

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

**SENIORENBEZOGENE
GESUNDHEITSFÖRDERUNG
UND PRÄVENTION AUF
KOMMUNALER EBENE –
EINE BESTANDSAUFNAHME**

BAND 33



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

BAND 33

**SENIORENBEZOGENE GESUNDHEITS-
FÖRDERUNG UND PRÄVENTION AUF
KOMMUNALER EBENE –
EINE BESTANDSAUFNAHME**

Beate Hollbach-Grömig und Antje Seidel-Schulze

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 33
Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene –
eine Bestandsaufnahme
Köln: BZgA, 2007

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Elisabeth Krane

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

ISBN 3-937707-45-X

Band 33 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60 633 000

Vorwort

Gesundheitsförderung und Prävention mit Blick auf ein gesundes Alter haben große Bedeutung für die Selbstständigkeit und das Wohlbefinden älterer Menschen. Der gemeinsam von Bundesministerium für Gesundheit, Bertelsmann Stiftung und BZgA ausgelobte Deutsche Präventionspreis 2005 hat einen ersten Einblick in die bereits vorhandenen vielfältigen Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen in der zweiten Lebenshälfte geschaffen. Er hat insbesondere belegt, dass kommunale Strategien wichtig sind, um ältere Menschen zu erreichen. Die Vernetzung lokaler Angebote und die damit verbundene Möglichkeit, die Versäulung der kommunalen Dienste, Ämter und Institutionen zu überwinden, sind wesentliche Voraussetzungen für ganzheitliches Arbeiten und damit für den Erfolg kommunaler Maßnahmen.

Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung findet auf kommunaler Ebene statt. Um einen Überblick zu erhalten, wie die Zugänge zu älteren Menschen auf kommunaler Ebene aussehen, hat die BZgA 2006 das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) beauftragt, eine repräsentative Befragung der Kommunen und Landkreise durchzuführen und damit den „Ist-Zustand“ der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen auf kommunaler Ebene zu erheben. Ende 2006 hat das Difu alle Kommunen mit mehr als 50 000 Einwohnern sowie jeweils Stichproben der Kommunen zwischen 10 000 und 50 000 Einwohnern sowie Landkreise befragt. Erfreulich ist die hohe Rücklaufquote von zirka 60 %.

Die Analyse bestätigt eine breite Akteurslandschaft sowie zahlreiche und vielfältige Angebote in den Kommunen. Es fehlt allerdings vielfach noch an einer ausreichenden Vernetzung und zielgerichteten Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure. Die Ergebnisse belegen, dass Mitglieder des Gesunde-Städte-Netzwerkes bereits besonders aktiv sind.

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen sind zentrale Stellgrößen zur Begrenzung des Anstiegs von Pflegebedürftigkeit, aber auch zum Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter. Die vorliegende Expertise wendet sich vornehmlich an Akteure in diesem Arbeitsfeld, insbesondere auf kommunaler Ebene, und stellt diesen eine erste Datenbasis zur Verfügung. Diese Fachpublikation soll dazu beitragen, das Thema „kommunale Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen“ stärker in den Fokus der gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit zu rücken und Städtekooperationen wie beispielsweise das Gesunde-Städte-Netzwerk in ihren Aktivitäten zu bestärken.

Köln, im September 2007

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Steckbrief des Projekts

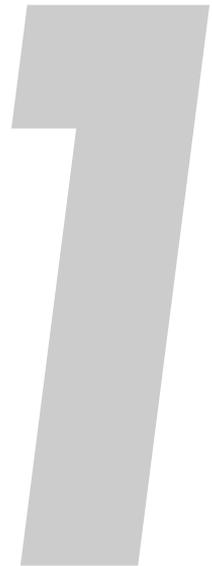
Projekttitel:	Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme
Ziel:	Empirische Bestandsaufnahme (Ist-Analyse) der Angebote und Zugangswege im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren aus Sicht der kommunalen Verwaltungen
Durchführungszeitraum:	November 2006 bis Januar 2007
Methoden:	Schriftliche Befragung – aller Kommunen mit mehr als 50 000 Einwohnern, – einer 15-Prozent-Stichprobe aller Kommunen zwischen 10 000 und 50 000 Einwohnern und – einer 50-Prozent-Stichprobe aller Landkreise
Projektdurchführung:	Deutsches Institut für Urbanistik Straße des 17. Juni 112 10623 Berlin
Autorinnen:	Dr. Beate Hollbach-Grömig (Projektleitung Difu), Antje Seidel-Schulze
Finanzierung:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln
Projektleitung in der BZgA:	Elisabeth Krane

Inhaltsverzeichnis

1. EINFÜHRUNG	9
1.1 Vorbemerkung	10
1.2 Gesundheitsförderung und Prävention – Warum ein Thema?	11
1.3 Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen	11
2. DIE EXPERTISE	15
2.1 Aufgabenstellung der Expertise, Ziele der Studie und Forschungsfragen	16
2.2 Methodisches Vorgehen	17
3. ERGEBNISSE DER UMFRAGE	19
3.1 Rücklauf	20
3.2 Auswertungskriterien	21
3.3 Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik auf kommunaler Ebene/Landkreisebene	22
3.4 Themen- und Handlungsfelder der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik	30
3.5 Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen	35
3.6 Bedeutung von „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“	40
3.7 Zielgruppenorientierung und Kommunikation der Angebote im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen	46
3.8 Akteure und Kooperation im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen	48
3.9 Situation und Perspektiven des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen	53
4. ZUSAMMENFASSUNG UND ERSTE SCHLUSSFOLGERUNGEN	59
5. LITERATUR	65
6. ANHANG	69
6.1 Tabellen	70
6.1.1 Beteiligung an der Umfrage	70
6.1.2 Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik auf kommunaler Ebene/Landkreisebene	71

6.1.3	Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen	83
6.1.4	Bedeutung von „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“	89
6.1.5	Zielgruppenorientierung und Kommunikation der Angebote im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen	95
6.1.6	Akteure und Kooperation im Handlungsfeld „Gesundheits- förderung und Prävention“ für ältere Menschen	98
6.1.7	Situation und Perspektiven des Handlungsfeldes „Gesundheits- förderung und Prävention“ für ältere Menschen	102
6.2	Fragebogen für Städte und Gemeinden	106
6.3	Fragebogen für Landkreise	115

EINFÜHRUNG



1.1 Vorbemerkung

Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist – wie auch in vielen anderen Industriestaaten – rückläufig. Sterbefallüberschuss, weniger Zuwanderung, niedrige Geburtenraten und eine noch weiter steigende Lebenserwartung führen dazu, dass die Bevölkerung Deutschlands zurückgeht und altert. Die Zahl der über 65-Jährigen wird nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2050 von heute 12 Millionen auf etwa 23 Millionen steigen, die der über 80-Jährigen würde innerhalb dieser Altersgruppe von heute 3,7 Millionen auf gut 10 Millionen Menschen anwachsen (Statistisches Bundesamt 2006). Im Jahr 2050 würde nach diesen Berechnungen der Anteil der über 65-Jährigen bei knapp 30%, der Anteil der über 80-Jährigen bei 12% liegen.

Die Alterung der Bevölkerung wird erhebliche Auswirkungen auf Wirtschaft und Gesellschaft haben. So werden zum Beispiel dem Arbeitsmarkt jüngere Erwerbstätige fehlen, die Belegschaften werden altern und die Produktmärkte werden sich auf andere Kunden einstellen müssen. Auf dem Kapitalmarkt werden sich Sparverhalten und Nachfrage nach Vermögensanlagen ändern, die Immobilienmärkte werden durch neue Nachfrage-typen (zum Beispiel Altenwohnungen, Serviceangebote) und durch schwierige Vermarktungssituationen – beispielsweise in überalterten suburbanen Quartieren – geprägt sein.

Die Alterung der Bevölkerung wird auch zu einer überproportionalen Zunahme hochbetagter Menschen führen, die im Unterschied zu den „fitten“ Alten in großer Zahl unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden und Pflegeleistungen benötigen werden.

Tab. 1: Ältere Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Quelle: Eigene Berechnungen nach der Bevölkerungsprognose 2020 des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR)

	1990	2002	2020
Bevölkerung insg. (in 1000 E.)	79 752	82 537	82 139
über 60 Jahre (in 1000 E.)	16 265	20 102	23 877
Veränderung (in 1000 E.)	/	+3 837 (+24 %)	+3 774 (+19 %)
Anteil an Bevölkerung insg. (in %)	20	24	29
60–80 Jahre (in 1000 E.)	13 085	16 732	18 307
Veränderung (in 1000 E.)	/	+3 646 (+27 %)	+1 574 (+9 %)
Anteil an Bevölkerung insg. (in %)	16	20	22
80 Jahre und älter (in 1000 E.)	3 179	3 369	5 570
Veränderung (in 1000 E.)	/	+190 (+6 %)	+2200 (+65 %)
Anteil an Bevölkerung insg. (in %)	4	4	7

1.2 Gesundheitsförderung und Prävention – Warum ein Thema?



Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, Politik und Verwaltung, Bürgerinnen und Bürger, die verschiedensten gesellschaftlichen Interessengruppen und vor allem auch die Wirtschaft noch stärker für das Thema der „alternden Gesellschaft“ zu sensibilisieren. Notwendig ist – neben der Diskussion um Defizite und Lasten – eine „neue“ Definition von Alter vor dem Hintergrund heutiger physischer und psychischer Leistungsfähigkeit einer Mehrzahl älterer Menschen. Die „jungen Alten“ (60 bis 80 Jahre), die zunehmend gesund, gebildet und finanzstark sind und über ein großes Zeitbudget verfügen, können in dieser „alternden Gesellschaft“ eine zentrale Rolle einnehmen.

Dazu ist es allerdings erforderlich, durch frühzeitige Prävention (für ein gesundes Altern) und Gesundheitsförderung sowie Bildungsangebote die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen zu erhalten. Auch sollten ihre Potenziale – zum Beispiel im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements – politischer und gesellschaftlicher Teilhabe genutzt werden. Auch Aktivitäten, die die Beziehungen zwischen den Generationen in den Vordergrund stellen, sind von Bedeutung.

1.3 Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen

Gesundheitsförderung und Prävention für das Alter und Prävention im Alter haben eine große Bedeutung für die Gesundheit, die Selbstständigkeit und das Wohlbefinden im Alter. Gesundheitsförderung stellt die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten im weitesten Sinn in den Vordergrund (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung [WHO/Europa 1986/2007]). Sehr wichtig ist die Zielgruppenorientierung, mit der versucht wird, gerade Menschen aus unteren Bildungsschichten – die höhere Risikofaktoren auf sich vereinen, zugleich jedoch Gesundheits- und Präventionsangeboten gegenüber erheblich weniger aufgeschlossen sind – anzusprechen. Wichtig ist dabei, eine Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention¹ herzustellen, im optimalen Fall zu einer systematischen Verzahnung zu kommen, am besten bereits im Kindes- und Jugendalter. Es empfiehlt sich, dies möglichst frühzeitig zu beginnen.

¹ Verhaltenspräventive Maßnahmen richten sich auf die Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen und richten sich vorwiegend an Personen. Verhältnispräventive Maßnahmen zielen auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen (Verhältnisse).

Prävention zielt – in einem engeren Sinn – darauf, durch geeignete Maßnahmen den Eintritt von Krankheiten zu verhindern oder zu verzögern bzw. die Verschlimmerung bereits eingetretener Krankheiten zu vermeiden. Innerhalb der Prävention spielt die Vorbeugung durch Bewegung und Sport eine zentrale Rolle. Physische Aktivität hat – nachgewiesenermaßen – positive Einflüsse auf die körperliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit, aber auch auf das psychische Wohlbefinden und die kognitiven Fähigkeiten.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter haben sich in den letzten Jahren auf der kommunalen Ebene gut entwickelt und sind in einer Reihe von Kommunen fest etabliert. Möglich wurde dies durch institutionelle Zugänge wie zum Beispiel über Kindergärten, Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen. Ähnliches gilt für die Gesundheitsförderung berufstätiger Menschen, die über ihre Betriebe und Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber angesprochen werden können.

Anders sieht die Situation bei der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen aus. Die Ergebnisse des Deutschen Präventionspreises 2005 „Gesund in der zweiten Lebenshälfte“ haben gezeigt, dass es vereinzelt sehr gute Beispiele der Gesundheitsförderung und Prävention für diese Zielgruppe gibt². Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Stellgrößen zur Begrenzung des Anstiegs von Pflegebedürftigkeit und Demenzen, aber auch zum Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter. Eine entscheidende Voraussetzung ist die Möglichkeit zur direkten Ansprache älterer Menschen vor Ort (Zugangswegen). Darüber hinaus ist die Kooperation der verschiedenen Akteure im Bereich Gesundheit und Pflege, von Medien, Akteuren aus dem Bildungsbereich und kommunalen Akteuren auf Ebene der Gesamtstadt, aber auch im Quartier (Stadtteilebene) eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg.

In der Literatur zum Thema werden Defizite weniger in der Breite der Angebote, die bereits vorhanden sind, als in der mangelnden Kooperation der verschiedenen Anbieter und in der Kommunikation der Angebote zu den verschiedenen Zielgruppen (besonders untere soziale Schichten, bildungsferne Menschen) gesehen. Handlungsfelder und Akteursgruppen sind sehr heterogen – die Zuständigkeiten reichen von der kommunalen Ebene über die Ebene der Tarifpartner bis zur Verantwortung des Bundes –, was eine altersbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu einer schwierigen Koordinationsaufgabe macht.

Obwohl Gesundheitsförderung und Prävention oft als „vierte Säule“ des Gesundheitssystems bezeichnet werden, entfallen gerade einmal 4% aller Gesundheitsausgaben auf sie, bei den Krankenkassen sind es etwa 3%, verglichen mit etwa einem Drittel der Mittel, die für die Krankenhausversorgung ausgegeben werden (Naegele 2004b, S. 2). Nach Schät-

² Zielgruppe sind Menschen, die nicht (mehr) erwerbstätig sind, aber selbstständig leben (eigene Haushaltsführung) und noch nicht pflegebedürftig sind.



zungen des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen (2005) könnten im Gesundheitswesen erhebliche Mittel (bis zu 30%) allein durch eine konsequente Gesundheitsförderung und Prävention eingespart werden. Die Enquetekommission demographischer Wandel formulierte in ihrem Abschlussbericht als ein wichtiges Defizit, dass Deutschland nicht mit dem notwendigen „politischen Kapital“ ausgestattet sei, das Bereitschaft zeige, neue Strukturen und wissenschaftlich abgesicherte Präventionsstrategien einzuführen (Deutscher Bundestag 2002, S. 406).

DIE EXPERTISE



2.1 Aufgabenstellung der Expertise, Ziele der Studie und Forschungsfragen

Ziel der Expertise war es, auf der Basis vorhandener Erfahrungen herauszufinden,

- wie die aktuelle Situation von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in bundesdeutschen Kommunen aussieht,
- welche strukturellen Voraussetzungen bestehen, ältere Menschen anzusprechen,
- wie sie zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil (Schwerpunkt: Bewegung, Mobilität) motiviert werden können und
- welche unterstützenden Angebote bereitgestellt werden (können).

Darüber hinaus interessierten jedoch ebenso Maßnahmen, die dazu beitragen, Selbstständigkeit und soziale Teilhabe zu erhalten, also eine Gesundheitsförderung im weiteren Sinn³. Akteure sind dabei die Kommunalverwaltungen selbst (ausgewählte Ämter), Sportvereine, Alteinrichtungen, kirchliche und karitative Einrichtungen, Krankenkassen vor Ort etc. Ein zentraler Aspekt sollte – die bislang defizitäre – Kooperation der verschiedenen Akteure sein.

Im Rahmen der Recherche sollten u. a. folgende Fragen geklärt werden:

- Gibt es in der (jeweiligen) Kommune einen kommunalen Altenhilfeplan?
- Welche Bedeutung haben Gesundheitsförderung und Prävention in der kommunalen Altenhilfeplanung?
- Gibt es kommunale bzw. kommunal finanzierte Kontakt-, Beratungs- und Freizeitangebote für ältere Menschen? Liegen Daten zur Akzeptanz, Nutzung, Reichweite sowie den Nutzergruppen vor?
- Gibt es kommunale bzw. kommunal finanzierte Kontakt-, Beratungs- und Freizeitangebote außerhalb der Altenhilfeplanung, die vor allem von älteren Menschen genutzt werden? Liegen Daten zur Akzeptanz, Nutzung, Reichweite sowie den Nutzergruppen vor?
- Gibt es kommunale/quartiersbezogene Angebote, die explizit das Thema „Bewegung und Mobilität“ in den Vordergrund stellen? Gibt es einen Überblick (Zahlen) über die Nutzer dieser Angebote?
- Gibt es Ansätze, die vor allem die Zielgruppe der sozial benachteiligten/bildungsfernen älteren Menschen erreichen wollen?
- Wie werden die Angebote kommuniziert? Gibt es einen kommunalen Informationsservice für ältere Menschen und ihre Ansprechpartnerinnen bzw. -partner, zum Bei-

³ Gegenwärtig werden vom Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung nationale Ziele für das Aufgabenfeld „Gesundes Alter“ entwickelt. Als prioritäre Ziele zeichnen sich die Erhaltung der Mobilität, der Selbstständigkeit und der Erhaltung der sozialen Teilhabe ab – Ziele, die eng miteinander zusammenhängen. Die Expertise kann Erfahrungen zu guten Beispielen und zu Handlungsmöglichkeiten beisteuern.

spiel die Hausärztinnen und -ärzte, die regelmäßig über Angebote in der Kommune informieren (Broschüren, „Hotline“ etc.)?

- Arbeiten die verschiedenen Akteure der Altenhilfe (speziell Gesundheit und Prävention) zusammen? Wenn ja, in welcher Form? Wie gestaltet sich die Arbeitsteilung? Wo lassen sich Kooperation und Koordination verbessern?

2.2 Methodisches Vorgehen

Zur Bearbeitung der Fragestellungen war ein Methodenmix erforderlich, der zunächst Literatur- und Internetrecherchen umfasste. Zur Literatur gehört auch graue Literatur, die über die ORLIS-Datenbank⁴ des Difu (Deutsches Institut für Urbanistik) gut erschlossen ist.

Zentraler Baustein war eine schriftliche Befragung aller Kommunen mit mehr als 50 000 Einwohnerinnen und Einwohnern, einer 15-Prozent-Stichprobe aller Kommunen zwischen 10 000 und 50 000 Einwohnerinnen und Einwohnern und einer 50-Prozent-Stichprobe aller Landkreise. Für die Landkreise wurde ein gesonderter Fragebogen entwickelt, der die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Aufgaben der Landkreise in diesen Themenfeldern berücksichtigte. Die Umfrage war im Vorfeld mit den drei kommunalen Spitzenverbänden Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund und Deutscher Landkreistag abgestimmt worden. Beide Fragebogen sind im Anhang (Kapitel 6.2 und 6.3) abgedruckt.

Befragt wurden die Verwaltungsstellen (Ämter, Fachbereiche etc.) für Soziales, mit der Bitte, den Fragebogen an die zuständige Stelle weiterzuleiten bzw. in der Beantwortung mit den Gesundheitsämtern zu kooperieren. Die Entscheidung fiel deshalb zugunsten der Ämter für Soziales, und nicht der Gesundheitsämter, da lediglich die kreisfreien Städte und die Landkreise als untere Gesundheitsbehörden über eigene Gesundheitsämter verfügen; in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden wird das Thema „Gesundheit“ vom Landkreis bearbeitet⁵. Dies hätte in der Beantwortung zu einer syste-

⁴ ORLIS ist die kommunale Literaturdatenbank des Difu, die insgesamt mehr als 280 000 Titel enthält.

⁵ Das Gesundheitsamt ist als lokal vor Ort tätige Behörde Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gesundheitsämter haben vielfältige Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die in den einzelnen Bundesländern durchaus unterschiedlich sind. Neue Aufgaben der Gesundheitsämter sind u. a. die Gesundheitsberichterstattung und in Nordrhein-Westfalen die im Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst verankerten Gesundheitskonferenzen. In Nordrhein-Westfalen sind zum Beispiel auch Gesundheitsförderung und Prävention explizit als Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde festgelegt. Sie sind ein Ausdruck der Reform der Gesundheitsämter und tragen dazu bei, dass wesentliche Teile der Steuerung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene möglich werden.

matischen Verzerrung geführt. Es wäre unklar gewesen, ob ein Landkreis nur die eigenen Aktivitäten darstellt oder ob er Informationen über ausgewählte („gute“) Kommunen gibt.

Der Fragebogen wurde in Papierform und online (als elektronisches Formular) bereitgestellt. Die Erstellung des Fragebogens erfolgte in enger Abstimmung zwischen dem mit der Durchführung der Expertise beauftragten Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) und der BZgA als Auftraggeberin. Der eigentlichen Umfrage war ein Pre-Test vorgeschaltet, bei ausgewählten Gemeinden und Landkreisen und der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen)⁶, als den Themen nahe stehendem Interessenverband, um den Fragebogen auf Plausibilität, Verständlichkeit, Umfang etc. zu testen.

⁶ BAGSO ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, die als Interessenvertretung der älteren Generationen in Deutschland vor allem dafür eintritt, dass jedem Menschen ein selbstbestimmtes Leben im Alter möglich ist und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Sie setzt sich dafür ein, dass auch alte Menschen die Chance haben, sich aktiv am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen und dass sich das im öffentlichen Meinungsbild über „die Alten“ widerspiegelt; <http://www.bagso.de/bagso.html>, 21. 3. 2007.

ERGEBNISSE DER UMFRAGE



3.1 Rücklauf

Angeschrieben wurden alle 187 Städte mit mehr als 50 000 Einwohnerinnen und Einwohnern, 222 Städte und Gemeinden zwischen 10 000 und 50 000 Einwohnerinnen und Einwohnern (15-Prozent-Stichprobe) und 161 Landkreise (50-Prozent-Stichprobe) – insgesamt 570 Städte, Gemeinden und Landkreise. Geantwortet haben 328 Städte,

Tab. 2: Beteiligung an der Umfrage (E = Einwohnerinnen und Einwohner)

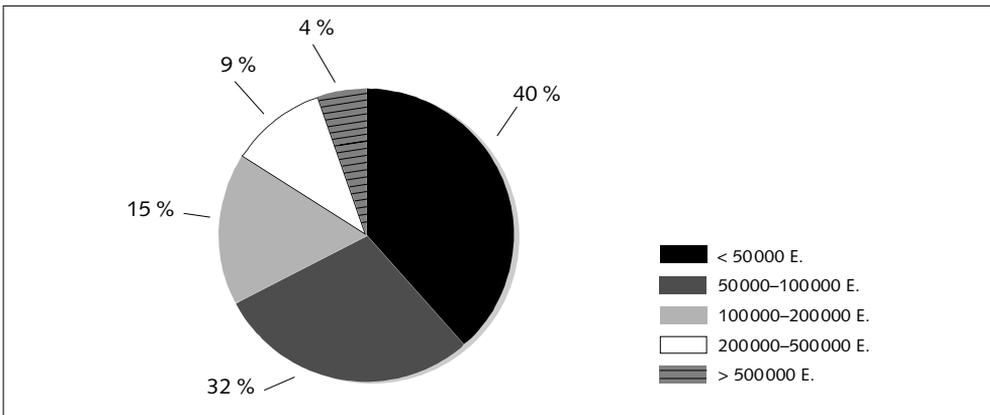
	angeschrieben	geantwortet	
		absolut	in %
Städte ≥ 50 000 E.	187	142	76,0
Städte/Gemeinden 10 000 bis unter 50 000 E. (15 %-Stichprobe)	222	99	44,6
Landkreise (50 %-Stichprobe)	161	87	54,0
Summe	570	328	57,5

Tab. 3: Beteiligung an der Umfrage – Rücklaufquoten nach Bundesländern

	angeschrieben	geantwortet	
		absolut	in %
Schleswig-Holstein	18	11	61,1
Hamburg	1	1	100,0
Niedersachsen	77	45	58,4
Bremen	2	0	0
Nordrhein-Westfalen	138	86	62,3
Hessen	42	26	61,9
Rheinland-Pfalz	28	18	64,3
Baden-Württemberg	75	41	54,7
Bayern	79	46	58,2
Saarland	10	5	50,0
Berlin	1	1	100,0
Brandenburg	23	9	39,0
Mecklenburg-Vorpommern	14	8	57,1
Sachsen	27	10	37,0
Sachsen-Anhalt	18	12	66,7
Thüringen	17	9	53,0
Summe	570	328	57,5

Gemeinden und Landkreise, dies entspricht einer Rücklaufquote von 58 % (vgl. Tabelle 2 und 3). Besonders hoch ist die Rücklaufquote bei den Städten und Gemeinden ab 50 000 Einwohnerinnen und Einwohnern, hier liegt sie bei 76 % (142). Damit wurden fast 29 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner in den Städten und Gemeinden erfasst⁷, etwa 7,2 Millionen gehören der im Kontext der Umfrage interessierenden Altersgruppe der über 60-Jährigen an. Knapp drei Viertel der antwortenden Städte haben bis zu 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (vgl. Abbildung 1).

Abb. 1: Beteiligung an der Umfrage: Verteilung nach Einwohnergrößenklassen (n = 241)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

3.2 Auswertungskriterien

Die Auswertung der Umfragedaten erfolgte in mehreren Schritten. Nach der Prüfung der Daten auf Konsistenz und Plausibilität wurde eine erste Häufigkeitsauszählung über alle Daten vorgenommen. In einem nächsten Schritt wurde untersucht, ob sich das Antwortverhalten der Städte, Gemeinden und Landkreise statistisch signifikant nach bestimmten Strukturmerkmalen unterscheidet. Folgende Strukturmerkmale wurden getestet:

- Gemeindegröße,
- Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk,

⁷ Für die Landkreise wurden die Einwohnerzahlen nicht erfasst.

- alte – neue Bundesländer,
- Lage im Raum (Unterschiede zwischen städtischen und stärker ländlich geprägten Räumen) und
- Bevölkerungsstruktur (Anteil der über 60-Jährigen > 25%, also über Bundesdurchschnitt).

Insgesamt gab es besonders hinsichtlich der Stadtgröße und der Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk statistisch signifikante Unterschiede, bisweilen auch Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern. Diese signifikanten Unterschiede werden im Folgenden dargestellt.

Für die beiden letzten Strukturmerkmale gibt es keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Antwortverhalten, das heißt, die räumliche Lage einer Stadt oder Gemeinde (ländlicher Raum oder verstädterter Raum) und der Anteil älterer und alter Menschen an der Gesamtbevölkerung haben keine Auswirkungen auf das Antwortverhalten einer Stadt.

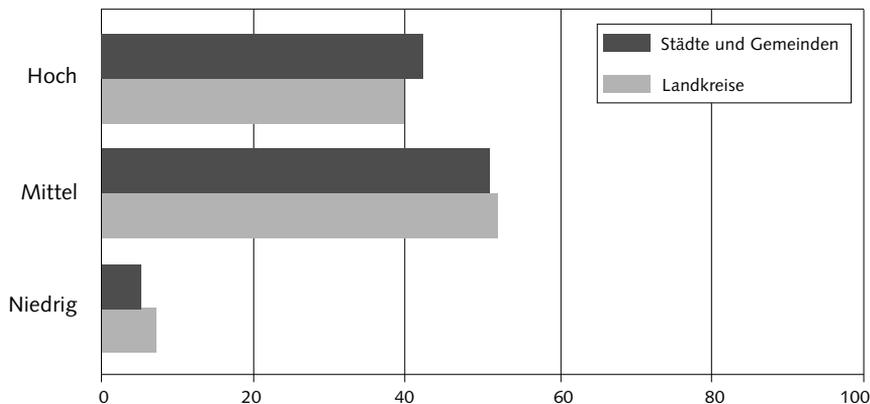
Die ausführliche Darstellung der Häufigkeitsauszählungen in Tabellen erfolgt in einem gesonderten Tabellenteil im Anhang (Kapitel 6.1). Im Text verwendete Zahlenangaben für „alle Städte und Gemeinden“ sind Angaben, die die Vollerhebung in den Städten mit 50 000 und mehr Einwohnerinnen und Einwohnern und die 15-Prozent-Stichprobe der kleineren Städte und Gemeinden zusammenfassen.

3.3 Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik auf kommunaler Ebene/Landkreisebene

Die Unterschiede in der Bewertung der Relevanz von Seniorenpolitik sind zwischen Städten/Gemeinden und Landkreisen nicht grundlegend unterschiedlich (Abbildung 2; vgl. auch Tabelle A-4 im Anhang). Die Mehrzahl spricht der Seniorenpolitik heute eine mittlere Bedeutung zu – trotz der breiten Diskussion um den demografischen Wandel und die Alterung der Gesellschaft als absehbar gravierendste Folge.

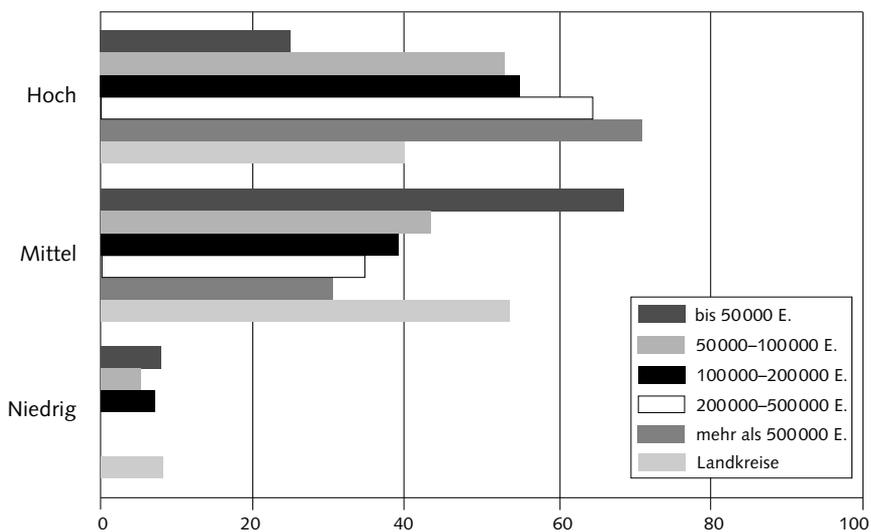
Etwas anders sieht die Bewertung aus, wenn nach den unterschiedlichen Gemeindegrößen differenziert wird (Abbildung 3). Dem Thema „Seniorenpolitik“ wird eine umso größere Bedeutung beigemessen, je größer die Stadt ist. Landkreise – hier müssen allerdings auch die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Aufgabenzuschnitte berücksichtigt werden – bewerten die Bedeutung von „Seniorenpolitik“ in ihrem Aufgabenkanon eher wie kleinere und mittlere Kommunen (vgl. auch Tabelle A-5 im Anhang).

Abb. 2: Stellenwert von Seniorenpolitik: Städte und Gemeinden – Landkreise (Angaben in Prozent von n = 314)



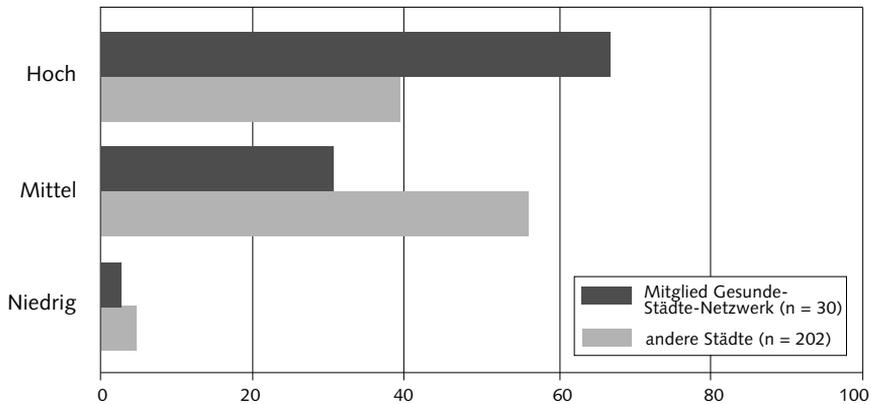
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Abb. 3: Stellenwert von Seniorenpolitik in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen und in Landkreisen (Angaben in Prozent von n = 314)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Abb. 4: Stellenwert von Seniorenpolitik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



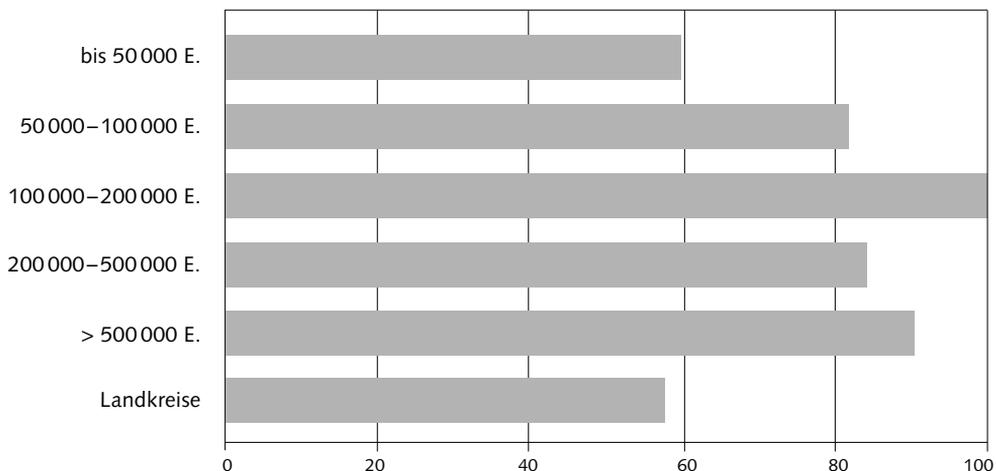
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Noch offensichtlicher sind die Unterschiede in der Bewertung von Seniorenpolitik, wenn nach Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk differenziert wird. Die Städte, die Mitglied sind, messen der „Seniorenpolitik“ auch heute schon mehrheitlich eine hohe Bedeutung zu (Abbildung 4; vgl. auch Tabelle A-6 im Anhang).

Die Zuständigkeit für das Handlungsfeld „Seniorenarbeit/-politik“ liegt ganz überwiegend bei der Verwaltungsstelle für Soziales, die in vielen Kommunen zugleich für die unterschiedlichsten anderen Handlungsfelder zuständig sein kann. Teilweise liegt eine Zuständigkeit auch beim Hauptamt, einige Kommunen haben Stabsstellen bei der Verwaltungsspitze eingerichtet. In einigen der kreisfreien Städte ist auch das Gesundheitsamt für das Themenfeld zuständig.

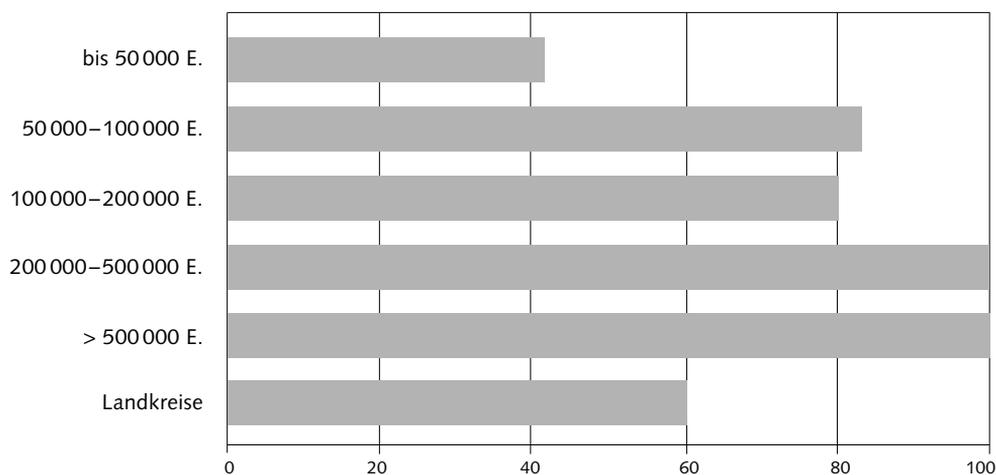
76,5% aller Städte und Gemeinden verfügen über eine zentrale kommunale Kontaktstelle für Seniorinnen und Senioren, ebenso 58% der Landkreise (Abbildung 5). Differenziert man nach Einwohnergrößenklassen, werden Unterschiede deutlich, tendenziell gilt: Je größer eine Kommune ist, desto eher hat sie eine Kontaktstelle eingerichtet (vgl. auch Tabelle A-7 im Anhang). Es ist zu vermuten, dass ein Zusammenhang zu personellen und finanziellen Ressourcen besteht, auch kann das Bewusstsein für die Relevanz des Themas in größeren Kommunen – unter anderem durch einen bereits jetzt spürbaren größeren Problemdruck – eher vorhanden sein. Ähnliches gilt für das Vorhandensein eines „Seniorenbeirats“ (Abbildung 6). 68,5 % aller Städte und Gemeinden und 60 % der Landkreise haben einen Seniorenbeirat als beratendes Gremium eingerichtet. Nach Einwohnergrößenklassen zeigen sich Unterschiede. Auch hier gilt der Tendenz nach: Je größer die Stadt/Gemeinde ist, desto eher gibt es einen Seniorenbeirat (vgl. auch Tabelle A-8 im Anhang).

Abb. 5: Kontaktstelle für Senioren in Städten und Gemeinden und nach Einwohnergrößenklassen und in Landkreisen (Angaben in Prozent von n = 319)



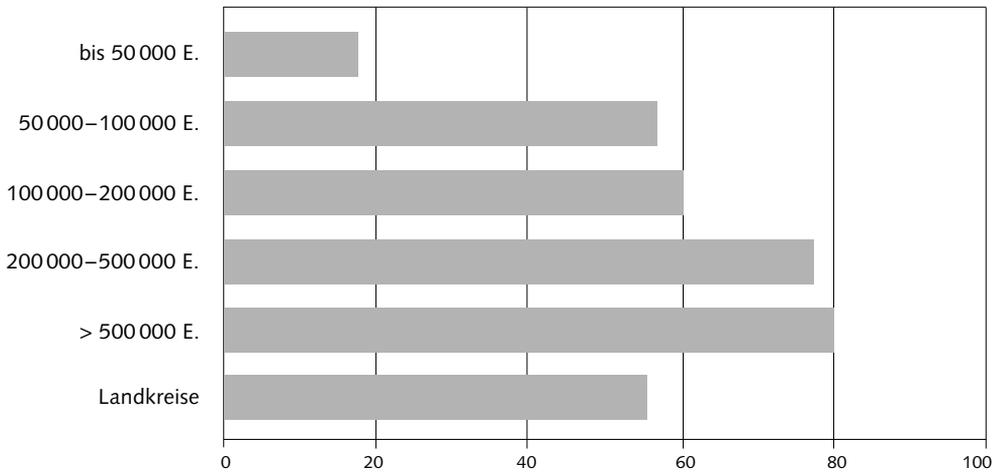
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Abb. 6: Seniorenbeirat in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen und in Landkreisen (Angaben in Prozent von n = 324)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

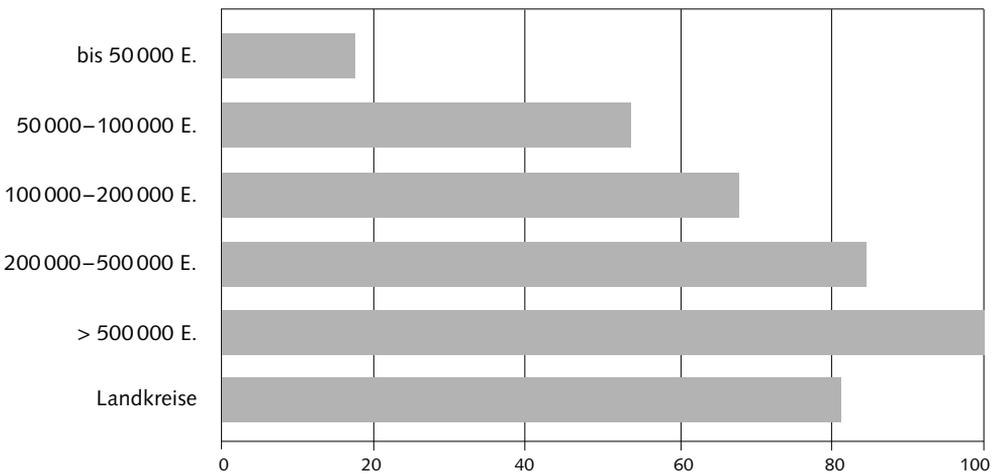
Abb. 7: Kommunalen Altenhilfeplan in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen und in Landkreisen (Angaben in Prozent von n = 319)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Einen kommunalen Altenhilfeplan gibt es dagegen in weniger Kommunen (vgl. Abbildung 7). Lediglich 43 % aller Städte und Gemeinden und 55 % der Landkreise verfügen über einen kommunalen Altenhilfeplan. Auch hier gilt wieder: Je größer die Stadt/Gemeinde ist, desto eher gibt es einen kommunalen Altenhilfeplan (vgl. auch Tabelle A-9)

Abb. 8: Kommunalen Pflegebedarfsplan in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen und in Landkreisen (Angaben in Prozent von n = 314)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

im Anhang). Dass die kleinen Kommunen kaum über einen kommunalen Altenhilfeplan verfügen, mag auch daran liegen, dass sie ganz überwiegend kreisangehörig sind und diese Aufgaben weitgehend in der Zuständigkeit des Landkreises liegen.

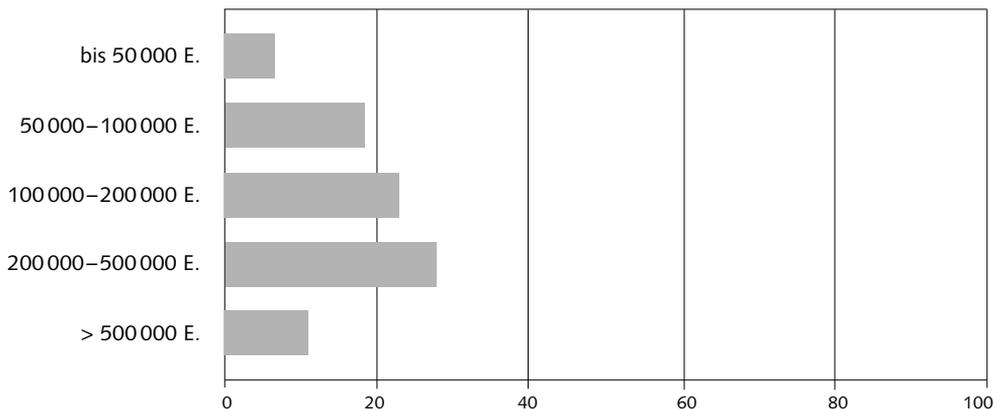
Lediglich 65 Städte und Gemeinden (dies sind 63% der Kommunen, die einen kommunalen Altenhilfeplan haben) geben an, in diesem kommunalen Altenhilfeplan auch den Aspekt von Gesundheitsförderung und Prävention aufgenommen zu haben. Eine sehr große Zahl von Kommunen hat diese Frage nicht beantwortet.

Für das Vorhandensein eines kommunalen Pflegebedarfsplans sind die Ergebnisse ähnlich wie beim Altenhilfeplan. 45% aller Kommunen erstellen einen Pflegebedarfsplan. In größeren Kommunen wird dieses Instrument häufiger eingesetzt, hier spielen auch die Landkreise eine wichtige Rolle (Abbildung 8; vgl. auch Tabelle A-10 im Anhang).

Kommunale *Gesundheitsberichte*, die sich mit der spezifischen Situation älterer Menschen auseinandersetzen (regelmäßig und sporadisch), gibt es lediglich in etwas mehr als einem Zehntel der Städte und Gemeinden sowie in etwa einem Siebtel der Landkreise. Hier sind noch erhebliche Lücken festzustellen. Lediglich in den Großstädten ab 200 000 Einwohnerinnen und Einwohnern werden diese Berichte zumindest unregelmäßig schon öfter erstellt (vgl. Tabelle A-11 im Anhang).

Knapp 43% aller Städte und Gemeinden erstellen *Sozialberichte* (vgl. Tabelle A-12 im Anhang). Sie sind ein Instrument, mit dem vor allem die Großstädte regelmäßig arbeiten, was aus einem größeren Problemdruck zu erklären ist.

Abb. 9: Sportentwicklungskonzept mit Seniorensport in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen (Angaben in Prozent von n = 237)



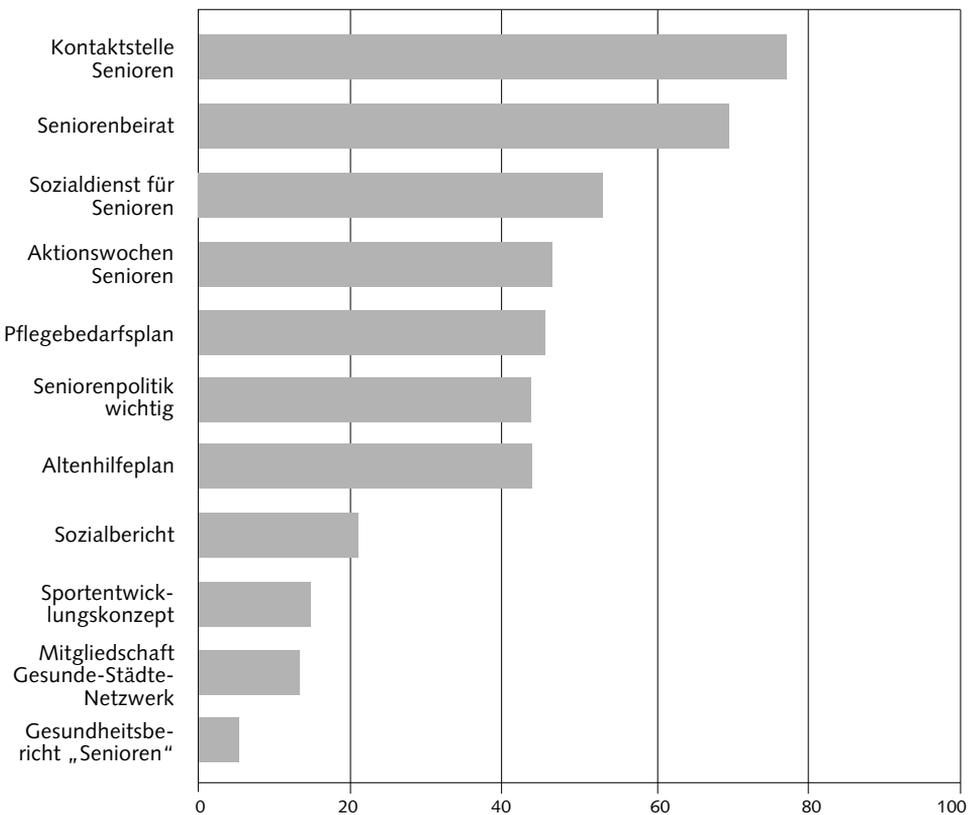
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

In drei Viertel aller Städte und Gemeinden werden *Aktionswochen für Senioren* o. Ä. angeboten, dasselbe gilt für zwei Drittel der Landkreise (vgl. Tabelle A-13 im Anhang). Sie sind im Rahmen von Seniorenpolitik ein seit teilweise vielen Jahren eingeführtes Handlungsfeld, je nach Größenklasse sind in 55% bis über 90% der Kommunen entsprechende Angebote vorhanden.

Seniorenbegegnungsstätten, sowohl stadtteilbezogen als auch stadtteilübergreifend, gibt es in fast allen Städten und Gemeinden (vgl. Tabelle A-14 im Anhang). Es gibt kleine Unterschiede nach Gemeindegrößenklassen, die jedoch nicht signifikant sind.

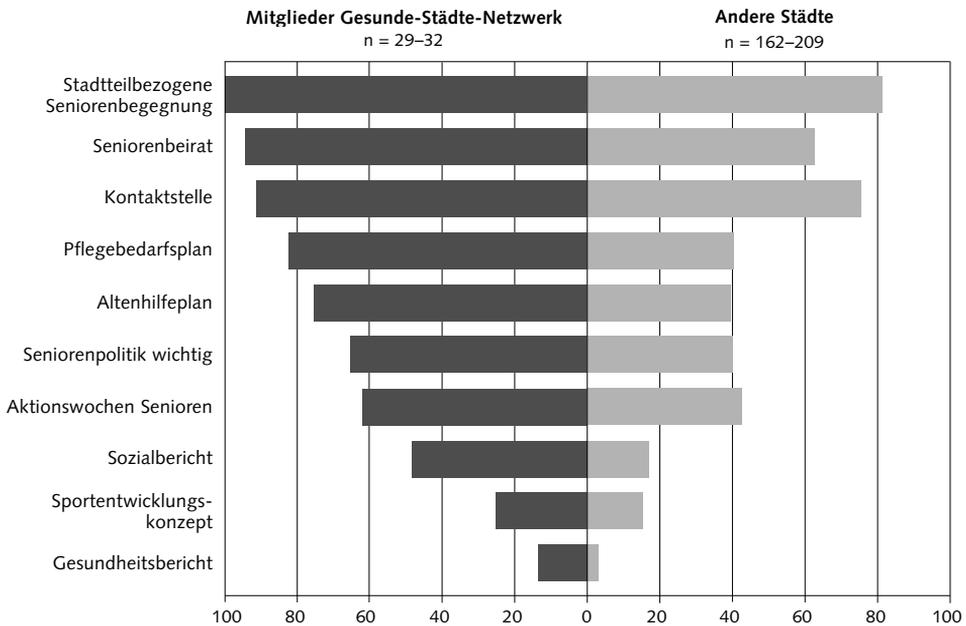
Gut die Hälfte aller Städte und Gemeinden bietet einen spezifischen *Sozialdienst für Senioren* an. Auch hier gilt: Es gibt geringe Unterschiede nach Gemeindegrößenklassen, die jedoch nicht signifikant sind.

Abb. 10: Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/Seniorenpolitik; alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent von n = 231–241)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Abb. 11: Rahmenbedingungen von Seniorenarbeit: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



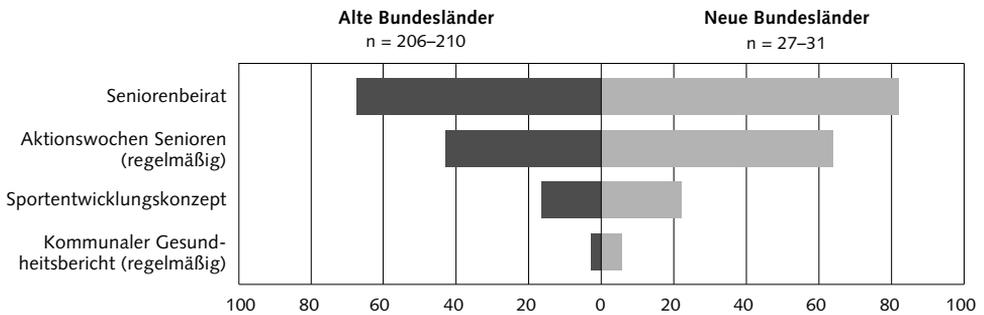
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Nur sehr wenige Städte verfügen über ein Sportentwicklungskonzept, das auch den Seniorensport konzeptionell mit einbezieht (Abbildung 9 auf Seite 27). Mit Ausnahme der großen Großstädte gilt: Je größer eine Stadt oder Gemeinde ist, desto häufiger verfügt sie über ein Sportentwicklungskonzept mit Seniorensport (vgl. auch Tabelle A-15 im Anhang). Abbildung 10 fasst die Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen von Seniorenarbeit/Seniorenpolitik in Städten und Gemeinden im Überblick zusammen.

32 der antwortenden Städte sind Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk, das gegenwärtig gut 60 Mitgliedskommunen (Städte, Kreise, Bezirke) hat⁸. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass diese Mitgliedschaft eines der Kriterien ist, das in zahlreichen Fragestellungen Unterschiede am deutlichsten erklärt. Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk haben tendenziell für Fragestellungen im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ eine größere Aufmerksamkeit, zeigen mehr Aktivitäten und setzen auch Instrumente ein, die in den anderen Städten noch nicht so häufig Anwendung finden. Dies gilt

⁸ Vgl. www.gesunde-staedte-netzwerk.de.

Abb. 12: Rahmenbedingungen Seniorenarbeit: Alte Bundesländer – Neue Bundesländer (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/ Dezember 2006

auch für die Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/-politik, dargestellt für die Fragen, in denen die Unterschiede signifikant sind (Abbildung 11; vgl. auch Tabelle A-17 im Anhang).

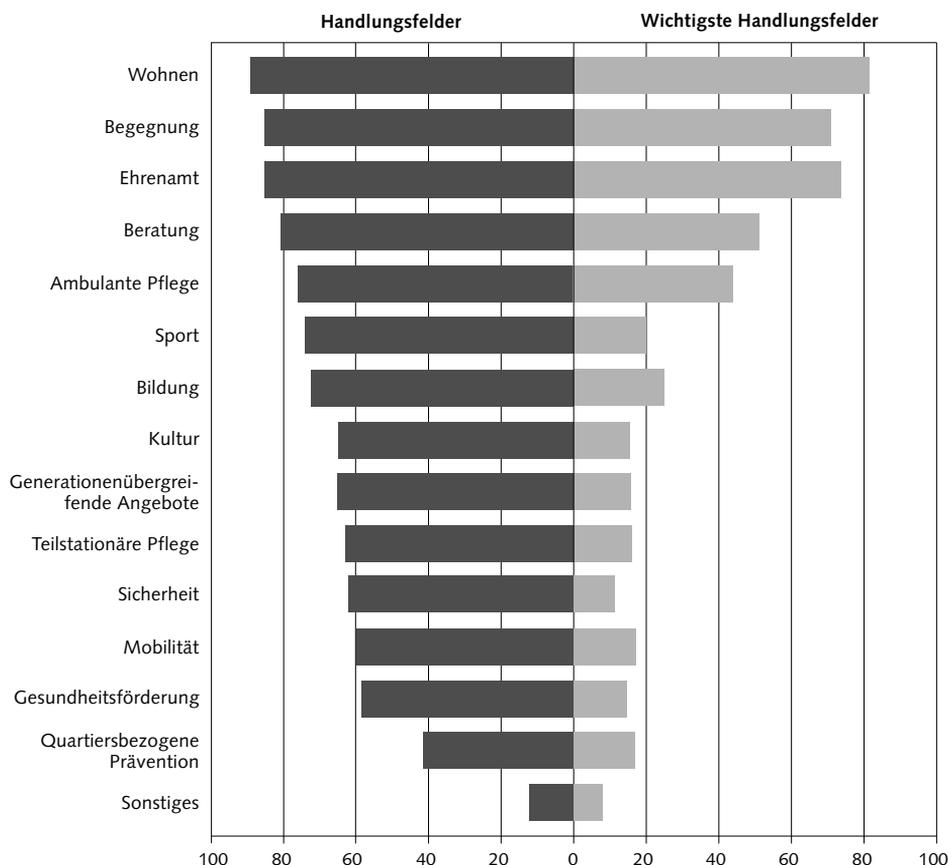
Auch zwischen den alten und den neuen Bundesländern gibt es bei ausgewählten Rahmenbedingungen Unterschiede (Abbildung 12; vgl. auch Tabelle A-18 im Anhang). Tendenziell scheint dem Thema in den neuen Ländern – vermutlich begründet durch die stärker durch ältere und alte Menschen geprägte Bevölkerungsstruktur – größere Aufmerksamkeit zuteil zu werden.

3.4 Themen- und Handlungsfelder der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik

Im Rahmen der Seniorenpolitik decken Städte, Gemeinden und Landkreise ein breites Themenspektrum ab, das von altersgerechten Angeboten im Bereich Wohnen über Ehrenamt bis hin zu Sicherheit und generationenübergreifenden Angeboten reicht (Abbildung 13).

Differenziert man nach Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk und den anderen Städten, so gibt es in der Anzahl der Nennungen durchaus große Übereinstimmungen (Abbildung 14 auf Seite 32; vgl. auch Tabelle A-20 im Anhang). Die größten Ähnlichkeiten gibt es bei den Angeboten zu „Ehrenamt“, „Begegnung“ und „Sport“ (etwas mehr bei den Nicht-Mitgliedern). Häufiger werden von den Gesunde-Städte-Mitgliedern Ange-

Abb. 13: Handlungsfelder und wichtigste Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik: Alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent von n = 200)

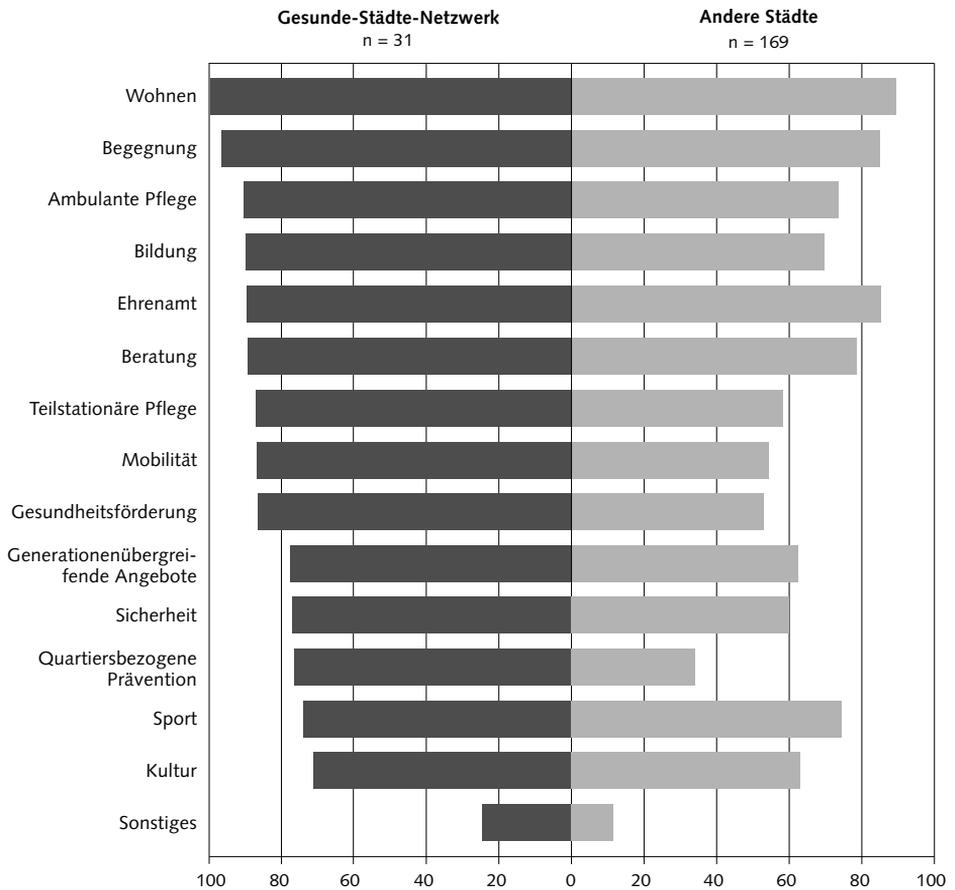


Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

bote in den Bereichen Bildung, Mobilität, quartiersbezogene Prävention (!) und Gesundheitsförderung genannt.

In der Bewertung der wichtigsten Handlungsfelder liegen die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und die anderen Städte nur wenig auseinander; es gibt tendenziell große Übereinstimmungen. Wohnen, Begegnung und Ehrenamt sind bei beiden Gruppen (in unterschiedlicher Reihenfolge) die am häufigsten als „fünf wichtigste“ genannten Handlungsfelder (Abbildung 15 auf Seite 33; vgl. auch Tabelle A-21 im Anhang). Häufiger als eines der „fünf wichtigsten Handlungsfelder“ werden von den anderen Städten Bildung, Kultur, Gesundheitsförderung, Sport (deutlich), Ehrenamt, Beratung, Sicherheit sowie generationenübergreifende Angebote genannt.

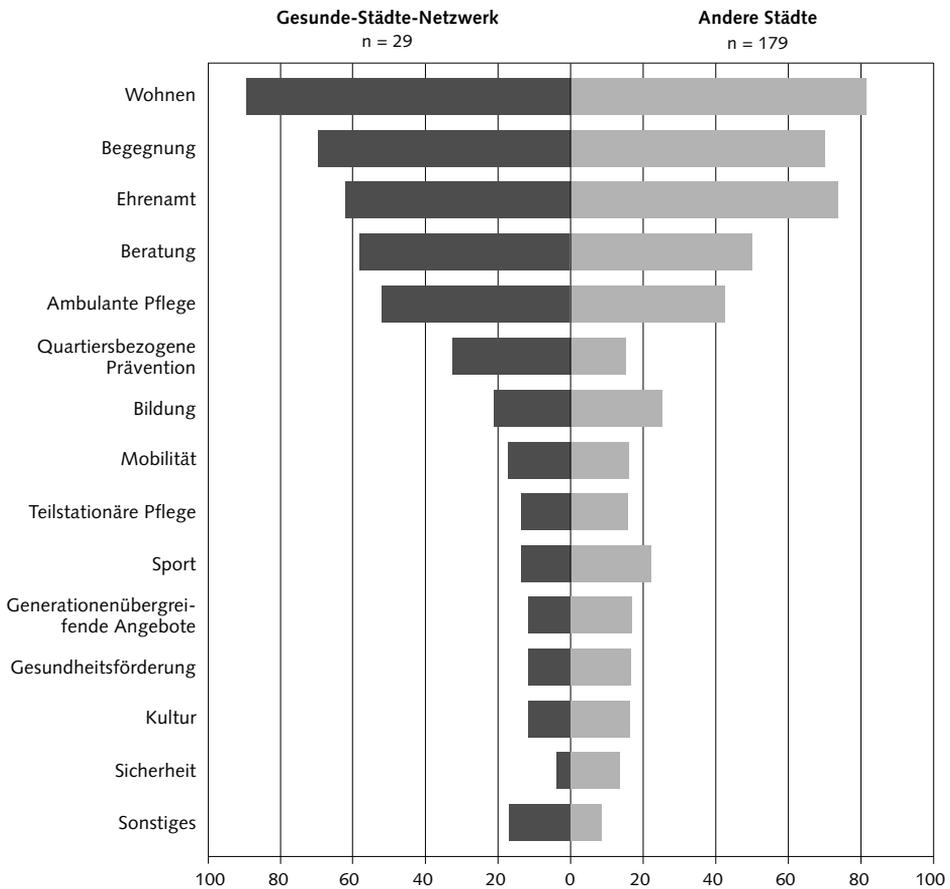
Abb. 14: Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Von den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk wird die „quartiersbezogene Prävention“ deutlich häufiger als eines der „fünf wichtigsten Handlungsfelder“ genannt – ein Hinweis auf den inhaltlichen Schwerpunkt, den diese Städte bei Gesundheitsförderung und Prävention sehen und in der konkreten Arbeit auch umsetzen.

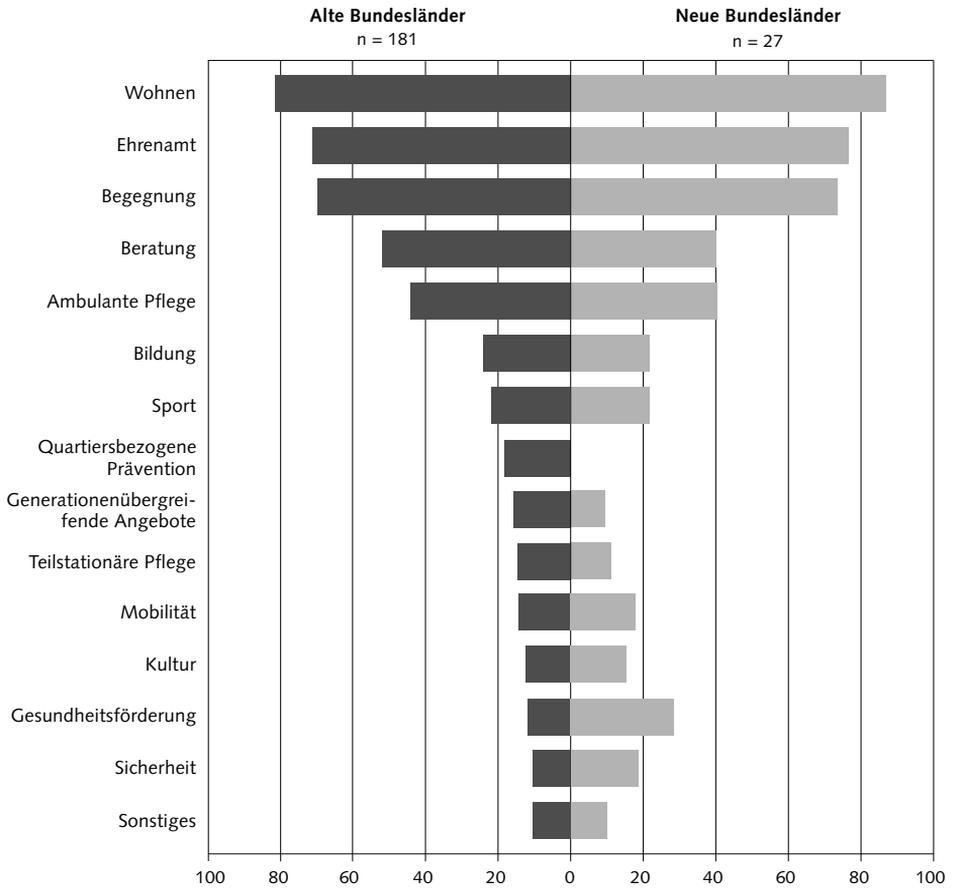
Abb. 15: Wichtigste Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Auch in einer Differenzierung zwischen alten und neuen Bundesländern bleiben Wohnen, Begegnung und Ehrenamt die am häufigsten genannten Handlungsfelder (vgl. Tabelle A-22 im Anhang). Allerdings gibt es auch Unterschiede. Die Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern nennen häufiger Beratung als Angebot; in den neuen Bundesländern spielen Angebote in den Bereichen Mobilität, teilstationäre Pflege und Sicherheit eine größere Rolle.

Abb. 16: Wichtigste Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik: Alte Bundesländer – Neue Bundesländer (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Erneut sind Wohnen, Begegnung und Ehrenamt die am häufigsten als „fünf wichtigste“ genannten Handlungsfelder (Abbildung 16). Die weiteren Handlungsfelder folgen mit deutlichem Abstand (vgl. auch Tabelle A-23 im Anhang).

3.5 Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen



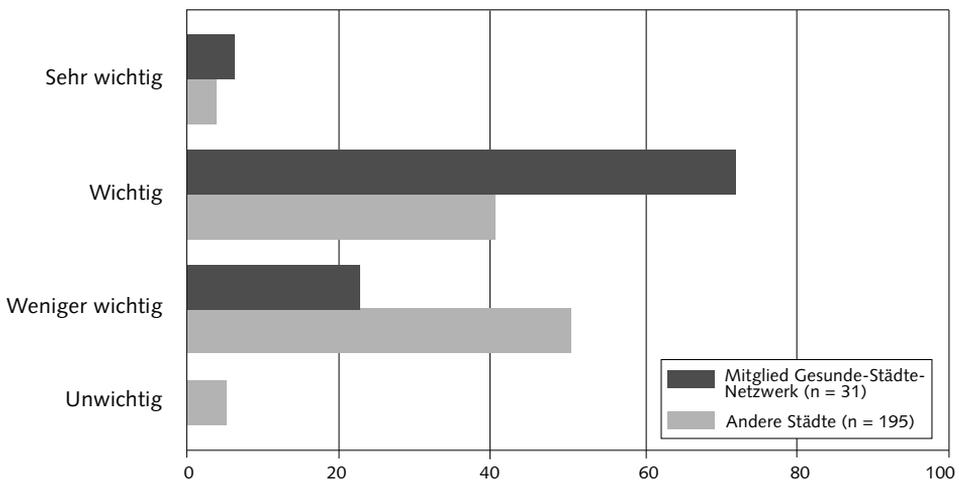
Unter den Handlungsfeldern der Seniorenarbeit/-politik wurde das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ vertieft abgefragt.

Fast die Hälfte aller Städte und Gemeinden bewertet „Gesundheitsförderung und Prävention“ als „sehr wichtiges“ und „wichtiges“ Thema und Handlungsfeld. Bei den Landkreisen liegt die Zahl sogar noch etwas höher (57,7%).

In den Städten, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, bewerten sogar 77,5% „Gesundheitsförderung und Prävention“ als „sehr wichtig“ und „wichtig“, keine dieser Städte macht die Angabe „unwichtig“ (Abbildung 17). Von den anderen Städten nennen 45,1% „Gesundheitsförderung und Prävention“ „sehr wichtig“ oder „wichtig“ (vgl. auch Tabelle A-24 im Anhang).

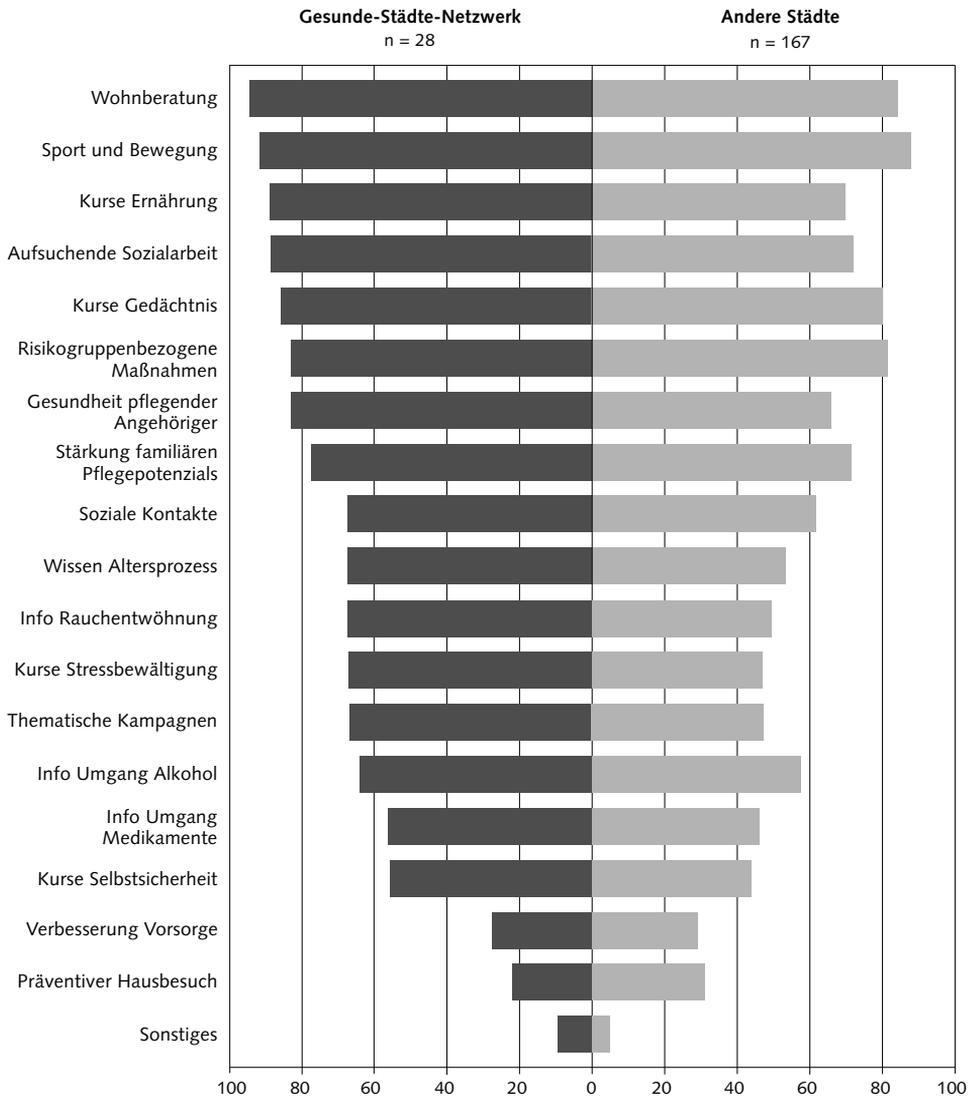
Ähnlich wie bei den Handlungsfeldern der „Seniorenpolitik“ gibt es in der Anzahl der Nennungen auch unter dem Stichwort „Gesundheitsförderung und Prävention“ viele Übereinstimmungen (Abbildung 18 auf Seite 36). Am häufigsten genannt werden „Wohnberatung“ (bei Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk „Rang 1“) und „Sport

Abb. 17: Bedeutung seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

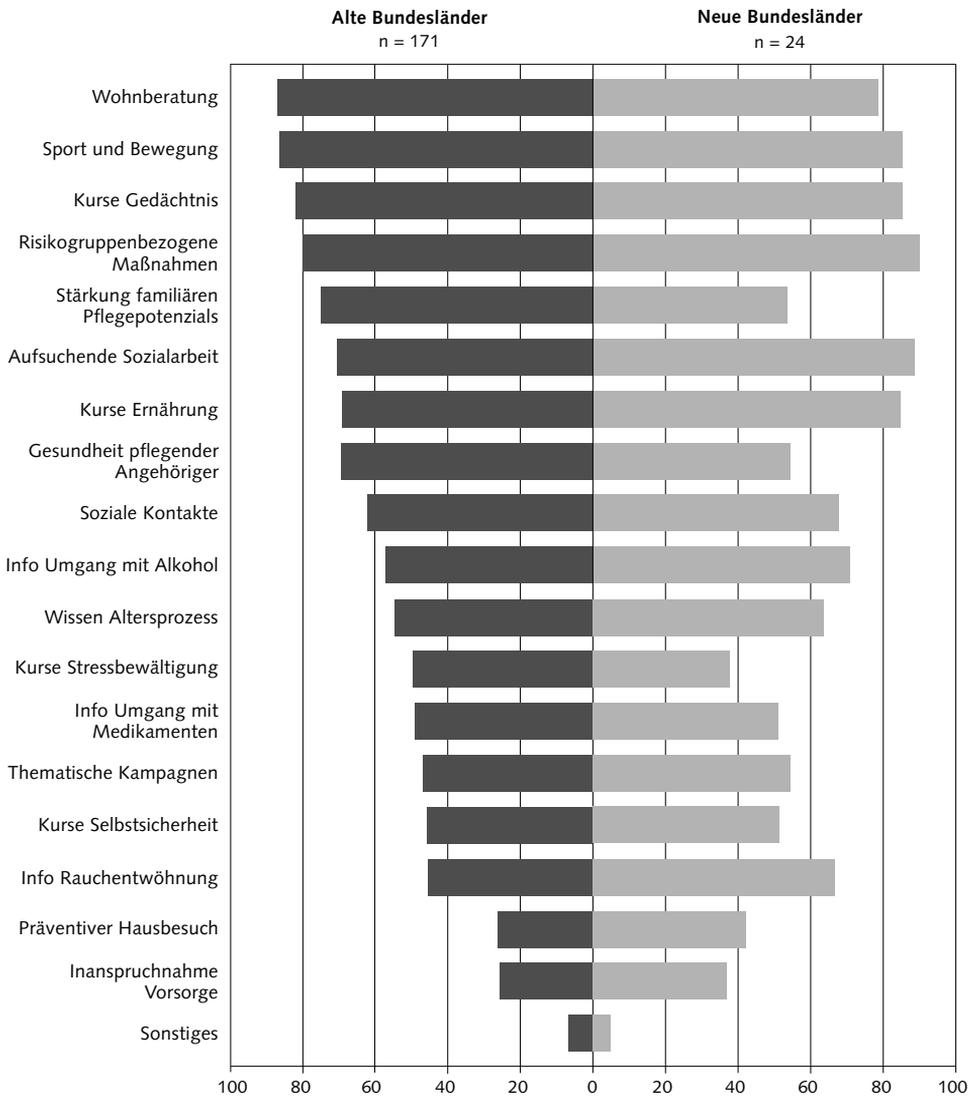
Abb. 18: Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

und Bewegung“ (bei den anderen Städten „Rang 1“). Bei den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk gibt es eine Vielzahl von Angeboten in den Bereichen Ernährung und aufsuchende Sozialarbeit, bei den anderen Städten liegen Schwerpunkte im Bereich der risikogruppenbezogenen Maßnahmen und bei Kursen zum Gedächtnistraining. Häufigere Nennungen gibt es bei den anderen Städten beim präventiven Hausbesuch und der

Abb. 19: Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Alte Bundesländer – neue Bundesländer (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Verbesserung der Inanspruchnahme von Vorsorge (geringfügig) (vgl. auch Tabelle A-25 im Anhang).

Die Kommunen sind vor allem – und mit deutlichem Abstand – in den Feldern der aufsuchenden Sozialarbeit (45,3% aller Nennungen), bei thematischen Kampagnen (34,5%) und der Wohnberatung (33,7%) federführend. In allen anderen Angebotsberei-

chen sind sie bestenfalls „mitwirkend“, überwiegend wird die Mehrzahl der Angebote sogar durch Dritte erbracht.

Die Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, sind tendenziell häufiger „federführend“ als die anderen Städte. Ebenso wirken sie erheblich öfter zumindest mit, als es die anderen Städte tun. Auffallend ist dies u. a. bei „risikogruppenbezogenen Maßnahmen“, Kursangeboten zur Stressbewältigung, Kursangeboten zur Ernährung, im Gedächtnistraining und bei Maßnahmen zur Stärkung des familiären Pflegepotenzials.

Zwischen den alten und neuen Ländern gibt es bei den Angeboten, die für Seniorinnen und Senioren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bereitgestellt werden, einige deutliche Unterschiede (Abbildung 19 auf Seite 37; vgl. auch Tabelle A-26 im Anhang). In den neuen Ländern liegen Schwerpunkte bei risikogruppenbezogenen Maßnahmen, der aufsuchenden Sozialarbeit, Kursangeboten zum Gedächtnistraining, bei Bewegung und Sport. In den alten Bundesländern sind die häufigsten Nennungen Bewegung und Sport (Rang 1; 86% der Nennungen), gemeinsam mit Wohnberatung (86%), Kurse Gedächtnistraining, risikogruppenbezogene Maßnahmen, Stärkung der Gesundheit pflegender Angehöriger (70,2%) – ein Thema, das in den neuen Bundesländern mit lediglich 54,2% der Nennungen deutlich nachgeordnet ist.

Eine deutliche Mehrheit von Städten und Gemeinden gibt an, dass bei der Bereitstellung der Angebote zumindest häufig Wohnortnähe (immer: 11,9%, häufig: 71,4%) und Barrierefreiheit (immer: 9,6%, häufig 61,6%) beachtet werden – soweit dies leistbar ist.

In allen Kommunen – weitgehend unabhängig von der Größe der Kommune oder der Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk – zeigen sich deutliche Lücken im Wissen um Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote in den Bereichen

Tab. 4: Nicht erreichte Gruppen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und im Bereich Sport und Bewegungsförderung in allen Städten und Gemeinden (Angaben in Prozent)

Nicht erreichte Gruppe	Gesundheitsförderung	Sport und Bewegungsförderung
Ältere Migranten	75,6	73,5
Nicht mobile ältere Menschen	57,7	61,4
Sozial benachteiligte/ bildungsferne ältere Menschen	52,6	51,5
Ältere Männer	32,7	25,8
Ältere Menschen mit Seh- und/ oder Hörbehinderung	18,6	20,5
Sonstige	10,9	9,8
Ältere Frauen	4,5	4,5

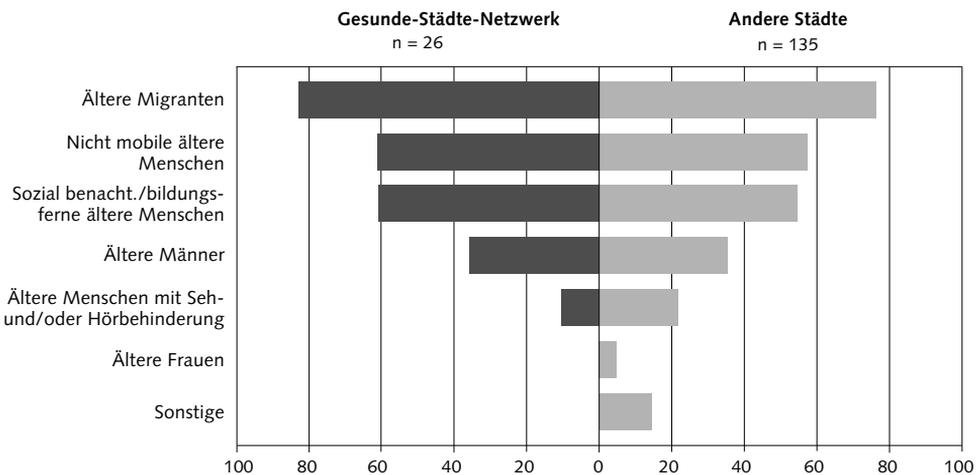
„Gesundheitsförderung und Prävention“ (vgl. Tabellen A-27 bis A-30 im Anhang). Die Informationen sind in aller Regel „teilweise“ vorhanden.

Eine Ursache dieses Informationsdefizits liegt darin, dass die Angebote überwiegend von anderen Anbietern als der Kommune zur Verfügung gestellt werden. Die Kommunen sind überwiegend „Mitwirkende“, zahlreiche Angebote werden auch ausschließlich durch Dritte erbracht. Vor dem Hintergrund, dass vielfach die kommunale Infrastruktur genutzt wird, könnte ein besserer Austausch für alle Beteiligten sinnvoll sein. Darüber hinaus sind diese Informationen eine wichtige Voraussetzung, um Angebote zielgruppenspezifischer und passgenauer zu gestalten.

Es gibt verschiedene Zielgruppen, die von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch von Angeboten im Bereich Sport und Bewegungsförderung (siehe unten) nicht erreicht werden. Dazu gehören mit deutlichem Abstand die Gruppe der „älteren Migrantinnen und Migranten“, gefolgt von nicht mobilen älteren Menschen und sozial benachteiligten/bildungsfernen älteren Menschen (Tabelle 4).

Gerade für diese letzte Zielgruppe wird ein dringender Bedarf an Ansprache formuliert (über alle Altersgruppen), da Armuts- und Gesundheitsrisiken besonders hoch sind. Zugleich sind jedoch hier die Erfolge in der Ansprache (auch bei quartiersbezogenen Ansätzen) besonders gering.

Abb. 20: Nicht erreichte Gruppen bei der Gesundheitsförderung und Prävention: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



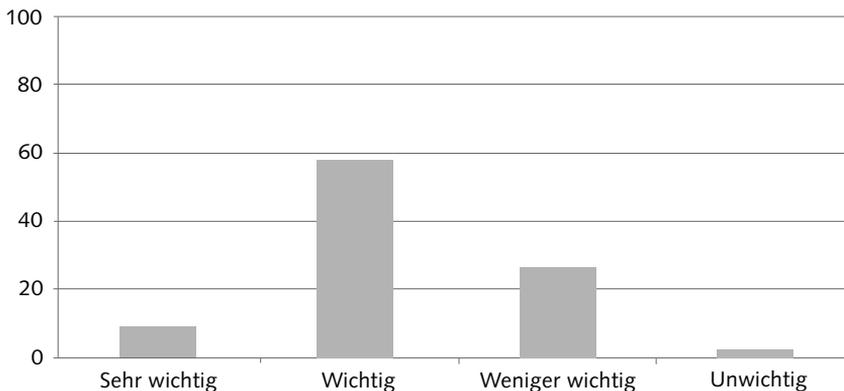
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Auffallend ist der relativ hohe Anteil älterer Männer im Vergleich zu dem der Frauen, die über die Angebote nicht erreicht werden. Allerdings werden Männer über die Angebote im Sport besser erreicht als generell bei Gesundheitsförderung und Prävention.

Auch die Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, erreichen die Zielgruppen nicht besser als andere Städte (Abbildung 20 auf Seite 39; vgl. auch Tabelle A-32 im Anhang). Im Gegenteil scheinen die nicht erreichten Gruppen bei den Mitgliedsstädten sogar größer zu sein (Ausnahme: Seh-/Hörbehinderung). Dies kann mit einer besseren Datenlage in diesen Kommunen zusammenhängen, die die Lücken deutlicher werden lässt. Zudem ist vermutlich der Anspruch der Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, im Hinblick auf das Erreichen von Zielgruppen höher, so dass die Bewertung in der eigenen Einschätzung schlechter ausfällt.

3.6 Bedeutung von „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“

Abb. 21: Bedeutung von seniorenbezogenem Sport und Bewegungsförderung: Alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent von n = 234)

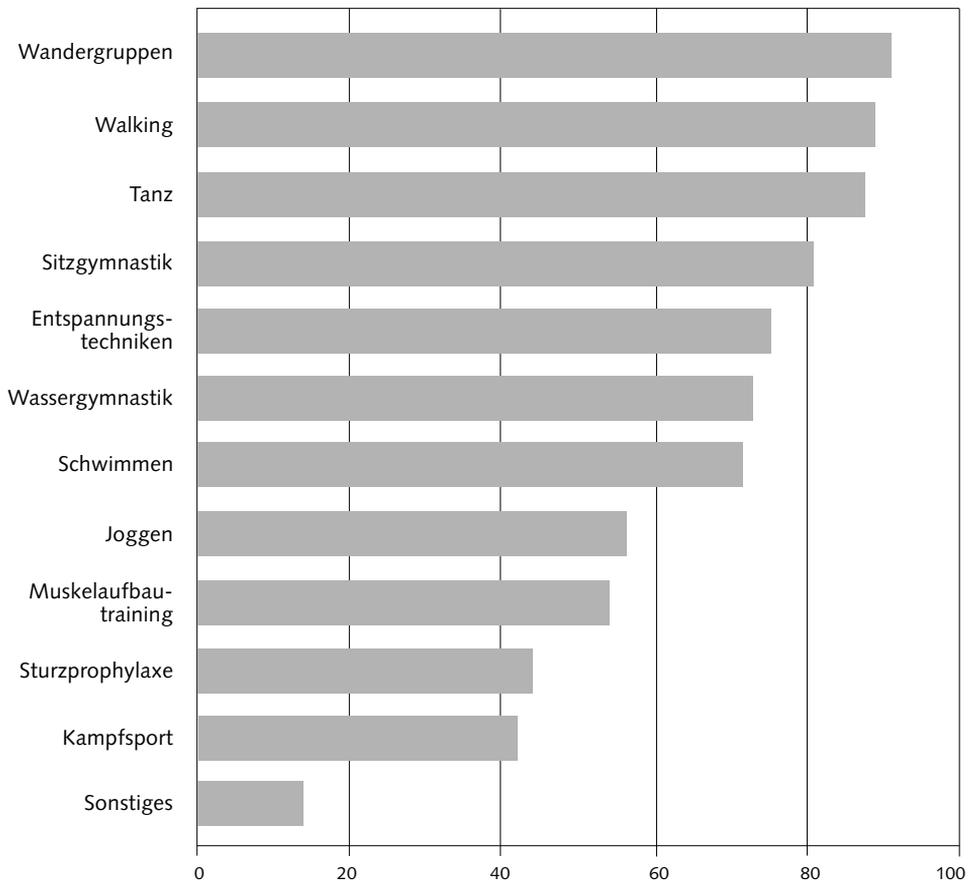


Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Sport und Bewegungsförderung werden von fast 70% aller Städte und Gemeinden als sehr wichtiges oder wichtiges Handlungsfeld gesehen (Abbildung 21; vgl. auch Tabelle A-33 im Anhang)⁹. Es wird damit für deutlich wichtiger gehalten als das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“. Hier gibt es auch keine signifikanten Unterschiede nach Stadtgröße oder der Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk.

In der Häufigkeit der Nennungen konkreter Angebote und Maßnahmen gibt es innerhalb der jeweiligen Gruppen (Gesunde-Städte-Netzwerk, andere Städte) große Übereinstim-

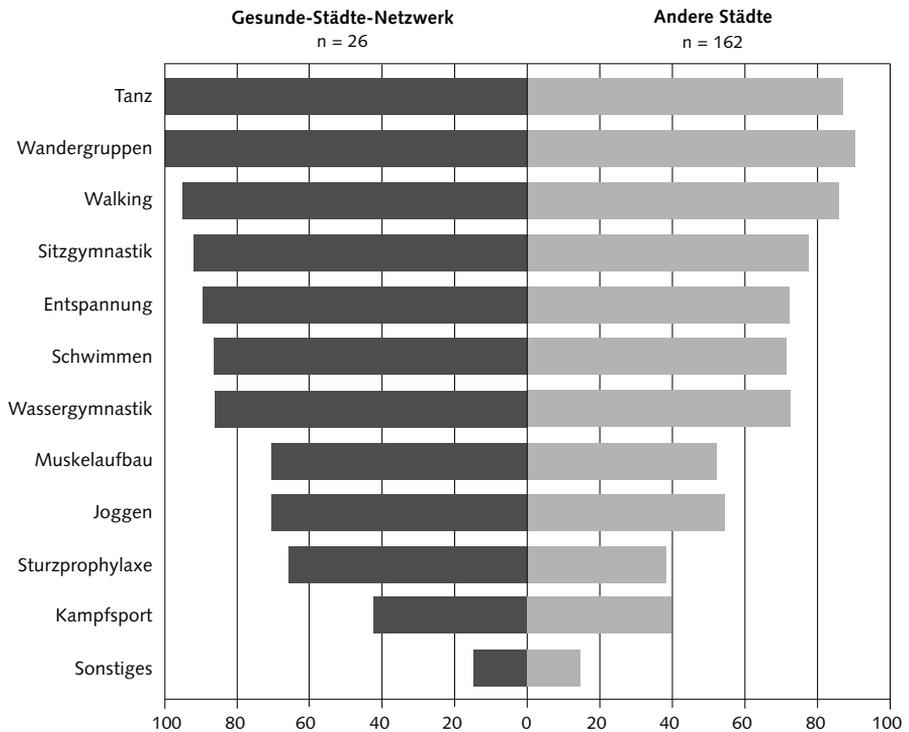
Abb. 22: Angebote von seniorenbezogenem Sport und Bewegungsförderung: Alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent von n = 182)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

⁹ Der Fragenkomplex „Sport und Bewegungsförderung“ wurde in den Landkreisen – vor dem Hintergrund der Aufgabenstellungen im Handlungsfeld – nicht abgefragt.

Abb. 23: Angebote von seniorenbezogenem Sport und Bewegungsförderung: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

mungen (Abbildungen 22 und 23; vgl. auch Tabellen A-34 und A-35 im Anhang). Die meisten Angebote gibt es jeweils bei „Wandergruppen“, gefolgt von „Walkingangeboten“ und „Tanz“ bzw. „Sitzgymnastik“. Im Vergleich scheint es in den Städten, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, jedoch insgesamt eine größere Zahl von Angeboten zu geben – oder die Informationen in der Verwaltung sind besser. Angebote zur „Sturzprophylaxe“, denen in der Fachdiskussion eine große Bedeutung zukommt, um die Sturzfolgekosten – die gerade bei älteren und alten Menschen im Milliardenbereich liegen – zu reduzieren, spielen nur eine nachgeordnete Rolle.

Insgesamt spielen die Städte – dies gilt für die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk ebenso wie für die anderen Städte – im Bereich „Sport und Bewegungsförderung“ als Anbieter nur eine sehr untergeordnete Rolle, deutlich geringer als im Handlungsbereich „Gesundheitsförderung und Prävention“. Ganz überwiegend werden die Angebote durch Dritte bereitgestellt.

Nach Stadtgröße (vgl. Tabelle A-36 im Anhang) gilt auch hier wieder – mit geringfügigen Ausnahmen: Je größer die Stadt, desto höher ist auch die Zahl der Angebote, auch im Bereich „Sport und Bewegungsförderung“.

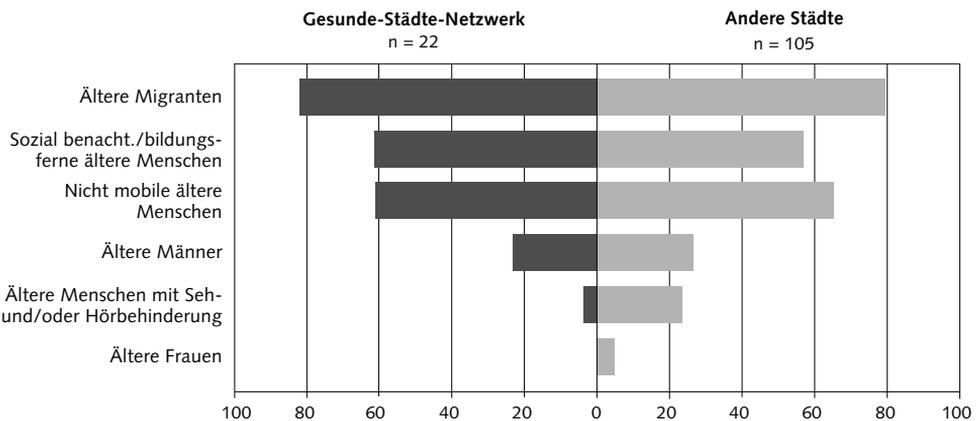
In der Differenzierung nach alten und neuen Bundesländern (vgl. Tabelle A-37 im Anhang) gibt es keine grundlegenden Unterschiede in den Angeboten; die Kommunen in den alten Ländern nennen häufiger „Wassergymnastik“ und „Entspannungstechniken“.

Tab. 5: Angebote von Sport und Bewegungsförderung, Informationen über Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen in allen Städten und Gemeinden (Angaben in Prozent)

	Nutzung	Einzugsbereich	Nutzergruppen
Ja, liegen vor	14,5	11,9	13,7
Teilweise	38,2	33,8	33,3
Nein	20,9	26,0	24,2
Weiß nicht	26,4	28,3	28,8

Auch im Bereich „Sport und Bewegungsförderung“ gibt es Defizite in den Informationen über Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote, weitgehend unabhängig von der Größe der Kommune oder der Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk (Tabelle 5). Diese Lücken sind nicht ganz so ausgeprägt wie bei „Gesundheitsförderung“

Abb. 24: Nicht erreichte Gruppen bei Sport und Bewegungsförderung: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



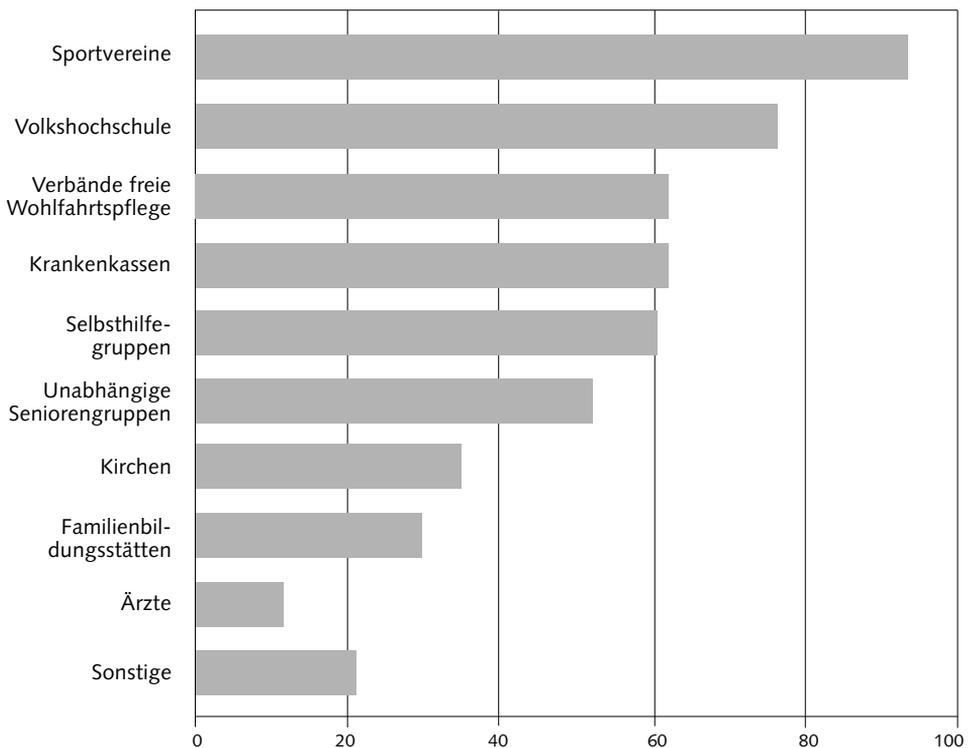
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

und Prävention“. Dies kann daran liegen, dass die Anbieter – im Schwerpunkt die Sportvereine – über bessere Datengrundlagen verfügen, die sie auch zur Verfügung stellen.

Im Hinblick auf die nicht erreichten Zielgruppen stellt sich die Situation ähnlich dar wie im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ (Tabelle 4 auf Seite 38 und Abbildung 24 auf Seite 43; vgl. auch Tabelle A-39 und A-40 im Anhang). Die nicht erreichten Gruppen sind auch ähnlich groß wie bei „Gesundheitsförderung und Prävention“. Deutliche Ausnahme sind „ältere Männer“, die über Angebote im Sportbereich erheblich besser zu erreichen sind als bei „Gesundheitsförderung und Prävention“.

Sportangebote werden über alle Städte und Gemeinden mit klarem Abstand von den Sportvereinen angeboten (Abbildung 25; vgl. auch Tabelle A-41 im Anhang). Schon mit einem gewissen Abstand folgen die Volkshochschulen, Verbände der freien Wohlfahrtspflege und die Krankenkassen, die ihr Engagement in diesem Bereich sicher noch verstärken könnten, auch zum Beispiel in stärkerer Kooperation mit den Sportvereinen. Hier

Abb. 25: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen: Alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent von n = 228)



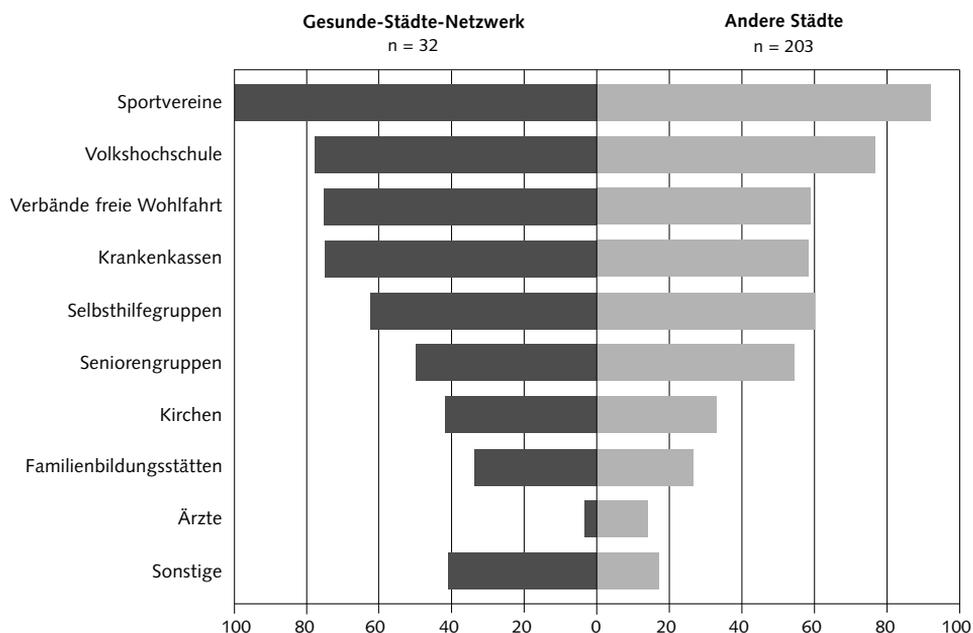
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

gibt es auch kaum Unterschiede zwischen den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk und den anderen Städten und Gemeinden (Abbildung 26; vgl. auch Tabelle A-42 im Anhang).

Zwischen den alten und neuen Ländern gibt es bei den „nachgeordneten“ Anbietern einige typische Unterschiede: In den alten Ländern spielen Volkshochschulen und Krankenkassen eine wichtigere Rolle, in den neuen Ländern sind Selbsthilfegruppen der zweitwichtigste Anbieter – vor Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und den Krankenkassen (Abbildung 27; vgl. auch Tabelle A-43 im Anhang).

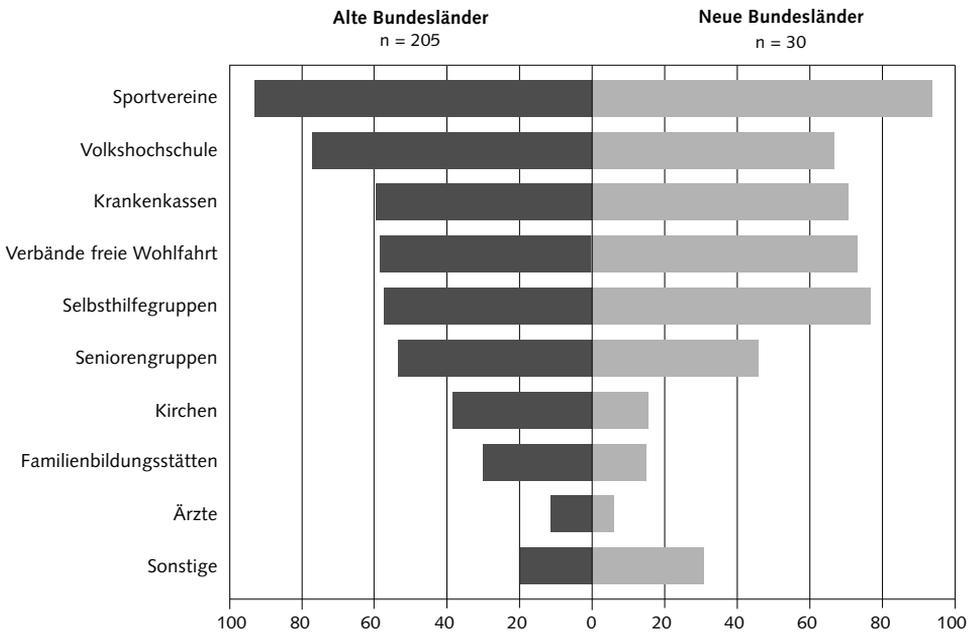


Abb. 26: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Abb. 27: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung: Alte Bundesländer – neue Bundesländer (Angaben in Prozent)



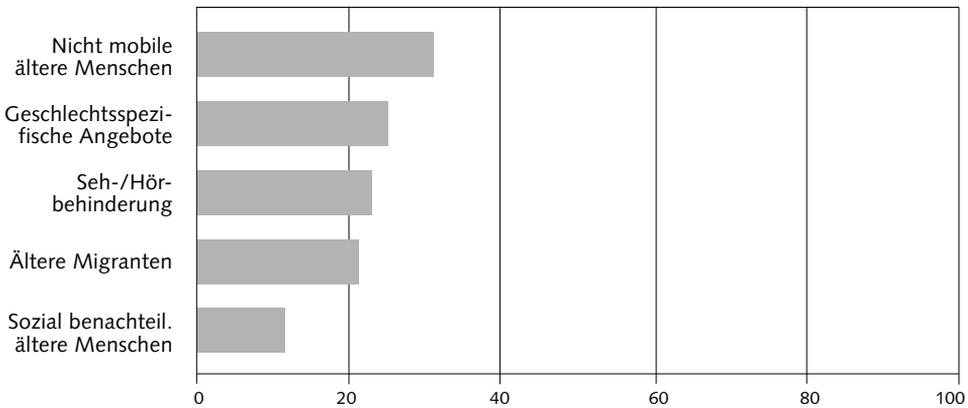
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

3.7 Zielgruppenorientierung und Kommunikation der Angebote im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

Insgesamt bietet ein Viertel bis ein Drittel der Städte überhaupt explizit Angebote für spezifische Zielgruppen (Abbildung 28; vgl. auch Tabelle A-44 im Anhang). Am häufigsten werden Angebote für nicht mobile ältere Menschen genannt, gefolgt von geschlechtsspezifischen Angeboten und Angeboten für Menschen mit Seh-/Hörbehinderung. Angebote für sozial benachteiligte/bildungsferne Menschen, die im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention immer wieder als besonders wichtige Zielgruppe genannt werden, bieten dagegen nur etwas mehr als ein Zehntel der Kommunen an.

Hier unterscheiden sich die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk deutlich von den anderen Kommunen (vgl. Tabelle 6). Immerhin ein Drittel der Mitglieder (absolut 9) gibt

Abb. 28: Angebote für ausgewählte Zielgruppen: Alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent von n = 192–207)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

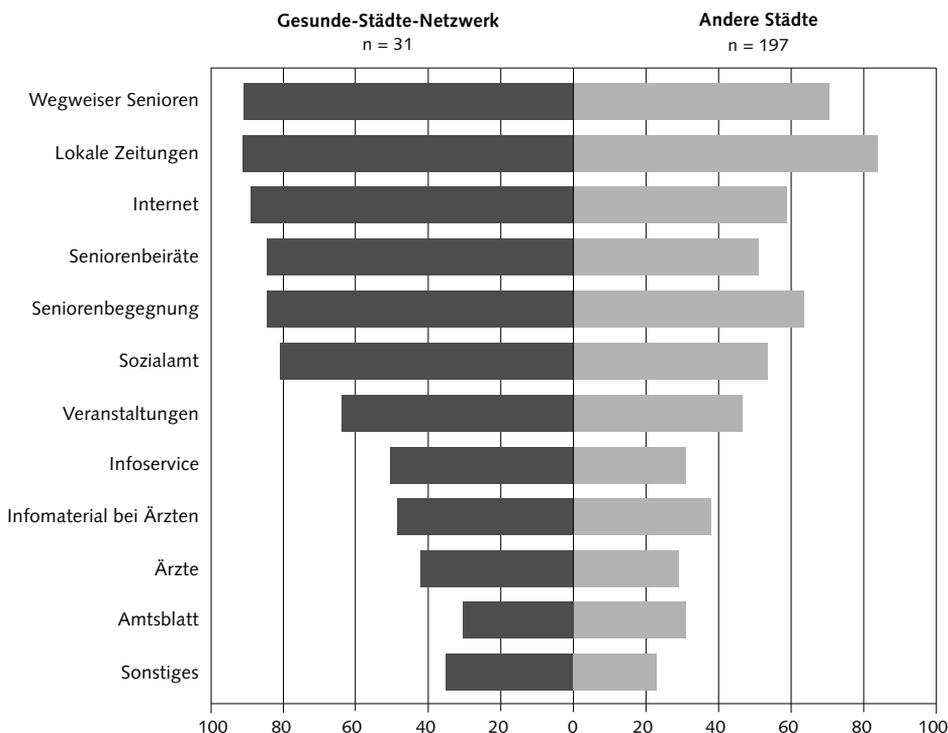
an, für sozial benachteiligte ältere Menschen Angebote zu machen. Auch ältere Migrantinnen und Migranten (absolut 15 Städte und Gemeinden) sowie nicht mobile Menschen (absolut 12 Städte und Gemeinden) werden intensiver angesprochen.

Mit der Frage nach den Kommunikationsmedien und -mittlern bzw. -mittlerinnen verbindet sich die Frage, welche Zugangswege genutzt werden, um die Zielgruppe der älteren Menschen anzusprechen. Tatsächlich wird ein sehr breites Spektrum an Kommunikationswegen genutzt (Abbildung 29; vgl. auch Tabelle A-46 im Anhang). Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk nutzen mit dem „Seniorenwegweiser“ an erster Stelle ein zumindest auf die Zielgruppe spezifisch zugeschnittenes Instrument, die anderen Städte nutzen vor allem die lokalen Zeitungen als einen der „klassischen“ Vertriebswege. Es wird Informationsmaterial an sehr unterschiedlichen Stellen zur Verfügung gestellt, es scheint jedoch nur wenig bis keine gezielte, eventuell auch persönliche, Ansprache zu erfolgen. Insgesamt nutzen die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk alle Kommunikationsmedien etwas intensiver.

Tab. 6: Angebote für ausgewählte Zielgruppen, Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)

Zielgruppe	Gesunde-Städte-Netzwerk	Andere Städte
Ältere Migranten	57,7	15,5
Nicht mobile ältere Menschen	44,4	27,5
Sozial benachteiligte ältere Menschen	33,3	8,4

Abb. 29: Kommunikationsmedien und Mittler: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

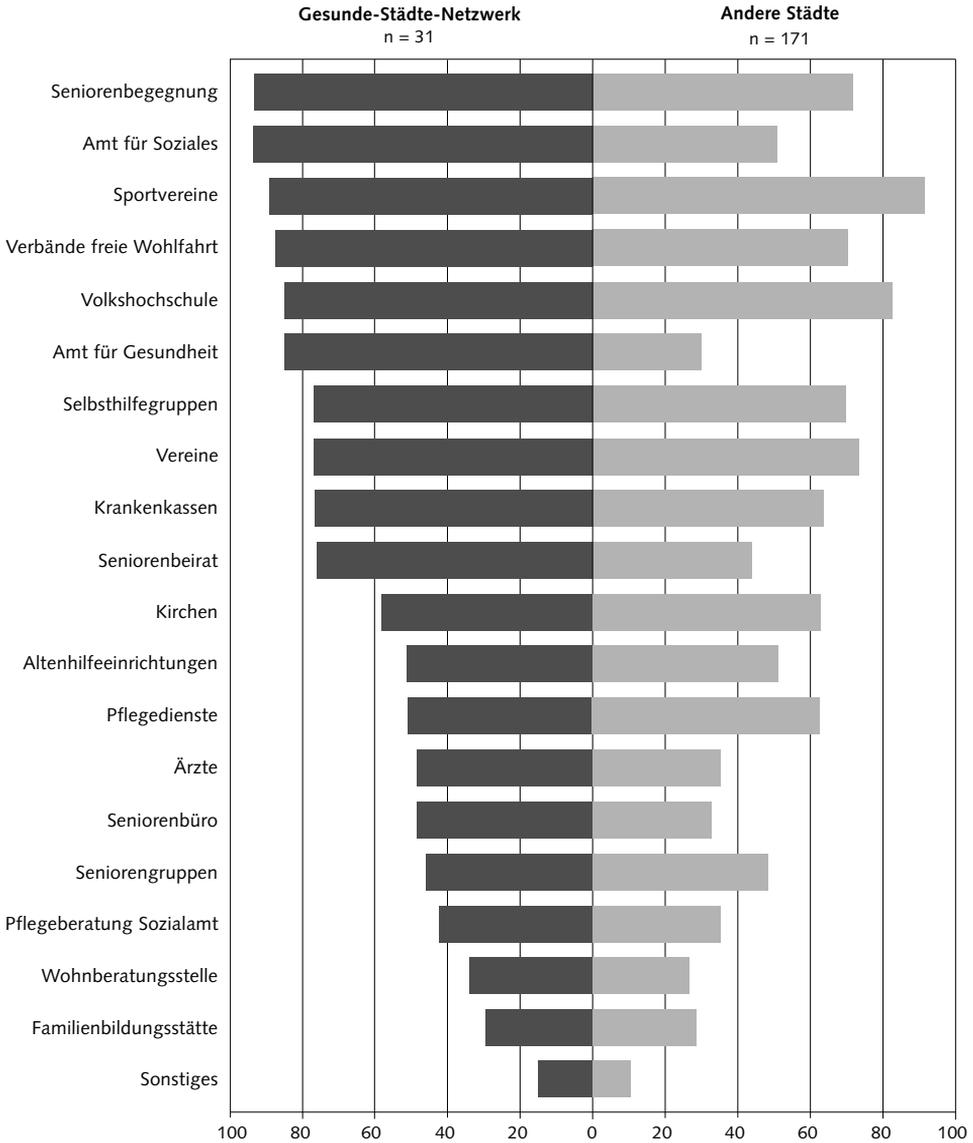
In den Städten und Gemeinden der neuen Länder (vgl. Tabelle A-47 im Anhang) werden vor allem die Seniorenbeiräte stärker in die Informationsvermittlung eingebunden. Ebenso werden Veranstaltungen stärker genutzt, aber auch das lokale Amtsblatt.

3.8 Akteure und Kooperation im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

In den Städten und Gemeinden, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, sehen sich die kommunalen Akteure deutlich stärker „in der Pflicht“ (Abbildung 30; vgl. auch Tabelle A-48 im Anhang). Sowohl das Amt für Soziales als auch das Gesundheitsamt

gehören zu den am häufigsten genannten Akteuren im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ – ganz im Unterschied zu den anderen Städten. Hier spielen vermutlich die größere Sensibilität für das Thema, aber auch ein anderes Selbstverständnis sowohl des Sozial- als auch des Gesundheitsamtes eine wichtige Rolle.

Abb. 30: Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)

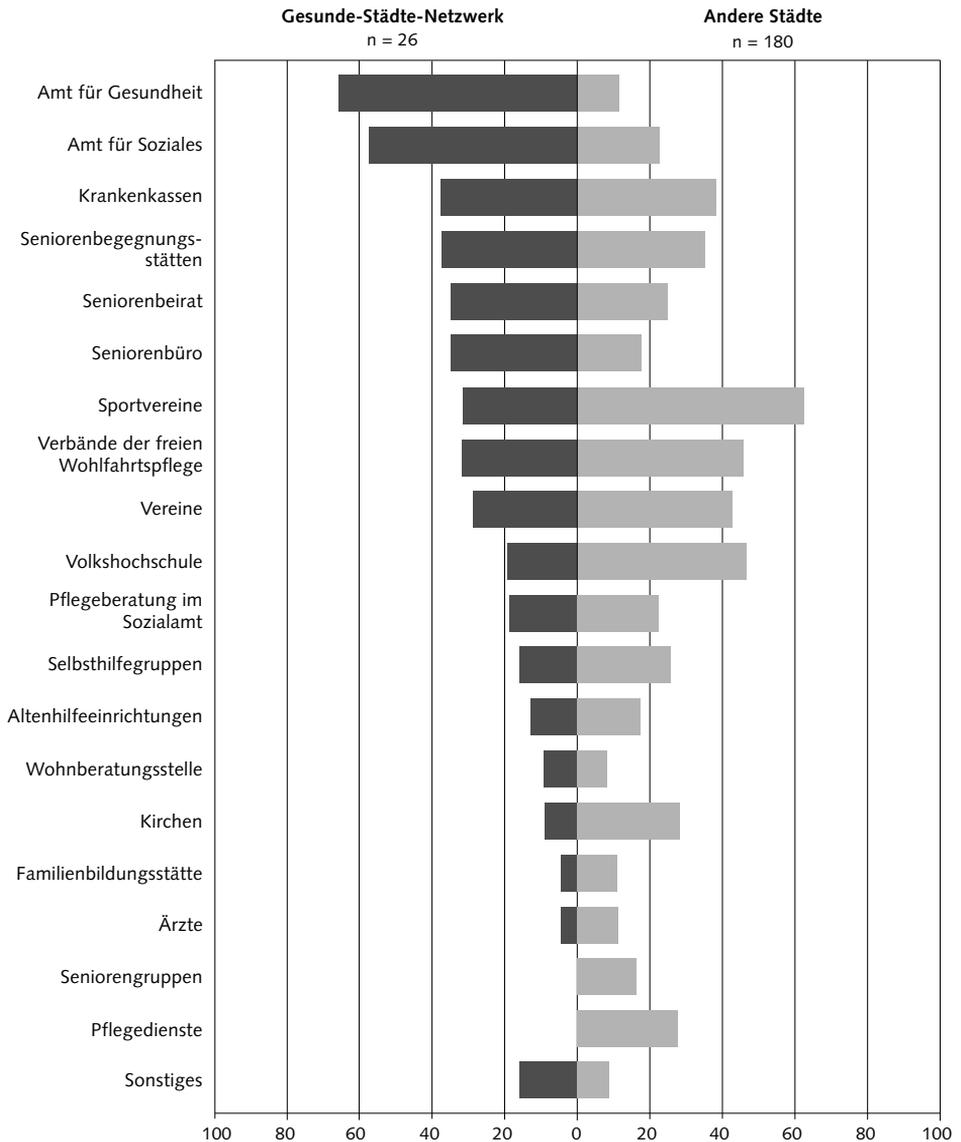


Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006



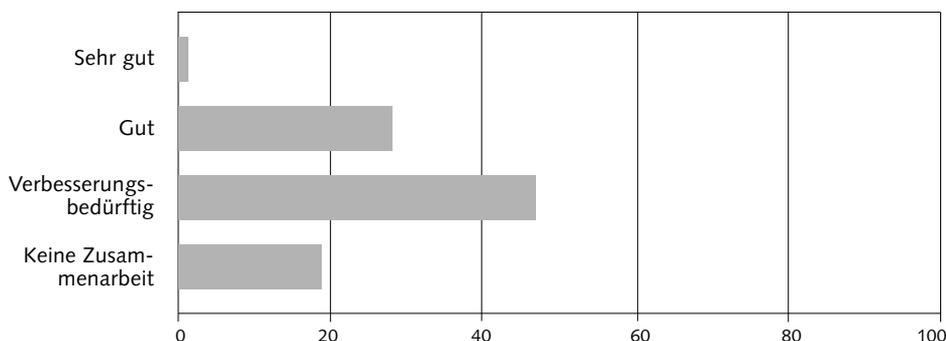
Dieser Eindruck bestätigt sich noch einmal deutlich bei der Frage nach den „fünf wichtigsten“ Akteuren (Abbildung 31; vgl. auch Tabelle A-49 im Anhang). Hier steht bei den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk das Gesundheitsamt sogar an erster Stelle, gefolgt von Amt für Soziales, den Krankenkassen und Seniorenbegegnungsstätten. Die

Abb. 31: Wichtigste Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Abb. 32: Zusammenarbeit der Akteure: Alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent)



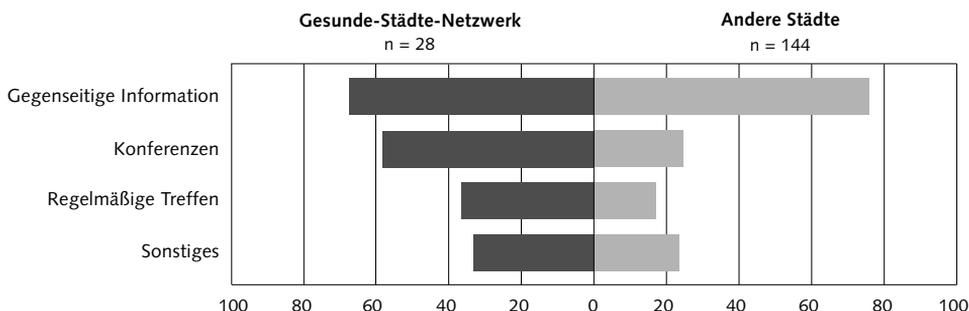
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

anderen Städte sehen dagegen die Sportvereine als den wichtigsten Akteur (da am häufigsten genannt unter den fünf wichtigsten), gefolgt von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, den Volkshochschulen und Vereinen generell.

Vergleicht man die Antworten der Städte und Gemeinden in den alten und neuen Ländern (vgl. Tabelle A-50 im Anhang), so werden in den neuen Ländern Seniorenbeirat, Selbsthilfegruppen, Seniorenbegegnungsstätten und Ärztinnen bzw. Ärzte häufiger genannt. In den alten Ländern spielen Sportvereine, Kirchen, unabhängige Seniorengruppen, Volkshochschulen und Familienbildungsstätten eine größere Rolle.

Die Zusammenarbeit der Akteure wird nur von einem knappen Drittel der Städte und Gemeinden als zumindest gut bewertet, mehr als zwei Drittel hält die Zusammenarbeit für verbesserungsbedürftig bzw. arbeitet gar nicht zusammen (Abbildung 32). Diese

Abb. 33: Formen der Zusammenarbeit: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

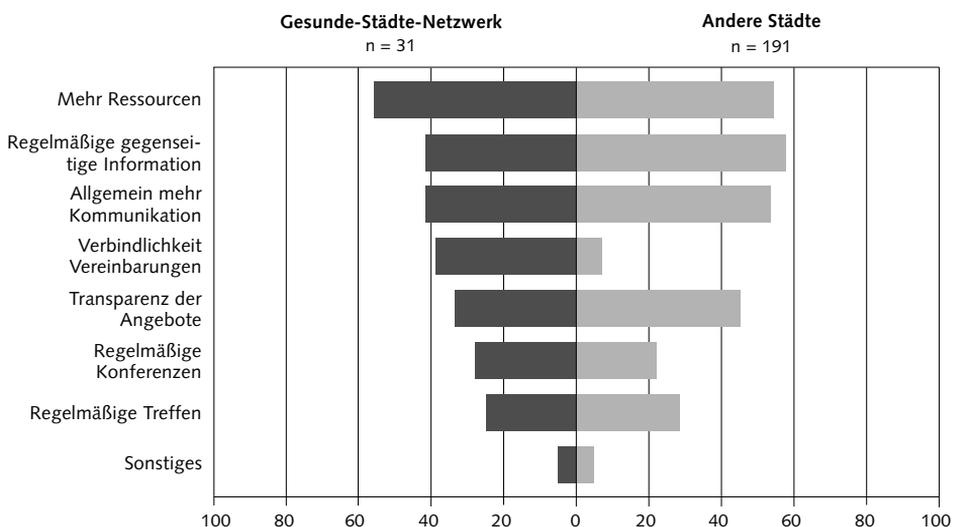
Einschätzung ist in den Städten, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, ebenfalls nur graduell besser.

Bei den Formen der Zusammenarbeit der Akteure überwiegen bei den anderen Städten eher „weiche“ Formen wie gegenseitige Information. Bei den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk gehört die gegenseitige Information ebenfalls dazu, daneben werden jedoch stärker verbindliche Formen wie Konferenzen oder regelmäßige Treffen stärker genutzt (Abbildung 33 auf Seite 51; vgl. auch Tabelle A-51 im Anhang).

Eine interkommunale Zusammenarbeit gibt es im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ bestenfalls punktuell. Immerhin ein Drittel der Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk (absolut zehn Städte und Gemeinden) gibt an, interkommunal zu kooperieren, gut ein Fünftel strebt eine interkommunale Kooperation an. Unter den anderen Städten kooperiert lediglich ein gutes Zehntel (13,4%) interkommunal, ein Viertel gibt an, eine interkommunale Kooperation anzustreben.

Bei den Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation nennen die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk ebenfalls vor allem die verbindlicheren Ansätze, die anderen Städte sähen Verbesserungen auch schon dann, wenn es insgesamt mehr Kommunikation und Information mit einer Regelmäßigkeit gäbe (Abbildung 34; vgl. auch Tabelle A-52 im Anhang). Übereinstimmend nennen beide Gruppen „mehr Ressourcen“. Für die

Abb. 34: Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

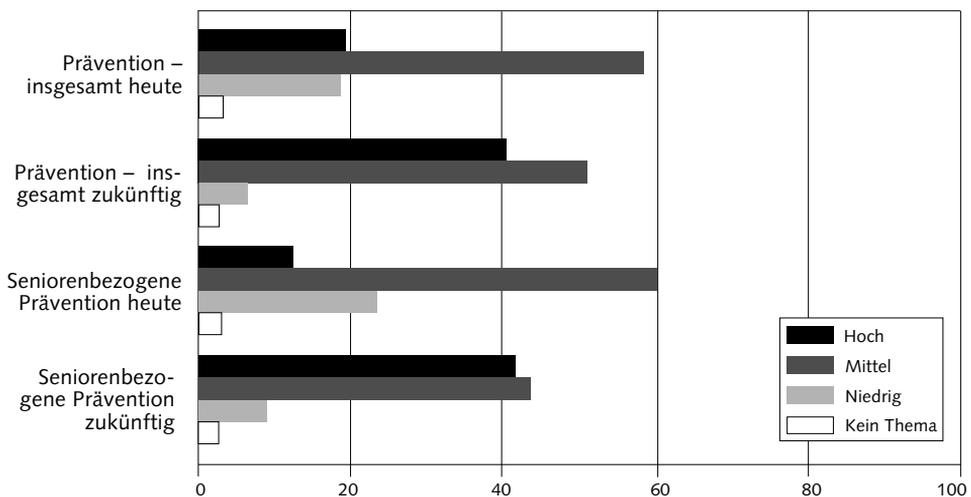
Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk ist dies der am häufigsten genannte Ansatz zur Verbesserung, vermutlich mitbegründet durch ein deutlich aktiveres Verständnis der eigenen Rolle und Funktion. Bei den anderen Städten wird die regelmäßige gegenseitige Information für noch etwas wichtiger gehalten.

3.9 Situation und Perspektiven des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

Prävention insgesamt ist in den Städten und Gemeinden heute ein Thema mit mittlerer Relevanz, das allerdings zukünftig in der Einschätzung der befragten Akteure wichtiger werden wird. Ähnliches gilt für die seniorenbezogene Prävention (Abbildung 35; vgl. auch Tabelle A-53 im Anhang).

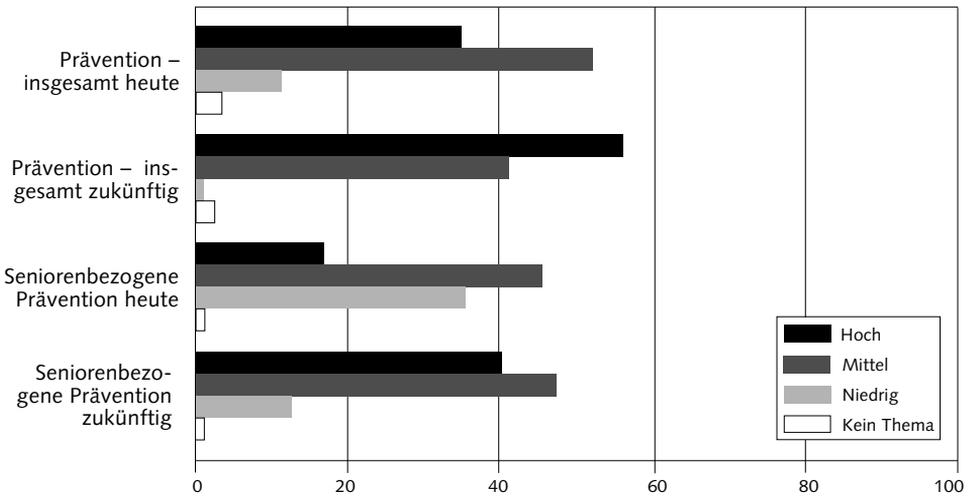
Höher wird die Bedeutung in den Mitgliedsstädten des Gesunde-Städte-Netzwerks gesehen: Hier räumen schon heute fast 50% der Städte der Prävention eine hohe Bedeutung ein, zukünftig sind es fast 80%. Die seniorenbezogene Prävention wird heute allerdings auch in den Mitgliedsstädten des Gesunde-Städte-Netzwerks noch nicht für sehr wichtig

Abb. 35: Stellenwert Prävention heute und zukünftig: Alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent von n = 227)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

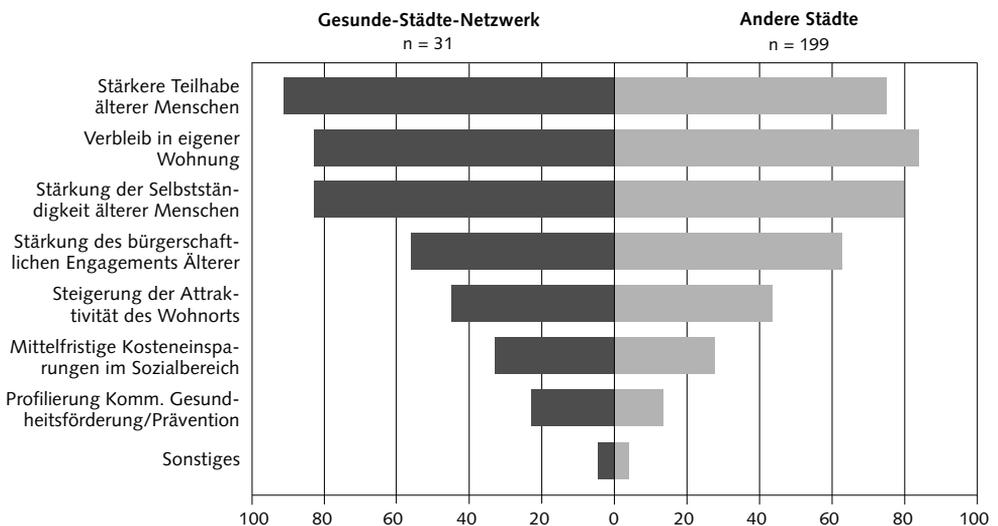
Abb. 36: Stellenwert Prävention heute und zukünftig: Landkreise (Angaben in Prozent von n = 82)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

gehalten – ähnlich wie in den anderen Städten. Zukünftig dagegen räumen drei Viertel der Mitgliedsstädte des Gesunde-Städte-Netzwerks der seniorenbezogenen Prävention einen hohen Stellenwert ein.

Abb. 37: Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)



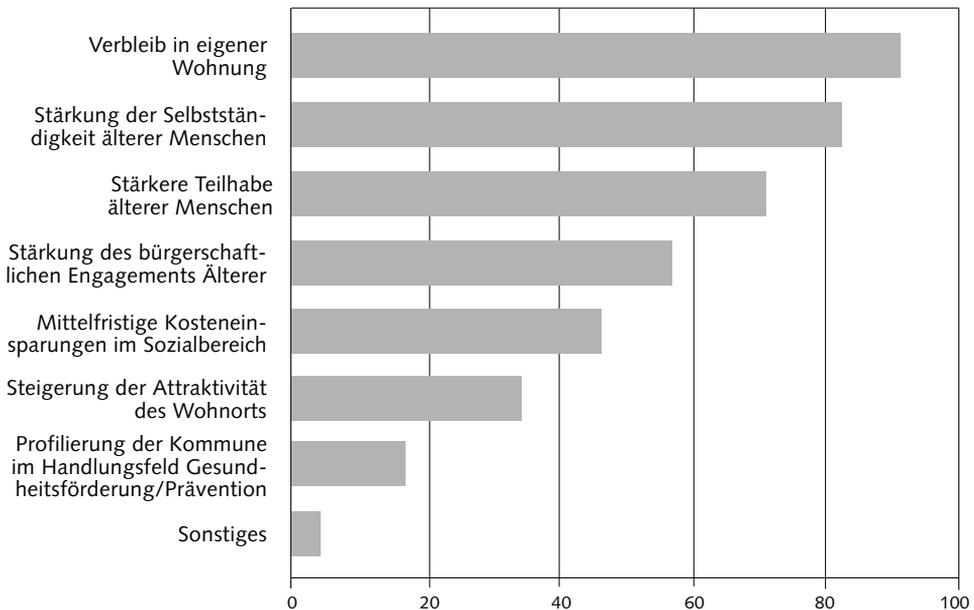
Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Die Akteure in den Landkreisen liegen in ihrer Einschätzung „zwischen“ den Mitgliedsstädten des Gesunde-Städte-Netzwerks und den anderen Städten (Abbildung 36; vgl. auch Tabelle A-54 im Anhang). Mehr als ein Drittel gibt der Prävention schon heute einen hohen Stellenwert. Auch die seniorenbezogene Prävention halten sie heute schon für wichtiger und erwarten für die Zukunft noch einen starken Bedeutungsgewinn.

Auch in der Differenzierung „Städte und Gemeinden alte Bundesländer – neue Bundesländer“ gibt es Unterschiede (vgl. Tabelle A-55 im Anhang). Die Städte und Gemeinden in den neuen Ländern räumen bereits heute Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert ein, der sich zukünftig noch erhöhen wird. Städte in den alten Bundesländern geben auch zukünftig nur zu einem guten Drittel Gesundheitsförderung und Prävention eine hohe Wichtigkeit.

Im Spektrum der Ziele stehen die Stärkung von Teilhabe und Selbstständigkeit sowie das Ermöglichen des Verbleibs in der eigenen Wohnung im Vordergrund (Abbildung 37; vgl. auch Tabelle A-56 im Anhang). Der Aspekt „Kosteneinsparungen“, die mittelfristig über einen stärkeren Einsatz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu realisieren sein könnten, ist nur sehr nachrangig.

Abb. 38: Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Landkreise (Angaben in Prozent von n = 82)

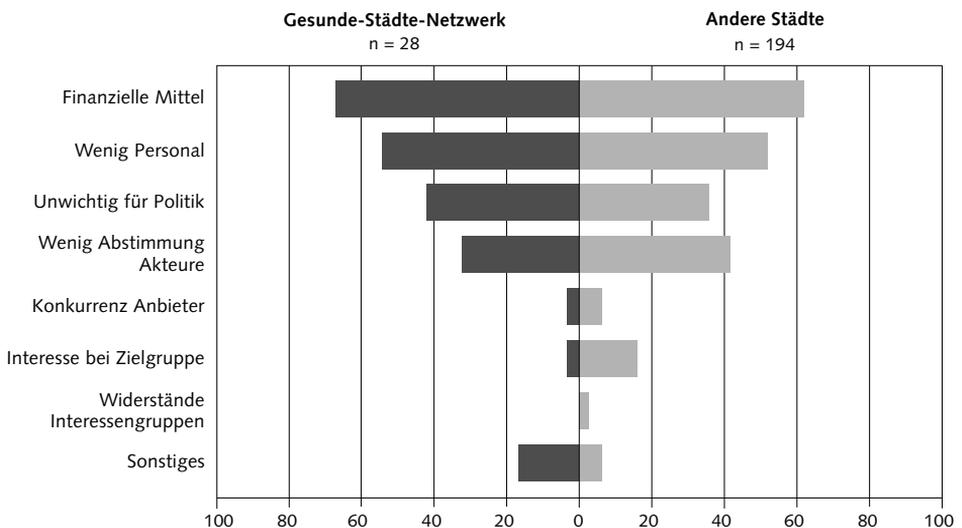


Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Auch bei den Landkreisen stehen im Spektrum der Ziele die Stärkung von Teilhabe und Selbstständigkeit und das Ermöglichen des Verbleibs in der eigenen Wohnung im Vordergrund. Der Aspekt „Kosteneinsparungen“ wird immerhin von 45% der Akteure in den Landkreisen – also häufiger als in den Städten und Gemeinden – genannt (Abbildung 38 auf Seite 55).

In den neuen Bundesländern wird das Ziel „Steigerung der Attraktivität des Wohnorts“ erheblich häufiger als in den alten Bundesländern genannt (vgl. Tabelle A-58 im Anhang). Hier spiegeln sich die Bemühungen zahlreicher Kommunen in den neuen Ländern wider, sich stärker auch als seniorenorientierter Wohnort zu profilieren – mit entsprechender Infrastruktur und entsprechenden Angeboten vor dem Hintergrund ihrer spezifischen demografischen Entwicklung (Abwanderung jüngerer Menschen, Verbleib der älteren und alten Menschen).

Abb. 39: Engpässe seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte (Angaben in Prozent)

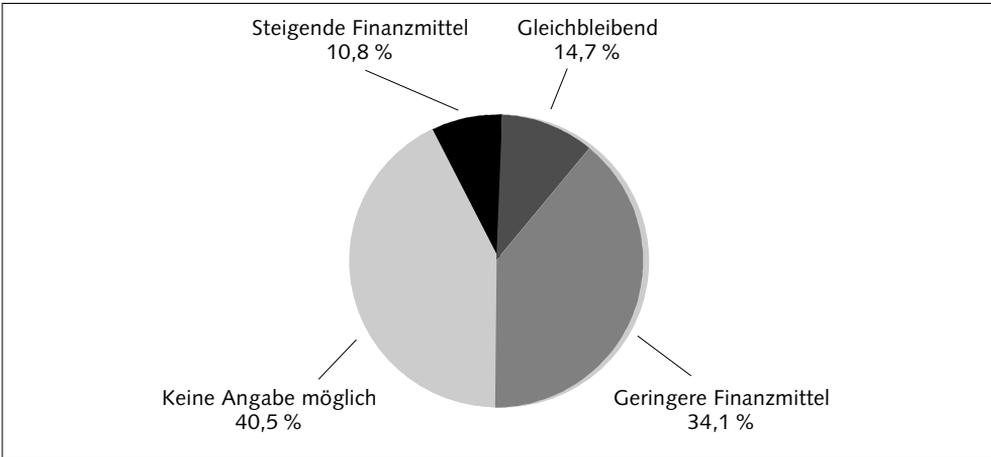


Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Die Engpässe sind in der Häufigkeit der jeweiligen Nennungen ähnlich. An erster Stelle werden Finanzen genannt, gefolgt von Personal, fehlender Abstimmung der Akteure bzw. der Einschätzung, dass die Politik dem Thema keine Bedeutung beimisst (Abbildung 39; vgl. auch Tabelle A-59 im Anhang).

Die Angaben zu den finanziellen Aspekten sind sehr lückenhaft, über 40% konnten keine Angaben machen. Der größere Teil der Städte und Gemeinden erwartet, dass die Finanz-

Abb. 40: Entwicklung kommunaler Finanzmittel für seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten 5 Jahren: Alle Städte und Gemeinden (Angaben in Prozent von n = 232)



Quelle: Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

mittel für Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten fünf Jahren weniger werden (Abbildung 40; vgl. auch Tabelle A-61 im Anhang). Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk sind hier sogar noch skeptischer (vgl. Tabelle A-62 im Anhang). Fast 55% erwarten (im Unterschied zu einem knappen Drittel in den anderen Städten), dass die Finanzmittel reduziert werden.

**ZUSAMMENFASSUNG
UND ERSTE SCHLUSS-
FOLGERUNGEN**

4

Seniorenarbeit/-politik

1. Das Handlungsfeld Seniorenpolitik hat heute in deutschen Städten und Gemeinden eine „mittlere“ Bedeutung. Nur wenige Städte und Gemeinden gewichten das Thema hoch. Tendenz: Je größer die Stadt, desto wichtiger.
2. Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, messen der „Seniorenpolitik“ auch heute schon mehrheitlich eine hohe Bedeutung zu.
3. Gute Rahmenbedingungen kommunaler Seniorenpolitik sind umso eher vorhanden, je größer eine Kommune ist.
4. 43% der Städte und Gemeinden und 55% der Landkreise, die geantwortet haben, verfügen heute über einen kommunalen Altenhilfeplan. Von diesen Kommunen haben immerhin knapp zwei Drittel auch den Aspekt von Gesundheitsförderung und Prävention aufgenommen (dies sind knapp 20% aller Kommunen, die die Umfrage beantwortet haben).
5. Lediglich in etwas mehr als einem Zehntel der Städte und Gemeinden und in etwa einem Siebtel der Landkreise werden (regelmäßig oder sporadisch) Gesundheitsberichte erstellt, die auch die Situation älterer Menschen erfassen.
6. Kommunale Sozialberichte werden vor allem von Großstädten (ab 200 000 Einwohnern und Einwohnerinnen) regelmäßig erstellt.
7. Sehr häufig finden in Städten, Gemeinden und Landkreisen Aktionstage, Seniorenwochen o.Ä. statt.
8. Seniorenbegegnungsstätten, sowohl stadtteilbezogen als auch stadtteilübergreifend, gibt es in fast allen Städten und Gemeinden.
9. Gut die Hälfte aller Städte und Gemeinden bietet einen spezifischen Sozialdienst für Senioren an.
10. Nur 36 Städte (15%) geben an, ein Sportentwicklungskonzept zu haben, das auch Seniorensport einbezieht.
11. Über alle Städte und Gemeinden und Landkreise betrachtet gibt es ein breites Spektrum an Handlungsansätzen in der Seniorenpolitik. Die am häufigsten genannten Handlungsbereiche (und auch die wichtigsten) sind Wohnen, Begegnung, Ehrenamt.
12. In den Städten, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, spielen quartiersbezogene Ansätze der Prävention eine deutlich größere Rolle, Städte, die nicht Mitglied sind, betonen Aktivitäten im Sport stärker.

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen

13. Knapp 50% aller Städte und Gemeinden bewerten Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen als „sehr wichtig“ und „wichtig“. Bei den Landkreisen liegt die Zahl sogar noch etwas höher (57,7%).
14. In den Städten und Kreisen, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, bewerten sogar gut drei Viertel Gesundheitsförderung und Prävention als „sehr wichtig“ und „wichtig“; keine dieser Städte macht die Angabe „unwichtig“.
15. Unter den Angeboten stehen nach der Häufigkeit der Nennungen an erster Stelle „Sport und Bewegung“, gefolgt von „Wohnberatung“ und – mit kleinen Abwei-

chungen in den Rangplätzen – „risikogruppenbezogenen Maßnahmen“, Kurse zu den Themen „richtige Ernährung“ und „Umgang mit Stress“ sowie die „aufsuchende Sozialarbeit“.

16. Die Städte und Kreise, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, sind tendenziell häufiger „federführend“ als die anderen Städte. Ebenso wirken sie erheblich öfter zumindest mit, als es die anderen Städte tun (zum Beispiel bei „risikogruppenbezogenen Maßnahmen“, Kursangeboten zu Stressbewältigung, Kursangeboten zu Ernährung, im Gedächtnistraining, bei Maßnahmen zur Stärkung des familiären Pflegepotenzials).
17. Eine Mehrheit von Städten und Gemeinden gibt an, dass bei der Bereitstellung der Angebote zumindest häufig Wohnortnähe und Barrierefreiheit beachtet werden.
18. Über alle Kommunen, unabhängig von der Größe der Kommune oder der Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk, zeigen sich deutliche Lücken im Wissen um Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote in den Bereichen „Gesundheitsförderung und Prävention“. Die Informationen sind in der Regel „teilweise“ vorhanden.
19. Nicht erreichte Gruppen sind in allen Städten und Gemeinden – mit deutlichem Abstand – ältere Migrantinnen und Migranten, nicht mobile ältere Menschen und bildungsferne ältere Menschen. Allerdings ist auch der Anteil nicht erreichter älterer Männer im Vergleich zu dem der Frauen sehr hoch. Über Sportangebote werden Männer tendenziell besser erreicht als generell über Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention.
20. Nur etwa ein Viertel der (Anbieter in den) Städte(n) und Gemeinden bietet spezifische Angebote für ausgewählte Zielgruppen. Am häufigsten werden Angebote für nicht mobile ältere Menschen genannt.
21. Ein offensichtliches Defizit sind Angebote für sozial benachteiligte/bildungsferne Menschen (nur ein knappes Zehntel der Kommunen), die im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention immer wieder als besonders wichtige Zielgruppe genannt werden. Von den Städten, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, gibt immerhin ein Drittel an, dass sie spezifische Angebote für diese Zielgruppe vorhalten.
22. Alle Kommunikationsmedien werden breit genutzt. Ein knappes Drittel der Städte streut Informationen über einen „Informationsservice/Hotline“.
23. Die Akteurslandschaft ist vielfältig. In den Städten und Kreisen, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, sehen sich Kommune/Verwaltung deutlich stärker in der Pflicht. Die Ämter für Gesundheit in den kreisfreien Städten und die Verwaltungsstellen für Soziales zählen sich zu den wichtigsten Akteuren. Auch Seniorenbüro und Seniorenbeirat werden von deutlich mehr Gesunde-Städte-Kommunen als Akteure genannt (am häufigsten werden Seniorenbegegnungsstätten genannt). Die Städte, die nicht Mitglied sind, nennen häufiger Pflegedienste und Kirchen.
24. Die Zusammenarbeit der Akteure wird nur von einem knappen Drittel der Städte und Gemeinden als zumindest gut bewertet. Mehr als zwei Drittel halten die Zusammenarbeit für verbesserungsbedürftig bzw. arbeiten gar nicht zusammen.

25. Auch interkommunale Zusammenarbeit gibt es nur in einem Zehntel der Städte und Gemeinden, ein Fünftel gibt immerhin an, eine interkommunale Zusammenarbeit anzustreben.
26. Die Formen der Zusammenarbeit der Akteure sind unterschiedlich. Bei den Nicht-Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk überwiegen „weiche“ Formen wie gegenseitige Information, bei den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk werden häufiger verbindliche(re) Formen der Zusammenarbeit wie Konferenzen und regelmäßige Treffen genannt.
27. Bei den Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation nennen die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk ebenfalls vor allem die verbindlicheren Ansätze. Nicht-Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk würden bereits insgesamt mehr Kommunikation (und Transparenz) mit einer Regelmäßigkeit als Verbesserungen bewerten.
28. Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt ist heute ein Thema mit mittlerer Relevanz, das allerdings zukünftig in der Einschätzung der befragten Akteure wichtiger werden wird, Ähnliches gilt für die seniorenbezogene Prävention. Mitgliedsstädte im Gesunde-Städte-Netzwerk bewerten das Thema bereits heute als wichtiger. Ähnliches gilt für die Landkreise, die mit ihren Bewertungen „dazwischen“ liegen.
29. Ziele der Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind vor allem eine stärkere Teilhabe älterer Menschen, die Stärkung der Selbstständigkeit älterer Menschen sowie das Ermöglichen des Verbleibs in der eigenen Wohnung.
30. Als Engpässe in der Arbeit werden in der Häufigkeit der jeweiligen Nennungen ähnliche Angaben gemacht: Finanzen, Personal und fehlende Abstimmung.
31. Die Angaben zu finanziellen Aspekten sind sehr lückenhaft (über 40 % „keine Angaben“ möglich). Der größere Teil der Städte und Gemeinden erwartet, dass die Finanzmittel für Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten fünf Jahren weniger werden. Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk sind noch skeptischer.

Exkurs: Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen

32. Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen werden von fast 70 % aller Städte und Gemeinden als „sehr wichtiges“ oder „wichtiges“ Handlungsfeld gesehen. Es wird damit für deutlich wichtiger gehalten als das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“.
33. Es gibt ein sehr breites Angebot im Bereich Sport und Bewegungsförderung, in der Regel ist die Kommune nicht „federführend“. Wichtigster Akteur sind die Sportvereine. Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, nennen Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Krankenkassen und Familienbildungsstätten häufiger als Anbieter.
34. Bislang gibt es nur wenige Angebote zum Thema „Sturzprophylaxe“.

Erste Schlussfolgerungen

In vielen Kommunen ist das Thema und Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ nur von mittlerer Bedeutung. Zukünftig ist viel stärker erforderlich, das Thema als eigene Gestaltungsaufgabe zu erkennen, Konzepte zu entwickeln, machbare

und umsetzbare Ziele festzulegen, geeignete Maßnahmen abzuleiten und passende Akteure zu identifizieren und zu koordinieren. Die Sensibilisierung für das Thema in Verwaltung und Politik sowie bei einer Vielzahl von Akteuren bzw. Akteurinnen sowie die Umsetzung konkreter Maßnahmen sind umfassende, langwierige Aufgaben. Erschwerend kommt hinzu, dass nur wenige Vorerfahrungen vorliegen. Kinder und Jugendliche, und damit die Settings Kindergarten/Kita, Schule und Betrieb, stehen bislang im Vordergrund. Die „Gerontologisierung“ der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention (Naegele 2004b, S. 11) hat bislang kaum stattgefunden.

Erforderlich sind eigene Fort- und Weiterbildung der kommunalen Akteure und eine enge Kooperation mit einer Vielzahl weiterer Akteure. Einige Schritte weiter sind die Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind. In den thematisch betroffenen Verwaltungsstellen ist bereits ein Bewusstseinswandel vollzogen oder zumindest auf dem Weg, dass es in diesem Handlungsfeld auch um eine kommunale Gestaltungsaufgabe geht. Gesundheitsamt und Sozialamt sehen sich selbst viel stärker in der Verantwortung, wenn es darum geht, aktiv an Gesundheitsförderung und Prävention mitzuwirken. Das überwiegende Denken als „Versorger“ ist einem veränderten Selbstverständnis gewichen. 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.

Mehr und regelmäßige Kooperation der verschiedenen Akteure im Bereich Gesundheit und Pflege auf Ebene der Gesamtstadt, aber auch im Quartier, sind wichtige Erfolgsvoraussetzungen. Die Umfrage bestätigt auch, dass die Defizite weniger in der Breite der Angebote, die bereits vorhanden sind, als in der mangelnden Kooperation der verschiedenen Anbieter und in der Kommunikation der Angebote zu den verschiedenen Zielgruppen (besonders untere soziale Schichten, bildungsferne Menschen, Migrantinnen und Migranten, teilweise ältere Männer) liegen.

Der konsequente Einsatz von Koordinierungs- und Steuerungsinstrumenten wie (mindestens) regelmäßiger Informationsaustausch oder regelmäßige Gesundheits- oder Pflegekonferenzen muss intensiviert werden. Sicher ist dies nur schrittweise zu realisieren. Viele Angebote werden kommerziell bereitgestellt, verfolgen andere Interessen als Gesundheitsförderung und Prävention und sind oft bei den kommunalen Akteuren nicht bekannt. Kommunen könnten intensiver versuchen, als „Knoten im Netz“ – als zentraler Informations- und Kontaktpunkt für andere Anbieter – zu fungieren. Es geht weniger darum, selbst ein möglichst breites Spektrum an Angeboten vorzuhalten.

Ebenfalls eine wichtige Voraussetzung ist eine lokale Gesundheitsberichterstattung. Die Umfrage bestätigt, dass lediglich in etwas mehr als einem Zehntel der Städte und Gemeinden und in etwa einem Siebtel der Landkreise (sporadisch oder regelmäßig) Gesundheitsberichte erstellt werden, die auch die Situation älterer Menschen erfassen. Notwendig wäre eine möglichst kleinräumige und zielgruppenorientierte Berichterstat-

tung über Gesundheitsrisiken und die spezifischen Versorgungsstrukturen, um vor diesem Informationshintergrund die relevanten Settings und entsprechende Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln. Gerade im Hinblick auf ältere Menschen wäre es wichtig, die Aspekte Altersmorbidity und Pflegebedürftigkeit aufzunehmen. Wie wichtig diese informatorischen Grundlagen sind, müsste noch stärker – über Beispiele sowie über Modellansätze – in die Kommunen hineingetragen werden.

Sehr viel stärker muss es darum gehen, die „Zugangswege“ zur gezielten Ansprache älterer Menschen vor Ort zu identifizieren und zu nutzen. Der Frage, welches die „richtigen“ Settings sind, um ältere Menschen zu erreichen und gezielt ansprechen zu können – dies gilt besonders für bildungsferne/sozial schwache Menschen –, sollte zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt werden. Es ist zu vermuten, dass im Zusammenhang mit älteren/alten Menschen das Setting Stadtteil/Quartier eine große Rolle spielen könnte, da vor dem Hintergrund tendenziell geringer werdender Mobilität die unmittelbare Wohnumgebung an Bedeutung gewinnt. Die „eingeführten“ Settings Kindergarten/Kita, Schule und Betrieb verlieren an Bedeutung. Allerdings ist der Stadtteil noch nicht lange als Setting der Gesundheitsförderung im Blick. Daher fehlen hier meist die Erfahrungen – insgesamt und besonders im Hinblick auf die spezifische Zielgruppe der älteren und alten Menschen¹⁰.

Vor dem Hintergrund der kommunalen Finanzsituation sollten die kommunalen Akteure stärker den Aspekt der möglichen Einsparungen thematisieren, die durch eine rechtzeitige und frühzeitige Gesundheitsförderung und Prävention möglich sind – auch gegenüber politischen Akteuren (im Sinne von Kostenvermeidung, „ambulant vor stationär“, Hinauszögern der Notwendigkeit, Leistungen in Anspruch zu nehmen durch Stärkung der Selbstständigkeit, Teilhabe etc.). Dies sollte nicht das leitende Motiv für Aktivitäten im Handlungsfeld sein, stellt jedoch mittel- bis langfristig einen nicht gering zu bewertenden Vorteil von Aktivitäten von Gesundheitsförderung und Prävention dar und könnte gerade auch das Thema der auf ältere Menschen bezogenen Gesundheitsförderung und Prävention befördern. Ein größerer Teil der zu erwartenden Kosten ließe sich durch frühzeitige Gesundheitsförderung und Prävention vermeiden oder zumindest reduzieren.

10 Als ein Beispiel, in dem der Stadtteil die Handlungsebene darstellt, sei hingewiesen auf das Projekt „Gesund älter werden im Stadtteil“ im Rahmen der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“, in Kooperation mit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen. Darin werden mit Unterstützung durch die Quartiersmanager bzw. -managerinnen des Bundesländer-Programms Soziale Stadt älteren und alten Menschen vor allem Bewegungsangebote nahegebracht. Das Modell wird zunächst an zehn Standorten in NRW erprobt. Betriebskrankenkassen haben ihre Unterstützung in einzelnen Stadtteilen zugesichert und Projektpartnerschaften übernommen. Neben vielen positiven Erfahrungen zeigt sich allerdings auch, dass die Ansprache nicht einfach ist und sich vor allem die Menschen motivieren lassen, die ohnehin schon aktiv sind; www.teamgesundheit.de, 22. 1. 2007; Soziale Stadt info, Nr. 20, 2007.

LITERATUR

5

- Altgeld, T., Bächlein, B., Deneke C. (Hrsg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen!, Frankfurt am Main.
- Amt für Soziale Angelegenheiten und Altenarbeit der Stadt Heidelberg (Hrsg.) (2002): Älter werden in Heidelberg. Aktiv altern. In: Schriftenreihe des Amtes für Soziale Angelegenheiten und Altenarbeit, Heft 3, Heidelberg.
- Amt für Soziales und Wohnen der Stadt Duisburg (Hrsg.) (2002): Selbständiges Wohnen im Alter in Duisburg. Abschlussbericht, Duisburg.
- Baden-Württemberg, Ministerium für Kultur, Jugend und Sport und Landessportverband Baden-Württemberg (Hrsg.) (2002): Bewegte Kommune – Gesunde Kommune, Schorndorf.
- BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2004): Raumordnungsprognose 2020. Informationen zur Raumentwicklung, Heft 3/4.
- Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2006): Älter werden – aktiv bleiben. Herausforderungen, Lösungswege, Reaktionen. Carl Bertelsmann-Preis 2006, Gütersloh.
- Blaumeiser, H. et al. (2002): Handbuch kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden, Frankfurt am Main.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002): Der Alterssurvey, Berlin <<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=35236.html> vom 3. 8. 2005>.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen, Köln.
- DEMO, Heft 12/2006 – 1/2007, Titelthema: Gesundheit ist (auch) eine kommunale Aufgabe, S. 6–16.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2002): Enquête-Kommission demographischer Wandel, Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Abschlussbericht, Berlin.
- Düwel, T. (2005): Älter werden in Kiel. Eine sozialräumlich differenzierte Analyse des zukünftigen Altenhilfe- und Pflegebedarfs, Kiel.
- Fleßa, S. (2006): Gesundheitsförderung und Prävention als diakonischer Auftrag. Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Heft 1/2006, S. 50–67.
- Föbker, S., Schüttemeyer, A., Rauprich, D. und Universität Bonn, Geographisches Institut (Hrsg.) (2003): Freizeitmobilität älterer Menschen im urbanen, suburbanen und ländlichen Raum. Erste empirische Ergebnisse des Forschungsprojektes FRAME. Bonner Beiträge zur Geographie, Heft 18, Bonn.
- Hofmann, H. (2006): Altenpflege und Soziale Dienste – wachsender Bedarf bei fehlenden Mitteln. ifo Schnelldienst 15/2006, S. 24–30.
- Kaufmann, F.-X. (2005): Schrumpfende Gesellschaft. Vom Bevölkerungsrückgang und seinen Folgen, Frankfurt am Main.
- Kliche, T., Kawski, S., Lehmann, H., Stander, V., Töppich, J., Koch, U. (2003): Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung. Das neue Begutachtungssystem der BZgA. Blickpunkt öffentliche Gesundheit, Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 19. Jahrgang, 3/2003, S. 3.
- Klie, T. (Hrsg.) (2002): Fürs Alter planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung, Forschungs- und Projektbericht 18, Freiburg.
- Krieb, C., Reidl, A. (1999): Senioren-Marketing: So erreichen Sie die Zielgruppe der Zukunft, Wien.
- Kruse, A. (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 146, Baden-Baden.
- Mansdörfer, O. und Amt für Stadtentwicklung Karlsruhe (Hrsg.) (2005): Demografischer Wandel in Karlsruhe. 1. Die Lebenssituation der älteren Menschen 2005. Beiträge zur Stadtentwicklung, Heft 19, Karlsruhe.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Land Brandenburg (Hrsg.) (2005): Gesund alt werden – Soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen im Land Brandenburg, Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 4, Potsdam.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (2006): Alt werden im Land Brandenburg. Leitlinien zur Seniorenpolitik der Landesregierung, http://www.brandenburg.de/media/1339/seniorenpolitische_leitlinien.pdf.

- Münsterjohann, U. und Kuratorium Deutsche Altershilfe – KDA – Köln (Hrsg.) (2004): Was bewegt alte Menschen in der Stadt? Ein Plädoyer für eine seniorenfreundliche, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Köln.
- Naegele, G. (2004a): Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter – ein neues Handlungsfeld für die Sozialpädagogik. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 55. Jahrgang, Heft 4/2004, S. 20–28.
- Naegele, G. (2004b): Präventionspotenziale stärken – Aspekte einer altersbezogenen Gesellschaftspolitik, Vortrag am 30. 4. 2004 in Berlin beim 1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung <http://www.forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373_1615_1.PDF?loadDocument&ObjSvrID=373&ObjID=1615&ObjLa=1&Ext=PDF> 20. 7. 2006.
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bundestags-Drucksache 15/5670 vom 9. 6. 2005.
- Schmidt, R. (2002): Soziale Dienste im demographischen Wandel. Für eine Integration gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Versorgungsstrukturen. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, Nr. 5, S. 169–175, Baden-Baden.
- Schwerpunktthema: Was brauchen alte Menschen? Herausforderungen für eine alternde Gesellschaft. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, Nr. 2, Berlin 2006.
- Sozialamt Stuttgart (Hrsg.) (2005): Älter werden in Stuttgart: Strukturen, Entwicklungen, Perspektiven. *Altenhilfeplanung 2005–2010*, Stuttgart.
- Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf (Hrsg.) (2000): *Ziele und Möglichkeiten kommunaler Seniorenpolitik*, Düsseldorf 2000.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden.
- von dem Knesebeck, O., Schäfer, I. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden, S. 241–253.
- Wacker, E. (2004): Fallmanagement in der Altenarbeit. Beispiel: Die Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige in Fellbach. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 151. Jahrgang, Heft 2/2004, S. 65–67.
- WHO/Europa (1986/2007): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, 6. 8. 2007.
- WHO/Europa (2005): *Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen*, http://www.euro.who.int/document/hea/gesundes_altern_g.pdf, 6. 8. 2007.
- Wohlrab, H. (2004): Gesundheitsförderung bei älteren Migranten – Ein Modellprojekt der AWO Göppingen. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 55. Jahrgang, 6/2004, S. 40–45.
- Woll, A., Illner, D., Bös, K. (Hrsg.) (2002): *Bewegte Kommune – gesunde Kommune*, Schorndorf.



ANHANG

6.1 Tabellen*

6.1.1 Beteiligung an der Umfrage

Tab. A-1: Beteiligung an der Umfrage

	angeschrieben	geantwortet	
		absolut	in %
Städte \geq 50 000 E.	187	142	76,0
Städte/Gemeinden 10 000 bis unter 50 000 E. (15 %-Stichprobe)	222	99	44,6
Landkreise (50 %-Stichprobe)	161	87	54,0
Summe	570	328	57,5

Tab. A-2: Beteiligung an der Umfrage – Rücklaufquoten nach Bundesländern

	angeschrieben	geantwortet	
		absolut	in %
Schleswig-Holstein	18	11	61,1
Hamburg	1	1	100,0
Niedersachsen	77	45	58,4
Bremen	2	0	0
Nordrhein-Westfalen	138	86	62,3
Hessen	42	26	61,9
Rheinland-Pfalz	28	18	64,3
Baden-Württemberg	75	41	54,7
Bayern	79	46	58,2
Saarland	10	5	50,0
Berlin	1	1	100,0
Brandenburg	23	9	39,0
Mecklenburg-Vorpommern	14	8	57,1
Sachsen	27	10	37,0
Sachsen-Anhalt	18	12	66,7
Thüringen	17	9	53,0
Summe	570	328	57,5

* Quelle: Deutsches Institut für Urbanistik, Umfrage bei 570 Städten, Gemeinden und Landkreisen im November/Dezember 2006

Tab. A-3: Beteiligung an der Umfrage von Städten und Gemeinden, Verteilung nach Einwohnergrößenklassen

Einwohnergrößenklasse	absolut	%
Bis 50 000	99	41,1
50 000–100 000	76	31,5
100 000–200 000	35	14,5
200 000–500 000	21	8,7
Mehr als 500 000	10	4,1
Summe	241	100,0

6.1.2 Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik auf kommunaler Ebene/Landkreisebene

Tab. A-4: Stellenwert der Seniorenpolitik in Städten, Gemeinden und Landkreisen

	Städte und Gemeinden		Landkreise	
	absolut	%	absolut	%
Hoch	100	43,1	33	40,2
Mittel	120	51,7	43	52,4
Niedrig	12	5,2	6	7,3
Summe	232	100,0	82	100,0



Tab. A-5: Stellenwert der Seniorenpolitik in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen

Stellenwert	Einwohnergrößenklasse									
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.		> 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Hoch	24	25,0	38	52,1	18	54,5	13	65,0	7	70,0
Mittel	65	67,7	32	43,8	13	39,4	7	35,0	3	30,0
Niedrig	7	7,3	3	4,1	2	6,1	0	0	0	0
Summe	96	100,0	73	100,0	33	100,0	20	100,0	10	100,0

Tab. A-6: Stellenwert der Seniorenpolitik, Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte

	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Hoch	20	66,7	80	39,6
Mittel	9	30,0	111	55,0
Niedrig	1	3,3	11	5,4
Summe	30	100,0	202	100,0

Tab. A-7: Zentrale kommunale Kontaktstelle für Senioren in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen sowie in Landkreisen

Kontaktstelle	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	57	59,4	63	82,9	35	100,0	18	85,7
Nicht vorhanden	39	40,6	13	17,1	0	–	3	14,3
Weiß nicht	0	–	0	–	0	–	0	–
Summe	96	100,0	76	100,0	35	100,0	21	100,0

Kontaktstelle	Einw.größenklasse					
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden		Landkreise	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	9	90,0	182	76,5	47	58,0
Nicht vorhanden	1	10,0	56	23,5	33	40,7
Weiß nicht	0	–	0	–	1	1,3
Summe	10	100,0	238	100,0	81	100,0

Tab. A-8: Seniorenbeirat in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen sowie in Landkreisen

Seniorenbeirat	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	42	42,4	64	84,2	28	80,0	21	100,0
Nicht vorhanden	57	57,6	12	15,8	7	20,0	0	–
Weiß nicht	0	–	0	–	0	–	0	–
Summe	99	100,0	76	100,0	35	100,0	21	100,0

Seniorenbeirat	Einw.größenklasse					
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden		Landkreise	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	10	100,0	165	68,5	50	60,2
Nicht vorhanden	0	–	76	31,5	32	38,6
Weiß nicht	0	–	0	–	1	1,2
Summe	10	100,0	241	100,0	83	100,0

Tab. A-9: Kommunaler Altenhilfeplan in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen sowie in Landkreisen

Altenhilfeplan	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	16	16,5	41	55,4	21	60,0	16	76,2
Nicht vorhanden	79	81,4	33	44,6	12	34,3	5	23,8
Weiß nicht	2	2,1	0	–	2	5,7	0	–
Summe	97	100,0	74	100,0	35	100,0	21	100,0

Altenhilfeplan	Einw.größenklasse					
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden		Landkreise	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	8	80,0	102	43,0	45	54,9
Nicht vorhanden	2	20,0	131	55,3	35	42,7
Weiß nicht	0	–	4	1,7	2	2,4
Summe	10	100,0	237	100,0	82	100,0



Tab. A-10: Kommunaler Pflegebedarfsplan in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen sowie in Landkreisen

Pflegebedarfsplan	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	16	17,0	39	53,4	24	68,6	17	85,0
Nicht vorhanden	70	74,5	31	42,5	11	31,4	3	15,0
Weiß nicht	8	8,5	3	4,1	0	–	0	–
Summe	94	100,0	73	100,0	35	100,0	20	100,0

Pflegebedarfsplan	Einw.größenklasse					
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden		Landkreise	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	9	100,0	105	45,5	67	80,7
Nicht vorhanden	0	–	115	49,8	13	15,7
Weiß nicht	0	–	11	4,8	3	3,6
Summe	9	100,0	231	100,0	83	100,0

Tab. A-11: Kommunalen Gesundheitsbericht zur Situation älterer Menschen in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen sowie in Landkreisen

Gesundheitsbericht	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Erstellung regelmäßig	3	3,1	2	2,9	2	5,7	1	4,8
Erstellung sporadisch	1	1,0	3	4,3	4	11,4	6	28,6
Nicht vorhanden	92	93,9	63	90,0	28	80,0	14	66,7
Weiß nicht	2	2,0	2	2,9	1	2,9	0	–
Summe	98	100,0	70	100,0	35	100,0	21	100,0

Gesundheitsbericht	Einw.größenklasse					
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden		Landkreise	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Erstellung regelmäßig	1	11,1	9	3,9	5	6,3
Erstellung sporadisch	4	44,4	18	7,7	8	10,1
Nicht vorhanden	3	33,3	200	85,8	61	77,2
Weiß nicht	1	11,1	6	2,6	5	6,3
Summe	9	100,0	233	100,0	79	100,0



Tab. A-12: Kommunalen Sozialbericht in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen

Sozialbericht	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Erstellung regelmäßig	2	2,1	15	20,3	14	40,0	13	61,9
Erstellung sporadisch	14	14,6	21	28,4	9	25,7	6	28,6
Nicht vorhanden	78	81,3	34	45,9	11	31,4	2	9,5
Weiß nicht	2	2,1	4	5,4	1	2,9	0	–
Summe	96	100,0	74	100,0	35	100,0	21	100,0

Sozialbericht	Einw.größenklasse			
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden	
	abs.	%	abs.	%
Erstellung regelmäßig	4	50,0	48	20,5
Erstellung sporadisch	2	25,0	52	22,2
Nicht vorhanden	1	12,5	126	53,8
Weiß nicht	1	12,5	8	3,4
Summe	8	100,0	234	100,0

Tab. A-13: Aktionswochen für Senioren in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen sowie in Landkreisen

Aktionswoche	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Durchführung regelmäßig	35	35,4	39	51,3	21	61,8	9	42,9
Durchführung sporadisch	20	20,2	27	35,5	10	29,4	10	47,6
Nicht vorhanden	44	44,4	10	13,2	3	8,8	2	9,5
Weiß nicht	0	–	0	–	0	–	0	–
Summe	99	100,0	76	100,0	34	100,0	21	100,0

Aktionswoche	Einw.größenklasse					
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden		Landkreise	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Durchführung regelmäßig	7	70,0	111	46,3	26	32,9
Durchführung sporadisch	2	20,0	69	28,8	26	32,9
Nicht vorhanden	1	10,0	60	25,0	23	29,1
Weiß nicht	0	–	0	–	4	5,1
Summe	10	100,0	240	100,0	79	100,0

Tab. A-14: Seniorenbegegnungsstätten in allen Städten und Gemeinden

Seniorenbegegnungsstätten	absolut	%
stadtteilbezogen	163	85,3
stadtteilübergreifend	160	82,9



Tab. A-15: Sportentwicklungskonzept mit Seniorensport in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen

Sportentwicklungskonzept	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	8	8,2	13	17,6	8	23,5	6	28,6
Nicht vorhanden	85	86,7	53	71,6	20	58,8	12	57,1
Weiß nicht	5	5,1	8	10,8	6	17,6	3	14,3
Summe	98	100,0	75	100,0	34	100,0	21	100,0

Sportentwicklungskonzept	Einw.größenklasse			
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden	
	abs.	%	abs.	%
Vorhanden	1	10,0	36	15,2
Nicht vorhanden	4	40,0	174	73,4
Weiß nicht	5	50,0	27	11,4
Summe	10	100,0	237	100,0

Tab. A-16: Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik in allen Städten und Gemeinden

Rahmenbedingung	absolut	%
Stellenwert Seniorenpolitik (hoch)	100	43,1
Kommunale Kontaktstelle für Senioren	182	76,5
Seniorenbeirat	165	68,5
Kommunaler Altenhilfeplan	102	43,0
Kommunaler Pflegebedarfsplan	105	45,5
Kommunaler Gesundheitsbericht „Alte Menschen“ (regelmäßig)	9	3,9
Kommunaler Sozialbericht (regelmäßig)	48	20,5
Aktionswochen für Senioren (regelmäßig)	111	46,3
Stadtteilbezogene Seniorenbegegnungsstätten	163	85,3
Stadtteilübergreifende Seniorenbegegnungsstätten	160	82,9
Sozialdienst für Senioren	123	51,7
Sportentwicklungskonzept	36	15,2

Tab. A-17: Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte

Rahmenbedingung	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Stellenwert Seniorenpolitik (hoch)	17	66,7	52	39,7
Kommunale Kontaktstelle für Senioren	29	90,6	153	74,3
Seniorenbeirat	30	93,8	135	64,6
Kommunaler Altenhilfeplan	24	75,0	78	38,0
Kommunaler Pflegebedarfsplan	26	83,9	79	39,5
Kommunaler Gesundheitsbericht „Alte Menschen“ (regelmäßig)	4	13,3	5	2,5
Kommunaler Sozialbericht (regelmäßig)	15	48,4	33	16,3
Aktionswochen für Senioren (regelmäßig)	20	62,5	91	43,8
Stadtteilbezogene Seniorenbegegnungsstätten	29	100,0	134	82,7
Sportentwicklungskonzept	8	25,0	28	13,7

Tab. A-18: Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern – neuen Bundesländern

Rahmenbedingung	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Seniorenbeirat	139	66,2	26	83,9
Kommunaler Gesundheitsbericht (regelmäßig)	7	3,4	2	7,4
Aktionswochen Senioren (regelmäßig)	90	43,1	21	67,7
Sportentwicklungskonzept	29	14,0	7	23,3



Tab. A-19: Handlungsfelder und wichtigste Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik in allen Städten und Gemeinden (n = 200–201)

Handlungsfeld	Handlungsfeld allgemein		Eines der 5 wichtigsten Handlungsfelder	
	absolut	%	absolut	%
Wohnen	181	90,5	164	81,6
Begegnung	173	86,5	142	70,6
Ehrenamt	172	86,0	145	72,1
Beratung	162	81,0	101	50,2
Ambulante Pflege	153	76,5	89	44,3
Sport	150	75,0	40	19,9
Bildung	145	72,5	49	24,4
Kultur	130	65,0	30	14,9
Generationenübergreifende Angebote	129	64,5	30	14,9
Teilstationäre Pflege	127	63,5	29	14,4
Sicherheit	125	62,5	21	10,4
Mobilität	120	60,0	31	15,4
Gesundheitsförderung	116	58,0	28	13,9
Quartiersbezogene Prävention	82	41,0	34	16,9
Sonstiges	26	13,0	15	7,5

Tab. A-20: Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 31) – andere Städte (n = 169)

Handlungsfeld	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Wohnen	31	100,0	150	88,8
Begegnung	30	96,8	143	84,6
Bildung	28	90,3	117	69,2
Ehrenamt	28	90,3	144	85,2
Beratung	28	90,3	134	79,3
Ambulante Pflege	28	90,3	125	74,0
Gesundheitsförderung	27	87,1	89	52,7
Mobilität	27	87,1	93	55,0
Teilstationäre Pflege	27	87,1	100	59,2
Quartiersbezogene Prävention	24	77,4	58	34,3
Sicherheit	24	77,4	101	59,8
Generationenübergreifende Angebote	24	77,4	105	62,1
Sport	23	74,2	127	75,1
Kultur	22	71,0	108	63,9
Sonstiges	8	25,8	18	10,7
Summe	31		169	

Tab. A-21: Wichtigste Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 29) – andere Städte (n = 179)

Handlungsfeld	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Wohnen	26	89,7	145	81,0
Begegnung	20	69,0	127	70,9
Ehrenamt	18	62,1	133	74,3
Beratung	17	58,6	89	49,7
Ambulante Pflege	15	51,7	77	43,0
Quartiersbezogene Prävention	10	34,5	25	14,0
Bildung	6	20,7	45	25,1
Mobilität	5	17,2	28	15,6
Sport	4	13,8	41	22,9
Teilstationäre Pflege	4	13,8	27	15,1
Kultur	3	10,3	28	15,6
Gesundheitsförderung	3	10,3	28	15,6
Generationenübergreifende Angebote	3	10,3	29	16,2
Sicherheit	1	3,4	21	11,7
Sonstiges	5	17,2	13	7,3

Tab. A-22: Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 176) – neuen Bundesländern (n = 24)

Handlungsfeld	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Wohnen	158	89,8	23	95,8
Begegnung	152	86,4	21	87,5
Ehrenamt	151	85,8	21	87,5
Beratung	145	82,4	17	70,8
Ambulante Pflege	134	76,1	19	79,2
Sport	132	75,0	18	75,0
Bildung	126	71,6	19	79,2
Kultur	113	64,2	17	70,8
Generationenübergreifende Angebote	113	64,2	16	66,7
Teilstationäre Pflege	109	61,9	18	75,0
Sicherheit	107	60,8	18	75,0
Mobilität	102	58,0	18	75,0
Gesundheitsförderung	100	56,8	16	66,7
Quartiersbezogene Prävention	73	41,5	9	37,5
Sonstiges	22	12,5	4	16,7



Tab. A-23: Wichtigste Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 181) – neuen Bundesländern (n = 27)

Wichtigste Handlungsfelder	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Wohnen	148	81,8	23	85,2
Ehrenamt	130	71,8	21	77,8
Begegnung	127	70,2	20	74,1
Beratung	95	52,5	11	40,7
Ambulante Pflege	81	44,8	11	40,7
Bildung	45	24,9	6	22,2
Sport	39	21,5	6	22,2
Quartiersbezogene Prävention	35	19,3	k. A.	k. A.
Generationenübergreifende Angebote	30	16,6	2	7,4
Mobilität	28	15,5	5	18,5
Teilstationäre Pflege	28	15,5	3	11,1
Kultur	27	14,9	4	14,8
Gesundheitsförderung	24	13,3	7	25,9
Sicherheit	17	9,4	5	18,5
Sonstiges	16	8,8	2	7,4

6.1.3 Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

Tab. A-24: Bedeutung der seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte

Bedeutung	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Sehr wichtig	2	6,5	9	4,6
Wichtig	22	71,0	79	40,5
Weniger wichtig	7	22,6	97	49,7
Unwichtig	0	0,0	10	5,1
Summe	31	100,0	195	100,0

Tab. A-25: Kommunale Angebote für Senioren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 28) – andere Städte (n = 167)

Angebote	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Wohnberatung	27	96,4	139	83,2
Bewegung und Sport	26	92,9	141	84,4
Aufsuchende Sozialarbeit	25	89,3	117	70,1
Kurse Ernährung	25	89,3	115	68,9
Kurse Gedächtnis	24	85,7	134	80,2
Risikogruppenbezogene Maßnahmen	23	82,1	135	80,8
Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger	23	82,1	110	65,9
Stärkung familiären Pflegepotenzials	22	78,6	120	71,9
Wissen Altersprozess	19	67,9	89	53,3
Thematische Kampagnen	19	67,9	74	44,3
Kurse Stressbewältigung	19	67,9	74	44,3
Soziale Kontakte	19	67,9	101	60,5
Info Umgang mit Alkohol	18	64,3	97	58,1
Kurse Selbstsicherheit	16	57,1	75	44,9
Info Umgang mit Medikamenten	16	57,1	79	47,3
Info Raucherentwöhnung	16	57,1	78	46,7
Verbesserung Inanspruchnahme Vorsorge	7	25,0	45	26,9
Präventiver Hausbesuch	6	21,4	47	28,1
Sonstiges	2	7,1	7	4,2



Tab. A-26: Kommunale Angebote für Senioren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 171) – neuen Bundesländern (n = 24)

Angebote	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Wohnberatung	147	86,0	19	79,2
Bewegung und Sport	147	86,0	20	83,3
Kurse Gedächtnis	138	80,7	20	83,3
Risikogruppenbezogene Maßnahmen	137	80,1	21	87,5
Stärkung familiären Pflegepotenzials	129	75,4	13	54,2
Aufsuchende Sozialarbeit	121	70,8	21	87,5
Kurse Ernährung	120	70,2	20	83,3
Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger	120	70,2	13	54,2
Soziale Kontakte	104	60,8	16	66,7
Info Umgang mit Alkohol	98	57,3	17	70,8
Wissen Altersprozess	93	54,4	15	62,5
Kurse Stressbewältigung	84	49,1	9	37,5
Info Umgang mit Medikamenten	83	48,5	12	50,0
Thematische Kampagnen	80	46,8	13	54,2
Kurse Selbstsicherheit	79	46,2	12	50,0
Info Rauchentwöhnung	78	45,6	16	66,7
Präventiver Hausbesuch	43	25,1	10	41,7
Verbesserung Inanspruchnahme Vorsorge	43	25,1	9	37,5
Sonstiges	8	4,7	1	4,2

Tab. A-27: Informationen zur Nutzung der Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen

Informationen	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ja, liegen vor	9	9,8	9	12,5	2	5,9	1	4,8
Teilweise	32	34,8	41	56,9	21	61,8	13	61,9
Nein	18	19,6	12	16,7	4	11,8	5	23,8
Weiß nicht	33	35,9	10	13,9	7	20,6	2	9,5
Summe	92	100,0	72	100,0	34	100,0	21	100,0

Informationen	Einw.größenklasse			
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden	
	abs.	%	abs.	%
Ja, liegen vor	2	20,0	23	10,0
Teilweise	6	60,0	113	49,3
Nein	2	20,0	41	17,9
Weiß nicht	0	–	52	22,7
Summe	10	100,0	229	100,0



Tab. A-28: Informationen zum Einzugsbereich der Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen

Informationen	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ja, liegen vor	13	14,0	6	8,5	3	8,8	2	9,5
Teilweise	27	29,0	30	42,3	19	55,9	12	57,1
Nein	17	18,3	18	25,4	6	17,6	5	23,8
Weiß nicht	36	38,7	17	23,9	6	17,6	2	9,5
Summe	93	100,0	71	100,0	34	100,0	21	100,0

Informationen	Einw.größenklasse			
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden	
	abs.	%	abs.	%
Ja, liegen vor	1	10,0	25	10,9
Teilweise	7	70,0	95	41,5
Nein	2	20,0	48	21,0
Weiß nicht	0	0,0	61	26,6
Summe	10	100,0	229	100,0

Tab. A-29: Informationen zu den Nutzergruppen der Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Städten und Gemeinden nach Einwohnergrößenklassen

Informationen	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ja, liegen vor	7	7,5	5	7,1	1	3,0	2	9,5
Teilweise	29	31,2	36	51,4	21	63,6	12	57,1
Nein	20	21,5	13	18,6	4	12,1	5	23,8
Weiß nicht	37	39,8	16	22,9	7	21,2	2	9,5
Summe	93	100,0	70	100,0	33	100,0	21	100,0

Informationen	Einw.größenklasse			
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden	
	abs.	%	abs.	%
Ja, liegen vor	1	10,0	16	7,0
Teilweise	6	60,0	104	45,8
Nein	2	20,0	44	19,4
Weiß nicht	1	10,0	63	27,8
Summe	10	100,0	227	100,0

Tab. A-30: Angebote der Gesundheitsförderung, Informationen über Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen in allen Städten und Gemeinden

Angebote	Nutzung		Einzugsbereich		Nutzergruppen	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Ja, liegen vor	23	10,0	25	10,9	16	7,0
Teilweise	113	49,3	95	41,5	104	45,8
Nein	41	17,9	48	21,0	44	19,4
Weiß nicht	52	22,7	61	26,6	63	27,8
Summe	229	100,0	229	100,0	227	100,0



Tab. A-31: Nicht erreichte Gruppen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und im Bereich Sport und Bewegungsförderung in allen Städten und Gemeinden

Nicht erreichte Gruppen	Gesundheitsförderung		Sport und Bewegungsförderung	
	absolut	%	absolut	%
Ältere Migranten	118	75,6	97	73,5
Nicht mobile ältere Menschen	90	57,7	81	61,4
Sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen	82	52,6	68	51,5
Ältere Männer	51	32,7	34	25,8
Ältere Menschen mit Seh- und/ oder Hörbehinderung	29	18,6	27	20,5
Ältere Frauen	7	4,5	6	4,5
Sonstige	17	10,9	13	9,8

Tab. A-32: Nicht erreichte Gruppen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte

Nicht erreichte Gruppen	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Ältere Migranten	22	84,6	101	74,8
Sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen	16	61,5	70	51,9
Nicht mobile ältere Menschen	16	61,5	77	57,0
Ältere Männer	9	34,6	45	33,3
Ältere Menschen mit Seh- und/ oder Hörbehinderung	3	11,5	29	21,5
Ältere Frauen	0	–	7	5,2
Sonstige	0	–	18	13,3

6.1.4 Bedeutung von „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“

Tab. A-33: Bedeutung von seniorenbezogenem Sport und Bewegungsförderung in allen Städten und Gemeinden

Relevanz	absolut	%
Sehr wichtig	24	10,8
Wichtig	130	58,3
Weniger wichtig	63	28,3
Unwichtig	6	2,7
Summe	223	100,0

Tab. A-34: Kommunale Angebote für Senioren im Bereich Sport/Bewegung in allen Städten und Gemeinden (n = 182)

Relevanz	absolut	%
Wandergruppen	166	91,2
Walking	162	89,0
Tanz	160	87,9
Sitzgymnastik	147	80,8
Entspannungstechniken	136	74,7
Wassergymnastik	133	73,1
Schwimmen	132	72,5
Joggen	104	57,1
Muskelaufbautraining	99	54,4
Sturzprophylaxe	78	42,9
Kampfsport	75	41,2
Sonstiges	26	14,3



Tab. A-35: Kommunale Angebote für Senioren im Bereich Sport/Bewegung, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 26) – andere Städte (n = 162)

Angebot	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Wandergruppen	26	100,0	145	89,5
Tanz	26	100,0	138	85,2
Walking	25	96,2	142	87,7
Sitzgymnastik	24	92,3	128	79,0
Entspannungstechniken	23	88,5	117	72,2
Schwimmen	22	84,6	114	70,4
Wassergymnastik	22	84,6	115	71,0
Joggen	19	73,1	88	54,3
Muskelaufbautraining	19	73,1	84	51,9
Sturzprophylaxe	17	65,4	63	38,9
Kampfsport	11	42,3	64	39,5
Sonstiges	4	15,4	24	14,8

Tab. A-36: Kommunale Angebote für Senioren im Bereich Sport/Bewegung in Städten und Gemeinden, nach Einwohnergrößenklassen

Angebot	Einwohnergrößenklasse							
	Bis 50 000 E.		50 000 bis 100 000 E.		100 000 bis 200 000 E.		200 000 bis 500 000 E.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Wandergruppen	60	88,2	57	87,7	28	96,6	20	100,0
Walking	54	79,4	61	93,8	26	89,7	20	100,0
Tanz	51	75,0	60	92,3	28	96,6	19	95,0
Sitzgymnastik	46	67,6	55	84,6	26	89,7	20	100,0
Schwimmen	40	58,8	49	75,4	24	82,8	19	95,0
Wassergymnastik	38	55,9	52	80,0	24	82,8	18	90,0
Entspannungstechniken	37	54,4	54	83,1	25	86,2	18	90,0
Muskelaufbautraining	25	36,8	42	64,6	17	58,6	15	75,0
Joggen	23	33,8	46	70,8	17	58,6	16	80,0
Kampfsport	20	29,4	29	44,6	11	37,9	12	60,0
Sturzprophylaxe	13	19,1	33	50,8	16	55,2	14	70,0
Sonstiges	9	13,2	14	21,5	4	13,8	–	–
Anzahl antwortender Städte und Gemeinden	68		65		29		20	

Angebot	Einw.größenklasse			
	> 500 000 E.		Alle Städte und Gemeinden	
	abs.	%	abs.	%
Wandergruppen	6	100,0	171	91,0
Walking	6	100,0	167	88,8
Tanz	6	100,0	164	87,2
Sitzgymnastik	5	83,3	152	80,9
Schwimmen	4	66,7	136	72,3
Wassergymnastik	5	83,3	137	72,9
Entspannungstechniken	6	100,0	140	74,5
Muskelaufbautraining	4	66,7	103	54,8
Joggen	5	83,3	107	56,9
Kampfsport	3	50,0	75	39,9
Sturzprophylaxe	4	66,7	80	42,6
Sonstiges	1	16,7	28	14,9
Anzahl antwortender Städte und Gemeinden	6		188	



Tab. A-37: Kommunale Angebote für Senioren im Bereich Sport/Bewegung, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 165) – neuen Bundesländern (n = 23)

Angebot	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Wandergruppen	152	92,1	19	82,6
Walking	144	87,3	23	100,0
Tanz	144	87,3	20	87,0
Sitzgymnastik	132	80,0	20	87,0
Entspannungstechniken	125	75,8	15	65,2
Wassergymnastik	124	75,2	13	56,5
Schwimmen	120	72,7	16	69,6
Joggen	95	57,6	12	52,2
Muskelaufbautraining	91	55,2	12	52,2
Sturzprophylaxe	71	43,0	9	39,1
Kampfsport	66	40,0	9	39,1
Sonstiges	25	15,2	3	13,0

Tab. A-38: Angebote Sport und Bewegungsförderung, Informationen über Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen in allen Städten und Gemeinden

Informationen	Nutzung		Einzugsbereich		Nutzergruppen	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Ja, liegen vor	32	14,5	26	11,9	30	13,7
Teilweise	84	38,2	74	33,8	73	33,3
Nein	46	20,9	57	26,0	53	24,2
Weiß nicht	72	26,4	77	28,3	78	28,8
Summe	234	100,0	234	100,0	234	100,0

Tab. A-39: Nicht erreichte Gruppen im Bereich Sport und Bewegungsförderung, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 22) – andere Städte (n = 105)

Nicht erreichte Gruppen	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Ältere Migranten	18	81,8	83	79,0
Sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen	14	63,6	58	55,2
Nicht mobile ältere Menschen	14	63,6	71	67,6
Ältere Männer	5	22,7	31	29,5
Ältere Menschen mit Seh- und/oder Hörbehinderung	1	4,5	29	27,6
Ältere Frauen	0	–	7	6,7

Tab. A-40: Nicht erreichte Bevölkerungsgruppen im Bereich von Sport und Bewegungsangeboten, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 110) – neuen Bundesländern (n = 17)

Nicht erreichte Gruppen	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Ältere Migranten	90	81,8	11	64,7
Nicht mobile ältere Menschen	73	66,4	12	70,6
Sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen	60	54,5	12	70,6
Ältere Männer	33	30,0	3	17,6
Ältere Menschen mit Seh- und/oder Hörbehinderung	28	25,5	2	11,8
Ältere Frauen	7	6,4	0	–



Tab. A-41: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung, alle Städte (n = 228)

Anbieter	absolut	%
Sportvereine	215	94,3
Volkshochschulen	174	76,3
Verbände freie Wohlfahrtspflege	141	61,8
Krankenkassen	141	61,8
Selbsthilfegruppen	137	60,1
Unabhängige Seniorengruppen	119	52,2
Kirchen	81	35,5
Familienbildungsstätten	61	26,8
Ärzte	24	10,5
Sonstige	47	20,6

Tab. A-42: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 32) – andere Städte (n = 203)

Anbieter	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Sportvereine	32	100,0	189	93,1
Volkshochschulen	25	78,1	156	76,8
Verbände freie Wohlfahrtspflege	24	75,0	120	59,1
Krankenkassen	24	75,0	120	59,1
Selbsthilfegruppen	20	62,5	121	59,6
Unabhängige Seniorengruppen	16	50,0	107	52,7
Kirchen	13	40,6	70	34,5
Familienbildungsstätten	11	34,4	53	26,1
Ärzte	1	3,1	24	11,8
Sonstige	13	40,6	38	18,7

Tab. A-43: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 205) – neuen Bundesländern (n = 30)

Anbieter	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Sportvereine	193	94,1	28	93,3
Volkshochschulen	161	78,5	20	66,7
Krankenkassen	123	60,0	21	70,0
Verbände freie Wohlfahrtspflege	122	59,5	22	73,3
Selbsthilfegruppen	118	57,6	23	76,7
Unabhängige Seniorengruppen	109	53,2	14	46,7
Kirchen	79	38,5	4	13,3
Familienbildungsstätten	60	29,3	4	13,3
Ärzte	23	11,2	2	6,7
Sonstige	42	20,5	9	30,0

6.1.5 Zielgruppenorientierung und Kommunikation der Angebote im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

Tab. A-44: Angebote für ausgewählte Zielgruppen in allen Städten und Gemeinden

Zielgruppe	absolut	%
Nicht mobile ältere Menschen	59	29,8
Geschlechtsspezifische Angebote	51	26,6
Seh-/Hörbehinderung	46	23,7
Ältere Migranten	43	20,8
Sozial benachteiligte ältere Menschen	24	11,7



Tab. A-45: Angebote für ausgewählte Zielgruppen, Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte

Zielgruppe	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Ältere Migranten	15	57,7	28	15,5
Nicht mobile ältere Menschen	12	44,4	47	27,5
Sozial benachteil. ältere Menschen	9	33,3	15	8,4

Tab. A-46: Kommunikationsmedien und Mittler, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 31) – andere Städte (n = 197)

Kommunikationsmedien	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Wegweiser Senioren	29	93,5	136	69,0
Lokale Zeitungen	29	93,5	162	82,2
Internet	27	87,1	117	59,4
Infomaterial in Senioren- begegnungsstätten	26	83,9	124	62,9
Seniorenbeiräte	26	83,9	96	48,7
Infomaterial im Sozialamt	25	80,6	104	52,8
Veranstaltungen	20	64,5	90	45,7
Informationsservice/Hotline	16	51,6	54	27,4
Infomaterial bei Ärzten	15	48,4	76	38,6
Ärzte	13	41,9	52	26,4
Amtsblatt	10	32,3	55	27,9
Sonstiges	11	35,5	46	23,4

Tab. A-47: Kommunikationsmedien und Mittler, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 201) – neuen Bundesländern (n = 27)

Kommunikationsmedien	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Lokale Zeitungen	168	83,6	23	85,2
Wegweiser Senioren	146	72,6	19	70,4
Infomaterial in Seniorenbegegnungsstätten	131	65,2	19	70,4
Internet	128	63,7	16	59,3
Infomaterial im Sozialamt	112	55,7	17	63,0
Seniorenbeiräte	101	50,2	21	77,8
Veranstaltungen	94	46,8	16	59,3
Infomaterial bei Ärzten	78	38,8	13	48,1
Informationsservice, „Hotline“	65	32,3	5	18,5
Ärzte	56	27,9	9	33,3
Amtsblatt	50	24,9	15	55,6
Sonstiges	50	24,9	7	25,9



6.1.6 Akteure und Kooperation im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

Tab. A-48: Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für Senioren, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 31) – andere Städte (n = 171)

Akteure	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Amt für Soziales	29	93,5	86	50,3
Seniorenbegegnungsstätten	29	93,5	123	71,9
Sportvereine	28	90,3	152	88,9
Verbände der freien Wohlfahrts- pflege	27	87,1	118	69,0
Amt für Gesundheit	26	83,9	48	28,1
Volkshochschule	26	83,9	138	80,7
Seniorenbeirat	24	77,4	74	43,3
Krankenkassen	24	77,4	108	63,2
Vereine	24	77,4	124	72,5
Selbsthilfegruppen	24	77,4	114	66,7
Kirchen	18	58,1	105	61,4
Kommunale und private Pflege- dienste	16	51,6	106	62,0
Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	16	51,6	91	53,2
Seniorenbüro	15	48,4	60	35,1
Ärzte	15	48,4	62	36,3
Unabhängige Seniorengruppen	14	45,2	79	46,2
Trägerunabhängige Pflegeberatung im Sozialamt	13	41,9	60	35,1
Wohnberatungsstelle im Wohnungsamt	11	35,5	44	25,7
Familienbildungsstätte	10	32,3	47	27,5
Sonstige	5	16,1	12	7,0

Tab. A-49: Wichtigste Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für Senioren, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 26) – andere Städte (n = 180)

Wichtigste Akteure	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Amt für Gesundheit	17	65,4	19	10,6
Amt für Soziales	15	57,7	40	22,2
Krankenkassen	10	38,5	70	38,9
Seniorenbegegnungsstätten	10	38,5	64	35,6
Seniorenbüro	9	34,6	34	18,9
Seniorenbeirat	9	34,6	45	25
Verbände der freien Wohlfahrts- pflege	8	30,8	85	47,2
Sportvereine	8	30,8	111	61,7
Vereine	7	26,9	74	41,1
Trägerunabhängige Pflegeberatung im Sozialamt	5	19,2	38	21,1
Volkshochschule	5	19,2	83	46,1
Selbsthilfegruppen	4	15,4	50	27,8
Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	3	11,5	31	17,2
Kirchen	2	7,7	48	26,7
Wohnberatungsstelle im Wohnungsamt	2	7,7	12	6,7
Ärzte	1	3,8	16	8,9
Familienbildungsstätte	1	3,8	16	8,9
Kommunale und private Pflege- dienste	0	–	47	26,1
Unabhängige Seniorengruppen	0	–	29	16,1
Sonstige	4	15,4	12	6,7

Tab. A-50: Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 177) – neuen Bundesländern (n = 25)

Akteure	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Sportvereine	160	90,4	20	80,0
Volkshochschule	146	82,5	18	72,0
Vereine	130	73,4	18	72,0
Seniorenbegegnungsstätten	130	73,4	22	88,0
Verbände der freien Wohlfahrts- pflege	126	71,2	19	76,0
Selbsthilfegruppen	116	65,5	22	88,0
Krankenkassen	114	64,4	18	72,0
Kirchen	112	63,3	11	44,0
Kommunale und private Pflege- dienste	106	59,9	16	64,0
Amt für Soziales	100	56,5	15	60,0
Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	96	54,2	11	44,0
Unabhängige Seniorengruppen	84	47,5	9	36,0
Seniorenbeirat	80	45,2	18	72,0
Seniorenbüro	68	38,4	7	28,0
Trägerunabhängige Pflegeberatung im Sozialamt	67	37,9	6	24,0
Ärzte	65	36,7	12	48,0
Amt für Gesundheit	56	31,6	18	72,0
Familienbildungsstätte	55	31,1	2	8,0
Wohnberatungsstelle im Wohnungsamt	49	27,7	6	24,0
Sonstige	15	8,5	2	8,0

Tab. A-51: Formen der Zusammenarbeit der Akteure, Gesunde-Städte-Netzwerk (n= 28) – andere Städte (n = 144)

Formen der Zusammenarbeit	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Gegenseitige Information	19	67,9	104	72,2
Konferenzen	16	57,1	39	27,1
Regelmäßige Treffen	10	35,7	26	18,1
Sonstiges	9	32,1	36	25,0

Tab. A-52: Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 31) – andere Städte (n = 191)

Maßnahmen	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Mehr Ressourcen	17	54,8	105	55,0
Allgemein mehr Kommunikation	13	41,9	100	52,4
Regelmäßige gegenseitige Information	13	41,9	110	57,6
Verbindlichkeit Vereinbarungen	12	38,7	16	8,4
Transparenz der Angebote	10	32,2	91	47,6
Regelmäßige Konferenzen	9	29,0	41	21,5
Regelmäßige Treffen	8	25,8	56	29,3
Sonstiges	2	6,5	14	7,3



6.1.7 Situation und Perspektiven des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

Tab. A-53: Stellenwert Prävention heute und zukünftig in allen Städten und Gemeinden

Stellenwert	Prävention insgesamt				Seniorenbezogene Prävention			
	heute		zukünftig		heute		zukünftig	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Hoch	44	19,4	85	40,3	27	11,8	90	42,5
Mittel	132	58,1	104	49,3	137	59,8	95	44,8
Niedrig	43	18,9	15	7,1	56	24,5	20	9,4
Kein Thema	8	3,5	7	3,3	9	3,9	7	3,3

Tab. A-54: Stellenwert Prävention heute und zukünftig in den Landkreisen

Stellenwert	Prävention insgesamt				Seniorenbezogene Prävention			
	heute		zukünftig		heute		zukünftig	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Hoch	28	34,1	43	55,1	14	17,3	31	40,3
Mittel	42	51,2	32	41,0	36	46,9	36	46,8
Niedrig	9	11,0	1	1,3	28	34,6	9	11,7
Kein Thema	3	3,7	2	2,6	1	1,2	1	1,3

Tab. A-55: Stellenwert Prävention heute und zukünftig, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern – neuen Bundesländern

Stellenwert	Prävention insgesamt heute				Prävention insgesamt zukünftig			
	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer		Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Hoch	33	16,5	11	40,7	69	37,3	16	61,5
Mittel	121	60,5	11	40,7	97	52,4	7	26,9
Niedrig	38	19,0	5	18,5	12	6,5	3	11,5
Kein Thema	8	4,0	0	0	7	3,8	0	0

Tab. A-56: Ziele der Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 31) – andere Städte (n = 199)

Ziel	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Stärkere Teilhabe älterer Menschen	28	90,3	149	74,9
Stärkung der Selbstständigkeit älterer Menschen	26	83,9	159	79,9
Ermöglichen des Verbleibs in eigener Wohnung	26	83,9	165	82,9
Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements Älterer	17	54,8	127	63,8
Steigerung der Attraktivität des Wohnorts	14	45,2	88	44,2
Mittelfristige Kosteneinsparungen im Sozialbereich	10	32,3	58	29,1
Profilierung der Kommune im Handlungsfeld	7	22,6	24	12,1
Sonstiges	2	6,5	11	5,5

Tab. A-57: Ziele der Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention in den Landkreisen (n = 82)

Ziel	absolut	%
Ermöglichen des Verbleibs in eigener Wohnung	75	91,5
Stärkung der Selbstständigkeit älterer Menschen	68	82,9
Stärkere Teilhabe älterer Menschen	57	69,5
Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements Älterer	46	56,1
Mittelfristige Kosteneinsparungen im Sozialbereich	37	45,1
Steigerung der Attraktivität des Wohnorts	28	34,1
Profilierung der Kommune im Handlungsfeld Gesundheitsförderung/Prävention	13	15,9
Sonstiges	4	4,9



Tab. A-58: Ziele Angebote der seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 202) – neuen Bundesländern (n = 28)

Ziel	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Ermöglichen des Verbleibs in eigener Wohnung	171	84,7	20	71,4
Stärkung der Selbstständigkeit älterer Menschen	166	82,2	19	67,9
Stärkere Teilhabe älterer Menschen	154	76,2	23	82,1
Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements Älterer	125	61,9	19	67,9
Steigerung der Attraktivität des Wohnorts	86	42,6	16	57,1
Mittelfristige Kosteneinsparungen im Sozialbereich	64	31,7	4	14,3
Profilierung der Kommune im Handlungsfeld	27	13,4	4	14,3
Sonstiges	12	5,9	1	3,6

Tab. A-59: Engpässe bei der Bearbeitung von seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention, Gesunde-Städte-Netzwerk (n = 28) – andere Städte (n = 194)

Engpass	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Finanzielle Mittel	19	67,9	120	61,9
Wenig Personal	15	53,6	95	49,0
Unwichtig für Politik	12	42,9	67	34,5
Wenig Abstimmung Akteure	9	32,1	80	41,2
Interesse bei Zielgruppe	1	3,6	30	15,5
Konkurrenz Anbieter	1	3,6	16	8,2
Widerstände Interessengruppen	0	–	6	3,1
Sonstiges	5	17,9	16	8,2

Tab. A-60: Engpässe in der Bearbeitung seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention, Städte und Gemeinden in den alten Bundesländern (n = 195) – neuen Bundesländern (n = 27)

Engpass	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	absolut	%	absolut	%
Finanzielle Mittel	122	62,6	17	63,0
Wenig Personal	98	50,3	12	44,4
Wenig Abstimmung Akteure	78	40,0	11	40,7
Unwichtig für Politik	71	36,4	8	29,6
Interesse bei Zielgruppe	30	15,4	1	3,7
Konkurrenz Anbieter	16	8,2	1	3,7
Widerstände Interessengruppen	5	2,6	1	3,7
Sonstiges	18	9,2	3	11,1

Tab. A-61: Entwicklung kommunaler Finanzmittel für seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten fünf Jahren, in allen Städten und Gemeinden

Entwicklung Finanzen	absolut	%
Steigende Finanzmittel	25	10,8
Gleichbleibend	34	14,7
Geringere Finanzmittel	79	34,1
Keine Angabe möglich	94	40,5
Summe	232	100,0



Tab. A-62: Entwicklung kommunaler Finanzmittel für seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten fünf Jahren, Gesunde-Städte-Netzwerk – andere Städte

Entwicklung Finanzen	Gesunde-Städte-Netzwerk		Andere Städte	
	absolut	%	absolut	%
Steigende Finanzmittel	1	3,2	24	11,9
Gleichbleibend	2	6,5	32	15,9
Geringere Finanzmittel	17	54,8	62	30,8
Keine Angabe möglich	11	35,5	83	41,3
Summe	31	100,0	201	100,0

6.2 Fragebogen für Städte und Gemeinden

**Gesundheitsförderung und Prävention
– Angebote und Zugangswege für ältere Menschen auf kommunaler Ebene –**

Bitte bis zum **6.12.2006** zurücksenden an:

Deutsches Institut für Urbanistik
z.H. Frau Dr. Beate Hollbach-Grömig
Postfach 12 62 24

10593 Berlin

Ganz kurz:

- Wenn genaue Angaben nicht möglich sind, geben Sie bitte Schätzungen an.
- Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz.
- Bitte unterstützen Sie dieses Projekt mit der vollständigen Beantwortung des Fragebogens.

Rückfragen bitte an:

- Dr. Beate Hollbach-Grömig, Tel. 030/39001-293

Das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) führt im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine umfangreiche repräsentative Umfrage zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention – Angebote und Zugangswege für ältere Menschen“ auf kommunaler Ebene durch.

Ziel der Umfrage ist es, zu erfassen, wie die aktuelle Situation von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in bundesdeutschen Kommunen ist, welche strukturellen Voraussetzungen bestehen, ältere Menschen anzusprechen, sie zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren und unterstützende Angebote bereitzustellen. Darüber hinaus interessieren Maßnahmen, die dazu beitragen, Selbständigkeit und soziale Teilhabe zu erhalten.

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen auf der Basis Ihrer Erkenntnisse und Erfahrungen auszufüllen und an das Difu zurückzusenden. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert nach den Erfahrungen des Pretests etwa 25-30 Minuten. **Falls Sie nicht die richtige Ansprechpartnerin/der richtige Ansprechpartner für diesen Fragebogen sind, bitten wir Sie, ihn an die entsprechende Stelle weiterzuleiten.** Bitte arbeiten Sie in der Beantwortung der Fragen – soweit sinnvoll – auch mit anderen zuständigen Ämtern zusammen.

Die Umfrage wird mit zwei separaten Fragebogen durchgeführt in allen Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern, einer Stichprobe von Kommunen zwischen 10.000 und 50.000 Einwohnern und einer Stichprobe der Landkreise. Sie ist mit dem Deutschen Städtetag, dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und dem Deutschen Landkreistag abgestimmt.

Sollten Sie Interesse an einer elektronischen Formularversion des Fragebogens haben, schicken Sie bitte eine Email an hollbach-groemig@difu.de oder seidel-schulze@difu.de.

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____
 Dienststelle: _____
 PLZ/Stadt: _____ GKZ
 Telefon: _____ Fax: _____
 Email: _____





I. Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik auf kommunaler Ebene

1. Welchen Stellenwert hat Seniorenarbeit/Seniorenpolitik in Ihrer Kommune?

- hoch mittel niedrig kein Thema

2. In welchem Dezernat/Referat liegt die Zuständigkeit für Seniorenarbeit/Seniorenpolitik?

3. Gibt es in Ihrer Stadt/Gemeinde eine zentrale Kontaktstelle für ältere Menschen, z.B. Seniorenbeauftragten/e, Seniorenbüro, Seniorenagentur, Hotline?

- Ja Nein Weiß nicht

4. Gibt es in Ihrer Kommune einen Seniorenbeirat?

- Ja Nein Weiß nicht

5. Gibt es in Ihrer Stadt/Gemeinde einen kommunalen Alten(hilfe)plan?

- Ja Nein Weiß nicht

↳ Wenn ja: Spielt darin das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ eine Rolle?

- Ja Nein Weiß nicht

6. Gibt es in Ihrer Stadt/Gemeinde einen Pflegebedarfsplan/eine kommunale Pflegeplanung?

- Ja Nein Weiß nicht

7. Erstellen Sie in Ihrer Stadt/Gemeinde einen kommunalen Gesundheitsbericht zur Situation der älteren Menschen?

- Ja, regelmäßig Ja, sporadisch Nein Weiß nicht

8. Erstellen Sie in Ihrer Stadt/Gemeinde einen kommunalen Sozialbericht?

- Ja, regelmäßig Ja, sporadisch Nein Weiß nicht

9. Gibt es in Ihrer Stadt/Gemeinde „Aktionswochen für Senioren“, Seniorentage o.ä.?

- Ja, regelmäßig Ja, sporadisch Nein Weiß nicht

10. Gibt es in Ihrer Stadt/Gemeinde Seniorenbegegnungsstätten?

- a) stadtteilbezogen: Ja Nein Weiß nicht

- b) stadtteilübergreifend: Ja Nein Weiß nicht

11. Gibt es in Ihrer Stadt/Gemeinde einen spezifischen Sozialdienst für Senioren?

- Ja Nein Weiß nicht

12. Gibt es in Ihrer Stadt/Gemeinde ein kommunales Sportentwicklungskonzept (z.B. bewegungsfreundliche Kommune), das eine spezifische Konzeption für Seniorensport enthält?

- Ja Nein Weiß nicht

2 Gesundheitsförderung und Prävention – Angebote und Zugangswege für ältere Menschen auf kommunaler Ebene
Umfrage des Deutschen Instituts für Urbanistik im November 2006



13. Ist Ihre Stadt/Gemeinde Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk?

- Ja Nein Weiß nicht

II. Themen- und Handlungsfelder der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik

14. Welche Themen- und Handlungsfelder werden in Ihrer Stadt/Gemeinde im Rahmen der kommunalen Seniorenarbeit/Seniorenpolitik bearbeitet und nennen Sie darunter die fünf wichtigsten.
(Mehrfachnennungen möglich)

	Mehrfachnennungen die fünf wichtigsten	
→ Wohnen (z.B. seniorengerechtes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen, betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Begegnung, Kontaktangebote (z.B. gesellige Gruppen, Neigungsgruppen, Veranstaltungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Bildung (z.B. Lebenslanges Lernen, Internet, Sprachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Kultur (z.B. Theater, Kino, Lesungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Gesundheitsförderung und Prävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sport/ Seniorensport, Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ehrenamtliche Tätigkeiten, bürgerschaftliches Engagement für/von ältere(n) Menschen, Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Quartiersbezogene Prävention und Netzwerkhilfe für ältere Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Beratung (z.B. Hilfe in Behördenangelegenheiten, sozialrechtliche Auskünfte, Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Mobilität (z.B. seniorengerechte ÖPNV-Angebote, barrierefreie Nutzung, Hol- und Bringdienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Teilstationäre Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sicherheit (Kriminalitätsprävention und -bekämpfung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Generationenübergreifende Angebote (z.B. PC/Internet, Seniorenfrühstück mit Jugendlichen, Literaturkreis, gemeinsame Feste mit Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sonstige, z.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

15. Welche Bedeutung hat im Rahmen der Seniorenpolitik Ihrer Kommune das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention?

- sehr wichtig wichtig weniger wichtig unwichtig

16. Welche konkreten Angebote und Maßnahmen gibt es speziell für Senioren/Seniorinnen in Ihrer Kommune im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention? Bitte differenzieren Sie in: Federführung der Kommune – Mitwirkung der Kommune – Angebote ausschließlich durch Dritte. (Mehrfachnennungen möglich)

	vorhanden	federführend	mitwirkend	durch Dritte
→ Risikogruppenbezogene Maßnahmen (z.B. Herz-Kreislauf, Adipositas, Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Maßnahmen, um das Wissen über Alternsprozesse zu fördern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Themenbezogene Kampagnen (z.B. zu einem neuen Altersbild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Wohnberatung für ältere Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Aufsuchende Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Bildungs-/Kursangebote zu				
▪ Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Gedächtnistraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Selbstsicherheit/Selbstbewusstsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Soziale Kompetenz/soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Präventiver Hausbesuch, z.B. durch den Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Bewegungs- und Sportangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Information/Beratung zum Umgang mit Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Information/Beratung zum Umgang mit dem Rauchen/Rauchentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Information/Beratung zum Umgang mit Alkohol/Alkoholproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





	vorhanden	federführend	mitwirkend	durch Dritte
→ Verbesserung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Stärkung des Pflegepotenzials der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sonstiges, z.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Werden die Angebote wohnortnah („kurze Wege“) bereitgestellt?

- immer häufig selten nie Weiß nicht

18. Wird bei der Bereitstellung der Angebote der Aspekt der Barrierefreiheit berücksichtigt?

- immer häufig selten nie Weiß nicht

19. Haben Sie Informationen darüber, wie die Angebote und Maßnahmen der „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen genutzt werden, woher die Nutzer kommen (Quartier, Stadt, darüber hinaus) und wer die Nutzergruppen sind?

- Nutzung: Ja Teilweise Nein Weiß nicht
Einzugsbereich: Ja Teilweise Nein Weiß nicht
Nutzergruppen: Ja Teilweise Nein Weiß nicht

20. Haben Sie Informationen darüber, welche Gruppen durch die Angebote nicht oder nur bedingt erreicht werden? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ältere/alte Männer Ältere/alte Frauen
 Sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen Ältere Migrantinnen und Migranten
 Nicht mobile ältere Menschen Ältere Menschen mit Seh- und/oder Hörbehinderungen
 Sonstige, z.B.

21. Geben Sie in etwa die für Maßnahmen der *seniorenbezogenen* Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten kommunalen Finanzmittel an: (evtl. schätzen)

- Euro keine Angabe möglich

22. Wie groß ist der Anteil der für Maßnahmen der *seniorenbezogenen* Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten kommunalen Finanzmittel im Vergleich zu

- a) den insgesamt für „Seniorenarbeit/Seniorenpolitik“ aufgewendeten kommunalen Finanzmitteln?**
(evtl. schätzen)

- % keine Angabe möglich

- b) den insgesamt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention aufgewendeten kommunalen Finanzmitteln? (evtl. schätzen)**

- % keine Angabe möglich

Im Folgenden (Fragen 23 bis 27) werden Sie gebeten, den Teilaspekt „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ noch einmal genauer zu beurteilen.

23. Welche Bedeutung haben in Ihrer Kommune Angebote, Maßnahmen und Projekte im Bereich „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“?

- sehr wichtig wichtig weniger wichtig unwichtig



24. Welche konkreten Angebote und Maßnahmen gibt es in Ihrer Kommune im Handlungsfeld „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen? Bitte differenzieren Sie in: Federführung der Kommune – Mitwirkung der Kommune – Angebote ausschließlich durch Dritte. (Mehrfachnennungen möglich)

	vorhanden	federführend	mitwirkend	durch Dritte
→ Walking/Nordic Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Joggen/Dauerlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Wandergruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Tanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sitz-/Stuhlgymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Wassergymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Muskelaufbau- und Ausdauertraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Entspannungstechniken (z.B. Yoga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Kampfsport (z.B. Tai Chi, Karate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sonstiges, z.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Haben Sie Informationen darüber, wie die spezifischen Angebote im Bereich „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen genutzt werden, woher die Nutzer kommen (Quartier, Stadt, darüber hinaus) und wer die Nutzergruppen sind?

Nutzung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Einzugsbereich:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Nutzergruppen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

26. Haben Sie Informationen darüber, welche Gruppen durch die Sport- und Bewegungsangebote nicht oder nur bedingt erreicht werden? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ältere/alte Männer | <input type="checkbox"/> Ältere/alte Frauen |
| <input type="checkbox"/> Sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen | <input type="checkbox"/> Ältere Migrantinnen und Migranten |
| <input type="checkbox"/> Nicht mobile ältere Menschen | <input type="checkbox"/> Ältere Menschen mit Seh- und/oder Hörbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, z.B. | |

27. Welche weiteren Anbieter, die explizit das Thema „Sport und Bewegungsförderung“ für ältere Menschen in den Vordergrund stellen, sind Ihnen in Ihrer Kommune bekannt? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sportvereine | <input type="checkbox"/> Krankenkassen |
| <input type="checkbox"/> Volkshochschule | <input type="checkbox"/> Familienbildungsstätte |
| <input type="checkbox"/> Verbände der freien Wohlfahrtspflege | <input type="checkbox"/> Kirchen |
| <input type="checkbox"/> Unabhängige Seniorengruppen | <input type="checkbox"/> Ärzte |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen | <input type="checkbox"/> Sonstige, z.B. |

IV. Zielgruppenorientierung und Kommunikation der Angebote im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

28. Werden die Angebote und Maßnahmen nach unterschiedlichen Altersgruppen differenziert?

- Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, in welcher Differenzierung und für welche Altersgruppe gibt es die meisten Angebote? (Mehrfachnennungen möglich)

	Mehrfachnennungen	die meisten Angebote
→ ab 50-60 (50 plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ 61-75 („junge“ Alte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ 76-85 („Alte“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ 86-100 (Hochbetagte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





29. Wie werden die Personen in den Angeboten und Maßnahmen angesprochen? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Senioren | <input type="checkbox"/> 50 plus |
| <input type="checkbox"/> ältere Mitbürger | <input type="checkbox"/> Sonstiges, z.B. |

30. Gibt es geschlechtsspezifische Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere/alte Männer und Frauen?

- Ja, und zwar
-
- Nein

31. Gibt es Angebote und Maßnahmen, die vor allem sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen erreichen wollen?

- Ja, und zwar
-
- Nein

32. Gibt es Angebote und Maßnahmen, die vor allem ältere Migrantinnen und Migranten erreichen wollen?

- Ja, und zwar
-
- Nein

33. Gibt es Angebote und Maßnahmen, die vor allem nicht mobile ältere Menschen erreichen wollen?

- Ja, und zwar
-
- Nein

34. Gibt es Angebote und Maßnahmen, die vor allem ältere Menschen mit Seh- und/oder Hörbehinderungen erreichen wollen?

- Ja, und zwar
-
- Nein

35. Über welche Medien und Mittler werden die Angebote kommuniziert? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wegweiser für Senioren | <input type="checkbox"/> Informationsservice/-stelle für ältere Menschen und ihre Ansprechpartner, z.B. Hausärzte (z.B. Hotline) |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Amtsblatt |
| <input type="checkbox"/> Informationsmaterial | <input type="checkbox"/> Lokale Zeitungen |
| <input type="checkbox"/> bei praktischen Ärzten/Hausärzten | <input type="checkbox"/> Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> im Sozialamt | <input type="checkbox"/> Seniorenbeiräte |
| <input type="checkbox"/> in Seniorenbegegnungststätten | <input type="checkbox"/> Sonstige/s, z.B. |
| <input type="checkbox"/> Ärzte | |



V. Akteure und Kooperation im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

36. Welche Akteure sind im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in Ihrer Kommune aktiv und nennen Sie darunter die fünf wichtigsten. (Mehrfachnennungen möglich)

	Mehrfachnennungen	die fünf wichtigsten
→ Amt für Soziales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Amt für Gesundheit/Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Seniorenbüro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Seniorenbeirat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Trägerunabhängige Pflegeberatung im Sozialamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Pflegedienste (kommunal, privat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Verbände der freien Wohlfahrtspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Kirchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Vereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sportvereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ unabhängige Seniorengruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Volkshochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Familienbildungsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Wohnberatungsstelle für Senioren und Behinderte im Wohnungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Seniorenbegegnungsstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sonstige, z.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen die Qualität der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen?

- sehr gut gut verbesserungsbedürftig
 keine Zusammenarbeit (dann bitte weiter mit Frage 40)

38. In welcher Form findet eine Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure statt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Gegenseitige Information Regelmäßige Treffen (jour fixe)
 Regelmäßige Gesundheits-/Pflegekonferenzen Sonstiges, z.B.

39. Gibt es im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen Ansätze einer interkommunalen Zusammenarbeit, in denen Ihre Kommune mitwirkt?

- Ja Nein, wird aber angestrebt Nein

40. Durch welche Maßnahmen lassen/ließen sich Ihrer Einschätzung nach Kooperation und Koordination verbessern?

- Allgemein mehr Kommunikation Mehr Ressourcen (personell, finanziell, zeitlich)
 Regelmäßige gegenseitige Information Regelmäßige Treffen (jour fixe)
 Höhere Verbindlichkeit von Vereinbarungen Größere Transparenz der Angebote
 Regelmäßige Gesundheits-/Pflegekonferenzen Sonstiges, z.B.



VI. Zusammenfassend: Situation und Perspektiven des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

41. Welchen Stellenwert haben in Ihrer Kommune

a) Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt?

heute: hoch mittel niedrig kein Thema
zukünftig: hoch mittel niedrig kein Thema

b) seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention?

heute: hoch mittel niedrig kein Thema
zukünftig: hoch mittel niedrig kein Thema

42. Bitte nennen Sie aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Angebote und Maßnahmen/prioritäre Handlungsfelder im Rahmen von seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune:

1. _____
2. _____
3. _____

43. Bitte nennen Sie aus Ihrer Sicht die Ziele, die durch Angebote der seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune erreicht werden sollen. (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stärkere Teilhabe älterer Menschen | <input type="checkbox"/> Kosteneinsparungen im Sozialbereich (mittelfristig) |
| <input type="checkbox"/> Profilierung der Kommune im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ | <input type="checkbox"/> Stärken der Selbständigkeit älterer Menschen |
| <input type="checkbox"/> Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen | <input type="checkbox"/> Ermöglichen des Verbleibs in der eigenen Wohnung |
| <input type="checkbox"/> Steigerung der Attraktivität als Wohnort für ältere Menschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges, z.B. |

44. Bitte nennen Sie Engpässe/Probleme in der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen. (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zu geringe finanzielle Mittel | <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal |
| <input type="checkbox"/> Kein wichtiges Thema für Politik | <input type="checkbox"/> Widerstände anderer Interessengruppen |
| <input type="checkbox"/> Kein Interesse bei der Zielgruppe der älteren Menschen | <input type="checkbox"/> Zu wenig Abstimmung/Kooperation der Angebote potenzieller Anbieter/Akteure |
| <input type="checkbox"/> Ausgeprägte Konkurrenz der verschiedenen Anbieter | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, z.B. | |

45. Wie schätzen Sie die Entwicklung der kommunalen Finanzmittel für das Handlungsfeld der seniorenbezogenen „Gesundheitsförderung und Prävention“ in den nächsten fünf Jahren ein?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Steigende Finanzmittel | <input type="checkbox"/> Gleich bleibend |
| <input type="checkbox"/> Geringere Finanzmittel | <input type="checkbox"/> Keine Angabe möglich |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

6.3 Fragebogen für Landkreise

Gesundheitsförderung und Prävention
– Angebote und Zugangswege für ältere Menschen in Landkreisen –

Bitte bis zum **6.12.2006** zurücksenden an:

Deutsches Institut für Urbanistik
 z.H. Frau Dr. Beate Hollbach-Grömig
 Postfach 12 62 24

10593 Berlin

Ganz kurz:

- Wenn genaue Angaben nicht möglich sind, geben Sie bitte Schätzungen an.
- Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz.
- Bitte unterstützen Sie dieses Projekt mit der vollständigen Beantwortung des Fragebogens.

Rückfragen bitte an:

- Dr. Beate Hollbach-Grömig, Tel. 030/39001-293

Das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) führt im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine umfangreiche repräsentative Umfrage zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention – Angebote und Zugangswege für ältere Menschen“ auf kommunaler Ebene durch.

Ziel der Umfrage ist es, zu erfassen, wie die aktuelle Situation von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in bundesdeutschen Kommunen ist, welche strukturellen Voraussetzungen bestehen, ältere Menschen anzusprechen, sie zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren und unterstützende Angebote bereitzustellen. Darüber hinaus interessieren Maßnahmen, die dazu beitragen, Selbständigkeit und soziale Teilhabe zu erhalten.

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen auf der Basis Ihrer Erkenntnisse und Erfahrungen auszufüllen und an das Difu zurückzusenden. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert nach den Erfahrungen des Pretests etwa 15-20 Minuten. **Falls Sie nicht die richtige Ansprechpartnerin/der richtige Ansprechpartner für diesen Fragebogen sind, bitten wir Sie, ihn an die entsprechende Stelle weiterzuleiten.** Bitte arbeiten Sie in der Beantwortung der Fragen – soweit sinnvoll – auch mit anderen zuständigen Ämtern zusammen.

Die Umfrage wird mit zwei separaten Fragebogen durchgeführt in allen Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern, einer Stichprobe von Kommunen zwischen 10.000 und 50.000 Einwohnern und einer Stichprobe der Landkreise. Sie ist mit dem Deutschen Städtetag, dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und dem Deutschen Landkreistag abgestimmt.

Sollten Sie Interesse an einer elektronischen Formularversion des Fragebogens haben, schicken Sie bitte eine Email an hollbach-groemig@difu.de oder seidel-schulze@difu.de.

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name:

Dienststelle:

PLZ/Stadt: GKZ

Telefon: Fax:

Email:

I. Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik auf Landkreisebene

1. Welchen Stellenwert hat die Seniorenarbeit/Seniorenpolitik in Ihrem Landkreis?

- hoch mittel niedrig kein Thema

2. In welchem Dezernat/Referat liegt die Zuständigkeit für Seniorenarbeit/Seniorenpolitik in Ihrem Landkreis?

.....

3. Gibt es in Ihrem Landkreis eine zentrale Kontaktstelle für ältere Menschen, z.B. Seniorenbeauftragten/e, Seniorenbüro, Seniorenagentur, Hotline?

- Ja Nein Weiß nicht

4. Gibt es in Ihrem Landkreis einen Seniorenbeirat?

- Ja Nein Weiß nicht

5. Gibt es in Ihrem Landkreis einen kommunalen Alten(hilfe)plan?

- Ja Nein Weiß nicht

↳ Wenn ja: Spielt darin das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ eine Rolle?

- Ja Nein Weiß nicht

6. Gibt es in Ihrem Landkreis einen Pflegebedarfsplan/eine Pflegeplanung?

- Ja Nein Weiß nicht

7. Erstellen Sie in Ihrem Landkreis einen Gesundheitsbericht zur Situation der älteren Menschen?

- Ja, regelmäßig Ja, sporadisch Nein Weiß nicht

8. Gibt es in Ihrem Landkreis „Aktionswochen für Senioren“, Seniorentage o.ä.?

- Ja, regelmäßig Ja, sporadisch Nein Weiß nicht

II. Themen- und Handlungsfelder der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik

9. Welche Themen- und Handlungsfelder werden im Rahmen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik von Ihrem Landkreis bearbeitet und nennen Sie darunter die fünf wichtigsten. (Mehrfachnennungen möglich)

	Mehrfachnennungen die fünf wichtigsten	
→ Wohnen (z.B. seniorengerechtes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen, betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Begegnung, Kontaktangebote (z.B. gesellige Gruppen, Neigungsgruppen, Veranstaltungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Bildung (z.B. Lebenslanges Lernen, Internet, Sprachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Kultur (z.B. Theater, Kino, Lesungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Gesundheitsförderung und Prävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sport/ Seniorensport, Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ehrenamtliche Tätigkeiten, bürgerschaftliches Engagement für/von ältere(n) Menschen, Selbsthilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Quartiersbezogene Prävention und Netzwerkhilfe für ältere Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Beratung (z.B. Hilfe in Behördenangelegenheiten, sozialrechtliche Auskünfte, Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Mobilität (z.B. seniorengerechte ÖPNV-Angebote, barrierefreie Nutzung, Hol- und Bringdienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Gesundheitsförderung und Prävention – Angebote und Zugangswege für ältere Menschen in Landkreisen
Umfrage des Deutschen Instituts für Urbanistik im November 2006



	Mehrfachnennungen	die fünf wichtigsten
→ Teilstationäre Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sicherheit (Kriminalitätsprävention und -bekämpfung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Generationenübergreifende Angebote (z.B. PC/Internet, Seniorenfrühstück mit Jugendlichen, Literaturkreis, gemeinsame Feste mit Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sonstige, z.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

10. Welche Bedeutung hat im Rahmen der Seniorenpolitik Ihres Landkreises das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention?

- sehr wichtig
 wichtig
 weniger wichtig
 unwichtig

11. Welche konkreten Angebote und Maßnahmen gibt es speziell für Senioren/Seniorinnen in Ihrem Landkreis im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention. (Mehrfachnennungen möglich)

→ Risikogruppenbezogene Maßnahmen (z.B. Herz-Kreislauf, Adipositas, Diabetes)	<input type="checkbox"/>
→ Maßnahmen, um das Wissen über Alternsprozesse zu fördern	<input type="checkbox"/>
→ Themenbezogene Kampagnen (z.B. zu einem neuen Altersbild)	<input type="checkbox"/>
→ Wohnberatung für ältere Menschen	<input type="checkbox"/>
→ Aufsuchende Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>
→ Bildungs-/Kursangebote zu	
▪ Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>
▪ Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>
▪ Gedächtnistraining	<input type="checkbox"/>
▪ Selbstsicherheit/Selbstbewusstsein	<input type="checkbox"/>
▪ Soziale Kompetenz/soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>
→ Präventiver Hausbesuch, z.B. durch den Hausarzt	<input type="checkbox"/>
→ Bewegungs- und Sportangebote	<input type="checkbox"/>
→ Information/Beratung zum Umgang mit Medikamenten	<input type="checkbox"/>
→ Information/Beratung zum Umgang mit dem Rauchen/Rauchentwöhnung	<input type="checkbox"/>
→ Information/Beratung zum Umgang mit Alkohol/Alkoholproblemen	<input type="checkbox"/>
→ Verbesserung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/>
→ Stärkung des Pflegepotenzials der Familie	<input type="checkbox"/>
→ Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger	<input type="checkbox"/>
→ Sonstiges, z.B.	<input type="checkbox"/>

12. Über welche Medien und Mittler werden die Angebote kommuniziert? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wegweiser für Senioren | <input type="checkbox"/> Informationsservice/-stelle für ältere Menschen |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> und ihre Ansprechpartner, z.B. Hausärzte (z.B. Hotline) |
| <input type="checkbox"/> Informationsmaterial | <input type="checkbox"/> Amtsblatt |
| <input type="checkbox"/> bei praktischen Ärzten/Hausärzten | <input type="checkbox"/> Lokale Zeitungen |
| <input type="checkbox"/> im Sozialamt | <input type="checkbox"/> Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> in Seniorenbegegnungsstätten | <input type="checkbox"/> Seniorenbeiräte |
| <input type="checkbox"/> Ärzte | <input type="checkbox"/> Sonstige/s, z.B. |

IV. Akteure und Kooperation im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

13. Welche Akteure sind im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in Ihrem Landkreis aktiv und nennen Sie darunter die fünf wichtigsten. (Mehrfachnennungen möglich)

	Mehrfachnennungen	die fünf wichtigsten
→ Amt für Soziales des Landkreises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Amt für Gesundheit/Gesundheitsamt des Landkreises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Seniorenbüro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Seniorenbeirat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Trägerunabhängige Pflegeberatung im Sozialamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Pflegedienste (kommunal, privat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Verbände der freien Wohlfahrtspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Kirchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Vereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sportvereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ unabhängige Seniorengruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Volkshochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Familienbildungsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Wohnberatungsstelle für Senioren und Behinderte im Wohnungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Seniorenbegegnungsstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Sonstige, z.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen die Qualität der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen?

- sehr gut gut verbesserungsbedürftig
 keine Zusammenarbeit (dann bitte weiter mit Frage 17)

15. In welcher Form findet eine Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure statt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Gegenseitige Information Regelmäßige Treffen (jour fixe)
 Regelmäßige Gesundheits-/Pflegekonferenzen Sonstiges, z.B.

16. Gibt es im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen Ansätze einer interkommunalen Zusammenarbeit in Ihrem Landkreis?

- Ja Nein, wird aber angestrebt Nein

17. Durch welche Maßnahmen lassen/ließen sich Ihrer Einschätzung nach Kooperation und Koordination verbessern?

- Allgemein mehr Kommunikation Mehr Ressourcen (personell, finanziell, zeitlich)
 Regelmäßige gegenseitige Information Regelmäßige Treffen (jour fixe)
 Höhere Verbindlichkeit von Vereinbarungen Größere Transparenz der Angebote
 Regelmäßige Gesundheits-/Pflegekonferenzen Sonstiges, z.B.

VI. Zusammenfassend: Situation und Perspektiven des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen

18. Welchen Stellenwert haben in Ihrem Landkreis

a) Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt?

heute: hoch mittel niedrig kein Thema
 zukünftig: hoch mittel niedrig kein Thema

b) seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention?

heute: hoch mittel niedrig kein Thema
 zukünftig: hoch mittel niedrig kein Thema

19. Bitte nennen Sie aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Angebote und Maßnahmen/prioritäre Handlungsfelder im Rahmen von seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrem Landkreis:

1. _____
2. _____
3. _____

20. Bitte nennen Sie aus Ihrer Sicht die Ziele, die durch Angebote der seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrem Landkreis erreicht werden sollen. (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stärkere Teilhabe älterer Menschen | <input type="checkbox"/> Kosteneinsparungen im Sozialbereich (mittelfristig) |
| <input type="checkbox"/> Profilierung der Kommune im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung“ für ältere Menschen | <input type="checkbox"/> Stärken der Selbständigkeit älterer Menschen |
| <input type="checkbox"/> Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen | <input type="checkbox"/> Ermöglichen des Verbleibs in der eigenen Wohnung |
| <input type="checkbox"/> Steigerung der Attraktivität als Wohnort für ältere Menschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges, z.B. |

21. Bitte nennen Sie Engpässe/Probleme in der Bearbeitung des Themas „Gesundheitsförderung und Prävention“ für ältere Menschen. (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zu geringe finanzielle Mittel | <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal |
| <input type="checkbox"/> Kein wichtiges Thema für Politik | <input type="checkbox"/> Widerstände anderer Interessengruppen |
| <input type="checkbox"/> Kein Interesse bei der Zielgruppe der älteren Menschen | <input type="checkbox"/> Zu wenig Abstimmung/Kooperation der Angebote potenzieller Anbieter/Akteure |
| <input type="checkbox"/> Ausgeprägte Konkurrenz der verschiedenen Anbieter | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, z.B. | |

22. Wie schätzen Sie die Entwicklung der Finanzmittel im Landkreis für das Handlungsfeld der seniorenbezogenen „Gesundheitsförderung und Prävention“ in den nächsten fünf Jahren ein?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Steigende Finanzmittel | <input type="checkbox"/> Gleich bleibend |
| <input type="checkbox"/> Geringere Finanzmittel | <input type="checkbox"/> Keine Angabe möglich |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.