

Gesundheitsförderung und Prävention – Zugangswege älterer Menschen auf kommunaler Ebene

Wiederholungsbefragung des
Deutschen Instituts für Urbanistik (2015)

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 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 zum Beispiel 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 der 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 verschiedenen 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.

Gesundheitsförderung und Prävention – Zugangswege älterer Menschen auf kommunaler Ebene

Wiederholungsbefragung des
Deutschen Instituts für Urbanistik (2015)

Dr. Beate Hollbach-Grömig und
Franciska Frölich von Bodelschwingh

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 – Sonderheft 02

Gesundheitsförderung und Prävention – Zugangswege älterer Menschen auf kommunaler Ebene

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149–161, 50825 Köln, Tel.: 0221/89 92-0, Fax: 0221/89 92-300

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle Rechte vorbehalten.

Autorinnen

Dr. Beate Hollbach-Grömig (Leitung Difu) und

Franciska Frölich von Bodelschwingh

Projektleitung

Dr. Monika Köster

E-Mail: monika.koester@bzga.de

Redaktion und Satz: aHa-Texte, Köln

Druck: Silber Druck, Niestetal

Auflage: 1.2.11.16

ISBN 978-3-946692-17-1

Das Sonderheft 02 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, Maarweg 149–161, 50825 Köln und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60640102

» Vorwort

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt kontinuierlich. Noch nie hatten Frauen und Männer in Deutschland eine derart große Chance, ein sehr hohes Alter zu erreichen und damit wertvolle Lebenszeit zu gewinnen. Mit steigendem Alter geht aber oft gleichzeitig ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen und Funktionseinbußen einher. Ein gesunder Lebensstil z.B. durch gesteigerte Bewegung und vermehrte Mobilität kann ältere Menschen dabei unterstützen, Einschränkungen und Erkrankungen effektiv entgegen zu wirken und somit ein Mehr an Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe zu gewinnen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) engagiert sich daher seit Jahren verstärkt, um älteren Menschen Wege und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in ihren Lebenswelten aufzuzeigen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Strategien und Maßnahmen der Gestaltung von Gesundheitsförderung in der Kommune. Im Bundeswettbewerb „Gesund älter werden in der Kommune – bewegt und mobil“ hat die BZgA gemeinsam mit dem Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) erstmalig besonders innovative und erfolgreiche Ansätze der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung für Ältere in der Lebenswelt Kommune ausgelobt. Diese zeigen auf, wie sich kommunale Entscheidungsträger den Herausforderungen des demografischen Wandels erfolgreich stellen können.

Bereits im Rahmen der von der BZgA beauftragten und im Jahr 2006 durch das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) durchgeführten repräsentativen Befragung „Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme“ wurde festgestellt, dass eine große Zahl von unterschiedlichen Angeboten der Gesundheitsförderung in den Kommunen stattfindet. Gleichzeitig ergab die Analyse, dass einige Angebote die Zielgruppen nicht oder nur schwer erreichen. Vielfach fehlte in den befragten Kommunen eine ausreichende Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Akteure.

Um die Entwicklung der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in der Kommune darstellen zu können und somit auch aktuelle Handlungsbedarfe herauszuarbeiten, wurde das Difu 2014 mit einer repräsentativen Folgebefragung der Kommunen beauftragt. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde das Studiendesign der Befragung aus 2006 zugrunde gelegt und weiterentwickelt. Eine der zentrale n Fragestellung dabei war: Wie hat sich die Situation seit 2006 entwickelt? Wo ist der Stand der Gesundheitsförderung für

ältere Menschen in den Kommunen heute? Ende 2014/Anfang 2015 wurden alle Kommunen mit mehr als 50.000 Einwohnern sowie jeweils Stichproben der Kommunen zwischen 10.000 und 50.000 Einwohnern sowie der Landkreise befragt. Insgesamt wurden 547 Kommunen angeschrieben. Die Rücklaufquote lag bei 33 Prozent.

Das Ergebnis zeigt ein differenziertes Bild. Die Bedeutung von Gesundheitsförderung für ältere Menschen in den Kommunen ist seit 2006 deutlich gestiegen. Bescheinigten im Jahr 2006 noch knapp die Hälfte der befragten Kommunen der Gesundheitsförderung für Ältere eine hohe Bedeutung, so waren es 2014 mehr als zwei Drittel. Konkrete Angebote der Gesundheitsförderung für Ältere finden, wie auch im Jahr 2006, am häufigsten im Bereich Sport und Bewegung statt.

Im Vergleich zu 2006 ist der Anteil barrierefreier Angebote der Gesundheitsförderung für Ältere in den Kommunen deutlich gestiegen. Ältere Migranten, nicht mobile und sozial benachteiligte Personen sowie ältere Männer werden von den Angeboten der Gesundheitsförderung unverändert schwer erreicht. Gleichzeitig ist seit 2006 der Anteil der Angebote, die sich an diese Zielgruppen richten, gestiegen. Erfreulich ist die 2014 deutlich besser bewertete Zusammenarbeit der Akteure der Gesundheitsförderung in der Kommune.

Die vorliegende Analyse zeigt, dass Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen ein zentraler Bestandteil der Praxis in den Kommunen sind. Sie liefert aber auch durch die umfangreiche Datenbasis Anhaltspunkte für konkrete Herausforderungen vor Ort und kann dazu beitragen, das Thema „Kommunale Gesundheitsförderung für Ältere“ noch stärker und gezielter in den Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion zu rücken.

Dr. Heidrun Thaiss
Leiterin der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

	»	Vorwort	3
01	»	Einführung	8
		01.1 Vorbemerkung	8
		01.2 Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen	9
		01.3 Gesundheitsförderung und Prävention als kommunale Themen	9
02	»	Die Expertise	12
		02.1 Ziele und Forschungsfragen	12
		02.2 Methodisches Vorgehen	13

03	» Ergebnisse der Umfrage	14
03.1	Rücklauf	14
03.2	Auswertungskriterien	14
03.3	Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik auf kommunaler Ebene	16
03.4	Themen- und Handlungsfelder der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik	25
03.5	Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« für ältere Menschen	29
03.6	Bedeutung von »Sport und Bewegungsförderung« im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«	35
03.7	Zielgruppenorientierung und Kommunikation der Angebote im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«	41
03.8	Akteure und Kooperation im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«	45
03.9	Situation und Perspektiven des Handlungsfeldes »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«	50
04	» Überblick	56
04.1	Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik	56
04.2	Themen- und Handlungsfelder der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik	57
04.3	Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen	58
04.4	Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen	59
04.5	Zielgruppenorientierung und Kommunikation	59
04.6	Akteure und Kooperation	59
04.7	Stellenwert seniorenbezogener Prävention	60
05	» Schlussfolgerungen	62
06	» Literatur	64
07	» Abbildungsverzeichnis	68

01

» Einführung

» 01.1 Vorbemerkung

Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland war wie in vielen anderen Industriestaaten in den letzten knapp 20 Jahren überwiegend rückläufig. Mehr Sterbefälle als Geburten, eine noch weiter steigende Lebenserwartung und nur noch geringe Zuwanderungsraten führten dazu, dass die Bevölkerung Deutschlands weniger wurde und zudem alterte. Bis 2060 – dem Zeithorizont der aktuellen Prognose des Statistischen Bundesamts – wird sich die Alterung intensivieren. Die Zahl der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird von 4,4 Millionen (2013) auf fast 10 Millionen (2050) steigen; danach wird

sie auf etwa 9 Millionen hochbetagte Menschen bis 2060 zurückgehen. An dieser grundsätzlichen Entwicklung ändert auch die seit einigen Jahren sehr hohe Zuwanderung nach Deutschland nichts (Statistisches Bundesamt 2015).

Damit wird die Zahl hochbetagter Menschen, die in wachsender Zahl unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden und Pflegeleistungen benötigen werden, überproportional zunehmen, auch wenn sich der Beginn von Krankheit und Pflegebedürftigkeit tendenziell in höhere Altersklassen verschiebt – und die Zahl der »fitten« Alten relativ größer wird.

Zu beachten ist, dass diese Veränderungen der Bevölkerung zwischen den Regionen, aber auch

innerhalb von Regionen, kleinräumig zwischen Städten und Gemeinden und selbst zwischen den Stadtteilen einer Stadt unterschiedlich verlaufen. Wachsende und schrumpfende Räume, weniger stark und stark alternde Räume können dabei sehr nah beieinander liegen, selbst innerhalb eines städtischen Quartiers kann es gegenläufige Entwicklungen geben. (Z. B. Pätzold u. a. 2009; BMVBS 2009; Hollbach-Grömig 2014) Dies bringt einen sehr unterschiedlichen Handlungsbedarf mit sich.

» 01.2 Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen

Prävention für das Alter und Prävention im Alter haben große Bedeutung für die Gesundheit, die Selbständigkeit und das Wohlbefinden im Alter. Gesundheitsförderung stellt die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten im weitesten Sinn in den Vordergrund. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wurde »Gesund älter werden« im Jahr 2012 vom »Kooperationsverbund gesundheitsziele.de«, in dem die wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens in Deutschland zusammenwirken, als nationales Gesundheitsziel verabschiedet. Sehr wichtig ist die Zielgruppenorientierung, mit der versucht wird, gerade Menschen aus unteren Bildungsschichten anzusprechen, die mehrere Risikofaktoren auf sich vereinen, zugleich jedoch Gesundheits- und Präventionsangeboten gegenüber erheblich weniger aufgeschlossen sind.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter haben sich inzwischen auf der kommunalen Ebene gut entwickelt und sind in einer Reihe von Kommunen fest

etabliert. Ähnliches gilt für die Gesundheitsförderung berufstätiger Menschen, die über ihre Betriebe und Arbeitgeber angesprochen werden können.

Anders sieht die Situation – nach wie vor – bei der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen aus. 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 69 Jahre), die sehr oft gesund, gebildet und finanziell abgesichert sind und über ein großes Zeitbudget verfügen, können darin eine zentrale Rolle einnehmen. Dazu ist es allerdings erforderlich, durch frühzeitige Prävention (für ein gesundes Altern), Gesundheitsförderung, Rehabilitation und auch Bildungsangebote die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen zu erhalten und ihre Potenziale, z. B. über bürgerschaftliches Engagement, politische und gesellschaftliche Teilhabe sowie über ihren Beitrag zu den Beziehungen zwischen den Generationen zu fördern.

» 01.3 Gesundheitsförderung und Prävention als kommunale Themen

Städte und Gemeinden sind wichtige Orte der Prävention und Gesundheitsförderung, da Gesundheit wesentlich von der Qualität der Lebensverhältnisse in Städten und Gemeinden, in Stadtteilen und Quartieren abhängt. Die Stärkung gesellschaftlicher Teilhabe, von Mobilität und körperlicher Aktivität, die Schaffung barrierefreier Wohnungen, eines bewegungsförderlichen Wohnumfelds und wohnungsnaher Infrastrukturangebote sind nur einige

Möglichkeiten, mit denen Kommunen und andere Akteure zu gesunden Lebensbedingungen und damit bereits präventiv zur Gesundheit im Alter vor Ort beitragen können.

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen ist eine Querschnittsaufgabe, die über den Gesundheitsbereich hinaus geht und andere kommunale Ressorts wie Stadtplanung, Wohnen, Bildung, Integration oder Sport ebenso betrifft. Städte und Gemeinden stehen damit vor der Aufgabe, ressortübergreifend Konzepte für ein gesundes Altern in der Kommune zu entwickeln.

Um diese Aufgabe in einer Kommune auf eine breitere Basis zu stellen, ist die Unterstützung durch die politische Spitze einer Stadt, Gemeinde

oder eines Landkreises (Ober-/Bürgermeisterin/Bürgermeister, Landrätin/Landrat, Dezernenten, Stadt-/Gemeinderat, Kreistag) unerlässlich.

Wichtige Grundlage für eine intensivere Befassung der Politik mit dem Thema sind Zahlen, Daten und Abschätzungen zum demografischen Wandel und seinen Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich (u. a. Altersentwicklung der Bevölkerung, Entwicklung der Versorgung mit Ärzten und von Pflegequoten), das Wissen um die konkreten Wünsche und Anliegen der älteren Bürgerinnen und Bürger sowie das Expertenwissen lokaler Akteure.

02

» Die Expertise

» 02.1 Ziele und Forschungsfragen

Ziel der Expertise war es, wie schon bei der Befragung von 2006, die aktuelle Situation von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in bundesdeutschen Kommunen zu erfassen sowie die strukturellen Voraussetzungen herauszuarbeiten, die notwendig sind, um ältere Menschen anzusprechen, sie zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil (Schwerpunkt: Bewegung und Mobilität) zu motivieren und unterstützende Angebote bereitzustellen. Darüber hinaus interessieren Maßnahmen, die dazu beitragen, Selbständigkeit

und soziale Teilhabe zu erhalten, Ziele, die eng miteinander zusammenhängen. Akteure können dabei die Kommunalverwaltungen selbst (ausgewählte Ämter), Sportvereine, Alteneinrichtungen, kirchliche und karitative Einrichtungen, Krankenkassen vor Ort etc. sein. Eine wichtige Fragestellung war erneut die – bislang in der Mehrzahl der Kommunen nur unzureichende – Kooperation der unterschiedlichen Akteure.

In der Analyse der Ergebnisse der Umfrage von 2014 ist der Vergleich mit der Erhebung von 2006 besonders wichtig, um Fortschritte zu erfassen und gezielt auf weiterhin bestehende Handlungsbedarfe hinweisen zu können.

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

- Gibt es in den Kommunen 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 unter 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 und den Nutzergruppen vor?
- Gibt es kommunale/quartiersbezogene Angebote, die explizit das Thema »Bewegung und Mobilität« in den Vordergrund stellen? Gibt es fundierte (quantitative) Informationen über die Nutzung dieser Angebote?
- Gibt es zielgruppenspezifische Ansätze, die beispielsweise vor allem sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen, Migrantinnen und Migranten oder nicht-mobile Personen erreichen wollen?
- Wie werden die Angebote kommuniziert? Gibt es einen kommunalen Informationsservice für ältere Menschen und ihre Ansprechpartner, z. B. Hausärzte, der regelmäßig über Angebote in der Kommune informiert [Broschüren, »Hotline«, Internet etc.]?
- Arbeiten die verschiedenen Akteure der Altenhilfe [speziell in den Bereichen Gesundheit und Prävention] zusammen? Wenn ja, in welcher Form? Wie gestaltet sich die Arbeitsteilung? Wie lassen sich Kooperation und Koordination verbessern?

» 02.2 Methodisches Vorgehen

Zentrales Instrument zur Bearbeitung der Fragestellungen war eine schriftliche Befragung aller Kommunen mit mehr als 50.000 Einwohnern. Wegen der Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurde darüber hinaus wie schon 2006 eine Stichprobe von kleineren Kommunen befragt (15 % der Kommunen mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern), um auch die Angebote dieses Typs von Kommunen zu erfassen. Ebenso wurden die Landkreise in die Umfrage einbezogen (50 %-Stichprobe). Um einen möglichst zutreffenden Vergleich – und möglichst geringe Verzerrungen in der Aussagekraft der Ergebnisse – in der Zeit(reihe) zu erzielen, wurden die Stichproben weitestgehend identisch zu den Stichproben von 2006 gezogen. Die Verteilung der Gemeinden nach Bundesländern wurde dabei ebenso berücksichtigt. Adressiert wurden die Ämter/Fachbereiche für Soziales mit der Bitte, weitere infrage kommende Dienststellen einzubeziehen.

Der Fragebogen wurde in Papierform und Online (als elektronisches Formular) bereitgestellt. Die Landkreise wurden mit einem separaten Fragebogen angeschrieben. Da nicht alle Fragen, die an die Städte und Gemeinden gerichtet wurden, auch für die Landkreise relevant waren, wurde hier eine Auswahl getroffen. Die Erstellung des Fragebogens erfolgte in enger Abstimmung mit der Auftraggeberin. Der Umfrage war ein Pre-Test bei ausgewählten Gemeinden und Landkreisen vorgeschaltet, um den Fragebogen auf Plausibilität, Verständlichkeit, Umfang etc. zu testen und gegebenenfalls entsprechend anzupassen.

03

» Ergebnisse der Umfrage

» 03.1 Rücklauf

Angeschrieben wurden alle 188 Städte mit mehr als 50.000 Einwohnern, 224 Städte und Gemeinden zwischen 10.000 und 50.000 Einwohnern (15%-Stichprobe) und 162 Landkreise (50%-Stichprobe), damit insgesamt 574 Städte, Gemeinden und Landkreise. Geantwortet haben insgesamt 180 Städte, Gemeinden und Landkreise. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 33 %. Bei den Städten und Gemeinden ab 50.000 Einwohnern liegt die Rücklaufquote mit 42 % deutlich höher. Der Rücklauf der angeschriebenen Städte und Gemeinden insgesamt liegt bei 31,3 %, die Rücklaufquote der Landkreise bei 31,5 %. Tabelle 1 stellt das Verhältnis

von angeschriebenen und antwortenden Städten und Gemeinden sowie Landkreisen dar. In Tabelle 2 werden die Beteiligung an der Umfrage und die Rücklaufquoten differenziert nach Bundesländern dargestellt.

» 03.2 Auswertungskriterien

Die Auswertung der Umfragedaten erfolgte in mehreren Schritten. Nach der Prüfung der Daten auf Konsistenz und Plausibilität wurde eine erste Häufigkeitsauszählung von allen Daten vorgenommen. In einem nächsten Schritt wurde untersucht, ob sich das Antwortverhalten der Städte, Gemein-

Beteiligung an der Umfrage

	Angeschrieben		Geantwortet	
	Absolut		Absolut	In Prozent
Städte > 50.000 Einwohner	188		79	42,0
Städte und Gemeinden 10.000 – < 50.000 Einwohner (15 %-Stichprobe)	224		50	22,3
Landkreise (15 %-Stichprobe)	162		51	31,5
Summe	547		180	32,9

» Tab. 1: Beteiligung an der Umfrage



Deutsches Institut für Urbanistik

Beteiligung an der Umfrage: Rücklaufquoten nach Bundesländern

	Angeschrieben		Geantwortet			
	Städte und Gemeinden	Landkreise	Städte und Gemeinden	Landkreise	% Städte und Gemeinden	% Landkreise
Schleswig-Holstein	12	9	3	0	25	–
Hamburg	1	–	0	–	–	–
Niedersachsen	60	19	16	6	26,7	31,6
Bremen	2	–	–	–	–	–
Nordrhein-Westfalen	123	16	44	10	35,8	62,5
Hessen	32	10	15	2	46,9	20
Rheinland-Pfalz	16	12	3	4	18,8	33,3
Baden-Württemberg	57	18	17	5	29,8	27,8
Bayern	44	35	16	10	36,4	28,6
Saarland	7	3	3	1	42,9	33,3
Berlin	1	–	–	–	–	–
Brandenburg	16	7	2	3	12,5	42,9
Mecklenburg-Vorpommern	8	6	–	1	–	16,7
Sachsen	15	11	5	4	33,3	36,4
Sachsen-Anhalt	9	10	3	4	33,3	40
Thüringen	9	8	2	1	22,2	12,5
Summe	412	162	129	51	31,3	31,5

» Tab. 2: Beteiligung an der Umfrage: Rücklaufquoten nach Bundesländern



Deutsches Institut für Urbanistik

den und Landkreise signifikant nach bestimmten Strukturmerkmalen unterscheidet. Folgende Strukturmerkmale wurden getestet:

- Gemeindegröße
- Mitgliedschaft Gesunde-Städte-Netzwerk
- Alte und neue Bundesländer

25 der Städte, Gemeinden und Landkreise, die geantwortet haben, sind Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk, das gegenwärtig 65 Mitgliedskommunen hat (www.gesunde-staedte-netzwerk.de). Diese Mitgliedschaft erklärt in zahlreichen Fragestellungen Unterschiede am deutlichsten. Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk haben tendenziell für das Thema »Gesundheitsförderung und Prävention« eine größere Aufmerksamkeit. Sie realisieren mehr Aktivitäten und setzen auch Instrumente ein, die in den anderen Städten noch nicht so oft Anwendung finden. Auch hinsichtlich der Stadtgröße gibt es häufiger signifikante Unterschiede. Dagegen haben sich die 2006 noch teilweise feststellbaren Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern inzwischen weitgehend angeglichen. Nur signifikante Unterschiede werden im Folgenden dargestellt.

Die im Text verwendeten Zahlenangaben für »alle Städte und Gemeinden« fassen die Vollerhebung in den Städten mit 50.000 und mehr Einwohnern und die 15%-Stichprobe der kleineren Städte und Gemeinden zusammen.

>> 03.3 Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik auf kommunaler Ebene

Mehr als 90 % der Städte und Gemeinden geben an, dass Seniorenpolitik aktuell eine hohe oder mittlere

Bedeutung in ihrer Kommune hat, in etwa gleich verteilt auf »mittel« und »hoch«. Im Vergleich zu 2006 hat sich damit der Stellenwert der Seniorenpolitik in den Städten und Gemeinden erhöht. Vor allem in den Städten und Gemeinden bis 100.000 Einwohner ist ein Bedeutungszuwachs des Politikfelds festzustellen. Dort ist der Anteil derjenigen, die diesem Politikfeld eine »hohe« Bedeutung geben, deutlich angestiegen (von gut einem Viertel auf mehr als 40 %).

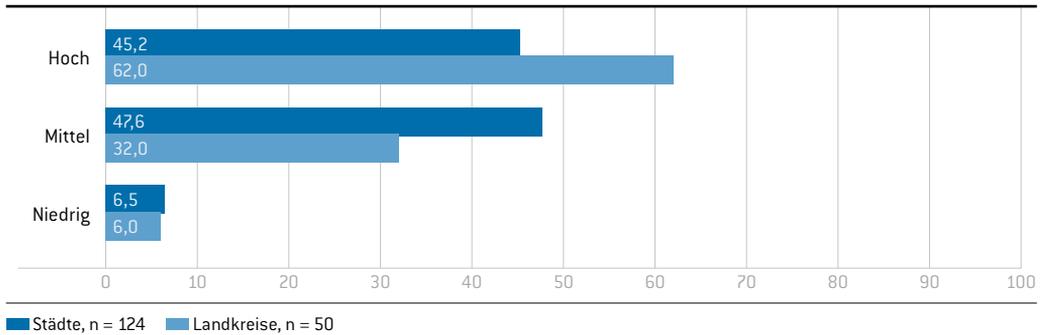
Auch Landkreise – hier müssen allerdings auch die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Aufgabenzuschnitte berücksichtigt werden – bewerten den Stellenwert von »Seniorenpolitik« deutlich höher, als sie dies noch 2006 getan haben. 62 % der Landkreise geben an, dass »Seniorenpolitik« in ihrem Landkreis einen hohen Stellenwert hat, ein Drittel nennt eine »mittlere« Bedeutung (vgl. Abb. 1).

60 % der Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, messen der Seniorenpolitik bereits heute eine hohe Bedeutung zu, 36 % eine mittlere Bedeutung (vgl. Abb. 2).

Die Zuständigkeit für das Handlungsfeld »Seniorenarbeit/-politik« liegt ganz überwiegend bei der Verwaltungsstelle für Soziales, die in vielen Kommunen (Städte, Gemeinden und Landkreise) zugleich für sehr unterschiedliche andere Handlungsfelder (z. B. Familie, Sport, Demografie) zuständig sein kann. Teilweise liegt die Zuständigkeit beim Hauptamt, einige Kommunen haben Stabsstellen bei der Verwaltungsspitze eingerichtet. In manchen kreisfreien Städten ist das Gesundheitsamt für das Themenfeld zuständig.

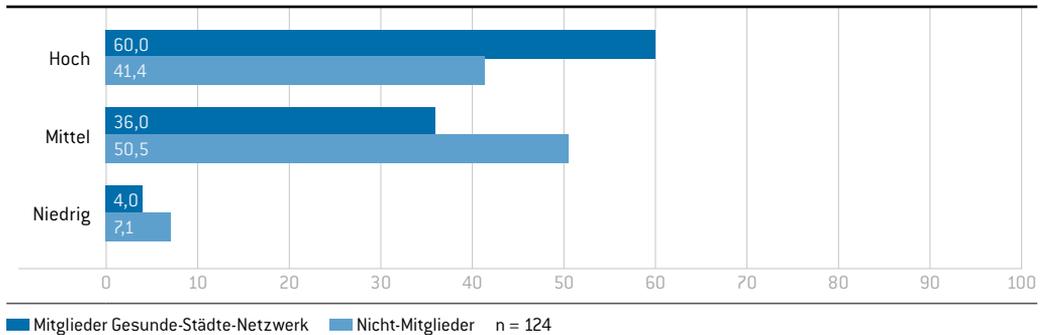
84,3 % aller Städte und Gemeinden verfügen über eine zentrale kommunale Kontaktstelle für Senioren, darunter alle antwortenden Städte und Gemeinden, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind. Drei Viertel der Landkreise haben eine zentrale Kontaktstelle – und damit deutlich mehr als noch 2006 (58 %).

Stellenwert von Seniorenpolitik: Städte, Gemeinden und Landkreise



» Abb. 1: Stellenwert Seniorenpolitik: Städte, Gemeinden und Landkreise (Angaben in %)

Stellenwert von Seniorenpolitik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder

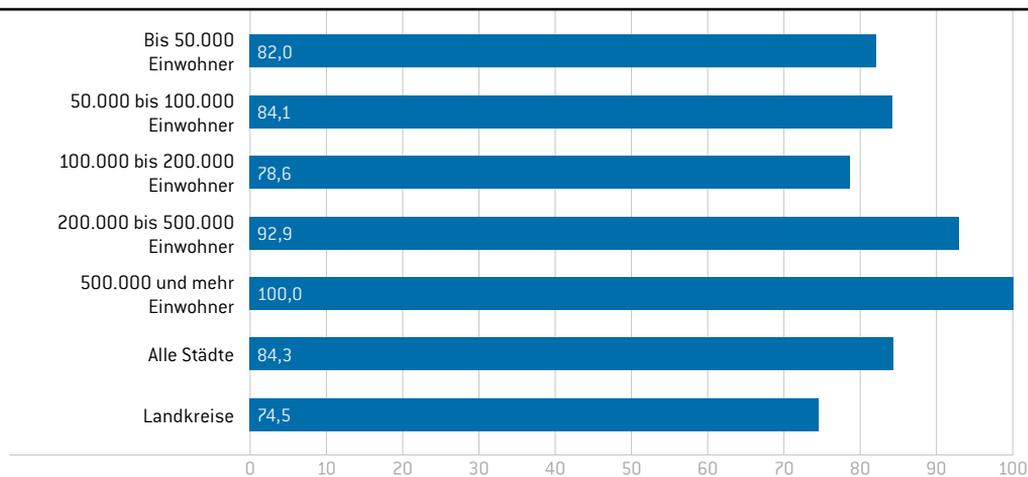


» Abb. 2: Stellenwert Seniorenpolitik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

Die 2006 noch zu beobachtenden Unterschiede zwischen Städten und Gemeinden unterschiedlicher Einwohnergrößenklassen haben sich weitgehend nivelliert. Die Kommunen bis 50.000 Einwohner haben deutlich aufgeholt: Auch hier geben jetzt mehr als 80 % der antwortenden Kommunen an, eine Kontaktstelle zu haben (vgl. Abb. 3).

72,7 % aller Städte und Gemeinden (88 % der Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und 70 % der Nicht-Mitglieder) haben einen Seniorenbeirat als beratendes Gremium eingerichtet. Hier gibt es weiterhin Unterschiede nach Einwohnergrößenklassen (vgl. Abb. 4). Je größer die Stadt/Gemeinde ist, desto eher gibt es einen Seniorenbeirat. Allerdings

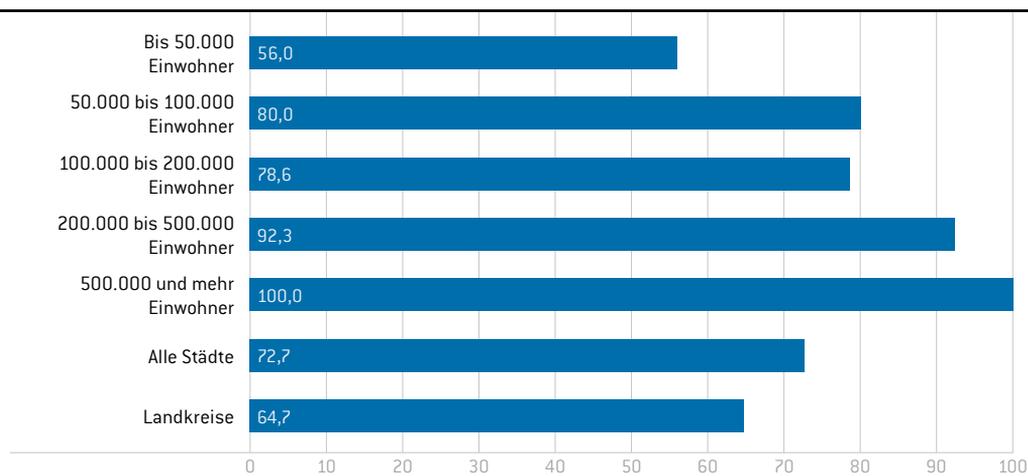
Kontaktstelle für ältere Menschen



n (Städte und Gemeinden) = 127; n (Landkreise) = 51

>> Abb. 3: Kontaktstelle für ältere Menschen: Städte, Gemeinden und Landkreise (Angaben in %)

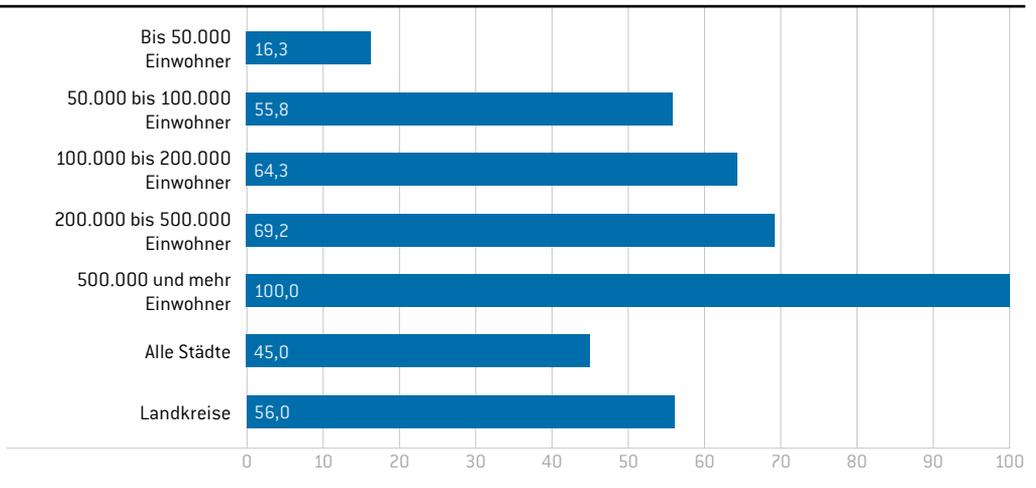
Seniorenbeirat



n (Städte und Gemeinden) = 128; n (Landkreise) = 51

>> Abb. 4: Seniorenbeirat: Städte, Gemeinden und Landkreise (Angaben in %)

Kommunaler Altenhilfeplan



n (Städte und Gemeinden) = 125; n (Landkreise) = 50

» Abb. 5: Kommunaler Altenhilfeplan: Städte, Gemeinden und Landkreise (Angaben in %)

haben inzwischen deutlich mehr Kommunen mit weniger als 50.000 Einwohnern einen Seniorenbeirat als noch 2006. Bei den Landkreisen sind es knapp zwei Drittel, die angeben, einen »Seniorenbeirat« zu haben. Dies ist eine geringfügige Steigerung gegenüber 2006.

Einen kommunalen Altenhilfeplan gibt es dagegen in weniger Kommunen. Lediglich 45 % aller Städte und Gemeinden (72 % Gesunde-Städte-Netzwerk, 38 % andere Städte und Gemeinden) verfügen über einen kommunalen Altenhilfeplan. Auch hier gilt: Je größer die Stadt/Gemeinde ist, desto eher gibt es einen kommunalen Altenhilfeplan. 56 % der antwortenden Landkreise geben an, dass in ihrem Kreis ein kommunaler Altenhilfeplan vorliegt – ebenso wie schon 2006 (vgl. Abb. 5).

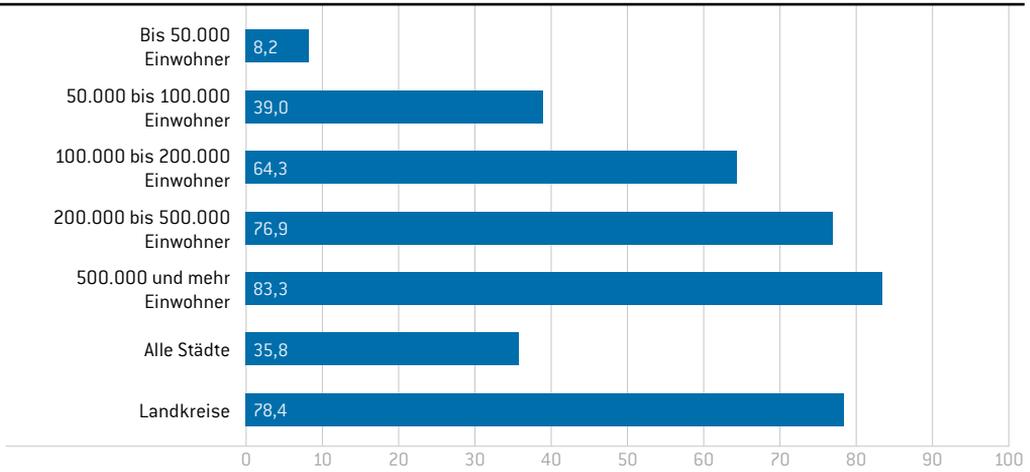
85 % der Städte und Gemeinden (100 % der Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk), die einen kommunalen Altenhilfeplan haben, geben 2014 an,

dass darin der Aspekt »Gesundheitsförderung und Prävention« eine Rolle spielt. Dies ist gegenüber 2006 eine deutliche Zunahme. Damals gaben lediglich 63 % der Kommunen an, »Gesundheitsförderung und Prävention« zu berücksichtigen. Zwischen den unterschiedlichen Gemeindegrößen gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Deutlich weniger Kommunen, nämlich nur ein gutes Drittel (35,8 %), geben an, einen kommunalen Pflegebedarfsplan zu haben (vgl. Abb. 6). Dies sind deutlich weniger Kommunen als noch 2006 (45,5 %). Dabei gibt es eine sehr klare Unterscheidung nach der Gemeindegröße: Je größer, desto häufiger haben die Kommunen einen Pflegebedarfsplan. Allerdings ist über alle Gemeindegrößen – im Vergleich zu 2006 – festzustellen, dass der Anteil der Kommunen mit Pflegebedarfsplan kleiner geworden ist.

Deutlich sind die Unterschiede zwischen den Städten und Gemeinden, die Mitglied im Gesunde-

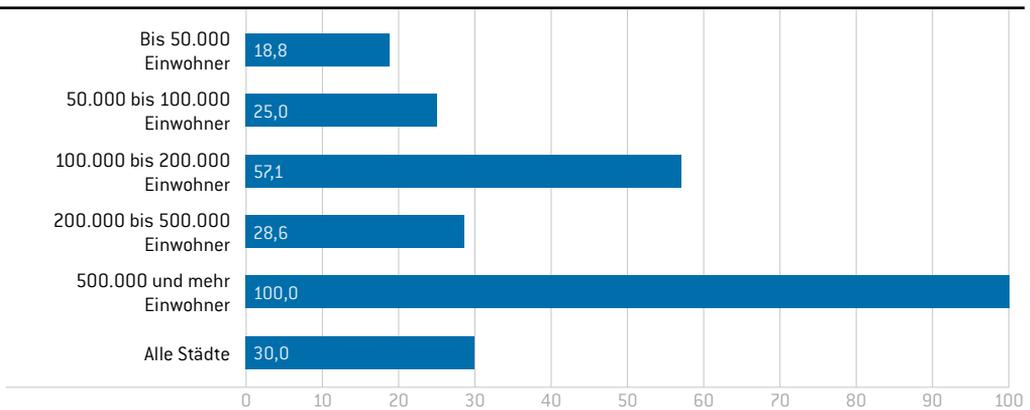
Kommunaler Pflegebedarfsplan



n (Städte und Gemeinden) = 123; n (Landkreise) = 51

>> Abb. 6: Kommunaler Pflegebedarfsplan: Städte, Gemeinden und Landkreise (Angaben in %)

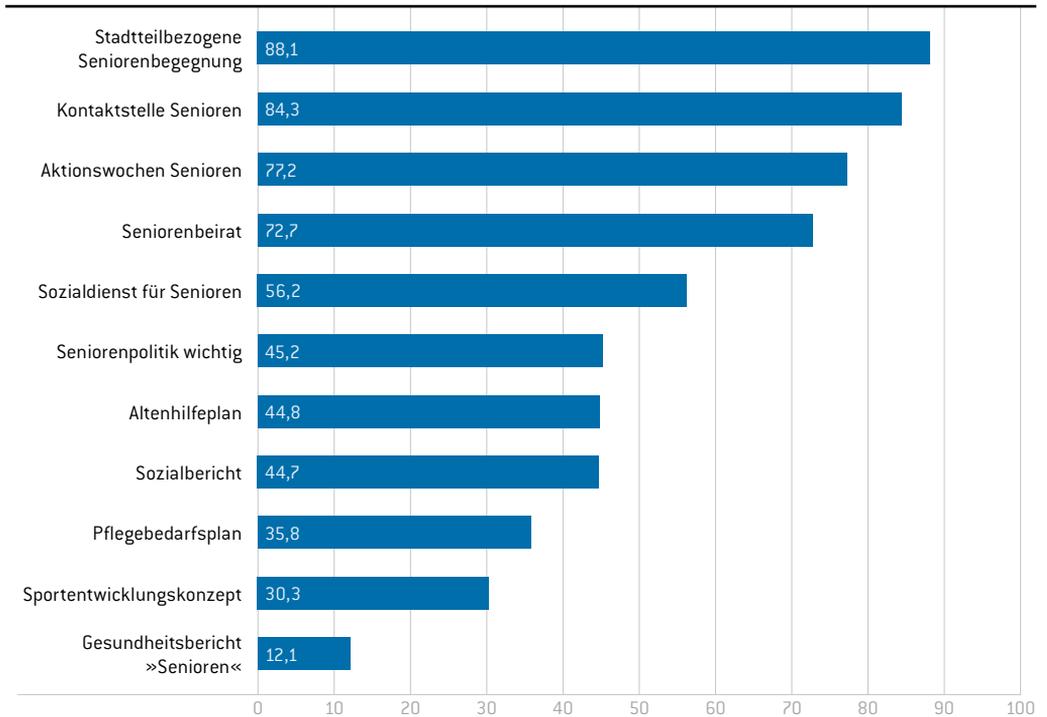
Kommunales Sportentwicklungskonzept mit Seniorensport



n (Städte und Gemeinden) = 122

>> Abb. 7: Kommunales Sportentwicklungskonzept mit Seniorensport: Städte und Gemeinden (Angaben in %)

Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik: Städte und Gemeinden



n [Städte und Gemeinden] = 109–129

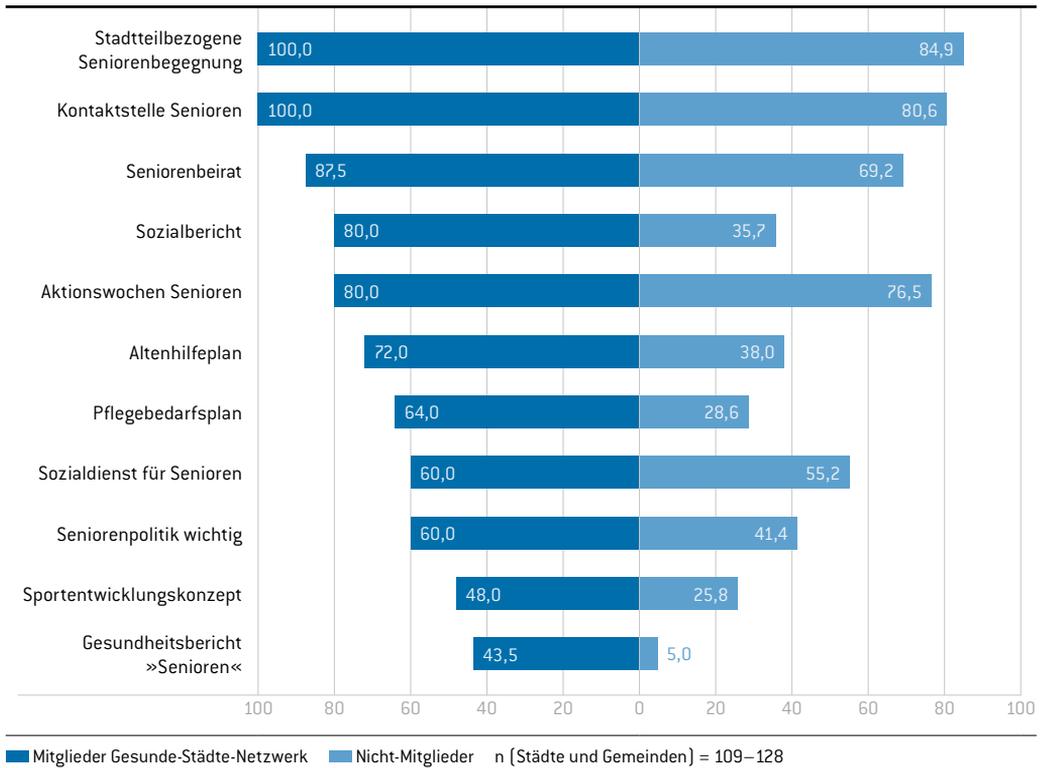
» Abb. 8: Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik Städte und Gemeinden (Angaben in %) Darstellung der Antworten »regelmäßig« und »sporadisch«

Städte-Netzwerk sind, und denjenigen, die nicht Mitglied sind: Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk verfügen zu zwei Dritteln über einen Pflegebedarfsplan, von den Nicht-Mitgliedern ist es gerade einmal ein gutes Viertel.

Mehr als drei Viertel der Landkreise verweisen auf einen Pflegebedarfsplan, der damit auch für die kleineren Städte und Gemeinden gilt, die keinen eigenen Pflegebedarfsplan haben. Gut 30 % aller

Städte und Gemeinden verfügen über ein Sportentwicklungskonzept, das auch den Seniorensport konzeptionell mit einbezieht (vgl. Abb. 7). Je größer eine Stadt oder Gemeinde ist, desto häufiger liegt ein Sportentwicklungskonzept mit Seniorensport vor. Ebenso gilt, dass die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk öfter ein kommunales Sportentwicklungskonzept erarbeitet haben. Hier sind gegenüber 2006 deutliche Veränderungen

Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerke und Nicht-Mitglieder



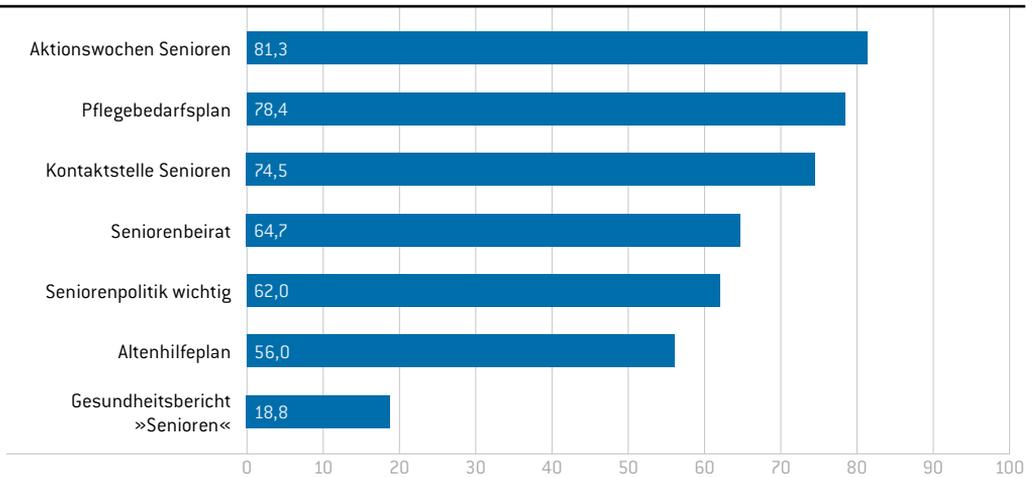
>> Abb. 9: Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %) Darstellung der Antworten »regelmäßig« und »sporadisch«

festzustellen: 2006 waren es lediglich gut 15 % aller Städte und Gemeinden, die angaben, ein kommunales Sportentwicklungskonzept zu haben. Vor allem die Städte bis 200.000 Einwohner haben in diesem Bereich aufgeholt.

Kommunale Gesundheitsberichte, die sich mit der spezifischen Situation älterer Menschen auseinandersetzen, werden lediglich in etwas mehr als einem Zehntel der Städte und Gemeinden (vgl. Abb. 8) und in etwa einem Fünftel der

Landkreise regelmäßig oder sporadisch erstellt (vgl. Abb. 10). Auch hier sind es überwiegend die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk, die einen solchen Bericht erstellen (vgl. Abb. 9). Damit gibt es weiterhin erhebliche Defizite. Die Zahlen haben sich im Vergleich zu 2006 so gut wie nicht verändert. Lediglich in den Großstädten ab 200.000 Einwohnern werden diese Berichte zumindest unregelmäßig vergleichsweise häufiger erstellt.

Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik: Landkreise



n [Städte und Gemeinden] = 48–51

» Abb. 10: Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik: Landkreise (Angaben in %) Darstellung der Antworten »regelmäßig« und »sporadisch«

Knapp 45 % aller Städte und Gemeinden erstellen regelmäßig oder sporadisch Sozialberichte (vgl. Abb. 8). Der Anteil der Kommunen, die angeben, diese Berichte »regelmäßig« zu erstellen, ist gegenüber 2006 leicht gestiegen, ansonsten sind die Zahlen weitgehend unverändert. Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk (vgl. Abb. 9) erarbeiten diese Berichte regelmäßig: 68 % gegenüber 20,4 % bei den Städten und Gemeinden, die nicht Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind.

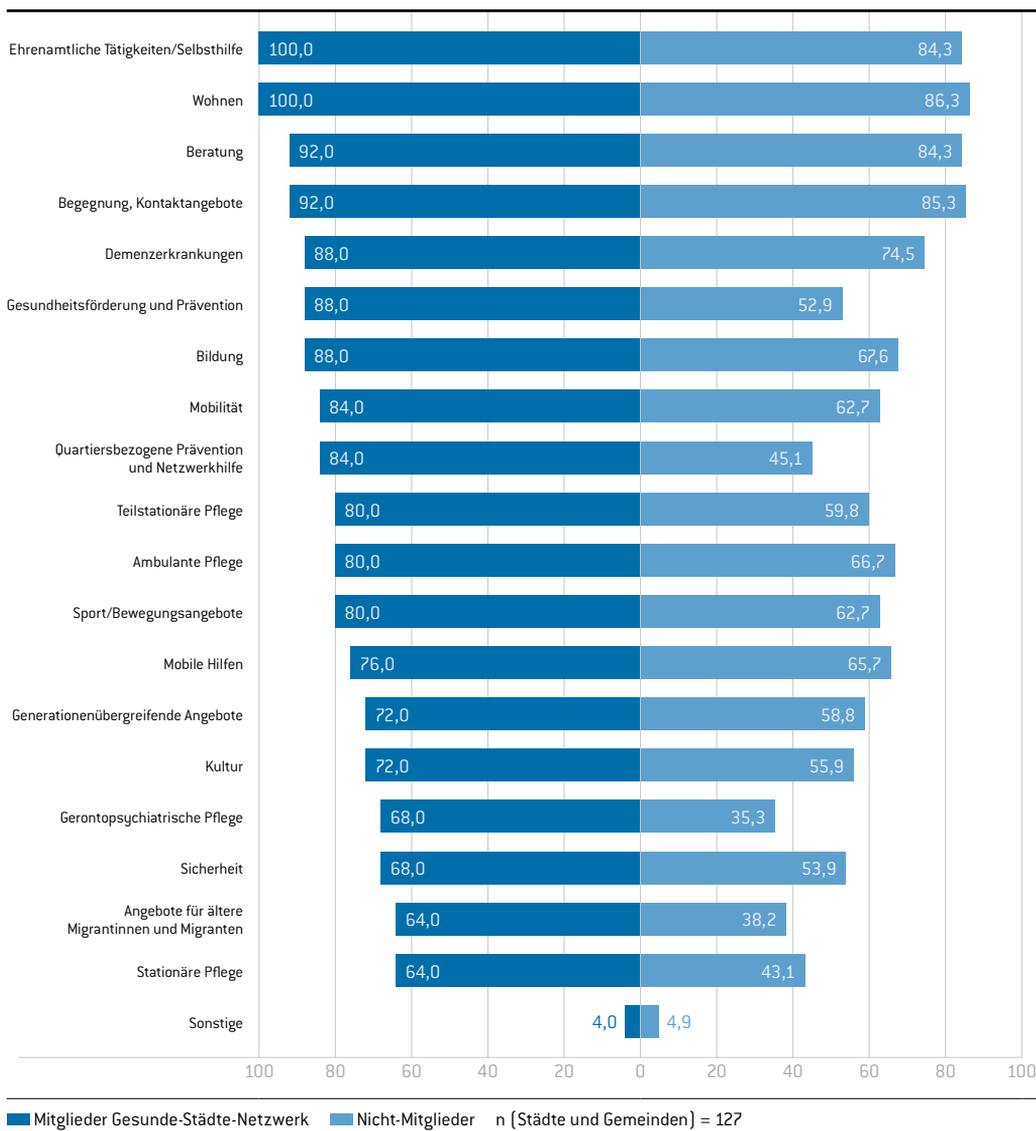
Gut drei Viertel aller Städte und Gemeinden bieten regelmäßig oder sporadisch Aktionswochen für Senioren o. ä. an (vgl. Abb. 8), 80 % der Landkreise (vgl. Abb. 10). Diese Aktionswochen sind eine seit vielen Jahren eingeführte Maßnahme in der Seniorenpolitik. Vor allem die Kommunen bis 200.000 Einwohner und die Landkreise geben etwas

häufiger als noch 2006 an, regelmäßig Seniorenwochen durchzuführen. Insgesamt sind jedoch kaum Veränderungen zu verzeichnen.

Seniorenbegegnungsstätten, sowohl stadtteilbezogen als auch stadtteilübergreifend, gibt es in fast allen Städten und Gemeinden (vgl. Abb. 8). Es bestehen kleine Unterschiede nach Gemeindegrößenklassen (je größer, desto eher) und Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk, die jedoch nicht signifikant sind. Gegenüber 2006 gibt es keine nennenswerten Veränderungen.

Gut die Hälfte aller Städte und Gemeinden bietet einen spezifischen Sozialdienst für Senioren an (vgl. Abb. 8). Auch hier gilt: Es gibt geringe Unterschiede nach Gemeindegrößenklassen, die jedoch nicht interpretierbar sind. Auch gibt es gegenüber 2006 keine Veränderungen.

Themen und Handlungsfelder: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerke und Nicht-Mitglieder



>> Abb. 11: Themen- und Handlungsfelder: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

» 03.4 Themen- und Handlungsfelder der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik

In ihrer 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.

Vor allem in den Bereichen »Wohnen«, »ehrenamtliche Tätigkeiten«, »Begegnungsmöglichkeiten« und »Beratungen« werden von mehr als vier Fünfteln der antwortenden Städte und Gemeinden Angebote gemacht. Neu aufgenommen wurde 2014 die Frage nach Angeboten für »Demenzkrankungen«. Fast vier Fünftel aller antwortenden Städte und Gemeinden machen Angebote in diesem Themenfeld, bei den Landkreisen geben dies sogar 86 % an. Die Veränderungen zwischen 2006 und 2014 sind relativ gering. Im Vergleich zu 2006 ist ein Rückgang bei Angeboten im Bereich der ambulanten Pflege und bei Sport und Bewegungsangeboten festzustellen. Dafür ist der Anteil der Städte und Gemeinden gewachsen, die Angebote im Bereich der quartiersbezogenen Prävention und Netzwerkhilfe machen (von 41 % auf 53 %).

Differenziert man nach Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk und den Nicht-Mitgliedern, so gibt es in der Anzahl der Nennungen durchaus beachtliche Übereinstimmungen. Die größten Ähnlichkeiten gibt es bei den Angeboten zu »Wohnen«, »Ehrenamt« und »Begegnung«. Deutlich öfter werden von den Gesunde-Städte-Mitgliedern Angebote in den Bereichen »Gesundheitsförderung und Prävention« (88 % gegenüber 53 %, Zahlen sind gerundet), »quartiersbezogene Prävention« (84 % gegenüber 45 %), »gerontopsychiatrische Pflege« (68 % gegenüber 35 %) und »Angebote für ältere Mi-

grantinnen und Migranten« (64 % gegenüber 38 %) genannt (vgl. Abb. 11).

Wie 2006 sind Wohnen, Begegnung und Ehrenamt die am häufigsten als »wichtigste« genannten Handlungsfelder. Die weiteren Handlungsfelder folgen mit deutlichem Abstand (vgl. Abb. 12).

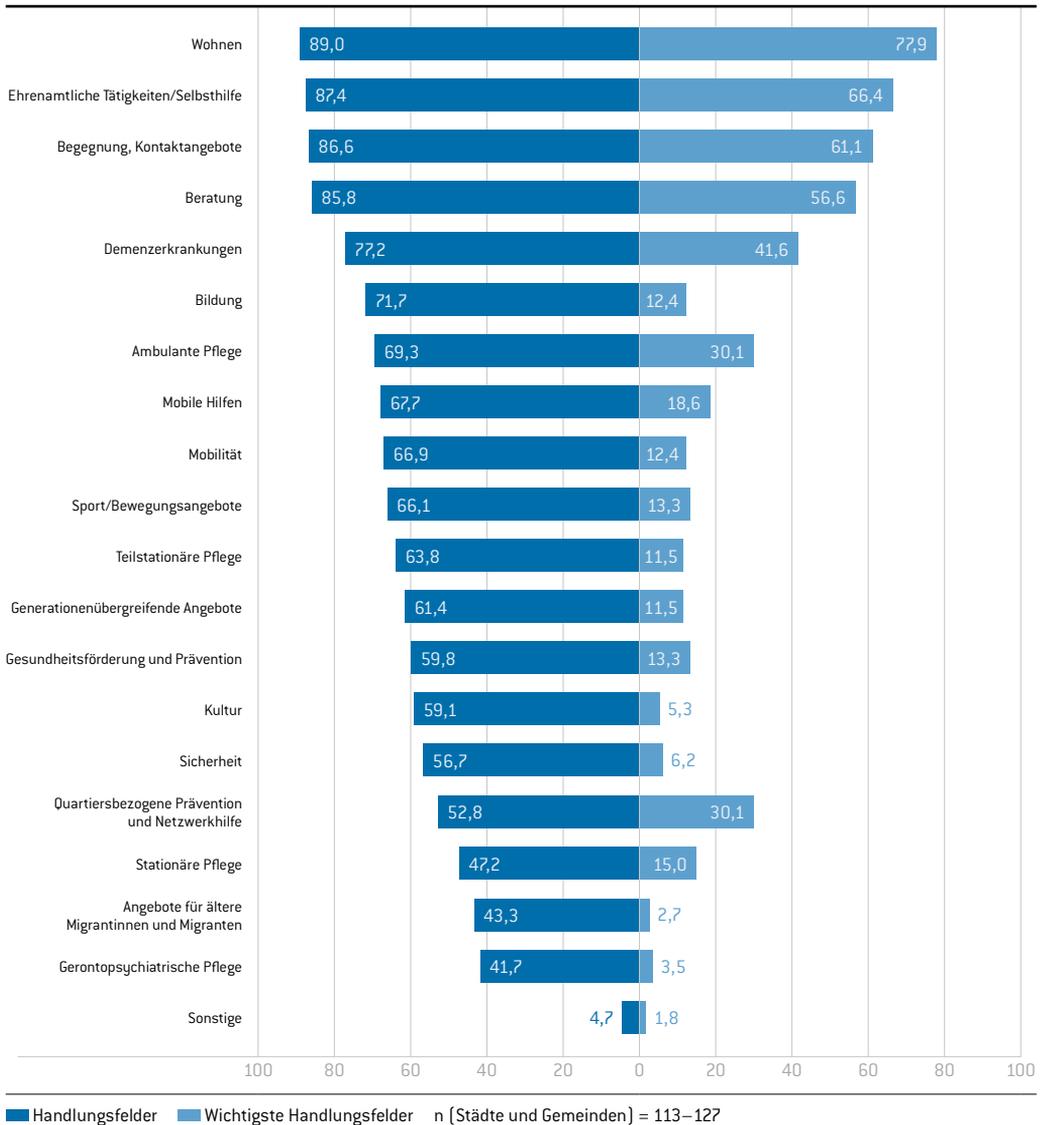
An Bedeutung gewonnen haben Ansätze, die die quartiersbezogene Prävention und Netzwerkhilfe in den Vordergrund stellen (von 16,9 % auf 30,1 %). Einen hohen Stellenwert hat auch das neu aufgenommene Themenfeld Angebote bei Demenzerkrankungen. Mehr als 40 % der antwortenden Städte und Gemeinden haben dieses Angebot unter den fünf wichtigsten genannt (41,6 %). Im Vergleich zu 2006 an Bedeutung verloren haben unter den wichtigsten Themenfeldern die ambulante Pflege, Angebote im Bereich Bildung und Kultur sowie Sportangebote.

In der Bewertung der wichtigsten Handlungsfelder gibt es große Übereinstimmungen zwischen den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk und den anderen Städten. Wohnen, Begegnung, Ehrenamt, Beratung und Demenzerkrankungen werden übereinstimmend als die »fünf wichtigsten« Handlungsfelder genannt. Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk nennen die »quartiersbezogene Prävention« häufiger (vgl. Abb. 13), ein deutlicher Hinweis auf den inhaltlichen Schwerpunkt, den diese Städte bei Gesundheitsförderung und Prävention sehen und in der konkreten Arbeit quartiersbezogen umsetzen.

Auch wenn man die Ergebnisse der Städte und Gemeinden aus den alten und neuen Bundesländern vergleicht, bleiben Wohnen, Begegnung und Ehrenamt die am häufigsten als »wichtigste« genannten Handlungsfelder. Sie sind in den Städten und Gemeinden der neuen Länder zugleich die am häufigsten genannten.

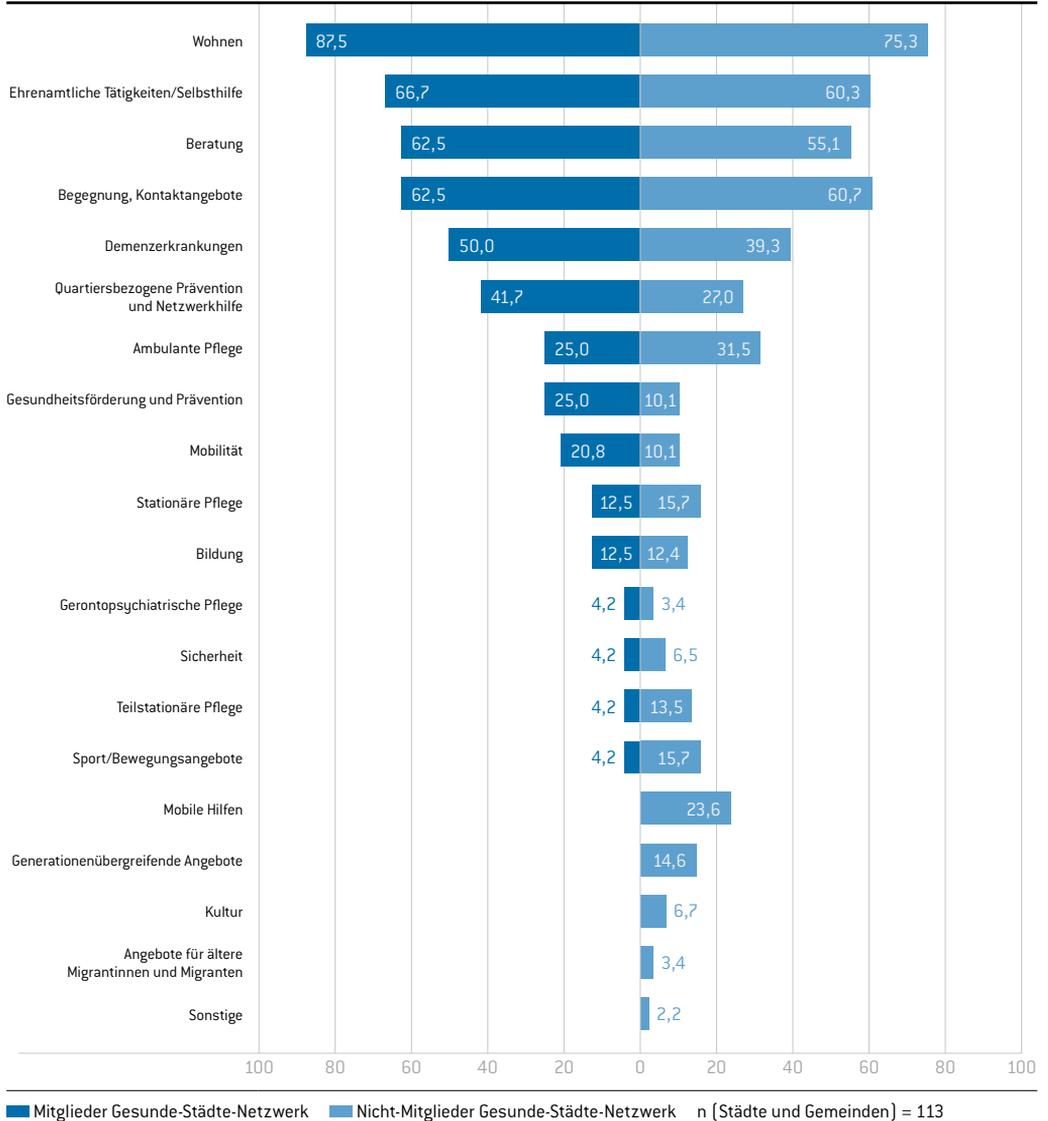
Nach den fünf wichtigsten Handlungsfeldern befragt, wurden von den Landkreisen Wohnen, Beratung, Ehrenamt, Angebote im Bereich der De-

Handlungsfelder und wichtigste Handlungsfelder: Städte und Gemeinden



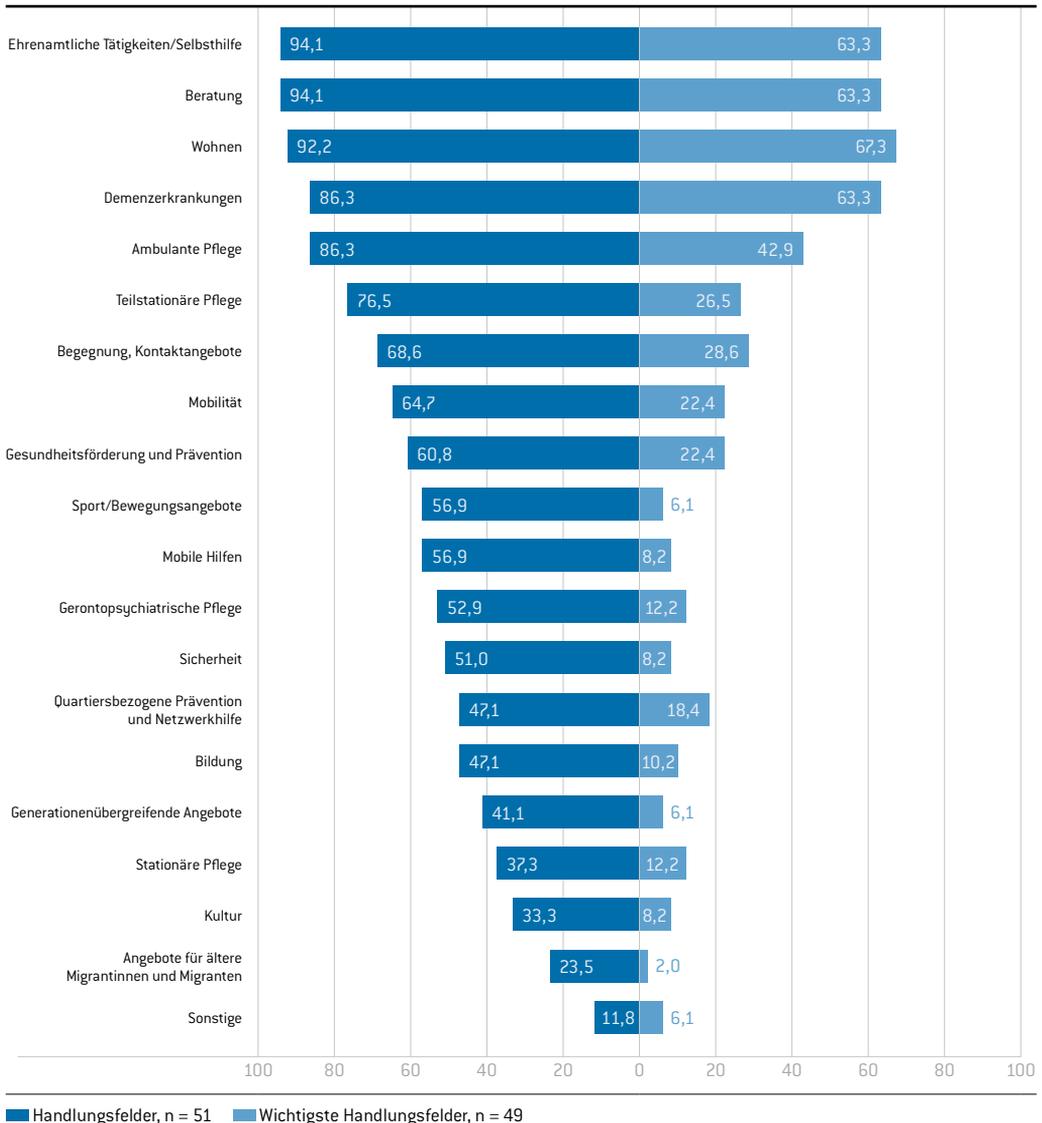
>> Abb. 12: Handlungsfelder und wichtigste Handlungsfelder: Städte und Gemeinden (Angaben in %)

Die wichtigsten Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerke und Nicht-Mitglieder



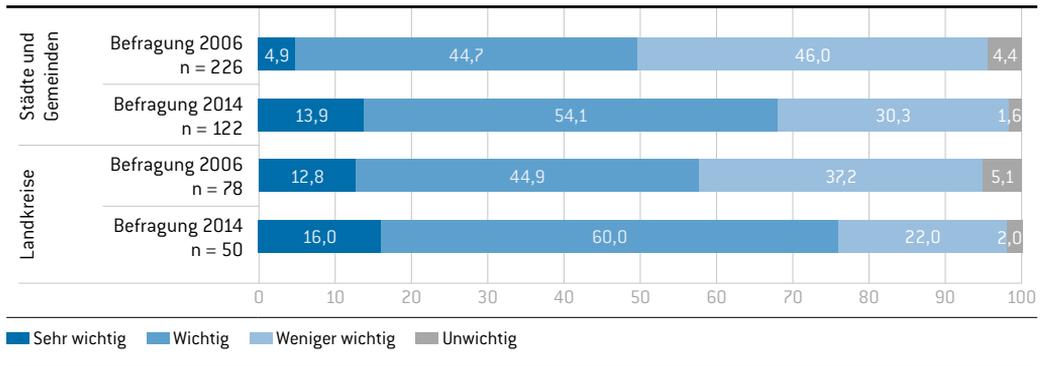
» Abb. 13: Die wichtigsten Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

Handlungsfelder und wichtigste Handlungsfelder: Landkreise



>> Abb. 14: Handlungsfelder und wichtigste Handlungsfelder: Landkreise (Angaben in %)

Bedeutung Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen 2006 und 2014



» Abb. 15: Bedeutung Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen 2006 und 2014: Städte und Gemeinden, Landkreise (Angaben in %)

menzerkrankungen und die ambulante Pflege am häufigsten genannt. Alle anderen Handlungsfelder folgen mit deutlichem Abstand (vgl. Abb. 14).

» 03.5 Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« für ältere Menschen

Unter den Handlungsfeldern der Seniorenarbeit/-politik wurde das Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen« gesondert abgefragt.

Mehr als zwei Drittel aller Städte und Gemeinden bewerten »Gesundheitsförderung und Prävention« als sehr wichtiges und wichtiges Handlungsfeld. Hier ist gegenüber 2006 ein Bedeutungsgewinn festzustellen. Damals sagte lediglich fast die Hälfte der Städte und Gemeinden, dass es sich

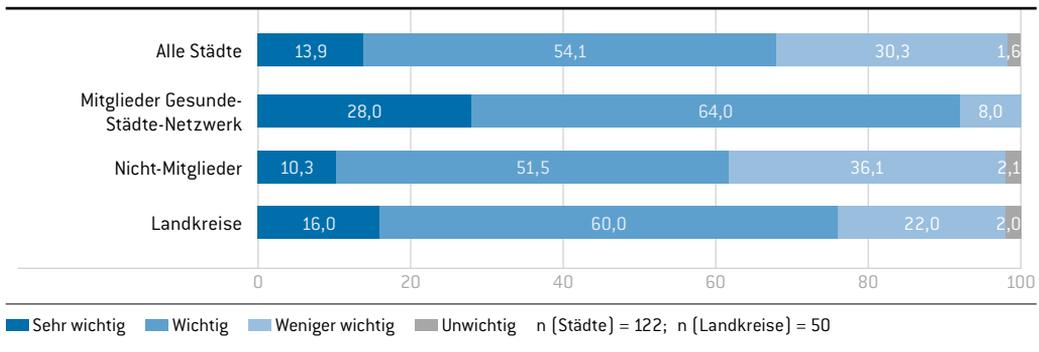
um ein wichtiges oder sehr wichtiges Handlungsfeld handele (vgl. Abb. 15). Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, bewerten sogar zu 92 % (2006: 77 %) »Gesundheitsförderung und Prävention« als sehr wichtig oder wichtig – keine dieser Städte macht die Angabe »unwichtig«. Von den Nicht-Mitgliedern nennen 62 % (2006: 45 %) »Gesundheitsförderung und Prävention« sehr wichtig oder wichtig (vgl. Abb. 16).

Mehr als drei Viertel der Landkreise bewerten »Gesundheitsförderung und Prävention« als sehr wichtiges und wichtiges Handlungsfeld, eine deutliche Steigerung gegenüber 2006 (57,7 %).

Unter den konkreten Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention werden »Sport und Bewegung« (95,2 %) und »Wohnberatung« (94,4 %) am häufigsten genannt. An dritter Stelle folgen spezifische Angebote für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen (92,1 %).

Zwischen den alten und neuen Ländern haben sich die Unterschiede in den Angeboten, die für Senioren im Bereich Gesundheitsförderung und

Bedeutung seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention



>> Abb. 16: Bedeutung seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Städte und Gemeinden, Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk, Nicht-Mitglieder und Landkreise (Angaben in %)

Prävention bereitgestellt werden, reduziert. In den neuen Ländern haben risikogruppenbezogene Maßnahmen, die aufsuchende Sozialarbeit und Kursangebote im Bereich »Bewegung und Sport« einen höheren Stellenwert. In den alten Bundesländern sind die häufigsten Nennungen »Wohnberatung« (Rang 1: 94,7 % der Nennungen), gemeinsam mit Angeboten im Bereich »Bewegung und Sport« (ebenfalls 94,7 %). »Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit pflegender Angehöriger« (74,6 %) sind in den alten Ländern deutlich wichtiger als in den neuen Bundesländern (33,3 %).

Die Landkreise nennen am häufigsten Angebote in den Bereichen »Wohnberatung« (90,2 %), für Demenzerkrankte und deren Angehörige (88,2 %) und »Bewegung/Sport« (66,7 %) (vgl. Abb. 17).

Unter den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk machen anteilig deutlich mehr Kommunen Angebote im Bereich »Sucht« (Rauchen, Alkohol, Medikamente) und in der aufsuchenden Sozialarbeit als Städte, die kein Mitglied sind (vgl. Abb. 18).

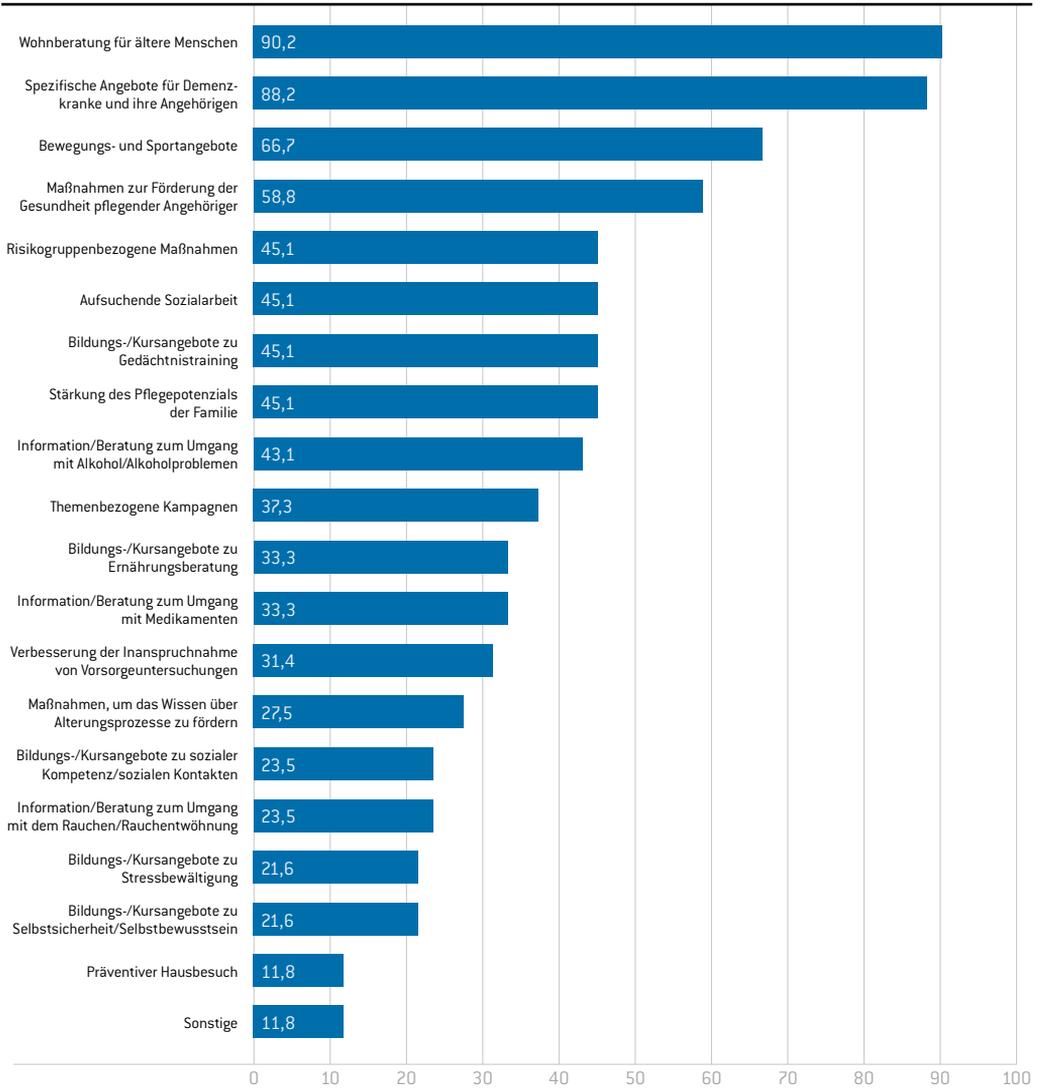
Städte und Gemeinden haben vor allem – und mit deutlichem Abstand – in den Feldern der aufsu-

chenden Sozialarbeit (34,9 % aller Nennungen; 2006: 45,3 %), der Wohnberatung (32,6 %; 2006: 33,7 %) und bei thematischen Kampagnen (15,5 %; 2006: 34,5 %) die Federführung. Daran hat sich gegenüber 2006 nichts geändert. In allen anderen Angebotsbereichen wirken sie dagegen bestenfalls mit. Überwiegend erbringen Dritte die Angebote. Auch dies ist gegenüber 2006 unverändert.

Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk sind häufiger »federführend« als die anderen Städte. Ebenso wirken sie tendenziell öfter zumindest mit, als es die anderen Städte tun. Auffallend ist dies vor allem bei den Kursangeboten zu Stressbewältigung, Ernährung und im Gedächtnistraining oder bei der Stärkung des Pflegepotenzials in der Familie. Teilweise haben sich Unterschiede zwischen den Städten allerdings auch angeglichen, so z. B. in den »Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger«.

Eine deutliche Mehrheit von Städten und Gemeinden beachtet nach eigenen Angaben bei der Bereitstellung der Angebote die Prinzipien Wohnortnähe (immer: 8,9 %, häufig: 72,6 %) und Barrierefreiheit

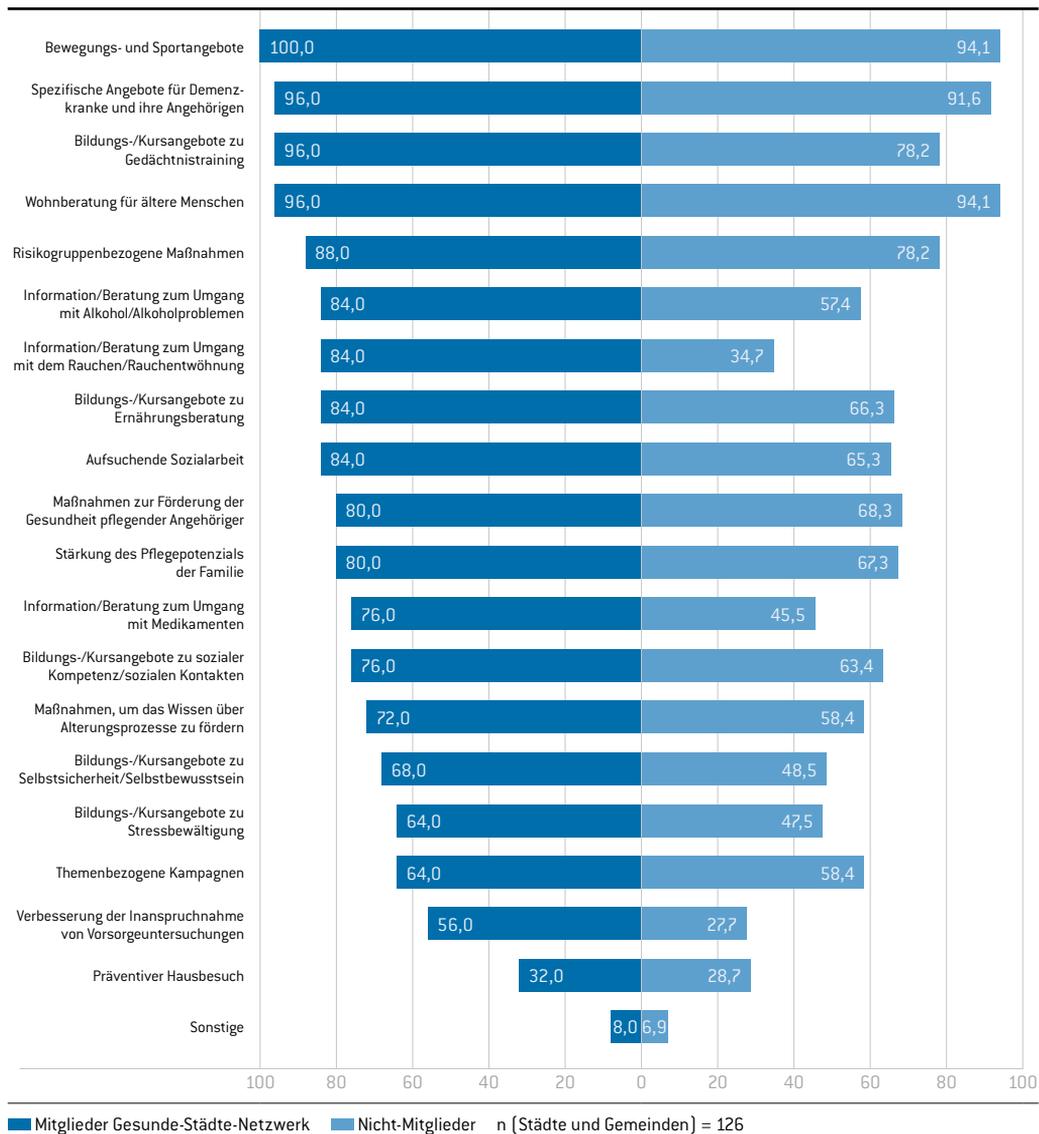
Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Landkreise



n (Landkreise) = 51

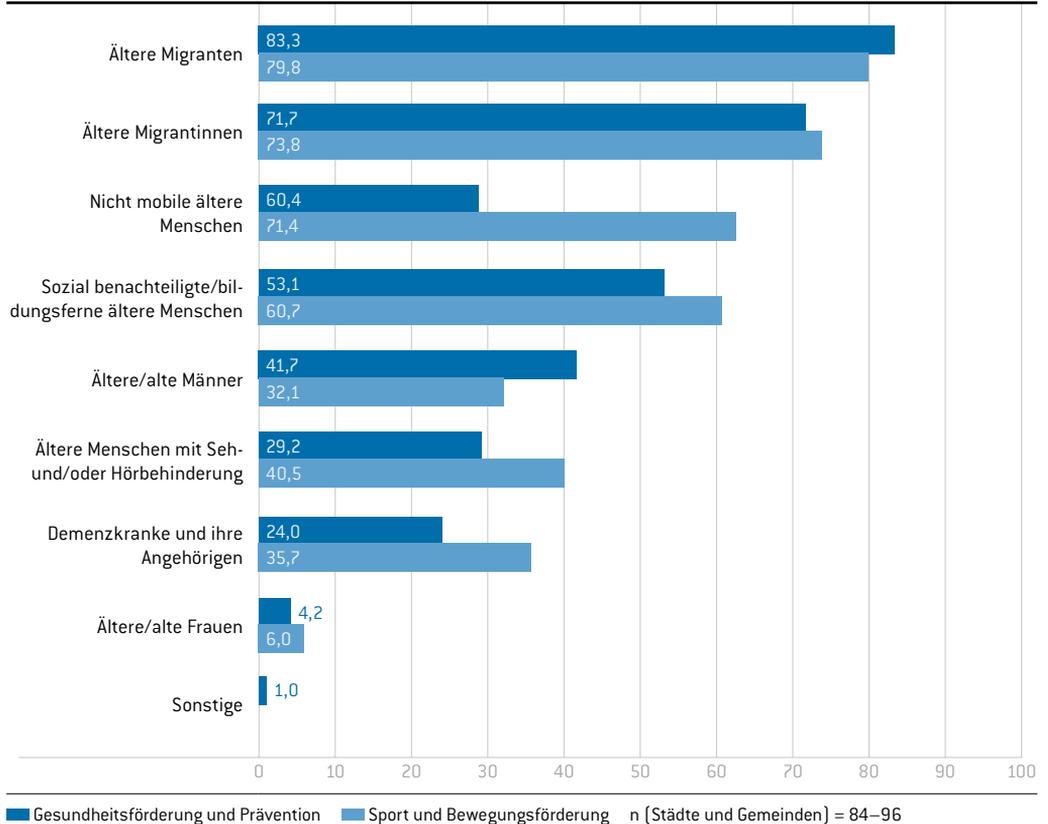
» Abb. 17: Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Landkreise (Angaben in %)

Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerke und Nicht-Mitglieder



>> Abb. 18: Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

Nicht erreichte Gruppen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden

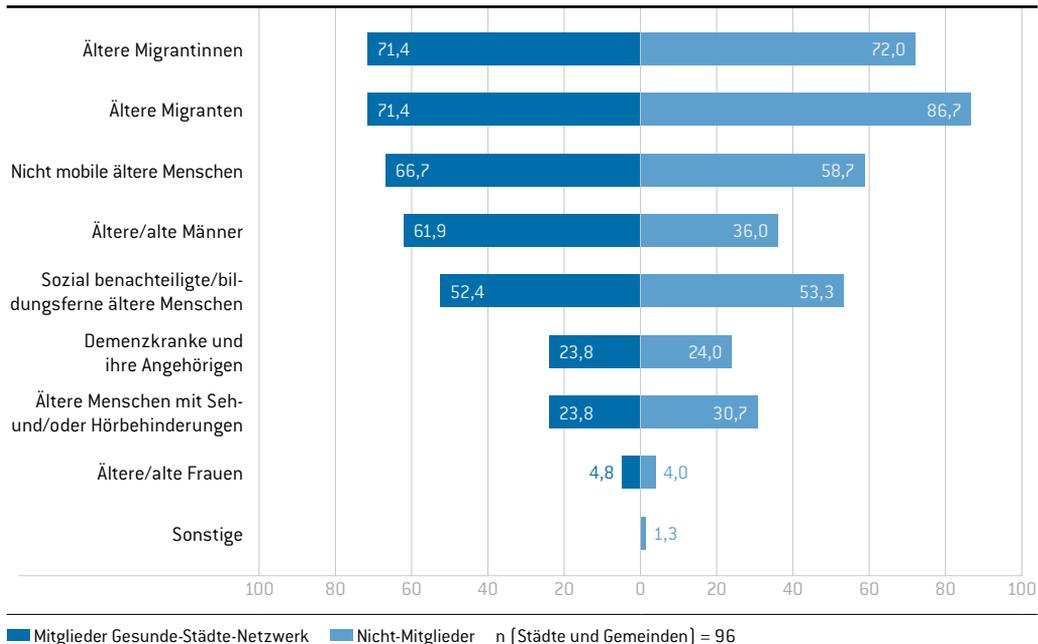


» Abb. 19: Nicht erreichte Gruppen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sowie Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden (Angaben in %)

(immer: 12,2 %, häufig 67,5 %). Bei der Barrierefreiheit haben sich damit die Zahlen gegenüber 2006 verbessert, vermutlich damit zusammenhängend, dass das Thema in den letzten Jahren auch vor dem Hintergrund des notwendigen Investitionsbedarfs in Städten und Gemeinden (Eberlein und Klein-Hitpaß 2012) an öffentlicher Bedeutung gewonnen hat.

Alle Kommunen haben weitgehend unabhängig von der Größe oder der Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk deutliche Defizite im Wissen um Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote in den Bereichen »Gesundheitsförderung und Prävention« (vgl. Abb. 24). Die Informationen sind in aller Regel »teilweise« vorhanden. Hier hat

Nicht erreichte Gruppen Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerke und Nicht-Mitglieder



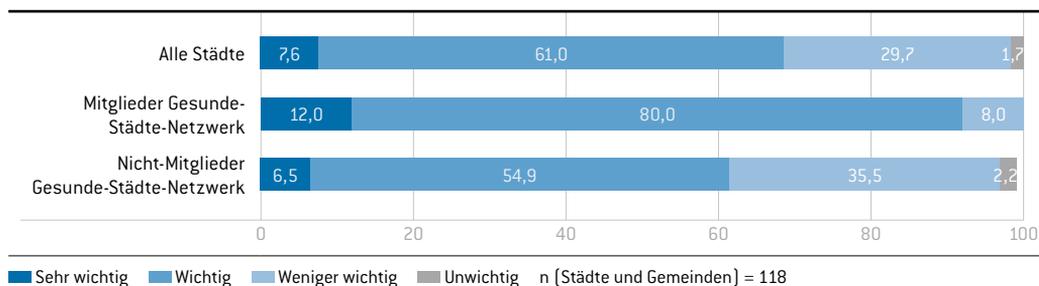
» Abb. 20: Nicht erreichte Gruppen Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

sich die Situation gegenüber 2006 nicht verbessert. Eine Erklärung könnte sein, dass die Angebote weit überwiegend von anderen Anbietern als der Kommune zur Verfügung gestellt werden. Die Kommunen sind überwiegend »Mitwirkende«, die Mehrzahl der Angebote wird ausschließlich durch Dritte erbracht.

Nach den Informationen, die den antwortenden Städten und Gemeinden vorliegen, werden verschiedene Zielgruppen von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, und auch von Angeboten im Bereich Sport und Bewegungsförderung nicht im gewünschten Maß erreicht.

Dazu gehören vor allem die älteren Migrantinnen und Migranten, gefolgt von nicht mobilen älteren Menschen und sozial benachteiligten/bildungsfernen älteren Menschen. Gerade für diese letzte Zielgruppe wird von Fachleuten eine stärkere Ansprache für dringend erforderlich gehalten, da hier die Armuts- und Gesundheitsrisiken besonders hoch sind. Zugleich sind hier die Erfolge in der Ansprache (auch bei quartiersbezogenen Ansätzen) oft besonders gering. Auch für den Kreis der »Demenzkranken und ihre Angehörigen« gibt es deutliche Verbesserungsbedarfe. Ähnliches gilt für ältere Männer. Allerdings werden Männer über An-

Bedeutung von seniorenbezogenem Sport und Bewegungsförderung



» Abb. 21: Bedeutung von seniorenbezogenem Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden, Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

gebote im Sport besser erreicht als über Angebote unter der Überschrift »Gesundheitsförderung und Prävention«. Die Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, erreichen diese Zielgruppen nicht besser als andere Städte (vgl. Abb. 20).

» 03.6 Bedeutung von »Sport und Bewegungsförderung« im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«

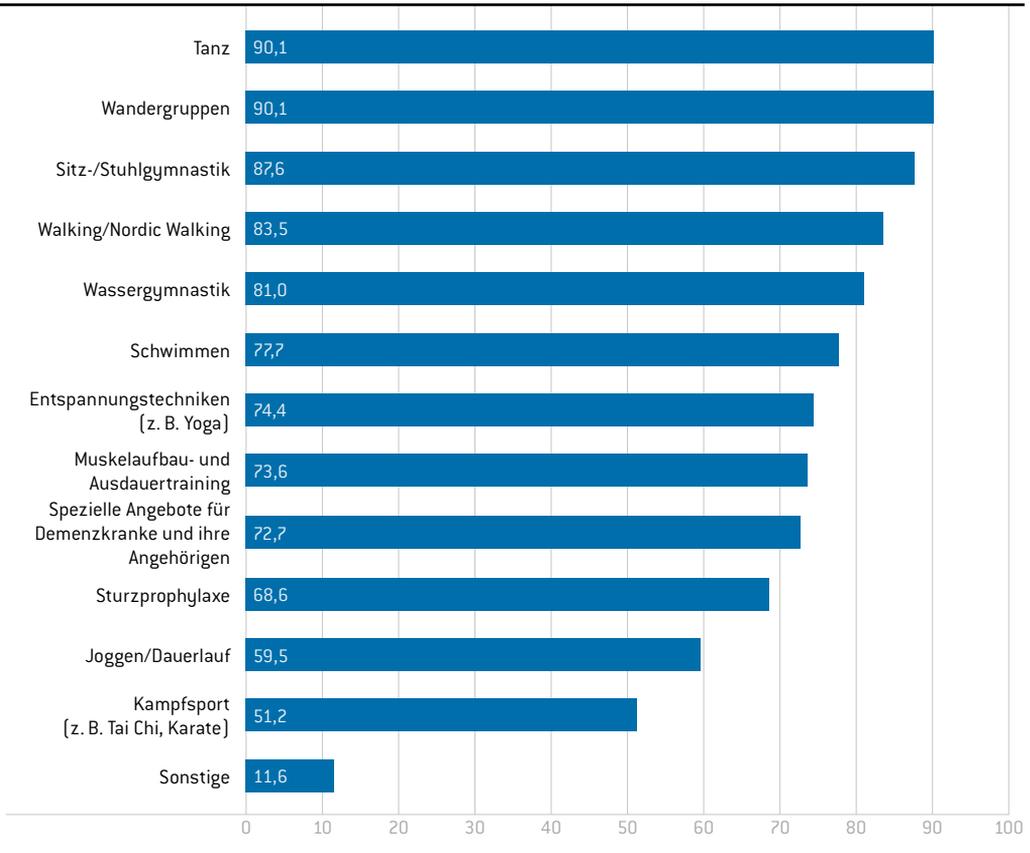
Sport und Bewegungsförderung werden von fast 70 % aller Städte und Gemeinden als sehr wichtiges oder wichtiges Handlungsfeld gesehen (der Fragenkomplex »Sport und Bewegungsförderung« wurde in den Landkreisen nicht abgefragt). Dieser Teilbereich des Handlungsfelds »Gesundheitsförderung und Prävention« wird damit als wichtiger bewertet,

als das Handlungsfeld insgesamt. Tendenziell wird das Thema umso wichtiger eingeschätzt, je größer eine Stadt ist.

Die Städte und Gemeinden, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, bewerten das Thema noch einmal stärker als »wichtiges« oder »sehr wichtiges« Handlungsfeld (92 %), als die anderen Städte (vgl. Abb. 21). Damit wird es in diesen Städten ähnlich wichtig bewertet wie das Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«.

Das Spektrum der Angebote im Handlungsfeld »Sport und Bewegungsförderung« ist groß. In der Häufigkeit der Nennungen gibt es innerhalb der jeweiligen Gruppen (Gesunde-Städte-Netzwerk, Nicht-Mitglieder) große Übereinstimmungen. Die meisten Angebote gibt es jeweils bei »Tanz« und »Wandergruppen«, gefolgt von »Sitzgymnastik«. »Walkingangebote/Nordic Walking« haben im Vergleich zu 2006 etwas an Bedeutung verloren, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass das Angebot inzwischen nicht mehr so neu und »angesagt« ist. »Angebote für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen« machen fast drei Viertel aller

Angebote von seniorenbezogenem Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden



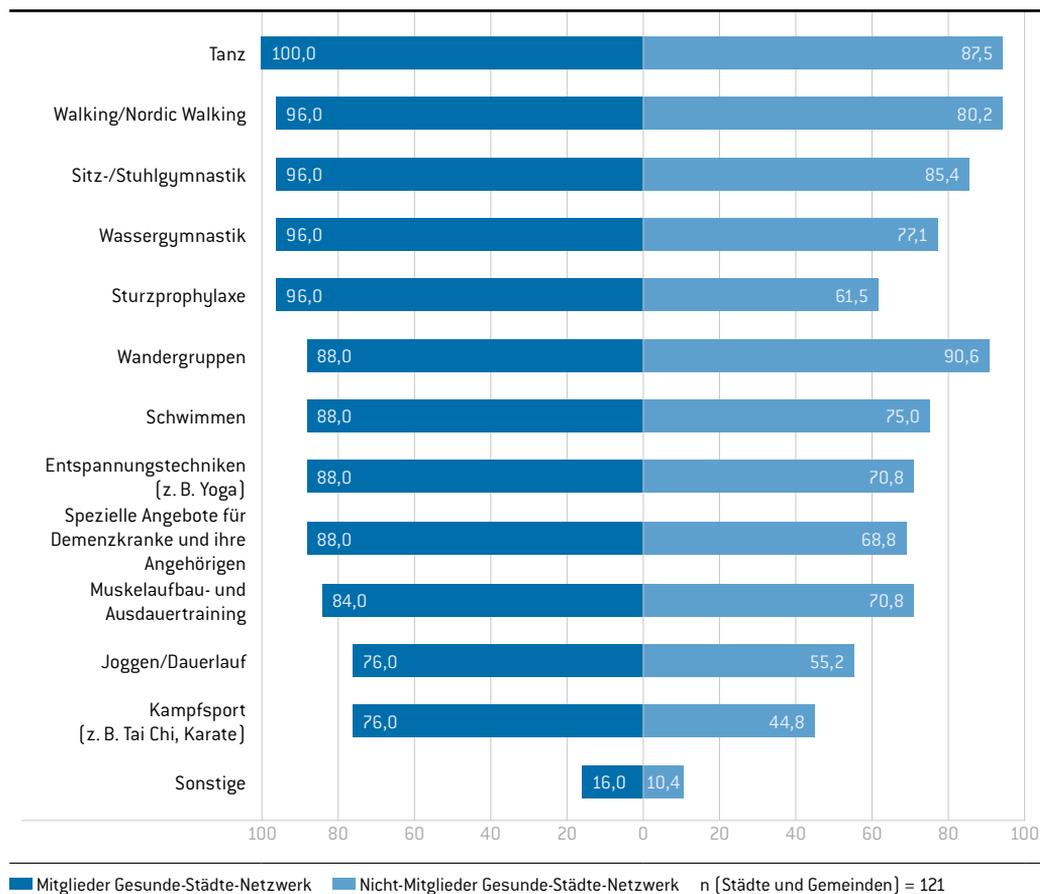
n (Städte und Gemeinden) = 121

>> Abb. 22: Angebote seniorenbezogener Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden (Angaben in %)

Städte und Gemeinden. Im Vergleich zu 2006 halten mehr Kommunen Angebote im Bereich der »Sturzprophylaxe« vor (von 42,9 % 2006 auf 68,6 % 2014) (vgl. Abb. 22).

Das Bewusstsein für die Relevanz der Sturzprophylaxe ist deutlich gewachsen. Hier sind die Gesunde-Städte-Netz-Mitglieder besonders aktiv: »Sturzprophylaxe« (96 % gegenüber 61,5 %), »Angebote für Demenzranke und ihre Angehörigen«

Angebote von seniorenbezogenem Sport und Bewegungsförderung: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerke und Nicht-Mitglieder

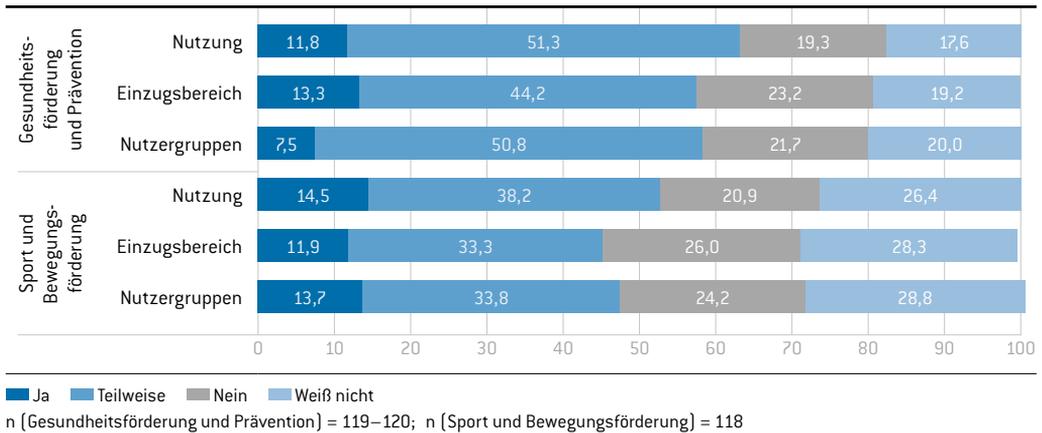


» Abb. 23: Angebote seniorenbezogener Sport und Bewegungsförderung: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

(88 % gegenüber 69 %). Auch Entspannungstechniken und Kampfsport werden von deutlich mehr Städten und Gemeinden angeboten (vgl. Abb. 23). Hinsichtlich der Stadtgröße gilt auch hier mit geringfügigen Ausnahmen: Je größer die Stadt,

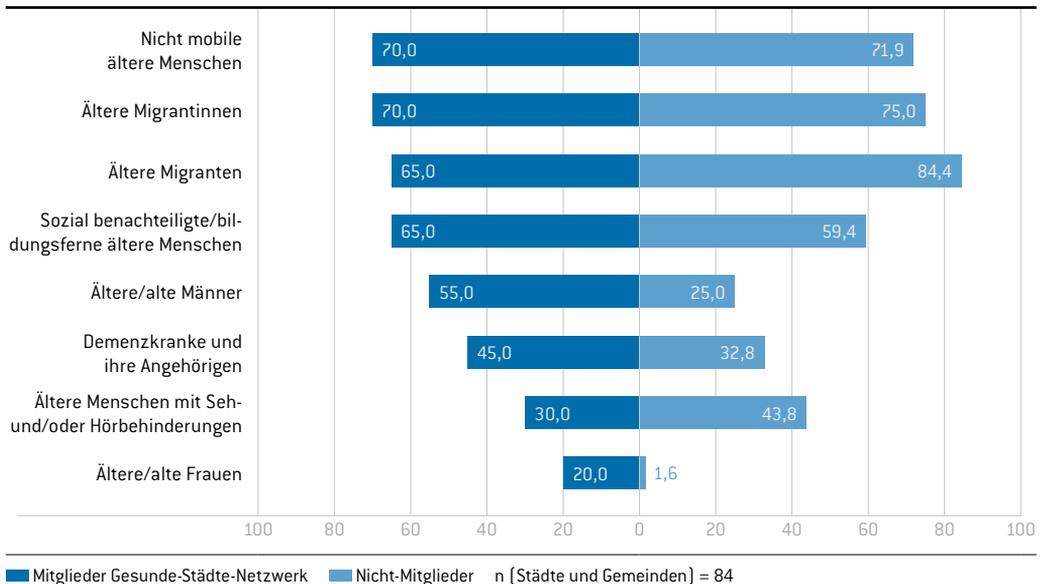
desto größer ist die Vielfalt der Angebote, auch im Bereich »Sport und Bewegungsförderung«. Insgesamt spielen alle Städte im Bereich »Sport und Bewegungsförderung« als Anbieter nur eine sehr untergeordnete Rolle, deutlich geringer als

Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote Gesundheitsförderung und Prävention sowie Sport und Bewegungsförderung



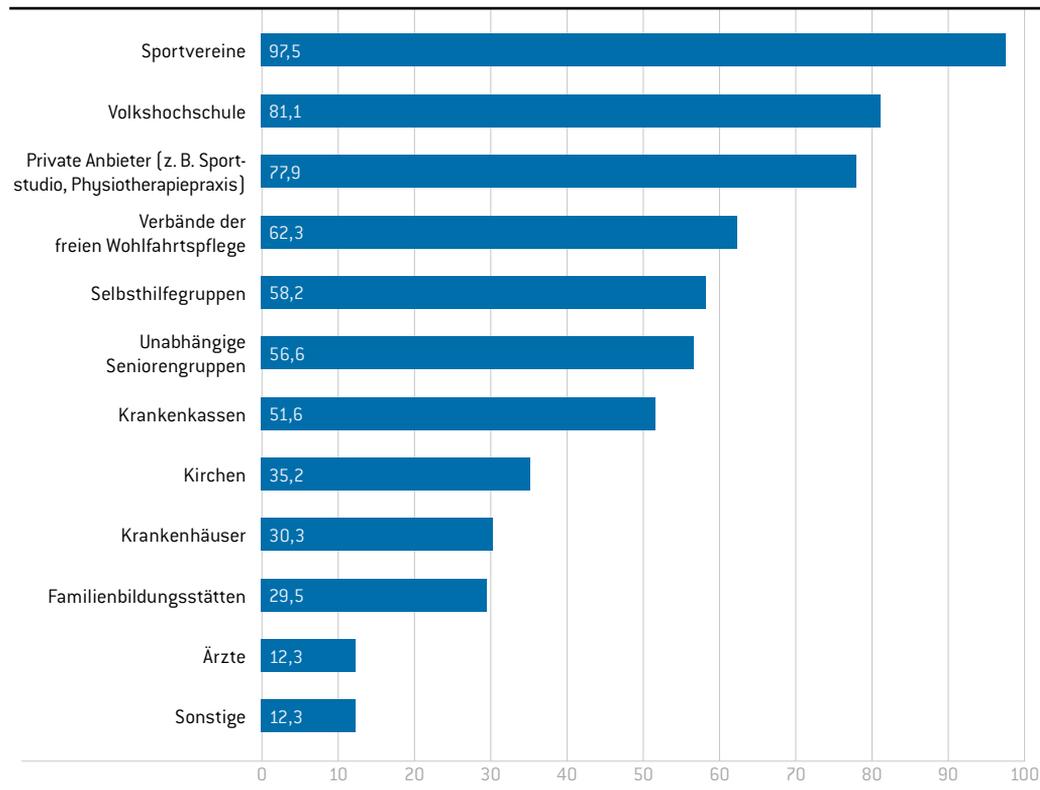
>> Abb. 24: Informationen über Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden (Angaben in %)

Nicht erreichte Gruppen bei Sport und Bewegungsförderung



>> Abb. 25: Nicht erreichte Gruppen bei Sport und Bewegungsförderung: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

Anbieter von Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden



n (Städte und Gemeinden) = 122

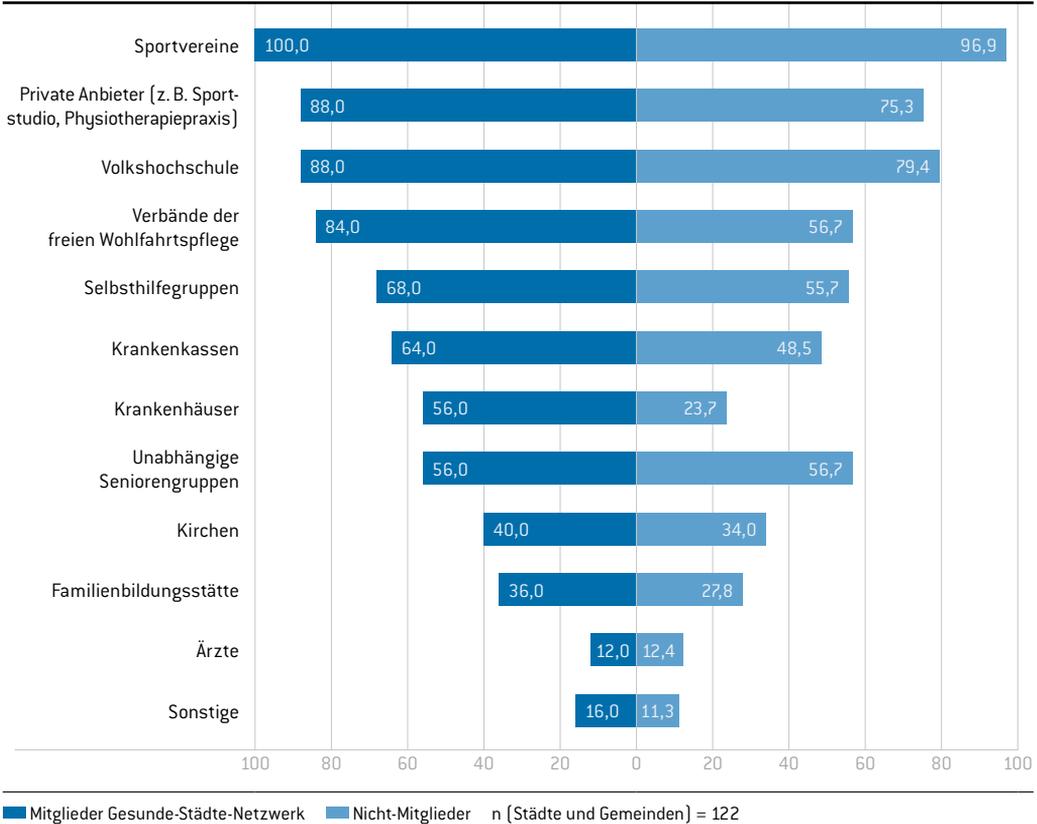
» Abb. 26: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen: Städte und Gemeinden (Angaben in %)

im Handlungsbereich »Gesundheitsförderung und Prävention«. Dies gilt für die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk ebenso wie für die anderen Städte. Wie schon 2006 werden die Angebote durch Dritte bereitgestellt. Auch im Bereich »Sport und Bewegungsförderung« gibt es Defizite bei den Informationen über Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote, weitgehend unabhängig von der Größe der Kommune oder der Mitgliedschaft

im Gesunde-Städte-Netzwerk (vgl. Abb. 24). Die Informationslage hat sich gegenüber 2006 nicht verbessert.

Im Hinblick auf die nicht erreichten Zielgruppen stellt sich die Situation ähnlich dar wie im Bereich »Gesundheitsförderung und Prävention«. Die nicht erreichten Gruppen sind auch ähnlich groß wie bei »Gesundheitsförderung und Prävention«. Eine Ausnahme sind »ältere Männer«, die über Sportange-

Anbieter von Sport und Bewegungsförderung: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerke und Nicht-Mitglieder



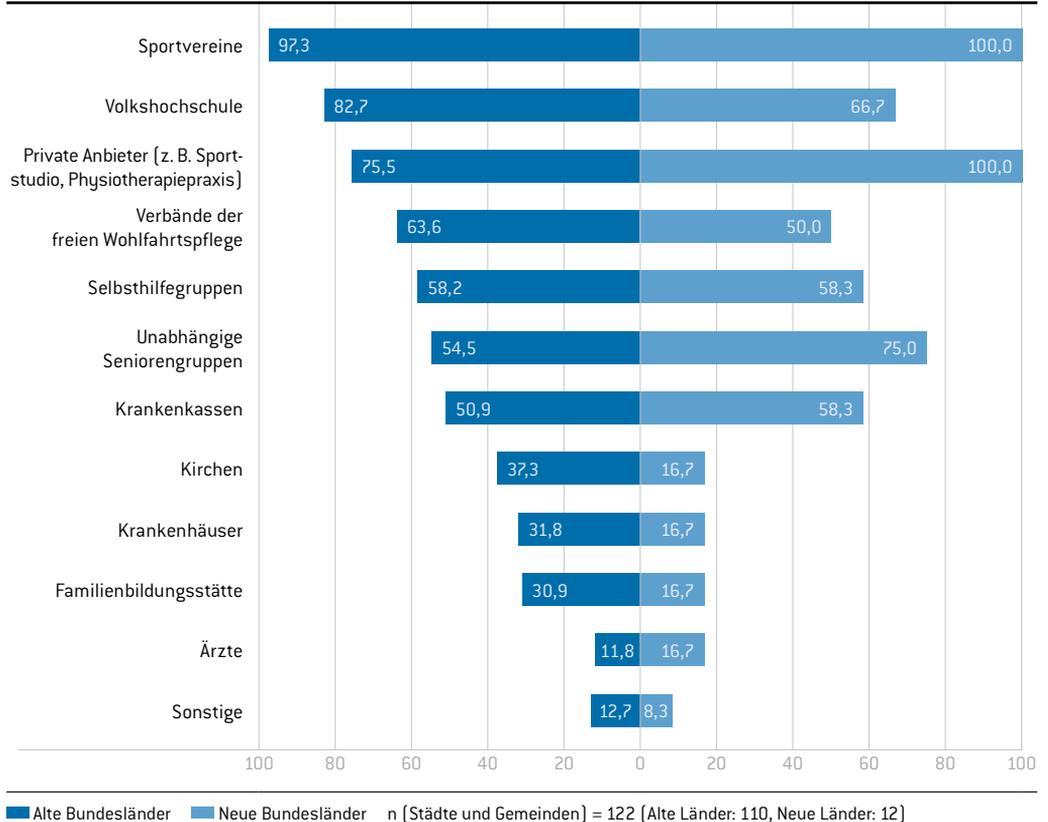
>> Abb. 27: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

bote besser zu erreichen sind, als über Angebote im Bereich »Gesundheitsförderung und Prävention« (vgl. Abb. 25).

Sportangebote werden bei allen Städten und Gemeinden ganz überwiegend von den Sportvereinen angeboten (97,5%). Mit einem gewissen Abstand folgen die Volkshochschulen, private Anbieter und Verbände der freien Wohlfahrtspflege (vgl. Abb. 26

und 27). Zwischen den alten und neuen Bundesländern gibt es bei den »nachgeordneten« Anbietern einige typische Unterschiede: In den alten Bundesländern spielen Volkshochschulen und Familienbildungsstätten eine wichtigere Rolle, in den neuen Bundesländern werden private Anbieter, unabhängige Seniorengruppen und auch Krankenkassen häufiger genannt (vgl. Abb. 28).

Anbieter von Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden in alten und neuen Bundesländern

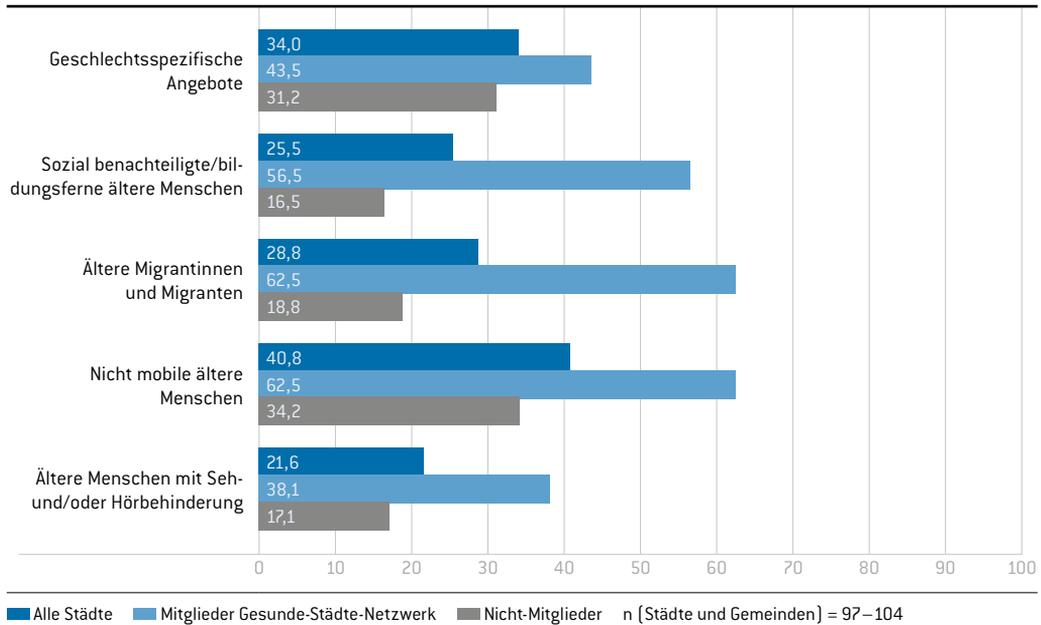


» Abb. 28: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen: Städte und Gemeinden in den alten und neuen Bundesländern [Angaben in %]

» 03.7 Zielgruppenorientierung und Kommunikation der Angebote im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«

Insgesamt differenzieren ein Viertel bis gut 40 % der Städte und Gemeinden die Angebote für spezifische Zielgruppen. Am häufigsten werden Angebote für nicht-mobile ältere Menschen vorgehalten (40,8 %), gefolgt von geschlechtsspezifischen Angeboten (34 %). Knapp 30 % machen spezifische Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten. Ein Viertel der Städte und Gemeinden hält Angebote für sozial

Angebote für ausgewählte Zielgruppen



» Abb. 29: Angebote für ausgewählte Zielgruppen: Städte und Gemeinden, Mitglieder Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

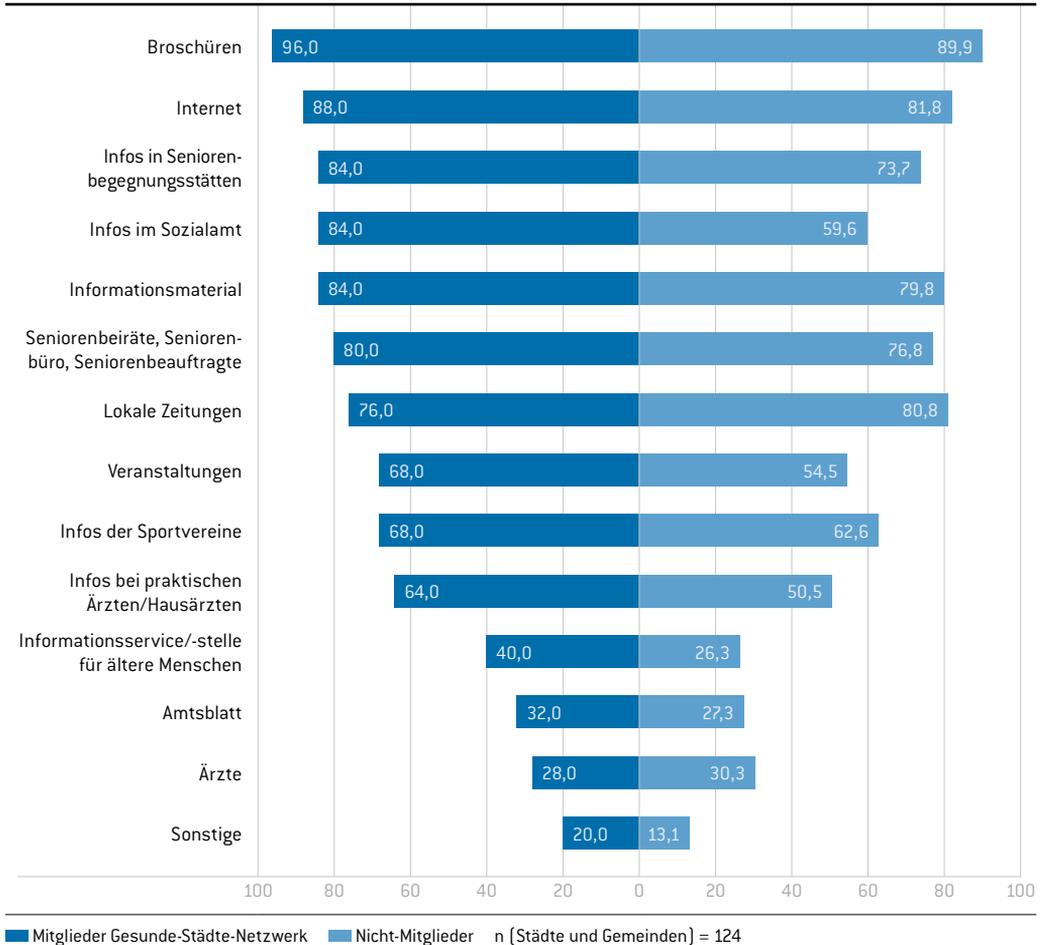
benachteiligte ältere Menschen vor, gegenüber nur gut einem Zehntel der Städte und Gemeinden im Jahr 2006. Die Forderung, gerade dieser im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention immer wieder als besonders wichtig genannten Zielgruppe Angebote zu machen, zeigt Erfolge. Dagegen halten weniger Städte und Gemeinden als noch 2006 Angebote für Menschen mit einer Seh- oder Hörbehinderung vor.

In den Angeboten für bestimmte Zielgruppen unterscheiden sich die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk deutlich von den anderen Kommunen. Fast zwei Drittel der Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk geben an, Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten vorzuhalten (gegenüber 18,8 %

bei den anderen Städten). Ähnlich hoch (gut 60%) ist die Zahl bei den Angeboten für nicht-mobile ältere Menschen (gegenüber 34,2% bei den anderen Städten). Mehr als die Hälfte der antwortenden Städte im Gesunde-Städte-Netzwerk hat Angebote für sozial benachteiligte ältere Menschen (gegenüber 16,5% der anderen Städte und Gemeinden) (vgl. Abb. 29). Gegenüber 2006 hat sich die Zahl der Angebote erhöht.

Mit der Frage nach den Kommunikationsmedien und -mittlern verbindet sich die Frage nach den Zugangswegen zur Zielgruppe der älteren Menschen. Tatsächlich wird ein sehr breites Spektrum an Kommunikationswegen genutzt.

Kommunikationsmedien und Mittler

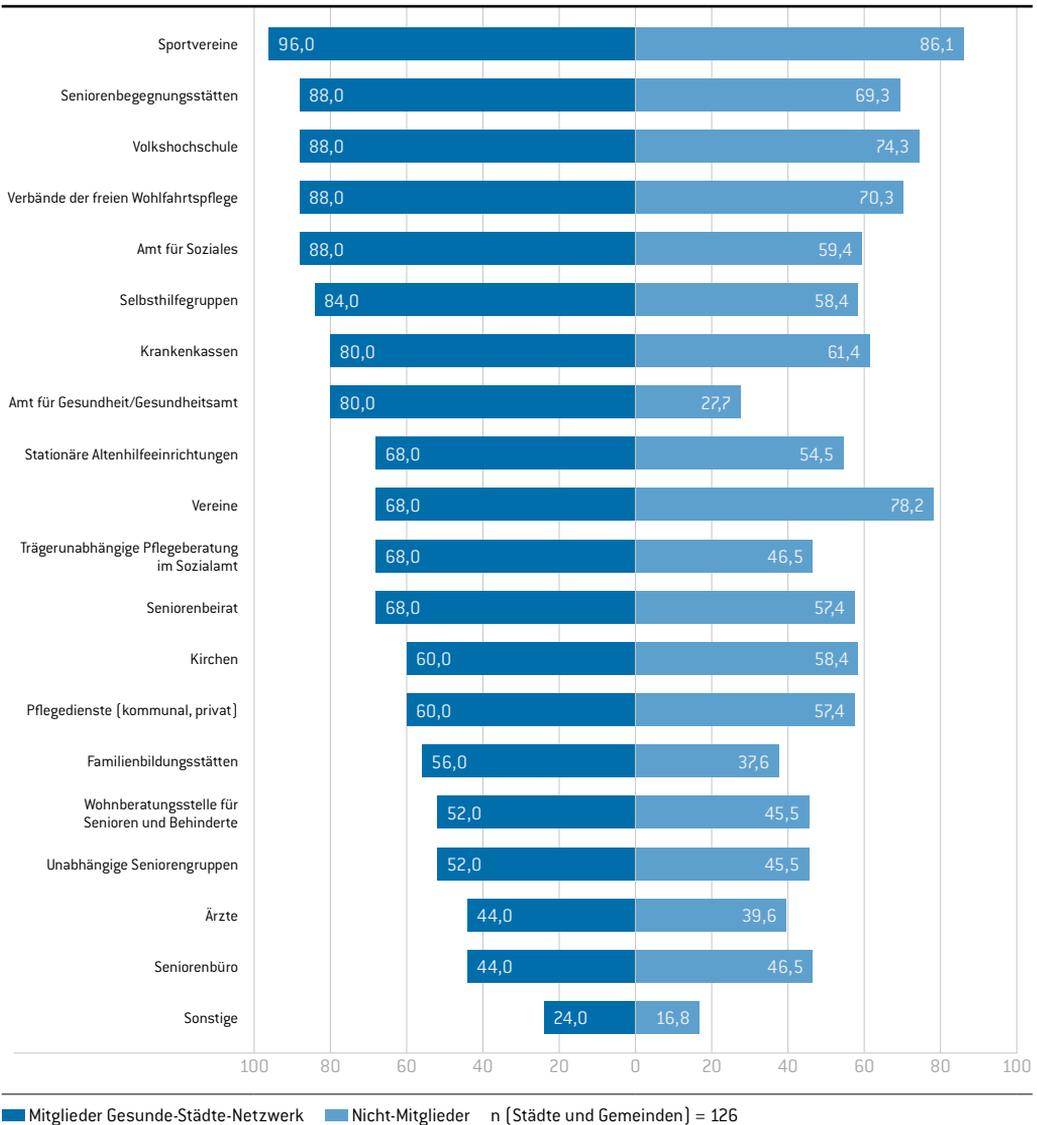


➤ Abb. 30: Kommunikationsmedien und Mittler: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

Broschüren, das Internet und allgemeines Informationsmaterial werden stärker genutzt als etwa lokale Zeitungen. Dies gilt für die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk ebenso wie für die anderen Städte. Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk nutzen Informationen über Sozialämter,

in Seniorenbegegnungsstätten und bei praktischen Ärzten häufiger als die anderen Städte (vgl. Abb. 30). Informationsmaterial wird an sehr unterschiedlichen Stellen zur Verfügung gestellt. Es scheint jedoch nur wenig bis keine gezielte oder auch persönliche Ansprache zu erfolgen. Hier gibt

Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention



>> Abb. 31: Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

es gegenüber 2006 leichte Verschiebungen. Die Landkreise nennen »Ärzte« (90,2%), »Broschüren« (88,2%) und das »Internet« (76,5%) am häufigsten. Alle weiteren Medien und Mittler werden deutlich weniger genutzt.

» 03.8 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«. Sowohl das Amt für Soziales als auch das Gesundheitsamt gehören zu den am häufigsten genannten Akteuren im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen« – im Unterschied zu den anderen Städten (vgl. Abb. 31).

Dieser Eindruck bestätigt sich bei der Frage nach den »fünf wichtigsten« Akteuren. Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk nennen das Amt für Soziales an erster Stelle, gefolgt von den Sportvereinen, den Seniorenbegegnungsstätten, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und den Gesundheitsämtern. Die anderen Städte sehen dagegen die Sportvereine als den wichtigsten Akteur (am häufigsten genannt unter den fünf wichtigsten), gefolgt von den Volkshochschulen, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, den Seniorenbüros und den Sozialämtern (vgl. Abb. 32).

Von den Landkreisen wurden besonders häufig die Verbände der freien Wohlfahrtspflege (84,3%) und Selbsthilfegruppen (84,3%) genannt, gefolgt von den Ämtern für Soziales und den Gesundheitsämtern (weniger in den ostdeutschen Bundesländern). Die beiden Ämter werden auch zuerst genannt, wenn es um die fünf wichtigsten Akteure geht, hinzu kommen hier die Krankenkassen (vgl. Abb. 33).

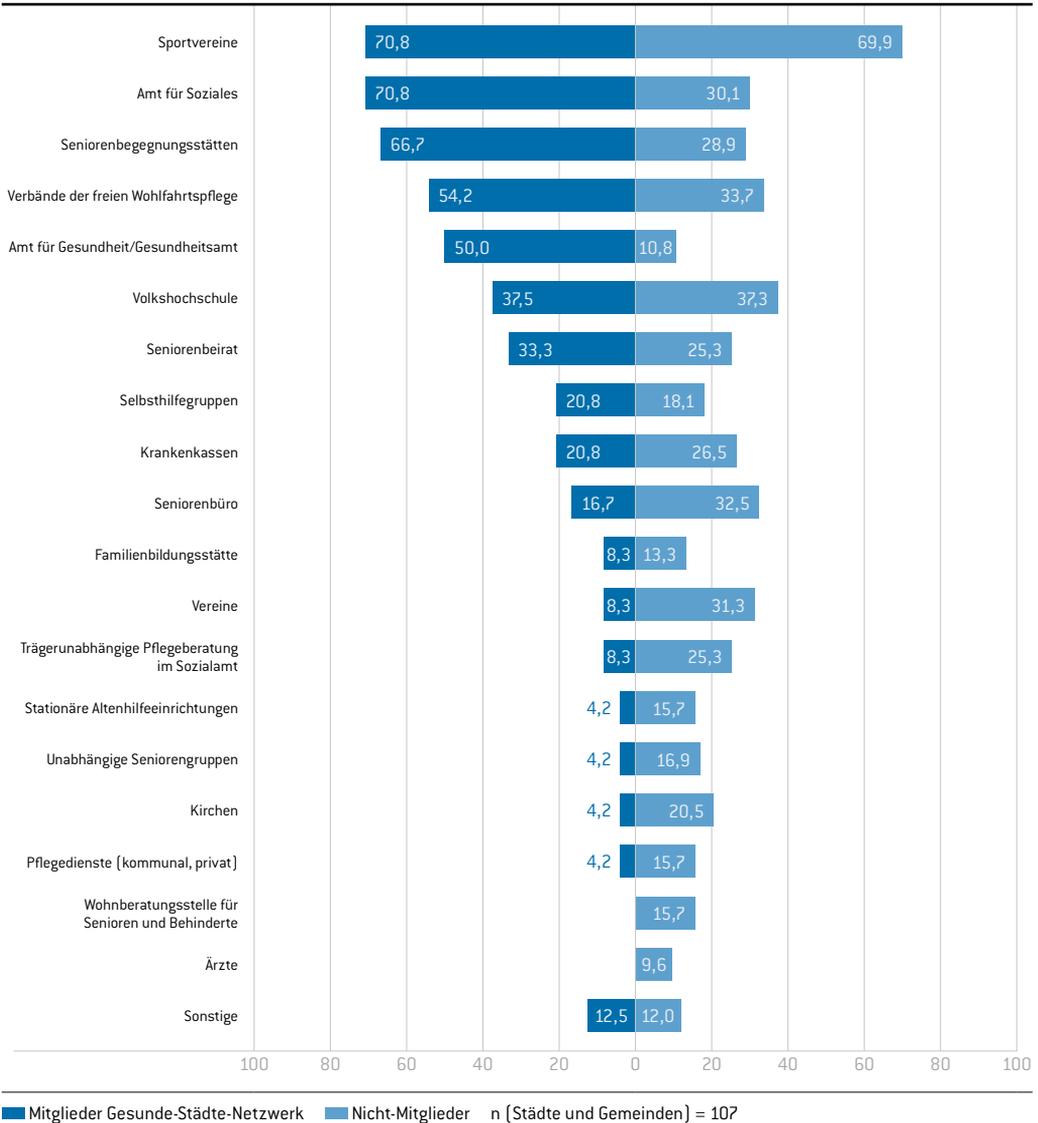
Vergleicht man die Antworten der Städte und Gemeinden in den alten und neuen Bundesländern, so werden in den neuen Bundesländern Selbsthilfegruppen, unabhängige Seniorengruppen, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Seniorenbegegnungsstätten und die Krankenkassen häufiger genannt. In den alten Ländern spielen Kirchen, Ärzte, Volkshochschulen und Familienbildungsstätten eine größere Rolle.

Mehr Städte und Gemeinden als 2006 geben an, dass die Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit der Akteure wird von fast der Hälfte der antwortenden Städte und Gemeinden als zumindest gut bewertet – im Vergleich zu lediglich etwa einem Drittel im Jahr 2006. Immer noch 45% halten die Zusammenarbeit allerdings für verbesserungsbedürftig – ähnlich wie 2006. Die Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, kommen hier zu übereinstimmenden Einschätzungen.

Die Zahlen in den Landkreisen sind ähnlich: Immerhin etwa 45% halten die Zusammenarbeit für »sehr gut« oder »gut«, ein etwas größerer Teil sieht jedoch noch Verbesserungsmöglichkeiten.

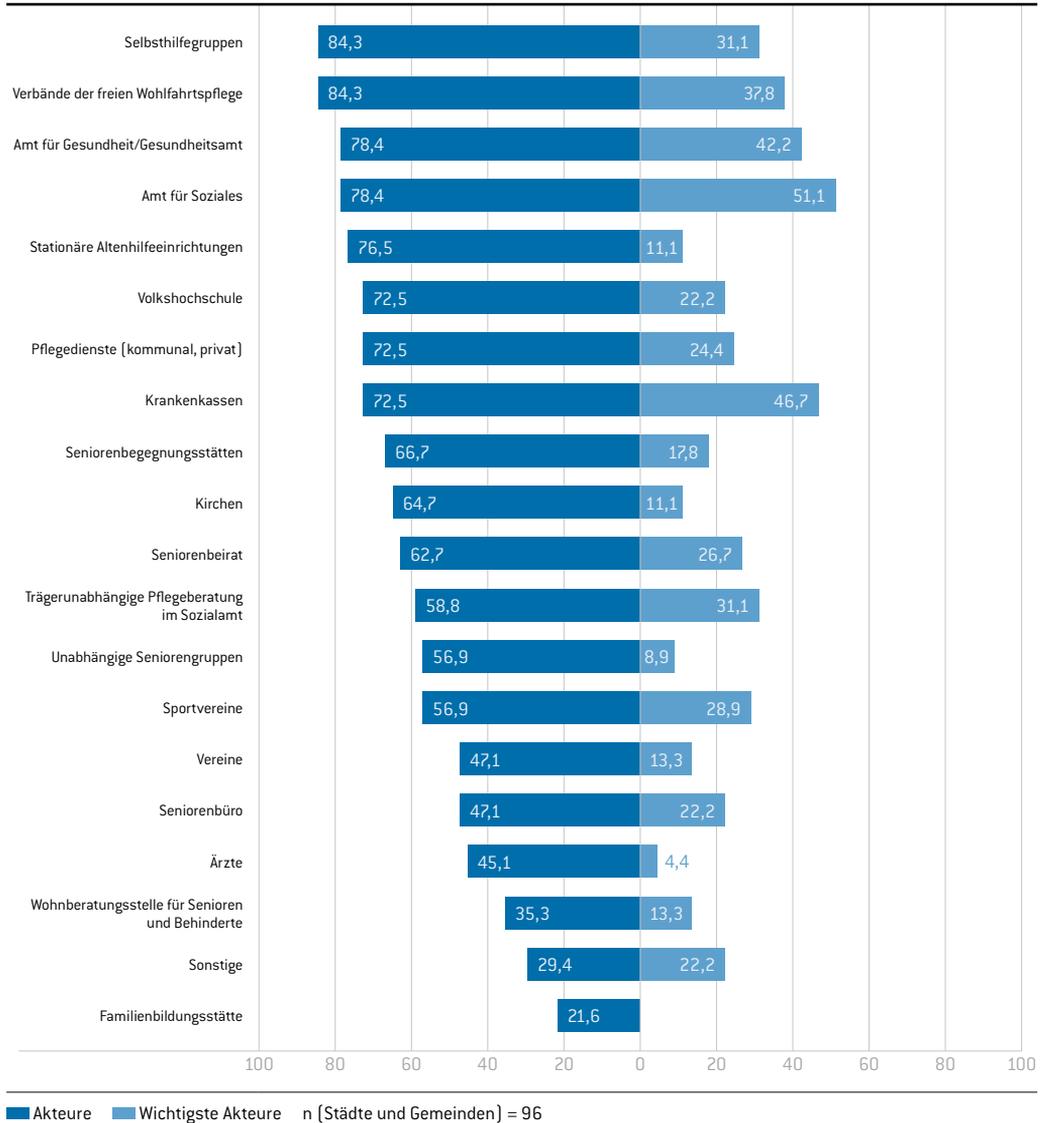
Bei den Formen der Zusammenarbeit der Akteure überwiegen bei den Städten, die nicht Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, eher »weiche« Formen wie gegenseitiger Informationsaustausch.

Wichtigste Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention



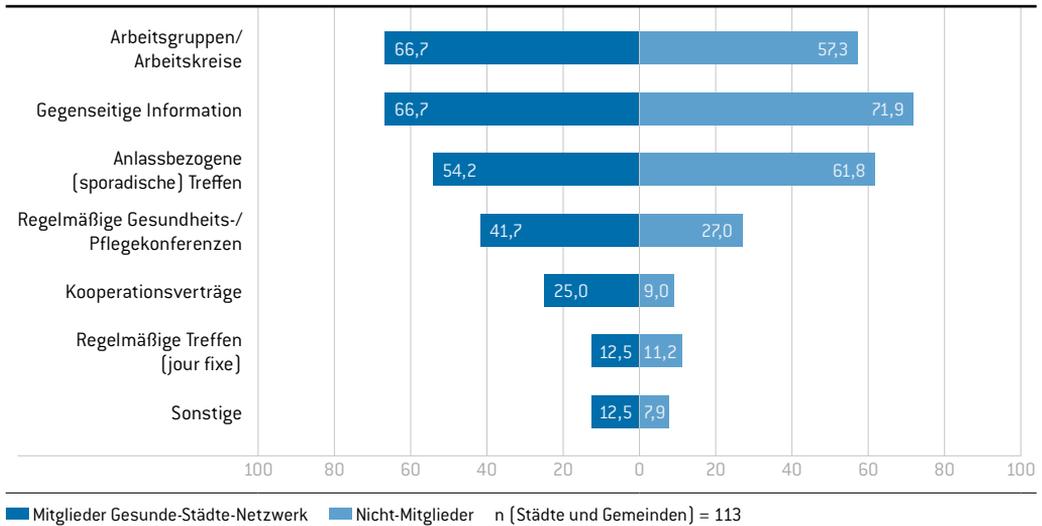
>> Abb. 32: Wichtigste Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

Akteure und wichtigste Akteure in den Landkreisen



» Abb. 33: Akteure und wichtigste Akteure in den Landkreisen (Angaben in %)

Formen der Zusammenarbeit



>> Abb. 34: Formen der Zusammenarbeit: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

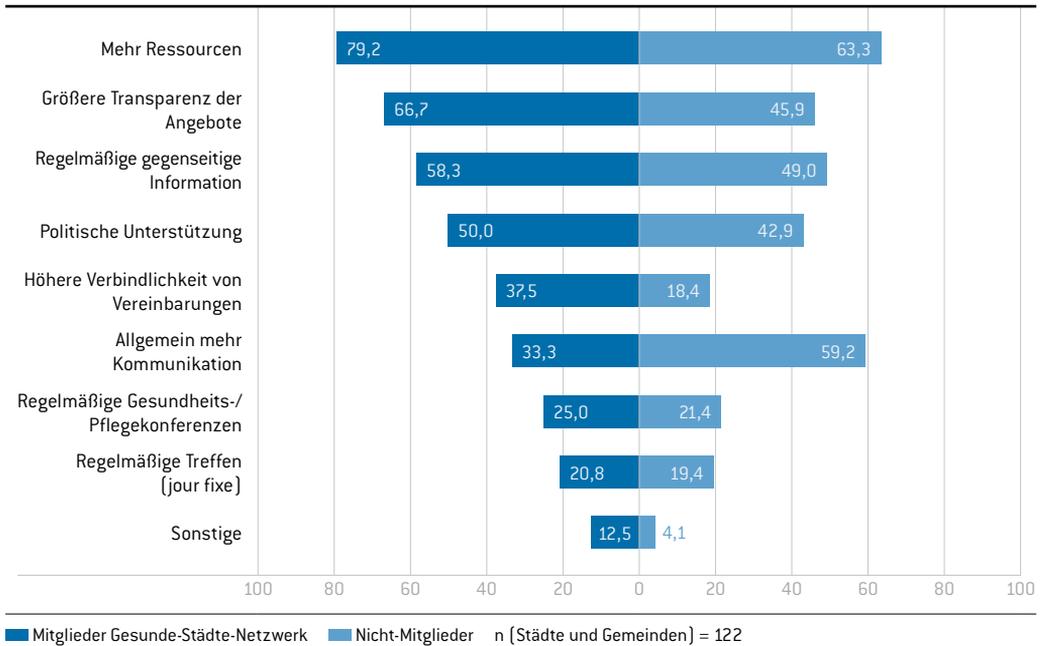
Bei den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk werden neben dem Informationsaustausch stärker verbindlichere Formen wie Arbeitsgruppen/-kreise oder regelmäßige Gesundheits-/Pflegekonferenzen genutzt (vgl. Abb. 34).

Eine interkommunale Zusammenarbeit gibt es im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« inzwischen in immerhin einem Viertel der antwortenden Städte, Gemeinden und Landkreise.

Ein knappes weiteres Viertel strebt eine interkommunale Zusammenarbeit an. Unter den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk kooperieren bereits mehr als 40 % interkommunal (20,4 % der anderen Städten).

Alle Städte, Gemeinden und Landkreise nennen »mehr Ressourcen«, eine »größere Transparenz der Angebote«, »regelmäßige gegenseitige Information« und »politische Unterstützung« am

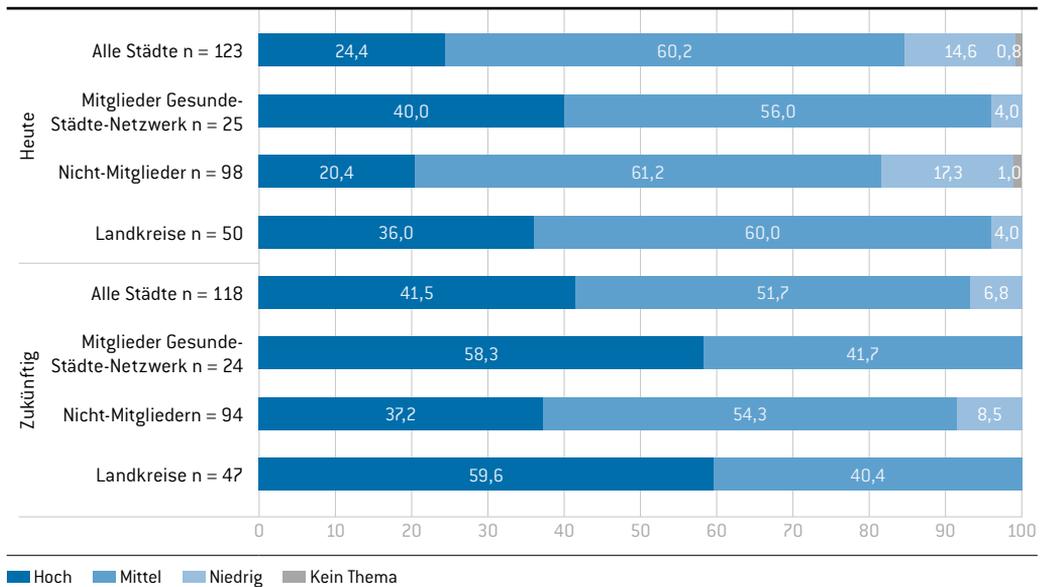
Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit



» Abb. 35: Maßnahmen zur Verbesserung Zusammenarbeit: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

häufigsten als Ansatzpunkte für Verbesserungen (vgl. Abb. 35). Vor allem »mehr Ressourcen« wird deutlich häufiger genannt als noch 2006. Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk äußern zudem häufiger als 2006 den Wunsch nach einer größeren »Transparenz der Angebote«. Die anderen Städte nennen »allgemein mehr Kommunikation« häufiger als 2006.

Stellenwert Gesundheitsförderung und Prävention heute und zukünftig

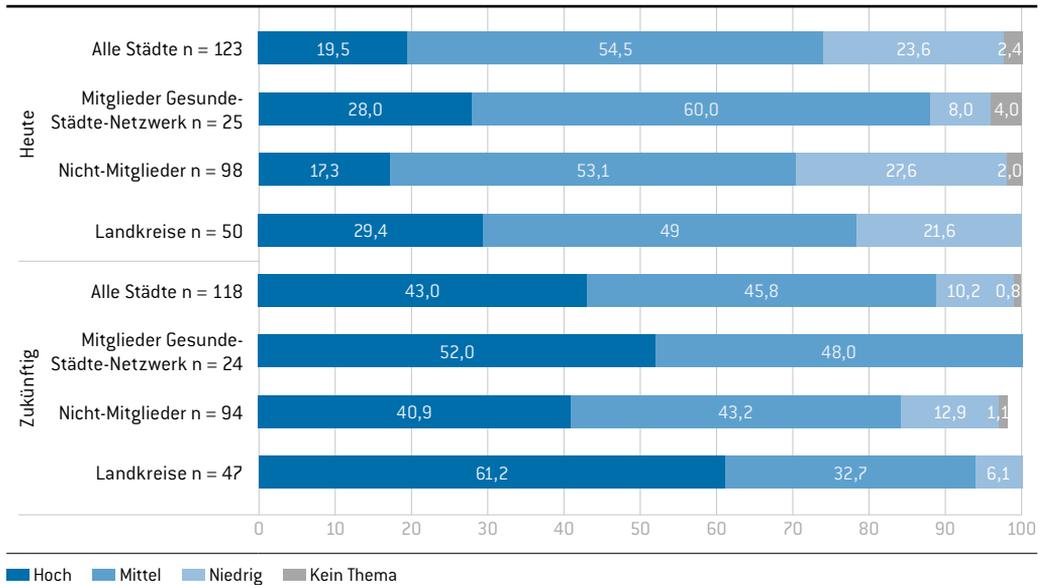


» Abb. 36: Stellenwert Gesundheitsförderung und Prävention heute und zukünftig: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk, Nicht-Mitglieder und Landkreise [Angaben in %]

» 03.9 Situation und Perspektiven des Handlungsfeldes »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen«

Ein Viertel der antwortenden Städte und Gemeinden bescheinigt dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt eine hohe Relevanz. Dies ist eine deutliche Steigerung gegenüber 2006. Gut 60 % geben an, dass das Thema eine mittlere Bedeutung hat (vgl. Abb. 36). Die antwortenden Akteure erwarten, dass das Thema zukünftig wichtiger werden wird, wobei die Zahlen hier ähnlich sind

Stellenwert seniorenbezogener Gesundheitsförderung heute und zukünftig

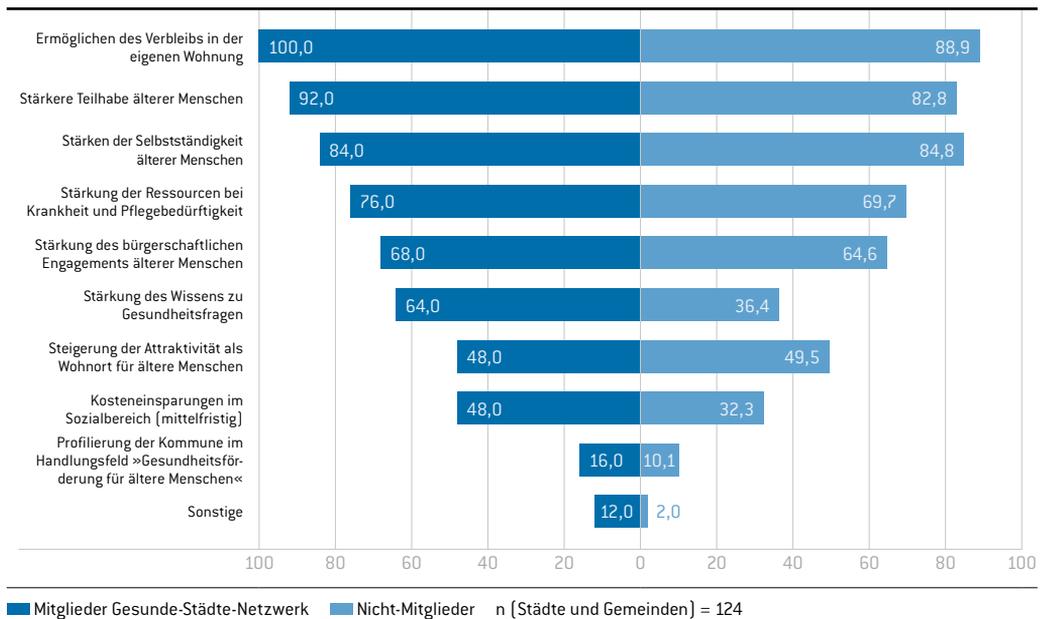


» Abb. 37: Stellenwert seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention heute und zukünftig: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk, Nicht-Mitglieder und Landkreise (Angaben in %)

wie 2006. Die seniorenbezogene Prävention hat gegenüber 2006 leicht an Bedeutung gewonnen, die Erwartungen für die Zukunft sind ähnlich wie 2006 (vgl. Abb. 37). In den Mitgliedsstädten des Gesunde-Städte-Netzwerks räumen schon heute 40 % der Städte der Prävention eine hohe Bedeutung ein, zukünftig sollen es fast 60 % sein. Diese Zahlen sind etwas geringer als 2006. Die seniorenbezogene

Prävention hat auch in den Mitgliedsstädten des Gesunde-Städte-Netzwerks heute eine geringere Bedeutung (28 %). Zukünftig erwartet mehr als die Hälfte der Mitgliedsstädte des Gesunde-Städte-Netzwerks eine hohe Bedeutung der seniorenbezogenen Prävention. Mehr als ein Drittel der Akteure in den Landkreisen geben der Prävention heute schon einen insgesamt hohen Stellenwert. Auch

Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerke und Nicht-Mitglieder



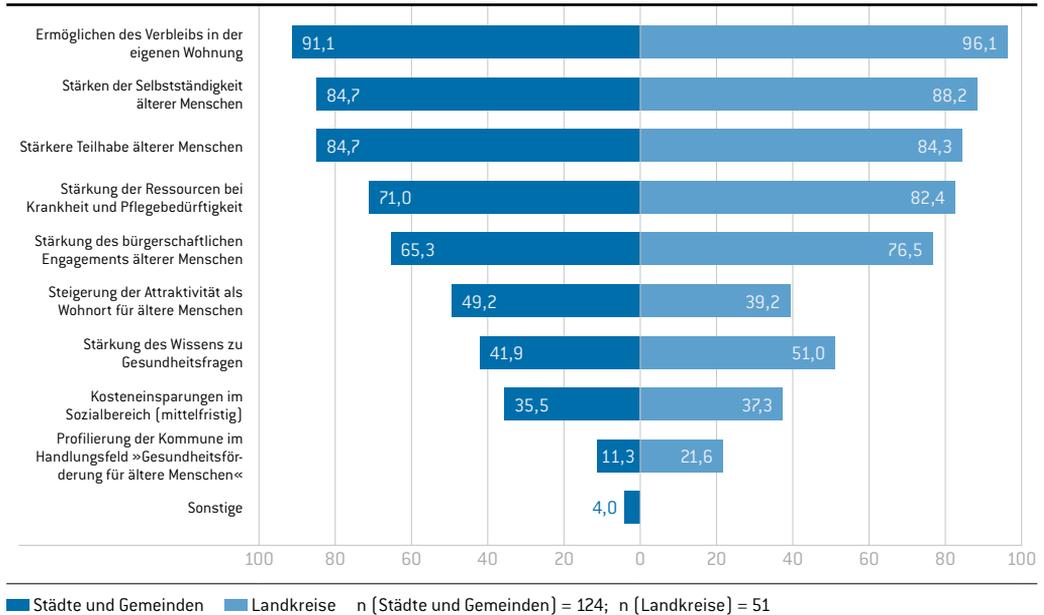
>> Abb. 38: Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder [Angaben in %]

die seniorenbezogene Prävention halten sie heute schon für wichtiger als die Städte und Gemeinden und erwarten für die Zukunft noch einen deutlichen Bedeutungsgewinn – ebenso wie 2006.

Zu den Zielen seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention gehören das »Ermögli-

chen des Verbleibs in der eigenen Wohnung«, das »Stärken der Selbstständigkeit älterer Menschen« und die »Stärkung von Teilhabe«. Gerade der letzte Aspekt hat gegenüber 2006 an Bedeutung gewonnen (vgl. Abb. 40). Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk messen dem Aspekt der »Stärkung

Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Städte, Gemeinden und Landkreise



» Abb. 39: Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Städte, Gemeinden und Landkreise (Angaben in %)

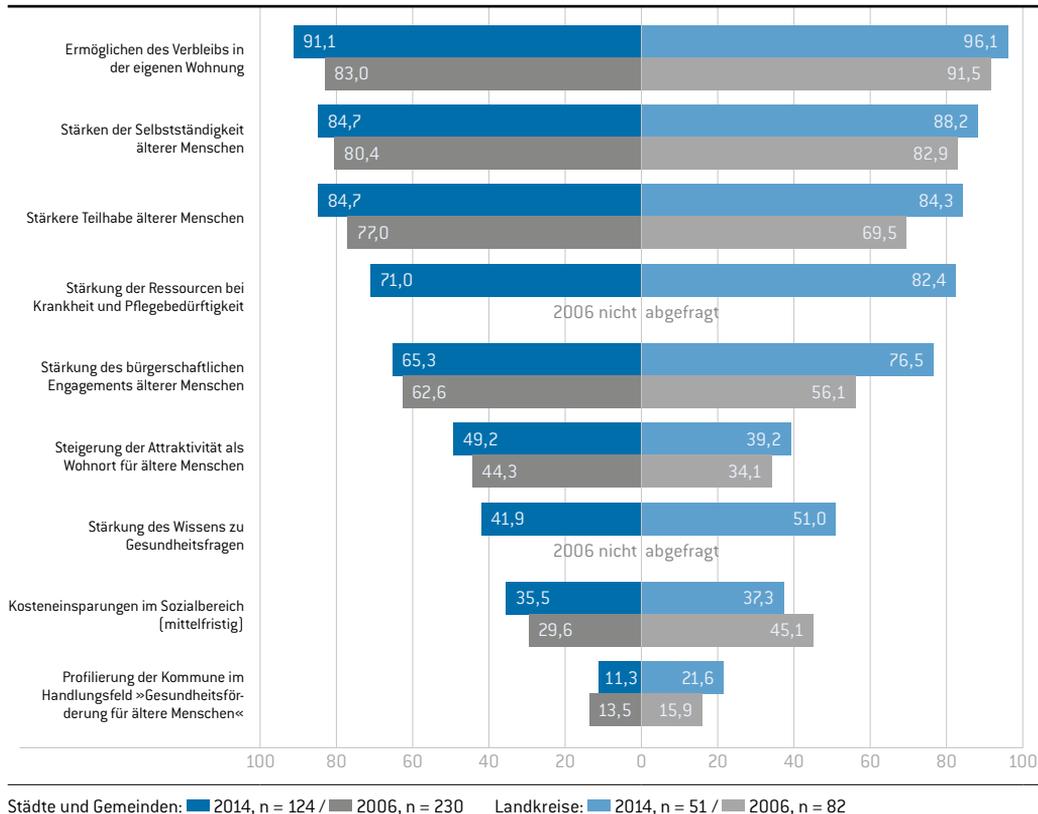
des Wissens zu Gesundheitsfragen« einen deutlich höheren Stellenwert zu als die anderen Städte.

Ansonsten sind die Ziele in ihrem Stellenwert sehr ähnlich bewertet (vgl. Abb. 38). Auch bei den Landkreisen stehen die Ziele »Stärkung von Teilhabe und Selbstständigkeit« und das »Ermöglichen des

Verbleibs in der eigenen Wohnung« im Vordergrund (vgl. Abb. 39).

Der Aspekt »Kosteneinsparungen« wird von gut einem Drittel der Akteure in den Landkreisen genannt – eine geringere Zahl als noch 2006 (45 %) (vgl. Abb. 40).

Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention 2006 und 2014

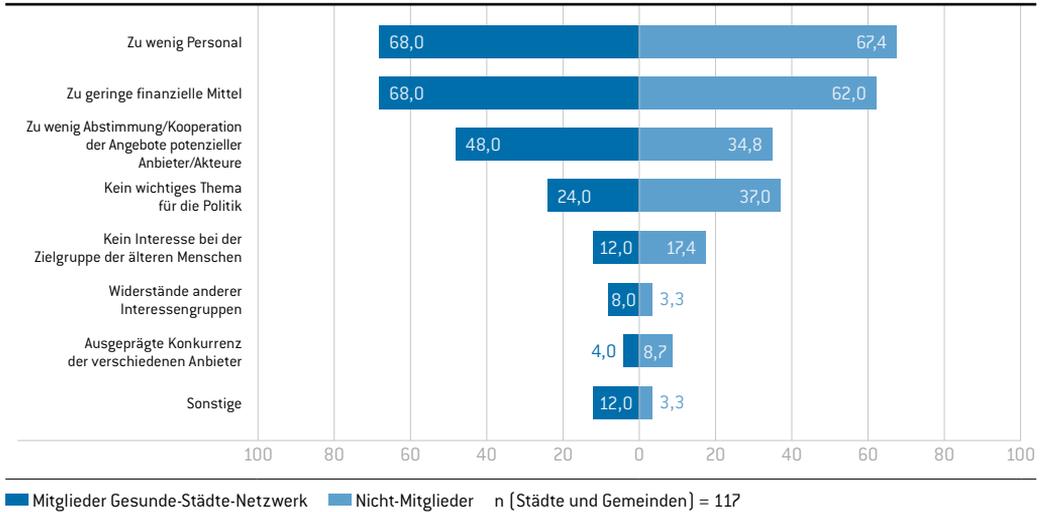


>> Abb. 40: Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung 2006 und 2014: Städte und Gemeinden sowie Landkreise (Angaben in %)

Die Engpässe seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention werden – nach der Häufigkeit der jeweiligen Nennungen – ähnlich beschrieben. An erster Stelle wird zu wenig Personal genannt, gefolgt von zu geringen Finanzmitteln, fehlender Abstimmung der Akteure bzw. der Einschätzung, dass die Politik dem Thema keine Bedeutung beimisst – ganz ähnlich wie 2006 (vgl. Abb. 41). Die Angaben zu den Finanzmitteln, die für Aufgaben der seniorenbezogenen Gesund-

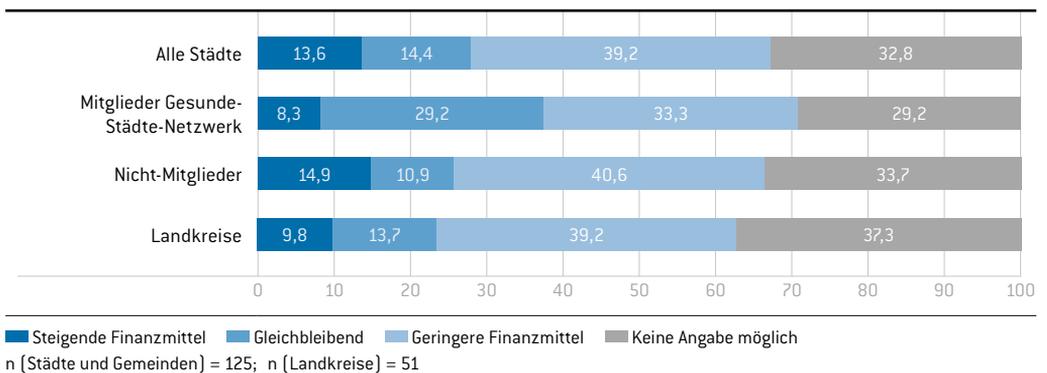
heitsförderung und Prävention zur Verfügung stehen, sind sehr lückenhaft. Ein Drittel der antwortenden Städte und Gemeinden konnte keine Angaben dazu machen. Fast 40 % der Städte und Gemeinden erwarten, dass die Finanzmittel für seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten fünf Jahren geringer werden, lediglich gut 10 % vermuten eine Steigerung (vgl. Abb. 42). Tendenziell sind die Zahlen und die Erwartungen ähnlich wie 2006.

Engpässe seniorebezogener Gesundheitsförderung und Prävention



» Abb. 41: Engpässe seniorebezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder (Angaben in %)

Entwicklung der kommunalen Finanzmittel für seniorebezogene Gesundheitsförderung und Prävention



» Abb. 42: Entwicklung der kommunalen Finanzmittel für seniorebezogene Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk, Nicht-Mitglieder und Landkreise (Angaben in %)

04

» Überblick

» 04.1 Rahmenbedingungen der Seniorenarbeit/Seniorenpolitik

- Mehr als 90 % der Städte und Gemeinden geben an, dass Seniorenpolitik aktuell eine hohe oder mittlere Bedeutung in ihrer Kommune hat, in etwa gleich verteilt auf »mittel« und »hoch«. Das ist ein geringfügiger Bedeutungszuwachs gegenüber 2006. Vor allem in den Kommunen bis 50.000 Einwohner hat das Thema an Bedeutung gewonnen.
- Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, messen der »Seniorenpolitik« schon mehrheitlich eine hohe Bedeutung zu.
- Landkreise bewerten den Stellenwert von »Seniorenpolitik« deutlich höher als 2006 und unterscheiden sich damit (positiv) von den Städten und Gemeinden, die nicht Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind.
- 85 % aller Städte und Gemeinden verfügen über eine zentrale Kontaktstelle für Seniorinnen und Senioren. Vor allem Städte und Gemeinden bis 50.000 Einwohner haben hier deutlich aufgeholt.

- Einen kommunalen Altenhilfeplan gibt es umso eher, je größer eine Stadt oder Gemeinde ist. Fast drei Viertel der antwortenden Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk geben an, einen kommunalen Altenhilfeplan zu haben – im Vergleich zu gut einem Drittel in den Städten und Gemeinden, die nicht Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind.
 - 85 % der Städte und Gemeinden (100 % der antwortenden Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk), die einen kommunalen Altenhilfeplan haben, geben 2014 an, dass darin auch der Aspekt »Gesundheitsförderung und Prävention« eine Rolle spielt. Dies ist gegenüber 2006 eine deutliche Zunahme.
 - Lediglich etwas mehr als ein Zehntel der Städte und Gemeinden – vor allem die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk sowie etwa ein Fünftel der Landkreise – erstellen bislang regelmäßig Gesundheitsberichte, die auch die Situation älterer Menschen erfassen. Die Zahlen haben sich im Vergleich zu 2006 kaum verändert.
 - Für kommunale Sozialberichte gilt: Je größer eine Stadt oder Gemeinde ist, desto eher werden sie erstellt. Auch hier sind die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk besonders aktiv.
 - Gut drei Viertel aller Städte und Gemeinden bieten Aktionswochen für Seniorinnen und Senioren an sowie 80 % der Landkreise. Aktionswochen sind im Rahmen der Seniorenpolitik eine seit vielen Jahren bewährte Maßnahme.
 - Seniorenbegegnungsstätten gibt es sowohl stadtteilbezogen als auch stadtteilübergreifend wie schon 2006 in fast allen Städten und Gemeinden.
 - Gut die Hälfte aller Städte und Gemeinden bietet einen spezifischen Sozialdienst für Seniorinnen und Senioren an. Die Angaben sind gegenüber 2006 jedoch unverändert.
 - Je größer eine Stadt oder Gemeinde ist, desto häufiger verfügt sie über ein Sportentwicklungskonzept für Seniorensport. Vor allem die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk sind hier aktiv. Gegenüber 2006 sind es deutlich mehr Städte und Gemeinden, die die Frage danach zustimmend beantwortet haben. Vor allem die Städte bis 200.000 Einwohner haben in diesem Bereich Aktivitäten entwickelt.
-
- ## » 04.2 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. Die Veränderungen zwischen 2006 und 2014 sind relativ gering.
 - Angebote in den Bereichen Wohnen, Beratung und Ehrenamt gehören in allen Städten, Gemeinden und Landkreisen zu den wichtigsten Handlungsfeldern.
 - Neu aufgenommen wurde 2014 die Frage nach Angeboten im Bereich »Demenzerkrankungen«. Fast vier Fünftel aller antwortenden Städte und Gemeinden machen Angebote in diesem Themenfeld, bei den Landkreisen sind dies 86 %.
 - Tendenziell halten Städte und Gemeinden, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, ein breiteres Angebot vor. Sie setzen auch teilweise andere Schwerpunkte. So spielen beispielsweise Angebote in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, in der quartiersbezogenen

Prävention, der gerontopsychiatrischen Pflege und auch für die Zielgruppe der älteren Migrantinnen und Migranten eine größere Rolle.

>> 04.3 Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen

- Mehr als zwei Drittel aller Städte und Gemeinden bewerten »Gesundheitsförderung und Prävention« als sehr wichtiges oder wichtiges Handlungsfeld. Hier ist gegenüber 2006 ein Bedeutungsgewinn festzustellen.
- In den Städten, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, bewerten sogar 92 % »Gesundheitsförderung und Prävention« als sehr wichtig oder wichtig. Gegenüber 2006 (77 %) bedeutet dies eine deutliche Steigerung.
- Auch eine deutlich größere Zahl der antwortenden Landkreise als noch 2006 bewertet das Thema als sehr wichtig oder wichtig (75 % gegenüber 58 %).
- Unter den konkreten Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention nennen die antwortenden Städte und Gemeinden »Sport und Bewegung« (95,2 %) und »Wohnberatung« (94,4 %) am häufigsten. An dritter Stelle folgen spezifische Angebote für Demenzzranke und ihre Angehörigen (92,1 %), die 2014 zum ersten Mal abgefragt wurden. Ähnlich sieht es in der Rangreihung der Wichtigkeit bei den Landkreisen aus.
- Bei den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk halten anteilig deutlich mehr Kommunen Angebote in den Bereichen »Sucht« (Rauchen, Alkohol, Medikamente) und im Bereich der aufsuchenden Sozialarbeit vor, als in den Städten und Gemeinden, die nicht Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind.
- Wie schon 2006 sind Städte und Gemeinden nur bei wenigen Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention »federführend«. Dies gilt allenfalls für die aufsuchende Sozialarbeit, die Wohnberatung und bei thematischen Kampagnen. In allen anderen Angebotsbereichen sind sie bestenfalls »mitwirkend«. Die Mehrzahl der Angebote wird von Dritten erbracht.
- Die Städte, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, sind häufiger bei Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention »federführend« als die Nicht-Mitglieder. Ebenso wirken sie häufiger mit, als es die anderen Städte tun (z. B. bei Kursangeboten zu Stressbewältigung, Ernährung und im Gedächtnistraining oder der Stärkung des Pflegepotenzials in der Familie).
- Eine deutliche Mehrheit von Städten und Gemeinden gibt an, dass bei der Bereitstellung der Angebote häufig Wohnortnähe und Barrierefreiheit beachtet werden. Vor allem im Hinblick auf die Barrierefreiheit ist gegenüber 2006 eine Verbesserung festzustellen.
- Alle Kommunen haben deutliche Defizite im Wissen um Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote in den Bereichen »Gesundheitsförderung und Prävention«. Die Informationen sind in der Regel nur »teilweise« vorhanden.
- Vor allem ältere Migrantinnen und Migranten, nicht-mobile ältere Menschen und bildungsferne ältere Menschen werden über die Angebote oft nicht erreicht. Weiterhin ist der Anteil nicht erreichter älterer Männer im Vergleich zu dem der älteren Frauen sehr hoch.

- Auch die Gruppe der »Demenzkranken und ihre Angehörigen« wird bislang noch nicht im wünschenswerten Maß erreicht.
- Ein Viertel bis gut 40 % der Städte und Gemeinden differenziert die Angebote für ausgewählte Zielgruppen. Am häufigsten gibt es Angebote für nicht-mobile ältere Menschen.
- Ein Viertel der Städte und Gemeinden hält Angebote für sozial benachteiligte ältere Menschen vor. Dies ist gegenüber 2006 eine deutliche Steigerung.
- Geringer geworden ist der Anteil der Städte und Gemeinden, die Angebote für Menschen mit einer Seh- oder Hörbehinderung machen.
- Die Städte und Gemeinden, die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, sind für alle Zielgruppen deutlich aktiver. Sie halten mehr Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten bereit, ebenso für nicht-mobile ältere Menschen und für sozial benachteiligte ältere Menschen. Gegenüber 2006 ist hier eine Steigerung festzustellen.

» 04.4 Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen

- Fast 70 % aller Städte und Gemeinden sehen Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen als ein sehr wichtiges oder wichtiges Handlungsfeld. Dieser Teilbereich des Handlungsfelds »Gesundheitsförderung und Prävention« wird damit als wichtiger bewertet, als das Handlungsfeld insgesamt. Tendenziell wird das Thema umso wichtiger, je größer eine Stadt ist.

- Die meisten Angebote gibt es in den Bereichen »Wandergruppen«, »Tanz« und »Sitzgymnastik«. »Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen« werden von fast drei Vierteln aller Städte und Gemeinden gemacht. Wichtiger geworden sind Angebote im Bereich der »Sturzprophylaxe«.
- Es gibt ein sehr breites Angebot im Bereich Sport und Bewegungsförderung. In der Regel ist die Kommune hier nicht »federführend«. Wie schon 2006 stellen ganz überwiegend Dritte die Angebote bereit. Die Sportvereine sind hier die wichtigsten Anbieter, gefolgt von Volkshochschulen, privaten Anbietern und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege.

» 04.5 Zielgruppenorientierung und Kommunikation

- Kommunikationsmedien werden in der Ansprache älterer Menschen breit genutzt. Im Vergleich zu 2006 haben Broschüren, das Internet und allgemeines Informationsmaterial gegenüber lokalen Zeitungen an Bedeutung gewonnen.

» 04.6 Akteure und Kooperation

- In den Städten und Gemeinden, die Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind, sehen sich die kommunalen Akteure deutlich stärker »in der Pflicht«. Sowohl das Amt für Soziales als auch das Gesundheitsamt gehören zu den am häu-

figsten genannten Akteuren im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« – ganz im Unterschied zu den Städten und Gemeinden, die nicht Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind.

- Die Zusammenarbeit der Akteure wird von fast der Hälfte der antwortenden Städte und Gemeinden als zumindest gut bewertet. 2006 beschrieb nur ein gutes Drittel die Zusammenarbeit als gut. Immer noch 45 % halten die Zusammenarbeit allerdings für verbesserungsbedürftig – ähnlich wie 2006. Ganz ähnlich sieht es in den Landkreisen aus.
- Die Zahl der Städte und Gemeinden, in denen die Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention nicht zusammenarbeiten, ist im Vergleich zu 2006 deutlich zurückgegangen.
- Eine interkommunale Zusammenarbeit findet im Handlungsfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« inzwischen in immerhin einem Viertel der antwortenden Städte, Gemeinden und Landkreise statt. Ein knappes weiteres Viertel strebt eine interkommunale Zusammenarbeit an. Unter den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk kooperieren bereits mehr als 40 % interkommunal.
- Die Formen der Zusammenarbeit der Akteure sind unterschiedlich. Bei den Nicht-Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk überwiegen »weiche« Formen wie gegenseitiger Informationsaustausch. Bei den Mitgliedern im Gesunde-Städte-Netzwerk werden häufiger verbindliche(re) Formen der Zusammenarbeit wie Arbeitsgruppen/-kreise oder regelmäßige Gesundheits-/Pflegekonferenzen genutzt.

>> 04.7 Stellenwert seniorenbezogener Prävention

- Ein Viertel der antwortenden Städte und Gemeinden – eine bemerkenswerte Steigerung gegenüber 2006 – bescheinigt dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt eine hohe Relevanz. Ein Fünftel gibt der seniorenbezogenen Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert.
- Mitgliedsstädte im Gesunde-Städte-Netzwerk bewerten das Thema Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt bereits heute als wichtiger (40 % »hoher Stellenwert«). Knapp 30 % sehen einen hohen Stellenwert der seniorenbezogenen Gesundheitsförderung.
- Die Städte in den neuen Ländern messen dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt heute noch keine hohe Bedeutung zu.
- Mehr als ein Drittel der antwortenden Landkreise gibt dem Thema Prävention insgesamt bereits heute einen hohen Stellenwert. Auch die seniorenbezogene Prävention halten die Akteure in den Landkreisen heute schon für wichtiger und erwarten für die Zukunft noch einen deutlichen Bedeutungsgewinn – wie schon 2006.
- Vorrangige Ziele der Aktivitäten im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention sind das »Ermöglichen des Verbleibs in der eigenen Wohnung«, das »Stärken der Selbständigkeit älterer Menschen« und die »Stärkung von Teilhabe«. Gerade der letzte Aspekt hat gegenüber 2006 an Bedeutung gewonnen.

- Die Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk messen dem Aspekt der »Stärkung des Wissens zu Gesundheitsfragen« einen deutlich höheren Stellenwert zu, als die Städte und Gemeinden, die nicht Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind.
- Als häufigste Engpässe in der eigenen Arbeit werden fehlendes Personal, knappe Finanzmittel, fehlende Abstimmung der Akteure und mangelnde Wahrnehmung des Themas durch die Politik genannt – ganz ähnlich wie 2006.
- Die Angaben zu den Finanzmitteln, die für Aufgaben der seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung stehen, sind sehr lückenhaft. Fast 40 % der antwortenden Städte und Gemeinden erwarten, dass die Finanzmittel für seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in den nächsten fünf Jahren geringer werden, lediglich gut 10 % erwarten eine Steigerung. Tendenziell sind die Zahlen und die Erwartungen ähnlich wie 2006.

05

» Schlussfolgerungen

Das Thema »Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen« hat im Vergleich zu 2006 an Bedeutung gewonnen. Neben Maßnahmen in den Betrieben sind Aktivitäten in den Lebenswelten des Setting-Ansatzes vorrangig (MDS und GKV-Spitzenverband 2014). Diese positive Grundstimmung sollte genutzt werden, um das Thema auf der kommunalen Ebene weiter voranzutreiben. Dazu kann beispielsweise die Praxisdatenbank der BZgA zur gesundheitlichen Chancengleichheit, die Projekte vor Ort erfasst (von Beratungs- und Bewegungsangeboten bis zu Seniorentreffs etc., siehe www.gesund-aktiv-aelter-werden.de), einen Beitrag leisten. Dabei könnte noch stärker darauf geachtet werden, die tatsächliche Alltagspraxis (nicht ausschließlich Good Practice), die häufig vor einer Vielzahl von Schwierigkeiten steht, zu erfassen, zu kommentieren und mit Lösungsansätzen darzustellen. Eine Erfassung und Darstellung dieser konkreten kommunalen Praxis vor Ort könnte der

nächste Schritt in Fortführung der vorliegenden Expertise sein. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass der quartiersbezogene Ansatz verstärkt genutzt wird. Zugleich scheinen die Städte, die quartiersbezogen arbeiten, insgesamt gut aufgestellt im Themenfeld. Dies unterstützt die Wichtigkeit des lebensweltlichen Ansatzes, der noch stärker handlungsleitend werden sollte. Mit zunehmendem Alter und abnehmender Mobilität gewinnt das Quartier aufgrund der räumlichen Nähe, der Vertrautheit und als Ort des täglichen Lebens an Bedeutung. Im Quartier können ältere Menschen mit Blick auf gesundheitsfördernde Angebote am besten erreicht werden. Wesentlich ist es, die bereits vorhandenen Angebote im Quartier zu ermitteln, aufeinander abzustimmen und bedarfsgerecht zu ergänzen. Sie müssen auch für Menschen mit eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten besser zugänglich gemacht werden. Bildungsferne und ärmerer Bevölkerungsgruppen zu erreichen bleibt eine Herausforderung.

Nach Einschätzung der antwortenden Kommunen hat sich die Kooperation der Akteure im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention auf der kommunalen Ebene verbessert. Damit wird dem Charakter von Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen als Querschnittsaufgabe, die über den Gesundheitsbereich weit hinausgeht, zunehmend Rechnung getragen. Ziel der Städte und Gemeinden sowie Landkreise muss es daher sein, in einem integrierten Vorgehen ressortübergreifend Konzepte für ein gesundes Altern in der Kommune zu entwickeln. Dies heißt auch, beispielsweise Akteure aus den Bereichen Wohnen, Bildung, Integration, Sport, der Stadtplanung und -entwicklung, der Verkehrs- oder Freiraumplanung einzubeziehen. Dazu muss auch auf der kommunalen Ebene noch stärker ein Bewusstsein für die Notwendigkeit des ressortübergreifenden Arbeitens entstehen. Gerade im Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention steckt die Zusammenarbeit trotz der positiveren Einschätzungen in der aktuellen Befragung vielerorts noch in den Anfängen. Auch die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Krankenkassen erscheint noch ausbaufähig.

Für ein integriertes Vorgehen und damit eine – wenn es gelingt – erfolgreiche Arbeit der Verwaltung ist die Unterstützung durch die politische Führung wichtig. Dass es hier noch Handlungsbedarf gibt, zeigen die Antworten aus den Kommunen, die den fehlenden politischen Rückhalt weiterhin als wichtiges Hemmnis nennen. Vor dem Hintergrund der vielerorts weiterhin kritischen kommunalen Finanzlage und der Freiwilligkeit der Aufgabe Gesundheitsförderung bleibt es schwierig, diese politische Unterstützung zu erhalten. Zu prüfen ist, ob der Aspekt mittelfristiger Einsparungen im kommunalen Haushalt, die durch Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen und das hiermit verbundene Hinauszögern der Inanspruchnahme pflegerischer

Leistungen möglich sind, gegenüber der Kommunalpolitik stärker thematisiert werden sollte.

Die Stärkung von Teilhabe hat an Bedeutung gewonnen. Diese Entwicklung sollte weiter vorangebracht werden, um zu einer aktiven Teilhabe, gerade im Quartier, zu gelangen. So können die Ziele eines aktiven und gesunden Älterwerdens besser erreicht werden. Zugleich lassen sich so gemeinsam mit älteren Menschen gesundheitsförderliche und bewegungsfreundliche Quartiere gestalten.

Angebote im Bereich Sport und Bewegungsförderung werden besser und häufiger wahrgenommen als Angebote unter der Überschrift »Gesundheitsförderung und Prävention«. Dies sollten die Akteure von Gesundheitsförderung stärker nutzen. Unter einem anderen »Titel« sind so möglicherweise nicht nur ältere Männer, sondern auch weitere Personen besser für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen.

Ebenfalls verbesserungsfähig scheint die Wortwahl in der Ansprache der potentiellen Zielgruppen. Welcher 50-Jährige möchte beispielsweise als Senior oder »Jungsenior« angesprochen werden? Dies widerspricht allen Erkenntnissen der Altersforschung, nach denen ältere Menschen sich heute im Schnitt 10 bis 15 Jahre jünger fühlen als sie sind – und auch so wahrgenommen und adressiert werden möchten.

Neu aufgenommen wurde in die Umfrage das Thema »Demenz«. Deutlich werden hier eine hohe Angebotsdichte und die große Relevanz des Themas in den Kommunen. Allerdings wird ebenso wie in anderen Themenfeldern deutlich, dass die gewünschten Zielgruppen (Kranke und ihre Angehörigen) noch nicht in ausreichendem Umfang erreicht werden. Hier sollten verstärkte Anstrengungen unternommen werden, diese Gruppen besser anzusprechen, um sie auf vorhandene Unterstützungsangebote hinweisen zu können.

06

» Literatur

BMVBS – Beirat für Raumordnung im Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2009):

Demografischer Wandel und Daseinsvorsorge in dünn besiedelten peripheren Räumen (erarbeitet unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Klaus J. Beckmann).

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hg.) (o.J.): Länger gesund und selbständig im Alter – aber wie? Potenziale in Kommunen aktivieren. Bonn.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Berlin. Online verfügbar unter www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf [Zugriff am 29.06.2016].

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2013): Der Alterssurvey – eine Langzeitstudie über die zweite Lebenshälfte in Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Deutsche-Alterssurvey-DEAS,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [Zugriff am 08.01.2015].

- BMVI – Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (Hg.) (2013):** Altersgerecht umbauen – Mehr Lebensqualität durch weniger Barrieren. Berlin.
- Böhme, C.; Franke, T.; Wolter, B. (2014):** Altersgerechte Quartiersentwicklung. In: Planerin, Heft 4/2014, S. 54–56.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Berlin (Hg.) (2011):** Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen. Berlin.
- Eberlein, M.; Klein-Hitpaß, A. (2012):** Altengerechter Umbau der Infrastruktur: Investitionsbedarf der Städte und Gemeinden. Difu-Impulse, Band 6/2012 (Studie im Auftrag der KfW). Berlin. Online verfügbar unter www.kfw.de/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-Studien-und-Materialien/Altengerechter-Umbau-der-Infrastruktur_Januar-2013.pdf [Zugriff am 10.06.2016].
- Eggen, B. (2012):** Hochaltrigkeit. Aspekte einer späten Lebensphase. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, S. 11–16.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.) (2010):** Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier Heft 6. Berlin. Online verfügbar unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1eef15d5af1d32a803d8c120ab7123c9 [Zugriff am 10.06.2016].
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.) (2013):** Schritt für Schritt zu mehr Partizipation im Alter. Ein Leitfaden zur Beteiligung älterer Menschen an der Gestaltung bewegungsfreundlicher Quartier. Berlin. Online verfügbar unter www.quartiersmanagement-berlin.de/fileadmin/content-media/Nachrichten/Schritt_fuer_Schritt.pdf [Zugriff am 10.06.2016].
- Hanke, C.; Pott, S.; Stein, U. (2013):** Ergebnisse des Alterssurveys 2012. In: Statistik und Informationsmanagement, Heft 7/2013, S. 191–203.
- Heusinger, J.; Schuster, M.; Wolter, B. (2008):** Gesundheitsförderung für alte Menschen im Stadtteil durch Kooperation und Ressourcenstärkung. In: Richter, A.; Bunzendahl, I.; Altgeld, T. (Hg.); Dünne Rente – dicke Probleme. Frankfurt am Main, S. 175–184.
- Hollbach-Grömig, B. (2014):** Demografischer Wandel – Warum ist dies ein Thema für alle? In: AKP – Fachzeitschrift für Alternative Kommunalpolitik, Heft 2/2014, S. 32–34.
- Kümpers, S. (2008):** Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozioökonomisch benachteiligten älteren Menschen – Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In: Richter, A.; Bunzendahl, I.; Altgeld, T. (Hg.); Dünne Rente – dicke Probleme. Frankfurt am Main, S. 133–147.
- Kuhlmann, A. (2012):** Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen – zwischen kommunaler Verantwortung und Selbstverpflichtung. Eine Untersuchung in ausgewählten kommunalen Gesundheitskonferenzen in Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen. Dortmund (Dissertation).
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.; GKV-Spitzenverband (Hg.) (2014):** Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2013. Berlin.
- Müller, K. (2014):** Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung. Zehn Herausforderungen und ihre Konsequenzen für Prävention, Rehabilitation und das Versorgungsmanagement in Deutschland und der Schweiz. Bern.
- Naegele, G. (2004):** Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter – ein neues Handlungsfeld für die Sozialpädagogik. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 55. Jahrgang, Heft 4/2004, S. 20–28.

- Naegele, G (2004):** Präventionspotenziale stärken – Aspekte einer altersbezogenen Gesellschaftspolitik. Vortrag am 30. April 2004 in Berlin beim 1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter www.forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373_1615_1.PDF?loadDocument&ObjSvrID=373&ObjID=1615&ObjLa=1&Ext=PDF, 20.7.2006 [Zugriff am 11.11.2014].
- Netzwerk: Soziales neu gestalten – SONG (Hg.) (2009):** Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh.
- Pätzold, R.; Hollbach-Grömig, B.; Henckel, D. (2009):** Regionale Disparitäten und demographischer Wandel als Herausforderung für Kommunen. In: Gesemann, F.; Roth, R. (Hg.): Lokale Integrationspolitik in der Einwanderungsgesellschaft. Migration und Integration als Herausforderung von Kommunen. Wiesbaden, S. 33–51.
- Rademacher, C (2013):** Deutsche Kommunen im demographischen Wandel. Eine Evaluation lokaler bevölkerungspolitischer Maßnahmen. Wiesbaden.
- Schott, T.; Hornberg, C. (Hg.) (2011):** Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden.
- Sozialministerium Hessen (Hg.) (2012):** Alter neu denken — Zukunft gewinnen. Die Seniorenpolitische Initiative der Hessischen Landesregierung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015):** Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

07

» Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Stellenwert Seniorenpolitik: Städte, Gemeinden und Landkreise	17
Abb. 2:	Stellenwert Seniorenpolitik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	17
Abb. 3:	Kontaktstelle für ältere Menschen: Städte, Gemeinden und Landkreise	18
Abb. 4:	Seniorenbeirat: Städte, Gemeinden und Landkreise	18
Abb. 5:	Kommunaler Altenhilfeplan: Städte, Gemeinden und Landkreise	19
Abb. 6:	Kommunaler Pflegebedarfsplan: Städte, Gemeinden und Landkreise	20
Abb. 7:	Kommunales Sportentwicklungskonzept mit Seniorensport: Städte und Gemeinden	20
Abb. 8:	Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik Städte und Gemeinden	21
Abb. 9:	Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	22
Abb. 10:	Rahmenbedingungen Seniorenarbeit/-politik: Landkreise	23
Abb. 11:	Themen und Handlungsfelder: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	24
Abb. 12:	Handlungsfelder und wichtigste Handlungsfelder: Städte und Gemeinden	26
Abb. 13:	Die wichtigsten Handlungsfelder kommunaler Seniorenpolitik: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk – Nicht-Mitglieder	27

Abb. 14: Handlungsfelder und wichtigste Handlungsfelder: Landkreise	28
Abb. 15: Bedeutung Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen – 2006 und 2014: Städte und Gemeinden, Landkreise	29
Abb. 16: Bedeutung seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Städte und Gemeinden, Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	30
Abb. 17: Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Landkreise	31
Abb. 18: Angebote seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	32
Abb. 19: Nicht erreichte Gruppen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention und Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden	33
Abb. 20: Nicht erreichte Gruppen Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	34
Abb. 21: Bedeutung Sport und Bewegungsförderung: Städte, Gemeinde, Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	35
Abb. 22: Angebote seniorenbezogener Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden	36
Abb. 23: Angebote seniorenbezogener Sport und Bewegungsförderung: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	37
Abb. 24: Informationen über Nutzung, Einzugsbereich und Nutzergruppen der Angebote in den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und Sport und Bewegungsförderung: Städte und Gemeinden	38
Abb. 25: Nicht erreichte Gruppen bei Sport und Bewegungsförderung: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	38
Abb. 26: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen: Städte und Gemeinden	39
Abb. 27: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	40
Abb. 28: Anbieter von Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen: Städte und Gemeinden in den alten und neuen Bundesländern	41
Abb. 29: Angebote für ausgewählte Zielgruppen: Städte und Gemeinden, Mitglieder Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	42
Abb. 30: Kommunikationsmedien und Mittler: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	43
Abb. 31: Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	44
Abb. 32: Wichtigste Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	46
Abb. 33: Akteure und wichtigste Akteure in den Landkreisen	47
Abb. 34: Formen der Zusammenarbeit: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	48
Abb. 35: Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	49

Abb. 36: Stellenwert Gesundheitsförderung und Prävention heute und zukünftig: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	50
Abb. 37: Stellenwert seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention heute und zukünftig: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	51
Abb. 38: Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	52
Abb. 39: Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Städte, Gemeinden und Landkreise	53
Abb. 40: Ziele seniorenbezogener Gesundheitsförderung 2006 und 2014: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	54
Abb. 41: Engpässe seniorenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	55
Abb. 42: Entwicklung der kommunalen Finanzmittel für seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention: Mitglieder im Gesunde-Städte-Netzwerk und Nicht-Mitglieder	55

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

2006 beauftragte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) mit der Durchführung der repräsentativen Befragung »Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme«. Dabei zeigte sich u. a., dass die seniorenbezogene Gesundheitsförderung ihre Zielgruppen nicht immer erreichte. Vielfach fehlte es an einer ausreichenden Vernetzung der kommunalen Akteure.

Um die weitere Entwicklung in den Kommunen erfassen und aktuelle Handlungsbedarfe erkennen zu können, führte das Difu 2014 eine Folgebefragung durch. Dazu wurden bundesweit alle Kommunen mit mehr als 50.000 Einwohnern sowie Stichproben der Landkreise und der Kommunen zwischen 10.000 und 50.000 Einwohnern befragt.

Das Ergebnis ergibt ein differenziertes Bild: Die Bedeutung der Gesundheitsförderung älterer Menschen hat seit 2006 deutlich zugenommen. Außerdem ist der Anteil barrierefreier Angebote der Gesundheitsförderung für Ältere deutlich gestiegen. Ältere Migranten, nicht-mobile und sozial benachteiligte Personen sowie ältere Männer werden zwar unverändert schwer erreicht, doch gibt es inzwischen mehr Angebote für diese Zielgruppen. Außerdem hat sich die Zusammenarbeit der in der kommunalen Gesundheitsförderung engagierten Akteure verbessert.

Die vorliegende Analyse liefert durch die umfangreiche Datenbasis wichtige Hinweise für die konkreten Herausforderungen vor Ort.