

Susanne Kümpers

**Alter und gesundheitliche Ungleichheit:
Ausgangspunkte für
sozialraumbezogene Primärprävention**

Februar 2008

Bestell-Nr. SP I 2008-301

ISSN 1866-3842

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Demografische und epidemiologische Entwicklungen lassen einen erheblich erhöhten Druck auf die medizinische und pflegerische Versorgung erwarten. Daraus ergibt sich die Dringlichkeit zweier gesellschaftspolitischer Ziele: die Gesundheit der Älteren zu erhalten sowie ihre Potentiale zu nutzen. Da sich gesundheitliche Ungleichheit bis ins hohe Alter fortsetzt, sind sozioökonomische und gesundheitliche Ungleichheit und die Zusammenhänge zwischen ihnen wichtige Themen im Zusammenhang mit Prävention, auch im Alter. Im vorliegenden Paper werden daher Eckpunkte für primärpräventive Strategien mit benachteiligten Älteren entwickelt.

Der erste Teil des vorliegenden Discussion Papers fasst den derzeitigen Stand zu Gesundheits- und Krankheitsmustern sowie Befunde zur sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen bei älteren Menschen zusammen. Im zweiten Teil werden theoretische und empirische Ansatzpunkte zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit aufgezeigt: Bourdieus Konzepte des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals sowie Befunde zum Verhältnis von Bildung und gesellschaftlicher Partizipation im Alter. Auf diesem Hintergrund wird ein sozillagensensibles Modell der Kontext- und Prozessfaktoren für aktives und gesundes Altern vorgestellt. Im dritten Teil wird eine Standortbestimmung für geeignete primärpräventive Interventionsstrategien für benachteiligte Ältere unternommen. Der Stadtteil (die Kleinstadt, das Dorf) wird als relevantes Setting für präventive Strategien eingeführt und begründet. Im Anschluss werden Ergebnisse einer im Jahr 2005 durchgeführten Pilotrecherche zum Thema ‚stadtteilbasierter Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen‘ dargestellt: Erfolgreiche Projekte arbeiten zielgruppenspezifisch, aktivierend und partizipativ. Bedürfnisse der Zielgruppen betreffen breite Themenspektren. Die Unterstützung sozialer Vernetzung älterer Menschen gilt als zentral. Erfolgreiche Projekte bauen auch auf lokale Akteursnetzwerke, um Ressourcen im Stadtteil zu erschließen. Evaluation und Qualitätsmanagement befinden sich noch im Anfangsstadium. Abschließend werden Schlussfolgerungen für den bestehenden Forschungsbedarf gezogen.

Abstract

Health inequalities in old age: Starting points for community-based prevention

Maintaining the health of older people and making use of their potentials are urgent social policy priorities in view of demographic trends that can be expected to considerably increase the pressure on medical and nursing services. Since health inequalities persist well into the later years, socio-economic and health inequalities and the interactions between them are important issues regarding prevention, also in old age. This paper explores salient aspects of primary prevention strategies for disadvantaged older people.

The first part summarises the current findings on patterns of sickness and health and on social inequality of health opportunities among older people. The second part identifies theoretical and empirical starting points for understanding the connections between socio-economic and health inequalities: Bourdieu's concepts of economic, cultural and social capital; findings on the relationship between education and social participation in old age; and concepts for context and process factors for active, healthy ageing. On that basis a model of the influencing and process factors of active and healthy ageing is developed that also reflects the socio-economic and cultural conditions. The third part examines the starting points for appropriate primary prevention intervention strategies for disadvantaged older people. The neighbourhood, the small town and the village are introduced as relevant settings for preventive strategies. The fourth part presents the results of a pilot research project on neighbourhood-based health promotion for disadvantaged older people conducted in 2005, showing that successful prevention interventions directly address the needs of specific target groups of older people and rely on participation and empowerment. Supporting social networks emerged as a key issue; organisational networking was also needed to maximize a neighbourhood's resources and to foster sustainability. Instruments for evaluation and quality assurance have yet to be developed and implemented. Finally areas for further research are identified.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------|---|
| ADL | Activities of Daily Living |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| DHP | Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie |
| ICF | international Classification of Functioning, Disability, and Health |
| SES | Socio-Economic Status |
| SOEP | Sozio-ökonomisches Panel |
| UAW | Unerwünschte Arzneimittelwirkung |
| WHO | World Health Organization |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Einleitung | 7 |
| 2. Gesundheit, Alter, Ungleichheit | 7 |
| 2.1 Gesundheits- und Krankheitsmuster bei älteren Menschen – erste Folgerungen für Präventionskonzepte | 8 |
| 2.2 Gesundheitliche Ungleichheit im Alter | 12 |
| 2.2.1 Sozioökonomische Perspektiven | 12 |
| 2.2.2 Genderperspektiven | 16 |
| 2.2.3 Gruppen in spezifischen Problemlagen | 17 |
| 3. Zum Verständnis des Verhältnisses zwischen sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit | 18 |
| 3.1 Gesundheit und ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital | 18 |
| 3.2 Bildung und gesellschaftliche Partizipation im Alter | 20 |
| 3.3 Aktives Altern – Gesundes Altern? Zur Konzeptualisierung des Alternsprozesses | 21 |
| 4. Prävention bei benachteiligten älteren Menschen: Bestimmung geeigneter Interventionsstrategien | 24 |
| 4.1 Präventionspotentiale | 24 |
| 4.2 Bisherige primärpräventive Ansätze für ältere Menschen in Deutschland | 25 |
| 4.3 Bestimmung geeigneter Interventionsstrategien für sozioökonomisch benachteiligte Ältere | 27 |
| 4.4 Anmerkungen zur Reichweite von Primärprävention | 29 |
| 4.5 Stadtteil oder Dorf als Setting für Prävention für benachteiligte Ältere | 30 |
| 5. Zum Stand der Praxis stadtteilbasierter Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen in Deutschland – Ergebnisse einer Recherche | 32 |
| 5.1 Vorgehensweise | 33 |
| 5.2 Ergebnisse | 34 |
| 5.2.1 Projektrahmen: Trägerschaft und Finanzierung, Einzugsgebiete, Zielgruppen der Projekte insgesamt | 34 |
| 5.2.2 Zielgruppen und ihre Erreichbarkeit in unterschiedlichen Projektformen | 35 |
| 5.2.3 Ansatzpunkte und Inhalte | 36 |
| 5.2.4 Wirksamkeit bei den Zielgruppen | 37 |
| 5.2.5 Erfolgs- und Misserfolgskriterien | 39 |
| 5.3 Zur Illustration: Praxisbeispiele | 41 |
| 6. Forschungsbedarf | 42 |
| 7. Literatur | 45 |

Vorbemerkung

Teile des hier präsentierten Discussion Papers wurden als Expertise für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen erarbeitet und sind im Gutachten 2007 ‚Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung‘ enthalten (vgl. dort Kapitel 6.2.2, Ansätze der Primärprävention bei armen Alten‘).

1. Einleitung

Sozioökonomische Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit und die Zusammenhänge zwischen ihnen sind wichtige Themen im Zusammenhang mit Prävention, auch im Alter. Wenn im Folgenden von ‚sozial benachteiligten Älteren‘, ‚sozioökonomisch benachteiligten Älteren‘ oder schlicht ‚benachteiligten Älteren‘ die Rede ist, sind ältere Menschen mit einer Lebensgeschichte und/oder aktueller Lebenssituation gemeint, die durch geringe Schulbildung, Ausbildung, beruflichen Status, sowie Einkommen/Vermögen gekennzeichnet war oder ist. ‚Benachteiligt‘ verweist hier auf strukturell schlechte Bedingungen, nicht aber auf persönliche Diskriminierungen.

Im vorliegenden Paper werden Eckpunkte für primärpräventive Strategien mit benachteiligten Älteren entwickelt. Es werden der derzeitige Stand zu Gesundheits- und Krankheitsmustern und Befunde für die sozial bedingte Ungleichheit der Gesundheitschancen bei älteren Menschen zusammengefasst. Im zweiten Teil werden theoretische und empirische Ansatzpunkte zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit aufgezeigt: Bourdieus Konzepte des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals, Befunde zum Verhältnis von Bildung und gesellschaftlicher Partizipation im Alter sowie Konzepte zu Kontext- und Prozessfaktoren für aktives und gesundes Altern. Im dritten Teil wird eine Standortbestimmung für geeignete primärpräventive Interventionsstrategien für benachteiligte Ältere unternommen. Danach werden zum Thema ‚stadtteilbasierter Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen‘ Ergebnisse einer im Jahr 2005 durchgeführten Pilotrecherche dargestellt und abschließend Schlussfolgerungen für den bestehenden Forschungsbedarf gezogen.

2. Gesundheit, Alter, Ungleichheit

Im Folgenden wird der derzeitige Erkenntnisstand zu Gesundheits- und Krankheitsmustern bei älteren Menschen und zu gesundheitlicher Ungleichheit im Alter aus sozioökonomischer und aus Genderperspektive erläutert.

2.1 Gesundheits- und Krankheitsmuster bei älteren Menschen – erste Folgerungen für Präventionskonzepte

Die Datenlage zur altersspezifischen Morbidität ist in Deutschland eher dürftig. Sicher ist, dass die Zahl der chronischen Krankheiten¹ bei älteren Menschen deutlich steigt, während die der akuten Krankheiten in geringerem Maße zunimmt (Walter & Schwartz, 2001).

Dabei finden sich bei Älteren insbesondere hohe Prävalenzen von Herz-Kreislauf-Krankheiten und der assoziierten Risikofaktoren sowie von Diabetes, Osteoarthritis, Osteoporose und Stürzen, Rückenleiden, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996)² und von Depression und Demenz (Walter & Schwartz, 2001)³.

Die Prävalenz chronischer Krankheiten insgesamt ist allerdings schwierig zu berechnen. Wesentliche Studien (Gerste et al., 2000) kommen auf einen Anteil von über 40 % an der deutschen Gesamtbevölkerung.⁴ Dabei sind nur wenige chronisch Kranke kontinuierlich behandlungsbedürftig. Die Prävalenz chronischer Krankheiten und insbesondere die Multimorbidität (gemessen als Prävalenz von zwei oder mehr chronischen Krankheiten) nimmt allerdings mit dem Alter zu (Carels & Wiest, 2000). Bei über 65-Jährigen schätzten Gerste et al. den Anteil chronisch Kranker auf über 70 %.⁵ Für die USA wurde ein Anteil an Chronikern von 88 % der über 65-Jährigen und an Multimorbidität Betroffenen von 61 % ermittelt (Hoffman et al. (1996). Die Berliner Altersstudie (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996) fand bei 87-90 % der über 70-Jährigen das Vorliegen mindestens einer Diagnose, und subjektiv deutliche Beschwerden bei 71 %. Ausgeprägte Multimorbidität (hier als fünf oder mehr gleichzeitige körperliche Erkrankungen definiert) bezogen auf mittel- bis schwergradige Krankheiten wurde bei 30 % der über 70-Jährigen gefunden. Hier muss auf die Unterschiede zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit verwiesen werden: bei nur 6 % lagen mehr als vier Krankheiten mit deutlichen subjektiven Beschwerden vor. Bei der subjektiven Krankheitswahrnehmung stehen die Erkrankungen des Bewegungsappara-

¹ MEDLINE verweist auf die Definition des Dictionary of Health Services Management (2nd edition 1986): Chronische Krankheiten sind „Krankheiten, die eine oder mehrere der folgenden Eigenschaften haben: sie sind andauernd, hinterlassen Einschränkungen, werden durch irreversible pathologische Veränderungen hervorgerufen, erfordern besonderes Training des Patienten zur Rehabilitation oder lassen eine lange Phase der Beobachtung, des Monitoring oder der Versorgung notwendig werden.“ (Übersetzung Kümpers)

² Prävalenz bei den Teilnehmern der Berliner Altersstudie (70+) für bestimmte Diagnosen: Hypertonie 45,6 %, Koronare Herzkrankheit 23,3 %, Herzrhythmusstörung 33 %, Herzinsuffizienz 56,5 %, Zerebralarteriosklerose 65 %; Chronisch obstruktive Lungenerkrankung 25,3 %, Harninkontinenz 37,2 %, Osteoarthritis 54,8 %, Dorsopathien 46 %, Osteoporose 24,1 % (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996, S. 155).

³ Die Prävalenz der Demenz wurde für die Teilnehmer der Berliner Altersstudie mit 14 % (einschließlich leichter Demenzen) berechnet mit dem bekannten altersabhängigen Anstieg, der sich jedoch jenseits der 95 zu verlangsamten oder zu verschwinden schien. Bei 9,1 % wurden Diagnosen depressiver Symptomatiken (nach DSM-III-R) gestellt. (Helmen et al., 1996).

⁴ Dies stimmt auch mit vergleichbaren Werten in den USA überein (Carels & Wiest, 2000).

⁵ Gerste et al. definieren und operationalisieren chronische Krankheiten nach Krankheitsart und Behandlungsdauer.

tes im Vordergrund – also solche, die mit Mobilitätseinbußen einhergehen, und auch Probleme des Hörverlusts. Die Zahlen weisen aber auch auf eine noch fehlende Trennschärfe der Definitionen für chronische Krankheit und Multimorbidität hin, die bisher für die Fragen der Prävention noch nicht klar zu operationalisieren sind. Vielleicht bieten auf Dauer das System des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO (World Health Organization, 2002) mit den Dimensionen ‚körperlicher Funktionen und Strukturen‘ und ‚Aktivitäten und Partizipation‘ bessere Anknüpfungspunkte (vgl. Bengel et al., 2003).

Für die Konzeptualisierung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention ist es sinnvoll, die Zusammenhänge zwischen der Morbidität, den funktionellen Einschränkungen und der Hilfsbedürftigkeit älterer Menschen zu erhellen. Steinhagen-Thiessen (1996) konnte belegen, dass erwartungsgemäß Morbiditätsaspekte Funktionseinbußen und diese wiederum Hilfsbedürftigkeit erklären, allerdings jeweils nur zu einem gewissen Teil. Es bleibt eine hohe Variabilität, die auf Kapazitätsreserven hindeutet (Baltes & Baltes, 1990) und durch zusätzliche und zum Teil in erheblichem Maße beeinflussbare Faktoren (sozioökonomische und psychosoziale Faktoren, Versorgungsqualität)⁶ erklärt werden kann. Das bedeutet, dass körperliche Krankheit ein Risikofaktor für Funktionseinbußen, aber kein hinreichender kausaler Faktor für Hilfsbedürftigkeit ist (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996, S. 178). Vielmehr bestimmen Faktoren in der Person, ihrer Lebenslage und sozialen und räumlichen Umwelt, inwieweit chronische Krankheiten zu Behinderungen führen (vgl. Kruse, 2002, S. 7). Bei psychischen Krankheiten (hier untersucht: Demenz und Depression) scheint das allerdings anders zu sein, die Variabilität ist deutlich geringer. Zudem ist das fortschreitende Alter selbst als unabhängiger Faktor zu sehen: Die Hilfsbedürftigkeit ist in der Gruppe der über 85-Jährigen, also der Hochaltrigen, um ein Mehrfaches höher als bei den 70- bis 84-Jährigen (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996, S.169). Entsprechend steigt auch der Anteil der im Heim Lebenden mit dem Alter: von allen Teilnehmern der Berliner Altersstudie (70 und älter) lebten ca. 9 % im Heim, aber 37 % der über 95-Jährigen.

Weiterhin ist das Konzept der Instabilität oder Gebrechlichkeit (*frailty*) von Bedeutung. Instabilität ist durch eingeschränkte Kompensationsmechanismen bzw. funktionelle Reserven begründet und geht mit Fluktuationen im Grade funktioneller Behinderung einher (Campbell & Buchner, 1997). Während Behinderung einen Indikator für Funktionseinschränkungen darstellt, ist Instabilität ein Indikator für drohenden oder weiteren Funktionsverlust. Sie entsteht durch Beeinträchtigungen der muskuloskelettalen Funktion, der aeroben Kapa-

⁶ Steinhagen-Thiessen hat in ihrem Beitrag insbesondere Medikationsqualität (und deren Mängel) genauer untersucht und kommt zu dem Schluss, dass diese „für den Prozess der Behinderung im Alter ... von durchaus ebenso großer Bedeutung sein [könnte] wie körperliche Morbidität“ (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996, S.169). Darüber hinaus verweisen wir auch auf die Bedeutung integrierter Versorgung für insbesondere chronisch Kranke und deren Rehabilitationschancen, und damit auf einen weiteren Aspekt der „präventiven Potentiale kurativer Institutionen“ (Schaeffer & Moers, 1994, S.385)

zität, der kognitiven und integrativen neurologischen Funktionen und des Ernährungszustandes, die von Krankheit oder Altersveränderungen herrühren. Laut Renteln-Kruse (2004) sind sie durch präventive Interventionen im Allgemeinen zu beeinflussen.

Aus der obigen Darstellung wird deutlich, dass es im Zusammenhang mit älteren Menschen nicht sinnvoll ist, Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention voneinander getrennt zu konzeptualisieren. Präventive Strategien müssen deshalb gleichermaßen darauf abzielen, Ursachen von Erkrankungen und Krankheit überhaupt zu vermindern (Primärprävention), Frühstadien von Krankheiten positiv zu beeinflussen (Sekundärprävention) und die Verschlimmerung von Krankheiten bzw. bleibende auch soziale Funktionseinbußen und Behinderungen zu verhindern (Tertiärprävention). Während in anderen Altersgruppen (mit der Ausnahme von jüngeren Chronikern) Gesundheit und Krankheit oft noch episodisch getrennt erlebt werden, verwischen sich diese Grenzen bei Älteren immer mehr, und das Modell eines Kontinuums mit graduellen Unterschieden zwischen Gesundheit und Krankheit ist hier besonders nahe liegend. Unspezifische Präventionsmaßnahmen können daher u. U. gleichzeitig das Auftreten neuer Erkrankungen verzögern oder verhindern, schon vorhandene Krankheitsparameter positiv beeinflussen und den Umgang mit einer manifesten chronischen Krankheit verbessern helfen. In diesem Sinne lassen sich auch Prävention, kurative Versorgung, Rehabilitation und Pflege letztendlich „weder zeitlich, räumlich, rechtlich noch finanziell sinnvoll trennen.“ (Arnold et al., 2000, S. 17). Den gleichzeitig vorhandenen unterschiedlichen Phasen von Krankheit und Funktionseinschränkung stehen „zugleich immer auch verbleibende oder erweiterungsfähige Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns und Helfens gegenüber.“ (Arnold et al., 2000, S. 17). Diese gilt es zu stärken. Für die Akteure von Prävention und Versorgung bedeutet dies, dass lokale Vernetzung in Form wechselseitiger Information und Koordination unabdingbar ist. Zudem müssen alle Dienstleistungen (Prävention, soziale und alltagsunterstützende Dienstleistungen, kurative Versorgung, Rehabilitation und Pflege) auf die Stärkung eben jener ‚verbleibenden oder erweiterungsfähigen Möglichkeiten selbstkompetenten Handelns‘ hin ausgerichtet werden.

Um ein einseitiges Bild des Alters, geprägt hauptsächlich von Krankheit und Versorgungsbedarf, zu vermeiden, ist es wichtig, noch andere Aspekte von Gesundheit und Krankheit im Alter zu beleuchten: Gerade für das Alter wird eine relative Unabhängigkeit zwischen Krankheit und Versorgungsbedarf konstatiert. Obwohl sich im Alter nahezu bei jedem Menschen pathologische Veränderungen feststellen lassen, so beeinträchtigen diese häufig weder das Wohlbefinden noch die Funktionsfähigkeit – und bedürfen deshalb nicht unbedingt einer kontinuierlichen Behandlung oder Versorgung (Garms-Homolová & Schaeffer, 2003). Dies wird auch illustriert durch einen Befund der Berliner Altersstudie: 66 % der 70-Jährigen und Älteren lebten nach eigener Einschätzung völlig selbständig (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Darüber hinaus beschrieben sich 63 % der Studienteilnehmer als zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrem Leben und als optimistisch in Bezug auf ihre Zukunft (Smith et al., 1996).

Zudem wird international die Frage der ‚compression of morbidity‘ (Fries, 2003) und der ‚compression of disability‘ (Fries, 2002) diskutiert. Einige Studien, insbesondere in den USA (Breslow, 2006; Fries, 2003) deuten daraufhin, dass die Tendenz zur Lebensverlängerung nicht mit einer Tendenz zur Verlängerung der von Krankheit und Behinderung bestimmten Jahre einhergeht, sondern dass sich letztere sogar mit den Jahrgangskohorten graduell verkürzen. Das National Center for Health Statistics in den USA verzeichnet zwischen 1991 und 2001 für alle Altersgruppen, die über 65- und über 75-Jährigen eingeschlossen, einen Anstieg derjenigen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut beurteilen, um einige Prozentpunkte (Breslow, 2006). Inwieweit dies als stabiler Trend in die Zukunft angesehen werden kann, wird debattiert. Ergebnisse verschiedener Studien hierzu zeigen ein uneinheitliches Bild: Robine/Jagger (2005) z. B. berichten unterschiedliche Ergebnisse aus einem Vergleich der meisten europäischen Staaten (European Household Community Panel) im Hinblick auf eine ‚compression of disability‘ (basierend auf Selbsteinschätzungen) zwischen 1995 und 2003 – zwischen den Ländern, aber auch zwischen den Geschlechtern innerhalb der Länder: während die allgemeine Lebenserwartung durchweg stieg, nahm die relative behinderungsfreie Lebenserwartung z. T. um mehr als 5 % zu oder ab oder blieb ungefähr gleich (Deutschland: Zunahme über 5 % bei Männern, Abnahme über 5 % bei Frauen), während Klein und Unger (2002) für Deutschland ebenfalls auf der Basis von Selbsteinschätzungen eine eindeutige allgemeine Zunahme aktiver Lebenserwartung konstatieren.⁷ Robine und Michel (2004) beschreiben vier verschiedene Aspekte, die die Entwicklung zu mehr oder weniger Gesundheit in alternden Bevölkerungen unterschiedlich beeinflussen: den Anstieg der Überlebensrate von Erkrankten (höhere Morbidität), die Eindämmung des Fortschreitens chronischer Erkrankungen (Balance zwischen Rückgang von Mortalität und Zunahme der Morbidität), eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes und des gesundheitsrelevanten Verhaltens nachwachsender Kohorten (Verringerung der Morbidität) und das Anwachsen einer hoch betagten und gebrechlichen Population (Ausdehnung der Morbidität). Hinzu kommt die komplexe Beziehung zwischen Krankheit und Behinderung (siehe oben).⁸

⁷ Eine Analyse von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) ergab einen sukzessive abnehmenden Anteil der nicht aktiven Lebensjahre für die Kohorten 1917, 1922 und 1927 bei Männern und Frauen, erhoben im Alter von 67, und zwar stärker abnehmend für die Männer (28,1, 24,8 und 21,4 % der Lebenszeit) als für die Frauen (27,6, 25,4, und 23,2 % der Lebenszeit) (Klein & Unger 2002).

⁸ An dieser Stelle empfiehlt sich ein Hinweis darauf, dass Trends in der Entwicklung von Krankheit und Behinderung in der alternden Bevölkerung keine direkten Schlussfolgerungen für den zu erwartenden ‚Konsum‘ von Gesundheitsdienstleistungen bzw. die zu erwartenden Versorgungskosten in Medizin und Pflege zulassen, sondern unterschiedliche Faktoren auf der Angebots- und auf der Nachfrageseite einen deutlich signifikanteren Einfluss haben als populationsbezogene Entwicklungen von Krankheit und Behinderung – wie z. B. die geschaffenen Heimplätze für die Kosten für stationäre Pflege oder technologische Entwicklungen in der Medizin einerseits und die Anzahl der Menschen in ihren letzten Jahren vor dem Tod andererseits für die Entwicklung von Versorgungskosten (Gray, 2005; Howse, 2005).

2.2 Gesundheitliche Ungleichheit im Alter

2.2.1 Sozioökonomische Perspektiven

Zur Frage, wie sich Unterschiede in den früheren und aktuellen sozioökonomischen Lebensbedingungen auf körperliche und geistige Gesundheit im Alter auswirken, ist die Datenlage für Deutschland, aber auch international, noch verbesserungswürdig; es besteht aber Evidenz für die Fortdauer gesundheitlicher Ungleichheit bis ins hohe Alter (siehe unten). Das wissenschaftliche Interesse an gesundheitlicher Ungleichheit ist zwar gestiegen (Mielck, 2005), nur wenige Studien richten sich allerdings auf ältere Menschen. International existiert einige Varianz zwischen den Befunden. Zum Teil werden für das höhere Alter geringer werdende bis manchmal verschwindende Assoziationen zwischen sozialökonomischer Lage und Gesundheit konstatiert. Dies wird, insbesondere bei Männern, manchmal auf die nachlassenden Wirkungen der unterschiedlichen Arbeitsbelastungen zurückgeführt, während gleichzeitig die biologischen Alterungsprozesse wichtiger werden. Eine andere plausible Erklärung verweist auf die Auswirkungen einer selektiven Sterblichkeit, durch die in den eher benachteiligten Gruppen der Gesellschaft niedrige Risiken bzw. die widerstandsfähigsten Individuen überleben. Autoren der Berliner Altersstudie konstatierten eher verwundert, dass in ihren (cross sectional) Daten „Indikatoren der körperlichen und geistigen Gesundheit im Alter – mit Ausnahme der Demenz – zwischen Sozialschichten kaum variieren“ (Mayer & Wagner, 1996, S.251).

Die Vorstellung, gesundheitliche Ungleichheit lasse sich im Wesentlichen auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten zurückführen, ist immer wieder diskutiert und häufig zurückgewiesen worden (z. B. Berkman & Gurland, 1998). Eher lässt sich Gesundheitsverhalten unter anderem als ein Ausdruck der sozioökonomischen Lage interpretieren. Auch unabhängig vom Gesundheitsverhalten besteht allerdings ein hoher statistischer Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und gesundheitlichen Ergebnissen (Richter & Mielck, 2000). Ebenso hat sich erwiesen, dass die These der umgekehrten Kausalität (Gesundheit beeinflusst sozioökonomische Lage) nur einen geringen Teil gesundheitlicher Ungleichheit erklärt (z. B. Mackenbach et al., 2002).

Bei der Demenz ist der Einfluss sozio-ökonomischer Faktoren umstritten. Nicht alle, aber viele Studien beschreiben einen Zusammenhang von insbesondere niedriger Bildung mit erhöhtem Risiko für Demenz im Allgemeinen und Alzheimer im Besonderen (z. B. Helmchen et al., 1996). Allerdings gibt es Studien, die bezogen auf den klinischen Verlauf der Alzheimererkrankung von einer ähnlichen Betroffenheit über alle Schichten hinweg ausgehen und für die gefundenen Unterschiede im kognitiven Funktionieren eine höhere Reservecapazität im Gehirn besser gebildeter Menschen verantwortlich machen, die den klinischen Krankheitsverlauf länger kompensiert (Stern et al., 1999; Weyerer, 2005).

International und in Deutschland gibt es viele Studien, die soziale Ungleichheit in Morbidität, Behinderung und Mortalität auch bis ins hohe Alter dokumentieren. Dabei werden einerseits die Wirkungen der aktuellen Lebensbedingungen im Alter, andererseits die der akkumulierten sozioökonomischen Risiken im Verlauf eines Lebens (*life course approach*) auf Gesundheit, Krankheit und Tod (Nicholson et al., 2005) untersucht. In beiden Studientypen

wurden signifikante Zusammenhänge zwischen günstigen sozioökonomischen Bedingungen und positiven Gesundheitsergebnissen für ältere Menschen gefunden.

So untersuchte eine amerikanische Studie (Bacon & Wilbur, 2000) die Raten von Hüftfrakturen bei Weißen ab 50 in Abhängigkeit vom Einkommensdurchschnitt ihres aktuellen Wohnbezirks und fand (kontrolliert für Alter und Geschlecht), dass Menschen aus der höchsten Einkommensgruppe ein um fast 40 % verringertes Frakturrisiko im Vergleich zur niedrigsten Gruppe (50,9 bzw. 30,8 per 10.000 Einwohner) aufwiesen. Eine dänische Studie an 75-jährigen Frauen und Männern (Avlund et al., 2003) fand deutliche Zusammenhänge zwischen ihrer aktuellen materiellen Lage (Einkommen und Hausbesitz) und verschiedenen Morbiditätsaspekten (Zahl chronischer Krankheiten, Funktionsfähigkeit, Mundgesundheit, subjektive Lebensqualität), während von Ausbildung und beruflichem Status wenig konsistente Wirkungen ausgingen.

Die Whitehall-Studien I untersuchten 1967-1970 Zusammenhang zwischen beruflichem Status (3 Stufen) und Morbidität bei Männern im öffentlichen Dienst in England und Wales. Dreißeig Jahre später, 1997-1998, untersuchten die Whitehall Studien II dieselbe Population und stellten einen hohen Zusammenhang zwischen beruflichem Status bei der ersten und Morbidität bei der zweiten Untersuchung fest, mit einem bei niedrigem beruflichen Status zwei- bis fünffach erhöhtem Risiko für schlechten subjektiven Gesundheitsstatus, schlechter mentaler Gesundheit, schlechter physischer Leistungsfähigkeit und Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (Breeze et al., 2001). In einer weiteren Untersuchung im Rahmen derselben Studie erklärte der berufliche Status Unterschiede in der Mortalität bis ins Rentenalter, in höherem Alter aber erklärten materielle Indikatoren (hier: Autobesitz) die Unterschiede stärker (Marmot & Shipley, 1996).

Eine andere amerikanische Studie, ‚Growing Older in New York City‘ (Berkman & Gurland, 1998), demonstriert deutliche Zusammenhänge zwischen Einkommen und Funktionsfähigkeit bei New Yorkern über 65. Zum Beispiel befanden sich 57 % der niedrigsten Einkommensgruppe (< 6000 \$ pro Jahr) in den Stufen 4 und 5 (größte Einschränkungen) der fünfstufigen Activity Limitation Scale, im Vergleich zu 9,5 % der höchsten Einkommensgruppe (> 6000 \$ pro Jahr).

Zwei schwedische Studien untersuchten die Zusammenhänge zwischen Klassenzugehörigkeit (basierend auf Klassifizierungen von beruflichem Status) und Morbidität bei Hochaltrigen (77-98) (Thorslund & Lundberg, 1994) und Mortalität bei Menschen über 65 (Olausson, 1991). In beiden Studien hatte die Gruppe der Angestellten und solcher mit professionellem Status die deutlich günstigsten Ergebnisse, während für die anderen Gruppen – anders vielleicht als in Ländern mit größeren sozialen Unterschieden – keine klaren Gradienten gefunden wurden. Die klassenbezogenen Unterschiede hinsichtlich subjektiver Gesundheit waren interessanterweise geringer als die objektiven Parameter (z. B. Lungenfunktionstest).

In der finnischen Evergreen-Studie wurden bei sozioökonomisch (Einkommen, Ausbildung) benachteiligten 75-Jährigen selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevantem Verhalten (Rauchen, Bewegung) stärkere Einschränkungen

ihrer funktionellen Kapazität gefunden als bei den sozioökonomisch Bessergestellten (Rautio et al., 2005; Rautio et al., 2001).

Eine interessante Studie (Nicholson 2005) an russischen Männern und Frauen über 50 (Durchschnittsalter der Männer 62,6, der Frauen 65,0) reflektiert die größeren sozialen Unterschiede dort anhand eines Lebenslaufkonzepts, das Hungererfahrung im Alter von 15, Ausbildungsabschlüsse im Erwachsenenalter und das aktuelle Haushaltseinkommen als SES-Indikatoren beinhaltet (mit jeweils nur binären Kategorien), mit einem vier- bis fünf-fach erhöhten Risiko für subjektiv schlechte Gesundheit bei Belastung bei allen drei Indikatoren.

Abschließend geben einige z. T. auch ältere Befunde für Deutschland ein vergleichbares Bild: Daten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte⁹ von 1985 zeigen in der Altersgruppe von 30-34-jährigen männlichen Angestellten ein für die unterste von sechs Einkommensstufen fünffach erhöhtes Sterberisiko gegenüber der höchsten Einkommensgruppe, und für die 55-59jährigen immer noch ein fast verdoppeltes. Auch hier sinkt der relative Unterschied in der Mortalität mit dem Alter, während der absolute Unterschied in der Anzahl der Todesfälle steigt¹⁰ (Klosterhuis & Müller-Fahrnow, 1994, zitiert in Mielck 2000, S. 78; Klosterhuis in Mielck, 2001, S. 78). Ähnlich gilt dies für das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko (DHP-Studie): In den Altersgruppen 40-49, 50-59 und 60-69 tragen jeweils die Männer und Frauen der unteren Schicht (fünf Schichten, Index aus Schulbildung, beruflichem Status und Einkommen) das höchste Herzinfarktrisiko (bei gelegentlichen Umkehrungen zwischen Mittel- und Oberschicht), aber die relativen Unterschiede werden mit dem Alter geringer (Helmert et al., 1993, zitiert in Mielck 2000). In der Altersgruppe 60-69 tragen Männer und Frauen der untersten Schicht im Vergleich zur obersten Schicht allerdings noch immer ein um 50-60 % erhöhtes Herzinfarktrisiko und ein um 30 % (Männer) und um 130 % (Frauen) erhöhtes Schlaganfallrisiko. Die Verringerung der Ungleichheit mit dem Alter trifft jedoch bei Diabetes mellitus nicht zu (1994). Das bedeutet, dass gesundheitliche Ungleichheit differenziert untersucht werden muss, und keine einfachen Analogien von einer Krankheit zu anderen gemacht werden können. Neuere Befunde zur Lebenserwartung in Deutschland, auf SOEP-Daten basierend, zeigen für Männer wie für Frauen, für die allgemeine wie für die gesunde absolute Lebenserwartung, sowie bei Geburt und ab 65 einen einkommensbezogenen Gradienten über fünf Einkommensstufen hinweg (Lampert et al., 2007).

⁹ Zu berücksichtigen ist hier, dass die Daten der BfA wegen ihrer Beschränkung auf die Einkommen aus unselbständiger Arbeit nur einen Teil der bestehenden Einkommensunterschiede in Deutschland abbilden.

¹⁰ „Since mortality risks increase exponentially with age, the total number of ‘excess deaths’ that may be attributed to socioeconomic disadvantage tends to increase in later life even though relative risks decline.“ (Howse, 2005, S. 14).

| Einkommen | Lebenserwartung | | Gesunde Lebenserwartung | | Anteil der gesunden Lebenserwartung | |
|---------------|-----------------|-------|-------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| | Bei Geburt | ab 65 | Bei Geburt | ab 65 | Bei Geburt | ab 65 |
| Männer | | | | | | |
| 0-60 % | 70,1 | 12,3 | 56,8 | 10,5 | 81 % | 85 % |
| 60-80 % | 73,4 | 14,4 | 61,2 | 12,5 | 83 % | 87 % |
| 80-100 % | 75,2 | 15,6 | 64,5 | 13,7 | 86 % | 88 % |
| 100-150 % | 77,2 | 17,0 | 66,8 | 14,8 | 87 % | 87 % |
| > 150 % | 80,9 | 19,7 | 71,1 | 16,4 | 88 % | 83 % |
| Gesamt | 75,3 | 15,7 | 64,8 | 13,6 | 86 % | 87 % |
| Frauen | | | | | | |
| 0-60 % | 76,9 | 16,2 | 60,8 | 14,1 | 79 % | 87 % |
| 60-80 % | 81,9 | 19,8 | 66,2 | 16,4 | 81 % | 83 % |
| 80-100 % | 82,0 | 19,9 | 67,1 | 16,6 | 82 % | 83 % |
| 100-150 % | 84,4 | 21,8 | 69,1 | 17,8 | 82 % | 82 % |
| > 150 % | 85,3 | 22,5 | 71,0 | 18,0 | 83 % | 80 % |
| Gesamt | 81,3 | 19,3 | 66,6 | 16,2 | 82 % | 84 % |

(Quelle: Lampert et al., 2007, S. 17)

Zusammenfassend lässt sich konstatieren: Die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen relativen gesundheitlichen Unterschiede scheinen mit steigendem Alter geringer zu werden, aber erst in sehr hohem Alter, wenn überhaupt, ganz zu verschwinden. Da das Sterberisiko über alle Altersstufen hin einen ausgeprägten sozioökonomischen Gradienten aufweist, kann ein Beitrag der selektiven Sterblichkeit hierzu als plausibel gelten. Die Verringerung der Ungleichheit gilt anscheinend nicht für alle Aspekte von Morbidität und Mortalität gleichermaßen; ebenfalls scheinen im Alter etwas veränderte Indikatoren der je aktuellen sozioökonomischen Situation (etwa Vermögen und Hausbesitz statt Bildung und Einkommen) die gesundheitlichen Unterschiede besser zu erklären bzw. abzubilden. Durch die insgesamt mit dem Alter ansteigenden Morbiditäts- und Mortalitätszahlen scheinen die absoluten gesundheitlichen Unterschiede z. T. noch zu steigen. Für die Zukunft erwartet Lampert (2002), dass sich die gesundheitliche Ungleichheit im Zuge der sich verändernden Morbiditätsprofile und abnehmender vorzeitiger Mortalität weiter in höhere Altersstufen verlagert. Es scheint eine Kombination von über den Lebenslauf hin akkumulierten und aktuellen Unterschieden in den Lebensbedingungen für die gesundheitlichen Unterschiede im Alter verantwortlich zu sein. Im Hinblick auf eine genauere Klärung der Pfade bzw. Kausalitäten, auf denen bzw. aufgrund derer soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit insbesondere auch in höherem Alter führt, besteht allerdings noch erheblicher Forschungsbedarf (Knesebeck & Schäfer, 2006). Einige Ansätze dazu werden in Kapitel 3 thematisiert.

2.2.2 Genderperspektiven

Weithin bekannt sind die Unterschiede in der Lebenserwartung: Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer; die Mortalitätsraten der Männer sind bis ins hohe Alter höher.¹¹ Dafür wurden ein Bündel unterschiedlicher Ursachen identifiziert: genetische und hormonelle Unterschiede, die Kombination von negativen sozioökonomischen Faktoren mit risikoreichen Verhaltensweisen besonders bei Männern, die stärkere Stressbelastung durch das Berufsleben¹² sowie Unterschiede zuungunsten der Männer in der Prävalenz besonders mortalitätsrelevanter Krankheiten wie Herzkrankheiten, Malignome und zerebrovaskulärer Erkrankungen (Baltes et al., 1996).¹³ Außerdem wird die Sterberate der Männer stärker als die der Frauen negativ durch die verschiedenen Formen des Alleinlebens (ledig, geschieden, verwitwet) beeinflusst (Alber, 2005).

Für die ‚Überlebenden‘ allerdings gilt, dass die Befunde für Frauen negativer sind als die für Männer. Insgesamt ist die körperlich-organische Gesundheit älterer Frauen nicht wesentlich schlechter als die gleichaltriger Männer; allerdings sind die Frauen häufiger von multiplen chronischen Krankheiten betroffen (41 % der Frauen in der Berliner Altersstudie gegenüber 30 % der Männer (Mayer et al., 1996)). Zudem beurteilten die Frauen in dieser Studie ihre subjektive Gesundheit schlechter als die Männer; und ihre Funktionseinschränkungen und ihre Hilfsbedürftigkeit waren stärker ausgeprägt als die der Männer und stiegen mit dem Alter stärker an. Frauen klagten häufiger über psychische Störungen, was sich auch in klinischen Ergebnissen niederschlägt: Für Depression und für Demenz wurden höhere Werte für Frauen gemessen (Baltes et al., 1996). Zumindest im Hinblick auf Behinderungen deuten einzelne Befunde darauf hin, dass diese Tendenzen sich nicht verbessern (siehe oben): Während für Männer in Deutschland ein Anstieg der relativen (im Verhältnis zur allgemeinen Lebenserwartung) behinderungsfreien Lebenserwartung zwischen 1998 und 2003 gemessen wurde, sanken die Werte für Frauen in Deutschland um mehr als 5 % (Robine & Jagger, 2005).

Möglicherweise können die negativeren Befunde für Frauen wesentlich durch ihre ungünstigeren Lebensbedingungen erklärt werden: Frauen waren häufiger verwitwet, lebten häufiger alleine, leisteten häufiger Hilfe an andere und waren häufiger von Armut und niedrigem Sozialstatus betroffen (siehe unten: 2.2.3.1). Frauen sind, möglicherweise z. T. durch ihr im Vergleich zu Männern anderes Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich medizinischer Versorgung, stärker von problematischen Arzneimittelverordnungen betroffen: Problema-

¹¹ Die Differenzen der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen fielen aber in den europäischen Ländern recht unterschiedlich aus: zwischen 4,5 und 5 Jahre in Schweden, Dänemark, Großbritannien, Niederlande und Norwegen, 5,7 Jahre in Italien und Deutschland, 6,7 in Finnland und 8 Jahre in Frankreich (alle für 2003, OECD Health Data 2006).

¹² Befunde, nach denen die Lebenserwartung von Frauen durch belastende Berufstätigkeit nicht sinkt (Baltes et al., 1996), sind umstritten.

¹³ Der Sachverständigenrat hat bereits auf eine mögliche Beeinflussung der Kohortensterblichkeit durch Krieg als ‚negative‘ Risikoselektion vor allem für Männer (höheres Sterberisiko für insbesondere gesündere Männer im Fronteinsatz) hingewiesen (SVR, 2002b, Ziff. 28). Zu möglichen Langzeiteffekten durch prosttraumatische Belastungsstörungen und andere mögliche Folgen wurde keine Literatur gefunden.

tische Dauerverordnungen von Benzodiazepinen mit einem hohen Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAWs)¹⁴ betreffen ab einem Alter von 50 Jahren Frauen zu 80-140 % häufiger als Männer (Glaeske & Hoffmann, 2004). Außerdem mag das selektive Überleben besonders gesunder Männer zur Erklärung beitragen. Die Gesamtbeurteilung der Lebenslagen im höheren Alter¹⁵ – die allerdings durch Gesundheit maßgeblich bestimmt werden – zeigt jedenfalls ein für die Frauen eher negatives Bild: 58,5 % der Frauen in der Berliner Altersstudie – gegenüber 38,4 % der Männer – befanden sich in Lebenslagen, die als schlecht oder sehr schlecht beurteilt wurden, nur 41,6 % der Frauen – gegenüber 69,7 % der Männer – in solchen, die als durchschnittlich oder gut bewertet wurden (Mayer et al., 1996).

2.2.3 Gruppen in spezifischen Problemlagen

Zu den Gruppen in spezifischen Problemlagen gehören besonders arme Ältere, die sozial isoliert und gesundheitlich beeinträchtigt sind, insbesondere Alleinstehende, insbesondere Frauen, insbesondere pflegende Angehörige, insbesondere Hochaltrige – Risiken, die kumulieren. Darüber hinaus gelten ältere MigrantInnen als Gruppen mit problematischen Gesundheitschancen.

2.2.3.1 Von Armut betroffene ältere Menschen

Altersarmut hat sich in Deutschland in den letzten 20 Jahren wesentlich verringert. Während die Armutsrate¹⁶ der Gesamtbevölkerung gestiegen ist, ist sie bei den über 65-Jährigen gesunken. Allerdings lag sie 1998 bei den Frauen immer noch höher als im (gestiegenen) Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (14,4 % gegenüber 10,9 %, Männer 65+: 10,1 %). Angesichts der derzeitigen sozioökonomischen Entwicklung – mit hoher Langzeitarbeitslosigkeit seit den 1980er Jahren, einem im Verhältnis zum erzielten Einkommen sinkenden Rentenniveau, steigender Zahlen sogenannter ‚working poor‘ und einer allgemein gesunkenen Lohnquote – muss mit einem Anstieg der Einkommensdisparitäten im Alter und einem erheblichen Wiederanstieg der Altersarmut gerechnet werden (5. Altenbericht der Bundesregierung 2005), laut einer Schätzung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands von jetzt 2,5 % auf 10 % im Jahr 2025 (Rock, 2008).

Ältere arme alleinlebende Frauen sind, auch weil sie öfter und schwerer krank als die Männer sind, weiterhin eine besonders belastete Gruppe. Dabei werden gesundheitliche Probleme noch häufiger als finanzielle Probleme, aber besonders das Zusammentreffen beider Faktoren, als Hintergrund für ein marginalisiertes Leben erfahren (Böhnke, 2006). Ältere

¹⁴ UAWs betreffen hier Abhängigkeitsentwicklung und Absetz- und Entzugserscheinungen (bei Unterbrechung der Einnahme) sowie Einschränkungen von Konzentrationsfähigkeit, Gangsicherheit (mit der weiteren Folge von Stürzen und Brüchen) und kognitiven Fähigkeiten (Glaeske & Hoffmann, 2004).

¹⁵ Für die Gesamtbeurteilung der Lebenslagen wurde in der Berliner Altersstudie eine Clusteranalyse durchgeführt (Kombination von Ergebniskonstrukten aus den Bereichen Innere Medizin und Geriatrie, Psychiatrie, Soziologie und Sozialpolitik, Psychologie).

¹⁶ Armutsschwelle bei der Hälfte des westdeutschen mittleren Äquivalenzeinkommens (Böhnke, 2006).

Frauen und in geringerem Umfang ältere Männer, die sozial isoliert und gesundheitlich so beeinträchtigt sind, dass ihre Mobilität ernsthaft eingeschränkt ist, die aber noch nicht manifest pflegebedürftig sind, gelten als ebenso sehr gefährdete wie als überaus schwierig erreichbare Gruppe („Gespenst der offenen Altenhilfe“). Das Risiko für eine solche Situation steigt mit dem Alter stark an.

2.2.3.2 Ältere MigrantInnen

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation älterer MigrantInnen ist zwar nicht umfassend, doch machen einige Befunde eine besondere Belastung deutlich. Im Vergleich zu deutschen älteren Menschen bewerten deutlich mehr ältere MigrantInnen (etwa 40 %) ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht (Geiger, 1999). MigrantInnen sind im Durchschnitt 10 Jahre früher als Deutschstämmige von chronischen Krankheiten betroffen – und weisen eine entsprechend höhere Rate an Frühberentungen auf (Collatz, 1998). Im Vordergrund stehen hohe Prävalenzen von Erkrankungen des Bewegungsapparates und Herzerkrankungen, sowie psychosomatische Probleme. Zur Erklärung werden schwere Arbeitsbedingungen (schwere körperliche Arbeit, Schichtarbeit, Akkord und Überstunden) bei Arbeitsmigranten, Wohnbedingungen und die Entfremdungssituation der Migration, darunter ein durch kulturelle und Sprachbarrieren erschwerter Zugang zu einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung beschrieben; die ökonomische Situation ist häufig prekär (Seeberger, 2003). Eine neuere Untersuchung (Baykara-Krumme & Hoff, 2006), die auf den Daten des Alterssurveys 2002 basiert, bestreitet allerdings den schlechteren Gesundheitszustand von MigrantInnen im Vergleich mit Deutschstämmigen in ähnlicher sozioökonomischer Lage.

Es muss unterschieden werden zwischen verschiedenen Gruppen und deren unterschiedlichen Lebenssituationen: ArbeitsmigrantInnen, Spätaussiedler, jüdische MigrantInnen aus den GUS-Staaten und Flüchtlinge/Asylbewerber (darunter wenig Ältere).

3. Zum Verständnis des Verhältnisses zwischen sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit

Während das Wissen darüber, dass und in welchem Ausmaß sozioökonomische Ungleichheit zu einer Ungleichheit auch der Gesundheitschancen führt, sich in den letzten 20 Jahren auch für die Zielgruppe älterer Menschen stark verdichtet hat, besteht zu der Frage, durch welche Mechanismen und auf welchen Wegen dies insgesamt geschieht, noch keine umfassende Klarheit. Allerdings gibt es Forschungsaktivitäten in verschiedenen Bereichen, aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit unterschiedlichen theoretischen Hintergründen. Einige werden im Folgenden kurz skizziert; im Anschluss daran wird ein ‚sozioökonomisch sensibles‘ Modell zu Einfluss- und Prozessfaktoren für gesundes Altern vorgestellt.

3.1 Gesundheit und ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital

Im Rahmen der internationalen wissenschaftlichen Diskussion zu sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit wurde die Frage aufgeworfen, auf welchen Wegen sozioökonomische Bedingungen zu ungleichen Gesundheitschancen führen. Ein wichtiger Teil dieser Debatte,

eng verknüpft mit dem Thema der sozialen Teilhabe, betrifft unterschiedliche Konzepte des sozialen Kapitals, zurückgehend auf Bourdieu, Coleman und Putnam. Innerhalb des Public-Health-Diskurses hat Kawachis (2004) Interpretation des Konzepts des sozialen Kapitals für die Gesundheit von Populationen Einfluss gewonnen; er differenziert soziales Kapital in (a) Partizipation in zivilgesellschaftlichen Netzwerken, (b) generalisiertes soziales Vertrauen und (c) den Glauben an Reziprozitätsnormen. Diese Dimensionen können als Eigenschaften von Individuen oder Kollektiven (Gemeinschaften wie z. B. Nachbarschaften oder Kommunen, aber auch Staaten) verstanden und auf ihre Wirkungen untersucht werden (Kroll & Lampert, 2007). Auf allen Ebenen sind Effekte auf Gesundheit nachgewiesen worden¹⁷. Für Deutschland haben Kroll und Lampert kürzlich – auch und gerade für ältere Menschen – anhand von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) nachgewiesen, dass soziales Kapital – definiert wie bei Kawachi, jedoch ergänzt durch einen Indikator Integration durch familiäre/soziale Kontakte – neben Einkommen und Bildung einen eigenständigen Effekt auf Gesundheit hat, gleichzeitig aber auch selbst sozial ungleich verteilt ist, und insofern eine „wichtige vermittelnde Ressource zwischen dem sozioökonomischen Status und der individuellen Gesundheit“ bildet (Kroll & Lampert, 2007).

Anders als Putnam und Coleman hat Bourdieu es unternommen, den Kapitalbegriff umfassender zu erweitern, ökonomisches¹⁸, soziales (s. o.) und kulturelles¹⁹ Kapital miteinander in Beziehung zu setzen und die Reproduktion gesellschaftlicher Ungleichheit mit diesem umfassenden Kapitalbegriff zu erklären. Danach sind spezifische gesellschaftliche Lebensbedingungen mit einer bestimmten Ausstattung mit ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital verbunden – wobei sich die Kapitalformen „untereinander in vielfältigen Akkumulations- und Übertragungsprozessen“ (Abel et al., 2006, S. 192) beeinflussen. Die drei Kapitalformen prägen den ‚Habitus‘ von Personen und Gruppen, der gewissermaßen eine Internalisierung gesellschaftlicher Bedingungen darstellt und durch zusammenhängende Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata gekennzeichnet ist. Hieraus entstehen u. a. hinsichtlich gesellschaftlicher Teilhabe und Gesundheit relevante gruppenspezifische Lebensstile und Verhaltensweisen, die soziale und gesundheitliche Ungleichheiten (re-)produzieren. Damit wird ein weiterer Versuch gemacht, das Verhältnis von Lebenslage und individuellem und gruppenspezifischem Verhalten zu konzeptionalisieren und z. B. scheinbar selbstschädigendes Verhalten zu erklären (Bauer, 2005). „Die subjektive Erwartung, die den einzelnen veranlasst sich selbst auszuschließen, orientiert sich an einer Schätzung der objektiven Erfolgchancen seiner Klasse, wobei gerade dieser Mechanismus zur Verwirklichung der objektiven Wahrscheinlichkeiten beiträgt.“ (Bourdieu & Passeron, zitiert nach: Abel et al., 2006, S.192).

¹⁷ Allerdings ist es bisher nicht zu einem vereinheitlichten und allgemein akzeptierten Konzept des sozialen Kapitals gekommen, und die damit zusammenhängende unterschiedliche Konzeptionalisierung der Messinstrumente besteht weiter (vergl. z.B. Kroll & Lampert, 2007; Moore et al., 2006; Poortinga, 2006).

¹⁸ materielle Mittel

¹⁹ Wissen, soziale, kulturelle und technische Fertigkeiten (inkorporiert); Bilder, Bücher, Instrumente etc. (objektiviert); Bildungs- und Berufsabschlüsse (institutionalisiert)

Insbesondere durch die Konzeptionalisierung des Zusammenhangs der Kapitalformen lässt sich der Zusammenhang von Lebenslage, Teilhabe und Gesundheit weiter ausdifferenzieren. Für eine differenziertere Betrachtung der Teilhabe- und der Gesundheitschancen der Zielgruppen benachteiligter Älterer bietet das Bourdieusche Konzept erhebliches – und noch zu nutzendes – Erklärungspotential. Schon jetzt lässt sich aber schließen, dass im Sinne einer erweiterten gesellschaftlichen Teilhabe von Zielgruppen sozial benachteiligter Älterer und ihrer Gesundheitschancen solche Beteiligungsansätze gefördert werden müssen, die ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital nicht in hohem Maße voraussetzen, sondern – zumindest soziales und kulturelles, wenn möglich, auch ökonomisches Kapital – entwickeln helfen.

3.2 Bildung und gesellschaftliche Partizipation im Alter

Nationale und internationale Befunde belegen denn auch, dass Partizipationschancen älterer Menschen insbesondere durch ihren Bildungsstatus – durch ihr kulturelles Kapital – beeinflusst werden. Bukov (2000) hat im Zusammenhang mit der Berliner Altersstudie (BASE) eine Hierarchie sozialer Beteiligungsformen entwickelt, die zwischen ‚kollektiven Aktivitäten‘ (Freizeitbeschäftigungen), ‚produktiven Aktivitäten‘ (Tätigkeiten, durch die Leistungen für andere, in der Familie oder in der Öffentlichkeit erbracht werden), und ‚politischen Aktivitäten‘ (mit denen Einfluss auf soziale Sachverhalte genommen werden) unterscheidet. Dabei sind für zunehmend komplexere Aktivitäten größere Kompetenzen erforderlich – gleichzeitig tragen komplexere Aktivitäten auch stärker zu Lebensqualität, Selbstbewusstsein und plausibel auch zur besseren Gesundheit bei (Bukov et al., 2002). Wie erwartet, zeigten die Befunde einen deutlichen Gradienten zwischen der Bildung und dem beruflichen Status einerseits und der gesellschaftlichen Partizipation im (jungen) Alter andererseits²⁰ (vgl. auch Kohli et al., 2000). Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsindikatoren wichtiger, die aber ihrerseits einen sozioökonomischen Gradienten aufweisen (s. o.). Diese Befunde sind auch international bestätigt: Hank et al. fanden bei der Erfassung ehrenamtlichen Engagements in zehn europäischen Ländern – bei relevanten Unterschieden der Beteiligungsniveaus zwischen den Ländern – eine deutliche und länderübergreifende Abhängigkeit vom Bildungsniveau (2006). Pankoke (2002) beschreibt für Deutschland, dass sich eine Spaltung zwischen ‚hochaktiven Eliten‘ und ‚sozial und politisch verdrossenen kleinen Leuten‘ in dem Maße vertieft, in dem früher bindungsmächtige Organisationen wie Gewerkschaften, Kirchen, Volksparteien und Vereine ihre Anziehungskraft verloren haben²¹. Dabei empfiehlt er, niedrige Beteiligung nicht moralisierend zu beklagen, sondern „nach den gesellschaftlichen Umständen zu fragen, durch welche sich viele Menschen in die Passivität getrieben sehen.“ (Pankoke, 2002, S. 75). Auch Naegele (2001) warnt vor einer unkritischen „Wiederverpflichtung des Alters“ (S. 416), verweist u. a. auf negative sozioökonomische Bedingungen als Barrieren für eine gesellschaftliche Produktivi-

²⁰ Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten durch die Unterschiede in Bildung und beruflichem Status erklärt werden (Bukov et al., 2002).

²¹ Putnam (2002) beschreibt für OECD-Länder im Allgemeinen einen Abwärtstrend für das soziale und politische Engagement.

tät Älterer und fordert entsprechende spezifische Förderstrategien. Ebenso postuliert Barnes für Großbritannien, „dass sachkundige und aktive Unterstützung anstatt vollständiger Autonomie in der Regelung dieser Dinge manchmal hilfreich, wenn nicht sogar erforderlich, sein kann, um die Beteiligung derjenigen zu sichern, die mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden“²² (Barnes, 2005, S. 257).

Auch aus der Public-Health-Perspektive sind – auf Grund des Zusammenhangs von gesellschaftlicher Teilhabe einerseits und Gesundheit und Lebensqualität andererseits (auch und gerade im Alter) – die Zugangsbarrieren für ein gesellschaftlich aktives Altern benachteiligter Gruppen in den Blick zu nehmen²³.

3.3 Aktives Altern – Gesundes Altern? Zur Konzeptualisierung des Alternsprozesses

Gesellschaftliche wie wissenschaftliche Konstruktionen des Alters zeigen ein weites Spektrum, nicht frei von Widersprüchen. Überkommene Stereotypen vergangener Dekaden definierten das Alter im Wesentlichen als Periode des Verlusts, Niedergangs und sozialen Rückzugs. Sich als postmodern verstehende Gerontologen plädieren dafür, ‚Alter‘ in erster Linie als soziale und Diskriminierung legitimierende Zuschreibung und weniger als eine Kategorie zu verstehen, die Entsprechungen in der Realität aufweist (2000). Andere sehen in solchen Sichtweisen eher den populären Reflex der Verleugnung des Alters gespiegelt, des Postulats ‚Man ist so alt, wie man sich fühlt‘, und damit geradezu eine verdeckte Form der Altersdiskriminierung (Andrews, 1999).²⁴ Aus einer solchen Perspektive geht es darum, sowohl Kontinuitäten wie Transformationen in höheren Lebensaltern zu beschreiben und damit einerseits die Kontinuität der Person und ihres Lebens und andererseits die physischen, psychischen und sozialen Veränderungen zu verdeutlichen, die – wenn auch in sehr unterschiedlichen Formen und Ausmaßen – mit dem Älterwerden einhergehen, und den Umgang der Älteren mit diesen Veränderungen. Anfang der 1990er Jahre wurde ein Modell individuellen erfolgreichen Alterns vorgestellt, das nachhaltigen Einfluss auf die öffentliche und wissenschaftliche Diskussion des Alterns genommen hat (Baltes & Baltes, 1990). Das Modell beschreibt für den Prozess des Alterns eine sich verändernde Balance zwischen Gewinnen und Verlusten, die allerdings mit zunehmendem Alter tendenziell negativer wird (Baltes & Carstensen, 1996). Ältere Menschen werden als aktive Gestalter ihres Lebens und Alterns verstanden, die Ziele zu verwirklichen suchen und dabei versuchen, Verluste zu minimieren und Erfolge zu maximieren. Gestaltungs- und Anpassungsprozesse, die ‚erfolgrei-

²² „... that skilled and active facilitation, rather than complete autonomy in conducting affairs can sometimes be helpful if not necessary in ensuring the participation of those most likely to be excluded ...“.

²³ So konzipierte z.B. ein US-amerikanisches Projekt in Baltimore ein ehrenamtliches Modell (Unterstützung von benachteiligten Grundschulkindern) explizit als Gesundheitsförderungsprojekt für (auch) benachteiligte Ältere (Fried et al., 2006) – mit ersten positiven Gesundheitsergebnissen.

²⁴ Unbestritten ist allerdings, dass gesellschaftliche Sichtweisen des Alters und der gesellschaftliche Umgang mit dem Alter die Realitäten des Alterns entscheidend mit beeinflussen.

ches Altern' ermöglichen, werden als Selektion, Kompensation und Optimierung beschrieben. Die Optimierung zielbezogener Mittel verweist auf die – möglicherweise mühevoll – Erweiterung oder Verfeinerung von Kompetenz- und Kapazitätsreserven in ausgewählten Lebensbereichen. Die Selektion von Zielen und Präferenzen berücksichtigt entstehende Einschränkungen der Lebensbereiche und Veränderungen der persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen. Die Kompensation verlorener Kompetenzen oder Ressourcen schließlich erfordert die Mobilisierung alternativer Ressourcen, wenn die ursprünglichen abnehmen – das kann den Erwerb neuer persönlicher Fähigkeiten oder den Gebrauch von Hilfsmitteln einschließen. Die mögliche Reichweite dieser Prozesse ist wesentlich abhängig von förderlichen Umweltbedingungen. Sinngemäß ähnlich formuliert die WHO den Ansatz des ‚aktiven Alterns‘, als „den 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“ (WHO, 2002, S.12). Als ein zentrales Ziel gilt der Erhalt von Autonomie und Unabhängigkeit. Dieses umfassende Konzept schließt ‚gesundes Altern‘ mit ein – und verweist damit gleichzeitig auf das ganzheitliche Gesundheitsverständnis der WHO als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Wie oben angedeutet, sollte sich das Verständnis aktiven Alterns nicht auf krankheits- und behinderungsfreie Jahre beschränken. Kruse (2002) empfiehlt stattdessen, „die verschiedenen Formen von Aktivität ...“ zu erfassen und dabei die Frage zu stellen, welche Formen der Aktivität in Grenzsituationen – wie zum Beispiel jener der chronischen Krankheit und/oder Behinderung – verwirklicht werden (S. 11).

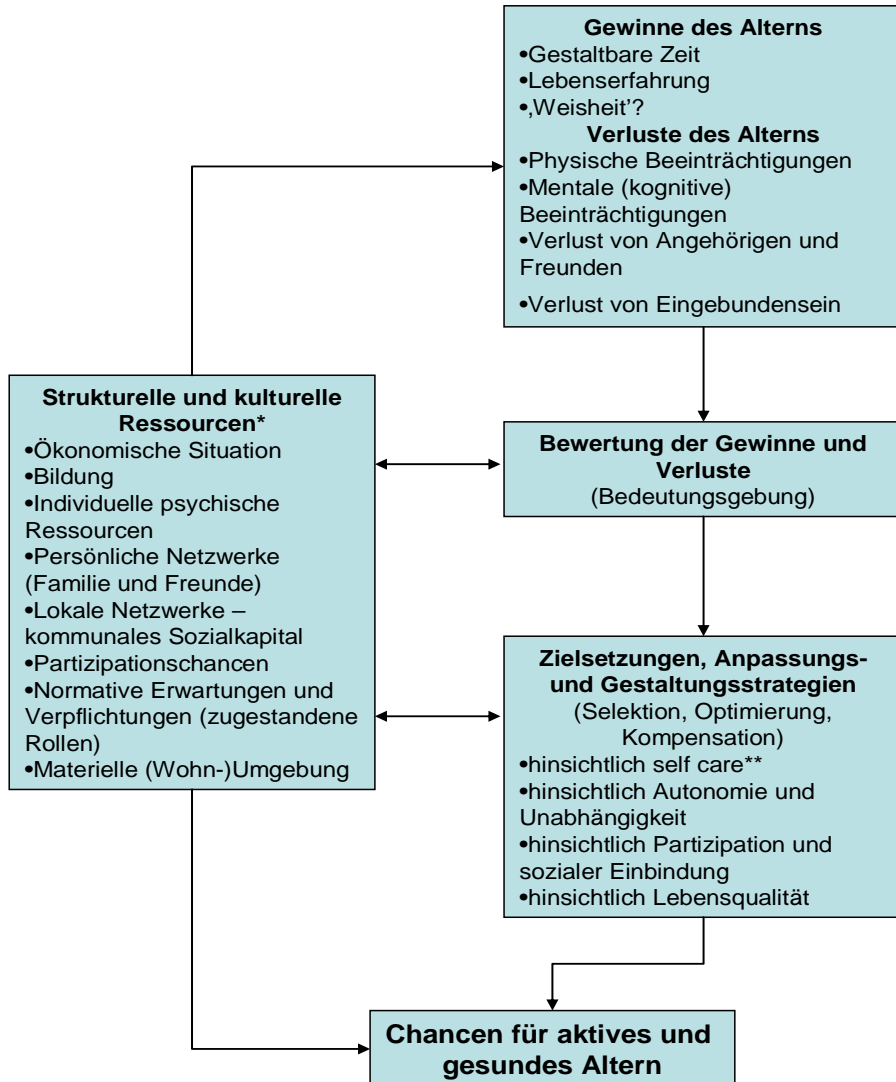
Godfrey (2003) erweitert das Konzept von Baltes und Baltes, indem sie es um die sozioökonomischen und kulturellen Faktoren ergänzt, die die Gestaltungs- und Anpassungsmöglichkeiten älterer Menschen fördern oder beeinträchtigen, insbesondere die ökonomische Situation des Einzelnen, die sozialen Netzwerke in der Familie und in der Nachbarschaft und die sozialräumliche Qualität des Stadtviertels (zusammen beschreibbar mit den Konzepten des ‚Sozialkapitals‘), sowie die kulturellen Zuschreibungen und Erwartungen an ältere Menschen. Diese Erweiterung ermöglicht es, die eingeschränkten Gestaltungschancen, aber auch die Ressourcen benachteiligter älterer Menschen konzeptuell zu erfassen und empirisch beschreibbar zu machen und daraus die Bestimmung sinnvoller Ansatzpunkte für Präventionsprojekte in konkreten sozialen Settings zu ermöglichen.

Aus einer Kombination der Konzepte von Baltes und Baltes, der WHO und Godfrey lässt sich ein Modell der Einfluss- und Prozessfaktoren aktiven und gesunden Alterns²⁵, das die sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen mit abbildet, folgendermaßen darstellen:

²⁵ Wir entscheiden uns hier für den Begriff des ‚aktiven und gesunden Alterns‘ in Abgrenzung von den ebenfalls häufig verwendeten Begriffen des erfolgreichens bzw. produktiven Alterns, deren wertende Implikationen nicht nur, aber insbesondere für die Zielgruppe benachteiligter Älterer noch kritisch zu diskutieren sind.

Abbildung 1: Einfluss- und Prozessfaktoren gesunden und aktiven Alterns

(basierend auf Baltes & Baltes 1990, WHO 2002, Godfrey 2003)



* Wenn diese Ressourcen stark ausgeprägt und positiv besetzt sind, wirken sie gesundheitsfördernd und tragen zur Resilienz bei; bei geringer oder negativer Ausprägung wirken sie gesundheitsbelastend.

** Self care meint die aktive Teilnahme an Aufgaben wie angemessene Medikation und andere Behandlungen von Krankheiten, gesunde Ernährung, ausreichende körperliche Bewegung, Aufrechterhaltung von Hygiene, und den Gebrauch moderner Technologien für Information und Sicherheit (vgl. Burden of Disease in Old Age network project (BURDIS) & Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology, 2004, S.30).

4. Prävention bei benachteiligten älteren Menschen: Bestimmung geeigneter Interventionsstrategien

Im Folgenden geht es um eine nähere Bestimmung sinnvoller Präventionsstrategien. Dazu wird zunächst auf die in der Literatur konstatierten Präventionspotentiale im Alter und auf z. Z. diskutierte und praktizierte primärpräventive Modelle für ältere Menschen verwiesen. Im nächsten Schritt wird der Erkenntnisstand zu wirksamen Präventionsstrategien für benachteiligte Gruppen zusammengefasst, bevor auf den Stadtteil als geeignetes Setting für die Prävention bei älteren benachteiligten Menschen eingegangen wird.

4.1 Präventionspotentiale

Prävention für höhere Altersgruppen hat lange ein Schattendasein geführt. Dies beginnt sich in den letzten Jahren zu verändern, nicht zuletzt wohl unter dem Eindruck der demographischen Entwicklung und der befürchteten starken Belastung des Gesundheits- und Pflegesystems in personeller und finanzieller Hinsicht. Aber auch die gerontologische Forschung hat entscheidend zu dieser Entwicklung beigetragen, indem das „Dogma der morphologischen und physiologischen Unveränderbarkeit von Einbußen im Alter“ (Walter & Schwartz, 2001, S. 192) zugunsten neuer Erkenntnisse über die Variabilität und Plastizität der biologisch-physiologischen Prozesse zurückgewiesen wurde (SVR, 2002a, S. 204). Variabilität bezeichnet die realen Unterschiede zwischen individuellen Alternsprozessen; das Konzept der Plastizität verweist auf die Beeinflussbarkeit der wesentlichen Faktoren und damit auf vorhandene Reservekapazität und deren funktionale Ausschöpfung (Mechling, 2005).

So betonen deutsche Überblicksschriften der letzten Jahre (Kruse, 2002; SVR, 2002b; Walter & Schwartz, 2001) wie auch die WHO (WHO, 2002) im Sinne der ganzheitlichen Konzepte für aktives, erfolgreiches oder gesundes Altern (siehe oben), dass sich Präventionskonzepte nicht auf Aspekte körperlicher Gesundheit beschränken sollten. Sie sollten stattdessen ganzheitliche Strategien verfolgen, die die interaktive Wirkung physischer, mentaler, sozialer, ökonomischer und Umgebungsfaktoren berücksichtigen und damit physiologische Alterungsprozesse, Risikofaktoren und Erkrankungen sowie auch Prozesse, die zur Entstehung von Behinderungen beitragen, günstig beeinflussen. Die Differenzierung zwischen Krankheit, Funktionseinbußen, Behinderung und Hilfebedürftigkeit (vgl. World Health Organization, 2002) hat die Untersuchung der Interaktionen zwischen diesen Phänomenen und der vielfältigen äußeren und inneren Faktoren, die sie beeinflussen, ermöglicht. Dabei wird insbesondere Behinderung als wesentlich sozial konstruiert und durch Umweltfaktoren beeinflusst angesehen: letztes Endes definiert als die Kluft zwischen den Fähigkeiten einer Person und den Anforderungen durch die Umwelt, die primär durch Anpassungen der physischen und sozialen Umwelt geschlossen werden könnte (vgl. Burden of Disease in Old Age network project (BURDIS) & Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology, 2004, S. 18). Prävention im Alter zielt deshalb sowohl durch Umwelтанpassungen als auch durch Förderung persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen nicht lediglich auf die Vermeidung von Krankheit, sondern ebenso auf die Vermeidung von Funktionseinbußen und Behinderungen und damit auf die Aufrechterhaltung und Verbesserung von Gesundheit, Funktions-

fähigkeit und Selbständigkeit. Sie kann damit nicht nur zur ‚compression of morbidity‘, sondern auch zum Erhalt höherer Funktionslevel und damit zur Verhinderung von Hilfsbedürftigkeit beitragen (Walter & Schwartz, 2001), also zur ‚compression of disability‘ (Robine & Michel, 2004).

Bezüglich der empfehlenswerten Altersspanne für Prävention bei Älteren wird einerseits betont, dass präventive Strategien für ältere Menschen aller Altersstufen, d. h. auch für Hochaltrige, effektiv sein können (Walter & Schwartz, 2001), andererseits, dass Prävention vor dem Eintritt erheblicher Behinderungen Erfolg versprechender ist (Burden of Disease in Old Age network project (BURDIS) & Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology, 2004). Es ist davon auszugehen, dass insbesondere für bereits in ihrer Mobilität eingeschränkte Hochaltrige Zugangswege zur Prävention spezifisch ausgerichtet werden müssen.

Zu den Gesundheitsproblemen, für die ein beachtliches Präventionspotential gesehen wird, gehören insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Stürze, und eingeschränkt die Depression und die Demenz.²⁶ Man hat auch Präventionspotentiale quantitativ zu bestimmen versucht: Von in populationsbezogenen Interventionsstudien erreichten Risikofaktor-Modifikationen ausgehend wurden Senkungen der Krankheitslasten durch Herzinfarkte, (22-27 % durch Cholesterinsenkung, Stressmanagement oder kombinierte Methoden), ischaemische Herzerkrankungen (15-38 % durch Cholesterin- bzw. Blutdrucksenkung) und Schlaganfälle (27-38 % durch Blutdrucksenkung bzw. Stressmanagement, 71 % durch kombinierte Ansätze) errechnet (Walter & Schwartz, 2001). Ob sich solche Reduktionen auch für Gruppen älterer benachteiligter Menschen realisieren ließen, lässt sich daraus allerdings nicht ableiten.

4.2 Bisherige primärpräventive Ansätze für ältere Menschen in Deutschland

Während die spezifischen Versorgungsprobleme für ältere Menschen verstärkt Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion finden²⁷, spielt Primärprävention für ältere Menschen in der medizinischen und pflegerischen Praxis weiterhin eine eher untergeordnete Rolle (Walter et al., 2006). Neben medizinischen Vorsorgeleistungen und Früherkennungsuntersuchungen (mit z. T. niedrigen Teilnehmeraten unter den Älteren) ist seit dem 01.04.2005 ein hausärztlich-geriatrisches Assessment als abrechenbare Kassenleistung eingeführt,

²⁶ Ein hohes Präventionspotential, wie für alle Herz-Kreislauf-Krankheiten, wird für Multi-Infarkt- und Demenz gesehen (Kruse, 2002; Weyerer, 2005). Für Alzheimer wird meist ein geringes Präventionspotential angenommen; allerdings weisen einige Studien darauf hin, dass kardiovaskuläre Risikofaktoren auch Alzheimer beeinflussen (Gorelick, 2004).

²⁷ So ist in § 40 SGB V festgelegt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab 01.04.2007 von einer Ermessens- zu einer Pflichtleistung werden (SGB V 2007).

nicht aber der seit langem diskutierte und vielfach erprobte präventive Hausbesuch²⁸. Eine weitere medizinische primärpräventive Maßnahme für Ältere ist die Gripeschutzimpfung.²⁹

Sichtbare nicht-medizinische Primärprävention für Ältere findet noch weitgehend im Rahmen von Förderprojekten und Initiativen statt, die z. B. im Rahmen der Verleihung des Deutschen Präventionspreises 2005 dargestellt wurden. An ihrer Umsetzung in Alltagspraxis wird derzeit verstärkt gearbeitet. Unter den 15 ausgezeichneten und nominierten Projekten waren fünf primärpräventive Ansätze. Darunter waren das viel diskutierte und in vielerlei Hinsicht erfolgreiche gruppenbezogene Konzept des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie des Albertinen-Hauses in Hamburg zur Erhaltung von Gesundheit, Lebensqualität und Selbständigkeit sowie das gemeinsame Konzept der AOK und WHO-Europa, bei dem ‚aufsuchende Aktivierung‘ (Hausbesuch) ein geriatrisches Assessment, anschließende Beratung und das Ziel weitergehender Vernetzung umfasst.

Unklar ist bei diesen Konzepten, inwieweit sie benachteiligte Gruppen älterer Menschen mit hohem Risiko nachhaltig erreichen³⁰, zumal von den Teilnehmern z. T. auch zugezählt werden muss. Zwei weitere prämierte Projekte bezogen sich explizit auf benachteiligte Zielgruppen (siehe unten). Von den ca. 200 für den Preis eingereichten Bewerbungen bezogen sich insgesamt weniger als 10 % auf benachteiligte Gruppen, z. B. lediglich vier auf Ältere mit Migrationshintergrund (eigene Recherche³¹).

Eine weitergehende Nutzung des § 20 SGB V für Zielgruppen benachteiligter Älterer durch die Krankenkassen wird strukturell auch durch den Wettbewerb um niedrige Risiken erschwert. In den individuellen Kursangeboten der Krankenkassen sind die über 60-Jährigen unterrepräsentiert, aber dennoch präsent (20,3 % der Kursteilnehmer, aber 26,4 % der Versicherten) (Walter et al., 2006); bei der geringen Eignung von Kursangeboten mit reinen Komm-Strukturen für und Nutzung durch sozioökonomisch benachteiligte Gruppen ist von einer geringen Teilnahme an diesen Angeboten durch benachteiligte Ältere auszugehen³².

²⁸ Ein Experten-Hearing im Jahr 2005 sah auf dem Hintergrund der bisherigen Evidenz die Empfehlung einer Interventionsstudie für ein präventives Hausbesuchsprogramm für Menschen über 75 Jahre als begründet an, nicht aber bereits die allgemeine Einführung, weil noch keine ausreichende Evidenz für spezifische Erfolgsdeterminanten bestehe. Die Interventionsstudie soll weiteren Aufschluss über sinnvolle Ziel- und Zielgruppenbestimmung, Inhalte, Qualifikation der Durchführenden, Programmstruktur und Kosten eines Hausbesuchsprogramms ermöglichen (Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, 2006).

²⁹ Einige Studien belegen zusätzlich zum Gripeschutz eine Reduktion der Sterblichkeit durch die Gripeschutzimpfung bei Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Gurfinkel et al., 2002; Gurfinkel et al., 2004).

³⁰ Dieser Vorbehalt wird zumindest teilweise in neuen Veröffentlichungen bestätigt (Dapp et al., 2007).

³¹ Die Unterlagen wurden der FG Public Health von der Bertelsmann-Stiftung zur Auswertung zur Verfügung gestellt.

³² Einige wenige Befunde hierzu liegen vor (vergl. Rosenbrock, 2004, S.69).

Insgesamt wird Primärprävention für Ältere, insbesondere angesichts der demografischen Entwicklungen, in den letzten Jahren auf der politischen und wissenschaftlichen Agenda sichtbarer, was sich auch in öffentlich geförderten Forschungsprogrammen (z. B. BMBF 2006) niederschlägt.

4.3 Bestimmung geeigneter Interventionsstrategien für sozioökonomisch benachteiligte Ältere

Spezifische Erkenntnisse über effektive primärpräventive Strategien für benachteiligte Ältere sind insgesamt noch gering.

Bei der Diskussion über Präventionsansätze für Ältere im Allgemeinen werden immer wieder dieselben Ansatzpunkte angeführt, vielfach auf Lebensweisen und Verhalten bezogen: Bewegung, Ernährung, Stressmanagement; weil die meisten älteren Menschen an mindestens einer chronischen Krankheit leiden, spielen darüber hinaus noch Bewältigungsstrategien und Selbstmanagement hinsichtlich dieser Krankheiten eine wesentliche Rolle. Außerdem werden soziale Unterstützung und Vernetzung als wichtige Faktoren angesehen. Körperliche Bewegung und Ernährung (einschließlich der Vermeidung von Über- und Untergewicht) und die Vermeidung des Rauchens haben präventive Wirkungen für viele ‚Altersleidenden‘ – Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihre Risikofaktoren, Diabetes, Osteoporose und Stürze – und auf Behinderungen, die in deren Folge auftreten können (Walter & Schwartz, 2001).

Während aber einerseits signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen Verhaltensaspekten, Risikofaktoren und Erkrankungen gezeigt werden können, deuten andererseits Ergebnisse der Interventionsforschung darauf hin, dass Interventionen zur Beeinflussung einzelner Faktoren meist ineffektiv bleiben und dass Interventionen zur erfolgreichen Prävention von Krankheiten und Behinderungen bei Älteren im Wesentlichen multifaktoriell gestaltet werden müssen (Burden of Disease in Old Age network project (BURDIS) & Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology, 2004). Komplexe Interventionen erreichen mit höherer Wahrscheinlichkeit nachhaltige Effekte auf die Gesundheit älterer Menschen. Gleichzeitig bestehen große Schwierigkeiten bei der Evaluation und der Evidenzbasierung, weil solche multi-dimensionalen Strategien den herkömmlichen Evidenzkriterien nur schwierig zugänglich sind und alternative Evaluationsmethoden erfordern (Smedley & Syme, 2001). Entsprechend den oben beschriebenen Modellen für erfolgreiches und gesundes Altern steht Aktivierung im Allgemeinen im Zentrum komplexer primärpräventiver Strategien für ältere Menschen – diese sollen physische, psychische, kognitive, soziale und kulturelle Aktivierung ermöglichen und fördern, ausgehend von der Basisannahme einer wechselseitigen Beeinflussung von Aktivität im weitesten Sinne einerseits und Gesundheit andererseits.³³ Zu selten sind aber bisher die besonderen Bedingungen von älteren Menschen in schwierigen sozioökonomischen Lebenslagen berücksichtigt worden (Minkler et al., 2000).

³³ Dass Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für Ältere nicht recht zu trennen sind,

Primärpräventive Interventionen können auf drei Ebenen ansetzen: dem Individuum, der Lebenswelt/dem Setting und der Bevölkerung (Rosenbrock & Kümpers, 2006). Da der soziale Kontext für die Gesundheit (nicht nur) der älteren Bevölkerung, also für gesundes Altern, mit entscheidend ist, bleiben ausschließlich individuell ansetzende Strategien stets suboptimal.³⁴ Kontextbezogene Ansätze, die verhaltens- und verhältnispräventive Elemente verbinden (also Setting-Ansätze), sind insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen unabdingbar, weil deren Lebenswelten in der Regel starke Gesundheitsbelastungen aufweisen und gesundheitsförderliches Verhalten erschweren (vgl. SVR, 2005, Ziff. 198-207). Durch ermöglichende, initiiierende und begleitende Interventionen von außen sollen Prozesse angestoßen werden, mit denen die Beteiligten bzw. Bewohner des Settings dieses nach ihren Bedürfnissen mitgestalten (vgl. Rosenbrock & Gerlinger, 2006, S. 75). Dabei sollen aktivierende und partizipative Lern- und Innovationsprozesse in Gang kommen, die sowohl die Ressourcen der Einzelnen wie die des sozialen Kontexts weiterentwickeln (*empowerment*).

Zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten hat ein beratender Arbeitskreis der Bundeszentrale zur gesundheitlichen Aufklärung (BZgA) 13 Kriterien zur Identifizierung guter Praxis entwickelt, die einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung entsprechender Präventionsstrategien leisten sollen (Lehmann et al., 2006, S. 16 ff.):

Die *Kriterien 1-3* (Konzeption und Selbstverständnis, Zielgruppen sozial Benachteiligter, Innovation und Nachhaltigkeit) beziehen sich auf übergeordnete und allgemeinere Einordnungen sowohl aus der internen Perspektive der Projekte (Selbsteinschätzung bzw. –einordnung, insbesondere Kriterium 1 und 2) wie aus der externen Perspektive. Die Kriterien 1 und 2 sind Basiskriterien und wichtig wegen ihres ‚identitätsstiftenden‘ Potentials. Kriterium 3 ‚Innovation und Nachhaltigkeit‘ bezeichnet tatsächlich zwei verschiedene Aspekte: Zum einen geht es um die Frage nach dem innovativen Charakter, die weniger für die inhaltliche Qualität eines Projektes von Bedeutung ist als für seine Eignung als Vorbild; Nachhaltigkeit zum anderen ist von Wichtigkeit für die Gesamteffizienz, und damit auch für Kriterium 12 (Kosten-Nutzen).

Die *Kriterien 4-9* (Multiplikatorenkonzept, niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation der Zielgruppen, Empowerment, Settingansatz, integriertes und vernetztes Handlungskonzept) beschreiben inhaltlich-methodische prozess- und ergebnisbezogene Aspekte erfolgreicher Setting-Prävention. Gerade in Bezug auf diese Kriterien scheinen die drei weiter unten (vgl. 5.3) vorgestellten Projekte überdurchschnittlich entwickelt zu sein. Beschreibungen und

schließt ihrem Wesen nach primärpräventive Interventionen nicht aus, sondern macht sie im Gegenteil noch sinnvoller: Unspezifische Präventionsmaßnahmen können u. U. gleichzeitig das Auftreten neuer Erkrankungen verzögern oder verhindern, schon vorhandene Krankheitsparameter positiv beeinflussen und den Umgang mit einer manifesten chronischen Krankheit verbessern helfen (siehe oben 2.1).

³⁴ Strategien wie der präventive Hausbesuch, zunächst ein individueller Ansatz, scheinen insbesondere dann wirksam zu sein, wenn mit dem erstellten ganzheitlichen Assessment weiterreichende Maßnahmen initiiert werden, die auch soziale und umweltbezogene Risiken betreffen (Elkan et al., 2001; Kruse, 2002; Stuck et al., 2002).

Auswertungen bezüglich dieser Kriterien bleiben notwendigerweise anekdotisch und vage, so lange Qualitätssicherung und Evaluation (Kriterien 10 und 11) nicht systematisch implementiert sind.

Die *Kriterien 10 und 11* (Qualitätssicherung und Evaluation) und vielleicht ergänzend Kriterium 12 (Kosten-Nutzen) stehen zu den Kriterien 4-9 in einem Metaverhältnis – sie dienen der Entwicklung, Beförderung und Absicherung der dort spezifizierten Qualitäten. Gleichzeitig sind diese Instrumente für den Bereich der stadtteilbasierten Prävention noch in der Entwicklung und noch nicht auf breiter Basis implementiert. Die Entwicklung und die Umsetzung dieser Instrumente stehen vor theoretischen und methodischen Problemen, die insbesondere mit der notwendigen Komplexität erfolgversprechender Interventionen zusammenhängen, und durch die Auseinandersetzung mit dem dominierenden naturwissenschaftlich basierten Evidenzverständnis erschwert werden (Becker, 2003; Rosenbrock, 2004). In der Forschungsgruppe Public Health im WZB wird derzeit ein Ansatz partizipativer Qualitätsentwicklung entwickelt, bei dem die Kriterien partizipativer präventiver Praxis mit den Praktikern aus der Praxis heraus erarbeitet werden (Wright, 2006).

Über die Prozesse, die zu mehr oder weniger Gesundheit spezifisch für benachteiligte Gruppen älterer Menschen in ihrem sozialen Kontext/ihrer Lebenswelt führen, und über Interventionen, die diese Prozesse beeinflussen können, ist also noch nicht viel systematisches Wissen entwickelt. Es sind deshalb solche Präventionsansätze zu fördern und zu evaluieren, die auf der Ebene der Lebenswelt/des Settings, ansetzen, um die Erkenntnisse über die Zielgruppen, ihre Lebenswelt und ihre sozialen Prozesse und über daraus resultierende Zugangswege für zielführende Prävention zu vertiefen. Für ältere Menschen ist dafür ihre Wohnumgebung zentral: der Stadtteil oder das Dorf, in dem sie leben.

4.4 Anmerkungen zur Reichweite von Primärprävention

Derzeit werden europaweit primärpräventive Strategien als Beiträge zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit diskutiert (Lehmann & Weyers, 2007; Reemann & Weyers, 2007; Rosenbrock, 2007; Vallgarda, 2008; Weyers et al., 2007) und erprobt. Dabei wird in einigen Ländern versucht, auf der Grundlage nationaler Programme soziale Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit lokal anzugehen – Bildung, Arbeit, Wohnen etc. Erfolge sind in manchen Projekten, jedoch nicht durchweg, zu verzeichnen: Teilweise mangelt es an politischer Entschiedenheit, teilweise an Kompetenz und Kapazität, um regionale oder lokale komplexe Strategien zu implementieren (Reemann & Weyers, 2007). Insgesamt steigt in etlichen Ländern Europas die gesundheitliche Ungleichheit weiter (Kunst et al., 2005). Dies ist auch als Hinweis darauf zu deuten, dass präventive Anstrengungen, selbst wenn sektorübergreifende Strategien zum Ansatz kommen, die sozialen Wirkungen nationaler und internationaler Politik, die sozioökonomische Ungleichheiten in vielen europäischen Ländern in den letzten Jahren eher verschärfen, nicht aufheben, sondern allenfalls in bestimmten Situationen kompensatorisch abmildern können.

4.5 Stadtteil oder Dorf als Setting für Prävention für benachteiligte Ältere

Die Lebenswelt der älteren Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, aber noch selbständig leben, ist im Wesentlichen ihre Wohnumgebung. Das gilt insbesondere für schlechter gestellte ältere Menschen, deren Mobilität (Reisen, überregionale Kontakte) auch finanziell bedingt tendenziell geringer ist als die besser gestellter älterer Menschen.³⁵ Zudem wird die Mobilität und damit das erreichbare Umfeld durch entstehende Behinderungen weiter eingeschränkt – und auch das gilt für benachteiligte Ältere eben in besonderem Maße – das zu Fuß erreichbare Wohnviertel wird dadurch zunehmend zentral. Das bedeutet, dass die ‚Lebenswelt‘ – die Gesamtheit der räumlichen und sozialen Bezüge eines Einzelnen oder einer Gruppe – und der ‚Sozialraum‘ – ein geographisch, administrativ und sozial als Einheit definierbares Gebiet – für solche Ältere stärker übereinstimmen (Institut für soziale Arbeit, 2001)³⁶ als für etliche andere Bevölkerungsgruppen. Für die Zielgruppe der benachteiligten älteren Menschen liegt deshalb der Stadtteil als Ansatzpunkt für primärpräventive Strategien auf der Hand. Deshalb geht es im Folgenden um den Stadtteil, die Kleinstadt, das Dorf³⁷ als Lebenswelt älterer, insbesondere sozioökonomisch benachteiligter Menschen.

Der Sachverständigenrat ist in seinem Gutachten 2005 auf Primärprävention im Setting ‚Stadt‘ und die Bedeutung kommunaler Gesundheitspolitik eingegangen (SVR, 2005, Ziff. 330-347) und hat dabei auf die unterschiedlichen Planungsebenen in Kommunen, die notwenige Koordination verschiedener Sektoren der Kommunalpolitik sowie auf einige wichtige Aspekte im Wohnumfeld hingewiesen.

In Deutschland hat der Stadtteil in den letzten Jahren als Ansatzpunkt für soziale und gesundheitliche Interventionen – und für die Verbindung von Beidem – wachsende Beachtung gefunden. Das spiegelt sich in der Öffnung und Erweiterung sozialräumlicher Ansätze für explizite Gesundheitsthemen, zum Beispiel im Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ (Böhme et al., 2003), und andererseits im wachsenden Interesse der Akteure der Prävention für den Stadtteil als Setting für primärpräventive Interventionen (z. B. Bär et al., 2004). Sozialräumliche Ansätze wurden im Programm ‚Soziale Stadt‘ auf relativ breiter Ebene umgesetzt, das seit 1999 implementiert

³⁵ Eine Ausnahme stellen solche Migranten dar, die ihr Leben teils in der Heimat, teils in Deutschland verbringen.

³⁶ Das ist außer für Ältere auch besonders für Kinder und damit tendenziell für Familien der Fall.

³⁷ Hier geht es um die unmittelbar zugängliche und bedeutsame Lebenswelt. Diese kann auch die Kleinstadt oder das Dorf sein, die sich von großstädtischen Settings durch eine geringere Konzentration problematischer Lebenslagen unterscheiden dürften. Andererseits sind solche Lebenslagen in großstädtischer Umgebung z. T. eher sichtbar und durch existierende Angebote leichter bearbeitbar – wohingegen dörfliche Strukturen wiederum häufiger nachbarschaftliches Sozialkapital aufweisen dürften. Diese Unterschiede sind noch nicht tiefgehend bearbeitet, werden aber in der weiteren Entwicklung von Praxis und Forschung Beachtung finden müssen.

wurde und bis heute fortgesetzt wird. Zentrales Instrument ist das Quartiersmanagement, das der „Organisation von Interessen, der Initiierung und Begleitung von Aktivitäten und auch der Befähigung der Bürgerinnen und Bürger, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Gestaltungsideen umzusetzen“ (Löhr, 2004, S.4), dient.³⁸ Konzeptuell sehr ähnlich basiert auch die ‚Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings‘ auf partizipatorischen Prozessen.

Die Aufmerksamkeit für den Stadtteil spiegelt sich in der Literatur über setting-basierte Primärprävention wider. Bei der Auswertung³⁹ einer von Gesundheit Berlin e. V. im Auftrag der BZgA aufgebauten Datenbank für gesundheitsfördernde Projekte für sozial benachteiligte Zielgruppen fand man Schwerpunkte in den Settings Schule und Stadtteil (Kilian 2004; GA 2005, Ziffern 348-354). Bär bezog sich explizit auf Stadtteile als Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung und beschreibt die allmähliche Öffnung und Erweiterung sozialräumlicher Ansätze für explizite Gesundheitsthemen, u. a. am Beispiel des Programms „Soziale Stadt“ (Bär (2004). Auch eine Evaluation des Soziale-Stadt-Programms durch das Deutsche Institut für Urbanistik kam zu dem Schluss, dass Gesundheitsförderung als Thema zunehmend stärker wahrgenommen wird; in der Umsetzung wurde aber noch großer Nachholbedarf gesehen (Böhme et al., 2003). Zum Entwicklungsstand der setting-basierten Gesundheitsförderung insgesamt in Konzeption und Praxis ergaben Auswertungen der Datenbanken von Gesundheit Berlin e. V. wie auch von „Soziale Stadt“ dann auch übereinstimmend, dass eine Systematisierung „in der Konzeptentwicklung, beim Zielgruppenbezug, in der Methodenkompetenz (und) der Qualitätsorientierung“ in vielen Projekten erst im Aufbau ist (Kilian et al., 2004, S.211). Auch Instrumente der Dokumentation und Evaluation sind in der Regel noch nicht weit entwickelt. Insgesamt sind in Deutschland Erfahrungen und Erkenntnisse im Hinblick auf das Setting ‚Stadtteil‘, ‚Kleinstadt‘ oder ‚Dorf‘ also noch nicht sehr weit systematisiert (siehe unten).

Die bisher systematisierte Erfahrung und Evidenz der Machbarkeit und Wirksamkeit der setting-basierten Gesundheitsförderung in Deutschland beziehen sich weitgehend auf betriebliche Gesundheitsförderung (Lenhardt, 2003; Lenhardt et al., 1997). Im Stadtteil herrschen andere Bedingungen als im Betrieb: Stadtteile oder ähnlich auch Nachbarschaften und soziale Brennpunkte sind nicht unbedingt durch klare Grenzen definiert. Darüber hinaus verfügen sie nicht über organisationelle oder institutionelle Strukturen, durch die wesentliche Abläufe oder auch nur der Zugang zu den Bewohnern geregelt wären. Zudem muss hier – wenn man nicht von sehr kleinen Einheiten wie eines Wohnblocks oder weni-

³⁸ Hier liegen Bezüge zum Begriff der ‚community projects‘ im angelsächsischen Sprachraum nahe: der Begriff ‚community‘ bezeichnet oft, aber nicht immer, eine geographische Einheit (wie neighbourhood immer), transportiert aber häufig noch darüber hinaus gehende positive Bedeutungen wie die gemeinsamer Interessen, Identität und lokaler Problemlösungen durch die Bewohner selbst. Wenn diese Bedeutungen allerdings unreflektiert bleiben, können sie die strukturellen Grenzen lokaler Problemlösungen in benachteiligten Stadtteilen verschleiern (Labonte, 1997).

³⁹ Stand September 2003, (Kilian et al., 2004)

ger Straßenzügen ausgeht – eher von einer Vielfalt als von einer Einheitlichkeit der Interessen und der Zielgruppen ausgegangen werden. In Settings wie Betrieben oder Schulen mit klar definierten Organisationsformen, verbindlicher Zugehörigkeit der Beteiligten und deutlichen Grenzen nimmt die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings die Form kontinuierlicher partizipativer Organisationsentwicklung an; in einem Stadtteil bzw. Dorf geht es dagegen eher um die Anregung und Verstetigung von Selbstorganisationsprozessen der Bewohner, unterstützt durch institutionelle Akteure bzw. in Kooperation mit ihnen.

Sozial benachteiligte Ältere haben als mögliche Zielgruppe von gesundheitsfördernden Stadtteilprojekten wiederum bisher wenig Aufmerksamkeit gefunden. In dem Beitrag von Bär (siehe oben) zu stadtteilbasierter Primärprävention wurden sie nicht erwähnt (Bär et al., 2004). Bisher gibt es auch keine wissenschaftlichen Publikationen zu diesem Thema in Deutschland.⁴⁰ Allerdings dokumentieren Entwicklungen an der Schnittfläche zwischen Politik und Praxis eine steigende Aufmerksamkeit: Beim Deutschen Präventionspreis 2005 (‘Gesund in der zweiten Lebenshälfte’, siehe oben) war unter den zweitplatzierten Projekten immerhin eines, das Stadtteilorientierung und Gesundheitsförderung verbindet: die Kölner Seniorennetzwerke, die mit einer Art Quartiersmanagement an den Ressourcen älterer Menschen in benachteiligten Stadtteilen ansetzen und deren Aktivierung und Partizipation in vielfacher Hinsicht ermöglichen.⁴¹ Weiterhin hat der BKK-Bundesverband im Jahr 2005 im Rahmen seines Programms ‘Gesundheit für Alle’ ein Projekt ‘Gesund älter werden im Stadtteil’ initiiert, in dem zehn Soziale-Stadt-Standorte in NRW ausgesucht wurden, um das dortige Quartiersmanagement exemplarisch darin zu unterstützen, in Partizipation mit den älteren Bewohnern Möglichkeiten zu altersgerechter Bewegung und Aktivität zu entwickeln, und damit zum Erhalt von Selbstständigkeit und Beschwerdefreiheit beizutragen (Gräf, 2005).

5. Zum Stand der Praxis stadtteilbasierter Gesundheitsförderung für benachteiligte ältere Menschen in Deutschland – Ergebnisse einer Recherche

Aufgrund der unzureichenden vorliegenden Informationen über des Stand der Praxis wurde in der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung im Juli 2005 eine begrenzte explorative Recherche zum Stand der gegenwärtigen Praxis und des Forschungsbedarfs in Deutschland in den Datenbanken von Gesundheit Berlin und Soziale Stadt durchgeführt⁴². Es wurden einschlägige Projekte identifiziert und mit 11 Projektverantwortlichen telefonische Interviews durchgeführt.

⁴⁰ Einige „graue“ Literatur existiert zum Thema.

⁴¹ Dieses Projekt hat seinen Ursprung in der Suche nach einer Neuorientierung der ambulanten Altenhilfe; die Perspektive der Gesundheitsförderung wurde im Laufe des Projekts – gerade auch im Zusammenhang mit der Ausschreibung des Präventionspreises – ergänzt.

⁴² Es sollte damit auch geklärt werden, ob es in diesem Bereich bereits Projekte gibt, die prima facie als Projekte guter Praxis angesehen werden könnten und deren weitere Analyse zu nennenswerten Erkenntnissen über wesentliche Struktur- und Prozessfaktoren des

5.1 Vorgehensweise

Eine erste Suche in der Datenbank Gesundheitsprojekte [Suchbegriffe Umfeld: Gesundheitsförderung im Setting; Angebotsart: Stadtteilarbeit/Gemeinwesenentwicklung/Quartiersmanagement; Altersgruppen Seniorinnen/Senioren ab 60 Jahre] ergab eine Trefferliste von 83 Projekten (bei ca. 2.650 Projekten insgesamt in der Datenbank), von denen bei inhaltlicher Durchsicht die meisten wieder heraus fielen, weil die Erfassung vieler Projekte auf dem Umstand beruhte, dass keine spezifischen Altersangaben für die Zielgruppe gemacht worden waren und deshalb alle Altersgruppen erfasst wurden. Eine zweite Suche nach dem Wort ‚Senioren‘ im Freitext ergab 71 Treffer, von denen wiederum die wenigsten stadtteilorientierte Projekte betrafen.

Die Praxisdatenbank Soziale Stadt (Gesamtprojektzahl ca. 370) ergab bei einer Suche [Strategische Handlungsfelder: alle; Inhaltliche Handlungsfelder: Soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur, Gesundheitsförderung, Zusammenleben unterschiedlicher sozialer und ethnischer Gruppen, Wohnumfeld und öffentlicher Raum (verbunden durch ‚oder‘); Zielgruppe: Alte/Senioren; Finanzierung: alle Quellen; Bundesländer: alle; Gebietstyp und -lage: alle] eine Trefferliste von 15. Eine zweite Suche nach dem Wort ‚Senioren‘ im Freitext ergab 48 Treffer. Auch hier mussten insbesondere von der zweiten Liste viele Treffer aussortiert werden.

Das heißt: nur wenige der in den Datenbanken stadtteilorientierten Projekte bezogen gleichzeitig ältere Menschen explizit als Zielgruppe mit ein und wiesen gesundheitsfördernden Charakter im weitesten Sinne für diese Gruppe auf⁴³.

Aus beiden Datenbanken konnten Projekte, die Gesundheitsförderung/Prävention mit benachteiligten älteren benachteiligten Menschen im Stadtteil anstreben oder realisieren, im Wesentlichen nur anhand der Durchsicht der mehr oder (öfter) auch weniger detaillierten Einzelbeschreibungen⁴⁴ mit einiger Wahrscheinlichkeit identifiziert werden; das hieß im Minimum, dass Ältere im Freitext als Zielgruppe ausdrücklich genannt waren, meist im Zusammenhang mit spezifischen Zielen oder Aktivitäten. Letzten Endes wurden aus beiden Datenbanken insgesamt 28 Projekte herausgefiltert, die mit einiger Wahrscheinlichkeit dem Thema zu entsprechen schienen und deshalb als interessant für eine telefonische Nachfrage befunden wurden.

Erfolges – der Wirksamkeit – solcher Projekte führen kann. Diese Frage kann als positiv beantwortet angesehen werden.

⁴³ Wenn es aber eine Datenbank ‚Altenhilfeprojekte‘ gäbe, würde man dort möglicherweise etliche Projekte finden, die den hier relevanten Suchkriterien entsprächen – zudem wächst die Bedeutung des Themas auch in den Bezügen der Gesundheitsförderung und der Stadtentwicklung.

⁴⁴ Die Einzelbeschreibungen der Datenbank Soziale Stadt enthielten im Durchschnitt wesentlich detailliertere Beschreibungen und waren daher aussagekräftiger.

Im Rahmen einer kurzen Zeitspanne war es möglich, mit elf Projektverantwortlichen telefonische Kurzinterviews (15-45 Minuten) durchzuführen; die anderen Projekte oder aber die Projektverantwortlichen wurden in dem Zeitraum nicht erreicht, in einem Fall (in der Trägerschaft einer Wohnungsbaugesellschaft) wurde telefonische Auskunft explizit verweigert.

Die Projektverantwortlichen wurden darüber befragt

- in welchen Projektrahmen die gesundheitsfördernde Stadtteilarbeit mit Älteren integriert war (Trägerschaft und institutionelle Einbindung, Einzugsgebiete, Zielgruppen des Projekts insgesamt);
- welche Zielgruppen angesprochen oder tatsächlich erreicht wurden, welche Wege und Zugänge dafür gewählt/entwickelt wurden/erfolgreich waren, welche Gruppen eher nicht erreicht wurden;
- welche Inhalte oder Probleme für diese Gruppen im Vordergrund standen und zur Bearbeitung kamen;
- wie die Wirksamkeit der Projekte eingeschätzt wurde;
- welche Erfolgs- und Misserfolgskriterien von den Projektverantwortlichen gesehen wurden.

Im Januar 2005 wurde zusätzlich mit einer der Koordinatorinnen der Kölner Seniorennetzwerke noch ein längeres Experteninterview durchgeführt, im Wesentlichen zu den gleichen Fragen. Dieses Interview erschien als eine sinnvolle Ergänzung, weil unter dem Dach dieses Netzwerkes mehr als zehn Stadtteilseiniorennetzwerke arbeiten.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Projektrahmen: Trägerschaft und Finanzierung, Einzugsgebiete, Zielgruppen der Projekte insgesamt

Träger der befragten Projekte waren entweder die Kommunen (mit oder ohne zusätzliche Finanzierung durch das Soziale-Stadt-Programm), Wohlfahrtsverbände, Vereine/Initiativen (oft Mitglieder des DPWV), oder Kombinationen davon.

Unter den befragten Projekten waren solche mit befristeter Finanzierung (Soziale Stadt, Modellfinanzierungen Land NRW u. a.), die sich also um Nachfolgeprojekte oder Anschlussfinanzierungen bemühen mussten; z. T. wurde versucht Institutionalisierung und Nachhaltigkeit über verstärktes Ehrenamt abzusichern. Ebenso gab es unbefristete Projekte von Kommunen oder Wohlfahrtsverbänden, die z. T. schon seit mehr als 10 Jahren existierten.

Die Größe der geografischen Einheiten, auf die sich die Projekte bezogen, war sehr unterschiedlich: von wenigen Straßenzügen mit ca. 2000 Einwohnern bis hin zu Stadtteilen mit 20.000 Einwohnern. Die meisten der befragten Projekte richteten sich auf als benachteiligt definierte Stadtteile.

„Allgemeine“ Stadtteilprojekte richteten sich an alle Bewohner, insofern auch an Ältere. Weiterhin waren unter den befragten Projekten spezifische Seniorenprojekte, sowie auf MigrantInnen orientierte Projekte, und eines, das explizit auf ältere MigrantInnen ausgerichtet war.

Zwei der befragten Projekte waren nicht relevant, weil sie in ausgesprochen wohlhabenden Gemeinden oder Regionen angesiedelt waren, und benachteiligte Gruppen nicht erfasst wurden. Ein Projekt richtete sich auf eine Mittelstadt insgesamt, aber mit Unterprojekten in benachteiligten Quartieren. Die anderen Projekte waren in benachteiligten Stadtteilen angesiedelt. Ein Projekt war in einem Quartier angesiedelt, in dem ein manifester Konflikt zwischen ausländischen Familien und älteren Deutschen existierte, die so zu primären Zielgruppen wurden.

5.2.2 Zielgruppen und ihre Erreichbarkeit in unterschiedlichen Projektformen

Trotz der wenigen befragten Projekte ließ sich ein klarer Trend ableiten: die Bedeutung der Zielgruppenspezifität der Projekte für das tatsächliche Erreichen der Zielgruppen.

In „allgemeinen“ Stadtteilprojekten, also solchen, die alle Bewohner zur Zielgruppe erklärt hatten, wurden Ältere häufig erst relativ spät überhaupt wahrgenommen (nach Kindern und Jugendlichen, Familien, Migranten etc), meist erst im Laufe des Prozesses als Zielgruppe „entdeckt“. Ältere wurden aus der Perspektive dieser Projekte öfter als wenig sichtbar und schwierig erreichbar beschrieben, insbesondere ältere Männer – und waren denn auch tatsächlich in manchen dieser Projekte kaum erreicht worden.

In expliziten Seniorenprojekten (Zielgruppe: alle SeniorInnen) war von prinzipiell schwieriger Erreichbarkeit weniger die Rede. Als sinnvolle Zugänge wurden solche Akteure genannt, die mit Älteren zu tun haben: Hausärzte, Apotheken, Pflegedienste, Bäcker, Fußpflege etc. Diese seien als Multiplikatoren zu nutzen.

Es wurde unterschieden zwischen verschiedenen Gruppen: bereits mobilitätseingeschränkte und isolierte Ältere, insbesondere Hochaltrige, wurden als schwierig erreichbar beschrieben – in diesem Zusammenhang wurde die Wichtigkeit des Aufbaus sozialer Netzwerke zwischen 60 und 70 betont, die dann potentiell bis ins hohe Alter halten könnten. Ältere Männer wurden auch hier als schwieriger zu erreichen beschrieben.

In manchen dieser Projekte wurden ältere MigrantInnen insgesamt als schwierig erreichbar beschrieben; oder es wurde zwischen MigrantInnengruppen unterschieden: die älteren TürkInnen seien schwierig erreichbar, weniger aber SpätaussiedlerInnen und jüdische Kontingentflüchtlinge.

Bezogen auf alle unterschiedlichen Zielgruppen schien es wichtig, die informellen MultiplikatorInnen zu finden und als Verbündete zu gewinnen – oft stehe und falle mit ihnen das Erreichen einer ganzen Gruppe im Stadtteil.

In explizit migrationsbezogenen Projekten wurden ältere MigrantInnen erreicht; als erfolgreiche Zugangsfaktoren zu älteren MigrantInnen wurden MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund, Einbeziehung der Familien, Kontakte über Ausländervereine, z. T. auch Moscheen, und die Kontinuität von Personen (ProjektmitarbeiterInnen) benannt.

5.2.3 *Ansatzpunkte und Inhalte*

Innerhalb von Projekten und über alle Projekte hinweg wurde eine Vielfalt von direkt und indirekt gesundheitsrelevanten Themen oder Aktivitäten genannt, die von Initiativen und Gruppen realisiert wurden, z. B. Seniorengymnastik, gemeinsames Wandern oder Radfahren, Kochgruppe für Männer, Witwen- oder Trauergruppe, Chöre, Ausflüge etc. Manche Aktivitäten waren unmittelbar gesundheits- oder auch versorgungsbezogen, andere zielten in ihrer primären Zielsetzung auf Verbesserung von Partizipation und/oder Lebenszufriedenheit.

Ein Schlüsselthema an sich, und Zugang zu (fast allen) anderen Themen, aber auch Folge der Bearbeitung anderer Themen, war der Aufbau sozialer Netzwerke in der Nachbarschaft. Dieser findet aber nicht ‚an sich‘ statt, sondern eben in Verbindung mit anderen Themen, geht aber in seiner Bedeutung weit darüber hinaus: Abwendung von Einsamkeit, Förderung von Heimatgefühl, Sinnstiftung, Unterstützung in Krisen, verbesserter Zugang zu Informationen und Hilfe, auch bezogen auf Gesundheitsversorgung.

Kennzeichnend für die meisten Projekte war die Überschneidung von Selbsthilfe, Ehrenamt und bürgerschaftlichem Engagement. Es wurde aber betont, dass zunächst an den direkten Interessen und Problemen der derjenigen angesetzt werden müsse, die erreichbar seien; d. h. jene die noch über wesentliche Ressourcen verfügen – daraus ergäben sich dann häufig wiederum Initiativen, die auch stärker hilfsbedürftige Ältere mit einbeziehen könnten. Allerdings wurde auf die Grenzen der Tragfähigkeit der ‚aktiven‘ Gruppen verwiesen: ‚Problemfälle‘ würden in neu entstehenden Netzen nur eingeschränkt mitgetragen; anders sei das möglicherweise bei lange existierenden und gemeinsam sehr alt werdenden Kreisen. Es entstünden aber auch explizit auf die Unterstützung anderer gerichtete Aktivgruppen, wie z. B. Hausaufgabenhilfe für Kinder (s. u.) oder Beratung älterer Migranten durch ältere Migranten. In einem Projekt, das die Aktivierung zum Ehrenamt älterer (vorwiegend türkischer) MigrantInnen zum Ziel hatte, wurde konstatiert, dass sich die Strukturen deutscher Ehrenamtlichkeit nicht auf türkische Lebenszusammenhänge übertragen ließen.

Hinsichtlich des Wohnens, Wohnumfelds und der Stadtteilentwicklung wurden die schon aus einer Vielzahl von Stadtteilprojekten bekannten Probleme genannt: unzureichender und unerreichbarer Nahverkehr, mangelnde Einkaufsmöglichkeiten, mangelnde Erholungsmöglichkeiten. Für Ältere spezifisch wurde z. B. der Bedarf an sinnvoll verteilten Sitzgelegenheiten als möglichen Ruheplätzen beim Einkaufen genannt. In mehreren Projekten ging es auch um Wohnen im Alter.

Neben den direkt und indirekt gesundheitsrelevanten Aktivitäten wurden auch versorgungsbezogene Themen bearbeitet, z. B. durch Informationsveranstaltungen zu spezifischen Gesundheitsproblemen wie etwa Diabetes.

Generationsübergreifende Themen beinhalteten Großelterndienste, Hausaufgabenbetreuung, Computerkurse von Jugendlichen für Ältere etc. Auch wurde darauf hingewiesen, dass Seniorenarbeit schon in sich generationsübergreifend ist: In der Altersspanne zwischen 60 und 100 finden sich viele ‚junge Alte‘, die ihre hochaltrigen Verwandten pflegen.

Als spezifische Themen von älteren MigrantInnen wurden der Umgang mit Alter und Alterskrankheiten genannt, da den Familien oft die Modelle dafür fehlten (die ersten Migrantengenerationen werden alt). In Migrationsfamilien seien oft die kulturellen Festlegungen über den Umgang zwischen den Generationen häufig strikt und wenig thematisierbar, so dass z. B. die Inanspruchnahme von externer Pflege ein hochheikles Thema sein könne. Das Versorgungssystem sei hier ein großes Thema, da häufig noch nicht interkulturell sensibilisiert. Es wurde versucht, kulturelle Barrieren im und zum Versorgungssystem auf beiden Seiten anzugehen. Angebote müssten spezifische Situationen verschiedener Migrantengruppen berücksichtigen.

5.2.4 *Wirksamkeit bei den Zielgruppen*

Die Wirksamkeit der Projekte wurde hinsichtlich des Erreichens, der Aktivierung, des Wohlbefindens, der sozialen Integration, der Gesundheit und Inanspruchnahme von Versorgung erfragt.

Das Erreichen der Zielgruppen wurde sehr unterschiedlich beschrieben (siehe oben), und von der Tendenz her als weniger erfolgreich in den Projekten, die nicht spezifisch auf SeniorInnen (oder aber entsprechend auf MigrantInnen) zugeschnitten waren. Hier bestätigt sich dem ersten Anschein nach die Forderung nach spezifischen Zugangswegen für einzelne Zielgruppen. Über das Erreichen und Aktivieren (Teilnahme an Initiativen) wurden in einigen Projekten auch quantitative Daten erhoben.

Aus den eher erfolgreichen Projekten wurde über eine vielfältige und nachhaltige Aktivierung der erreichten Zielgruppen berichtet (Themen und Inhalte siehe oben).

Über Veränderungen des Wohlbefindens wurde wenig Konkretes berichtet. Aus einem Projekt wurde über die deutliche Entschärfung eines vorher den Stadtteil belastenden Konflikts berichtet. Aussagen von Beteiligten in den Projekten wie „das Klima im Stadtteil hat sich verändert“ und „mir macht es mehr Spaß zu leben“ gaben Hinweise; dem müsste aber weiter nachgegangen werden.

Die deutlichsten Veränderungen wurden aus den dem Eindruck nach erfolgreicheren Projekten im Hinblick auf soziale Integration geschildert. So hätten sich anhand der beschriebenen Aktivitäten viele sowohl gruppenspezifische wie gruppenübergreifende Netzwerke

gebildet. Dies wurde illustriert mit Aussagen wie „ich werde jetzt begrüßt, wenn ich einkaufen gehe“, „wenn ich in den Supermarkt gehe, treffe ich drei Leute mit denen ich ein Schwätzchen halte“, „wenn ich krank bin, weiß ich, ich muss nur einen Anruf machen und jemand besorgt mir etwas aus der Apotheke“ und „ich habe meinen Mann aus den Füßen, der hat jetzt eine sinnvolle Aufgabe“. Auf der Ebene der lokalen Akteure wurde ebenfalls von einer gewachsenen sozialen Integration berichtet, indem diese für die Situation älterer Menschen sensibilisiert und über vorhandene Möglichkeiten im Stadtteil besser informiert waren (Friseur: „Endlich kann ich den Leuten sagen, wo sie hinkönnen“).

Keine Angaben konnten zu möglichen Verbesserungen hinsichtlich der Gesundheit der Zielgruppen gemacht werden. Damit war auch nicht zu rechnen, da sich gesundheitliche Auswirkungen kaum als Effekte der Projekte identifizieren lassen.

Zum Versorgungsverhalten konnten keine genauen Angaben gemacht werden. In zwei migrationsbezogenen Projekten gab es den Versuch, Barrieren zwischen älteren MigrantInnen und dem deutschen Altenhilfesystem abzubauen. Von einem von ihnen wurde dieser als erfolgreich, von dem anderen (wegen mangelnder Offenheit im deutschen Hilfesystem) als eher misslungen beschrieben. In etlichen Projekten gab es – z. T. von Bewohnern initiierte – gut besuchte Informationsveranstaltungen zu spezifischen Gesundheits- und Versorgungsfragen, so dass sich verbesserter Informationsstand vermuten ließ. Darüber hinaus wurde beschrieben, dass sich der Versorgungszugang auch dadurch verbessert hätte, dass bei wachsender sozialer Vernetzung die Informationen über das Leistungsangebot und die Zugänge auch informell besser fließen, die Einzelnen dadurch ihre Versorgung besser organisieren könnten und mehr Wissen und Kontrolle darüber hätten.

Es wird deutlich, dass es sich hier weitgehend um individuell beobachtete und nicht wissenschaftlich validierte Wirksamkeit handelt. Über eine zahlenmäßige Erfassung der Teilnahme an bestimmten hinaus Initiativen gibt es bisher wenig Konzepte und Ansätze in der Praxis (der hier befragten Projekte), Qualitätsindikatoren zu entwickeln und die Arbeit der Projekte zu evaluieren. Diese Beobachtung deckt sich mit den Befunden von Kilian und Böhme (vgl. Kap. 4.5) über den Stand der Praxis und die notwendigen Entwicklungsschritte hinsichtlich Evaluation und Qualitätsentwicklung in settingbasierter Primärprävention (2003; 2004). An dieser Stelle soll nur kurz auf die ausgedehnte Debatte über die Schwierigkeiten der Evidenzsicherung in komplexen Handlungsfeldern hingewiesen werden (Kubisch et al., 1998; Smedley & Syme, 2001; Springett, 2001). Wie bereits erwähnt, wird ein möglicher Ansatz zu einer Lösung in einer partizipativen Qualitätsentwicklung gesehen, die derzeit am WZB in den Projekten von Michael T. Wright entwickelt und erprobt wird (Wright, 2006; Wright & Block, 2005)⁴⁵. Dieses Konzept ist ebenso für das Feld der Primärprävention mit benachteiligten Älteren zu erproben und zu spezifizieren.

⁴⁵ In diesen Projekten wird auch auf außerhalb Deutschlands entwickelte Ansätze und Instrumente zurückgegriffen werden, z. B. auf amerikanisch-britische Konzepte zur Qualitätsentwicklung in „Comprehensive Commu-

5.2.5 Erfolgs- und Misserfolgskriterien

Befragt über ihre Einschätzung zu den Erfolgs- und Misserfolgskriterien der Projektarbeit, beschrieben die Verantwortlichen strukturelle Voraussetzungen, Prozess- sowie Kontextfaktoren, wobei diese nicht immer eindeutig voneinander zu trennen sind.

Als Erfolgsfaktoren wurde ‚ausreichende‘⁴⁶ und nachhaltige (d. h. nicht an kurze Projektzeiträume gebundene) Finanzierung genannt, die in einigen der Projekte nicht gegeben war; damit in Zusammenhang stehen auch die für die Projekte zur Verfügung stehenden oder im Rahmen der Projektarbeit erschlossene und entwickelte Räumlichkeiten: diese sollten durch ihre Lage, Anbindung und Funktionalität einen Anlaufpunkt für die Zielgruppen bieten, damit sie als Treffpunkt dienen und unterschiedliche Initiativen beherbergen können.

Als Erfolgsfaktoren im Rahmen der MitarbeiterInnenkompetenz wurden deren kommunikativen Fähigkeiten sowohl auf der Ebene der Zielgruppen wie auf der lokalen Akteure, aber auch deren Fähigkeit zur Zurückhaltung als wesentliche Erfolgsfaktoren genannt. Zusätzlich wurde Kontinuität als Basis für Vertrauen – dies besonders im Zusammenhang mit älteren Migranten – erwähnt. Hier stellt sich die – offene – Frage, in welcher Relation das Ausmaß der Belastungen bzw. die Abwesenheit von Ressourcen in bestimmten Zielgruppen mit der notwendigen Betreuungsintensität und -dauer stehen. Als wichtiger Faktor für die Erreichbarkeit der Zielgruppe wurde das Alter der ProjektmitarbeiterInnen genannt: jung sei eher ungünstig; mit Bezug auf ältere türkische Männer seien insbesondere junge weibliche Mitarbeiterinnen wenig Erfolg versprechend.

Die eher erfolgreichen Projekte schienen diejenigen zu sein, bei denen der Partizipation der Zielgruppen konzeptionell eine große Bedeutung gegeben wurde und dies auch im Diskurs über die notwendigen Mitarbeiterqualifikationen verankert war. Um eine Partizipation der Zielgruppen in der Breite und die Steigerung ihrer Selbsthilfepotentiale überhaupt erreichen zu können, wurde als wesentlicher Faktor die Einbindung informeller Multiplikatoren gesehen. Hier bestätigen die Befunde die Relevanz der erarbeiteten Kriterien guter Praxis (vgl. 6.3).

nity Initiatives‘ (Auspos & Kubisch, 2004): US-amerikanische und britische Wissenschaftler vom Aspen-Institut (USA) und King’s Fund (UK) haben über Jahre Wege zur Evaluation und Qualitätssicherung entwickelt, die an den Potenzialen lokal spezifischer, multifaktoriell ausgerichteter und partizipatorisch mit den Zielgruppen arbeitender Projekte ausgerichtet sind. Das Konzept ‚theory of change‘ bezeichnet lokale Modelle, die mit den Akteuren vor Ort zu beabsichtigten komplexen Veränderungsprozessen entwickelt werden; auf Instrumente wie beispielsweise das Logic Model des Harvard Family Research Projects (Watson, 2000), das auf übersichtliche Weise Zusammenhänge herstellt zwischen den übergeordneten (Präventions-)Zielen eines Projekts, deren Begründungen durch die Beschreibung vorherrschender Lebenssituationen (einschließlich gesundheitsrelevanter Aspekte), den Strategien und Aktivitäten, die zur Erreichung der Ziele unternommen werden, den spezifischen Einsatz und die konkreten Effekte dieser Aktivitäten und den Zwischen- und Endindikatoren für das Erreichen übergeordneter Ziele.

⁴⁶ In der Regel ist damit eine Grundausstattung mit ausgebildetem Personal und Sachmitteln gemeint; eine Quantifizierung ist in diesem Zusammenhang nicht möglich.

Als ‚Präventionsdilemma‘ (vgl. Bauer, 2005) zeigte sich allerdings, dass in solchen Projekten, die – wenn auch auf benachteiligte Stadtteile bezogen – im Vergleich eher großräumig und mit wenig Personal arbeiteten, und stark auf die Eigeninitiative der älteren Bewohner abzielten, zumindest anfangs – die eher ‚Fitteren‘ erreicht wurden, die selbst noch mehr Ressourcen haben, und weniger die am stärksten (gesundheitlich oder sozial) benachteiligten Gruppen. Daraus ergibt sich die Frage, ob auf einer Skala hin zu stärker benachteiligten Gruppen zunehmend kleinräumigere Ansätze, vielleicht auch mit spezifischeren Qualifikationen der MitarbeiterInnen, erforderlich sind. Andererseits wurde auch über ‚Misserfolge‘ gerade in ‚bürgerlichen‘ gut funktionierenden Nachbarschaften berichtet – hier schien zusätzliches Quartiersmanagement für Senioren z. T. schlicht überflüssig zu sein, vorhandene informelle und formelle Netze schienen als ausreichend empfunden zu werden.

Erfolgsfaktoren in der Entwicklung des lokalen Kontexts

Ob und inwieweit Runde Tische, Stadtteilkonferenzen o. ä. als wesentlich für das Funktionieren von Projekten eingeschätzt wurden, war unterschiedlich: Insbesondere da, wo es um größere Einzugsgebiete ging, schienen sie eher der gegenseitigen Information (der Vermittlung des ‚Stadtteilwissens‘) zu dienen – und als solche wichtig, aber nicht unbedingt der Ort für die Initiierung neuer Initiativen zu sein; dafür waren möglicherweise die Ziel- und Interessengruppen zu divers, und Initiativen wurden anscheinend häufiger dezentral angestoßen. In kleineren Einheiten konnten solche Versammlungsformen aber anscheinend durchaus zentrale Bedeutung auch für die Initiierung kollektiver Prozesse haben. Zur Verbreitung des ‚Stadtteilwissens‘ gab es auch so genannte Stadtteilmessen, auf denen sich Akteure aller Art darstellen konnten.

Neben der erfolgreichen Vernetzung zwischen den Mitgliedern der Zielgruppen wurde von einigen Projektverantwortlichen eine zweite Ebene der Vernetzung als essentiell beschrieben, um die vorhandenen Ressourcen des Stadtteils für die Älteren zu erschließen: die Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen. Die lokalen Akteure seien breit zu fassen: sie sollten auch z.B. Bäckereien und Fußpflegerinnen umfassen, also nicht nur solche, die explizite Bezüge zur Altenhilfe haben. Solche Vernetzungen waren nicht überall gelungen: wenn kompetitive Handlungsmuster überwogen, sei es aus tradierten (z. T. politischen) Konkurrenzbeziehungen heraus oder weil neue Initiativen (z. B. migrationsbezogene) als Konkurrenz wahrgenommen wurden, kam es nicht zu tragfähigen Bündnissen zwischen den lokalen Akteuren und wurden daher wesentliche Synergien und Unterstützungen für die Projekte nicht entwickelt⁴⁷.

Aus einzelnen Projekten wurde berichtet, dass die Einsicht z.B. in die gesundheitlich problematische Situation älterer MigrantInnen auf lokaler politischer Ebene fehlte, und es dadurch Initiativen an wesentlicher Unterstützung mangle. Auch lokale SeniorenvertreterInnen wurden im Einzelfall als hemmende Faktoren beschrieben, wenn sie eher zu Prestigeprojekten oder Symbolpolitik neigten. In einem Fall wurde gerade die Einigkeit im ‚Dreieck

⁴⁷ Hier ist anzumerken, dass auch die für ein Projekt Handelnden selbst einen, wenn auch wohl begrenzten Einfluss auf die lokalen Handlungsmuster hinsichtlich Kooperation haben können.

Verwaltung, Politik und Bürger' als entscheidendes Erfolgselement für eine aktivierende Politik mit Älteren und anderen Bürgern angesehen – in der der Beschreibung nach auch benachteiligte Gruppen Älterer mitgedacht und mitgenommen wurden.

Als Ergebnis der Recherche lässt sich Folgendes zusammenfassen: nur wenige der in den Datenbanken aufgeführten stadtteilorientierten Projekte wiesen ältere Menschen als Zielgruppe mit einbezogen und gesundheitsfördernden Charakter im weitesten Sinne auf. Die Recherche hat gezeigt,

- dass erfolgreiche stadtteilbasierte Prävention für benachteiligte ältere Menschen bisher eher noch eine Ausnahme darstellt;
- dass es aber einzelne Kommunen und Projekte gibt, die innovative Wege gehen, verschiedene Zielgruppen älterer Benachteiligter erreichen, anscheinend eine hohe Wirksamkeit hinsichtlich der Erreichung, Aktivierung und sozialen Integration ihrer Zielgruppen und vermutlich auch hinsichtlich ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität haben. Ihre Wirkmechanismen sind aber noch nicht weitgehend evaluiert und ihre spezifische Erfolgsfaktoren noch nicht erfasst und analysiert. Ebenso (siehe oben) sind ihre Qualitätssicherungsstrategien oft nur rudimentär entwickelt.
- dass die Zielgruppe der Hochbetagten selbst in den ansonsten erfolgreichen Stadtteilprojekten mit älteren Benachteiligten häufig nicht erreicht wird – also noch einmal besonderer Zugangswege bedarf.

5.3 Zur Illustration: Praxisbeispiele

Zur Illustration werden drei Projekte skizziert, die tendenziell als ‚Modelle guter Praxis‘ anzusehen sind (Erhebungszeitpunkt: 2005 bzw. 2006):

- Die Kölner Seniorennetzwerke sind stadtteilbezogene Netzwerke mit übergreifender Förderung und Struktur; sie haben bei dem Präventionspreis 2005 einen zweiten Preis erhalten. Das Programm wurde kooperativ vom Amt für Soziales und Senioren, der Seniorenvertretung und der Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände konzipiert. Finanzier ist die Stadt, Träger sind die Wohlfahrtsverbände. Zwölf ausgewählte Stadtquartiere (mit bis zu 20.000 Einwohnern) mit hohen Anteilen von Migranten, Alleinlebenden und Sozialhilfeempfängern bekamen eine(n) halbe(n) Netzwerkkoordinator(in) mit den Zielen: Befähigung, Beteiligung, Aktivierung älterer Menschen mit deutlichem Bezug zur Prävention. In etlichen Stadtteilen wurden hohe Aktivierungsgrade für vielfältige Initiativen (Bewegung, Kultur, Bildung, Soziales) erreicht. Als zentral wurde die wechselseitige Bedingtheit von Aktivierung und Vernetzung gesehen. Neben dem Aufbau von ‚Personennetzwerken‘ der Zielgruppen wurde ein Aufbau von ‚Organisationsnetzwerken‘ in den Stadtteilen betrieben, um möglichst viele und unterschiedliche Akteure für die Bedarfe Älterer zu sensibilisieren und miteinander in Verbindung zu bringen, um damit das ‚Stadtteilwissen‘ zu Fragen des Alterns im Umfeld zu erhöhen. Nach einigen Jahren hat man begonnen, die entwickelten Netzwerke zu verselbständigen; die Netzwerkmanager/Innen rotieren in andere Stadtteile.

- Miteinander Wohnen e. V. ist eine stadtteilbezogene Initiative in Berlin Lichtenberg. Seit 1992 wird offene Altenarbeit in einem Plattenbau-Wohngebiet mit vielen Einraum-Wohnungen, mit 6000 Einwohnern (48 % 55+, derzeit ca. 400 Vereinsmitglieder) geleistet, seit 1996 gibt es einen Senioren-Selbsthilfe-Treffpunkt mit Seniorencafé, seit 2002 einen Nachbarschaftstreffpunkt. Über 100 ehrenamtliche Mitarbeiter tragen zu den Angeboten bei. Außerdem werden die Möglichkeiten des zweiten Arbeitsmarkts genutzt. Ziel des Vereins ist es, dass die Älteren bis zum Lebensende in Eigenständigkeit, Würde und Kompetenz in der eigenen Wohnung bleiben können. Dies Ziel wurde (für die meisten Beteiligten, auch die Hochaltrigen) mit körperlicher, geistiger und sozialer Aktivierung, mit Hilfe zur Selbsthilfe, und sozialer Vernetzung erreicht. Es wurden vielfältige Angebote im Bereich von Bewegung, Kultur, Bildung und Gesundheitsförderung aufgebaut. Primärpräventive Angebote wurden mit Sekundär- und Tertiärprävention sowie mit Pflege verknüpft. Vorwiegende Zielgruppe sind deutschstämmige Ältere, insbesondere auch Hochbetagte.
- Die Bürgerbeteiligung Lindau-Zech (kleinräumiges Beispiel) ist eine Stadtteilinitiative in einem ursprünglich baulich und sozial desolatem Viertel einer Kleinstadt in Bayern. Es handelt sich um ein Projekt im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“. Zech hat ca. 1.650 Einwohner, davon ca. 30 % mit Migrationshintergrund (wenig Ältere in dieser Gruppe) und über 30 % deutschstämmige Ältere. Eine Polarisierung zwischen Ausländerfamilien und älteren Deutschen war u. a. Anlass für die Initiierung des Projekts. Im Rahmen des Projekts wurde ein Bürgertreff mit großer Beteiligung beider Gruppen aufgebaut, in dem zum Zeitpunkt der Recherche (2005) zweimal wöchentlich von Migrantinnen für 60-70 Personen Mittagstisch gekocht wurde, der stark von Kindern und Älteren genutzt wurde. Ein Sonntagskaffee für Alt und Jung wurde abwechselnd organisiert durch die älteren Deutschen und durch die Migranten. Ältere übernahmen Hausaufgabenbetreuung für Kinder. Ein Bürgerrat zur Vernetzung der Institutionen und Beteiligung der Bürger wurde gegründet. Für Ältere und ihre Gesundheit mittel- oder unmittelbar bedeutsam waren folgende Themen und Aktivitäten: Versorgung und neue Wohnformen; Schule beteiligte sich mit Anti-Gewalt- und Konflikttraining und stellte die Turnhalle für andere Gruppen zur Verfügung; eine selbst organisierte Gruppe Seniorengymnastik war im Entstehen. Als positiv sind zu bewerten: Konfliktbearbeitung, Partizipation, Selbstorganisation, Generations- und kulturübergreifende Nachbarschaftshilfe.

6. Forschungsbedarf

Aus den demografischen und epidemiologischen wie sozio-ökonomischen Entwicklungen ergibt sich ein gesellschaftlich wie wissenschaftlich begründeter Forschungsbedarf zum Handlungsfeld stadtteilbasierter Prävention für Zielgruppen benachteiligter älterer Menschen.

Vorbereitend lassen sich aus den Befunden der Recherche zum Thema stadtteilbasierter Primärprävention mit benachteiligten Älteren folgende Hypothesen entwickeln:

- Zielgruppen benachteiligter Älterer sind divers; Zugänge und Strategien müssen lokal- und gruppenspezifisch entwickelt werden.

- Die gesellschaftliche Partizipation dieser Zielgruppen muss an ihrer eigenen Lage und an ihren Interessen ansetzen.
- Aus Selbsthilfe kann bürgerschaftliches Engagement entstehen.
- Erfolgreiche Beteiligungsstrategien setzen an den Ressourcen wie den Einschränkungen benachteiligter Zielgruppen an.
- Stadtteilbezogene soziale Vernetzung ist Schlüsselthema an sich, Zugang zu (fast allen) anderen Themen, aber auch Folge der Bearbeitung anderer Themen. Sie geht aber in ihrer Bedeutung weit darüber hinaus: sie verhindert Einsamkeit und ermöglicht Förderung von Heimatgefühl, Sinnstiftung, Unterstützung in Krisen und verbesserten Zugang zu Informationen und Hilfe, auch bezogen auf Krankheitsversorgung (Kümpers, 2007). Damit ist sie Voraussetzung, Bestandteil wie Folge umfassenderen bürgerschaftlichen Engagements – und ein Kernelement aller Gesundheitsförderung.
- Neben der sozialen Vernetzung der Zielgruppen ist die Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen essentiell, um die vorhandenen Ressourcen des Stadtteils für die Älteren zu erschließen.
- Stadtteilbezogene Beteiligungsstrategien für Zielgruppen benachteiligter Älterer haben vermutlich nur begrenztes Potential für solche Ältere, die in ihrer Mobilität bereits eingeschränkt sind, und die nicht auf bereits bestehende soziale Netzwerke zurückgreifen können. Die (oft) relativ gesunden Jahre nach dem Berufsausstieg sind deshalb als wichtiges Zeit- und Gelegenheitsfenster für den Aufbau oder die Stärkung solcher Netzwerke anzusehen.
- Das Präventionsdilemma – diejenigen am schwierigsten zu erreichen, deren Bedarf am größten ist (Bauer, 2005) – lässt sich bearbeiten, aber nicht aufheben. Diese Tatsache verweist auf die begrenzten, weil kompensatorischen Möglichkeiten primärpräventiver Strategien, die die Wirkungen gesamtgesellschaftlicher Prozesse bestenfalls mildern, nicht aber aufheben kann (siehe oben 4.4).

In Kooperation von Wissenschaft und Praxis kann das existierende, teils explizite, teils implizite Wissen (tacit knowledge) existierender Projekte exploriert und nutzbar gemacht werden. Durch kontinuierliche Lernschleifen in ihrer Praxis generieren die Projekte, auch gemeinsam mit den Zielgruppen, Erkenntnisse, die erhoben und im Hinblick auf ihre Generalisierungspotentiale diskutiert werden sollten. Dabei erscheinen in folgenden Bereichen Erkenntnisgewinne sinnvoll und möglich:

- Die Zielgruppen ‚sozial benachteiligter Älterer‘ (deren problematische Lebenslagen sich aus Kombinationen unterschiedlicher Vulnerabilitätsfaktoren wie geringes Einkommen, geringe Bildung, alleine lebend, soziale Isolierung, spezifische Gender-Aspekte, unterschiedliche Migrationshintergründe etc. ergeben), die in existierenden Projekten erreicht oder auch nicht erreicht werden, werden identifiziert und spezifiziert; ihre Lebenslagen und Unterstützungsbedarfe – ihre Ressourcen, Probleme, Bedürfnisse, sowie die institutionellen kulturellen wie strukturellen Gegebenheiten ihrer Lebenswelten werden abgebildet.

- Bisher von der Praxis entwickelte Zugangswege zu den Zielgruppen, die Interventionsprinzipien und -strategien, die Wirkmechanismen sowie die mittelbaren und unmittelbaren Effekte, soweit angenommen oder bekannt, können beschrieben werden.
- Einige der „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Lehmann et al., 2005)⁴⁸ können als ‚sensitising concepts‘ in eine solche Untersuchung mit eingehen, insbesondere solche, die inhaltlich-methodische prozess- und ergebnisbezogene Aspekte beschreiben: Partizipation und Empowerment, Einbindung von MultiplikatorInnen, eine niedrigschwellige Arbeitsweise, Umsetzung des Settingansatzes (Verhaltens- *und* Verhältnisprävention), und ein integriertes Handlungskonzept für ein umfassendes lokales ‚Capacity-Building‘. Die Relevanz dieser Kriterien für die hier angesprochenen Praxisfelder wurde im Verlauf der Vorrecherche bestätigt; ihre spezifische Ausformulierung für die Zielgruppen benachteiligter Älterer erscheint notwendig.
- Die externen Erfolgs- und Misserfolgskriterien in den institutionellen Umgebungsbedingungen für die Entwicklung und Implementierung solcher Projekte können erhoben werden. Dabei kann es um die Identifikation von (ggf. zielgruppenspezifischen) Erfolgs- oder Misserfolgskriterien in den Projektrahmenbedingungen gehen, sowie um die Identifikation der politischen und institutionellen Kontextbedingungen, die auf lokaler, Landes- und nationaler Ebene als hemmend oder fördernd erfahren werden.

Die Erkenntnisse einer solchen Forschung, die nur in Kooperation von Wissenschaft und Praxis denkbar ist, kämen auf konzeptioneller Ebene der Weiterentwicklung des Settingansatzes entgegen. Auf gesellschaftspolitischer Ebene könnte ein Beitrag zum aktiven und gesunden Altern und damit zu gesellschaftlicher Teilhabe und zur Lebensqualität von Zielgruppen benachteiligter Älterer geleistet werden. Dabei ist allerdings darauf zu achten, dass eine solche Forschung auch die Grenzen primärpräventiver Anstrengungen beispielsweise angesichts sich verschärfender gesellschaftlicher Ungleichheits- und Exklusionstendenzen und konkret steigender Altersarmut mit reflektiert.

⁴⁸ Diese wurden auf Initiative der BZgA als Instrument zur Weiterentwicklung der konzeptuellen Entwicklung der Gesundheitsförderung für Benachteiligte und zur Bestimmung des derzeitigen Standes der Praxis entwickelt.

7. Literatur

- Abel, T., Abraham, A. & Sommerhalder, K. (2006). Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag; 185-198.
- Alber, J. (2005). Wer ist das schwache Geschlecht? Zur Sterblichkeit von Männern und Frauen innerhalb und außerhalb der Ehe. *Leviathan*, (1), 3-39.
- Andrews, M. (1999). The seductiveness of agelessness. *Ageing & Society*, 19(3), 301-318.
- Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (2006). Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“ (Dokumentation). Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
- Arnold, M., Helou, A. & Schwartz, F.W. (2000). Plädoyer für eine Neuorientierung der medizinischen Prävention und Rehabilitation. Ein Ansatz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken. In M. Arnold, M. Litsch & F.W. Schwartz (Eds.), *Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker*. Stuttgart, New York: Schattauer; 11-20.
- Auspos, P. & Kubisch, A.C. (2004). Building knowledge about community change. Moving beyond evaluations. Queenstown: The Aspen Institute.
- Avlund, K., Holstein, B.E., Osler, M., Damsgaard, M.T., Holm-Pedersen, P. & Rasmussen, N.K. (2003). Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 126-136.
- Bacon, W.E. & Wilbur, C.H. (2000). Occurrence of hip fractures and socioeconomic position. *Journal of Aging and Health*, 12(2), 193-203.
- Baltes, M. & Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes, M.M., Horgas, A.L., Klingenspor, B., Freund, A.M. & Carstensen, L.L. (1996). Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin: Akademie Verlag; 573-598.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press; 1-33.
- Bär, G., Buhtz, M. & Gerth, H. (2004). Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung - Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Eds.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle"*. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen; 233-294.
- Barnes, M. (2005). The same old process? Older people, participation and deliberation. *Ageing & Society*, 25, 245-259.
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Baykara-Krumme, H. & Hoff, A. (2006). Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Eds.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006; 447-517.

- Becker, H. (2003). Qualitätsmanagement und Politiksteuerung durch Evaluierung und Monitoring. In B.-u.W. Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr (Ed.), *Strategien für die Soziale Stadt*. Berlin; 208-225.
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F.A., Potreck-Rose, F., Stegie, R. & Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin (Chronic Diseases, Psychological Distress and Coping. Challenges for Psychosocial Care in Medicine). *Psychother Psychosom Med Psychol*, 53, 83-93.
- Berkman, C.S. & Gurland, B.J. (1998). The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health*, 10(1), 81-98.
- Böhme, C., Becker, H., Meyer, U., Schuleri-Hartje, U.-K. & Strauss, W.-C. (2003). Handlungsfelder integrierter Stadtteilentwicklung, *Strategien für die Soziale Stadt*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen; 98-147.
- Böhnke, P. (2006). *Am Rande der Gesellschaft - Risiken sozialer Ausgrenzung*. Opladen: Budrich
- Breeze, E., Fletcher, A.E., Leon, D.A., Marmot, M.G., Clarke, R.J. & Shipley, M.J. (2001). Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. *American Journal of Public Health*, 91(2), 277-283.
- Breslow, L. (2006). Health measurement in the third era of health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 17-19.
- Bukov, A. (2000). Individuelle Ressourcen als Determinanten sozialer Beteiligung im Alter. In G.M. Backes & W. Clemens (Eds.), *Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen*. Opladen: Leske + Budrich; 187-214.
- Bukov, A., Maas, I. & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(6), P510-P517.
- Burden of Disease in Old Age network project (BURDIS) & Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology (2004). *Disability in Old Age. Final Report. Conclusions and Recommendations*. Jyväskylä: Jyväskylä University Press
- Bytheway, B. (2000). Youthfulness and agelessness: a comment. *Ageing and Society*, 19(3), 301-318.
- Campbell, A. & Buchner, D. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*, 26, 315-318.
- Carels, J. & Wiest, A. (2000). Kann die Versorgung chronisch Kranker in den USA ein Vorbild für Deutschland sein? In M. Arnold, M. Litsch & F.W. Schwartz (Eds.), *Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker*. Stuttgart, New York: Schattauer; 183-202.
- Collatz, J. (1998). Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In M. David, T. Borde & H. Kantenich (Eds.), *Migration und Gesundheit*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag; 33-58.
- Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H. & von Renteln-Kruse, W. (2007). Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(4), 226-240.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D., Brummell, K. & Egger, M. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323(7315), 719-.
- Fried, L.P., Frick, K.D., Carlson, M.C. & Rebok, G.W. (2006). Experience Corps: Ein Gesellschaftsmodell für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. *Gesundheit und Gesellschaft, Wissenschaft*, 1, 23-35.
- Fries, J.F. (2002). Reducing disability in older age. *Journal of the American Medical Association*, 24(288), 3164-3166.

- Fries, J.F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 139(5 (part 2)), 455-459.
- Garms-Homolová, V. & Schaeffer, D. (2003). Ältere und Alte. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Eds.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer; 675-686.
- Geiger, I. (1999). Altern in der Fremde - zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Eds.), *Migration und Gesundheit*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag; 167-184.
- Gerste, B., Niemeyer, M. & Lauterberg, J. (2000). Wieviel chronisch Kranke gibt es? - Annäherungen mit Hilfe einer Analyse von Routinedaten. In M. Arnold, M. Litsch & F.W. Schwartz (Eds.), *Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker*. Stuttgart, New York: Schattauer; 67-92.
- Glaeske, G. & Hoffmann, F. (2004). Suchtgefährdung im Alter am Beispiel von Arzneimittelverschreibung und -gebrauch. Präventionspotentiale, personale und strukturelle präventive Ansätze. *prävention*, 04, 111-115.
- Godfrey, M. & Randall, T. (2003). *Developing a locality-based approach to prevention with older people*. Leeds: Nuffield Institute for Health
- Gorelick, P.B. (2004). Risk Factors for Vascular Dementia and Alzheimer Disease. *Stroke*, 35(11_suppl_1), 2620-2622.
- Gräf, C. (2005). Gesund älter werden im Stadtteil. In R. Geene & J. Steinkühler (Eds.), *Strategien und Erfahrungen. Mehr Gesundheit für Alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung*. Berlin: BKK Bundesverband; 217-228.
- Gray, A. (2005). Population ageing and health care expenditure. *Ageing Horizons*, (2), 15-20.
- Gurfinkel, E.P., de la Fuente, R.L., Mendiz, O. & Mautner, B. (2002). Influenza vaccine pilot study in acute coronary syndromes and planned percutaneous coronary interventions: The FLU Vaccination Acute Coronary Syndromes (FLUWACS) Study. *Circulation*, 105, 2143-2147.
- Gurfinkel, E.P., de la Fuente, R.L., Mendiz, O. & Mautner, B. (2004). Flu vaccination in acute coronary syndromes and planned percutaneous coronary interventions (FLUVACS) Study. One-year follow-up. *European Heart Journal*, 25(25-31).
- Hank, K., Erlinghagen, M. & Lemke, A. (2006). Ehrenamtliches Engagement in Europa: Eine vergleichende Untersuchung am Beispiel von Senioren. *Sozialer Fortschritt*, (1), 6-11.
- Helmchen, H., Baltès, P.B., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M. & Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltès (Eds.), *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin: Akademie Verlag; 185-218.
- Helmert, U., Maschewsky-Schneider, U., Mielck, A. & Greiser, E. (1993). Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38(3), 123 - 132.
- Helmert, U., Janka, H. & Strube, H. (1994). Epidemiologische Befunde zur Häufigkeit des Diabetes Mellitus in der Bundesrepublik Deutschland 1984-1991. *Diabetes und Stoffwechsel*, 3, 271-277.
- Hoffman, C., Rice, D. & Sung, H.-Y. (1996). Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *Journal of the American Medical Association*, 276(18), 1473-1479.
- Howse, K. (2005). Policies for healthy ageing. *Ageing Horizons*, (2), 3-15.
- Institut für soziale Arbeit (2001). Expertise Sozialraumorientierte Planung - Begründungen, Konzepte, Beispiele. Münster: ISA.
- Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A. & Subramanian, S.V. (2004). Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 682-690.

- Kilian, H., Geene, R. & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Eds.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle"*. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen; 151-230.
- Klein, T. & Unger, R. (2002). Aktive Lebenserwartung in Deutschland und in den USA. Kohortenbezogene Analysen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panel und der Panel Study of Income Dynamics. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(6), 528-539.
- Klosterhuis, H. & Müller-Fahrnow, W. (1994). Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten aus den alten Bundesländern. In A. Mielck (Ed.), *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske & Budrich; 319-330.
- Knesebeck, O.v.d. & Schäfer, I. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag; 241-253.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel, A. & Szydlik, M. (2000). Soziale Ungleichheit. In M. Kohli & H. Künemund (Eds.), *Die zweite Lebenshälfte - Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Opladen: Leske + Budrich; 318-336.
- Kroll, L.E. & Lampert, T. (2007). Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 69, 120-127.
- Kruse, A. (2002). *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos
- Kubisch, A.C., Fulbright-Anderson, K. & Connell, J.P. (1998). Evaluating Community Initiatives: A Progress Report. In K. Fulbright-Anderson, A.C. Kubisch & J.P. Connell (Eds.), *New Approaches to Evaluating Community Initiatives, Vol. 2: Theory, Measurement, and Analysis*. Queenstown: The Aspen Institute
- Kümpers, S. (2007). Soziale Netzwerke auf Quartiersebene. Potenziale von Nachbarschaft und Stadtteil als Bezugssysteme der Prävention. Beitrag zum Schwerpunkt Altern und Gesundheit. *Info_Dienst für Gesundheitsförderung, Zeitschrift von Gesundheit Berlin*, 7(2), 16-17.
- Künemund, H. (2002). Risiken der Entstaatlichung in einer ergrauten Gesellschaft - zum Verhältnis von sozialstaatlichen Leistungen und Familienbeziehungen im Alter. In J. Allmendinger (Ed.), *Entstaatlichung und Soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig. CD-ROM*. Leipzig: Leske und Budrich.
- Kunst, A.E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J.A.A., Geurts, J.J.M., Helmert, U., Lennartsson, C., Spadea, T., Ramm, J., Stroenegger, W.J. & Mackenbach, J.P. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34, 295-305.
- Labonte, R. (1997). Community, community development, and the forming of authentic partnerships. In M. Minkler (Ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick: Rutgers University Press; 88-102.
- Lampert, T., Kroll, L.E. & Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung. *Aus Politik und Zeitgeschichte (Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament)*, (42), 11-18.
- Lehmann, F., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Meyer-Nürnbergger, M., Brandes, S. & Bartsch, G. (2005). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Lehmann, F., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Meyer-Nürnbergger, M., Brandes, S. & Bartsch, G. (2006). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- Lehmann, F. & Weyers, S. (2007). Programme und Projekte zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland und Europa. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(2), 98-104.
- Lenhardt, U., Elkeles, T. & Rosenbrock, R. (1997). *Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Verursachung, Verbreitung und Verhütung*. Weinheim: Juventa
- Lenhardt, U. (2003). Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (Journal of Public Health)*, 11, 18-37.
- Löhr, R.-P. (2004). Gesundheit, Armut und Stadtentwicklung. *impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (Juni), 4.
- Mackenbach, J.P., Bakker, M.J., Kunst, A.E. & Diderichsen, F. (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe. An overview. In J.P. Mackenbach & M.J. Bakker (Eds.), *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, New York: Routledge; 3-24.
- Marmot, M.G. & Shipley, M.J. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *British Medical Journal*, 313, 1177-1180.
- Mayer, K.U., Baltes, P.B., Baltes, M.M., Borchelt, k., Delius, J., Helmchen, H., Linden, M., Smith, J., Staudinger, U.M., Steinhagen-Thiessen, E. & Wagner, M. (1996). Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin: Akademie Verlag; 599-634.
- Mayer, K.U. & Wagner, M. (1996). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin: Akademie Verlag; 251-275.
- Mechling, H. (2005). Körperlich-sportliche Aktivität und erfolgreiches Altern. *Bundesgesundheitsblatt*, 48(8), 899-905.
- Mielck, A. (2001). Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits-Chancen als Aufgabe für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44(8), 804-812.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber
- Minkler, M., Schauffler, H. & Clements-Nolle, K. (2000). Health promotion for older Americans in the 21st century. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 371-379.
- Moore, S., Haines, V.A., Hawe, P. & Shiell, A. (2006). Lost in translation: a genalogy of the "social capital" concept in public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, (60), 729-734.
- Naegele, G. & Rohleder, C. (2001). Bürgerschaftliches Engagement und Freiwilligenarbeit im Alter. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, (11), 415-421.
- Nicholson, A., Bobak, M.M., Michael, Rose, R. & Marmot, M. (2005). Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women - a life course approach. *Social Science & Medicine*, 61, 2345-2354.
- Olausson, P.O. (1991). Mortality among the elderly in Sweden by social class. *Social Science and Medicine*, 32(4), 427-440.
- Pankoke, E. (2002). Freies Engagement, zivile Kompetenz, soziales Kapital. Forderung und Förderung aktivierender Netzwerke und Lernprozesse. In Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" des Deutschen Bundestages (Ed.), *Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich; 73-87.
- Poortinga, W. (2006). Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine*, 62(2), 292-302.

- Putnam, R. (2002). Soziales Kapital in der Bundesrepublik Deutschland und den USA. In Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" Deutscher Bundestag (Ed.), *Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich; 257-271.
- Rautio, N., Heikkinen, E. & Heikkinen, R.-L. (2001). The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 33, 163-178.
- Rautio, N., Heikkinen, E. & Ebrahim, S. (2005). Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. *Social Science & Medicine*, 60(11), 2405-2416.
- Reemann, H. & Weyers, S. (2007). Strategien gegen gesundheitliche Ungleichheit in Europa. In S.f.d.K.A.i. Gesundheitswesen (Ed.), *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 2007*. Berlin; Anhang 2, 855-900.
- Renteln-Kruse, W.v. (2004). Geriatrische Syndrome - eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. In W.v. Renteln-Kruse (Ed.), *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Darmstadt: Steinkopff; 61-66.
- Richter, M. & Mielck, A. (2000). Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8(3), 198-215.
- Robert, S. & House, J.S. (1996). SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journal of Aging and Health*, 8(3), 259-388.
- Robine, J.-M. & Michel, J.-P. (2004). Review article: looking forward to a general theory on population aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59 A(6), 590-597.
- Robine, J.-M. & Jagger, C. (2005). The relationship between increasing life expectancy and healthy life expectancy. *Ageing Horizons*, (3), 14-21.
- Rock, J. (2008). Thesen zur Entwicklung der Altersarmut: DPWW,.
- Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen - Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Eds.), *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle"*. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen; 7-149.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Hans Huber
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S. (2006). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag; 371-388.
- Rosenbrock, R. (2007). Primary Prevention to fight inequalities - The german experience and lessons learned. Lecture at the Weseley Institute, Toronto, ON, Canada, June 19, 2007. Berlin.
- Schaeffer, D. & Moers, M. (1994). Präventive Potentiale kurativer Institutionen - Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege. In R. Rosenbrock, H. Kühn & B.M. Köhler (Eds.), *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin: edition sigma; 385-407.
- Seeberger, B. (2003). Ältere türkische Gastarbeiter/-innen in Deutschland. In B. Seeberger & A. Braun (Eds.), *Wie die anderen altern*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH; 231-260.
- Smedley, B.D. & Syme, S.L. (2001). Promoting health. Intervention strategies from social and behavioral research. Washington D.C.: National Academy Press.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. & Kunzmann, U. (1996). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewer-

- tung. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin: Akademie Verlag; 497-523.
- Springett, J. (2001). Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health*, 11(2), 139-151.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin: Akademie Verlag; 151-183.
- Stern, Y., Albert, S., Tang, M.-X. & Tsai, W.-Y. (1999). Rate of memory decline in AD is related to education and occupation. Cognitive reserve? *Neurology*, 1, 1942-1947.
- Stuck, A.E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C.E. & Beck, J.C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *Journal of the American Medical Association*, 287(8), 1022-1028.
- SVR (2002a). *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Band III, 1-4: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Baden-Baden: Nomos
- SVR (2002b). *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation*. Baden-Baden: Nomos
- SVR (2005). *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2005*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Thorslund, M. & Lundberg, O. (1994). Health and Inequalities among the oldest old. *Journal of Aging and Health*, 6(1), 51-69.
- Vallgarda, S. (2008). Social inequality in health: Dichotomy or gradient?: A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy*, 85(1), 71-82.
- Walter, U. & Schwartz, F.W. (2001). Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Ed.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. Opladen: Leske und Budrich; 145-252.
- Walter, U., Flick, U., Neuber, A., Fischer, C. & Schwartz, F.W. (2006). *Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Watson, S. (2000). Using results to improve the lives of children and families: A guide for public-private child care partnerships. Washington: Child Care Partnership Project.
- Weyerer, S. (2005). *Altersdemenz*. Berlin: Robert Koch Institut
- Weyers, S., Lehmann, F., Meyer-Nürnberg, M., Reemann, H., Altgeld, T., Hommes, M., Luig-Arlt, H. & Mielck, A. (2007). Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(4), 484-491.
- WHO (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF. Geneva: WHO.
- Wright, M.T. & Block, M. (2005). Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation in der lebensweltorientierten Primärprävention. In W. Kirch & B. Badura (Eds.), *Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 157-172.
- Wright, M.T. (2006). Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. *Jahrbuch Kritische Medizin*, 43, 55-73.