

**Aktive Gesundheitsförderung im Alter**  
**„Präventive Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern –**  
**Kooperation zwischen Hausärzten und geriatrischem Zentrum“**  
**Hausarztstudie Teil 3**

**Modul 4**  
**Integration freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements:**  
**„Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ (Altentagesstätten)**  
**J. Anders, U. Dapp**

- 4.1**    **Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement**
- 4.2**    **Das Projekt „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ in Kooperation mit der Freien und Hansestadt Hamburg**
- 4.3**    **Rekrutierung von Einrichtungen (Altentagesstätten)**
- 4.4**    **Seniorentreffs in Hamburg**
- 4.5**    **Beschreibung der teilnehmenden Seniorentreffs**
- 4.6**    **Durchführung von Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung in Hamburger Seniorentreffs und deren Evaluation**
- 4.7**    **Diskussion und Empfehlungen**

**Literatur Modul 4**

## **Modul 4: Integration freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements: „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ (Altentagesstätten)**

### **4.1 Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement**

Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung sowie einem frühzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben hat sich für viele ältere Menschen heute eine neue Lebenssituation herausgebildet. Sie ist charakterisiert dadurch, dass diese Menschen weitgehend von Verpflichtungen in Beruf und Familie frei sind, dennoch aber leistungsfähig und leistungsbereit bleiben [wollen].

Anders als zu früheren Zeiten sind diese "gewonnenen Jahre" nicht von Hilfebedürftigkeit geprägt, sondern bedeuten in der Regel einen mit Aktivität und Gesundheit einhergehenden Lebensabschnitt. Die meisten älteren Menschen streben keineswegs einen völligen Rückzug aus wichtigen gesellschaftlichen Aktionsfeldern an. Wenn die Bedingungen stimmen, sind viele Seniorinnen und Senioren zu einer Fortsetzung oder sogar Ausweitung ihres Engagements in Beruf, Wirtschaft und Gesellschaft bereit (BMFSFJ 2004).

Fachkundige Beobachter des demographischen Wandels sprechen in diesem Zusammenhang von der neu gewachsenen Verantwortung bzw. Verpflichtung der Langlebigkeit (Lehr 1998). Im gleichen Maße, wie jüngere Menschen innerhalb sozialer Gesellschaften in der Verantwortung stünden, sich um hilfsbedürftige Mitbürger zu kümmern, seien gesunde ältere Menschen verpflichtet, Leistungen für die Gesellschaft aufzubringen – natürlich im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Es ergeben sich Situationen, in denen z.B. das kalendarische Alter allein nicht mehr ausreicht als Grundlage für gesetzliche Regelungen. Es sind vielmehr verschiedene Lösungsansätze zu entwickeln, die ein freiwilliges ehrenamtliches Engagement unabhängig vom Alter nach individueller Leistungsfähigkeit und Motivation fördern, um die personellen Ressourcen in unserem Gemeinschaftsgefüge optimal zu nutzen.

Die Gemeinschaftsinitiative "Soziale Stadt" und die mit ihr verbundenen Programme stehen für ein neues Politikverständnis. Mit der Bündelung von Ressourcen, mit der Zusammenarbeit über Ressortgrenzen hinweg will die Bundesregierung erreichen, dass die Menschen im Mittelpunkt stehen und nicht Einzelinteressen von Institutionen, Verwaltungen, Bürokratien oder anderen Akteuren. Wir sehen Menschen in ihren Lebenszusammenhängen, sozial und gesellschaftlich, in all ihren Bezügen, in der Familie, in ihren Stadtteilen, im Erwerbsleben (Ruhenstroth-Bauer 2002).

Die Förderung freiwilligen Engagements wird in der aktuellen Altenpolitik ausdrücklich gewünscht. Viele Argumente sprechen für eine Intensivierung bestehender ehrenamtlicher Tätigkeit und für eine Ausweitung freiwilligen Engagements auf neue Bereiche und neue Zielgruppen. In der offenen Altenarbeit bewirken gegenwärtig sowohl veränderte staatspolitische Rahmenbedingungen als auch veränderte Ansprüche einer neuen Generation älterer Bürger die Forderung nach mehr freiwilligem Engagement. Diese häufig ungerichteten Initiativen zu bündeln, in sinnvolle Bahnen zu lenken und damit eine positive Weiterentwicklung unserer Gesellschaft zu unterstützen, unterliegt in weiten Teilen der staatlichen Verantwortung. In Hamburg unterstützt v.a. die Behörde für Soziales und Familie bürgerschaftliches Engagement in der Hansestadt; seit 2003 sichtbar mit der Gründung der Landesinitiative „Hamburg engagiert sich“. (Behörde für Soziales und Familie 2004). Bereits seit 1999 veranstaltet der Senat der Stadt Hamburg in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (AGFW) jährlich die Freiwilligen-Börse „AKTIVOLI“ ([www.aktivoli.de](http://www.aktivoli.de)).

#### **4.2 Das Projekt „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ in Kooperation mit der Freien und Hansestadt Hamburg**

Da bereits zwar zahlreiche ältere Menschen in Hamburg sich ehrenamtlich engagieren, diese Aktivitäten aber sehr unterschiedliche Bereiche erfassen und nicht einheitlich organisiert sind, entschieden wir uns, die freiwilligen Aktivitäten in und um so genannte Seniorentreffs (vormals Altentagesstätten) in unsere wissenschaftlichen Beobachtungen zur Implementierung des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ in Form des Projekts „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ einzubeziehen. Folgende Punkte waren für diese Wahl ausschlaggebend:

1. Seniorentreffs (Altentagesstätten) sind in ganz Deutschland verbreitete kommunale Einrichtungen und teilweise verbunden mit Bürgertreffs und/oder Gesundheitszentren.
2. In Seniorentreffs sind ältere Menschen gleichermaßen als Besucher (Nutznießer) und als freiwillig engagierte (Leistungserbringer) zu finden.
3. Seniorentreffs sind Einrichtungen, deren Angebote sich über mehrere Interessensbereiche (Freizeitaktivitäten, Sport, gesellschaftliches Miteinander, Beratung und Gesundheit) erstrecken kann. Dies kommt dem mehrdimensionalen Prinzip des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ entgegen.
4. Seniorentreffs erfahren Unterstützung sowohl von unterschiedlichen Trägern innerhalb des Netzwerkes kommunaler Altenhilfestrukturen (z.B. Organisationen der Caritas, Arbeiterwohlfahrt, des Deutschen Roten Kreuzes etc.) als auch von den eingangs erwähnten Kooperationspartnern; der Behörde für Soziales und Familie (Referat Altenhilfe) und der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (AGFW).
5. Seniorentreffs in Hamburg waren bereits Gegenstand einer Strukturevaluation durch die Behörde für Soziales und Familie (Capell 2001).

#### **4.3 Rekrutierung von Einrichtungen (Altentagesstätten)**

Das Projekt „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ fand in Zusammenarbeit mit dem Referat Altenhilfe der Behörde für Soziales und Familie statt, die auch die finanziellen Mittel für die Veranstaltungen vor Ort bereit stellte, um das Projekt interessierten Seniorentreffs kostenfrei anbieten zu können. Erhoben wurde lediglich eine symbolische Selbstbeteiligung der älteren Besucher im Seniorentreff von einem Euro pro Person und Termin im Seniorentreff. Ideelle Unterstützung erfuhren wir zudem vom Referat Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung der Behörde für Umwelt und Gesundheit.

Ausgehend von dieser Datenbasis und in Abstimmung mit der Behörde für Soziales und Familie (Referat Altenhilfe) sowie der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (AGFW) wurden zunächst die unterschiedlichen Träger von Seniorentreffs in Hamburg informiert. Dies geschah im Rahmen einer regulären Sitzung im Referat der Altenhilfe (Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg) durch einen Vortrag der Forschung über die Aktivitäten des Albertinen-Hauses im Auftrag des BMFSFJ. Darüber hinaus wurde das Referat der Altenhilfe in die weitere Planung einbezogen.

Es folgte ein offizielles Anschreiben direkt an alle im Bereich Eimsbüttel gelegenen Seniorentreffs. Interessierte Einrichtungen konnten sich dann mit beiliegendem Formular direkt an die Forschung des Albertinen-Hauses wenden und schließlich nach ausführlichen Vorgesprächen sich verbindlich für eine Teilnahme am Programm „Aktive Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ anmelden. Sowohl die zitierte Strukturevaluation der Stadt Hamburg (Capell 2001) als auch eigene Recherchen im Vorfeld dieses Projektes und noch mehr die Arbeit mit den Seniorentreffs selbst, ergab eine erstaunliche Vielfalt von Einrichtungen unter der offiziellen Anerkennung als „Seniorentreff“ (vgl. Tabelle 4.1). Aus dieser Vielfalt - entsprechend der sehr heterogenen Zielgruppe „ältere Bürger“ - ergibt sich einerseits ein breites Potential von Entwicklungsmöglichkeiten, andererseits die Unmöglichkeit, einheitliche organisatorische Abläufe und gleichwertige Konzepte zur Umsetzung von „Aktive Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ zu finden (vgl. Tabelle 4.1).

**Tabelle 4.1: Auswahl unterschiedlicher Formen von Seniorentreffs und Seniorenorganisationen in Hamburg**

<b>Aktuelle Bezeichnung</b>	<b>Ältere Bezeichnung</b>	<b>Träger</b>	<b>Leitung</b>	<b>Regelmäßige Angebote</b>
<b>Seniorentreff</b>	Altentagesstätte	Behörde und AWO, DRK, Diakonie etc.	Angestellte (selten) und Ehrenamtliche	heterogen von Kaffeetafel bis umfassend (Sport, Freizeit, Bildung, Beratung, Pflege)
<b>Seniorengruppe</b>	Altenkreis	Kirchl. Gemeinden	Gemeindeangestellte und Ehrenamtlich	meist Kaffeetafel
<b>Seniorenkreis</b>	Seniorengruppe	Seniorenbüro	ehrenamtlich	meist Kaffeetafel oder spezielle Hobbies, Seniorenbüro selbst allerdings berät und vermittelt ehrenamtliche Tätigkeiten
<b>Lange Aktiv Bleiben e.V.</b>	Lebenabendbewegung	Behörde und Verein	Angestellte und Ehrenamtliche	umfassend (Sport, Freizeit, Bildung, Beratung, Pflege)
<b>New Generation e.V.</b>	keine	Hauptkirche und Verein	Angestellte und Ehrenamtliche	umfassend (Sport, Freizeit, Bildung)
<b>I.K.A.R.U.S e.V.</b>	keine	Verein	Angestellte und Ehrenamtliche	Beratung (Freizeit)
<b>Jung und Alt in Zuwendung e.V.</b>	Oma-Hilfsdienst	Behörde und Verein	Angestellte und Ehrenamtliche	Vermittlung spez. ehrenamtlicher Tätigkeiten (Alte für Alte, Alte für Junge)

Entsprechend des experimentellen Charakters des Projektes erfolgte daher nach der Kontaktaufnahme mit interessierten Einrichtungen eine sorgfältige Evaluation und Dokumentation der jeweiligen Gegebenheiten vor Ort. Daran schloss sich eine bis zu sechsmonatige Planungsphase, in der die Forschung des Albertinen-Hauses in enger Absprache mit den Verantwortlichen vor Ort (teils professionelle Leitungen, teils ehrenamtlich engagierte Personen) eine spezifische Strategie zur Umsetzung des Projektes „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ für den jeweiligen Seniorentreff entwickelte. Anschließend erfolgt die Durchführung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in teilweise so stark adaptierter Form, dass im folgenden nicht mehr vom Basisprogramm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ gesprochen wird, um Verwechslungen oder Gleichsetzungen zu vermeiden.

#### **4.4 Seniorentreffs in Hamburg**

Um die Heterogenität der von uns unter dem Begriff Seniorentreff (vormals „Altentagestätten“) vorgefundenen Einrichtungen zu verstehen, ist ein Blick in die Entstehungszeit dieser Form der Altenhilfe förderlich. Altentagestätten wurden Ende der 50er Jahre in Hamburg vom Senat unter der Aufsicht verschiedenster gemeinnütziger Trägerorganisationen aufgebaut, um älteren Bürgern vor allem in der kalten Jahreszeit beheizte Räume zur Verfügung zu stellen. Eine einfache Aufsichtsperson wurde ernannt, um Konflikte zwischen den Nutzern und Nutzerinnen zu vermeiden. Im Hamburg der Nachkriegs- und frühen Wirtschaftswunderjahre war Wohnraum knapp und genügte keineswegs immer hygienischen Ansprüchen. Noch immer ist Seniorentreff oder Altentagesstätte ein reiner Verwaltungsbegriff. Die jeweiligen Träger der Einrichtung verpflichten sich gegenüber der Freien und Hansestadt Hamburg lediglich, geeignete Räume bereitzustellen, eine Öffnungszeit von 20 Stunden an 5 Wochentagen einzuhalten und ein zielgerechtes Programm zu bieten, das nicht genauer definiert ist. Zielgerecht bezieht sich dabei zum einen auf die Zielgruppe ältere und hochaltrige Bürger, zum anderen auf den Anspruch, ein niedrigschwelliges Begegnungsangebot zu schaffen. Damit soll Vereinsamung vorgebeugt werden (§ 75 BSHG). Gesundheitsfördernde Maßnahmen im engeren Sinne sind keine ursprüngliche Zielsetzung der Seniorentreffs. Zu den Trägern von Seniorentreffs in Hamburg zählen Mitglieder der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege:

Arbeiterwohlfahrt (AWO), Diakonisches Werk (DW), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV), Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) und Lange Aktiv Bleiben (LAB – ehemals Lebensabendbewegung).

Im Jahre 2004 wurden 83 Einrichtungen von der Hansestadt Hamburg als Seniorentreff im oben beschriebenen Sinne anerkannt und finanziell unterstützt. Zusätzlich können städtisch bewirtschaftete Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht beim Träger vorhanden. Die Seniorentreffs sind frei, die Fördergelder für die Finanzierung von ehrenamtlichen Helfern oder für die Gestaltung spezieller, altengerechter Programme einzusetzen. Nicht alle freiwillig engagierten Personen erhalten oder akzeptieren eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Die Träger berichten allerdings, es sei zunehmend schwieriger, Ehrenamtliche für diese spezielle Arbeit in den Seniorentreffs zu gewinnen. Ohne diese Kräfte wäre das Angebot in den Seniorentreffs nicht aufrecht zu erhalten.

Von den über 80 im Jahr 2004 aktiven Seniorentreffs wurden zunächst ein Dutzend Einrichtungen im Bezirk Eimsbüttel informiert und um Teilnahme angefragt. Diese Rekrutierung erwies sich als problematisch. Aufgrund der heterogenen Organisationsformen innerhalb der Treffs unter vorwiegender Leitung von (freiwilligen) Laien war der Rücklauf der Fragebögen ungenügend. Telefonische Nachfragen ergaben, dass das offizielle Anschreiben der Stadt Hamburg (Behörde für Soziales und Familie) häufig nicht erinnert wurde, die Leitung des Treffs nicht erreicht hatte oder die Frage der Hierarchie in der Leitung nicht geklärt werden konnte. Auch wurde beiliegende Rückantwort im Falle mangelnden Interesses nicht wie erbeten mit eben dieser Antwort zurückgesandt. Wurde das Anschreiben trotz beiliegendem Info-Blatt nicht verstanden, so erfolgten keine aktiven telefonischen Nachfragen bei der angegebenen Telefonnummer, dem jeweiligen Träger oder der Behörde. Darüber hinaus wurde das Angebot „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ über die Vorstellung in der erwähnten gemeinsamen Sitzung der Trägerverbände und der Behörde mit der Forschung des Albertinen-Hauses auch an Einrichtungen außerhalb des Bezirkes Eimsbüttel herangetragen. Aufgrund des geringen Rücklaufes wurden daher alle Interessenten in einem Erstgespräch kontaktet und geprüft. Auf Wunsch wurden verlegte oder nicht mehr erinnerte Informationen zum Projekt nochmals nachgesandt.

Insgesamt wurden 14 Einrichtungen während der Hausarztstudie Teil 3 bezüglich des Programms „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ kontaktiert, darunter 9 der 12 behördlich anerkannten Seniorentreffs im Bezirk Hamburg-Eimsbüttel, in dem sich auch das Albertinen-Haus befindet. Während der telefonischen Erstkontakte erfolgte eine Erfassung der Beweggründe zur Teilnahme am Projekt „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ bzw. der Ablehnung in Form eines standardisierten Interviews. Bereits diese 14 Einrichtungen spiegeln das sehr heterogene Bild der Seniorentreffs in Hamburg wieder. Zum einen haben die Leitungen ganz unterschiedliche Erwartungen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, zum anderen differieren die Angebote der Seniorentreffs und damit die Zielgruppen der älteren Personen auffällig, die diese Treffs aufsuchen. 9 der 14 Einrichtungen zeigten kein Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter und lehnten die für den Seniorentreff kostenfreie Teilnahme an dem Programm „Gesundheitsförderung im Seniorentreff“ ab. 5 der 14 Einrichtungen – davon 3 Einrichtungen im Bezirk Eimsbüttel – kooperierten mit dem Albertinen-Haus, da erstens unser Angebot der eigenen Absicht des Seniorentreffs entsprach, gesundheitsfördernden Angeboten einen breiten Raum zu geben, zweitens die älteren Personen, die diese Seniorentreffs aufsucht, nicht nur an passiven Angeboten wie beispielsweise einer Kaffeetafel interessiert waren, sondern auch als aufgeschlossen eingeschätzt wurden für innovative und aktive Angebote und drittens die räumliche Infrastruktur der Seniorentreffs ausreichend war für die Durchführung unserer gesundheitsfördernder Angebote.

## **4.5 Beschreibung der teilnehmenden Seniorentreffs**

### **4.5.1 Seniorentreff M (Bezirk Hamburg Eimsbüttel)**

Der Seniorentreff M wird vom Deutschen Roten Kreuz im Bezirk Eimsbüttel getragen. Schon in der Interessensbekundung äußerte die hauptamtliche Leitung des Seniorentreffs, das spezielle Angebot zur Gesundheitsförderung entspräche der eigenen Absicht, Bildungsangeboten einen breiten Raum zu geben. In drei Treffen über einen Zeitraum von 5 Monaten wurde das Basiskonzept „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ in drei aufeinander folgende Module aufgespalten sowie inhaltlich und didaktisch stark adaptiert.

Der Seniorentreff M verfügt über angemessene Räumlichkeiten, ein großer Gruppenraum (für ca. 20 Personen), der über eine Schiebewand in eine größere und eine kleinere Einheit aufgeteilt werden kann, einen Gymnastikraum, eine Teeküche und ein Büro mit Computer und Internetzugang für die Leitung. Eine Herausforderung für die Anpassung des Programms war die starke Heterogenität der Besucher dieses Treffs. Zum einen finden bestimmte Kursangebote für sehr rüstige Senioren aus den umliegenden Stadtteilen in der Einrichtung statt, zum anderen finden sich gerade für Angebote wie Spielenachmittag oder offene Kaffeetafel regelmäßig Bewohner der im gleichen Gebäude untergebrachten Wohnanlage ein. Es handelt sich dabei um eine Einrichtung für Betreutes Wohnen des DRK Hamburg. Unter diesen Bewohnern sind bereits einige vom MDK als pflegedürftig (Stufe 1 und 2) eingeordnet und somit nicht mehr in der Zielgruppe für primär- oder sekundärpräventive Maßnahmen. Auch Personen mit kognitiven Leistungsstörungen finden sich hier. Es wurde daher vereinbart, die Bewohner dieser Wohnanlage nicht wie sonst üblich über Postwurfsendungen auf unsere Angebote hinzuweisen und auf verbindliche Anmeldungen - verbunden mit einer symbolischen Selbstbeteiligung von einem Euro - zu bestehen. Wie sich zeigen sollte, nahmen dennoch überwiegend Bewohner dieser Wohnanlage an den drei Veranstaltungen teil.

Obwohl durch die räumliche und institutionelle Verbindung des Seniorentreffs mit der Anlage für Betreutes Wohnen der Treff keineswegs über mangelnden Zulauf klagen kann, wünschten die hauptamtlichen und ehrenamtlichen Leiter sich doch eine bessere Nutzung ihrer Einrichtung durch Bewohner der umliegenden Stadtteile. Mit unserem Angebot zur Gesundheitsförderung verband sich auch die Hoffnung, neue Besucher zu werben. Die Kursangebote und ein Programm wechselnder Vorträge (z.B. zu Fragen der sozialen Vorsorge) sind qualitativ den Bedürfnissen auch rüstiger Senioren angemessen. So finden sich anstelle des (aus präventiver Sicht) problematischen Angebotes „Hockergymnastik“ eine Osteoporosegruppe mit Übungen für Kraftaufbau und eine Yoga-Gruppe 60+.

Das Problem, auch jüngere Senioren 60+ sowohl als Besucher, besonders aber auch als ehrenamtlich Engagierte zu begeistern, schilderten uns fast alle kontaktierten Einrichtungen. Die Behörde für Familie und Soziales initiiert regelmäßig neue Angebote wie Fortbildungen für ehrenamtliche Leitungen oder die Etablierung von Internet-Cafés in Seniorentreffs, um diese für eine neue Generation älterer Bürger attraktiv zu gestalten. Interessant ist, dass Seniorentreffs, die bereits die Einrichtung eines Internet-Cafés in ihren Räumen sowie die entsprechende Ausbildung eines freiwilligen Helfers ablehnten, sich auch gegen unser Projekt entschieden und umgekehrt.

### **4.5.2 Seniorentreff N (Bezirk Hamburg Eimsbüttel)**

Dieser Seniorentreff N mit klassischer diakonischer Ausrichtung unter Trägerschaft einer evangelischen Gemeinde äußerte Interesse erst auf erneutes Nachfragen, da das erste Anschreiben mangels ehrenamtlicher Leitung zunächst nicht zugestellt wurde. Nachdem eine Nachfolge gefunden war, begrüßten diese und der Pastor der Gemeinde insbesondere die Idee einer Veranstaltung zum Thema Ernährung. Erst durch diese Veranstaltung wurden Besuchern und Leitung die positiven Wechselwirkungen zwischen den Kernbereichen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Körperliche und Soziale Aktivität) deutlich. Leider war zu diesem Zeitpunkt (Dezember 2004) Teil 3 unserer Hausarztstudie fast beendet und damit auch die zeitlichen und personellen Ressourcen. Sollten sich hier erneut Kapazitäten

ergeben, würden sicherlich weitere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dort durchgeführt.

#### **4.5.3 Seniorenkreis E (Bezirk Hamburg Eimsbüttel)**

Der Seniorenkreis E (eine Organisation des Seniorenbüros) verfügt über einen Gruppenraum und eine große Küche innerhalb des Hamburg-Hauses, einem Bürger-Zentrums in Hamburg Eimsbüttel. Obwohl dort häufig Veranstaltungen z.B. des Landessenorenbeirates stattfinden, nehmen die Besucher des Kreises selten an Veranstaltungen anderer Gruppen teil. Der Kreis hochaltriger, allein stehender Damen wird geleitet von einer einzigen, ehrenamtlichen tätigen Dame. Diese ist sehr motiviert und hat mehrere qualifizierende Lehrgänge für freiwillig Engagierte absolviert. Die Besucher selbst sind teilweise schon pflegebedürftig und von aktiven Angeboten schnell überfordert. Eine weitere Schulung der ehrenamtlichen Leitung als Multiplikatorin dagegen erscheint sehr sinnvoll (z.B. in der Durchführung einfacher Gymnastikprogramme) und ist u.a. in einem Projekt im Herbst 2005 geplant in Zusammenarbeit mit der AG der Wohlfahrtsverbände Hamburg.

#### **4.5.4 Seniorentreff R (Bezirk Hamburg Altona)**

Dieser Seniorentreff R unter Trägerschaft des Arbeiter-Samariter-Bundes meldete sich aktiv zur Teilnahme an, nachdem die Leitung im Zusammenhang mit Gesprächen auf Vorstandsebene von unseren Aktivitäten in Hamburg erfahren hatte. Es handelt sich bei der Leitung um eine Ökotrophologin (Halbtagsstelle). Diese professionelle Besetzung einer Leitungsfunktion ist nach unseren Erfahrungen höchst ungewöhnlich, stellte sich aber als äußerst effizient heraus. Durch ihre besondere Ausbildung verfügt diese Leitung über Schlüsselkompetenzen, die ideal für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen erscheinen:

- Verständnis für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen im Allgemeinen
- Expertenwissen zum Bereich Ernährung
- Methodische Kenntnisse (Umgang mit modernen Medien, Organisation, Literaturstudium)
- Beratungskompetenz

Weitere positive Besonderheiten dieses Seniorentreffs ließen uns ideale Bedingungen vorfinden:

- Unterstützung der Leitung durch einen Zivildienstleistenden und ehrenamtlich Engagierte (weitere feste Ansprechpartner).
- Hervorragende Räumlichkeiten (zwei große Gruppenräume, eine kleine Turnhalle mit Gymnastikgeräten, eine Teeküche, mehrere Toiletten, ein Internet-Café).
- •Angebote für Kinder, Erwachsene und Ältere unter einem Dach sowie Angebote für gesunde und kranke Menschen ermöglichen den Besuch dieser Einrichtung für Ältere sowohl als Nutznießer (z.B. Sportgruppe, Kaffeetreff) als auch als freiwillig Engagierte (z.B. Hilfestellung für sozial schwache Kinder).

Der Stadtteil, in dem dieser Seniorentreff liegt, ist zudem durch einen eher dörflichen Charakter mit kurzen Wegen geprägt. Der Seniorentreff liegt in unmittelbarer Nähe des Dorfkerns mit Kirche, Läden und Arztpraxen sowie S-Bahn-Anschluss.

Dadurch, dass die diversen Angebote der Einrichtung verschiedenen Altersgruppen offen stehen, bieten sie diverse Anreize zum bürgerschaftlichen Engagement und erlauben den älteren Besuchern, nach ihren Fähigkeiten sinnvoll aktiv zu werden anstatt sich nach einem vermeintlich „altengerechten“ Programm richten zu müssen. Gerade im Zuge der gegenwärtigen Probleme durch Arbeitslosigkeit und Kinderarmut sowie den Auswirkungen des demografischen Wandels halten wir diesen Ansatz für reizvoll und effizient. Es zeigen sich hier fließende Übergänge zu Formen von Seniorentreffs, Stadtteilzentren, Bürgertreffs und Bürgerinitiativen. Da aus wissenschaftlich-geriatrischer Sicht für die medizinische und soziale Prognose eines älteren Menschen seine funktionellen Ressourcen sowie seine soziale (wohnnah) Integration ausschlaggebend ist, erscheint eine starre Ausrichtung

von Einrichtungen auf hochaltrige Menschen im Sinne der ursprünglichen Altentagesstätten kontraproduktiv. Die zunehmende Ablehnung dieser klassischen Altentagesstätten mit eher passiven Angeboten (Kaffeetafel) durch die Senioren selbst (und zwar sowohl als Besucher und als ehrenamtlich Engagierte) unterstützt diesen Eindruck.

#### **4.5.5 Seniorentreff T für türkischstämmige Migranten (Bezirk Hamburg Mitte)**

Auch dieser Treff bewarb sich aktiv um Teilnahme. Die ehrenamtliche Leitung ist Mitglied des Landesseniorenbeirates in Hamburg und daher durch unsere Öffentlichkeitsarbeit über diverse Aktivitäten des Albertinen-Hauses informiert. Da die Ausrichtung auf die Zielgruppe der Migranten eine besondere Herausforderung ist, widmeten wir diesem Seniorentreff während der Hausarztstudie Teil 3 unsere besondere Aufmerksamkeit.

Die Leistungen des Gesundheitssystems und der Altenpflege werden angesichts des demografischen Wandels zunehmend von älteren Menschen mit Migrationshintergrund beansprucht werden. Auch die Vorausberechnungen für den Hamburger Großraum weisen auf eine Zunahme des Anteils nicht-deutschstämmiger Personen innerhalb der älteren Bevölkerungsgruppe hin. Deshalb ist es notwendig, entsprechende Strukturen und Angebote zu entwickeln. Zu berücksichtigen sind Migrationshintergründe von ehemaligen Arbeitsmigranten, Flüchtlingen und Aussiedlern. Aber auch der aktuelle Gesundheitszustand, der Bildungsstand und familiäre Hintergrund können sich erheblich von deutsch-stämmigen Senioren unterscheiden (Collatz, Kürsat-Ahlers, Korporal 1985).

Schon ein oberflächlicher Blick verdeutlicht, dass es "die" Migranten nicht gibt, sondern eine Vielfalt kultureller und religiöser Ausprägungen, sozialer Lebenssituationen und Lebensstile. Die komplexen Lebensstile der Migranten können in ihren Facetten noch weniger den vermeintlichen Kriterien der ohnehin schon außerordentlich heterogenen älteren Bevölkerungsgruppe zugeordnet werden. So ergab eine Untersuchung der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Hamburg aus dem Jahre 1998, dass ältere Migranten aus der Türkei die zahlenmäßig größte Gruppe in der Hansestadt stellen und eine erhöhte Morbidität gegenüber Personen aus anderen Ländern aufweisen. Diese Beobachtung wird in Zusammenhang gebracht mit einem hohen Anteil von Personen aus der Türkei in einer niedrigen sozioökonomischen Schicht, einer starken körperlichen Belastung im Berufsleben und der psychischen Belastung eines Lebens in der Fremde (Freie und Hansestadt Hamburg 1998).

Für die Versorgungsforschung und die Planung von besonderen Gesundheitsangeboten (z.B. Prävention, disease management) ist daher von besonderem Interesse, ob auch die Zielgruppe „Migranten“ Bedarf an Versorgungsleistungen in ähnlichen Bereichen zeigt und ob diese Zielgruppe von bestehenden Angeboten erreicht wird. Bisher liegen keine klaren Erkenntnisse zu diesen Fragen vor, wie Experten erst kürzlich auf einer gemeinsamen Fachtagung von Arbeiterwohlfahrt und Caritas „Ältere Migranten in der Altenhilfe“ in Berlin reüssierten (CAREkonkret 2005).

Das BMFSFJ initiierte daher 2004 u.a. das Forschungsprojekt „Kultursensible Altenpflegeausbildung“ (Zitat): *„Auf der Grundlage des Altenpflegegesetzes des Bundes sollen Module für eine kultursensible Altenpflegeausbildung entwickelt und erprobt werden, die die kulturelle Vielfalt der zu Pflegenden (aber auch der Pflegenden) berücksichtigt und die pflegeberufliche Handlungskompetenz fördert.“*

Über die bestehenden Verbindungen innerhalb des in Hamburg bestehenden Netzwerkes ergab sich wie oben beschrieben mit Unterstützung des Landesseniorenbeirates Hamburg Kontakt zu einer Einrichtung für ältere Migranten (vgl. Modul 3).

Dieser Seniorentreff für türkischstämmige Migranten liegt inmitten eines sozialen Brennpunktes im Süden von Hamburg (Billstedt) mit hohem Anteil ausländischer Bewohner. Im Jahr 2003 (Planung) gab es in Hamburg nur einen weiteren Treff für Migranten mit



gemischtem kulturellem Hintergrund. So erstaunt es nicht, dass er Anlaufstelle für türkischstämmige Besucher aus dem ganzen Stadtgebiet ist. Die Bedingungen vor Ort mit einem großen Gruppenraum, einem kleinen Büro, PC mit Internetanschluss sowie Teeküche sind mit dem Seniorentreff M. zu vergleichen. Mehrere Ehrenamtliche verfügen über sehr gute Deutschkenntnisse, einige Besucher dagegen können auch nach mehrjährigem Aufenthalt Deutsch nur unzureichend verstehen und sprechen. Die Einrichtung ist nicht an eine islamische Gemeinde oder Moschee angeschlossen, sondern wird vielmehr von Personen mit sozialdemokratischem Hintergrund (Arbeiterbewegung) genutzt.

Die Nutzung der Einrichtung durch die Geschlechter unterscheidet sich sehr von Seniorentreffs mit vorwiegend deutschstämmigen Besuchern (hoher Frauenanteil). Frauen sind im Seniorentreff T. weniger ehrenamtlich tätig. Sie nehmen an besonderen Veranstaltungen (Feiern, Vorträge), die sich eher an die ganze Familie richten, teil, besuchen aber im Gegensatz zu den Männern unter der Woche den Treff nicht regelmäßig. Ähnlich einem türkischen Café nutzen viele ältere Männer den Treff mehrmals wöchentlich am Nachmittag, während sich gleichzeitig die älteren (und jüngeren) Frauen in den Wohnungen gegenseitig in kleinen Gruppen besuchen.

Trotz spezieller Aufforderung, unsere Veranstaltung als Angebot für beide Geschlechter aufzufassen, erschien zum Veranstaltungstermin nur eine einzige Frau. Allerdings war es auch schwierig, Frauen persönlich anzusprechen, da in die Planungsphase ehrenamtliche Helfer und somit Männer einbezogen waren. Es erschien uns zudem nicht sinnvoll, im Rahmen eines auf gegenseitigem Vertrauen beruhenden Pilotprojekts die gewachsenen Strukturen des Seniorentreffs von außen zu sprengen und eine Teilnahme der Frauen schon beim ersten Beratungstermin zu fordern. Frauen nutzen sehr wohl die Einrichtung, allerdings entweder zu gemeinsamen Festen oder in reinen Frauengruppen.

Im Gegensatz zu den übrigen besuchten Seniorentreffs besteht kein regelmäßiger Kontakt zwischen dem Seniorentreff T und kompetenten Ansprechpartnern zu Fragen der Gesundheit und sozialen Sicherung (Özsel 1990). Vielen Migranten waren Begriffe wie „Pflegeversicherung“, „Vorsorgeuntersuchung“ oder „Vorsorgevollmacht“ völlig unbekannt. Daher wurden diese Themen zum Inhalt der ersten Veranstaltung im Jahre 2004 gewählt. Es referierten gemeinsam die Ärztin und die Sozialpädagogin des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“.

Wir fanden in der Gruppe türkischstämmiger Migranten eine hohe Motivation und einen hohen Beratungsbedarf. Allerdings waren die erforderlichen Anpassungen bzw. die Entwicklung eines eigenständigen Programms für diese Zielgruppe zu aufwendig, um innerhalb der Projektdauer (Hausarztstudie Teil 3) erfüllt zu werden. Im Vergleich zu den von uns bisher beratenen Senioren ohne Migrationshintergrund weisen die Besucher des türkischen Seniorentreffs deutliche Zeichen der Voralterung auf und zudem einen schlechteren Bildungsstand mit einer hohen interindividuellen Varianz (Altenhofen, Weber 1993).

Gemeinsam mit dem Leiter der Einrichtung, der auch Mitglied des Landessenorenbeirates in Hamburg ist, werden wir uns um eine Förderung zur Entwicklung eines geeigneten Konzeptes bemühen. Nach unseren Eindrücken aus mehreren Gesprächen mit dem Leiter des Seniorentreffs und Besuchen vor Ort glauben wir, dass Familien mit Migrationshintergrund besonders von dem gezielten Einsatz einer sog. Family Health Nurse (WHO Literatur) profitieren würden. Kooperationsprojekte z.B. mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Studiengang der Pflegewissenschaften in Hamburg, wären sinnvoll. Im Gegensatz zu deutsch-stämmigen Senioren ist ein Zugang über Hausbesuche eher akzeptiert und effizienter, um die gesamte Familie zu erreichen (Koch 1996). Dies gilt insbesondere für soziale Brennpunkte in der Großstadt (Geiger 1998).

## **4.6 Durchführung von Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung in Hamburger Seniorentreffs und deren Evaluation**

Im Folgenden ist schematisch aufgeführt, welche Themen das interdisziplinäre Gesundheitsberater-Expertenteam des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ je nach Ausrichtung und Klientel des Seniorentreffs während des Projektes „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ vermittelte.

### **4.6.1 Seniorentreff M (Bezirk Hamburg Eimsbüttel)**

Das Basiskonzept des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ wurde in drei aufeinander folgende Module aufgespalten sowie inhaltlich und didaktisch adaptiert. An drei Terminen über einen Zeitraum von 5 Monaten wurden die folgenden Inhalte in jeweils zweistündigen Veranstaltungen theoretisch und praktisch vermittelt.

#### **Termin 1: „Gesund und selbständig im Alter leben – Erkenntnisse aus der Altersheilkunde“**

- Begrüßung der Teilnehmer/Innen und Vorstellung Albertinen-Haus, Vorstellung der Projektidee „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“,
- Lebenserwartung und Erwartungen an das Leben im Alter,
- Normaler Altersabbau und krankhaftes Altern,
- Erhalt der Selbständigkeit im Alter,
- Rolle der körperlichen Bewegung im Alter,
- Trainingsformen bei chronischen Krankheiten,
- Appetit und Ernährung im Alter,
- Tricks zum Trinken,
- Einladung zu Beratungsnachmittagen mit dem Expertenteam „Albertinen-Haus“.

#### **Termin 2: „Körperliche Bewegung und Freizeitgestaltung im Alter“**

- Begrüßung der Teilnehmer/Innen und Vorstellung,
- Körperliche Änderungen im Alter,
- Alltagsgestaltung und körperlicher Abbau,
- Typische Beschwerden: Linderung durch Bewegung,
- Positive Veränderungen durch körperliches Training,
- Erstellung des persönlichen Aktivitätsprotokolls: Nutze ich meine Mobilität?
- Individuelle Beratung der Teilnehmer,
- Trainingsformen für Senioren,
- Tipps für die Übungen zu Hause,
- Einladung zu den Sportkursen im Seniorentreff.

#### **Termin 3: „Ernährung im Alter –Tipps für den Alltag“**

- Begrüßung der Teilnehmer/Innen und Vorstellung Albertinen-Haus,
- Vorstellung der Projektidee „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“,
- Alltagsgestaltung und körperlicher Abbau,
- Appetit und Ernährung im Alter,
- Nahrungsergänzung: Chance oder Gefahr?
- Tricks zum Trinken,
- Gemeinsamer Aufbau einer „Nahrungs-Pyramide“ für den Alltag,
- Neue Erkenntnisse aus der Altersheilkunde zur Ernährung,
- Erstellung des persönlichen Ernährungsprotokolls,
- Individuelle Beratung der Teilnehmer,
- Beantwortung von Fragen der Teilnehmer,
- Nach ca. 14 Tagen Versand individueller Tipps für die Umsetzung zu Hause.

#### **4.6.2 Seniorentreff N (Bezirk Hamburg Eimsbüttel)**

**Termin 1:** „Ernährung im Alter –Tipps für den Alltag“ (vgl. Termin 3 des 1. Seniorentreffs M in Kapitel 4.6.1)

Erst durch diese Veranstaltung wurden Besuchern und Leitung die positiven Wechselwirkungen zwischen den Kernbereichen der Gesundheitsförderung (Ernährung, körperliche und soziale Aktivität) deutlich. Leider war zu diesem Zeitpunkt (Dezember 2004) Teil 3 unserer Hausarztstudie fast beendet und damit auch die zeitlichen und personellen Ressourcen. Sollten sich hier erneut Kapazitäten ergeben, würden sicherlich weitere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dort durchgeführt.

#### **4.6.3 Seniorenkreis E (Bezirk Hamburg Eimsbüttel)**

Da die Besucher des Seniorenkreises E wie oben beschrieben teilweise schon pflegebedürftig und von aktiven Angeboten schnell überfordert sind, wurde hier keine Schulung der Senioren, sondern eine Schulung der ehrenamtlichen Leitung als Multiplikatorin vereinbart.

#### **4.6.4 Seniorentreff R (Bezirk Hamburg Altona)**

**Termin 1:** „Körperliche Bewegung und Freizeitgestaltung im Alter“

(vgl. Termin 2 des 1. Seniorentreffs M in Kapitel 4.6.1)

**Termin 2:** „Ernährung im Alter –Tipps für den Alltag“

(vgl. Termin 3 des 1. Seniorentreffs M in Kapitel 4.6.1)

Der positive Gesamteindruck dieser Einrichtung hat sich bestätigt, so dass weitere Veranstaltungen geplant sind.

#### **4.6.5 Seniorentreff T für türkischstämmige Migranten (Bezirk Hamburg Mitte)**

Um den besonderen Bedürfnissen der Migranten gerecht zu werden, sind dort besondere Projekte geplant, sobald eine finanzielle Förderung gefunden ist. Ein Termin mit dem Schwerpunkt der sozialen Vorsorge im Alter hat bereits stattgefunden.

**Termin 1:** „Soziale Vorsorge“

- Begrüßung der Teilnehmer und Vorstellung Albertinen-Haus,
- Vorstellung der Projektidee „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“,
- Lebenserwartung und Erwartungen an das Leben im Alter,
- Soziale Vorsorge,
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht,
- Selbständigkeit und Hilfsbedarf im Alter,
- Soziale Sicherungssysteme,
- Pflegeversicherung,
- Pflege von Angehörigen,
- Ambulante Hilfen,
- Wohnformen im Alter,
- Beantwortung von Fragen der Teilnehmer.

#### **4.6.6 Evaluation des Projekts „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“**

Bei der Durchführung des Projekts „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ beschränkten wir uns auf die Untersuchung von Machbarkeit und Akzeptanz. Unter diesem Gesichtspunkt wurden die vier sehr heterogenen Seniorentreffs evaluiert. Erhoben wurden die eigenen Eindrücke der Leitungen der Seniorentreffs vor Ort, also der sog. Multiplikatoren in Schlüsselfunktion und ihre Meinung zur Resonanz bei den älteren Teilnehmern selbst anhand eines halbstandardisierten Interviews. Die Einschätzungen der Ehrenamtlichen (Multiplikatoren) aus den vier Seniorentreffs sind nachfolgend stichwortartig wiedergegeben.

Zu berücksichtigen bei dieser Evaluation sind neben der Heterogenität der älteren Teilnehmer auch die unterschiedliche Anzahl der Veranstaltungen pro Seniorentreff und Inhalte der gesundheitsfördernden Angebote.

#### **Besonders schlecht fand ich als Leitung unseres Seniorentreffs**

- Zwei Mal keine Angaben hierzu, da rundum zufrieden
- schwierige Terminierung wegen Zeitmangel
- zu wenig Termine; hätten gerne mehr Themen besprochen

#### **Besonders gut gefallen hat mir**

- Vorträge sehr abwechslungsreich; Briefe sehr nett und ohne Zeigefinger formuliert
- die Art der Präsentation, altengerecht, verständlich, humorvoll, lockere Art der Ärztin kam gut an
- fachliche Kompetenz, sympathische Ausstrahlung der Referentinnen
- Freundlichkeit der Expertinnen
- Wirkung und Akzeptanz gut; Stärkung der Eigenverantwortung

#### **Gesundheitsförderung im Seniorentreff ist**

- wichtig; war sehr informativ, Grund zum Nachdenken und Überprüfung der eigenen Ernährungsgewohnheiten
- insgesamt sinnvoll; aber Teilnehmerinnen haben sehr oft „konsumorientierte“ Haltung (Anspruchshaltung) – nehmen Angebot mit, ohne folgende Verhaltensänderung / Bewusstmachung
- wichtig! Ernährung und Gesundheit sind wichtige Themen bei den Senioren
- sinnvoll, notwendig; Auffrischung von Wissen; Anstoß zum Nachdenken
- wichtig bis ins hohe Alter; soll weitergehen

#### **Das könnte das Projekt „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ besser machen**

- beim ersten Mal – Probleme Briefversand; z.T. Namen falsch geschrieben
- Terminreservierung (nicht so große Abstände zwischen den Veranstaltungen)
- mehr Zeit für individuelle Fragen; Briefe / Statements zum Teil zu pauschal
- eigentlich nichts, die Vorbereitung entsprach unseren Wünschen und Vorstellungen

#### **Das sollte das Projekt „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ beibehalten**

- Vorträge / Aufklärung sind wichtig, weiter so!
- so wie es gemacht wurde ist es gut!
- „Das ganze Paket“
- Aufklärungsarbeit fortsetzen
- Veranstaltungen bei uns im Treff und nicht im Albertinen-Haus

#### **Meine Meinung**

- ganz wichtig!
- Insgesamt toll!
- Wunsch für alle Seniorentreffs in Hamburg: Einmal jährlich in einem Zyklus von 14 Tagen die vier Themen des Kleeblattes als Projektstage durchzuführen, dann regelmäßige Wiederholungen, da „Kleeblatt“ als Wegweiser dienen kann
- Insgesamt positiv; Eindruck dass bestimmte Gruppen von Senioren besser zu erreichen sind, wenn man zu ihnen kommt, als dass sie ins Zentrum gehen würden
- gibt uns Mut fürs Rentnerdasein in Deutschland

#### **4.7 Diskussion und Empfehlungen**

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den sehr heterogenen Seniorentreffs an die jeweiligen strukturellen und personellen Bedingungen vor

Ort angepasst werden müssen. Diese Vorarbeiten sind umfangreich, da kaum Vorbilder existieren und keine der von uns besuchten Einrichtungen einer zweiten gleich.

Es entstanden Kosten für die Durchführung der Informationsgespräche (Erstkontakte) in den fünf interessierten Seniorentreffs (von denen dann in einem Treff aufgrund der Besucherstruktur keine Angebote der aktiven Gesundheitsförderung durchgeführt werden konnten) durch die beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Albertinen-Hauses, die das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ entwickelt haben. Für diese Tätigkeit wurden mindestens zwei Zeitstunden aufgrund mindestens eines Besuches vor Ort und Gesprächen mit den Verantwortlichen der Einrichtungen aufgewendet. Darüber hinaus entstanden weitere Kosten für die Anpassung des Konzeptes des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ an die Seniorentreffs. Diese Kosten hierfür wurden im Sinne einer Anschubfinanzierung getragen vom Albertinen-Diakoniewerk e.V. Die Kosten für die in Kapitel 4.6 beschriebenen gesundheitsfördernden Angebote durch das interdisziplinäre Gesundheitsberater-Expertenteam aus dem Albertinen-Haus in den verschiedenen Seniorentreffs übernahm die zuständige Hamburger Behörde.

Das Projekt „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ mit den umfangreichen Adaptationen des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ an die jeweiligen Gegebenheiten (Struktur, Prozesse, Räumlichkeiten, Besucherklientel) der vier evaluierten Seniorentreffs hat sich in jedem Einzelfall gelohnt. Wir können nun gut differenzieren, welche Formen von Seniorentreffs es gibt und welche Zielgruppen älterer Menschen diese unterschiedlichen Settings nutzen. Hierfür half uns auch die parallel von uns durchgeführte Zielgruppenanalyse (vgl. Modul 9). Empfehlungen für unterschiedlich konzeptuelle Ansätze der Gesundheitsförderung sind hieraus ableitbar. Ältere Menschen, ehrenamtliche engagierte Bürger und professionelle Leitungen der Treffs sind nach anfänglicher Zurückhaltung zu Multiplikatoren für Anliegen der Gesundheitsförderung geworden.

Die Kritik der Ehrenamtlichen (Multiplikatoren) bezieht sich vor allem auf die geringe Zahl gemeinsamer Veranstaltungen, die bisher möglich waren. Für die Zukunft sind Zyklen des adaptierten Programms „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“ in regelmäßigen Intervallen, z.B. einmal jährlich z.B. im Rahmen der Woche „Älter Werden in Hamburg“ zu diskutieren. Parallel ist eine Beratung der Behörde und der Einrichtungen bezüglich der Angebotsstruktur vor Ort geplant, um die älteren Besucher nachhaltig zu erreichen. Unsere Erfahrungen zu präventiven Hausbesuchen würden sich anbieten, um türkischstämmige Krankenschwestern für Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei älteren Migranten fortzubilden bzw. entsprechen Pilotprojekte wissenschaftlich zu begleiten (Albrecht 1999).

#### **Literatur Modul 4**

Albrecht NJ: Institutseigener Dolmetscherdienst. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen und Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Gesundheitsamt, eds: Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Dokumentation des Expertenworkshops im Juli 1999. Berlin, Bonn 1999: 49–51

Altenhofen L, Weber I (1993): Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Soz Präventivmed 1993; 38: 222–230

Behörde für Soziales und Familie (2004): Hamburg engagiert sich: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/hamburg-engagiert-sich>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004): <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/Aeltere-Menschen/potenziale-des-alters.html>

Capell E (2001): Bericht zu den Altentagesstätten in Hamburg. SI 32/126.10-1; Referat Altenhilfe, Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg, 2001; nicht veröffentlichter Bericht

CAREkonkret (Anonymus). Migranten: Wünsche und Anforderungen unbekannt. News In: CAREkonkret. Zeitung für Entscheider in Pflege und Verwaltung. Ausgabe 13. Mai 2005; Nr. 19/8. Jahrgang 2005

Collatz J, Kürsat-Ahlers E, Korporeal J (1985): Gesundheit für alle. Medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: ebv-Rissen 1985

Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg) (1998): Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Sozial-empirische Studie, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg 1998.

Geiger I (1998): Altern in der Fremde – zukunftsorientierte Herausforderungen für Forschung und Versorgung. in: David M, Borde T, Kentenich H, eds.: Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 1998: 154–166

Koch E (1996): Der Kranke in der türkischen Familie. MMW 1996; 138: 61–64

Lehr U (1998): Solidarität zwischen den Generationen – Wunsch oder Wirklichkeit? Konsequenzen des demographischen Wandels. Vortrag zu: Offenberger Dialoge 1998. <http://www.schloss-offenberg.de/s-vortr4.htm>

Özelsel M (1990): Gesundheit und Migration. Eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen und Türken in Deutschland und in der Türkei. München: Profil Verlag 1990

Porsch-Oezcuereomez M, Bilgin Y, Wollny M, Gediz A, Arat A, Karatay E et al (1999): Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study. Atherosclerosis 1999; 144: 185–198

Ruhenstroth-Bauer P. "Soziale Stadt 2002", Rede des Staatssekretärs im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend anlässlich der Preisverleihung am 16.01.2003 in Berlin: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/reden,did=5874.html>