (einschließlich Bereitstellung von Ressourcen)</li> <li>- Umsetzung einer „Gesamtstrategie“</li> <li>- intersektorale Bearbeitung des Themas</li> </ul>	

Quelle: eigene Erhebung, 2009; eigene Darstellung

- formal betrachtet erfolgte für dieses Thema eine Rückkopplung mit der politischen Ebene derart, dass Vertreter politischer Fraktionen als Mitglieder an der kGK-Gesamtkonferenz beteiligt waren und in die eigene Fraktion berichteten oder eine Berichterstattung der kGK in die kommunalen Ausschüsse hinein unterstützten<sup>98</sup>;

<sup>97</sup> Der Gesundheitsbericht wird mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz dem Rat oder dem Kreistag zugeleitet (§ 24 Abs. 3 ÖGDG NRW).

<sup>98</sup> Da die Befragung ausschließlich die Geschäftsstellenleitungen der kGKn berücksichtigte, können an dieser Stelle über den tatsächlichen Informationsgrad politischer Vertreter keine Aussagen getroffen werden.

- nach Angaben der Geschäftsstellenleitungen der kGKn befürworteten kommunalpolitischer Vertreter, die sich an der kGK beteiligten, die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK i.d.R. durchgängig;
- in allen untersuchten kGKn wurde ein formaler Beschluss der kGK zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ getroffen; d.h. innerhalb des kommunalen Gremiums der kGK wurde (und wird) dem Thema auch gesundheitspolitische Bedeutung zugeschrieben und die Überprüfung und (Weiter-) Entwicklung lokaler Angebotsstrukturen in den gesetzlichen Bezügen der kGK (Umsetzung unter Selbstverpflichtung der Beteiligten) angeregt;
- mehrheitlich wurde in den kGKn kein darüber hinaus gehender kommunaler Beschluss (z.B. Kreistags-/Ratsbeschluss) angestrebt (oder erwirkt); Begründungen dafür waren vielfältig und nicht nur auf inhaltliche oder finanzielle Aspekte (im Sinne einer prekären kommunalen Haushaltslage), sondern auch auf organisatorische Aspekte (z.B. Diskrepanz der Tagungsrhythmen politischer Ausschüsse und der kGK) zurückzuführen; die politische Einflussnahme auf die Gestaltung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen blieb somit in den Bezügen der kGK verhaftet, die neben dem Konsensprinzip die Umsetzung von Maßnahmen in „Selbstverpflichtung“ der Akteure implizieren;
- Kommunen, die keinen Kreistags-/Ratsbeschluss für dieses Thema verabschiedet haben, berichteten darüber, dass politische Vertreter die kGK mit der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ (unmittelbar) beauftragten hatten oder dass eine mittelbare Verbindung zur gesundheitspolitischen Ebene über die Anbindung der Arbeit der kGK an die Stadt-/Kreientwicklungsplanung<sup>99</sup> oder kommunalpolitische Ziele gegeben war; ungeachtet dessen wurde in diesen Kommunen eine politische Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen (einschließlich Bereitstellung von Ressourcen) ebenso wie die Umsetzung einer „Gesamtstrategie“ bzw. intersektoralen Bearbeitung des Themas durchaus als notwendig erachtet;
- in Kommunen, in denen für das Thema ein Kreistags-/Ratsbeschluss vorlag, zeigte sich eine gesundheitspolitische Unterstützung zum einen in der Bereitstellung von Ressourcen (z.B. für die Einrichtung einer Planstelle Arbeitsbereich „Gesundheit im Alter“ im Gesundheitsamt), zum anderen in der Befürwortung und Verbreitung des Themas durch politische Vertreter (z.B. Unterstützung der Übertragung eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs auf die Ebene der kSG durch den Landrat).
- Erfahrungen zur Beteiligung politischer Vertreter an der kGK stellten sich zudem ambivalent dar; es wurde gleichermaßen über gut etablierte, vertrauensvolle wie über weniger gut ausgeprägte Kooperationsbeziehungen berichtet, wobei sich die Erfahrungen vorrangig auf die Beteiligung in der kGK-Gesamtkonferenz bezogen; so wurde bei der Beschreibung der Zusammensetzung und der Arbeitsschritte der AG der kGK deutlich, dass politische Vertreter seltener daran beteiligt waren und die The-

---

<sup>99</sup> Im Rahmen dieser Untersuchung konnten keine Hinweise über die Reichweite dieser Maßnahmen und Vorgehensweisen ermittelt werden; so blieb offen, welchen Stellenwert „Gesundheit/Gesundheitsförderung im Alter“ z.B. im Rahmen der Kreis-/Stadtentwicklungsplanung einnahm und welche (praktischen) Konsequenzen sich daraus ergaben.

menbearbeitung vorwiegend unter Beteiligung (interessierter) lokalen Akteuren des Gesundheitswesens erfolgte;

- eine politikfeldübergreifende Vernetzung wurde zwar von einigen Befragten durchaus als erstrebenswert angesehen, spiegelte sich aber für die Bearbeitung dieses Themas in der Praxis nicht wider.

Angesichts fehlender übergeordneter gesetzlicher Regelungen lag eine verbindliche, gesundheitspolitisch relevante Verankerung des Themas auf lokaler Ebene somit im Ermessen der einzelnen Kommunen, in denen - formal betrachtet – die Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungsstrategien überwiegend in den durch die kGK vorgegebenen Strukturen verhaftet blieb (z.B. Impulsfunktion der kGK zur Sensibilisierung lokaler Akteure, Vernetzung lokaler Akteure, Umsetzung von Maßnahmen in Selbstverpflichtung, punktuelle, zeitlich begrenzte Bearbeitung, Konsensprinzip). Eine Einordnung der Maßnahmen der kGK zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen in den Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge erfolgte in den befragten kGKn selten; beispielhaft sind diesbezüglich Erfahrungen aus KR zu nennen. Bei der angestrebten kreisweiten Umsetzung von Handlungsempfehlungen erwies sich von Vorteil, dass die von der kGK erarbeitete Gesamtstrategie - und die damit anvisierte Schaffung gleicher Bedingungen für die Bürger - durch die Verantwortlichkeit des Landrates im Sinne der Daseinsvorsorge gestützt wurde. Eine darüber hinaus gehende „Verantwortungsübernahme“ auch durch die Kommune selbst zeigte sich in den befragten kGKn nur vereinzelt u.a. in der Etablierung verwaltungseigener Strukturen zu diesem Thema (z.B. Institutionalisierung im Gesundheitsamt) (vgl. folgende Ausführungen).

In den befragten Kommunen wurde – unabhängig von der tatsächlichen Bearbeitungsform, die unterschiedliche Intensität und gesundheitspolitische Reichweite aufwies - die Bedeutung einer seniorenbezogenen gesundheitlichen Versorgungsplanung hervorgehoben, die – im Sinne einer Perspektiverweiterung – auch das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ aufgreift. Während in den letzten Jahren im Zuge der gesetzlichen Ausgestaltung im SGB XI lokale Pflegebedarfsplanungen für die kommunale Ebene etabliert wurden, erfolgte eine vergleichbare Entwicklung für eine gesundheitliche kommunale Versorgungsplanung, insbesondere unter Berücksichtigung der Versorgungsbereiche „Gesundheitsförderung und Prävention“ und in Bezug auf ältere Bevölkerungsgruppen, bislang nicht. Ausgehend von der Prämisse, dass entsprechende lokale Planungen auf der Grundlage einer möglichst kleinräumigen (Gesundheits-)Berichterstattung erstellt werden sollten (vgl. Amonn, Kersting & Strohmeier, 2008; Bazos et al., 2001; Dapp et al., 2009; Loss et al., 2009), wurden für die untersuchten kGKn diesbezüglich folgende Möglichkeiten und Grenzen deutlich.

Grundsätzlich steht dem Gesundheitsamt bzw. den kGKn in NRW mit der kGBE ein Instrument für die Vorbereitung, Unterstützung und Gestaltung kommunaler Planungsprozesse zur Verfügung. Formal betrachtet leitet sich für die kGK eine Mitwirkungspflicht an der kGBE ab; außerdem ist die Information lokalpolitischer Ausschüsse (z.B. Rat oder Kreistag) durch die Gesundheitsberichtserstattung (einschließlich Empfehlungen und Stellungnahmen der kGK) vorgesehen (vgl. §24 Abs. 3 ÖGDG NRW). In den untersuchten kGKn wurde jedoch berichtet, dass dieses Planungsinstrument im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ überwiegend nicht verwendet wurde. So zeigte sich, dass in KR und kFS i.d.R. kein Einzelbericht zur gesundheitlichen Lage Älterer bzw. in Bezug auf das

Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erarbeitet wurde. Neben einer unzureichenden lokalen Datenlage in Bezug auf ältere Zielgruppen wurden dafür u.a. fehlende personelle Ressourcen für die kGBE oder eine fehlende verwaltungsinterne Verbindung der kGK zur Gesundheitsberichterstattung angeführt. Für die Durchführung eigener Erhebungen stellten sich neben finanziellen Fragen insbesondere Überlegungen hinsichtlich einer angemessenen methodischen Vorgehensweise. Neben dem Rückgriff auf überregionale Datenquellen (z.B. Bundes-/Landesgesundheitsberichterstattung) wurde in einem KR als Alternative zur kGBE die Möglichkeit der Weiterentwicklung der Pflegebedarfsplanung beschrieben; dabei erfolgte in Zusammenarbeit zwischen Pflegekonferenz und kGK eine übergreifende Betrachtung des gesamten lokalen Versorgungsgeschehens (medizinisch, pflegerisch, sozial) und die Beschreibung von Anforderungen an die Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung auf Kreisebene.

Für die untersuchten kGKn zeigten sich somit mehrheitlich Abweichungen von einer idealtypischen Vorgehensweise, die im Sinne eines modernen kommunalen Gesundheitsmanagements neben der formalen kommunalpolitischen Beschlussfassung zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ eine Analyse der Ausgangssituation (z.B. in Form der kGBE, einer Bevölkerungsbefragung oder eines Stadt(teil)gesundheitsprofils) und eine darauf bezogene Versorgungsplanung und Ableitung von Maßnahmen umfassen sollte.

Für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ bestehen insgesamt betrachtet durchaus gesetzliche und institutionelle Bezugspunkte, die dafür sprechen, dieses Thema als kommunale Planungs- und Gestaltungsaufgabe wahrzunehmen. Diese verlieren jedoch aufgrund der Ausgestaltungsfreiheit der Kommunen (Art. 28 II GG) oder infolge fehlender verbindlicher gesetzlicher Grundlagen und fehlender regelhafter Finanzierungsstrukturen als vorwiegend freiwillige Aufgaben an Bedeutung und laufen Gefahr, zugunsten von Pflichtaufgaben zurückgestellt zu werden. Auch die für die unteren Gesundheitsbehörden mit den gesundheitspolitischen Instrumenten der kGK und der kGBE gesetzlich verankerten und vergleichsweise guten Ausgangsbedingungen in NRW führen in den untersuchten Kommunen nur vereinzelt dazu, dass gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen ein höherer gesundheitspolitischer Stellenwert zugeschrieben wird. Dies nicht zuletzt deshalb, weil auch hier mitwirkende, koordinierende und beratende Funktionen der kGK im Vordergrund stehen, aus denen sich für die Gestaltung und Umsetzung kommunaler Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch lokale Gesundheitsakteure keine Verbindlichkeiten ableiten lassen.

Lokale Handlungsprogramme und Problemlösungsstrategien der kGK erfolgen unter Rückgriff auf eigene kommunale Ressourcen sowie Ressourcen lokaler Gesundheitsakteure (in Selbstverpflichtung) und sind mit Begrenzungen im Hinblick auf Art, Dauer, Umfang, lokaler Reichweite und Nachhaltigkeit der Maßnahmen behaftet. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen auch auf kommunaler Ebene und in Anbetracht der Heterogenität älterer Zielgruppen erscheint die Umsetzung einer umfassenden gesundheitlichen und sozialen Versorgungsplanung für ältere Menschen jedoch fachlich sinnvoll und erstrebenswert. Neben der Kenntnis der Bedarfe und Bedürfnisse Älterer und der dementsprechenden Entwicklung „passgenauer“ Angebote und (kommunaler) Strukturen, bieten entsprechende Datenerhebungen auch die Möglichkeit der Verlaufskontrolle und Evaluation. Im Hinblick auf relevante Indikatoren für eine Gesundheitsberichterstattung und Bevölkerungsbefragung für ältere Zielgruppen liegen für das Thema Gesundheit und Gesundheitsförde-

rung bereits internationale wie nationale Erfahrungen und Beispiele vor (vgl. Dapp et al., 2009; WHO, 2008);

Handlungs- und Forschungsbedarf leitet sich somit zum einen für die intrakommunale Ausgestaltung dieses Themas ab, wobei die Erfassung der Einstellungen der Vertreter des politisch-administrativen Systems in KR und kfS zu Möglichkeiten und Grenzen einer über die Aktivitäten der kGK hinausgehenden kommunalen „Verantwortungsübernahme“ (z.B. in Form der Etablierung gesundheitsfördernder verwaltungsinterner Strukturen für die Zielgruppe ältere Menschen) von Interesse wäre. Zum anderen zeichnet sich weiterer Handlungs- und Forschungsbedarf für die Entwicklung und Etablierung praktikabler und (regelmäßig) finanzierbarer Möglichkeiten der Bedarfserfassung und kleinräumigen (Gesundheits-) Berichterstattung auch in Bezug auf „gesunde“ ältere Zielgruppen und gesundheitsfördernder Themen auf kommunaler Ebene ab.

## **9. 2 Bearbeitungsformen für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auf kommunaler Ebene**

Mit Blick auf die Formulierung von Empfehlungen für andere Kommunen erweist sich zudem die Auseinandersetzung mit geeigneten Bearbeitungsformen für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auf kommunaler Ebene als bedeutsam. Dabei kann zwischen der inhaltlichen Ausgestaltung und organisatorisch-strukturellen Verortung des Themas unterschieden werden.

Erstgenanntes bezieht sich auf Möglichkeiten und Grenzen eines generationenspezifischen oder -übergreifenden Ansatzes der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung. Grundsätzlich ist dabei zu berücksichtigen, dass die gemeindeorientierte Gesundheitsförderung eigentlich keinen Zielgruppenbezug aufweist und darauf gerichtet ist, die Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen zu fördern. Allerdings erscheint, nicht nur für die Bedarfsermittlung, sondern auch für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen, ein Zielgruppenbezug bedeutsam. So unterstreicht Kümpers (2008, 136f), dass die Zielgruppenspezifität eines Projektes von erheblicher Bedeutung für das tatsächliche Erreichen älterer Zielgruppen ist. Gesundheitsfördernde Stadtteil-Projekte, die sich an alle Bewohnerinnen und Bewohner richten, berücksichtigen Ältere „verspätet“, d.h. zumeist erst im Projektverlauf. Bei Projekten, die sich explizit an ältere Menschen als Zielgruppe richten, wird die Erreichbarkeit Älterer hingegen eher als unproblematisch bewertet. Eine ähnliche „Vernachlässigung“ oder verspätete Berücksichtigung Älterer kann somit auch für die Realisierung umfassender kommunaler Programme vermutet werden. Zudem handelt es sich bei der älteren Zielgruppe um eine heterogene Gruppe, für die eine differenzierte Planung und Umsetzung von Angeboten, im Sinne eines umfassenden Planungs- und Gestaltungsansatzes (z.B. gesundheitliche und soziale Versorgungsplanung für ältere Menschen in Kommunen) anzustreben ist.

Festzuhalten ist, dass von den meisten befragten kGKn ein generationenspezifischer Ansatz verfolgt wurde. Allerdings wurde als Alternative auch die Realisierung eines generationenübergreifenden Ansatzes (z.B. Gesundheit von Kindern/Jugendlichen und älteren Menschen) empfohlen, insbesondere dann, wenn das Thema (gemeindeorientierte) Gesundheitsförderung bislang noch nicht aufgegriffen wurde. Auch für Kommunen, die bislang in geringerem Ausmaß oder zukünftig wesentlich langsamer von Auswirkungen demografischer Veränderungen betroffen sind, wäre im Hinblick auf die Bearbeitung dieses Themas zu überlegen, inwiefern ein „generationenübergreifender“ Ansatz eine Gestaltungsoption darstellen könnte.

Vorteile einer dementsprechenden Vorgehensweise wären darin zu sehen, dass durch die Entwicklung generationenübergreifender Maßnahmen möglicherweise Synergieeffekte entstehen oder die Berücksichtigung von Gesundheit und Gesundheitsförderung im Lebensverlauf stärkere Beachtung erfahren könnte.

Weitere Vorteile der Ausrichtung von Angeboten der kommunalen Gesundheitsförderung (z.B. Bewegungsförderung) auf mehrere Bevölkerungsgruppen sind auch darin zu sehen, dass für dementsprechend breit angelegte Handlungsprogramme und Problemlösungsstrategien (policies) die Möglichkeit der Institutionalisierung und gesundheitspolitischen Verankerung auf Gemeindeebene verbessert wird (Satariano & McAuley, 2003):

*„In fact, it seems advisable that programs and policies in this area should not be presented as only benefiting older residents. The more policies are viewed as benefiting various groups in the community, the more likely that those policies will be instituted. Moreover, instituting policies across the community is more in keeping with a life-span approach to health and well-being and is likely to encourage good health practices across the life course.“ (Satariano & McAuley, 2003, 190)*

Damit im Einklang stehen aktuelle Überlegungen zur Gestaltung „generationenfreundlicher Kommunen bzw. Gemeinden“, wobei für den Begriff der „Generationenfreundlichkeit“ bislang keine systematische Konzeptualisierung und Definition vorgelegt wurde. Unter Berücksichtigung von Ansätzen einer modernen kommunalen Altenpolitik ist jedoch davon auszugehen, dass nachhaltige altenpolitische Maßnahmen auch positive Auswirkungen auf die Lebensqualität aller Generationen besitzen (z.B. profitieren ältere wie jüngere Generationen gleichermaßen von einer barrierearmen/-freien Gestaltung von Wohn- und öffentlichem Raum) (Olbermann, 2011).

Gegenwärtig werden erste praktische Erfahrungen zu Möglichkeiten und Grenzen eines generationenübergreifenden kommunalen Ansatzes der Gesundheitsförderung gesammelt. So geht beispielsweise das Projekt „Generationenfreundliche Gemeinden in Schleswig-Holstein“<sup>100</sup> davon aus, dass eine „seniorenfreundliche Gemeinde (...) zugleich eine familien-, generationen- und wirtschaftsfreundliche Gemeinde [ist]“ (ebd.). Zudem wird hervorgehoben, dass „Familien, Kinder und Jugendliche, Senioren und Menschen mit Behinderungen durchaus ähnliche Erwartungen an die Kommune [haben] (z.B. Grünflächen, barrierefreie öffentliche Räume, Nahversorgung, ÖPNV, Gesundheitsförderung und Prävention).“ (ebd.).

Auch die Anfang 2011 in Baden-Württemberg eingerichtete Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“<sup>101</sup> zielt darauf, Gemeinden beim Aufbau generationenfreundlicher Netzwerke zur kommunalen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Durch die Etablierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Lebensräumen (z.B. Kita, Schule, Wohnumfeld) sollen verschiedene Zielgruppen (Kinder, Jugendli-

---

<sup>100</sup> Online verfügbar unter (08/2011):

[http://lsr-sh.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52&Itemid=15](http://lsr-sh.de/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=15) )

<sup>101</sup> Online verfügbar unter (08/2011):

<http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx>



che, Eltern, Ältere) adressiert werden. Unterstützungsleistungen für die an der Landesinitiative beteiligten Kommunen umfassen<sup>102</sup>:

- eine praxisorientierte Qualifizierung von Mitarbeitern der Kommunalverwaltung in den Bereichen Netzwerkarbeit und kommunale Gesundheitsförderung;
- eine prozessbegleitende Beratung bei kommunaler Gesundheitsförderungsplanung in Abstimmung mit den unteren Gesundheitsbehörden der Stadt- und Landkreise;
- die Vermittlung von qualitätsgesicherten Maßnahmen und Angeboten der Gesundheitsförderung aus den Themenfeldern Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz, soziale Teilhabe und geistige Aktivität für Kinder, Jugendliche, Eltern und ältere Menschen - passend zum Bedarf in der Kommune;
- den Wissenstransfer mit anderen Städten und Gemeinden.

Die Umsetzung eines generationenübergreifenden oder –freundlichen Ansatzes gemeindeorientierter Gesundheitsförderung erscheint plausibel und – nicht zuletzt angesichts prekärer kommunaler Haushalte - durchaus zukunftsweisend, kann aber gegenwärtig hinsichtlich ihrer Umsetzungs- und Ausgestaltungsmöglichkeiten sowie ihrer Wirksamkeit noch nicht abschließend beurteilt werden.

Im vorliegenden Material wurde zudem an mehreren Stellen die Frage aufgeworfen, wie man dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ organisatorisch-strukturell innerhalb der Kommunalverwaltung gerecht werden kann. Dabei zeichneten sich drei Bearbeitungsformen ab, nämlich die überwiegend praktizierte punktuelle und zeitlich begrenzte Arbeitsform der kGK, eine sektorübergreifende Planung und Bearbeitung („Gesamtstrategie“) unter Einbezug aller Verwaltungsbereiche sowie die Institutionalisierung dieses Aufgabenbereichs im Gesundheitsamt (inhaltliche/zielgruppenbezogene amtsinterne Differenzierung).

Die befragten kGKn in KR und kfS schätzten die Eignung der Organisationsstruktur der kGK für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ unterschiedlich ein. Dabei wurde die kGK in KR<sup>103</sup> aus verschiedenen Gründen als weniger geeignet angesehen. Grundsätzlich sollte die Auswahl eines geeigneten kommunalen Gremiums für die Bearbeitung dieses Themas entsprechend der Akzeptanz der jeweiligen Mitglieder und der Bearbeitungsmöglichkeiten gewählt werden; Bedenken für die Eignung der kGK ergaben sich aus Sicht der KR somit im Hinblick auf

- *die Zielgruppe*: „Ältere“ stellen – beispielsweise im Vergleich zur Pflegekonferenz - nicht für alle Mitglieder der kGK eine relevante Zielgruppe dar;
- *das Thema*: das Thema „Gesundheitsförderung“ ist sehr breit gefächert und erfordert deshalb eine gute Vorbereitung (z.B. Eingrenzung und Strukturierung des Themas);

---

<sup>102</sup> Online verfügbar unter (08/2011)

<http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx>

<sup>103</sup> Vergleichbare Vorbehalte wurden in den kfS nicht formuliert; auch wenn sich die in den KR aufgezeigten Problemfelder grundsätzlich auch für kfS stellen, wurde die kGK aus Sicht der kfS hingegen als geeignete Plattform angesehen, um das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ auf kommunaler Ebene zu bearbeiten.

- *organisatorisch-zeitliche Vorgaben*: im Kontext der kGK ist eine längerfristige Bearbeitung aufgrund der Themendichte nicht realistisch; kennzeichnend für die Arbeit der kGK ist i.d.R. eine punktuelle, zeitlich begrenzte Bearbeitung von Themen (z.B. „Jahresthema“, Projekte);
- *finanzielle Hindernisse*: die inhaltliche Arbeit der kGK ist i.d.R. nicht mit Ressourcen hinterlegt, so dass sich für die Planung und Umsetzung neuer Maßnahmen Finanzierungsfragen ergeben, die insbesondere für ältere Zielgruppen bislang nicht hinreichend geklärt sind;
- *und die Organisationsform der KR*: aufgrund von Rückkopplungsprozesse in die kSG hinein, die sich je nach Engagement und Interesse in unterschiedlicher Weise an der kGK beteiligen, sind die Bearbeitungsmöglichkeiten in den KR für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ als ungleich „mühseliger“ zu bewerten als in kfS.

Während Finanzierungsmöglichkeiten und die Organisationsform der KR nur in begrenztem Maße durch die kGK beeinflusst werden können, zeigte sich in den untersuchten kGKn, dass für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ unterschiedliche Modifikationen der Arbeitsweise vorgenommen wurden wie z.B. die Verlängerung des Bearbeitungszeitraums oder die Fortführung und Verstetigung von AGn. Die kGK bietet somit einen möglichen Rahmen für die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“; die Gestaltungsmöglichkeiten bleiben jedoch – wie bereits zuvor ausgeführt – in den Bezügen der kGK verhaftet.

Eine darüber hinaus gehende intersektorale Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ (z.B. im Sinne des WHO-Ansatz *Age-friendly-cities*; „Gesamtstrategie“) wurde von den befragten kGKn grundsätzlich als dem Gegenstand angemessen und erstrebenswert angesehen. Kennzeichnend dafür wäre aus Sicht der KR und kfS

- ein mehrjähriger Bearbeitungszeitraum;
- die Einrichtung eines Steuerungsgremiums auf höchster kommunaler Ebene (Entscheidungs-, „Bürgermeisterebene“), dem die Ansprache der relevanten Gesundheitsakteure und Träger (z.B. Wohlfahrtsverbände) obliegt;
- die Erstellung eines umfassenden Konzeptes durch die Kommune (außerhalb der kGK);
- die intersektorale Bearbeitung des Themas;
- eine langfristige Planung und Bearbeitung des Themas unter Einbezug aller relevanten lokalen Akteure, einschließlich Politik und Dezernat;
- die Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte der Gesundheitsförderung für Ältere (z.B. Bewegung, soziale Integration) und der Bedarfe/Bedürfnisse älterer Menschen.

Diese Möglichkeiten wurden in den untersuchten kGKn jedoch aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen bislang nicht realisiert und unter den gegebenen Rahmenbedingungen als nicht oder kaum erreichbar eingeschätzt. Während die kGKn in KR und kfS die Zusam-

menarbeit mit lokalen (verwaltungsexternen) Akteuren des Gesundheitswesens überwiegend positiv bewerteten, wurden in den Gesprächen verschiedene verwaltungsinterne Probleme der Zusammenarbeit deutlich wie z.B.

- ein allgemein gering ausgeprägtes Interesse für die Belange älterer Menschen in anderen Verwaltungsbereichen,
- eine fehlende ämterübergreifende Abstimmung für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“,
- die Abgrenzungen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen,
- eine traditionell alleinige Zuständigkeit des Sozialamtes für die Zielgruppe ältere Menschen und damit assoziierte Themen,
- die Skepsis anderer Verwaltungsbereiche wie z.B. des Sozialamtes gegenüber inhaltlichen Impulsen zur „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ seitens der kGK u.a. aufgrund der vorwiegend pflegerischen Ausrichtung des Sozialamtes;
- eine fehlende oder erschwerte Zusammenarbeit zwischen der Gesundheits- und Pflegekonferenz u.a. aufgrund eines nahezu alleinigen Anspruchs der Pflegekonferenz auf seniorenbezogene Themen,
- eine fehlende Zusammenarbeit mit anderen Verwaltungsbereichen und Verbänden.

Angesichts der bestehenden verwaltungsinternen Probleme für die Umsetzung einer sektorübergreifenden Planung und Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ ist auch zu überlegen, welcher kommunale Verwaltungsbereich diesbezüglich federführend agieren sollte. Fragen in Bezug auf die Zuständigkeit kommunaler Verwaltungsbereiche für ältere Zielgruppen sind nicht neu und beziehen sich u.a. auch auf Überlegungen zu einer querschnittlichen Zuständigkeit der Gesamtverwaltung für Senioren. Im Sinne einer gesundheitsförderlichen Altenhilfepolitik betonte beispielsweise Leidel (1990, 124) zum einen die Notwendigkeit der Regionalisierung und kleinräumigen Planung (z.B. regionalisierte Sozial- und Gesundheitsplanung; Einbindung kleinräumiger Planungen (für Stadtbezirke, Teilkreise) in die Gesamtplanung der Stadt/des Kreises) und intersektoralen Planung (z.B. Integration von Sozial- und Gesundheitsplanung und Vernetzung mit Planungen in weiteren Verwaltungsbereichen z.B. Stadtentwicklung, Bauleitung, Verkehrs- und Wohnungswesen, Sport und Kultur.). Darüber hinaus warf Leidel (1990, 124) die Fragen auf,

*„ob die kommunale Altenhilfeplanung sinnvollerweise in der Zuständigkeit eines bestimmten Dezernates erfolgen sollte, ob man gar analog zum Jugendbereich ein eigenes Amt hierfür schaffen sollte, oder ob dieser Bereich besser als Querschnittsaufgabe der Gesamtverwaltung angesehen werden und einer Organisationseinheit, z.B. einer Leitstelle, eine Bündelungsfunktion zugewiesen werden sollte.“*

Während soziale Anteile der Altenhilfe durch den sozialen Bereich der Kommunalverwaltung geplant und gestaltet werden, sei zu kritisieren, dass seniorenbezogene Planungen für den gesundheitlichen Bereich vernachlässigt bzw. sich selbst und den bestehenden Machtkons-

tellationen innerhalb des Feldes überlassen werden. Anstelle der häufig daraus resultierenden Dominanz der stationären Krankenversorgung und Fehl- bzw. Überangebote, sei eine bedarfsgerechtere Ressourcenverteilung wünschenswert (Leidel, 1990, 124).

Wie die Erfahrungen aus den untersuchten Kommunen zeigen, haben sich in den letzten zwanzig Jahren auf kommunaler Ebene i.d.R. bislang weder eine querschnittliche Zuständigkeit der Gesamtverwaltung für Senioren noch ein eigenständiger Amtsbereich oder eine sonstige Organisationsform etabliert. Vielmehr erfolgte auf kommunaler Ebene, insbesondere mit der Einführung des SGB XI, eine Stärkung der Zuständigkeit für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen überwiegend zugunsten des Sozialwesens. Mit der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre erfolgte zwar eine Integration „gesundheitlicher“ Themen und Planungen innerhalb der sozialen Fachbereiche der Kommunalverwaltung; die damit verbundenen Ressourcen, Umstrukturierungen und Ausstattungen haben in der Vergangenheit die Zuständigkeit des kommunalen Sozialwesens jedoch insbesondere für hilfe- und pflegebedürftige Ältere verfestigt.

Eine vergleichbare Entwicklung für „gesunde Ältere“ und damit assoziierte Themen hat sich auf kommunaler Ebene bislang – nicht zuletzt aufgrund weiterhin fehlender gesetzlicher Rahmenbedingungen – nicht vollzogen. Auch erweist sich vor diesem Hintergrund die Kooperation sozialer und gesundheitlicher kommunaler Fachbereiche – wie zuvor dargestellt – überwiegend als eingeschränkt. Die mit den Regelungen des SGB XI einhergehende Fokussierung der pflegerischen Versorgung auch auf kommunaler Ebene kann zwar als notwendig, angesichts der Heterogenität der Lebenssituationen im Alter jedoch nicht mehr als hinreichend angesehen werden. Nicht nur im Sinne der Entlastung dieses Sozialversicherungszweiges, sondern auch im Hinblick auf die individuelle Bedeutung der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter erscheint – wie bereits zuvor dargestellt – eine umfassende Betrachtung des Themas „Gesundheit/Gesundheitsförderung im Alter“ gegenüber der ausschließlichen Betrachtung einer pflegerischen Versorgung angemessen. Voraussetzung dafür ist u.a. eine dementsprechend weit gefasste kommunale „Altenplanung“, die berücksichtigt, das „Alter“ nicht mit „Pflege“ gleichzusetzen ist.

Die kGK erweist sich als Plattform und Kooperationsmöglichkeit insbesondere für lokale Akteure des Gesundheitswesens; intersektorale Kooperationsbeziehungen zwischen verschiedenen Verwaltungsbereichen nehmen demgegenüber einen deutlich geringeren Stellenwert ein. Die Umsetzung von umfassenden Ansätzen der Gesundheitsförderung im Sinne intersektoraler Kooperationsbeziehungen erfordert – neben der politischen Befürwortung dieser Vorgehensweise - eine koordinierende Instanz, die die Vorbereitung, Planung und Implementation von Maßnahmen begleitet. Inwiefern dies eine Aufgabe der kGK sein könnte oder ob dafür eine andere Instanz geeigneter wäre, kann aus dem vorliegenden Material nur annähernd eingeschätzt werden. Unter Berücksichtigung der strukturellen wie gesetzlichen Rahmenbedingungen der kGK ist anzunehmen, dass die kGK ob ihrer anderen Aufgaben und Zuständigkeiten sicherlich eine bedeutende, aber eher mitwirkende (keine primär koordinierende/steuernde) Funktion einnehmen könnte. So wäre es vorstellbar, dass die kGK – neben anderen Verwaltungsbereichen - zwar maßgeblich, aber nicht federführend an der Umsetzung einer Gesamtstrategie beteiligt werden könnte. Um tradierten verwaltungsinternen Problemen der Zusammenarbeit zu begegnen und diese zu überwinden erscheint daher die Ansiedlung des Themas auf einer übergeordneten Ebene („Bürgermeisterebene“) oder innerhalb einer dafür eingerichteten Stelle mit entsprechender Entscheidungs- und Handlungskompetenz empfehlenswert.

Eine weitere in den untersuchten kGKn diskutierte und z.T. realisierte Bearbeitungsform umfasste die Institutionalisierung der Zuständigkeit für „gesunde Ältere“ im Gesundheitsamt (inhaltliche und zielgruppenbezogene Differenzierung). So wurde aus Sicht von KR und kfS bemängelt, dass es innerhalb der Kommunalverwaltung bislang i.d.R. keine Stelle gibt, die sich für dieses Thema bzw. die Zielgruppe „gesunde“ Ältere verantwortlich fühlt. Unter Berücksichtigung bisheriger Aufgaben des Gesundheitsamtes und einer lebensphasenbezogenen Betrachtungsweise von Gesundheit kann die Institutionalisierung der Zuständigkeit für „gesunde Ältere“ im Gesundheitsamt – insbesondere vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen - durchaus als konsequente Weiterentwicklung betrachtet werden. Obwohl diese Herangehensweise in den meisten untersuchten kGKn nicht üblich war, wurde dies in KR wie kfS durchaus als zukünftige Umsetzungsmöglichkeit benannt. Diskutiert (und z.T. bereits praktisch erprobt) wurden dabei verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten wie z.B. ein ärztlicher Ansprechpartner für „gesunde Ältere“, die Etablierung eines „seniorenärztlichen Dienstes“ oder die Einrichtung einer eigenständigen Abteilung zur „Gesundheitsförderung im Alter“ im Gesundheitsamt. Erste Erfahrungen lagen in den befragten kGKn zur Einrichtung einer eigenständigen Abteilung zur „Gesundheitsförderung im Alter“ im Gesundheitsamt vor; diese können wie folgt zusammengefasst werden:

- *Institutionalisierung des Themas „Gesundheit/Gesundheitsförderung für Ältere“ im Gesundheitsamt infolge politischer Beschlussfassung:* Voraussetzung dafür war ein hohes Maß an politischer Bereitschaft zur strukturellen Verankerung des Themas innerhalb der Kommunalverwaltung (u.a. Ratsbeschluss), einschließlich der Bereitstellung dauerhafter finanzieller Ressourcen (z.B. Einrichtung einer Planstelle im Gesundheitsamt); Aufgaben umfassten eine systematische, intrakommunale Information, Begleitung und Beratung seniorenbezogener Strukturen (Impulsfunktion), einschließlich Unterstützung der Arbeit der AG der kGK (z.B. Planung und Durchführung von (Modell-) Projekten und Veranstaltungen; Information und Beratung für bestehende seniorenbezogene Strukturen im Stadtgebiet zum Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen);
- *amtsinterne Bearbeitung des Themas „Gesundheit im Alter“ als Querschnittsthema der Abteilungen:* Einrichtung einer amtsinternen AG, mit dem Ziel, altersassoziierte Themen innerhalb der Fachabteilungen zu integrieren (amtsinterne Perspektiverweiterung); Rückgriff auf die vorhandenen Kompetenzen innerhalb des Gesundheitsamtes, um eine Betrachtung der Lebensphase Alter aus unterschiedlichen Fachrichtungen (z.B. Ökotrophologie, Zahnmedizin, Pharmazie, Hygiene) vorzunehmen (wechselseitige Qualifizierung).

Von den befragten kGKn wurden darüber hinaus mit der Etablierung entsprechender Zuständigkeiten innerhalb des Gesundheitsamtes folgende Vorteile verbunden:

- *Verbesserung der amtsinternen inhaltlichen und organisatorischen Bearbeitung des Themas „Gesundheit/Gesundheitsförderung im Alter“ im Sinne einer thematischen Weiterentwicklung und Öffnung von der Gerontopsychiatrie hin zum Thema „Altersgesundheit“;*

- *Anbahnung intersektoraler Kooperationen*: erleichterter Zugang zu anderen Verwaltungsbereichen und Aufbau von Kooperationen mit anderen Ämtern (z.B. zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales);
- *Einrichtung eines „seniorenärztlichen Dienstes“*: systematische und dauerhafte Verortung verschiedener Themen der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit der Möglichkeit, diese kontinuierlich in die Kommune (in verwaltungsinterne wie –externe Strukturen) hinein zu transportieren und zu bearbeiten.

Bedenken und Hindernisse wurden u.a. darin gesehen, dass innerhalb des Gesundheitsamtes aufgrund der bislang traditionellen und gesetzlich festgelegten Themenbereiche und Zielgruppen (u.a. Fokus Kinder- und Jugendgesundheit) die Bereitschaft zur inhaltlichen und zielgruppenbezogenen Differenzierung und „Perspektiverweiterung“ nicht als selbstverständlich anzusehen sei. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass entsprechende Veränderungen bislang nicht regelhaft mit Ressourcen hinterlegt sind (z.B. keine vergleichbare Infrastruktur- und Personalerweiterung wie es im Sozialamt im Zuge pflegerischer Weiterentwicklung erfolgte). Die Umsetzungsmöglichkeiten sind somit immer auch in Abhängigkeit von der jeweiligen kommunalen Haushaltslage zu sehen, wobei diesbezüglich - unter Berücksichtigung zukünftiger demografischer Veränderungen – grundsätzlich auch eine verwaltungsinterne Umverteilung von Ressourcen zu diskutieren wäre.

Auch im Hinblick auf die inhaltlichen wie organisatorisch-strukturellen Bearbeitungsformen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen besteht somit weiterhin Forschungsbedarf. Neben der Erprobung und Bewertung einer generationenübergreifenden/-freundlichen Bearbeitung und Gestaltung des Themas auf kommunaler Ebene erscheint die Auseinandersetzung mit Möglichkeiten und Grenzen eines sektorübergreifenden Ansatzes gemeindeorientierter Gesundheitsförderung weiterhin ebenso bedeutsam wie die Erfassung von Einstellungen des politisch-administrativen Systems zur Institutionalisierung des Themenbereichs in der (gesundheitsbezogenen) Kommunalverwaltung.

## 10 Zusammenfassung und Ausblick

Obwohl mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) steigt, ist die Lebensphase Alter nicht generell mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Auch für die Lebensphase Alter bestehen erhebliche Präventionspotenziale (z.B. Sturzprävention; Zahnprophylaxe) (BMFSFJ, 2001; Kruse, 2002; RKI, 2002; Walter & Schwartz, 2001), die jedoch bislang nicht immer ausgeschöpft werden. Für die Gesundheit im Alter sind einerseits die individuelle Lebensführung und die persönlichen Bewältigungspotenziale, andererseits eine angemessene medizinische und soziale Versorgung von Bedeutung. Neben kurativen Maßnahmen leisten rehabilitative und präventive Maßnahmen einen Beitrag zu Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter (BMFSFJ, 2001; RKI, 2002). Für ältere selbständig lebende Menschen besitzt zudem die unmittelbare Wohnumgebung, der Stadtteil in dem sie leben, als Lebenswelt zentrale Bedeutung für den Aktivitäts- und Gesundheitserhalt. Dies gilt umso mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen beeinträchtigt ist. Der Stadtteil kann somit einen geeigneten Zugang für ältere Menschen im Allgemeinen und speziell auch für sozial benachteiligte ältere Menschen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bieten (Kümpers, 2008; Kümpers & Rosenbrock, 2010).

Einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt „Kommune“ (bzw. „Stadt/Stadtteil/Quartier“) kommt folglich sowohl aus Sicht der älteren Bevölkerung wie im Interesse der Kommunen Bedeutung zu. Auch wenn empirisch fundierte Nachweise für die Wirksamkeit gemeindeorientierter gesundheitsfördernder Maßnahmen bislang ausstehen, ist davon auszugehen, dass auf diese Weise individuelle Gesundheitsgewinne erzielt werden können und auch die Finanzierung (vor-)pflegerischer kommunaler Versorgungsstrukturen positiv beeinflusst werden kann. „Gesundes Altern“ ist somit eine individuell wie gesellschaftlich zunehmend wichtige, aber auch voraussetzungsreiche Zielsetzung, für die u.a. Maßnahmen der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung einen Lösungsansatz darstellen können. Nach Einschätzung der Städte und Gemeinden selbst besitzt das Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen im Allgemeinen wie auch in Bezug auf die Zielgruppe der älteren Menschen gegenwärtig mittlere Relevanz, wird jedoch zukünftig jedoch an Bedeutung gewinnen (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007). Obwohl Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen bereits von einem Teil der Gesundheits- und Sozialämter als kommunale Gestaltungsaufgabe betrachtet werden (ebd.), ist eine systematische Auseinandersetzung damit einhergehender kommunaler Planungs-, Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse bislang nicht erfolgt. In NRW besetzen die kommunalen Gesundheitskonferenzen (kGK), die das Thema Gesundheitsförderung für ältere Menschen in den letzten Jahren zunehmend bearbeitet haben, eine zentrale Schnittstelle zwischen Kommunalverwaltung und gesundheitsförderlichem Versorgungssystem. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgte deshalb eine Betrachtung der kGKn mit dem Ziel, kommunale Erfahrungen und Gestaltungsmöglichkeiten zu ermitteln, aufzubereiten und zu analysieren.

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung war die gegenwärtige Diskrepanz zwischen einer hohen Bedeutung kommunaler Gesundheitsförderung einerseits, die auch für die Zielgruppe älterer Menschen postuliert wird, und einem bislang geringen Wissen zu damit verbundenen kommunalen Planungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen andererseits. Die Arbeit befasste sich deshalb mit Vorhaben der gemeindeorientierten Gesundheitsförde-

rung für ältere Menschen, die von kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW im Zeitraum von 2004 bis 2009 realisiert wurden. Das Ziel der Arbeit bestand darin, diesbezügliche Erfahrungen und Einstellungen aus der Perspektive der Geschäftsstellenleitungen der kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW zu ermitteln, die in diesem Versorgungsbereich eine bedeutsame Schnittstelle besetzen. Durch eine persönliche Befragung sollten zum einen Erkenntnisse über die Vorgehensweise der kGK bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ gewonnen werden; zum anderen ging es um eine Einschätzung der Bedeutung und des Stellenwertes dieses Themas auf kommunaler Ebene und eine Einordnung und Bewertung der Umsetzungserfahrungen.

Um die kommunalen Erfahrungen im Umgang mit dem Thema „Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zu erfassen, wurde für die Untersuchung ein exploratives und qualitatives Vorgehen gewählt. Das Erkenntnisinteresse richtete sich darauf, Bearbeitungsgründe und Zielsetzungen sowie Themenbereiche, Umsetzungserfahrungen und Ausprägungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die im Allgemeinen, das heißt fallübergreifend, für eine systematische Förderung der Bearbeitung des Themas in Kreisen und kreisfreien Städten relevant sind. Die Untersuchung zielte somit darauf,

- kommunale Erfahrungen und Gestaltungsmöglichkeiten aufzubereiten und zu analysieren,
- Empfehlungen für andere Kommunen für die Bearbeitung, Umsetzung oder Integration dieses Themas in bestehende kommunale Strukturen abzuleiten,
- sowie weiterführende Hypothesen und Fragestellungen für zukünftige Forschungsvorhaben zu generieren.

Für die vorliegende Untersuchung ergaben sich dabei sowohl inhaltliche und methodische Einschränkungen, die wie folgt zusammengefasst werden können:

- Die Geschäftsstellen der kommunalen Gesundheitskonferenz in Nordrhein-Westfalen erwiesen sich grundsätzlich inhaltlich (Zuständigkeit für Gesundheitsförderung) wie organisatorisch (Steuerungs- und Koordinationsverantwortung) als geeignete und ausschließliche Ansprechpartner für die vorliegende Untersuchung.
- In den Kommunen, die in die Untersuchung einbezogenen wurden, wurde darauf verzichtet, andere kommunale Fachbereiche (z.B. Sozial-, Umwelt-, Sportamt) oder Gremien, die ebenfalls mit dem Thema „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ befasst sein können, in die Befragung einzubeziehen.
- Für die in die Untersuchung einbezogenen Kreise wurde ausschließlich die Perspektive der Kreisebene ermittelt; da die in den einzelnen kreisangehörigen Städten der Kreise bestehenden Nebenstellen der Kreisgesundheitsämter nicht autonom agieren (und in dem Sinne i.d.R. auch keine Aufgaben im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ übernehmen), wurden diese bei der Befragung nicht berücksichtigt.
- Die Entscheidung für die Erfassung mehrerer Fälle entsprach dem Interesse, zunächst einen Einblick in das gesamte Spektrum der Arbeit der kommunalen Gesund-



heitskonferenzen zu erhalten. Von einer vertiefenden Betrachtung einzelner Fälle – und einer damit ggf. verbundenen Ausweitung der Interviewpartner (z.B. Einbezug relevanter Kooperationspartner, politischer Vertreter), die für eine weitere Fortsetzung der Bearbeitung dieses Themas wünschenswert wäre – musste aus zeitökonomischen Gründen abgesehen werden. Nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Tagungsrhythmen sowie dem unterschiedlichen Bearbeitungsstatus innerhalb der einzelnen Gesundheitskonferenzen wurde auch auf eine teilnehmende Beobachtung an Veranstaltungen, einzelnen Maßnahmen usw. verzichtet.

- Die vorliegende Untersuchung stützt sich zudem mangels verfügbarer und vergleichbarer Dokumente (z.B. Sitzungsprotokolle, kommunale Gesundheitsberichte), ausschließlich auf die Datenquelle des persönlichen Interviews; die zuvor geplante Dokumentenanalyse konnte nicht realisiert werden<sup>104</sup>.

Für eine Einordnung und Bewertung des umfangreichen empirischen Materials zur Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen in KGKn in NRW wurden als Analysekriterien die Stufen des Public-Health-Action-Cycle sowie Dimensionen des Community Capacity und der Community Readiness zugrunde gelegt. Der Analyserahmen ermöglichte zunächst eine zusammenfassende Betrachtung der berichteten Erfahrungen und umfasste folgende Dimensionen (vgl. Altgeld, 2008; Brand, Schmacke & Brand, 2003; Goodman et al., 1998; Reis-Klingspiogl, 2008): Sensibilisierung, Steuerung, Kommunalpolitischer Beschluss, Assessment/Lagebeschreibung, policy-development, Assurance, Umsetzung der Maßnahmen, Evaluation, Leitung und Führung, Bürgerbeteiligung.

Unter Berücksichtigung dieser Dimensionen zeigte sich in der fallübergreifenden Betrachtung, dass für die Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der KGK in NRW durchaus gute Voraussetzungen bestehen. Neben einer grundsätzlichen Befürwortung des Themas wirkten sich die in den Kommunen mit der KGK etablierten Strukturen, Kommunikations- und Kooperationszusammenhänge sowie die damit einhergehende etablierte und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Mitglieder der KGK untereinander positiv aus. Auch das hohe Engagement lokaler Akteure bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen („Selbstverpflichtung“) sowie ein hohes Engagement und die Wahrnehmung von Koordinationsfunktionen durch die Geschäftsstellenleitungen der KGK waren förderlich. Ebenfalls bedeutsam erwies sich die politische Unterstützung, die sich vorwiegend im Sinne einer idealen Unterstützung äußerte (grundsätzliche Befürwortung des Themas, „Rückendeckung“); lediglich in Einzelfällen ging dies auch mit einer darüber hinaus gehenden kommunalpolitischen Auseinandersetzung außerhalb der KGK und der Bereitstellung kommunaler Ressourcen einher (z.B. finanzielle, personelle oder materielle Ressourcen).

Abgesehen von einer weitgehend fehlenden formalen kommunalpolitischen Verankerung des Themas (z.B. über die Zusammenhänge der KGK hinaus gehender Rats-/Kreistagsbeschluss), wurden weitere Abweichungen in der fehlenden Nutzung der KGBE als Analyse- und Planungsgrundlage und der fehlenden (externen) Evaluation der Maßnahmen

---

<sup>104</sup> Zusätzliche Dokumente konnten von den Interviewpartnern aus unterschiedlichen Gründen nicht zur Verfügung gestellt werden (u.a. Datenschutz, fehlendes oder zum Befragungszeitpunkt noch nicht abgeschlossenes Berichtswesen).

der kGK deutlich. Darüber hinaus zeichneten sich überwiegend begrenzte Möglichkeiten zur Beteiligung älterer Menschen ohne institutionelle Anbindung an der Bedarfsermittlung sowie Planung und Umsetzung von Maßnahmen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung innerhalb der AG der kGK ebenso ab wie eine überwiegend fehlende intersektorale Kooperation zwischen kommunalen Verwaltungsbereichen. Für die zukünftige Gestaltung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen wurden zudem von den kGKn in KR und kfS folgende Handlungsbedarfe formuliert:

- Überwindung von Unterschieden der (Angebots-) Strukturen in den kSG, einschließlich der Bedarfe, die sich aus der Organisationsstruktur der KR ergeben (z.B. Koordination der Zusammenarbeit zwischen der Ebene des Kreises und der einzelnen kSG);
- Strukturierung der Angebots- und Anbieterstruktur in den kfS (z.B. Sensibilisierung der Anbieter für ältere Zielgruppen), die Überwindung von „Engpässen“ in einzelnen Bereichen lokaler Angebote (ausreichendes, flächendeckendes, geplantes, dauerhaftes Angebot) sowie die Verbesserung der Kooperation der Anbieter untereinander;
- Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen;
- Institutionalisierung dieses Themas im Gesundheitsamt;
- Bereitstellung regelhafter Ressourcen für qualitätsgesicherte Angebote der kommunalen Gesundheitsförderung (u.a. für ambulante Maßnahmen der Sturzprävention);
- Verabschiedung einer verbindlichen gesetzlichen Grundlage.

Vor dem Hintergrund der Bewertung der Umsetzungserfahrungen zeichneten sich - unter Berücksichtigung der Repräsentanz und Relevanz im Material und des Innovationsgehaltes - für eine weitere Diskussion der Ergebnisse vier Schwerpunkte ab. Neben der Einschätzung der kommunalpolitischen Bedeutung gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen stand eine Auseinandersetzung mit Fragen zur Übernahme kommunaler Planungs- und Gestaltungsaufgaben im Sinne einer seniorenbezogenen ganzheitlichen kommunalen Versorgungsplanung im Mittelpunkt. Mit dem Schwerpunkt „Bearbeitungsform“ wurde zudem eine Analyse der (bisherigen) Arbeitsweise der kGKn und möglicher Alternativen vorgenommen. Die Ergebnisse können diesbezüglich wie folgt zusammengefasst werden:

- Mit den gesetzlich verankerten gesundheitspolitischen Instrumenten der kGK und der kGBE bestehen in NRW vergleichsweise gute Ausgangsbedingungen für den ÖGD, sich an kommunalpolitischen Gestaltungsprozesse zu beteiligen und diese zu beeinflussen; dies führte in den untersuchten kGKn nicht bzw. nur vereinzelt dazu, dass gemeindeorientierter Gesundheitsförderung für ältere Menschen ein höherer gesundheitspolitischer Stellenwert zugeschrieben wurde.
- Eine über die Beschlussfassung der kGK hinausgehende kommunalpolitisch relevante Beschlussfassung (Rats-/Kreistagsbeschluss) erfolgte in den untersuchten kGKn nur vereinzelt; dies konnte mit der Bereitstellung kommunaler Ressourcen (z.B. Einrichtung einer gesundheitsamtsinternen Planstelle zur Gesundheitsförderung im Al-

ter) einhergehen oder ausschließlich ideelle Unterstützung (z.B. Befürwortung des Themas durch den Landrat) beinhalten.

- Aus den gesetzlichen Bezugspunkten der kommunalen Daseinsvorsorge sowie den im ÖGDG NRW festgelegten Funktionen der kGK (Mitwirkung, Koordination und Beratung), können für lokale Gesundheitsakteure oder die Kommune selbst keine Verbindlichkeiten für die Gestaltung und Umsetzung gemeindeorientierter Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen abgeleitet werden.
- Die in der kGK erarbeiteten lokalen Handlungsprogramme und Problemlösungsstrategien zur gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen erfolgen vorwiegend unter Rückgriff auf Ressourcen lokaler Gesundheitsakteure (in Selbstverpflichtung) und sind mit Begrenzungen im Hinblick auf Art, Dauer, Umfang, lokale Reichweite und Nachhaltigkeit der Maßnahmen behaftet.
- Die Analyse der Ausgangssituation erfolgte in den untersuchten kGKn i.d.R. nicht unter Rückgriff auf das Instrument der kGBE; nicht zuletzt vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen auf kommunaler Ebene und in Anbetracht der Heterogenität älterer Zielgruppen erscheint die Ermittlung der Bedarfe und Bedürfnisse Älterer und eine darauf abgestimmte Entwicklung „passgenauer“ Angebote und (kommunaler) Strukturen jedoch fachlich sinnvoll und erstrebenswert, zumal entsprechende Datenerhebungen auch die Möglichkeit der Verlaufskontrolle und Evaluation von Maßnahmen bieten könnten.
- Für eine regelhafte kleinräumige Bedarfsermittlung zum Thema „Gesundheit/Gesundheitsförderung“ unter Berücksichtigung älterer Bevölkerungsgruppen fehlen bislang auf kommunaler Ebene fachliche, personelle und finanzielle Ressourcen sowie praktikable Instrumente.
- Von den befragten kGKn wurde ausschließlich ein generationenspezifischer Ansatz der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung realisiert und dementsprechend ausschließlich die Zielgruppe ältere Menschen fokussiert. Aus gerontologischer Sicht erscheint dies durchaus empfehlenswert, da somit die Erreichbarkeit älterer Zielgruppen verbessert wird; mit einem generationenübergreifenden Ansatz gemeindeorientierter Gesundheitsförderung (z.B. Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen) könnte – neben Synergieeffekten und der Förderung einer lebensverlaufsbezogenen Betrachtung von Gesundheitsförderung – jedoch auch die gesundheitspolitische Verankerung des Themas verbessert werden; diese Annahme steht im Einklang mit aktuellen Bemühungen um eine „generationenfreundliche“ Kommune; eine Grundannahme dabei ist, dass nachhaltige familien- oder altenpolitische Maßnahmen auf kommunaler Ebene positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der jeweils anderen Generation besitzen.
- Eine über die (vorwiegend punktuellen) Bearbeitungsmöglichkeiten der kGK hinausgehende intersektorale Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ (z.B. im Sinne des WHO-Ansatz Age-friendly-cities; „intersektorale Gesamtstrategie“) ist aus Sicht der befragten kGKn dem Gegenstand grundsätzlich angemessen und erstrebenswert, unter den gegebenen Rahmenbedingungen und im Kontext der kGKn aber nicht realisierbar.

- Eine intersektorale Bearbeitung des Themas wird durch verschiedene verwaltungsinterne Probleme der Zusammenarbeit erschwert (z.B. allgemein wenig Interesse für die Belange älterer Menschen in anderen, nicht gesundheitsbezogenen Verwaltungsbereichen; fehlende ämterübergreifende Abstimmung für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“; tradierte Abgrenzungen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen: traditionell alleinige Zuständigkeit des Sozialamtes für die Zielgruppe ältere Menschen und damit assoziierte Themen; fehlende oder erschwerte Zusammenarbeit zwischen der Gesundheits- und Pflegekonferenz).
- Die Umsetzung von umfassenden Ansätzen der Gesundheitsförderung im Sinne intersektoraler Kooperationsbeziehungen erfordert – neben der politischen Befürwortung dieser Vorgehensweise - eine koordinierende Instanz auf einer übergeordneten Ebene („Bürgermeisterebene“), die die Vorbereitung, Planung und Implementation von Maßnahmen begleitet und über Entscheidungs- und Handlungskompetenz verfügt.
- Unter Berücksichtigung bisheriger Aufgaben des Gesundheitsamtes (z.B. traditionell und gesetzlich festgelegte Themenbereiche und Zielgruppen u.a. Kinder- und Jugendgesundheit) und einer lebensphasenbezogenen Betrachtungsweise von Gesundheit kann die Institutionalisierung der Zuständigkeit für „gesunde Ältere“ im Gesundheitsamt – insbesondere vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen - durchaus als konsequente Weiterentwicklung betrachtet werden (z.B. ärztlicher Ansprechpartner für „gesunde Ältere“ oder die Einrichtung einer eigenständigen Abteilung zur „Gesundheitsförderung im Alter“ im Gesundheitsamt; Etablierung eines „seniorenärztlichen Dienstes“ für ältere Bürger).
- Ungeachtet der damit verbundenen Vorteile (z.B. Verbesserung der amtsinternen inhaltlichen und organisatorischen Bearbeitung, Anbahnung intersektoraler Kooperationen) bleibt diesbezüglich gegenwärtig offen, wie die Bereitschaft des Gesundheitsamtes zur inhaltlichen und zielgruppenbezogenen Differenzierung und „Perspektiverweiterung“ einzuschätzen ist und wie entsprechende verwaltungsinterne Veränderungen finanziert werden können (z.B. Bereitstellung zusätzlicher kommunaler Ressourcen, verwaltungsinterne Umverteilung von Ressourcen; andere Refinanzierungsmöglichkeiten).

Zusammenfassend können - vor dem Hintergrund bestehender gesetzlicher wie intrakommunaler Rahmenbedingungen - für eine zukünftige Etablierung gesundheitsförderlicher Infrastrukturen auf kommunaler Ebene auch für ältere Zielgruppen aus dem vorliegenden empirischen Material folgende Empfehlungen, die insbesondere das kommunale politisch-administrative System adressieren, formuliert werden:

- Bemühungen um eine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung zur Gesundheitsförderung und Prävention erscheinen weiterhin auch für die Stärkung dieses Versorgungsbereichs auf kommunaler Ebene bedeutsam; als wesentlicher Ansatzpunkt und Akteur auf kommunaler Ebene ist dabei der ÖGD zu berücksichtigen, wobei dessen Zuständigkeit auch für ältere Zielgruppen hervorzuheben ist. Da Entwicklungen der Bundesgesetzgebung diesbezüglich gegenwärtig nicht absehbar sind, erscheint die

Förderung der Annahme dieses Versorgungsbereichs als freiwillige Selbstverwaltungsaufgabe im Sinne der kommunalen Daseinsvorsorge auch für ältere Zielgruppen empfehlenswert.

- Neben der grundsätzlichen Befürwortung des Themas innerhalb des kommunalen politisch-administrativen Systems, einschließlich Bereitstellung oder Umverteilung kommunaler Ressourcen zugunsten dieses Versorgungsbereichs, erweisen sich Überlegungen zur institutionellen Verankerung dieses Bereichs innerhalb der (gesundheitsbezogenen) Kommunalverwaltung als zukunftsweisend (Schaffung verwaltungsinterner Zuständigkeiten für „gesunde“ Ältere bzw. Gesundheit im Alter).
- Auf der Grundlage einer kleinräumigen Bedarfsanalyse (z.B. Bevölkerungsbefragung zu Einstellungen und Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Angebote unter Berücksichtigung älterer Zielgruppen) können nicht nur Hinweise zur kommunalen Angebotsgestaltung, sondern auch zu weiteren Ausgestaltung kommunaler Zuständigkeiten gewonnen werden (z.B. Etablierung von Zuständigkeiten für („gesunde“) Ältere im Gesundheitsamt oder Entscheidung für einen generationenübergreifenden Ansatz).

Für eine dementsprechende Weiterentwicklung auf kommunaler Ebene bestehen gegenwärtige folgende Handlungs- und Forschungsbedarfe:

- Erfassung von Einstellungen der Vertreter des politisch-administrativen Systems in KR und kfS zu Möglichkeiten und Grenzen einer über die Aktivitäten der kGK hinausgehenden intrakommunalen Gestaltung des Themas und der Schaffung nachhaltiger Zuständigkeiten für „gesunde“ Ältere innerhalb der (gesundheitsbezogenen) Kommunalverwaltung (z.B. Etablierung gesundheitsfördernder verwaltungsinterner Strukturen für die Zielgruppe („gesunde“) ältere Menschen; Möglichkeiten und Grenzen der Institutionalisierung von gesundheitsfördernden Angeboten für ältere Menschen innerhalb des Gesundheitsamtes), einschließlich der Entwicklung von Lösungsansätzen für den ländlichen Raum, da sich aufgrund der Gemeindeorganisationsform der Kreise besondere Anforderungen ergeben (z.B. Eigenständigkeit der kreisangehörigen Städte und Gemeinden);
- Entwicklung und Erprobung von Instrumenten der Bedarfserfassung und Etablierung entsprechender kleinräumiger Datenerhebungen unter Berücksichtigung älterer Zielgruppen, einschließlich Bereitstellung (kommunaler) Ressourcen für eine regelhafte Anwendung;
- Entwicklung und Erprobung eines generationenübergreifenden kommunalen Ansatzes der Gesundheitsförderung;
- Entwicklung von Beteiligungsverfahren für ältere Menschen ohne institutionelle Anbindung in Bezug auf die Bedarfsermittlung sowie Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Kontext lokaler gesundheitsbezogener Gremien wie z.B. AGn kommunaler Gesundheitskonferenzen.

Die Übernahme kommunaler Verantwortung für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ erfolgt i.d.R. nicht im Selbstlauf; Art, Umfang, Reichweite und Nachhaltigkeit entsprechender (kommunalpolitischer) Maßnahmen sind insbesondere eng mit deren politischer Befürwortung verbunden. Diese kann zwar in den meisten Fällen zumindest im Sinne ideeller Unterstützung als gegeben vorausgesetzt werden, schlägt sich aber, u.a. mangels regelhafter, verpflichtender gesetzlicher Bestimmungen, bislang fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten und nur selten in Betracht gezogenen Umverteilungen kommunaler Ressourcen zugunsten älterer Zielgruppen, in der Praxis (bislang) nicht oder nur vergleichsweise selten nieder. Für eine Übernahme nachhaltiger „kommunaler Verantwortung“ auch für Maßnahmen der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen, die bislang überwiegend in „Selbstverpflichtung“ sowohl der Kommunen als auch lokaler (Gesundheits-) Akteure erfolgen und den damit verbundenen Begrenzungen unterliegen, erscheint die Forderung nach einer übergeordneten gesetzlichen Regelung deshalb unabdingbar.

Die Schaffung kommunaler Rahmenbedingungen für ein gesundes Altern stellt grundsätzlich eine bedeutende Möglichkeit dar, um den zu erwartenden demografischen Veränderungen konstruktiv zu begegnen. Um diesbezüglich zukünftig belastbare Aussagen generieren zu können, kommen insbesondere einer regelhaften Bedarfsermittlung sowie der Bewertung kommunaler Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Zielgruppen Bedeutung zu. Die Etablierung einer lokalen, kleinräumigen Bedarfsermittlung unter Berücksichtigung älterer Zielgruppen stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Planung, Gestaltung und Bewertung von kommunalpolitischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen dar. Neben fehlenden finanziellen Ressourcen stehen dem gegenwärtig u.a. fehlende personelle Zuständigkeiten und fachliche Kompetenzen auf kommunaler Ebene entgegen, die zukünftig nur in begrenztem Maß unter der Prämisse der (kommunalen) „Selbstverpflichtung“ überwunden werden können. Vorteile einer systematischen Bedarfsermittlung ergeben sich dabei jedoch nicht nur im Sinne der „passgenauen“ (und somit Ressourcen schonenden) Entwicklung von Angeboten. Auf diese Weise besteht zudem die Möglichkeit ein Mindestmaß an Beteiligungsmöglichkeiten für ältere Zielgruppen sicher zu stellen, das im Idealfall durch weitere Teilnahmeverfahren im Rahmen der Planung und Umsetzung von Maßnahmen ergänzt werden sollte. Die Durchführung regelmäßiger Bedarfsanalysen, Verlaufskontrollen und (abschließender) Bewertungen von Maßnahmen kann dabei perspektivisch einen Beitrag zur Evidenzbasierung kommunaler Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen leisten.

Um eine nachhaltige und systematische Auseinandersetzung mit und Umsetzung von Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu befördern, erscheint zudem die Verankerung dieses Themenbereichs und entsprechender Zuständigkeiten innerhalb der Kommunalverwaltung zukunftsweisend. Eine Berücksichtigung des dafür durchaus geeigneten ÖGD wäre dabei auch im Rahmen weiterhin erstrebenswerter übergeordneter gesetzlicher Regelungen zu bedenken. Von Vorteil erweist sich dabei, dass für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ mit den in den kGKn in NRW etablierten, (überwiegend langjährigen) Kommunikations- und Kooperationsstrukturen gute Voraussetzungen für die Realisierung von Strukturbildungsprozessen auf kommunaler Ebene gegeben sind und mit den Geschäftsstellenleitungen der kGKn ausreichend fachliche und methodische Expertise zur Verfügung steht. Gleichwohl zeigen die berichteten Erfahrungen auf, dass eine nachhaltige, systematische Bearbeitung dieses Themas weit über die personellen, zeitlichen wie finanziellen Möglichkeiten der kGKn in NRW hinaus geht und somit die

Einrichtung eigenständiger kommunaler Zuständigkeiten als wegweisend zu betrachten ist, will man langfristig eine entsprechende gesundheitsförderliche – verwaltungsinterne wie – externe - Infrastruktur auch für ältere Menschen in Städten und Gemeinden etablieren.

## Quellenverzeichnis

- Altgeld, T. (2004). Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise für die Regiestelle des E & C-Programmes. BMFSFJ (Hrsg.) Online verfügbar unter (06/2010) <http://www.eundc.de/pdf/09600.pdf>
- Altgeld, T. (2008). Neues altern in der Stadt – Neue Ansätze der zielgruppengerechten, kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen. In: Richter, A., Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.). Dünne Rente - dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit - neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Frankfurt a. M., Mabuse-Verlag. S. 207-218.
- Altgeld, T., Geene, R., Glaeske, G., Kolip, P., Rosenbrock, R. & Trojan, A. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Abteilung Arbeit und Sozialpolitik Wirtschafts- und Sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.). Online verfügbar unter (07/2007) <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03637.pdf>
- Amonn, J., Kersting, V. & Strohmeier, K.P. (2008). Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen. Anregungen für die kommunale Praxis am Beispiel Kinder- und Jugendgesundheit. LIGA. Praxis 1. Online verfügbar unter (08/2011) [http://www.liga.nrw.de/media/pdf/liga-praxis/liga-praxis\\_01\\_kleinraeumig-b6.pdf?pi\\_t=true](http://www.liga.nrw.de/media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_01_kleinraeumig-b6.pdf?pi_t=true)
- Apitz, R. & Winter, S.F. (2003). Prävention und Gesundheitsförderung als Ziele nachhaltiger Gesundheitspolitik in Deutschland. Prävention - Zeitschrift für Gesundheitserziehung, 26, 3, S. 67-71.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. (2008). Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden\\_2008\\_150908.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_2008_150908.pdf)
- Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K. & Naegele, G. (2000). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Bd. 2. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.
- Backes, G. M. & Clemens, W. (2008). Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim & München, Juventa.
- Badura, B. et al. (2000). Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu einem Modellvorhaben. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Düsseldorf.
- Badura, B. (2001). Reform des Gesundheitswesens durch Aktivierung der Bürger, Versicherten und Patienten - eine Einführung. In: Badura, B. & Schellschmidt, H. (Hrsg.). Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 4. - 5. Februar 1999 in Bonn. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 34–39.
- Baltes, P.B. & Baltes M.M. (1992). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: Baltes, M. (Hrsg.). Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern, Verlag Hans Huber, S. 5–10.
- Bär, G., Buhtz, M. & Gerth, H. (2004). Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In Rosenbrock, R. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven, WirtschaftsVerlag N W Verlag für neue Wissenschaften. S. 233–296.
- Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009) Qualitätselemente gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung. In Kuhn, D., Papiés-Winkler, I., Sommer, D. (Hrsg.). Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten – Erfahrungen aus der Lebenswelt „Stadtteil“. Frankfurt a. M., Mabuse-Verlag. S. 249–259.
- Barić, L. & Conrad, G. (1999). Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung Conrad.
- Bazos, D.A. et al. (2001). The development of a survey instrument for community health improvement. In: Health Services Research, 36, 4, S. 773–792.
- Bertelsmannstiftung (Hrsg.). (2007). Neues Altern in der Stadt. Bericht über die Analyse- und Zielfindungsphase 2006. Online verfügbar unter (10/2010) [http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbc/SID-81252743-71ABC479/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_21860\\_21861\\_2.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbc/SID-81252743-71ABC479/bst/xcms_bst_dms_21860_21861_2.pdf)



- Bickel, H. (2001). Epidemiologie von Demenz und Pflegebedürftigkeit. In: Bickel, H. (Hrsg.). Demenz und Pflegebedürftigkeit. Beiträge zum gemeinsamen Symposium von Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern. Berlin, Meta Data. S. 33-52
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bonn, Bonner Universitäts-Buchdruckerei.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2006). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/2190.
- BMVBS - Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2008). Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. Online verfügbar unter (02/2009) <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=NGFYQL01>
- Bogner, A. & Menz, W. (2005a). Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstheoretische und methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 7-30.
- Bogner, A. & Menz, W. (2005b). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 33-70.
- Boschek, H.J. & Kügler K.J. (2001). Kommunale Gesundheitspolitik als Forschungsfeld von Public Health und Sozialwissenschaften. In: Das Gesundheitswesen, 63, Sonderheft 1, S. S63-S67.
- Boschek, H.J. & Kügler K.J. (2002). Kommunale Gesundheitsziele aus Sicht von Bürgern und Experten. Ergebnisse zweier Befragungen im Ennepe-Ruhr-Kreis. In: Das Gesundheitswesen, 64, S. 633–638.
- Brand, H. & Schmacke, N. (1998). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die Rolle kommunaler Gesundheitsdienste in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen, 60, 626-631.
- Brand, H., Schmacke, N. & Brand, A. (2003). Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Urban & Fischer, S. 367–375.
- Brandenburg, A., Ferber C. v. & Nowak M. (1994). Vernetzung und Bürgerbeteiligung durch Gesundheitskonferenzen. In: Soziale Sicherheit, 7, S. 246-249.
- Breithecker, R. (2008). Potenziale bürgerschaftlichen Engagements für die Kommune. Das Modellprojekt "Selbstorganisation älterer Menschen". In: Erlinghagen, M. & Hank, K. (Hrsg.). Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. S. 191–213.
- Breitkopf, H. (2005). Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen: Beispiele für Maßnahmen und Aktivitäten. In: Geene, R., Kickbusch I. & Halkow A. (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Eine soziale und politische Aufgabe. Berlin, Gesundheit Berlin, S. 65–67.
- BMGS - Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. (2005). Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.bmas.de/portal/892property=pdf/lebenslagen\\_in\\_deutschland\\_de\\_821.pdf](http://www.bmas.de/portal/892property=pdf/lebenslagen_in_deutschland_de_821.pdf)
- Burgstaller, B., Bauer, M. & Krenn, I. (2006). Endbericht zum Projekt Anders Altern in Radenthein. Gesundheitsförderung im Alter. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject\\_132834/746901](http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_132834/746901)
- Cicholas, U. & Ströker, K. (2009). Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2008 bis 2030/2050. Statistische Analysen und Studien. Herausgegeben von Information und Technik Nordrhein-Westfalen. Geschäftsbereich Statistik. (Band 60). Online verfügbar unter (05/2011). [http://www.it.nrw.de/statistik/analysen/stat\\_studien/2009/band\\_60/z089200956.pdf](http://www.it.nrw.de/statistik/analysen/stat_studien/2009/band_60/z089200956.pdf)

- Crisp, B. R., Swerissen, H. & Durckett, S. (2000). Four Approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. In: Health Promotion International, 15, 2, S. 99–107.
- Dapp, U. et al. (2009). Im Alter aktiv und gesund leben - Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42, 3, S. 245–255.
- Dean, K. & Holstein, B.E. (1991). Health Promotion among elderly. In: Badura, B. & Kickbusch, I. (Hrsg.). Health promotion research. Towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO.
- Deutscher Bundestag (1996). Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Regina Schmidt-Zadel, Ingrid Becker-Inglau, Dr. Ulrich Böhme (Unna), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 13/3343.
- Deutscher Bundestag (2002). Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Drucksache 14/8800.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2006a). Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Mai 2006. Online verfügbar unter (03/2007) [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen2006/mai/Erste\\_Ueberlegungen\\_fuer\\_ein\\_Gesamtkonzept\\_der\\_Betreuung\\_und\\_Versorgung\\_pflegebeduerftiger%2C\\_behinderter%20und\\_alter\\_Menschen\\_und\\_ihrer\\_Teilhabe\\_am\\_Leben\\_in\\_der\\_Gesellschaft/](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen2006/mai/Erste_Ueberlegungen_fuer_ein_Gesamtkonzept_der_Betreuung_und_Versorgung_pflegebeduerftiger%2C_behinderter%20und_alter_Menschen_und_ihrer_Teilhabe_am_Leben_in_der_Gesellschaft/)
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2006b). Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung. September 2006. Online verfügbar unter (03/2007) [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen2006/september/Empfehlungen\\_zur\\_Gestaltung\\_der\\_sozialen\\_Infrastruktur\\_in\\_den\\_Kommunen\\_mit\\_einer\\_aelter\\_werdenden\\_Bevoelkerung/](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen2006/september/Empfehlungen_zur_Gestaltung_der_sozialen_Infrastruktur_in_den_Kommunen_mit_einer_aelter_werdenden_Bevoelkerung/)
- Dierks, M.-L., Seidel, G., Horch, K. & Schwartz, F.W. (2006). Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 32. Berlin.
- Douma, Y. & Kilian, H. (2007). Fokus-Auswertung: „Angebote der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil“. Endbericht. Gesundheit Berlin. e. V., Berlin. Online verfügbar unter (02/2009) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1d73a586a20b30ad1b02e0450cf836e7>
- Douma, Y., Kilian, H., Meyer-Nürnberg, M. & Krane, E. (2007). Die Praxis der Gesundheitsförderung mit Seniorinnen und Senioren: Eine Fokusauswertung der bundesweiten Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Vortrag im Rahmen der Tagung Health Inequalities II, 09.06.2007, Bielefeld. Online verfügbar unter (02/2009) <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/health-inequalities/downloads/douma.pdf>
- Elkeles, T. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung. Zeitschrift für Evaluation, 5, 39–70.
- Engelmann, F. & Halkow A. (2008). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen. Online verfügbar unter (06/2011) <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-302.pdf>
- Flick, U. (2009). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Franke, A. (2006). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern, Verlag Hans Huber.
- Franzkowiak, P. (2006). Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 179-180.
- Friebertshäuser, B. & Langer A. (2010). Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, B., Langer, A., Prengel, A., Boller, H. & Richter, S. (Hrsg.). Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, Juventa-Verlag. S. 437–455.
- Garms-Homolova, V. & Schaeffer, D. (2003). Ältere und Alte. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.). Das Public-Health Buch. München, Jena, Urban & Fischer Verlag. S. 675-685.

- Gesundheitsministerkonferenz (GMK). (2003). Beschluss der 76. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 3.7.2003, TOP 7.6. Prävention und Gesundheitsförderung als prioritäre Aufgabe des Gesundheitswesens. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_76&id=76\\_7.6](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_76&id=76_7.6)
- Gläser, J. & Laudel, G. (2006). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Godfrey, M. & Randall, T. (2003). Developing a Locality-Based Approach to Prevention with Older People. Online verfügbar unter (08/2007) [http://www.leeds.ac.uk/hsphr/hsc/documents/dev\\_loc\\_app.pdf](http://www.leeds.ac.uk/hsphr/hsc/documents/dev_loc_app.pdf)
- Gold, C. et al. (2008). Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Gesunde Lebenswelten schaffen. Heft 1. Gesundheit Berlin (Hrsg.). Möller Druck und Verlag GmbH, Berlin.
- Goodman, R.M. et al. (1998). Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement. In: Health Education & Behaviour, 25, 3, S. 258–278.
- Göpel, E. (2004). Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung. Fünf Thesen und eine Aufforderung zur Mitwirkung. In: Geene, R. & Halkow, A. (Hrsg.). Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt a. M., Mabuse-Verlag. S. 357-361.
- Gostomyk, J.G. (2006). Versorgungsleistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Juventa, S. 925–944.
- Green, G. (2008). Healthy Ageing. In: Green, G. & Tsouros, A. (Hrsg.). City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network. WHO Europe, Kopenhagen. S. 18-19. Online verfügbar unter (09/2010) [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98257/E91886.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98257/E91886.pdf)
- Grossmann, R. & Scala, K. (2001). Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim & München, Juventa-Verlag.
- Grunow, D. (1999). Kommunale Gesundheitspolitik: Die neue kommunale Rolle im Gesundheitswesen. In: Dietz, B. (Hrsg.). Handbuch der kommunalen Sozialpolitik. Opladen, Leske + Budrich, S. 373–386.
- Grunow, D., Grunow-Lutter, V. & Mausberg, U. (2000). Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik. Weinheim, Juventa-Verlag.
- Helmchen, H., Baltes, M.M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M. & Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K.U. & Baltes: P. B. (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin, Akademie-Verlag. S. 185- 220.
- Herriger, N. (2002). Empowerment. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. Stuttgart, Köln, Kohlhammer.
- Hikl, R. & Bill P. (2005). "aktiv55plus". Abschlussbericht: Anregung für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Kleinstadt. Online verfügbar unter (08/2007) <http://www.aktiv55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf>
- Hildebrandt, H. & Trojan, A. (1987). (Hrsg.). Gesündere Städte – Kommunale Gesundheitsförderung. Materialien und Ideen zum „Healthy Cities“ Projekt der Weltgesundheitsorganisation. Hamburg: Hein & Co.
- Hollbach-Grömig, B. & Seidel-Schulze A. (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Eine Bestandsaufnahme. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, Juventa-Verlag.
- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2006). Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 52–55.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz T. & Haisch J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, Verlag Hans Huber. S. 11–20.

- Hurrelmann K. & Laaser, U. (2003). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Juventa-Verlag. S. 395–424.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München, Juventa-Verlag. S. 749–780.
- Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (2008). Kommunalrecht in Nordrhein-Westfalen. Gemeindeordnung, Kreisordnung und Auszüge aus weiteren Gesetzen. Düsseldorf.
- Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (IfG). (2008). Der demografische Wandel und die Älteren in Nordrhein-Westfalen – Positionspapier des Instituts für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund. Bearbeitung: Naegele, G., Schönberg, F., Menke, M., Schmitt, M. & Schnabel, E.
- Kaba-Schönstein, L. (2006a). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und –strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 73–78.
- Kaba-Schönstein, L. (2006b). Gesundheitsförderung V: die Entwicklung in Deutschland ab Mitte der 1980er Jahre. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 96–104.
- Kaba-Schönstein, L. (2006c). Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme, Perspektiven). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 104–111.
- Kasimir-Gläser, C. (2007). Partizipation als Herausforderung an eine „Gesunde Stadt“ - Beispiel Dresden: Gesundheitskonferenz „Gesundes und aktives Altern“ Gesundheit Berlin (Hrsg.). Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007. Online verfügbar unter (12/2008) [http://www.gesundheitberlin.de/download/Kasimir-Glaeser, C..pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Kasimir-Glaeser_C..pdf)
- Kasimir-Gläser, C. et al. (2008). Gesundheitskonferenz „Gesundes und aktives Altern in Dresden“. 03.07. 2007. Tagungsdokumentation. Landeshauptstadt Dresden. Geschäftsbereich Soziales. Dresden: WHO-Projekt „Gesunde Städte“.
- Keller, I.M. & Kalache, A. (1997). Promoting healthy aging in cities: The Healthy Cities project in Europe. In: Journal of Cross-Cultural Gerontology, 12, S. 287–298.
- Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Urban & Fischer. S. 181–188.
- Kilian, H., Geene, R. & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In Rosenbrock, R. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven, WirtschaftsVerlag N W Verlag für neue Wissenschaften. S. 151–232.
- Knesebeck, v. d. O. (2008). Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern, Verlag Hans Huber. S. 120-130.
- Kohli, M. (1996). Erwerbsarbeit und ihre Alternativen. In: Baltus, M. M. (Hrsg.). Produktives Leben im Alter. Frankfurt, a. M., Campus-Verlag. S. 154–175.
- Kölb-Keer, R. & Wese, W. (1996). Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung NRW. In: Göpel, E. (Hrsg.). Macht - Vernetzung - gesund. Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt, a. M., Mabuse-Verlag. S. 178–184.
- Kolland, F. & Rosenmayer, L. (2008). Altern und zielorientiertes Handeln: Zur Erweiterung der Aktivitätstheorie. In: Wahl, H.-W. & Mollenkopf, H. (Hrsg.). Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Berlin, AKA. S. 203–221.
- Kruse, A. (2002). Gesund altern - Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A. et al. (2005). Gesundheit im Alter. Berlin, Robert Koch-Institut. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 10).

- Kruse, J. (2009, Oktober). Reader „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“. Freiburg i.Br. Bezug über <http://www.sociologie.uni-freiburg.de/kruse>
- Kuhlmann, A. & Schäfer, B. (2007). Übersicht zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland. Unveröffentlichter Zwischenbericht. Dortmund, Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund.
- Kuhlmei, A., Mollenkopf, H. & Wahl, H.-W. (2008). Gesund altern - ein lebenslauforientierter Entwurf. In: Wahl, H.-W. & Mollenkopf, H. (Hrsg.). Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum. Berlin, AKA. S. 265–274.
- Kümpers, S. (2007). Soziale Ungleichheit – gesundheitliche Ungleichheit – auch im Alter? Schlussfolgerungen für Prävention. In: Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.). Gesund alt werden in Berlin - Potentiale und Strategien. Dokumentation der Fachtagung vom Mittwoch, 29.06.2007 in Berlin. S. 19–27. Online verfügbar unter (07/2010) [http://www.gesundheitberlin.de/download/07-11-08\\_Druckvorlage\\_Altern\\_und\\_Gesundheit\\_an\\_TK.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/07-11-08_Druckvorlage_Altern_und_Gesundheit_an_TK.pdf)
- Kümpers, S. (2008). Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozio-ökonomisch benachteiligten älteren Menschen – Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In: Richter, A., Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.). Dünne Rente - dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit - neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Frankfurt, a. M., Mabuse-Verlag. S. 133–148.
- Kümpers, S. & Rosenbrock, R. (2010). Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In: Naegele, G. (Hrsg.). Soziale Lebenslaufpolitik. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 281–308.
- Kühnert, S. & Niederfranke A. (1993). Sind gerontologische Theorien nützlich zur Erklärung sozialstruktureller Veränderungen. In: Naegele, G. & Tews, H.P. (Hrsg.). Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik. Opladen, Westdeutscher Verlag. S. 82–99.
- Künemund, H. (2006). Tätigkeiten und Engagement im Ruhestand. In: Tesch-Römer, C., Engstler, H. & Wurm, S. (Hrsg.). Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden, VS-Verlag für Sozialwissenschaften. S. 289-327.
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Beltz PVU.
- Lampert, T., Saß, A.-C., Häfeli, M. & Ziese, T. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Berlin, Sala Druck.
- Landtag NRW (Hrsg.) (2005). Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein Westfalen. Düsseldorf.
- Leidel, J. (1990). Kommunale Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung für ältere Menschen. In: Klein, P. (Hrsg.). Leben im Alter: neue Wege in der kommunalen Altenpolitik. Eine Dokumentation der Bundes-SGK, Sozialdemokratische Gemeinschaft für Kommunalpolitik in der Bunde. Bonn, Vorwärts-Verlag.
- Lilley, S. (2007). Preventing Falls Together. Community Action and Change 2005-2007. Online verfügbar unter (07/2009) <http://www.nsccommunitylinks.ca/publications/pftoutcomes2007.pdf>
- Lindqvist, K., Timpka, T. & Schelp, L. (2001). Evaluation of an inter-organizational prevention program against injuries among the elderly in a WHO- Safe Community. In: Public Health, 15, 5, S. 308–316.
- Loss, J. et al. (2009). Gemeindeanalyse als Planungsgrundlage für ein gemeindenahes Gesundheitsförderungsprogramm - Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in Karlshuld. In: Das Gesundheitswesen, 71, 4, S. 232–241.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim und Basel, Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. & Brunner, E. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Friebertshäuser, B., Langer, A. & Prengel, A. (Hrsg.). (2010). Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, Juventa-Verlag. S. 323-334.
- McAllister, C. (o.J.). A Population Health Approach To Community-based Falls Awareness among Seniors. Online verfügbar unter (12/2008) <http://www.acicr.ualberta.ca/documents/APopulationHealthApproachtoCommunity-basedFallsAwareness.pdf>

- MDS (2008a). Präventionsbericht 2007. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006. Online verfügbar unter (02/2009) <http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht2007.pdf>
- MDS (2008b). Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht\\_2008.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht_2008.pdf)
- Menning, S., Nowossadeck, E. & Maretzke, S. (2010). Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Online verfügbar unter (11/2010) [http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat\\_Report\\_Altersdaten\\_Heft\\_1\\_2\\_2010.pdf](http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1_2_2010.pdf)
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D. & Kraimer, K. (Hrsg.) *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen, Westdeutscher Verlag. S. 441-471.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2010). Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B., Langer, A. & Prengel, A. (Hrsg.). (2010). *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim, Juventa-Verlag. S. 457-472.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2006). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim & München, Juventa. S. 603–624.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) (2003). *Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW. Abschlussbericht*. Köln.
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (Hrsg.) (2007a). 16. Landesgesundheitskonferenz NRW. EntschlieÙung "Gesundheit im Alter" - Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen. Online verfügbar unter (08/2008) [http://www.loegd.nrw.de/1pdf\\_dokumente/2\\_gesundheitspolitik\\_gesundheitsmanagement/gesundheitspolitik\\_land-nrw/landesgesundheitskonferenz16-entschliessung07116.pdf](http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/gesundheitspolitik_land-nrw/landesgesundheitskonferenz16-entschliessung07116.pdf)
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (Hrsg.) (2007b). *Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze*. (Gesundheitsberichte Spezial., 4). Online verfügbar unter (05/2011) <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/gesundheitsberichte-spezial-band-4-gesundheit-und-alter/321>
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (Hrsg.) (2008). 17. Landesgesundheitskonferenz NRW. EntschlieÙung "Gesundheit im Alter - Neue Wege in der Versorgung". Dezember 2008. Online verfügbar unter (08/2009) [http://www.loegd.nrw.de/1pdf\\_dokumente/2\\_gesundheitspolitik\\_gesundheitsmanagement/gesundheitspolitik\\_land-nrw/landesgesundheitskonferenz17-entschliessung081211.pdf](http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/gesundheitspolitik_land-nrw/landesgesundheitskonferenz17-entschliessung081211.pdf)
- Mossakowski, K., Süß W. & Trojan A. (2009). Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 3, S. 184–194.
- Moyer, A., Coristine, M., MacLean, L. & Meyer, M. (1999). A model for building collective capacity in community-based programs: the Elderly in need project. In: *Public health nursing*, 16, 3, S. 205–214.
- Murza, G., Werse, W. & Brand, H. (2005). Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen Zwischenbilanz des nordrhein-westfälischen Modells. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48, S. 1162-1169.
- Naegele, G. (2004). Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter - ein neues Handlungsfeld für die Sozialpolitik. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 4, S. 20-28 (8).
- Naegele, G. (2010). Kommunen im demografischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 2, S. 98–102.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Gamburg, Werbach, Verlag für Gesundheitsförderung Conrad Günter.

- Norton, B.L. et al. (2002). Community Capacity: Concept, Theory and Methods. In: DiClemente, R.J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Hrsg.). Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for improving public health. San Francisco, Jossey-Bass, S. 194–227.
- Olbermann, E. (2011). „Generationenfreundliche Kommune: Gerontologische und altenpolitische Perspektiven“. Impulsreferat im Rahmen des Netzwerktreffens „Demografie NRW“. Castrop-Rauxel, 23. Februar 2011.
- Ottensmeier, B. & Rothen, H.-J. (2006). Kommunale Seniorenpolitik. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2006). Wegweiser Demografischer Wandel 2020. Analysen und Handlungskonzept für Städte und Gemeinden. Bonn. S.126-132.
- Penz, H. (2008). Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Pfaffenberger, H. (2007). Partizipation. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden, Nomos-Verlags-Gesellschaft. S. 693–694.
- Pfützenreuther, I. (2006). Die alternde Gesellschaft vor Ort gestalten. In: Nachrichtendienst Deutscher Verein, 5, S. 234–242.
- Pimmer, V., Kuhn, J. & Cartheuser, C. (2003). Kommunale Gesundheitsförderung in Brandenburg, Eine empirische Bestandsaufnahme. In: Prävention - Zeitschrift für Gesundheitserziehung, 26, 2, S. 44–48.
- Plümer, K.D. & Trojan, A. (2004). "Gesunde Städte" - Anspruch und Performance. Befragungsergebnisse und ein Vorschlag zum Qualitätsmonitoring (Gesunde-Städte-Barometer). In: Das Gesundheitswesen, 66, 202-207.
- Raeburn, J. & Corbett, T. (2001). Community development: How effective is it as an approach in health promotion. Paper prepared for the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion. University of Toronto/University of Auckland. Online verfügbar unter (06/2010) <http://www.utoronto.ca/chp/download/2ndSymposium/J.%20Raeburn.doc>
- Reis-Klingspiegl, K. (2008). Endbericht Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.styriavitalis.at/download/llw\\_web.pdf](http://www.styriavitalis.at/download/llw_web.pdf)
- Reis-Klingspiegl, K. (2009). Das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden. Eine Entwicklungsgeschichte nach Ottawa. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 4, 3, S. 175–183.
- Reis-Klingspiegl, K., Pöcheim, E. & Schlemmer, G. (2005). Community Readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks. Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis. In: Sprenger, M. (Hrsg.). Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack PhD. Lengerich, Pabst Science Publ.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2002). Gesundheit im Alter. Berlin, Agit-Druck.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2006). Gesundheit in Deutschland. Berlin, Verlag Robert Koch-Institut.
- Rosenbrock, R. (2004a). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock, R. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle". Bremerhaven, WirtschaftsVerlag N W Verlag für neue Wissenschaften. S. 7–149.
- Rosenbrock, R. (2004b). Prävention und Gesundheitsförderung - gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. Das Gesundheitswesen, 66, 146-152.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2009). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Satariano, W.A. & McAuley, E. (2003). Promoting physical activity among older adults. From ecology to the individual. In: American Journal of preventive medicine, 25, 3 Suppl. 2, S. 184–192.
- Saunders, S.D., Greaney, M.L., Lees, F.D. & Clark, P.G. (2003). Achieving recruitment goals through community partnerships: the SENIOR Project. In: Family & community health, 26, 3, S. 194–202.
- Schneekloth, U., Potthoff, P., Piekara, R. & Rosenblatt, v. B. (1996). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer.
- Schönknecht, C. (2003). Sport und Reisen im Alter. Einflüsse und Hemmnisse. Berlin: Weißensee-Verlag.

- Schroeter, K.R. (2004). Zur Doxa des sozialgerontologischen Feldes: Erfolgreiches und produktives Altern - Orthodoxie, Heterodoxie oder Allodoxie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37, 1, S. 51–55.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K. U. & Baltes, B. P. (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin, Akademie Verlag. S. 151–184.
- Stender, K.-P. (2003). Kommunale Gesundheitsförderung. Studententext. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). Magdeburg. Online verfügbar unter (04/2009). <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/herbstakademie/modul5/yhtml/fenster/studententext-a.pdf>
- Stender, K.-P. (2006). Kommunalpolitische Perspektive - Leitbild Gesunde Stadt. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 133–134.
- Stewart, A.L. et al. (2006). Diffusing a research-based physical activity promotion program for seniors into diverse communities: CHAMPS III. In: Preventing chronic disease, 3, 2, S. 1–15. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05\\_0091.html](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0091.html)
- Stockmann, S. et al. (2008). Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Untersuchung. In: Das Gesundheitswesen, 70, 11, S. 679–683.
- SVR (2001). Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/5660.
- SVR (2007). Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Langfassung. Online verfügbar unter (11/2008) <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung.pdf>
- SVR (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009.
- Szagon, B. & Walter K. (2006). Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Kirch, W. & Badura, B. (Hrsg.). Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses, Dresden, 1. und 2. Dezember 2005. Heidelberg, Springer. S. 219–242.
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin, Robert Koch-Institut. S. 7–20.
- Trojan, A. (1998). Kommunale Gesundheitspolitik. In: Wollmann, H. (Hrsg.). Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden. Bonn, Bundeszentrale für Politische Bildung. S. 780–800.
- Trojan, A. (2001). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Dierks, M. -L & Salice-Stephan, K. (Hrsg.). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen - eine aktuelle Bestandsaufnahme. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 51–72. Online verfügbar unter (06/2011) <http://www.bzga.de/pdf.php?id=0aa2756c507151d8a9fe02330f567b12>
- Trojan, A. (2002). Das Konzept der Gesundheitsförderung in der Praxis: Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation, der Gesetzlichen Krankenversicherung, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kommune, des Arbeitgebers oder nur des Individuums. In: Stöckel, S. (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim, Juventa-Verlag. S. 250–266.
- Trojan, A. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. In: Hurrelmann, K., Klotz T., & Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, Verlag Hans Huber. S. 305-315.
- Trojan, A. (2006a). Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 63–65.
- Trojan, A. (2006b). Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Fachverlag Peter Sabo. S. 203-205.



- Trojan, A. & Legewie, H. (2001). Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt, a. M., VAS - Verlag für Akademische Schriften.
- Tsouros, A.D. (2005). The Healthy Cities Focus On Healthy Ageing. Report produced at the request of the regional director. Online verfügbar unter (07/2010) [http://www.sagliklikentlerbirligi.org.tr/belgearsivi/Copy\\_of\\_Healthy\\_Ageing\\_Memo\\_for\\_RD-June\\_2005.pdf](http://www.sagliklikentlerbirligi.org.tr/belgearsivi/Copy_of_Healthy_Ageing_Memo_for_RD-June_2005.pdf)
- Walker, A. (2002). The principles and potential of active ageing. In: Pohlmann, S. (Hrsg.). Facing an ageing world. Recommendations and perspectives. Regensburg, Transfer-Verlag. S. 113–118.
- Waller, H. (2006). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, U. (2004). Wahrnehmung rechtlicher präventiver Regelungen und Implikationen für ein übergreifendes Präventionsgesetz. In: Das Gesundheitswesen, 66 ,2, S. 69-75.
- Walter, U. (2008). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern, Verlag Hans Huber. S. 245-262.
- Walter, U. & Bisson, S. (2006). Regelungsvielfalt in der sozialversicherungsträgergetragenen Prävention und ihre Bündelung durch ein Präventionsgesetz unter besonderer Berücksichtigung von Suchterkrankungen. Online verfügbar unter (01/2007) <http://www.dhs-intern.de/pdf/Textbeitrag.Walter.pdf>
- Walter, U. & Schwartz F.W. (2001). Gesundheit der Älteren und Potentiale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Opladen, Leske + Budrich .
- Walter, U. & Schwartz, F.W. (2003a). Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Urban & Fischer. S. 254-268.
- Walter, U. & Schwartz F.W. (2003b). Prävention. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Urban & Fischer. S. 189-210.
- Werle, J., Woll, A. & Tittlbach, S. (2006). Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter. Stuttgart, Kohlhammer Urban-Taschenbücher.
- Werse, W. (2010). Kommunale Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen. Erfahrungen und Perspektiven. In: Das Gesundheitswesen, 72, 146-149.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Online verfügbar unter (12/2008) [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- WHO (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Online verfügbar unter (12/2008) [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf)
- WHO (1998). Glossar Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter (06/2010) <http://www.kindergesundheitsfoerderung.de/Daten/Dokumente/InformationenundMaterialien/Gesundheitsfoerderung/GlossarGesundheitsfoerderung.pdf>
- WHO (2002). Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Wien. Online verfügbar unter (05/2008) <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/6/3/0/CH0106/CMS1056444421691/aktiv-altern-who.pdf>
- WHO (2005). Gesundes Altern – Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.euro.who.int/Document/HEA/Gesundes\\_Altern\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/Document/HEA/Gesundes_Altern_G.pdf)
- WHO (2007). Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities. Online verfügbar unter (10/2007) [http://www.who.int/ageing/publications/Age\\_friendly\\_cities\\_checklist.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf)
- WHO (2008). Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles of older people. Online verfügbar unter (02/2009) <http://www.euro.who.int/document/E91887.pdf>
- WHO (2009). (Hrsg.). Phase V (2009–2013) des Gesunde-Städte-Netzwerks der Europäischen Region der WHO: Ziele und Anforderungen. Online verfügbar unter (04/2011) [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/100993/E92260G.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/100993/E92260G.pdf)
- Wiesmann, U., Rölker, S., Ilg, H., Hirtz, P. & Hannich, H. J. (2006). Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, 2, 90-99.

- Wright, M., Block, M. & Unger, v. H. (2007). Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.). Online verfügbar unter (06/2010) [http://www.gesundheitberlin.de/download/Wright\\_M.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Wright_M.pdf)
- Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer, C. et al. (Hrsg.). Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften .
- Wüstenbecker, H. (1998). Kommunalrecht nach dem Landesrecht Nordrhein-Westfalen. Münster, Alpmann und Schmidt Juristische Lehrgänge Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Ziener, B. & Grunow-Lutter, V. (2007). Lokale Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung aus Sicht der EntscheidungsträgerInnen des kommunalen politisch-administrativen Systems. In: Das Gesundheitswesen, 69, S. 534–540.

### Internetquellen

- Landesgesundheitsportal "Gesundheit.nrw" gebündelt. Online verfügbar unter (04/2010) <http://gesundheit.nrw.de/content/e19/e2803/e4570>
- „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“. Online verfügbar unter (04/2010) <http://www.infoportal-praevention.nrw.de/landesinitiative.php>
- Landesgesundheitsziele NRW. Online verfügbar unter (05/2011). [http://www.liga.nrw.de/themen/Strategien/zehn\\_ziele/](http://www.liga.nrw.de/themen/Strategien/zehn_ziele/)
- Wettbewerb zum Thema „Gesundheit im Alter - Innovative Gesundheitskonzepte“. Online verfügbar unter (04/2010) [http://www.mags.nrw.de/03\\_Gesundheit/2\\_Versorgung/gesundheitspreis/2008/index.php](http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/2_Versorgung/gesundheitspreis/2008/index.php)
- Datenbank „Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung NRW“. Online verfügbar unter (04/2010) <http://www.infoportal-praevention.nrw.de/projekterfassung.php>
- Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter (04/2010) <http://www.praeventionskonzept.nrw.de/index.php?id=13>
- Landesinitiative "Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren". Online verfügbar unter (04/2010) <http://www.praeventionskonzept.nrw.de/index.php?id=4>
- „Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen“. Online verfügbar unter (04/2010) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=77860e5ddbcb46e48eef8a3e662073eb&id=start>
- Gründung des Gesunde-Städte-Netzwerkes. Online verfügbar unter (02/2009) <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/dasnetzwerk/mitglieder>
- Gesunde Städte-Projekt, Neun-Punkte-Programm. Online verfügbar unter (06/2010) <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/dieidee/9-punkte-programm>
- Kooperation Gesunde-Städte-Netzwerk und Techniker Krankenkasse. Online verfügbar unter (11/2008) <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/projekte/kooperationmitdertk-21-08-2008/195>
- Kooperationsstufen im steirischen Gesundheitsnetzwerk der „Gesunden Gemeinden“. Online verfügbar unter (06/2010) <http://www.styriavitalis.at/>
- Preisträger Gesunde-Städte-Preis 2007. Online verfügbar unter (11/2008) <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/archiv/gesundestaedte-preis2007vergeben/89>
- Preisträger Gesunde-Städte-Preis 2007, Berlin. Online verfügbar unter (06/2010) [http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio\\_berlin.doc](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio_berlin.doc)
- Preisträger Gesunde-Städte-Preis 2007, Frankfurt. Online verfügbar unter (06/2010) [http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio\\_frankfurt.doc](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio_frankfurt.doc)
- Preisträger Gesunde-Städte-Preis 2007, Rathenow. Online verfügbar unter (06/2010) [http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio\\_rathenow.doc](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.hosting-kunde.de/files/laudatio_rathenow.doc)
- Projektflyer NAIS, NAIS ausführliche Projektbeschreibung. Online verfügbar unter (03/2009) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>
- Projekt Lebenswerte Lebenswelten. Online verfügbar unter (03/2009) <http://lebenswelten.meduni-graz.at/Konzept/konzept.html>
- Projekt „Anders Altern in Radenthein – Gesundheitsförderung im Alter“. Online verfügbar unter (02/2009) [http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject\\_132834](http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_132834)

- Programm „Gemeinsam Stürzen vorbeugen“ („Preventing Falls Together“, PFT). Online verfügbar unter (02/2009)  
<http://www.acicr.ualberta.ca/documents/APopulationHealthApproachtoCommunity-basedFallsAwareness.pdf>
- Demografieberichte Bertelsmannstiftung. Online verfügbar unter (03-04/2007)  
<http://wegweiserdemographie.de> ;
- Projekt „Generationenfreundliche Gemeinden in Schleswig-Holstein“. Online verfügbar unter (08/2011)  
[http://lsr-sh.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52&Itemid=15](http://lsr-sh.de/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=15)
- Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“. Online verfügbar unter (08/2011)  
<http://www.gesundheitsamt-bw.de/oegd/Netzwerke/Gesund-aufwachsen-in-BW/Seiten/default.aspx>
- lögd NRW, Gesundheitsberichterstattung. Online verfügbar unter (02/2010)  
[http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/kommunale\\_gesundheitsberichterstattung/kommunale\\_gesundheitsberichte/frameset.html](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/kommunale_gesundheitsberichterstattung/kommunale_gesundheitsberichte/frameset.html)
- Definition “Population Health Approach”; Federal, Provincial, Territorial Advisory Committee on Population Health, (1997). Online verfügbar unter (04/2010) <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/appr-eng.php>

## Anhang

### Einleitung des Interviews

- Ich möchte zu Beginn noch einmal kurz erläutern, warum ich das Gespräch mit Ihnen führe möchte.
- Ich bearbeite im Rahmen meiner Dissertation das Thema „Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ und untersuche Vorhaben, die im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW umgesetzt werden.
- Ich bin bei meiner Internetrecherche auf Ihre Arbeit aufmerksam geworden.
- Das Ziel des Gesprächs besteht darin, detaillierte Informationen zu Ihrer Arbeit im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz zu erhalten. Ich habe Fragen zu verschiedenen Themen vorbereitet, die ich Ihnen im Folgenden stellen möchte.
- Was Sie mir erzählen, wird vertraulich behandelt. Alle Informationen werden für meinen Bericht anonym dargestellt, ein Rückschluss auf Ihre Person und ihre Gemeinde ist nicht möglich. Wenn Ihnen eine Frage unangenehm sein sollte, brauchen Sie natürlich nicht antworten.
- Sind Sie damit einverstanden, dass ich das Gespräch aufzeichne?
- Haben Sie im Vorfeld noch Fragen?

### Kommunale Gesundheitsförderung für ältere Menschen - eine Untersuchung ausgewählter kommunaler Gesundheitskonferenzen in Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen – Leitfaden kreisfreie Städte<sup>105</sup>

#### Einleitung

1 Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Position in der Kommunalverwaltung.

- Seit wann sind Sie im Gesundheitsamt tätig?
- Wie viele Stunden umfasst Ihre tarifliche wöchentliche Arbeitszeit (Stunden/Woche)?
- Bitte benennen Sie Ihre berufliche Qualifikation.

2 Welche Funktion(en) nehmen sie in der kommunalen Gesundheitskonferenz (kGK) wahr?

- Seit wann sind Sie für die kGK zuständig?
- Wie viel ihrer wöchentlichen Arbeitszeit steht ihnen für die kGK durchschnittlich zur Verfügung (Stunden/Woche)?

#### I Gesundheitsförderung für ältere Menschen als Thema der kGK

3 Bitte beschreiben Sie, aus welchen Gründen das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ im Rahmen der kGK bearbeitet wird.

- Seit wann?

Im Folgenden geht es mir darum, das von Ihnen in der kGK zugrunde gelegte Verständnis von „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ - also Ihre zugrunde gelegten Arbeitsdefinitionen - zu erfassen.

4 Was verstehen Sie in der kGK unter „Gesundheit“?

- Haben Sie für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ eine gemeinsame Definition von Gesundheit zugrunde gelegt?
- Wenn ja, wie lautet diese?

5 Was verstehen Sie in der kGK unter „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“?

- Haben Sie im Rahmen der kGK für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ eine gemeinsame Definition von Gesundheitsförderung zugrunde gelegt?
- Wenn ja, wie lautet diese?
- Verhalten oder Verhältnisse?
- Arbeiten Sie mit dem Settingansatz?

<sup>105</sup> Für die Kreise wurde mit Ausnahme von Frage neun der gleiche Leitfaden verwendet: Frage 9 (Kreise) Welche Settings werden berücksichtigt? (alle? /einzelne? kreisangehörige Gemeinden, Stadtteile, Quartiere usw.)?

6 Welche Ziele verfolgt die kGK mit der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“?

7 Welche Zielgruppen älterer Menschen werden dabei berücksichtigt?

- Werden ältere Menschen, die von sozialer Benachteiligung betroffen sind, berücksichtigt? z.B. bildungsferne ältere Menschen, ältere Migrantinnen/Migranten, hochbetagte Frauen, ältere/hochbetagte Männer
- Wie werden diese älteren Menschen erreicht?

8 Welche Altersgruppen älterer Menschen werden dabei berücksichtigt?

9 Welche Settings werden berücksichtigt? (Stadtteil, Quartier usw.)?

## **II Organisation und Arbeitsweise der kGK**

10 Bitte beschreiben Sie in Stichworten die Organisation der kGK im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“.

- Wurde eine Arbeitsgruppe zur Bearbeitung dieses Themas eingerichtet?
- Wer ist an der Bearbeitung dieses Themas beteiligt? Teilnehmerliste?
- Wie lange befasst sich die kGK mit diesem Thema? (fortwährende Bearbeitung vs. zeitlich begrenzte Bearbeitung)
- Welche organisatorischen Aufgaben übernimmt die Geschäftsstelle der kGK?
- Handelt es sich bei der beschriebenen Vorgehensweise um den in ihrer Kommune typischen Ablauf einer kGK?

11 Bitte beschreiben Sie, welche Arbeitsschritte zur Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung im Alter“ durchgeführt werden oder geplant sind.

- Welche Aufgaben übernimmt die Geschäftsstelle bzw. die Geschäftsstellenleitung der kGK?
- Welche Aufgaben übernehmen die anderen Akteure des Gremiums der kGK?
- Gibt es einen kommunalen Gesundheitsbericht zur „Gesundheitlichen Lage älterer Menschen“ in ihrer Stadt?
- Wer erstellt den Bericht?
- Wird in dem Bericht das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ aufgegriffen?
- Auf welche Stadtteile bezieht sich der Bericht?
- Wem wird der Bericht zur Verfügung gestellt?
- Wird der Bericht fortgeschrieben? Wenn ja: wie regelmäßig?
- Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem Bericht?
- Können Sie mir den Bericht bitte zur Verfügung stellen?

12 Wie bewerten Sie die Arbeitsweise der kGK im Rahmen der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“?

- Was läuft gut? Was läuft schlecht?

## **III Ergebnisse der kGK**

13 Welche Ergebnisse wurden bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung im Alter“ in der kGK bislang erzielt?

- Wem werden die Ergebnisse mitgeteilt? (Öffentlichkeit, Experten, Kommunalpolitik) In welcher Form?
- Welche Arbeitsaufträge leiten sich aus den bisherigen Ergebnissen ab?
- Für welche Akteure der kGK? (Wer macht was?)

14 Wie erfolgt die Umsetzung der Ergebnisse?

- Durch wen?
- Wer finanziert die Umsetzung?
- In welchem Umfang?

15 Wie begleitet die kGK die Umsetzung der Ergebnisse?

16 Wie wird die kGK über den Verlauf der Umsetzung informiert?

- Wie regelmäßig?
- In welcher Form (schriftlich, mündlich)?
- Bitte beschreiben Sie den gegenwärtigen Stand der Umsetzung.

17 Wie bewertet die kGK die (bisherige) Umsetzung der Ergebnisse zum Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“?

- Was läuft gut?
- Was läuft schlecht?

18 Gibt es eine Evaluation der Umsetzung?

- Wenn ja, durch wen?
- In welcher Form?
- Was wird bewertet?
- Wenn nein, warum nicht?
- Ist dies zukünftig geplant bzw. vorstellbar?
- Was spricht dafür/dagegen?

19 Wie wird die Nachhaltigkeit der Umsetzung sichergestellt?

#### **IV Ressourcen**

20 Welche finanziellen Mittel stehen der kGK insgesamt zur Verfügung? (€/p.a.)

- Wofür werden die Mittel eingesetzt?
- Wie viel wird davon für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ aufgewendet?

21 Welche finanziellen Mittel setzt die Gemeinde für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ ein?

- Auf welche Ressourcen kann dafür innerhalb der Gemeinde außerdem zurückgegriffen werden?
- Wissen, qualifizierte Personen, Managementfunktionen, Räume, Materialien, Kommunikationsmittel

22 Werden dafür zusätzlich weitere Mittel (außerhalb der Gemeinde) akquiriert? Welche? finanzielle Förderung durch Ministerien, Stiftungen usw.?

#### **V Kooperationsstrukturen**

##### **Zusammenarbeit innerhalb der kGK**

24 Welches sind die fünf wichtigsten Kooperationspartner innerhalb der kGK bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“?

- Fehlen aus Ihrer Sicht relevante Akteure?
- Sind Ihnen Gründe für die Nichtteilnahme bekannt?

25 Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit innerhalb der kGK bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“?

- Was läuft gut?
- Was läuft schlecht?

##### **Interkommunale Zusammenarbeit**

26 Arbeitet die kGK bei der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ mit den Gesundheitskonferenzen in anderen kreisfreien Städten oder Kreisen zusammen?

- Wenn ja oder geplant, bitte beschreiben.
- Mit welchen Kreisen/kreisfreien Städten arbeiten Sie zusammen?
- Was sind aus Ihrer Sicht förderliche/hinderliche Rahmenbedingungen für interkommunale Zusammenarbeit?
- Wenn nein, warum nicht?
- Ist dies zukünftig geplant bzw. vorstellbar?
- Was spricht dafür/dagegen?

##### **Zusammenarbeit mit Externen**

27 Arbeitet die kGK anlässlich des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ mit externen Projektträgern oder Förderprogrammen zusammen? (z.B. Programm „Soziale Stadt“, WHO-Projekte, Kooperationen mit Krankenkassen)?

- Wenn ja oder geplant, a) Modellprojekt/e, b) Förderprogramm/e, c) Kooperationen mit Krankenkassen bitte beschreiben.
- Was sind aus Ihrer Sicht förderliche/hinderliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung von (Modell-) Projekten und anderen Förderprogrammen?
- Wenn nein, warum nicht?
- Ist dies zukünftig geplant bzw. vorstellbar?
- Was spricht dafür/dagegen?

##### **VI Kommunalpolitische Verankerung des Themas**

28 Gibt es auf kommunalpolitischer Ebene einen festen Ansprechpartner für das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“?

- Wer? Wie erfolgt die gegenseitige Information?

29 Wurde/Wird das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in kommunalpolitische Gremien (Sozial-/ Gesundheitsausschuss, Stadtrat) eingebracht?

- Wenn ja,...
- ...in welche Gremien?
- ...in welchem Kontext? (z.B. kommunalpolitische Diskussion zum Thema Demographischer Wandel)
- ...mit welchem Ergebnis?
- Gibt es einen Stadtratsbeschluss über die Durchführung von (den o.g.) gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Menschen?
- Wenn nein, warum nicht?
- Ist dies zukünftig geplant bzw. vorstellbar?
- Was spricht dafür/dagegen?

#### **VII Beteiligung und Mitwirkung älterer Bürger an der kGK**

30 Haben Sie im Rahmen der kGK bereits Erfahrungen mit Beteiligungsprozessen für Bürger?

- Wenn nein, warum nicht?
- Ist dies zukünftig geplant bzw. vorstellbar?
- Was spricht dafür/dagegen?
- Wenn ja...

31 Wie beteiligen Sie ältere Bürger an der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“?

- Was soll durch die Beteiligung und Mitwirkung älterer Bürger an der kGK erreicht werden?
- Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, damit ältere Menschen beteiligt werden können?
- Welche Probleme stellen sich in der Praxis?
- Wie gehen Sie damit um?
- Welche älteren Bürger beteiligen sich?
- Wie viele ältere Bürger beteiligen sich?
- Welche Aufgaben übernehmen ältere Bürger?

32 Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund Ihrer bisherigen Erfahrungen die Beteiligung und Mitwirkung älterer Bürger an der kGK zum Thema „Gesundheitsförderung im Alter“?

- Was läuft gut?
- Was läuft schlecht?

#### **VIII Abschließende Bewertung der bisherigen Erfahrungen**

33 Vor dem Hintergrund Ihrer bisherigen Erfahrungen – was empfehlen Sie anderen Gemeinden, die planen, das Thema „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ zu bearbeiten?

34 Was sind aus ihrer Sicht förderliche Faktoren für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK?

- Was sind aus ihrer Sicht Stärken der kGK?

35 Was sind aus ihrer Sicht hinderliche Faktoren für die Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ in der kGK?

- Was sind aus ihrer Sicht Schwächen der kGK?

36 Wie beurteilen Sie in Ihrer Stadt die gegenwärtige Versorgung älterer Bürger mit kommunalen Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung?

38 Wie schätzen Sie in Ihrer Stadt die zukünftige Entwicklung der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen in den nächsten fünf Jahren ein?

- Für welche Zielgruppen älterer Menschen sehen Sie Handlungsbedarf?

#### **Ergänzungen und Anmerkungen**

37 Haben Sie abschließend noch Ergänzungen oder Anmerkungen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!