

Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Gabriele Antony
Sylvia Gaiswinkler

Unter Mitarbeit von:

Daniela Antony

Projektassistenz:

Bettina Engel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Oktober 2019

Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Antony, Gabriele; Gaiswinkler, Sylvia (2019): Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter. Gesundheit Österreich, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Aufgrund der weltweit beobachtbaren demografischen Entwicklungen hin zu langlebigen Gesellschaften sind Fragestellungen rund ums Thema gesundes und aktives Altern höchst aktuell. Im Jahr 2019 beschäftigte sich der „Dialog gesund & aktiv altern“ mit dem Schwerpunkt Förderung sozialer Teilhabe im Alter. Der Dialog setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, des Fonds Gesundes Österreich sowie des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammen und agiert politikfeldübergreifend. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde von Mitgliedern der Dialog-Gruppe beauftragt, Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf soziale Teilhabe im Alter zu erheben, die für eine Umsetzung in Österreich geeignet wären. Von besonderem Interesse sind dabei die verwendeten Methoden bzw. Zugänge für die Umsetzung und Zielgruppenerreichung. Die Ergebnisse sollen die zukünftigen Aktivitäten der Dialog-Gruppe unterstützen und Informationen für institutionelle bzw. strategische Umsetzungspartner/-innen und Akteurinnen/Akteure des Dialogs bereitstellen.

Methoden

Zunächst wurden die theoretische Einordnung und zentrale Begriffsdefinitionen erarbeitet. Die Recherche der Good-Practice-Beispiele basiert auf einer orientierenden Literatursuche in mehreren Datenbanken und Websites sowie auf 11 Interviews mit nationalen und internationalen Expertinnen und Experten. Die Arbeitsgruppe des „Dialogs gesund & aktiv altern“ ergänzte weitere Good-Practice-Beispiele. Die Analyse und Beschreibung der Good-Practice-Beispiele erfolgte nach deren methodischen Ansätzen zur Förderung sozialer Teilhabe im Alter, ihren Strukturen, zeitlichen Verläufen und besonderen Merkmalen, um einen gesamthaften Überblick zu ermöglichen.

Ergebnisse

Es konnten insgesamt 13 Good-Practice-Beispiele identifiziert werden. Diese sind auf unterschiedlichen Ebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene) angesiedelt. Zentrale Elemente der Programme und Projekte waren Aufsetzen eines „age-friendly City“-Konzepts, (nationale) Initiativen als Dach für Fördercalls, aufsuchende Arbeit, lokale Nachbarschaftsangebote, Case Management, Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungsprozesse, Peer-to-Peer-Ansätze, Netzwerkarbeit, gezielter Umgang mit Diversität, Sensibilisierung durch Kampagnen und Organisationsentwicklung. Neben den angewandten Methoden beinhaltet der vorliegende Bericht auch Kurzbeschreibungen der einzelnen Programme und Projekte sowie Einblicke in Herausforderungen und Lernerfahrungen.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Bei den identifizierten Good-Practice-Beispielen besitzen die Vernetzung und der Zugang zu bzw. Aufbau von Kooperationen sowie die Einbindung der Zielgruppe in die operative Gestaltung einen hohen Stellenwert. Als zentrale Herausforderungen werden die strukturelle Verankerung von Projekten/Programmen sowie eine langfristige Finanzierung gesehen. In der Analyse der Good-Practice-Beispiele zeigt sich, dass politisches Commitment im Sinne eines HiAP-Ansatzes ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Umsetzung ist. Außerdem sind dafür eine nachhaltige Finanzierung, die Kooperation mit den relevanten Institutionen bzw. Organisationen, die Einbeziehung der Zielgruppe in die Umsetzung sowie ein kostenloses bzw. kostengünstiges Angebot für die Zielgruppe ebenfalls wichtig. Forschungsbedarf besteht insbesondere im Bereich von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und in Hinblick auf unterschiedliche Teilhabe nach Geschlecht.

Schlüsselwörter

gesund und aktiv altern – soziale Teilhabe Älterer – Good-Practice-Beispiele

Summary

Background

Due to the worldwide demographic developments towards long-living societies, questions concerning healthy and active ageing are highly relevant. In 2019, the focus of "Dialogue on healthy & active ageing" was on promoting social participation in old age. The dialogue is composed of representatives of the Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, the Austrian Health Promotion Fund and the Organisation of Austrian Social Security and operates across policy fields. The Austrian National Public Health Institute was commissioned by members of the Dialogue Group to collect good practice examples of health promotion with a focus on social participation in old age that would be suitable for implementation in Austria. Of particular interest are the methods and approaches used for implementation and reaching the target groups. The results should support the future activities of the dialogue group and provide information for institutional or strategic implementation partners and actors of the dialogue.

Methods

First, the theoretical classification and central definitions of terms were developed. The research of good practice examples is based on an orienting literature research in several databases and websites as well as on 11 interviews with national and international experts. The working group of the dialogue "healthy & active ageing" added further good practices. The analysis and description of the good practices was carried out according to their methodological approaches to promoting social participation in old age, their structures, temporal courses and special features, in order to provide an overall overview.

Results/Findings

13 good practices were identified by a literature research and a survey of experts. These are located at different levels (macro-, meso-, micro-level), but have a lot in common in the methods used to implement the programmes and projects, such as setting up an "age-friendly city" concept, in (national) initiatives as an umbrella for promotion calls, network work, involvement of the target group in decision-making processes, outreach work or local neighbourhood offers. In addition to the methods applied, this report also contains brief descriptions of the individual programmes and projects as well as insights into challenges and learning experiences.

Discussion/Conclusion/Recommendations

Great importance is identified by networking and access to or establishment of cooperation as well as the integration of target groups into a structural framework. The main challenges are the structural anchoring of projects/programmes and long-term financing. The analysis of good

practices shows that political commitment in the sense of a HiAP approach is an essential success factor for implementation. In addition, sustainable financing, cooperation with the relevant institutions and organisations, the involvement of the target group in the implementation as well as a free or low-cost offer for the target group are also important. There is a particular need for research in the area of older people with a migration background and with regard to gender differences in participation.

Keywords

Healthy and active ageing – social participation of older people – Good Practice

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen.....	VIII
Tabellen	IX
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
2 Theoretische Einbettung und Definitionen	2
3 Methode	8
4 Good-Practice-Beispiele	12
4.1 Methoden zur Förderung sozialer Teilhabe im Alter	13
4.2 Maßnahmenbeschreibung	22
4.2.1 Age-Friendly Manchester (UK)	22
4.2.2 Demenzfreundliche Stadt Brügge (Belgien).....	25
4.2.3 Netzwerk „Älter werden in Potsdam“ (Deutschland)	27
4.2.4 Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ (Österreich).....	29
4.2.5 Initiative „Im Alter IN FORM“ (Deutschland)	31
4.2.6 Montclair Institute for Lifelong Learning (New Jersey, USA)	33
4.2.7 Claremont Social Prescribing Programme (London, UK)	34
4.2.8 COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety (CoSENSo, Kärnten)	36
4.2.9 Tubbe-Modell – Residential and care homes that are great places to live and work (Belgien)	39
4.2.10 Long live the elderly! (Rom, Italien).....	41
4.2.11 Gesund älter werden in Wien (Österreich)	44
4.2.12 Gemeinsam gehen (Steiermark)	46
4.2.13 KONFETTI-Café (Hamburg, Deutschland).....	49
5 Schlussfolgerungen	51
Anhang: Kurzübersicht über die Good-Practice-Beispiele.....	55
Anhang: Suchstrategien	69
Literaturverzeichnis	71

Abbildungen

Abbildung 2.1: Einflussfaktoren des aktiven Alterns	3
Abbildung 2.2: Die drei Säulen des Active Ageing Policy Framework	4
Abbildung 2.3: Handlungsbereiche zur Förderung der Integration und Teilhabe älterer Menschen laut Working Group der UNECE.....	5
Abbildung 2.4: Age-friendly city topic areas	6
Abbildung 4.1: Struktur der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ in Phase III.....	30
Abbildung 4.2: Strukturen von IN FORM auf Bundesebene und ihre Aufgaben	32

Tabellen

Tabelle 3.1: Angefragte Institutionen, Organisationen, Gremien und Netzwerke für Good-Practice-Beispiele	10
Tabelle 3.2: Interviews	11
Tabelle 4.1: Elf Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung zur Förderung sozialer Teilhabe im Alter	12
Tabelle 4.2: Übersicht über identifizierte Methoden und Verortung auf welcher Ebene (Makro-, Meso-, Mikroebene) sie angewandt wurden	13
Tabelle 4.3: Grundrechte für altersgerechtes Leben, Age-Friendly Manchester	24
Tabelle 4.4: Grundprinzipien des Tubbe-Modells	40
Tabelle 4.5: Klassifikation von Gebrechlichkeit und Frequenz der Kontaktbesuche	43

Abkürzungen

BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMLE	Bundesministerium für Landwirtschaft und Ernährung
CoSENSo	COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
NGO	Non Governmental Organisation
ÖPIA	Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
SDGs	Sustainable Development Goals
UK	United Kingdom
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe
USA	United States of America
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 Einleitung

Im Jahr 2017 lag der stetig steigende Anteil der österreichischen Bevölkerung im Alter über 65 Jahren bei 18,6 Prozent und wird laut Prognose der Statistik Austria bis zum Jahr 2050 auf nahezu ein Drittel (27,3 %) der Bevölkerung anwachsen (Statistik Austria 2018). Analog dem Anteil älterer Menschen steigt auch die Lebenserwartung der Österreicherinnen und Österreicher. Lag die Lebenserwartung bei Geburt für Männer im Jahr 1991 noch bei 72,3 Jahren, betrug sie im Jahr 2014 78,9 Jahre. Bei den Frauen stieg dieser Wert im gleichen Zeitraum von 79 Jahren auf 83,7 Jahre. Parallel dazu erhöht sich auch der Anteil subjektiv in Gesundheit verbrachter Lebenszeit. 2014 geborene Frauen können voraussichtlich 66,6 Jahre (1991: 56,9 Jahre), 2014 geborene Männer voraussichtlich 65,9 Jahre (1991: 55,7 Jahre) in subjektiv sehr guter bzw. guter Gesundheit verbringen (Statistik Austria 2015). Dennoch besteht eine nicht zu vernachlässigende Lücke zwischen der Lebenserwartung und der in Gesundheit verbrachten Lebenszeit.

Durch diese demografischen Veränderungen wird das Alter immer mehr als eigenständiger Lebensabschnitt in den diversen Politik- und Gesellschaftsbereichen wahrgenommen, woraufhin gezielt Strategien und Maßnahmen für diese Zielgruppe entwickelt werden. Aufgrund der körperlichen Veränderungen im Prozess des Älterwerdens wurde im Gesundheitsbereich der Fokus oft auf die Beeinträchtigung der Funktionen im Alter gelegt, anstatt die Möglichkeiten, aktiv zu bleiben, zu thematisieren, wie auch im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ in Hinblick auf die Europäische Region der WHO festgestellt wurde (WHO 1999). Seit einigen Jahren findet aber eine verstärkte Auseinandersetzung mit den Aspekten „gesundes Altern“ und „aktives Altern“ statt (siehe auch Kapitel 2). Partizipation bzw. soziale Teilhabe älterer Menschen an gesellschaftlichen Prozessen wird in den Konzepten der WHO als wesentliches Element für aktives bzw. gesundes Altern gesehen (WHO 2002; WHO 2017).

Der politikfeldübergreifende „Dialog gesund & aktiv altern“ ist eine Maßnahme im Rahmen des Gesundheitsziels 1, „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“, und zielt auf die Vernetzung relevanter Akteurinnen und Akteure sowie die gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten für gesundes und aktives Altern (BMGF 2017). Die Maßnahme wird vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger, dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) sowie dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) gemeinsam umgesetzt. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde von Mitgliedern der Dialog-Gruppe beauftragt, Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf soziale Teilhabe im Alter zu erheben, die für eine Umsetzung in Österreich geeignet wären. Das Interesse liegt dabei auf einer exemplarischen Darstellung unterschiedlicher Maßnahmen und Methoden für die Umsetzung und Zielerreichung, weshalb die dargestellten Ansätze stellvertretend für ähnliche Ansätze ausgewählt wurden.

Diese Erkenntnisse sollen die Dialog-Gruppe in ihren zukünftigen Aktivitäten unterstützen und Informationen für institutionelle bzw. strategische Umsetzungspartnerinnen/-partner und Akteurinnen/Akteure des Dialogs bereitstellen.

2 Theoretische Einbettung und Definitionen

Bei der theoretischen Einbettung der vorliegenden Arbeit wurden internationale Strategien herangezogen, die sich zum Teil auch in den betrachteten Programmen und Projekten widerspiegeln. Der Fokus liegt auf theoretischen Erklärungsmodellen und Strategien, aus denen sich Programme, Projekte, Maßnahmen und auch nationale Strategien ableiten lassen.

„**Aktives Altern**“ wird von der WHO beschrieben als „Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (UNECE 2012; WHO 2002). „Aktiv“ bezieht sich dabei auf die Teilhabe an sozialen, ökonomischen, kulturellen, spirituellen oder bürgerrechtlichen Angelegenheiten und nicht nur auf die Fähigkeit, körperlich oder am Arbeitsmarkt aktiv zu sein (WHO 2002).

Gesundheit wird im Konzept des aktiven Alterns im Sinne der Definition der WHO als „Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens“ und nicht nur als „Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948) verstanden. Die drei Dimensionen der Gesundheit sind gleichwertig, d. h. psychisches Wohlbefinden und soziale Eingebundenheit sind ebenso wichtig wie der körperliche Gesundheitszustand (WHO 2002).

Gesundheit wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, man spricht in diesem Zusammenhang auch von den Determinanten der Gesundheit (Dahlgren/Whitehead 1991). In diesem Sinne unterliegt auch aktives Altern unterschiedlichen Faktoren wie beispielsweise ökonomischen oder sozialen Determinanten, der Umweltbeschaffenheit, persönlichen Verhaltensweisen oder dem Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die **Einflussfaktoren aktiven Alterns** können im Lebensverlauf unterschiedlich geprägt worden sein (so beeinflusst z. B. die Ausbildung berufliche Möglichkeiten und Einkommen, und dies kann wiederum Einfluss auf die ökonomische Sicherheit im Alter haben). Gender und Kultur können als Einflussfaktoren gesehen werden, die wiederum Auswirkungen auf die einzelnen Determinanten haben. Gender wird hier vorrangig auf die unterschiedlichen Lebensweisen von Männern und Frauen und die unterschiedlichen Auswirkungen der Einflussfaktoren auf sie bezogen. Die Sichtweise kann aber auch um LGBTIQ-Personen erweitert werden. Alle Individuen und Bevölkerungsgruppen sind in bestimmte gesellschaftliche Kulturen eingebettet, die den Alterungsprozess bzw. die Determinanten des aktiven Alterns prägen. (WHO 2002)

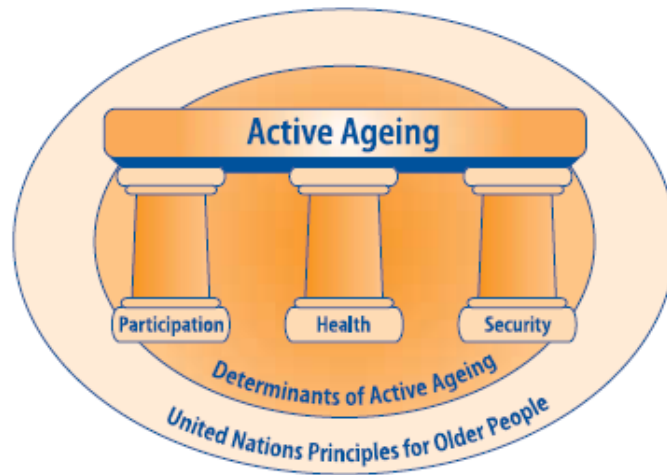
Abbildung 2.1:
Einflussfaktoren des aktiven Alterns



Quelle: WHO (2002)

Das Active Ageing Policy Framework sieht drei wesentliche Säulen vor, auf die sich Aktivitäten im Bereich aktives Altern stützen sollten (siehe auch). Erstens sollen Maßnahmen hinsichtlich Arbeitsmarkt, Beschäftigung, Bildung, Gesundheit und Soziales auf die Partizipation der Älteren in allen Gesellschaftsbereichen Rücksicht nehmen und Ältere als wesentliche Ressource für die Gesellschaft einbeziehen. Zweitens sollen Aktivitäten zu Erhalt und Stärkung der Gesundheit gesetzt werden, bzw. soll für all jene, die Pflege oder Betreuung benötigen, der Zugang dazu sichergestellt werden. Drittens sollen Maßnahmen zur sozialen, finanziellen und physischen Sicherheit die Bedürfnisse der älteren Menschen berücksichtigen und deren Würde und Schutz sicherstellen. Für die Umsetzung adäquater Strategien und Maßnahmen bedarf es laut WHO der Zusammenarbeit unterschiedlicher Politik- und Gesellschaftsbereiche (Gesundheit, Soziales, Arbeitsmarkt, Bildung, Wohnen, Infrastruktur etc.) auf unterschiedlichen Ebenen (national, regional, lokal), die die Diversität der älteren Bevölkerung (Geschlecht, Migrationshintergrund, kultureller Hintergrund etc.) berücksichtigen und diese aktiv in Planung, Implementierung und Evaluation einbeziehen. (WHO 2002)

Abbildung 2.2:
Die drei Säulen des Active Ageing Policy Framework



Quelle: WHO (2002)

Jüngere WHO-Publikationen wie der *World Report on Ageing and Health* oder der daraus entwickelte *Global strategy and action plan on ageing and health* bauen auf dem Policy-Framework auf und erweitern den Blickwinkel. Es wird auf den Begriff **gesundes Altern** Bezug genommen, der definiert ist als „Prozess der Entwicklung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht.“ In diesem Kontext bezeichnet der Begriff Gesundheit die Fähigkeit einer Person, die Dinge zu tun, die ihr wichtig sind. (WHO 2015; WHO 2017)

Der Strategie- und Aktionsplan der WHO kann als unterstützende Aktivität zur Erreichung der in der Agenda 2030 formulierten Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals, SDGs) gesehen werden. Altern ist bei einigen Unterzielen (Targets) der 17 Nachhaltigkeitsziele enthalten, so z. B. im SDG 10 (weniger Ungleichheiten)/Target 10.2: „Bis 2030 alle Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht, Behinderung, Ethnizität, Herkunft, Religion oder wirtschaftlichem oder sonstigem Status zu Selbstbestimmung befähigen und ihre soziale, wirtschaftliche und politische Inklusion fördern“. (United Nations 2015; WHO 2017)

Ältere Menschen sind auf verschiedenste Art in die Gesellschaft integriert, dennoch besteht die Gefahr ihrer Ausgrenzung z. B. aufgrund von Armut, schlechter Gesundheit, mangelnder Mobilität oder Altersdiskriminierung. Die Working Group on Ageing der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), hat sich in einem Kurzdossier mit der gesellschaftlichen Integration und Teilhabe älterer Menschen auseinandergesetzt. Darin werden zentrale Begriffe näher betrachtet und Handlungsbereiche dargestellt. (UNECE 2010)

Soziale Integration wird im Dossier definiert als „ein Prozess des Aufbaus von Werten, Beziehungen und Institutionen für eine Gesellschaft, in der alle, ungeachtet von Ethnizität, Geschlecht, Alter, Herkunft oder Religion, ihre Rechte und Verantwortungen gleichberechtigt mit anderen voll ausüben können (UNECE 2010).“ Darunter versteht sich auch das Recht aller, in Sicherheit und Würde

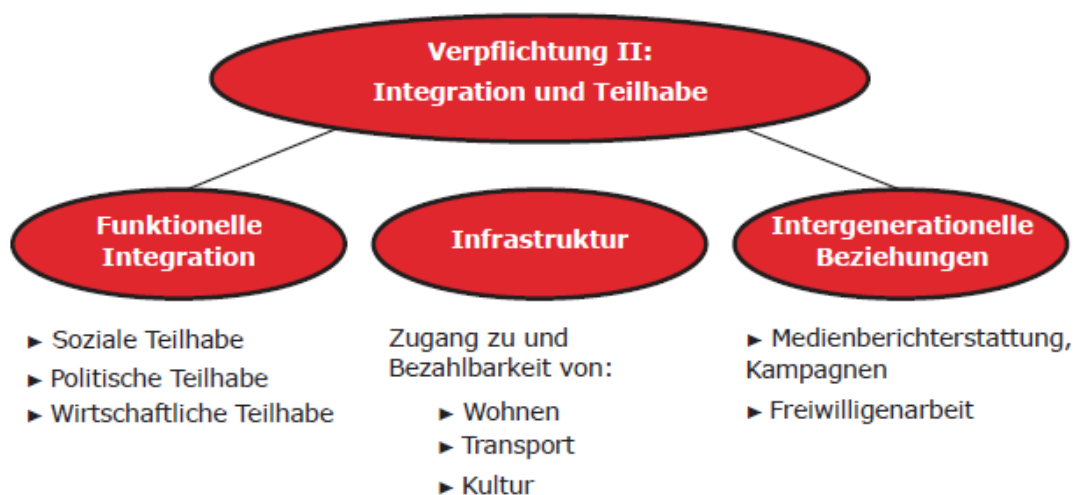
alt werden zu können und über die Möglichkeit zu verfügen, einen Beitrag zur Gesellschaft leisten zu können.

Die Working Group der UNECE verweist darauf, dass Integration und Teilhabe in Verbindung mit dem Konzept des sozialen Zusammenhalts stehen. „**Sozialer Zusammenhalt** bezeichnet die Fähigkeit einer Gesellschaft, das Wohlergehen ihrer Mitglieder zu gewährleisten, Ungleichheiten zu minimieren und Polarisierung und Konflikt zu vermeiden, und es bedarf der Pflege von Solidarität und Gegenseitigkeit zwischen den Generationen (UNECE 2010).“

Zur Förderung sozialer Integration Älterer wurden von der Working Group der UNECE drei Handlungsbereiche identifiziert: (1) funktionelle Integration, (2) Infrastruktur und (3) intergenerationale Beziehungen (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Abbildung 2.3:

Handlungsbereiche zur Förderung der Integration und Teilhabe älterer Menschen laut Working Group der UNECE



Quelle: (UNECE 2010)

Soziale Teilhabe wird von der UNECE wie folgt näher definiert: „**Soziale Teilhabe** bezieht sich auf die Integration von älteren Menschen in sozialen Netzwerken von Familien und Freunden sowie ihre Integration in die Gemeinschaften, in denen sie leben, und in die Gesellschaft als Ganzes (UNECE 2010).“ Im Alter besteht die Gefahr, dass die soziale Integration abnimmt. So kann beispielsweise eine eingeschränkte Mobilität dazu führen, dass Bekannte oder Familienmitglieder nicht mehr eigenständig besucht werden können oder der Verlust der Partnerin oder des Partners bewirkt, dass sich eine Person stark zurückzieht. Maßnahmen zur Erleichterung sozialer Teilhabe werden demnach als essenzieller Bestandteil der Integration Älterer gesehen. Außerdem sollten ältere Menschen dazu befähigt werden, ihre Interessen und Hobbys zu verfolgen. Interventionen

können demnach viele verschiedene Aktivitäten beinhalten, die gruppenbasiert und gegebenenfalls auf spezifische Altersgruppen unter den Seniorinnen und Senioren ausgerichtet sind. (UNECE 2010)

Abbildung 2.4:
Age-friendly city topic areas



Quelle: (WHO 2007)

Im *age-friendly cities guide* der WHO werden acht Bereiche identifiziert, die die Lebensqualität von älteren Menschen maßgeblich beeinflussen (WHO 2007):

- » Öffentlicher Raum und Gebäude
- » Verkehr
- » Wohnen
- » Soziale Teilhabe
- » Respekt und soziale Inklusion
- » Bürgerbeteiligung und Beschäftigung
- » Kommunikation und Information
- » Unterstützung durch die Gemeinschaft und Gesundheitsleistungen

Das **WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities** wurde 2010 gegründet, um Städte, Gemeinden und Organisationen weltweit mit der gemeinsamen Vision zu verbinden, ihre Gemeinschaft zu einem großartigen Ort zum Altern zu machen. Die Mitgliedschaft im Netzwerk bedeutet nicht eine Akkreditierung für Altersfreundlichkeit, sondern spiegelt das Engagement der Städte wider, auf die Bedürfnisse ihrer älteren Bürgerinnen und Bürger einzugehen und gemeinsam mit älteren Menschen politikfeldübergreifend an der Schaffung altersgerechter physischer und sozialer Umgebungen zu arbeiten. Das Netzwerk soll Beispiele für „age-friendly“ Maßnahmen aufzeigen, die Städte miteinander vernetzen und gegenseitiges Lernen ermöglichen. Das Netzwerk umfasst derzeit 937 Städte und Gemeinden in 46 Ländern mit über 240 Millionen Einwohnern weltweit. (WHO 2019a)

Sozialkapital ist eine Umschreibung für jegliche Form sozialer Unterstützung und daraus ableitbarer Ressourcen, die Einzelnen oder Gruppen zugänglich sind, ungeachtet dessen, ob dies durch eigenes Zutun oder über bloße Mitgliedschaft in der Familie/Verwandtschaft, in der Nachbarschaft, in Organisationen oder in vielen weiteren „Communitys“ realisiert wird. Interpretiert man vereinfachend soziales Kapital, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung als einigermaßen austauschbare Begriffe, ist evident, dass gelingende Beziehungen bzw. eine gute Einbindung in tragfähige Netzwerke in der Tendenz gesundheitsfördernd sein sollten – vor dem evolutionsbedingten Hintergrund, dass Menschen als soziale Wesen existenziell auf Unterstützung und Anregung durch Dritte angewiesen sind. Die wissenschaftliche Befundlage in Betreff der positiven Zusammenhänge zwischen Sozialkapital und Facetten sowohl physischer als auch psychischer Gesundheit (bzw. allgemeiner: von Lebensqualität) ist inzwischen umfangreich. Stellvertretend dafür sei hier einer der diesbezüglichen Befunde angeführt: Gemäß der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 berichten Menschen, die mit ihren sozialen Beziehungen und der Unterstützung durch Freunde sehr zufrieden sind, zu 50 Prozent von einer sehr guten (subjektiven) Gesundheit, während dies nur auf zehn bis 15 Prozent derjenigen zutrifft, die mit ihren sozialen Beziehungen unzufrieden sind (Zeitschrift *Gesundes Österreich* 2013/3, S. 23). Gleichwohl sind soziale Beziehungen nicht per se gesundheitsfördernd, sondern können demgegenüber in vielen Fällen und aus unterschiedlichsten Gründen auch hochgradig belastend bzw. stressfördernd sein. (Krajic et al. 2017)

3 Methode

Um eine erste Orientierung in Bezug auf verfügbare Informationen über Good-Practice-Maßnahmen im Internet zu erhalten, wurde eine oberflächliche Recherche nach Datenbanken und Websites durchgeführt, im Zuge deren einige Datenbanken wie beispielsweise die Healthy-Ageing-Datenbank (www.healthyageing.eu/?q=healthy-ageing-action) oder die Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank) gefunden wurden. Bei der Durchsicht dieser Datenbanken wurden einige Herausforderungen festgestellt, z. B. dass manche Datenbanken veraltet, manche sehr bzw. zu umfangreich erschienen, dass einige Maßnahmenbeschreibungen sehr spärlich ausfielen oder die Kriterien, warum eine Maßnahme als Good-Practice-Beispiel eingestuft wurde, nicht oder unzureichend ersichtlich waren. Aufgrund dieser Herausforderungen konnte das Projektteam der GÖG keine seriöse Selektion leisten.

In Absprache mit der Arbeitsgruppe des „Dialogs gesund & aktiv altern“ wurde daher festgelegt, dass die Good-Practice-Maßnahmen durch zwei Methoden identifiziert werden sollten: durch eine orientierende Literatursuche betreffend nachhaltige Effekte in der Bevölkerungsgruppe 55+ sowie die Befragung ausgewählter nationaler und internationaler Expertinnen und Experten.

Für die Auswahl von Good-Practice-Maßnahmen wurden außerdem folgende Selektionskriterien vereinbart:

- » Zielgruppe: Ältere Menschen (55+ Jahre)
- » Gesundheitsförderungsmaßnahmen
- » Strukturelle bzw. nachhaltige Verankerung
- » Innovative Ansätze
- » Aktualität (seit 2010)
- » Interventionsansätze und Maßnahmen, die (auf Österreich) übertragbar erscheinen
- » Informationen in Deutsch oder Englisch

Bei den einzelnen Kriterien handelt es sich nicht um harte Ausschlusskriterien. So kann beispielsweise ein Good-Practice-Beispiel aufgenommen werden, das strukturell (noch) nicht verankert ist, aber besonders innovativ erscheint und nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe haben kann. Andererseits können anderswo lang etablierte Interventionsansätze (älter als 2010) bereits nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe haben und für den österreichischen Kontext dennoch innovativ sein.

Einen weiteren Anhaltspunkt für die Betrachtung der Good-Practice-Beispiele stellen die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags dar (BMGF 2016):

- » Positiver, umfassender und dynamischer Gesundheitsbegriff
- » Gesundheitliche Chancengerechtigkeit
- » Ressourcenorientierung und Empowerment
- » Setting- und Determinantenorientierung
- » Zielgruppenorientierung

- » Partizipation der Akteure/Akteurinnen des Settings
- » Vernetzung
- » Nachhaltigkeit der Veränderungen
- » Dokumentation und Evaluation
- » Qualitätsmanagement bzw. Qualitätsentwicklung

Zusammenfassung zur orientierten Literatursuche betreffend nachhaltige Effekte

Am 27. Mai 2019 wurde eine orientierende Literaturrecherche in den internationalen Datenbanken Medline und Cochrane Library durchgeführt. Dafür wurden die im Anhang angeführten Suchstrategien formuliert (siehe Anhang). Zur Identifizierung relevanter Literatur wurden eine Schlagwortgruppe mit Begriffen zur sozialen Teilhabe (z. B. social participation, community participation, social support), eine solche mit Begriffen zur Altersgruppe 55+ sowie zu relevanten Endpunkten (z. B. quality of life, mental health, independent living, quality adjusted life years, social capital, social isolation) gebildet. Zusätzlich wurde ein Filter für die Einschränkung auf bestimmte Studientypen (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) verwendet. In die Literatursuche und -selektion fanden deutsch- und englischsprachige Publikationen der letzten elf Jahre (2009 bis 2019) Eingang. Zur Identifizierung relevanter Studien wurden die vorab definierten Selektionskriterien (siehe oben) herangezogen.

Befragung von Expertinnen und Experten

Die Auswahl der Expertinnen und Experten, die für die Befragung zu Good-Practice-Beispielen der Gesundheitsförderung mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe konsultiert wurden, wurde mit der Arbeitsgruppe des „Dialogs gesund & aktiv altern“ getroffen. Außerdem wurden Hinweise der Angefragten zu weiteren Expertinnen und Experten berücksichtigt.

Es wurden im Zeitraum von Mitte Mai bis Anfang Juli 2019 per Mail neun Expertinnen und Experten kontaktiert und gebeten, ein Template auszufüllen, um einen vergleichbaren Überblick über die Good-Practice-Beispiele zu erhalten. Sechs der Expertinnen und Experten haben auf die schriftliche Anfrage reagiert, aber nur zwei von ihnen haben ausgefüllte Templates rückgemeldet. Die anderen Expertinnen und Experten haben Links zu Internetseiten übermittelt.

Am 11. Juli 2019 wurde der Arbeitsgruppe des „Dialogs gesund & aktiv altern“ der Zwischenstand der Erhebung der Good-Practice-Beispiele präsentiert. Zu diesem Zeitpunkt konnten acht Good-Practice-Beispiele identifiziert werden, die den festgelegten Kriterien entsprachen (zwei davon ergaben sich aus der Literatursuche und sechs aus der Befragung). Im Zuge der Diskussion mit der Arbeitsgruppe wurde ein Beispiel wieder ausgeschlossen. Für das weitere Vorgehen wurde vereinbart, dass eine weitere Expertin und ein weiterer Experte, die von den angefragten Expertinnen und Experten weiterempfohlen worden waren, kontaktiert werden sollten. Zusätzlich sollten zwei Expertinnen, die schriftlich keine Rückmeldung gegeben hatten, erneut kontaktiert werden, und zwar telefonisch. Eine Expertin konnte vier zusätzliche Good-Practice-Beispiele nennen. Die anderen beiden Expertinnen und der Experte konnten auch durch mehrfache Versuche nicht erreicht werden.

Die angefragten Expertinnen und Experten stammen aus folgenden Institutionen, Organisationen, Gremien bzw. Netzwerken (in alphabetischer Reihenfolge):

Tabelle 3.1: Angefragte Institutionen, Organisationen, Gremien und Netzwerke für Good-Practice-Beispiele

LFD	ORGANISATION
1	AGE Plattform Europe
2	Beirat für Altersmedizin
3	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO, Deutschland)
4	Netzwerk gesunde Städte Österreichs
5	Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)
6	queraum. kultur- und sozialforschung
7	styria vitalis
8	Universität Wien – Institut für Pflegewissenschaft
9	Wiener Gesundheitsförderung (WiG)
10	World Health Organization (WHO) – Division of Policy and Governance for Health and Well-being
11	World Health Organization (WHO) – Healthy Ageing, Disability and Long-term Care

Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

Bei der Sitzung des „Dialogs gesund & aktiv altern“ am 5. September 2019 beschloss die Dialoggruppe, die beiden Initiativen „Auf gesunde Nachbarschaft!“ und „Im Alter IN FORM“ noch zusätzlich in die Good-Practice-Sammlung aufzunehmen.

Vertiefende Recherche der Good-Practice-Beispiele

Für die identifizierten Good-Practice-Beispiele (aus der Literatur: 2, aus der Befragung: 11) wurde eine vertiefende Recherche durchgeführt. Dabei wurden einerseits relevante Dokumente und Websites gesichtet und andererseits Gespräche (per Telefon oder Skype) mit für die Umsetzung der Good-Practice-Beispiele Verantwortlichen geführt.

Tabelle 3.2: Interviews

DATUM	INTERVIEWPARTNER
23. JULI 2019	CoNSENSo (Projektpartner Land Kärnten)
24. JULI 2019	AGE Platform Europe
26. JULI 2019	Long live the elderly
20. AUGUST 2019	Montclair Lifelong Learning Program
22. AUGUST 2019	Demenzfreundliche Stadt Brügge
27. AUGUST 2019	Age-Friendly Manchester
28. AUGUST 2019	Gemeinsam gehen
29. AUGUST 2019	Älter werden in Potsdam
29. AUGUST 2019	Claremont Social Prescribing
9. SEPTEMBER 2019	Im Alter IN FORM
13. SEPTEMBER 2019	Gesund älter werden in Wien

Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

4 Good-Practice-Beispiele

Die 13 ausgewählten Good-Practice-Beispiele werden im vorliegenden Kapitel hinsichtlich zweier Bedeutungen beschrieben. Im ersten Teil werden die methodischen Ansätze der Good-Practice-Beispiele mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter extrahiert. Das Kapitel ermöglicht einen Überblick über das Spektrum an Methoden, die in den analysierten Projektbeispielen angewandt wurden. Im zweiten Teil werden die 13 Good-Practice-Beispiele mit ihren jeweiligen besonderen Ausrichtungen gesamthafter beschrieben. Es werden dabei die unterschiedlichen Ebenen – Makro-, Meso- und Mikroebene (in dieser Reihenfolge) – berücksichtigt. Sowohl mit der Zusammenschau als auch mit der ausführlicheren Beschreibung soll einerseits besser nachvollzogen werden können, in welche Strukturen die Programme/Projekte eingebettet sind beziehungsweise welche Entwicklungen die Projekte genommen haben. Andererseits werden pro Projekt dessen jeweils besonderen Merkmale extra hervorgehoben und dargelegt (z. B. Zugang zur Zielgruppe, Methodenwahl, strukturelle Einbettung).

Die ausgewählten Projekte im Überblick:

Tabelle 4.1:

Elf Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung zur Förderung sozialer Teilhabe im Alter

	PROJEKTNAME	LAND
1	Age-Friendly Manchester	UK
2	Demenzfreundliche Stadt Brügge	Belgien
3	Netzwerk „Älter werden in Potsdam“	Deutschland
4	Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“	Österreich
5	Initiative „Im Alter IN FORM“	Deutschland
6	Montclair Institute for Lifelong Learning (The mill)	New Jersey (USA)
7	Claremont Social Prescribing Programme	London (UK)
8	COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety (CoNSENSo)	Kärnten
9	Tubbe-Modell – Residential and care homes that are great places to live and work	Belgien
10	Long live the elderly!	Rom (Italien)
11	Gesund älter werden in Wien	Wien (Österreich)
12	Gemeinsam gehen	Steiermark
13	KONFETTI-Café	Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

4.1 Methoden zur Förderung sozialer Teilhabe im Alter

Im ersten Schritt wird hier der Fokus auf die Methoden, Maßnahmen und Zugänge gerichtet, indem Gemeinsamkeiten der Projekte aufgezeigt werden. Die Informationen zu den gewählten Zugängen sind maßgeblich über Telefonate und direkte Gespräche gewonnen worden.

Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick auf die identifizierten Methoden zur Förderung sozialer Teilhabe im Alter und eine Zuordnung auf welcher Ebene (Makro-, Meso-, Mikroebene) diese Methoden in den Good-Practice-Beispielen angewandt wurden (siehe Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2: Übersicht über identifizierte Methoden und Verortung auf welcher Ebene (Makro-, Meso-, Mikroebene) sie angewandt wurden

METHODE	EBENE		
	Makro	Meso	Mikro
AUFSETZEN EINES AGE-FRIENDLY-CITY-KONZEPTS	X	X	
(NATIONALE) INITIATIVEN ALS DACH FÜR FÖRDERCALLS	X	X	
AUFSUCHENDE ARBEIT / AUFSUCHENDE ANGEBOTE			X
LOKALE NACHBARSCHAFTSANGEBOTE		X	X
CASE-MANAGEMENT/VERMITTLUNG			X
TEILHABE AN ENTSCHEIDUNGSPROZESSEN	X	X	X
PEER-TO-PEER-ANSATZ		X	X
NETZWERKARBEIT	X	X	
GEZIELTER EINSATZ / GEZIELTE HERSTELLUNG VON DIVERSITÄT		X	X
SENSIBILISIERUNG DURCH KAMPAGNEN, INFOMATERIAL	X	X	
SPEZIFISCHE ORGANISATIONSENTWICKLUNG	X	X	

Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

Aufsetzen eines Age-friendly-City-Konzepts

Städte und Gemeinden können unabhängig oder angelehnt an das WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities altersfreundliche Konzepte für aktives Altern ihrer Bevölkerung aufsetzen. Welche Rahmenbedingungen das WHO-Konzept vorsieht, ist in Kapitel 2 beschrieben.

Manchester (UK) begann im Jahr 2003 mit ersten Initiativen, Fragen zur Lebensqualität älterer Menschen in der Stadt stärker in den Fokus zu nehmen. Die Stadt richtete auf Ebene der Stadtverwaltung 2003 ihr Programm „Valuing Older People“ (VOP) ein, das zum Hauptantrieb für die Vision der altersfreundlichen Stadt betreffend Veränderungen gegenüber älteren Menschen (65 plus) wurde. Die Stadt entwickelte rasch eine Reihe politischer Initiativen und Kampagnen zur Förderung gesunden Alterns und der Gleichstellung im späteren Leben sowie Mechanismen für die Interaktion mit älteren Menschen, um ihnen Einfluss und eine Stimme für Veränderungen zu geben. Im

Jahr 2004 wurde ein einschlägiges Board gegründet (Age-Friendly Older People's Board), das als wichtigste beratende Gruppe älterer Menschen arbeitet, indem es auch eine kritische Stimme für das Age-Friendly-Manchester-Programm liefert. 2009 startete Manchester die auf zehn Jahre angelegte „Ageing Strategy Manchester“, als deren Ziel festgelegt wurde, Manchester zu einem großartigen Ort, um älter zu werden, zu machen und sich für das globale Netzwerk altersgerechter Städte und Gemeinden zu bewerben. Im Jahr 2010 wurde Manchester als erste altersgerechte britische Stadt von der WHO anerkannt und der Name des Programms von Valuing Older People in Age-Friendly Manchester geändert. Im Jahr 2018 trat der Großraum Manchester als erste britische Stadtregion dem globalen Netzwerk der Age Friendly Cities and Communities der WHO bei.

Manchester verfügt auf Stadtebene über einen breit aufgesetzten und gut strukturierten Ansatz zum Thema Altern, der sowohl menschenzentriert als auch standortorientiert ist und mit der allgemeinen Entwicklungsstrategie der Stadt, „Our Manchester“, koordiniert ist. Die Stadt konzentriert sich stark auf jene Stadtteile, in denen ältere Menschen vorwiegend leben und arbeiten, auf den Zugang zu Dienstleistungen und die soziale Integration. Maßnahmen werden in allen acht von der WHO definierten Bereichen umgesetzt, um die Lebensqualität älterer Menschen zu beeinflussen (vgl.). Ein hoher Anteil für den Erfolg von Age-Friendly Manchester liegt in der politischen Unterstützung durch die Stadtverwaltung, in der beispielsweise ein eigenes Büro mit einem professionellen Team für das Programm eingerichtet ist. Weitere Informationen zu Age-Friendly Manchester sind in Kapitel 4.2.1 beschrieben.

Die Initiative **Lifelong Montclair** wurde 2014 in der Stadtgemeinde Montclair (New Jersey, USA) durch eine Initiative der Partners for Health Foundation in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Gesundheit und Soziales der Gemeinde ins Leben gerufen. Auslöser dafür war die Beobachtung, dass Bürgerinnen und Bürger mit Antritt der Pension (mit 65 Jahren) die Stadt verlassen haben. Daher wurde die obengenannte Initiative gestartet, um Montclair zu einem Ort zu machen, an dem die Menschen gut älter werden können und wollen. Im Jahr 2015 trat Montclair dem Global Network for Age-friendly Cities and Communities der WHO bei. Die Arbeiten im Rahmen der Initiative Lifelong Montclair berücksichtigen die acht Lebensbereiche, die sich laut WHO wesentlich auf die allgemeine Lebensqualität älterer Menschen auswirken (siehe oben). Bei Lifelong Montclair arbeiten Partnerorganisationen und ältere Bürgerinnen und Bürger mit der Stadtverwaltung zusammen. Im Zuge dieser Initiative war auch der Wunsch nach einem adäquaten Erwachsenenbildungsangebot aufgetreten, der in Form des Montclair Institute for Lifelong Learning etabliert wurde (siehe auch Kapitel 4.2.6; (WHO 2019b)

(Nationale) Initiativen als Dach für Fördercalls

Im Rahmen der nationalen Initiative **„Auf gesunde Nachbarschaft!“**, die sich aktuell in ihrer dritten Phase befindet, werden seit 2012 Projekte im kommunalen Setting gefördert. Die Initiative bildet also ein Dach für Fördercalls, wobei diese im Laufe der Zeit nach Zielgruppen spezifiziert wurden. Seit der zweiten Projektphase wird ein Schwerpunkt auf die Zielgruppe ältere Menschen gelegt. Die Projektumsetzerinnen und -umsetzer werden durch den FGÖ fachlich begleitet, Formate wie etwa Vernetzungstreffen ermöglichen gemeinsames Voneinander-Lernen. Zusätzlich werden Kommunikationsmaßnahmen (z.B. Website, Newsletter, Folder) sowie Capacity Building-Maßnahmen (z.B. Workshops, Schulungen) zum Wissenstransfer auf die kommunale Ebene umgesetzt.

Umfassende Erfahrungen aus der Initiative bzw. den geförderten Projekten sind in einem eigenen Erfahrungsbericht aufbereitet. (Siehe auch 4.2.4)

Die **Initiative „im Alter IN FORM“** in Deutschland zeichnet sich besonders durch ihre intersektorale Verankerung aus sowie dadurch, dass das Programm bereits von Beginn an von zwei Ministerien getragen und finanziert wurde. Mit einem Bundestagsbeschluss im Jahr 2007 wurde die Initiative auf eine gesicherte Basis gestellt. Durch die Einrichtung einer durch Bund und Ländern finanzierten Vernetzungsstelle ist eine kompetente Koordinations- und Anlaufstelle zur Umsetzung von Maßnahmen für alle beteiligten Akteurinnen und Akteure gewährleistet.

Im Rahmen des Projekts **„Gesund älter werden in Wien“** wurden in den Projektbezirken Miniförderungen für Grätzelinitiativen an Institutionen bzw. Organisationen oder Einzelpersonen vergeben. In sogenannten Grätzel-Cafés wurden mit älteren Bewohnerinnen und Bewohnern gemeinsam gesundheitsfördernde Maßnahmen entwickelt und mit Partnerorganisationen umgesetzt. Auf Individualebene konnten engagierte Bürgerinnen und Bürger bei der Wiener Gesundheitsförderung um Unterstützung für die Durchführung gesundheitsförderlicher Aktivitäten ansuchen (Beratung für Umsetzung und finanzielle Unterstützung). (siehe auch Kapitel 4.2.11)

Aufsuchende Arbeit / Aufsuchende Angebote

Im Projekt **COmmunity Nurse Supporting Elderly IN a changing Society (CoSENSo)** betreuten Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger die älteren Menschen in Form von Hausbesuchen, durch die sie auch einen Eindruck der Wohnsituation und -umgebung der Seniorinnen und Senioren gewinnen und bei Bedarf Schritte zu deren Unterstützung setzen konnten. Im Gespräch mit einem Projektmitarbeiter wurde erwähnt, dass die Klientinnen und Klienten auch immer wieder auf ältere Personen im Ort oder auch außerhalb des Orts hingewiesen haben, die schon länger nicht gesehen wurden und eventuell Unterstützung brauchten (z. B. weil keine Familienmitglieder in der Nähe waren). Auf diese Hinweise gingen die Familiengesundheitspflegerinnen und Familiengesundheitspfleger in der Regel ein und sahen unverbindlich bei diesen Personen vorbei. So konnten unter Umständen ältere Bürgerinnen und Bürger betreut werden, die sonst nicht erreicht worden wären. (siehe auch Kapitel 4.2.8)

Im Projekt **Long live the elderly** werden ältere Menschen (80 plus) von Kontaktpersonen des Programms aktiv aufgesucht. Roms Stadtverwaltung versendet zum 80. Geburtstag der Einwohner/-innen einen Brief, in dem sie gefragt werden, ob sie am Programm „Long live the elderly“ teilnehmen möchten. Die kontaktierten Personen haben die Möglichkeit der Ablehnung oder Zusage. Als Schlüsselpersonen für den Kontakt mit über 80-Jährigen gelten die Mitarbeiter/-innen der sozialen Dienstleistungsanbieter, hier vor allem Sozialarbeiter/-innen. Sie sind jene, die nach einem festgelegten Frequenzschema die am Programm teilnehmenden Menschen aufsuchen. Weiterführende Informationen, unter anderem zur Kontaktfrequenz, sind im Kapitel 4.2.10 beschrieben.

Auch im Erfahrungsbericht der **Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“** wird beschrieben, dass aufsuchende Arbeit für die Aktivierung der Zielgruppe bzw. die Erreichung sozial isolierter Gruppen wichtig ist (Giedenbacher et al. 2018).

Lokale Nachbarschaftsangebote

In **Manchester** wurde 2012 und 2013 ein Forschungsprojekt durchgeführt, das der Entwicklung eines Plans zur Verbesserung der sozialen und physischen Bedingungen älterer Menschen in der Nachbarschaft diente. Aus den Arbeiten gingen 118 kurz- und langfristige Empfehlungen hervor, wie Wohn- und Verkehrssituationen sowie die Gestaltung des öffentlichen Raums verbessert werden können. Ein Ergebnis des Projekts im Stadtteil Old Moat war die Kampagne „Take a Seat“, mit der das Bewusstsein dafür geschärft werden sollte, wie ältere Menschen in ihrer Mobilität eingeschränkt werden, weil ihnen in öffentlichen Räumen und Shops nicht genügend Sitzplätze zur Verfügung stehen. Daraufhin wurden „We are Age-Friendly“-Aufkleber produziert, die Unternehmen an ihren Schaufenstern und Lokalen anbringen können. So können ältere Menschen erkennen, dass sie, wenn sie einen solchen Aufkleber an einem Schaufenster sehen, herzlich willkommen geheißen werden und bei Bedarf einen Stuhl angeboten bekommen. Der Erfolg von „Take a Seat“ führte dazu, dass die Kampagne im gesamten Großraum Manchester eingeführt wurde und über 300 Unternehmen daran beteiligt sind.

Im Stadtteil Levenshulme (Manchester, UK) ist das Ziel, diesen altersgerecht zu machen, indem das Netzwerk älterer Menschen ausgebaut und ihre Möglichkeit erhöht wird, auf lokale Dienstleistungen, die sie betreffen, Einfluss zu nehmen. Dazu werden zahlreiche Diskussionen, Kooperationsgespräche und Sensibilisierungskampagnen durchgeführt. Die Arbeit geht vom Inspire Centre aus, einem Gemeinschafts- und Geschäftsort im Zentrum von Levenshulme, das allen offensteht, um Meetings abzuhalten und Aktivitäten und Veranstaltungen zu organisieren bzw. zu besuchen (u. a. Yoga, Computertrainings, Happy Monday Groups etc.). Levenshulme Inspire ist ein Beispiel für eine Veränderung in Manchester, welche die Stimmen älterer Menschen und ihren Einfluss in vielen wichtigen Bereichen ihres Lebens erhöht. Sie erhalten etwa Einfluss auf die lokale Planung und Umsetzung von Maßnahmen, was zu ihrer stärkeren Einbindung in soziale Netzwerke und einem Abbau der sozialen Isolation immer mehr älterer Menschen geführt hat (Levenshulme Inspire). Weiterführende Informationen zu Age-Friendly Manchester sind im Kapitel 4.2.1 beschrieben.

Das Claremont Project bietet eine Reihe von sozialen Angeboten und Kursen sowie Psychotherapie unter einem Dach. Sein **Claremont Social Prescribing Programme** nutzt das vielfältige Angebot des Zentrums und setzt darüber hinaus auf Angebote für Ältere in der Nachbarschaft. Dies basiert auf der Rückmeldung älterer Menschen, dass sie gerne Angebote in der näheren Umgebung wahrnehmen möchten und nicht quer durch die Großstadt London pendeln wollen, um einen Kurs zu besuchen oder ein Gruppenangebot wahrzunehmen. (siehe auch Kapitel 4.2.7)

Niederschwelliger und auf einer Mikroebene findet das Projekt des Hamburger **KONFETTI-Cafés** statt. Dieses öffnet jeden Dienstagnachmittag seine Türen und heißt alle Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers aller Generationen herzlich willkommen. Obwohl das Café auf die Betreuung demenziell erkrankter Menschen ausgerichtet ist, sind alle Menschen der Umgebung eingeladen, es zu besuchen. Bei einem völlig niedrighschwelligem Zugang – das Thema Demenz steht nach außen nicht im Vordergrund – finden Besucherinnen und Besucher dort einen fachlich betreuten, inklusiven und demenzsensiblen Raum vor, der vorwiegend künstlerisch-musikalische Angebote für alle bereithält, den Dialog der Generationen fördert und dabei Menschen mit Demenz wieder eine Teilhabe und Mitgestaltung in der Gemeinschaft ermöglicht. Unter fachkundiger Anleitung von

Kunst- und Musiktherapeutinnen/-therapeuten, Künstlerinnen/Künstlern und Musikerinnen/Musikern wird gemeinsam gestaltet, gemalt, gewerkelt, gelacht und gesungen (siehe auch Kapitel 4.2.13).

Im Erfahrungsbericht der **Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“** sind weitere Elemente beschrieben, die für die Gestaltung niederschwelliger Angebote berücksichtigt werden sollen wie beispielsweise dass die Angebote kostenfrei sind oder keine bestimmten Vorkenntnisse von den Teilnehmer/-innen erwartet werden (Giedenbacher et al. 2018).

Case-Management/Vermittlung

Im Projekt **CoSENSO** bildeten das Case-Management und die Erstellung individueller Pläne zur Überwindung belastender Situationen Kernelemente. Die Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger analysierten gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten deren aktuelle Situation, vorhandene Ressourcen und Belastungen und haben, darauf aufbauend, Wege zur Bewältigung abgeleitet. Dabei wurden die sozialen Netzwerke, in welche die Älteren eingebunden waren, mitberücksichtigt. Die Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger kannten die Landschaft der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen gut und konnten dadurch an die unterschiedlichen Dienste oder Angebote in der Region vermitteln. Neben medizinischen bzw. gesundheitsbezogenen Anliegen war Einsamkeit bei den Klientinnen und Klienten oft ein Thema. Hier konnten die Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger dabei unterstützen, durch gezielte Aktivitäten soziale Netzwerke aufzubauen oder zu stärken, und damit auch die soziale Teilhabe fördern. Im Gespräch mit einem Projektmitarbeiter wurde ein Beispiel erwähnt, in dem eine Frau ihren Mann nach einem Schlaganfall pflegte und dabei Unterstützung durch eine 24-Stunden-Betreuung erhielt, dafür auch Pflegegeld bezog, zudem kamen die zwei erwachsenen Söhne regelmäßig zu Besuch. Die Familiengesundheitspflegerin hat von der Nachbarin den Hinweis bekommen, diese Familie anzusprechen. Im Gespräch stellte sich dann heraus, dass die Ehefrau durch das Managen des Haushalts, der Pflege und der Verköstigung der Familie überfordert und psychisch belastet war. Durch die gemeinsame Analyse mit der Familiengesundheitspflegerin konnte ein Plan erstellt werden, wie die Frau wieder Zeit für sich finden und frühere soziale Beziehungen und Hobbys (z. B. Kirchenchor) wieder pflegen konnte. (siehe auch 4.2.8)

Beim Interventionsansatz **Social Prescribing** wird den Patientinnen und Patienten bei Bedarf an nichtmedizinischen Angeboten zur Steigerung des Wohlbefindens eine „Überweisung“ zu einer Link-Workerin / einem Link-Worker – im konkreten Fall von Claremont Social Prescribing „Managerin“ genannt – ausgestellt. Beim **Claremont Social Prescribing Programme** funktioniert die „Überweisung“ bzw. Vermittlung über einen Erhebungsbogen, welcher der Social-Prescribing-Managerin per Mail übermittelt wird. Sie nimmt dann mit den vermittelten Personen Kontakt auf und vereinbart persönliche Treffen. Beim ersten Treffen wird die individuelle Situation mit den Klientinnen und Klienten besprochen und werden die Ressourcen sowie Belastungen analysiert. Unter Berücksichtigung der Interessen und Vorlieben der Älteren werden dann passende Aktivitäten und Angebote für die Klientinnen und Klienten identifiziert. Hierbei werden in einem ersten Schritt die vielseitigen Angebote des Claremont-Zentrums betrachtet und dann jene in der näheren Umgebung. In Follow-up-Terminen (nach drei und sechs Wochen sowie nach drei Monaten nach dem

Erstkontakt) werden die in Anspruch genommenen Aktivitäten und Angebote reflektiert und gegebenenfalls durch andere ersetzt oder ergänzt. (siehe auch Kapitel 4.2.7)

Im Projekt **Long live the elderly** wird einmal jährlich zur Kategorisierung des Grads der Gebrechlichkeit und Isolation der Bevölkerung über 80 Jahren ein Assessment durch Case-Manager mittels Erhebungsbogen durchgeführt, der soziale, ökonomische, physische und psychische Faktoren sowie Isolationsfaktoren misst. Die Ergebnisse werden in eine vierstufige Skala eingeordnet. Darauf aufbauend wird die Kontaktfrequenz festgelegt, mit der die Menschen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Programms aktiv aufgesucht werden. Detaillierte Informationen zur Skalierung der Gebrechlichkeit und Isolation sowie zur Kontaktfrequenz sind in Kapitel 4.2.10 beschrieben.

Teilhabe an Entscheidungsprozessen

Die Teilhabe an Entscheidungsprozessen ist in der Strategie von **Age-Friendly Manchester** als eines der sechs Grundrechte älterer Menschen gelistet (vgl. Kapitel 4.2.1). Damit ist diese sichtbar und als Referenzgröße vorhanden, auf die sich ältere Menschen auch beziehen können. Age-Friendly Manchester hat ein eigenes Board (Age-Friendly Older People's Board) eingerichtet, das sowohl eine partizipative Entwicklung der Strategie gewährleistet als auch eine starke kritische Stimme direkt aus der Zielgruppe bedeutet. Das Board ist seit dem Jahr 2004 die wichtigste beratende Gruppe älterer Menschen, die eine Stimme für das Age-Friendly-Manchester-Programm liefert. Sie besteht aus älteren Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund, unterschiedlichen Stadtteilen und Organisationen. Die Board-Mitglieder treten als Role Models und Pionier/-innen für die Älteren in ihren Gemeinden und Organisationen auf und bilden zudem die Diversität der älteren Bevölkerung Manchesters ab. Das Board tritt seit der Gründung etwa alle zwei Monate zusammen. Der Vorstand gibt eine strategische Ausrichtung vor. Die Vorstandsmitglieder sitzen oft in strategischen Arbeitsgruppen und tragen zu formellen politischen Prozessen bei. Sie spielen auch eine wichtige Rolle bei der Vertretung von Manchester in verschiedenen öffentlichen Foren.

Das **Montclair Institute for Lifelong Learning** evaluiert seine Bildungsangebote nach jedem Semester durch eine schriftliche Befragung der Teilnehmer/-innen. Außerdem wird das Bildungsprogramm in Form runder Tische diskutiert, an denen Vertreter/-innen der Partnerorganisationen sowie ältere Bürger/-innen involviert sind. Die Ergebnisse der Evaluation bzw. der Diskussion bei den runden Tischen fließen maßgeblich in die Gestaltung des Kursprogramms ein. (siehe auch Kapitel 4.2.6)

Ähnlich wie bei Age-Friendly Manchester ist die Teilhabe an Entscheidungsprozessen beim belgischen **Tubbe-Modell** für innovative Pflege- und Wohnhäuser in den Grundprinzipien festgeschrieben. Das Prinzip ist dort folgendermaßen formuliert: Die Bewohnerinnen und Bewohner werden ermutigt, Entscheidungen über ihr tägliches Leben zu treffen. Eine Möglichkeit dazu sind thematische Arbeitsgruppen, in denen sie und die Mitarbeitenden gemeinsam nachdenken und dann Entscheidungen über Mahlzeiten, Aktivitäten, Zeitpläne usw. treffen. Die zentrale Logik ist dabei, dass sich die Organisation den Bewohnerinnen und Bewohnern anpasst und dass sich nicht – wie sonst gängig – die Bewohnerinnen und Bewohner der Organisation anpassen müssen. (siehe auch Kapitel 4.2.9)

Das Projekt **Gemeinsam gehen** zeichnet sich durch die starke Einbindung älterer Menschen in die Sozialraumanalyse aus, die den Grundstock für verkehrsplanerische und bauliche Maßnahmen in fünf steirischen Gemeinden lieferte. Gemeinsam mit Vertretungen der älteren Bevölkerung wurden anhand einer Nadelkartenmethode Gehräume vom Wohnort zur Nahversorgung (z. B. Supermarkt, Apotheke, Post etc.) visualisiert. Es wurden Treffpunkte, Lieblingsorte, Ärztinnen/Ärzte usw. festgehalten, wodurch die wesentlichen Alltags- und Freizeitwege erhoben wurden. Die Routen wurden gemeinsam mit älteren Menschen, Raumplanerinnen/-planern und Gemeindevertreterinnen/-vertretern auf Barrieren und Gefahrenzonen hin abgegangen. Zu den Hindernissen zählten dabei beispielsweise Gehsteige mit Gehsteigkanten, plötzlich endende Gehsteige, Stolperfallen, Baumwurzeln, unebene Beschaffenheit des Bodens wie z. B. bei Schotter. Bei der Zusammenstellung der älteren Menschengruppe wurde darauf geachtet, dass auch Menschen mit Rollator und/oder Rollstuhl teilnehmen, um eine barrierefreie Begutachtung zu sichern. (siehe auch Kapitel 4.2.12)

Peer-to-Peer-Ansatz

Ein ausgeprägter Peer-to-Peer-Ansatz ist das Culture-Champions-Programm im Rahmen der Strategie von **Age-Friendly Manchester**. Gegründet, um die Reichweite des breiten Kunst- und Kulturangebots der Stadt auf ältere Menschen auszudehnen und es diesen zugänglicher zu machen. Es ist ein großangelegtes freiwilliges Botschafterprogramm für ältere Menschen, an dem rund 130 ältere Kulturschaffende teilnehmen, um Aktivitäten für ihre Altersgenossen zu programmieren und zu bewerben. Sie beteiligen sich an Kunst- und Kulturorganisationen und richten ihre eigenen Veranstaltungen und Festivals aus. Die Community aus Freiwilligen engagiert sich dafür, dass ältere Menschen am kulturellen Geschehen Manchesters teilnehmen. Zunehmend haben mehrere der Kulturschaffenden ihre Rollen so entwickelt, dass sie als Produzentinnen/Produzenten, Programmierer/-innen, Rundfunkbetreiber/-innen, Aktivistinnen/Aktivisten und Führungskräfte tätig sind. Sie übernehmen Veranstaltungen und haben eine eigene Radiosendung. (Manchester 2018)

Der Peer-to-Peer-Ansatz wurde auch in den Projekten der **Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“** angewandt. Durch Schulungen wurden beispielsweise Angehörige der Zielgruppe zu Multiplikatorinnen/Multiplikatoren ausgebildet, um Wissen in ihrer Community alltagsnah weiterzugeben (Giedenbacher et al. 2018).

Netzwerkarbeit

Das Netzwerk **Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam** hat sich im Jahr 2006 mit dem Ziel gegründet, die Zusammenarbeit zwischen den Diensten und Einrichtungen zum Wohle der älteren Bürgerinnen und Bürger (65 plus) in Potsdam zu verbessern. Mit mittlerweile über 50 Partnern aus den Bereichen Bildung, Beratung und Information, Begegnung und Freizeit, Pflege und Gesundheit, Wohnen und Verwaltung ist eine tragfähige Grundlage für ein qualifiziertes und bedürfnisorientiertes Versorgungsnetzwerk in Potsdam entstanden. Das Netzwerk versteht sich u. a. als Gremium, das die zuständigen Stellen und Organe der Stadtverwaltung Potsdam im Rahmen der Planung und Weiterentwicklung notwendiger Strukturen im Bereich der pflegerischen Versorgung und Altenarbeit berät und Stellungnahmen dazu erarbeitet. Strukturell ist das Netzwerk durch eine dreimal jährlich stattfindende Netzwerkkonferenz verankert, die durch eine fixe Netzwerkstelle

und eine Steuerungsgruppe organisiert wird. Für Umsetzungen sind Arbeitskreise tätig, die durch die beschlussfähige Netzwerkkonferenz eingerichtet werden. (siehe auch Kapitel 4.2.3)

Das Claremont Programme und sein **Social Prescribing Programme** sind im Stadtteil Islington (London) angesiedelt. Netzwerkarbeit wird dabei in zwei Richtungen betrieben: zum einen bei den Ärztinnen und Ärzten, die an das Claremont Social Prescribing Programme zuweisen können, und zum anderen bei den Organisationen, Institutionen und Vereinen im Stadtteil, an die im Rahmen des Social Prescribing zugewiesen werden könnte. Im Claremont Social Prescribing Programme werden in erster Linie die Angebote im Claremont-Zentrum für die Klientinnen und Klienten herangezogen. Sollten Bedürfnisse oder Interessen der Älteren darüber hinausgehen, vermittelt die Social-Prescribing-Managerin an Angebote und Services in der Nachbarschaft bzw. im Stadtteil. Für die Zielgruppe der Älteren über 55 Jahre gilt im Rahmen des Programms, dass die Nutzung lokaler Angebote für sie sehr wichtig ist, da sie in der Regel nicht quer durch die Großstadt fahren wollen. Die Social-Prescribing-Managerin knüpft und pflegt das Netzwerk überwiegend über persönliche Kontakte.

Für die Initiative **Demenzfreundliche Stadt Brügge** ist Kooperation der unterschiedlichen Organisationen und Institutionen von wesentlicher Bedeutung. Vernetzung wird durch eine eigens eingerichtete Plattform angeregt bzw. durch spezifische Aktivitäten intensiviert (z. B. Sensibilisierungsaktivitäten mit Polizistinnen und Polizisten oder Gewerbetreibenden in Brügge). Nur durch diese Netzwerkarbeit kann das übergeordnete Ziel einer demenzfreundlichen Stadt erreicht werden.

Aus den Projekten der Initiative **„Auf gesunde Nachbarschaft!“** konnten vielfältige Erfahrungen hinsichtlich der Gestaltung von Kooperationen und Netzwerkaufbau gewonnen werden. In den Projekten wurden einerseits punktuelle bzw. wiederkehrende Kooperationen (z. B. projektbezogene Gremien wie Lenkungsausschüsse) und andererseits spezifische externe Vernetzungsstrukturen (z. B. mit den Gemeinden oder der Stadt) aufgebaut. Beide Formen der Kooperation können unterstützend sein, wichtig ist aber zu wissen, welches Ziel mit Kooperation erreicht werden möchte (z. B. strategische Beratung für die Ausrichtung eines Projekts, Informationsaustausch über Angebote in der Region, Teilen von Infrastruktur). (Giedenbacher et al. 2018)

Gezielter Einsatz / Gezielte Herstellung von Diversität

Im Rahmen der Aktivitäten der **Demenzfreundlichen Stadt Brügge** werden gezielt Begegnungsmöglichkeiten mit Menschen, die demenzielle Erkrankungen haben, geschaffen. Diese Begegnungen werden durch „Foton“-Mediatorinnen und -Mediatoren begleitet, um Informationen über die Krankheit und zum geeigneten Umgang mit Betroffenen zu geben bzw. einen respektvollen Umgang miteinander sicherzustellen. Die Intention ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner durch die Begegnung mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen diese betreffende negative Einstellungen und Vorurteile abbauen können und so ein demenzfreundliches Klima in der Stadt entstehen kann.

Mit dem Programm **KONFETTI IM KOPF** und dem daraus entstandenen **KONFETTI-Café** will man gezielt gegen die Ausgrenzung und Distanzierung von Menschen mit Demenz vorgehen. Während das Thema Demenz in der öffentlichen Diskussion einen immer breiteren Raum einnimmt, ist die

persönliche Beschäftigung damit oft mit Ängsten, Vorurteilen und Stigmatisierung verbunden. Das in der Bevölkerung vorherrschende Bild von Menschen mit Demenz bewirkt meist Distanzierung und Ausgrenzung. KONFETTI IM KOPF arbeitet mit bunten, originellen und öffentlichen Aktionen für ein lebensbejahendes und Menschen zugewandtes Gegenbild. Mit dem Projekt soll mehr Aufmerksamkeit und Bewusstsein für Menschen mit Demenz geschaffen und ihre gesellschaftliche Teilhabe gefördert werden. Die Bewusstseinsbildung sollte in der Folge auch zum Abbau von Berührungängsten führen und eine Offenheit der Gesellschaft für das Thema Demenz unterstützen. Im Projekt steht der Mensch als Person und Individuum in all seiner Würde im Zentrum – und nicht der medizinische Fall. Die generationenübergreifende Konzipierung des Cafés sollte zusätzlich dazu beitragen, einen offenen und breiten Raum zum Wohlfühlen für alle Menschen aufzumachen. (siehe auch Kapitel 4.2.13)

Aus den Projekterfahrungen der **Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“** wird darauf hingewiesen, dass es von Bedeutung ist, die Sprache(n) und Räume der Zielgruppe zu verstehen und Maßnahmen zu setzen, die an die Lebensrealitäten anknüpfen. Auch für die Herstellung von Diversität ist das Kennen von Sprache(n) und Räumen wichtig. (Giedenbacher et al. 2018)

Sensibilisierung durch Kampagnen, Infomaterial

Eines der drei strategischen Ziele von **Age-Friendly Manchester** ist die Förderung von „age equality“. Das bewerkstelligt Manchester, indem es ein Reframing des Narrativs über Altern – von einem defizitorientierten zu einem ressourcenorientierten Ansatz – vornimmt. Mit dem Programm wird das Ziel verfolgt, ein positives Altersbild zu erzeugen, das ältere Menschen würdevoll und voller Ressourcen darstellt. Damit soll Diskriminierungserfahrungen entgegengewirkt werden, die ältere Menschen machen und die sich auf deren Selbstwert und Wohlbefinden auswirken. Negative Erfahrungen beginnen am Arbeitsmarkt und reichen vom Zugang zu Dienstleistungen über die Darstellung Älterer in Medien bis zur Pflege und Betreuung. Manchester hat als erste diesbezügliche Maßnahme beispielsweise vier Gründe ausgearbeitet, warum es sinnvoll ist, Ältere in Projekte zu involvieren. Dazu gehören deren Wissen und Erfahrung, Kenntnisse über die Nachbarschaft, Vertrauen und Verbindlichkeit und deren Willen zur Mitgestaltung. Einen weiteren Schwerpunkt setzt das Programm auf die Auseinandersetzung mit einer altersgerechten Sprache und dem Aufbrechen Menschen höheren Alters betreffender Stereotype. (siehe auch 4.2.1)

Im Rahmen der Initiative **Demenzfreundliche Stadt Brügge** werden immer wieder Sensibilisierungsveranstaltungen, Kampagnen und dergleichen durchgeführt. Diese richten sich zum Teil an die breite Bevölkerung, aber auch an spezifische Bevölkerungsgruppen wie z. B. Kinder und Jugendliche oder bestimmte Berufsgruppen in der Stadt wie etwa Polizeibedienstete. (siehe auch 4.2.2)

Aus den Erfahrungen der Projekte, die im Rahmen der **Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“** umgesetzt wurden zeigt sich, dass Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation im Hinblick auf die unterschiedlichen Zielgruppen vielfältig gestaltet werden sollten. Konkrete Ansätze können im Erfahrungsbericht nachgelesen werden. (Giedenbacher et al. 2018)

Spezifische Organisationsentwicklung

Mit dem **Tubbe-Modell** für innovative Pflege- und Wohnformen wurde ein Managementmodell entwickelt, das stark auf die Bedürfnisse und die Einbindung der Bewohner/-innen ausgerichtet ist. Dem Konzept entsprechend sollte eine Pflege- und Wohneinrichtung so organisiert sein, dass sie sich den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner flexibel anpasst und sich nicht diese dem Wohnheim anpassen müssen. Für eine Umsetzung sind Grundprinzipien formuliert, die als Mindestvoraussetzung vom Management eingehalten werden müssten: Mitspracherecht bei Entscheidungen, Autonomie, Coaching, Beziehungspflege, Fokus auf Ressourcen, Einbindung und sinnvolle Aktivitäten (v. a. Einbindung in Alltagsaufgaben wie Kochen, Post-Holen etc.), offene Kommunikation, Anerkennung der Einzigartigkeit, offenes Umfeld (vgl. Tabelle 4.4). Die Organisationsform ist zudem so entwickelt, dass sie auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen motivierenden Arbeitsplatz ermöglicht, da flexible Handlungsspielräume im Umgang mit den Bewohnerinnen/Bewohnern und dem Management eröffnet werden. (siehe auch Kapitel 4.2.9)

Organisationskulturen müssen auch in Kooperationsprojekten mit mehreren Organisationen berücksichtigt werden und gegebenenfalls ein Prozess zur gemeinsamen Kulturfindung für die Umsetzung einer Maßnahmen eingeleitet werden. Hierzu können die Erfahrungen aus der **Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“** herangezogen werden. (Giedenbacher et al. 2018)

4.2 Maßnahmenbeschreibung

Nachfolgend werden die Good-Practice-Beispiele nach der Logik Makro-/Meso-/Mikroebene im Einzelnen beschrieben. Die Informationen entstammen Publikationen, Websites und persönlichen Gesprächen (die verwendeten Quellen werden pro Projekt/Programm am Ende des Textes dargestellt). Bei der Beschreibung der Beispiele wurde auf eine nachvollziehbare Verortung geachtet, daher wird im Fall einiger Projekte auch deren Entstehungsgeschichte dargestellt. Je nach den Projektschwerpunkten wird auf Besonderheiten wie den Zugang zur Zielgruppe, strukturelle Verankerung, Methodenwahl und Lernerfahrungen (Erfolgsfaktoren sowie Herausforderungen) eingegangen. Im Anhang befindet sich zusätzlich eine tabellarische Darstellung der wesentlichen Eckpunkte der Good-Practice-Maßnahmen.

4.2.1 Age-Friendly Manchester (UK)

Manchester ist die zweitgrößte Metropolregion Großbritanniens und das wirtschaftliche Zentrum der Region Nordwestengland. Manchester betrachtet – ungeachtet des Umstands, dass ältere Menschen in der wirtschaftlich erfolgreichen Stadt mit deren immer jüngerer und aktiverer Bevölkerung zu einer demografischen Minderheit geworden sind – die Verbesserung der Situation der älteren Bevölkerung als eine zentrale Herausforderung für den Erhalt sozioökonomischer und finanzieller Nachhaltigkeit. Der Übergang von einer industriellen zu einer dienstleistungsorientierten Wirtschaft hatte erhebliche sozioökonomische und gesundheitsbezogene Auswirkungen auf die Bevölkerung von Manchester sowie auf die dort ansässigen Menschen mittleren und höheren Alters.

Manchester hat zudem eine lange Geschichte als multiethnische und multikulturelle Stadt, und die Migration in die und aus der Stadt (sowohl aus anderen Teilen Großbritanniens bzw. in diese als auch aus dem internationalen Bereich bzw. in diesen) ist nach wie vor eine wichtige Triebfeder für den Bevölkerungswandel in Manchester. Die dort lebenden Menschen haben ein höheres Krankheitsrisiko und eine geringere Lebenserwartung als Einwohner/-innen anderer britischer Großstädte. Auch innerhalb der Stadt bestehen Ungleichheiten. Einschlägige Zahlen zeigen, dass es in den am meisten benachteiligten Zonen Manchesters mehr als dreimal so viele vorzeitige Todesfälle (solche unter 75 Jahren) gibt wie in den am wenigsten benachteiligten Stadtteilen. Die Lebenserwartung der Männer in den am stärksten benachteiligten Gebieten Manchesters ist um 8,1 Jahre niedriger als jene der Männer in den am geringsten benachteiligten Gebieten. Bei Frauen beträgt der entsprechende Unterschied 7,0 Jahre. Ähnliche Unterschiede gibt es auch bei den verschiedenen Todesursachen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen).

Im Jahr 2003 richtete Manchester das Programm „Valuing Older People“ (VOP) ein und initiierte damit einen politisch verankerten Prozess zur Verbesserung der Lebensqualität von älteren Menschen in der Stadt. Mit einer Reihe von politischen Initiativen und Kampagnen trug die Stadt zur Förderung des gesunden Alterns und der Gleichstellung von Personen höheren Alters bei.

Im Jahr 2004 folgte die Einrichtung eines Boards, das als wichtiges beratendes Gremium eine tragende Rolle für alle weiteren Entwicklungen erhielt. Das **Age-Friendly Older People's Board** besteht aus älteren Menschen, die in die altersfreundliche Stadtentwicklung stark involviert sind und gleichzeitig eine kritische Stimme für das Age-Friendly-Manchester-Programm liefern. Die Menschen im Board bringen vielfältige Hintergründe mit, kommen aus unterschiedlichen Stadtteilen und Organisationen und fungieren so als aktive Stimme für die ältere Bevölkerung Manchesters. Bei der Zusammensetzung des Boards wird ein starkes Augenmerk auf Diversität gelegt – Ziel ist, im Board die Diversität der älteren Bevölkerung Manchesters abzubilden.

Im Jahr 2009 startete Manchester das 10-Jahresprogramm „Ageing Strategy Manchester“. Das Mission Statement dazu war: Die Stadt soll ein großartiger Ort werden, um älter zu werden. Mit dem Programm wurde auch die Bewerbung für das globale Netzwerk altersgerechter Städte und Gemeinden gestartet. Im Jahr 2010 wurde Manchester als erste altersgerechte britische Stadt von der WHO anerkannt und der Name des Programms von Valuing Older People in Age-Friendly Manchester geändert.

Manchester hat in der Strategieentwicklung von Age-Friendly Manchester **drei Schlüsselprioritäten** festgelegt: die Entwicklung einer altersfreundlichen Umgebung, die Entwicklung altersfreundlicher Dienstleistungen und die Förderung von „age equality“. Zudem formulierte Manchester die sechs unten angeführten Grundrechte für altersgerechtes Leben:

Tabelle 4.3:
Grundrechte für altersgerechtes Leben, Age-Friendly Manchester

NR.	RECHT
1	das Recht, mit Würde und Respekt behandelt zu werden
2	das Recht auf ein unabhängiges Leben
3	das Recht auf Information, Beratung und Anleitungen in geeigneten Formaten
4	das Recht, ein gesundes Leben zu führen
5	das Recht, Entscheidungsfindungen zu beeinflussen, die sich auf das Leben älterer Menschen auswirken
6	das Recht auf Sicherheit und Geborgenheit.

Quelle: Eigene Darstellung (GÖG) auf Basis von Age-Friendly Manchester 2018

Einbindung älterer Menschen: Für die altersgerechte Arbeit von Manchester war wichtig, älteren Menschen eine Stimme zu geben und sie öffentliche Dienstleistungen mitgestalten zu lassen. Es ist von größter Bedeutung, dass ältere Menschen Einfluss und eine Stimme haben, um das Leben der Stadt zu gestalten. Manchester hat ältere Menschen in den Vordergrund gerückt und der wichtigen Rolle, die sie für das Leben und den Erfolg der Stadt spielen, Bedeutung und Sichtbarkeit verliehen. Im Zuge der Entwicklung altersgerechterer Dienstleistungen wurde auch bei entsprechenden Anbietern das Bewusstsein für die Ansichten und Bedürfnisse älterer Menschen geschärft. Deren Einbindung findet in allen relevanten Sektoren des Stadtlebens statt (öffentlicher Raum, Kultur, Wissenschaft, Pflege und Betreuung usw.).

Maßnahmen: Zu Maßnahmen der wertschätzenden Einbindung in die Stadtgestaltung zählen unter anderem Aktivitäten zur Steigerung des Gefühls von Zugehörigkeit, Vertrauen und Eigenverantwortung. Manchester legt Wert darauf, ältere Menschen in Entscheidungen einzubinden. Zudem forciert die Stadt ein Reframing des Narrativs über Altern von einem defizitorientierten zu einem ressourcenorientierten Ansatz. Dazu zählt beispielsweise die Ausarbeitung von vier Gründen, ältere Menschen in Projekte zu involvieren: Wissen und Erfahrung, Kenntnisse über die Umgebung, Vertrauen und Verbindlichkeit, Willen zur Mitgestaltung. Einen weiteren Schwerpunkt legt Manchester auf die Auseinandersetzung mit einer altersgerechten Sprache und Menschen in höherem Alter betreffenden Stereotypen.

Das altersgerechte Manchester-Programm zielt darauf ab, Ungleichheiten im Leben älterer Menschen zu beseitigen und leitet aus dem Programm ein breites Spektrum von Projekten ab, die sich weitgehend an Menschen ab der Lebensmitte richten. Gruppenspezifische Maßnahmen werden oft thematisch ausgerichtet, so entwickelt Manchester unter anderem auch das erste britische LGBT-Konzept für altersgerechte Wohnmodelle. Die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung im höheren erwerbsfähigen Alter steht ebenfalls im Zentrum. Die Arbeit für mehr altersfreundliche Arbeitgeber, die ältere Arbeitnehmer/-innen schätzen, nimmt dabei eine wichtige Rolle ein. Manchester legt hohen Wert auf altersfreundliche Kulturprogramme, die von diversen Gruppen besucht werden können. Als herausragendes Beispiel in dieser Hinsicht gilt auch die Maßnahme der University of Manchester, die eine Studie über die Entwicklung altersgerechter Communitys durchführt. Das Besondere daran ist, dass 18 ältere Bewohner/-innen aus Manchester als Mitarbeiter/-innen der Studie rekrutiert wurden und zu Co-Researcherinnen/-Researchern ausgebildet wurden. Als solche führten sie 68 Interviews mit Bewohnerinnen/Bewohnern über 60 Jahre durch

und übernahmen eine führende Rolle bei der Erhebung, Auswertung und Dissemination der Forschungsarbeit.

Lernerfahrungen: Manchester hat einen gut strukturierten Ansatz zum Thema Altern, der sowohl menschenzentriert als auch standortorientiert ist und mit der allgemeinen Entwicklungsstrategie der Stadt, *Our Manchester*, koordiniert ist. Die Stadt konzentriert sich stark auf die Stadtteile, in denen ältere Menschen vorwiegend leben und arbeiten, auf deren Zugang zu Dienstleistungen und deren soziale Integration. Diese Bereiche werden allesamt durch starke, langjährige Partnerschaften, Governance und die Stimme älterer Menschen unterstützt. Ein hoher Anteil des Erfolgs von Age-friendly Manchester liegt in der politischen Unterstützung und Lobbyarbeit durch die Stadtverwaltung, in der für das Programm beispielsweise ein eigenes Büro mit einem professionellen Team eingerichtet ist. Maßnahmen und das Engagement von Dienstleistungseinrichtungen und Organisationen sowie robusten und zeitgemäßen Partnerschaften bildeten zudem ein effektives Fundament für alle einschlägigen Aktivitäten.

Quellen: (Manchester, Age-Friendly 2018; Manchester, City Council 2018; Manchester 2019)

4.2.2 Demenzfreundliche Stadt Brügge (Belgien)

Die Organisation Familiezorg West-Vlaanderen (vzw) ist ein unabhängiger und integraler häuslicher Pflegedienst, der 1948 als gemeinnütziger Verein in Brügge gegründet wurde. Seit dem Jahr 1996 besitzt die Organisation in Form des Projekts „Foton“ ein spezielles Angebot für Personen mit demenziellen Erkrankungen. Dieses richtet sich an Menschen mit (Verdacht auf) Demenz, die zu Hause leben, sowie deren Angehörige. Das Alter der Personen mit demenziellen Erkrankungen ist für die Inanspruchnahme des Angebots irrelevant – de facto handelt es sich bei den meisten Klientinnen und Klienten um ältere Menschen. Ein wesentlicher Bestandteil des Angebots sind die Foton-Beraterinnen und -Berater, die auf die Betreuung von Menschen mit Demenz in der häuslichen Situation spezialisiert sind und Betroffene sowie deren Familien über Demenz und den bestmöglichen Umgang mit der neuen Situation informieren (Normalität in der veränderten Situation herstellen). Die Foton-Beraterinnen und -Berater können auch als Mediatorinnen und Mediatoren gesehen werden, die zwischen Betroffenen und deren Angehörigen vermitteln. Die Beratungen können als Hausbesuche oder in den Räumlichkeiten von Foton stattfinden.

Seit dem Jahr 2010 wird der Interventionsansatz Demenzfreundliche Stadt Brügge unter Beteiligung der Stadtverwaltung und aller relevanten Organisationen und Institutionen in der Stadt umgesetzt. Foton ist aufgrund seines Angebots und seiner Aktivitäten ein wichtiger Partner für die Umsetzung. Neben der Beratung bietet Foton unterschiedliche Aktivitäten für Personen mit demenziellen Erkrankungen und deren Angehörige an wie beispielsweise einen Chor. Zur Sensibilisierung der Bürgerinnen und Bürger werden durch verschiedene Veranstaltungen Begegnungen mit Personen mit demenziellen Erkrankungen herbeigeführt. Bei diesen Treffen sind Foton-Beraterinnen und -Berater als Mediatorinnen und Mediatoren anwesend, um über den geeigneten Umgang mit Betroffenen zu informieren und den respektvollen Umgang miteinander sicherzustellen. Für bestimmte Gruppen in der Stadt wie beispielsweise für Schülerinnen und Schüler, Polizistinnen

und Polizisten oder Betreiberinnen und Betreiber von Geschäften werden konkretere Sensibilisierungsaktivitäten gesetzt. Im Foton-Haus werden zudem niederschwellig Informationen zu Demenz und dem Umgang mit Betroffenen gegeben, bzw. stehen dort Bücher und Dokumente zu diesem Thema zur Verfügung.

Das übergeordnete Ziel der vielseitigen Aktivitäten im Rahmen der demenzfreundlichen Stadt ist es, die negativen Einstellungen und Vorurteile gegenüber Menschen mit demenziellen Erkrankungen in der Gesellschaft zu reduzieren und so ein demenzfreundliches Klima zu schaffen, was auch anderen Gruppen wie älteren Menschen im Allgemeinen zugutekommt. Dafür ist die Kooperation mit unterschiedlichen Organisationen und Institutionen in der Stadt essenziell.

Zugang zur Zielgruppe: Bei Foton handelt es sich um ein freiwilliges Angebot. Es besteht eine gute Zusammenarbeit mit den umliegenden Krankenhäusern und Ärztinnen/Ärzten, sodass bei einer Diagnose die Patientinnen und Patienten auf Foton aufmerksam gemacht werden und ihnen ein Folder, der über das Projekt informiert, mitgegeben wird. Darüber hinaus ist Foton in der Stadt gut bekannt, das Angebot und die damit verbundenen Aktivitäten werden weiterempfohlen.

Auswirkungen auf die Zielgruppe: Foton erhielt von Betroffenen und deren Angehörigen viele positive Rückmeldungen. Es wurde berichtet, dass durch die Beratung und die diversen Aktivitäten in den Familien ein positiver Umgang mit der Situation erlernt worden sei und sich so das Zusammenleben verbessert habe. Außerdem wurde rückgemeldet, dass sich durch die Gruppenaktivitäten die soziale Netzwerke erweitert und sich Freundschaften gebildet hätten, und das nicht nur auf Ebene der Betroffenen, sondern auch zwischen den Angehörigen. Durch die vielseitigen Aktivitäten in der Stadt profitieren vermutlich auch ältere Personen ohne demenzielle Erkrankungen. Spezifische Evaluationen wurden hierzu (noch) nicht durchgeführt, aber derzeit läuft ein internationales Projekt, das sich mit Evaluationsmöglichkeiten in Bezug auf Aktivitäten, die Menschen mit demenziellen Erkrankungen fördern, auseinandersetzt.

Finanzierung und strukturelle Verankerung: Strukturell ist Foton beim Verein Familiezorg West-Vlaanderen (vzw) angesiedelt. 70 % der Kosten von Foton werden durch Förderungen der Stadt bzw. der nationalen Regierung abgedeckt. Die restlichen 30 % werden durch Sponsoren und Einnahmen von Foton selbst lukriert (z. B. zahlen Betroffene pauschal 50 Euro pro Jahr für Beratungen, oder es gibt die Möglichkeit, für fünf Euro pro Jahr das Dokumentationsarchiv mit Büchern, DVDs etc. zu nutzen).

Lernerfahrungen: Kooperation zwischen unterschiedlichen Organisationen und Institutionen in der Stadt ist ein zentraler Bestandteil dieses Interventionsansatzes. Für diese Zusammenarbeit in Brügge wurde eine Plattform gegründet, deren Mitglieder sich regelmäßig treffen. Die Kooperation wurde dafür eher offen gestaltet (wenig Formalitäten wie Tagesordnungen etc.), was Kreativität ermöglichte. Diese lockere Zusammenarbeit wurde von den Organisationen und Institutionen begrüßt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass Kontinuität und Engagement vonnöten sind – insbesondere in Zeiten, in denen die Zusammenarbeit zu bestimmten Themen schwierig oder träge erscheint.

Herausforderungen in der Kooperation haben sich beispielsweise hinsichtlich der Betreiberinnen und Betreiber von Geschäften gezeigt. In einer eigenen Kampagne wurde diese Gruppe speziell

adressiert und über den Umgang mit Personen mit demenziellen Erkrankungen informiert. Als Zeichen der Solidarität mit Betroffenen sollte das in der Stadt bekannte Zeichen (ein geknotetes rotes Tuch) in die Schaufenster gehängt werden, um zu zeigen, dass die Geschäfte Menschen mit demenziellen Erkrankungen entgegenkommen. Mit dieser Aktion konnte aber nur ein Teil der Geschäftstreibenden gewonnen werden. In diesem Zusammenhang wurde in der Plattform auch die Idee bestimmter Standards für derartige Geschäfte diskutiert. Diese Idee wurde dann aber wieder verworfen, da Geschäftstreibende bereits viele Auflagen und Standards erfüllen müssen und diese mit zusätzlichen Standards vermutlich nicht zur Kooperation hätten gewonnen werden können. Daher blieb man bei der Initiative, zu sensibilisieren und das bekannte Symbol – als Zeichen der Solidarität – in die Schaufenster zu hängen.

Quellen: (Familiezorg West-Vlaanderen 2019), Telefoninterview

4.2.3 Netzwerk „Älter werden in Potsdam“ (Deutschland)

Das Netzwerk „Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam“ wurde im Jahr 2006 mit dem Ziel gegründet, die Zusammenarbeit zwischen den Diensten und Einrichtungen der Stadt zum Wohle der älteren Bürgerinnen und Bürger (65 plus) zu verbessern. Mit mittlerweile über 50 Partnern aus den Bereichen Bildung, Beratung und Information, Begegnung und Freizeit, Pflege und Gesundheit, Wohnen und Verwaltung ist eine tragfähige Grundlage für ein qualifiziertes und bedürfnisorientiertes Versorgungsnetzwerk in der brandenburgischen Landeshauptstadt entstanden.

Das Netzwerk versteht sich u. a. als Gremium, das die zuständigen Stellen und Organe der Stadtverwaltung Potsdam im Rahmen der Planung und Weiterentwicklung notwendiger Strukturen im Bereich der pflegerischen Versorgung und Altenarbeit berät und Stellungnahmen dazu erarbeitet.

Ziel des Netzwerks ist es, Potsdamerinnen und Potsdamern ein selbstbestimmtes, würdevolles Alter(n) zu ermöglichen. Das bedeutet, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen ältere Menschen ihre Kompetenzen einbringen und weiterentwickeln können. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen für ältere Menschen, den dahinterstehenden Trägern, Anbietern und den Angehörigen ihrer Patientinnen/Patienten in sozialen und gesundheitlichen Krisensituationen nachhaltig verbessert werden. Es soll ein qualifiziertes und bedürfnisorientiertes Versorgungsnetzwerk entwickelt werden, das allen älteren Potsdamerinnen und Potsdamern gleichermaßen offensteht. Ein Schwerpunkt soll in Zukunft auf Prävention und Partizipation gelegt werden.

Das Netzwerk entwickelte sich ab dem Jahr 2006 aus einer lockeren Zusammenarbeit von Stakeholdern aus dem Pflegebereich, dem Sozialbereich und aus Vertretungen der Stadtverwaltung. Um Schnittstellenproblematiken zu überwinden, wurde die Koordination des Netzwerks vor allem durch ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen der Verwaltung intensiviert. 2018 wurde schließlich eine Zukunftskonferenz mit rund 40 Stakeholdern abgehalten, in der die Beschlussfassung zur Formulierung eines Förderantrags zur Einrichtung einer Fachstelle und Finanzierung der Netzwerkarbeit

stattfind. Seit 2018 wird das Netzwerk durch Mittel der Pflegekassen und der Stadt Potsdam finanziert.

Strukturelle Verankerung: Für die Planung und das Netzwerkmanagement ist eine **Steuerungsgruppe** eingerichtet, die sich aus der Netzwerkkoordinatorin, Sprecherinnen/Sprechern der einzelnen Arbeitsgruppen, Vertretungen der Pflegestützpunkte und Vertretungen aus der Verwaltung zusammensetzt. Die Steuerungsgruppe plant und programmiert die Netzwerkkonferenzen, schlägt die Bildung der Arbeitskreise vor, tauscht Informationen der Netzwerkpartner/-innen über neue gesetzliche Regelungen und sozialpolitische Vorhaben aus und bildet die Schnittstelle zur Öffentlichkeitsarbeit.

Das beschlussfassende Organ des Netzwerks ist die **Netzwerkkonferenz**, die dreimal jährlich stattfindet und die Umsetzung der Ziele der Kooperationserklärung sichert. Sie bildet zur Erfüllung dieser Ziele und Umsetzung der damit verbundenen Aufgaben **Arbeitskreise** und dient als Informations- und Diskussionsforum, in dem Ergebnisse der Arbeitskreise vorgestellt werden. Sie stimmt zudem über erarbeitete Konzepte, Stellungnahmen und Standards ab.

Die Arbeitskreismitglieder wählen Sprecher/-innen, die gleichzeitig die in die Steuerungsgruppe Entsandten sind. Arbeitskreise können themenbezogen neu gebildet oder, wenn die fachliche Notwendigkeit nicht mehr besteht, eingestellt werden, was beides von den Kooperationspartnerinnen/-partnern beschlossen werden muss.

Für Kooperationspartner/-innen ist die Teilnahme an den Netzwerkkonferenzen und die regelmäßige Mitarbeit an mindestens einem Arbeitskreis verpflichtend.

Zugang zur Zielgruppe: Die Schnittstelle zur Zielgruppe stellt das Netzwerk über die Vertretung des Seniorenbeirats her. Die Zielgruppenvertretung ist Teil der Steuerungsgruppe, Kooperationspartnerin des Netzwerks und nimmt sowohl an Arbeitskreisen als auch an den Netzwerktreffen teil. Der Informationstransfer ist derzeit über diese Schnittstelle geregelt. Zukünftig sollen partizipative Aktivitäten verstärkt werden. Ein weiterer zielgruppenspezifischer Schwerpunkt soll außerdem auf Übergänge gelegt werden wie beispielsweise auf die Phase des Übergangs ins Rentenalter.

Lernerfahrungen: Als Stärke des Netzwerks hat sich die langjährige und enge Zusammenarbeit der Stakeholder herausgestellt. Dabei ist eine besondere Tragfähigkeit zu erkennen, welche auf den kleinen und informellen Kontakten beruht. Darauf soll in Zukunft vermehrt aufgebaut werden. Als schwierig erweist sich die Organisation von Treffen, deren Teilnehmer/-innen physisch anwesend sein müssen. Es zeigt sich zudem, dass Initiativen von einzelnen Akteurinnen/Akteure stark abhängig sind. Brechen dieses weg, lösen sich meist auch die von ihnen initiierten Aktivitäten auf. Die Einrichtung der Arbeitsgruppen wurde bisher themenspezifisch vorgenommen. Da diese Struktur nicht optimal funktioniert, wird eine Änderung dahingehend überlegt, die Arbeitskreise in Zukunft nach Professionen auszurichten. Eine abschließende Lernerfahrung zeigt, dass das Netzwerk stark auf dem Pflegebereich fußt und daher Altersbilder und Zugänge zu älteren Menschen stark im pflegerischen Kontext verhaftet sind (z. B. defizitorientiert, kurativ), dieser Fokus soll nun auf andere Bereiche ausgeweitet werden, und zunehmend soll auch ein präventiver Ansatz verfolgt werden.

Quellen: (Potsdam 2019, Telefoninterview)

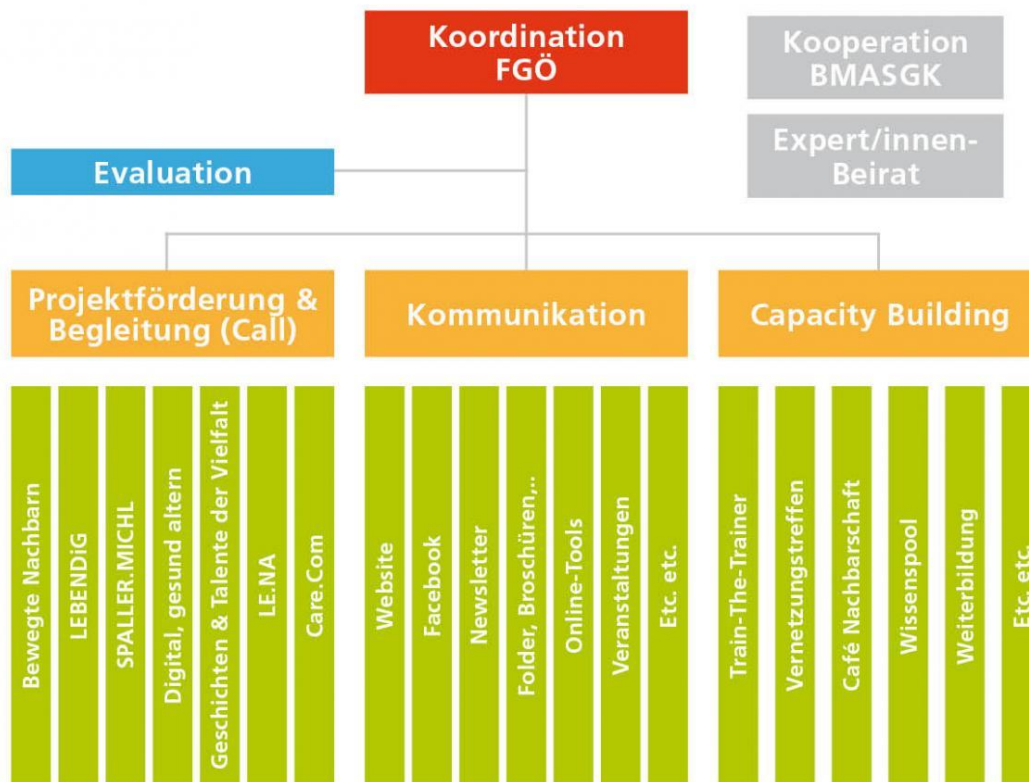
4.2.4 Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ (Österreich)

Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurde vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) im Jahr 2012 ins Leben gerufen und befindet sich aktuell in ihrer dritten Phase. In der ersten Phase (2012 bis 2014) wurden in ihrem Rahmen zwei Modellprojekte umgesetzt, eines im ländlichen und eines im städtischen Raum. In beiden Fällen wurde mit Mikroförderungen gearbeitet, um die Bewohnerinnen und Bewohner zu motivieren, Kleininitiativen für gesunde Nachbarschaft zu starten. Die Kleininitiativen wurden von Projektteams in den Regionen unterstützt. Im Herbst 2014 startete die zweite Phase von „Auf gesunde Nachbarschaft!“, die bis 2018 dauerte und in der erneut Projekte gefördert wurden – mit dem Unterschied, dass diesmal auf zwei Zielgruppen fokussiert wurde, nämlich einerseits auf Schwangere und Familien mit kleinen Kindern sowie andererseits auf ältere Menschen. Innerhalb dieser Zielgruppen wurde versucht, vor allem sozial benachteiligte Personen zu erreichen. In der zweiten Phase wurden insgesamt elf Leitprojekte gefördert, fünf davon für die Zielgruppe Ältere. Aus dieser Phase liegen die Ergebnisse systematisch aufbereitet im Handbuch "Aus Erfahrungen lernen" vor (Giedenbacher et al. 2018).

In der dritten Phase (2019 bis 2021) werden sieben Projekte in fünf Bundesländern gefördert. Die sieben Projektteams entwickeln Maßnahmen zur gesundheitsfördernden Teilhabe und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz älterer Frauen und Männer in Regionen, Stadtteilen, Gemeinden und Nachbarschaften. Der FGÖ begleitet und unterstützt die Projekte. Kontinuierliche Kommunikation und regelmäßige Treffen sollen den Wissenstransfer zwischen den Projektteams gewährleisten. Darüber hinaus ist es Ziel der Phase III einen Wissenstransfer auf die kommunale Ebene zu schaffen. Dies erfolgt durch Kooperation mit Einrichtungen in den Bundesländern, Schulen, Workshops etc. Breit angelegte Kommunikationsmaßnahmen (z.B. Website, Newsletter etc.) unterstützen diesen Wissenstransfer.

Strukturelle Verankerung: Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ ist strukturell beim FGÖ angesiedelt und wird durch Evaluationen sowie die Kooperation mit dem BMASGK und einem Expert/innenbeirat unterstützt (siehe).

Abbildung 4.1:
Struktur der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ in Phase III



Quelle: (Fonds Gesundes Österreich 2019)

Zugang zur Zielgruppe: Wesentlich für die Erreichung der Zielgruppe ältere Menschen ist der niederschwellige Zugang zu den Angeboten innerhalb der Projekte sowie die Umstände, dass diese partizipativ angelegt sind und dass auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit geachtet wird. Im Falle älterer Menschen ist beispielsweise auf die Mobilität der Zielgruppe (die zum Teil sehr eingeschränkt sein kann) zu achten, für den Zugang zu bestimmten Angeboten ist hier zudem auch Barrierefreiheit zu bedenken. Detailliertere Lernerfahrungen bezüglich der Erreichung der Zielgruppe im Rahmen der Projekte sind in einem eigenen Erfahrungsbericht zusammengefasst worden.

Lernerfahrungen: Ein Erfolgsfaktor der Initiative ist die strukturelle Verankerung, welche die langjährige Umsetzung sicherstellt. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang auch die professionelle Unterstützung der Projektteams und Umsetzerinnen bzw. Umsetzer in den Regionen. Konkrete Lernerfahrungen aus den Projekten können im Erfahrungsbericht nachgelesen werden (Giedenbacher et al. 2018).

Quellen: (Fonds Gesundes Österreich 2019; Giedenbacher et al. 2018)

4.2.5 Initiative „Im Alter IN FORM“ (Deutschland)

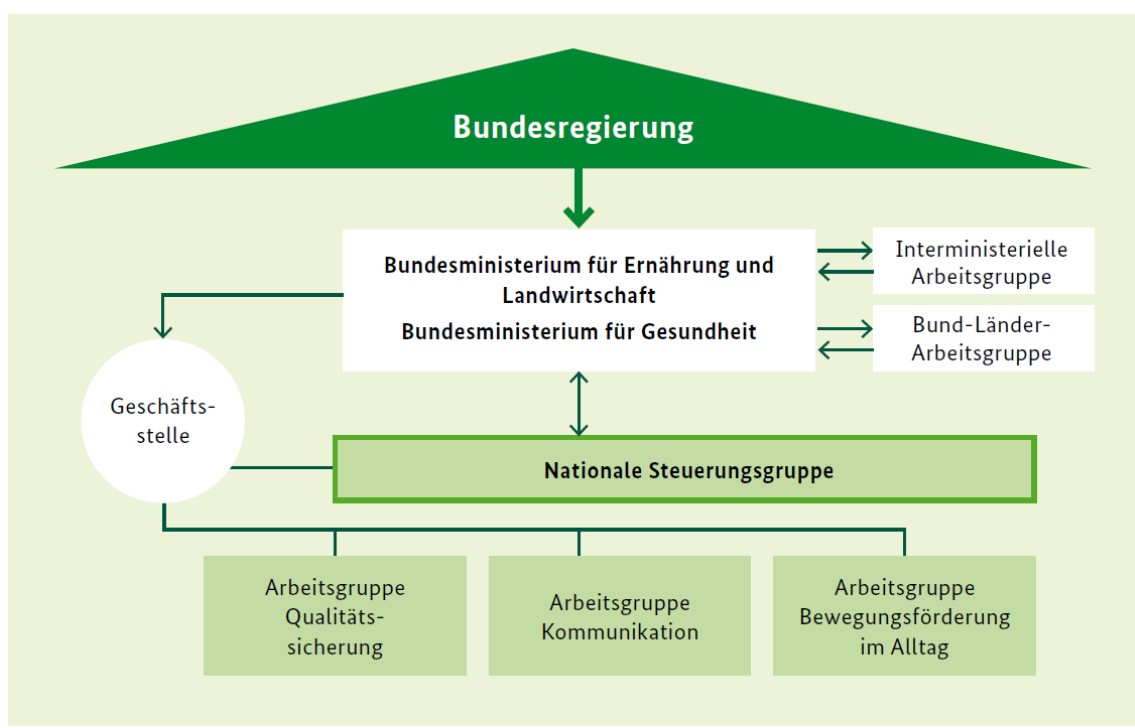
„IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ihr Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern.

In Deutschland sind 66 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen übergewichtig oder fettleibig. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren trifft dies auf 15 Prozent zu. In den vergangenen zehn Jahren ist der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen bei jungen Männern um etwa acht Prozent, bei jungen Frauen um etwa sieben Prozent gestiegen. Das Übergewicht ist in der Gesellschaft aber nicht gleichmäßig verteilt. Mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen sinkt der Anteil der übergewichtigen beziehungsweise adipösen Männer und Frauen. Mit dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ will die Bundesregierung erreichen, dass Kinder gesünder aufwachsen, Erwachsene gesünder leben und dass alle von einer höheren Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit profitieren. Krankheiten, die durch einen ungesunden Lebensstil mit einseitiger Ernährung und Bewegungsmangel mitverursacht werden, sollen deutlich zurückgehen (<https://www.in-form.de/in-form/allgemein>).

Intersektorale Zusammenarbeit: Die effektive Umsetzung des Nationalen Aktionsplans ist ohne eine ressort-, akteurs- und politikfeldübergreifende Zusammenarbeit nicht möglich. Deshalb sind alle maßgeblichen Ressorts der Bundesregierung, die Länder und Kommunen sowie die Akteurinnen und Akteure der Zivilgesellschaft bei der Umsetzung auch beteiligt. Insbesondere den Ländern und Kommunen kommt eine besondere Verantwortung für die Ausgestaltung gesundheitsfördernder Lebensräume zu, z. B. im Wohnumfeld, in Kitas, in Schulen sowie in Jugend- und Senioreneinrichtungen.

Strukturelle Verankerung: Vor diesem Hintergrund wurden Strukturen aufgebaut, um die Einbeziehung aller wichtigen Akteurinnen und Akteure zu ermöglichen, die Umsetzung von IN FORM zu steuern und weitere Maßnahmenentwicklungen voranzutreiben. Eine Geschäftsstelle koordiniert die Arbeit der beiden federführenden Bundesministerien. Eine interministerielle Arbeitsgruppe auf Bundesebene und eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe begleiten die Umsetzung auf Bundes- bzw. Länderebene. In der Nationalen Steuerungsgruppe, die die Bundesregierung berät, wirken neben den federführenden Ministerien die Länder und Kommunen sowie wesentliche Akteurinnen und Akteure der Zivilgesellschaft mit. Auf Vorschlag der Steuerungsgruppe wurden für bestimmte Themen Arbeitsgruppen eingerichtet (AG Qualitätssicherung, AG Kommunikation, AG Bewegungsförderung im Alltag). So konnten die unterschiedlichsten Fachkenntnisse und Erfahrungen genutzt werden, aber auch die in den verschiedenen Gremien erzielten Ergebnisse in die Strukturen aller Beteiligten unmittelbar einfließen.

Abbildung 4.2:
Strukturen von IN FORM auf Bundesebene und ihre Aufgaben



Quelle: IN FORM. Zwischenbilanz 2017

Lernerfahrungen: Es hat sich gezeigt, dass der Bundestagsbeschluss im Jahr 2007, mit dem das Ernährungs- und Landwirtschaftsministerium sowie das Gesundheitsministerium einen initialen Anstoß für eine gemeinsame Strategie für Bewegung und gesündere Ernährung gaben, eine weitere intersektorale Zusammenarbeit bewirkte. Die Einrichtung einer dauerhaften Vernetzungsstelle, die mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet ist, hat sich für Umsetzungsaktivitäten bewährt. Projekte werden für fünf Jahre finanziert und vom Bundesrechnungshof begutachtet. Diese Prüfung mit Fokus auf Innovationscharakter und Kreativität der Projekte ist eine gewisse Form von Qualitätssicherung, die für die Fortführung von Projekten wichtig ist. Für das gesamte Programm förderlich, kam im Jahr 2015 auch das in Deutschland in Kraft getretene Präventionsgesetz hinzu, wonach zwei Euro pro Person für präventive Maßnahmen eingesetzt werden.

Quellen: (BAGSO 2019; BMEL 2017)

4.2.6 Montclair Institute for Lifelong Learning (New Jersey, USA)

Montclair hatte damit zu kämpfen, dass viele Menschen mit Antritt der Pension (mit 65 Jahren) von dort abgewandert sind. Daher hat die Gemeinde im Jahr 2014 die Initiative „Lifelong Montclair“ ins Leben gerufen, um Montclair zu einem guten Ort für das Älterwerden zu entwickeln und der altersbezogenen Abwanderung entgegenzuwirken. Das Ziel der Initiative ist, Barrieren abzubauen, die dem Umstand zuwiderlaufen, dass ältere Bewohnerinnen und Bewohner von Montclair (ab 55 Jahren) hier gut altern können und wollen. Aus einer Erhebung 2012 ergaben sich mehrere Handlungsfelder wie Verkehr, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Wohnen, Freizeit, Ernährung, Finanzen und Beschäftigung, Öffentlichkeitsarbeit und Bildung, Sicherheit und Gemeinschaftsleben. Unter dem Dach von Lifelong Montclair arbeiten über 30 Partnerorganisationen gemeinsam mit der Projektleitung daran, seniorenrechtliche Strategien, Programme und Richtlinien umzusetzen, die die vorhandenen Ressourcen von Montclair ergänzen.

Im Bereich Bildung äußerten ältere Bürgerinnen und Bürger Interesse an Erwachsenenbildungsangeboten. Das ehemalige Erwachsenenbildungsprogramm in Montclair wurde nicht gut angenommen, weil die Kurskosten viel zu hoch waren und das Angebot zu einseitig war. Daher wurde das Montclair Institute for Lifelong Learning (The MILL) gegründet.

Die Bildungsangebote von The MILL können von Personen über 55 Jahre kostenlos besucht werden. Die Kurse sind vielseitig und umfassen beispielsweise Bewegung, Kunst oder Außenpolitik. Ein Semester dauert durchschnittlich sechs Wochen (in den Sommermonaten nur vier Wochen) und bietet 12 bis 14 verschiedene Kurse an unterschiedlichen Standorten. Pro Jahr finden vier Semester statt. Die Kurse werden mit den unterschiedlichen Kooperationspartnern durchgeführt wie z. B. dem lokalen Kunstmuseum oder der Bibliothek. Ihre Gruppengröße variiert, manche umfassen bis zu 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Seit einiger Zeit wird für bestimmte Kurse auch eine Onlineteilnahme angeboten. In diesem Fall kann man sich von zu Hause aus einloggen und auch mit den Vortragenden bzw. den anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern interagieren, indem eine Übertragung der Fragen und Diskussionspunkte in den Kursraum erfolgt. Hierfür wurden von einer NGO Tablets zur Verfügung gestellt. Die Kurse werden von qualifizierten Vortragenden geleitet, von denen die meisten Honorare erhalten (einige wenige unterrichten auch ehrenamtlich).

Am Ende jedes Semesters findet eine Evaluation der Kurse statt, deren Ergebnisse in die Gestaltung des nächsten Semesters aufgenommen werden. Außerdem wird das Kursprogramm im Rahmen runder Tische mit Älteren sowie Vertreterinnen und Vertretern von Partnerorganisationen besprochen bzw. entwickelt.

Zugang zur Zielgruppe: Dadurch, dass der Wunsch in der Bevölkerung nach einem derartigen Angebot so intensiv gewesen war, hatten sich die Älteren regelmäßig informiert, sodass die Nachfrage von Anfang an sehr groß war. Es wurden Inserate in Broschüren bzw. bei relevanten Regionalzeitungen geschaltet. Der wesentlichste Faktor war aber die direkte Bewerbung innerhalb der Gruppe der Älteren auf Basis der eigenen Erfahrungen (Schneeballeffekt). Das Bildungsprogramm hängt auch in den Locations aus, in denen unterrichtet wird, und findet sich online auf der Website von The MILL.

Auswirkungen auf die Zielgruppe: Lernen und kognitive Beschäftigung wirken positiv auf die Älteren, aber auch die soziale Komponente ist nicht zu vernachlässigen. Durch die Kurse werden die sozialen Netzwerke der Älteren gestärkt, und es entstehen Freundschaften, die auch durch weitere gemeinsame Aktivitäten gepflegt werden. Durch die Einbeziehung der Älteren in die Kursgestaltung (runde Tische, Kursevaluationen) kann ein Empowerment der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erreicht werden und können zielgruppengerechte Kurse angeboten werden.

Finanzierung und strukturelle Verankerung: Das Programm wird von der Partners for Health Foundation und der Gesundheitsabteilung der Stadtverwaltung finanziert. Der Jahresaufwand beträgt rund 50.000 US-Dollar, wovon 10.000 von der Verwaltung übernommen werden. Strukturell verankert ist The MILL bei der Stadtverwaltung, in der die ganze Initiative Lifelong Montclair (Lifelong Montclair Directory of Senior Services) angesiedelt ist.

Lernerfahrungen: Die Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe ist essenziell. Durch die Partizipation Älterer in der Entstehungsphase konnten wichtige Anforderungen ermittelt und entsprechend berücksichtigt werden wie z. B. der kostenlose Zugang, die Dauer der Kurse über mehrere Wochen und Ansprüche an die Vortragenden. Dadurch hatte das Programm von Anfang an viel Zuspruch, und die Zahl der Anmeldungen für die Kurse war hoch. Daher wurde – unter Berücksichtigung des Budgets – versucht, die Anzahl der Kurse kontinuierlich aufzustocken. Dennoch sind an einer gewissen Stelle die Kapazitätsgrenzen erreicht, und es müssen gegebenenfalls auch Anmeldungen abgelehnt werden.

Es wurde die Erfahrung gemacht, dass nicht alle Neuerungen immer positiv aufgenommen werden. Vor kurzem wurde der Anmeldeprozess umgestellt, sodass Anmeldungen nur mehr online getätigt werden können. Diese Umstellung wurde von manchen Älteren als altersdiskriminierend kritisiert. Daher wurde eine Art Peer-to-Peer-Initiative ins Leben gerufen, bei der sich die Älteren gegenseitig bei der Onlineanmeldung unterstützen, die gut angenommen wurde.

Quellen: (WHO 2019b; WHO 2019c), Skype-Interview

4.2.7 Claremont Social Prescribing Programme (London, UK)

Das Claremont Project ist ein Zentrum mit Angeboten bzw. Kursen für ältere Menschen über 55 Jahre im Londoner Stadtteil Islington. Das Angebot beinhaltet Gruppenkurse für beispielsweise Kunst, Tanz oder Bewegung, aber auch Psychotherapie. Um die Aktivitäten zu nutzen, müssen die Älteren eine Mitgliedschaft abschließen. Voraussetzung für diese ist, dass sie über 55 Jahre alt sind und im Stadtteil Islington leben, arbeiten oder anderweitig im Stadtteil verwurzelt sind. Die Mitgliedschaft ist wie viele der Aktivitäten im Zentrum kostenlos. Manche Gruppenkurse können einen kleinen Kostenbeitrag von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einheben, z. B. wenn Exkursionen durchgeführt werden (im Durchschnitt beträgt dieser Beitrag zwei Pfund). Auch Psychotherapiestunden können von den Mitgliedern in Anspruch genommen werden. Die Kosten für eine Session betragen ca. 10 bis 30 Pfund (je nach individuellem Aufwand).

Das Claremont Social Prescribing Programme wurde 2012 ins Leben gerufen und bis 2020 durch eine lokale Förderung finanziert. Durch die Förderung arbeitet eine Person für 18 Stunden pro Woche als Social-Prescribing-Managerin. Diese betreut im Durchschnitt 75 Klientinnen und Klienten pro Jahr (durchschnittlich sechs bis sieben pro Monat). Über einen Zeitraum von sechs Wochen verbringt sie sechs bis zehn Stunden pro Klientin bzw. Klient mit Social Prescribing.

Die Social-Prescribing-Managerin hat zu Beginn des Programms ein Netzwerk im Stadtteil aufgebaut, das Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte, Sozialdienste, NGOs, Vereine usw. umfasst. Social Prescribing kommt dann zum Einsatz, wenn Ärztinnen und Ärzte sehen, dass Patientinnen und Patienten mehr als nur medizinische Versorgung für die Überwindung gesundheitlicher Belastungen benötigen (v. a. hinsichtlich ihrer psychischen und sozialen Gesundheit). Für die Zuweisung existiert ein digitales Formblatt, das Ärztinnen und Ärzte mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten ausfüllen und per Mail der Claremont-Social-Prescribing-Managerin¹ übermitteln. Dieses Formblatt beinhaltet die Daten der zu kontaktierenden Personen und eine Anmerkung der Ärztin bzw. des Arztes betreffend die Gründe für die Zuweisung. Die Social-Prescribing-Managerin meldet sich dann telefonisch bei den zugewiesenen Personen und vereinbart einen persönlichen Termin, um gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten die individuelle Situation sowie deren Interessen und Wünsche zur Verbesserung der Situation zu besprechen. Bei diesem Ersttermin wird auch der Stundenplan des Claremont-Zentrums mitgenommen und werden gemeinsam mit den Älteren passende Kurse und Aktivitäten identifiziert – in den meisten Fällen erfolgreich. Ansonsten stellt die Social-Prescribing-Managerin einen Kontakt zu Angeboten im Stadtteil her. Gegebenenfalls können die Klientinnen und Klienten auch Psychotherapiestunden in Anspruch nehmen. Standardmäßig ist ein Review nach drei Wochen vorgesehen. Bei diesem Termin wird mit den Patientinnen und Patienten über die ausgewählten Aktivitäten reflektiert und werden eventuell weitere Aktivitäten identifiziert. Weitere Follow-up-Termine finden standardmäßig nach ca. sechs Wochen und nach ca. drei Monaten (ausgehend vom Zeitpunkt des Erstkontakts) statt. Die Social-Prescribing-Managerin ist für ihre Klientinnen und Klienten telefonisch wie auch physisch im Claremont-Zentrum erreichbar – auch zwischen den standardmäßig geplanten Terminen.

Beim Erstkontakt wird eine Einschätzung der Klientinnen und Klienten mittels Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) durchgeführt. Eine solche wird auch bei jedem Follow-up-Termin durchgeführt. So können die Veränderungen hinsichtlich des Wohlbefindens aufgezeigt werden.

Zugang zur Zielgruppe: Die Klientinnen und Klienten werden von Ärztinnen und Ärzten im Stadtteil Islington mit einem Zuweisungsbogen der Claremont-Social-Prescribing-Managerin zugewiesen, auf dem sich Kontaktdaten der zugewiesenen Personen und die Begründung der Ärztin bzw. des Arztes, warum Social Prescribing „verschrieben“ wird, finden.

¹ Anmerkung: Im Rahmen von Social-Prescribing-Programmen in Großbritannien ist auch die Bezeichnung „link worker“ gebräuchlich. Im hier beschriebenen Programm wird die Bezeichnung Social-Prescribing-Managerin verwendet. In den Aufgaben gibt es hier aber keinen Unterschied.

Auswirkungen auf die Zielgruppe: Aus Sicht der Social-Prescribing-Managerin profitieren die Zugewiesenen stark von den Beziehungen, die zur Social-Prescribing-Managerin, aber auch zu den anderen Personen im Claremont-Zentrum (Angestellte, Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer) aufgebaut werden. Die Vernetzung zwischen den älteren Personen im Stadtteil wird durch die Kurse am Claremont-Zentrum, aber auch durch andere Angebote in der Nachbarschaft gefördert, wodurch soziale Netzwerke der Älteren gestärkt werden.

Des Weiteren kann über die Erhebungen mittels Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) zu mehreren Zeitpunkten eine Veränderung des Wohlbefindens der Klientinnen und Klienten festgestellt werden. Die stärksten Verbesserungen werden in den Bereichen Fröhlichkeit und Selbstvertrauen wahrgenommen.

Finanzierung und strukturelle Verankerung: Das Claremont Social Prescribing Programme wird zur Gänze von der Wohltätigkeitsorganisation Islington Giving Foundation gefördert und hat eine Laufzeit von 2012 bis 2020. Die Förderung beträgt ca. 18.000 Pfund pro Jahr und ermöglicht eine Halbezeitstelle (18 Stunden pro Woche) für eine Social-Prescribing-Managerin, die direkt am Claremont-Zentrum angesiedelt ist und vor Ort zu ihren Bürozeiten erreichbar ist. Nach Auslauf dieser Förderperiode soll laut Auskunft der Social-Prescribing-Managerin erneut um eine Förderung angesucht werden.

Lernerfahrungen: Die lokale Verortung im Stadtteil und die Bündelung diverser Angebote und Kurse für ältere Menschen unter einem Dach werden als Erfolgsfaktor betrachtet, da ältere Menschen oft nicht mehr so mobil sein können oder wollen, um quer über die Großstadt verteilte Angebote in Anspruch zu nehmen. Außerdem wird das Zentrum von den Mitgliedern sehr geschätzt, da es keine klinische Umgebung ist.

Der Aufbau von Beziehungen zu den älteren Menschen wird als wesentlicher Erfolgsfaktor gesehen. Als in diesem Zusammenhang herausfordernd erachtet die Social-Prescribing-Managerin aber die Abgrenzung. Sie muss hier die Balance zwischen Erreichbarkeit und Eingebundenheit auf der einen Seite und Verfügbarkeit und professioneller Distanz auf der anderen Seite wahren.

Quellen: (Claremont 2019; Lindsey 2018), Telefoninterview

4.2.8 Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society (CoSENSo, Kärnten)

Bei Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society (CoSENSo) handelt es sich um ein EU-Projekt, das in Italien, Österreich, Frankreich und Slowenien von Dezember 2015 bis Dezember 2018 umgesetzt wurde und sich zum übergeordneten Ziel setzte, Voraussetzungen zu schaffen, um die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen im Alpenraum zu verbessern, damit diese so lange wie möglich zu Hause bleiben können. Dabei wurde auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und bereits bestehenden Leistungen in den vier Ländern Rücksicht genommen.

In Österreich wurde das Projekt vom Land Kärnten durchgeführt. Acht Gemeinden in der Region Nockberge und Südkärnten wurden aufgrund ihrer geografischen Beschaffenheit (v.a. wegen der Gebirgslage) für die Umsetzung ausgewählt. Die primäre Zielgruppe waren ältere Menschen ab 65 Jahren (gesund oder bereits erkrankt), die zusätzlichen Belastungen ausgesetzt waren wie z. B. Einsamkeit, Armut bzw. Armutsgefährdung, chronischen Erkrankungen oder aufgrund der Wohnsituation schwierig zu erreichenden Gesundheitsversorgungsstrukturen. Als sekundäre Zielgruppe wurden auch deren Familien mitbetrachtet.

Um die älteren Menschen zu erreichen, wurden „family and community nurses“ etabliert. Diese Familiengesundheitspflegerinnen/-pfleger sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, die im Rahmen des Projekts eine Ausbildung in Familiengesundheitspflege erhalten haben. Sie übernahmen die Aufgaben, Betroffene und ihre Familienmitglieder zu beraten, die Prävention zu forcieren und Netzwerke zu erschließen, die eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung außerhalb stationärer Versorgungseinrichtungen bieten. Sie stellen eine Schnittstelle zwischen Betroffenen, Familienmitgliedern, Organisationen, Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Gesundheitsdienstleistern dar und unterstützen das Projekt sowohl in der Koordination im Schnittstellenmanagement als auch bei der praktischen Umsetzung. Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger erheben die Risikofaktoren und planen gemeinsam mit den Betroffenen und deren Familien, wie jene reduziert werden können. Dabei wird das regionale Angebotsnetzwerk im Gesundheits- und Sozialbereich genutzt. In Kärnten wurden sieben Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger für das Projekt ausgebildet, deren Inanspruchnahme für die älteren Menschen kostenlos war.

Die Familiengesundheitspflegerinnen/-pfleger waren von September 2016 bis Ende Februar 2018 im Einsatz. Über diesen Zeitraum wurden in Kärnten 2.010 Besuche durchgeführt. Im Durchschnitt lag die Zahl der Besuche in Kärnten bei fast sechs (5,8) Besuchen pro Klientin bzw. Klient. Das durchschnittliche Alter der Klientinnen und Klienten betrug in Kärnten 78,9 Jahre. Von den betreuten Personen hatten 24,3 Prozent schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen, 37,6 Prozent leichte Gesundheitsprobleme und 38,1 Prozent leichte oder keine gesundheitlichen Probleme. Im Projekt wurde sichtbar, dass das Thema Pflege ein großes Anliegen der Kärntner Klientinnen und Klienten war, weil ihre Angehörigen aus unterschiedlichen persönlichen Gründen nicht für sie sorgen konnten (z. B. weil ihre Kinder in Städte gezogen waren). Ein weiteres sehr häufiges Problem war die Einsamkeit der Klientinnen und Klienten.

Zugang zur Zielgruppe: Das Projekt wurde zu Beginn in allen acht Gemeinden vorgestellt. Zu diesen Informationsveranstaltungen wurden über die Gemeinden relevante Institutionen und Vereine sowie Ärztinnen und Ärzte eingeladen. Am Anfang haben sich eher Personen mit dringendem Bedarf an Unterstützung in gesundheitlicher Hinsicht gemeldet. Als die ersten Personen gute Erfahrungen mit den Familiengesundheitspflegerinnen und -pflegern gemacht hatten, wurden diese weiterempfohlen, und durch den Schneeballeffekt wurden weitere Ältere erreicht. Der Zugang zu den Familiengesundheitspflegerinnen und -pflegern funktionierte letztendlich im Wesentlichen über drei Wege:

- » Informationen zum Projekt wurden über die Gemeindeämter an Personen weitergegeben, die sich über Pflege und Betreuung erkundigt haben.
- » Ältere Personen haben von anderen Älteren über das Angebot erfahren und direkt bei den Familiengesundheitspflegerinnen/-pflegern angerufen.
- » Personen, die von Familiengesundheitspflegerinnen und Familiengesundheitspflegern betreut wurden, haben gebeten, auch nach Nachbarn, Bekannten etc. zu sehen.

Auswirkungen auf die Zielgruppe: Interviews mit Kärntner Klientinnen und Klienten haben eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm gezeigt. Das italienische Projektteam fand in einer Untersuchung heraus, dass, je größer die Möglichkeiten der Beteiligten sind, Zeit miteinander zu verbringen (soziale Beziehungen zu pflegen), die Zahl der Hüftfrakturen desto geringer ausfällt, was als messbarer Indikator für erfolgreiches aktives Altern herangezogen wurde. Die Analyse der italienischen Daten zeigte mithin, dass die Implementierung öffentlich zugänglicher Maßnahmen zur Förderung sozialer Interaktion sich positiv auf aktives Altern auswirken (gemessen an der geringeren Anzahl der Hüftfrakturen). Gleichzeitig erwies sich auch, dass, je mehr Kaffeehäuser und Bars (zur Pflege privater sozialer Netzwerke) in einer Ortschaft zur Verfügung stehen, desto weniger Stürze mit schweren Verletzungen zu verzeichnen sind.

Finanzierung und strukturelle Verankerung: Das Gesamtbudget des Projekts (2015–2018) belief sich auf rund 2.052.400 Euro. Das Budget für Kärnten betrug 302.450 Euro (Beteiligung des European Regional Development Fund: 85 %, Selbstkosten Kärntens: 49.000 Euro), zusätzlich wurden über den Kärntner Gesundheitsfonds 326.000 Euro kofinanziert. Das Projektteam war im Amt der Kärntner Landesregierung angesiedelt. Mit Projektende (Dezember 2018) endete auch die Finanzierung und wurde kein Nachfolgeprojekt vorgesehen.

Lernerfahrungen: Die Erreichung der Zielgruppe gestaltete sich anfangs etwas herausfordernd. Die Projektleitung erwähnte in einem Telefonat, dass Betreuung und Pflege ein schlechtes Image bei vielen älteren Menschen besitze („Mir geht es ja noch nicht so schlecht.“ „Ich kann das ja noch allein.“). Als sich aber die ersten guten Erfahrungen mit dem Angebot herumgesprochen hatten, gestaltete sich die Inanspruchnahme besser.

Das Angebot wurde von den älteren Menschen in Kärnten nach ersten Anlaufschwierigkeiten gut angenommen, und der individuelle Charakter der Betreuung wurde sehr geschätzt. Auch die durchgehende Betreuung durch eine Familiengesundheitspflegerin bzw. einen Familiengesundheitspfleger (kein Wechsel der Betreuungsperson) wurde als positiv erachtet. Keine Klientin bzw. kein Klient hat die Begleitung durch die Familiengesundheitspflegekraft abgebrochen, weil sie ihr bzw. ihm nicht mehr gefallen hätte. Anderweitige Abgänge aus dem Angebot gab es dennoch vereinzelt (z. B. wenn eine Person in ein Alters- oder Pflegeheim übersiedelte).

Quellen: (CoSENSo consortium 2019; Ippoliti et al. 2018; Land Kärnten 2019; Social Protection Institute of the Republic of Slovenia and ASL Città di Torino 2018); Telefoninterview

4.2.9 Tubbe-Modell – Residential and care homes that are great places to live and work (Belgien)

Das Tubbe-Modell ist ein Organisations- und Managementmodell, das ursprünglich in einer Reihe von Wohn- und Pflegeheimen, „residential and care homes“ (RCHs), in einer ländlichen Gemeinde im Westen Schwedens angewandt wurde. Im Rahmen des Modells werden effektive, effiziente, attraktive Häuser etabliert, in denen ältere Menschen ihr Leben genießen können. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden attraktive und motivierende Arbeitsplätze gestaltet. Bewohnerinnen und Bewohner werden ermutigt, sich tatkräftig in den Alltag einzubinden und damit ihr Leben mit sinnstiftenden Aufgaben zu füllen. Auf Wunsch von Teilen der belgischen Bevölkerung und belgischer Akteurinnen und Akteure des Pflege- und Betreuungssektors wurden mithilfe der König-Baudouin-Stiftung sechs Pilotprojekte in Belgien gestartet, deren Ziel ist, älteren Menschen ein sozial verankertes Leben zu ermöglichen, auch wenn sie in ein RCH ziehen müssen. Um dies zu erreichen, sind innovative Organisationsmodelle erforderlich wie zum Beispiel das Tubbe-Modell.

Damit für die Bewohnerinnen und Bewohner ein Lebensumfeld geschaffen wird, in dem sie sie selbst sein können und sich zu Hause fühlen, ermutigt das Tubbe-Modell die RCH-Bewohnerinnen und -Bewohner, ihren Teil zum Betrieb der Einrichtung beizutragen. Zentral ist dabei, dass sich die Organisation den Bewohnerinnen und Bewohnern anpasst, diese sich aber nicht – wie sonst gängig – der Organisation anpassen müssen. Da das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner auch vom Wohlbefinden ihrer Angehörigen und des Personals abhängt, sind auch diese aktiv am Betrieb des RCH beteiligt.

Da jede Bewohnerin / jeder Bewohner einzigartig ist, ist es unmöglich, einen starren Stufenplan für die Anwendung des Tubbe-Modells zu erstellen. Stattdessen wird der Modellrahmen durch einige wenige Grundprinzipien bestimmt.

Tabelle 4.4:
Grundprinzipien des Tubbe-Modells

Grundprinzip	Beschreibung
Mitspracherecht bei Entscheidungen	Die Bewohnerinnen und Bewohner werden ermutigt, Entscheidungen über ihr tägliches Leben zu treffen. Eine Möglichkeit dazu sind thematische Arbeitsgruppen, in denen sie und die Mitarbeitenden gemeinsam nachdenken und dann Entscheidungen über Mahlzeiten, Aktivitäten, Zeitpläne usw. treffen.
Autonomie	Arbeitsgruppen verfügen über eine (partielle) Budgetautonomie.
Coaching	Das Management fördert eine progressive Denkweise und ist offen für neue Ideen.
Beziehungspflege	Authentische Beziehungen zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern und Mitarbeitenden lassen das Pflegeheim wie ein Zuhause erscheinen. Die Mitarbeitenden erkennen an, dass sie „im Wohnbereich eines anderen arbeiten“, und reflektieren über ihre Kommunikation mit den Bewohnerinnen/Bewohnern.
Fokus auf Ressourcen	Das Leben orientiert sich an dem, wozu die Bewohnerinnen/Bewohner noch in der Lage sind, nicht an ihren Grenzen. Vielmehr werden Grenzen als zu überwindende Herausforderungen betrachtet.
Einbindung und sinnvolle Aktivitäten	Es ist wichtig, dass sich ältere Menschen nützlich fühlen. So werden den Bewohnerinnen/Bewohnern sinnvolle Aktivitäten angeboten, und sie werden in Aktivitäten und Aufgaben des Alltagsmanagements einbezogen.
offene Kommunikation	Veränderungen oder Grenzen werden offen diskutiert und kommuniziert.
Anerkennung der Einzigartigkeit	Jede Einzelne / Jeder Einzelne ist einzigartig, daher muss die Standardversorgung mit der notwendigen Flexibilität angeboten werden.
offenes Umfeld	RCHs sind Treffpunkte, auch für Anwohnerinnen/Anwohner, Kinder und andere Gruppen.

Quelle: Eigene Darstellung (GÖG) auf Basis des Tubbe-Modells, König-Baudouin-Stiftung (Belgien)

Mit dem Modell wurden Ziele auf vier Ebenen verfolgt:

- » **Priorisierung sozialer Beziehungen:** Mit dem beziehungsbasierten Organisations- und Managementsystem kann Tubbe – benannt nach dem schwedischen Altersheim Tubberödshus, in dem das Modell entwickelt wurde – dazu beitragen, die Herausforderungen von RCHs (residential and care homes) zu bewältigen. Im Rahmen des Tubbe-Modells werden Entscheidungen gemeinsam getroffen und alle (Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Familien usw.) zur Teilnahme ermutigt.
- » **Bewohnerinnen und Bewohner:** Diese werden in das Leben im Altersheim stark einbezogen, z. B. durch die Auswahl von und aktive Teilnahme an Aktivitäten und Themengruppen, die Unterstützung bei der Zubereitung von Mahlzeiten oder die Verteilung von Post.
- » **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:** Diese werden ermutigt, mehr Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu verbringen und auf deren Bedürfnisse und Wünsche einzugehen, was ihnen ermöglicht, sich wieder mit der anregenden und lohnenden Seite ihres Berufs zu verbinden.
- » **Management:** Die Rolle des Managements ändert sich durch eine Verschiebung der Grundeinstellung von einer Management- hin zu einer Coaching-Mentalität. Die Beziehungen zu den Familien werden gefördert, z. B. durch die Teilnahme an Mahlzeiten und Aktivitäten im Haushalt.

Zielgruppe: Zielgruppe des Modells sind Bewohnerinnen und Bewohner – aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – in Pflege- und Wohnheimen.

Lernerfahrungen: Eine Evaluation nach 18 Monaten der Anwendung des Tubbe-Modells in sechs RCHs in Belgien zeitigte folgende Ergebnisse: 53 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gaben an, dass sich die Versorgung in ihrer Abteilung verbessert oder deutlich verbessert habe. 67 % von ihnen (50 % zu Beginn) gaben an, ein Mitspracherecht bei der Leitung ihrer Abteilung zu haben. 39 % der Bewohnerinnen und Bewohner (19 % zu Beginn) gaben an, dass sie an Entscheidungen des Personals beteiligt sind (über Essen, Möbel, Aktivitäten usw.). 61 % von ihnen (46 % zu Beginn) stimmten der Aussage „Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hören mir zu, wenn ich Fragen oder Probleme habe“ uneingeschränkt zu.

Quelle: (King Baudouin Foundation 2019)

4.2.10 Long live the elderly! (Rom, Italien)

Im Jahr 2003 war in Rom eine Hitzewelle mit hoher hitzebedingter Übersterblichkeit älterer Menschen ausschlaggebend für die Entwicklung des Projekts „Long live the elderly“, dessen Ziel es ist, der sozialen Isolation über 80-Jähriger entgegenzuwirken. Dazu wurden Sensibilisierungskampagnen und Telefonangebote ausgebaut sowie persönliche soziale Kontakte und Hausbesuche intensiviert. Das Programm ist danach ausgerichtet, dass man bei Notfällen ausreichend vorbereitet ist, weil beim Eintreten eines Notfalls (z. B. einer Hitzewelle) dafür keine Zeit mehr zur Verfügung steht.

Strukturelle Verankerung: Das Programm wurde ursprünglich im Bezirk Lazio in Rom umgesetzt und maßgeblich von der NGO Sant'Egidio getragen, unterstützt von der Stadtverwaltung Rom.

Mittlerweile (2019) nehmen an dem Programm italienweit 9.000 über 80-jährige Menschen in insgesamt sieben Städten teil (Rom, Neapel, Sassari, Brindisi, Genua, Novara und Amatrice), davon nach wie vor die meisten in Rom (6.000 Menschen). Das Programm ist in Italien seit 15 Jahren etabliert und durch Kooperationen mit den Stadtverwaltungen oder Gemeinden strukturell verankert. Die Organisation des Programms ist nach einem NGO-Prinzip aufgebaut. In den letzten zehn bis 15 Jahren fand ein starker Wandel von öffentlicher zu privater Finanzierung statt. Mittlerweile wird „Long live the elderly“ zu 90 Prozent von privaten Sponsoren finanziert, der Hauptsponsor ist der italienische Energiekonzern ENEL. Für die teilnehmende Bevölkerung sind und bleiben alle Leistungen des Programms kostenlos.

Zugang zur Zielgruppe: Da das Programm in Kooperation mit der Stadtverwaltung umgesetzt wird, schickt diese Personen anlässlich deren 80. Geburtstags einen Brief, in dem sie gefragt werden, ob sie am Programm „Long live the elderly“ teilnehmen möchten. Die kontaktierten Personen haben die Möglichkeit der Ablehnung oder Zusage. Aus dem Programm wird eine Koordinatorin / ein Koordinator für 1.000 Personen zur Verfügung gestellt. Der Zugang zu den teilnehmenden Menschen geschieht über drei Ebenen:

1. individuelle Ebene (Kontaktaufnahme per Brief und nachfolgend durch eine Koordinatorin / einen Koordinator)
2. Netzwerkebene
Der Aufbau eines sozialen Netzwerks, das Isolation, Einsamkeit und Ängsten entgegenwirkt steht auf dieser Ebene im Zentrum. Zukünftig wird der Ausbau von Netzwerken noch stärker in den Vordergrund des gesamten Programms gerückt, da mit der Einbindung in ein soziales Gefüge die effektivsten Ergebnisse erzielt werden konnten. Soziale Isolation gilt als eines der höchsten Gesundheitsrisiken und erhöht das Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen enorm. Ziel der Netzwerkebene ist, isolierte Menschen aus ihrer Isolation zu holen. Dazu werden beispielsweise Straßenfeste organisiert, in denen sich Menschen unterschiedlichen Alters treffen können.
3. soziale Dienstleistungsanbieter
Als Schlüsselpersonen für den Kontakt mit über 80-Jährigen gelten die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der sozialen Dienstleistungsanbieter, hier vor allem Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter. Sie sind jene, die alle notwendigen Orte und Einrichtungen in der Umgebung kennen, die für die Zielgruppe relevant sind (Nahversorger, Apotheke, Ärztinnen/Ärzte usw.). Sie halten einen niederschweligen Schnittstellenkontakt zwischen den Stadtteilakteurinnen/-akteuren und den betroffenen Menschen.

Identifizierung isolierter Menschen: Einmal jährlich wird zur Kategorisierung des Grades der Gebrechlichkeit und Isolation ein Assessment durch Case-Managerinnen/-Manager mittels Erhebungsbogen durchgeführt. Der Erhebungsbogen misst soziale, ökonomische, physische und psychische Faktoren sowie solche der Isolation. Die Ergebnisse werden einer vierstufigen Skala zugeordnet.

Tabelle 4.5:

Klassifikation von Gebrechlichkeit und Frequenz der Kontaktbesuche

Klassifikation	Frequenz des Kontaktbesuches
Robust	1 x in 4 Monaten
Etwas gebrechlich	1 x in 2 Monaten
Gebrechlich	1 x im Monat
Sehr gebrechlich	1 x in 2 Wochen

Quelle: Eigene Darstellung (GÖG) auf Basis Telefoninterview „Long live the elderly“

Der Kontakt wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Programms aktiv aufgenommen. Während die Gesundheit belastender Phasen wird die Frequenz der Kontakte stark erhöht. Die Kontaktpersonen reagieren mit einer Erhöhung der Besuchsfrequenz auf besonders belastende Umstände, wenn diese im privaten, sozialen oder umweltbedingten Bereich auftreten.

Indikator für Sozialkapital: Das Hauptbestreben von „Long live the elderly“ kann auch mit dem Ziel, das Sozialkapital von Menschen zu steigern, beschrieben werden. Gemessen wird dieses an der Zahl von Kontakten und Beziehungen (number of contacts and relations). Zukünftig soll während des jährlichen Assessments verstärkt auf die Qualität der Kontakte eingegangen werden, die neben deren Anzahl ein ausschlaggebendes Kriterium für die Lebensqualität ist.

Mehrwert des Betreuungsnetzes: Der besondere Mehrwert des Programms liegt im aktiv aufsuchenden Ansatz. Oft sind sich gebrechliche Menschen bzw. Risikogruppen nicht darüber bewusst, dass sie bereits in einem Grad Unterstützungsbedarf haben, der es sinnvoll macht, wenn sie regelmäßig kontaktiert werden. Es sind meist auch Menschen, die aktiv keinen Kontakt aufnehmen. Umso wichtiger ist die aktive Rolle des Netzwerkes.

Lernerfahrungen: Die am stärksten isolierten Menschen sind auch jene, die am schwersten zu erreichen sind (hard to reach). Mit dem Programm wurden erste Schritte gesetzt, Zugänge zu dieser Gruppe zu schaffen. Die Mortalitätsrate während Hitzewellen konnte dadurch beispielsweise deutlich gesenkt werden. Auch die Zahl der Krankenhausaufenthalte und die Inanspruchnahme von Langzeitpflege sind in der untersuchten Bevölkerungsgruppe zurückgegangen. Zur Prüfung nachhaltiger Effekte wurde von Marazzi et al. (2015) eine eigene Studie durchgeführt, in der der Rückgang der Krankenhausaufenthalte eines der Ergebnisse ist. Eine Herausforderung des Programms zeigt sich in der Responserate für das Assessment, sie liegt nach wie vor bei niedrigen fünf Prozent, was widerspiegelt, wie schwierig die Zielgruppe zu erreichen ist. Eine weitere Erfahrung ist, dass einkommensstarke Menschen oft noch stärker isoliert leben als Einkommenschwache.

Quellen: (Marazzi et al. 2015, Telefoninterview)

Anmerkung: In Österreich sind durch Gesundheits- und Sozialdienstleistungen ähnliche Felder abgedeckt, wie sie im Programm „Long live the elderly“ beschrieben sind. Case Management, Hausbesuche und die verschiedenen Pflege- und Betreuungsangebote sind Teil gesundheits- oder sozialbezogener Dienstleistungen. In Wien gibt es beispielsweise den Kontaktbesuchsdienst der

Wiener Sozialdienste, für den sich Menschen ab 75 Jahren anmelden können und der als Informationsbrücke zwischen älteren Menschen und Einrichtungen pro Bezirk bzw. Stadt Wien funktioniert (www.wienersozialdienste.at). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Italien ein anderes – viel lückenhafteres – Gesundheits- und Sozialsystem als Österreich aufweist und daher für Italien das Programm einen besonderen Stellenwert besitzt. Trotz der Abdeckung in Österreich kann speziell auf den aktiven und aufsuchenden Ansatz von „Long live the elderly“ geachtet werden, wie auch auf den Fokus auf die Steigerung von Sozialkapital und das Zurückholen isolierter Menschen in soziale Netzwerke. Ein weiterer Blick kann auf den umweltbedingten Schwerpunkt gerichtet werden, mit dem etwa das Risiko klimabedingter Übersterblichkeit minimiert werden soll.

4.2.11 Gesund älter werden in Wien (Österreich)

„Gesund älter werden in Wien“ ist ein Projekt der Wiener Gesundheitsförderung und wird im Zeitraum von November 2017 bis Jänner 2020 in neun Wiener Bezirken (3., 4., 7., 9., 11., 12., 14., 17. und 23. Bezirk) umgesetzt. Es richtet sich an nicht mehr erwerbstätige Frauen und Männer im Alter von etwa 60 bis 75 Jahren. Außerdem wurde versucht, besonders vulnerable Gruppen innerhalb dieser Altersgruppe (z. B. Personen mit geringem Einkommen, mit geringer formaler Bildung, mit Behinderung, mit Migrationshintergrund sowie isoliert lebende Personen) zu erreichen. Mit der operativen Umsetzung sind die Wiener Sozialdienste, das Wiener Hilfswerk, „queraum. kultur- und sozialforschung“ sowie die Universität Wien (Postgraduate Center und Institut für Soziologie) beauftragt.

In einer ersten Projektphase wurden Stadtteilerhebungen in den neun Bezirken durchgeführt. Durch die Erfassung bezirksspezifischer Strukturen und Projekte sowie die Anwendung von „mobile methods“ (Stadtteilbegehungen mit parallelen Interviews) und Fokusgruppen wurden unter Einbindung älterer Bewohnerinnen und Bewohner für die Zielgruppe relevante Sozialräume identifiziert. Neben den gewonnenen Daten in Hinblick auf die Wahrnehmung und Nutzung von Sozialräumen konnten auch Rückschlüsse auf die Aktivität der älteren Bewohnerinnen und Bewohner gezogen und vier verschiedene Aktivitätstypen abgeleitet werden:

- » **Typ 1 – erweiterbare Aktivität:** Ältere Menschen dieses Typs gehen mehreren unterschiedlichen Aktivitäten in der Stadt nach. Sie haben vielseitige Interessen und nutzen ein breites Angebot, sind aber nicht in einer bestimmten Organisation verankert (z. B. Verein) und engagieren sich nicht freiwillig. Sie sind sozial gut eingebunden (z. B. Familie, Freundinnen und Freunde).
- » **Typ 2 – Vollaktivität:** Diese Älteren gelten als besonders aktivitätsorientiert und ressourcenstark. Sie sind mit ihren Tätigkeiten aktuell voll ausgelastet. Viele Menschen dieses Typus sind freiwillig tätig und oft eng an eine bestimmte Organisation oder Gruppe (z. B. Verein, Organisation, Kirche) angebunden. Sie haben weder Zeit noch Interesse, weitere Aktivitäten aufzunehmen. Die Älteren dieses Typs sind sozial gut eingebunden.
- » **Typ 3 – Aktivität trotz Belastung:** Menschen dieses Typs sind oft alleinlebende ältere Menschen, die wenig sozial eingebunden sind. Zusätzlich sind sie gesundheitlich oder emotional belastet und aktuell weniger mobil. Ältere Menschen dieses Typs gehen zwar ihren Interessen nach, aber manchmal ist ihnen dies nicht wie gewünscht möglich.

- » **Typ 4 – Verlust der Aktivität:** Ältere dieses Typs leben eher zurückgezogen und erleben eine Einbuße an Aktivität im Alter. Soziale Eingebundenheit finden sie über die Familie. Sie haben wenig Eigenantrieb oder Neugierde, Angebote in der Stadt auszuprobieren, auch wenn diese räumlich nahe liegen. Ihre Mobilität beschränkt sich meist auf die Wege des alltäglichen Lebens.

Parallel dazu fand die Kontaktphase statt, in der für ältere Bewohnerinnen und Bewohner in den Projektbezirken konsumfreie Treffen – sogenannte Grätzel-Cafés – organisiert wurden. Im Rahmen von insgesamt 224 Grätzel-Cafés (mit durchschnittlich sieben Teilnehmerinnen/Teilnehmern pro Termin) haben Projektmitarbeiterinnen partizipativ mit den Älteren gesundheitsfördernde Maßnahmen (in den Bereichen seelische Gesundheit, soziale Teilhabe, Bewegung, Gesundheitskompetenz) entwickelt und in weiterer Folge mit Partnerorganisationen umgesetzt. Engagierte Bürgerinnen und Bürger, die gesundheitsfördernde Aktivitäten umsetzen wollten, konnten bei der Wiener Gesundheitsförderung um Unterstützung ansuchen (Beratung für Umsetzung und finanzielle Unterstützung bis zu 300 Euro für Privatpersonen und bis zu 3.000 Euro für Organisationen). Bis September 2019 wurden sieben Initiativen über Organisationen und ca. zwölf Initiativen von Privatpersonen gestartet.

Zugang zur Zielgruppe: Um die Zielgruppe zu erreichen, wurden unterschiedlichste Maßnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt (z. B. Inserate in Bezirkszeitungen, direkte Bewerbung bei relevanten Veranstaltungen in den Bezirken). Außerdem versandte die MA 40 (Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht) Briefe an Personen, die Zuschüsse zu ihrer Pension durch die Stadt Wien erhalten. Diese Einladungen zu den Grätzel-Cafés wurden gut angenommen und genutzt.

Auswirkungen auf die Zielgruppe: Auch wenn die abschließende Evaluation noch nicht vorliegt, konnten vonseiten des Projektteams Auswirkungen beobachtet werden, die zeigen, dass das Projekt Potenzial für persönliche Weiterentwicklung geboten hat. Für manche Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die den oben beschriebenen Typen 1, 3 oder 4 angehören, war es bereits die Entscheidung, die Wohnung zu verlassen und regelmäßig an den Grätzel-Cafés teilzunehmen, die einen Unterschied bewirkte. Für andere Personen galt es zu lernen, die eigenen Bedürfnisse zu äußern oder sich mit Themen wie z. B. Diskriminierung im Umgang mit anderen Menschen auseinanderzusetzen. Einige ältere Menschen hielten sogar selbst Vorträge, setzten Kleinprojekte um oder dockten im Laufe des Projekts bei anderen Organisationen als Freiwillige an (Beitrag zum Empowerment).

Finanzierung und strukturelle Verankerung: „Gesund älter werden in Wien“ wird von der Wiener Gesundheitsförderung umgesetzt und aus Mitteln des Landesgesundheitsförderungsfonds finanziert. Für die Umsetzung von Maßnahmen im Projekt besteht eine Projektgemeinschaft aus Wiener Sozialdiensten, Wiener Hilfswerk-Nachbarschaftszentren, „queraum. kultur- und sozialforschung“ und der Universität Wien. Eine Evaluation wird durch die FH Campus Wien, Department Pflegewissenschaften, durchgeführt.

Lernerfahrungen: Der sehr niederschwellige und offene Ansatz des Projekts wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern positiv wahrgenommen. Für die Organisation der Grätzel-Cafés bedeutete es aber eine gewisse Unsicherheit, mit wie vielen Personen gerechnet werden kann (was

v. a. für Räumlichkeiten oder die Verpflegung relevant war). Mit der Zeit konnten aber Erfahrungswerte gesammelt und anhand der bisherigen durchschnittlichen Teilnehmerzahlen in den Bezirken Prognosen über das Ausmaß der zu erwartenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer erstellt werden.

Die Umsetzung partizipativer Initiativen mit der Zielgruppe braucht Zeit und Unterstützung. Außerdem ist es wichtig, zu berücksichtigen, dass nicht alle älteren Menschen selbst aktiv werden wollen, sondern manche es bevorzugen, eher „nur“ teilzunehmen. Jene Personen, die aber eine Grätzel-Initiative starten wollen, sollten bestmöglich durch eine kompetente Person (in diesem Fall jemand aus dem Projektteam) unterstützt werden.

Quellen: (Resch et al. 2019; Wiener Gesundheitsförderung 2019); Telefoninterview

4.2.12 Gemeinsam gehen (Steiermark)

Laut WHO sind rund 60 Prozent der Weltbevölkerung körperlich inaktiv, und auch in Österreich trifft dies auf etwa die Hälfte der Bevölkerung zu. Daten für die Steiermark spiegelten den globalen Trend wider, dass mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern die körperliche Aktivität kontinuierlich abnimmt. Dabei liegen gerade bei der Generation 65+ große gesundheitsbezogene Potenziale in zumindest moderater körperlicher Aktivität. Generell gilt: Jede Bewegung ist besser als keine.

Aus einer Kohortenstudie (n = 908) über 60- bis 75-jährige Menschen im Rahmen eines Modellprojekts (Lebenswerte Lebenswelten) in 13 steirischen Gemeinden ging hervor, dass Beeinträchtigungen körperlicher Funktionen durch Bewegung um acht bis zehn Prozentpunkte zurückgegangen sind. Ein Zusammenhang zwischen der großen Anzahl von Interventionen, die auf mehr körperliche Aktivität zielen, und der Verringerung der gesundheitlichen Beeinträchtigung scheint gegeben. Das größte Potenzial hatten diesbezüglich 60- bis 70-jährige Menschen. Am erfolgreichsten waren regelmäßige Geh- und Wanderangebote mit einem planbaren Ablauf in Bezug auf die Dauer und die Essmöglichkeit, die von Peers geplant und geführt wurden.

Das Projekt „Gemeinsam gehen“ hatte zum Ziel, die Gesundheitschancen der älteren Bevölkerung in ausgewählten Gemeinden zu verbessern und ihre Gesundheitspotenziale zu stärken. Mit Beteiligung der Zielgruppe 65 plus sowie Vertreterinnen und Vertretern fünf teilnehmender steirischer Gesunder Gemeinden (Arnfels, Bruck an der Mur, Kapfenberg, Lieboch und Schladming) und relevanten Organisationen bzw. Einrichtungen wurde ein Bündel an Maßnahmen in der jeweiligen Gemeinde umgesetzt, damit gesundheitsfördernde Sozialräume und Angebote für die Zielgruppe, die die körperliche Aktivität fördern, entstehen konnten.

Akteurinnen und Akteure aus bestehenden Strukturen wurden vernetzt, und für die Gestaltung fußgängerfreundlicher Sozialräume wurden Sozialraumanalysen durchgeführt. Des Weiteren wurden engagierte Personen für kommunale Begleitdienste ausgebildet, die Menschen mit Unterstüt-

zungsbedarf auf Alltagswegen begleiteten. Zur Aktivierung der Zielgruppe wurden niederschwellige Gehrunden angeboten. Überdies entwickelte die jeweilige Initiativgruppe Schwerpunktangebote, die sich an den kommunalen Bedürfnissen der Zielgruppe orientierten.

Potenzielle Kooperationspartner für das Projekt „Gemeinsam gehen“ waren etwa Seniorenvereine, Sportvereine, mobile Dienste, Sozialreferate der Gemeinden sowie Referate für Stadtentwicklung, Bau und Verkehr.

Zielgruppe: Die Zielgruppe waren ältere Frauen und Männer ab 65 Jahren, die noch mobil waren, den öffentlichen Raum nutzten und körperlich aktiv waren. Dazu zählten aber auch Menschen, die beispielsweise einen Rollator oder Rollstuhl nutzten, aber trotzdem noch das Haus verließen.

Projektdurchführung: Das Projekt wurde von Beginn an mit Entscheidungsträgerinnen/-trägern der Gemeinden besprochen und damit auf Gemeindeebene verankert. Besonders in den ersten neun Monaten des Projekts wurde der Fokus auf den Aufbau von Kooperationspartnerschaften mit Gemeindepolitik und -verwaltung, mit zielgruppenrelevanten Organisationen, Initiativen und mit Vereinen gelegt. So wurde in allen fünf Projektgemeinden eine Projektpräsentation vor essenziellen Schlüsselpersonen abgehalten. Im Vorfeld versandte die jeweilige Gesunde-Gemeinde-Kontaktperson Einladungen an relevante Akteurinnen/Akteure in der Gemeinde. Ziel dieser Veranstaltung war es, Organisationen, die mit der Zielgruppe des Projekts in Kontakt sind, etwa sozialen Diensten, Senioren- und Sportvereinen sowie engagierten Einzelpersonen, das Projekt näherzubringen, um einerseits dessen Bekanntheitsgrad zu steigern und andererseits die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Initiativgruppe zu gewinnen. Damit ist es gelungen, in den fünf Projektgemeinden jeweils eine Initiativgruppe aufzubauen, in welcher Vertreter/-innen verschiedenster Organisationen (Gesunde-Gemeinde-Kontaktperson, Gemeinderätinnen/-räte, die Bürgermeister/-innen, Vertreter/-innen ortsansässiger Pflegeheime und Vereine sowie interessierte Personen aus der Zielgruppe) gemeinsam intensiv zum Thema Gehen gearbeitet haben.

Im Fall der Verankerung der sozialen Begleitdienste wurde auf die Nutzung bestehender Strukturen geachtet. Die Trägerschaft oblag in den meisten Fällen der Gemeinde, die damit auch die Anerkennung der ehrenamtlichen Arbeit übernahm, unter anderem durch das Begleichen von Reisekosten oder die Finanzierung gemeinsamer Essen und von Gutscheinen.

Methode: Das Projekt basiert auf einer Sozialraumanalyse, im Zuge deren die älteren Menschen der Gemeinde stark eingebunden waren. Ihre Durchführung erfolgte in drei Teilen:

- » Nadelkartenmethode
- » Sozialraumbegehung (gemeinsam mit älteren Menschen aus der Gemeinde)
- » Erstellung einer Wegenetzkarte

Die gesamte Phase erstreckte sich über einen Zeitraum von gut einem Jahr (März 2012 bis Mai 2013). Zunächst wurde anhand der Nadelkartenmethode eine Visualisierung der Gehräume vom Wohnort zur Nahversorgung (z. B. Supermarkt, Apotheke, Post etc.), zu Treffpunkten, zu Lieblingsorten, zu Ärztinnen/Ärzten usw. vorgenommen. Festgehalten wurden dabei die wesentlichen Alltags- und Freizeitwege. Die Routen wurden gemeinsam mit älteren Menschen, Raumplanerin-

nen/-planern und Gemeindevertreterinnen/-vertretern auf Barrieren und Gefahrenzonen hin abgegangen. Zu Hindernissen zählen in diesem Zusammenhang beispielsweise Gehsteige mit Gehsteigkanten, plötzlich endende Gehsteige, Stolperfallen, Wurzeln von Bäumen, unebene Beschaffenheit des Bodens wie z. B. im Falle von Schotter. Bei der Zusammenstellung der Gruppe der älteren Menschen wurde darauf geachtet, dass auch Personen mit Rollator und/oder Rollstuhl dabei waren, um auch Belange der Barrierefreiheit zu berücksichtigen. Farbige Stecknadeln markierten und visualisierten auf einem vergrößerten Stadtplan die Gehräume der älteren Bevölkerung. Die Gehwege, eventuelle Sitzgelegenheiten, Schattenplätze, die Infrastruktur in Bezug auf Toiletten usw. wurden analysiert und anhand eines Begehungsberichts der Raumplanerinnen/-planer, an die Initiativegruppe bzw. auch an die Gemeindeverantwortlichen (Bürgermeisterin/Bürgermeister, Stadtamtsdirektorin/-direktor, Verantwortliche für Raumplanung) weitergeleitet und diskutiert. Die Ergebnisse der Begehungsberichte verstehen sich als Empfehlungen für die Gemeindeverantwortlichen.

Die Ergebnisse der Nadelkartenmethode und der Begehung flossen schließlich in die Erstellung der Wegenetzkarten ein, die, insgesamt betrachtet, aber wiederum in einem breiten und intensiven Prozess mit einer Vielzahl unterschiedlicher Beteiligter erfolgte. Bei größeren Projektgemeinden unterstützten Kartografinnen/Kartografen die Initiativegruppe bei der Erstellung der Wegenetzkarte. So wurden Freizeit- und Alltagswege, Wegbeschreibungen, wichtige Erlebnispunkte (Ärztin/Arzt, Apotheke, Rastmöglichkeiten, öffentliche Toiletten) sowie eine kurze Projektbeschreibung und Kontaktdaten ortsansässiger Organisationen auf den Karten abgebildet.

Lernerfahrungen: Durch zahlreiche Rückmeldungen aus den teilnehmenden Gemeinden weiß man, dass das Projekt gut anschlussfähig war. Besonders begeistert war die Zielgruppe von der Sozialraumbegehung, den Begleitdienstschulungen und den praktischen Wegenetzkarten. Besonders die Raumbegehung hat positive Resonanz erzeugt. Für die Bürgerinnen und Bürger war es interessant mitzugehen. Für die Gemeindebediensteten war es ebenso interessant, da sie oft blinde Flecken entdeckten, an die sie vorher nicht gedacht hätten (z. B. Hürden für Rollatoren). Ein Erfolgskriterium des Projekts liegt sicherlich auch in der starken Einbindung der Gemeindebediensteten (u. a. Gemeinderatsbeschluss, Mitwirkung von Gemeindemitarbeiterinnen/-mitarbeitern, Bürgermeisterinnen/Bürgermeistern). Dadurch waren Politik und Verwaltung in das Projekt involviert. Das Projektmanagement machte bereits zu Beginn explizit, dass eine tatsächliche Beteiligung erwartet werde und eine Scheinbeteiligung nicht möglich sei.

Quelle: (Neuhold 2013); Telefoninterview

4.2.13 KONFETTI-Café (Hamburg, Deutschland)

KONFETTI IM KOPF ist eine bundesweite Aktivierungskampagne in Deutschland, welche die motivierende Kraft von Kunst, Kultur und Begegnung nutzt, um die breite Öffentlichkeit für das Thema Demenz zu sensibilisieren. Es sollen dabei Brücken gebaut werden zu einem besseren Verständnis für ein Leben mit Demenz. Während das Thema Demenz in der öffentlichen Diskussion einen immer breiteren Raum einnimmt, ist die persönliche Beschäftigung mit dem Thema oft mit Ängsten, Vorurteilen und Stigmatisierung verbunden. Das in der Bevölkerung vorherrschende Bild von Menschen mit Demenz wirkt meist distanzierend und ausgrenzend. KONFETTI IM KOPF will mit bunten, originellen und öffentlichen Aktionen ein lebensbejahendes und Menschen zugewandtes Gegenbild erzeugen.

Jeden Dienstagnachmittag öffnet mitten im Hamburger Bezirk Altona das KONFETTI-Café seine Türen. Hier sind alle herzlich willkommen: Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers aller Generationen, Spaziergängerinnen und Spaziergänger, vor allem aber Menschen mit Demenz, die zu Hause leben, und ihre Angehörigen.

Bei einem völlig niederschweligen Zugang – das Thema Demenz steht nach außen nicht im Vordergrund – finden Besucherinnen und Besucher einen fachlich betreuten, inklusiven und demenzsensiblen Raum vor, der vorwiegend künstlerisch-musikalische Angebote für alle bereithält, den Dialog der Generationen fördert und dabei Menschen mit Demenz wieder eine Teilhabe und Mitgestaltung in der Gemeinschaft ermöglicht. Unter fachkundiger Anleitung von Kunst- und Musiktherapeutinnen/-therapeuten, Künstlerinnen/Künstlern und Musikerinnen/Musikern wird gemeinsam gestaltet, gemalt, gewerkelt, gelacht und gesungen. Regelmäßig lädt das KONFETTI-Café auch Schulklassen, Kinder aus Kindergärten und Pflegeschüler/-innen ein.

Ziele: Mit dem Projekt soll mehr Aufmerksamkeit und Bewusstsein für Menschen mit Demenz geschaffen werden und ihre gesellschaftliche Teilhabe gefördert werden. Die Bewusstseinsbildung sollte in weiterer Folge auch zum Abbau von Berührungsängsten führen und in der Gesellschaft eine Offenheit für das Thema Demenz unterstützen. Im Projekt steht der Mensch als Person und Individuum in all seiner Würde im Zentrum – und nicht der medizinische Fall.

Zielgruppe: Das Besondere an dem Projekt ist sein Schwerpunkt auf demenzkranken Menschen bei gleichzeitiger Einbindung einer breiten und generationenübergreifenden Community.

Strukturelle Verankerung: Das Projekt finanziert sich vorwiegend aus Mitgliedsbeiträgen und Spendengeldern. Aktivitäten werden vor allem von ehrenamtlichem Engagement getragen. Zudem ist KONFETTI IM KOPF eine geschützte Wortbildmarke. Will eine Stadt, Gemeinde oder Kommune diese nützen, wird eine Kooperationsvereinbarung getroffen. Kooperationspartner erhalten in Verbindung mit den jeweils geschlossenen Rahmenvereinbarungen das Recht, Logo und Name zu nutzen und damit einerseits vom hohen Bekanntheitsgrad zu profitieren und andererseits zur weiteren Verbreitung der „Konfetti im Kopf“-Ziele und -Visionen beizutragen.

Quelle: (Konfetti im Kopf 2019)

Anmerkung: Zwar nicht auf demenzkranke Menschen fokussiert, jedoch auf Ältere bezogen respektive generationenübergreifend orientiert, gibt es in Wien das Konzept der Vollpension. Vollpension ist ein Generationenkaffeehaus mitten in Wien, ein bunter Mix aus Menschen, die Alt und Jung ein Stück näher zusammenbringen wollen. Omas *Speis' und Trank* am *Kuchltisch* dient als Kommunikationskatalysator zwischen den Generationen. Als Motto wird Gemeinsamkeit statt Einsamkeit formuliert. Es gilt als Ziel, Wiens größte Gemeinschaft zu bilden, bei der junge und alte Menschen über ihren Schatten springen können und auf Augenhöhe und von Herz zu Herz miteinander Zeit verbringen können. Niemand soll, gerade im Alter, einsam sein. Einsamkeit ist laut den Betreibern nicht notwendig bei all den lustigen Menschen, die in der Stadt leben und darauf warten, das Mensch-Sein weiter zu erkunden. Mittlerweile werden zu diesem Zweck regelmäßig stattfindende Veranstaltungen organisiert, wie z. B. offene Yoga-Stunden für Seniorinnen und Senioren, Events der Eventreihe „How I Met Your Oma“, Generationenworkshops, und viele andere Aktivitäten. ([Vollpension Wien](#))

5 Schlussfolgerungen

Mit dem politikfeldübergreifenden „Dialog gesund & aktiv altern“ wurde ein Prozess angestoßen, Gesundheitsförderung mit Fokus auf soziale Teilhabe im Alter in Österreich zu forcieren. Eine Erhebung von Good-Practice-Beispielen sollte Aufschluss darüber geben, welche Maßnahmen sich auch in Österreich zur Umsetzung und Ausrollung eignen würden. Besonders herausgehoben wurden im Prozess der Erhebung Methoden bzw. Zugänge, die von Good-Practice-Beispielen für die Umsetzung und Zielgruppenerreichung angewandt worden waren. Die Ergebnisse sollen die zukünftigen Aktivitäten der Dialog-Gruppe unterstützen und Informationen für institutionelle bzw. strategische Umsetzungspartner/-innen und Akteurinnen/Akteure des Dialogs bereitstellen.

In der Erhebung zeigte sich, dass die identifizierten Good-Practice-Beispiele nach der Logik der drei Stufen Makro-, Meso-, Mikroebene eingeteilt werden konnten, wenn es dabei aufgrund der vielfältigen Aktivitäten auch zu Überlappungen kommt.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der identifizierten Good-Practice-Beispiele

Anhand der Gestaltung der Good-Practice-Beispiele wird ersichtlich, wie vielfältig und unterschiedlich Maßnahmen angelegt werden können. Umso mehr treten klare **Gemeinsamkeiten** wirkungsvoller Aktivitäten in den Vordergrund, die beinahe in allen Projekten vorkommen. Dazu gehört vor allem der hohe Stellenwert der **Netzwerkarbeit**. Wenn auf bestehende Netzwerke nicht zurückgegriffen werden kann, ist dem Aufbau von Kooperationspartnerschaften besondere Bedeutung beizumessen. Der Zugang zur Zielgruppe beziehungsweise die **Einbindung der Zielgruppe** wird in den meisten Projekten/Programmen als besonders wichtiger Bestandteil zum Gelingen der Umsetzung beschrieben. Eine frühe Einbindung älterer Menschen in die Projekt-/Programmarbeit führt zur stärkeren Identifikation mit der zugrundeliegenden Idee und folglich zu höherer Motivation bei der Zielgruppe, Angebote in Anspruch zu nehmen. So kann über Projektmaßnahmen eine positive Wirkung für aktives und gesundes Altern erhöht werden.

Unterschiede bei den Projekten/Programmen zeigen sich strukturell bei der **Verortung auf Makro-, Meso-, Mikroebene** und daraus resultierenden Zielformulierungen. So finden sich auf Makroebene Ziele, die auf die Entwicklung einer altersfreundlichen Umgebung und die Entwicklung altersfreundlicher Dienstleistungen abzielen, um durch diese Strukturen die soziale Teilhabe der älteren Bürgerinnen und Bürgern zu fördern. Unterstützend dazu wird je nach Projekt/Programm der Aufbau von Netzwerkstrukturen gefördert, die Zusammenarbeit von Dienstleistungen und Einrichtungen intensiviert oder es werden Initiativen auf kommunaler Ebene befördert. Auf Meso- und Mikroebene rücken hingegen konkretere Maßnahmen für ältere Menschen in den Vordergrund, die zum Teil mit der Prämisse eines niederschweligen Zugangs verbunden sind. Dazu gehören Angebote mit Zielen, die die soziale Teilhabe älterer Menschen stärken, soziale Isolation reduzieren, das allgemeine Wohlbefinden steigern, qualitätsgesicherte und leistbare Erwachsenenbildung ermöglichen oder intergenerationalen Austausch fördern. Auffallende Unterschiede bei den Ansätzen zeigen sich vor allem in den **Altersbildern** und **ressourcen- versus defizitorientierten Zugängen**. Diese können als zwei gegenläufige Ansätze gesehen werden, in denen einerseits ältere Menschen tendenziell eher als unterstützungs- und betreuungsbedürftig (defizitorientiert) betrachtet

werden oder andererseits als aktive, mit Ressourcen ausgestattete Menschen, die Teil der Gesellschaft (ressourcenorientiert) sind, wahrgenommen werden. Ein Programm hat beispielsweise seine Wurzeln im Pflegebereich und fokussiert stark auf hilfeleistende, pflegerische Aspekte. Manche Projekte/Programme setzen hingegen einen expliziten Fokus in die Entwicklung positiver, neuer Altersbilder, während in anderen Initiativen Altersbilder gar keine Erwähnung finden.

Nutzen für die Zielgruppe

Allen Good-Practice-Beispielen ist gemeinsam, dass sie Menschen und die Öffentlichkeit für die **Themen älterer Menschen sensibilisieren**. Mit thematischen Schwerpunkten wie beispielsweise „Demenz“ können über die Projekte konkrete Herausforderungen in den Fokus gerückt werden. Die Zielgruppe selbst profitiert häufig vom **Empowerment** und der **Stärkung sozialer Beziehungen**. Generell zeigt sich, dass, je mehr Möglichkeiten es für soziale Interaktionen gibt, desto eher besteht die Wahrscheinlichkeit, dass Ältere **soziale Kontakte** pflegen. Eine höhere Dichte an Sozialkontakten kann laut einer Studie auch zu positiveren Gesundheitsoutcomes wie etwa einer **Reduktion von Sturzhäufigkeiten bzw. Hüftfrakturen** führen. Die Steigerung von Sozialkontakten über Angebote – bei gleichzeitiger Einführung eines passenden Betreuungsschlüssels für Personen mit Unterstützungsbedarf – kann die Zahl der **Krankenhausaufenthalte**, die **Langzeitpflege** und die **Kosten der Leistungsanspruchnahme** reduzieren. Eine **Vermeidung von Krankenhausaufenthalten** und Kosten im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung sind ein daraus resultierender Nutzen. Die Teilnahme an einem Projekt kann für ältere Menschen, wie in einem Good-Practice-Beispiel erhoben, zur signifikanten **Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens** führen. Heiterkeit und Selbstvertrauen sowie Wohlbefinden sind demnach nach der Teilnahme an einem Projekt im Vergleich zu vorher stark gestiegen.

Aus umgesetzten Projekten/Programmen werden zu all den positiven Effekten für die direkte Zielgruppe (ältere Menschen) auch **Co-Benefits** für andere Gruppen berichtet, wie etwa positive Auswirkungen auf intergenerationale Beziehungen oder auf die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiter/-innen in Organisationen. Des Weiteren haben Umsetzungsmaßnahmen wie beispielsweise die Etablierung von demenzfreundlichen Geschäften oder die Einrichtung von barrierefreien Zugängen zu Gebäuden auch Vorteile für andere Personengruppen (ältere Personen im Allgemeinen aber auch z. B. Eltern mit Kinderwägen oder Menschen mit körperlicher Einschränkung). Über die Arbeit in den Projekten/Programmen per se wird zudem Wissen generiert, das sowohl innerhalb der Projekte/Programme als auch im Umfeld für fortlaufend neuen **Erkenntnisgewinn** sorgt und so für kontinuierlich neues Wissen zum Thema aktiv und gesund Altern führt.

Herausforderungen und Erfolgsfaktoren

Im Rahmen der Gespräche, die zur vertiefenden Recherche durchgeführt wurden, wurden auch Herausforderungen der jeweiligen Maßnahmenumsetzung berichtet. Die **strukturelle Verankerung von Programmen** tritt als gemeinsames Thema auf. Hinsichtlich der **Finanzierung** ist auffallend, dass in den Ländern Belgien, Italien, Großbritannien und USA private Finanzierungen durch Foundations bzw. Sponsoren gängig sind. In einigen Good-Practice Beispielen wird von ehrenamtlichem

Engagement berichtet, welche Umsetzungsleistungen von Ehrenamtlichen und welche von angestellten Mitarbeiter/-innen geleistet werden, geht aus vielen Projektinformationen jedoch nicht hervor.

Programme und Projekte können laut den vorhandenen Informationen dann besonders breit umgesetzt werden, wenn sie politisch und auf Verwaltungsebene **top-down** (z. B. Bürgermeister/-in, Stadtverwaltung) **gewollt** sind sowie entsprechend (politisch) unterstützt werden (**Commitment für Umsetzung**). Auch eine **strategische Verankerung** von Maßnahmen (z. B. Maßnahmen im Rahmen von Strategien, um Städte altersfreundlich zu machen) ist von Vorteil. Anhand der unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Good-Practice-Beispiele wurde deutlich, dass eine **nachhaltige Finanzierung** für die Umsetzung von Programmen und Projekten wichtig ist. Zeitlich begrenzte, geförderte Projekten unter den Good-Practice-Beispielen konnten kaum in die Nachhaltigkeit übergeführt werden.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist auch die **Kooperation mit relevanten Organisationen / Institutionen**. Hierbei ist es auch wichtig bereits bestehende Strukturen wie beispielsweise bestehende Netzwerke zu nutzen und darauf aufzubauen. Der Aufbau von Kooperationen und nachhaltigen Strukturen braucht in der Regel Zeit, dafür sind oftmals ein **langer Atem und Durchhaltevermögen** gefragt.

Die **Einbeziehung der Zielgruppe** in die Gestaltung und Umsetzung der Maßnahmen wurde als weiterer Erfolgsfaktor genannt. So können zielgerichtete Angebote geschaffen werden, die auch von der Zielgruppe genutzt werden. Außerdem sollte versucht werden kostenlose oder kostengünstige Angebote für die Zielgruppe der Älteren zu schaffen.

Bezüge zu internationalen Strategieprozessen

Anknüpfungspunkte in Bezug auf internationale und nationale Strategieprozesse (WHO – Global strategy and action plan on ageing and health, WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities, SDGs, Gesundheitsziele) machen deutlich, dass Aktivitäten in Sachen gesundes und aktives Altern sinnvoll in HiAP-Prozessen verankert werden können. Synergieeffekte diverser Strategien können sowohl für Planungen als auch bei Umsetzungen gut genutzt werden.

Zum einen bieten die Strategiepapiere wie jenes der WHO – *Global strategy and action plan on ageing and health* – wichtige grundlegende Informationen zum Thema aktiv und gesund altern und zeigen weltweite Herausforderungen der langlebigen Gesellschaft auf. Zum anderen werden aber auch gewisse Grundhaltungen (z. B. positives Altersbild und wertvoller Beitrag Älterer zur Gesellschaft) und zentrale Eckpunkte für eine gelingende Umsetzung von Projekten/Programmen vermittelt (z. B. der wichtige Stellenwert der Partizipation Älterer). International breit aufgesetzte Strategieprozesse wie jene der SDGs können den Blick auf Herausforderungen bzw. auch Visionen für die Zukunft richten, die sonst nicht so stark in den Fokus genommen werden, da andere Themen prioritärer behandelt werden. SDG Unterziel 11.7 lautet beispielsweise „Bis 2030 den allgemeinen Zugang zu sicheren, inklusiven und zugänglichen Grünflächen und öffentlichen Räumen gewährleisten, insbesondere für Frauen und Kinder, ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen“. In puncto Zugang zu öffentlichem Raum und Grünflächen wird oftmals Barrierefreiheit

und Sicherheit thematisiert, aber (noch) weniger die Gestaltung des Raumes hinsichtlich inklusiver und interaktionsförderlicher Nutzung für ältere Menschen und andere Gruppen.

Vor allem im Bereich der Age-friendly-cities bietet die WHO mit dem *Global Network for Age-friendly Cities and Communities*, dem *age-friendly cities guide* und ähnlichen Materialien Instrumente bzw. eine Austauschplattform für Umsetzerinnen/Umsetzer aber auch Interessierte, die bisher noch keine Aktivitäten in diese Richtung gesetzt haben. Insbesondere das erwähnte Netzwerk stellt eine interessante Ressource dar, da die Mitgliedsstädte in den verschiedensten Ländern der Welt zu finden sind und beispielsweise hinsichtlich Größe, Kultur und Bevölkerungszusammensetzung variieren.

Ausblick

Hinsichtlich **weiteren Forschungsbedarfs** wäre zu untersuchen, wie die Zielgruppen ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen mit Behinderung in unterschiedlichen Projekten/Programmen berücksichtigt werden. In den hier identifizierten Good-Practice-Beispielen wurden diese Gruppen nicht explizit erwähnt. Wie weit sich durch sprachliche und kulturelle Barrieren und durch Behinderungen jedoch zusätzliche Einschränkungen sozialer Teilhabe ergeben, wäre zu eruieren. In den Projekten wird auch auf das Geschlecht nicht eingegangen. Und einzig ein Programm erwähnt beispielsweise die Konzeption von Maßnahmen für die älter werdende LGBTIQ-Community.

Anhang: Kurzübersicht über die Good-Practice-Beispiele

Titel	Age-Friendly Manchester
<p>Kurzbeschreibung</p>	<p>2009 startete Manchester die auf zehn Jahre angelegte „Ageing Strategy Manchester“: Manchester sollte ein großartiger Ort werden, um älter zu werden. Im Jahr 2010 wurde Manchester als erste altersgerechte britische Stadt von der WHO anerkannt und der Name des Programms von „Valuing Older People“ in „Age-Friendly Manchester“ geändert.</p> <p>Das altersgerechte Manchester-Programm zielt darauf ab, Ungleichheiten im späteren Leben zu beseitigen, und generiert ein breites Spektrum von Projekten, die sich weitgehend an ältere Menschen ab der Lebensmitte richten.</p> <p>Manchester hat mit der Strategieentwicklung von „Age-Friendly Manchester“ drei Schlüsselprioritäten festgelegt: Die Entwicklung einer altersfreundlichen Umgebung, die Entwicklung altersfreundlicher Dienstleistungen und die Förderung von „age equality“.</p>
<p>Zielgruppe</p>	<p>Ältere Menschen ab der Lebensmitte</p>
<p>Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?</p>	<p>Auf Basis der Methode zur Erstellung des vorliegenden Berichtes, wurde dieses Programm im Rahmen der angefragten Expertinnen/Experten und angewandten Kriterien als Modell guter Praxis ausgewählt. Das Manchester-Programm zielt darauf ab, top-down und strukturell breit verankert, Ungleichheiten im Leben älterer Menschen zu beseitigen. Mit einem breiten Spektrum von Projekten wird eine Steigerung der Lebensqualität für ältere Menschen forciert.</p>
<p>Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe</p>	<p>Manchester hat einen gut strukturierten Ansatz zum Thema Altern, der sowohl menschenzentriert als auch standortorientiert ist und mit der allgemeinen Entwicklungsstrategie der Stadt, „Our Manchester“, koordiniert ist. Die Stadt konzentriert sich stark auf die Stadtteile, in denen ältere Menschen vorwiegend leben und arbeiten, auf den Zugang zu Dienstleistungen und die soziale Integration. Diese werden alle durch starke, langjährige Partnerschaften, Governance und die Stimme älterer Menschen unterstützt.</p> <p>Explizite Informationen zu nachhaltigen Effekten sind nicht vorhanden.</p>
<p>Durchführende Institution/Organisation und Internet-links</p>	<p>Manchester City Council Weblink: https://secure.manchester.gov.uk/info/200091/older_people/7116/our_age-friendly_work</p>

Titel	Demenzfreundliche Stadt Brügge
Kurzbeschreibung	<p>Seit dem Jahr 2010 wird der Interventionsansatz Demenzfreundliche Stadt Brügge unter Beteiligung der Stadtverwaltung und aller relevanten Organisationen und Institutionen in der Stadt umgesetzt. Das übergeordnete Ziel der vielseitigen Aktivitäten im Rahmen der Demenzfreundlichen Stadt ist es, die negativen Einstellungen und Vorurteile gegenüber Menschen mit demenziellen Erkrankungen in der Gesellschaft zu reduzieren und so ein Dementen entgegenkommendes freundliches Klima zu schaffen.</p> <p>Eine zentrale Organisation in der Umsetzung ist „Foton“. Es ist ein spezielles Angebot für Personen mit demenziellen Erkrankungen, dass sich an Personen mit (Verdacht auf) Demenz richtet, die zu Hause leben, sowie deren Angehörige. Neben der Beratung bietet „Foton“ unterschiedliche Aktivitäten für Personen mit demenziellen Erkrankungen und deren Angehörige wie beispielsweise einen Chor an. Zur Sensibilisierung der Bürgerinnen und Bürger werden durch verschiedene Veranstaltungen Begegnungen mit Personen mit demenziellen Erkrankungen in Begleitung von „Foton“-Beraterinnen und -Beratern herbeigeführt. Für bestimmte Gruppen in der Stadt wie beispielsweise für Schülerinnen und Schüler, Polizistinnen und Polizisten oder Betreiberinnen und Betreiber/-innen von Geschäften werden konkretere Sensibilisierungsaktivitäten angeboten. Im „Foton-Haus“ werden zudem niederschwellig Informationen zu Demenz und dem Umgang mit Betroffenen gegeben, bzw. stehen dort Bücher und Dokumente zum Thema zur Verfügung.</p>
Zielgruppe	<p>Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder dem Verdacht darauf (grundsätzlich altersunabhängig, aber meistens sind ältere Menschen davon betroffen)</p> <p>Sekundäre Zielgruppen: Angehörige, Stadtbevölkerung</p>
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	<p>Es geht um die Umsetzung eines ganzheitlichen Konzepts auf Stadtebene, indem alle Bereiche des öffentlichen Lebens berücksichtigt werden. Dabei wird nicht nur die Zielgruppe der Personen mit demenziellen Erkrankungen (oder Verdacht darauf) bedacht, sondern die ganze Stadtbevölkerung als sekundäre Zielgruppe sensibilisiert.</p>
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	<p>Mehr Selbstbewusstsein für die Betroffenen und deren Angehörige sowie die Schaffung neuer sozialer Beziehungen durch die unterschiedlichen Angebote. Demenzsensibilität in der Stadt beinhaltet außerdem Co-Benefits für andere dort beheimatete Gruppen.</p>
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	<p>Foton http://www.familiezorg-wvl.be/foton.aspx</p>

Titel	Netzwerk „Älter werden in Potsdam“
Kurzbeschreibung	<p>Das Netzwerk „Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam“ wurde im Jahr 2006 mit dem Ziel gegründet, die Zusammenarbeit zwischen den Diensten und Einrichtungen zum Wohle der älteren Bürgerinnen und Bürger zu verbessern. Mit mittlerweile über 50 Partnern aus den Bereichen Bildung, Beratung und Information, Begegnung und Freizeit, Pflege und Gesundheit, Wohnen und Verwaltung ist eine tragfähige Grundlage für ein qualifiziertes und bedürfnisorientiertes Versorgungsnetzwerk in der Landeshauptstadt entstanden.</p> <p>Das Netzwerk „Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam“ versteht sich u. a. als Gremium, das die zuständigen Stellen und Organe der Stadtverwaltung Potsdam im Rahmen der Planung und Weiterentwicklung notwendiger Strukturen im Bereich der pflegerischen Versorgung und Altenarbeit berät und Stellungnahmen dazu erarbeitet.</p> <p>Im Netzwerk bestehen eigene Arbeitskreise, z. B. Ehrenamt & Quartiersentwicklung oder Zusammenarbeit & Versorgung. Jedes Mitglied ist verpflichtet, an mindestens einem Arbeitskreis mitzuwirken.</p>
Zielgruppe	Dienstleistungen und Einrichtungen, die für ältere Bürgerinnen und Bürger der Stadt Potsdam relevant sind
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	<p>Das Projekt wurde als Good-Practice-Beispiel von Expertinnen/Experten empfohlen.</p> <p>Auf Basis der Methode zur Erstellung des vorliegenden Berichtes, wurde dieses Programm im Rahmen der angefragten Expertinnen/Experten und angewandten Kriterien als Modell guter Praxis ausgewählt. Mit dem Netzwerk werden breit angelegte strukturelle Kooperationen aufgebaut, über die die bereichsübergreifende Versorgung älterer Menschen verbessert werden soll.</p>
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	Aufgrund des Aufbauprozesses wurden bislang keine nachhaltigen Effekte erhoben.
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	<p>Älter werden in Potsdam</p> <p>Weblink: https://www.aelter-werden-in-potsdam.de/ueber-uns</p>

Titel	Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“
Kurzbeschreibung	<p>Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurde vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) im Jahr 2012 ins Leben gerufen und befindet sich aktuell in der dritten Phase. Die Initiative zielt darauf ab, Projekte auf kommunaler Ebene zu fördern und in der Umsetzung zu begleiten. Seit der zweiten Projektphase (ab 2014) sind ältere Menschen als Zielgruppe für die Umsetzung von Projekten auf kommunaler Ebene definiert.</p> <p>Die Projekte werden vom FGÖ begleitet, und diverse Formate wie Trainings oder Vernetzungstreffen tragen zur Qualitätssicherung bei.</p>
Zielgruppe	ältere Menschen
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	Die Initiative als Dach für Fördercalls und die stetige Begleitung der Umsetzung durch den FGÖ können die Qualität der Projekte sicherstellen und Wissenstransfer fördern.
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	Erfahrungsberichte wie auch andere Publikationen beschreiben diverse nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe wie beispielsweise Empowerment oder Förderung der sozialen Teilhabe.
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	Fonds Gesundes Österreich http://gesunde-nachbarschaft.at

Titel	Initiative „Im Alter IN FORM“
Kurzbeschreibung	<p>IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ihr Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern.</p> <p>Eine effektive Umsetzung dieses Nationalen Aktionsplans ist ohne eine ressort-, akteurs- und politikfeldübergreifende Zusammenarbeit nicht möglich. Deshalb sind alle maßgeblichen Ressorts der Bundesregierung, die Länder und Kommunen sowie die Akteurinnen und Akteure der Zivilgesellschaft auch an der Umsetzung beteiligt. Insbesondere den Ländern und Kommunen kommt eine besondere Verantwortung für die Ausgestaltung gesundheitsfördernder Lebensräume z. B. im Wohnumfeld, in Kitas, in Schulen sowie in Jugend- und Senioreneinrichtungen zu.</p>
Zielgruppe	Zielgruppe sind ältere Menschen in Deutschland
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	Auf Basis der Methode zur Erstellung des vorliegenden Berichtes, wurde dieses Programm im Rahmen der angefragten Expertinnen/Experten und angewandten Kriterien als Modell guter Praxis ausgewählt. Mit der Initiative ist eine breite intersektorale Struktur aufgebaut, die nachhaltig verankert werden konnte. Das Ziel – die Verbesserung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens älterer Menschen – kann dadurch länder- und bereichsübergreifend langfristig verfolgt werden.
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	Modelle guter Praxis, die Anregungscharakter für weitere Akteure haben, werden durch zahlreiche Ergebnisse als Abschlussberichte oder Handbücher systematisch aufbereitet und so zur Steigerung von Erkenntnissen in die Breite getragen.
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	<p>Im Alter IN FORM</p> <p>Weblink: https://www.in-form.de/serien/details/im-alter-in-form-11</p>

Titel	Montclair Institute for Lifelong Learning (The MILL)
Kurzbeschreibung	<p>Die Gemeinde Montclair hat im Jahr 2014 die Initiative „Lifelong Montclair“ ins Leben gerufen, um Montclair zu einem guten Ort zum Älterwerden zu entwickeln und der altersbezogenen Abwanderung entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang wurde von den Älteren auch ein qualitäts-gesichertes und leistbares Erwachsenenbildungsangebot gefordert.</p> <p>Die Bildungsangebote von „The MILL“ können von Personen über 55 Jahre kostenlos besucht werden. Die Kurse sind vielseitig, umfassen beispielsweise Bewegung, Kunst oder Außenpolitik und werden mit den unterschiedlichen Kooperationspartnern durchgeführt wie z. B. dem lokalen Kunstmuseum oder der Bibliothek. Am Ende jedes Semesters findet eine Evaluation der Kurse statt, und die Ergebnisse werden in die Gestaltung des nächsten Semesters aufgenommen. Außerdem wird das Kursprogramm im Rahmen runder Tische mit Älteren und Vertreterinnen und Vertretern von Partnerorganisationen besprochen bzw. entwickelt.</p>
Zielgruppe	Ältere Menschen 55+
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	„The MILL“ ist Teil der Umsetzung eines ganzheitlichen „age-friendly Cities“-Konzepts, bei dem nicht nur für, sondern mit der Zielgruppe entsprechende Angebote geschaffen werden.
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	Lernen und kognitive Beschäftigung wirken positiv auf die Älteren, aber auch ihre sozialen Netzwerke werden durch die Bildungsaktivitäten gestärkt, und neue Freundschaften entstehen. Durch die Einbeziehung der Älteren in die Entscheidungsprozesse in Hinblick auf die Kursgestaltung findet auch ein Empowerment der Zielgruppe statt.
Durchführende Institution/Organisation und Internet-links	<p>Lifelong Montclair http://www.lifelongmontclair.org/MILL https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/lifelong-learning-program</p>

Titel	Claremont Social Prescribing Programme
Kurzbeschreibung	<p>Das Claremont Social Prescribing Programme zielt darauf ab, Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen ab 55 Jahren durch deren Teilnahme an einer Vielzahl von Aktivitäten im Community-Setting zu verbessern. Ziel ist es, den Teilnehmerinnen/Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, ein glücklicheres, gesünderes und vernetztes Leben zu führen, und zwar durch Aktivitäten in den Bereichen Kunst, körperliche Gesundheit, Lernen und andere therapeutische Dienstleistungen.</p> <p>Meistens wird Social Prescribing von der Hausärztin / dem Hausarzt verschrieben. Nach der Vermittlung wird die Person von der Social-Prescribing-Managerin kontaktiert, um ein Assessment zu vereinbaren und ihre individuellen Belastungen und Bedürfnisse zu besprechen. Es wird versucht, vorrangig in die vielfältigen Kurse des Claremont-Zentrums bzw. der Kooperationspartner im Stadtteil zu vermitteln, um den Älteren lange Anfahrtswege in der Großstadt London zu ersparen. Nach sechs Wochen der Teilnahme an den identifizierten Angeboten findet ein Follow-up-Assessment statt. Vorher/Nachher-Bewertungen werden anhand der Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) durchgeführt und helfen zu erkennen, ob das Programm zur Steigerung des Wohlbefindens beigetragen hat.</p>
Zielgruppe	Ältere Menschen 55+
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	Ein nachhaltiger Effekt in der Zielgruppe ist sichtbar (siehe unten)
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	Die Ergebnisse der WEMWBS-Vorher/Nachher-Erhebung deuten darauf hin, dass die Teilnehmer/-innen im Durchschnitt eine signifikante Verbesserung ihres allgemeinen Wohlbefindens erlebt haben. Am meisten wird von ihnen berichtet, dass Heiterkeit und Selbstvertrauen sowie Wohlbefinden nach der Teilnahme am Projekt im Vergleich zu vorher stark gestiegen sind. Beziehungen/Kooperationen sind der Schlüssel und die Aufrechterhaltung dieser Beziehungen/Kooperationen ist ein großer Teil der Arbeit.
Durchführende Institution/Organisation und Internet-links	Claremont Project www.claremont-project.org

Titel	Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society (CoSENSo)
Kurzbeschreibung	<p>Ziele des Projekts sind sowohl die Steigerung des Wohlbefindens bzw. Gesundheitsempfindens, der Verbleib älterer Menschen in ihrem eigenen Zuhause sowie das Schaffen bzw. Aufrechterhalten familiärer und informeller Versorgungsstrukturen als auch die Kostenreduktion im Bereich der stationären Gesundheits- und Pflegeversorgung. Diese Ziele sollen durch die Etablierung von Familiengesundheitspflegerinnen und -pflegern erreicht werden, welche die Schnittstelle zwischen Betroffenen, Familienmitgliedern, Organisationen, Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern bilden und die Koordination, insbesondere im Schnittstellenmanagement, sowie Organisation bei z. B. fachspezifischen Terminen unterstützen. Des Weiteren ermöglichen sie den Zugang zu gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten wie Gesundheitschecks, Gruppenangeboten für Ältere, Ernährungsberatung etc.</p> <p>Bei diesem Projekt handelt es sich um ein EU-Projekt in vier Ländern: Département Var (Frankreich), Piemont und Ligurien (Italien), Kärnten (Österreich) und Slowenien. Projektzeitraum: Dezember 2015 bis Dezember 2018</p>
Zielgruppe	Ältere Menschen ab 65 Jahren, ob gesund oder bereits erkrankt (und ihre Familien)
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	Ernennung des CoSENSo-Projektes als innovatives Gute-Praxis-Beispiel im Rahmen der European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (Initiative der Europäischen Kommission)
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	Eine Studie zur Umsetzung in Italien zeigt, dass die Implementierung sozialer Interventionen aktives Altern befördern kann (gemessen an einer geringeren Zahl an Hüftfrakturen). Generell zeigt sich, dass, je mehr Möglichkeiten für soziale Interaktion es in einer Gemeinde gibt (z. B. Kaffeehäuser, Bars), umso eher die Wahrscheinlichkeit besteht, dass Ältere soziale Kontakte pflegen und positive Gesundheitsoutcomes haben (gemessen an der Sturzhäufigkeit bzw. Hüftfrakturen).
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	Land Kärnten (österreichischer Projektpartner) https://www.ktn.gv.at/Themen-AZ/Details?thema=32&detail=788 https://www.alpine-space.eu/projects/consenso/en/home

Titel	Tubbe-Modell – Residential and care homes that are great places to live and work
Kurzbeschreibung	Das Tubbe-Modell ist ein Organisations- und Managementmodell, das ursprünglich in einer Reihe von Wohn- und Pflegeheimen (RCHs) in einer ländlichen Gemeinde im Westen Schwedens angewandt wurde. Mit dem Modell werden effektive, effiziente, attraktive Häuser etabliert, in denen ältere Menschen ihr Leben genießen können. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden attraktive und motivierende Arbeitsplätze gestaltet. Bewohnerinnen und Bewohner werden ermutigt, sich im Alltag tatkräftig einzubringen und damit ihr Leben mit sinnstiftenden Aufgaben zu füllen.
Zielgruppe	Zielgruppe des Modells sind Bewohnerinnen und Bewohner – aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – in Pflege- und Wohnheimen.
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	Auf Basis der Methode zur Erstellung des vorliegenden Berichtes, wurde dieses Programm im Rahmen der angefragten Expertinnen/Experten und angewandten Kriterien als Modell guter Praxis ausgewählt. Das Modell macht sichtbar, wie über organisationale Veränderungen und sinnstiftende Aufgaben die Lebensqualität von älteren Menschen stark erhöht werden kann, und als Co-Benefit zudem die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiter/-innen steigen kann.
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	Eine Evaluation nach 18 Monaten der Anwendung des Tubbe-Modells in sechs RCHs in Belgien erbrachte folgende Ergebnisse. 53 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gaben an, dass sich die Versorgung in ihrer Abteilung verbessert oder deutlich verbessert habe. 67 % der Mitarbeitenden (50 % zu Beginn) gaben an, ein Mitspracherecht bei der Leitung ihrer Abteilung zu haben. 39 % der Bewohnerinnen und Bewohner (19 % zu Beginn) gaben an, dass sie an Entscheidungen des Personals beteiligt sind (über Essen, Möbel, Aktivitäten usw.). 61 % von ihnen (46 % zu Beginn) stimmten der Aussage „Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hören mir zu, wenn ich Fragen oder Probleme habe“ uneingeschränkt zu.
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	King Baudouin Foundation, Belgien Weblink: https://www.kbs-frb.be

Titel	Long live the elderly!
Kurzbeschreibung	<p>Das Programm hat die Reduktion der verschiedenen Komponenten, die zur sozialen Isolation älterer Menschen führen, zum Ziel. Dazu wird ein Netzwerk zwischen älteren Menschen und formellen und informellen Akteurinnen/Akteuren geschaffen. Das Betreuungsnetz ist auch dazu vorhanden, um auf kritische Ereignisse gut reagieren zu können (u. a. auf Hitzewellen). Das allgemeine Ziel ist es, das Sozialkapital sowohl der Gemeinschaft als auch einzelner Personen zu erhöhen.</p> <p>Als Maßnahme wird die Unterstützung eher isolierter Personen während einer physischen, psychischen, sozioökonomischen oder ökologischen Belastung eingesetzt. Eine Telefonnummer ermöglicht der Zielgruppe, Montag bis Freitag von 9 bis 17 Uhr Fragen zu stellen. Regelmäßige Telefonate (mindestens zweimal im Jahr) – vor allem während umweltbedingten Sonderphasen wie z. B. einer Hitze- oder Kälteperiode) werden als engmaschige Zusatzbetreuung eingesetzt. Durch Vernetzungsarbeiten wird das formelle und informelle Betreuungsnetz gestärkt und die Entwicklung öffentlicher und privater Kooperationen gefördert.</p>
Zielgruppe	Bevölkerung 80+ des Stadtteils Lazio in Rom (Italien)
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	<p>Die Initiative wurde im Rahmen des EU-Projekts Pro Health 65+ als Good-Practice-Modell in der Sparte „Maintaining and developing social networks and social integration“ ausgewählt.</p> <p>http://www.pro-health65plus.eu</p>
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> » Vermeidung von Krankenhausaufhalten und Kosten im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung » Verbesserung des Zugangs zu den Gemeinschaftsdiensten für ältere Menschen » Einbindung älterer Erwachsener mit guten gesundheitlichen Voraussetzungen, die freiwillig anderen gerne helfen » Im Jahr 2015 zeigten Marazzi et al., dass die Zahl der Krankenhausaufenthalte der über 74-Jährigen, die Langzeitpflege und die Kosten der Leistungsanspruchnahme bei der untersuchten Bevölkerungsgruppe reduziert werden konnten.
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	<p>Programm „Long Live the Elderly!“ Via di San Gallicano, 25/A - 00153 Roma (IT) Tel. +39 06 899 22 22 Fax +39 06 899 22 514 soli.no@santegidio.org http://www.vivaglianziani.it/programma-viva-gli-anziani/www.longlivetheelderly.org</p>

Titel	Gesund älter werden in Wien
Kurzbeschreibung	<p>Ziel des Projekts ist es, 9.000 Seniorinnen/Senioren zu informieren, 900 Seniorinnen/Senioren durch verschiedene Maßnahmen zu erreichen und zu aktivieren und 90 Seniorinnen/Senioren intensiver einzubinden – insbesondere sollen jene Personen angesprochen werden, bei denen der Bedarf an Gesundheitsförderung am größten ist bzw. die als „schwer erreichbar“ gelten.</p> <p>Dabei steht einerseits die Partizipation der Zielgruppen bei der Maßnahmenentwicklung im Fokus, andererseits – im Sinne der Nachhaltigkeit – das Hinführen der Zielgruppen zu bestehenden Angeboten im Umfeld.</p> <p>Bei den erreichten Personen werden Verbesserungen in Bezug auf seelische Gesundheit, soziale Teilhabe, Bewegungsverhalten, Gesundheitskompetenz und Lebensqualität angestrebt.</p> <p>Das Projekt wird von November 2017 bis Jänner 2020 in neun Wiener Bezirken (3., 4., 7., 9., 11., 12., 14., 17., 23. Bezirk) durchgeführt.</p>
Zielgruppe	<p>Frauen und Männer ca. 60 bis 75 Jahre mit besonderem Fokus auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit (einsame Menschen, Menschen, die bisher nicht von Angeboten erreicht wurden, Menschen mit niedrigem Einkommen, geringer Bildung, Migrationshintergrund, Behinderung)</p>
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	<p>Die erste Phase im Projekt beinhaltete ein wissenschaftliches „Subprojekt“ (Stadtteilerhebungen). Dabei wurde eine Typologie älterer Menschen nach Aktivität entwickelt. Außerdem wird eine umfassende Prozess- und Ergebnisevaluation (quantitativ und qualitativ) erstellt (der Endbericht ist für Juni 2020 geplant). Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass die Zielgruppen gut erreicht werden können (z. B. > 50 % Teilnehmerinnen/Teilnehmer mit Einschränkungen bzw. Behinderungen, > 50 % Menschen mit niedrigem Einkommen, > 25 % mit anderer Muttersprache als Deutsch)</p>
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	<p>Auf Ebene der Teilnehmerinnen/Teilnehmer bzw. Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zeigt sich eine Nutzung der gesundheitsfördernden Angebote und die Stärkung der Kompetenz zur Selbstorganisation (Empowerment)</p> <p>Aktivitäten zur nachhaltigen Verankerung werden in der letzten Projektphase aktuell getätigt (z. B. Round Tables mit Bezirkspolitikerinnen und -politikern und Stakeholdern, Reflexionsgespräche mit Partnerorganisationen)</p>
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	<p>Wiener Gesundheitsförderung https://www.wig.or.at/Gesund%20älter%20werden%20in%20Wien.2109.0.html#parent=altern</p>

Titel	Gemeinsam gehen
Kurzbeschreibung	<p>Die Hauptstrategien im Projekt „Gemeinsam gehen“ waren zum einen die Gemeinde- und Organisationsentwicklung zur Initiierung und nachhaltigen Verankerung der Projektstruktur sowie zur Vernetzung mit Akteurinnen /Akteuren bestehender Strukturen und zum anderen die Durchführung von Sozialraumanalysen zur Gestaltung fußgängerfreundlicher Sozialräume für mehr körperliche Aktivität in den Zielsettings. Des Weiteren wurden engagierte Personen für kommunale Begleitsdienste ausgebildet, die Menschen mit Unterstützungsbedarf auf Alltagswegen begleiten. Niederschwellige „Gehen-Treffen“ wurden zur Aktivierung der Zielgruppe angeboten. Überdies entwickelte die jeweilige Initiativgruppe Schwerpunktangebote, die sich an den kommunalen Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren.</p> <p>Ziel des Projekts war die partizipative Entwicklung gesundheitsfördernder Sozialräume für ältere Menschen, welche die körperliche Aktivität fördern.</p> <p>Verbesserung der Gesundheitschancen der älteren Bevölkerung durch Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Qualität ihrer Lebensräume in Bezug auf die Ermöglichung körperlicher Aktivität</p> <p>Stärkung ihrer Gesundheitspotenziale durch Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen in Bezug auf körperliche Aktivität</p> <p>Veränderung von Wissen und Fähigkeiten zur Unterstützung salutogener Lebensverhältnisse in Bezug auf körperliche Aktivität in den jeweiligen Settings</p> <p>Das Projekt fand in den Städten Kapfenberg, Bruck an der Mur, Lieboch und Schladming statt. Mit Arnfels konnte eine fünfte, einwohnerärmere Projektgemeinde gewonnen werden (unter 2.000 Einwohnerinnen/Einwohnern).</p> <p>International werden vielfältige Projekte zum Thema Gehen für die verschiedensten Zielgruppen durchgeführt. Ein Beispiel für ein umfangreiches urbanes Projekt ist die „Toronto Walking Strategy“. Diese erfolgreiche Strategie umfasst mehrere Interventionen wie unter anderem ein jährliches „walking festival“, organisierte Nachbarschaftsgehgruppen, die Umgestaltung von Straßen, Gehwegen, Siedlungen (vermehrte Beleuchtung und Sitzgelegenheiten) sowie eine ausführliche Beschilderung des „Gehwegnetzes“. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, dass die Bevölkerung Gehen als zentrale Möglichkeit, mobil zu sein, erlebt.</p>
Zielgruppe	<p>Primäre Zielgruppe sind Frauen und Männer, die 65 Jahre oder älter sind und noch körperlich aktiv sein können; besonderes Augenmerk erhalten aufgrund ihres Einkommens sozial Benachteiligte aus dieser Altersgruppe.</p>
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	<p>Auf Basis der Methode zur Erstellung des vorliegenden Berichtes, wurde dieses Programm im Rahmen der angefragten Expertinnen/Experten und angewandten Kriterien als Modell guter Praxis ausgewählt. Mit dem Modell wird sichtbar, wie durch die frühe partizipative Einbindung der Bevölkerung und aller relevanten Stakeholder auf kommunaler Ebene die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen entstehen kann.</p>

Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	<p>Die Entscheidungsträger/-innen erhielten von Anfang an ein gutes Empowerment (Gemeinderatsbeschluss, Mitarbeit durch Gemeindemitarbeiter/-innen, Bürgermeister/-innen), und auch die Zielgruppe hat den Nutzen im Verlauf des Projekts erkannt.</p> <p>Für jede Gemeinde wurden Infokarten für den Gehen-Treff und den Begleitsdienst gedruckt, die an vielen Plätzen in der Gemeinde aufliegen bzw. weitergegeben werden.</p>
Durchführende Institution/Organisation und Internet-links	<p>Styria vitalis www.styriavitalis.at</p>

Titel	KONFETTI-Café
Kurzbeschreibung	<p>Jeden Dienstagnachmittag öffnet mitten im Hamburger Bezirk Altona das KONFETTI-Café seine Türen. Hier sind alle herzlich willkommen: Bewohner/-innen des Quartiers aller Generationen, Spaziergänger/-innen, vor allem aber Menschen mit Demenz, die zu Hause leben, und deren Angehörige.</p> <p>Bei einem völlig niederschweligen Zugang – das Thema Demenz steht nach außen nicht im Vordergrund – finden Besucher/-innen einen fachlich betreuten, inklusiven und demenzsensiblen Raum vor, der vorwiegend künstlerisch-musikalische Angebote für alle bereithält, den Dialog der Generationen fördert und dabei Menschen mit Demenz wieder eine Teilhabe und Mitgestaltung in der Gemeinschaft ermöglicht. Unter fachkundiger Anleitung von Kunst- und Musik-therapeuten, Künstlerinnen/Künstlern und Musikerinnen/Musikern wird gemeinsam gestaltet, gemalt, gewerkelt, gelacht und gesungen. Regelmäßig lädt das KONFETTI-Café auch Schulklassen, Kinder aus Kindergärten und Pflegeschüler ein.</p>
Zielgruppe	<p>Prinzipiell alle Bewohner/-innen des Quartiers, v. a. Menschen mit demenziellen Erkrankungen, die zu Hause leben</p>
Warum handelt es sich um ein „Modell guter Praxis“?	<p>KONFETTI-Café setzt auf Partizipation der Akteurinnen/Akteure sowie breite Vernetzung und fokussiert sich auf einen ressourcenorientierten Ansatz für die spezifische Zielgruppe demenzkranker Menschen. Es ist zudem ein Projekt, das im kommunalen Setting soziale Teilhabe ermöglicht.</p>
Nachhaltige Effekte auf die Zielgruppe	<p>Das in der Bevölkerung vorherrschende Bild von Menschen mit Demenz wirkt meist distanzierend und ausgrenzend. KONFETTI IM KOPF will mit bunten, originellen und öffentlichen Aktionen ein lebensbejahendes und Menschen zugewandtes Gegenbild erzeugen.</p>
Durchführende Institution/Organisation und Internetlinks	<p>KONFETTI IM KOPF e.V. Friedensallee 290 22763 Hamburg + 49 40 89066 7679 info@konfetti-im-kopf.de Weblink: https://konfetti-im-kopf.de/konfetti-cafe</p>

Anhang: Suchstrategien

Zur Identifizierung relevanter Literatur wurden eine Schlagwortgruppe mit englischen Begriffen zur sozialen Teilhabe (z. B. social participation, community participation, social support), eine solche mit Begriffen zur Altersgruppe 55+ sowie zu relevanten Endpunkten (z. B. quality of life, mental health, independent living, quality adjusted life years, social capital, social isolation) gebildet. Zusätzlich wurde ein Filter für die Einschränkung auf bestimmte Studientypen (Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten) verwendet (siehe unten).

Datenbank: Medline via Ovid

Datum der Suche: 27. 5. 2019

▼ Search History (17)

# ▲	Searches	Results	Type	Actions	Al
<input type="checkbox"/>	1 exp Social Participation/	1967	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	2 exp Community Participation/	39907	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	3 exp social support/	66941	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	4 exp aged/ or exp middle aged/	4789714	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	5 1 or 2 or 3	107335	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	6 4 and 5	37576	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	7 exp social capital/	712	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	8 exp Social Isolation/	16579	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	9 exp "Quality of Life"/	176237	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	10 exp Mental Health/	33841	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	11 exp quality-adjusted life years/	11025	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	12 exp Independent Living/	4270	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	13 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	234124	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	14 6 and 13	7509	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	15 limit 14 to yr="2009 -Current"	4650	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	16 limit 15 to (meta analysis or "systematic review")	64	Advanced	Display Results More ▼	
<input type="checkbox"/>	17 from 16 keep 1-64	64	Advanced	Display Results More ▼	

Datenbank: Cochrane Library

Datum der Suche: 27. 5. 2019

-	+	#1	MeSH descriptor: [Social Participation] explode all trees	MeSH	88
-	+	#2	(social participation):ti,ab,kw	S	Limits 3441
-	+	#3	MeSH descriptor: [Community Participation] explode all trees	MeSH	1450
-	+	#4	(social participat*):ti,ab,kw	S	Limits 8573
-	+	#5	#1 OR #2 OR #3	Limits	4680
-	+	#6	#1 OR #3 OR #4	Limits	9822
-	+	#7	MeSH descriptor: [Aged] explode all trees	MeSH	1197
-	+	#8	MeSH descriptor: [Middle Aged] explode all trees	MeSH	647
-	+	#9	#7 OR #8	Limits	1476
-	+	#10	MeSH descriptor: [Social Capital] explode all trees	MeSH	8
-	+	#11	(social capital*):ti,ab,kw	S	Limits 233
-	+	#12	MeSH descriptor: [Social Isolation] explode all trees	MeSH	271
-	+	#13	(social isolation):ti,ab,kw	S	Limits 886
-	+	#14	MeSH descriptor: [Quality of Life] explode all trees	MeSH	21388
-	+	#15	MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees	MeSH	1288
-	+	#16	MeSH descriptor: [Quality-Adjusted Life Years] explode all trees	MeSH	1108
-	+	#17	MeSH descriptor: [Independent Living] explode all trees	MeSH	315
-	+	#18	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	Limits	24289
-	+	#19	#5 AND #18	Limits	525
-	+	#20	#19 AND #9	Limits	10

Literaturverzeichnis

- BAGSO (2019): Die Initiative "Im Alter IN FORM" – Die Gesundheit älterer Menschen in Kommunen kreativ gestalten. Dialog gesund und aktiv Altern (BMASGK, FGÖ, HVB) Austauschtreffen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO). Wien, 2. April 2019
- BMEL (2017): IN FORM – Eine Zwischenbilanz. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), Berlin. www.bmel.de, www.bmg.bund.de
- BMGF (2016): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014, aktualisiert und wieder beschlossen am 7. Dezember 2016. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMGF (2017): Gesundheitsziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen. Bericht der Arbeitsgruppe. Aufl. April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Claremont (2019): Together we matter [Online]. <https://www.claremont-project.org/> [Zugriff am 30.8.2019]
- CoNSENSo consortium (2019): consenso – COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety [Online]. <https://www.alpine-space.eu/projects/consenso/en/home> [Zugriff am 27.08.2019]
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for Futures Studies, Stockholm
- Familiezorg West-Vlaanderen (2019): Foton [Online]. <http://www.familiezorg-wvl.be/foton.aspx> [Zugriff am 27.08.2019]
- Fonds Gesundes Österreich (2019): Auf gesunde Nachbarschaft! [Online]. Fonds Gesundes Österreich. <http://gesunde-nachbarschaft.at/> [Zugriff am 12.09.2019]
- Giedenbacher, Yvonne; Rohrauer-Näf, Gerlinde; Krappinger, Anna; Stadler-Vida, Michael; Reiter, Andrea; Weber, Friederike; Resch, Katharina (2018): Aus Erfahrungen lernen. Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe von Familien und älteren Menschen in Nachbarschaften. Ein Handbuch zur Initiative "Auf gesunde Nachbarschaften!". Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Ippoliti, R.; Falavigna, G.; Montani, F.; Rizzi, S. (2018): The private healthcare market and the sustainability of an innovative community nurses programme based on social entrepreneurship – CoNSENSo project. In: BMC Health Services Research 2018/18:689

- King Baudouin Foundation (2019): The Tubbe Model [Online]. King Baudouin Foundation. <https://www.kbs-frb.be/en/Newsroom/Press-releases/2019/20190625A|Tubbe> [Zugriff am 30.8.2019]
- Konfetti im Kopf (2019): Konfetti im Kopf [Online]. <https://konfetti-im-kopf.de/ehrenamt> [Zugriff am 30.8.2019]
- Krajic, Karl; Eichmann, Hubert; Dötig, Charlotte (2017): Grundlagen zum Thema „Altern und gesundheitliche Chancengerechtigkeit“. Bericht eines Forschungsprojektes für den Fonds Gesundes Österreich. Forba, Wien
- Land Kärnten (2019): consenso – COMMUNITY Nurse Supporting Elderly IN a changing SOCIety [Online]. <https://www.ktn.gv.at/Themen-AZ/Details?thema=32&detail=788> [Zugriff am 27.08.2019]
- Lindsey, Boliver (2018): Social Prescribing for individuals aged 55+ – Prescribing exercise, dance & arts for increased well-being. 1st International Social Prescribing Network Research Conference. University of Salford
- Manchester, Age-Friendly (2018): WHO – Developing Age-Friendly Cities and Communities – Case Study Manchester. Hg. v. Council, Manchester City. Unveröffentlicht
- Manchester, City Council (2018): Manchester: A great place to grow older. Manchester, Age-Friendly, Manchester
- Manchester, City Council (2019): Age-Friendly Manchester [Online]. https://secure.manchester.gov.uk/info/200091/older_people/7116/our_age-friendly_work [Zugriff am 30.8.2019]
- Marazzi, Maria Cristina; Inzerilli, Maria Chiara; Madaro, Olga; Palombi, Leonardo; Scarcella, Paola; Orlando, Stefano; Maurici, Massimo; Liotta, Giuseppe (2015): Impact of the Community-Based Active Monitoring Program on the Long Term Care Services Use and In-Patient Admissions of the Over-74 Population. In: Advances in Aging Research 2015/4:187-194, <http://www.scirp.org/journal/aar> <http://dx.doi.org/110.4236/aar.2015.46020>
- Neuhold, Christine; Paulitsch, Petra; Posch, Claudia (2013): Endbericht Gemeinsam Gehen. Styria Vitalis
- Potsdam, Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt (2019): Netzwerk Älter werden in Potsdam [Online]. <https://www.aelter-werden-in-potsdam.de/> [Zugriff am 29.8.2019]
- Resch, K.; Demmer, J. ; Fassl, A. (2019): Sozialraum und Altern: Aktivitätspotentiale von Älteren in der Gesundheitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2019/Published online 02 April 2019:<https://doi.org/10.1007/s11553-11019-00715-11556>
- Social Protection Institute of the Republic of Slovenia and ASL Città di Torino (2018): Model care for the elderly and FCN Model validation

- Statistik Austria (2015): Lebenserwartung 2014 nach subjektivem Gesundheitszustand und Alter.
- Statistik Austria (2018): Bevölkerungsprognose 2018: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2017–2100 laut Hauptszenario. Statistik Austria, Wien
- UNECE (2010): Kurzdossier zum Thema Altern – Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft. Policy Brief. United Nations Economic Commission for Europe. Nr. 4
- UNECE (2012): Kurzdossier zum Thema Altern. Policy Brief. United Nations Economic Commission for Europe. Nr. 13
- United Nations (2015): Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- WHO (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr 6. Hg. v. Weltgesundheitsorganisation. WHO Europe, Kopenhagen
- WHO (2002): Active Ageing A Policy Framework. World Health Organization, Geneva
- WHO (2007): Global Age-friendly Cities: A Guide. World Health Organization, Geneva
- WHO (2015): World Report on Ageing and Health. World Health Organization, Geneva
- WHO (2017): Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization, Geneva
- WHO (2019a): About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities [Online]. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/> [Zugriff am 26.08.2019]
- WHO (2019b): Lifelong Montclair – an age-friendly community [Online]. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/montclair/> [Zugriff am 27.08.2019]
- WHO (2019c): Montclair Institute for lifelong learning [Online]. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/lifelong-learning-program/> [Zugriff am 27.08.2019]
- Wiener Gesundheitsförderung (2019): Gesund älter werden in Wien [Online]. <https://www.wig.or.at/Gesund%20C3%A4lter%20werden%20in%20Wien.2109.0.html#parent=altern> [Zugriff am 28.08.2019]