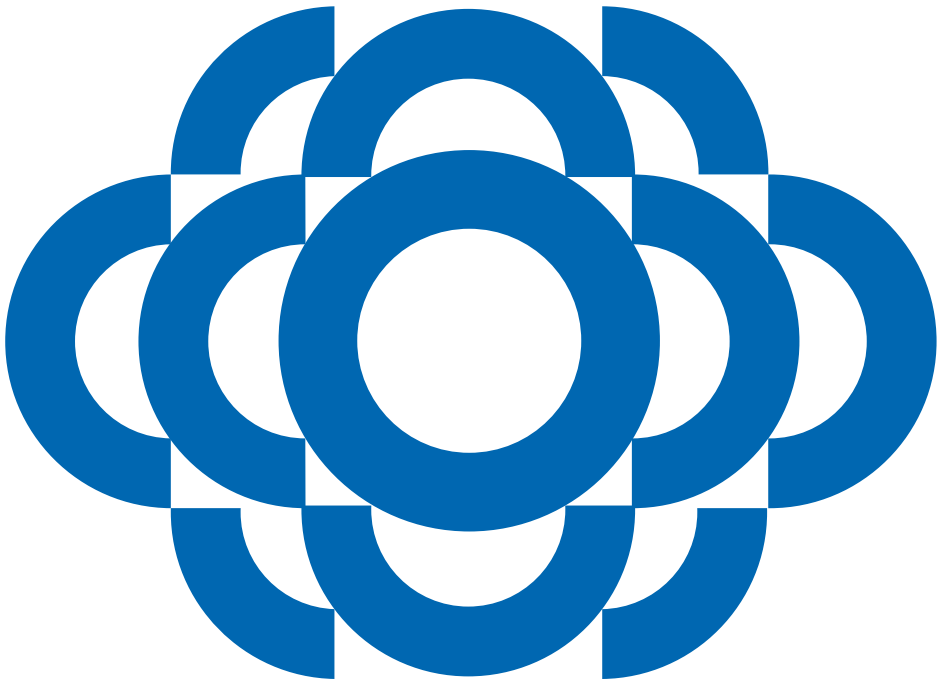


# Selbstbestimmt leben im Alter

Der demografische Wandel als  
Herausforderung für Städte und Gemeinden



VdK-Forum  
Evangelische Akademie  
Tutzing  
14./15. März 2012

SOZIALVERBAND

**VdK**

BAYERN



**Zukunft braucht Menschlichkeit.**

**Herausgeber:**

Sozialverband VdK Bayern e. V.

Schellingstraße 31

80799 München

Telefon: 089/2117-0

Telefax: 089/2117-258

eMail: [info@vdk.de](mailto:info@vdk.de)

Internet: [www.vdk.de/bayern](http://www.vdk.de/bayern)

Für die Beiträge sind die jeweiligen Autoren verantwortlich.

**Satz und Druck:**

Druckerei Dimetria gemeinnützige GmbH

Rennbahnstraße 48

94315 Straubing

## VdK-Forum

### Inhalt

Albrecht Engel <b>Begrüßung</b>	S. 5-8
Ulrike Mascher <b>Lebendiges Miteinander aus Sicht des Sozialverbands VdK Bayern</b>	S. 9-16
Dr. Roland Rupprecht <b>„Gutes Leben im Alter“ – Grundbedingungen für die Lebensqualität</b>	S. 17-24
Dr. Marianne Koch <b>Gesundheit ist das beste Anti-Aging-Mittel</b>	S. 25-34
Dr. med. Not-Rupprecht Siegel <b>Gesundheit und Pflege im Alter – Geriatrie, versorgungspolitische und sozialetische Herausforderungen</b>	S. 35-38
Dr. Elke Olbermann <b>Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Kommune</b>	S. 39-51
Dr. Peter Zeman <b>Teilhabe der Älteren durch Bürgerschaftliches Engagement</b>	S. 52-61
Susanne Tatje <b>„Demografische Planung als Strategie für die Stadt“</b>	S. 62-69
Ruth Dörner <b>Mehrgenerationenhäuser – Ein Konzept zum gemeinschaftlichen Leben</b>	S. 70-72



Die Expertenrunden des sozialpolitischen Forums des Sozialverbands VdK Bayern.

## Albrecht Engel

Landesgeschäftsführer des  
Sozialverbands VdK Bayern e. V.  
München

## Begrüßung

---

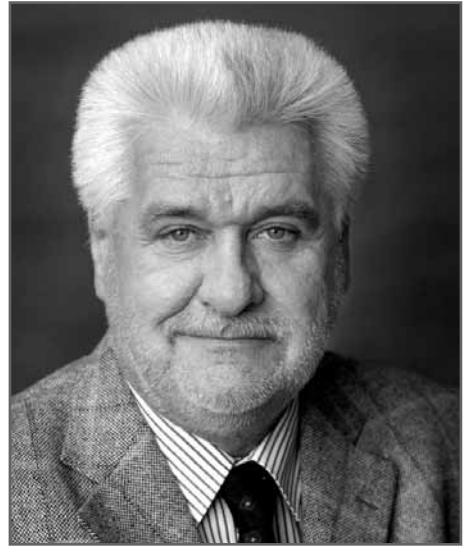
Sehr herzlich begrüße ich Sie heute alle zum sozialpolitischen Forum des Sozialverbands VdK Bayern in der Evangelischen Akademie in Tutzing.

„Selbstbestimmt leben im Alter“ ist der Titel unserer zweitägigen Veranstaltung. Bei diesem Thema stellt sich zwangsläufig die Frage, ob wir hier von der Realität sprechen, von einer Vision oder doch eher von einer Schimäre.

Klar ist in jedem Fall, und ich bin sicher, bei einer Umfrage bei den Anwesenden heute hier, aber auch draußen in der Bevölkerung deutliche 100 Prozent Zustimmung dafür zu erfahren, dass jeder im Alter selbstbestimmt leben möchte!

Doch so einfach ist das nicht. Die Menschen haben in den letzten Jahren und Jahrzehnten unterschiedliche Vorstellungen vom Leben im Alter entwickelt. Das „Leben im Alter“ – früher vor allem ein Leben in der Großfamilie – gibt es heute nicht mehr und damit auch kein Patentrezept.

Zudem ist unser Leben von einer Vielzahl äußerlicher Rahmenbedingungen und per-



sönlicher Umstände bestimmt: Mobilität, Gesundheit, Pflege, Wohnen, Infrastruktur und Versorgung und noch vieles mehr.

Über all dem spannt sich ein breiter Schirm, der „demografische Wandel“: Die Bevölkerung befindet sich durch steigendes Durchschnittsalter und sinkende Geburtenrate in einer permanenten Umformung – die Altersstrukturen verändern sich deutlich. Wir eifern in der Lebenserwartung Japan nach!

Sehr verehrte Damen und Herren, Deutschland befindet sich in der erfreulichen Lage, zu einer Gesellschaft des längeren Lebens zu werden. Die deutsche Gesellschaft steht damit aber auch mitten in einer Entwicklung, in der gleichwertige Lebensverhältnisse für Jung und Alt geschaffen werden müssen.

Bisher sind wir und unsere Strukturen aber trotz vieler Forschungsprogramme und

Handlungskonzepte auf ein längeres Alter und mehr ältere Menschen noch nicht ausreichend vorbereitet. Noch fehlt in weiten Teilen die Anerkennung, dass eine älter werdende Gesellschaft anders strukturiert sein wird als die heutige, und damit fehlt der Anstoß für aktives Handeln.

Viele fürchten sogar das Alter und beklagen die Umkehr des Verhältnisses zwischen der jüngeren und der älteren Bevölkerungsgruppe. Alter wird noch viel zu oft als etwas Negatives angesehen. Die Probleme des Einzelnen mit dem Älterwerden und die unausweichlichen Anpassungsschwierigkeiten der Gesellschaft stehen häufig im Vordergrund. Vergessen werden dabei die Chancen des Alters und einer Gesellschaft des langen Lebens.

Mit der heutigen Veranstaltung und der nachfolgenden Dokumentation in unserer Forum-Tützing-Schriftenreihe wollen wir die Möglichkeiten des Einzelnen aufzeigen, aktiv auf das eigene individuelle Leben im Alter Einfluss zu nehmen und auch Änderungen und Vorbereitungen im persönlichen Lebensumfeld und in den Kommunen anzustoßen. Wir wollen Sie darauf einstimmen, selbst das Zepter in die Hand zu nehmen!

Gleichzeitig wollen wir aber auch die Verantwortlichen in den Städten, Gemeinden und Landkreisen sensibilisieren und ermuntern, ihre kommunalen Planungen auf die neuen Lebenswelten und Lebenswirklichkeiten einzustellen und anzupassen. Wie bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung sollte hier der Grundsatz gelten: „Nichts über uns ohne uns!“ Die Bürger

müssen in die Entwicklung der Konzepte und lokalen Angebote miteinbezogen werden. Auch das wertvolle Gut des ehrenamtlichen Engagements sollte genutzt werden.

Zuletzt sollte gerade hier auch Abschied genommen werden vom Schubladendenken: Die Gewährleistung eines qualitativ guten Lebens im Alter ist darauf angewiesen, dass sich alle Akteure, ob kommunale Dienste, Ämter, Institutionen oder Privatleute, vernetzen und zielgerichtet zusammenarbeiten.

Welche Grundbedingungen für Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit im Alter erfüllt sein müssen, welche Ansätze es bereits gibt, und welche Herausforderungen noch bewerkstelligt werden müssen, wollen wir auf dieser Tagung in den nächsten zwei Tagen herausarbeiten!

Sehr verehrte Damen und Herren, wir freuen uns dazu auf sachkundige Referenten, die ich nachfolgend gerne begrüßen und Ihnen vorstellen möchte.

Die Gastgeberin der heutigen Tagung ist zugleich die erste Referentin: Die Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland und Landesvorsitzende des VdK Bayern, **Ulrike Mascher**. In ihrem Vortrag **„Lebendiges Miteinander aus Sicht des Sozialverbands VdK Bayern“** wird sie die Sichtweisen des Sozialverbands VdK zu diesem wichtigen Thema darstellen und damit zahlreiche Problemschwerpunkte ansprechen, die für die nachfolgenden Diskussionen heute Abend und morgen Vormittag sicherlich entscheidende Gedankenansätze liefern werden.

Der zweite Vortrag wird anschließend von **Dr. Roland Rupprecht** vom Institut für Psychogerontologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg bestritten werden. Wir reden ja gerne über das gute Leben im Alter, doch was ist das eigentlich? Das Institut für Psychogerontologie forscht schon lange zu diesem Thema. Wir sind daher sehr gespannt, welche **Grundbedingungen für die Lebensqualität** erfüllt sein müssen, um von einem langen, guten Leben sprechen zu können. Herzlich willkommen, Herr Dr. Rupprecht!

Die Referentin des daran anschließenden Vortrags ist wohl jedem ein Begriff, und ich glaube, dass sie eigentlich gar nicht vorgestellt werden müsste. Sie ist bekannt als Ärztin und Schauspielerin und seit vielen Jahren jeden Samstag von 12.05 Uhr bis 13.00 Uhr auf Bayern 2 in den Wohnzimmern der bayerischen Hörer präsent.

Als Sachbuchautorin hat sie in den letzten zehn Jahren mit Titeln wie u. a. „Das Herz-Buch“, „Mein Gesundheitsbuch“ und „Körperintelligenz: Was Sie wissen sollten, um jung zu bleiben“ wichtige und beliebte medizinische Ratgeber für jeden von uns verfasst. Ihr Thema heute lautet: „**Intelligent altern – Was kann jeder selbst für die Gesundheit im Alter tun**“. Ich freue mich besonders, dass Sie, **Frau Dr. Marianne Koch**, heute unser Gast sind und zu uns sprechen werden.

Den vierten Vortrag des heutigen Tages wird dann **Dr. Not-Rupprecht Siegel** unter dem Titel „**Gesundheit und Pflege im Alter – Geriatrische, versorgungspolitische und**

**sozialethische Herausforderungen**“ bestritten. Herr Dr. Siegel ist Chefarzt des Geriatriezentrums Neuburg an der Donau mit zwei weiteren Standorten in Ingolstadt. Der Sozialverband VdK Bayern ist zusammen mit dem Landkreis Neuburg-Schrobenhausen Träger dieser geriatrischen Fachkliniken.

Unser heutiger Referent ist Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie als auch Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und nicht nur als Vorsitzender der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e. V. ein bekannter und gefragter Gesprächspartner zur medizinischen Versorgung älterer Menschen. Er wird uns die Herausforderungen der Versorgung älterer Menschen beleuchten. Von den geriatrischen über pflegerische bis hin zu palliativmedizinischen Fragen gilt es hier, viele Anforderungen zu meistern. Herzlich willkommen, Herr Dr. Siegel!

Als letzte Referentin des heutigen Tages möchte ich nun Frau **Dr. Elke Olbermann** begrüßen. Sie ist wissenschaftliche Geschäftsführerin des Instituts für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund und forscht dort u. a. zum demografischen Wandel und den kommunalen Gestaltungsaufgaben als auch zur sozialen Altenarbeit. In ihrem Vortrag „**Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen in der Kommune**“ wird sie uns die Rahmenbedingungen für den Einbezug sozial benachteiligter Älterer in lokale Angebote, aber auch praktische Handlungsempfehlungen darlegen.

Den morgigen Tag wird dann **Dr. Peter Zeman**, langjähriger Experte des Deutschen Zentrums für Altersfragen, zur gesellschaftlichen Partizipation und zum bürgerschaftlichen Engagement älterer Menschen – einem politisch immer stärker gewichteten Thema – beginnen. In seinem Vortrag mit dem Titel „**Teilhabe der Älteren durch bürgerschaftliches Engagement**“ wird er schildern, was Menschen dazu bewegt, sich im Alter zu engagieren, was sie daran hindert und welche Rahmenbedingungen sie brauchen, damit ihre Teilhabe durch Engagement auch gelingt. Wir freuen uns auf seine Ausführungen.

Herzlich willkommen heiße ich des Weiteren **Susanne Tatje** vom Amt für Demografie der Stadt Bielefeld. In Bielefeld hat man recht früh erkannt, dass der demografische Wandel eine Gesamtanstrengung aller städtischen Akteure erfordert, und hat deshalb schon zum 1. April 2004 eine Projektbeauftragte für die demografische Entwicklungsplanung installiert.

Welche Konzepte und Lösungen seither entwickelt wurden und wie Kommunen zielgerichtet vorgehen können, wird uns Frau Tatje in ihrem Referat „**Möglichkeiten der demografischen Entwicklungsplanung am Beispiel der Stadt Bielefeld**“ aufzeigen.

Den letzten Vortrag am Donnerstag wird dann **Ruth Dorner** halten. Frau Dorner ist Bürgermeisterin der Stadt Neumarkt in der Oberpfalz, und auch diese Stadt hat sich im Rahmen der Agenda 21 bereits früh daran gemacht, sich mit einer nachhaltigen Stadtentwicklung zu beschäftigen und sich dabei

auch mit ihrer alternden Bevölkerung auseinanderzusetzen. Im Zuge dessen wurde ein Bürgerhaus eingerichtet, das überparteiliches Kommunikationszentrum und „Haus der Begegnung“ für alle Generationen sein, individuelle Hilfestellung und Unterstützung für die Bürger, aber auch Plattform und Räume für eigene Ideen bieten soll. In ihrem Vortrag „**Mehrgenerationenhäuser – ein Konzept zum gemeinschaftlichen Leben**“ wird Frau Dorner uns praktische Erfahrungen mit den örtlichen Projekten, aber auch die Rahmenbedingungen für das Gelingen eines Dialogs zwischen Alt und Jung aus ihrer Sicht vorstellen. Wir sind daher schon sehr gespannt auf ihre Ausführungen.

Komplettiert wird unsere Veranstaltung natürlich durch eine sachkundige Moderation. Es freut mich, dass wir dafür auch im Jahr 2012 Sybille Giel, die Leiterin der Redaktion Familie im Bayerischen Rundfunk, gewinnen konnten. Herzlich willkommen, Frau Giel!

Ein herzliches Willkommen all denen schließlich, die bisher nicht erwähnt wurden. Vor allem möchte ich an dieser Stelle die Vertreter von Presse, Rundfunk und Fernsehen willkommen heißen.

Damit erkläre ich nun das VdK-Forum 2012 für eröffnet!



## **Ulrike Mascher**

Präsidentin des Sozialverbands  
VdK Deutschland e. V.  
Landesvorsitzende des  
Sozialverbands VdK Bayern e. V.  
München

## **Lebendiges Miteinander aus Sicht des Sozial- verbands VdK Bayern**

---



Das Motto unseres Tutzinger Forums lautet heuer: „Selbstbestimmt leben im Alter“. Eigentlich eine Selbstverständlichkeit, denn Selbstbestimmung darf keine Frage des Alters sein.

Damit ein selbstbestimmtes Leben im Alter aber überhaupt möglich ist, bedarf es bestimmter Voraussetzungen. Und damit diese Voraussetzungen geschaffen werden, hat sich der Sozialverband VdK immer stärker zum Vertreter der Älteren entwickelt.

Die wichtigsten Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter sind meiner Meinung nach folgende:

### **Ausreichendes Alterseinkommen**

An erster Stelle steht ein ausreichendes Alterseinkommen. Für die meisten Älteren stellt die gesetzliche Rente die Haupteinkommensquelle dar. Doch die Renten sind seit Jahren im permanenten Sinkflug. Jeder

Fünfte (20,3 Prozent) über 65, der in Bayern eine gesetzliche Rente bezieht, ist heute schon arm. Und im Augenblick sieht es nicht so aus, als würde sich diese Situation so schnell ändern – im Gegenteil.

Unterdessen ist es sogar so weit, dass eine durchschnittliche Neurente für einen Mann in Bayern unterhalb der Armutsschwelle liegt, die für einen Einpersonenhaushalt festgelegt wurde. Diese beträgt 859 Euro Einkommen. Ein Mann, der in Rente geht, liegt mit 853 Euro durchschnittlich 6 Euro unter dieser Grenze. Eine durchschnittliche Frauenrente von 506 Euro in Bayern verfehlt die Armutsschwelle sogar um 353 Euro.

Über die letzten Jahre betrachtet, kann man feststellen, dass die Auswirkungen der Rentenreformen zu teils massiven Einbrüchen bei den Renten geführt haben. Das trifft die bayerischen Rentnerinnen und

Rentner besonders hart, weil hierzulande die Renten ohnehin mit am niedrigsten in Deutschland sind.

Auch die gerade verkündete Renten Anpassung von 2,18 Prozent im Westen und 2,26 Prozent im Osten zum 1. Juli 2012 ist trotz der Zahl 2 vor dem Komma kein Grund zum Jubeln. Der Wertverlust der Renten nach Jahren der Nullrunden und Mini-Anpassungen beträgt seit 2004 rund 9 Prozent. Hinzu kommen die Inflationsrate von derzeit 2,3 Prozent und die gestiegenen Strom- und Energiepreise, die Rentnerhaushalte mit ihren häufig kleinen Einkommen besonders hart treffen. Nein, wirklich zufrieden können wir mit dieser Rentenerhöhung nicht sein.

### **Bezahlbarer barrierefreier Wohnraum**

Eine zweite wichtige Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter ist bezahlbarer und bewohnbarer, sprich: auch barrierefreier Wohnraum, der sich den Bedürfnissen des Alters anpasst. In Sachen „bezahlbarer Wohnraum“ landen wir schnell wieder bei den niedrigen Alterseinkünften, die leider oft genug dafür sorgen, dass Menschen im Alter ihre Wohnung aufgeben müssen. Das ist dann eine Wohnung, in der sie vielleicht jahrzehntelang gelebt haben, die sie sich jetzt aber nicht mehr leisten können. Besonders in München und Umgebung, aber auch in anderen Ballungszentren, frisst die Miete große Löcher in das kleine Budget der Rentnerinnen und Rentner.

Sie kennen sicherlich den Spruch, nach dem ein alter Baum nicht gerne verpflanzt wird. Gerade für Ältere ist das Umfeld einer

Wohnung enorm wichtig. Soziale Kontakte, eine funktionierende Nachbarschaft – wer das im Alter aufgeben muss, findet in der neuen Umgebung oft nur schlecht Anschluss.

Zum Problemumfeld des teuren Wohnraums gehört im Übrigen noch ein weiterer Aspekt. Wer als alter Mensch pflegebedürftig ist und ins Pflegeheim umziehen muss, erlebt dort oft eine böse Überraschung. Denn bei vielen reicht die Rente nicht, um die Heimkosten bezahlen zu können.

Etwa 400.000 Personen beziehen bundesweit bereits die Sozialleistung „Hilfe zur Pflege“ (Bayern: über 45.000), 72 Prozent von ihnen leben im Pflegeheim. Der Antrag beim Sozialamt wird nötig, wenn die Heimkosten das Einkommen, also meist die Rente, übersteigen und das persönliche Vermögen und die Ersparnisse aufgebraucht sind.

Die Kosten, die ein Pflegebedürftiger im Heim selbst tragen muss, die also nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, bewegen sich durchschnittlich zwischen 892 Euro (Pflegestufe I) über 1062 Euro (Pflegestufe II) bis zu 1296 Euro (Pflegestufe III). Dafür reichen die meisten Renten einfach nicht aus.

So kommt es, dass beispielsweise in Münchener Pflegeheimen teilweise eine Sozialhilferate von über 60 Prozent vorliegt. Wenn man bedenkt, dass die Pflegeversicherung auch deshalb eingeführt wurde, um Sozialhilfe für Pflegebedürftige zu vermeiden, erkennt man das große Manko, dass die

Pflegeversicherung nur die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) anerkannten Pflegekosten in einer im Gesetz festgelegten Höhe übernimmt. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind aber seit 1995 kaum erhöht worden, während gleichzeitig die Heimkosten gestiegen und die Renten gesunken sind. Die Lücke wird also immer größer.

### **Gute Gesundheitsversorgung**

Ein weiterer wichtiger Aspekt, um selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen, ist eine gute und zuverlässige Gesundheitsversorgung. Darüber, was man individuell zu seiner Gesunderhaltung tun kann, wird uns heute ja noch Frau Dr. Marianne Koch berichten. Doch neben der individuellen Prävention durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil braucht es die entsprechenden Versorgungsstrukturen.

Die Bevölkerungsentwicklung hier in Bayern wirkt sich beispielsweise schon heute auf die Gesundheitsinfrastruktur aus. So haben im Jahr 2011 in Bayern 92 Apotheken zugemacht. Demgegenüber gab es nur 48 Eröffnungen.

70 Prozent aller Schließungen fanden in Orten mit weniger als 50.000 Einwohnern statt. Fast die Hälfte der Schließungen entfielen auf Franken, vor allem Oberfranken. In den nördlichen und östlichen Regionen Bayerns kämpfen die Gemeinden heute schon mit deutlichen Bevölkerungsrückgängen. Dieser Trend wird sich sicherlich noch verschärfen. Die Apothekenschließungen sind nur ein Indiz dafür, wie sich die Gesundheitsversorgung in strukturschwächeren

Regionen zunehmend verschlechtert. Eine gute Gesundheitsversorgung ist aber nicht nur für Regionen ein Standortvorteil, die einen höheren Altersdurchschnitt aufweisen. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie chronisch Kranke, aber auch junge Familien schätzen ein Umfeld, das ihnen eine gut strukturierte, wohnortnahe Versorgung für die Betreuung und für den Ernstfall bietet.

So könnte beispielsweise der Ausbau von Pflegestützpunkten in Bayern nicht nur generell die Infrastruktur stärken, sondern auch für einen höheren Grad an ambulanter – also einer günstigeren – Pflege sorgen. Die Auswertungen zeigen, dass Pflegestützpunkte vor allem die häusliche Versorgung stärken. Richtig beraten und begleitet entschließen sich nämlich viel mehr Angehörige, ein Familienmitglied zu Hause zu pflegen. Pflegestützpunkte helfen den Pflegekassen also zu sparen.

Zu Hause gepflegt werden zu können, ist ja ein wichtiges Stück Selbstbestimmung: Dass man so lange wie möglich in seinen eigenen vier Wänden bleiben kann, steht für die meisten Menschen an oberster Stelle.

### **Teilhabe an der Gesellschaft**

Zu einem selbstbestimmtem Leben im Alter gehört generell, dass Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht wird. Ähnlich wie beim Kampf für gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention ist Barrierefreiheit deshalb eine der wichtigsten praktischen Voraussetzungen für Teilhabe – auch für Ältere.

Ich möchte Ihnen ein Beispiel nennen: Ein barrierefreier Ausbau der Bahnhöfe der Deutschen Bundesbahn wird erst dann in Angriff genommen, wenn das Passagieraufkommen an einem Bahnhof 1.000 am Tag übersteigt. Gerade auf dem Land erreichen viele Bahnstationen das aber nicht. Die Folge: Auch ältere Menschen, die mobilitäts-eingeschränkt sind, kommen per Bahn nur beschwerlich oder gar nicht voran.

Überhaupt ist die Mobilität auf dem Land ein großes Problem. Sehr, sehr oft sind sie da aufs Auto angewiesen. Doch nicht jeder kann sich ein Auto leisten. Immer öfter haben wir jetzt schon in den VdK-Beratungen gehört, dass Menschen, die etwa Grundsicherung im Alter beziehen, kein Auto besitzen dürfen. Ohne Auto können sie sich aber nicht mehr selbst versorgen. Da bleibt dann nur der Umzug in die Stadt, in eine fremde und häufig insgesamt teurere Umgebung.

Was leistet der Sozialverband VdK als großer Verband mit langer Tradition, um ein selbstbestimmtes Alter zu ermöglichen?

Ich denke, es sind drei Säulen unserer Verbandsarbeit, die hier zu nennen sind. Erstens die sozialpolitische Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit, die wichtige sozialpolitische Themen auf die politische Tagesordnung bringt, zweitens unsere Rechtsberatung, die in den VdK-Geschäftsstellen und vor den Sozialgerichten dafür sorgt, dass VdK-Mitglieder ihre Rechte durchsetzen können, und drittens das breite, ehrenamtliche Engagement auf allen Verbandsstufen.

## **Sozialpolitische Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit des VdK Bayern**

Mit unserer sozialpolitischen Lobbyarbeit helfen wir, die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter und ein lebendiges Miteinander der Generationen zu schaffen.

Ich möchte Ihnen einige Beispiele nennen: 2008 war es die erfolgreiche VdK-Kampagne „Aktion gegen Armut“, die in Deutschland das Bewusstsein für das Problem der Altersarmut geschärft hat. An dieser Diskussion kommt man in deutschen Sozialministerien nicht mehr vorbei.

Als Lobby der 20 Millionen Rentnerinnen und Rentner in Deutschland sind wir aktiv, wenn es um die Eckpunkte der Rentenpolitik geht. Ich erinnere hier nur an die Rentengarantie, die der VdK 2009 durchsetzte. Dadurch konnten wir verhindern, dass die Renten in Deutschland gekürzt werden.

2011 stand im Zeichen der VdK-Kampagne „Pflege geht jeden an“. Wir sind die Fürsprecher für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Wir wollen die häusliche Pflege stärken. Dazu gehört, dass Demenzerkrankte endlich ausreichende Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommen. Außerdem muss die häusliche Pflegearbeit finanziell aufgewertet werden. Wir fordern eine spürbare Heraufsetzung der Pflegegeldsätze sowie eine bessere rentenrechtliche Anerkennung von Familienpflege mindestens in Höhe der Sätze für Kindererziehung.

Und noch ein aktuelles Beispiel: Gerade wird ja wieder einmal über die

Ausgestaltung der Gesundheitsreform debattiert. Augenblicklich wecken die Überschüsse der Krankenkassen und im Gesundheitsfonds so manche Begehrlichkeiten.

Die Vorschläge des Finanzministeriums, den Steuerzuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung zu kürzen, lehnt der VdK ab.

Laut einer kürzlich erschienenen Studie drohen bereits 2014 wieder Defizite in der Krankenversicherung. Die fehlenden Steuermittel müssten die Versicherten dann über Zusatzbeiträge aufbringen. Zusatzbeiträge gehen voll zu Lasten der Versicherten mit mittlerem und niedrigem Einkommen, da gehören die Rentner ja dazu. Man könnte das Geld aus den Überschüssen ja durchaus sinnvoll nutzen und mehr Mittel für Prävention und Rehabilitation zur Verfügung stellen. Auf Dauer lassen sich dadurch sogar wieder Kosten einsparen.

Oder ganz einfach auf die Praxisgebühr verzichten, das entlastet Ärzte, ermöglicht wieder allen den Arztbesuch, ohne dass Patienten erst rechnen müssen: „Kann ich mir das leisten, oder warte ich bis zum nächsten Quartal?“

Wie gesagt, sozialpolitische Lobbyarbeit, wie ich Sie Ihnen gerade in einigen Stichpunkten vorgestellt habe, ist eine wichtige Säule zur Unterstützung selbstbestimmten Lebens – übrigens nicht nur im Alter.

### **Rechtsberatung des Sozialverbands VdK Bayern**

Auf unsere zweite wichtige Säule, die Sozialrechtsberatung und deren großen Bedeutung für das einzelne VdK-Mitglied, kann

ich heute im Rahmen dieses Vortrags leider nicht ausführlich eingehen. Nur so viel: Die fachliche, kompetente und zuverlässige juristische Beratung trägt enorm zum guten Ruf unseres Verbandes bei.

Doch lassen Sie mich gleich zur dritten wichtigen Säule des Sozialverbands VdK kommen: dem Ehrenamt.

### **Ehrenamtliches Engagement im VdK Bayern**

Ehrenamtliches Engagement ist eng mit sozialpolitischer Lobbyarbeit verknüpft. Denn ehrenamtliches Engagement gibt es nicht voraussetzungslos, dafür braucht es gesellschaftliche Strukturen und Rahmenbedingungen, die dies ermöglichen. Zudem braucht es auch die Voraussetzungen in den Organisationen selber, für die Ehrenamtliche aktiv werden sollen. Wir beim VdK Bayern sind in der glücklichen Lage, dass durch die gute Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamt unser Sozialverband sehr gut aufgestellt ist.

Der Sozialverband VdK ist von seinen Wurzeln her ein Selbsthilfeverband. Nach dem Krieg organisierten sich die Kriegsopfer und Kriegerwitwen im VdK, um gemeinsam für ihre Ansprüche zu kämpfen. Sich gegenseitig zu helfen, war vollkommen selbstverständlich. Und dieser Gedanke der Hilfe zur Selbsthilfe ist vor Ort noch sehr präsent. Das Ehrenamt hat gerade im VdK Bayern eine gute Tradition – bis heute. Rund 20.000 unserer Mitglieder sind für den VdK Bayern ehrenamtlich aktiv.

Ich denke an einige örtliche VdK-Initiativen, die beleuchten, wie lebendiges Miteinander

vor Ort dank des Ehrenamts gelebt wird. Zum Beispiel im VdK-Ortsverband Kastl im oberpfälzischen Kreisverband Tirschenreuth-Kemnath. Hier übernehmen Kinder unter den Fittichen des VdK-Ortsverbands sogenannte „Baumpatenschaften“. Einige Kinder aus Kastl sind nun schon kleine Pärtinnen und Paten für Obstbäume geworden, die sie unter Anleitung einiger älterer VdKler selbst gepflanzt haben, und für die sie nun die Verantwortung haben. Das ist gelebtes Miteinander von Jung und Alt.

Oder ich denke an die alljährliche Begegnungsveranstaltung für Menschen mit und ohne Behinderung, die der VdK-Kreisverband Kitzingen schon seit den 1980er-Jahren durchführt. Hier werden Barrieren tatkräftig abgebaut – und alle Beteiligten haben Freude daran.

Keinesfalls zu vergessen sind die „normalen“ ehrenamtlichen Tätigkeiten vor Ort, die man bei solchen Aufzählungen häufig vergisst, weil sie so selbstverständlich erscheinen.

Ich denke an die Tätigkeiten im Vorstand der Ortsverbände, an Schriftführer, Kassierer – alle diejenigen, die Freizeit für den VdK opfern. Besonders aktiv sind beim VdK vor Ort häufig die Frauen. Besuchsdienste bei älteren, kranken und einsamen Mitmenschen werden meistens von VdK-Frauen übernommen, sie schaffen damit wichtige Verknüpfungen in den Gemeinden vor Ort. Das ist Tradition in der großen „VdK-Familie“, wie viele ihren Sozialverband nennen.

Diese Ehrenamtlichen sorgen für lebendige Teilhabe vor Ort. Damit diese Menschen nicht in der Gesellschaft untergehen, kümmert man sich beim VdK um den Einzelnen: Keiner darf abgehängt werden wegen seiner Behinderung oder seines Alters, wegen seiner Armut oder seiner Krankheit.

Und gerade wenn man an die Menschen denkt, die nicht auf der Sonnenseite des Lebens stehen, wird klar, warum die sozialpolitische Lobbyarbeit, von der ich vorhin berichtet habe, so notwendig ist. Denn mit Einzelfallhilfe kann man sicherlich die ärgste Not vor Ort lindern, doch für eine grundlegende Verbesserung der Situation dieser Menschen muss man politische Entscheidungen korrigieren und die Strukturen ändern.

Deshalb gehört für mich Ehrenamt und sozialpolitische Arbeit im VdK so eng zusammen.

Ein Problem, mit dem viele Organisationen konfrontiert sind, ist, dass sich viele Menschen nicht mehr lange an ein Ehrenamt binden wollen. Jeder zweite Verein in Deutschland hat Probleme, seine Vorstandsposten zu besetzen. Die Verweildauer bei ehrenamtlicher Tätigkeit beträgt in Deutschland durchschnittlich nur 18 Monate. Das ist in der Regel zu kurz für solche Vorstandstätigkeiten.

Der Sozialverband VdK hat, was das ehrenamtliche Engagement seiner Mitglieder betrifft, noch längst nicht mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen wie andere Vereine oder kirchliche Organisationen. Wir versuchen, immer wieder neue ehrenamt-

liche Angebote zu schaffen, die über eine reine Vorstandsfunktion hinausgehen. Denn viele Umfragen belegen, dass die Menschen, die sich engagieren wollen, das so konkret wie möglich tun wollen.

Das Ehrenamt im VdK Bayern hat sich immer den Änderungen der Zeit angepasst. Heute sorgen innerhalb des Verbands einige Abteilungen dafür, dass ehrenamtliche Arbeit so professionell wie möglich organisiert ist. Dazu gehört der Abschluss von Haftpflichtversicherungen für unsere Ehrenamtlichen, aber auch die Kurse an unserer VdK-Sozialakademie, wo engagierte VdKler für ihre ehrenamtliche Arbeit fit gemacht werden. Beispielsweise werden unsere VdK-Pflegebegleiter, die pflegende Angehörige entlasten sollen, in unserer VdK-Pflegeakademie in Neuburg ausgebildet und so für ihre Tätigkeit sorgfältig vorbereitet.

Mit der Aktivierung häufig älterer Mitglieder greift der VdK einen Trend auf, der sich in der ehrenamtlichen Arbeit abzeichnet.

Denn wer sind die Menschen, die in Deutschland dafür sorgen, dass der soziale Kitt noch recht gut hält?

Es sind vor allem die Älteren. Zwei Drittel der ehrenamtlich Engagierten sind 65 Jahre und älter. Auch beim VdK Bayern liegt das Durchschnittsalter der Ehrenamtlichen bei 65 Jahren. Das Engagement beginnt bei vielen rund um das 60. Lebensjahr. In diesem Lebensabschnitt fühlen sich viele noch voller Energie und wollen etwas Sinnvolles in ihrer Freizeit tun. 20 Stunden im Monat leisten

Menschen ab 60 durchschnittlich im Monat an ehrenamtlicher Arbeit.

Wer sich als Mensch im Rentenalter engagiert, ist durchschnittlich zufriedener als jemand, der dies nicht tut oder nicht tun kann. Das ergab eine Studie zur „Ehrenamtlichen Seniorenarbeit in Unterfranken“, die demnächst erscheinen soll. Unterfranken übrigens deshalb, weil es als Modellregion für Altersstrukturen in Bayern gilt.

Dieselbe Studie bestätigt übrigens die Erfahrung, die wir auch im VdK vor Ort machen. Zwar sind überwiegend Frauen engagiert, doch diese bevorzugen praktische Tätigkeiten und streben weniger Vorstandsposten oder dergleichen an. Auch wenn wir mit mir eine Landesvorsitzende haben, sind weibliche Orts- und Kreisvorsitzende noch nicht selbstverständlich.

Insgesamt zeigt sich wieder einmal, dass eine älter werdende Bevölkerung vor allem das bietet: viele Chancen. Offensichtlich ist die grundsätzliche Bereitschaft von Älteren, sich für andere zu engagieren, ja vorhanden. Wir – also Verbände, Vereine, Organisationen – müssen diesen Menschen aber auch etwas anbieten, damit sie ihre Energie und Tatkraft, ihr Wissen und ihre Erfahrung für unsere Sache aufbringen wollen.

Denn Menschen, die sich engagieren wollen, sind selbstbewusster und kritischer geworden. Längst genügt es ihnen nicht mehr, einfach nur zu „dienen“. Sie wollen bei ihrer Tätigkeit mitreden, mitgestalten, Neues entdecken. Deshalb müssen sich auch vor Ort in den Vereinen Strukturen ändern, damit

ein Ehrenamt attraktiv bleibt. Wir können uns in unserer Gesellschaft nicht mehr darauf verlassen, dass Ältere automatisch so etwas wie eine stille Reserve für gesellschaftliche Tätigkeiten sind.

Doch auch die Politik kann noch einiges tun, damit das Miteinander überall in Bayern lebendig bleibt – und Ehrenamt ist ja ein Aspekt, der gerade in kleinen Gemeinden eine große Rolle spielt.

Dafür müssen aber ALLE Regionen Bayerns attraktiv und lebenswert bleiben. Der Sozialverband VdK fordert deshalb: Keine Region darf abgehängt werden!

Im Moment sehe ich leider kaum Anstrengungen der bayerischen Staatsregierung für eine stärker regionalisierte Politik. Wenn es so weitergeht, wie es die Statistiker des bayerischen Landesamts vorausberechnen, wird es in Oberfranken, in der Oberpfalz und in Niederbayern schon in 20 Jahren sehr dünn besiedelte Landstriche geben, in denen die Zahl der Älteren die der Jüngeren weit übersteigt, und die Infrastruktur immer löchriger wird. Für eine solche Zukunft sind diese Regionen aber ganz und gar noch nicht gerüstet. Und die Probleme, die dort auftreten werden, können – mit Verlaub – sicherlich nicht durch ehrenamtliche Helfer oder private Organisationen gelöst werden. Ehrenamtliche können professionelle Arbeitskräfte in Pflege, Medizin oder Transportwesen nicht ersetzen. Da gibt es also noch einiges zu tun.

Das Stichwort des „lebendigen Miteinanders“ habe ich in meinem Vortrag zum

Anlass genommen, die Sicht des Sozialverbands VdK darzulegen. Ich bin mir sicher, dass wir heute und morgen noch viel Gelegenheit haben werden, den einen oder anderen Aspekt, den ich angeschnitten habe, aufzugreifen und zu vertiefen.



**Dr. Roland Rupprecht**

Institut für Psychogerontologie  
Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg

## „Gutes Leben im Alter“ – Grundbedingungen für die Lebensqualität

---

**Einleitung**

Die Frage nach dem „guten Leben im Alter“ bzw. nach dem „guten Altern“ beschäftigt die Altersforschung bereits seit ihren Anfängen. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Frage, welche Grundbedingungen für eine möglichst hohe Lebensqualität im Alter entscheidend sind. Diese Frage ist schon deshalb nicht einfach zu beantworten, weil keine einheitliche, verbindliche Definition existiert, was man unter „Lebensqualität“ verstehen will bzw. soll. Darüber hinaus werden teilweise synonym, teilweise aber auch zur Abgrenzung die Begriffe Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, aber auch Glück in die Diskussion eingebracht. Der vorliegende Beitrag versucht zu klären, wie man den Begriff Lebensqualität genauer fassen kann, wie man quantitative Aussagen über Lebensqualität treffen kann, welche stabilen Befunde bezüglich der Lebensqualität im Alter vorliegen, was entscheidende Einflussfaktoren sind und welche Ansätze sich schließlich für Interventionen zur positiven Beeinflussung der Lebensqualität ergeben.



Foto: © Schwepfinger

**Lebensqualität – Versuch einer Begriffsklärung**

Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Glück sind wichtige Paradigmen sowohl in der aktuellen grundlagen- als auch in der anwendungsorientierten Gerontologie. Auch wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt wegen der Heterogenität relevanter Forschungsansätze und der uneinheitlichen Terminologie keine verbindlichen Aussagen zu Definition und Messung getroffen werden können, so besteht doch dahingehend Einigkeit, dass subjektive Wahrnehmungen und Befindlichkeiten, kognitive Bewertungen und auch objektive Potenziale, Ressourcen, Barrieren und Defizite berücksichtigt werden sollten (vgl. z. B. Rupprecht, 2006). Aufgrund des teilweise synonymen Gebrauchs der Begriffe scheinen verbindliche Definitionen kaum

möglich. Trotzdem soll im Folgenden eine Begriffsklärung versucht werden.

Unter Lebensqualität ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (1997) die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen zu verstehen. Es handelt sich dabei um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.

Bei der Definition des Begriffs Lebenszufriedenheit ist die Betonung des kognitiven Aspektes wichtig. Lebenszufriedenheit wird als Ergebnis eines kognitiven Bewertungsprozesses verstanden. Die vorliegende Lebenssituation wird mit Lebenszielen, Wünschen und Plänen verglichen. Entsprechend dem Ergebnis dieses Vergleichs wird die Lebenszufriedenheit als hoch oder niedrig empfunden.

Beim Begriff Wohlbefinden steht demgegenüber die Betonung der affektiven, emotionalen Komponente im Vordergrund, die sich noch genauer differenzieren lässt. Wohlbefinden besteht demnach aus drei Dimensionen: dem positiven Affekt, dem negativen Affekt und der Affekt-Balance (Verhältnis zwischen dem Ausmaß der positiven Affekte und dem Ausmaß der negativen Affekte). Es liegen jedoch auch

andere, zum Teil strukturell unterschiedliche Konzeptionen von Wohlbefinden vor, bei denen zwei Aspekte unterschieden werden. Das aktuelle Wohlbefinden erfasst das momentane Erleben einer Person, ihre positiv getönten Gefühle, Stimmungen und körperliche Empfindungen sowie das Fehlen von Beschwerden. Unter habituellem Wohlbefinden wird das für eine Person typische Wohlbefinden, d. h. ihre aggregierten emotionalen Erfahrungen, verstanden, man könnte in diesem Zusammenhang auch von Wohlbefinden als Wesenszug oder Persönlichkeitsmerkmal sprechen.

Unter Glück schließlich versteht man einerseits einen kurzfristigen, positiven emotionalen Zustand, andererseits kann darunter auch ein längere Zeit überdauerndes „Lebensglück“ gemeint sein.

Diese begriffliche Unschärfe lässt sich auch dadurch erklären, dass das Interesse an der Lebensqualität und den verwandten Konstrukten aus mindestens vier unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Traditionen stammt.

Hier wäre zunächst die Philosophie zu nennen, die sich von der Antike bis in die Neuzeit im Teilbereich der philosophischen Ethik immer wieder damit beschäftigt hat, wie der Mensch ein gutes Leben führen kann. Als weitere wissenschaftliche Disziplin muss die Sozialindikatoren-Forschung genannt werden. Das Ziel dieser Forschungsrichtung innerhalb der Soziologie ist die Beschreibung von Gesellschaften mit Hilfe sozialer Beschreibungsparameter, sogenannter Indikatoren (z. B. das Bruttosozialpro-

dukt als Indikator für den Wohlstand einer Gesellschaft). Im Blickpunkt des Interesses dieser Forschungsrichtung steht dabei nicht das Individuum, sondern die Beschreibung der Lebensqualität ganzer Populationen.

Ein weiterer Ansatz in der Lebensqualitätsforschung stammt aus der Medizin. Das Interesse aus dem Bereich der Medizin an der Lebensqualitätsforschung hat dabei unterschiedliche Gründe. Mit der Erweiterung des Gesundheitsbegriffes von rein körperlichen auf psychische und soziale Aspekte entsprechend der Gesundheitsdefinition der WHO wurde das Interesse auf das subjektive Befinden des Patienten gelenkt. Des Weiteren nimmt in der Bevölkerung seit Jahren der Prozentsatz von nicht kurativ behandelbaren Tumorerkrankungen und chronischen Erkrankungen ständig zu. Für viele von diesen Krankheiten Betroffene besteht lediglich die Möglichkeit einer palliativen Therapie. In der Forschung wurde deshalb verstärkt nach Kriterien zur Differenzierung von verschiedenen Therapiearten hinsichtlich ihrer unerwünschten Medikamentenwirkungen gesucht. Der Risiko-/Nutzen-Abwägung (Verhältnis von erwünschter Symptombeeinflussung zu unerwünschter Beeinträchtigung des Befindens) in der Therapieauswahl kommt aus o. a. Gründen eine große Bedeutung zu. Mit dem Konstrukt Lebensqualität wurde ein Kriterium gefunden, an dem Erfolg oder Misserfolg medizinischen Handelns sowohl auf der physischen als auch auf der psychosozialen Ebene evaluiert werden kann.

Die Auseinandersetzung der Psychologie mit dem Thema Lebensqualität basiert auf

den Forschungen zur Lebenszufriedenheit und zum subjektiven Wohlbefinden, die im großen Umfang in den 60er Jahren begannen. Nach der Theorie des erfolgreichen Alterns (z. B. Havighurst, 1962) stellt Lebenszufriedenheit den besten Indikator für die erfolgreiche Anpassung zwischen den Bedürfnissen und Erwartungen des Individuums und den objektiven Lebensumständen dar.

### **Erfassung von Lebensqualität**

Zur Erfassung der Lebensqualität liegt eine Vielzahl von Ansätzen vor. Man kann dabei zwischen Interview-Verfahren, Fragebogen, Fremd-Ratings (z. B. von Angehörigen) und der sogenannten „Single-Item-Messung“ unterscheiden.

Als relativ aufwendiges Interview-Verfahren, das aber eine sehr individuelle Bestimmung der Lebensqualität und die Identifizierung subjektiv wichtiger Lebensbereiche ermöglicht, gilt z. B. die „Schedule for the Individualized Quality of Life - SEIQoL“ (O'Boyle et al., 1989).

Einen weiteren bedeutsamen Ansatz in der Lebensqualitätsmessung stellt der Versuch dar, Lebensqualität im interkulturellen Vergleich standardisiert zu erheben. Dazu wurde seit 1991 unter dem Dach der WHO in Zusammenarbeit mit Forschungszentren aus den verschiedensten Kulturkreisen der WHOQOL-100 entwickelt, der 24 Facetten von Lebensqualität geordnet zu 6 Domänen erfasst und inzwischen in mehr als 10 Sprachen vorliegt (Angermeyer et al., 2000).

Den am meisten verbreiteten Ansatz zur quantitativen Erfassung von Lebensqualität stellt aber sicherlich, auch aus forschungsökonomischen Gründen, die sogenannte „Single-Item-Messung“ dar. Diese Skala besteht aus einer einzigen Frage zur globalen Zufriedenheit oder dazu, wie glücklich sich der Befragte zum augenblicklichen Zeitpunkt fühlt, die etwa folgendermaßen formuliert ist: „Was meinen Sie, wie zufrieden sind Sie gegenwärtig – alles in allem – heute mit Ihrem Leben? Antworten Sie bitte auf einer 11-stufigen Skala von ‚völlig unzufrieden‘ bis ‚völlig zufrieden‘.“ Dieses Verfahren wird in nahezu allen großen Bevölkerungsstudien eingesetzt.

### **Befunde zur Lebensqualität im Alter** *Verändert sich die Lebensqualität mit dem Alter(n)?*

Die Lebensqualität nimmt entgegen landläufiger Vorstellungen mit zunehmendem Lebensalter nicht zwangsläufig ab, sondern kann bis kurz vor dem Lebensende auf hohem Niveau erhalten bleiben. So zeigen z. B. die Befunde, die im „Glücksatlas Deutschland 2011“ (Köcher & Raffelhüschen, 2011) auf Basis der Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) publiziert wurden, dass Männer und Frauen zwar zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr am zufriedensten sind, und danach eine Abnahme der Lebenszufriedenheit zu verzeichnen ist. Ab ca. 60 Jahren liegt die Zufriedenheit aber wieder auf dem Niveau der 30-Jährigen. Erst im höheren Lebensalter, dem sogenannten 4. Alter, also dem Lebensabschnitt, der von zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen und Abhängigkeit von Hilfen gekennzeichnet ist,

sinkt die Lebenszufriedenheit stark ab. Die für die Lebensqualität besonders kritische Phase stellt also nicht das Alter an sich dar, sondern die Zeit des mittleren Erwachsenenalters mit seinen vielfältigen beruflichen und familiären Anforderungen. Interessant ist hierbei auch ein geschlechtsspezifischer Verlauf. Die Frauen weisen bis zu einem Alter von ca. 65 Jahren tendenziell eine höhere Zufriedenheit auf als die Männer. Erst jenseits der 65 Jahre liegt die Zufriedenheit der Männer über der der Frauen.

### **Lebensqualität und Gesundheit**

Ein wichtiger Faktor, der die Lebensqualität im Alter entscheidend beeinflussen kann, ist die Gesundheit. In Übereinstimmung mit den gerontologischen Kernbefunden ist es dabei aber nicht der objektive Gesundheitszustand (definiert z. B. durch Anzahl von Diagnosen oder verordneten Medikamenten), sondern die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit, die die Lebensqualität mitbestimmen. In mehreren Studien konnte übereinstimmend gezeigt werden, dass mit zunehmendem Alter die eigene Gesundheit zwar schlechter eingeschätzt wird, auf der anderen Seite aber die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit weit weniger stark abnimmt. Ebenso konnte gezeigt werden, dass auch bei schwerwiegenden und/oder chronischen Erkrankungen Lebensqualität über einen langen Zeitraum erhalten werden kann. Beim Zusammenhang von Gesundheit und Lebensqualität im Alter darf man auf keinen Fall die Lebensqualität von Demenzpatienten außer Acht lassen. Die Demenz gilt vielen Menschen als die „ultimative“ Bedrohung der Lebensqualität. Warum ist das so? Demenz wird vor allem

assoziiert mit Pflegebedürftigkeit („anderen zur Last fallen“), dem Verlust der Kontrolle („nicht mehr verstehen, was um einen herum vorgeht“) und dem Verlust der Identität („sich nicht mehr an sich selbst erinnern können“).

Die Tatsache, dass auch Demenzpatienten Lebensqualität erleben können, und dass es extrem wichtig ist, sich in Einrichtungen der stationären Altenhilfe darüber bewusst zu sein und diesbezügliche Interventionen durchzuführen, steht im Focus der aktuellen gerontologischen Forschung (vgl. z. B. Becker, Kaspar & Kruse, 2011 oder Kruse, 2010).

### **Lebensqualität und ökonomische Ressourcen**

Wie sich bereits aus der Definition der Lebensqualität der WHO ableiten lässt, sind die objektiven Lebensumstände und z. B. finanzielle Ressourcen nicht zwangsläufig entscheidend für die wahrgenommene Lebensqualität. Dies lässt sich an einem sehr häufig diskutierten Phänomen, dem sogenannten „Wohlbefindens-Paradox“, deutlich machen. Was damit gemeint ist, ist die Tatsache, dass viele ältere Menschen trotz objektiv vorhandener Einschränkungen (gesundheitlicher oder ökonomischer Art) über eine hohe Lebensqualität berichten. Auf der anderen Seite gibt es auch Personen, die, obwohl sie über einen hohen objektiven Lebensstandard und gute Gesundheit verfügen, sich trotzdem subjektiv nur eine geringe Lebensqualität zuschreiben. Die ökonomische Situation älterer Menschen ist sicherlich zu Recht Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Dabei herrscht aber vor allem das Bild der Altersarmut vor. Dass dies zumindest relativiert werden muss, zei-

gen die Daten des aktuellen Armutsberichts des SOEP (Grabka & Frick, 2010). Hier zeigt sich, dass die hauptsächlich von Armut betroffenen Altersgruppen eben nicht die über 65-jährigen sind, sondern eher kleine Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit ihren Familien das höchste Armutsrisiko aufweisen. Bei der Gruppe der über 75-jährigen war in den letzten 10 Jahren zudem die geringste Zunahme von Personen zu verzeichnen, die unter die offizielle Armutsdefinition fallen.

### **Lebensqualität und soziale Beziehungen**

Soziale Beziehungen stellen sicher einen der wichtigen Faktoren für gutes (erfolgreiches) Altern dar. Dabei ist zu beachten, dass hier jedoch nicht die Anzahl sozialer Kontakte allein entscheidend ist, sondern die subjektiv empfundene Beziehungsqualität. Als wichtige Kriterien für die Beziehungsqualität gelten dabei die empfundene Nähe und inwieweit die Beziehung auf Gegenseitigkeit beruht. Studien zeigen, dass soziale Beziehungen darüber hinaus das Gesundheitsverhalten (Bewegung und Ernährung) verbessern können. Bezüglich der Bedeutung von sozialen Beziehungen kommt auch der bereits zitierte „Glücksatlas Deutschland 2011“ zu dem Schluss, dass Partnerschaften die Lebensqualität entscheidend beeinflussen. Die Befunde zeigen, dass Personen, die in einer intakten Partnerschaft oder Ehe leben, zufriedener sind als Singles, verwitwete oder geschiedene Personen. Besonders zufrieden sind verwitwete Personen, wenn sie einen neuen Partner gefunden haben. Am unzufriedensten waren dagegen geschiedene Personen, die keinen neuen Partner gefunden haben.

### **Lebensqualität und körperliche Aktivität**

Regelmäßige körperliche Aktivität kann die Lebensqualität positiv beeinflussen (natürlich auch die Gesundheit). Die Wirkung der körperlichen Aktivität auf die Lebensqualität ist dabei häufig nicht direkt, sondern indirekt über die Steigerung des „Kontrollerlebens“. Darunter versteht man „das Gefühl von Kontrolle über die Umwelt, die Fähigkeit, einen Lebenskontext zu schaffen, der den eigenen Bedürfnissen entspricht, und das eigenständige Denken und Handeln ermöglicht“. Durch körperliche Aktivität, z. B. gezieltes Bewegungstraining bei Osteoporose, lernen diese Patienten, dass sie selbst in der Lage sind, etwas für ihre Gesundheit zu tun bzw. ihre Schmerzzustände positiv zu beeinflussen. Sie erfahren dadurch, dass sie wieder „Kontrolle“ über ihre Lebenssituation gewinnen können. Dieser Zugewinn von Kontrollmöglichkeiten kann die Lebensqualität entscheidend verbessern.

### **Lebensqualität und Wohnen**

Die Wohnsituation bzw. das Wohnumfeld ist ein weiterer wichtiger Baustein für die Lebensqualität im Alter. Die Bedeutung des Wohnumfelds nimmt für ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren stetig zu. Der Alltag im Alter ist weitgehend Wohnalltag. So verbringen über 70-Jährige durchschnittlich 21 Stunden am Tag zu Hause.

Ein gutes Wohnumfeld im Alter trägt auf verschiedene Weisen zur Lebensqualität bei. Das eigene Wohnumfeld bietet dem älteren Menschen „Kontinuität“, indem es hilft, die eigene Identität zu bewahren. Darüber hinaus bietet es sowohl Sicherheit und Vertrautheit als auch Stimulation und Akti-

vierung im Sinne der Prävention von Funktionseinbußen: „Wer rastet, der rostet“ (vgl. hierzu Wahl & Lang, 2004).

Wohnen im Alter bedeutet jedoch weitgehend selbständiges Leben im eigenen Haushalt, nicht das Leben im Pflegeheim. 2009 lebten ca. 667.000 Personen über 65 Jahre in stationären Einrichtungen. Dies entsprach weniger als 4 % der Altersgruppe. Entscheidend für eine bestmögliche Wohnqualität im Alter ist das Konzept der „Person-Umwelt-Passung“. Damit gemeint ist, dass nicht allein die objektive Wohnsituation (z. B. fehlender Aufzug bei einer Wohnung in höheren Stockwerken) die Lebensqualität der Bewohner bestimmt, sondern die Frage, inwieweit die Person die Anforderungen, die diese Wohnsituation an sie stellt, mit ihren Kompetenzen bzw. Einschränkungen bewältigen kann. Eine hohe Lebensqualität kann nur bei guter Passung zwischen Anforderungen und Kompetenzen entstehen.

Eine eigene Studie bei Personen im Alter ab 50 Jahren über Wünsche, Bedürfnisse und konkrete Planungen für das eigene Alter ergab, dass vor allem altengerechte, barrierefreie Wohnungen mit selbständiger Haushaltsführung sowie gemeinschaftsorientierte Wohnformen (Hausgemeinschaft, generationenübergreifendes Wohnen) als Idealvorstellung für das Wohnen im Alter angesehen werden.

### **Lebensqualität und Langlebigkeit**

Lebensqualität im Alter wird häufig auch mit einem möglichst langen Leben in körperlicher und geistiger Frische gleichgesetzt. Deswegen soll an dieser Stelle auch kurz

auf diesbezüglich interessante Befunde der Langlebigkeitsforschung eingegangen werden. Der amerikanische Autor Dan Buettner hat 2010 in seinem Buch „The Blue Zones: Lessons for Living Longer from the People Who've Lived the Longest“ drei Regionen auf der Welt (Sardinien, Okinawa und Loma Linda in Kalifornien) mit besonders hoher Lebenserwartung bei guter Gesundheit identifiziert und sowohl die Spezifika als auch die Gemeinsamkeiten in der Lebensweise in diesen Regionen beschrieben. Als wichtige Faktoren für die Langlebigkeit in einem Teil Sardinien beschreibt Buettner ein hohes Maß an maßvoller lebenslanger körperlicher Aktivität, den großen familiären Zusammenhalt, eine Ernährungsweise mit hohem Anteil an pflanzlichen Produkten und Ziegenmilch und den mäßigen/regelmäßigen Genuss des lokalen Rotweins, der sich durch einen hohen Gehalt von Flavonoiden auszeichnet. Charakteristisch für die hochaltrige Bevölkerung in Okinawa scheint ebenfalls eine Ernährungsweise mit hohem Anteil an pflanzlichen (vor allem Soja-) Produkten und vor allem einer reduzierten Kalorienaufnahme (um bis zu 20 %) zu sein. Darüber hinaus werden enge soziale Bindungen als sehr erstrebenswert eingeschätzt. Als entscheidenden Faktor sieht Buettner aber die Tatsache, dass sich die alten Menschen darum bemühen, sich einen „Lebensinn“ zu bewahren, d. h. ihre Zeit mit für sie selbst, aber auch für andere sinnvollen Betätigungen zu verbringen. Eine weitere Region mit überdurchschnittlich vielen langlebigen Personen findet sich in dem Ort Loma Linda in Kalifornien. Die hochaltrigen Mitglieder der dortigen Adventistengemeinde pflegen einen Lebensstil, der durch ein hohes Aus-

maß an sozialen Kontakten mit Gleichgesinnten und großes Engagement für Andere gekennzeichnet ist. Regelmäßige Phasen der Entspannung („Sabbat“) sind den Menschen dort ebenso wichtig wie moderate körperliche Aktivität und eine mäßige Kalorienaufnahme, mit dem Schwerpunkt auf pflanzlicher Nahrung.

Versucht man nun die Gemeinsamkeiten dieser drei Blue Zones zusammenzustellen, fällt auf, dass die wichtigen Faktoren sich fast genau mit den Bedingungen überschneiden, die wir als wichtig für die Lebensqualität identifiziert haben. Hier wäre zum einen der hohe Stellenwert familiärer und außerfamiliärer sozialer Beziehungen mit damit verbundenem großem sozialem Engagement zu nennen. Des Weiteren wird deutlich, dass eine über die ganze Lebensspanne aufrechterhaltene moderate körperliche Aktivität und eine Ernährung mit hohem pflanzlichem Anteil mitbestimmend für das Erreichen eines hohen Lebensalters in Gesundheit sind. Inwieweit diese Faktoren jedoch nur in der Interaktion mit einer besonderen genetischen Ausstattung wirksam sind, bleibt noch näher zu untersuchen.

### Fazit

Wenn wir, wie in diesem Beitrag ausführlich begründet, Lebensqualität (im Sinne der WHO) verstehen als subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen, wird deutlich, dass Lebensqualität nicht ausschließlich von äußeren Ge-

gebenheiten (z. B. finanziellen Ressourcen) bestimmt wird. Lebensqualität muss immer auch unter dem Aspekt der Interaktion von Person- und Umweltfaktoren, der sogenannten „Person-Umwelt-Passung“, betrachtet werden. Die Lebensqualität nimmt entgegen landläufiger Vorstellungen mit zunehmendem Lebensalter nicht zwangsläufig ab, sondern kann bis kurz vor dem Lebensende auf hohem Niveau erhalten bleiben. Entscheidend dafür sind u. a. Gesundheitsfaktoren (hierbei vor allem die subjektive Einschätzung der Gesundheit und das Ausmaß krankheitsbedingter Einschränkungen der Alltagskompetenz), das Ausmaß und die Qualität sozialer Beziehungen und körperlicher Aktivitäten. Einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität kann auch eine den Bedürfnissen des alternden Menschen möglichst gut angepasste Wohnsituation leisten.

Diese Bereiche „Gesundheit, soziale Beziehungen, körperliche Aktivität und Wohnumfeld“ stellen somit auch die Ansatzpunkte dar, an denen Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter erfolgversprechend einsetzen können.

Frei nach V. v. Weizsäcker (1954) kommen wir zu dem Schluss, dass Lebensqualität nicht ein Kapital ist, das man aufzehren kann, sondern dass sie nur dort vorhanden ist, wo sie in jedem Augenblick des Lebens neu erzeugt wird.

#### Literatur:

- Angermeyer, M.C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000) WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Göttingen
- Becker, St., Kaspar, R. & Kruse, A. (2011) H.I.L.D.E.: Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Huber, Bern.
- Buettner, D. (2010) The Blue Zones: Lessons for Living Longer from the People Who've Lived the Longest. National Geographic Society, Washington.
- Grabka, M.M., Frick, J.R. (2010) Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. In: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 7 /2010.
- Havighurst, J.R. (1962) The Measurement of Successful Aging. In: C. Tibbitts, W. Donahue, (Hrsg.) Social and Psychological Aspects of Aging. Columbia University Press, New York
- Köcher, R. & Raffelhüschen, B. (2011) Glücksatlas Deutschland 2011: Erste Glücksstudie von Deutsche Post. Knaus Verlag, München.
- Kruse, A. (Hrsg.) (2010) Lebensqualität bei Demenz?: Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Akademische Verlagsgesellschaft – AKA, Heidelberg
- O'Boyle, C.A., McGee, H., Hickey, A., O'Malley, K.M., Joyce, C.R.B. (1989) Reliability and validity of judgement analysis as a method for assessing quality of life. British Journal of Pharmacology 27
- Rupprecht, R. (2006) Lebensqualität. In: W. D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber, & J. Kornhuber (Hrsg.), Gerontologie – Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. (3. vollständig überarbeitete Aufl.) (pp. 242-247). Kohlhammer, Stuttgart.
- Wahl, H.-W., & Lang, F. R. (2004) Aging in contexts across the adult life span: Integrating physical and social research perspectives. In: H.-W. Wahl, R. Scheidt, & P. Windley (Hrsg.) Annual Review of Gerontology and Geriatrics (Vol. 23: Environments, Gerontology, and Old Age) (pp. 1–33). Springer, New York.



**Dr. Marianne Koch**

Ärztin und Journalistin  
Tutzing

## Gesundheit ist das beste Anti-Aging-Mittel

---

Kein Thema hat die Menschheit seit jeher so beschäftigt wie die Gedanken über Leben und Tod, über Altern und ewige Jugend. Unsere Zeit macht da keine Ausnahme, im Gegenteil. Nun haben die Zell- und Altersforscher gerade in den letzten Jahrzehnten erstaunliche Erkenntnisse gewonnen, und davon kann die moderne Medizin bereits vieles umsetzen, das heißt, Wege aufzeigen, die uns helfen, Jugendlichkeit zu erhalten oder wiederzugewinnen.

Ich denke, wir wollen nicht unsterblich sein. Aber jung bleiben, mit einem jungen Herz, junger Haut, Energie, Phantasie, Lebenslust bis ins hohe Alter, das wollen wir schon. Und da es feststeht, dass wir – und erst recht unsere Kinder und Enkel – länger leben werden als noch unsere Eltern, ist es umso wichtiger, dass das Alter nicht vorzeitig traurige Ruinen und Pflegefälle aus uns macht. Sondern dass wir möglichst lange selbstbestimmt leben können. Es geht also darum, in der Zeit, die uns zusätzlich geschenkt ist, kraftvoll und lebendig zu bleiben, und alles zu versuchen, um die Abnahme von Lebenskraft, die dem Tod notwendigerweise vorausgeht, nach Möglichkeit sehr kurz zu halten.



Bedingung dafür ist, dass man bereit ist, einige wichtige Erkenntnisse der Wissenschaft, der Altersforscher, ins tägliche Leben zu übernehmen. Dazu gehören die Art und Weise, wie man mit seinem Körper umgeht, und die Bereitschaft, gewisse Anstrengungen zu unternehmen, um auch den Verstand auf Trab zu halten.

Nehmen wir an, ein Mann – oder eine Frau – geht auf Sie zu und an Ihnen vorbei. Wenn Sie unmittelbar danach gefragt würden, wie alt diese Person wohl gewesen sein könnte, dann haben Sie mehrere Anhaltspunkte, die Ihnen bei der Beantwortung dieser Frage helfen. Was, glauben Sie, ist der wichtigste Eindruck, also der, der Ihnen am meisten über Alter bzw. Jugendlichkeit verrät? Das Gesicht, meinen Sie? – Stimmt nicht. Die Figur? – Spielt keine Rolle. Die Kleidung? – Falsch. Die Haare? – Genauso falsch. Nein, es ist die Art und Weise, wie

sich dieser Mensch bewegt hat. Ob er mit rhythmischen, weichen Schritten ging, mit aufrechtem Körper und in kontrollierter Haltung – oder ob er schleppend, langsam, womöglich gebeugt an Ihnen vorbeitrottete, ohne Elastizität und Spannung in seiner Gestalt. Natürlich sagen auch die Augen, der Blick, und damit die Bereitschaft zur Kommunikation etwas über Jugendlichkeit aus. Aber noch deutlicher verraten wir unser Alter durch unsere Bewegungen – eine Tatsache, die uns viel zu wenig bewusst ist.

**Was bedeutet Beweglichkeit – und warum kommt sie uns mit zunehmendem Alter meist abhanden?**

Beweglichkeit entsteht durch Koordination, also durch das perfekte Zusammenwirken von Knochen, Gelenken, gut durchbluteten und trainierten Muskeln und den Nerven, die Befehle aus dem Gehirn blitzschnell an die Muskeln übertragen. Diese Koordination muss man üben. Wenn eine Tänzerin einige Monate Ferien von ihrem Beruf macht und nicht mehr trainiert, wird ihre Körperbeherrschung sofort nachlassen. Ein Pianist, der ein paar Wochen lang keinen Ton anschlägt, verliert die Fähigkeit, schwierige Passagen fehlerfrei zu spielen. Und wir? Wir neigen dazu, jahre- und jahrzehntelang buchstäblich auf der faulen Haut zu liegen, im Fernsehsessel oder im Autositz. Und dann wundern wir uns, dass wir nicht mehr wie früher springen, klettern und rennen können, sondern dass unsere Schultern einrostet, die Hüftgelenke keine weit ausgreifenden, geschmeidigen Schritte mehr zulassen und die Wirbelsäule ihre Biegsamkeit, aber auch ihre Stabilität verloren hat.

Jung sein bedeutet also beweglich sein – das gilt für den Körper, erst recht aber für den Geist. Wer, denken Sie, wirkt jugendlicher: Der 40-Jährige, der glaubt, er habe für sein Leben genug gelehrt und der seine einmal gefassten Meinungen bis ins Grab für unverrückbar hält, oder der 70-Jährige, der neugierig geblieben ist und dem es Spaß macht, sich mit den Ansichten seiner Enkel auseinanderzusetzen? Gerade das Gehirn braucht, um leistungsfähig zu bleiben, ständig ungewohnte Situationen und Aufgaben, für deren Lösung es sich neue Pfade durch das Dickicht der Milliarden von Nervenverbindungen bahnen muss. Davon soll noch die Rede sein.

Selbstverständlich gibt es Tausende von Eigenschaften, körperliche und geistige, die zur Jugendlichkeit eines Menschen beitragen. Als die wichtigsten aber gelten:

- feste Knochen
- geschmeidige Gelenke
- starke Muskeln
- elastische Blutgefäße
- aktive Gehirnzellen und
- soziale Kompetenz.

Zu den wesentlichen Punkten aber jetzt jeweils einige Gedanken. Fangen wir mit den Knochen an.

**Die Knochen**

Unser Skelett macht gerade mal 14 Prozent unseres Körpergewichts aus. Das bedeutet, dass die über 200 Knochen in Leichtbauweise konstruiert sind, fast wie

bei einem Vogel: außen eine harte, kompakte Wand, innen ein Gewölbe aus dünnen Bälkchen, die aber so angeordnet sind, dass sie jeweils in einem idealen Winkel zur Last stehen, die sie tragen müssen. Allerdings birgt diese elegante Konstruktion auch Risiken. Wenn die Bälkchen spärlicher werden, wenn sich die Dichte der Außenwand vermindert, dann besteht die Gefahr, dass der gesamte Knochen leicht bricht. Und da die Knochenzellen ein Leben lang abgebaut, durch neue Zellen ersetzt und dann wieder mit Kalzium gehärtet werden, genügt bereits ein kleiner Fehler im Gleichgewicht des Auf- und Abbaus, um das Skelett porös werden zu lassen: Dann ist sie da, die Osteoporose, die gefürchtete Alterskrankheit, die Rücken krümmt und Beine bricht und heftige Schmerzen bereiten kann. Dieser Krankheit gilt es – sozusagen auf Biegen und Brechen – vorzubeugen.

Konkret gesprochen: Man sollte in jeder Lebensphase, auch schon als Jugendlicher, seine Knochen stärken. Am wichtigsten ist es für alle, die das 50. Lebensjahr überschritten haben, und hier wiederum vor allem für die Frauen, die dann durch die Verminderung ihrer Östrogenproduktion besonders gefährdet sind.

### *Was macht also der kluge Mensch, um stabile Knochen zu haben?*

- **Er sorgt für eine kalziumreiche Ernährung (mindestens 1000 mg pro Tag):** viele Milchprodukte, viel frisches grünes Gemüse, Obst und Getreideprodukte, Mineralwasser mit hohem Kalziumgehalt.

Eventuell zusätzlich Kalziumtabletten. Wenig Zucker, Softdrinks, Kaffee, Alkohol.

- Er wird **nicht rauchen!** Rauchen vermindert die Produktion der Geschlechtshormone, bei Frauen Östrogen, bei Männern Testosteron, und behindert damit den Aufbau von Knochenzellen. Zusätzlich wird die Durchblutung der Knochen gestört.
- Er braucht **regelmäßige Bewegung und Sport:** Am besten sind Bewegungsarten, die das Skelett belasten, also Laufen, Wandern, „Walking“.
- **Und er sollte kein zu geringes Gewicht haben.** Ich weiß: Endlich eine gute Nachricht für nicht ganz so Schlanke: Dünn zu sein entspricht vielleicht dem gängigen Schönheitsideal, ist aber für die Knochen eher ungesund! Das soll Sie natürlich nicht dazu verführen, sich ein beträchtliches Übergewicht anzufüttern. Das würde auf Dauer Ihre Gelenke ruinieren und Ihre Beweglichkeit erst recht einschränken.
- **Vorsicht bei Medikamenten:** Einige Medikamente verursachen Osteoporose. Dazu gehört vor allem das Kortison. Achten Sie darauf, dass Sie knochenfestigende Mittel erhalten, falls Sie einmal über einige Zeit Kortison einnehmen müssen!

### **Die Gelenke**

Gelenke sind Kunstwerke der Natur. Eine spiegelglatte Knorpelschicht überzieht die Knochenenden, die in jedem Gelenk millimetergenau aufeinander passen. Feine Häute produzieren eine Flüssigkeit, die die Geschmeidigkeit erhöht und Belastungen abfedert. Die Gelenkflächen gleiten deshalb

bei jeder Bewegung weich und reibungs-frei aneinander, jahre- und jahrzehntelang. Halt und Festigkeit bekommt das Gelenk durch die Kapsel – eine straffe Umhüllung aus Bindegewebe – und durch die Muskeln und Bänder. Gerade bei außerordentlichen Belastungen, etwa bei sportlichen Höchstleistungen, kommt es vor allem auf die Kraft des Bänder- und Muskelapparates an.

Leider sind diese Wunderwerke anfällig. Und wie. Schon das bloße Altern bringt es mit sich, dass die Knorpel spröder werden und die Bänder an Elastizität verlieren. Kleine oder größere Unfälle, bei denen der Halteapparat des Gelenks überdehnt wird oder einreißt, Übergewicht oder falsche Belastungen führen dazu, dass die Kapsel sich mit der Zeit lockert und die Gelenkflächen nicht mehr ideal aufeinander stehen. Die Fehlstellung wiederum führt zu einer Abnutzung der Knorpelschicht. Da sich der Knorpel nach Verletzungen nicht erneuern kann, entstehen unregelmäßige Strukturen an den vorher so glatten Flächen. Bei jeder Bewegung „knirscht“ es jetzt im Gelenk und die Folge sind Entzündungen, Verformungen und Schmerzen: Fortan plagt Arthrose den Menschen, und mit seiner Beweglichkeit ist es vorbei.

### ***Kann man das verhindern?***

Vielleicht nicht mit absoluter Sicherheit. Aber es gibt einige Grundregeln, die man beherzigen sollte.

- **Kräftigen Sie den Muskelapparat**, denn der stabilisiert die Gelenke! Sie sind damit vor Unfällen und anderen Verletzungen viel besser geschützt.

- **Täglich fünf Minuten Lockerungs-Gymnastik und Dehnübungen** zeigen den Gelenken, dass ihre volle Funktion gebraucht wird. Bei Leuten, die zum Beispiel ein Jahr lang ihre Arme nicht mehr richtig hochgereckt haben, schrumpfen die entsprechenden Bänder, und mit der freien Beweglichkeit der Schultern ist es vorbei. Also: Gelenke müssen bewegt werden, sonst rosten sie.

### **Die Muskeln**

Wir besitzen insgesamt über 600 Muskeln, die wir willkürlich bewegen können. Sie schmiegen sich wie ein schützender Mantel um unseren Körper und sind unsere Organe für Kraft und Geschicklichkeit. Leider haben Muskelzellen die fatale Eigenschaft, dahinzu-schmelzen, das heißt, in ihrer Zahl und ihrer Stärke abzunehmen, sobald man sie nicht benützt. Wenn Sie heute 30 Jahre alt sind, müssen Sie damit rechnen, im Alter von 70 Jahren nur noch etwas mehr als die Hälfte Ihrer Muskelzellen zu besitzen – es sei denn, Sie fangen rechtzeitig an, Ihre Muskeln zu trainieren. Denn darin sind sich alle Forscher einig: **Die Abnahme der Muskelmasse ist einer der wesentlichsten Gründe für das Altern eines Menschen.**

Körperliche Aktivität ist aber auch der stärkste Reiz für die Erhaltung von Nervenzellen und damit für die Leistungsfähigkeit des Gehirns. Außerdem steigert sie die Produktion der Gehirn-Botenstoffe und dadurch die Fähigkeit der Zellen, miteinander zu kommunizieren – die wichtigste Voraussetzung für ein funktionierendes Gedächtnis. Selbstverständlich bessert sich durch regel-

mäßiges körperliches Training auch die Leistung des Herzmuskels, der Stoffwechsel, also Cholesterin und Zuckerverwertung, werden günstig beeinflusst, der Schlaf wird tiefer, das Immunsystem gestärkt. Und schließlich kann man mit regelmäßigem Muskeltraining auch Depressionen vorbeugen.

Natürlich verlangt niemand von Ihnen, dass Sie ab morgen einen großen Teil Ihrer Zeit im Fitness-Studio verbringen. Im Gegenteil: Der Körper ist bereits bei einem sehr gemäßigten Trainingsprogramm in der Lage, seine Muskelzellen zu kräftigen. Dreimal pro Woche ein strammer Spaziergang über 3 bis 4 Kilometer ist schon ein guter Anfang.

## Die Blutgefäße

Wenn die Altersforscher von Blutgefäßen sprechen, dann meinen sie die Arterien, also die Adern, die das sauerstoff- und nährstoffreiche Blut vom Herz aus in alle, auch in die entferntesten Regionen des Körpers leiten. Die Venen, die das verbrauchte Blut zum Herzen zurückbringen, sind zwar auch wichtig und müssen gepflegt werden, damit sich möglichst keine Krampfadern, Geschwüre oder Thrombosen bilden, aber über Jugendlichkeit entscheiden die Arterien.

Diese Arterien haben einige tödliche Feinde. Sie heißen:

- hoher Blutdruck
- Diabetes
- hohes Cholesterin
- Rauchen
- Bewegungsmangel und
- Dauerstress.

Besonders ein zu hoher Blutdruck schädigt die zarte Innenhaut der Arterien. Dann entstehen kalkhaltige Ablagerungen, sogenannte Plaques – und damit beginnt die Arteriosklerose, die allgemeine Verhärtung und Alterung der Arterien, die eine schlechtere Durchblutung und damit ebenfalls die Alterung aller Organe zur Folge hat. Die empfindlichsten, Herzmuskel und Gehirn, tragen dabei das höchste Risiko. So erklärt es sich, dass Herzinfarkt und Schlaganfall immer noch Todesursache Nummer eins bei uns sind.

Der Ruhe-Blutdruck sollte nicht höher als 135 – 140 / 90 sein. Das gilt für jedes Alter. Bereits ab einem Blutdruck von 145 / 95 steigen die Risiken für die Arterien, das Gehirn und das Herz.

Ein paar Worte über unser Herz. Es ist ein ganz erstaunliches Organ. In 24 Stunden schlägt unser Herz ungefähr 100 000 Mal! Und wenn man ausrechnet, wie groß die Menge an Blut ist, die es pausenlos durch den Körper pumpt und die alle Organe, vom Gehirn bis zum kleinen Zeh, am Leben erhält, dann kommt man auf eine Menge von 8000 Litern in 24 Stunden. Also ein Hochleistungsorgan, genau wie unser Gehirn. Und eines, das durch Arteriosklerose sehr schnell geschädigt wird.

Also: Hohen Blutdruck, zu hohes Cholesterin und eventuell zu hohem Blutzucker optimal einstellen! Dazu, ganz wichtig: tägliche körperliche Aktivität, die sogar bei einem bereits geschwächten Herz empfohlen wird, und die auch die Gehirnzellen auf Trab hält.

## Das Gehirn

Was wissen wir über die Möglichkeiten, unsere Gehirnzellen wach und leistungsfähig zu erhalten und das Gedächtnis zu stärken? Eigentlich sind es außerordentlich positive und ermutigende Erkenntnisse, die die Wissenschaftler uns in den letzten Jahren darüber vorgelegt haben:

- Es gibt keinen unvermeidlichen Abbau unserer geistigen Fähigkeiten nur allein durch das Alter. Und:
- Das Gehirn kann bis ins hohe Alter neue Eindrücke speichern und bei Bedarf wieder abrufen. Der Vorgang des Lernens dauert bei älteren Menschen allerdings etwas länger, und es bedarf einer größeren Anstrengung, um neue Informationen – also einen Namen, ein Gesicht, eine Melodie, eine Sprache – fest im Gedächtnis zu verankern.
- Das Nachlassen geistiger Kräfte, das so viele beklagen, beruht in erster Linie auf Mangel an Training. Wobei es entscheidend wichtig ist, dass man Neues lernt, ungewöhnliche Aufgaben meistert, und das Gehirn dabei zwingt, sich in den Milliarden von Nervenkontaktstellen, im Dschungel von Neuronen und Synapsen, neue Wege zu bahnen und damit neue Verbindungen zwischen den Nervenzellen zu schaffen.

Das Interessante ist: Mit jeder neuen Information, die Sie sich merken, mit jedem Lernvorgang verändern Sie Ihr Gehirn. Jede Zelle, die etwas Neues speichert, erfährt im molekularen Bereich eine Umformung. Das bedeutet, dass Lernvorgänge nicht nur die Verbindungen der Hirnzellen untereinander aktivieren und, wie gesagt, oft auch erst

neu schaffen, sondern dass die Zellen selbst durch die Lerninhalte geprägt werden. Man nennt das Neuroplastizität. Das gilt für alle Lernvorgänge.

### Was folgt nun daraus?

In Ihrem Kopf arbeitet das effektivste Datennetz der Welt. Damit es zeitlebens funktioniert, müssen einige Bedingungen erfüllt werden:

- Die Hirnzellen, die sehr empfindlich gegen einen Mangel an Sauerstoff und Nährstoffen sind, brauchen eine **optimale Blutversorgung**. Die wiederum erhalten sie nur, wenn die Tausende von winzigen Arterien in einem guten Zustand und nicht etwa durch Arteriosklerose geschädigt sind. Also: Nicht rauchen, Blutdruck und Cholesterin normalisieren.

Damit Gedächtnis und Denkvermögen funktionieren, muss die **Kommunikation der Hirnzellen** untereinander unterstützt werden. Die Übertragung von Informationen von einer Zelle zur anderen erfolgt, was ich vorher schon erwähnt habe, nicht nur durch elektrische Impulse, sondern auch durch sogenannte Transmitter- oder Botenstoffe, die von den Nervenzellen produziert werden.

Sie können die Bildung dieser Botenstoffe durch geistige Aktivität, aber auch durch körperliches Training anregen. Gerade bei Ausdauertraining schüttet Ihre körpereigene Apotheke eine Fülle von chemischen Substanzen aus: Serotonin, das Depressionen vertreibt, Endorphine und Cannabinoide, also Morphin- und Haschisch-ähnliche

Stoffe, die Glücksgefühle hervorrufen, aber auch andere Transmitter, die die Kommunikation der Zellen und damit das Denkvermögen erhöhen.

Die **Alzheimer Krankheit** ist deshalb eine solche Katastrophe, weil dabei die Hirnzellen durch die Bildung von krankhaften Eiweißstoffen zunächst nicht mehr miteinander kommunizieren können, bevor sie dann ganz absterben. Ohne Kommunikation der Zellen gibt es aber kein Gedächtnis, und ohne Gedächtnis gibt es kein Erkennen mehr.

Wenn Sie glauben, Gedächtnisprobleme zu haben, hilft es oft, wenn Sie konsequent Tagebuch schreiben, weil Sie sich dabei das, was Sie erlebt oder gedacht haben, noch einmal einprägen. Kopfrechnen ist eine recht gute Übung. Und ein Freund von mir, einer der bekanntesten deutschen Hirnforscher, lernt seit seinem 50. Geburtstag Gedichte auswendig. Angefangen hat er mit Goethe und Hölderlin, jetzt ist er gerade bei Petrarca und Ovid. Ovid auf Lateinisch. Er sagt, das hätte sein Leben ungeheuer bereichert. Übrigens: **Nehmen Sie keine Schlafmittel!** Alle Schlafmittel behindern das Gedächtnis bei der Speicherung von Ereignissen des Tages und reduzieren Ihre Konzentrationsfähigkeit während des Tages. Die wiederum brauchen Sie, um ihr Gehirn zu programmieren.

### **Welche Rolle spielt die Ernährung in Ihrem Bemühen, fit und jung zu bleiben?**

Eine sehr große. Sie können Ihrem Körper einen wirklich überragenden Gefallen tun, wenn Sie durch Ihre Ernährung dafür sorgen, dass die schädlichen freien Radikale,

die in jeder arbeitenden Zelle entstehen, leichter beseitigt werden, und das geschieht dann, wenn Sie ausreichend große Mengen von natürlichen Vitaminen A, C und E zu sich nehmen. Sie wissen sicher, dass Ernährungsexperten empfehlen, **fünf Portionen frisches Obst oder Gemüse** täglich zu essen.

Leider muss es tatsächlich Gemüse und Obst sein. Die Vitaminpillen aus der Apotheke haben, das wurde durch große Studien belegt, diese Wirkung nicht annähernd. Man vermutet, dass die sekundären Pflanzenstoffe, die wir mit den natürlichen Produkten zu uns nehmen, also die Flavonoide, Lycopene usw. die Resorption der Vitamine erst ermöglichen und selbst außerordentlich positive Wirkungen im Körper haben.

Was Sie unbedingt vermeiden sollten, ist eine Ernährung mit Industrieprodukten, auch wenn die noch so verlockend im Supermarkt und im Fernsehen dargeboten werden. Die Nahrungsmittelindustrie muss ihre Produkte billig machen, gibt für Verpackung und Bewerbung Unsummen aus – Sie können sich vorstellen, was dann noch übrig bleibt für die Qualität der verarbeiteten Inhaltsstoffe. So enthält Erdbeerjoghurt keine Erdbeeren, sondern ein durch künstliche Verdicker, chemische Aromen, chemische Farben und chemische Konservierungsstoffe zu erdbeerähnlichen Klumpen geformtes ehemaliges Fruchtmark – das so praktischerweise eine viel längere Haltbarkeit hat als frische Früchte.

Auch alle anderen sogenannten praktischen Gerichte enthalten in fast allen Fällen zu viel

Chemie, dazu meist auch noch viel zu viel Fett und Zucker. Das Gleiche gilt für die unsäglichen Softdrinks, für Cola, für Fritten und Chips, von denen man jetzt zu allem Überfluss auch noch festgestellt hat, dass sie im Verlauf des industriellen Herstellungsprozesses mit Acrylamid belastet werden, einem nachgewiesenen krebserzeugenden Produkt.

Dass man nicht zu viele tierische Fette essen sollte, sich also bei Wurst, Fleisch, Eiern, fettem Käse, Milch und Butter zurückhalten und dafür mehr Fisch, vor allem Meeresfisch essen und mit Pflanzenölen kochen sollte, wissen Sie ohnehin.

Gerade für alte Menschen ist es wichtig, sich wirklich gut, das heißt mit hochwertigen Nahrungsmitteln und in ausreichender Menge, zu ernähren.

Aber gibt es, so werden Sie fragen, keine vernünftigen Medikamente, die als Altersbremse wirken und uns das Jungbleiben erleichtern können, ohne dass wir so mühsame Prozeduren wie Spaziergehen und Gemüse-Essen auf uns nehmen müssen? Was ist los mit den in letzter Zeit so heftig diskutierten Anti-Aging-Mitteln?

Leider muss ich Sie da enttäuschen. Die Einnahme von Hormonpillen – Östrogen für Frauen, Testosteron für Männer – hat keine positiven Wirkungen in Bezug auf das gesunde Älterwerden gezeigt. Im Gegenteil. Unter einer Hormonersatztherapie (wie sie zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden eine Zeitlang hemmungslos verschrieben wurde) sind viele Frauen

erst richtig krank geworden. Thrombosen, Schlaganfälle haben zugenommen, vor allem aber hatte sich das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, deutlich erhöht. Inzwischen raten seriöse Hormonfachärzte auch den Männern dringend ab, sich mit Hormonen als Anti-Aging-Mittel behandeln zu lassen. Bei ihnen fürchtet man, dass dadurch Prostatakrebs in seinem Wachstum beschleunigt würde.

### **Älterwerden erfordert Mut!**

Wenn ich eine Eigenschaft nennen sollte, die mir für die Kunst des erfolgreichen Alterns als die wichtigste erscheint, dann würde ich mich wahrscheinlich für Mutigsein entscheiden. Ich denke, gerade ältere Menschen brauchen Mut an allen Ecken und Enden:

- Mut, um ihren Platz in der jugendversessenen Gesellschaft zu behaupten.
- Mut, um die im Alter zahlreicher werden den großen und kleinen Alltagsprobleme anzugehen – seien es körperliche, seelische, familiäre oder finanzielle.
- Mut, um sich auf moderne Errungenschaften und Technologien einzulassen (und beispielsweise elektronische Fahrkartenschalter oder Videorecorder nicht als Feinde zu betrachten).
- Mut, um sich mit anderen Menschen, vor allem mit jüngeren, auseinanderzusetzen, auch wenn die von einer ganz anderen Zeit geprägt wurden.
- Mut, um sich der Tatsache zu stellen, dass jedes Leben endlich ist, und dass man dieser Endlichkeit in absehbarer Zeit näher kommen wird.
- Mut, um nach persönlichen Verlusten einen neuen Anfang zu wagen.



- Mut, um das letzte Drittel des Lebens als eine positive Herausforderung zu betrachten.

### *Ihr schlimmster Feind: die Einsamkeit*

Eine der größten Gefahren des Älterwerdens ist die Tendenz, sich nach persönlichen Verlusten aus dem sozialen Umfeld zurückzuziehen. Freunde sterben, Angehörige ziehen in eine andere Stadt, Reisen empfindet man zunehmend als mühsam. Damit beginnt häufig der Rückzug aus dem aktiven Leben. Die Folgen sind fatal. Aus Rückzug wird Alleinsein, aus Alleinsein Einsamkeit. Einsamkeit aber ist eine ernste Bedrohung für die geistige und seelische Gesundheit.

Einsam kann ich nicht sprechen. Einsam kann ich nicht mehr richtig denken. Die Gedanken, die mir bleiben, haben keine Resonanz, drehen sich im Kreis wie auf der Schiene einer Spielzeugeisenbahn, ohne Anfang, ohne Ende. Wenn ich einsam bin, vergrößern sich banale Probleme bis ins Bedrohliche. „Aus Maulwurfshügeln werden Berge, aus Fremden potenzielle Feinde, kleine Gedächtnisfehler erscheinen einem als sichere Zeichen für eine beginnende Demenz.“

Resignation, Antriebslosigkeit, Misstrauen oder Verfolgungswahn weisen schließlich auf eine Depression hin – die häufigste und traurigste Folge der Einsamkeit.

Es tut mir leid, dass ich Ihnen heute noch nicht die Wunderpille gegen das Altern nennen konnte. Die Forschung ist aber, das können Sie mir glauben, wie wild dahinter her, auf diesem Gebiet etwas Vernünftiges

zu produzieren. Bis es so weit ist, werden Sie, so wie ich auch, auf Bewährtes zurückgreifen müssen, um fit zu bleiben. Was dies ist, will ich jetzt noch einmal zusammenfassen:

**Essen Sie alles**, was die Zellen entschlackt und den Körper kräftigt: große Mengen frisches Gemüse und Obst, Vollkomprodukte, Pflanzenöle. Meiden Sie tierische Fette, kalorienreiche Nahrung, alle Fertignahrung und Zucker. Versuchen Sie, Ihr Gewicht zu normalisieren.

**Vermeiden Sie alles**, was das Immunsystem schwächt: Rauchen, größere Mengen Alkohol, zu viel Sonne. Sorgen Sie für ausreichenden Schlaf.

**Fördern Sie alles**, was die Durchblutung verbessert: viel Bewegung, gut eingestellter Blutdruck, niedrige Cholesterinwerte. Trinken Sie genug.

**Gehen Sie zu allen Vorsorgeuntersuchungen**. Sorgen Sie für einen optimalen Impfschutz.

**Tun Sie alles**, was Gemeinsamkeit und soziale Kontakte fördert. Pflegen Sie Gedanken-austausch und Hobbies mit Ihren Freunden.

**Versuchen Sie alles**, um eine positive Lebenseinstellung zu erreichen. Wagen Sie nach Rückschlägen oder Verlusten einen neuen Anfang.

**Vergessen Sie alle** Vorurteile gegenüber jungen Menschen. Der Kontakt zu den Jungen und das Eingehen auf ihre Denkweise lässt Sie jung bleiben.

**Und vergessen Sie die Schönheitschirurgen.** Erotik und Sexualität kennen ohnehin keine Altersgrenzen, und es macht meines Erachtens keinen Sinn, den Po zu raffen und den Busen hochzuzurren, also die äußere Hülle glatt ziehen zu lassen, statt den ganzen Menschen in Schwung zu halten.<sup>1</sup>

Trauen Sie sich alles zu: Trauen Sie sich neue Anregungen, neue Freunde, einen neuen Job, einen neuen Beruf zu. Jung sein heißt beweglich sein. Beweglich aber bleiben wir nur, wenn wir bereit sind, auch weiterhin zu lernen. Neue Pläne zu verfolgen. Uns in neuen Situationen zu bewähren.

Vor allem aber: Verteidigen Sie Ihren Platz in unserer Gesellschaft. Die Gesellschaft braucht Sie – auch wenn sie dies noch nicht immer weiß.

*Eine ausführliche Darstellung des Themas finden Sie in meinem Buch „Körperintelligenz – was Sie wissen sollten, um jung zu bleiben“, Deutscher Taschenbuch Verlag, München.*

---

<sup>1</sup>Lawrence Whalley: The Aging Brain, Columbia University Press, New York 2001

**Dr. med. Not-Rupprecht Siegel**

Chefarzt

Geriatrizentrum Neuburg

## **Gesundheit und Pflege im Alter – Geriatrische, versorgungspolitische und sozialethische Herausforderungen**

---

Die Spatzen pfeifen von den Dächern, dass die Gesellschaft immer älter wird, dass die Alten ständig an Zahl zunehmen, dass die Gesellschaft ergraut, dass immer weniger Kinder geboren werden, dass die Bevölkerungszahl drastisch sinken wird, dass zu wenige Junge für viel zu viele Alte zu sorgen haben.

Alle diese Betrachtungsweisen des Alters sind für sich genommen richtig, aber sie tragen alle einen unheilvollen Tenor in sich. Denn alle diese Aussagen implizieren, dass die zunehmende Lebenserwartung der Menschen etwas Negatives sei, dass sie mit Krankheit und vielen Schwierigkeiten für die Menschen selbst und die Gesellschaft verbunden sei, ohne dass dem ein echter Wert gegenüberstehe. Dieses aber ist eine in sich paradoxe Haltung, will doch jeder gerne alt werden, nur alt sein später kaum einer. Dabei ist die prozentual am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe derzeit die der über 100-Jährigen und die absolut am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe die der über 90-Jährigen. Aber wie sagte



schon Cato der Jüngere: Keine Katastrophe trifft den Menschen so unvorbereitet wie sein eigenes Alter.

Will man nun das Bild des leidenden alten Menschen beibehalten, so gesellen sich zum Problem einer wackeligen Gesundheit auch Probleme, die etwas mit der Finanzierung nicht nur des Alters, sondern unseres Staates zu tun haben. Die Haushaltsentwicklung des Bezirks Oberbayern zeigt, wie in der Grafik Nr. 1 dargestellt, wie hoch die soziale Sicherung bereits den Gesamthaushalt dieser ausgewählten Struktur belastet, und vor allem wie hoch die Belastung für die Städte und die Landkreise allein für dieses Problem ist.

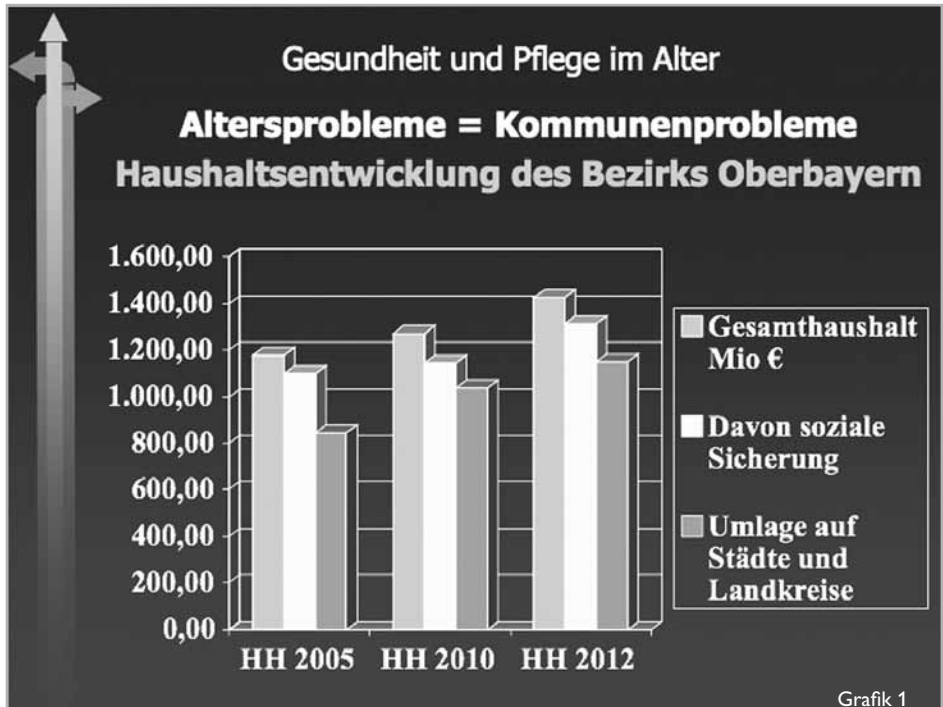
Zusammen mit der Abnahme der körperlichen, oft auch psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit geht ein Problem einher, welches nicht ausreichend ernst genommen

wird. Altersarmut nimmt in rasantem Umfang bereits heute zu, und die zunehmend prekären Beschäftigungsverhältnisse von heute lassen noch wesentlich Schlimmeres für die Zukunft befürchten. Diese Altersarmut aber wagt kein Politiker in all ihren Facetten zu beleuchten. Riskiert er doch damit, mit diesem Problem identifiziert zu werden. Und zu den Dingen, die die moderne Gesellschaft nicht von den antiken Tyrannen unterscheidet, gehört die Tatsache, dass der Bote der schlechten Nachricht in der Regel derjenige ist, der geköpft wird.

Dabei wissen wir, dass arme Menschen einen schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung haben, dass die Lebensbedingungen Arme krank machen, und dass

arme Menschen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweisen. Dieses sind übrigens keine Erkenntnisse von heute, wurden sie doch bereits auf dem deutschen Ärztetag 1995 thematisiert. Gefährlich für die Gesundheit, quälend für den Menschen und belastend für die Finanzen ist dabei der in Grafik Nr. 2 dargestellte verhängnisvolle Kreislauf. Dieser lässt letztlich nur einen Schluss zu. Wenn Armut das Erkrankungsrisiko erhöht, senkt die Vermeidung von Armut das Erkrankungsrisiko, was bedeutet, dass die Vermeidung von Armut persönliches Leiden und Kosten für die Gesellschaft vermindert.

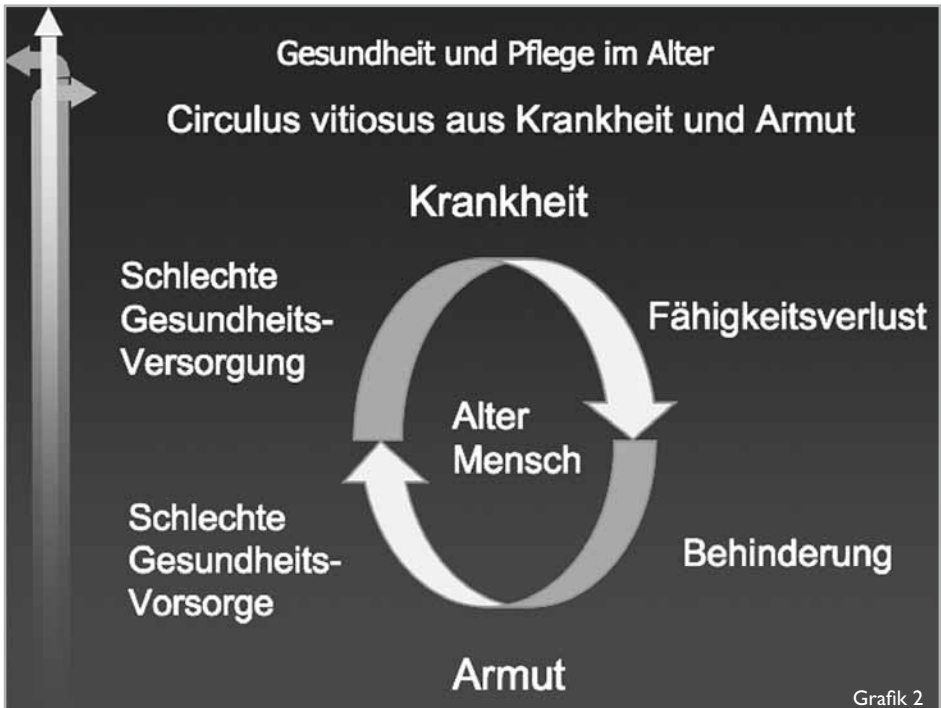
Ein weiteres Problem des zunehmend hohen Alters ist die Einschränkung oder



sogar der Verlust von Selbstständigkeit und die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Die ständig steigenden Ausgaben der Pflegeversicherung legen beredetes Zeugnis über dieses Problem ab. Dabei sind die Kosten nicht das eigentliche Problem. Die wirkliche Schwierigkeit besteht darin, dass wir immer weniger junge Menschen motivieren können, sich in die Pflege, nicht nur ihrer betagten Mitbürger, einzubringen. Dies ist die Folge einer Geringschätzung der Pflegeberufe, einhergehend mit einer mäßigen Entlohnung, um es vorsichtig auszudrücken. Dass all dies einer geschätzten Zunahme des Pflegebedarfs von heute bis ins Jahr 2030 um 58 % gegenübersteht, beweist, dass der oben erwähnte Ausspruch Catos des Jüngeren unverändert höchst ak-

tuell ist. Umso wichtiger aber ist es, dafür zu sorgen, dass die Menschen möglichst lange und möglichst selbstständig in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld verbleiben können.

Zusammenfassend bestehen damit drei große Herausforderungen. Zum einen ist die Versorgungspolitik gefordert, dass diejenigen Handlungsinstrumente, die geeignet sind, die Menschen in ihrer Selbstständigkeit zu fördern und den Verbleib zu Hause zu erhalten, weiterentwickelt werden müssen. Hier spielen insbesondere der altersmedizinische und dort insbesondere der rehabilitative Ansatz eine große Rolle, weil im Alter oft die funktionellen Probleme wichtiger als organische Probleme sind. Es muss



Grafik 2

zudem die Schaffung geriatrischer universitärer Strukturen gefördert werden, damit die Erforschung sowohl des medizinischen, des psychischen als auch des sozialen und wirtschaftlichen Zusammenhangs mit dem Alter weiterentwickelt werden kann. Die pflegerischen Strukturen ambulant und stationär, aber vor allem auch sozial stabilisierende Wohnstrukturen für ältere Mitbürger sind zu fördern. Und nicht zuletzt müssen die Angehörigen, die heute bereits einen Anteil von nahezu 80 % der gesamten Pflegeleistung erbringen, in dieser Pflegeleistung geschult und unterstützt werden: sowohl finanziell als auch lehrend und, das sei hier sehr deutlich gesagt, auch durch Strukturen, in denen man sich wenigstens einmal im Jahr für wenige Wochen von der anstrengenden und gesellschaftspolitisch so wichtigen Pflegetätigkeit erholen kann.

Bezogen auf die Altersmedizin müssen geriatrische Akut- und Rehabilitationsbereiche gefördert werden. Es ist unerträglich, mit anzusehen, dass Rehabilitationseinrichtungen, die seit 15 Jahren nahezu keinerlei Anpassung ihrer Vergütungsstruktur erhalten haben, von den Kostenträgern unter den sehenden Augen der Aufsichtsstrukturen immer noch weiter gedrängt werden, die Vergütungen zu drücken. Dies endet zwangsläufig in einer Personalminderung, einer Senkung der Gehälter des Personals, und dieses führt zusammen unausweichlich zu einer Verstärkung des sowieso bestehenden Pflegenotstandes. Das bedeutet aber auch, dass wir uns weg von einer defizitorientierten Organmedizin hin zu einer ressourcenorientierten funktionalen Medizin bewegen müssen. Präventive

funktionelle und psychosoziale medizinische Ansätze müssen mit der aktuell schwerpunktmäßig organzentrierten Medizin gleichgestellt werden. Die Rehabilitation als die institutionalisierte Wiederherstellung der Funktionalität muss mit der Akutmedizin gleichgestellt werden und in die Krankenhausplanung der Länder aufgenommen werden. Ein Überlassen dieses wesentlichen Anteils medizinischer Antwort auf das steigende Alter in private Betreiberhände ist ein Armutszeugnis für jede Regierung.

Und schließlich und nicht zuletzt ist dem Artikel 1 des Grundgesetzes „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ alles staatliche Handeln auch in Bezug auf die Altersentwicklung der Gesellschaft unterzuordnen. Das negative Altersbild in der Gesellschaft widerspricht diesem Grundsatz und muss entsprechend verändert werden. Die Akzeptanz von Armut und damit, wie wir oben gesehen haben, auch von Krankheit widerspricht diesem Grundsatz und ist daher inakzeptabel. Die Bekämpfung von Krankheit im Alter und die Bekämpfung von Armut im Alter ist Bestandteil dieser Würde und muss gelebtes staatliches Tun werden. Die Sicherung einer menschenwürdigen Pflege im Alter ist Bestandteil der Menschenwürde und muss Ziel geplanten staatlichen Handelns sein.

**Dr. Elke Olbermann**

Wissenschaftliche Geschäftsführerin  
 Forschungsgesellschaft für  
 Gerontologie e. V.  
 Institut für Gerontologie an der  
 Technischen Universität Dortmund

## **Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Kommune**

Die demografische Entwicklung stellt nicht zuletzt das Gesundheitssystem und die gesundheitliche Versorgung vor neue Herausforderungen. Insbesondere infolge der steigenden Lebenserwartung, des wachsenden Anteils Älterer und der Zunahme Hochaltriger an der Gesamtbevölkerung wird unter anderem davon ausgegangen, dass chronische und altersbedingte Erkrankungen sowie Multimorbidität zukünftig verstärkt auftreten werden. Krankheiten sind jedoch keine zwangsläufige, quasi natürliche Begleiterscheinung des Alters. Sie sind in hohem Maße von den Lebensverhältnissen und Lebensstilen abhängig und daher prinzipiell beeinflussbar. Vor diesem Hintergrund kommt der Gesundheitsförderung eine zentrale Bedeutung zu.

Der Begriff Gesundheitsförderung wurde Mitte der 1980er-Jahre im Kontext der ge-



sundheitspolitischen Diskussion der WHO geprägt (Ottawa-Charta, WHO, 1986). Gesundheitsförderung strebt die Verbesserung von Lebensbedingungen und eine damit einhergehende Stärkung der Gesundheit an. Basierend auf Wissen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit (Salutogenese), zielen gesundheitsfördernde Interventionen darauf, gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen zu beeinflussen. Im Mittelpunkt steht dabei die Stärkung persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz und eine auf die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten gerichtete Politik (Kuhlmann, 2009). Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen wichtig und bis ins hohe Alter wirksam ist (Wurm & Tesch-Römer, 2007). Maßnahmen der Gesundheitsförderung können wesentlich dazu beitragen, potenzielle altersbedingte Gesundheitsrisiken zu begrenzen. Sie sind damit zen-

trale Stellgrößen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, ein aktives, selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und Lebensqualität auch im Alter zu bewahren.

Die Relevanz der Gesundheitsförderung ergibt sich schließlich auch vor dem Hintergrund der angespannten öffentlichen Finanzsituation, insbesondere vieler Kommunen. Nach Schätzungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2005), seit 2004 eigentlich: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, könnten zwischen 25 und 30 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen allein durch eine konsequente Gesundheitsförderung und Prävention eingespart werden. Bis heute fehlt es jedoch an dem notwendigen politischen Willen, entsprechende Strukturen und Strategien für eine umfassende Gesundheitsförderung aufzubauen bzw. umzusetzen.

Dass die sogenannte „vierte Säule“ des Gesundheitswesens in Deutschland lediglich ein Schattendasein fristet, spiegelt sich nicht zuletzt auch in den Ausgabenverhältnissen innerhalb des Gesundheitswesens wider. So entfallen derzeit gerade einmal 4 % aller Gesundheitsausgaben auf den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, bei den Ausgaben der Krankenkassen sind es sogar nur 3 %, verglichen mit etwa einem Drittel der Mittel, die für die Krankenhausversorgung ausgegeben werden (Naegele, 2004).

### **Soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Alter**

Insgesamt sind die Chancen für ein gesun-

des Alter(n) innerhalb der Bevölkerung nicht gleich verteilt, sondern maßgeblich von biografischen und aktuellen gesundheitsrelevanten Ressourcen und Belastungen abhängig. Generell bestehen komplexe Wechselwirkungen zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Alter, wobei den Faktoren Einkommen und Bildung eine herausragende Bedeutung zukommt.

Den Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit spiegeln u. a. die Ergebnisse einer Studie des Robert Koch-Instituts eindrucksvoll wider (Lampert et al., 2007). Demnach haben Männer mit 0 – 60 % des durchschnittlichen Einkommens gegenüber der höchsten Einkommensgruppe (mit über 150 % des durchschnittlichen Einkommens) eine um 10,8 Jahre reduzierte Lebenserwartung.

Hinsichtlich der gesunden Lebenserwartung, also der Jahre, die ohne größere Einschränkungen erlebt werden, ist der Unterschied mit 14,3 Jahren noch einmal deutlich größer. Bei den Frauen sind die Unterschiede im Hinblick auf die Lebenserwartung zwischen den entsprechenden Einkommensgruppen etwas geringer, aber ebenfalls beträchtlich. Frauen mit 0 – 60 % des durchschnittlichen Einkommens haben gegenüber der höchsten Einkommensgruppe (mit über 150 % des durchschnittlichen Einkommens) eine um 8,4 Jahre reduzierte Lebenserwartung bzw. eine um 9,2 Jahre reduzierte gesunde Lebenserwartung.

Öffentliche Gesundheitsförderung sollte daher vor allem auf besonders gefährdete



ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen ausgerichtet sein. Dies gilt umso mehr angesichts aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen, die eine steigende Altersarmut und die Zunahme sozialer Ungleichheit im Alter erwarten lassen.

### **Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen – Ausgangslage und Rahmenbedingungen**

Charakteristisch für die gegenwärtige Praxis der Gesundheitsförderung ist jedoch das häufig beschriebene Dilemma, dass diejenigen am wenigsten erreicht werden, deren Bedarf am größten ist. Vorliegenden Untersuchungsergebnissen zufolge sind insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund, nicht mobile ältere Menschen und einkommensschwache/bildungsferne ältere Menschen die am wenigsten erreichten Zielgruppen von seniorenbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Hollbach-Grömig & Seidel-Schulze, 2007).

Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, bei der Gestaltung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für Personen im höheren Lebensalter prekäre Lebensbedingungen verstärkt zu berücksichtigen. Dabei gilt es, auf verschiedenen Ebenen anzusetzen und sowohl individuelle als auch umweltbezogene Faktoren zu berücksichtigen.

Oft kommen bei sozial benachteiligten älteren Menschen mehrere Faktoren sozialer Benachteiligung zusammen. Sie haben einerseits zu wenig Geld, um gesundheits-

fördernde Angebote wahrzunehmen, zu wenige soziale Kontakte, um gemeinsam mit Anderen Aktivitäten zu entwickeln, und fehlendes Wissen über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und bestehende Angebote. Hinzu kommen häufig eine eingeschränkte Mobilität aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und geringer finanzieller Ressourcen, ein geringes Selbstwirksamkeitserleben und Selbstbewusstsein u. a. infolge von erfahrener Diskriminierung und Abwertung sowie je nach Zielgruppe weitere Aspekte wie z. B. Sprachbarrieren bei älteren MigrantInnen.

Neben diesen personenbezogenen Aspekten beschränken eine Reihe von strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen die Zugangs- und Partizipationsmöglichkeiten älterer Menschen in benachteiligten Lebenslagen im Bereich der Gesundheitsförderung. Hierzu gehören insbesondere unklare Zuständigkeiten und fehlende Kooperationen im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung. Experten beklagen seit Längerem, dass „es in keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens ein derartiges Durcheinander von Zuständigkeiten (gibt), das sich von der kommunalen Ebene über die Ebene der Tarifparteien bis zur Verantwortung des Bundes erstreckt, alle Institutionen des Medizinsystems umfasst und bis weit in die Bildungs-, Arbeits-, Umwelt- oder Verkehrspolitik reicht. Infolgedessen sind Koordination und Abstimmung in der Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention eher Fremdworte als Realitätsbeschreibungen; von klar geregelten Verantwortlichkeiten und Finanzierungszuständigkeiten ganz zu schweigen.“ (Naegele, 2004).

Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang auch spezifische Eigeninteressen und Prioritätensetzungen verschiedener Kostenträger. Im Allgemeinen konzentrieren sich die Kommunen im Bereich der Gesundheitsförderung vor allem auf jüngere Altersgruppen. Dies gilt insbesondere auch für die Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Krankenkassen die Entwicklung und Förderung von Präventionsmaßnahmen nicht selten primär als Marketingstrategie betrachten. Unter dem Gesichtspunkt der Gewinnung neuer Kunden erscheint die Zielgruppe älterer Menschen in benachteiligten Lebenslagen für Krankenkassen wenig attraktiv (Olbermann, 2011). Auch defizitorientierte Sichtweisen und negative Altersbilder spielen offenbar bei einigen Verantwortlichen nach wie vor eine Rolle, was sich u. a. darin zeigt, dass sie die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen im Alter allgemein und bezogen auf die Gruppe der älteren Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Besonderen in Frage stellen.

Aus Sicht der Anbieter von gesundheitsfördernden Maßnahmen besteht ein wesentliches Problem nicht zuletzt auch darin, dass die Bereitstellung und Finanzierung gesundheitsfördernder Angebote für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen häufig nur projektbezogen und zeitlich begrenzt möglich ist, und damit die Nachhaltigkeit erheblich eingeschränkt ist. Die bestehenden Finanzierungsmöglichkeiten über die Krankenkasse erweisen sich als unzureichend und zu aufwendig. Einerseits sind die älteren Menschen in benachteiligten Lebenslagen überwiegend nicht in der Lage,

in Vorkasse zu gehen, andererseits ist die Möglichkeit der Kostenabrechnung mit der Krankenkasse über die Präventionsanbieter für diese mit einem erheblichen Aufwand verbunden (ebd.).

### **Möglichkeiten und Ansatzpunkte einer zielgruppengerechten Gesundheitsförderung im Setting Kommune**

Die beschriebene in weiten Teilen unbefriedigende Ausgangslage macht deutlich, dass die Stärkung der Gesundheitsförderung eine der großen Zukunftsaufgaben der Gesundheitspolitik darstellt. Bisher spielt Gesundheitsförderung insbesondere bezogen auf ältere Menschen und hier wiederum vor allem bezogen auf diejenigen in benachteiligten Lebenslagen in der Gesellschaft, in der Politik und im Alltag eine viel zu untergeordnete und vernachlässigte Rolle. Dennoch gibt es inzwischen vermehrt Initiativen und Projekte auf lokaler Ebene, die Orientierungen auch für andere Kommunen und Akteure geben können.

Die Kommune bzw. der Stadtteil als Setting der Gesundheitsförderung gewinnt insbesondere für ältere Menschen an Bedeutung. Es ist davon auszugehen, dass für ältere Menschen die unmittelbare Wohnumgebung, der Stadtteil, in dem sie leben, als Lebenswelt zentrale Bedeutung besitzt. Dies gilt umso mehr, je stärker die Mobilität dieser Zielgruppe durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mangelnde finanzielle Ressourcen eingeschränkt ist. Der Stadtteil kann somit einen geeigneten Zugang für ältere Menschen im Allgemeinen und speziell auch für sozial benachteiligte ältere

Menschen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung bieten.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass soziale Benachteiligungen häufig in einzelnen Stadtteilen und Quartieren kumulieren. Ein Wohnumfeld mit mangelhafter Infrastruktur, Barrieren im öffentlichen Raum und bei täglichen Wegen, Umweltbelastungen, sozialen Problemen und Nachbarschaftskonflikten birgt zusätzliche Belastungen, erschwert die Bewältigung des Alltags und beeinträchtigt die Lebensqualität der BewohnerInnen (Gold et al., 2010). Aufgrund des Bedeutungsverlustes familiärer und beruflicher Bindungen fällt den Städten und Gemeinden im Kontext der kommunalen Daseinsfürsorge zunehmend die Übernahme sozialer Stützfunktionen zu.

Dies insbesondere für die Bürger/innen, die ein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufweisen, und die über keine oder prekäre soziale Unterstützungsnetzwerke verfügen (u. a. ältere alleinstehende und isolierte Menschen). Integrierte gesundheitsfördernde Maßnahmen der Stadt- und Gemeindeentwicklung stellen in diesem Zusammenhang einen erfolgversprechenden Ansatzpunkt dar (Kuhlmann, 2008).

In Deutschland rückt die Kommune bzw. der Stadtteil, das Quartier als Setting der Gesundheitsförderung für ältere Menschen zunehmend in den Blick. Der Setting-Ansatz stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar und markiert einen Wendepunkt in der Gesundheitsförderung – von einseitigen individuen- und verhaltensbezogenen Interventionen hin zu einer stärkeren Be-

rücksichtigung sozialer Systeme und Organisationen. Entsprechend werden mit dem Setting-Ansatz ausgewählte Sozialräume bzw. Lebenswelten in den Mittelpunkt gerückt. Der Setting-Ansatz beinhaltet, Menschen dort anzusprechen, wo sie leben – eben in den Lebenswelten, die für sie wichtig sind, wo sie ihre sozialen Netzwerke haben, in denen sie sich kulturell aufgehoben fühlen (Kümpers, 2008). Charakteristisch für den Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung sind vor allem folgende drei Schlüsselemente (Kilian et al., 2004):

- die Befähigung des Einzelnen zur Wahrnehmung der eigenen gesundheitsbezogenen Interessen (Empowerment durch Vermittlung von Lebenskompetenzen);
- die aktive Einbindung und Beteiligung der Zielgruppe an der Planung und Durchführung der Maßnahmen (Partizipation);
- die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen im Sinne einer organisatorischen Festigung der gesunden Lebenswelt (Strukturbildung).

Aufgrund seiner emanzipatorischen Elemente sowie seiner verhaltens- und verhältnisorientierten Ausrichtung gilt der Setting-Ansatz insbesondere im Hinblick auf die Adressierung von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen als vielversprechende Strategie.

Welche diesbezüglichen Potenziale der Setting-Ansatz bietet und wie er sich konkret im Hinblick auf ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen umsetzen lässt,

soll im Folgenden anhand eines Projektbeispiels konkret verdeutlicht werden.

### **Praxisbeispiel: „Gesund leben und älter werden in Eving“**

Das Projekt „Gesund leben und älter werden in Eving“ wurde von August 2008 bis Februar 2011 im Rahmen der Förderinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ durchgeführt (Lis et al, 2011). Primäres Ziel dieses Projektes war es, in dem Stadtteil Dortmund-Eving Konzepte und gesundheitsfördernde Angebote so zu entwickeln, dass Ältere in sozial benachteiligten Lebenslagen erreicht werden. Darüber hinaus sollten Strukturen aufgebaut werden, die nachhaltig gesundheitsförderliche Lebensbedingungen auf Stadtteilebene schaffen. In dem Projekt wurden vor allem folgende Zielgruppen adressiert: ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen.

### **Netzwerkaufbau und Struktur- bildung**

Um Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Stadtbezirk zugeschnitten auf die Bedürfnisse von Älteren in sozial benachteiligten Lebenslagen zu entwickeln und abgestimmt sowie nachhaltig zu verankern, war es wichtig, an bereits bestehende Strukturen vor Ort anzuknüpfen. In Eving gab es beispielsweise vor Beginn des Projektes bereits verschiedene Akteure, die Angebote im Bereich Gesundheitsförderung durchführten:

u. a. Angebote in Begegnungsstätten, Kirchengemeinden, von Sozialverbänden und der Wohlfahrt mit Informationen, Vorträgen, Kursen oder Selbsthilfegruppen. Zentrale Beratungs- und Vernetzungsaufgaben erfüllt seit Mitte 2006 das Seniorenbüro. Weitere wichtige Anlaufstellen zur Beratung über gesundheitsfördernde Angebote für ältere Menschen waren und sind im Allgemeinen Ärzte, Apotheker, Podologen und Physiotherapeuten. Alles in allem existierte in Eving bereits eine bunt gemischte Landschaft. Neu bildete sich im Rahmen des Projektes aus dem bereits bestehenden Gremium „Runder Tisch“ ein Initiativkreis als Steuerungsgruppe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Zum Initiativkreis gehören neben dem Institut für Gerontologie das Seniorenbüro Dortmund-Eving, das Städtische Begegnungszentrum, der Interkulturelle Treff sowie ein Präventionszentrum. Der Initiativkreis fungiert als Steuerungsgruppe, die Verantwortung für Abläufe und Fortschritte im Projekt übernimmt, Informationen zusammenträgt und über die weitere Vorgehensweise entscheidet. Zusätzlich stützt sich die Arbeit des Initiativkreises auf die bereits vorhandenen Strukturen und Aktivitäten von zahlreichen Kooperationspartnern aus den Bereichen Begegnung und Freizeit, Kirche, Medizin, Sport und Kultur sowie Seniorenarbeit. Es erwies sich als vorteilhaft, dass der Initiativkreis erstens aus einer Mischung von Mitgliedern mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen besteht. Vertreten sind sowohl ehrenamtlich Tätige (die u. a. die Perspektive als betroffener Senior bzw. Seniorin einbringen) als auch Professionelle, die über gute Kenntnisse und langjährige Erfahrungen

mit den Zielgruppen verfügen und erprobte Zugänge besitzen. Zweitens ermöglichte es die relativ geringe Anzahl von Steuerungsgruppenmitgliedern, zwar kontrovers und ausreichend zu diskutieren, aber auch – wenn nötig – rasch eine Entscheidung zu treffen. Drittens waren genügend zeitliche Ressourcen wie auch zeitliche Flexibilität der Mitglieder in der Steuerungsgruppe von Bedeutung, die in bestimmten Phasen des Projektes häufige regelmäßige Treffen (z. B. im 14-tägigen Rhythmus) erlaubten. Viertens trug die hohe Kooperationsbereitschaft und gegenseitige Wertschätzung zwischen Vertreter/innen der Praxis und Wissenschaft maßgeblich zu einem bereichernden Dialog bei. Und fünftens fanden sich alle Beteiligten trotz nicht zu leugnender Abhängigkeiten mit der gemeinsamen Zielsetzung zusammen, im Sinne der im Stadtbezirk lebenden Seniorinnen und Senioren Teilhabe zu ermöglichen und Versorgungslücken zu schließen sowie passende Angebote unter Berücksichtigung von Nachhaltigkeit umzusetzen. Alle Mitglieder des Initiativkreises, aber auch alle ortsansässigen Akteure und die Ansprechpartner/innen der Kommune dokumentierten ihre Unterstützungsbereitschaft in Form von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen. Dieser höhere Grad der eingegangenen Verbindlichkeit stützte das Aktionsbündnis und ist auch für andere Projekte zu empfehlen.

### **Entwicklung bedarfsgerechter Angebote**

Bei der (Weiter-)Entwicklung des Angebotsspektrums ist der Initiativkreis wie folgt vorgegangen:

1. Was gibt es an Angeboten? Zu Beginn des Projektes konnten durch den Initiativkreis unter Zuhilfenahme der Teilnehmer/innen des Runden Tisches alle notwendigen Informationen zum Ist-Zustand zusammengetragen und analysiert werden.
2. Was fehlt an Angeboten? Gemeinsam wurden im Initiativkreis eine Analyse bestehender Angebote vorgenommen, Handlungsbedarfe und Handlungsfelder identifiziert sowie Zugangswege zu den als schwer erreichbar geltenden Zielgruppen diskutiert. Bei der Ermittlung der Bedarfe erwies es sich als vorteilhaft, frühzeitig Wünsche und Bedürfnisse von Senioren/innen direkt zu erheben (Partizipation über persönliche Befragung, Fragebogenaktionen u. Ä.).
3. In allen Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen war es wichtig, sich von folgenden praktischen Erwägungen leiten zu lassen: bereits bestehende Angebote möglichst zu stützen, keine neuen parallelen Strukturen zu schaffen, eine bessere Koordination aller Maßnahmen zu erreichen und zur kostengünstigen Gestaltung gezielt Ressourcen aus dem Netzwerk zu nutzen (räumlich und personell).
4. Bei der Entwicklung neuer Angebote wurden Vorerfahrungen der Akteure mit Vorträgen und Aktionen genutzt, aber auch neue und ungewöhnliche Wege ausprobiert. Beispiele hierfür sind der Rollator-Spaziergang und die Männer-Runde.

5. Besonders galt es – mit Blick auf den gesamten Stadtbezirk – eine örtliche Ausgewogenheit der Angebote sowie spezifische Interessen und Merkmale in bestimmten Quartieren zu beachten (z. B. Unterschiede im Hinblick auf Bildung, finanzielle Situation, Migrantenanteil, usw.).
6. Es fanden verschiedene gesundheitsfördernde Angebote statt. Hierzu gehörten Präventionskurse im engeren Sinne, d. h. Präventionskurse im Sinne der Krankenkassen nach § 20 SGB V, aber auch Gruppenangebote, die vorrangig Begegnung und soziale Kontakte förderten. Des Weiteren wurden Informationsveranstaltungen in Form von Vorträgen zu spezifischen Gesundheitsthemen auf Stadtteilebene durchgeführt. Einmal jährlich fand eine Großveranstaltung auf Stadtbezirksebene statt (Evinger Senioren- und Gesundheitstag).

Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen, dass ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen von gängigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention kaum bis gar nicht erreicht werden. Als Gründe dafür werden Identifikations-, Motivations-, Verständigungs- oder Finanzierungsprobleme genannt. Um diese zu vermeiden, wurden in Eving ältere Menschen danach befragt, was sie selbst als Barrieren und Hindernisse betrachten.

Die Befragungen und persönliche Gespräche haben ergeben, dass ältere Menschen sich Kurs- und Gruppenangebote wünschen, die

- (vor)mittags bzw. am frühen Nachmittag stattfinden,

- in der Nähe ihrer Wohnung angeboten werden,
- an Orten stattfinden, die bekannt sind,
- von Übungsleiter/innen durchgeführt werden, mit denen sie sich identifizieren können (z. B. im Hinblick auf Geschlecht),
- in ihrer Muttersprache
- und möglichst kostengünstig bzw. kostenfrei sind,
- zusammen mit vertrauten Personen (z. B. mit Freunden, Nachbarn, Bekannten) besucht werden können
- sowie zusätzliche „Aufmerksamkeiten“ bieten (z. B. Bereitstellung von Getränken, Sitzpolster, angenehme Raumtemperatur, usw.).

### **Zugänge zu älteren Menschen in benachteiligten Lebenslagen schaffen**

Weil ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen über indirekte Ansprache wie z. B. Broschüren oder Presseartikel kaum erreicht werden, sind zugehende Ansätze notwendig. In dem Evinger Projekt wurde dafür ein breiter und niedrigschwelliger Zugang über die direkte Ansprache durch verschiedene Multiplikatoren und Schlüsselpersonen gewählt. Als besonders erfolgreich hat sich die persönliche Ansprache durch Personen erwiesen, die bereits über ein Vertrauensverhältnis zu den Zielgruppen verfügen. Auf Stadtbezirksebene waren das z. B. Mitarbeiterinnen des Seniorenbüros sowie des Städtischen Begegnungszentrums. Ebenso konnten Vertreter/innen von Kultur- und Sportvereinen sowie Religionsgemeinschaften und Migrantenorganisationen als Vermittler gewonnen werden.

Weitere Zugänge zu Älteren in sozial benachteiligten Lebenslagen wurden über Mitglieder des Runden Tisches eröffnet. Hier wurden beispielsweise Apotheken und Pflegedienste angesprochen, die Informationen an ihre Kunden weitergeleitet haben. Des Weiteren kam den (Haus-) Ärzten/innen eine bedeutende Rolle als Vermittler von Informationen zu. (Haus-) Ärzte/innen in gesundheitsfördernde Projekte einzubinden ist vor allem deshalb sinnvoll, weil sie insbesondere für ältere Menschen häufig die ersten und wichtigsten Ansprechpartner in Bezug auf Gesundheit und damit verbundene Themen sind. Über das Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten/innen konnten sie auch ältere Menschen, die sich bislang nur wenig mit Möglichkeiten der Gesunderhaltung befasst hatten, für Gesundheitsförderung sensibilisieren. Darüber hinaus gelang es, vorhandene Vorbehalte abzubauen und ältere Menschen zu motivieren, an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilzunehmen. Weiterhin wurden die Zielgruppen durch bürgerschaftlich engagierte ältere Menschen im persönlichen Gespräch auf konkrete Angebote in ihrer Nachbarschaft aufmerksam gemacht.

Eine andere Gelegenheit, ältere Menschen zu erreichen, bieten verschiedene Veranstaltungen im Stadtbezirk. In Eving wurde einmal im Jahr ein Senioren- und Gesundheitstag organisiert, auf dem verschiedene Referenten/innen und Anbieter von Gesundheitsleistungen rund um das Thema Gesundheit informierten. Dieser direkte Zugang wurde dazu genutzt, ältere Menschen nach ihren Wünschen und Bedürf-

nissen in Bezug auf gesundheitsfördernde Maßnahmen zu befragen und sie zugleich auf das Angebotsspektrum des Projektes aufmerksam zu machen.

Um ältere Menschen in ihrem Alltagsleben zu erreichen, wurde ein Einkaufszentrum in Eving zur Verteilung der aktuellen Kursprogramme gewählt. Wichtig war hierbei, dass ältere Menschen persönlich angesprochen und informiert wurden.

Mit diesen Aktionen wurden in lockerer Atmosphäre und in alltagsnahen Situationen neue Gelegenheiten geschaffen, um das Thema Gesundheitsförderung bei älteren Menschen im Stadtbezirk stärker ins Bewusstsein zu rufen und für eine Teilnahme an entsprechenden Angeboten zu werben.

Begleitend zu den verschiedenen Informationsaktionen wurde eine Liste mit den Kontaktdaten von Interessenten geführt. Diese wurden bei einem entsprechenden Angebot persönlich angeschrieben bzw. angerufen. Damit war eine längerfristige Kontaktpflege gewährleistet, um gezielt und kontinuierlich über Angebote zu informieren.

Informationen alleine genügen jedoch nicht, um ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen bzw. mit besonderen Bedürfnissen zu erreichen. Hierzu müssen zusätzliche Anreize und geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden (z. B. muttersprachliche Angebote für SeniorInnen türkischer Herkunft oder Bring- und Abholdienste für ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen).

## Einbindung und Partizipation der Zielgruppen

Grundsätzlich gibt es verschiedene Möglichkeiten, ältere Menschen aktiv in ein Projekt zur Gesundheitsförderung einzubinden. Wichtig ist es, bereits vorhandene Ressourcen und Potenziale der Zielgruppen zu nutzen sowie deren Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf Gesundheit zu beachten. Um zu erfahren, welche das sind, wurden in Eving schriftliche und mündliche Befragungen durchgeführt. Dazu wurden Fragebögen entwickelt, in denen sowohl Wünsche und Bedürfnisse als auch Barrieren und Hindernisse ermittelt wurden.

Ergänzend dazu wurden in allen drei Stadtteilen „Stadtteilgespräche“ organisiert, deren Zweck es war, mit älteren Menschen über Gesundheitsthemen ins Gespräch zu kommen und deren Erwartungen an gesundheitsfördernde Maßnahmen und Präventionsangebote zu erörtern.

Eine weitere Form, ältere Menschen zu beteiligen, ist die Einbindung in eine Projekt- oder Steuerungsgruppe. In Eving wurde der partizipative Ansatz u. a. dadurch verfolgt, dass bereits zu Beginn des Projektes – stellvertretend für die Gruppe der älteren Menschen türkischer Herkunft – ein Vertreter des Interkulturellen Treffs Mitglied der Steuerungsgruppe wurde. Des Weiteren wurde eine ehrenamtliche Mitarbeiterin des Seniorenbüros eingebunden, die sich vor allem bei der Entwicklung der gesundheitsfördernden Angebote und bei der Gestaltung der Stadtteilgespräche engagierte.

Die direkte Einbindung ehrenamtlich engagierter älterer Menschen in eine Projekt- und Steuerungsgruppe hat grundsätzlich folgende Vorteile:

- Das Setting (z. B. der Stadtteil) wird aus der Perspektive der Betroffenen betrachtet.
- Handlungsbedarfe und Barrieren werden gemeinsam mit Älteren leichter und schneller identifiziert.
- Rahmenbedingungen, die mit Älteren gestaltet werden, sind nachhaltiger und wirkungsvoller, da diese oft bereit sind, selbst Aufgaben zu übernehmen.
- Gesundheitsfördernde Angebote können passgenauer und bedarfsgerechter entwickelt werden.
- Mit selbstentwickelten Angeboten können sich ältere Menschen stärker identifizieren. Dies hat zugleich einen motivierenden Effekt, was sich unter anderem in höheren Teilnehmerzahlen widerspiegelt.

## Nachhaltigkeit

Im Projektstandort Dortmund-Eving konnte eine strukturelle Nachhaltigkeit dadurch gewährleistet werden, dass das Thema Gesundheitsförderung im Alter als Handlungsfeld im Stadtbezirk beim Runden Tisch „Netzwerk Senioren“ verankert wurde. Nachhaltigkeit zeigt sich u. a. auch darin, dass weiterhin gesundheitsfördernde Angebote in Form von Informationsveranstaltungen durchgeführt werden.



Neben der Entwicklung von Strukturen, wie dem Aufbau eines Netzwerks, wurden im Rahmen des Projektes auch zahlreiche Kurse entwickelt, die in das Regelangebot verschiedener Anbieter im Stadtbezirk integriert werden konnten und somit auch nach Projektende weiter bestehen bleiben.

Um darüber hinausgehende bewährte Strukturen und Strategien im Stadtbezirk auch nach Beendigung des Projektes aufrechterhalten und fortführen zu können, wäre die Einrichtung einer koordinierenden Stelle hilfreich. Voraussetzung hierfür ist die Entwicklung eines neuen Finanzierungsmodells, in dem Mittel aus verschiedenen Finanzierungsquellen (z. B. gesetzliche Krankenkassen, Kommunen, Spenden und Sponsoring, usw.) systematisch zusammengeführt werden.

### **Schlussfolgerungen und Perspektiven**

Insgesamt ist festzustellen, dass Prävention und Gesundheitsförderung grundsätzlich wichtige Instrumente zur Überwindung und zum Abbau sozialer Ungleichheiten in den Gesundheitschancen darstellen. Allerdings scheint eine weitverbreitete „Mittelschichtorientierung“ in der Praxis der Gesundheitsförderung und die damit einhergehende selektive Nutzung eher zu einer Vertiefung bestehender Unterschiede beizutragen als zu ihrer Nivellierung. Es ist daher von besonderer Bedeutung, Methoden und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention auch auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen zuzuschneiden, sollen Prozesse der gesundheitlichen Be-

nachteiligung vermieden werden. Aus den vorliegenden Ergebnissen und Erfahrungen lassen sich vor allem folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- Grundsätzlich muss es darum gehen, Konzepte der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses und einer salutogenetischen Sichtweise weiterzuentwickeln. Dies bedeutet, dass bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten physische, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit gleichermaßen berücksichtigt werden sollten. Insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe der älteren Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen mit häufig multiplen Risikokonstellationen erscheinen ganzheitliche Angebote, die die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit integrieren, besonders geeignet und effektiv.
- Den sozialen Beziehungen und Austauschmöglichkeiten kommt im Bereich der Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu. Die Unterstützung von Netzwerk- und Gruppenbildungsprozessen unter älteren Menschen sollte daher als Maßnahme der Gesundheitsförderung anerkannt und gezielt gefördert werden. Diese sind nicht zuletzt gute Anknüpfungspunkte für Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsbildung und Persönlichkeitsentwicklung, wodurch die Wirksamkeit von spezifischen Präventionsmaßnahmen, z. B. im Bereich der Bewegung und Ernährung, wesentlich erhöht werden kann.

- Grundsätzlich sollte es darum gehen, die Ressourcen und Potenziale der älteren Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen zu stärken und ihre Mitgestaltung, Eigeninitiative und Selbstverantwortung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Die o. g. Gruppenbildungen sind dafür eine wichtige Grundlage. Damit die partizipativen Potenziale solcher Gruppenbildungen in hohem Maße zur Entfaltung kommen können, ist eine fachliche Begleitung unter Berücksichtigung zentraler Qualitätskriterien moderner Seniorenarbeit und Altersbildung unerlässlich.
- Ein weiterer wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention bezogen auf ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen ist die Förderung der Zusammenarbeit relevanter Akteure in der Kommune und in den Stadtteilen. Dabei geht es insbesondere um eine stärkere Vernetzung verschiedener kommunaler Handlungsfelder (Soziales, Gesundheit, Migration/Integration, Wohnen, Sport, Bildung etc.). Hilfreich hierfür wäre die Einrichtung eines koordinierenden Gremiums bzw. eines Netzwerks.
- Ein zentraler Aspekt zur Förderung des Zugangs und der Beteiligung älterer Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen an Präventionsmaßnahmen ist die Entwicklung geeigneter Finanzierungsmodelle. Dabei sollte es u. a. darum gehen, Vorleistungsverpflichtungen der AngebotsteilnehmerInnen zu vermeiden und den Verwaltungsaufwand für die

Anbieter von Präventionsmaßnahmen zu reduzieren.

Eine vielversprechende Strategie wäre zudem, die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Sozialräume auszuweiten, indem z. B. Begegnungsstätten oder Treffpunkte älterer Menschen, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren, mit Mitteln z. B. der Krankenkassen aus dem Bereich der sogenannten „Settingförderung“ finanziell unterstützt werden. Generell sollte zudem die im Setting-Ansatz angelegte Kombination kontextbezogener und individueller gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen gezielt umgesetzt werden.

#### Literatur

- Gold, C., Bräunling, S., Kammerer, K., Köster, M., Lehmann, F. & Wolter, B. (2010). Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Heft 6, 2. Aufl., hrsg. von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin.
- Hollbach-Grömig, B. & Seidel-Schulze A. (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Eine Bestandsaufnahme. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kilian, H., Geene R. & Philippi T. (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In: Rosenbrock, Rolf (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. 1. Aufl. (S. 151-232). Bremerhaven: Wirtschaftsverl. N W Verl. für neue Wiss.
- Kümpers, S. (2008). Der Stadtteil als Setting für Primärprävention mit sozio-ökonomisch benachteiligten älteren Menschen – Erkenntnisstand und Forschungsbedarf. In: Richter, A., Bunzendahl, I. & Altgeld, T. (Hrsg.). Dünne Rente - dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit - neue Herausforderungen für Ar-

mutsprävention und Gesundheitsförderung. (S. 133–148). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Lis, K., Olbermann, E., von Koenen, C. & Wisniewski, G. (2011). Praxishandbuch „Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk“. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Dortmund: Institut für Gerontologie. [http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Projektdateien/110708\\_Praxishandbuch\\_Aelter\\_werden\\_in\\_Eving\\_v01.pdf](http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Projektdateien/110708_Praxishandbuch_Aelter_werden_in_Eving_v01.pdf)
- Kuhlmann, A. (2009). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Dortmund: Institut für Gerontologie.
- Lampert, T., Saß, A.-C., Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Berlin: Sala Druck.
- Naegele, G. (2004): Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter – ein neues Handlungsfeld für die Sozialpolitik. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 4, 20-28.
- Olbermann, E. (2010). Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Praxisleitfaden zum gleichnamigen Forschungsprojekt. Dortmund: Institut für Gerontologie.
- Wum, S. & Tesch-Römer, C. (2007). Stand der Altersforschung: Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung. Informationsdienst Altersfragen, 34 (1), 2-6.

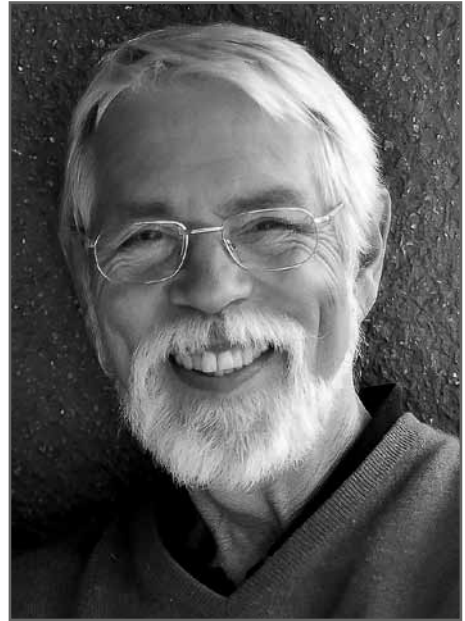
## Dr. Peter Zeman

Deutsches Zentrum für Altersfragen  
Berlin

### Teilhabe der Älteren durch Bürgerschaftliches Engagement

---

Die Leitbilder eines „guten Alters“ haben sich in den vergangenen Jahren erheblich verändert. Noch in den 1970er-Jahren war die Vorstellung eines friedvollen Rückzugs in den Schaukelstuhl für viele Menschen attraktiv und gesellschaftlich weitgehend anerkannt. Schon bald darauf rückte jedoch die Idee der „Aktivierung“ der Älteren in den Mittelpunkt des altenpolitischen Interesses. Aktivitäten und Teilhabe des in den 80ern progagierten sogenannten „aktiven Seniors“ begrenzten sich jedoch weitgehend auf Angebote der Altenhilfe. Heute – wir befinden uns im „Europäischen Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität der Generationen“ – sind die Erwartungen an die Teilhabe des Alters weit höher. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und eines tiefgehenden Bedeutungswandels des Alters hat sich eine neue, bewusst generationenverbindende Seniorenpolitik entwickelt, die weit über den Rahmen traditioneller kommunaler Altenhilfepolitik hinausweist, sich mit vielen anderen Politikfeldern vernetzt und die Älteren nicht mehr nur als Zielgruppe von Leistungen und Angeboten wahrnimmt, sondern auch als eine wachsende, kompetente und teilweise sehr ressourcenstarke Gruppe



bürgerschaftlicher Akteure, die sich für andere und das Gemeinwohl engagiert. Beteiligung durch bürgerschaftliches Engagement verspricht immer einen doppelten Nutzen: einerseits für die Gesellschaft – konkret: für andere Menschen, die Unterstützung brauchen, aber auch für die Gemeinde und für die Lebensqualität im sozialen und räumlichen Umfeld –, andererseits für die engagierten Menschen selbst. Dies gilt gerade auch für Ältere. Engagementförderung, die sich auf ältere Menschen bezieht – als Zielgruppe wie als Akteure –, ist daher zu einer wichtigen politischen Aufgabe geworden. Dies zeigt sich z. B. in kommunalen Strategien, die sich auf „Demografiefestigkeit“ richten. Dafür ist es wichtig zu wissen, was Menschen dazu bewegt, sich im Alter zu engagieren, was sie daran hindert, und welche Rahmenbedingungen sie brauchen, damit ihre Teilhabe durch Engagement auch gelingt.

## **Wandel der Altersbilder: Vom Schaukelstuhl über den „aktiven Senior“ zum Bürgerengagement**

In den 1970er-Jahren gab es jeden Montag am Nachmittag ein Fernsehmagazin für ältere Menschen. Es hatte den bezeichnenden Titel „Schaukelstuhl“ und war damals bei älteren Zuschauern recht beliebt. Wie würde die Quote wohl heute aussehen? Heute erwartet man, dass man auch im Alter noch einiges stemmen kann. Viele Ältere fühlen sich vom Fitnesscenter mehr angezogen als vom Schaukelstuhl – und das wollen sie möglichst lange auch so beibehalten. Dem Schaukelstuhl als Symbol für ein gutes Alter wurde aber auch schon damals ein anderes Leitbild gegenübergestellt: der sogenannte „aktive Senior“.

Das ist nun über 40 Jahre her, aber die Förderung von Aktivität im Alter steht – wir haben gerade das EU-Jahr des „aktiven Alters“ – mehr denn je auf dem Programm (Europäische Kommission 2011).

Allerdings haben sich die Ansprüche an ein aktives Altern inzwischen stark verändert. Immer schon verbindet sich mit dem Aktivsein im Alter unter anderem auch das Ziel, dadurch am sozialen Geschehen beteiligt zu sein und zu bleiben. Während wir aber heute dabei immer mehr die Vorstellung bürgerschaftlicher Mitverantwortung und Mitgestaltung haben, war der sogenannte „aktive Senior“ vor allem ein Leitbild der Altenhilfe. „Der alte Mensch“, so hieß es oft, sollte aktiviert werden. Seine Aktivitäten bestanden dann allerdings primär aus Geselligkeit und dem Konsum von Freizeitangeboten. Der alte Mensch sollte zugleich

„produktiv“ sein, und er sollte „teilhaben“. Aber Produktivität zeigte sich vor allem im Basteln, und Teilhabe fand am ehesten in den Rückzugsnischen des Altenklub- und Seniorenfreizeitstätten-Kultur oder in unpolitischen Senioren-Großveranstaltungen statt. Das alles gibt es nach wie vor – und es macht ja auch Spaß, und für bestimmte Gruppen unter den Älteren mag es sehr nützlich sein, auf diese Art aktiv zu sein und teilzuhaben. Andere streben alternativ – oder vielleicht auch zusätzlich – zu anderen Formen der Aktivität und Teilhabe. Hier hat sich ein neues und sehr breites Spektrum entwickelt, über das uns mittlerweile zahlreiche Dokumentationen von „best practice“ Auskunft geben.

## **Erweiterung der Perspektive auf das Alter**

Insgesamt hat in der politischen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Alter eine beachtliche Erweiterung der Perspektive stattgefunden: Von einem sehr pauschal unterstellten Betreuungs- und Beschäftigungsbedarf hin zur Hilfe zur Selbsthilfe, zum Empowerment und zu einem genaueren Blick auf die Kompetenzen, Ressourcen und Potenziale, über die viele Ältere verfügen. Und immer mehr auch darauf, wie diese Kompetenzen – allen voran das besondere Erfahrungswissen der Älteren – sich in bürgerschaftliches Engagement einbringen. Auf der politischen Ebene spiegelt sich dies in neuen Konzepten der Alten- und Seniorenpolitik, die weit über die traditionelle Altenhilfe hinausreichen.

## **Neue Konzepte der Altenpolitik**

Altenpolitik wird heute – dies ist zumindest

der Anspruch, auch wenn es nicht immer gelingt – nicht mehr nur für Ältere gemacht, sondern mit ihnen und von ihnen selbst. Hier zeigt sich ein neues Verständnis von Teilhabe. Seniorenpolitik, die sich als zeitgemäß und zukunfts offen begreift, will Ältere zur Eigenverantwortung und Mitverantwortung anregen. Allerdings setzt dies voraus, die notwendige Unterstützung dafür zu leisten, die Menschen zu stärken und zu ermutigen und die erforderlichen Rahmenbedingungen zu sichern (Zeman 2009, 2010). Im Hintergrund steht einerseits die deutliche Zunahme des Engagements der Älteren, andererseits die politische Einsicht, dass auf ihr bürgerschaftliches Engagement nicht verzichtet werden kann – und in Zukunft noch weniger als heute schon.

Längst gibt es – vor allem auf der kommunalen Ebene – viele gute Beispiele für ein wirkungsvolles Engagement Älterer und die Beteiligung älterer Bürger an der Gestaltung der Kommune und ihres sozialräumlichen Umfelds (vgl. Bischof & Weigl 2010). Einige Kommunen haben sogenannte Demografiekonzepte entwickelt. Sie haben erkannt, dass der demografische Wandel umfassende Strategien erfordert, zu denen auch die systematische Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements von älteren Bürgern gehört. Solche demografiesensiblen kommunalpolitischen Konzepte richten sich nicht nur auf wirtschaftliche Standort-sicherung und den Versuch, junge Familien anzusiedeln und zu halten, sondern gleichermaßen auf die Altersfreundlichkeit der Kommune, auf Generationengerechtigkeit in den öffentlichen Angeboten und Leistungen, auf die Schaffung eines altersfreundlichen,

familien- und kinderfreundlichen Umfelds und die Förderung eines Dialogs der Generationen. Bei allen Bemühungen dieser Art spielt die Beteiligung Älterer eine zentrale Rolle, und dies im doppelten Sinn: einerseits als Zielgruppe, die der Unterstützung durch engagierte Menschen bedarf, andererseits als Akteure, die sich für andere Menschen engagieren, für jüngere ebenso wie für gleichaltrige und ältere.

Wenn wir also heute von aktivem Altern und von der Teilhabe älterer Menschen sprechen, verbindet sich damit ein anderer Anspruch als in den 1970er-Jahren. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels hat sich die Bedeutung des Alters in vieler Hinsicht stark verändert, und damit haben sich auch die Erwartungen an Teilhabe und Engagement der Älteren verändert. Ihre eigenen Erwartungen sind gestiegen, aber auch die Erwartungen, welche die Gesellschaft an sie richtet.

### **Bedeutungswandel des Alters – Konsequenzen für Engagement und Beteiligung**

Die vielzitierten gesellschaftlichen Herausforderungen durch den demografischen Wandel sind keine Zukunftsmusik mehr: Beispiele sind die Heraufsetzung der Ruhestandsgrenze, aber auch der zunehmende Mangel an Pflegepersonal, die Notwendigkeit, die sozialen Sicherungssysteme, die Versorgungs- und Infrastrukturen an eine alternde Bevölkerung anzupassen. Aber auch das Alter als Phase im individuellen Lebenslauf hat sich verändert: Es ist heute keine „Restzeit“ mehr, wie noch im Leben unserer Großeltern, sondern eine durchaus

eigenständige und lange Lebensphase. Nicht nur die Lebenserwartung hat zugenommen, sondern auch die Zahl der aktiven und relativ gesunden Jahre. Es geht nicht mehr um den Ruhestand als eine Art Feierabend des Lebens, sondern als einen Möglichkeitsraum, der auch noch viele Perspektiven enthalten kann. Ein Stichwort in diesem Zusammenhang heißt: „späte Freiheit“, wobei die Möglichkeiten, daraus Gewinn zu ziehen, allerdings sozial ungleich verteilt sind. Im Übrigen fällt es vielen Menschen sicher leichter, zu sagen, wovon sie sich befreit fühlen, als wofür sie diese Freiheit nun nutzen können und wollen. Neu ist auch unser zunehmendes Wissen, dass wir den Alternsprozess in vieler Hinsicht positiv beeinflussen können. Die Altersforschung spricht hier von Plastizität, und in unzähligen Seniorenratgebern finden sich Beispiele, was man durch Training, Bewegung und eine gesunde Lebensweise erreichen kann.

Allerdings gehen die Ansprüche aktiver älterer Menschen übers Fitnessstudio hinaus. Sie wollen vollgültige und sozial eingebundene Mitglieder der Gesellschaft sein und dies auch dann bleiben, wenn gesundheitliche Einschränkungen und Mobilitätsprobleme zunehmen. Es geht ihnen um Teilhabe.

Was aber Teilhabe im Einzelnen bedeutet, und ob und wie sehr sich dies mit Engagement verbindet – das kann sehr unterschiedlich sein. Die Lebenslagen und Lebensstile der Menschen im Alter sind eben außerordentlich vielfältig, und sie sind durch erhebliche soziale Unterschiede geprägt. So zeigt die Forschung einerseits, dass die sogenannten Potenziale des Alters zugenommen

haben – es gibt eine von Jahrgang zu Jahrgang durchschnittlich bessere Gesundheit, ein höheres Bildungsniveau, bessere finanzielle Situationen. Damit sind neue Möglichkeiten entstanden, das Leben im Alter nicht nur für sich selbst, sondern auch zum Wohle anderer sinnvoll und zufriedenstellend zu gestalten.

Allerdings wissen wir auch, dass diese Potenziale immer ein Ergebnis lebenslanger Entwicklung sind, insbesondere der Erwerbs- und Bildungsbiografie, und dass all das durch die soziale Herkunft, das Geschlecht sowie die für das jeweilige soziale Umfeld charakteristischen Lebenslagen, Normen und Rollenvorstellungen beeinflusst ist. Ähnlich wie der Gesundheitszustand und das Bildungsniveau haben also auch Mitverantwortung und Selbstverantwortung sowie Selbstsorge im Alter ihre biografischen und lebenslage-spezifischen Voraussetzungen. Es bleibt eine wichtige alten- und engagementpolitische Aufgabe, auch Menschen mit ungünstigen Voraussetzungen die Beteiligung durch Engagement zu erleichtern (BMFSFJ 2005, 48 ff).

### **Engagementbeteiligung**

Die Zahl der Menschen, die sich freiwillig engagieren, nimmt seit Jahren zu. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass ihr Anteil von 22,6 % im Jahre 1985 auf heute 35 % (BMFSFJ 2010) gestiegen ist. In Deutschland gibt es heute rund 600.000 eingetragene Vereine, über 16.000 Stiftungen und zahlreiche zivilgesellschaftliche Organisationen in unterschiedlichen Rechtsformen. Auch für Ältere bedeutet dies viele Möglichkeiten, Teilhabe durch Engagement zu erfahren.

Dies ist aber nur die Spitze des Eisbergs, denn die Fülle der weniger formalisierten Projekte, der nachbarschaftlichen Initiativen oder des darüber hinausgehenden sogenannten informellen Engagements ist keineswegs erfasst (vgl. Alscher et al. 2009, 7). Aus einer aktuellen europäischen Untersuchung wissen wir, dass zwei Drittel der Menschen sich in irgendeiner Weise informell engagieren. Auch dies bedeutet Teilhabe.

Der Freiwilligensurvey (2009) zeigt, bei den älteren Menschen gab es in den vergangenen zehn Jahren eine besonders deutliche und kontinuierliche Steigerung des freiwilligen Engagements: Unter den Über-65-Jährigen stieg die Engagementquote von 23 % (1999) auf 26 % (2004) und auf 28 % (2009). Zwischen 1999 und 2004 nahm besonders das Engagement der 60- bis 69-Jährigen zu, zwischen 2004 und 2009 vor allem das der ab 70-Jährigen (1999: 20 %, 2004: 22 %, 2009: 26 %). Bis zur Altersgrenze von 75 Jahren ist das Engagement der Älteren insgesamt mit 29 % bemerkenswert hoch. Wegen ihrer steigenden Fitness und ihres verbesserten Bildungsniveaus werden die älteren Menschen weiterhin für freiwilliges Engagement aufgeschlossen sein – sich jedoch in steigendem Maße als kritische und selbstbewusste Engagierte erweisen.

### **Engagementbereiche und Organisationsformen**

In ganz Europa und auch in Deutschland liegen die Schwerpunkte des freiwilligen Engagements älterer Menschen im kirchlichen und sozialen Bereich (BMFSFJ 2010, Europäische Kommission 2012). Allerdings hat sich der

Sport als dritter Schwerpunkt des Engagements etabliert, was mit der zunehmenden Fitness der Älteren zu tun haben dürfte bzw. mit ihrem Bedürfnis, länger fit zu bleiben. Weiterhin sind Kultur und Musik sowie der Freizeitbereich größere Domänen des Engagements älterer Menschen. Auffällig ist die relativ kontinuierliche Zunahme des Engagements Älterer in den Bereichen Umwelt- und Tierschutz, Politik und bürgerschaftliches Engagement am Wohnort. Zwar kümmern sich die Älteren vermehrt um gesundheitlich geschwächte bzw. höher betagte ältere Menschen, dennoch richtet sich das Engagement der Älteren in steigendem Maße auch direkt auf die Mitgestaltung des Gemeinwesens.

### ***Männer und Frauen engagieren sich in unterschiedlichen Bereichen unterschiedlich stark:***

Bei älteren Männern hat das sportliche Engagement einen Umfang erreicht, der etwa dem Durchschnitt der gesamten Bevölkerung entspricht (10 %). Frauen sind ungleich weniger sportlich engagiert (4 %). Auch das inzwischen stark gewachsene ökologische und politische Engagement wird besonders durch die älteren Männer repräsentiert. Dagegen werden die typischen Schwerpunkte des Engagements älterer Menschen weiterhin ganz besonders markant durch die Frauen gesetzt, sowohl im Bereich Soziales als auch im Bereich Kirche und Religion. Das Engagement für die ihnen altersmäßig am nächsten stehende Zielgruppe der älteren Menschen hat sowohl bei älteren Frauen als auch bei älteren Männern zugenommen. Mit 41 % der Engagierten, die sich im Engagement vorrangig um ältere Menschen kümmern, sind allerdings auch heute die älteren



Frauen in dieser Hinsicht wesentlich stärker aktiv als die Männer (24 %). Frauen kümmern sich im Rahmen ihres Engagements auch mehr um die hochbetagten Seniorinnen und Senioren.

Generell spielen sich freiwillige Tätigkeiten vor allem in Vereinen ab. Dann kommen jedoch schon Kirchen und Religionsgemeinschaften – vor allem bei Engagierten ab 70 Jahren. Ältere Menschen engagieren sich weniger in öffentlichen Einrichtungen wie Schulen und Kindergärten, in denen wie zu erwarten vor allem die Elterngeneration aktiv ist, dafür sehr oft in (Wohlfahrts-) Verbänden, Parteien und Gewerkschaften (BMFSFJ 2010). Von wachsender Bedeutung – zumindest in den bürgerlichen Mittelschichten der neuen Alterskohorten – sind Formen der Selbstorganisation. Sie können sehr unterschiedlich sein und reichen von kleinen Teams, die gemeinsame Projekte verfolgen, bis hin zur großen Bürgerinitiative.

### **Beweggründe, sich zu engagieren**

Der deutsche Freiwilligensurvey zeigt, dass es sehr oft um das Bedürfnis geht, sich irgendwie in die Gestaltung der Gesellschaft einbringen zu wollen. Dies gilt übrigens für alle Altersgruppen. Viele wollen dabei aber auch „mit anderen Menschen zusammenkommen“. Dieser Aspekt ist für ältere Engagierte noch wichtiger als für jüngere. Ältere Menschen bringen auch deutlicher als jüngere eine von der sozialen Pflicht her bestimmte Haltung in ihr Engagement ein („Mein Engagement ist eine Aufgabe, die gemacht werden muss, und für die sich schwer jemand findet“). Das deckt sich damit, dass viele ältere Menschen Wertorientierungen

vertreten, die die Lebensführung auch insgesamt auf Pflichterfüllung hin orientieren. Ältere Menschen bekunden außerdem vermehrt politische Motive, sich freiwillig zu engagieren, was mit dem erhöhten politischen Interesse in dieser Altersgruppe einhergeht. Wenn ältere Menschen mehr als jüngere Wertorientierungen und Motive der Pflicht betonen, heißt das jedoch nicht, dass es ihnen beim freiwilligen Engagement nicht auch um Freude an der Tätigkeit und um eine Erweiterung ihres Horizontes ginge. Genauso wie die Bevölkerung im Alter bis zu 59 Jahren wollen die meisten älteren Menschen, dass freiwilliges Engagement Spaß bereitet und den Kontakt mit interessanten Menschen fördert. Ein eher alters-typisches Motiv ist es, durch Engagement körperlich und geistig fit bleiben zu wollen. Allerdings zeigt der Freiwilligensurvey auch, dass sich die Motive verschieben können: Bei den jüngeren Menschen haben im Freiwilligensurvey 2009 die Pflichtmotive und die Gemeinwohlorientierung erkennbar zugenommen, während ältere Menschen nun zunehmend persönliche Motive betonen (BMFSFJ 2010).

Diese Forschungsergebnisse decken sich mit Beobachtungen, die wir in einschlägigen Modellprogrammen machen konnten (EFI, Selbstorganisation älterer Menschen, Aktiv im Alter). Wir haben viele Beispiele dafür, dass ältere Menschen nicht nur sehr motiviert, sondern auch hervorragend qualifiziert sind, durch ihr Engagement eine wirkungsvolle Rolle in der Zivilgesellschaft zu spielen. Deutlich wurde aber auch, dass sie sich dabei nicht einfach fremdbestimmt „einsetzen“ lassen wollen, sondern freiwillig, aus

einer Art Selbstverpflichtung, aktiv werden wollen. Vielen ist es wichtig, dabei ihre – oft ja erst im Alter gewonnene – „Zeitsouveränität“ nicht aufgeben zu müssen. Und sie wollen individuelle Selbstentfaltung und gesellschaftliche Mitgestaltung miteinander verbinden können. Es geht eigentlich nie um klar voneinander abgegrenzte Beweggründe, eher um „Motivbündel“. Immer aber spielen Bedürfnisse nach Teilhabe dabei mit. Die vielen unterschiedlichen Tätigkeiten und Organisationsformen, in denen sich ältere Menschen heute engagieren, zeigen zugleich, wie viele Facetten Teilhabe hat, und wie unterschiedlich die Ebenen sind, auf denen sie stattfinden kann.

### **Wie kann, wie muss Engagement gefördert werden?**

Wir wissen, dass bei Weitem nicht alle Menschen bereit sind, sich zu engagieren, und manche Menschen zwar die Bereitschaft dazu äußern, sie aber bislang nicht in die Tat umgesetzt haben. Wie kann man, wie muss man das Engagement fördern? Zum Teil geben die Menschen selbst Hinweise darauf, was zu tun ist, etwa wenn sie sagen, sie hätten noch gar nicht darüber nachgedacht, oder dass sie noch niemand gefragt hat. Man muss sie also offenbar anregen, darüber nachzudenken, und man muss sie konkret fragen. Häufig bedeutet dies, mit ihnen gemeinsam eine Aufgabe zu skizzieren, die einerseits präzise genug ist, um konkrete Anreize zu bieten, andererseits aber genügend Spielraum für Mitgestaltung und Mitverantwortung eröffnet.

Entscheidend sind Information und Beratung, die Klärung der eigenen Interessen

und darauf aufbauende Zielfindung, sowie die Stärkung vorhandener Fähigkeiten, das sogenannte „Empowerment“, und gegebenenfalls die Vermittlung von Qualifikationen, die für ein spezielles Engagement gebraucht werden. Hier hat Weiterbildung eine wichtige Funktion – sie ist aber grundsätzlich sehr wichtig, denn alle Untersuchungen zeigen ja, dass die Engagementbereitschaft und -fähigkeit eng mit Bildung verknüpft ist.

Allgemeingültige Förderstrategien und -instrumente sind auch für ältere Menschen wichtig. Die Stichworte heißen: „Recht, Geld und Infrastruktur“ (Zeman 2008).

Hinsichtlich der rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen sind Verbesserungen zu verzeichnen. Es wurden Versicherungsmöglichkeiten geschaffen, und es gibt mittlerweile steuerrechtliche Erleichterungen und Anreize – die allerdings für viele Ältere, die ohnehin kaum Steuern zahlen, nicht sehr attraktiv sind; die Frage der Aufwandsentschädigung erscheint hier, insbesondere mit Blick auf eine neue Altersarmut, relevanter. Wichtig ist auch eine Entbürokratisierung von Verwaltungsstrukturen, die für das Engagement zugänglicher und transparenter werden müssen.

Eine möglichst flächendeckende Infrastruktur von Agenturen zur Unterstützung und Vermittlung von bürgerschaftlichem Engagement (Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros, Freiwilligenagenturen) ist besonders wichtig. Solche Anlauf- und Informationsstellen dienen der Koordinierung und Vernetzung von Engagementangeboten und Nachfrage. Sie beraten und informieren beide Seiten, Freiwillige und

Organisationen, und eröffnen Engagementformen und -möglichkeiten vor Ort. Darüber hinaus bieten sie Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch, stellen Weiterbildung und Supervision bereit und unterstützen die Selbstorganisation von engagierten Älteren durch Öffentlichkeitsarbeit sowie durch Räume, Bürotechnik, PC- und Internetzugang. Zur Sicherung der Kontinuität und Verlässlichkeit sind hauptamtliche Mitarbeiter in den Infrastruktureinrichtungen unverzichtbar (vgl. u. a. Keupp 2003; Engels, Braun, & Burmeister 2007).

Als wichtige Rahmenbedingung gilt ferner ein politisch förderliches Klima, in dem bürgerschaftliches Handeln als zentraler Bestandteil der politischen Kultur geschätzt wird (Bürgermeister). Für eine produktive zivilgesellschaftliche Handlungsperspektive bedarf es ferner kooperativ gestalteter Schnittstellen zur Kommunalverwaltung. Das Gleiche gilt für öffentliche Institutionen – Schulen, Kindergärten, Krankenhäuser etc. –, deren Öffnung für das bürgerschaftliche Engagement immer wieder Gegenstand der Diskussion ist. Solche Schnittstellen brauchen eine Besetzung mit hauptamtlichem Personal, welches dafür entsprechend qualifiziert ist. Auch hier besteht ein großer Bedarf an Weiterbildung.

Ein weiteres unverzichtbares Element der Engagementförderung ist die sogenannte Anerkennungskultur. Sie umfasst traditionelle und neuere Formen der Würdigung und Auszeichnung, Möglichkeiten der Partizipation in Einrichtungen, Diensten und Organisationen, die Bereitstellung sachlicher, personeller und finanzieller Ressourcen, das

Sichtbarmachen des Engagements in der Öffentlichkeit und in den Medien.

Gängige Anerkennungsformen sind: Zertifizierungen, Freiwilligenpässe, kleine Geschenke, Vergünstigungen bei der Nutzung verbandlicher und öffentlicher Dienste und Angebote, ein Blumenstrauß, ein gemeinsames Festessen – und nicht zu vergessen die goldene Ehrennadel, das Bundesverdienstkreuz und der Handschlag des Bürgermeisters, des Ministerpräsidenten, des Bundespräsidenten. Anerkennung zeigt sich aber vor allem bei der konkreten Ausübung des Engagements: in der Gewährung von professioneller Unterstützung und Gestaltungsspielräumen, in partnerschaftlicher Kooperation mit Hauptamtlichen – „auf Augenhöhe“, wie es so schön heißt. Alle diese Anerkennungsformen sind angesichts der beklagten unzureichenden Öffnung von Institutionen und Organisationen für das bürgerschaftliche Engagement längst noch keine Selbstverständlichkeiten. Auch Angebote zur Weiterbildung sind als ein wichtiger Baustein der Anerkennungskultur zu sehen. Besonders hervorzuheben, gerade mit Blick auf Menschen, die auf dem Weg zum Engagement Barrieren zu überwinden haben, ist die Strategie des sogenannten „Empowerment“.

Abschließend möchte ich noch einmal die Frage nach dem Nutzen von Engagement und Beteiligung aufgreifen.

### **Worin besteht der Nutzen des Engagements im Alter?**

Wie kommt es, dass das Engagement Älterer heute immer mehr Beachtung findet? Dies liegt nicht nur an der wachsenden Zahl

älterer Engagierter und an den Ressourcen, die sie mitbringen, es dürfte auch daran liegen, dass aus ihrem Engagement immer ein doppelter Nutzen erwächst: für sie selbst und für die Gesellschaft. Um diesen doppelten Nutzen dreht sich letztlich der gesamte alterswissenschaftliche und seniorenpolitische Diskurs zum Thema „Engagement und Alter“.

Worin besteht der Nutzen für die Gesellschaft? Zweifellos haben die zahllosen unentgeltlich erbrachten Leistungen und Dienstleistungen älterer Menschen, ihre Hilfe und Unterstützung für andere und ihre Beteiligung an Leistungen für das Gemeinwohl erheblich indirekte Effekte für die Volkswirtschaft. Das alles ist monetär schwer zu berechnen, und es mag sogar zweifelhaft sein, dies zu tun. Gesellschaftlich ebenso nützlich ist die Stärkung der eigenen Selbstständigkeit, der Selbstverantwortung und nicht zuletzt die gesundheitliche Prophylaxe, die damit verbunden ist – dies spart öffentliche Versorgungskosten. Besonders nützlich aber, wenngleich noch weniger mit Zahlen zu belegen, dürfte der von engagierten Älteren geleistete Beitrag zum sozialen Zusammenhalt und zur Solidarität in der Gesellschaft sein, sei es als Mentoren der Jüngeren, als lebensweltliche Helfer für alte Menschen, die ins soziale Abseits zu geraten drohen, als politische Interessenvertreter und durch ihre Anwaltschaft für andere, weniger artikulationsfähige und durchsetzungsfähige Menschen – nicht nur Ältere.

Durch ihr Beispiel tragen engagierte Ältere überdies dazu bei, negative Altersbilder und Altersängste zu entkräften. Sie mehren das

soziale Kapital der Gesellschaft und werden so zu einer gesellschaftlichen Quelle für mehr Vertrauen und Solidarität.

Worin besteht der Nutzen für die engagierten Älteren selbst? Engagement und Beteiligung bedeuten nicht nur „irgendwie aktiv zu sein“, sondern etwas zu tun, was allgemein als sinnvoll anerkannt wird. Man kann dabei auf viele Arten produktiv sein, sich neuen Herausforderungen stellen, und wenn man sie meistert, hat man entsprechende Erfolgserlebnisse. Es entstehen neue Kontakte, und es gibt immer wieder Anreize, körperlich und geistig beweglich zu bleiben. All dies ist von hohem Wert für die Gesundheit und Lebenszufriedenheit im Alter, wie die gerontologische Aktivitätsforschung und viele individuelle Erfahrungen belegen. Aktives Altern im Sinne eines solchen produktiven und sinnvollen Tuns hat eine Fülle von Trainingseffekten, durch welche die physische und psychische Gesundheit stabilisiert und der Geist frisch gehalten wird. Viele Zusammenhänge zwischen Aktivitäten und einem gesunden und zufriedenen Altern, ja sogar höherer Langlebigkeit konnten aufgezeigt werden. Im Übrigen beantwortet sich die Frage nach dem individuellen Nutzen natürlich bereits, wenn man sich – wie wir es getan haben – die Beweggründe anschaut, warum sich die Menschen engagieren. Für den, der dabei bleibt, scheint sich zumindest ein Teil seiner Erwartungen und Hoffnungen zu erfüllen.

Eines jedoch wird in den Forschungsergebnissen, von denen ich Ihnen berichtet habe, nicht genügend deutlich: Vielen engagierten Menschen ist die unmittelbare

persönliche Ebene in ihrem Engagement besonders wichtig. Sie engagieren sich aus Mitgefühl und fühlen sich belohnt, wenn durch ihr Engagement aus dieser Empathie eine wechselseitige Sympathie entsteht. Der berühmte Aphorismus von Marie von Ebner-Eschenbach enthält viel Wahres: „Die Menschen, denen wir eine Stütze sind, geben uns den Halt im Leben“.

### Schluss und knappes Resümee

Bürgerschaftliches Engagement schafft viele Möglichkeiten der sozialen Einbindung und gesellschaftlichen Teilhabe. Daraus entsteht ein doppelter Nutzen, für die Gesellschaft ebenso wie für den, der sich engagiert. Dennoch kann freiwilliges Engagement nicht einfach verordnet werden: Menschen suchen sich je nach Lebenssituation, nach Motiv- und Interessenlage ihre Tätigkeiten. Es kommt darauf an, dass sie entsprechende Gelegenheiten vorfinden können. Vereine, Organisationen und Institutionen sind aufgerufen, Älteren solche Gelegenheiten der Teilhabe durch Engagement zu eröffnen. Und ein letzter Hinweis: Wir dürfen nicht vergessen, dass die Chancen zur Teilhabe durch Engagement sozial sehr ungleich verteilt sind. Die Forschung betont, dass es deutliche Wechselwirkungen gibt zwischen Gesundheit, Bildung und Engagement. Je gesünder und je gebildeter die Menschen sind, desto eher sind sie bereit und fähig, sich bürgerschaftlich zu engagieren. Aber es gilt auch umgekehrt: Engagement fördert das lebenslange Lernen und die Gesundheit. Daraus sind entsprechende politische Schlussfolgerungen zu ziehen.

### Literatur

- Alscher, M., Dathe, D., Priller, E. & Speth, R. (2009): Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des Bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. Berlin: WZB.
- Bischof, C. & Weigl, B. (Hrsg.) (2011): Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen. Deutscher Verein. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und Bürgerschaftlichem Engagement. Berlin.
- Engels, D., Braun, J. & Burmeister, J. (2007): senior-Trainerinnen und seniorKompetenzteams. Erfahrungswissen und Engagement älterer Menschen in einer neuen Verantwortungsrolle. Köln.
- Europäische Kommission (2011): Mitteilung zur EU-Politik und Freiwilligentätigkeit: Anerkennung und Förderung grenzüberschreitender Freiwilligentätigkeiten in der EU v. 20.9.2011.
- Europäische Kommission (Hrsg.) (2012): Active Ageing. Special Eurobarometer 378/Wave EB 76.2-TNS opinion & social.
- Keupp, H. (2003): Lokale Einrichtungen zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements: Freiwilligenagenturen, Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros u. Ä. – Chancen und Restriktionen. In: Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ Deutscher Bundestag (Hrsg.), Bürgerschaftliches Engagement in den Kommunen, Opladen, S. 23–51.
- Zeman, P. (2008): Rahmenbedingungen für das Engagement Älterer. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Das bürgerschaftliche Engagement der Älteren stärken. Forum Politik und Gesellschaft, S. 20-29.
- Zeman, P. (2009): Zukunftsorientierte Seniorenpolitik – zentrale Argumentationslinien. Informationsdienst Altersfragen, Jg. 36, Heft 06, S. 16-18.
- Zeman, P. (2010): Konzeptionelle Grundlinien einer innovativen Kommunalpolitik. In: Bischof, C., & Weigl, B. (Hrsg.): Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen. Deutscher Verein. Berlin, S. 19-32.

## Susanne Tatje

Leiterin des Amtes für Demografie  
und Statistik der Stadt Bielefeld

### „Demografische Planung als Strategie für die Stadt“

---



#### I.

Wie stellen Sie sich die Zukunft vor? Wie soll Ihre Stadt in 20 oder 30 Jahren aussehen? Diese Fragen zu beantworten ist gar nicht so einfach. Wie verschieden die Vorstellungen sind, zeigen die Argumente von Bürgerinnen und Bürgern in der Diskussion zweier geplanter Einkaufszentren für Bielefeld und die Ergebnisse einer Zukunftswerkstatt mit 12-jährigen Schülerinnen und Schülern im Februar: Die einen lehnen riesige Einkaufszentren ab, die anderen wünschen sie dringend für unsere Stadt.

Wollen wir die Chancen der demografischen Entwicklung für unsere Städte nutzen, müssen wir uns aber auf gemeinsame Ziele verständigen. Es geht um die Richtung, in die sich unsere Städte entwickeln sollen.

#### II.

Weite Bereiche unseres täglichen Lebens werden direkt oder indirekt von der Bevölkerungsentwicklung beeinflusst. Vertraute Einrichtungen wie Schulen, Schwimmbäder oder Kirchen, die bisher selbstverständlicher

Bestandteil unseres Umfelds waren, verschwinden plötzlich – nicht nur, aber auch aus demografischen Gründen.

Ein kurzer Blick in die Geschichte zeigt, dass die demografische Situation nicht Resultat einer aktuellen Bevölkerungsentwicklung ist, sondern Folge einer Veränderung, die sich schon Ende des 19. Jahrhunderts anbahnte. Seitdem nahm die Lebenserwartung stetig zu, und die Geburtenrate sank auf Werte wie nie zuvor beobachtet. Die Folgen dieser Veränderungen kamen schleichend. Und durch den Geburtenanstieg nach dem Zweiten Weltkrieg, der zusammenhing mit dem Wirtschaftsaufschwung der 50er- und 60er-Jahre und den damit verbundenen Wanderungsbewegungen, wurden die demografischen Defizite lange überdeckt; inzwischen können aber die entstandenen Lücken nicht mehr gefüllt werden.

2007 hatte Deutschland nach vielen Jahren erstmals wieder einen Geburtenanstieg zu verzeichnen sowie einen erneuten Anstieg der Wanderungsgewinne. Doch trotz dieser demografisch günstigen Ausgangssituation ging die Bevölkerungszahl weiter zurück. Genau das ist das Kernproblem des demografischen Wandels: Selbst unter günstigen demografischen Voraussetzungen schrumpft und altert die Bevölkerung.

Zwar gibt es zwischen Regionen, Städten und Gemeinden erhebliche Unterschiede – in Bielefeld sieht die Entwicklung anders aus als im Ruhrgebiet, in ostdeutschen Städten oder Städten wie München oder Hamburg –, aber für alle trifft zu, dass die Gesamtentwicklung nicht aufzuhalten ist. Selbst ein rapider, rascher Anstieg der Geburtenrate oder eine stärkere Zuwanderung würden den Bevölkerungsrückgang in Deutschland in den nächsten 30 Jahren nicht aufhalten, sondern allenfalls verlangsamen.

Die Folgen sind in ihrer Vielfalt und Tragweite noch gar nicht einzuschätzen, denn niemand hat bisher Erfahrung mit solchen demografischen Entwicklungen. Deren gesellschaftliche und ökonomische Auswirkungen gewinnen jedoch immer stärker an Kontur, das zeigen die Diskussionen über die gesetzliche Rentenversicherung oder die Versorgung älterer Menschen.

### III.

In den Kommunen – also da, wo sich die Veränderungen abspielen – treffen die Folgen der demografischen Entwicklung nahezu jeden Bereich: die Finanzen ebenso

wie Bildung, Verkehr, Infrastruktur, Wohnen, Gesundheit, Altenhilfe oder Pflege. Deshalb ist es wichtig, sich vor Augen zu führen, was dieser Wandel genau bedeutet.

Der Bevölkerungswissenschaftler Dr. Jürgen E. Flöthmann von der Universität Bielefeld definiert demografischen Wandel als „langen generationenübergreifenden Zeitraum“, der ca. 25 - 30 Jahre umfasst. Dabei geht es immer um Fragen im Zusammenhang mit

- der sinkenden Geburtenzahl in unserer Bevölkerung („wir werden weniger“)
- der steigenden Lebenserwartung („wir werden älter“)
- den Wanderungsbewegungen der Bevölkerung („wir werden bunter“)

und um deren Zusammenwirken.

Was ist zu tun? Kann Kommunalpolitik überhaupt etwas bewirken?

Natürlich werden die entscheidenden politischen Weichen auf den Ebenen von EU, Bund oder Land gestellt. Jedoch ergeben sich auch für die Kommunalpolitik aus dieser Entwicklung Handlungsmöglichkeiten und damit Chancen: Kommunalpolitik kann die Entwicklung aktiv gestalten, wenn sie sich rechtzeitig für einen konstruktiven Umgang mit den Folgen der demografischen Veränderungen entscheidet.

Dafür müssen aus meiner Sicht bestimmte Bedingungen erfüllt sein, die ich anhand einiger ausgesuchter kommunaler Handlungsfelder umreißen möchte. Dazu drei Thesen:

1. Wir brauchen langfristige Ziele und Strategien für kommunales Handeln.
2. Wir brauchen einen übergreifenden politischen Konsens.
3. Wir müssen die Bürgerinnen und Bürger in die Diskussion über unsere Stadtentwicklung einbinden.

Langfristige Ziel- und Strategiediskussion sind in Städten und Gemeinden immer noch eher selten – und das nicht ohne Grund: Wenn wir uns mit den Folgen des demografischen Wandels befassen, müssen wir weitreichende Perspektiven in den Blick nehmen, und diese decken sich nicht unbedingt mit den Legislaturperioden von Politikern. Außerdem geht es um Prognosen, und nur selten ist eindeutig zu bestimmen, was das Richtige für die Zukunft ist.

Der Stadt Bielefeld war früh klar, dass angesichts dieser Entwicklung gehandelt werden muss. Deshalb wurde der Themenkomplex „Demografische Entwicklungsplanung“ schon 2004 hochrangig in der Verwaltung im Dezernat des Oberbürgermeisters verankert: zunächst als Stabsstelle, inzwischen aber als neues Amt für Demografie und Statistik.

Mein Arbeitsschwerpunkt war in den ersten Jahren die Entwicklung einer demografieorientierten Gesamtstrategie für Bielefeld. Mit dem Konzept „Demografischer Wandel als Chance?“, 2006 einstimmig im Rat der Stadt beschlossen, ist dies gelungen. „Herzstück“ des Konzeptes sind sechs demografiepolitische Ziele zu Integration, Familie, Gesundheit, Stadtentwicklung, Bildung und Wirtschaft. Sie werden seit dem Ratsbe-

schluss nacheinander erarbeitet und umgesetzt.

Wir begannen mit dem demografiepolitischen Ziel „Wir wohnen zukunftsfähig!“, also der Stadtentwicklung; danach haben wir den Bereich „Wir fördern Integration!“ erarbeitet. An diesem Prozess haben sich 140 Menschen aus Institutionen, Wohlfahrtsverbänden und der Verwaltung beteiligt und das erste Integrationskonzept für Bielefeld erarbeitet. Unter dem Motto „Zusammenleben in Vielfalt“ legt dieses Handlungskonzept die Richtung für die nächsten Jahre fest. Aktuell konzentrieren wir uns auf das demografiepolitische Ziel „Wir lernen lebenslang!“.

#### IV.

Auf diesen Aspekt möchte ich im Folgenden näher eingehen und zeigen, was eine Stadt tun kann, um sich auf die Zukunft einzustellen. Dabei wird auch deutlich, wie eng die demografiepolitischen Ziele, die kommunalen Handlungsfelder miteinander verknüpft sind.

Als bestimmender Faktor für die Leistungsfähigkeit einer hoch entwickelten Volkswirtschaft gilt heute Wissen. Aber sinkende Kinderzahlen – bis zum Jahr 2020 wird ein Rückgang von 15 % und bis 2050 um mindestens 20 % prognostiziert – machen deutlich, dass unserer Gesellschaft ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften bevorsteht.

Schon jetzt ist Bildung Voraussetzung für Teilhabe an allen gesellschaftlichen Bereichen – von der Wirtschaft über die Politik



bis zur Kultur. Und hier sind die Chancen unterschiedlich verteilt: Die Kinder von heute als die Erwerbstätigen der gealterten Gesellschaft von morgen wachsen in Deutschland mit extrem unterschiedlichen Bildungschancen auf.

Studien und Statistiken belegen, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund besonders betroffen sind. Schlechtere Schulabschlüsse und fehlende Ausbildung ziehen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzverlust nach sich: Beide sind an den Bildungsabschluss gekoppelt.

Die Prognosen gehen bis 2050 von einem deutlich höheren Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund vor allem in Städten aus. Nachdem der Anteil jüngerer Altersgruppen in Großstädten schon jetzt erheblich höher ist, gilt hier besonderer Handlungsbedarf. Dennoch fühlen sich viele Kommunalpolitiker von sinkenden Kinderzahlen veranlasst, Einsparungen im Bereich Erziehung und Bildung vorzunehmen. Sie argumentieren mit den Folgen des demografischen Wandels und hoffen, mit frei werdenden Ressourcen andere Haushaltslöcher zu stopfen. Das scheint angesichts der kommunalen Haushaltslage zunächst nachvollziehbar.

Wir sollten aber eine andere Strategie wählen: Städte können ihre Ressourcen bündeln und verstärkt für Integrations- und Ausbildungsförderung einsetzen. In den Städten müssen wir entscheiden, wie wir die gesamte „Landschaft“ von Erziehung, Bildung, Ausbildung und Weiterbildung im Kontext der demografischen Entwicklung gestalten wollen.

In meinem Demografiekonzept geht es beim Ziel „Wir lernen lebenslang!“ um genau diese Fragen. Dass dieses Konzept einstimmig im Rat der Stadt beschlossen worden ist, bedeutet auch eine konzeptionelle Neuorientierung und Koordinierung der Bildungsangebote, in der die Bereiche vorschulische Erziehung, außerschulische Bildung und Fragen des Übergangs von Schule in Beruf und Weiterbildung stärker vernetzt werden. Damit kann Bielefeld besser als bisher für eine gerechte soziale Verteilung der Chancen für Kinder und Jugendliche sorgen.

Das Demografiekonzept rückt dieses Thema stärker in den Blickpunkt. Im Bereich Bildung folgt daraus zum Beispiel, die Bedürfnisse junger Menschen mit Migrationshintergrund stärker zu beachten. Im aktuell vom Rat verabschiedeten Integrationskonzept geht es im Bereich Bildung zum Beispiel um

- flächendeckende kostenlose Sprachkurse in Kindergärten,
- Angebote für Eltern, damit sie sich im Bildungssystem zurecht finden,
- flächendeckende kostenlose Sprachförderkurse in Schulen,
- Hilfen bei der Berufsfindung oder
- spezielle Angebote für Mädchen.

Im Zusammenhang mit der Wettbewerbsfähigkeit unseres Landes wird Bildung immer wichtiger; Unternehmen brauchen qualifizierte junge Arbeitskräfte mit Innovationspotenzial. Der „Kampf um die Köpfe“ hat längst begonnen. Auch für Verwaltungen ist die Frage wichtig, wie in Zukunft gut ausgebildeter Nachwuchs gewonnen werden kann.

Dabei kommt auch Universitäten und Fachhochschulen hohe Bedeutung zu. In Bielefeld spielt die Uni- und Fachhochschullandschaft auch demografisch eine Rolle: Sie trägt als wichtiger Standortfaktor zur Verjüngung der Stadt bei, zieht junge Leute an. Wir können uns gar nicht leisten, das damit gegebene hohe kreative Potenzial nicht zu nutzen.

Wie können wir erreichen, dass die jungen Leute in unserer Stadt bleiben? Städtische Politik kann zwar keine Arbeitsplätze schaffen, aber durch Ausbau von Wirtschaftskontakten helfen, Arbeitsmöglichkeiten zu finden. Darüber hinaus kann städtische Wohnungsbauförderung preiswerten Wohnraum bereitstellen, der neue Lebensformen zulässt und Familiengründung auch bei schmalen Budget ermöglicht. Sie kann den Kindern des akademischen Nachwuchses gute Betreuungs- und Bildungseinrichtungen anbieten. An diesen Themen arbeiten wir mit Hochdruck.

Dabei geht es nicht immer nur um große strategische Ziele, sondern auch um konkrete innovative Projekte, die die Zukunft unserer Stadt gestalten; hierzu zwei Beispiele:

- Eine Initiative verschiedener Akteure brachte die groß angelegte Sprachförderung „Miteinander leben. Miteinander reden“ in allen Kindergärten auf den Weg, um Sprachdefizite schon im Kindergartenalter auszugleichen. Die Teilnahme ist kostenlos.
- Das Projekt „TextChecker“ für Schülerinnen und Schüler ab der 7. Klasse, das an

deren eigenen Lebenswelten ansetzt und Analphabetismus vorbeugt.

Überlegungen zur Gestaltung der kommunalen Bildungslandschaft dürfen die Weiterbildung nicht ausklammern. Die Alterspyramide zeigt, dass heute die stärkste Arbeitnehmergruppe zwischen 40 und 50 Jahre alt ist. In 15 bis 25 Jahren tritt diese Gruppe in den Ruhestand – mit gravierenden Folgen für die Wirtschaft. Dann fehlen in Unternehmen und Verwaltungen qualifizierte ältere Arbeitnehmer mit Erfahrungswissen. Darum müssen Kommunen heute schon aktiv werden und ein Bündel von Maßnahmen entwickeln, die den Übergang intelligent gestalten. Zusätzlich muss die Kommune Absprachen mit Unternehmen vor Ort treffen, damit diese ihr Engagement in der Qualifizierung älterer Arbeitnehmer verstärken.

Kommunale Politik kann also einiges bewirken, wenn sie im Kontext demografischer Entwicklung Schwerpunkte setzt. Bildung gehört mit Sicherheit dazu - und zusammen mit einer durchdachten Familienpolitik und einer attraktiven Wirtschaftsförderungspolitik ist so die Entwicklung unserer Städte positiv zu beeinflussen

## V.

Das Thema Pflege wird für Städte und Gemeinden eine große Herausforderung, denn Modellrechnungen zeigen, dass sich bis 2050 die Zahl der Pflegebedürftigen etwa verdoppeln wird. Besonders stark ist der Anstieg Pflegebedürftiger bei den über 80-jährigen. Studien belegen zudem, dass

in der Altersgruppe zwischen 65 und 75 Jahren das Pflegerisiko stark ansteigt, und für über 75-Jährige ein rapider Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist. Und mit zunehmendem Alter wird die Versorgung zeitaufwendiger und pflegeintensiver. Deshalb geben Angehörige die Pflege häufig in professionelle Hände.

Experten gehen davon aus, dass in Zukunft die häusliche Pflege auch deshalb seltener wird, weil die Familienstrukturen sich ändern: Die Erwerbstätigkeit der Frauen nimmt weiter zu, die Mobilität der Menschen steigt, und so wird häusliche Pflege in Zukunft eher Wunsch als Wirklichkeit sein. In Konsequenz steigt die Nachfrage nach stationären und ambulanten Betreuungsangeboten, und das wirkt sich stark auf die kommunale Versorgung aus.

Sind wir dafür gerüstet? Greift dann noch das beliebte Prinzip „ambulant vor stationär“, oder müssen wir bei dieser Entwicklung über ganz andere Konzepte nachdenken? Im Sinne einer menschenwürdigen Politik für alte Menschen ist jedenfalls wichtig, diese Aspekte schon heute in unsere Planung einzubeziehen.

Demografischer Wandel und rasche Veränderungsprozesse der Familie erfordern auch neue Wege im Miteinander der Generationen. Es geht um ein Zusammenleben der Generationen mit gegenseitiger Hilfe und Unterstützung, bei der die wechselseitige Verantwortung der Generationen füreinander im Zentrum steht.

Das ist für alle ein Vorteil: Kinder, die ohne Großeltern oder mit einem alleinerziehenden

Elternteil aufwachsen, können so Kontakt zur älteren Generation aufbauen. Im Gegenzug erleben auch ältere Menschen ohne Kinder und Enkelkinder in der Nähe das Aufwachsen des Nachwuchses.

Zukünftig werden Wohnformen immer wichtiger, die eine Alternative bieten zum Single-Dasein, der Kleinstfamilie oder dem Allein-Erziehen. Hier kann die Stadt unterstützen, indem sie Planungsprozesse miteinander vernetzt und generationenübergreifende Konzepte entwickelt oder Eigentümern Möglichkeiten bietet, Wohnraum barrierefrei und damit zugleich kinderfreundlich und altersgerecht umzubauen.

Was eine Kommune tun kann, wenn durch demografischen Wandel die Zahl älterer und hochbetagter Menschen bis 2050 deutlich steigt, zeigt das fächerübergreifende Projekt Alterstraumatologie der Städtischen Kliniken Bielefeld, das Geriatrie und Chirurgie gemeinsam entwickelt haben: Ältere Unfallchirurgie-Patienten bekommen schon am ersten Tag nach der OP intensive Physio- und Ergotherapie, aktivierende Krankenpflege, Schmerzbehandlung und Begleittherapie zusätzlicher (meist internistischer) Erkrankungen. Das zeigt Wirkung: Sie werden rascher gesund und können häufiger als früher zurück in ihr gewohntes Umfeld – ein wichtiges Ziel des Projektes.

Wird das Projekt für die gesamte Stadt weiterentwickelt, sind Kooperationen mit weiteren Kliniken und niedergelassenen Ärzten anzustreben, städtische Akteure aus Altenhilfeplanung und Bauverwaltung einzubinden und Architekten, Designer und

Wohnungsbaugesellschaften zu gewinnen, um Häuser und Wohnungen, aber auch öffentliche Gebäude entsprechend barrierefrei und altengerecht zu planen. Denn Studien belegen, dass auch die optische Gestaltung des öffentlichen Raums für alte und demenzkranke Menschen deutlich anders ausfallen muss.

## VI.

Seit Beginn meiner Tätigkeit gilt meine besondere Aufmerksamkeit der Frage, wie wir zukünftig unsere Stadtgebiete entwickeln wollen, denn in schrumpfenden Städten bildet sich jetzt schon eine deutliche Polarisierung von Lebenslagen und Lebensbedingungen heraus.

Zwar ist Segregation in Städten nichts Neues, aber mit dem demografischen Wandel wird sich die Situation weiter zuspitzen. Studien belegen, dass sich die demografischen Veränderungen nicht nur in den Städten, sondern auch in deren Stadtteilen unterschiedlich entwickeln werden.

In Bielefeld zeigt sich dies schon heute: In einigen Stadtbezirken steigt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund; andere Stadtteile verändern sich auf ganz andere Weise, dort leben zum Beispiel immer mehr alte Menschen.

Wir brauchen also Stadtteilkonzepte, die möglichst viele Fragen des Zusammenlebens berücksichtigen. Dabei geht es nicht nur um städtebauliche Aspekte, sondern auch um soziale Belange, um eine weitere Aufspaltung unserer Stadt-Gesellschaft zu verhindern.

Oft stehen bei Diskussionen über Stadt- und Stadtteilentwicklung jedoch ganz andere Fragen im Mittelpunkt: In dem Spiegel-Artikel „Stadtluft macht high!“ wird pointiert beschrieben, wie Städte mit teuren „Leuchtturm-Projekten“ zu punkten und andere Städte auszustechen versuchen: Der Kampf um die Einwohner hat begonnen.

Es geht aber auch um die Attraktivität von Quartieren für neu zu gewinnende Einwohner-Gruppen. Die Folgen für die Stadtentwicklung sind fatal, beschreibt der ZEIT-Journalist Hanno Rauterberg für Hamburg: Durch die Neugestaltung der Quartiere wurden alle Bewohner verdrängt, die die chic renovierten Wohnungen nicht mehr bezahlen konnten. Was sie eben noch als „ihren“ Stadtteil erlebt hatten, war nur noch ein Entwicklungsobjekt für Planer und Investoren.

Was heißt das für Bielefeld? Auch bei uns gibt es Quartiere, in denen sich die Folgen der demografischen Entwicklung schon deutlich abzeichnen, und für die neue Konzepte entwickelt werden.

Ich skizziere meine Überlegungen anhand des Demografie-Projektes „Räume der Zukunft“, mit dem ich bereits 2005 begonnen habe: Unterschiedliche Akteure wie städtische Planerinnen und Planer, lokale Vertreter aus Wohnungswirtschaft, Wirtschaftsförderung, Stadtmarketing, Jugendarbeit, Schule und Universität suchten eine Antwort auf die Frage, wie die Stadt in Zukunft Gebiete entwickeln kann, die von demografischen Veränderungen besonders stark betroffen sind. Am Beispiel des Stadt-

bezirks Mitte wurden quasi als Werkzeugkasten Vorschläge entwickelt, die bei der Entwicklung aller Stadtteile als Anregung und Leitfaden dienen können und sollen. Es ging um die Integration von Zuwanderern, die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in einer älter werdenden Gesellschaft und um die Teilhabe älterer Menschen im Quartier.

Die Ergebnisse dieses Projektes werden seither auch bei anderen städtischen Konzepten und Projekten zur Stadtentwicklung zugrunde gelegt und weiterentwickelt, zum Beispiel in den Richtlinien für städtisches Wohnen: Wichtiger Baustein dieser Richtlinien ist, dass städtische Mittel nur noch vergeben werden, wenn barrierefrei gebaut wird. Das ist nicht nur für alte, kranke und behinderte Menschen mit Gehhilfe wichtig, sondern auch für Familien mit Kindern und Kinderwagen.

## VII.

Meinen Part bei der Zukunftsgestaltung unserer Stadt sehe ich vordringlich darin, die Chancen des demografischen Wandels zu nutzen und dabei alle Menschen im Blick zu behalten. Bürgerinnen und Bürger sollen sich an der Zukunftsgestaltung beteiligen und sind bei Workshops, Stadtteilkonferenzen oder Bürgerschafts-Foren in die Diskussion einmischen.

Aus diesem Grund habe ich in meinem Arbeitsbereich auch Projekte entwickelt, in denen Menschen ihre Ideen einbringen können. Ein Beispiel sind die Zukunftswerkstätten zur Frage „Wie wollen wir leben in

Bielefeld im Jahr 2050?“ Hier haben zahlreiche Bürgerinnen und Bürger, Jung und Alt und Akteure der Stadtgesellschaft ihre Erfahrungen und Vorstellungen in die Stadtentwicklung eingebracht.

Wir brauchen bei der Zukunftsgestaltung aber auch eine Verwaltung, die sich vom typischen Zuständigkeits-Denken verabschiedet und flexible Lösungen entwickelt, wir brauchen dringend weitsichtige Politiker und Politikerinnen, die nicht nur bis zum nächsten Wahltermin planen, sondern auch zu unbequemen Diskursen bereit sind, und wir brauchen Veranstaltungen wie diese, um voneinander zu lernen und die Fragen der Zukunft gemeinsam zu diskutieren.

Die Mühe lohnt sich: Für eine lebendige und lebenswerte Stadt, in der sich unterschiedliche Menschen heimisch fühlen.



## Ruth Dörner

Bürgermeisterin der Stadt  
Neumarkt in der Oberpfalz

## Mehrgenerationenhäuser – Ein Konzept zum ge- meinschaftlichen Leben

Im Rahmen des 2002 eingeleiteten Agenda 21-Prozesses der Stadt Neumarkt war es ein Anliegen der Bürger, einen Treffpunkt in der Altstadt zu errichten. Ebenso wichtig war eine Informationsdrehscheibe für alle möglichen Bürgeranliegen.

Bürgerhaus Stadt Neumarkt i.d.OPf.

**NEUMARKT**  
STARKE STADT

### Struktur

Stadt  
Neumarkt i.d.OPf.  
Abt. II

Hauptakteure  
im Bürgerhaus

Storchennest e.V.

Initiativgruppe

Bürgerstiftung  
Region Neumarkt

Seniorenbeirat

Beirat f. Menschen  
mit Behinderung

Weitere Gruppen ...

**Büro für  
Soziale Stadt und  
Lokale Agenda 21**

Bürgerhaus-Büro

Servicebüro Mehr-  
generationenhaus

Klimabündnis -  
Büro

Freiwilligen  
Agentur  
Neumarkt e.V.

Bündnis für  
Familie

Bürger haus  
Neumarkt i.d.OPf.

Da die Stadt Neumarkt eine leerstehende Immobilie – eine ehemalige Gaststätte – hatte, ließ sich der damalige Oberbürgermeister Alois Karl auf das Wagnis ein, aus der Immobilie „Schnapsmeier“ ein Bürgerhaus zu machen. Es wurde für den Umbau und die Instandsetzung das Städtebauförderprogramm abgegriffen und mit dem Bürgerhaus ein Quartier geschaffen. 2004 kam dann das bundesweite Förderprogramm Mehrgenerationenhaus mit einer jährlichen Förderung von 40.000 Euro dazu.

Durch feste Einrichtungen wie Freiwilligenagentur, Bürgerstiftung, Servicebüro Mehrgenerationenhaus und Klimabündnis-Büro füllte sich das Bürgerhaus sehr schnell mit Leben.

Seit Eröffnung des Bürgerhauses am 3. Oktober 2004 haben ca. 140 verschiedene Gruppen die Räume genutzt. Regelmäßig sind ca. 18 Organisationen, Vereine und Gruppen in die Ausgestaltung des Programms mit eingebunden. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 640 Einzelveranstaltungen im Bürgerhaus angeboten. Die Besucher- bzw. Nutzerzahl liegt mittlerweile bei etwa 16.000 Personen, bezogen auf alle Angebote pro Jahr.

Die weitere Förderung durch das Mehrgenerationenhausprogramm ist für uns Bestätigung dafür, dass wir mit dem Bürgerhaus eine Einrichtung in unserer Stadt etabliert haben, die allen Generationen zugute kommt. Die erneute Auswahl als offiziell-

Bürgerhaus Stadt Neumarkt i.d.OPf.

**NEUMARKT**   
STARKE STADT

## Das Bürgerhaus - Grundverständnis



- Überparteiliches Kommunikationszentrum und „Haus der Begegnung“ für alle Generationen
- Angebote der Mitgestaltung, Dienstleistung und Information
- Ideenschmiede, Impulsgeber und Netzwerk für nachhaltige Entwicklung
- Individuelle Hilfestellung und Unterstützung für die Bürger
- Plattform und Räume für eigene Ideen

**Bürgerhaus**   
Neumarkt i.d.OPf.

les Mehrgenerationenhaus ist für uns eine erneute Auszeichnung der qualitätvollen Arbeit, die im Bürgerhaus geleistet wird. Wir wollen durch unsere Angebote die Generationen zusammenbringen und nicht trennen. Deshalb sprechen wir mit unserem Programmangebot alle Altersgruppen an, und der Gewinn liegt in der Begegnung der Generationen. Vorurteile werden so abgebaut.

Die Zusammenarbeit zwischen den Haupt- und Ehrenamtlichen sowie mit den Projektleitern klappt im Bürgerhaus sehr gut. Dadurch können wir ein breites Angebot für unsere Bürgerinnen und Bürger bereitstellen, das von Beratung über Hilfestellungen bis hin zu Beteiligungsmöglichkeiten reicht.

### **Projekte im Rahmen des Programms Mehrgenerationenhäuser**

Folgende Projekte und Maßnahmen werden im Rahmen des neuen Förderprogramms fortgesetzt bzw. durch das Team des Bürgerhauses neu entwickelt:

- **Handlungsfeld „Freiwilliges Engagement“:** Engagementberatung im Bürgerhaus, „Alt hilft Jung, Jung hilft Alt“, Mach mit – Jugend engagiert sich, „Blick hinter die Kulissen“ bei Organisationen, Weiterführung der Anerkennungskultur zum freiwilligen Engagement.
- **Handlungsfeld „Alter und Pflege“:** Offenes Ohr für Senioren, Caféoase – Entlastung für pflegende Angehörige, Beratungsnetzwerk „Barrierefreies Woh-

nen“, generationsübergreifende Freizeitgestaltung, musikalisches Frühstück und Nachmittag.

- **Handlungsfeld „Integration und Bildung“:** Hausaufgabenbetreuung und Deutschkurse für Menschen mit Migrationshintergrund, „Kinder entdecken ihre Stadt“, Café der Welt, kulturelle Bildung für Erwachsene mit Migrationshintergrund, „Land & Leute“.
- **Handlungsfeld „Haushaltsnahe Dienstleistungen“:** Erstellen einer Broschüre „Unterstützung und Hilfen in allen Lebenslagen“, Runder Tisch zum Thema „Netzwerk Soziales neu gestalten“, Beratungsangebot des Bündnisses für Familie, Vermittlung von Tagesmüttern.

Im Juni wird das Bürgerhaus saniert und ein Teil neu gebaut: Der beste Beweis für die Erfolgsgeschichte des Bürgerhauses.

Mehr unter [www.buergerhaus-neumarkt.de](http://www.buergerhaus-neumarkt.de)