

Herausforderungen einer inklusiven Quartiersentwicklung aus der Sicht älterer Menschen

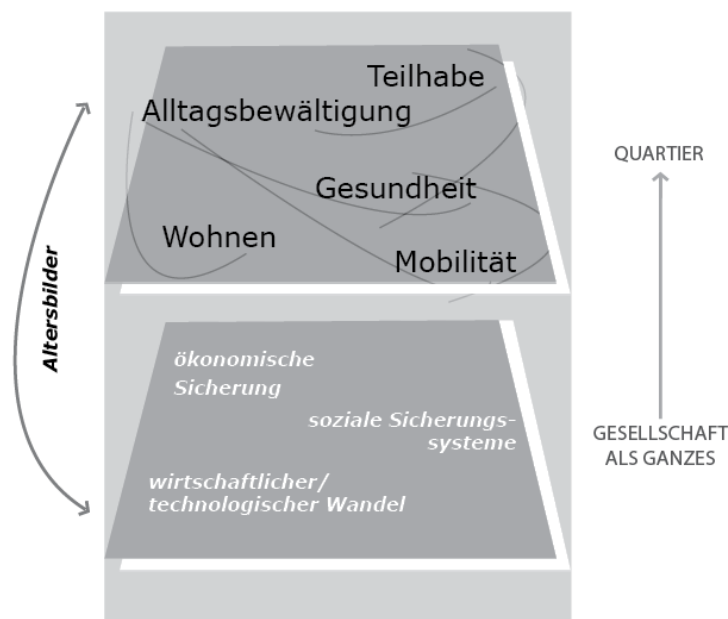
Jutta Hansen

Inklusion meint, die Möglichkeiten zu schaffen für eine uneingeschränkte, selbstverständliche Teilnahme aller Menschen an allen gesellschaftlichen Bereichen. Und: Inklusion meint die Anpassung der Organisation oder der Rahmenbedingungen an den Menschen und nicht umgekehrt. (1)

Das Prinzip und der Anspruch auf Inklusion geht zurück auf die (seit 2009 mit Geltung der UN-Behindertenrechtskonvention auch in der Bundesrepublik verstärkten) Bemühungen um eine gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung (2) – ist jedoch geeignet, auch als Maßstab für die Teilhabe-Möglichkeiten anderer vulnerabler Personengruppen herangezogen zu werden. So kann auch die Lebenssituation älterer Menschen unter dem Fokus Inklusion betrachtet werden.

Bei der Umsetzung einer inklusiven Politik sind selbstverständlich alle Ebenen politischen und gesellschaftlichen Handelns gefordert. Das direkte Lebensumfeld, also die Wohn- und Quartiersebene mit ihren räumlichen, technischen und sozialen Bezügen sowie der vorfindlichen Versorgungsinfrastruktur, haben hier jedoch eine besondere Bedeutung.

Der wirtschaftliche und technologische Wandel, die gesellschaftliche Entwicklung im Bereich der Ökonomie und der sozialen Sicherungssysteme einschließlich der Gesundheitsversorgung bilden den Rahmen, vor dessen Hintergrund auf der Quartiersebene Gestaltungsspielräume für ein inklusives Miteinander entstehen können.



Wobei die Altersbilder einer Gesellschaft eine Klammer bilden – Altersbilder als soziale Konstruktionen, die individuelle Gestaltungsspielräume und Handlungsfreiheit begrenzen oder ermöglichen können (3) und die die je individuelle Gestaltung des Lebens im Alter beeinflussen (4).

Wobei es Wechselbeziehungen zwischen (a) den gesellschaftlichen – in institutionelle und rechtliche Formen gegossenen – Altersbildern, (b) den Auswirkungen des demographischen Wandels und (c) den realisierten individuellen Lebensentwürfen im Alter gibt.

Inklusion älterer Menschen realisiert sich in den Lebensbereichen Wohnen und Teilhabe am politischen, kulturellen Leben, an Bildung und Freizeit sowie in den Bereichen Mobilität und Gesundheit, die in engem Zusammenhang mit der Alltagsbewältigung (5) stehen.

In den Bereichen Wohnen und Teilhabe finden wir mittlerweile eine Fülle von Konzepten verschiedener Institutionen und Kooperationen vor und vielfältige Ansätze, diese in die Praxis umzusetzen. Beispielhaft sind hier die umfassenden und langjährigen Aktivitäten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zu nennen, das sich dem Konzept der Sozialraumorientierung verpflichtet sieht, und mit den Konzepten der 5. Generation von Einrichtungen der Altenhilfe einem Quartiersbezug explizit Rechnung trägt (6). Oder die Initiative der Bertelsmann Stiftung Neues Altern in der Stadt (NAIS), in deren Rahmen sich Kommunen in einem intensiven Analyse-, Planungs- und Umsetzungsprozess auf den Weg gemacht haben, in einem partizipativen Verfahren – insbesondere unter Einbeziehung auch von Senior/innen – Zukunftsszenarien zu prüfen und Leitlinien sowie darauf aufbauend Umsetzungsmaßnahmen der Zukunftsgestaltung unter den Bedingungen des demographischen Wandels zu entwickeln (7).

Insofern befasst sich dieser Beitrag – es ist nach Herausforderungen gefragt – mit den Themenbereichen Gesundheit und Mobilität.

Gesundheitliche Primärversorgung

Die Herausforderungen für ein gesundheitliches Versorgungssystem, das den spezifischen Bedarfen einer älter werdenden Gesellschaft Rechnung trägt, sind vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2009 umfassend und dezidiert beschrieben worden. Sie lassen sich in aller Kürze wie folgt zusammenfassen: Es bedarf einer grundsätzlichen Neuausrichtung der medizinischen Versorgung, die zukünftig die Förderung der selbständigen Lebensbewältigung auch unter den Bedingungen eingeschränkter Gesundheit zum Ziel von Interventionen machen muss. Die Akutversorgung mit der Zielsetzung Heilung für jüngere Patient/innen wird demgegenüber an Bedeutung verlieren. Insbesondere sind strukturelle Lösungen der Koordination und Begleitung von hochaltrigen, multimorbiden Patient/innen vonnöten (8) sowie ein Ausbau altersspezifischer Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung (9). Hierbei kommt der hausärztliche Versorgung eine große Bedeutung zu. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt in ihrem Rahmenkonzept für 2020 fest, dass der demographische Wandel eine lebenslaufbezogene Sicht auf Gesundheit erfordert und eine Neuausrichtung der gesundheitlichen Versorgungssysteme, die die Krankheitsprävention priorisiert (10) und der Primärversorgung einen hohen Stellenwert einräumt.

Der Hausarzt ist es, der die hausärztlichen und fachärztlichen, die ambulanten und stationären sowie pflegerischen Behandlungsleistungen mit Rehabilitation, Prävention und sozialer Begleitung sinnvoll zu verknüpfen

hat (11). Nun sind diese Herausforderungen verantwortlich angesiedelt auf der Bundesebene. Dennoch sind die erwartbaren Lücken in der flächendeckenden Versorgung mit Hausärzten in ländlichen, dünn besiedelten Räumen ein Problem auch auf der kommunalen und Quartiersebene. Vielfältige Ansätze sind in der Diskussion, ob und wie die Mitwirkung dieser Ebene an der Lösung aussehen kann. Im Kern geht es bei dieser Diskussion um die Frage, ob die bestehenden gesetzlichen Regelungen und die Regelwerke der Gremien im Gesundheitswesen (12) ausreichen, um – unter den Bedingungen knapper finanzieller Ressourcen – eine angemessene Bedarfsplanung sicherzustellen (13). Flexibilisierungen bei den Regelungen zur Niederlassung von Ärzten (z. B. Teilzulassungen, Zweigpraxen und Anstellungen von Ärzten, sowie Altersregelungen, Einrichtung von Versorgungszentren) wurden bereits eingeführt, ebenso wurden finanzielle Anreize vereinbart. Parallel befassen sich auch die für Raumordnung zuständigen Stellen sowie kommunale Gremien mit der Daseinsvorsorge und der Versorgungssicherheit im Bereich medizinischer Versorgung (14). Insbesondere im Bereich Förderung der Niederlassung bzw. der Neubesetzung von Praxen (günstige Darlehen, Ausfallbürgschaften), Bereitstellung von Zweigstellen-Räumen, Shuttle-Dienste und die Beteiligung an Modellen zur Verlagerung von ärztlich delegierter Leistungen auf nichtmedizinisches Fachpersonal (z. B. eine Gemeindegeschwister) tun sich Tätigkeitsfelder für die kommunale Ebene auf. Das Projekt AGnES (Arztentlastende, Gemeindeförderung, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) zeigt (15), dass derartige Konzepte zur Lösung des Problems beitragen können. Wiewohl die Erfahrung zeigt, dass die Strukturen des Deutschen Gesundheitssystems ein großes Beharrungsvermögen gegenüber Veränderungen an den Tag legen.

Gesundheitsförderung und -prävention

Im Kontext der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Quartier ist ein weiteres Handlungsfeld die gesundheitliche Prävention. Seit Juli 2008 sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) verpflichtet, einen Teil ihrer Mitgliedsbeiträge in primärpräventive Maßnahmen zu investieren. Vorgesehen sind Maßnahmen der Individual-Prävention, Maßnahmen in Settings bzw. im Lebenskontext der Versicherten und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (16). Mit Blick auf ältere Menschen sind insbesondere die Maßnahmen der Individual-Prävention und der Setting-Ansatz von Bedeutung.

Im Rahmen der Individual-Prävention werden (anteilige) Kosten für zertifizierte Kurse in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität bzw. Bewegung, Suchtmittelkonsum und Entspannung von GKVern übernommen. Diese werden auch von älteren Menschen in Anspruch genommen, wenngleich Spezifikationen der Angebotsstruktur für den Bedarf älterer Menschen weitgehend fehlen. Insgesamt werden ältere Menschen als Zielgruppe im Leitfaden der gesetzlichen Krankenkassen zur Entwicklung von Präventionsangeboten marginalisiert, so wie insgesamt zu konstatieren ist, regelhafte und flächendeckende Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen nicht bestehen (17).

Setting-Angebote werden derzeit gezielt ganz überwiegend für Kinder bzw. Familien im Setting Kindergarten und Schule angeboten. Stadtteil- bzw. ortsbezogene Projekte hatten mit gerade einmal 1,75 Prozent der Maß-

nahmen im Jahr 2010 eine sehr geringe Bedeutung. Was sicherlich daran liegt, dass die hohen präventiven Potentiale älterer Menschen insgesamt unterschätzt werden (18).

Gleichzeitig ist gerade für ältere Menschen die Lebensqualität in hohem Maße von ihrer gesundheitlichen Verfassung und den mit ihr zusammenhängenden Möglichkeiten der selbständigen Lebensführung beeinflusst.

Es sind gerade die quartiersbezogenen Aktivitäten der Gesundheitsprävention, die ältere Menschen erreichen können. Es ist deshalb die Weiterentwicklung präventiver Angebote im Stadtteil und Quartier ein wichtiger Baustein einer Gesundheitspolitik, die die Inklusion älterer Menschen sicherstellen will. Das Quartier ist die zentrale Handlungsebene zur Entwicklung effektiver Ansätze, die die Gesundheitspotentiale älterer Menschen – und insbesondere sozial benachteiligter ältere Menschen – fördern kann. Und damit auch einen Beitrag leisten kann, der Marginalisierung dieser Zielgruppe wirksam zu begegnen. Dabei sind Akteure der kommunalen Seniorenpolitik mit ihren Netzwerkstrukturen sicherlich die geeigneteren Initiatoren und Träger, um niedrigschwellige partizipative Angebote zu implementieren, als das am klassischen medizinischen Paradigma orientierte Gesundheitswesen.

Beispiele für entsprechende Projekte lassen sich durchaus finden. So ist im Rahmen der Initiative Neues Altern in der Stadt in Bruchsal der Thema Gesundheitsförderung und -prävention umgesetzt worden (Bertelsmann Stiftung 2006). Wie in einer Großwohnsiedlung Gesundheitsförderung für ältere Menschen etabliert werden kann, zeigen Heusinger et al. (2009) an einem Berliner Beispiel. Auch hier sind es partizipative Netzwerkstrukturen unter Einbeziehung vorhandener Akteure und Betroffener, die das Modell zum Erfolg gemacht haben (19).

Entwicklungsprozesse zur Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier sind gut möglich, jedoch voraussetzungsvoll: so sind Kommunen gefordert, initiiierend und organisierend tätig zu sein und die Nachhaltigkeit zu fördern.

Eine Handlungshilfe für Projekte, die das gesunde Altern im Stadtteil fördern, hat der Dachverband der Betriebskrankenkassen herausgegeben (20). Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der Initiative IN FORM (21) eine Schrift unterstützt, die als Arbeitshilfe für quartiersbezogene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung älterer Menschen unterstützt (22).

Mobilität

Dass Bewegung und ein aktiver Lebensstil (23) (neben der Ernährung) ein hohes Präventionspotential und eine herausragende Bedeutung für die Gesundheit von Menschen haben, ist unbestritten. Nach wie vor haben Lebensstil mitbedingte Erkrankungen einen hohen Anteil an der Krankheitsbelastung in Deutschland (24). So beeinflusst Bewegung das Erkrankungsrisiko und den Krankheitsverlauf von 25 chronischen Erkrankungen positiv, insbesondere wird das Risiko von Diabetes mellitus Typ II sowie Myokard- und Hirninfarkt durch Bewegung reduziert, zudem erhöht ein aktiver Lebensstil die Lebensqualität, die Lebenserwartung und die Anzahl der ge-

sunden Lebensjahre (25). Es kann davon ausgegangen werden, dass bereits Bewegungen mit moderater Intensität und die Vermeidung langen Sitzens für die Gesundheit förderlich ist (26).

Zu den positiven gesundheitlichen Effekten körperlicher Bewegung, wie sie für die Bevölkerung insgesamt gezeigt werden können, kommen im höheren Alter weitere Faktoren hinzu. Im höheren Alter ist ein aktiver Lebensstil besonders entscheidend für den Erhalt körperlicher Mobilität (27) und für die Erhaltung der Unabhängigkeit im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (28). Gerade die Unabhängigkeit im Alltagsleben – d.h. die Möglichkeit, den eigenen Tagesablauf, die Körperpflege, den Speiseplan usw. spontan, selbstverantwortlich und uneingeschränkt nach den eigenen Vorlieben zu gestalten – hat eine nicht zu überschätzende Bedeutung im Alter. Hinzu kommt die hohe Bedeutung, die wiederum körperliche Mobilität für Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und in sozialen Netzen hat.

Weitestgehend unterbelichtet ist im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention bisher die Mobilität älterer Menschen mit dem Fahrrad (29). Dies wiewohl das Fahrradfahren deutlich positive Effekte auf die Gesundheit hat (30) und geeignet ist, die Mobilität und Selbständigkeit zu erhalten, auch wenn die Fortbewegung zu Fuß mühselig wird.

Insofern ist die Frage, wie Städte und Wohnumwelten beschaffen sein sollten, damit sie einen aktiven Lebensstil älterer Menschen inklusive der Fahrrad-Mobilität befördern, ein wichtiger Baustein für ein Programm zu Etablierung von Inklusion. So geht auch Futureage (31) davon aus, dass nicht nur die Wohnung selbst sondern ebenfalls das kommunale Umfeld eine bedeutsame Rolle für ein gesundes Altern spielt und bis dato nur unzureichend untersucht wurde. Die physikalisch-räumlich-technischen Umwelten und die Interaktion zwischen Personen und diesen Umwelten sind vernachlässigt worden – dies obwohl »physical, spatial and technical aspects of home and community environments are able to significantly support healthy and active ageing« (32). Insofern ist der öffentliche Raum keine neutrale Gegebenheit: er kann Bewegung, Aktivität und Kommunikation befördern – oder behindern.

Konkret liefern Erkenntnisse aus der gesellschaftlichen Diskussion um die Inklusion von Menschen mit Behinderung derzeit einen wichtigen Input zu der Frage, wie öffentliche Räume zu gestalten sind, um die allen Menschen zugänglich zu machen. Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) ist in diesem Kontext maßstabgebend. Es fordert: leichte und sichere Auffindbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit für Menschen mit Behinderung (33) – und formuliert damit eine Zielsetzung, die allen Menschen zugute kommt und insbesondere für ältere Menschen Erleichterungen im Alltagsleben gewährleisten kann. Mit den Anforderungen dieses Gesetzes ist ein weiter Rahmen abgesteckt, der im Bereich Mobilität alle Aspekte der Gestaltung erfasst: Verkehrsmittel und -infrastrukturen sowie die dazugehörigen Systeme der akustischen und visuellen Information, der Informationsverarbeitung und Kommunikation und nicht zuletzt die baulichen Anlagen und Wegesysteme. (34)

Vielfältige Einzel-Aspekte einer Gestaltung von angemessenen (Wohn-)Umwelten für ältere Menschen sind mittlerweile zum »Allgemeingut« geworden, so z. B. abgesenkte Bordsteine oder zeitlich angepasste Ampel-

phasen, die die Überquerung von Straßen erlauben. Eine die Mobilität älterer Menschen fördernde Ausgestaltung öffentlicher Räume und Infrastrukturen geht jedoch über Einzel-Aspekte hinaus und erfordert übergeordnete, umfassende und begründete Gestaltungsprinzipien, die an Artefakte, Techniken und Räume gleichermaßen angelegt werden.

Entschleunigung als Gestaltungsprinzip kann dabei als Schlüsselfaktor alter(n)sgerechter Gestaltung der gebauten Welt und ihrer Artefakte angesehen werden, der die Zugänglichkeit (oder Barrierefreiheit) erst wirksam werden lässt.

Wenn wir davon ausgehen müssen, dass ältere Menschen von physiologischen und sensorischen Einschränkungen, von Sehbehinderungen sowie kognitiven und sensomotorischen Veränderungen betroffen sein können (35), dann ist allein mit Maßnahmen der barrierefreien Gestaltung – durchaus in dem umfassenden Sinne, wie ihn das BGG vorsieht – eine hinreichende Zielperspektive noch nicht gegeben ist. Erst mit der Berücksichtigung der – mit dem Alter zunehmenden – Zeitbedarfe bei der Informationsverarbeitung, bei der Reaktion und der Entscheidungsfindung sowie bei der motorischen Reaktion auf sensorische Reize werden die Rahmenbedingungen im öffentlichen Raum eine Qualität annehmen können, die dazu beiträgt, dass Mobilität und Aktivität außerhalb der engen Wohnumgebung ein Stück Lebensqualität bedeuten (können). Die dazu beiträgt, dass ältere Menschen nicht sagen »das ist nicht mehr unsere Welt« – wie eine Teilnehmerin es während der Sitzung einer Fokusgruppe in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens in Kiel formulierte.

Der Fachbereich Industriedesign der Muthesius Kunsthochschule Kiel arbeitet vor diesem Hintergrund derzeit im Rahmen eines EU-geförderten Projekts (36) konkret an einem seniorengerechten Fahrrad, das geeignet ist, die Alltagsmobilität und Selbständigkeit nachhaltig zu unterstützen.

Hinweise

(1) So formuliert es treffend die Europäische Akademie für Inklusion des Instituts für Aus- und Fortbildung gGmbH des Diakonischen Werkes in Schleswig-Holstein (www.inklusion-sh.eu).

(2) Siehe hierzu: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2009): alle inklusive! Die neue UN-Konvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin.

(3) BMFSFJ 2010: 6, Bericht.

(4) Köcher, Bruttel 2013.

(5) Im Hinblick auf die Alltagsbewältigung ist für eine inklusive Quartiersentwicklung im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit selbstredend die Versorgungsinfrastruktur mit ihren Angeboten an Pflege-, Unterstüt-

zungs-, Beratungs- und Begleitungsdiensten für Menschen mit Unterstützungsbedarf und ihren Angehörigen ein zentrales Thema, um Inklusion zu gewährleisten. Dieser Bereich ist in diesem Beitrag jedoch nicht Gegenstand.

(6) Michell-Auli, Sowinski 2012.

(7) Bertelsmann Stiftung 2006 und 2007.

(8) Hierzu bedarf es u. a. weiterer Forschungsanstrengungen im Bereich geriatrischer Medizin, so z. B. die Entwicklung von Therapieempfehlungen und Leitlinien sowie die Erforschung der Wechselwirkungen von Medikamenten bei Polypharmazie.

(9) Sachverständigenrat 2009.

(10) WHO 2013: 20.

(11) Sachverständigenrat 2009: 13 f.

(12) Hier insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss www.g-ba.de.

(13) Jacobs, Schulze 2011, AOK Bundesverband 2011.

(14) Siehe z. B. Barta o.J., Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2014, Institut für Entwicklungsforschung im Ländlichen Raum Ober- und Mittelfrankens e. V. 2013.

(15) In diesem Zusammenhang ist auch die Entwicklung im Bereich Telemedizin bedeutsam.
<http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348254.de>.

(16) Schemp et al. 2012.

(17) Kuhlmann et al. 2009.

(18) Altgeld 2009, Sachverständigenrat 2009.

(19) Kümpers 2008.

(20) BKK 2009.

(21) Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung www.in-form.de.

(22) Bräunling et al. 2010, Im Hinblick auf die Frage, welche Rahmenbedingungen und Maßnahmen nachhaltige Erfolge versprechen, ist jedoch noch Bedarf an Evaluation und Forschung gegeben (Kümpers 2008).

(23) Der Begriff »Aktiver Lebensstil« wird in Anlehnung an Geuter (2010) verwendet, der allgemein körperliche Aktivitäten – in Abgrenzung zu leistungs- oder gesundheitssportlichen, gezielten Trainingsaktivitäten – in Frei-

zeit, Alltag und Arbeitszusammenhängen mit diesem Begriff belegt. Nicht nur dem Sport sondern auch den sich aufsummierenden freizeitbezogenen und alltäglichen (Bewegungs-)Aktivitäten wird eine gesundheitsförderliche und krankheitspräventive Wirkung zugeschrieben.

(24) Robert Koch-Institut 2007.

(25) Geuter 2010.

(26) Banzer, Füzèki 2011.

(27) Geuter 2010.

(28) BZgA 2010; Jacobs et al. 2008.

(29) Eine stärkere Bedeutung hat das Thema Fahrradmobilität im Kontext von Stadt- und Verkehrsplanung, auch hier jedoch wird den älteren fahradfahrenden Verkehrsteilnehmer/innen noch zu wenig Beachtung zuteil.

(30) Deutsches Institut für Urbanistik 2011.

(31) Futurage 2011 (<http://www.futurage.group.shef.ac.uk/>) ist ein Projekt der Europäischen Union, in dem Forschungs- und öffentliche Einrichtungen aus 13 Ländern zwei Jahre zusammengearbeitet haben, um 2011 eine Roadmap für die Alter(n)sforschung in Europa für die nächsten 15 bis 20 Jahre vorzulegen.

(32) Futurage 2011: 59.

(33) Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. (§ 4 Behindertengleichstellungsgesetz vom 27. April 2002 (BGBl I S. 1467, 1468), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl I S. 3024) geändert worden ist.)

(34) Wir arbeiten mit dem Begriff »alternsgerechter Gestaltung«, der das Prinzip der Barrierefreiheit einschließt, jedoch mit Blick auf die Aufenthaltsqualität und Qualitäten, die die soziale Interaktion fördern, weitergehender ist.

(35) Boenke et al. 2010.

(36) Siehe: <http://healthy-ageing-network.eu/>.

Literatur

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2009): alle inklusive! Die neue UN-Konvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Eine neue Kultur des Alterns. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin.

Köcher, Renate; Bruttel, Oliver (2012): Generali Altersstudie 2013 Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Bonn.

Michell-Auli, Peter; Sowinski, Christine (2012): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Köln.

Bertelsmann Stiftung (2006): Neues Altern in der Stadt. Leitbildentwurf und Szenarien für Bruchsal 2020. Gütersloh.

Bertelsmann Stiftung (2007): Neues Altern in der Stadt. Bericht über die Analyse- und Zielfindungsphase. Gütersloh.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung.

WHO Weltgesundheitsorganisation (2012): Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Kopenhagen.

Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine (Hrg.) (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin

AOK Bundesverband (2011): Sicherstellung der Versorgung in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte. Berlin

Barta, thomas (o.J.): Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Beispiel Brandenburg. Potsdam

Institut für Entwicklungsforschung im Ländlichen Raum Ober- und Mittelfrankens e.V. (Hrg.) (2013): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Bamberg.

Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (2014): Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte Monitoring 2014. Neubrandenburg.

Schempp, Nadine; Zelen, Katja; Strippel, Harald (2012): Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2010. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Düsseldorf.

Kuhlmann, Andrea; Koch, Katrin (2009): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Dortmund.

Altgeld, T. (2009): Gemeindenahe Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Die Wiederentdeckung des Quartiers als zentrale Handlungsebene. In: Prävention und Gesundheitsförderung (3), S. 149–157.

Heusinger, J.; Kammerer, K.; Schuster, M.; Wolter, B. (2009): Netzwerkarbeit in der Großwohnsiedlung. Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung im Alter? In: Prävention und Gesundheitsförderung (3), S. 158–166.

Kümpers, Susanne (2008): Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkt für Sozialraumbezogene Primärprävention. Hg. v. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.

BKK Bundesverband (2009): Gesund älter werden im Stadtteil. Essen.

Bräunling, Stefan; Geene, Raimund; Kilian, Holger; Sadowski, Ute; Weber, Andreas (2010): Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Probleme erkennen - Lösungen finden Heft 2. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.

Geuter, Gunnar (2010): Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit - Befunde aus der Wissenschaft. In: Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz "Bewegung im Alter". Düsseldorf (Fokus, 6), S. 14–29.

Banzer, Winfried; Füzéki, Eszter (2011): Körperliche Inaktivität, Alltagsaktivitäten und Gesundheit. In: Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. Düsseldorf (LIGA.Fokus, 12), S. 13–17.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Gesund und aktiv älter werden. Köln.

Robert Koch-Institut (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Boenke, D.; Gerlach, J.; Rönsch-Hasselhorn, B.; Conrad, V. (2010): Empfehlungen zur Mobilitätssicherung älterer Menschen im Straßenraum. Köln

Deutsches Institut für Urbanistik (2011): Nachhaltige Mobilität – Kommunen trauen sich was. Köln.

Futureage (2011): A Road Map for European Ageing Research. Sheffield.

Autorin

Jutta Hansen, Soziologin mit Schwerpunkt Gerontologie, arbeitete in verschiedenen Projekten am Institut für Sozialwissenschaften der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, so z. B. zu Begleitung und Evaluation von Beratungsstrukturen für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Schleswig-Holstein oder Entwicklung von Strukturen und Instrumenten zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung älterer Menschen nach Krankenhausaufenthalt. Seit Sommer 2013 ist sie Mitarbeiterin in einem interdisziplinären Team des Fachbereichs Industriedesign der Muthesius Kunsthochschule Kiel in einem EU-geförderten Interreg 4A- Projekt (HANC Healthy Ageing Network of Competence), das regionale Strukturen, die ein aktives und gesundes Altern fördern, zum Ziel hat. Schwerpunkt des Teams der Kunsthochschule ist die mobilitätsförderliche Gestaltung des öffentlichen Raumes.

Kontakt

Jutta Hansen

Muthesius Kunsthochschule Kiel

Wissenschaftliche Mitarbeiterin HANC (Healthy Ageing Competence Network)

Legienstraße 35

24103 Kiel

E-Mail: hansen@muthesius.de

Redaktion

Stiftung Mitarbeit

Redaktion eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft

Eva-Maria Antz, Ulrich Rüttgers

Ellerstr. 67

53119 Bonn

E-Mail: newsletter@wegweiser-buergergesellschaft.de